

# El papel de las comunidades de práctica en la construcción de resiliencia moral: un análisis a partir de la pandemia de Covid-19\*

Janet Delgado Rodríguez

Hospital Universitario de Canarias, La Laguna, España  
Instituto Universitario de Estudios de Las Mujeres,  
Universidad de La Laguna, España  
jdelgad@ull.edu.es

ISSN 1989-7022

## The Role of Communities of Practice in the Construction of Moral Resilience: an Analysis in the Wake of the Covid-19 Pandemic

**RESUMEN:** Este artículo aborda el papel que pueden tener las comunidades de práctica (CoP) dentro del entorno sanitario a la hora de hacer frente a situaciones desconocidas y de gran impacto emocional, como la actual pandemia del Covid-19. El punto de partida es el reconocimiento de que las CoP pueden contribuir a la construcción de resiliencia entre sus miembros, y especialmente de resiliencia moral. Esto se debe, entre otras cosas, a que comparten un espacio reflexivo a partir del que se genera un conocimiento compartido que puede ser una fuente de fortaleza y confianza para el equipo sanitario. Específicamente, en situaciones extremas, las CoP pueden contribuir a hacer frente al estrés moral, lo que será de vital importancia no sólo para afrontar la situación de crisis, sino para evitar las secuelas a largo plazo que pueda tener el estar trabajando en condiciones de gran incertidumbre.

**PALABRAS CLAVE:** comunidades de práctica, estrés moral, resiliencia moral, incertidumbre, Covid-19

**ABSTRACT:** This article addresses the role that communities of practice (CoP) can have within the healthcare environment when facing unknown and highly emotionally impactful situations, such as the current Covid-19 pandemic. The starting point is the recognition that CoPs can contribute to build resilience among their members, and especially moral resilience. Among other, this is due to the fact that they share a reflective space from which shared knowledge is generated, which can be a source of strength and trust for the healthcare team. Specifically, in extreme situations, the CoPs can contribute to cope with moral distress, which will be crucially important not only to face the crisis situation, but to avoid the long-term consequences of working in conditions of great uncertainty.

**KEYWORDS:** communities of practice, moral distress, moral resilience, uncertainty, Covid-19

### 1. Introducción

Hace algunos años, el padre de un niño de dos años al que atendía como enfermera en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital Universitario de Canarias me decía: “No tenemos ni idea de lo que pasa aquí, dentro de estas paredes. Pasaba todas las mañanas por delante del hospital para ir al trabajo, pero nunca hubiera imaginado las cosas que suceden aquí cada día. Muchas profesiones son necesarias, pero la vuestra es imprescindible”. Su hijo estaba conectado a un respirador, sedado, analgesiado, con muchos fármacos que le eran administrados de forma endovenosa continua e intermitente, y en una situación muy crítica. Tanto mis compañeras y compañeros pediatras, enfermeras y auxiliares como yo, que era su enfermera responsable, no nos despegábamos ni un momento del cubículo donde se encontraban tanto el niño como sus padres.

En los últimos meses, el trabajo de los profesionales sanitarios se ha hecho un poco más visible para la población. La expansión del SARS-CoV-2 (Covid-19) nos ha mostrado dramáticamente la vulnerabilidad no sólo de la vida humana, sino también de los sistemas sanitarios, incluso los más fuertes y mejor preparados del mundo. También ha visibilizado la vulnerabilidad de los profesionales sanitarios, que se exponen no sólo a contraer la enfermedad al trabajar sin equipos de protección individual (EPIS)

\* Agradezco a María Teresa López de la Vieja (Universidad de Salamanca) y David Rodríguez-Arias (Universidad de Granada) su revisión y comentarios sobre este trabajo, así como a dos revisoras anónimas, y al grupo ESPA-CyOS (Ética Salubrista para la Acción, Cuidado y Observación Social) su apoyo en la elaboración del mismo.



Received: 15/06/2020  
Accepted: 16/07/2020

adecuados, o sin recibir la formación adecuada sobre cómo utilizarlos, sino también a transmitirla a sus seres queridos.

El 30 de enero de 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró la Covid-19 como una emergencia de salud pública de interés internacional, y el 11 de marzo de 2020 se declaraba como pandemia. Desde entonces, a fecha de 29 de mayo, el número de profesionales sanitarios con positivo por Covid-19 es de 51.482 y 63 profesionales sanitarios han fallecido en España<sup>1</sup>.

Si bien la fragilidad humana forma parte de la existencia, las catástrofes, los desastres naturales, o los brotes de enfermedades infecciosas hacen aún más palpable la experiencia de vulnerabilidad. Todos estos eventos pueden alterar drásticamente tanto la vida cotidiana como el sistema de atención sanitaria, agotando los recursos y sobrecargando la capacidad de unos sistemas que muchas veces van ya al límite de sus posibilidades, con falta de medios humanos y materiales. En la actual pandemia han surgido muchos problemas éticos complejos, que sin duda requieren una reflexión y respuesta bioética global (UNESCO 2020). El sistema sanitario ha sido sometido a tensiones sin precedentes en los sistemas de salud en todo el mundo: ha habido escasez de camas en unidades de cuidados intensivos (UCI), ventiladores mecánicos, productos sanguíneos, medicamentos esenciales, equipamientos de protección individual (EPI) o tests diagnósticos (Melguizo et al. 2020; Berlinger et al. 2020).

Esta escasez ha dado lugar a la necesidad de establecer criterios de priorización previamente experimentados en países desarrollados solo durante tiempos de guerra o catástrofes, lo que ha planteado enormes desafíos éticos, tanto en atención especializada y UCI (Martín-Fumadó et al. 2020) como en Atención Primaria (Melguizo et al. 2020). Y todo ello ha ido sucediendo de una forma global, rápida y sin tiempo suficiente para poder prepararse.

En condiciones normales, los profesionales sanitarios son testigos de la fragilidad, el sufrimiento, el dolor y la muerte de las personas, lo que sin duda tiene un impacto en sus vidas y en su rol profesional, lo que puede aumentar el riesgo de agotamiento y fatiga por compasión en situaciones normales (Delgado et al. 2020). En una emergencia sanitaria o de salud pública, aún hay más probabilidades de padecer distrés moral entre los profesionales, ya que estos sin duda deben tomar decisiones difíciles, como decidir dar o no un tratamiento de soporte vital, debido a la falta de recursos disponibles (Berlinger et al. 2020)<sup>2</sup>. Frente a estas situaciones dramáticas, los trabajadores en primera línea que están directamente involucrados en el diagnóstico, el tratamiento y la atención de los pacientes con Covid-19 corren el riesgo de desarrollar problemas de salud mental y distrés moral (Lai et al. 2020). Teniendo en cuenta el impacto personal que la toma de decisiones éticas en la actual situación de pandemia tiene y seguirá teniendo a medio plazo en los profesionales sanitarios, sin duda el desarrollo de unas directrices éticas sólidas son indispensables no solo para garantizar una toma de decisiones transparente, así como la confianza pública en la equidad del sistema, sino también para tratar de minimizar el impacto del distrés moral en los profesionales de la salud.

