



Universidad
Finis Terrae

UNIVERSIDAD FINIS TERRAE

FACULTAD DE MEDICINA

**MANEJO DE EMOCIONES DE PROFESIONALES DE LA SALUD QUE
TRABAJAN EN SERVICIOS CON PACIENTES CRÍTICOS MEDIANTE LA
SIMULACIÓN *IN SITU* EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD PRIVADA
DURANTE EL AÑO 2023**

JAVIERA FRANCISCA GARCÍA ESTAY

Tesina presentada a la Facultad de Medicina de la Universidad Finis Terrae para optar
por el grado de Magíster en Docencia Universitaria en Ciencias de la Salud

Profesor Guía: Paulo López Soto, PhD.

Santiago, Chile

2023

Dedicatoria y agradecimiento

Este largo camino que he recorrido en el desarrollo de mi tesis, que ha tenido luces y sombras, ha significado para mí un crecimiento profesional y personal, por lo que me siento muy agradecida y orgullosa.

Quiero agradecer a mi pareja, Angelo Arancibia, por su amor incondicional, paciencia y apoyo constante a lo largo de este arduo camino. Gracias por estar a mi lado, por comprender mis ausencias y por motivarme a seguir adelante en los peores momentos. Tu presencia ha sido fundamental en el desarrollo de mi tesis.

A mis padres, Osvaldo García y Catherine Estay, por haberme inculcado valores como la perseverancia, el esfuerzo y la dedicación, además de fortalecer mi amor propio, lo que me han llevado a alcanzar este logro.

A mi tutor, Paulo López, quiero agradecerle por su sabiduría, orientación, dedicación y exigencia en la dirección de este trabajo. Sus consejos y retroalimentación han sido fundamentales para el desarrollo de esta investigación. Gracias por compartir su conocimiento y experiencia conmigo.

Y a esos ángeles terrestres que, sin saberlo, de alguna manera contribuyeron a la realización de esta tesis, ya sea con su apoyo logístico, académico o emocional, les agradezco de corazón. Cada palabra de aliento, cada gesto de ánimo, cada consejo ha sido invaluable en este proceso.

¡Gracias a todos por ser parte de este logro!

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN.....	5
ABSTRACT.....	6
GLOSARIO.....	7
ABREVIATURAS.....	8
INTRODUCCIÓN.....	9
CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	15
1.1 Problema de investigación.....	16
1.2 Pregunta de investigación.....	17
1.3 Objetivo general.....	17
1.4 Objetivos específicos.....	17
CAPITULO II: MARCO FILOSÓFICO.....	18
2.1. Emociones en la atención de pacientes críticos en la investigación cualitativa....	18
2.2. <i>Simulación in situ</i> en investigación cualitativa.....	21
2.3 Simulación in situ en educación continua.....	23
2.4 Corrientes filosóficas.....	24
CAPITULO III: MARCO METODOLÓGICO.....	26
3.1 Introducción al diseño de la Investigación.....	26
3.2 Aspectos filosóficos relevantes del diseño.....	26
3.3 Procedimientos de la metodología para interpretar el fenómeno.....	28
3.4 Rol del investigador.....	29
3.5 Procedimientos para seleccionar los participantes.....	29
3.5.1 Criterios de inclusión.....	30
3.5.2 Criterios de exclusión.....	30
3.6 Tipo de muestreo.....	31
3.6.1 <i>Criterios para determinar la cantidad de participantes</i>	31
3.7 Contexto del estudio.....	31
3.8 Proceso de generación y reducción de datos.....	32
CAPÍTULO IV: RESULTADOS.....	34
4.1 Proceso de obtención de resultados.....	34

4.2 Análisis de resultados	38
4.2.1 <i>Emociones frente a la atención directa a pacientes en estado crítico</i>	38
4.2.2. <i>Experiencia y emociones sobre la Simulación Clínica</i>	52
CAPÍTULO V: DISCUSIÓN.....	66
CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y PROYECCIONES	70
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	76
ANEXOS	82
Anexo 1: Acta de aprobación del CEC	82
Anexo 2: Consentimiento Informado Timbrado.	85
Anexo 3: Instrumentos de recolección de datos.	89

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

Tabla 1: Reducción de datos según método Colaizzi.....	31
Tabla 2: Descripción entrevistados.....	32
Figura 1: Diseño de Investigación.....	33
Tabla 3: Categorización y Subcategorización de temas.....	36

RESUMEN

Antecedentes del problema: La atención de pacientes en estado crítico debe ser entregada por profesionales competentes, es decir, con conocimientos teóricos, destrezas técnicas y habilidades blandas, como lo son, el manejo de emociones, dentro de un contexto sanitario. La Simulación Clínica es una herramienta que fortalece competencias y debiera reflejar la realidad tanto en aspectos clínicos como emocionales. Por ello es necesario investigar las emociones de los profesionales de la salud en relación con la atención asistencial y la Simulación Clínica.

Objetivo General: Interpretar las emociones del personal de salud que trabaja en servicios con pacientes críticos y participa en escenarios de simulación *in situ*, para desarrollar posibles estrategias que fortalezcan el manejo emocional de los profesionales en una institución privada.

Materiales y Métodos: Estudio cualitativo fenomenológico descriptivo, la recolección de datos es mediante entrevistas semiestructuradas grabadas y analizadas según Colaizzi (1985).

Resultados: Los datos se categorizaron en dos temas centrales: Emociones en UCI y Emociones en Simulación Clínica. La Adrenalina y el Cansancio Emocional surgieron como temas emergentes repetidos por los participantes.

Discusiones y Conclusiones: El estudio revela el impacto de las emociones en el desempeño profesional y propone mejorar su manejo mediante la simulación *in situ*, con un decálogo de buenas prácticas en Simulación Clínica.

Palabras claves: *Emociones, Simulación Clínica, Estudio Cualitativo, Paciente Crítico.*

ABSTRACT

Background: The care of critically ill patients must be provided by competent professionals, i.e., with theoretical knowledge, technical skills and soft skills, such as emotional management, within a healthcare context. Clinical simulation is a tool that strengthens competencies and should reflect reality in both clinical and emotional aspects. It is therefore necessary to investigate the emotions of health professionals in relation to health care and Clinical Simulation.

Objective: To interpret the emotions of healthcare personnel working in critical patient services and participating in in-situ simulation scenarios, in order to develop possible strategies to strengthen the emotional management of healthcare professionals in a private institution.

Materials and Methods: Qualitative descriptive phenomenological study, data collection was through semi-structured interviews recorded and analyzed according to Colaizzi (1985).

Results: The data were categorized into two main themes: Emotions in ICU and Emotions in Clinical Simulation. Adrenaline and Emotional Fatigue emerged as emerging themes repeated by participants.

Conclusions: The study reveals the impact of emotions on professional performance and proposes to improve their management through in situ simulation, with a decalogue of good practices in Clinical Simulation.

Keywords: *Emotions, Simulation training, Qualitative research, learning, critical patient, critically ill patient.*

GLOSARIO

Centro de Simulación

Centro destinado a realizar simulaciones clínicas para el profesional de la salud.

Competencia profesional

Conocimientos, habilidades, actitudes y el buen juicio relacionado a su profesión, con el fin de poder desarrollarla eficazmente en el contexto de su práctica.

Competencias genéricas

Destrezas y las aptitudes que permiten que un profesional se desenvuelva en su área de trabajo correctamente.

Debriefing

Un proceso formal, colaborativo, reflexivo dentro de la actividad de aprendizaje con simulación. Conducir una sesión luego de un evento de simulación donde los educadores/instructores/facilitadores y los estudiantes reexaminan la experiencia de simulación con el propósito de avanzar hacia la asimilación y adaptación del aprendizaje para futuras situaciones.

Emoción

La emoción es una expresión o manifestación psíquica y física de un estado de la mente en un momento determinado.

Manejo de emociones

La capacidad humana de sentir, entender, controlar y modificar estados emocionales en uno mismo y en los demás.

Paciente crítico

Aquellos pacientes que sufren una inestabilidad orgánica, estructural o funcional y están en situación de riesgo vital real o potencial.

Profesionales de la salud

Se entiende como el personal que tiene atención directa con el paciente, entre ellos.

Simulación *in situ*

Se compone principalmente de actividades basadas en equipos y ocurre en unidades de atención al paciente con profesionales de la salud en su propio entorno de trabajo.

ABREVIATURAS

RAE: Real academia española

SCCM: Society of Critical Care Medical

TENS: Técnico Enfermería Nivel Superior

UCI: Unidad de cuidados intensivos

WSP: WhatsApp

INTRODUCCIÓN

Los profesionales de la salud se enfrentan a diferentes factores estresantes, tales como; urgencia, tiempo, habilidades, familia, experiencias de dolor, entre otros. Esto se acrecienta al atender a pacientes en situaciones críticas, es decir, cuando la enfermedad requiere de una estrecha y constante vigilancia por parte de un equipo especialmente capacitado (SCCM, 2023), donde el sufrimiento de los pacientes y su familia es una carga emocional adicional que los profesionales de la salud deben manejar. (Chmielewski, 2021).

Benito (2020) coincide en su estudio “Presencia, autoconciencia y autocuidado de los profesionales que trabajan con el sufrimiento” que los profesionales se exponen a experiencias de intensidad emocional que emergen del contacto con la vulnerabilidad, las pérdidas, y el sufrimiento de pacientes y familiares.

La emoción, según la Real Academia Española (RAE), es definida como “una alteración del ánimo intensa y pasajera, agradable o penosa, que va acompañada de cierta conmoción somática” (RAE, 2022).

El manejo de emociones es importante para el desempeño laboral. Rodríguez (2016) en su estudio menciona cómo el manejo de las emociones en la enfermería puede condicionar los cuidados entregados y la gestión de las necesidades emocionales de los pacientes.

Por otra parte, Chmielewski (2021) recomienda la implementación de las técnicas que mejoren el bienestar en los profesionales de la salud y la educación médica, concluyendo que poseen un impacto en las decisiones terapéuticas y así mejores efectos en la salud.

Lebois (2020) dice que “cuando una situación dada, proporciona alguna emoción, las personas ensamblan procesos relevantes relacionados con la percepción, la

cognición, la intercepción y la acción para interpretar la situación y producir una acción efectiva en ella”.

Por tanto, las emociones podrían condicionar el actuar profesional y es de suma importancia considerarlas dentro del ambiente laboral e implementar técnicas que subsanen dichas emociones.

A pesar de que la RAE define la emoción como un concepto único, López (2017) las define como un concepto multidimensional que incluye 3 sistemas de respuestas interrelacionados: reacción fisiológica, reacción conductual o expresiva y un componente cognitivo de la emoción.

La reacción fisiológica es la respuesta física del cuerpo frente a la emoción, ya sea, taquicardia, palpitaciones, sudoración, entre otros, las cuales nos preparan para la situación que causa dicha emoción.

La segunda fase se relaciona con lo conductual y cómo se expresa la emoción, como por ejemplo la expresión facial de la sorpresa o el asco.

La última fase es la vivencia experiencial y personal de la emoción. El autor menciona que cuando esta emoción se hace consciente se denomina sentimiento.

Las emociones tienen 3 funciones y una de ellas es la función motivacional que, según López (2017) “es la fuerza dinámica que nos impulsa a la acción” (p. 28).

Morales (2020) no se aleja de lo establecido por López (2017), ya que menciona en su estudio que la calidad de atención hacia el paciente está determinada por el nivel de motivación del personal de la salud.

Ambos autores, afirman que las emociones son fuente de motor hacia una acción en particular y que por consiguiente influyen en la motivación del ser humano, por esta

razón es relevante lograr el manejo de las emociones, que Olguín (2013) define como la capacidad de sentir, entender, controlar y modificar estados emocionales tanto personales como de los demás. Agrega también que la inteligencia emocional no es ahogar las emociones, sino más bien, vivir con ellas de una forma equilibrada.

Frente a lo anterior, ¿Cómo relacionamos el manejo de las emociones frente a las competencias profesionales?

Kane (1992) establece que la competencia profesional está relacionada con los conocimientos, habilidades, actitudes y el buen juicio relacionado a su profesión, con el fin de poder desarrollarla eficazmente en el contexto de su práctica.

Su definición no se aleja de la realidad actual, ya que en países como España, Colombia y Chile la definición de competencia profesional es parte de políticas públicas en salud, donde siguen la misma línea de definición (España, 2003, Minsalud, 2016 y Super Intendencia de Salud, 2018).

Pedrerros (2019) en su artículo: “Las competencias y habilidades del médico en cuidados críticos en Chile”, concluye lo importante que son las competencias en los profesionales de la salud, no tanto técnicas, sino también las competencias en habilidades blandas, cómo la comunicación de información al paciente y su familia, el trabajo en equipo y la gestión, frente a la atención de pacientes críticos.

Por tanto, un profesional competente requiere de ciertas virtudes, como las habilidades blandas, relacionadas con la inteligencia emocional o el manejo efectivo de las emociones.

Los tipos de competencias que existen son variados y dependerán del área donde se desarrollarán, entre ellas, las competencias genéricas, que son las destrezas y las aptitudes que permiten que un profesional se desenvuelva en su área de trabajo correctamente. Según Euroinnova (2023) cuando un profesional cuenta con muchas

competencias genéricas logra una mejor eficiencia en su puesto laboral. Dentro de las competencias genéricas se encuentra el desarrollo de la inteligencia emocional, la capacidad de comunicación, iniciativa y creatividad, flexibilidad, capacidad de automotivación, entre otros (Rodríguez. A, 2023).

Por consiguiente; ¿Cómo se podría apoyar al equipo médico a ser un profesional competente logrando fortalecer el manejo de emociones y por consiguiente entregar una atención de calidad a los pacientes? La capacitación continua y/o el entrenamiento constante es la respuesta a esta interrogante.

La propuesta de esta investigación es conocer las emociones que siente el equipo médico que ha atendido a paciente crítico y ha sido parte de alguna simulación *in situ*.

Dentro de las capacitaciones que se realiza al equipo médico está la Simulación Clínica que Cerón-Apipilhuasco (2020) define como “una técnica de imitar el comportamiento de alguna situación o proceso [ya sea médico, económico, militar, mecánico, etc.] por medio de una situación o aparato adecuadamente análogo, especialmente con el propósito de estudiar o capacitar al personal.” (p.141).

Miller (1990) planteó un modelo de pirámide de evaluación de competencias, en donde sitúa la simulación como una herramienta de evaluación de competencias en su escalón “Demuestra cómo”. Pirámide utilizada en la evaluación de competencias por autores como; Fernández (2008), Nazar (2019), Taylor (2013), en sus investigaciones, los cuales consideran la simulación como una herramienta de aprendizaje efectivo que mide competencias y es utilizada en la capacitación continúa, es decir, en el proceso para el desarrollo profesional y la mejora del desempeño de los profesionales de la salud dentro de las instituciones sanitarias.

Rodríguez (2018) refiere que los últimos avances en neurociencia demuestran que la clave de la educación es la emoción, ya que tiene una fuerza enorme y puede impulsar

o frenar el desarrollo y el aprendizaje. Asimismo, sostiene que una buena herramienta de aprendizaje es la Simulación Clínica.

Lebois (2020) dice que a medida que se experimentan diferentes formas de una emoción, estas se establecen como recuerdos situados en la memoria de largo plazo, que posteriormente influyen en las experiencias emocionales en situaciones similares. Por ello la simulación podría ser una herramienta para el entrenamiento de las emociones vividas frente a la atención de pacientes críticos.

Respecto al lugar en donde se realiza la Simulación, existen dos tipos; la Simulación dentro de un Centro de simulación y la Simulación *in situ*.

La simulación *in situ* se compone principalmente de actividades basadas en equipos y ocurre en unidades de atención al paciente con profesionales de la salud en su propio entorno de trabajo (Sorensen, 2017). Es decir, el escenario simulado se sitúa en el mismo lugar de trabajo, con los profesionales en turno, con insumos y equipos médicos que utilizan de forma habitual.

En el proceso de planificación de una Simulación Clínica, es fundamental crear un escenario que refleje fielmente un caso real a ser replicado. Para lograrlo, es esencial comprender en detalle el caso clínico en cuestión, incluyendo el tipo de paciente, su situación clínica, los signos vitales relevantes, así como los insumos y equipo médico necesarios para la simulación. Además, se debe determinar la cantidad de personal requerido para llevar a cabo la simulación de manera efectiva.

La similitud a la realidad que emana la simulación *in situ*, debe extenderse no solo a lo práctico, sino incluso a las emociones experimentadas por los profesionales de la salud al enfrentarse a un paciente crítico, por lo tanto, el diseño del escenario que se va a simular debe ser lo más similar a la realidad. Este punto cobra relevancia al momento de diseñar el escenario, puesto que lograr que dicho escenario sea tan similar al contexto real respecto a las emociones vividas pudiese ser una limitación y/o desafío.

Dada esta problemática, y la relación que existe entre un buen profesionalismo y las emociones vividas, se hace necesario indagar sobre las emociones experimentadas por los funcionarios de la salud frente a la atención de pacientes críticos y durante escenarios de Simulación Clínica para poder fortalecer el manejo de estas frente a la atención directa del paciente crítico.

La siguiente tesina se desarrolla realizando entrevistas semiestructuradas con el fin de indagar sobre las emociones vividas por los profesionales de la salud frente a la atención de pacientes en estado crítico y la experiencia de haber sido parte de una simulación *in situ*. Son entrevistas grabadas que se transcriben y analizan. La interpretación de las experiencias se realiza según la fenomenología, aplicando los conceptos de “*Intuición*” de Immanuel Kant (1724-1804), “*Reducción Fenomenológica*” de Edmund Husserl (1859– 1938) y el “*Dasein*” de Martin Heidegger (1889 – 1976) Todos filósofos nacidos en Rusia y Alemania respectivamente.

El propósito general es indagar sobre estas emociones desde lo más profundo del ser personal, para lograr detectar resultados significativos que logren guiar al investigador a comprender las emociones vividas frente a la atención de un paciente crítico y en la participación de una simulación clínica en una institución privada.

CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los profesionales de la salud experimentan diversas emociones dentro de su área de desempeño dadas por la carga laboral, el trabajo en sistemas de turno, entre otros factores. Hernández-Vargas (2014) en su artículo “Importancia de la inteligencia emocional en medicina” menciona que las consecuencias de estrés en los profesionales de la salud son graves y visible por la exposición pública de su trabajo y su vocación de servicio, agrega también la necesidad de actualización constante de conocimientos como otra fuente de estrés.

Benito (2020) agrega que el trabajo en el entorno sanitario expone frecuentemente a los profesionales a experiencias de alta emocionalidad, que emergen del contacto con la vulnerabilidad, las pérdidas, y el sufrimiento de pacientes y familiares, y que tal ambiente laboral puede llevar a una elevada exposición al estrés, considerando además la falta de información sobre el manejo de emociones y de autocuidado de los profesionales llevan a un crecimiento importante de los problemas de Burnout y de salud mental.

Ambos autores coinciden en la intensidad emocional que existe dentro de los servicios de salud y esto puede ser aún más notorio en servicios con pacientes críticos.

Respecto a los conceptos mencionados anteriormente como el estrés, el agotamiento, y la salud mental, es importante apoyar al personal con capacitaciones constantes que ayuden a disminuir el estrés que el ambiente clínico pueda generar.

Tomando en cuenta que la inteligencia emocional es una competencia esencial de las enfermeras de cuidados críticos según Lampreia (2020), debemos potenciar estas competencias por medio del entrenamiento.

Estudios cualitativos como el de Castro (2016) “La Simulación Clínica como estrategia para el desarrollo del pensamiento crítico en estudiantes de medicina” y el de Gundrosen (2014) “Competencias del equipo de enfermeras en una unidad de cuidados intensivos: la viabilidad de la simulación *in situ* y la evaluación de habilidades no técnicas” concluyen que la simulación logra la creación de nuevas competencias profesionales dentro del área sanitaria, por lo tanto su incorporación en el quehacer profesional ayudaría a generar y potenciar profesionales competentes y a su vez lograr una atención de calidad a los pacientes.

Considerando lo anterior, es posible interpretar el manejo de emociones como una competencia que puede potenciarse y fortalecerse mediante la simulación.

A través de esta investigación se indagarán en las emociones de los profesionales de la salud durante la atención de pacientes críticos y la Simulación Clínica. En base a dichas emociones se podrían plantear estrategias de acción con la Simulación *in situ* que potencien las emociones positivas expresadas por los participantes, y dentro del primer paso es desarrollar un decálogo de buenas prácticas en Simulación.

Este estudio beneficia a los profesionales de la salud, pudiendo visualizar posibles estrategias efectivas frente al manejo de emociones en la atención de paciente críticos por medio de las emociones expresadas por los profesionales que trabajan en servicios de pacientes críticos y participan de simulaciones *in situ*, lo que llevará a mantener y/o aumentar la seguridad y calidad en la atención de los pacientes y por consiguiente mejorar los estándares institucionales.

1.1 Problema de investigación

El fenómeno estudiado son las emociones vividas por los profesionales de la salud, frente a la atención de pacientes críticos y durante escenarios de Simulación Clínica.

Los profesionales de la salud que participan de la investigación son Enfermeros, Médicos, Técnicos de enfermería de nivel superior y kinesiólogos. El contexto donde se realiza el estudio es en una institución de salud privada y la temporalidad es durante el año 2023.

1.2 Pregunta de investigación

¿Cuáles son las emociones vividas del personal de salud que trabajan en servicios con pacientes críticos y participan en escenarios de simulación *in situ*?

1.3 Objetivo general

Interpretar las emociones del personal de la salud que trabaja en servicios con pacientes críticos y participa en escenarios de simulación *in situ*, para desarrollar posibles estrategias que fortalezcan el manejo emocional de los profesionales de la salud en una institución privada.

1.4 Objetivos específicos

1. Identificar y analizar las emociones predominantes experimentadas por el equipo de salud que atiende a pacientes críticos y participan en una simulación *in situ*.
2. Explorar las creencias y apreciaciones sobre el manejo de emociones en el personal médico que ha participado en simulación *in situ* y en atención con paciente crítico durante los dos últimos años 2021-2022.
3. Elaborar focos temáticos de mayor importancia sobre las emociones que el personal médico reporta en la atención de pacientes críticos y en la Simulación Clínica.
4. Elaborar recomendaciones concretas basadas en las emociones expresadas por el personal de salud frente a la atención de paciente crítico y la simulación *in situ* para fortalecer el apoyo emocional y el desarrollo de competencias en una institución privada específica.

CAPITULO II: MARCO FILOSÓFICO

2.1. Emociones en la atención de pacientes críticos en la investigación cualitativa.

Dentro de la búsqueda bibliográfica realizada respecto al tema emoción no se encontraron investigaciones cualitativas de tipo etnográfico, ni crítica social, pero sí una investigación de teoría fundamentada que se describe a continuación.

Bedoya (2017) en su investigación “Vivir con epilepsia: Significados construidos por las personas que padecen la enfermedad” busca develar los significados que los pacientes tienen frente a vivir con su enfermedad, los participantes de la investigación fueron 25 personas con epilepsia confirmada por un médico especialista y vinculados a una institución de salud de tercer nivel de complejidad especializada. Dentro de sus resultados el miedo fue declarado la emoción transversal de los participantes.

En los relatos del estudio de Bedoya (2017) se encuentra la limitación de las acciones de los participantes y sus familias a causa del miedo, esta emoción limitó a los participantes a realizar acciones de su vida diaria, como, por ejemplo, salir de su casa por miedo a presentar una crisis.

Dentro de los estudios cualitativos fenomenológicos que indagan sobre las emociones en profesionales de la salud se encontraron dos, de las cuales se desarrollan a continuación.

Barbosa (2021) en su estudio cualitativo exploratorio descriptivo: “Aspectos emocionales de los profesionales de enfermería en atención oncológica pediátrica: narrativa fenomenológica”, participaron 14 profesionales de enfermería que trabajan con pacientes pediátricos oncológico en hospitales generales. Los datos obtenidos de las entrevistas fueron presentados en forma narrativa y sometidos a análisis. Dentro de las emociones que se indagaron en los relatos fueron; el afecto, el sufrimiento, el escape y

la compasión en los profesionales de enfermería. Respecto al sufrimiento considera que desarrollar sentimientos de tristeza, inseguridad y culpa, generan un conflicto personal que interfiere con la calidad de atención.

La reflexión que la autora realiza en su investigación es que la oferta de apoyo emocional especializado hacia estos profesionales puede contribuir a aliviar los trastornos resultantes del trabajo con pacientes oncológicos pediátricos.

Cumplido (2011) en su aproximación cualitativa "Afrontamiento de la muerte en profesionales de cuidados intensivos", refiere que la filosofía de la Unidad de Cuidado intensivo (UCI) es intentar salvar la vida del paciente prácticamente a toda costa, lo cual lleva a los profesionales de la salud a sentimientos de frustración y desesperanza cuando deben afrontar la muerte de estos.

Casi el único factor de protección ante el estrés por la muerte de los pacientes fue el apoyo de los compañeros, el cual según Cumplido (2011), se refleja en dos vertientes; la primera es compartir los sentimientos que la muerte de los pacientes provoca en ellos y la segunda es el apoyo en situaciones que puedan sentirse sobrepasados emocionalmente.

Dentro de las conclusiones del estudio de Cumplido (2011) destaca lo siguiente: La expresión emocional y la reestructuración cognitiva, o lo que es lo mismo, la resignificación de las situaciones, extrayendo pensamientos positivos de las situaciones negativas, resultan técnicas de afrontamiento eficaces.

Por otra parte, Barrué (2021) en su estudio cualitativo fenomenológico sobre "La experiencia emocional de enfermeras de la Unidad de Hospitalización a Domicilio en Cuidados Paliativos: un estudio cualitativo exploratorio", realizado en España, se entrevistaron a nueve enfermeras, que desempeñaban su labor en la Unidad de Hospitalización a Domicilio. Según las unidades de significado el autor clasifica 4 categorías: Dimensión emocional, aspectos beneficiosos y angustiantes, vida laboral

diaria y vida personal. Dentro de su categoría “Dimensión emocional”, es decir, las emociones experimentadas por las participantes, señala el impacto en la práctica clínica diaria de las enfermeras como consecuencia de la exposición continua a situaciones traumáticas de los pacientes. Dentro de los relatos identifica emociones de afecto, sufrimiento, huida y compasión. El sufrimiento es definido en su estudio como una emoción compleja que supone una mezcla de tristeza y amor que tiene relación con lo expresado por los participantes.

Un punto importante de la investigación anterior es el apoyo que le brinda la institución a las enfermeras frente al manejo de emociones. En el estudio declaran contar con diversos recursos que utilizan en su práctica habitual, especialmente al enfrentarse a situaciones estresantes. Describen los talleres de formación como herramientas fundamentales para afrontar su labor.

La investigación de Barrué (2021) fue la única que menciona un apoyo por parte de la institución frente al manejo de emociones en situaciones vulnerables. No así los estudios de Barbosa (2021) y Cumplido (2011) que establecen como único apoyo frente a las emociones vividas al compañero, es decir, el que se encuentra más cercano a la situación. De aquí la necesidad de hacer del acompañamiento de las emociones a los profesionales de salud una realidad formal e institucional.

La importancia, en estos estudios del involucramiento de las instituciones a nivel del manejo de emociones del personal de salud, es parte del círculo de la atención del paciente. Un profesional competente con un correcto manejo de emociones llevará a una atención segura y de calidad a los pacientes, lo que repercute en los estándares de la institución.

Para poder lograr un manejo de emociones es necesario el entrenamiento de estas en los profesionales de la salud, educarse sobre las estrategias correctas para el manejo de emociones.

Una terminología sobre la educación en base a las emociones es la educación socioemocional. Según Álvarez (2020), la educación socioemocional es un proceso formativo que se centra en el desarrollo de habilidades para reconocer y manejar las emociones propias y de los demás y que dentro de sus objetivos se encuentra el aporte cognitivo, que tiene relación con el desarrollo de competencias y habilidades para lograr desempeños sobresalientes, potenciar la creatividad y lograr un manejo efectivo del estrés y la presión en el ámbito laboral.

La inteligencia emocional, relacionada al manejo de emociones, posee un efecto directo en la calidad del cuidado otorgado (Morales, 2020), en el estrés laboral y en la realización personal (Nespereira-Campuzano, 2017). De esto se desprende la importancia de la salud mental de los profesionales de la salud para mejorar los indicadores de calidad de atención.

La evidencia sugiere que el correcto manejo de emociones en el ámbito de la salud es crucial para el desempeño, puesto que puede condicionar tanto los cuidados prestados como la gestión de las necesidades emocionales de los pacientes (Rodríguez, 2016).

Lo anterior se suma a las reflexiones realizadas con los estudios cualitativos, sobre la importancia que tienen las emociones frente a las acciones o a la toma de decisiones. Manejar las emociones es un *plus* frente a ser un profesional de salud competente, ya que está relacionada con un mejor manejo de estrés, un mejor desempeño laboral y la realización personal.

2.2. Simulación *in situ* en investigación cualitativa.

Dentro de la búsqueda en investigación cualitativa sobre Simulación Clínica como herramienta de aprendizaje, no se encontraron estudios etnográficos, ni teoría fundamentada, ni crítica social, pero sí estudios cualitativos fenomenológicos que se muestran a continuación.

Castro (2016) en su estudio cualitativo descriptivo: “La Simulación Clínica como estrategia para el desarrollo del pensamiento crítico en estudiantes de medicina” de la Universidad Nacional Autónoma de México, aplicó una rúbrica a 4 equipos de 5 estudiantes con el objetivo de valorar el desarrollo del pensamiento crítico dentro de la Simulación Clínica, utilizando la simulación de alta fidelidad, entendida por el autor a la simulación que integra múltiples variables fisiológicas para la creación de escenarios clínicos realistas con el fin de entrenar competencias técnicas avanzadas y competencias en el manejo de crisis.

El estudio concluye que las actividades vivenciales como la Simulación Clínica favorecen competencias genéricas entre ellas, el pensamiento crítico, resolución de problemas, trabajo en equipo y la autodirección para la mejora continua a partir de la retroalimentación.

Kaldheim (2023) en su estudio cualitativo exploratorio “El desarrollo de competencias profesionales a través del aprendizaje interprofesional basado en simulación ayuda a las enfermeras perioperatorias en situaciones de práctica clínica aguda posteriores a la graduación” consistió en la realización de entrevistas semi estructuradas a un total de 16 enfermeras de pabellón. Los datos recopilados fueron analizados utilizando el enfoque fenomenológico hermenéutico y como resultado de este análisis, el autor concluyó que la implementación del aprendizaje basado en simulación interprofesional tuvo un impacto positivo en el desarrollo de competencias de las enfermeras perioperatorias para enfrentar situaciones agudas durante su práctica clínica.

Por otra parte, en el estudio mixto de Solsona de la Serna (2015) “Técnicas actorales e inteligencia emocional para profesionales de la salud. Aprendizaje transformacional” con metodología cuantitativa y cualitativa. Desde la metodología cualitativa se realizaron ensayos reflexivos con el objetivo de conocer la experiencia de los profesionales frente a una intervención educativa que potencie la inteligencia emocional mediante técnicas de formación actoral.

Se concluyó que las técnicas de formación actoral, guiadas correctamente, fueron efectivas según los participantes, para el aprendizaje transformacional en inteligencia emocional de los profesionales de la salud, permitiendo conectar con sus propias emociones y expresarlas en un ambiente seguro. Además de existir una buena acogida por parte de los participantes a estas estrategias de aprendizaje.

El estudio anterior que efectivamente no es sobre simulación establece una relación, ya que las técnicas actorales muchas veces se asemejan a las simulaciones clínicas, porque, simulan hecho o acciones específicas a la realidad para poder reflexionar sobre ellas en un ambiente seguro, tal y como Solsona de la Serna lo expone en su estudio.

De estos estudios se puede concluir que la Simulación Clínica logra un fortalecimiento y/o desarrollo de competencias, por medio del aprendizaje significativo, es decir, un aprendizaje que realmente tenga significado sea aplicable a la realidad y el contexto donde los profesionales se estos se desenvuelven (Moncini,2021), por lo que la autenticidad del escenario frente a la realidad es un factor importante que debe cumplir la simulación, para lograr los objetivos o resultados de aprendizajes esperados.

2.3 Simulación in situ en educación continua.

En la búsqueda bibliográfica se encontraron una mayor producción de artículos sobre Simulación Clínica que Simulación *in situ*. Dentro de los artículos encontrados el texto de Rita Dadiz Llamado “Amenazas latentes en una unidad de cuidados intensivos neonatales mediante Simulación *in situ*” concluye que “las pruebas basadas en simulación in situ en una sección representativa de una habitación unifamiliar de una nueva unidad de paciente crítico neonatal, fueron fundamentales para descubrir una amenaza latente antes de la transición del paciente al nuevo entorno de atención médica. (Dadiz, 2020).

Es decir, la Simulación in situ, no sólo es beneficiosa para los profesionales de la salud, también puede ser utilizada para evaluar flujos y procesos como lo es un traslado de paciente con todo lo que implica en él.

2.4 Corrientes filosóficas

La Fenomenología es una corriente filosófica originada por Edmund Husserl a mediados de 1890 y se caracteriza por centrarse en la experiencia personal (Álvarez, 2020).

El objetivo central de la fenomenología es describir la experiencia vivida y en la presente investigación conoceremos a través de las emociones que sienten los participantes frente a la atención de un paciente crítico y como la simulación y las estrategias efectivas pueden ayudar en el manejo de estas.

El movimiento fenomenológico tiene tres fases: La fase preparatoria, fase alemana y fase francesa con diferentes autores y conceptos en cada una de ellas. (Straubert, 2011). La fase que ayudará a entender mejor las emociones de los profesionales de la salud que atienden pacientes en estado crítico es la fase alemana y los conceptos fueron: La intuición de Immanuel Kant (1724- 1804), Reducción fenomenológica de Edmund Husserl (1857-1938) y el *Dasein* de Martin Heidegger (1889-1976), que se darán a conocer más adelante.

Spiegelberg (1975) identificó un núcleo de pasos o elementos centrales para las investigaciones fenomenológicas o tipos de análisis fenomenológicos, entre ellos: Fenomenología descriptiva, Fenomenología de las esencias, Fenomenología de las apariencias, Fenomenología constitutiva, Fenomenología reduccionista y Fenomenología hermenéutica.

La metodología seleccionada para esta investigación es la fenomenología descriptiva, que hace referencia a la exploración, el análisis y la descripción de un fenómeno particular, en este caso, las emociones vividas frente a una experiencia en

particular, como lo es, trabajar con pacientes en estado de salud crítico, dicho fenómeno debe ser tan libre como sea posible de presuposiciones individuales, con el objetivo de lograr el máximo de una representación intuitiva. (Spiegelberg, 1975).

La fenomenología descriptiva estimula nuestra percepción de la experiencia vivida mientras enfatiza la riqueza, amplitud y profundidad de esas experiencias (Spiegelberg, 1975). A continuación, se darán a conocer los procedimientos de la metodología seleccionada para interpretar el fenómeno.

CAPITULO III: MARCO METODOLÓGICO

3.1 Introducción al diseño de la Investigación

Estudio investigativo de tipo cualitativo, orientado hacia la exploración, descripción y entendimiento de experiencias, fenomenológico, puesto que busca explorar el rol de las emociones y su impacto en la formación y entrenamiento del equipo de salud entendido como un fenómeno observable, (Hernández, R. 2014.) A su vez es de tipo descriptivo, ya que se explorará las narraciones sobre el fenómeno, en este caso, las emociones, por medio de las 3 etapas, la intuición, el análisis y la descripción.

3.2 Aspectos filosóficos relevantes del diseño

Para entender las emociones y la persona que padece dicha emoción es importante conocer los siguientes autores y conceptos. Estos autores ayudan a interpretar que es la emoción y cómo comprenderla.

