

La dimensión emocional y ética del cuidado enfermero en contextos de riesgo sanitario por la pandemia Covid-19

The emotional and ethical dimensions of nursing care in contexts of health risk due to the coronavirus pandemic

VICTORIA RAQUEL ROJAS-LOZANO *

Universidad Nacional Autónoma de México

OLIVA LÓPEZ SÁNCHEZ **

Universidad Nacional Autónoma de México

RESUMEN. El objetivo de esta investigación consistió en identificar la dimensión emocional del cuidado de salud realizado por enfermeras y enfermeros en formación de la FESI-UNAM en hospitales reconvertidos y domicilios durante la pandemia —incluyendo la autopercepción de quienes afirmaron no haber ejercido cuidados—, con el fin de comprender cómo las emociones configuran una ética del cuidado en contextos de crisis sanitaria. La metodología fue mixta, secuencial y multinivel, combinando datos cuantitativos de una encuesta a 198 estudiantes realizada en 2023, con datos cualitativos obtenidos mediante entrevistas y talleres corpobiográficos con una muestra por conveniencia de 2 participantes. Los hallazgos principales revelan la interdependencia entre cuidado y salud, así como las triples jornadas de cuidado del estudiantado, destacando la preocupación, responsabilidad y miedo como emociones impulsoras, y el estrés como la más prevalente, con un aumento del 22.72%. La investigación propone una tipología del trabajo de cuidados de salud y una definición incluyente que trasciende la visión biomédica. Los resultados sugieren que la experiencia emocional de estos futuros profesionales fue crucial en la configuración de su ética del cuidado.

PALABRAS CLAVE: estudiantes de enfermería; cuidados; emociones; Covid-19

ABSTRACT. This research aimed to identify the emotional dimension of healthcare provided by nursing students at FESI-UNAM in converted and regular hospitals during the pandemic, including the self-perception of those who claimed not to have provided care. The goal was to understand how emotions shape an ethic of care in health crisis contexts. The mixed, sequential, and multilevel methodology combined quantitative data from a 2023 survey of 198 students with qualitative data obtained through interviews and autobiographical workshops with a convenience sample. The main findings revealed the interdependence between caregiving and health and the triple caregiving workdays of the students, highlighting worry, responsibility, and fear as driving emotions and stress as the most prevalent emotion, increasing by 22.72%. The research proposes a typology of healthcare work and an inclusive definition that transcends the biomedical view. The results suggest that the emotional experience of these future healthcare professionals was crucial in shaping their ethics of care.

KEY WORDS: nursing students; care; emotions; Covid-19

* Doctora en Ciencias en Salud Colectiva por la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco. Investigadora Posdoctoral en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México, México. E-Mail: vicra.rojas08@gmail.com  <https://orcid.org/0000-0001-6053-9655>

** Doctora en Antropología por el Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS-CDMX). Profesora Titular C Tiempo Completo Nivel C en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México, México. E-Mail: olivalopez@unam.mx  <https://orcid.org/0000-0002-9811-1416>

Introducción

El presente artículo profundiza en la complejidad del trabajo de cuidados de salud desarrollado por enfermeras y enfermeros en formación durante la crisis socio-epidemiológica global por Covid-19. Estos actores clave se insertaron en hospitales reconvertidos y brindaron cuidado a personas positivas a SARS-CoV-2 en sus domicilios.¹ Estas experiencias de cuidado, que también incluyen a quienes, a pesar de estar inmersos en la pandemia, afirmaron no haber participado directamente en el cuidado, generaron una diversidad de emociones. La investigación busca identificar estas emociones en cada uno de estos escenarios para clarificar su papel en la configuración de una ética del cuidado durante la crisis sanitaria.

En México, la geografía de los servicios de salud durante la pandemia de Covid-19 incluyó aproximadamente 610 hospitales reconvertidos, 110 de los cuales se ubicaron en la Zona Metropolitana del Valle de México (ZMVM) (Ver imagen 1). Las enfermeras y enfermeros en formación que participaron en el estudio provienen de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala (FESI), una facultad multidisciplinaria de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) especializada en el área de la salud y situada en esta zona.

El 17 de marzo de 2020, la UNAM suspendió gradualmente sus actividades en respuesta al programa de confinamiento social "Jornada Nacional de Sana Distancia" establecido por el gobierno federal. En este escenario, la carrera de Enfermería de la FESI se vio obligada a continuar su formación bajo un *sistema remoto de emergencia* (Fitzgerald y Konrad, 2021) durante aproximadamente dos años y cinco meses.

Paralelamente, frente al alto número de contagios, el país implementó la estrategia gubernamental de *reconversión hospitalaria*. Este proceso, que refiere a la preparación de diferentes tipos de hospitales para atender pacientes durante una crisis de salud (Mendoza-Popoca y Suárez-Morales, 2020), fue el espacio idóneo para que el estudiantado se incorporara a trabajar remuneradamente. Este fenómeno, conocido como *inserción laboral apresurada*, fue una estrategia de contratación emergente que estimularon diferentes sistemas de salud del mundo al incorporar pasantes o estudiantes en los últimos semestres de sus carreras a los espacios clínicos (Gómez-Ibáñez *et al.*, 2020).

Asimismo, debido al elevado número de personas en estados no críticos, se hizo indispensable brindar cuidados en domicilio. Este tipo de cuidado adoptó al menos tres formas: el autocuidado, la autoatención y los saberes expertos ofrecidos por estudiantes del área de la salud. Frente a estas experiencias las preguntas que guían este estudio son: ¿cómo se dieron (o no) los cuidados de salud realizados por enfermeros y enfermeras en formación de la FESI?, ¿cuáles fueron las principales emociones experimentadas al brindar (o no) cuidados? y ¿cómo dichas emociones, tanto por quienes brindaron cuidados como por quienes no, contribuyeron a la conceptualización y vivencia de una ética del cuidado como futuros profesionales de enfermería?

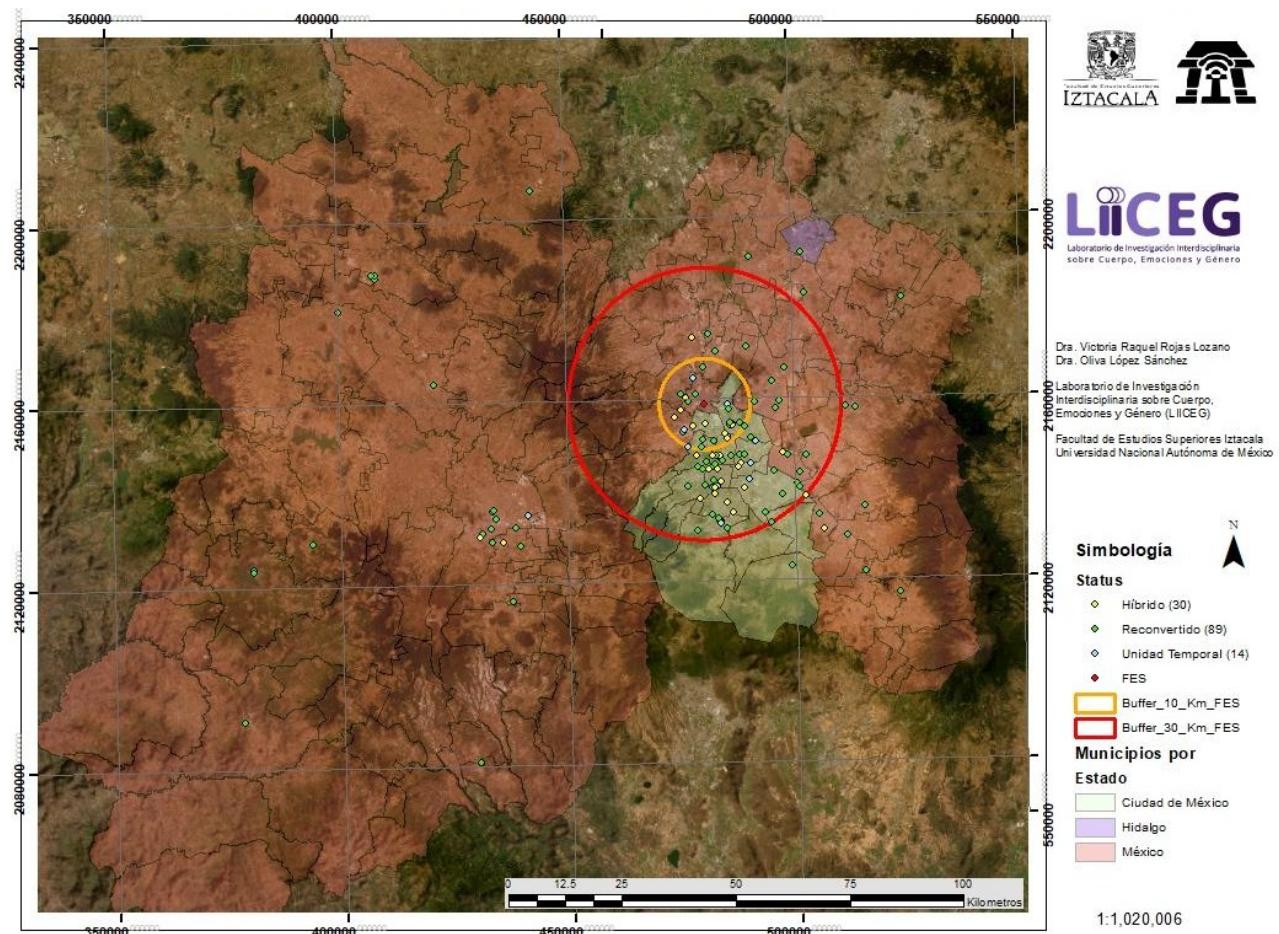
A pesar de su aporte en hospitales reconvertidos y en domicilios (Rosas Loza *et al.*, 2022), la vivencia de estos estudiantes ha sido notablemente menos visibilizada y explorada en la literatura académica (Collado-Boira *et al.*, 2020; Gómez-Moreno *et al.*, 2022; Roca *et al.*, 2021), a diferencia de la vasta documentación sobre las experiencias laborales, de salud mental y emocional de profesionales ya titulados (Muller *et al.*, 2020; Vázquez Gutiérrez *et al.*, 2024). Esta falta de atención específica no solo genera un vacío de conocimiento sobre su rol en la emergencia por Covid-19, especialmente en el contexto mexicano, sino que también, impide dimensionar el costo emocional de su participación, la aparición de inéditas formas y agentes que desafiaron las defini-

¹ La investigación que da pie a este artículo se realizó con el financiamiento otorgado por el Programa de becas Posdoctorales de la UNAM que administra la Dirección General de Asuntos del Personal Académico (DGAPA). Se agradece el apoyo de las autoridades de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, a la directora de la Licenciatura en Enfermería, profesorado y estudiantes por su colaboración para el desarrollo de este estudio.

ciones tradicionales de los cuidados, y la configuración de una ética frente a situaciones de crisis.