En el contexto de la actual pandemia de Covid-19, Morley et al. (2020) discuten tres cuestiones éticas que probablemente afectarán a las enfermeras a nivel mundial: a) la seguridad de las enfermeras, pacientes, colegas y familias; b) la asignación de recursos escasos; y c) la naturaleza cambiante de las relaciones con los pacientes y sus familias. Las autoras instan a las enfermeras a buscar fuentes de apoyo durante esta pandemia. Al hilo de ello, una de las

cuestiones que nos planteamos es qué tipo de apoyos pueden encontrar las enfermeras y en general, los profesionales sanitarios, para hacer frente a estos problemas éticos. Partiendo de que la resiliencia moral puede entenderse como la capacidad de hacer frente a situaciones de crisis en respuesta a la complejidad moral, confusión, angustia o contratiempos de la práctica (Baratz 2015, Rushton 2016), ¿cómo puede fomentarse la resiliencia, y más concretamente, la resiliencia moral, en los profesionales sanitarios que se enfrentan a estos desafíos?

En este artículo, se argumenta por qué las comunidades de práctica (CoP) pueden ser un motor esencial a la hora de potenciar la resiliencia moral de los profesionales sanitarios, especialmente en situaciones excepcionales como la actual pandemia de Covid-19, aplicable a otras emergencias de salud pública o catástrofes. Para ello, comenzaremos aproximándonos a una definición de CoP, haciendo explícitas algunas de sus características principales en el ámbito sanitario. Posteriormente, se abordan las principales cuestiones relativas al distrés moral que pueden experimentar los profesionales sanitarios en un contexto de pandemia como la Covid-19. Finalmente, apuntamos algunos mecanismos por los que las CoP pueden ser elementos de gran valor para favorecer la resiliencia moral en los profesionales sanitarios.

## 2. Definiendo las CoP en el ámbito sanitario

Lave y Wenger (1991) definían inicialmente una CoP como un grupo que comparte un interés común y un deseo de aprender y contribuir a la comunidad con su variedad de experiencias. Partían de la idea de que el aprendizaje situado enfatiza las interacciones sociales que apoyan el aprendizaje dentro de una comunidad de aquellos que practican profesiones similares o en campos similares. Posteriormente, Wegner et al. (2002, 4) señalaban que “las CoP son grupos de personas que comparten una preocupación, un conjunto de problemas o una pasión por un tema, y que profundizan su conocimiento y experiencia en esta área al interactuar de forma regular”. Estas personas, añaden, no necesariamente trabajan juntas, pero se reúnen en la medida en que pasando tiempo juntas, suelen compartir información, ideas y consejos de modo que se ayudan mutuamente a resolver problemas de interés común para el grupo (Wegner et al. 2002).

Seguendo a Casado y Uria (2019, 101), si bien una CoP “es un grupo de personas interesadas en un mismo problema, técnica o cuestión que les interesa, y que interactúan de manera regular para aprender juntas y unas de otras”, lo cierto es que podemos considerar que una CoP puede entenderse mejor como un proceso que como un producto o entidad concreto (Pyrko et al. 2017; Casado y Uria 2019). Las personas que conforman una CoP comparten conocimientos tácitos y se reúnen regularmente para guiarse mutuamente a través de su comprensión de un problema de la vida real mutuamente reconocido (Pyrko et al., 2017). Por tanto, el elemento fundamental es el compromiso mutuo de todos sus miembros (Pyrko et al. 2017). Algunas de las características comunes en las CoP son: la interacción, la colaboración para compartir y crear conocimientos, y la promoción de una identidad compartida entre sus miembros (Li et al. 2009; Casado y Uria 2019).

En una revisión sistemática sobre cómo se establecen las CoP en el ámbito sanitario, Ranmuthugala et al. (2011) proponen una serie de características diferenciales de las CoP en este entorno. Así, señalan que las CoP en el ámbito sanitario: a) surgen de la práctica compartida;

b) ayudan a establecer la identidad profesional; c) tienen un objetivo o propósito común; d) no tienen límites geográficos, profesionales u organizativos; e) tanto el grupo como el enfoque puede variar de vez en cuando; f) el intercambio de conocimientos se hace a través de procesos formales e informales; g) la interacción social, tanto cara a cara como virtualmente tiene gran importancia; h) el origen puede ser espontáneo o establecido; i) tienen cinco etapas de desarrollo: potencial, fusión, maduración, administración y transformación; k) se comparte compromiso y entusiasmo; l) la membresía autoseleccionada puede tener más éxito que una CoP con miembros nombrados de manera externa; m) la comunicación regular e interacción entre los miembros es fundamental; n) necesitan infraestructura que les apoye.

Sin embargo, consideramos que realmente ninguno de estos elementos son específicos de las CoP en el ámbito sanitario, sino elementos comunes de las CoP aplicables a cualquier ámbito.

Lo que sí señalan Ranmuthugala et al. (2011), haciendo un recorrido histórico, es que, si bien en las primeras publicaciones el enfoque de las CoP era el aprendizaje e intercambio de información y conocimiento, más recientemente, las CoP fueron utilizadas en la literatura como una herramienta para mejorar la práctica clínica y como catalizadoras de la práctica basada en la evidencia.

¿Qué es, entonces, lo específico de las CoP en el ámbito sanitario? Entendemos que “las CoP constituyen un espacio intencional y decidido para promover el intercambio de experiencias que surgen en la práctica clínica” (Delgado et al. 2020, 4)<sup>3</sup>. El desarrollo intencional de las CoP por parte de profesionales de la salud surge tras haber identificado un problema clínico compartido, relevante para su vida laboral cotidiana (de Carvalho-Filho et al. 2019). Además, el paciente está en el centro de las CoP de atención médica, ya que en ocasiones son los problemas clínicos urgentes los que generan el inicio de la CoP (Young et al. 2018). De este modo, dado que las CoP en el ámbito sanitario están orientadas a resolver los problemas clínicos y centradas en el paciente, conducen a un estilo de discusión democrático en el que las contribuciones se valoran de acuerdo con su importancia para el problema concreto y no por el estado formal o de la disciplina (Delgado et al. 2020). Sin embargo, ese *intercambio de experiencias que surgen en la práctica clínica* al que hacíamos referencia no se reduce únicamente a estos dos aspectos. Es necesario incluir la dimensión ética que atraviesa toda la práctica clínica, y que no se refiere sólo a la atención al paciente o a la resolución del problema clínico, sino también a la interacción entre profesionales sanitarios y la relación con la institución, entre otros muchos elementos.