La intuición para Immanuel Kant (1724- 1804) es la visión directa de la realidad sin intermediario. “Lo que podemos ver directamente de nuestros ojos sin ninguna duda”. Por lo tanto, sólo los propios sujetos, por medio de la intuición, pueden dar cuenta de sus emociones.

La Reducción Fenomenológica de Edmund Husserl (1859- 1938) permite encontrar la subjetividad del sujeto en su conciencia. Nos sirve como método para saborear la vivencia de la propia conciencia de los sujetos entrevistados. Existen dos elementos: La *Noemia* y la *Noesis*. *Noemia* (Escuchar la conciencia a solas) y la *noesis* (Contenido de esa conciencia que se escucha a solas). Se le pide al sujeto que esté a solas con su propia conciencia (*Noemia*), ya que es en ese momento cuando se obtiene la subjetividad del sujeto. La Reducción Fenomenológica reduce el fenómeno a datos.

El Dasein de Martin Heidegger (1889- 1976) definido como El SER AHÍ permite comprender la emoción como un estado de ánimo en contexto del ser ahí (DASEIN), como una realidad existencial de la persona, que llena todo su mundo.

El *dasein* describe la subjetividad de las personas y su relación con el entorno. Revela al ser humano en el mundo, no como un ente aislado sino como una persona que solo tiene subjetividad en su relación con el mundo circundante, en cuanto piensa o se ocupa de las demás cosas que lo rodean (Heidegger, 1997).

Es decir, el *dasein* establece el “ser” (subjetivo) y el “estar ahí” (En el mundo). Dentro de la investigación se indagará sobre la experiencia del “Ser” cómo un ser afectivo y no sólo racional, es decir un profesional de salud que siente y experimenta emociones en una situación específica, y sobre el “Estar ahí”, en este caso sería estar inmerso en la atención de un paciente crítico.

La emoción da cuenta de lo que significa para mí la existencia, porque la emoción representa esa parte brumosa o nublada de la vida. Debemos conocer las existencias de diferentes personas para ayudarlos, por medio de un proceso de formación, a entregar una atención de calidad.

Las emociones existen en nosotros desde antes de hacernos conscientes de aquello, no podemos dejarlas a un lado. La emoción envuelve a todo el ser de la persona y es por esta razón que podemos formar o mejorar. La emoción puede producir cierto nivel de incomodidad al profesional de salud que hace que pueda o no dar lo mejor de sí, en el ámbito clínico profesional, provocando un conflicto que frena su existencia, donde la emoción forma parte, debemos indagar sobre la emoción tomando en consideración la intuición de cada persona como método de análisis de la realidad, es decir, cómo cada participante ve su emoción, dentro de sus existir, como aquello que es. Y reducir el fenómeno a datos comunicables por medio de la reducción fenomenológica.

La filosofía, desde la vertiente existencialista aporta elementos importantes en la comprensión de esta investigación ya que, al considerar a la persona humana desde su existencialidad, es decir, su ser en el mundo con todo su ser y quehacer nos ayuda a comprender la importancia de lo afectivo-emotivo en el desarrollo y crecimiento de las personas, así también como en su formación.

3.3 Procedimientos de la metodología para interpretar el fenómeno

El procedimiento seleccionado para la interpretación del fenómeno será por medio de la metodología fenomenológica descriptiva que tiene 3 etapas: La intuición, el análisis y la descripción del fenómeno. La metodología utilizada será en base a lo establecido por Antonio Colaizzi, psicólogo que desarrollo el método de análisis fenomenológico que lleva su nombre en 1978. Este enfoque es utilizado para explorar, comprender, describir y representar las experiencias de algún fenómeno a estudiar y definió que tal fenómeno dependerá de la recolección de descripciones de los participantes, análisis secuenciales para depurar la esencia de la información y muy importante la validación de la interpretación realizada por los mismos participantes (Colaizzi,1985).

Las 3 etapas definidas por Colaizzi en la descripción del método fenomenológico se entienden como:

a. En la intuición, el investigador comienza a conocer el fenómeno del estudio tal y como lo describen los participantes, es necesario que el investigador esté completamente inmerso en el fenómeno que se estudió. Se debe evitar cualquier juicio, crítica o evaluación de las opiniones de los participantes. (Spiegelberg, 1975). Dentro de las etapas de Colaizzi se destacan en la intuición:

- Describir el fenómeno de interés.
- Recolectar la descripción de los participantes.
- Leer todas las descripciones de los participantes
- Regresar a las transcripciones originales para extraer el significado de las experiencias.

b. En el análisis del fenómeno, donde hay una identificación de la esencia de los fenómenos basados en los datos obtenidos previamente, se explora la relación y conexión de los datos con los fenómenos adyacentes. De aquí emergen los temas comunes o esenciales. Es necesario que el investigador deba estar inmerso en los datos todo el tiempo que considere necesario para poder garantizar una descripción pura y fidedigna. (Spiegelberg, 1975). Dentro de los puntos de Colaizzi a destacar en esta etapa se encuentran los siguientes:

- Explicar detalladamente el significado de cada experiencia.
- Organizar los significados en grupos.

c. En la descripción, última y tercera etapa donde se describen y clasifican los elementos críticos de las esencias que son comunes en las experiencias de los participantes. (Spiegelberg, 1975). Por lo tanto, esta etapa debiera:

- Describir exhaustivamente cada experiencia.
- Regresar a los participantes para validar las descripciones.

Si existieran nuevos datos en la validación de las descripciones con los participantes, es importante incorporarlo en el análisis y realizar una exhaustiva descripción.

3.4 Rol del investigador

El investigador desempeña un papel de participante con inmersión parcial, ya que, a pesar de que no se encuentra activamente involucrado en el ámbito clínico asistencial y no ha participado en simulaciones en los últimos dos años, sí fue parte de ellas en el pasado, lo que le brinda cierta comprensión de trabajar en servicios con pacientes críticos y participar en simulaciones *in situ*.

En la institución de salud privada donde se lleva a cabo la investigación, el investigador actualmente forma parte del equipo de capacitación y simulaciones clínicas.

3.5 Procedimientos para seleccionar los participantes

Posterior al diseño del proyecto, la elaboración del material de trabajo y la aprobación del Comité de Ética Clínica de la Universidad Finis Terrae (CEC) los participantes son seleccionados con el propósito de describir su experiencia en la atención directa de pacientes críticos y en la simulación *in situ* con énfasis en sus emociones. Para ello se les invita a participar voluntariamente en este proyecto mediante un afiche que se entrega a las jefaturas del servicio, con el fin de que ellos difundan dicho afiche por medio de grupos de (whasp app) WSP. El afiche tiene un código QR para las inscripciones, una vez inscritos se contacta a los participantes para coordinar fecha, hora y lugar para realizar la entrevista, antes de iniciar se entrega el consentimiento informado (Anexo 2) para que lean y consientan su participación en la investigación por medio de su firma. Con el consentimiento informado se les explica los alcances del estudio y se asegura la anonimización de sus datos mediante la asignación de un código verificador.

La selección de los participantes es de tipo homogénea, ya que tienen características similares con criterios de inclusión y exclusión. Los cuales, se especifican a continuación.

3.5.1 Criterios de inclusión

Profesionales de la salud, es decir, médicos, enfermeros y enfermeras, kinesiólogos y kinesiólogas y técnicos de enfermería de nivel superior que trabajan en atención directa con pacientes críticos y que hayan participado de la simulación *in situ* durante 2021 y 2022.

3.5.2 Criterios de exclusión

Profesionales de la salud que no deseen participar de la investigación. Profesionales de la salud que no hayan participado en simulación previamente en los últimos dos años o que hayan participado en simulación en otra institución de salud.

Se accede a la muestra por medio de los criterios de inclusión y exclusión antes mencionadas, se realizan entrevistas semiestructuradas en el lugar más cómodo (*ad*

Hoc) para el participante, logrando un ambiente seguro y protegido, resguardando la confidencialidad.

3.6 Tipo de muestreo

3.6.1 Criterios para determinar la cantidad de participantes

El número de participantes está determinado por el criterio de saturación. Este criterio es ampliamente utilizado para determinar el tamaño muestral en los estudios cualitativos, considerando también como el "*Gold standard*" del tamaño muestral en procedimientos cualitativos (Morse, 2015). La saturación de datos hace referencia a la repetición de información descubierta y la confirmación de datos recopilados previamente (Morse, 2015).

Por otra parte, Flinck (2008) afirma que se llega a la saturación de datos cuando no surgían nuevos temas. Según las definiciones de ambos autores, se puede concluir que el tamaño muestral de la presente investigación no se obtendrá al inicio, como en la investigación cuantitativa, si no, al final cuando se llegue a la saturación, es decir, al punto en el cual se ha escuchado ya una cierta cantidad de ideas diferentes y frente a la observación o entrevistas no aparezcan nuevos elementos.

Como investigadora es un desafío motivante, conocer en profundidad el método de análisis para poder llegar a una saturación correcta y no caer en un falso sentido de saturación, que según Morse (2015) puede originarse por un enfoque muy restringido, una búsqueda mal encaminada o una falta de perspicacia del investigador.

3.7 Contexto del estudio

Dentro de la institución privada de salud donde se realiza la investigación existe una cultura de investigación, donde uno de sus pilares es la investigación y desarrollo académico (Clínica Las Condes, 2023).

De las actividades de formación continua que realiza el personal de la salud que trabaja en servicios con pacientes críticos, está la simulación *in situ*.

La simulación *in situ* se ha llevado a cabo en el centro de paciente crítico desde el año 2018 con un buen grado de satisfacción del personal “Al analizar el aumento de los niveles de confianza para afrontar situaciones similares, el 42% de los participantes dio una puntuación de 10 (“máxima adquisición de confianza”), el 18% una puntuación de 9 y en el 20% la puntuación fue de 8 puntos (Ferre, 2023. p. 24)”

Dentro de las simulaciones *in situ*, participa todo el personal de la salud; Médicos, enfermeras, kinesiólogos, TENS. Y los escenarios que particularmente más se realizan son manejo de emergencias médicas, donde el objetivo varía según el servicio alcanzado, pero son dos: Habilidades técnicas, cómo, por ejemplo; realizar correctamente las compresiones torácicas en un paro cardiaco y habilidades no técnicas como la comunicación efectiva y liderazgo.

3.8 Proceso de generación y reducción de datos

El proceso de recolección de datos se realiza por medio de entrevistas semi estructuradas. La información se obtiene por medio de entrevistas grabadas y guardadas, asignándoles un código verificador, en un notebook personal con acceso privado por medio de la huella digital del investigador, para mantener la confidencialidad de la información. El análisis de las entrevistas se realiza por medio de la siguiente tabla, según los criterios antes definidos de Colaizzi.

Tabla 1:

Reducción de Datos según método Colaizzi.

Extracción de afirmaciones significativas	Formular el significado de cada enunciado	Organizar los significados formulados en grupos de temas emergentes	Descripción exhaustiva del fenómeno estudiado	Temas	Validación de resultado con participantes

Nota: Tabla de elaboración Propia

Cabe destacar que la investigación considera los criterios éticos para desarrollar el estudio, entre ellos: el valor social, la validez científica, selección equitativa, proporción favorable riesgo-beneficio, evaluación independiente, consentimiento informado y respeto a los sujetos inscritos.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

4.1 Proceso de obtención de resultados

Con la obtención de la aprobación por el CEC el 04 de septiembre del 2023 (04-09-2023), las entrevistas se realizaron durante el mismo mes, entrevistando a un total de 9 participantes. La primera entrevista fue en calidad de “Entrevista Piloto” con el fin de realizar mejoras al proceso, entrevista la cual no fue considerada en esta investigación. La saturación de datos se logró con el relato de 8 participantes, detallado en la siguiente tabla:

Tabla 2:

Descripción Entrevistados.

Entrevista	Codificación	Cargo	Edad	Sexo
E1	VVE27E1	ENFERMERA	27	FEMENINO
E2	BSE30E2	ENFERMERA	30	FEMENINO
E3	VNT32E3	TENS	32	FEMENINO
E4	CGE35E4	ENFERMERA	35	FEMENINO
E5	CCK30E5	KINESIÓLOGO	30	MASCULINO
E6	CDM47E6	MÉDICO	47	MASCULINO
E7	TJE30E7	ENFERMERA	30	FEMENINO
E8	CPM46E8	MÉDICO	46	MASCULINO
E9	KST28E9	TENS	28	FEMENINO

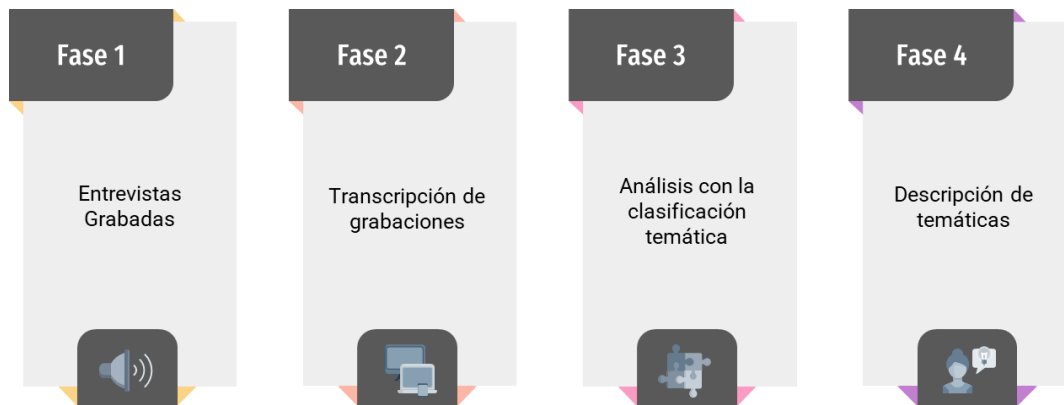
Nota: Tabla de elaboración propia.

Las profesiones de los participantes fueron: Medicina, enfermería, kinesiología y Técnico de Enfermería Nivel Superior (TENS), donde un 38% de los participantes pertenecían a la profesión de enfermería. Por otra parte, el 62% de la muestra fueron mujeres y el 38% hombres.

El proceso de obtención de datos y resultados del presente estudio se desarrolla en cuatro fases ilustradas en la figura número 2:

Figura 2

Diseño de investigación.



Nota: Figura de elaboración propia.

Fase 1: Realización de entrevistas grabadas

Durante el mes de septiembre 2023 se realiza un total de nueve entrevistas de las cuales ocho se consideran en la investigación, ya que la primera entrevista se ejecuta en contexto de “entrevista piloto” para poder aplicar mejoras al instrumento a utilizar. Las entrevistas se desarrollaron en una sala privada dentro de la institución de salud. Se coordina con la jefatura de cada participante el día y hora de la entrevista. Cabe destacar que todas las entrevistas se realizaron durante su jornada laboral teniendo en consideración que su ausencia no afectara su carga asistencial ni la seguridad de los pacientes.

Fase 2: Transcripción de grabaciones

Para la transcripción de las grabaciones se utiliza la acción transcribir de Word cargando el audio de la grabación en el documento, el transcrito es revisado por el

investigador en conjunto con la grabación. Para mantener la confidencialidad de la información las transcripciones son guardadas con la codificación de los datos, realizada de la siguiente forma:

Primera letra de nombre y apellido, seguido de la profesión, edad y número de entrevista. Ejemplo: para Javiera García, Enfermera de 30 años entrevista número 1, la codificación sería la siguiente JGE30E1.

Fase 3: Análisis con la clasificación temática

Para el análisis de las entrevistas se utiliza el método de Colaizzi, La primera etapa es la extracción literal de afirmaciones significativas, luego se formulan significados de cada enunciado que se organizan en grupos de temas emergentes, para después realizar la descripción exhaustiva del fenómeno estudiado que proporcionan los temas centrales y comunes entre los participantes de la investigación. La clasificación temática se realiza reconociendo las palabras claves repetitivas y recurrentes por parte de los participantes, de los cuales se desprende la siguiente lista:

1. Estrategias para el manejo de emociones
2. Emociones en UCI
3. Beneficios de la Simulación Clínica en los participantes.
4. Bloqueo de emociones en UCI
5. Empatía
6. Emociones en Simulación
7. Estrategias para manejar una situación de crisis
8. Percepción de la Simulación
9. Estrategias para mejorar la Simulación Clínica

Fase 4: Descripción de Temas Centrales

Los temas enumerados en la fase anterior se agrupan en dos temas centrales; el primero “Experiencia frente a la atención directa con pacientes en estado crítico de salud” y el segundo “Experiencia frente a las simulaciones clínicas”. De cada tema central se desprende la categorización y subcategorización, con el fin de describir de una forma más exhaustiva el fenómeno estudiado.

Las temáticas son descritas según la opinión subjetiva del investigador, lo que dice la literatura y lo expresado por los participantes. El análisis se desarrollará en el siguiente capítulo.

La siguiente figura ilustra los temas centrales, las categorías y subcategorías extraídas de las entrevistas.

Tabla 3.

Orden según criterio de análisis, categorías de tema y subcategorización.

Temas Centrales	Categoría	Subcategoría	Códigos específicos
Experiencia frente a la atención directa con pacientes en estado crítico de salud	Emociones en UCI	Emociones Negativas	Miedo, Nervio, Ansiedad, tristeza, culpa
		Emociones positivas	Satisfacción personal y profesional, Tranquilidad
		Empatía	
	Bloqueo de emociones en UCI		
	Estrategias para el manejo de emociones		
	Estrategias para el manejo de situaciones de crisis		
Experiencia frente a las simulaciones clínicas	Emociones en Simulación	Emociones negativas	Vergüenza, estrés, enojo, nerviosismo.
		Emociones positivas	Entusiasmo,
	Percepción de la Simulación		
	Beneficios de la simulación	Seguridad y error	
		Entrenamiento	
Estrategias para mejorar la simulación	Orden		

Nota: Tabla de elaboración propia.