De acuerdo con lo anterior, el objetivo del estudio es identificar la dimensión emocional del cuidado de salud realizado por enfermeras y enfermeros en formación de la FESI-UNAM en hospitales reconvertidos y domicilios durante la pandemia —incluyendo la autopercepción de quienes afirmaron no haber ejercido cuidados—, con el fin de comprender cómo las emociones configuran una ética del cuidado en contextos de crisis sanitaria. La relevancia del estudio radica en dimensionar el aporte social de estas enfermeras y enfermeros durante la pandemia al visibilizar sus triples jornadas de trabajo. Recurrir a las emociones para analizarlo aporta a una comprensión más profunda y contextual de cómo se forja la ética del cuidado en situación de crisis, lo que se manifiesta en formas sutiles en que el cuidado fue percibido, reconocido (o no) y redefinido por el propio estudiantado.

Imagen 1. Localización de hospitales de atención Covid-19 en la Zona Metropolitana del Valle de México según su estatus de conversión



Fuente: Realización propia a partir de la información oficial de la Secretaría de Salud del Gobierno Federal de los tres gobiernos estatales que conforman la ZMVM (Ciudad de México, Estado de México e Hidalgo) y de notas periodísticas del proceso de reconversión hospitalaria. En la primera fase de la reconversión hospitalaria en la ZMVM, se clasificó a los hospitales como Covid y no Covid. Dentro de los primeros se encontraron los hospitales cuya disposición fue exclusivamente para la atención del virus, las Unidades Temporales creadas especialmente en situaciones donde los hospitales estaban sobrecargados y los híbridos o mixtos, que mantuvieron su modelo de atención, mientras al mismo tiempo asignaban áreas para pacientes con Covid-19.

Marco teórico

Los cuidados han existido siempre, aunque no siempre se ha teorizado sobre ellos. En la década de los sesenta y setenta del siglo XX diversas disciplinas se interesaron por este complejo fenómeno; pero fue el desarrollo del pensamiento feminista en la década de los ochenta donde el cuidado cobró centralidad en la escena académica (Carrasco, 2011), mediante conceptos como: trabajo de reproducción, trabajo doméstico, trabajo emocional o trabajo corporal que emergieron en relación con las categorías de trabajo productivo, división sexual del trabajo y ética del cuidado.

De acuerdo con Pineda (2024) este “giro conceptual del cuidado” está conformado por cuatro escuelas de pensamiento feminista: la primera enfatiza los juicios morales y las decisiones éticas motoras del cuidado. La segunda reconoce al cuidado como un trabajo material que supone un costo económico. La tercera visibiliza el componente emocional, afectivo y sentimental en las relaciones del trabajo de cuidados. Y la cuarta implica el trabajo corporal desarrollado en el cuidado mediante el contacto directo con el cuerpo del otro.

En la actualidad, el trabajo de cuidados por su riqueza y densidad teórica es un campo multidimensional e interdisciplinario. Esta investigación lo recupera como práctica, disposiciones morales y experiencias subjetivas y corpóreo-sensoriales. Además, analiza la dimensión emocional de los cuidados desde el construcciónismo social. Lo que permite problematizar los significados asociados a la experiencia del cuidar, los vínculos sociales implicados y los contextos estructurales donde se desarrolla. Desde esta perspectiva, las emociones se entienden como “sinergia de la acción” (Pulcini, 2017), motivación o “energía social” (Illouz, 2010), elementos constitutivos de una ética del cuidado.

Para identificar la dimensión emocional del cuidado de salud brindado en la pandemia, integrado por saberes culturales y científicos, se recuperan los conceptos de autocuidado y autoatención, y el cuidado enfermero en hospitales y domicilios, como un tipo de cuidado experto. Pilares básicos de las prácticas del cuidado de salud durante la pandemia utilizados para describir las acciones emprendidas por las y los enfermeros en formación.

El autocuidado se refiere a las acciones individuales aprendidas y guiadas por un saber científico (casi siempre biomédico) con claros objetivos preventivos y en íntima relación con las normas establecidas por la propia cultura (Menéndez, 2020). Por otro lado, la autoatención se refiere a las representaciones y prácticas que la población utiliza a nivel de sujeto y grupo social para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, aguantar, curar, solucionar o prevenir los procesos que afectan su salud, sin la intervención central, directa e intencional de curadores profesionales (Menéndez, 2018).

Finalmente, el cuidado enfermero, considerado un tipo de cuidado experto, se define como aquellas “formas de intervención en el campo del poder y de la producción de bienes materiales y simbólicos que remiten a un saber técnicamente fundado, ligado a una disciplina científica o a un campo profesional” (Morresi y Vommaro, 2011: 13-14). En este caso referido a la enfermería que tiene a la interacción humana como elemento esencial de su metaparadigma disciplinario y se organiza a partir de dos componentes: uno instrumental y otro expresivo. El primero se relaciona con los aspectos científicos y técnicos del cuidado, y el segundo con la satisfacción de las necesidades psicosociales y emocionales de los y las pacientes (Pérez-Toriz *et al.*, 2020).

La provisión del cuidado de salud realizado por las enfermeras y enfermeros en formación durante la Covid-19 se entiende en esta investigación, no sólo como *expertis*, también como vínculo que es estimulado y altamente valorado en la formación mediante el *currículum oculto y vivido* que exalta la vocación y el compromiso afectivo como valores estructurantes de esta profesión. Lo que significa que dicha formación impulsa reglas emocionales que establecen cómo, cuándo y qué sentir durante las prácticas de cuidados (Abramowski, 2019), advi-

tiendo, la presencia de un peculiar tono afectivo que envuelve y da forma a la tarea del cuidar.

De acuerdo con lo anterior, se argumenta que la experiencia emocional de estos futuros profesionales lejos de ser un efecto colateral de la emergencia sanitaria se convierte en un motor y catalizador fundamental de la configuración de una ética del cuidado específica. Entendiendo por esta, un marco conceptual y político que busca visibilizar, valorar y distribuir equitativamente el trabajo esencial que implica cuidar (Fisher y Tronto, 1990; Tronto, 2020).

Material y método

Se llevó a cabo un estudio mixto de tipo secuencial y multinivel con enfermeras y enfermeros en formación de la FESI-UNAM. La decisión de emplear metodología cuantitativa y cualitativa responde a la necesidad ofrecer densidad analítica al estudio. Lo que se logró midiendo la presencia de los estados emocionales como respuestas psicofisiológicas al entorno y capturando la subjetividad y el significado inherente a las experiencias emocionales del cuidar.

En su fase cuantitativa el diseño descriptivo se trabajó con el Medidor Psicosocial y Socioemocional frente a la contingencia Covid-19 (MPE-COVID 19) para identificar los estados emocionales asociados a las prácticas de cuidar. El MPE-COVID19 está compuesto por 52 ítems distribuidos en cinco secciones que exploran: 1) Datos sociodemográficos, 2) Salud, 3) Estados emocionales, 4) Violencia y 5) Trabajo de cuidados de salud. Las preguntas que se trabajaron para este artículo son las correspondientes a la tercera y quinta sección. Los resultados se presentan mediante frecuencias y porcentajes de cada una de las variables evaluadas con el empleo del programa estadístico Excel.

La aplicación del cuestionario se realizó entre abril y junio de 2023. La invitación a participar se difundió a través de las redes sociales de la FESI- UNAM y mediante la Jefatura de la carrera de Enfermería y su área de servicio social, lo que aseguró que la información llegara a la totalidad del estudiantado objetivo. El instrumento se administró de manera autoaplicada utilizando la plataforma *Google Formularios*.

La muestra de este estudio estuvo compuesta por 198 personas participantes: 155 mujeres, 41 hombres y 2 de diversidad sexogenérica. Para la selección, se optó por un muestreo no probabilístico, utilizando una combinación estratégica de sujetos voluntarios y criterios intencionales. Se invitó a participar al estudiantado del último año de la carrera de Enfermería de la FESI, así como aquellos que estaban realizando su servicio social. Selección intencional, dado que estas generaciones vivieron el confinamiento —que duró 2 años y cinco meses— durante su trayectoria escolarizada en la universidad. Criterio de inclusión fundamental ya que la investigación se originó con el objetivo de explorar las experiencias del cuidado de salud de estudiantes en formación.