Sin embargo, podríamos decir que la dimensión ética ha sido poco estudiada en relación a las CoP, al menos en el ámbito sanitario. La cuestión sería la siguiente: ¿de qué forma específica las CoP pueden generar una sabiduría práctica en cuestiones éticas? Wendy Austin (2007) señala que existe una necesidad apremiante de diálogo entre los profesionales de la salud, y propone comprender los entornos de atención médica como comunidades morales, como una forma de aprendizaje sobre la convivencia ética. Sostiene que los equipos de atención médica pueden ser una fuente excepcional de apoyo para sus miembros individuales, así como para el propio equipo. Sin duda, las acciones de los profesionales sanitarios vienen marcadas por los códigos, valores y responsabilidades propios de su profesión, de modo que este lenguaje y conceptos comunes delimitan su enfoque de la práctica ética. Pero, como señala Austin (2007), ser ético se basa en las relaciones e implica una capacidad de respuesta

hacia los demás, de modo que una comprensión interdisciplinaria del espacio moral de los entornos sanitarios podría abrir nuevas formas de pensar, indagar y buscar métodos para abordar esos desafíos.

### 3. La vulnerabilidad intrínseca al rol profesional

Los profesionales sanitarios experimentan vulnerabilidad debido a su propia profesión, de alguna manera esto es una parte (o una consecuencia) de su trabajo, ya que son testigos repetidamente del sufrimiento y luchan contra él, ofreciendo tratamiento y cuidados. Carel (2009) afirma que el personal de enfermería puede ser propenso a una vulnerabilidad *más que ordinaria*, ya que están expuestos habitualmente a factores estresantes que la mayoría de las personas no encuentran en la vida cotidiana. Todo ello conlleva un recordatorio casi diario de la fragilidad de la vida y los bienes humanos, lo cual es “una lección de vulnerabilidad” (Carel 2009, 218). Como argumentan Ulrich y Grady (2018, 2), cada día los médicos interactúan con la salud y la enfermedad humana: “mientras atienden a los pacientes y sus familias, los profesionales de la salud comparten y reflexionan sobre las alegrías y las penas que acompañan estas interacciones. En muchos sentidos, ellos también están sufriendo.” No reconocer esta vulnerabilidad intrínseca al ejercicio de la profesión puede afectar tanto al personal sanitario como a los pacientes y sus familias. Por ello es necesario un mayor reconocimiento de esta vulnerabilidad intrínseca y compartida. El hecho de reconocer y aceptar esta vulnerabilidad puede tener elementos positivos y generativos, ya que supone una apertura al otro (Carel, 2009; Fineman, 2012). Pero, este sentido de apertura al otro que abre el reconocimiento de la vulnerabilidad compartida<sup>5</sup>, ¿puede ser contrastable con la práctica?

Varios estudios cualitativos han puesto de manifiesto la importancia de entender las relaciones en el cuidado de la salud como una oportunidad para convertir la vulnerabilidad, en este caso del profesional, en fortalezas que pueden mejorar la relación de confianza y ayuda con los pacientes (Maltreud y Hollnagel 2005; Maltreud y Solvang 2005; Maltreud et al. 2009). Así, algunos estudios cualitativos sostienen que la vulnerabilidad puede ser una fortaleza en el ámbito sanitario (Maltreud y Solvang 2005). Esto se debe a que la vulnerabilidad experimentada por los profesionales y expuesta a los pacientes en algunas ocasiones puede aumentar la capacidad de respuesta del médico en cuestiones delicadas (Maltreud et al. 2009), así como ayudar al paciente a enfrentar su propia situación y conducir a una interacción constructiva en las relaciones de sanitarias (Maltreud y Hollnagel, 2005)<sup>4</sup>.

Nissim et al. (2019) desarrollaron un interesante estudio cualitativo para evaluar una intervención grupal basada en mindfulness, denominada Entrenamiento de Compasión, Presencia y Resiliencia (CPR-T), para equipos interprofesionales de oncología. Los autores encontraron que los participantes identificaban como un desafío a abordar el hecho de compartir la vulnerabilidad dentro del equipo interprofesional. Merece la pena analizar sus hallazgos en mayor detalle. La vulnerabilidad compartida emergió en ese estudio como un desafío identificado por los participantes. A partir de ello, los autores identificaron tres elementos clave que permiten analizar esta experiencia de vulnerabilidad: a) una cultura organizacional que no muestra sus sentimientos en las adversidades, b) la gestión de la vulnerabilidad en las sesiones y c) la beneficios paradójicos de compartir la vulnerabilidad dentro del equipo.

Respecto al primer aspecto, a los participantes les preocupaba abrirse y mostrar vulnerabilidad en el grupo en el que participan en el estudio, ya que consideraban que eso podría disminuir su capacidad de funcionar eficazmente dentro del equipo sanitario cuando regresaran al trabajo. Mostrar vulnerabilidad en el grupo consideraban que sería percibido negativamente por los colegas, dado que sería inconsistente con la cultura sanitaria de cierta distancia y frialdad. Habitualmente en el ámbito sanitario, cualquier expresión de emocionalidad tradicionalmente es vista como una debilidad, aunque esa realidad va cambiando<sup>6</sup>. La vulnerabilidad, señalaron los participantes, es algo tácito, que no comparten ni con los pacientes ni con los compañeros y mucho menos con los superiores, puesto que se ve como algo negativo. Más aún, las personas con roles de liderazgo se sentían incómodos al abrirse frente a los subordinados directos y viceversa.

En relación al manejo de la vulnerabilidad en las sesiones, los participantes describieron un cambio gradual de modo que podían expresar más su vulnerabilidad a medida que se desarrollaba la CPR-T. Los participantes describieron su preocupación en las primeras sesiones sobre qué compartir y cuánto compartir, y señalaron que la estructura de las sesiones les ayudó a sentirse más cómodos con la vulnerabilidad porque aprendieron a confiar en que cada sesión terminaría con prácticas de resiliencia que les ayudarían a regular sus emociones y tener una transición suave de regreso al trabajo. Aunque los participantes estaban preocupados por las posibles consecuencias de demostrar vulnerabilidad frente a los miembros de su equipo, señalaron que en las sesiones se facilitaba la confianza mutua, la empatía y la comprensión, de modo que había mejorado incluso la comunicación con sus colegas en el trabajo.