4.2 Análisis de resultados

En el análisis de las entrevistas, se pueden identificar las categorías y subcategorías representadas en la tabla 2, relacionados con las emociones de los profesionales de la salud frente a la atención directa de un paciente en estado crítico y las emociones vividas en una simulación *in situ*.

4.2.1 Emociones frente a la atención directa a pacientes en estado crítico.

4.2.1.1 Emociones en UCI

Refiere a las emociones vividas por los profesionales de la salud frente a la atención directa con pacientes en estado crítico, de esta categoría se desprenden tanto emociones positivas, negativas y un código significativo como común denominador entre los participantes: La Empatía.

Trabajar diariamente con el sufrimiento ajeno puede llevar a experimentar emociones variadas en los profesionales de la salud, por lo que se considera importante subcategorizar el tipo de emociones vividas según las sensaciones de los participantes, es decir, separar lo negativo de lo positivo para poder realizar un análisis más exhaustivo.

4.2.1.1.1 Emociones negativas

Dentro de las emociones negativas que los participantes mencionaron en las entrevistas se encuentra el miedo, que López (2017) lo define como una “*emoción que se activa frente a la presencia o percepción de un peligro real o imaginario*” Es un mecanismo protector, de defensa y supervivencia, por tanto, tiene una respuesta fisiológica, al igual que todas las emociones. En el caso de los participantes la reacción fisiológica del miedo de algunos era el temblor de las manos y la sudoración.

E7: *“claro, a mí me pasan cosas físicas y cosas emocionales aparte del miedo que siempre te da” ...“y físicamente cuando tengo... solo siento como temblando, tiritando, no, no logro yo no, no sé si seré tiritona, básicamente no, pero con esa situación y eso entorpece mi actuar.” “te da miedo a lo que le pueda pasar y te da miedo también de no saber qué hacer, quedarte en blanco como que estás constantemente repasando tu cabeza, ya tengo que hacer esto, tengo hacer esto, como era. Y a veces confirmas porque no, imagínate, está en riesgo vital y más encima te equivocas en algo que lo pueda...”*

E8: *“Entonces sí me generó harta...una mezcla como entre miedo a embarrarla, de estrés de que no existiera un problema grave durante el procedimiento. Estaba muy frágil en términos de tolerar el procedimiento. Sí sentí más estrés de lo habitual como más miedo digo yo.”*

La definición de miedo coincide también en lo descrito por los participantes, como una emoción negativa frente a algo que puede o no pasar, es decir frente a una situación futura. Los participantes sintieron miedo frente a una situación que no estaba ocurriendo en el presente, sino más bien en sus mentes.

Otra emoción manifestada en las entrevistas es la tristeza que es definida por López (2017) como “una emoción o estado anímico negativo, evidenciado por un decaimiento asociado a una experiencia subjetiva de pena, congoja, aflicción, pesar, desdicha o desconsuelo que emerge producto de algún daño personal o ajeno”. La tristeza está relacionada con la empatía, es decir, con ponerse en el lugar del otro y coparticipar de su vivencia. Sentir tristeza por el otro representa a una persona empática.

E3: *“Lo primero fue tristeza, mucha pena de que un ser humano termine su vida solo independiente de lo que haya hecho...”*

E4: *“yo siento más que si se mueren, sí, ahí es como pena, obviamente yo igual lloro, soy bien llorona, sí...como que yo lloro mi paciente, bueno, aunque no*

sea mío igual, cuando he participado, o sea, si no participo directo, como que no me involucró tanto cachay”

E9: “Era como primera vez en la familia que un familiar está así como tan grave, la primera vez que lo vivía. Entonces era como todo nuevo y..., sufrían mucho, entonces me daba mucha pena. Se quedaban hasta tarde hasta el último o llegaban muy temprano, pero sí. Me dio mucha pena”... “yo creo hablando a porcentajes, yo creo que como el ochenta por ciento. Me involucro mucho mucho, hasta he llorado cuando los veo llorar. Lloro a veces porque me da pena o porque me puedo acordar de situaciones que he pasado yo, entonces sí me meto mucho.”

Los participantes mencionan la emoción de tristeza o sentir pena relacionado al sufrimiento y a que tan involucrados se encuentran con sus pacientes, lo que concuerda con la relación que tiene sentir tristeza según el grado de empatía que tienen los participantes sobre sus pacientes.

Si bien la culpa, el nerviosismo y la ansiedad no son consideradas en la literatura como emociones, generan en los participantes una sensación de malestar. Conformando una emoción de tipo negativa.

E8: “la sensación de culpa por algún error cometido, creo que son de las cosas más desagradables de tener que ir a hablar con una familia, mira paso tal cosa y cometimos el error y paso esto grave y te lo tengo que contar. Y que logremos tener un nivel de comunicación que entiendas que para mí es terriblemente desagradable e incómodo tener que venir a contarte esto que está ocurriendo con alguien querido tuyo. Y llegar a un punto de esa comunicación que tú me digas no me parece algo bueno, pero entiendo que esto...no es de mala intención y seguimos sin estar enojados y seguimos pudiendo hablar de cosas que van más allá de ese evento, evento puntual.”

E2: “si bien uno puede estar nervioso, un poco ansioso frente a lo que a lo que puede pasar, eh. Yo creo que es clave para trabajar en un servicio crítico, poder eh sobrellevar esa situación y aceptar que uno sí puede estar nervioso, pero que el manejo, o sea lo que necesita el paciente en este momento es que uno actúe rápido y que podamos hacer las cosas para solucionar el problema lo antes posible de la mejor manera.”

E5: “Si la situación de emergencia está en ese momento? Eh, probablemente me pongo un poco más nervioso. Y empiezo a mirar hacia fuera, a buscar la solución al tema si veo que no sé, no está logrando la intubación, miro para afuera. ¿Quién está? o grito... llama al anestesista”.

A pesar de que los participantes mencionan y son conscientes de situaciones en las cuales han sentido emociones negativas, logran encontrar diferentes estrategias para poder manejarlas.

Un concepto emergente en las entrevistas fue el “cansancio emocional”. El cansancio emocional hace referencia al agotamiento que se siente posterior a haber vivido una emergencia médica o de haber atendido a un paciente en estado crítico, concepto que la literatura define como “Sentimientos de estar abrumado y agotado emocionalmente por el trabajo”. (Cabezas, 2016), que coincide con lo manifestado en la entrevista.

E6: “ Eso sí, implica que cuando el evento termina habitualmente mi nivel de estrés baja tanto que yo quedo normalmente como un estropajo alrededor de 20 a 30 minutos después de una eventual, no es un cansancio físico, es un cansancio más bien emocional”.

4.2.1.1.2 Emociones positivas

Es ampliamente reconocido que los profesionales de la salud que trabajan en unidades de cuidados intensivos experimentan niveles significativos de sufrimiento. Sin embargo, durante las entrevistas, los participantes compartieron sensaciones o emociones positivas que experimentan en este entorno adverso.

E5: “Hace muy bien cuando los vas a ver y no es ese paciente que tú tienes en la imagen, el que está con el tubo, el que está con la sonda, el que está en malas condiciones al paciente que lo ves sentado con familia conversamos, entonces probablemente es algo muy lindo de verlo y es algo que te hace cuestionar un poco que efectivamente lo que estás haciendo no es para bajar o mejorar un número, salvar algo, si no, es para ese momento cuando está con la familia y vuelve a ser la persona que era antes”.

Existe un sentimiento de gratificación cuando los profesionales de la salud visitan a pacientes que han estado gravemente enfermos, a unidades de menor complejidad y observan mejorías en su estado, especialmente cuando están junto a sus familias

Por otra parte, a pesar de que la descarga de adrenalina no es descrita como una emoción varios participantes la definen como una emoción positiva, es decir, que les hace sentir bien en una situación de crisis médica.

E3: “Me gusta esa emoción que me genera la Adrenalina. Y saber que tú eres una parte eficiente dentro de ese desorden y trabajo en equipo que funciona.”

E6: “a pesar de esa sensación y a pesar de lo desafiante que puede hacer el, digamos el hecho, en lo personal yo lo disfruto mucho. Disfruto mucho la situación de poder mantener el autocontrol, mantener la cabeza fría y hacer las cosas que corresponde hacer sin que haya un desorden en lo que se está haciendo me produce satisfacción desde el punto de vista profesional y personal.”

La descarga de adrenalina que mencionan los participantes la experimenta en un contexto de emergencia médica, pero la satisfacción referida no está relacionada con la descarga de adrenalina como tal, sino más bien, con el orden y la eficiencia del manejo de emergencia, tanto individual como del equipo de trabajo. Punto que destacan es la comunicación del equipo relacionada con la satisfacción personal.

E7: “Emocionalmente, siento alegría ya eh... y siento como que de alguna forma le devuelves un poco de esperanza a la gente” ... “Por otro lado eh. está como cuando te escuchan o cuando eres parte del equipo que logra hacer cosas por el paciente, a veces hay pacientes que esperan mucho para tomar decisiones” ...” “ me he sentido como contenía y cuando no has sabido algo, no he tenido miedo a preguntarlo y me han ayudado”.

E8: “Sí, sí, existe la posibilidad lo hacemos de abiertamente decir, mira, no estoy de acuerdo con lo que tú piensas, no me parece que es correcto. El otro de sus argumentos, finalmente llegan a un consenso de conducta, aunque no estemos convencidos del todo de lo que estamos haciendo, eso es también alivia.”

La comunicación entre el equipo genera en los participantes una sensación de satisfacción y de sensaciones positivas frente al contexto negativo en el que el paciente y su familia están viviendo.

4.2.1.1.3 Empatía

La Empatía es definida como la capacidad de ponerse en el lugar del otro, (Rivero, M, 2019) este concepto es mencionado por los participantes y relacionado con las emociones que viven en la atención directa con pacientes en estado crítico.

E4: “yo tengo como quizás, no sé si es un valor agregado, pero es como una experiencia diferente porque mi papá murió el año pasado y mi papá era un paciente terminal, entonces yo fui familiar también y siento que desde que yo fui

familiar, o sea, antes igual lo hacía, pero desde que yo fui familiar, igual cambié un poco a mí la perspectiva cachay, porque lo ves de otra forma y eso que yo entendía y los familiares no entienden trabajando en el intensivo”... “yo creo que cuando uno pierde la empatía, tiene que irse del intensivo”

E9: *“porque ella también contaba que la situación estaba difícil, ya sea económica, entonces igual escucho esas cosas, que si te pones nerviosa al saber de qué va a pasar con ellos, al final si pasa todo esto...”*

E4: *“Igual en el servicio hay un montón de cosas, monitores, cables, el cablecito del cablecito el cablecito que todo suena. Y tú familiar está acostado, sedado, lleno de cuestiones igual es impactante. Nosotros normalizamos demasiadas cosas, demasiadas cosas, entonces es normal qué la gente se asuste en fin”*

Normalizar la gravedad de los pacientes, puede ser algo común en el servicio de paciente crítico, esta normalización lleva a ser poco empático. Lo que mencionan los participantes es que existe una relación importante en el nivel de involucrarse con el paciente y sentir su malestar poniéndose en el lugar de ellos, es decir siento empáticos con la situación que están viviendo.

4.2.1.2. Bloqueo de emociones en UCI

El concepto de bloqueo de emociones emergió en más de una entrevista, por lo que se consideró importante categorizar y analizar en profundidad.

El bloqueo emocional es la incapacidad o dificultad para experimentar, expresar o procesar adecuadamente las emociones. Un bloqueo emocional es un mecanismo de defensa de nuestro cerebro que nos impide sentir las emociones con normalidad. CogniFit, & CogniFit. (2018). Los participantes señalaron que tienden a reprimir o bloquear sus emociones durante situaciones de emergencia, pero destacan la

importancia de abordar estas emociones en conversaciones posteriores una vez que la situación ha pasado.

E2: *“Yo creo que uno bloquea un poco las emociones en ese rato porque es prioritario atender al paciente. Entonces hay que poner en segundo plano a veces, eh, cómo se está sintiendo uno y actuar no más, pero después de que se acaba la situación ahí uno, le da una vuelta”*

E4: *“bloqueada, como disociada ya muy disociada, como que estoy solo haciendo eso ya, o sea la tarea que me mandan, yo estoy haciendo eso y bueno obviamente mirando a mi alrededor, pero es como como que estoy conectada en el procedimiento”.*

E6: *“Yo normalmente durante el evento bloqueo mis emociones. Yo no, no voy a transparentar en el momento del evento hacia el resto del equipo, porque habitualmente el jefe del equipo en esas condiciones soy yo. Ningún tipo de emoción ni descontrol. Hago esfuerzos para que así sea, porque claramente durante este tipo de eventos sí él que está a cargo se descontrola el resultado serán malos para el paciente.”*

E9: *“En el lado sí es como preferible bloquear a veces porque uno se lleva todo ese como esa carga de como de tantas malas noticias que como que ¿para qué? no es necesario llevarte como un problema o no sé si son problemas, pero son como esas como cargadas y como decir por qué tantas desgracias, y no bloquear porque, no sé, yo siento que hay gente que es como muy de cómo, contener y no me gustaría no contener.”*

Dentro del contexto clínico de la Clínica las Condes el nivel de gravedad de los pacientes que están hospitalizados en el área de intensivo es muy alta, lo que hace que el personal de salud se mantenga alerta y deba actuar rápido frente a una situación de crisis médica agregándole a esto el bloqueo de sus emociones en primera instancia. Posterior a una situación de emergencia se realiza una conversación del equipo donde se charla regularmente, sobre lo sucedido y como podrían mejorar la gestión de las

emergencias, pero el tema de las emociones, no se toca. Esta situación de negación de las emociones es percibida por los participantes como algo importante de realizar.

4.2.1.3. Estrategias para el manejo de emociones en UCI

El manejo de emociones es crucial para la toma de decisiones correctas, a continuación, los participantes dan a conocer diferentes estrategias efectivas y personales para el manejo de sus emociones.

E2: “si bien uno puede estar nervioso, un poco ansioso frente a lo que a lo que puede pasar, eh. Yo creo que es clave para trabajar en un servicio crítico, poder eh sobrellevar esa situación y aceptar que uno sí puede estar nervioso, pero que el manejo, o sea lo que necesita el paciente en este momento es que uno actúe rápido y que podamos hacer las cosas para solucionar el problema lo antes posible de la mejor manera.”... “Algo que a mí me da mucha tranquilidad de saber que en el equipo hay más gente con experiencia. Los médicos que teníamos ese día eran médicos con mucho entrenamiento. De hecho, eh, no teníamos, por ejemplo, acceso venoso con el paciente inmediato. Y uno de los doctores, puso una vía intraósea. En unos segundos entonces esas cosas te dan, te sientes más tranquila, más tranquila así y el resto del personal también”

E2: “yo creo que dentro del ambiente clínico es más fácil ponerlo en segundo plano, quizás no bloquearlo, pero sí dejarlo un poco en stand by y quizás una vez finalizado el turno, eh, conversar con alguna colega o una vez que ya la situación está controlada, poder hacer una baja de información una catarsis con otra colega que te entienda lo que está pasando, familias, amigos, no sé cualquier persona que te pueda ayudar un poco a procesar esto y que sea canalizado de una forma positiva y sana”

E9: “Es muy chistoso porque hay veces que yo en el saliente noche tomo desayuno con mi hermana y le cuento, y mi hermana me dice, pero ¿Por qué

siempre me cuentas puras desgracias? Le digo es que necesito desahogarme con alguien”... “Yo le dije, es que necesito contarle a alguien y ahí yo me desahogo y listo, me voy a dormir.” [...]“Y siento que yo, a pesar de todo lo que viví, todo lo que lloré porque me involucraba mucho, que había que despedirse una vez que decirle al otro que la familia, que los dos estaban iguales, grave...entonces yo decía...agradezco mi salud mental porque no, nunca gracias a Dios nunca me pasó así, algo que me perjudica, así como lo voy a pensar todos los días, no que es que no. No me trastorno.”

Canalizar las emociones de los participantes y expresarlas a su red de apoyo puede ser una estrategia importante para el manejo de emociones, a tal punto de mantenerse estable mentalmente en un contexto de alto nivel de sufrimiento

E3: “entonces cuando yo siento que estoy con pena o algo expreso mi emoción y como que eso digo siempre necesito un abrazo como para cargarme. No sé qué y busco como la solución o la salida de porque uno tiene que liberarse, es normal sentir la emoción, es normal sentirte frustrada o sentir pena porque somos seres humanos y las emociones hay que vivirla el tema es cómo expresarla y yo siento aquí, manejo a la Emoción, es como que las liberó rápido...”.

E4: “Yo por lo menos tengo como rituales. Por ejemplo, si estoy muy involucrada con el paciente, o sea que lo he tenido mucho tiempo.” “Cuando uno hace el post mortem viste que igual entramos nosotras yo le rezo, le digo que se vaya tranquilo, que su familia va a estar bien. Es como una mini despedida, ahí quedo tranquila”... “Y hago como este mini ritual, si muere conmigo o no, en fin como le rezo como que le hablo como que se vaya tranquilo, no sé. Y, si bien me lo me puedo llevar como ese pensamiento un poco a la casa como que después ya pasa como que yo siento que con este ritual yo cierro el ciclo”

E7: “Yo creo que uno se conoce sabe cuándo los puedes tomar. De la misma forma que tú sabes pedir ayuda cuando no sabes algo, también sabes pedir

ayuda cuando algo te afecta mucho porque te da pena y todo, pero después de eso tú te vas y yo tengo mi vida y me da pena el paciente y lo entrego, así como a la vida o lo que sea, pero no es como que me lo lleve para la casa. Logró separar...” yo logro irme como tan tranquila logro dormir logro todas las cosas como bien porque no me quedo con nada pendientes lo entrego todo.”

Trabajar en un servicio de cuidados intensivo tiene consigo sentir diferentes emociones, por el sufrimiento que continuamente se vive en este tipo de servicios, por los estados graves de salud de los pacientes y estar, de cierta forma, cercanos al proceso de muerte constantemente. Los participantes están conscientes de la vivencia de estas emociones y coinciden en buscar estrategias personales de como poder manejarlas como la expresión verbal o no verbal como un abrazo o realizar rituales religiosos.

