



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL COMAHUE

FACULTAD DE CIENCIAS DEL AMBIENTE Y LA SALUD

DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

CARRERA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

SEDE NEUQUEN

Informe final de Tesis para optar al título de grado de

Licenciada en Enfermería

CUÉNTAME COLEGA

Vivencias de enfermería frente a la pandemia COVID-19

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL COMAHUE – FACULTAD DE CIENCIAS DEL AMBIENTE Y LA SALUD-
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA- CARRERA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA-SEDE NEUQUEN
TESIS: Cuéntame colega. Vivencias de enfermería frente a la pandemia COVID-19. AUTORA: Jessica Alvarez

Presentado por tesista

Alvarez Jessica Johana Marilin

Leg.: 127898

e-mail: Jessy_lon18lon@hotmail.com

Directora de Tesis: Lic. Graciela Noemí Andión

E-mail: graandion@yahoo.com.ar

Co-directora de Tesis: Lic. María Cristina Carbajal

E-mail: criscarbaja@yahoo.com.ar

Fecha aprobación Plan de tesis: Neuquén, 14 de diciembre del 2021

Fecha de finalización de la tesis: Neuquén, 22 de mayo del 2023.

Dedicatoria

Esta investigación se la dedico a mi hijo Román, quien ha sido mi motivación desde su llegada, como prueba y ejemplo que la perseverancia siempre trae consigo sus frutos.

Por otro lado, se la dedico a mis colegas que perdieron su vida, en el desempeño de esta profesión. Especialmente a Mónica Alvarez y a Ricardo Parra quienes laboraban en el Hospital Dr. Pedro Moguillansky y que lamentablemente fallecieron.

Agradecimientos

Este trabajo representa la culminación de una ardua y hermosa etapa de crecimiento personal y profesional, que no podría haber logrado sola, por tal motivo quiero agradecer a cada una de las personas que de forma directa o indirectamente formaron parte de él.

En primer lugar, a la Lic. Graciela Noemí Andión, quien ha estado como directora siempre presente, cada vez que lo requerí, aportando sus conocimientos y sugerencias y a la Lic. María Cristina Carbajal, como Co-directora, quien me ha acompañado de manera incondicional, con su sinfín de conocimientos, su apoyo y ánimos cuando sentía que ya no podía.

A Javi, mi pareja y compañero de vida, por su apoyo inigualable, por saber entender y ayudarme de manera indirecta cada vez que lo requerí.

A mis padres y hermanos, por ser el pilar fundamental en todo lo que soy, por alentarme a lograr todo aquello que me proponga, y por creer en mí sin importar los contratiempos y obstáculos que se me interpusieron en el camino.

A mis amigos y compañeros de trabajo, que me han brindado consejos y palabras de ánimos.

A directivos del Hospital Dr. Pedro Moguillansky, por permitirme realizar esta investigación allí, y a cada uno de mis colegas, por confiar y participar de manera desinteresada en esta investigación.

Por último, pero no menos importante para mí, agradecer a Dios y a mis abuelos que ya no se encuentran conmigo, pero los siento siempre presente en cada acontecimiento de mi vida.

Resumen

De acuerdo con la teorista Hildegard Peplau, el cuidado se hace efectivo a partir de la acción recíproca, que se da entre el personal de enfermería y la persona de cuidado, el vínculo entre ambos, tiene como fin trabajar de manera conjunta para la resolución de su problema de salud. La pandemia covid-19, afectó al personal de enfermería, entre otros, y a los sujetos de cuidado, ya que la relación enfermero/a – persona de cuidado, se vio modificada, por razones de bioseguridad. En esta investigación se propuso comprender las vivencias, acerca del cuidado enfermero que se brinda a las personas portadoras del virus SARS-CoV-2, en contexto de la pandemia COVID-19, que refiere el personal de enfermería en el hospital Dr. Pedro Moguillansky, en el 1er trimestre del año 2022. Se llevó a cabo una estrategia cualitativa, descriptiva y fenomenológica. Se realizaron entrevistas en profundidad, previo consentimiento informado, alcanzando la saturación en la entrevista N° 5. El personal fue seleccionado, siguiendo el muestreo en bola de nieve, considerando que hayan prestado sus cuidados a personas portadoras de dicho virus. El personal vivencia un cuidado parcializado, relegado a intervenciones mínimas, y por otro lado una experiencia negativa ante la muerte de las personas de cuidado. Estas vivencias, como fructificó, dieron lugar a repensar el cuidado enfermero, dando lugar así a un cuidado más humanizado e integral.