Finalmente, en cuanto a los beneficios paradójicos de compartir la vulnerabilidad dentro del equipo, los participantes comentaron que la CPR-T les ayudó a reconocer los puntos en común que comparten con los miembros de su equipo, lo que les hizo sentirse más conectados con sus colegas y desarrollar una actitud no crítica hacia ellos. Todo ello, señalaron algunos participantes, ayudó a construir cohesión, y darse cuenta de que tenían “algo en común que compartían” (Nissim et al, 2019, 9). Del mismo modo, el establecer un grupo interprofesional ayudó a mejorar la comunicación entre las diferentes profesiones, señalando los participantes el beneficio de escuchar la perspectiva de otras profesiones en el equipo. Hablaron de su sorpresa al enterarse de que “también son vulnerables” y de cómo esta conciencia ayudó a normalizar su propio sentido de vulnerabilidad e iniciar un diálogo y aprendizaje mutuos. Aunque los participantes expresaron su preocupación por mostrar vulnerabilidad frente a sus supervisores, los participantes en puestos de gerencia señalaron que se volvieron más comprensivos y receptivos a las necesidades de los demás.

En resumen, este estudio encontró que “a medida que crecía la apertura y disposición a aceptar la vulnerabilidad, los miembros del equipo pudieron conocerse como seres humanos mutuamente vulnerables y formar relaciones más genuinas basadas en la confianza y el respeto” (Nissim et al. 2019, 12). Sin duda, esta investigación cualitativa revela muchos aspectos relacionados con la sabiduría práctica, en este caso, relativa a la gestión de las emociones. En este sentido, este estudio refleja de manera práctica cómo a través de una CoP puede incrementarse la resiliencia del equipo sanitario (Casado y Delgado 2019; Delgado et al. 2020), sobre lo que volveremos más adelante.

#### 4. El distrés moral en tiempos de pandemia

Podemos entender que el distrés moral se da “cuando un profesional de la salud, como agente moral, no puede o no actúa de acuerdo con sus juicios morales (o lo que él cree que es correcto en una situación particular) debido a restricciones institucionales o internas” (Ulrich y Grady, 2018, 1). Es decir, el distrés moral se produce cuando los profesionales de la salud reconocen los conflictos éticos y su responsabilidad de responder ante ellos, pero no pueden llevar a cabo sus elecciones morales. Como señala Wendy Austin (2007), “el concepto de distrés moral distingue los dilemas morales (situaciones en las que no se sabe cómo actuar) de lo que se experimenta cuando uno cree que sabe cómo actuar pero se ve frustrado por las restricciones (la persona es moralmente responsable, pero incapaz de cambiar lo que está sucediendo)”. Los profesionales que actúan de manera contraria a sus valores personales y profesionales o quienes no pueden llevar a la práctica las decisiones morales sienten que su integridad está en peligro, por lo que pueden sufrir distrés moral, cuyas consecuencias duraderas son los llamados “residuos morales” (Austin, 2007).

Si bien en la práctica sanitaria habitual surgen cuestiones éticas que generan una gran carga emocional en condiciones ordinarias, en situaciones excepcionales de gran carga física y emocional todo ello aumenta exponencialmente. Ninguna otra situación precedente había puesto en primera plana como la pandemia de Covid-19 la vulnerabilidad de los profesionales sanitarios a escala mundial. Con la actual crisis sanitaria, se han añadido varios factores que incrementan el estrés, el miedo y el distrés moral en los profesionales sanitarios, incrementando la carga mental de los trabajadores sanitarios. Entre ellos, durante la época pico de la pandemia, se han identificado el aumento vertiginoso del número de casos; la carga de trabajo abrumadora, falta de equipo de protección individual (EPI), la cobertura mediática, la falta de medicamentos específicos y los sentimientos de ser inadecuadamente apoyados (Lai et al., 2020). Centrándonos en el distrés moral, algunos aspectos que pueden incrementarla son:

- a) El tener que atender a muchísimos más pacientes de los que habitualmente se atienden en una situación de normalidad (ya en muchas ocasiones sobrepasada). Esto implica que el tiempo a cada persona se reduzca, y no se puedan prestar los cuidados de la manera que a los profesionales les gustaría.
- b) El tener que acompañar a las personas durante su fallecimiento en ausencia completa de familiares en la mayoría de los casos, dadas las restricciones de acceso a los hospitales y centros sociosanitarios impuestas para minimizar el riesgo de propagación del SARS COV 2.<sup>7</sup>
- c) El hecho de tener que proporcionar información telefónica exclusivamente, incluyendo la comunicación de malas noticias puede ser una experiencia tremendamente desmoralizante con un gran impacto emocional (Rimmer 2020; Back et al 2020; Greenberg et al. 2020).
- d) Atender a los pacientes sin los adecuados EPI implica arriesgarse a contraer la enfermedad, y en muchas ocasiones sus vidas. Los profesionales sanitarios a veces han tenido que actuar mientras se enfrentaban a la elección casi imposible entre condiciones de trabajo seguras y calidad de la atención al paciente (Kok et al., 2020). Surgen las preguntas: ¿cuándo el riesgo basado en el trabajo se vuelve inaceptable? ¿Llega un momento

en que los profesionales de la salud tienen derecho a no tratar a pacientes gravemente enfermos si su EPP es inadecuado? Es un deber tratar a los pacientes independientemente de su enfermedad. Pero, ¿hay límites para este deber? ¿Cuánto riesgo es demasiado riesgo? (Sheather y Chisholm, 2020). La falta de EPIs pone de relieve las obligaciones de los profesionales sanitarios de cuidarse a sí mismos (Declaración de la Asociación Médica Mundial de Ginebra 2017; Parsa-Parsi 2017)<sup>8</sup> puesto que, entre otras cosas, son activos sumamente valiosos para tratar a los pacientes. Además, los profesionales tienen familiares a los que pueden poner en riesgo, así como a otros pacientes que no tengan Covid-19. En cualquier caso, esta toma de decisiones, dado que los profesionales no se pueden negar a atender a los pacientes, pero tampoco pueden hacerlo poniendo en riesgo sus vidas, corresponde a cada uno, y es por ello que genera cualquiera que sea el curso de acción escogido inevitablemente distrés moral.