La fase cualitativa del estudio interpretativo se llevó a cabo entre septiembre y octubre de 2023 mediante la aplicación de un taller corpobiográfico de sanación y entrevistas semi-estructuradas para profundizar en la experiencia corpoemocional situada y la dimensión emocional en el trabajo de cuidado de salud. La muestra compuesta por dos personas voluntarias que también respondieron el cuestionario en línea se seleccionó por disponibilidad y disposición de participantes. Los criterios de inclusión fueron el género y la experiencia de haber realizado trabajo de cuidados en hospital y domicilio.

El proceso comenzó con una entrevista semi-estructurada a cada participante donde se profundizó en sus experiencias de cuidado. Por limitación del tiempo, ya que se encontraban realizando su servicio social, una entrevista se efectuó de forma presencial en la FESI y otra vía plataforma *Zoom*. Después, se implementó el taller en línea que contó con cinco sesiones, impartidas entre el 11 de septiembre y el 4 de octubre, con una duración aproximada de 10 horas de grabación.

El taller es una propuesta metodológica feminista de reconstrucción de trayectorias y

experiencias senti-corpó-pensantes. Se trata de reelaboraciones conceptuales de la vivencia corporal, emocional y sensorial, que implica subjetividad y materialidad corpórea, al mismo tiempo que propicia procesos de sanación (Rodríguez *et al.*, 2021).

Diseñado como un espacio de reflexión, el taller buscó conceptualizar los sentires, dando prioridad a discursos sensoreo-corporales. En la primera sesión las personas participantes formularon su lugar de enunciación desde sus vivencias emocionales. En la segunda, una biocorpografía, permitió rememorar la forma en que los sentidos y el cuerpo se vivieron ante la exposición del virus SARS-CoV2. La tercera sesión se dedicó a un ejercicio de sensibilidad estratégica para explorar las prácticas de cuidado y autocuidado. Finalmente, las dos últimas sesiones proporcionaron herramientas para traducir lo vivido en escrituras afectivas. Los datos que se trabajan en el artículo son los generados en la primera y tercera sesión.

Tanto las entrevistas como los talleres se transcribieron y los datos cualitativos se procesaron y analizaron mediante el empleo del software *Atlas.Ti.23*. Las categorías emergieron de un proceso de codificación abierta utilizando Inteligencia Artificial de dicho software y después bajo codificación deductiva. El análisis cualitativo reportó 94 códigos, de los cuales emergieron dos meta-categorías considerando la densidad y raíz desarrolladas: trabajo de cuidados y gestión emocional.

Se proporcionó con anticipación carta de consentimiento informado para garantizar autonomía, confidencialidad, participación voluntaria y anonimato, además se especificó la no existencia de riesgo en la aplicación de instrumentos para los participantes del estudio. La investigación cuenta con la aprobación del Comité de Ética de la FESI-UNAM con número de registro CEE/FESI/082020/1361 y se clasifica dentro de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud en categoría II, por tratarse de procedimientos de uso común y seguros.

Resultados cuantitativos

Análisis cuantitativo: modalidades del trabajo de cuidado de salud

La población total encuestada fue de 198 enfermeras y enfermeros en formación, 78.3% fueron mujeres, 20.7% hombres y 1% se identificó con identidad sexogenérica diversa (1 persona trans y otra no binaria). Cifras que se corresponden con la matrícula feminizada de la Licenciatura.² La mayoría de quienes participaron (77.8%) tenían entre 21 y 23 años, y se encontraban en su mayoría en el último semestre de la carrera o realizando su servicio social.

Los hallazgos revelaron diversas experiencias en el cuidado de la salud. Por ello, las personas participantes se clasificaron según tipo de cuidado proporcionado: quienes cuidaron en hospitales (18), quienes lo hicieron en domicilios (91), aquellos que brindaron cuidado en ambos espacios (16), y quienes no realizaron labores de cuidado de salud (105) (ver tabla 1).

La decisión de incluir a este último grupo fue crucial para el estudio. Por un lado, evitó sesgos y permitió obtener una visión más general de la experiencia del grupo estudiado. Por el otro, facilitó el análisis del impacto diferencial de haber cuidado o no, y su relación con los estados emocionales.

² Entre 2020 y 2023 del total de inscripciones que se registraron en la carrera de Enfermería, 74.2% fueron de mujeres y 25.9% de hombres.

Tabla 1. Tipos de cuidado de salud según contexto donde se desarrollaron

Identidad sexo-genérica	Rango de edad	Cuidado en Hospital	Cuidado en domicilio	Cuidado en ambos espacios	No cuidó
Mujer	21-23	11	52	9	69
	24-26	3	13	3	13
	27-29	2	4	2	0
	30-32	0	0	0	0
	33 y más	0	1	0	1
Hombre	21-23	1	14	1	15
	24-26	1	5	1	4
	27-29	0	1	0	1
	30-32	0	0	0	1
	33 y más	0	0	0	0
No binario	21-23	0	0	0	1
	24-26	0	0	0	0
	27-29	0	0	0	0
	30-32	0	0	0	0
	33 y más	0	0	0	0
Trans	21-23	0	1	0	0
	24-26	0	0	0	0
	27-29	0	0	0	0
	30-32	0	0	0	0
	33 y más	0	0	0	0
Total		18	91	16	105

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la encuesta

De los 18 estudiantes de la muestra que laboraron en algún espacio hospitalario atendiendo pacientes positivos a Covid-19, 16 fueron mujeres y 2 hombres. Las razones que dieron para haber atendido pacientes Covid-19 fue por trabajo remunerado (5), voluntariado (4) y prácticas (9). Y los lugares en los que atendieron fueron: Unidad Temporal Citibanamex, Hospital *Star Médica* Tlalnepantla, Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”, Hospital General “José Vicente Villada” en Cuautitlán, Centro Médico Nacional “La Raza”, Cruz Roja Mexicana, Hospital General Zona 68 IMSS, Hospital Regional Tlalnepantla ISSEMyM, Clínica Hospital “Emiliano Zapata” en Iztapalapa y Clínica de Maternidad “Dr. Adrián Salgado” (ver tabla 2). Hospitales que se encuentran en la ZMVM (ver figura 1).

De los 91 estudiantes de la muestra que atendieron pacientes contagiados por Covid-19 en domicilio, 20 fueron hombres, una persona trans y 70 mujeres. Las personas a quienes cuidaron fueron, en su mayoría, familiares enfermos (170) como padres, madres, abuelos y abuelas. También brindaron cuidados a vecinos (7), a la familia de sus novias o novios (1), familiares de amistades (4) y en menor medida, a quienes denominaron pacientes y con los que no tenían ningún tipo de vínculo (6) (Ver tabla 2). En su mayoría este tipo de trabajo fue gratuito y la razón para otorgarlo estuvo justificada por la relación de parentesco o por el vínculo sentimental.

Las personas que dijeron no haber ejercido labores de cuidados de salud durante este pe-

riodo fueron 105, de los cuales 21 fueron hombres, una persona trans y 83 mujeres. Sin embargo, aunque manifestaron no haber desarrollado cuidados de salud, sí mencionaron ejercer otro tipo de cuidados como: cuidar de infancias, ancianos o personas con discapacidad, comprar o preparar alimentos y otras actividades domésticas como la limpieza del hogar.

Para comprender las dinámicas de cuidado de salud durante la pandemia es importante contextualizar la realidad del estudiantado de la FESI. Los y las participantes de la encuesta se encontraban cursando entre el primer y segundo año de la carrera cuando la UNAM decidió continuar sus actividades completamente en línea. Modalidad, que si bien ofrecía cierta flexibilidad, también generaba estrés debido a los requisitos de espacio, tecnología y acceso de internet que no siempre estaban garantizados (López Sánchez *et al.*, 2022). Situación que se agravó en el caso de enfermería, por la ausencia de campos clínicos y carencia de espacios para el desarrollo de competencias prácticas.

Simultáneamente, y en respuesta a la demanda de personal de salud, muchos de estos estudiantes se insertaron a laborar en hospitales Covid-19 por contratación temporal (Rosas Loza *et al.* 2022). Esta medida fue una consecuencia directa de la historia de la atención a la salud en México, la cual revela un sistema fragmentado y precarizado caracterizado por una infraestructura desigual (entre instituciones y nivel de atención), y un déficit de personal especializado en áreas críticas (Estrada Iguíniz *et al.*, 2022), escenario que se complicó durante la pandemia.

En este contexto, las condiciones laborales del estudiantado implicaron largas jornadas laborales y el desarrollo de tareas de alto riesgo en los *covitarios*.³ Estas responsabilidades no sólo exigían una considerable preparación técnica, sino también una constante gestión emocional dada su posición como trabajadores y no como estudiantes en prácticas profesionales supervisadas.

Paralelamente a sus estudios y a su extenuante jornada laboral, el estudiantado asumió una tercera y a menudo invisible jornada de cuidado en sus domicilios, con tareas directas que iban desde administración de medicamentos y monitoreo de síntomas, hasta cuidados indirectos como la sanitización de la casa. Su experiencia como estudiantes del área de la salud, los llevó a responder a una demanda de cuidado que el sistema de salud no pudo cubrir para pacientes no críticos. En la tabla 2 se caracteriza las prácticas de estas modalidades de cuidados expertos.