Palabras claves: Enfermería- vivencias- COVID-19- cuidado

Abstract

According to the theorist Hildegard Peplau, care becomes effective from the reciprocal action, which is given between the nursing staff and the caregiver, the link between the two, aims to work together to solve their health problem. The COVID-19 pandemic affected the nursing staff, among others, and the care subjects, since the nurse/caregiver relationship was modified, for reasons of biosecurity. In this research, it was proposed to understand the experiences, about the nursing care provided to people with the SARS-CoV-2 virus, in the context of the COVID-19 pandemic, referred by the nursing staff at the Dr. Pedro Moguillansky hospital, in the first quarter of 2022. A qualitative, descriptive and phenomenological strategy was carried out. In-depth interviews were conducted, with prior informed consent, reaching saturation in interview No. 5. The staff experienced a partial care, relegated to minimal interventions, and on the other hand a negative experience before the death of caregivers. These experiences, as fruitful, led to rethinking nursing care, thus leading to a more humanized and comprehensive care.

Keywords: Nursing- experiences- COVID-19- care

Índice

CAPÍTULO I ORIGEN Y DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

1.1 Introducción.....	8
1.2 Origen y delimitación del problema a abordar	10
1.3 Planteo del Problema	12
1.4 Objetivos	13
1.5 Justificación y Relevancia	13

CAPÍTULO II REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

2.1 Estado del Arte	18
2.2 Marco Teórico.....	21

CAPÍTULO III DISEÑO METODOLÓGICO

3.1 Área /Contexto de estudio.....	34
3.2 Estrategia y tipo de estudio.....	34
3.3 Población y muestra.....	35
3.4 Presentación de categorías (matriz de dato)	36
3.5 Técnica e instrumento de recolección del dato.....	37
3.6 Análisis e interpretación del dato.....	37

CAPITULO IV PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS

4.1 Presentación, resultados y discusión de los datos.....	41
--	----

CAPÍTULO V CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS FINALES

5.1 Conclusiones	58
5.2 Sugerencias.....	60
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	61

ANEXOS:

6.1 Guion de entrevista.....	67
------------------------------	----

6.2 Consentimiento informado.....68

HOJA DE FIRMAS69

Introducción

La investigación se desarrolló acorde a los objetivos planteados y al cronograma establecido. En esta investigación se propuso comprender las vivencias, acerca del cuidado enfermero que se brinda a las personas portadoras del virus SARS-CoV-2, en contexto de la pandemia COVID-19, que refiere el personal de enfermería en el hospital Dr. Pedro Moguillansky, en el 1er trimestre del año 2022.

Los resultados indican que el personal vivencia un cuidado parcializado, relegado a intervenciones mínimas, y por otro lado una experiencia negativa ante la muerte de las personas de cuidado. Estas vivencias, como fructifico, dieron lugar a repensar el cuidado enfermero, dando lugar así a un cuidado más humanizado e integral

Este informe está conformado por una Introducción y cinco capítulos. En el capítulo I se presenta el tema (introducción), el origen del problema de investigación, la delimitación y planteo del problema, el objetivo y la fundamentación de esta investigación. El capítulo II refiere a antecedentes de investigación y marco teórico. En el capítulo III se presenta la operacionalización de las categorías y el diseño metodológico (decisiones tomadas con relación al tipo de estudio, población y muestra y recolección de los datos). En el capítulo IV, se incluye la presentación, resultados y discusión de los datos. El capítulo V, plantea las conclusiones y sugerencias. A continuación, se presentan, referencias bibliográficas, anexos y hoja de firmas.

CAPÍTULO I

ORIGEN Y DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Origen y delimitación del problema a abordar

Enfermería, es una disciplina que cuida en situaciones de salud y/o enfermedad a personas con diferentes culturas, costumbres, religiones lo que genera diversidad de cuidados. Sumado a esto, hoy enfermería, se encuentra trabajando en un contexto de pandemia, originada por el virus SARS-CoV-2, del cual no había con anterioridad evidencia científica, por lo que los aportes son resultado de investigaciones recientes. En base a esta nueva evidencia, fue necesario cambiar nuestra relación y forma de cuidar a las personas portadoras de este virus.

De manera coincidente con Cassiani et al (2020), los resultados que se presentan en esta investigación, el capital humano y la disponibilidad de EPP, en contexto de pandemia, generaron un condicionante extra en la calidad de cuidado que se brindó.

La pandemia actual por COVID-19 ha mostrado: la necesidad e importancia de disponer de profesionales de salud en número adecuado a las necesidades de cuidados y con buenas condiciones de trabajo (inclusive equipos de protección individual y otros recursos, apoyo al trabajo en equipo y educación continuada), así como el rol relevante que desempeñan los profesionales de enfermería en los sistemas de salud. Los profesionales de enfermería son la primera línea de atención y cuidados y tienen un rol crucial en la mejora del acceso y de la calidad de la atención de salud. (Cassiani, et al. 2020, p.2)

Enfermería se caracteriza por la cercanía con la persona de cuidado, ya que es su forma de cuidar, a través del contacto físico, la escucha activa, la empatía, el reconocer a la persona como un ser biopsicosocial. Al ser el virus SARS-CoV-2 altamente contagioso, este cuidado se ve afectado, por una distancia física, por momentos, entre enfermero- persona de cuidado, ocasionado en parte por la distancia que generan los EPP¹. Siendo estos esenciales, como único medio para poder brindar cuidados seguros y libres de riesgo.