- e) Tener que priorizar los escasos recursos como respiradores, camas de intensivos, sangre, etc, genera distrés moral (Berlinger et al., 2020; DePierro et al., 2020). La retirada de tratamientos de soporte vital, en este caso, se daría a pesar de que los tratamientos no son objetivamente fútiles y de que los pacientes no rechazan esas intervenciones, sino fundamentalmente debido a la falta de disponibilidad de recursos. En las Unidades de Cuidados Intensivos, durante la pandemia de Covid-19 los profesionales han experimentado sentimientos de desorientación, preocupación, pérdida de control e impotencia (Kok et al., 2020). Los profesionales de Atención Primaria se han visto desbordados, al tener que enfrentar una toma de decisiones compleja que genera gran distrés moral, ya que se trata de una enfermedad nueva con gran incertidumbre en lo relativo al tratamiento, que conlleva el establecimiento de una relación con los pacientes diferente de la práctica habitual (teniendo que hacer triajes, consultas telemáticas, distancia o utilizando EPI), y en un contexto de escasez de recursos tanto para la atención como para la protección de los profesionales (Melguizo et al., 2020).

La respuesta psicológica de los profesionales sanitarios a una epidemia de enfermedades infecciosas es compleja, ya que las fuentes de distrés incluyen sentimientos de vulnerabilidad, pérdida de control, preocupaciones sobre la salud de uno mismo, la propagación del virus, la salud de la familia y otros, cambios en el trabajo, además de la escasez previsible de suministros (tanto para atender a los pacientes como para protección del personal EPI) (Lai et al., 2020). Además, las mujeres pueden desarrollar síntomas más severos de depresión, ansiedad y angustia (Lai et al., 2020). DePierro et al. (2020) señalan que se prevén altas tasas de trastorno de estrés postraumático, depresión clínica y problemas recurrentes de consumo de alcohol entre los profesionales sanitarios en primera línea de la pandemia de Covid-19. La exposición repetida a incidentes que provocan distrés moral pueden provocar el daño moral: una herida mental duradera caracterizada por síntomas como culpa, vergüenza, conflicto existencial o moral, pérdida de confianza, desapego moral o desorientación moral (Kok et al., 2020). Estas lesiones, así como los trastornos de estrés postraumático, pueden provocar síntomas de evitación, abuso de sustancias y un mayor riesgo de suicidio (Kok et al., 2020).

Cacchione (2020), basándose en la revisión llevada a cabo previamente por Burston y Tuckett (2012), identifica una serie de factores que contribuyen a la aparición de distrés moral durante la pandemia de Covid-19. Así, señala factores internos de la enfermera, que incluyen las percepciones sobre el papel de la profesión durante la pandemia, su habilidad para po-



der manejar la situación, su capacidad para mejorar la comunicación y facilitar el trabajo en equipo, los recursos físicos, emocionales y financieros que tienen para atender a sus familias mientras trabajan, y su capacidad de cuidarse mutuamente. Respecto a los factores que escapan al control de las enfermeras, identifica los factores que afectan al lugar de trabajo<sup>9</sup>: si hay suficiente disponibilidad de EPI, si en el lugar de trabajo se puede identificar quién tiene Covid-19, si hay suficientes camas o respiradores para quienes los necesitan en el sitio de práctica, si el sitio tendrá suficiente personal, regulaciones de atención sanitaria, políticas nacionales y la solicitud de voluntarios. Cacchione (2020) señala que el desafío constante de mantener los recursos necesarios para proporcionar un cuidado seguro y de calidad a los pacientes puede precipitar el distrés moral.

## 5. El papel de las comunidades de práctica en la construcción de resiliencia moral

¿Cómo hacer frente, entonces, al distrés moral? ¿Se puede construir resiliencia moral en una situación de pandemia? Existen diferentes términos para hacer referencia a la respuesta con la que se puede hacer frente al distrés moral. Young et al. (2017) llevan a cabo un estudio sistemático donde analizan diferentes definiciones del término, así como las diferentes usos que tiene este término en la literatura científica. Lachman (2016) desarrolla el concepto de resiliencia moral, definiéndolo como “la capacidad de lidiar con una situación éticamente adversa sin efectos duraderos de distrés moral y residuo moral, que requiere una acción moralmente valiente, activando los apoyos necesarios” (p. 123). Para ello, agrega, se requiere una acción moralmente valiente, activando los apoyos necesarios y haciendo lo correcto. Sin embargo, no define cuáles son esos apoyos necesarios, aunque sí señala que los líderes pueden fomentar la resiliencia de los profesionales mediante la adecuación de un lugar de trabajo ético. Rushton (2016) destaca que la resiliencia moral “es un concepto en construcción”, y que consiste en una forma de transformar la profunda desesperación e impotencia asociada con situaciones moralmente angustiantes. Basándonos en las definiciones de Baratz (2015) y Rushton (2016), entendemos que la resiliencia moral se refiere a la capacidad de hacer frente a situaciones de crisis en respuesta a la complejidad moral, confusión, o angustia de la práctica.

Consideramos el término de resiliencia moral adecuado para hacer frente al distrés moral. Sin embargo, es necesario señalar que este concepto no implica una visión individualista, sino más bien una capacidad que para ser desarrollada precisa de un entorno facilitador que la haga posible<sup>9</sup>. Teniendo en cuenta lo que se ha comentado en este artículo sobre la vulnerabilidad compartida por los profesionales, y su relación con el distrés moral, podemos considerar que la capacidad de fortalecer al equipo sanitario para hacer frente a los problemas derivados de la aceptación y el manejo de la vulnerabilidad intrínseca y compartida sería la resiliencia, y en el caso del distrés moral, la resiliencia moral. En ambos casos, la dimensión colectiva es fundamental, ya que no se trata de una elección personal, ni de una responsabilidad del individuo para desarrollarla. Contrariamente, necesita apoyo colectivo, de la sociedad y sus instituciones, para ser desarrollada (Fineman 2013; 2014). Desde las CoP, tanto la resiliencia como la resiliencia moral se pueden construir a partir de los aprendizajes tácitos que emanan de la experiencia y que son compartidos por los miembros de la CoP. Por tanto, lejos de ser un concepto individual, la resiliencia tiene un profundo sentido colectivo, pero lo cierto es que éste debe hacerse explícito, y para ello, las CoP pueden ser de gran valor (Delgado et al. 2020). Cabe destacar que la resiliencia debe fomentarse debido a la enorme carga

emocional del trabajo de cuidado, así como por la responsabilidad y el riesgo que conlleva, pero nunca como mecanismo para hacer frente a las condiciones de trabajo inaceptables y peligrosas (Oliver, 2018). Consideramos que los valores compartidos y el apoyo mutuo en los equipos, incluyendo el apoyo desde la gestión, son claves para la construcción de la resiliencia moral. En la pandemia de Covid-19, se ha señalado que los gerentes de las instituciones sanitarias deben tomar medidas de manera proactiva para proteger al personal: reforzando equipos, proporcionando contacto regular para discutir decisiones y controlar el bienestar del personal, tanto durante la crisis como en los meses posteriores (Greenberg et al. 2020).