Tabla 2. Cuidado experto en hospital y cuidado en hogar

Aspectos	Trabajo de cuidados remunerado en hospitales	Trabajo de cuidados no remunerado en domicilio
Periodo de trabajo	3 semanas a 3 años Sólo una persona continúa laborando en el lugar porque le contrataron.	El trabajo se desarrolló a lo largo de la pandemia cuando alguna persona enfermaba.
Personas a las que se cuidó	Pacientes	Familiares enfermos (170), vecinos (7), familia política (1), amigos o familiares de amistades (4) y pacientes (6).
Promedio de horas a la semana dedicadas a cuidar personas enfermas por Covid-19	40 horas promedio de trabajo de cuidados en hospital.	18.71 horas promedio de trabajo de cuidados en los hogares.

² Áreas de atención exclusivamente para pacientes críticos.

Prácticas de cuidados de salud	<p><i>Protocolo de cuidado a pacientes críticos:</i> Toma de signos vitales, administración de medicamentos, tomas de muestras, ayuda en la alimentación con dieta óptima, aseo personal, terapia de rehabilitación respiratoria y aplicación de pruebas Covid.</p> <p><i>Protocolo de bioseguridad:</i> colocación del equipo de protección personal (al que le dedicaban 45 min al día en promedio) y lavado de manos (3 h al día en promedio).</p> <p><i>Apoyo al personal de salud y en el diagnóstico de pacientes covid</i> evaluación y clasificación inicial de pacientes que llegaban con síntomas de Covid-19 en las áreas de triage y apoyo al personal especializado.</p>	<p><i>Protocolo de cuidado en domicilio:</i> Administración del medicamento, monitorización de signos vitales, canalización y aplicación de sueros, cambio de postura, vigilancia de saturación de oxígeno, terapia pulmonar, cuidados febriles, atención al dolor.</p>
--------------------------------	---	---

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la encuesta.

El elemento esencial del cuidado enfermero es la interacción humana que se organiza a partir de un componente instrumental y otro expresivo. Durante la pandemia, esta praxis se vio modificada por el tipo de virus y los protocolos que se diseñaron para su prevención y atención. En el primer caso, debido al incremento de cuidados especializados que requerían de conocimientos sobre enfermedades infectocontagiosas y habilidades de cuidados intensivos (González-Gil *et al.*, 2022), del que en muchos casos carecía el estudiantado. En el segundo, por la incorporación de protocolos como el de bioseguridad, que consistía en uso obligatorio del equipo de protección personal (EPP) para disminuir el contagio intrahospitalario, lavado constante de manos y duchas frecuentes tanto al ingresar como al salir del hospital (Moradi *et al.*, 2021).

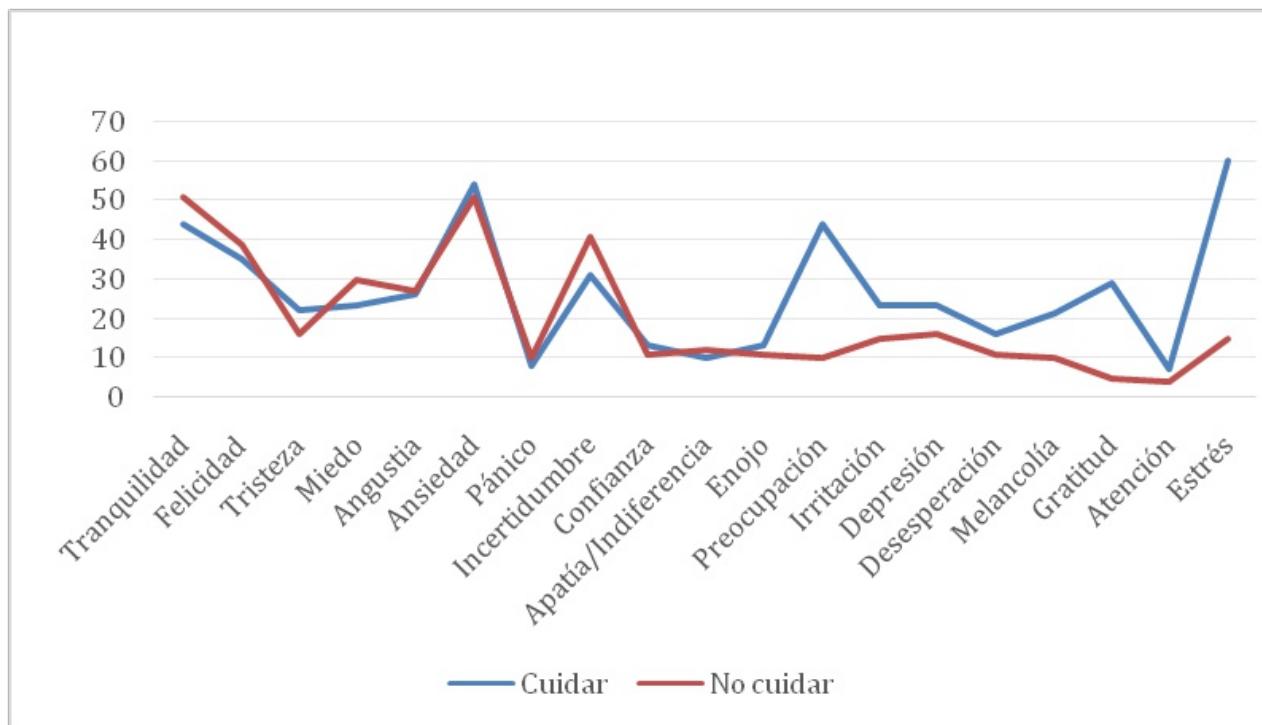
Esta inserción representó un primer contacto formal y remunerado con el ámbito hospitalario para una mayoría de estudiantes, pero sobre todo una primera experiencia con enfermedades infectocontagiosas, cuidados intensivos y en una crisis socio-epidemiológica. La experiencia además de ser formativa, y sumarse a su *curriculum* académico, también se tradujo en la capacidad para estructurar y ejecutar un protocolo de cuidados en sus propios hogares, como se puede leer en la tabla 2. Futuras investigaciones podrían analizar las repercusiones de este cuidado de salud en las personas receptoras del cuidado.

La dimensión emocional del cuidado de salud

Existe evidencia científica que documenta el impacto en la salud mental y los estados emocionales en el estudiantado de enfermería durante la emergencia sanitaria (Rojas-Lozano y López Sánchez, 2024). Las razones de esta afectación fueron diversas, incluyendo la *migración remota de emergencia* (Li *et al.*, 2021), la realización de las prácticas clínicas (Ulenaers *et al.*, 2021), cambios en la organización familiar y de rutina (Robles Mendoza *et al.*, 2021), entre otras.

Mediante el MPE-Covid-19, esta investigación buscó explorar dicho impacto de acuerdo con el vínculo entre los estados emocionales y el trabajo de cuidados de salud realizado. La gráfica 1 muestra que la experiencia emocional entre quienes cuidaron y quienes no brindaron cuidados es muy similar en 11 de 19 emociones, desde tranquilidad hasta enojo. Las diferencias se encuentran en 8 de 19, siendo el estrés (con un incremento del 22.72%) y la preocupación las más sobresalientes.

Gráfica 1. Comparación de estados emocionales habituales en estudiantado de enfermería que atendieron y no atendieron pacientes positivos a SARS-CoV-2



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la encuesta.

Análisis cualitativo: Modalidades del trabajo de cuidado de salud

Las personas participantes del estudio fueron un hombre y una mujer de 22 y 25 años, ambos solteros, sin hijos y residentes en la ZMVM. Al momento de participar en el taller se encontraban realizando su servicio social. El estudiante varón cuidó en un hospital privado, fue voluntario en la Cruz Roja y cuidó en domicilio de amistades. La estudiante mujer cuidó en el hogar a sus familiares y algunos pacientes contagiados cuando regresó a sus campos clínicos.

El análisis cualitativo, derivado de entrevistas y taller, permitió profundizar en las prácticas de cuidado de salud que surgieron en la pandemia. Mientras que el cuestionario se centró en el cuidado experto brindado en hospital y domicilios, los datos cualitativos revelaron la importancia del autocuidado y la autoatención en estos espacios; además de sacar a la luz una modalidad de cuidado que el cuestionario no capturó suficientemente: los cuidados compensatorios.

Para facilitar el análisis de los resultados las diferencias analíticas para distinguir estas modalidades del cuidado de salud radican en: 1) quién realiza la acción, 2) su nivel de formalidad, 3) el alcance, 4) contexto donde se desarrolla y 5) la existencia o no de remuneración.

La primera y principal distinción reside en quién los realiza: en el autocuidado es el propio individuo, el microgrupo en la autoatención y los profesionales de la salud en el saber experto. Estas modalidades de cuidado también difieren en el nivel de formalidad: la autoatención se basa en saberes populares, mientras que el autocuidado y cuidado experto se apoyan y basan en conocimiento científico.

Respecto a su alcance, la autoatención es una respuesta inicial a un padecimiento, el autocuidado por lo regular se centra en el nivel de promoción y prevención de la salud, y el cuidado experto abarca desde el diagnóstico hasta la rehabilitación, pasando por la curación. En cuanto al contexto de aplicación, la autoatención y autocuidado se desarrollan principalmente en el ámbito doméstico, mientras el cuidado experto suele ejercerse en espacios formales de salud. Finalmente, el autocuidado y autoatención no son remunerados a diferencia del cuidado experto, aunque durante la pandemia hubo excepciones y se brindó sin retribución económica.