E5: “pero normalmente cuando te preguntas cómo estás y te responden, estoy mal, digo que bueno que estés mal. Así como creo que el primer paso que doy es aceptar que está bien que te sientas mal y si necesitas algo dilo, vamos a sentarnos a tomar agua, conversemos de lo que estaba pasando. Eh nunca como la perspectiva de como tus emociones no son válida”... “Desde mi perspectiva yo creo que sí, no considero otra cosa más tranquilizadora de que puedas decir, sabes que me siento mal, tengo pena, eh? Tengo rabia, no pudo salir la situación y esto es lo que pasó, esto es lo que yo vi y esto es lo que yo estoy sintiendo”

E8: “Yo creo que hacerlo consciente y hacerlo consiente creo que me ayudó a no... a que no me desbordara, no sé... que no, que no, no me afectaran en tomar decisiones, saber que estaba nervioso que pudiera pasar algo y entonces como que...ser más precavido en tener todas las cosas más preparadas de lo habitual”

E8: “Este...tal vez tiene que ver con el hecho de verbalizarlo, discutirlo acá o no. Creo que las veces que me lo he llevado como una cosa negativa para la casa tiene que ver con haberlo vivido más solo”

E7: *“Y trato de hacer eso, pues cuando llego trato de dar mi 100% y entregarlo todo debe ser demasiado y al final me voy tranquila y si tengo que llorar lloro y si tengo que hablar mucho rato con el paciente y lo hago. Eso me ayuda y tranquila, pero la vez que no lo he hecho así o las veces que no he llorado, por ejemplo, acá o las veces que me he tratado de hacer la más fuerte después, de bloquear mis emociones voy a mi casa y me siento y ahí yo lloro y todo porque son emociones cuando las retienes de alguna forma, buscan salir.”*

Los participantes se hacen consciente de sus emociones, las verbalizan, expresan y abordan por medio de diferentes estrategias, cómo hacerse consciente de su emoción, saber que existe una emoción y puede influir en la toma de decisiones y posteriormente expresarla, verbal y no verbalmente como abrazar.

E6: *“ Habitualmente me desconecto de lo que está ocurriendo un par de minutos habitualmente no, no sigo en el lugar, pocas veces terminé fumándome un cigarrillo o conversando fuera otro rato y olvidando el momento, por lo menos relajarme un poco en relación al tema, un paréntesis no fumo de manera habitual, es únicamente en esos momentos en general, los cuales llegó a caer a eso.” ...” la emergencia está superada, por decirlo así, efectivamente libero eso y no es que ni llore ni grite, no, es que el nivel de estrés hace que me sienta más eh más cansado y necesito un par de minutos para recuperar” ...” “ Lo que hace muy bien después de todas estas situaciones, cuando uno ya ha pasado el tema es hacer un debriefing asociado, o sea, claramente el sentarse con el equipo, conversar”*

E7: *”Se va la angustia, pero el miedo sigue, no es una angustia, porque sabes más o menos qué hacer, como hacer que eres buena que eres mala o no mala pero no tan buena y en quién es mejor en un momento de emergencia da lo mismo pues en paro hay otras cosas, pero la angustia desaparece y el miedo siempre va a estar un poco, por el paciente”*

Prepararse previamente frente a una situación de emergencia puede disminuir la ansiedad que la emergencia genera en los participantes y posterior al evento realizar una pausa para conversar lo sucedido respecto a acciones y a emociones.

La cercanía con los familiares que están pasando por un momento desafortunado con un ser querido, puede que sea una estrategia de afrontamiento por parte de los participantes, manteniéndolos informados en todo momento, viviendo un poco ese sufrimiento con ellos y acompañándolos en los momentos más tristes genera una sensación de tranquilidad.

E5: "Tengo muy vivido un momento como que estuve con la con el doctor y la enfermera tuvimos que subir a una niña de 17 Años. Sí, eh fue, fue terrible, de hecho, me puse a llorar en la sala cuando estaba la familia, eh, por lo que conllevaba el contexto y después cuando salí conversé con la gente. De hecho, abrace a la enfermera y fue como tengo mucha pena. Gracias porque estuvieras ahí conmigo"... me acuerdo de la mamá que me miró y como que me miró con una cara como de compasión o como de entiendo, que pena que tuviste que ejecutar esto por mi hija. Entonces eh, creo que si bien no es lo común, pero creo que no está mal."

E8: "establecer una comunicación que creo que no solamente es información y tiene que ver con que se genere un ambiente entre esas dos partes que sea no tenso, uno entrega más bien tranquilidad, que no tiene que ver con decir que todo va a estar bien, sino la tranquilidad".

4.2.1.4. Estrategia para el manejo de situaciones de crisis.

La distribución de tareas y roles frente a una emergencia pareciera ser una buena estrategia para el manejo de alguna crisis según los participantes, que coincide con uno de los 5 eje del *Emergency Crisis Resource Management (E-CRM)* que es un

entrenamiento frente a una crisis médica, tiene 5 ejes y uno de ellos es la claridad de papeles, es decir, identificación del líder, distribución de roles, entre otros. (Casal, 2020)

E5: *“Entonces, como muchas voces para no poder ejecutar algo que se debía hacer. Entonces es una situación en la cual, si bien yo estaba tranquilo porque sabía lo que yo tenía que hacer, veía que la situación se estaba yendo de las manos”... “pero si siento ese “tranquilo-nervioso”, en el cual como que sabes que estás muy alerta, muy atento y responde rápido, pero estoy tranquilo. Sabes que hay cosas que puedes hacer y cosas que no puedes hacer. Eso me calma un poco, se cuál es mi rol y cual no es mi rol en el contexto.”*

E6: *Si Absoluto, absoluto, o sea. Yo creo y pienso que, en un equipo de trabajo en una situación grave de estrés, es fundamental tener un líder que funcione como líder y no como jefe, como líder, como que coordinen los esfuerzos, escuche las opiniones, las tome en cuenta, pero que finalmente tomen la decisión que corresponde y si el aporte es adecuado, se recoge y se hace”... “la responsabilidad del jefe de equipo, líder, Team líder como le quieras colocar, es fundamental sin quitarle la importancia a todo el equipo que todo el equipo tiene un rol diferente, pero el coordinarlo y el mantener el orden es fundamental, porque si no hasta un equipo muy experimentado con un líder desordenado o que no escucha, no funciona.”*

E9: *“Sí, sí, sí, porque, por ejemplo uno le dice, ya si tiene que estar un kine, un médico, dos enfermeras, un TENS y al final se meten todos. Nunca nadie se organiza y yo ya he estado en esas situaciones y podí ver hasta 8 personas dentro de la pieza, entonces yo creo que las capacitaciones obviamente estás simulaciones se ve claramente, nos dio a entender que no se necesita tanta gente”*

Los participantes afirman que existe una tranquilidad cuando hay un orden, un líder y una buena distribución de roles en el equipo, esto hace que el desempeño asistencial sea más eficiente.

4.2.2. Experiencia y emociones sobre la Simulación Clínica.

4.2.2.1: Emociones en Simulación.

La Simulación Clínica puede generar emociones tanto negativas como positivas en los participantes, frente a lo anterior se subcategorizaron para analizarlas por separado.

4.2.2.1.1 Emociones negativas

Dentro de las emociones negativas o sensaciones de malestar que expresaron los participantes producto de la simulación fue el estrés, definido por la RAE como *“una tensión provocada por situaciones agobiantes que originan reacciones psicossomáticas o trastornos psicológicos a veces graves.”*, la incertidumbre, es decir, la imposibilidad de predecir un evento seguro, el enojo que está relacionada con la emoción de ira que según López (2017) puede estar presente en aquellas circunstancias que resultan evaluadas como injustas o no merecidas y el nerviosismo, definido como un estado pasajero de excitación nerviosa.

E4: *“Yo creo que fue la primera de ECMO, porque en ese tiempo no tomaba ECMO, esa fue mal, fue muy estresante porque cuando uno no sabe del tema es mucho más difícil encontrar soluciones, obviamente”*

E6: *“Me termino enojando con el del lado cuando no hace lo que tiene que hacer porque no ha tomado en serio lo que está haciendo.”... “incluso soy más mecha corta que cuando estoy en situación real, toleré más los errores en situación real que en simulación. Cuando yo estoy participando. No, cuando yo estoy a cargo de hacer las simulaciones. Si yo pido hagamos otra cosa y el del frente hace algo que no corresponde, normalmente me molestó mucho, porque eso significa que no estudio no revisó, no sabe y eso me molesta.”*

La falta de conocimiento puede llevar a una sensación de malestar o incomodidad , generando emociones negativas tanto para el participante como para el equipo de trabajo.

E5: *“ como... ustedes están fuera, ustedes no están dentro de la unidad y esto va a pasar ahora, no sabe en qué momento, entonces, como que al principio hay un poco de incertidumbre hacia allá. ¿Qué escenario nos van a mostrar ahora? ¿Eh, pero cuando entro veo la situación que está pasando y me empiezan a ejecutar o decir, eh?”*

E9: *“en el sentido de que vi a la doctora como muy nerviosa ya y ella como que me pegó ese nerviosismo. Entonces y claro, pues ver el quién, quién no sé, quién hace la... quién reanima? no nos habíamos puesto de acuerdo, entonces era como todos desordenado, pero seguía ahí el monitor sonando y que qué, qué pasa...y que ay que todo y yo decía ya yo me pongo a registrar...no escuchaba, entonces ya estaba como desesperada”... “Si fue como nerviosismo, como entre la doctora, él no sabe qué hacer, quién era el guía y qué qué hacía uno que hacia el otro , como que nos atrasamos y eso nos perjudicó”*

Según los participantes una simulación no preparada y no informada con anticipación podría llevar a una incertidumbre y un nerviosismo personal que podría ser contagiado al resto del equipo.

4.2.2.1.2 Emociones positivas

Dentro de las emociones positivas que generaban una sensación de satisfacción según el relato de los participantes fueron la tranquilidad y la confianza que les entregaba el equipo de salud bien preparado.

E5: *“Me siento tranquilo, como que cuando veo a las personas que están dentro, sé de qué me tengo que preocupar y de qué cosas no”... “pero con los dos*

médicos que me ha tocado en la simulación, es como me da lo mismo que me diga ponte de cabeza ahora porque confío demasiado lo que lo que sabes y la experiencia que tenemos, por lo tanto eso me queda muy tranquilo"... "Entonces ha pasado que afortunadamente los contextos que se ha dado conozco la gente que está pasando y me da mucha tranquilidad a las personas que están a pesar de que ellos puedan decirse que estaba súper nerviosa, pues da lo mismo. Confío en ti".

E6: "ambos tomamos el rol de team líder en menos de 10 segundos, porque así funcionamos, estamos muy acostumbrados a trabajar así y de hecho la cosa anduvo bien con el paciente sacamos todo lo que estaba ocurriendo todo muy rápido y lo que es increíble que todo el equipo se supeditó a nosotros en tres tiempos, porque era parte del rol, pero no ví el estrés de que te estaba mirando, simplemente hice lo que tenía que hacer cuando ocurra."

E2: "Eh una que a mí me gustó mucho, fue precisamente la de paro simulado en la en la UTI. Yo creo que uno se siente tranquilo porque sabe que es una situación simulada que podría pasar, no es un paciente real...Eh eso puede darte tranquilidad y uno puede ver cómo actuaría en una situación parecía eh... como tener una idea de cómo sería el actuar de cada uno".

Cuando existe una confianza en el equipo aflora la tranquilidad en cada uno de ellos, al parecer, existe una relación entre la confianza que se tiene en el equipo y el nivel de tranquilidad de los participantes.

4.2.2.2 Percepción de la Simulación

Con las entrevistas se pudo analizar que existe una ambigüedad en la percepción de la simulación, ya que, hay sensaciones de no querer realizar las simulaciones hasta solicitar que se repitan más por lo beneficiosas que son.

E7: *“Es nervio a hacer el ridículo, el nervio de hacer el ridículo porque independiente, que estás en un ambiente protegido y nadie va a morir, tú dices puta y si estoy haciendo siempre mal esta cuestión y ahora se van a dar cuenta que lo hago mal, lo podría pasar al lado positivo de Ah, ya voy a poder corregirlo y siempre uno dice, no hay preguntas tontas ni nada, pero igual en el fondo siempre va a haber alguien que te va a criticar por eso entonces...”*

E8: *“Cada vez que tenemos simulación me pasa un poco lo mismo que es como la sensación previa, la simulación es de rechazo, porque tengo la impresión de que requiere un poco de actuación, de ponerse en una situación ficticia, pero como si fuera de verdad. Como algo que yo no quiero hacer, que es ponerme en una situación como de actuación”*

E6: *“ Lo que pienso que la simulación es extremadamente importante en los equipos de salud, porque el momento de aprender no es con el paciente, pienso que deben ser regladas que se deben hacer por semana sistemáticamente, que deben hacerse lo más in situ posible estoy súper de acuerdo con eso. Pero siento, y esto un tema personal, que no me gusta.”*

E8: *“ Me cuesta mucho, me cuesta en la simulación acá y en los cursos tipo CLC también. Pero una vez que ocurre y finalmente lo logro y termina. Habitualmente creo que la sensación que queda es que fue súper valiosa y que ojalá lo hiciéramos muchas veces más, siento que siempre sirve mucho en verdad. Eh creo que es súper útil”.*

A pesar de que exista un cierto rechazo inicial por parte de los participantes frente a hacer simulaciones clínicas, consideran que la simulación *in situ* es fundamental y necesaria para fortalecer al equipo de salud, por el valor del error y la seguridad del paciente.

E2: “Y, yo creo que ese fue muy bueno. Justo después de esa simulación hubo un paro y creo que ayudo a haber tenido el proceso previo”.

E7: *“Sí me siento cómoda, me gusta, me gusta, las disfruto de hecho son como momentos que de verdad. Eh yo a mí me gustan, disfruto”*

E8: *“Y a mí me tocó un par de veces y el viernes se paró un paciente de verdad que venía llegando y activaron los códigos llegó la gente afuera de todo y fue impresionantemente mejor que otras veces la solución a ese paro cardíaco, incluyendo contener a equipos externos que venían entre comillas a ayudar. Eh fue francamente mejor llevado desde todo, desde la gente que estaba ayudando desde afuera hasta el que estaba dentro, con la jeringa en la mano. Sirve, yo no tengo ninguna duda de que sirve mucho”.*

E9: *“o sea me pongo igual nerviosa porque yo tengo o sea como risa nerviosa, pero me río con los nervios pero me gusta igual aprender es como adrenalínico,”*

Dentro de las razones del rechazo de la simulación está el miedo a hacer el ridículo, o realizar un *switch* mental difícil de lograr para que la simulación funcione. Esto se entiende cómo lograr entrar en el personaje de la Simulación Clínica y realizar todo lo que deberían realizar, teniendo en consideración que no es un paciente real.

E8: *Y creo que es súper necesario para que la simulación se de bien que uno haga como ese switch mental de ahora estamos en esta otra realidad paralela y si uno no logra enchufarse bien en esa especie como de actuación creo que pierdo un montón de la simulación. Y, que es algo que por supuesto nadie te enseña y que se asume que tú vas a hacer durante la simulación. Entonces esa esas sensaciones priori, en verdad me carga.*

E4: *“Yo te digo en un 95%. Eh yo creo que les da miedo simular por el qué dirán, porque puede que las otras chiquillas creen que no eran tan buenas como creían siento que es como un poco como ese miedo al ridículo un poco.” “es como ese miedo a quedar. ¿Cómo que no saben? Y siento como que les importa mucho eso de yo soy muy bacana y como esa imagen de soy demasiado enfermera intensivo y claro, pueden simular y no ser buenas en esa simulación y quedar un poco con esa imagen”.*

Tener un tiempo protegido para realizar un *feedback* adecuado o corregir algún error presentado durante la simulación, es considerado como algo positivo.

E2: *“Pero el tema de la simulación es que es todo con un ambiente mucho más controlado y tranquilo. ¿Entonces, eh? uno puede estar conversando o tener un feedback inmediato, no como cuando hay un caso real en el que hay que hacer mucho trámite después de contar todo lo que se le administra al paciente”*

E2: *“uno tiene en la cabeza eh.. Tengo que registrar, tengo que solucionar esto, tengo que devolver medicamento, tengo que terminar de evolucionar. ¿Cuántas horas quedan para terminar el turno? ¿Voy a alcanzar o no? Voy a alcanzar. En cambio, cuando se hacen simulaciones uno tiene un espacio eh protegido en que se conversa esto sin tener que estar pensando en que hay que terminar el turno que tuvo otro paciente también está grave o que viene un ingreso o cualquier cosa”*

4.2.2.3 Beneficios de la simulación

Dentro de los beneficios que mencionaron los participantes fue el aumento de la seguridad profesional y personal, lo que hace aumentar la seguridad en la atención directa con el paciente, El entrenamiento del equipo de salud y la generación de un orden frente a una situación de crisis.

4.2.2.3.1. Seguridad y error

La seguridad del personal, entendida como la sensación de sentirse seguro frente a una situación en particular y la seguridad de atención del paciente fueron mencionada como beneficios de la simulación Clínica.

E3: “Entonces en este tipo de herramientas que nos entrega de practicar, yo creo que es lo más importante porque la seguridad que te brinda y el conocer tu limitante”... “Trabajar intensivo por primera vez igual te da dolor de guata, porque jamás veis, por ejemplo, un paciente ventilado o un paciente en ECMO o en diferentes condiciones y muchas veces uno dice wey que hago acá, no voy a poder, pero después va a ir teniendo una herramienta como este tipo de simulaciones, te da la seguridad y decir, yo sí puedo. Estoy aquí y ves esa seguridad que les da a las chicas o a uno mismo y en verdad te ayuda ene”.