La forma en que las CoP aumentan la resiliencia puede entenderse como una estructura cíclica (Delgado et al. 2020). Siguiendo esta estructura, partiendo de la práctica en el ámbito sanitario, emergen numerosas cuestiones éticas que conllevan una gran carga emocional. Debido a ello, surge la necesidad de crear CoP de manera intencional, entendiéndolas como espacios para: compartir experiencias, reflexionar colectivamente sobre los casos surgidos de la práctica, plantear nuevas cuestiones de cara a cómo afrontar situaciones similares en el futuro, exponer y hablar sobre la vulnerabilidad como experiencia compartida y llevar a cabo una exploración ética. Finalmente, todo el diálogo y el conocimiento generados a través de esa interacción en la CoP, que en este caso podríamos considerar como sabiduría ética práctica, genera un aumento de la resiliencia colectiva, como resiliencia compartida. Decimos que es cíclico porque nuevamente de la práctica volverán a surgir nuevos problemas éticos y así sucesivamente (Delgado et al. 2020).

Greenberg et al. (2020) señalan una serie de mecanismos potenciales que pueden ayudar a mitigar los efectos morales negativos de la actual pandemia de Covid-19 en los profesionales sanitarios. A pesar de que los autores no se refieren a la creación de CoP para ayudar a manejar el estrés y el daño moral asociado a la Covid-19, consideramos que las CoP son el escenario óptimo en el que desarrollar estas estrategias:

- 1) En cuanto a la actuación temprana, señalan que todos los profesionales sanitarios deben estar preparados para los dilemas morales que enfrentarán durante la pandemia de Covid-19, ya que esto puede reducir el riesgo de problemas de salud mental, por lo que se les debe proporcionar información adecuada. Sin embargo, lo cierto es que en la actual pandemia de Covid-19, debido a la rapidez con la que se han desencadenado los acontecimientos, y a la gran incertidumbre que la ha acompañado, ha sido muy difícil anticiparse y preparar a los profesionales sanitarios para los acontecimientos que iban a enfrentar. Sin embargo, esta experiencia puede ayudar a preparar mejor la respuesta ante próximas olas de Covid-19 o futuras pandemias.
- 2) A medida que avanza la situación, sostienen que se debe ayudar al personal a comprender las decisiones moralmente complejas que se toman, por ejemplo, mediante el uso de debates articulados en un foro para el personal sanitario donde discutir los desafíos emocionales y sociales del cuidado de los pacientes. Señalan que la discusión debe ser dirigida por los líderes del equipo y se puede hacer de forma remota si es necesario, ya que la mayoría de las personas encuentran que el apoyo de sus colegas y líder de línea inmediata protege su salud mental<sup>10</sup>. Consideramos que estas estrategias podrían articularse mediante la constitución de una CoP, ya que éstas pueden brindar el espacio de confianza mutua en el que los profesionales pueden ir expresando abiertamente las ex-

perencias a las que se van enfrentando, qué situaciones de la práctica les hacen sentir más vulnerables, experimentar mayor distrés moral, frustración o miedo.

- 3) Una vez que la crisis ha terminado, señalan que “los supervisores deben asegurarse de que se tome tiempo para reflexionar y aprender de las experiencias extraordinariamente difíciles para crear una narrativa significativa en lugar de traumática” (p. 2). En la construcción colectiva de esta narrativa significativa las CoP pueden ser espacios especialmente clave de aprendizaje para construir con apoyo mutuo resiliencia moral.

Cabe destacar el valor que las CoP virtuales (CoPv) pueden tener en una situación de pandemia como la de Covid-19. McLoughlin et al. (2018) señalan que las CoPv reducen las barreras jerárquicas y permiten compartir información y aprender unos de otros, aunque el desarrollo de la confianza dentro de CoPv requiere algunas reuniones cara a cara para garantizar el desarrollo de las relaciones. La situación excepcional creada por la Covid-19, especialmente su carácter global y su rápida propagación ha generado que, de alguna manera, se haya creado una CoPv a gran escala para el aprendizaje acerca de cómo tratar a estos pacientes. Los profesionales sanitarios sin duda han tenido y tienen que procesar una gran cantidad de información, que en numerosas ocasiones ha sido distribuida a través de redes sociales o comunidades virtuales (que podríamos considerar como CoPv, dado la forma en que se han articulado): una ingente cantidad de bibliografía científica, protocolos de actuación de centros nacionales e internacionales, vídeo-tutoriales y opiniones de expertos. Todo ello, sin duda, es un material de incalculable valor administrado adecuadamente, teniendo en cuenta que las decisiones sanitarias han de ser racionales, rentables y respetuosas, (Estella y Garnacho-Montero 2020). Además, las CoPv en la actual situación de distanciamiento físico son sin duda una herramienta muy importante, que además pueden facilitar la participación de los profesionales sanitarios que, tras haber dedicado incontables horas a trabajar en el centro asistencial, no desearán permanecer más tiempo en el centro asistencial para abordar cuestiones relativas al manejo del distrés moral, y por tanto, de su propio autocuidado.

Finalmente, para fomentar la resiliencia moral dentro de una CoP, ya sea tanto dentro del ámbito sanitario como en otra área, es necesario tener una adecuada orientación. Dado que el manejo de aspectos éticos y emocionales es bastante complejo, las CoP que persiguen este fin deben ser guiadas por expertos. De otro modo, la participación en la misma podría ser contraproducente e incrementar el daño emocional de los participantes. Por ello, la discusión y el diálogo deben ser facilitados por expertos con experiencia suficiente que faciliten grupos, aborden necesidades emocionales, comprendan cuestiones éticas y desarrollen resiliencia. Pueden ser diferentes profesionales, como psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, y sobre todo, especialistas en ética. De esta manera, también se pueden generar oportunidades para el aprendizaje sobre temas éticos específicos que surjan, guiados por expertos.

Sin duda, no se deben subestimar los posibles efectos de las experiencias difíciles a las que han tenido que hacer frente los profesionales sanitarios. Muchas organizaciones médicas y de enfermería ya están tomando medidas para abordar el distrés moral, la angustia psicológica y el trastorno de estrés postraumático experimentado por sus trabajadores, y muchos otros necesitan integrar dicho apoyo en sus respuestas a la pandemia (Morley et al., 2020). Incorporar las CoP como una experiencia que puede ayudar a fortalecer los vínculos en el equipo, externalizar y poner reconocer la vulnerabilidad compartida experimentada durante estos meses, y abordar conjuntamente estrategias de afrontamiento puede ayudar a aumen-

tar la resiliencia de nuestros “héroes y heroínas”, que en realidad no tienen superpoderes, sino un férreo compromiso ético con el otro, el paciente. Al fin y al cabo, en esta pandemia “los sanitarios no somos héroes, somos víctimas”<sup>11</sup>.