De acuerdo con lo anterior y a partir de las entrevistas, el autocuidado se desarrolló tanto en hospitales como en domicilios. En el primer caso, el autocuidado, entendido como cuidado de sí a través de saberes expertos, se realizó para minimizar el riesgo de contagio y en torno al uso del EPP. Esto fue así, porque el cuidado experto se ofreció ante el desconocimiento del virus, el miedo al mismo y la aplicación de protocolos como el de bioseguridad, del que apenas se habían tomado un par de capacitaciones (Pazaran-González *et al.*, 2021).

Como se discutió en el taller, la colocación y uso del EPP dentro del hospital fue un proceso meticoloso y cargado de emociones. Al inicio y cierre de cada jornada laboral el autocuidado se intensificaba. Por ejemplo, para prevenir las reacciones cutáneas y dermatosis de contacto causadas por uso prolongado del equipo se utilizaban cremas o apósitos para las heridas en la piel antes de colocarse el EPP. El corte de cabello o el rasurado de barba eran otras formas de prevenir hongos y alopecias, consecuencias comunes de las duchas constantes o la transpiración corporal excesiva generada por el equipo. Asimismo, la higiene personal se convirtió en una estrategia clave de autocuidado, manifestada en varios baños al día, cambio de múltiples mudas de ropa y el uso de dos uniformes (uno para ingresar y otro para salir del hospital).

En el segundo caso, el autocuidado desarrollado en el hogar se practicaba usando un equipo de protección improvisado (que constaba de filipina, bata de quirófano, dos cubrebocas, careta y guantes), lavado de manos constante, lavado de uniforme y sanitización propia con insumos que se tuvieran a la mano, donde el cloro tomó un protagonismo especial. De acuerdo con los resultados procesados en *Atlas.ti* de los talleres y entrevistas, aunque el autocuidado fue más identificado y nombrado que la autoatención, éste se propició por el miedo al contagio de familiares y el interés del cuidado de los otros y no necesariamente por preocupación de la propia salud.

Reconociendo que la autoatención es la forma en que las personas gestionan su salud y enfermedad en la vida cotidiana utilizando recursos propios (conocimientos populares, rituales o prácticas colectivas de reciprocidad), se identificó que esta no solo se desarrolló en los hogares, el taller reveló que en el hospital también se ejecutó. Aquí se describen tres estrategias principales. La primera fue la adquisición de insumos adicionales para el cuidado. Aunque estos no formaban parte del protocolo de bioseguridad oficial, su uso generaba mayor sensación de confianza. El ejemplo claro fueron unas escafandras de tela que se diseñaron para proteger el cuello, única parte del cuerpo que el EPP no protegía. La segunda estrategia incluyó la implementación de rituales

de relajación como escuchar música o hacer ejercicio de meditación antes de ingresar a covitarios, así como la adecuación de los espacios de trabajo. Los vestidores, por ejemplo, se transformaron en comedores, zonas de descanso e incluso espacios de contención emocional colectiva. Finalmente, la tercera estrategia se centró en la construcción de acciones colectivas, como el intercambio de tareas según destrezas individuales del equipo. El personal de salud con antigüedad hacía lo más complejo, mientras que el de nuevo ingreso apoyaba en lo necesario. Ninguna de estas estrategias fue una decisión institucional; más bien, todas fueron ejecutadas por iniciativa individual y colectiva del personal.

En el hogar, y basándose en la experiencia colectiva generada en la cotidianidad, la autoatención se dio a través de la sanitización de la casa, de las compras y la realización de la comida para el enfermo de Covid-19. También, mediante el traslado en transporte privado del cuidador/a a su área de trabajo para disminuir riesgo de contagio y de violencia en la calle; además, mediante la creación de cadenas de cuidados que se tejían para cuidar de infancias y adultos mayores.

De acuerdo con los resultados hallados, la principal estrategia de autoatención en los hogares, y la que consumía más tiempo, fue la adaptación de la casa para el autoaislamiento de la persona cuidadora. Por ejemplo, el estudiante hombre que hizo parte de la muestra, narró su rutina: antes de llegar a casa, pedía a sus padres que encendieran el boiler para ducharse inmediatamente. Después de bañarse, lavaba sus dos uniformes —uno para el hospital y otra para salir de él—. Luego, cenaba en su recámara. Todo esto lo realizaba sin tener contacto con sus familiares. Este autoaislamiento era, por tanto, más que cuidado individual; una forma de cuidado colectivo, impulsado no por una justificación científica, sino por el miedo a contagiar a algún ser querido.

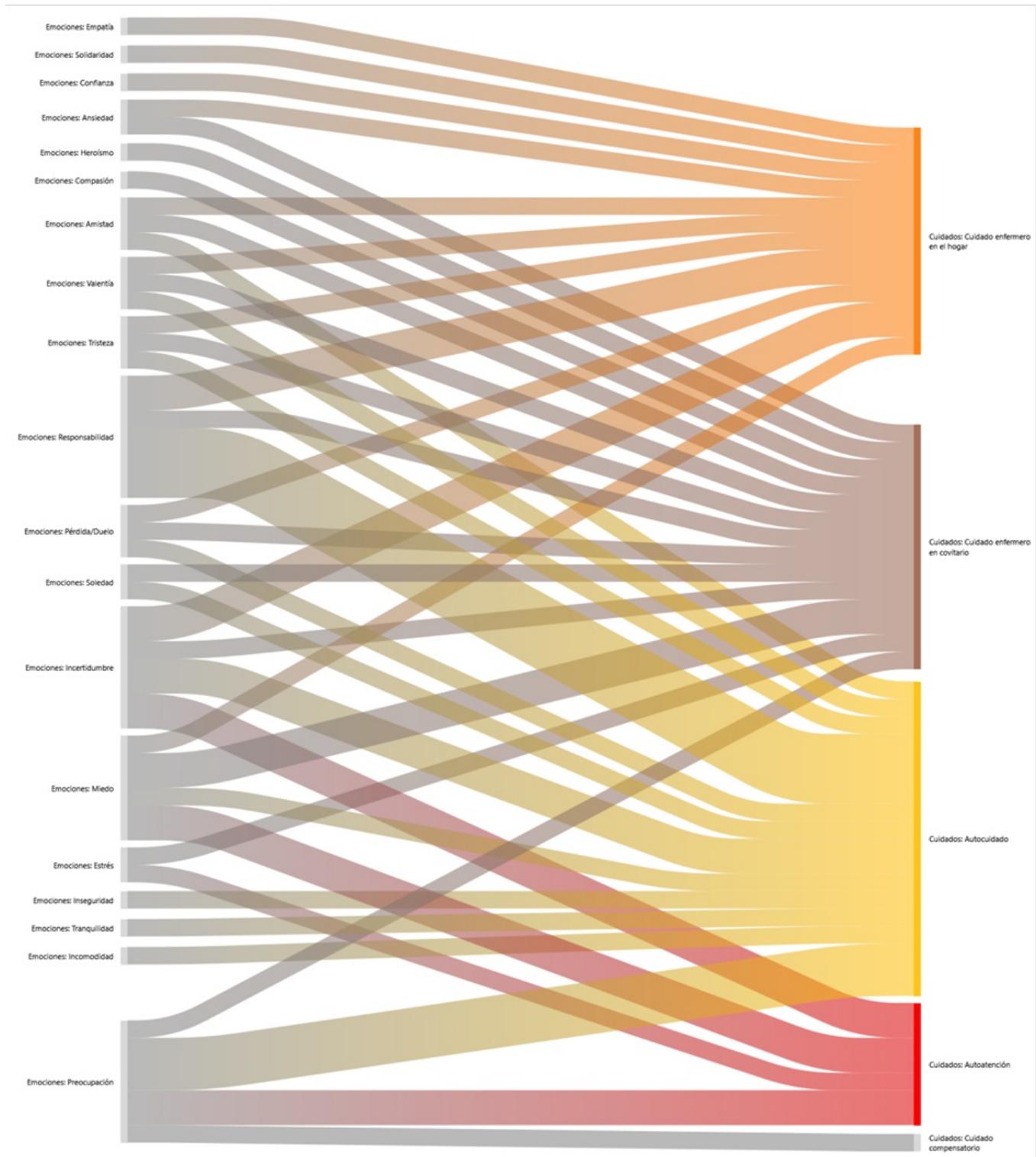
El cuidado experto estuvo conformado por diferentes protocolos de atención emergentes que se crearon en los hospitales Covid-19 y con los cuales se capacitó al estudiantado: protocolo de bioseguridad, protocolo de atención a pacientes críticos, protocolo para traslado de pacientes al interior de los hospitales (Código Covid), protocolo de cuidados *post morten* y el protocolo que aquí denominamos como “compensatorio” que no fue institucional ni aplicado en todos los espacios.

Los cuidados compensatorios se manifestaron como un vital apoyo emocional y lúdico a pacientes no críticos. Un ejemplo claro de esta iniciativa surgió de la cooperación entre el mismo personal para comprar bocinas y poner música en los covitarios, mejorando con ello el ánimo de todos. Dentro de este tipo de cuidados se encontraba también el acompañamiento en la muerte, que se denomina aquí como *cuidados espirituales*. Un caso que surgió en las entrevistas fue el de un paciente moribundo que le pidió a un estudiante que le tomara la mano. Aunque el protocolo le impidió hacerlo, él se quedó a su lado hasta el último momento. La muerte por Covid-19, señaló el estudiante, era rápida, fea y en soledad. En esos momentos la compañía y la oración se volvieron una forma de compensar lo que la pericia ya no podía realizar.