E4: “Ah no yo creo que es demasiado bueno. Si porque te empiezas a familiarizar con más cosas, o sea, con las cosas que van a usar ahí. De hecho, yo creo que debería ser como un ítem de seguridad al paciente que uno simulara muchas cosas”

E2: “yo creo que sí, yo creo que es algo que pudimos evidenciar cuando llegan personal de apoyo que no había pasado por estas cosas. En general, cuando llega alguien externo, eh que no tiene la preparación que tiene la gente en intensivo tienden a ponerse mucho más ansioso, mucho más nervioso y se nota la diferencia con la gente que sí ha pasado por episodios así antes o que ha tenido simulaciones clínicas de este tipo de casos y lo mismo para uno yo creo que la experiencia es lo que te va dando la confianza del momento y lo que uno necesita para poder sacar adelante al paciente y esa experiencia puede ser en casos reales o simuladas y todo suma.”

La Simulación Clínica puede lograr aumentar la seguridad en los participantes y por consiguiente disminuir el nerviosismo que causa simular.

E4: *“yo encuentro que una herramienta muy buena hacerlo antes, porque así voy mucho más preparada y yo creo que entre más conocimiento tenga de algo, menos nervioso vas a estar siempre en cualquier orden de cosas”.*

Puede que realizar una o dos simulaciones no logre le objetivo de seguridad en las participantes, por lo que la solución que plantean es repetir de forma constante las simulaciones.

E4: *“Yo creo que a esas tristemente hay que mandarla a simular más no porque de hecho son las que más tú decís: ¿Cómo lo hará bajo presión? Cachai, entonces es la única forma simular más seguido, hacerlo más seguido”*

E5: *“Haber practicado con esa persona, con ese personal.”*

Los participantes afirman que la repetición de simulaciones logra el aumento de confianza en el equipo de salud y es considerado como un beneficio de Simulación.

Por otra parte, el error es manifestado por los participantes, quienes refieren que dentro de los beneficios de la simulación es captar el error y poder corregirlo casi de forma inmediata.

E9: *“saber si estás haciendo las cosas bien o que y como tienes tantas miradas encima, entonces tú no sabes si estás haciendo bien o no las cosas, entonces, es decir. Claro, como hay veces que hay tanta gente, a lo mejor no se dan cuenta del trabajo que hago y ahora como estoy, ya somos poquitos, va a cachar de verdad como es el trabajo, entonces para mí es mejor porque te corrigen y tú ya con esas correcciones ya ves que en otra oportunidad las tienes que corregir”*

E5: *“Si es el mismo escenario, probablemente mi desempeño sea más o menos adecuado a lo que debiese realizar, porque siento que cuando pasa el error en la simulación es poco probable que lo vuelvas a repetir “.*

4.2.2.3.2 Entrenamiento

El entrenamiento profesional y de equipos es considerado un beneficio de la simulación.

E4: *“Yo por lo menos soy una de las que más hinchas por hacer simulaciones, porque yo creo que sirve para demasiadas cosas, una para entrenarse mentalmente, porque yo por lo menos cada vez que simulo, yo igual estoy como adrenalizada como si fuera de verdad porque te metes en el personaje, ya porque si bien es un muñeco ya obvio, pero igual se genera ese estrés cachay porque el ruido porque suena igual porque te están presionando porque igual te están gritando en la oreja igual se genera un ambiente”*

E4: *“probablemente si no tuviese práctica o no tuvieses como estas simulaciones que son más reales, la posibilidad de que pueda ejecutar una situación de manera tranquila, no lo creo tan posible. De hecho, al contrario, siento que, si estás poco preparado y te toca una situación grave, es muy factible que no logre tener un buen resultado.”*

E5: *“Si es el mismo escenario, probablemente mi desempeño sea más o menos adecuado a lo que debiese realizar, porque siento que cuando pasa el error en la simulación es poco probable que lo vuelvas a repetir“.*

Lo beneficiosos de entrenarse por medio de la Simulación Clínica es lograr, según los participantes, un desempeño adecuado en el actuar posterior con un paciente real.

E5: *“Siento que son fundamentales para poder ejecutar algo de manera correcta. Siento que el momento de la ejecución propiamente tal, del paro, de la intubación, de la situación de mayor estrés, eh? No es un buen momento para practicar, no es un buen momento para mandarse errores o cagarla, creo que eso, eh? siento que se le quita relevancia al poder que tiene la simulación propiamente tal”*

E7: *“como que voy a saber a quién le pido ayuda, todos se sienten seguros, entonces cuando ves a tu equipo seguro tú también te sientes seguro, aquí es lo mismo.”... “Claro porque te conoce pues. Tienes que trabajar con la gente, pero verlos en acción para aplicar en la práctica a todos mis compañeros y ya sabes que están capacitados, igual que tú que van a hablar el mismo idioma desde el registro, de qué cosas son importantes.”*

Practicar y entrenarse constantemente genera una sensación de tranquilidad en el equipo cuando ocurren situaciones de emergencia en la vida real.

4.2.2.3.3. Orden

El orden generado en una situación de crisis, conocer las funciones, los equipos, cómo realizar un correcto registro de una emergencia puede ser beneficiosos para lograr un actuar efectivo.

E6: *“Ayuda a mejorar cosas ayuda a ordenar ayuda a tener claro, por ejemplo. Por ejemplo, las simulaciones del año pasado me acuerdo clarito, el aporte que hicieron en esta línea de tiempo que hacía el que lleva registro fue fantástica”*

E7: *“Nos capacitaron esa vez en los registros y de la emergencia, muy parecida y tuvimos una emergencia con un paciente y siento que como estábamos el mismo equipo que lo vivió, fue muy rápido la reacción que tuvimos, fue muy*

rápido, fue muy de aplicar, no lo pensamos tanto como que actuamos, estábamos fresquitos con la información. Fue como y logramos sacar rápido al paciente...”

E7: “el registro, ya sé que importan, ya sé cómo ver el carro de paro, el desfibrilador en el carro de paro, porque se te olvidan en qué va cada cosa, como que ya vas actuando más rápido o qué hacer entonces y dividirse las tareas, porque si algo nos enseña la simulación es como como pensar en ese momento, porque hasta entonces, como dividir las tareas, si están todos en una cosa, tú vas a otra. Como que eso me ha ayudado como a soltar y agarrarme otras cosas.

4.2.2.3.4. Estrategias para mejorar la simulación

Dentro de las entrevistas los participantes dieron a conocer diferentes estrategias que según su parecer podrían mejorar la simulación, una de ellas es la difusión de la simulación en los profesionales de la salud, considerando la opinión de los que participan en simulación más que los expertos en el área.

E5: “pero si viene un colega o viene un TENS y me dice, sabes que la simulación me sirvió mucho porque logré hacer esto, es tu experiencia lo que está pasando y no me la estás contando tú probablemente va a tener mucho más peso en el resto de la de la gente por quién lo está contando una persona a quien no tiene cómo relación en eso”

E6: “sabes decirle, por ejemplo, hoy vamos a simular durante el día va a entrar a trabajar, marque su tarjeta, pero su entrada de trabajo es a las 10 porque entre las 8 y las 10 usted va a simular, porque no está en turno no está pensando en cambiar una chata que tiene que trabajar, cambiar una vía, que tiene que ir a dar un informe. Desindexarlas del trabajo, porque te concentras más.”

Según los participantes, la sesión informativa previa o *breafing* es importante para contextualizar a los participantes frente a la simulación, si no se realiza de la correcta

forma puede que el objetivo de la simulación no se logre. Esto coincide con los estándares de Simulación Clínica (INALCS).

E7: *“No autocrítica total, mi primera simulación fue un desastre, un desastre y está bien porque... En la primera simulación que tuve fue en la recu (Recuperación)con cosas que no veíamos entonces... primero desarmé todo el circuito que habían hecho como para hacer la simulación y dije, oh y jodi la simulación porque nunca me explicaron, no tiene eso nada como que paso dije lo desconecté ¿Por qué? ¿Qué es esto? Y no ya se acabó la simulación”*

E8: *“No, y yo prefiero 1000 veces que me avisen que vamos a simular a que no me avisen y suene el timbre de emergencia y voy y me encuentro con el mono de plástico ahí sí que no logro entrar jamás en la cuestión”...”y es más el rechazo”...”prefiero que me digas, no mira, sabes qué esta semana vamos a hacer simulación, no te voy a avisar en qué momento va a ser en algún momento del día, pero tener conciencia de que eso va a ocurrir en algún momento me parece que es mucho mejor”*

Las simulaciones “sorpresa”, es decir, realizar una Simulación Clínica no informada con anticipación o de improviso, genera un rechazo en los participantes, por lo que programar las simulaciones con tiempo, podría ser una estrategia efectiva para mejorar las simulaciones al igual que la repetición constante de estas.

E8: *“Y no sé. Yo creo que el hecho de repetir la simulación una y otra vez. Finalmente es más fácil hacer el switch mental, más fácil, más rápido, mientras más veces haya repetido esto”...“La repetición, de nuevo. Hacer más veces esto, Más triviales se vuelve en término como emocionalmente negativos, menos ansiedad anticipatoria, temor a la exposición, me imagino también es más fácil, hacerlo más más cotidiano”*

E9: *“porque donde hicimos hartas simulaciones igual uno aprende mucho más”*

Por otro lado, una situación que puede generar cierto nerviosismo es cuando el observador designado para realizar posteriormente el Debriefing, es decir, la reflexión sobre lo ocurrido en el escenario se encuentre en dentro del espacio físico de la Simulación.

E6: “porque si yo agarro aquí alguien el turno y le digo vamos a simular a una hora, la persona no quiere, está haciendo otras cosas, no está desconectada del resto. Por lo tanto, el gallo lo único que quiere es rápidamente acabar con esto para seguir haciendo su pega, pero cuando tú le dices a una persona, usted va a ir a un curso donde va a simular y tú le das un ambiente cerrado, con todas las situaciones donde no hay nadie mirándolo, donde solo hay cámaras donde no hay ninguna otra cosa que tú puedas ver que el otro te está de alguna manera escrutando hace que la gente se libere un poco”.

E9: “Yo creo que igual sí, porque hay gente que o sea en mi lado me pasó mucho que yo sentía mucho la mirada y los de los tres que me hacían la simulación, y eso me ponía muy nerviosa porque me decías, no sé, lo estoy haciendo bien, igual dudaba porque me sentía muy presionada, presionada, sabes? Y claro, pues y todos nos bloqueamos en ese momento, o sea, no era yo la única, veía otros que no escuchaba la indicaciones, que no veían bien las cosas, entonces era como sentir mucha presión o no, sé que pasa, pero a mí me pasa eso si fueras en una sala y me están mirando por una Cámara ya yo creo que me soltaría más”

Un concepto importante en la simulación es el contrato de ficción, que según la Sociedad de simulación en salud (SHH) por sus siglas en inglés, lo define como el grado de compromiso que los aprendices de la atención en salud están dispuestos a ofrecer en el evento simulado, para algunos participantes es fácil llegar a cumplir este contrato de ficción y ellos mencionan algunas estrategias para poder alcanzarlo.

E3: *“como que bloqueó un poquito el ruido ambiente para concentrarme mejor en hacer la ejecución perfecta porque comprimir como que se me fue la palabra requiere igual como más concentración porque claro tiene que estar contando y la frecuencia, me entiendes?”*

E3: *“Yo creo que me meto a un personaje porque siempre siento que esos son unos momentos de aprender y qué mejor forma de aprender lo que tú meterte en el personaje y decir, OK, esto está pasando realmente independiente, que no tengamos que hacerlo realmente y es como cómo manejo yo mi mente y mi cuerpo para poder ejecutar bien la función, entonces siempre trato de meterme y me meto en el personaje realmente porque es como que si me dicen yo pido así como ¡tráigame el carro de paro! y gritó cachai o empiezo a contar y cumplimos realmente, no es como que esté jugando”*

E8: *“Y creo que es súper necesario para que la simulación se de bien que uno haga como ese switch mental de ahora estamos en esta otra realidad paralela y si uno no logra enchufarse bien en esa especie como de actuación creo que pierdo un montón de la simulación”*

Existe un grado de compromiso por parte de los participantes frente a la simulación, grado que es difícil de alcanzar para todos, y dentro de las estrategias para poder lograr el contrato de ficción según los participantes podría ser entregar correctamente la información previa del escenario a simular o también la repetición constante de las simulaciones.

CAPÍTULO V: DISCUSIÓN

Por medio de la siguiente investigación se logró explorar en las emociones de los profesionales de la salud que atienden a pacientes en estado crítico y que han participado de una Simulación in situ durante los dos últimos años, donde se desprendieron dos grandes grupos: Emociones y su manejo en emergencias médicas; y Emociones y su manejo en Simulación Clínica.

En base a los resultados obtenidos por medio de las entrevistas realizadas, la información obtenida por medio de la revisión de literatura y la opinión subjetiva de la investigadora se genera la siguiente discusión.

Las emociones expresadas por los profesionales de la salud que atienden a pacientes en estado crítico fueron tanto negativas como positivas. Dentro de las emociones negativas el miedo, la tristeza, la culpa, el nerviosismo y la ansiedad generaron sensaciones no agradables en los participantes, que no se aleja de lo establecido en la literatura en estudios como el de Barrué (2021), donde las emociones negativas expresadas fueron de afecto, sufrimiento, huida y compasión. Benito (2020), hace referencia a la exposición de los profesionales de la salud a intensas experiencias emocionales relacionadas con la vulnerabilidad, la pérdida y el sufrimiento de los pacientes y sus familiares, puede llevar a altos niveles de estrés en el personal de salud. Dentro de las entrevistas nace un concepto emergente, “cansancio emocional” que es definido por los participantes como el agotamiento posterior a haber vivido una situación de emergencia o de atención directa a un paciente en estado crítico que se asemeja a lo definido en la literatura como el sentimiento de estar abrumado y agotado emocionalmente por el trabajo (Cabezas, 2016).

Las emociones negativas expresadas por los participantes podrían llegar a generar altos niveles de estrés, tal como Benito (2021) lo menciona en su estudio y el

cansancio emocional que mencionan los participantes podría llevar a un estrés laboral en los profesionales de la salud.

Por otra parte la empatía, definida como la capacidad de ponerse en el lugar del otro (Rivero, 2019) y tiene relación con las emociones negativas expresadas por los participantes como la tristeza, resonar emocionalmente con el sufrimiento ajeno genera una sensación de malestar personal en los profesionales de la salud y que los lleva a reprimir sus emociones, es decir, generar un bloqueo emocional, definido como un mecanismo de defensa de nuestro cerebro que nos impide sentir las emociones con normalidad (CogniFit, 2018), definición que concuerda con lo establecido por los participantes en las entrevistas.

Desde este punto hace sentido el equilibrio emocional o tomarles atención a las emociones de los participantes, tal como ellos lo mencionan durante las entrevistas, generar estrategias para fortalecer las emociones. Los participantes mencionan diferentes estrategias que ayudan a lograr equilibrar la emocionalidad vivida en los servicios críticos como, canalizar y expresar las emociones a su red de apoyo, tanto de forma verbal y no verbal, como un abrazo o realizar rituales religiosos, esto genera según los participantes una estabilidad mental en un contexto de alto nivel de sufrimiento.

Conversar sobre las emociones de cada profesional posterior a una situación de emergencia es una estrategia común entre los participantes, esto podría ser considerado como una limitación, por la carga asistencial del personal y el tiempo dedicado para realizarlo, pero desafiante a la vez, por el impacto que puede tener un profesional emocionalmente desbordado en la calidad de atención hacia los pacientes como se concluyó en los estudios de Rodríguez (2016) y Chmielewski (2021) y se pudo interpretar de las entrevistas.

Por otra parte se encuentran las emociones positiva que siente los profesionales de la salud frente a la atención de un paciente en estado crítico, entre ellas; la gratificación cuando ven la recuperación efectiva de sus pacientes que en algún minutos estuvieron

extremadamente graves; la descarga de adrenalina y la tranquilidad, que sienten cuando se presenta una tensión en vista de una situación específica, pero relacionadas con el orden, la comunicación y la efectividad del equipo de salud; la seguridad al estar preparado por medio del entrenamiento previo a las crisis médicas, que aparte de la seguridad que genera, disminuye la ansiedad, según los participantes, y cómo último traspasar la información a los familiares de una forma efectiva, logrando en ellos una buena recepción de la información es un punto que los participantes consideran como positivo. Por lo tanto considerar las situaciones que generan emociones positivas, podría ser un paso importante en el fortalecimiento de las emociones.

Dicho lo anterior, las habilidades blandas, como comunicación efectiva, liderazgo, trabajo en equipo, podrían ser un motor que genere emociones positivas en los participantes, habilidades que podrían entrenarse por medio de herramientas de aprendizaje, cómo la simulación Clínica que es considerada como dicha herramienta y que además, logra generar y potenciar competencias profesionales, según Lebois (2020), Miller (1990), Castro (2016) y Gundrosen (2014). Todos coinciden que la Simulación Clínica es una herramienta efectiva en el desarrollo de competencias.

Lo expresado por los entrevistados no se aleja a lo definido por la literatura, ya que, a pesar de que existe un cierto rechazo inicial, relacionado con el miedo a hacer el ridículo y al cambio de switch mental que deben realizar para participar de una Simulación in situ, consideran que la simulación in situ es fundamental y necesaria para fortalecer al equipo de salud, por el valor del error y la seguridad del paciente. Agregando a lo anterior tener un tiempo protegido para realizar una reflexión de lo sucedido y corregir el error es considerado como algo positivo en la Simulación in situ.

Los participantes expresan diferentes emociones, ya sea, positivas y negativas relacionadas con la Simulación Clínica como; la incertidumbre, el enojo y el nerviosismo clasificadas como negativas. Y por otra parte la tranquilidad, la confianza y la seguridad como emociones positivas.

Ambas emociones, ya sea, positivas o negativas están relacionadas a los conocimientos y a las competencias del mismo equipo de salud, por lo que hace importante considerar el entrenamiento como precursor de emociones positivas en los profesionales de la salud.

Los participantes mencionan diferentes estrategias para mejorar la Simulación Clínica en base a su experiencia, estrategias que fueron consideradas para desarrollar un decálogo de buenas prácticas en Simulación Clínica mostrado en el siguiente capítulo.

CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y PROYECCIONES

Visto los estudios anteriores y las entrevistas realizadas se puede considerar las emociones como un pilar fundamental en la competencia profesional, que puede influir tanto en la calidad de atención hacia los pacientes como en la vida personal de cada profesional y hacerse consciente de lo anterior podría ser el primer paso para generar estrategias de afrontamiento o de manejo.

Por otra parte, y que tiene relación con potenciar las competencias profesionales es considerar la simulación Clínica como una herramienta efectiva para el entrenamiento de competencias, enfatizando, en este caso por el objetivo de la investigación, en las emociones vividas por los profesionales de la salud que atienden a pacientes en estado crítico.

Para que la simulación logre alcanzar un nivel de realismo emocional, donde las emociones se vivan y sean fuente potente de aprendizaje y fortalecimiento de competencias se considera importante incorporar simulaciones de situaciones de emergencias médicas al proceso de “inducción al puesto” al personal nuevo que se incorpora a los servicios de cuidados intensivos con el fin de que su primer encuentro a una situación de emergencia no sea con el paciente, sino más bien en un contexto seguro de entrenamiento, con el equipo humano, los equipos médicos e insumos utilizados en una situación de emergencia, ya que esto podría disminuir las emociones negativas consideradas en la investigación como nerviosismo, estrés, miedo y al mismo tiempo potenciar la confianza y seguridad de los mismos profesionales y de su equipo de salud al enfrentarse con un paciente en estado crítico con una preparación previa.

Cabe destacar la relevancia de considerar simulaciones relacionadas con las habilidades blandas de los profesionales como comunicación de malas noticias, manejo de emociones, liderazgo, entre otros, ya que se pudo concluir con la investigación que la entrega de información hacia los familiares genera una cierta sensación de satisfacción

y tranquilidad y realizarlo de forma correcta es crucial para lograr llegar a esas emociones positivas, por lo que dentro de las propuestas a la institución es realizar simulaciones de entrega de malas noticias a los familiares, con el fin de practicar y entrenar al personal en como entregar información correctamente y estandarizada a los pacientes y/o familiares.

Se adiciona a lo anterior, considerar realizar debriefing posterior al evento crítico, que si bien, según los participantes, se hace enfocado en el proceso, es decir, en lo que se hizo bien y en lo que se podría mejorar, no así en lo emocional. Por lo tanto, otra sugerencia a la unidad o institución es generar debriefing enfocado en las emociones de los participantes posterior a un evento crítico.

Dentro de la presente investigación y en base de lo expresado por los participantes, se ha podido rescatar lo importante que es para los profesionales que han vivido una simulación diferentes puntos, los cuales se detallaran en un decálogo de buenas prácticas en simulación. Dicho decálogo es desarrollado en la presente investigación para posibilitar la vivencia de emociones sanas de la simulación in situ según los participantes.

A continuación, se desarrolla el Decálogo de buenas prácticas en Simulación.

1. Diseño de la Simulación: El escenario debería planificarse y diseñarse previamente para poder informar a los participantes antes de ejecutar la simulación, esto logrará que el objetivo del escenario se cumpla;
2. Anuncio de la Simulación: Informar sobre la incorporación de la simulación Clínica en los servicios es un punto fundamental, que logra disminuir la ansiedad y el nerviosismo en los profesionales de la salud, tomando mayor compromiso en la Simulación. Por otra parte, los participantes sienten mayor confianza cuando se les entrega más información de la

Simulación y se realice de una forma programada y no “sorpresa”;

3. Programación de la Simulación: Considerar repetir las simulaciones es parte importante de la planificación de la Simulación Clínica, los profesionales refieren sentirse muchos más cómodos en la tercera o cuarta vez de haber simulado y expresan verbalmente que la solución de muchas emociones negativas como miedo, nerviosismo, ansiedad van disminuyendo a medida que las Simulaciones se van haciendo de forma repetitiva y por consiguiente aumenta la seguridad de atención con el paciente;
4. Contrato de ficción: Alcanzar un nivel de compromiso tal, que la simulación se ejecute lo más real posible lo hace un buen contrato de ficción y para esto es necesario realizar una correcta sesión informativa (Briefing) con información detallada del escenario a simular, posicionar a los participantes en la situación que van a simular por medio de la imagenología u otros, la repetición constante de las simulaciones ayudaría a alcanzar el contrato de ficción;
5. Incorporar Profesionales más expertos: Considerar a los profesionales que están más capacitados o que tiene mayor experiencia, como confederados de la simulación, es decir, que apoyen en el escenario y puedan participar de una mirada más de experto en la Simulación;
6. Confidencialidad de la Simulación: Realizar las Simulaciones en una zona cerrada es un hecho significativo y valioso para los participantes, ya que logra disminuir la ansiedad de sentirse observado. La limitación de lo anterior es el costo de la inversión que se tendría que hacer al comprar equipamiento audiovisual;

7. Educar sobre Simulación: Los profesionales que conocen un poco más en profundidad lo que es la Simulación y sus beneficios tienen una opinión más positiva sobre la Simulación y expresan la necesidad de realizarlo de forma constante;
8. Promocionar la Simulación: Dar a conocer las experiencias de vivir una Simulación los mismos profesionales que son parte del equipo entrega un valor agregado versus si los encargados de las Simulaciones clínicas de la institución lo hicieran;
9. Tiempo Protegido para Simular: Generar instancias semanales o mensuales establecidas con Simulaciones donde el personal tenga tiempo protegido para poder participar sin distracciones. Los participantes refieren sentirse más tranquilos cuando están fuera de su horario laboral, ya que, se evitan las distracciones que puedan alterar el proceso enseñanza-aprendizaje. Este punto aparte de ser una recomendación es una limitación por la carga asistencial del equipo de salud, sin embargo, los participantes refieren estar más tranquilos cuando están fuera de su horario asistencial. Se proyecta solicitar tiempo protegido para estas instancias, teniendo en cuenta lo valioso que es para la institución tener profesionales que logren manejar sus emociones que los lleva a la correcta toma de decisiones y por consiguiente, a la entregar una atención segura y de calidad a los pacientes;
10. Generar simulaciones de habilidades blandas como comunicaciones efectiva y asertiva. Incorporar la Simulación Clínica como herramienta para escuchar las experiencias emocionales de los participantes, conocer sus emociones y sentimientos frente a situaciones de sufrimiento ajeno realizando un debriefing con énfasis sólo a lo emocional

posterior a una situación de crisis. Concientizar y normalizar hablar de las emociones puede ayudar a potenciar su manejo. Por otra parte entregar información de forma asertiva a los familiares genera sensaciones positivas en los profesionales de la salud, por lo que potenciar y poner en práctica la forma correcta de hacerlo es una estrategia que se podría utilizar.

Por medio de la siguiente investigación se pudo indagar en las emociones de los profesionales de la salud que atienden a pacientes en estado crítico y han participado en simulaciones in situ cumpliendo con el objetivo general del estudio. Así mismo, las interpretaciones de las emociones de los participantes y su respectiva validación, ayuda a la generación de posibles estrategias de fortalecimiento de emociones positivas en base a lo expresado por los participantes cumpliendo así los cuatro objetivos específicos de esta investigación.

Esta investigación logra explorar en las experiencias de los participantes, ayudando a visualizar el manejo de emociones desde un punto de vista más docente, por medio de la Simulación Clínica. Se pesquisaron las emociones que sienten los profesionales de la salud frente a diferentes fenómenos, y se pudieron establecer estrategias que, si bien son preliminares y en etapa inicial, han servido para desarrollar y definir un Decálogo de buenas prácticas en Simulación in situ, basada en las experiencias entregadas por los participantes en las entrevistas.

Podemos concluir que a pesar de que la literatura y los relatos de los profesionales de la salud de este estudio respaldan que las emociones cumplen un rol importante en el quehacer profesional, es poco lo que se hace para fortalecer las emociones a nivel institucional y educacional. Es necesario incorporar estrategias para el manejo de emociones de los profesionales de la salud que atienden a pacientes enfermos y la Simulación Clínica podría ser una estrategia eficaz para fortalecer dicho manejo. El desarrollo del Decálogo de buenas prácticas en Simulación in situ podría aportar en la generación de emociones positivas, según lo expresado por los participantes.

Dentro de las fortalezas del estudio que ayudo a que se logrará cumplir el objetivo general, fue el espacio y tiempo disponible tanto para los participantes como para la investigadora, fue un espacio cómodo con un tiempo protegido para realizar las entrevistas; la intención de los profesionales de querer participar en una investigación y esto puede estar relacionado con el contexto donde se realiza el estudio, donde existe una cultura de docencia e investigación, es posible que no exista la misma motivación en profesionales que desempeñan su labor en alguna institución que no se encuentre tan cercana a la investigación.

Es un desafío como investigadora continuar con este tipo de estudios que evidencien el rol que tienen las emociones en el quehacer profesional, con el fin de generar consciencia a nivel institucional sobre el tema. Además de realizar más investigaciones con índices de impacto de las Simulaciones clínicas en las emociones del personal de la Salud, tomando en consideración que son profesionales que atienden a personas en estado crítico con altos niveles de sufrimiento, por lo que su estado emocional es un pilar fundamental para mantenerse competentes en su quehacer.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Achury, M.D., Achury, L., y Rueda, J.M. (2012). Satisfacción de los estudiantes de cuidado crítico con el uso de la Simulación Clínica en el proceso de enseñanza aprendizaje. *CONNECT: The World of Critical Care Nursing*, 9(1), 35–38. <https://doi.org/10.1891/1748-6254.9.1.35>.
- Alvarez, E. (2020). Educación socioemocional. *Controversias y Concurrencias Latinoamericanas*, 11(20), 388-408. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=588663787023>
- Arruda Barbosa, I., Arruda Barbosa, K., Rodrigues Soares da Silva, C., Dayane Guimarães Fonseca, A., Mapelli de Paiva, M., & Silvana de Oliveira e Silva, C. (2021). Aspectos emocionales de los profesionales de enfermería en atención oncológica pediátrica: Narrativa fenomenológica. *Cultura de los cuidados: Revista de Enfermería y Humanidades*, 60, 8-19. <https://doi.org/10.14198/cuid.2021.60.02>.
- Baquero, P. J., Cabarcas, W. F., & Bados, D. M. (2019). Simulación clínica: Una estrategia de aprendizaje y enseñanza en el pregrado. *Educación Médica*, 20, 188-189. <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2017.07.023>.
- Barbosa, A., Soares da Silva, C. R., Guimarães, A. D., Mapelli de Paiva, M., & de Oliveira e Silva, C. S. (2021). Aspectos emocionales de los profesionales de enfermería en atención oncológica pediátrica: narrativa fenomenológica. *Cultura de Los Cuidados*, 25(60), 6–18. <https://doi.org/10.14198/cuid.2021.60.02>.
- Barrué, P., & Sánchez-Gómez, M. (2021). La experiencia emocional de enfermeras de la Unidad de Hospitalización a Domicilio en cuidados paliativos: Un estudio cualitativo exploratorio. *Enfermería Clínica*, 31(4), 211-221. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.11.006>.
- Bedoya, A. F., & Arias, M. M. (2017). Vivir con epilepsia: Significados construidos por las personas que padecen la enfermedad. *Avances en Enfermería*, 35(3), 255-265. <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v35n3.62162>.
- Benito, E., Rivera, P., Yaeger, J. P., & Specos, M. (2020). Presencia, autoconciencia y autocuidado de los profesionales que trabajan con el sufrimiento. *Apuntes De Bioética*, 3(1), 72-88. <https://doi.org/10.35383/apuntes.v3i1.399>.
- Cabezas, E., (2016). Análisis del síndrome de Burnout en docentes de la Facultad de Ingeniería de la Universidad Nacional de Chimborazo y su incidencia en el desempeño laboral. *Industrial Data*, 19(1), 59-68. <http://DOI:10.15381/ldata.v19i1.12538>.
- Calmaestra, D., & Luis-Pascual, J.-C. (2022). Efectividad de un Programa de Mindfulness para reducir el Burnout en profesionales de la Unidad de Cuidados Intensivos:

- Ensayo clínico aleatorizado. *Revista de Investigación y Educación en Ciencias de la Salud (RIECS)*, 7(1), 52-68. <https://doi.org/10.37536/RIECS.2022.7.1.299>.
- Casal, C. & Quintanilla, J. M. (2020). Simulación clínica y seguridad en urgencias y emergencias: Emergency Crisis Resource Management (E-CRM). *Emergencias* 2020, 32(2), 135-137. https://www.researchgate.net/publication/343230704_Emergencias-2020_32_2_135-137.
- Cerón-Apipilhuasco, A., Rodríguez-Cruz, L., Mendoza-Carrasco, M. & Loria, J. (2020). Introducción a la Simulación Clínica. 1. *Revista de Educación e Investigación en Emergencias*, 1(4), 140-144. <https://doi.org/10.24875/REIE.20000057>.
- Superintendencia de Salud, Unidad de Asesoría Técnica, intendencia de Prestadores (2018). *Observatorio de Calidad en Salud. Guía Práctica. Calidad y Seguridad asistencial en Chile para alumnos de carreras de la salud*. http://www.supersalud.gob.cl/observatorio/671/articles-16609_recurso_1.pdf.
- Chmielewski, J., Łoś, K., & Łuczyński, W. (2021). Mindfulness en profesionales de la salud y educación médica. *Revista Internacional de Medicina Ocupacional y Salud Ambiental*, 34(1), 1-14. <https://doi.org/10.13075/ijomeh.1896.01542>.
- Clínica Las Condes. (20 de Junio de 2023) *Quiénes Somos. Clínica Las Condes*. <https://www.clinicalascondes.cl/QUIENES-SOMOS>.
- CogniFit, & CogniFit. (13 de junio de 2018). *Emotional blockage: What is it and how to overcome it?* CogniFit Blog: Brain Health News. <https://blog.cognifit.com/emotional-blockage/>.
- Colaizzi, P.F. (1978). La investigación psicológica como el fenomenólogo lo ve. En R. Valle y M. King (Eds.). *Alternativa existencial fenomenológica para la psicología* (págs.48–71). Oxford University Press.
- Colombia. Minsalud. (2016) Perfiles y competencias profesionales en salud. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/Perfiles-profesionales-salud.pdf>.
- Cumplido, R., & Molina, C. (2011). Aproximación cualitativa al afrontamiento de la muerte en profesionales de cuidados intensivos. *Medicina Paliativa*, 18(4), 141-148. <http://DOI: 10.1016/j.medipa.2011.10.003>.
- De Cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, Ley No. 16/2003, Boletín Oficial del Estado [BOE] (España). <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-10715>.
- Dadiz, R., Riccio, J., Brown, K. *et al.*(2020). Qualitative analysis of latent safety threats uncovered by in situ simulation-based operations testing before moving into a

- single-family-room neonatal intensive care unit. *J Perinatol*, 40 (Suppl 1), 29–35. <https://doi.org/10.1038/s41372-020-0749-3>
- Emanuel, E. J., Wendler, D., Killen, J., & Grady, C. (2004). What Makes Clinical Research in Developing Countries Ethical? The Benchmarks of Ethical Research. *The Journal Of Infectious Diseases*, 189(5), 930-937. <https://doi.org/10.1086/381709>.
- Ferre, A. (2023). Evaluación de la percepción de los participantes de un programa de entrenamiento con simulación in situ en un centro de paciente crítico adulto. *Revista médica Clínica Las Condes*. 34(3) 204-209. <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2023.03.009>.
- Guía Práctica Calidad y Seguridad Asistencial en Chile para alumnos de carreras de la salud*. (s.f.). Observatorio de Calidad en Salud. Superintendencia de Salud, Gobierno de Chile. Recuperado 31 de enero de 2024, de <http://www.supersalud.gob.cl/observatorio/674/w3-article-16609.html>.
- Gundrosen, S., Solligård, E. & Aadahl, P. (2014). Competencia del equipo entre enfermeras en una unidad de cuidados intensivos: La viabilidad de la simulación in situ y la evaluación de habilidades no técnicas. *Enfermería de cuidados intensivos y críticos*, 30(6), 312–317. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2014.06.007>.
- Hernández, R. (2014). *Metodología de la investigación*. (6° ed.). Mcgraw-Hill/ Interamericana Editores, S.A de C.V. 470-472.
- Hernández-Vargas, C. & Dickinson-Bannack, M. (2014). Importancia de la inteligencia emocional en Medicina. *Investigación en educación médica*, 3(11), 155-160. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-50572014000300006&lng=es&tlng=es.
- International online Education (30 de Septiembre de 2023). *¿Qué son las competencias genéricas?* EUROINNOVA. <https://www.euroinnova.cl/blog/que-son-las-competencias-genericas-y-profesionales>.
- Kaldheim, H. K. A., Fossum, M., Munday, J., Creutzfeldt, J., & Slettebø, Å. (2023). Professional competence development through interprofessional simulation-based learning assists perioperative nurses in postgraduation acute clinical practice situations: A qualitative study. *Journal of clinical nursing*, 32(11-12), 2757-2772. <https://doi.org/10.1111/jocn.16377>.
- Kane, M. T. (1992). The assessment of professional competence. *Evaluation & the health professions*, 15(2), 163–182. <https://doi.org/10.1177/016327879201500203>
- Lampreia, C. Correia, P. Caldeira, S. Rabiais, I. & Madureira, M. (2023) Inteligencia emocional de enfermeras de cuidados críticos: scoping review. *Enfermería Clínica*, 33(1), 69-75. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2022.04.001>.