## Bibliografía

- Asociación Médica Mundial (AMA). (2017) “Declaración de la Asociación Médica Mundial de Ginebra revisada el 14 de octubre de 2017.” Disponible en <https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoid=91612>
- Back, A., Tulsy, J. A., Arnold, R. M. (2020). “Communication Skills in the Age of COVID-19”. *Annals of internal medicine*, 172(11), 759–760. <https://doi.org/10.7326/M20-1376>
- Baratz, L. (2015). “Israeli teacher trainees’ perceptions of the term moral resilience”. *Journal for Multicultural Education*, 9 (3), 193-206.
- Berlinger, N., Milliken, A., Guidry, L. K. et al. (2020). “Ethical Framework for Health Care Institutions Responding to Novel Coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19) Guidelines for Institutional Ethics Services Responding to COVID-19 Managing Uncertainty, Safeguarding Communities, Guiding Practice”. *The Hastings Center*.
- Burston, A. S., Tuckett, A. G. (2013) “Moral distress in nursing: contributing factors, outcomes and interventions”. *Nurs Ethics*, 20(3), pp. 312-324. <https://doi.org/10.1177/0969733012462049>
- Cacchione, P. Z. (2020). “Moral Distress in the Midst of the COVID-19 Pandemic.” *Clin Nurs Res.*, 29(4), 215-216. doi:10.1177/1054773820920385.
- Carel, H. (2009). “A reply to ‘Towards an understanding of nursing as a response to human vulnerability’ by Derek Sellman: vulnerability and illness”. *Nursing Philosophy*, 10, 214–219.
- Casado, A., Uria, E. (2019). “Cultivando comunidades de práctica en la extensión universitaria: artes escénicas y performativas en el campus de Gipuzkoa”. *Periférica Internacional: Revista para el análisis de la cultura y el territorio* 20, 100-107.
- Casado, A., Delgado, J. (2019). “Juntar saberes y órganos: una contribución bioética a la cultura universitaria”, en Casado, A. (ed) *Cultura dual. Nuevas identidades en interacción universidad-sociedad*. Madrid, Plaza y Valdés, 189-202.
- de Carvalho-Filho, M. A., Tio, R. A., Steinert, Y. (2019) “Twelve tips for implementing a community of practice for faculty development”. *Med Teach* 2019; 1, 1-7.
- Estella, A., Garnacho-Montero, J. (2020). “Del empirismo a la evidencia científica en el tratamiento con antivíricos en los casos graves de infección por Coronavirus en tiempos de epidemia.” *Medicina Intensiva*. doi: <https://doi.org/10.1016/j.medin.2020.04.009>
- Delgado, J., de Groot, J., McCaffrey, G., Dimitropoulos, G., Sitter, K. C., Austin, W. (2020). “Communities of practice: acknowledging vulnerability to improve resilience in healthcare teams.” *Journal of Medical Ethics*, <https://doi.org/10.1136/medethics-2019-105865>.
- DePierro, J., Lowe, S., Katz, C. (2020) “Lessons learned from 9/11: Mental health perspectives on the COVID-19 pandemic”. *Psychiatry Research*, 288, 113024.
- Fineman, M. A. (2008). “The vulnerable subject: Anchoring equality in the human condition”. *Yale Journal of Law & Feminism*, 20 (1), 1-23.
- Fineman, M. A. (2010). “The vulnerable subject and the responsive state.” *Emory Law Journal*, 60 (2), 251-268.
- Fineman, M. A. (2013). “Equality, Autonomy and the Vulnerable Subject in Law and Politics,” in Fineman, M. A., Gear, A. (eds). *Vulnerability. Reflections on a New Ethical Foundation for Law and Politics*. New York, Ashgate Publishing.

- Fineman, M. A. (2014). "Vulnerability, Resilience, and LGBT Youth." *Temple Political & Civil Rights Law Review, Forthcoming; Emory Legal Studies*, 14-292.
- Greenberg, N., Docherty, M., Gnanapragasam, S., Wessely, S. (2020). "Managing mental health challenges faced by healthcare workers during covid-19 pandemic". *BMJ*, 368, m1211. <https://doi.org/10.1136/bmj.m1211>.
- Kok, N., Hoedemaekers, A., van der Hoeven, H., Zegers, M., van Gurp, J. (2020). "Recognizing and supporting morally injured ICU professionals during the COVID-19 pandemic." *Intensive Care Med*, <https://doi.org/10.1007/s00134-020-06121-3>.
- Lai J., Ma S., Wang Y., Cai, Z., Hu, J., Wei, N. et al. (2020). "Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019". *JAMA Netw Open* 2020; 3: e203976.
- Lachman, V. (2007). "Moral courage: a virtue in need of development?" *Medsurg nursing*, 16(2), 131-133.
- Lanchman, V. D. (2016). "Moral Resilience: Managing and Preventing Moral Distress and Moral Residue". *Med-surg Nursing*, 25 (2), 121-124.
- Lave, J., Wenger, E. (1991). *Situated Learning: Legitimate Peripheral Participation*. Cambridge, Cambridge University Press.
- Li, L. C., Grimshaw, J. M., Nielsen, C., Judd, M., Coyte, P. C., Graham, I. D. (2009). "Evolution of Wenger's concept of community of practice". *Implementation Science*, 4:11 <https://doi.org/10.1186/1748-5908-4-11>.
- Malterud, K., Hollnagel, H. (2005). "The doctor who cried: a qualitative study about the doctor's vulnerability". *Annals of Family Medicine*, 3(4), 348-352.
- Malterud, K., Solvang, P. (2005). "Vulnerability as a strength: Why, when, and how?" *Scandinavian Journal of Public Health*; 33 (66), 3-6.
- Malterud, K., Fredriksen, L., Gjerde, M. H. (2009). "When doctors experience their vulnerability as beneficial for the patients. A focus-group study from general practice". *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 27, 85-90.
- Martin-Fumadó, C., Gómez-Durán, E. L., Morlans-Molina, M. (2020). "Consideraciones éticas y médico-legales sobre la limitación de recursos y decisiones clínicas en la pandemia de la COVID-19". *Revista Española de Medicina Legal* (in press).
- McLoughlin, C., Patel, K. D., O'Callaghan, T., et al. (2018) "The use of virtual communities of practice to improve interprofessional collaboration and education: findings from an integrated review". *J Interprof Care*, 32(2), 136-42.
- Melguizo, M., Hortal, J., Padilla, J. (2020). "Medicina basada en las «existencias» o soporte ético para las decisiones difíciles". *Actualización en Medicina de Familia*, 16 (5).
- Morley, G., Grady, C., McCarthy, J., Ulrich, C. M. (2020). "Covid-19: Ethical Challenges for Nurses," *Hastings Center Report* 50, pp1-5. <https://doi.org/10.1002/hast.1110>.
- Nissim, R., Malfitano, C., Coleman, M., Rodin, G., Elliott, M. "A Qualitative Study of a Compassion, Presence, and Resilience Training for Oncology Interprofessional Teams". *J Holist Nurs*. 2019;37(1), pp. 30-44. <https://doi.org/10.1177/0898010118765016>
- Oliver D. (2018). "Moral distress in hospital doctors". *BMJ*. 2018;360:k1333.
- Parsa-Parsi, R. W. (2017). "The Revised Declaration of Geneva. A Modern-Day Physician's Pledge". *JAMA* 318(20), pp 1971-1972. <https://doi.org/10.1001/jama.2017.16230>
- Pyrko, I., Dörfler, V., Eden, C. (2017) "Thinking together: What makes Communities of Practice work?" *Human relations*, 70 (4), 389-409.
- Ranmuthugala, G., Plumb, J. J., Cunningham, F. C. et al. (2011) "How and why are communities of practice established in the healthcare sector? A systematic review of the literature". *BMC Health Serv Res* 11 (273) <https://doi.org/10.1186/1472-6963-11-273>.
- Rimmer, A. (2020). "How can I break bad news remotely?" *BMJ*, 369:m1876 <https://doi.org/10.1136/bmj.m1876>.