La dimensión emocional del cuidado de salud

En el material cualitativo se pudo identificar una gama amplia de emociones nombradas por enfermeras y enfermeros en formación. En el taller se nombraron 42 diferentes emociones, de las cuales 19 se nombraron directamente cuando se habló de las modalidades del cuidado. Dentro de este stock, las que tuvieron más co-ocurrencia fueron: preocupación, incertidumbre y responsabilidad (ver diagrama 1).

Diagrama de Sankey. Dimensión emocional del cuidado de salud



Fuente: realización propia con uso de datos cualitativos

En el contexto del autocuidado, la responsabilidad fue la emoción más recurrente. Por su parte, la preocupación se identificó como principal motor de autoatención. Por otro lado, en el desarrollo del cuidado en domicilio, la responsabilidad nuevamente se identificó como la emoción mayormente mencionada. Para el cuidado experto en los hospitales, el miedo fue la emoción predominante. Finalmente, en el cuidado compensatorio, la preocupación emergió como la única emoción identificada.

Discusión

Para su mejor comprensión, este apartado se divide en dos secciones de acuerdo con el objetivo de la investigación y los principales hallazgos encontrados. En la primera se presenta una definición tentativa de trabajo de cuidados de salud en contextos de riesgo sanitario y sus modalidades. Y en la segunda se presentan las emociones detonadoras del cuidado y su lugar en la configuración de una ética del cuidado.

Modalidades del cuidado de salud en contextos de emergencia sanitaria

Entre los principales hallazgos de esta investigación, destaca la diversidad de formas de cuidado de la salud durante la pandemia. La identificación de estas modalidades se logró al caracterizar los elementos que las constituyen, como su contexto institucional y remunerado (cuidado hospitalario y domiciliario), su formalidad y alcance (autocuidado y autoatención), las situaciones límite en que se ofrece (cuidado compensatorio) y la ausencia de interacción física (el no-cuidado).

Otro de los hallazgos fue reconocer que lejos de ser excluyentes, estas modalidades del cuidado se complementaron, interceptaron y compitieron intensamente durante la crisis sanitaria. Esto evidenció un incremento significativo del trabajo y las triples jornadas que afrontó el estudiantado. De ahí la necesidad de reconocer el aporte social y económico de este grupo que suele ser invisibilizado a pesar de las responsabilidades que asumen (Rojas-Lozano y López Sánchez, 2024).

La infravaloración de la que ha sido objeto, en parte, se debe al carácter polisémico del término cuidados, pero también, a la exclusividad que han reclamado para sí, los saberes biomédicos (Pautassi, 2021).

Frente a lo anterior, se hace necesaria una definición empírica, incluyente y amplia del trabajo de cuidados de salud. Para tal fin, el estudio hace uso del marco analítico de Carol Thomas (2011), compuesto por siete dimensiones clave que caracterizan el cuidado:

- ✓ La identidad social de la persona cuidadora.
- ✓ La identidad social de la persona receptora de cuidados.
- ✓ Las relaciones interpersonales entre ambas partes.
- ✓ La naturaleza específica de los cuidados.
- ✓ El dominio social en el que se localiza la relación de cuidados.
- ✓ El carácter económico de dicho cuidado.
- ✓ El marco institucional en el cual se presentan los cuidados.

De acuerdo con estas dimensiones, el cuidado de salud se define como aquel que incluye trabajo y estados emocionales que se prestan (en este caso, las y los enfermeros en formación) de forma directa e indirecta, remunerada y no remunerada a personas enfermas (por Covid-19). Este cuidado se ejerce en diversos ámbitos, tanto públicos como privados, mediante la aplicación de saberes científicos y populares para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, aguantar, curar, solucionar o prevenir los procesos que afectan la salud.

Dentro de esta definición, la identidad social de quien cuida se configura no solo por su experticia o pertenencia a una profesión del área de la salud, sino también por el género, dada la

feminización de la formación de enfermería. Por su parte, la identidad de la persona receptora de los cuidados se define por la situación de dependencia, es decir, por la presencia de un virus agresivo y que nadie conocía.

En cuanto a su naturaleza, el cuidado se conceptualiza como trabajo y estado emocional. Este emerge no solo de saberes y prácticas biomédicas, también de saberes tradicionales, y atiende diversas necesidades a lo largo del proceso salud-enfermedad. Además, su dominio social y marco institucional trasciende los servicios sanitarios formales, extendiéndose a los ámbitos doméstico y público. Finalmente, respecto a su carácter económico, estos cuidados fueron tanto asalariados como no remunerados.

Emociones impulsoras del cuidado enfermero y la conformación de una ética del cuidado

El hallazgo central de esta investigación es la relación entre las emociones y las distintas modalidades de los cuidados. Los datos del MPE-Covid-19 mostraron que el comportamiento emocional entre quienes cuidaron y quienes no brindaron cuidados es muy similar en 11 de 19 emociones, y diferentes en 8 de 19. El grado de similitud, sugiere una atmósfera afectiva compartida (Pulcini, 2017). Esto destaca que las emociones no son solo respuestas individuales, sino también reflejos de un contexto socio-epidemiológico que impactó la subjetividad de forma generalizada.

El grado de diferenciación, por otra parte, revela la carga específica del trabajo de cuidado durante la pandemia. Además, es particularmente significativo que dos de las emociones más disímiles fueran la preocupación y la gratitud, un dato que subraya la ambivalencia de la experiencia: por un lado, agotadora, pero también profundamente significativa y gratificante para la formación. Algunas de las investigaciones realizadas al respecto coinciden con estos resultados (Gómez-Moreno *et al.*, 2022; Martin-Delgado *et al.*, 2021; Roca *et al.*, 2021).

Otro hallazgo fue que el estrés emergió como la emoción más significativa y prevalente entre los futuros profesionales de la salud, con un marcado incremento del 22.72%. Este aumento sugiere un profundo desgaste emocional, sobrecarga y vulnerabilidad en los estudiantes, ya que se ha documentado que el estrés percibido afecta directamente su capacidad cognitiva (Medina Fernández *et al.*, 2021) y su deficiencia emocional frente a la Covid-19 (Carreño Moreno *et al.*, 2021). Este hallazgo que es consistente con la vasta literatura internacional que documentó un aumento global en el estrés y otros problemas de salud mental como ansiedad y depresión en los estudiantes confirmaron que factores como el miedo al contagio, la sobrecarga laboral, la escasez de EPP y la exposición a la muerte intensificaron el estrés (Kishore *et al.*, 2022; Medina Fernández *et al.*, 2021; Mulyadi *et al.*, 2021).

Finalmente, el último hallazgo, de acuerdo con el taller y las entrevistas, considera que la experiencia emocional de estas enfermeras y enfermeros en formación se convirtió en un catalizador fundamental de la configuración de una ética del cuidado específica. Lo anterior es consistente con investigaciones que documentan cómo la experiencia del estudiantado, tanto en la inserción apresurada como en las prácticas clínicas, impactó su deber e identidad profesional, moral y sentido de ayuda, así como su oportunidad de aprender (Luo *et al.*, 2023; Martin-Delgado *et al.*, 2021; Ramelet *et al.*, 2022; Seah *et al.*, 2021). Otros estudios señalaron también, que esta vivencia les generó orgullo (Gómez-Moreno *et al.*, 2022; Roca *et al.*, 2021), capacidad de enfrentar problemas con dignidad, trascendiendo el tecnicismo de la carrera (Barisone *et al.*, 2022), y construyó un fuerte sentido de pertenencia a un equipo y responsabilidad compartida (Vázquez-Calatayud *et al.*, 2022). Fuerzas que moldean las convicciones morales, los valores y el sentido del deber.

Para fundamentar que las emociones no son meros estados fisiológicos, sino motores activos que impulsan y configuran una ética del cuidado, se hace uso de las propuestas teóricas de Elena Pulcini (2017) y Joan Tronto (1990; 2020).

Pulcini (2017) argumenta que las emociones no son meros estados individuales, sino pa-

siones colectivas y fuerzas dinámicas que impulsan y configuran las acciones humanas, incluido el acto de cuidar. Su perspectiva permite entender cómo emociones intensas pueden convertirse en motores y catalizadores que dirigen el comportamiento hacia el cuidado, incluso bajo presión extrema. Tronto (1990), por su parte, define al cuidado como una actividad fundamentalmente social y política, no solo individual, que debe ser valorada y distribuida equitativamente para una sociedad justa. Su propuesta sirve para desentrañar la complejidad del trabajo de cuidados y comprender su naturaleza multidimensional, moral y política.

De acuerdo con este marco, las emociones identificadas en el estudio —como la preocupación, la responsabilidad y el miedo— no fueron reacciones pasivas ni negativas, sino fuerzas activas que impulsaron y moldearon las distintas modalidades de cuidado.

Para poder comprender lo anterior, se desglosa el cuidado en las cinco fases que propone Tronto (2020, p. 29)—1) preocuparse por (*caring about*), 2) hacerse cargo de (*taking care of*), 3) proveer el cuidado (*care-giving*), 4) recibir el cuidado (*care-receiving*) y 5) cuidar con (*caring-with*)—, asignando a cada una, una cualidad moral específica (atención, responsabilidad, competencia, reciprocidad y confianza/solidaridad, respectivamente).

Al explicitar cada fase y su cualidad moral asociada se buscó visibilizar el esfuerzo moral que a menudo se da por sentado en el trabajo de cuidados. Corroborando que no sólo es una actividad física, sino que requiere atención, responsabilidad, competencia, reciprocidad y confianza.