- Lebois, L. A. M., Wilson-Mendenhall, C. D., Simmons, W. K., Barrett, L. F., & Barsalou, L. W. (2020). Learning situated emotions. *Neuropsychologia*, 145, 106637. <https://doi.org/10.1016/j.neuropsychologia.2018.01.008>.
- Martínez-Salgado, C., (2012). El muestreo en investigación cualitativa. Principios básicos y algunas controversias. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(3), 613-619. <https://www.scielo.org/pdf/csc/2012.v17n3/613-619/es>.
- Meléndez, S., Santes, M. del C., & del Ángel, E. M. (2013). Inteligencia emocional en los profesionales enfermeros. *Metas de Enfermería*, 16(7), 64–68. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-117842?lang=es>.
- Merleau-Ponty, M. (2002). *Phenomenology of Perception* (Colin Smith, Trans.; 2nd ed.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203994610>.
- Mesa, N. (2019). Influencia de la inteligencia emocional percibida en la ansiedad y el estrés laboral de enfermería. *Ene*, 13(3), 13310. Epub 24 de febrero de 2020. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2019000300010&lng=es&tlng=es.
- Miller, G. E. (1990). The assessment of clinical skills/competence/performance. *Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges*, 65(9 Suppl), S63–S67. <https://doi.org/10.1097/00001888-199009000-00045>.
- Moncini, R., & Pirela, W. (2021). Estrategias de enseñanza virtual utilizadas con los alumnos de educación superior para un aprendizaje significativo. *SUMMA*, 3(1), 1-28. <https://doi.org/10.47666/summa.3.1.13>.
- Montagud, N. (2019). *Fenomenología: Qué es, concepto y autores principales*. Psicología y mente. Recuperado el 21 de diciembre 2023. <https://psicologiaymente.com/cultura/fenomenologia>.
- Morales, L., Gracia, V, Y., & Landeros, E. (2020). Relación de la inteligencia emocional con el cuidado otorgado por enfermeras/os. *Revista Cuidarte*, 11(3). E989. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.989>.
- Morrow, R., Rodríguez, A. & King, N. (2015). Colaizzi's descriptive phenomenological method. *The Psychologist*, 28(8), 643-644.
- Morse, J. (2015). "Data were saturated...". *Qualitative health research*, 25(5):587-8. <https://doi:10.1177/1049732315576699>. PMID: 2582950.
- Nazar, C (2019) "La simulación como herramienta de evaluación de competencias y certificación. *Simulación Clínica* 1(2), 104-110. <https://DOI:10.35366/RSC192G>
- Nespereira-Campuzano, T., & Vázquez-Campo, M. (2017). Inteligencia emocional y manejo del estrés en profesionales de Enfermería del Servicio de Urgencias

- hospitalarias. *Enfermería Clínica*, 27(3), 172–178.
<https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2017.02.007>.
- Niño, C., Vargas, N., & Barragán, J. (2015). Fortalecimiento de la Simulación Clínica como herramienta pedagógica en enfermería: Experiencia de Internado. *Revista Cuidarte*, 6(1), 970-5. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v6i1.161>.
- Olguín, J. (20 diciembre de 2023). *Inteligencia emocional*. Grupo Elron. <http://www.grupoelron.org/autoconocimientoysalud/inteligenciaemocional.htm>.
- Ordoñez-Rufat, P. (2021). Inteligencia emocional de las enfermeras de cuidados intensivos en un hospital terciario. *Enfermería Intensiva*, 32(3), 125-132. <https://doi.org/10.1016/j.enfie.2020.05.001>.
- Pedrerros, C. (2019). Competencias y habilidades del médico en cuidados críticos en Chile. *Revista Médica Clínica las Condes*, 30(2), 110-119. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2018.12.006>.
- Rando, A. (2016). Trabajo en equipo: ¿Es posible formar equipos médicos expertos a partir de profesionales expertos? *Revista Médica del Uruguay*, 32(1), 59-67. http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902016000100008&lng=es&tlng=es.
- Real Academia Española. (2023). Diccionario de la lengua española (23ª ed).
- Rodríguez, A. (20 de mayo 2023). *Competencias genéricas*. Lifeder. <https://www.lifeder.com/competencias-genericas/>.
- Rodríguez, M. Á., & Mavillard, I. B. (2016). ¿Influye la inteligencia emocional de los profesionales sanitarios en los resultados observados en los pacientes? *Evidentia*, 13(55/56), 12.
- Sanchez, A. (20 de diciembre 2023). *Educar a través de la emoción. ¿Cómo la emoción afecta al aprendizaje?* Portal de Educación Infantil y primaria. <https://educarateatradesdelaemocion.educacionquinestodo.com/como-la-emocion-afecta-al-aprendizaje/> ídem.
- Solano Ruiz, M. C., Hernández, P., Vizcaya, M. F., y Reig, A. (2002). Síndrome de Burnout en profesionales de enfermería de cuidados críticos. *Enfermería Intensiva*, 13(1), 9–16. [https://doi.org/10.1016/s1130-2399\(02\)78049-8](https://doi.org/10.1016/s1130-2399(02)78049-8).
- Solsona, E., Pujol, J., Llistar, S., Barbera, E. & Giménez, N. (2015). Técnicas actorales e inteligencia emocional para profesionales de la salud. Aprendizaje transformacional. *Índex de Enfermería*, 24(4), 240-244. <https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962015000300011>.

- Sørensen, J. L., Østergaard, D., LeBlanc, V., Ottesen, B., Konge, L., Dieckmann, P., & Van der Vleuten, C. (2017). Design of simulation-based medical education and advantages and disadvantages of in situ simulation versus off-site simulation. *BMC medical education*, 17(1), 20-29. <https://doi.org/10.1186/s12909-016-0838-3>.
- Speziale, H. S., Streubert, H. J., & Carpenter, D. R. (2011). *Qualitative Research in Nursing: Advancing the Humanistic Imperative* (5.^a ed.). Lippincott Williams & Wilkins.
- Spiegelberg, E. (Ed.). (1981). *The Phenomenological Movement: A Historical Introduction* (3.^a ed.). Springer.
- Taylor, D. & Hamdy, H. (2013). Adult learning theories: Implications for learning and teaching in medical education: AMEE Guide No. 83, *Medical Teacher*, 35(11), e1561-e1572. <https://doi: 10.3109/0142159X.2013.828153>.
- Valencia, J. L., Tapia, S., & Olivares, S. L. (2019). La Simulación Clínica como estrategia para el desarrollo del pensamiento crítico en estudiantes de medicina. *Investigación en educación médica*, 8(29), 13-22. <https://doi.org/10.1016/j.riem.2016.08.003>.

ANEXOS

Anexo 1: Acta de aprobación del CEC



**ACTA DE RESOLUCIÓN NUEVO ESTUDIO
COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO UNIVERSIDAD FINIS TERRAE
Acreditado por SEREMI de Salud
Resolución Exenta N°002681/2021 del 24 de febrero de 2021**

Fecha y N° de Sesión: 04 de septiembre de 2023, sesión extraordinaria n°5 ID Protocolo: 23-062

Título del Proyecto: Manejo de emociones de profesionales de la salud que trabajan en servicios con pacientes críticos mediante la simulación *in situ* en una institución de salud privada durante el año 2023

Investigador Responsable: Javiera García Estay

Facultad/Unidad Académica: Magister de Docencia Universitaria en Ciencias de la Salud.

Miembros del Comité que participaron en la aprobación del estudio:

Karin Weinborn Astudillo, Presidente (s) CEC-UFT

Andrea Villagrán Torres, Secretaria Ejecutiva CEC-UFT

Francisca Valdivieso Undurraga, Facultad de Medicina

María Angélica Sotomayor, Abogado miembro externo

Manuel Santos Alcántara, Instituto de Bioética

Alyssa Garay Navea, representante de la comunidad

Paulo López Soto, Instituto de Bioética

Enrique Navarro, Abogado

Pilar Busquets Losada, Escuela de Enfermería

Documentos recibidos y revisados por el Comité:

- Proyecto de Investigación
- Curriculum vitae del investigador
- Certificado de título profesional
- Anexo I "Ficha de presentación"
- Anexo II "Compromiso del Investigador"
- Anexo III "Respaldo Unidad Académica"
- Anexo IV "Resumen del proyecto de investigación para evaluación ética"
- Anexo V "Documento de Consentimiento Informado"

Considerando que:

1. La investigadora responsable referido cuenta con la experiencia necesaria para la conducción y el desarrollo de este tipo de estudio;



2. La metodología descrita es apropiada para el cumplimiento del objetivo general del estudio que consiste en: **Fortalecer estrategias efectivas frente al manejo de emociones en la atención de pacientes críticos mediante la simulación in situ en una clínica privada durante el año 2023.**
3. y los respectivos objetivos específicos, de acuerdo con los estándares internacionales de rigor científico;
4. Durante la conducción del estudio se garantiza un balance riesgo/beneficio favorable para los participantes;
5. El protocolo contempla todos los resguardos necesarios para la seguridad y bienestar de los participantes;
6. Se ha contemplado el resguardo de la confidencialidad de la información sensible e identificable en la difusión de los resultados, por lo que no introduce un riesgo de menoscabo para la intimidad de los participantes; y
7. Los participantes ingresarán voluntariamente luego de ser adecuadamente informados sobre los aspectos esenciales del estudio, sus deberes y derechos, y los plazos estipulados para el cumplimiento de los objetivos de la investigación.

Constatado que, el texto del documento de Consentimiento Informado contiene:

1. La descripción general de los objetivos de la investigación;
2. El detalle de los procedimientos que involucra la participación en este estudio;
3. Los antecedentes sobre el uso que se dará a la información obtenida a partir de cada procedimiento de la investigación;
4. El compromiso respecto a la utilización actual y futura de la información, la que sólo se realizará dentro de los marcos del presente estudio y para el logro de dichos objetivos;
5. El resguardo de la confidencialidad y el anonimato de la información recogida, según corresponde a cada procedimiento del estudio;
6. El detalle respecto del costo en tiempo que significa la participación en el estudio;
7. La información sobre los beneficios y derechos frente a riesgos por la participación en la investigación; y
8. La voluntariedad de la participación y la garantía para cada participante de hacer abandono del estudio, sin repercusión alguna.

Resolución CEC UFT:

Este proyecto ha sido **aprobado** por este Comité con fecha **04 de septiembre de 2023** en la **sesión extraordinaria n°5**, la que tiene vigencia de un año.

El CEC solicita la investigadora responsable que:

- 1.- Antes de iniciar el estudio, deberá contar con la autorización de la autoridad administrativa correspondiente a la institución en la cual se ejecute el estudio (Director Hospital, Centro de Salud, Colegio o quien corresponda). El no cumplimiento de esta obligación lo expone a sanciones administrativas de acuerdo a la legislación vigente.



2.- Para iniciar el proceso de consentimiento y de reclutamiento se debe disponer previamente de la última versión aprobada y timbrada por este Comité *los documentos de Consentimiento Informado e instrumentos*.

3.- La presente aprobación ética tiene una **validez de un año**, al cabo del cual deberá solicitar su renovación, con al menos 45 días de anticipación si desea continuar con el estudio. Si no ha recibido la respuesta oficial a su solicitud, el investigador deberá detener las actividades del proyecto, no podrá enrolar a ningún nuevo participante y no podrá proceder con el análisis de los datos.

4.- En la eventualidad de requerir cualquier modificación al estudio o a los documentos aprobados originalmente, la investigadora deberá notificarlo al Comité por medio de una enmienda al correo cec@uft.cl para la evaluación y emisión de una nueva acta de resolución ética.

Muy cordialmente,

Mg. Andrea Villagrán Torres
Secretaría Ejecutiva CEC-UFT



Karin Weinborn Astudillo
Presidenta (s) CEC-UFT

EN CASO DE CUALQUIER DUDA SE LE SOLICITA CONTACTARSE CON EL CEC-UFT

Se certifica que la información contenida en el presente documento es correcta y que refleja el Acta del Comité Ético Científico de la Universidad Finis Terrae (CEC-UFT). Este Comité adhiere a los principios éticos de la Universidad Finis Terrae que considera como eje fundamental el respeto a la dignidad de la persona humana en cualquier condición. Este Comité cumple además con las Guías de buena práctica clínica definidas por la Conferencia Internacional de Armonización (ICP-ICH); y con las leyes chilenas 19.628, 20.120, 20.584 y 20.850 que modifica el Código Sanitario.

Anexo 2: Consentimiento Informado Timbrado.



AnExo V

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nombre del Estudio: Manejo de emociones de profesionales de la salud que trabajan en servicios con pacientes críticos mediante la simulación *in situ* en una institución de salud privada durante el 2023.

Investigador Responsable: **Javiera García Estay. +56942773258**

Unidad Académica: **Postgrado**

Usted ha sido invitado(a) a participar en este estudio porque es un profesional de la salud que trabaja en atención directa con pacientes críticos y ha participado de la simulación *in situ* dentro de estos dos últimos años.

El propósito de esta información es ayudarle a tomar la decisión de participar, o no, en una investigación. Lea cuidadosamente este documento, puede hacer todas las preguntas que necesite al investigador y tomarse el tiempo necesario para decidir.

El objetivo general de la investigación es Fortalecer estrategias efectivas frente al manejo de emociones en la atención de pacientes críticos mediante la simulación *in situ* en una clínica privada durante el 2023.

Los objetivos específicos son:

- Explorar las creencias y apreciaciones sobre el manejo de sentimientos y emociones en el personal médico que ha participado en simulación *in situ* y en atención con paciente crítico, durante los dos últimos años
- Elaborar focos temáticos de mayor importancia en el manejo de sentimientos y emociones que el personal médico reporta en la atención de pacientes críticos.
- Proponer un programa de perfeccionamiento en base a los focos temáticos identificados en el manejo de emociones con el paciente crítico.



PROCEDIMIENTOS DE LA INVESTIGACIÓN: METODOLOGÍA

Se obtendrá información, por medio de entrevistas semi-estructuradas donde se guiará a la narración de emociones vividas frente a la atención de un paciente crítico. Las entrevistas no tendrán más de 1 hora de duración y se realizará sólo por una vez, en el horario que más le acomode a usted, dentro de las opciones: Durante turno, conversado previamente con jefatura, saliente de turno, en su hogar, cafetería que más le acomode, vía online.

Las entrevistas las realizará el IR en compañía de la psicóloga de la unidad.

Posterior a las entrevistas y el análisis de estas, se necesitará de su colaboración para validar lo analizado por el investigador con el participante con el fin de verificar que lo analizados es lo que el participante quiso expresar.

BENEFICIOS

Usted no se beneficiará por participar en esta investigación de salud de forma directa, sin embargo, la información que se obtendrá gracias a su participación será de utilidad para conocer más acerca de las emociones vividas frente a la atención de pacientes críticos con el fin de lograr fortalecer estrategias para el manejo de estas por medio de la simulación in situ.

RIESGOS

Existe un mínimo riesgo de sufrir alguna descompensación psicológica frente a dar a conocer las emociones vividas de alguna situación complicada, pero para esto tendrá el apoyo de una profesional competente para manejar estas situaciones, si es que fuera el caso de requerirlo.

No existirán costos asociados para usted en esta investigación ni la presencia de compensaciones.



CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN

La información obtenida se mantendrá en forma confidencial, las grabaciones serán guardadas en un computador que tiene acceso sólo con la huella digital del investigador y que posterior al análisis de las entrevistas serán borradas de la computadora.

Es posible que los resultados obtenidos sean presentados en revistas y conferencias médicas, sin embargo, su nombre no será expuesto.

VOLUNTARIEDAD

Su participación en esta investigación es completamente voluntaria. Usted tiene el derecho a no aceptar participar o a retirar su consentimiento y retirarse de esta investigación en el momento que lo estime conveniente, sin consecuencias negativas.

PREGUNTAS

Si tiene preguntas acerca de esta investigación puede contactar o llamar al Investigador Responsable del estudio

Este estudio fue aprobado por el Comité Ético Científico de la Universidad Finis Terrae. Si tiene preguntas acerca de sus derechos como participante en una investigación médica, usted puede escribir al correo electrónico: cec@uft.cl del Comité ético Científico, o al teléfono +56 2 22420 7469, para que la presidente, Beatriz Shand Klagges, lo derive a la persona más adecuada.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO



04/09/2023

Se me ha explicado el propósito de esta investigación, los procedimientos, los riesgos, los beneficios y los derechos que me asisten y que me puedo retirar de ella en el momento que lo desee, sin perder ningún derecho que me asista.

Firmo este documento voluntariamente, sin ser forzado/forzada a hacerlo.

Se me ha informado que tengo el derecho a reevaluar mi participación en esta investigación según mi parecer y en cualquier momento que lo desee. En el caso de retiro, no sufriré sanción.

Autorizo a grabar la entrevista y tengo en conocimiento que las grabaciones serán guardadas en el computador del IR, quien será la única persona que tendrá acceso a ella por un periodo de 12 meses, posteriormente serán eliminadas.

FIRMAS

NOMBRE PARTICIPANTE:	NOMBRE INVESTIGADOR:
FECHA	FECHA

NOMBRE DIRECTOR DE LA INSTITUCIÓN:
FECHA:



Anexo 3: Instrumentos de recolección de datos.

Entrevista Semi estructurada

Nombre:

Edad:

Cargo:

Preguntas:

1. Respecto a la atención directa de pacientes críticos.
 - Recordar algún evento donde tuvo que atender a un paciente en estado crítico.
 - Respecto al evento. ¿Cómo usted se sintió frente a una situación crítica?
 - ¿Qué emociones vivencio?
 - Explayarse
2. Respecto a la participación de simulación *in situ*.
 - Recordar una Simulación Clínica que haya estado presente como participante.
 - Respecto a la simulación. ¿Cómo usted se sintió?
 - ¿Qué emociones vivencio?
 - Explayarse
3. Respecto a vivenciar una situación de paciente crítico posterior al entrenamiento de la simulación *in situ*.
 - Recordar una atención de un paciente crítico posterior a participar de una simulación *in situ*.
 - ¿Cómo usted se sintió?
 - ¿Qué emociones vivencio?
 - Explayarse
4. Respecto a las emociones ajenas. ¿Cómo se siente?
 - Recordar una situación donde usted haya sentido alguna emoción frente a la situación vivida de un familiar/ amigo de paciente o un compañero de trabajo.

A medida que vayan saliendo las emociones en las narraciones, ahondaremos más en cada emoción con preguntas como ¿Qué cosa crees tú que hubiera disminuido, evitado o fortalecido tu emoción?

¿Qué podría haber hecho que tú te hubieras sentido de una forma distinta o más amigable frente a esta situación?