- Rushton, C. H. (2016). "Moral resilience: A capacity for navigating moral distress in critical care". *AACN Advanced Critical Care*, 27 (1), 111-119.
- Sheather, J., Chisholm, J. (2020) "The duty to treat: where do the limits lie?" Blog BMJ. <https://blogs.bmj.com/bmj/2020/05/12/the-duty-to-treat-where-do-the-limits-lie/>.
- Squiers, J., Lobdell, K., Fann, J., and DiMaio, J. M. (2017). "Physician Burnout: Are We Treating the Symptoms Instead of the Disease?" *Annals of Thoracic Surgery*; 104, 1117–1122.
- Ulrich, C. M., Grady, C. (2018). *Moral Distress in the Health Professions*. Cham, Springer International Publishing.
- UNESCO International Bioethics Committee (IBC) and the UNESCO World Commission on the Ethics of Scientific Knowledge and Technology (COMEST).(2020). *Statement on COVID-19: ethical considerations from a global perspective*.
- Wenger, E., McDermott, R., Snyder, W. M. (2002). *Cultivating Communities of Practice*. Boston, Harvard Business School Press.
- Young, P. D., Rushton C. H. (2017). "A concept analysis of moral resilience". *Nursing Outlook*, 65 (5), 579-587.

---

## Notas

1. <https://www.redaccionmedica.com/secciones/sanidad-hoy/coronavirus-profesionales-sanitarios-muertos-contagiados-6008>
2. El proceso de toma de decisiones sobre cómo asignar recursos escasos lo realiza el equipo de atención médica, basado tanto en criterios médicos como en criterios éticos. Por lo general, en la práctica diaria, estas decisiones se toman en base a dos criterios fundamentales: la futilidad terapéutica del tratamiento (cuando se considera que no restaurará la vida del paciente o lo hará dejando unas secuelas); y la autonomía del paciente para rechazar este tratamiento. Sin embargo, en una situación de emergencia sanitaria, la disponibilidad de material de soporte vital suficiente juega un papel crucial. En este caso, la razón para limitar el tratamiento de soporte vital podría ser el dar a otra persona la posibilidad de recuperarse utilizando esos recursos para otro individuo.
3. Algunas de las condiciones mínimas para que una CoP se pueda dar en el ámbito sanitario incluirían la interrelacionalidad, el diálogo, la confianza, y el tiempo, entendido como continuidad en la interacción (Delgado et al. 2020). Pero de nuevo, estos no parecen elementos específicos de las CoP en el ámbito sanitario, aunque sean elementos necesarios.
4. Para ampliar más detalles, un resumen de las aportaciones de estos estudios puede consultarse en Casado y Delgado (2019).
5. Hablamos de vulnerabilidad compartida para dar cuenta de la vulnerabilidad no tanto como una experiencia individual, sino como una experiencia que, al formar parte del rol profesional, es compartida por todo el colectivo de profesionales sanitarios.
6. El proyecto HU CI (Humanizando los Cuidados Intensivos) ha ayudado a derribar esta cultura tradicional sanitaria de negación de las emociones de los profesionales, teniendo gran impacto a nivel global. <https://proyctohuci.com>
7. En España la enfermería desarrolló la iniciativa #YoLeCojoLaManoPorTi, para acompañar a los pacientes de Covid-19 y a la vez tranquilizar a sus familiares en momentos tan difíciles. Ver <https://diarioenfermero.es/yolecojolamanoportit-una-iniciativa-enfermera-para-acompanar-a-los-pacientes-de-covid-19/>
8. La Declaración de la Asociación Médica Mundial de Ginebra revisada el 14 de octubre de 2017 incluye por primera vez entre los compromisos que adquiere el médico al formar parte de la profesión: "Atenderé a mi propia salud, bienestar y habilidades para brindar el cuidado del más alto nivel".

9. Squiers et al. (2017) utilizan la metáfora del barco para subrayar como los esfuerzos organizativos parecen centrarse únicamente en buscar el aumento de la capacidad de la persona para manejar el estrés, en lugar de centrarse en una reducción de los estímulos estresantes: “Si, por ejemplo, los médicos navegaran en un bote con fugas, las instituciones sanitarias parecen sugerir que los médicos deben esforzarse por rescatar más rápidamente, en lugar de ayudarlos a tapar agujeros” (p. 1120).
10. Los autores señalan que incluso los miembros del equipo más resilientes pueden verse abrumados por situaciones conllevan una gran carga emocional, como brindar atención a alguien que les recuerda a un pariente o amigo. También señalan que hasta los miembros del equipo con más experiencia en dar malas noticias a los familiares pueden verse sobrepasados al tener que hacer esto muchas veces al día durante semanas. En tales situaciones, tanto el daño moral como el agotamiento pueden afectar la salud mental.
11. [https://www.niusdiario.es/sociedad/heroes-victimas-dura-realidad-sanitarios-crisis-coronavirus-doctor-gabi-heras\\_18\\_2926620374.html](https://www.niusdiario.es/sociedad/heroes-victimas-dura-realidad-sanitarios-crisis-coronavirus-doctor-gabi-heras_18_2926620374.html)