- ✓ Responsabilidad en el autocuidado (*Caring for*): Este sentir en el estudiantado no es solo una cualidad moral abstracta, sino un impulso que les llevó a priorizar su propio bienestar. No solo "se preocuparon por" su salud, sino que "se hicieron cargo de" ella, asumiendo el deber moral de seguir el protocolo de bioseguridad (tanto en el hospital como en casa). Situación que se vio reflejada en el tiempo dedicado a su colocación y al número de veces que se lavaban las manos. Esta emoción fue la fuerza motriz para activar el autocuidado, aunque con un fuerte componente de responsabilidad por el cuidado del otro al que se temía contagiar.
- ✓ Preocupación en la autoatención (*Caring about*): La preocupación puede verse como una emoción que activa el reconocimiento de que algo necesita cuidados (la primera fase). En la autoatención actuó como una señal de alerta, activando la "atención" hacia las necesidades de salud de familiares, conocidos o colegas en el hospital. En el domicilio, esta pudo intensificarse por la falta de apoyo institucional, impulsando al estudiantado a asumir un rol autogestivo y muchas veces solitario.
- ✓ Responsabilidad en el cuidado experto en domicilio (*Caring for*): Esta emoción impulsó al estudiantado a asumir un compromiso directo con el cuidado en un entorno íntimo y familiar, a menudo con recursos limitados. Dicha responsabilidad se magnificó por el vínculo familiar presente, que transformó el acto de cuidar en una tarea no solo clínica, sino también profundamente personal. A su vez, esta emoción intensificó la cualidad moral de la competencia (*Care-giving*) para adaptar soluciones en el hogar, recuperando los conocimientos y prácticas del hospital.
- ✓ Miedo en el cuidado hospitalario (*Care-giving*): El miedo en el cuidado hospitalario actuó como un factor que, lejos de potenciar, amenazó directamente la cualidad moral de la competencia en la fase de proveer el cuidado. La exposición constante al virus, la alta mortalidad, la sobrecarga laboral y la escasez de recursos y personal generaron un ambiente de incertidumbre. Este miedo, provocado por el riesgo de contagio propio o ajeno, la posibilidad de cometer errores bajo presión extrema, o la impotencia ante la severidad de la enfermedad, inhibió en algunos momentos la capacidad de los estudiantes para ejecutar las tareas con la pericia necesaria.

- ✓ Preocupación en los cuidados compensatorios (*Caring about* y *Care-giving*): Aquí la preocupación por el sufrimiento del paciente, combinada con la incapacidad de proveer un cuidado biomédico con resultados satisfactorios, impulsó a los estudiantes a buscar otras formas de cuidado, más emocionales y espirituales. Esta preocupación se convirtió en el motor para activar la atención y la responsabilidad en un ámbito diferente, el del consuelo y la compañía al paciente que muere solo, o que sufre emocionalmente.

La clara manifestación de las tres primeras fases de Tronto ("preocuparse por", "hacerse cargo de" y "proveer el cuidado") revelan la activación de una ética del cuidado en su forma más básica y esencial frente a una crisis. Esto significa que el estudiantado detectó la necesidad, asumió el compromiso personal de atenderla y ejecutaron las acciones de cuidado necesarias. En esencia, la presencia de estas fases sugiere una ética del compromiso directo con la tarea de salvar vidas y aliviar el dolor. Lo cual comulga con el *currículum oculto y vivido* que exalta la vocación y el compromiso afectivo como valores estructurantes de esta profesión.

Sin embargo, las fases de "recibir el cuidado" y "cuidar con" no emergieron en los hallazgos. Esto sugiere rupturas en las cadenas de cuidado existentes y la ausencia de cuidado hacia quienes cuidaron. Tal situación dificulta vislumbrar una organización colectiva de los cuidados a futuro, impidiendo así la creación de las condiciones de confianza y solidaridad esenciales para una ética del cuidado sostenible y ampliada, como la propuesta por Joan Tronto.

Conclusiones

La pandemia demostró que sin cuidado de salud no se sale de la crisis (Pautassi, 2021). De acuerdo con esta afirmación, la investigación visibilizó la inserción laboral apresurada como estrategia institucional clave en este periodo. A la par, confirmó, lo que Eduardo Menéndez (2020) ha señalado, sobre el lugar que ocupan otros saberes y sujetos no biomédicos en el cuidado de salud, que en esta crisis se manifestó en cuidado en domicilio, autocuidado, autoatención y cuidados compensatorios.

Un hallazgo inesperado por el estudio fue la aparición del no-cuidado, autopercepción que evidencia cómo la biomedicina ha cooptado la noción de trabajo de cuidados y que subraya la urgente necesidad de redefinirlo. Al identificar y describir las diferentes tipologías del cuidado de salud, se confirmó que las emociones no fueron un mero efecto colateral, sino un motor crucial en la configuración de una ética del cuidado específica para este estudiantado.

En ese sentido, los hallazgos, demostraron la íntima articulación entre las emociones y las modalidades de cuidado. El estrés fue la emoción dominante, acompañada de preocupación, responsabilidad y miedo. Cada una vinculada a escenarios particulares: el autocuidado y el cuidado en domicilio con la responsabilidad, el cuidado hospitalario con el miedo, y la autoatención y los cuidados compensatorios con la preocupación. Este stock de emociones puso de manifiesto una ética del compromiso directo con la tarea de salvar vidas y aliviar el dolor desarrollada por el estudiantado durante la crisis sanitaria.

Si bien el estudio ofrece una visión valiosa sobre la dimensión emocional de los cuidados, es importante reconocer las limitaciones inherentes a su metodología y alcance, particularmente en relación con el tamaño de la muestra y las implicaciones para la generalización. No obstante, el mensaje es claro: es fundamental integrar la gestión emocional en la formación y práctica de los profesionales de la salud, especialmente en contextos de crisis. Bajo el entendido de que las emociones no solo impactan el bienestar individual, sino que también moldean la práctica del cuidado y la construcción de su ética.

Bibliografía

- Abramowski, A. L. (2019). La afectividad docente: Narrativa sentimental, trabajo emocional y atmósferas afectivas en la labor de los maestros en Argentina (1920-1940). *Revista Brasileira de História da Educação*, 18, e019. <https://doi.org/10.4025/rbhe.v18.2018.e019>
- Barisone, M., Ghirotto, L., Busca, E., Diaz Crescitelli, M. E., Casalino, M., Chilin, G., Milani, S., Sanvito, P., Suardi, B., Follenzi, A., y DalMolin, A. (2022). Nursing students' clinical placement experiences during the Covid-19 pandemic: A phenomenological study. *Nurse Education in Practice*, 59, 103297. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2022.103297>
- Carrasco, C, Borderías C, Torns T. (2011). Introducción, El trabajo de cuidados: Antecedentes históricos y debates actuales. En Carrasco C, Borderías C, Torns T, (eds), *El trabajo de cuidados: historia, teoría y políticas* (pp. 13-95). Madrid: Los libros de la Catarata.
- Carreño Moreno, S. P., Díaz Chaparro, L., Cifuentes Tinjaca, C. D., Perilla Portilla, F. E., y Patiño Viancha, E. X. (2021). Conocimientos, actitudes, prácticas, temor y estrés ante el Covid-19 en estudiantes y recién egresados de Enfermería en Colombia. *Revista Cuidarte*, 12(3), Article 3. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.2044>
- Collado-Boira, E. J., Ruiz-Palomino, E., Salas-Media, P., Folch-Ayora, A., Muriach, M., y Baliño, P. (2020). "The COVID-19 outbreak"—An empirical phenomenological study on perceptions and psychosocial considerations surrounding the immediate incorporation of final-year Spanish nursing and medical students into the health system. *Nurse Education Today*, 92, 104504. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2020.104504>
- Estrada Iguíniz, M., Rojas García, G., y Warn Cruz, L. (2022). De jornadas difíciles... Condiciones laborales del personal de salud durante la crisis inicial de COVID-19 en México. *Revista Latinoamericana de Antropología del Trabajo*, 6(14), 1-26.
- Fisher, B., y Tronto, J. (1990). Toward a feminist theory of caring. En E. K. Abel y M. Nelson, *Circles of care* (pp. 29-42). University of New York Press.
- Fitzgerald, A., y Konrad, S. (2021). Transition in learning during COVID-19: Student nurse anxiety, stress, and resource support. *NursingForum*, 56(2), 298-304. <https://doi.org/10.1111/nuf.12547>
- Gómez-Ibáñez, R., Watson, C., Leyva-Moral, J. M., Aguayo-González, M., y Granel, N. (2020). Final-year nursing students called to work: Experiences of a rushed labour insertion during the COVID-19 pandemic. *Nurse Education in Practice*, 49, 102920. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2020.102920>
- Gómez-Moreno, C., García-Carpintero Blas, E., Lázaro, P., Vélez-Vélez, E., y Alcalá-Albert, G. J. (2022). Challenge, fear and pride: Nursing students working as nurses in COVID-19 care units. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 17(1), 2100611. <https://doi.org/10.1080/17482631.2022.2100611>
- González-Gil, M. T., Oter-Quintana, C., Martínez-Marcos, M., Alcolea-Cosín, M. T., Navarta-Sánchez, M. V., Robledo-Martín, J., Palmar-Santos, A., Pedraz-Marcos, A., González-Blázquez, C., Parro-Moreno, A. I., y Otero-García, L. (2022). El valor del recurso humano: Experiencia de profesionales enfermeros de cuidados críticos durante la pandemia por COVID-19. *Enfermería Intensiva*, 33(2), 77-88. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2021.09.005>
- Illouz, E. (2010). *La salvación del alma moderna: Terapia, emociones y la cultura de la autoayuda*. Buenos Aires: Katz Editores.
- Kishore, T., Kunjukunju, A., y Yusof, P. (2022). Adapting to Covid-19 Pandemic: A Critical Literature Review of the Psychological Impact among Nursing Students. *The Malaysian Journal of Nursing (MJN)*, 13(4), Article 4. <https://doi.org/10.31674/mjn.2022.v13i04.012>
- Li, W., Gillies, R., He, M., Wu, C., Liu, S., Gong, Z., y Sun, H. (2021). Barriers and facilitators