¹ EPP: Equipo de protección personal.

Además de modificar, abruptamente, su forma de cuidar, enfermería vivencia otras situaciones que, considero, afectan la calidad de cuidado.

Para muchos profesionales de enfermería, la cantidad de muertes asociadas con la pandemia de COVID-19 será motivo de angustia y emociones encontradas. Además de dicha aflicción, en algunos países se ha presentado una pérdida considerable de vidas entre los profesionales de enfermería debido al COVID-19 y por esta razón muchos de estos profesionales no solo están lamentando la pérdida de familiares y vecinos, sino también la pérdida de colegas y amigos. (Jackson y Usher, 2020, p.1)

Por otro lado, se observó, en múltiples situaciones, que el personal de salud, entre ellos enfermería, fue discriminado por la sociedad, por miedo a ser contagiados; y en contraposición aplaudida por la misma, por estar cuidando, en una situación única. En este contexto surge una inmensidad de sentimientos, tales como temores, angustia, miedos, incertidumbre.

El personal de enfermería del Hospital Dr. Pedro Moguillansky, no está exceptuado de estos acontecimientos, y de este contexto de pandemia, por eso resulta necesario indagar, y que den cuenta de sus vivencias acerca del cuidado a personas portadoras del virus Covid19.

Considerando el tema de interés se señalan aquellos interrogantes que surgieron, previo, al problema de investigación:

1. ¿Cómo creé el personal de enfermería que es reconocido su labor, por la sociedad y el estado?

2. ¿Cómo influye en el personal de enfermería el acompañamiento de la sociedad en contexto de la pandemia COVID-19?

3. ¿Cómo influyó en el cuidado a brindar la utilización de nueva tecnología/ elementos de protección?

4. ¿Qué sentimientos ha tenido el personal de enfermería respecto al cuidado brindado en contexto de la pandemia COVID-19?

5. ¿Cómo influye en el cuidado enfermero, la pérdida de colegas, amigos?

Planteo del Problema

Considerando los interrogantes formulados anteriormente, se planteó el siguiente problema de investigación:

¿Qué vivencias, acerca del cuidado enfermero que se brinda a personas portadoras del virus SARS-CoV-2, en contexto de la pandemia COVID-19, refiere el personal de enfermería del hospital Dr. Pedro Moguillansky, en el 1er trimestre del año 2022?

Objetivo:

Comprender las vivencias, acerca del cuidado enfermero que se brinda a las personas portadoras del virus SARS-CoV-2, en contexto de la pandemia COVID-19, que refiere el personal de enfermería en el hospital Dr. Pedro Moguillansky, en el 1er trimestre del año 2022.

Justificación y Relevancia

La importancia de esta investigación recae, en que la pandemia por el Covid-19 es un fenómeno que ha impactado, en los efectores de salud, y a enfermería particularmente, a nivel mundial. No hay evidencia científica en el medio local, por lo que resulta relevante indagar el tema. Los resultados de esta investigación, contribuirán al conjunto de conocimientos de enfermería de manera significativa, ya que, a partir de esta se comprenderá cómo vive el personal de enfermería el cuidado enfermero a personas portadoras del virus SARS-CoV-2 y cómo estas vivencias impactan en el mismo, visibilizando el afrontamiento de una situación que implicó cambios en la relación enfermero- persona de cuidado.

Tal como la define Vigotsky, (como se citó en Del Cueto, 2015) “La vivencia refleja nuestra relación afectiva y cognitiva con la realidad y orienta nuestra acción en el mundo. La vivencia se construye a partir de las relaciones que mantenemos con el mundo físico, social y simbólico en que vivimos” (p.34). Resulta relevante, por lo tanto, indagar las vivencias, y como a partir de estas se afronta una situación particular, como la que vive hoy el personal de enfermería.

Al respecto Lazarus, (citado por López Restrepo y Lozano Ramírez 2016), definió el afrontamiento como “aquellos procesos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (p.33).

Enfermería, como se menciona, vivencia y afronta, un nuevo modo de cuidar, en el que, de manera insólita, se debe cuidar a sí mismo, para no contraer la enfermedad, y contagiar así

a su familia, su entorno, y las demás personas de cuidado. Tal como plantean Gómez Fuentes y Fernández Martín, (2021), “es necesario, no olvidar que para cuidar: hay que cuidarse. Por tanto, nos encontramos ante unas circunstancias extraordinarias que condicionan un cierto grado de conflicto entre el cuidado del paciente y la seguridad de quien presta los cuidados [...]” (p.3).

En este sentido, la Organización Mundial de la Salud ([OMS], 2020), a pocos meses de declarada la pandemia por el COVID-19, en la 73^a Asamblea, agradece y apoya la dedicación, los esfuerzos y sacrificios, más allá del deber, de los profesionales de la salud, los trabajadores sanitarios y otros trabajadores de primera línea; reconoce los efectos negativos de esta, haciendo mención al aumento de la violencia contra los trabajadores sanitarios. Expresa que se debe prestar atención especial a la protección de las personas mayores y otras de riesgo, en particular a los profesionales de salud.