- to online medical and nursing education during the COVID-19 pandemic: Perspectives from international students from low- and middle-income countries and their teaching staff. *Human Resources for Health*, 19(1), 64. <https://doi.org/10.1186/s12960-021-00609-9>
- López Sánchez, O., González Carrada, E., y Villeda Sánchez, M. A. (2022). Experiencias socioemocionales de universitarios ante la educación superior virtual por covid-19. *Nómadas*, 56. <https://doi.org/10.30578/nomadas.n56a8>
- Luo, J., Luo, L., Yang, A., Cui, M., y Ma, H. (2023). Clinical experiences of final-year nursing students during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-synthesis. *Nurse Education Today*, 120, 105633. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2022.105633>
- Martin-Delgado, L., Goni-Fuste, B., Alfonso-Arias, C., De Juan, M., Wennberg, L., Rodríguez, E., Fuster, P., Monforte-Royo, C., y Martin-Ferrer, M. L. (2021). Nursing students on the frontline: Impact and personal and professional gains of joining the health care workforce during the COVID-19 pandemic in Spain. *Journal of Professional Nursing*, 37(3), 588-597. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2021.02.008>
- Medina Fernández, I. A., Carreño Moreno, S., Chaparro Díaz, L., Gallegos-Torres, R. M., Medina Fernández, J. A., Hernández Martínez, E. K., Medina Fernández, I. A., Carreño Moreno, S., Chaparro Díaz, L., Gallegos-Torres, R. M., Medina Fernández, J. A., y Hernández Martínez, E. K. (2021). Fear, Stress, and Knowledge regarding COVID-19 in Nursing Students and Recent Graduates in Mexico. *Investigación y Educación En Enfermería*, 39(1). <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v39n1e05>
- Mendoza-Popoca, C. Ú., y Suárez-Morales, M. (2020). Reconversion hospitalaria ante la pandemia de COVID-19. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 43(2), 151-156. <https://doi.org/10.35366/92875>
- Menéndez, E. L. (2018). Autoatención de los padecimientos y algunos imaginarios antropológicos. *Desacatos*, 58, 104-113.
- Menéndez, E. L. (2020). Consecuencias, visibilizaciones y negaciones de una pandemia: Los procesos de autoatención. *Salud Colectiva*, 16, e3149. <https://doi.org/10.18294/sc.2020.3149>
- Moradi, Y., Baghaei, R., Hosseingholipour, K., y Mollazadeh, F. (2021). Challenges experienced by ICU nurses throughout the provision of care for COVID-19 patients: A qualitative study. *Journal of Nursing Management*, 29(5), 1159-1168. <https://doi.org/10.1111/jonm.13254>
- Morresi, S., y Vommaro, G. (Eds.). (2011). INTRODUCCIÓN. Los expertos como dominio de estudio socio-político. En S. Morresi y G Vommaro (ed.). *Saber lo que se hace: Expertos y política en Argentina* (pp. 9-40). Argentina: Prometeo Libros; Universidad Nacional de General Sarmiento.
- Muller, A. E., Hafstad, E. V., Himmels, J. P. W., Smedslund, G., Flottorp, S., Stensland, S. Ø., Stroobants, S., Van de Velde, S., y Vist, G. E. (2020). The mental health impact of the covid-19 pandemic on healthcare workers, and interventions to help them: A rapid systematic review. *Psychiatry Research*, 293, 113441. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113441>
- Mulyadi, M., Tonapa, S. I., Luneto, S., Lin, W.-T., y Lee, B.-O. (2021). Prevalence of mental health problems and sleep disturbances in nursing students during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Nurse Education in Practice*, 57, 103228. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2021.103228>
- Pautassi, L. C. (2021). El trabajo de cuidado no remunerado en Salud en el contexto de América Latina. La centralidad durante la crisis de COVID-19. *Estudios Sociales del Estado*, 713(13), 82-118. <https://doi.org/DOI:10.35305/ese.v7i13.253>
- Pazaran-González, J. V., Mendoza-Garrido, M., Araujo-Álvarez, J. M., y Sibaja-Terán, B.

- (2021). Reflexiones de las experiencias del personal de primera línea de la atención hospitalaria derivada del COVID-19. Casos de Latinoamérica. *Ergonomía, Investigación y Desarrollo*, 3(2), Article 2. <https://doi.org/10.29393/EID3-12REJB40012>
- Pérez-Toríz, J. E., Báez-Hernández, F. J., Flores-Merlo, M., Nava-Navarro, V., Morales-Nieto, A., Zenteno-López, M. Á., Perez-Toríz, J. E., Báez-Hernández, F. J., Flores-Merlo, M., Nava-Navarro, V., Morales-Nieto, A., y Zenteno-López, M. Á. (2020). El significado del cuidado enfermero en el contexto de la pandemia COVID-19. *Sanus*, 5(16), 00002. <https://doi.org/10.36789/sanus.vi16.236>
- Pineda Duque, J. A. (2024). El giro conceptual y la ética del cuidado. En K. Batthyány, J. A. Pineda Duque, y V. Perrotta (Eds.), *La sociedad del cuidado y políticas de la vida* (pp. 39-64). Argentina: CLACSO, InMujeres, UNAM, UNRISD.
- Pulcini, E. (2017). What Emotions Motivate Care? *Emotion Review*, 9(1), 64-71. <https://doi.org/10.1177/1754073915615429>
- Ramelet, A.-S., Befecadu, F. B. P., Eicher, M., Larkin, P., y Horsch, A. (2022). Postgraduate nursing students' experiences in providing frontline and backstage care during the Covid-19 pandemic: A qualitative study. *Journal of Professional Nursing: Official Journal of the American Association of Colleges of Nursing*, 39, 165-170. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2022.01.012>
- Robles Mendoza, A. L., Junco Supa, J. E., y Martínez Pérez, V. M. (2021). Conflictos familiares y económicos en universitarios en confinamiento social por COVID-19. *Revista CuidArte*, 10(19). <https://doi.org/10.22201/fesi.23958979e.2021.10.19.78045>
- Roca, J., Canet-Vélez, O., Cemeli, T., Lavedán, A., Masot, O., y Botigué, T. (2021). Experiences, emotional responses, and coping skills of nursing students as auxiliary health workers during the peak COVID-19 pandemic: A qualitative study. *International Journal of Mental Health Nursing*, 30(5), 1080-1092. <https://doi.org/10.1111/inm.12858>
- Rodríguez, R. P. A., Da Costa Márques, S., y Pasero Brozobich, V. (Eds.). (2021). *Corpobiografías de sanación. Escrituras, cuerpos y saberes de mujeres*. Universidad Nacioal del Cuyo, TeseoPress.
- Rojas-Lozano, V. R., y López Sánchez, O. (2024). Procesos socioemocionales de estudiantes de Enfermería de la UNAM en contextos Covid-19. *Convergencia Revista de Ciencias Sociales*, 31, 1-28. <https://doi.org/10.29101/crcs.v31i0.22251>
- Rosas Loza, R. A., Aparecida de Melo, S., Barragán Solís, A., Rivera Lorenzo, N. K., Ángeles Zavala, O., y Castro, A. R. (Eds.). (2022). *Enfermería en una Unidad Temporal COVID-19: Miradas Multidisciplinarias* (Primera). México: UNAM.
- Seah, B., Ho, B., Liaw, S. Y., Ang, E. N. K., y Lau, S. T. (2021). To Volunteer or Not? Perspectives towards Pre-Registered Nursing Students Volunteering Frontline during COVID-19 Pandemic to Ease Healthcare Workforce: A Qualitative Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(12), Article 12. <https://doi.org/10.3390/ijerph18126668>
- Thomas, C. (2011). Deconstruyendo los conceptos de cuidados. En C. Carrasco, C. Borderías Mondejar, T. Torns Martín, y M. Bofill Abelló (Eds.), *El trabajo de cuidados: Historia, teoría y políticas* (pp. 143-174). España: Los libros de la Catarata.
- Tronto, J. (2020). *¿Riesgo o cuidado?* (A. Blanco, Trad.). Buenos Aires: Fundación Medifé Edita. <https://ugr.edu.ar/wp-content/uploads/2023/06/Riesgo-o-cuidado-DIGITAL.pdf>
- Ulenaers, D., Grosemans, J., Schrooten, W., y Bergs, J. (2021). CLINICAL placement experience of nursing students during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional study. *Nurse Education Today*, 99, 104746. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2021.104746>
- Vázquez Gutiérrez, J. P., Rojas Lozano, V. R., y Castillo, L. de la P. (2024). Emotional health of sanitary professionals in COVID-19 contexts: A systematic review and qualitative meta-synthesis. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 23(1), 11.
- Vázquez-Calatayud, M., Rumeu-Casares, C., Olano-Lizarraga, M., y Regaira Martínez, E.

(2022). NURSING students' experience of providing frontline COVID-19 support: A qualitative study. *Nursing & Health Sciences*, 24(1), 123-131. <https://doi.org/10.1111/nhs.12902>

Fecha de Recepción: 7 de marzo de 2025
Recibido con correcciones: 20 de junio de 2025
Fecha de Aceptación: 24 de junio de 2025