Este reconocimiento hacia el personal de salud, implica que se:

Proporcionen a los profesionales de la salud, los trabajadores sanitarios y otro personal pertinente de primera línea expuesto a la COVID-19, acceso a equipo de protección personal y otros productos necesarios, así como capacitación, en particular a través de la prestación de apoyo psicosocial [...]. (OMS, 2020, p.5)

Ya transcurrido, más de un año de la declaración de la pandemia por el COVID-19, Aragón et al, (2021), refieren que “el inevitable impacto de esta situación sin precedentes sobre los profesionales sanitarios, y otro personal de apoyo a la labor sanitaria, se ha traducido en reacciones de estrés agudo, alteraciones afectivas y psicosomáticas de intensidad y duración variables” (p.3).

Vinculado a los posibles riesgos, los autores mencionados en párrafo anterior, refieren que “el malestar emocional de los profesionales, con independencia de su origen, supone un riesgo que afecta directamente a la seguridad de los pacientes y a la calidad de la atención sanitaria que estos reciben” (p.3).

En el escenario actual, en el que el profesional sanitario no ha contado con los medios apropiados para cuidar y curar a las personas de cuidado, recurrimos al concepto de segunda víctima para hacer referencia a:

Todo profesional sanitario, o de apoyo, implicado en la atención a personas afectadas por COVID-19, que presenta respuestas de estrés agudo al verse sometido de manera continua a una situación extrema provocada por la combinación de una serie de factores críticos, entre los que se encuentran la alarma social, la sobrecarga de los servicios, la escasez de recursos y la evolución tórpida de los pacientes a su cargo. (Aragón et al., 2021, p.22)

En este sentido, y en relación a lo mencionado se agrega,

Cómo cuidarnos, quién nos cuida, esas son las preguntas que cada día se hacen miles de enfermeras y enfermeros que se enfrentan un día más en su lugar de trabajo en el entorno de esta pandemia. En este escenario tan hostil cómo medir el miedo, el temor a contagiar y ser contagiado, la soledad y a quién acudir cuando se está desbordado emocionalmente. (Gómez Fuentes y Fernández Martín, 2021, p.3).

Por tal razón, como se menciona, resulta crucial indagar en las vivencias del colectivo enfermero del Hospital Pedro Moguillansky. Esta nueva evidencia, a partir de la comprensión de las vivencias y por ende el cuidado que se brinda en este contexto, permitirá un abordaje en situaciones futuras, en la que enfermería, y las personas de cuidado puedan afrontar procesos de enfermedad con el menor riesgo posible.

CAPÍTULO II

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Estado del Arte

Vinculado con el tema en cuestión, y en relación con las vivencias laborales en situaciones de stress se consultó los siguientes informes de investigación:

- Cárdenas et al. (2018). En esta investigación se indagó los significados que le otorga el personal de enfermería a la experiencia vivida en situaciones de muerte neonatal; para lo que se siguió una estrategia cualitativa y el método fenomenológico. Se realizaron entrevistas en profundidad a enfermeras y a mamás que habían sufrido la pérdida de un hijo. Como resultado de esta investigación se concluyó que es un proceso impactante en el cual el profesional de enfermería necesita herramientas de apoyo para el manejo de la muerte, orientación, sección educativa y apoyo emocional. Comprendiendo este proceso enfermería podrá ayudar a la familia, madre y padre en esa etapa tan difícil y ayudarlos a canalizar su duelo.

- Vinueza et al. (2020). Realizaron un estudio observacional de corte transversal para determinar la ocurrencia e intensidad de Síndrome de Burnout (SB) en médicos y enfermeros/as ecuatorianos/as durante la pandemia del COVID-19. Los resultados indican que cerca del 95% sufriera SB severo y moderado; el personal médico es afectado con mayor frecuencia que el personal de enfermería, tanto a nivel global como en las subescalas de agotamiento emocional y despersonalización.

- Andreu et al. (2020). Este estudio fue realizado con el fin de profundizar en el conocimiento sobre las experiencias de vida y el soporte percibido por las enfermeras/os que atendieron a pacientes con enfermedad de COVID-19 en tratamiento con hemodiálisis hospitalaria en España. La investigación se desarrolló siguiendo una estrategia cualitativa y el método fenomenológico, realizando entrevistas semi estructuradas a enfermeras de hospitales

públicos de dicho país. Como resultado se concluyó que en las enfermeras han coexistido emociones positivas y negativas. Estas últimas fueron provocadas por el desconocimiento, por no saber actuar adecuadamente, y el miedo al contagio agravado por la falta de medios de protección. Mientras que vivencias positivas fueron el crecimiento personal, el apoyo del equipo y de la familia y el control racional de la situación.

- Castro et al. (2020) En su investigación describen la existencia de los factores de riesgos laborales y su relación con el work engagement (compromiso de trabajo) del personal de enfermería del área de cuidado COVID - 19 del Hospital Luis G. Dávila año 2020. Se utilizó un enfoque cuantitativo con un diseño no experimental, transversal – descriptivo y correlacional, a través de encuestas a 64 enfermeros, que cumplían el criterio de inclusión, aplicándose el instrumento Factores de Riesgo psicosocial de Silva (2006) y la escala de Validación UWER-9. Como resultado se concluyó que, el work engagement relacionado con los factores de riesgo psicosociales son específicos y capaces de deteriorar la salud de los trabajadores, sino existe una satisfacción intrínseca, puesto que disminuirá la capacidad del profesional de salud para desempeñarse con eficiencia y eficacia, pudiendo originarse enfermedades y/o accidentes laborales. La aparición de elementos positivos permitirá superar el proceso de agotamiento en el work engagement.

- Salvatierra et al. (2021). Esta investigación devela la situación real del protocolo de bioseguridad, equipo de protección personal, cuidado, autocuidado y temor al contagio por SARS-CoV-2 que enfrenta el personal de enfermería que laboran para enfrentar la pandemia COVID-19. Se desarrolló mediante una estrategia cualitativa y el método hermenéutico. Hacen referencia a tres categorías: protocolo de bioseguridad, Equipo de Protección Personal, y Cuidado, autocuidado y temor al contagio, que a su vez triangula con el marco teórico. Se

realizaron entrevistas a tres profesionales de enfermería y se realizó observación participante. Como resultado se concluyó que los elementos de bioseguridad son claves para la protección física y para evitar propagación del virus, y contar o no con los EPP, pone en juego incluso hasta la calidad de atención que se pueda otorgar a los pacientes.

- Montes Berges y Ortúñez Fernández, (2021). En esta investigación se analizan los efectos psicológicos que la actual pandemia por el COVID-19 provoca/genera en los profesionales del ámbito sanitario, efectuándose un abordaje de los adjetivos que se usan para informar de sus sentimientos y su autopercepción, basándose en la teoría de los significados, relacionada directamente con la escala de evaluación psicológica y el Diferencial Semántico propuesto por Osgood, Suci y Tannenbaum, en 1957. La investigación se realizó mediante un estudio descriptivo de corte transversal, con una muestra de 1153 participantes que cumplían los criterios de inclusión, empleándose un procedimiento de muestreo por redes (bola de nieve). Como resultado se concluyó, que, consideran la posibilidad y necesidad de un protocolo de salud psicológico para el personal sanitario, dado que se genera una importante carga de estrés por el miedo a enfermarse, contagiar a sus familias y la elevada carga laboral.

- Tosaus et al. (2021). Esta investigación determina la prevalencia de las pruebas de detección de COVID-19 y las vías de infección percibidas en el personal de enfermería aragonés durante el Estado de Alarma. Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo llevado a cabo con una muestra de 428 enfermeras del Servicio Aragonés de Salud, que cumplían los criterios de inclusión. Se aplicó un cuestionario de elaboración propia, estructurado y hetero administrado. Como resultado, se concluyó que el porcentaje de pruebas diagnósticas realizadas en el personal de enfermería fue bajo, a pesar de que solo aproximadamente una décima parte dio positivo. Las causas de contagio más

frecuentes se debieron al contagio entre compañeros, la falta de material o el error de diagnóstico en pacientes infectados por el virus.

- Delgado Lozano y Gómez Fuentes (2021). En este estudio se identificó, la percepción de los profesionales del HUVV sobre las medidas adoptadas por los gestores del hospital ante la crisis generada en la primera ola de pandemia y se reforzó la preparación del centro frente a nuevas oleadas de infección por COVID-19. La investigación se desarrolló mediante una estrategia cualitativa, se aplicó un cuestionario, a los profesionales que cumplían con los criterios de inclusión. Se evaluaron 60 ítems, en el que se ofrecen 15 afirmaciones para debilidades, amenazas, fortalezas, y oportunidades. Como resultado se concluyó que la COVID-19 no solo ha tenido consecuencias como enfermedad en sí misma, ha cambiado, también, hábitos y comportamientos. Los profesionales han vivido con impotencia comportamientos imprudentes en la sociedad, la difusión de informaciones no contrastadas, contradictorias o malintencionadas que, unidas al miedo de servir de vector para infectar a seres queridos, ha provocado un desgaste emocional muy intenso en los profesionales sanitarios.

Marco Teórico

Según Marqués Andrés (1995), el cuidado enfermero no solo se materializa considerando los procedimientos. Para la autora, enfermería cuida al establecer una relación con la persona de cuidado, por lo que, dicho cuidado se materializa, al incluir una actitud empática, de aceptación de la persona a cuidar sin condicionamientos, escucha activa, una comunicación interactiva. El objetivo de estos, es la comprensión de la persona de cuidado, en la que se aceptan puntos de vista diferentes, se presta atención a la comunicación no verbal, se reconocen gustos y necesidades de la persona a cuidar. Se materializa el cuidado, al establecerse, una relación sincera, lo que permite un vínculo de confianza en el que la persona expresa sus miedos o dudas.

Al aceptar a la persona de cuidado, esta aprende a aceptarse y aceptar a los demás. El escuchar de manera activa a la persona de cuidado, implica respetar sus tiempos, sus silencios, tomar los puntos importantes y profundizar en ellos, a través de la repetición textual de la última frase o palabra pronunciada, en una pregunta que dé lugar a la profundización en los temas que lo preocupan. Enfermería establece una comunicación interactiva cuando trasmite el mensaje de que está dispuesta a escuchar, generándose así un intercambio de información.

En este sentido, distintas teorías develan que las relaciones interpersonales son el núcleo del cuidado enfermero, una de ellas es Hildegard E. Peplau (1909-1999).

Benavent et al. (2003) indican que cuidado para Peplau significa “interactuar con la persona a través del establecimiento de una relación interpersonal terapéutica” (p. 166).

Por otro lado, de acuerdo con Peplau el paciente y la enfermera contribuyen y participan en la promoción de la interacción que se descubre entre ellos. [...] Esta relación se caracteriza por ser una comunicación de carácter lingüístico y terapéutico. Para la autora, la comunicación humana, las actitudes profesionales, la información son los ejes centrales del cuidado, puesto que la enfermera es un profesional con un conocimiento especializado y una competencia que se traduce en servicios que los pacientes requieren porque tienen problemas o inquietudes para los cuales la enfermera puede proporcionar intervenciones adecuadas, y es fructífera cuando el método de comunicación significa que se está trabajando en la situación. (Gastmans, citado por Salazar Maya y Martínez de Acosta, 2008, p.110)

El proceso interpersonal por Hildegard Peplau está compuesto por tres fases: la de orientación, la de trabajo, que esta a su vez se subdivide en la subfase identificación y exploración, y la fase terminación/ resolución.

En la fase de orientación la enfermera se identifica y declara su propósito al paciente, se inicia el conocimiento de este como persona, y se obtiene la información de él sobre su situación

de salud; y le ayuda al paciente a reconocer y entender los problemas de salud para comprender qué tipo de servicio de profesionales requerirá.

En la fase de trabajo, subfase de identificación, el paciente aprende a hacer uso de la relación enfermera- paciente; y en la subfase de explotación el paciente hace uso total de los servicios profesionales disponibles. Esta fase se enfoca en las reacciones del paciente a la enfermedad y se trabaja hacia el entendimiento de su self y hacia la comprensión de su estado de salud. El trabajo de la enfermera es amplio y en él emplea una variedad de roles, por ejemplo, madre sustituta, consejera y líder, persona adulta entre otros.

En la fase de terminación es donde ocurre el cierre y la enfermera ayuda al paciente a organizar sus actividades para que sea más productivo en su vida social. Cada fase se caracteriza porque los roles o funciones se sobreponen con relación a los problemas de salud, y la enfermera y el paciente aprenden a resolver cooperativamente las dificultades. En esta fase tanto el paciente como la enfermera asumen el rol de personas adultas. Los beneficios dependen del éxito progresivo de todas las fases. (Fawcett, citada por Salazar Maya y Martínez de Acosta, 2008, p.110)

Benavent et al. (2003) de manera más específica, hacen mención a los roles –planteados por Peplau – que desencadena enfermería a medida que transcurre la relación con la persona de cuidado:

Rol de extraño: Se da en la fase de identificación y supone que la enfermera debe tratar con cortesía al paciente puesto que se trata de un desconocido [...].

Rol de persona de recurso: Se desarrolla también durante la primera fase de la relación y supone que la enfermera debe demostrar al paciente que está preparada para ofrecer respuestas concretas a las cuestiones que el paciente plantee. El rol docente, estará en relación con la capacidad y disponibilidad que tenga el paciente para recibir información.

El rol de liderazgo, la enfermera ejerce este rol de manera democrática ayudando al paciente desde criterios de cooperación y participación activa de éste.

Rol de sustituto, [...] durante el desempeño de este rol, por parte de la enfermera, entre ella, y el paciente se van definiendo áreas de dependencia, independencia, e interdependencia.

Rol de asesoramiento, [...] la enfermera a través del asesoramiento consigue que el paciente integre su vivencia de salud o enfermedad como una experiencia más de vida. (Benavent et al. 2003, p.167)

Los autores, citados anteriormente, concluyen que:

Las personas viven, según lo referencia Peplau, cuatro tipos de experiencias psicobiológicas que son: necesidad, frustración, conflicto y ansiedad. Estas experiencias generan energía que se transforma en acciones. El conocimiento, por parte de la enfermera, de estas experiencias es necesario para poder establecer los objetivos e intervenciones adecuadas. (p.167)

Actualmente el personal de enfermería, a partir de la pandemia por el Covid-19 experimenta cambios en las relaciones que se establecen entre la persona que cuida (enfermería) y la persona de cuidado, esta nueva forma de vinculación permite atravesar e identificar diferentes vivencias referidas al acto de cuidar.

Para conceptualizar el significado de “Vivencia”, se hará en base a la obra de Lev Semionovich Vigotsky (1896-1934).

Tal como menciona Apud Guitart (citado en Cruz et al, 2016) “La vivencia en la concepción de Vigotsky está relacionada con la forma de entender o interpretar la realidad, como “unidad de análisis de la conciencia” (p.389).

Vigotsky (como se citó en Guzmán Gómez y Saucedo Ramos, 2015) enuncia la noción de vivencia como:

Una unidad indivisible en la que se encuentra representado tanto el ambiente en el que vive la persona como lo que la misma experimenta; es decir, entre las características personales y las situacionales [...] Así, una experiencia significativa se construye a partir de un conjunto de vivencias que también lo son. (p. 1029)

Las experiencias se alimentan por el cúmulo de vivencias que las personas tienen en sus participaciones a través de los distintos contextos de práctica en los que transitan. La capacidad para aceptar, rechazar, negociar o recrear lo que se ofrece desde el exterior se posibilita en las construcciones de sentido que orientan y motivan a la persona a partir de las integraciones personales que logra elaborar. (Guzmán Gómez y Saucedo Ramos (2015, p. 1031-1032)

Por su parte, Vigotsky, (citado por Del Cueto, 2015) continúa refiriendo que, La vivencia, refleja nuestra relación afectiva y cognitiva con la realidad y orienta nuestra acción en el mundo. La vivencia se construye a partir de las relaciones que mantenemos con el mundo físico, social y simbólico en que vivimos. En este sentido, el origen de la vivencia no es solo individual sino también social. (p.34)

Guzmán Gómez y Saucedo Ramos, (2015) refieren:

En síntesis, las vivencias son una unidad indivisible entre lo exterior y lo interior de la persona; llegan a ser significativas en su integración dinámica, situada y se convierten en experiencias cuando la persona hace acopio de un conjunto de las mismas para darse cuenta de que “lo que le pasa”, “lo que le importa” es significativo. (p. 1030)

El contexto de pandemia ha generado una situación peculiar en el sistema de salud a nivel mundial y en enfermería concretamente. Amerita que se indague desde el lugar de como lo

vivencia dicho personal, y como a través de esas vivencias expresa y probablemente, resignifique el cuidado que brinda, ya que la relación enfermero/a persona de cuidado, se vio modificada, por razones de bioseguridad.

A fin de contextualizar el cuidado enfermero, frente a esta pandemia, se citará al Ministerio de Salud de Río Negro, que, siguiendo las recomendaciones y normas implantadas por la OMS, y ministerios de diferentes países indica las normas de bioseguridad a seguir en la que incluye la utilización de los EPP.

Normas de Bioseguridad

Triaje: Se recomienda realizar triaje en el ingreso de pacientes (guardia, sala de espera, orientación) para la búsqueda y atención rápida de casos sospechosos. El agente de salud que realiza el triaje deberá informar la presencia del caso al personal del hospital destinado al manejo de los mismos. [...]. Al día de hoy, se ha observado que muchos pacientes ingresan con otros signos y síntomas y luego desarrollan los propios de SARS-CoV-2. Por lo que se hace sumamente necesario su permanente evaluación, teniendo como premisa IDENTIFICAR- AISLAR- COMUNICAR. (Ministerio de Salud de Río Negro, 2021, p.2)

Precauciones estándar, de contacto, gotas y microgotas

- Realizar higiene de manos de acuerdo a las recomendaciones de la OMS.
- Usar guantes descartables.
- Usar camisolín de contacto.
- Utilizar barbijo quirúrgico.
- Protección ocular.
- Utilizar protección para los ojos o máscara facial.
- Realizar prácticas seguras de inyección o extracción de sangre.

- Se debe realizar la higiene de manos luego de retirarse los elementos de protección personal.

(Ministerio de Salud de Río Negro, 2020, pp.3-4)

Evaluación de riesgos y manejo de trabajadores de la salud expuestos a covid-19

Los trabajadores de salud, y otros trabajadores esenciales, están en la primera línea de la respuesta al brote de COVID-19. La transmisión de COVID-19 en el personal de salud, se puede producir tanto a partir del contacto directo con pacientes o fómites, como de manera horizontal, entre trabajadores de salud. (Ministerio de Salud de Río Negro, 2021, p.13)

El Ministerio de Salud de Río Negro refiere, “No se considerará personal de salud expuesto a SARS-CoV-2 a quien haya empleado correctamente el equipo de protección personal apropiado en todo momento” (p.13).

Se clasifica la exposición al SARS-CoV-2 en el ámbito laboral, en riesgo medio, bajo y alto, según el personal de salud, presente o no el EPP, y si este es el adecuado para las diferentes procedimientos y actividades que desempeñe (Ministerio de Salud de Río Negro, 2021).

Tratamiento del cadáver

Traslado desde la sala o espacio de aislamiento:

El cadáver debe ser transferido lo antes posible al depósito después del fallecimiento. Antes de proceder al traslado del cadáver, debe permitirse el acceso de los familiares y amigos para una despedida sin establecer contacto físico con el cadáver ni con las superficies u otros elementos de su entorno o cualquier otro material que pudiera estar contaminado. Las personas que entren deben tomar las precauciones de transmisión por contacto y contacto respiratorio, siendo suficiente una bata desechable, unos guantes y un barbijo quirúrgico. (Ministerio de Salud de Río Negro, 2021, pp. 24-25)

Recomendaciones para Enfermería:

Se limitarán al mínimo imprescindible las actuaciones sobre el cadáver. No debe realizarse la extracción de sondas, tubos y/o drenajes que se le hayan colocado al cadáver. Se deben tapar los orificios con un algodón embebido en una solución desinfectante de uso hospitalario (Amonio Cuaternario o similar), o con una solución de hipoclorito sódico que contenga 5.000 ppm de cloro activo (dilución 1:10 de una lejía con concentración 40-50 gr/litro preparado recientemente). (Ministerio de Salud de Río Negro, 2021, p.25)

Establecidas las normas de bioseguridad, se describe el cuidado a personas con diagnóstico de COVID-19, en una unidad de terapia intensiva:

Los cuidados de enfermería que precisan estos pacientes, dependerán de la gravedad que presenten y del área en la que se encuentren ingresados. En la UCI, los pacientes que ingresan por COVID 19 precisan de una atención muy rápida por la inestabilidad que presentan, sobre todo a nivel respiratorio. Con el avance de la enfermedad y mayor conocimiento de la misma; estos cuidados junto a los tratamientos, se han ido adaptando y perfeccionando, consiguiendo tratar de una forma más eficaz a estos pacientes. (Ruíz Aguilar y Lara Domínguez, 2021, p. 56-57)

Los autores citados anteriormente, refieren, “en el Hospital Universitario Virgen de la Victoria (HUVV), los cuidados orientados a los pacientes COVID han ido evolucionando a la vez que la pandemia, procurando en todo momento la calidad asistencial y la seguridad del paciente” (p.57).

Afirman, que los cuidados son los mismos que a cualquier paciente en una UCI, siendo el motivo de ingreso, de estos, asociado al soporte respiratorio. Enfermería, con el equipo de salud, debió realizar nuevos protocolos, tanto para la protección personal, como para favorecer la recuperación de la persona de cuidado, como lo es la posición en prono, y la organización de los procedimientos, cuando estuviera en posición supina.

Respecto a los cuidados generales, y en vinculación con los cuidados humanizados, Ruíz Aguilar y Lara Domínguez, (2021), manifiestan que, “Se limita el número de profesionales que cuidan y atienden al paciente, al mínimo imprescindible, restricción de visitas y hacer hincapié en las medidas de protección individual, aislamiento y desinfección establecidas en la unidad” (p.59).

Mencionan, además, que se sumaron horas de atención en fisioterapia, ya que estos además de mejorar el estado físico, y pulmonar, disminuyen el estrés, y afecta de manera positiva en los pacientes.

En cuanto a la atención psicológica, refieren, desde el 2019, se ha ido desarrollando y llevando a cabo las líneas estratégicas que marca el manual de buenas prácticas de humanización en las UCIs, del proyecto HUCI. Parte de estas líneas, se tuvieron que suspender o modificar al inicio de la pandemia debido al aislamiento y seguridad del paciente, profesionales y familiares. (Ruíz Aguilar y Lara Domínguez, -2021p.60)

Los autores, además refieren, “gracias al programa H-UNIDOS, se pudo dar respuesta en cierta medida a las necesidades de comunicación que presentaban los pacientes y familiares a causa del aislamiento hospitalario que supuso la suspensión de las visitas de familiares” (p.60).

Concluyen mencionando que esta pandemia marca un antes y después en las UCIs, en que se ha precisado gran número de profesionales, al igual que de recursos materiales; y la importancia de la reestructuración de los espacios, que fue una urgencia, como medida de protección.

En este contexto se agudiza la vulnerabilidad, y el sufrimiento de los sujetos que cuidan y sujetos de cuidado, ser persona de cuidado implica mayor riesgo de exposición al virus y muerte, y ser vector (enfermería) estigma de rechazo y violencia explícita. Ser trabajador con desprotección del Estado, con escasos o ausencia de EPP, precariedad laboral. A esto se le suma la angustia moral por las difíciles decisiones al final de la vida de las personas de cuidado. El miedo a la muerte es un sentimiento muy presente en la experiencia humana y cuando nos

encontramos de cara con la posibilidad de morir solos, con síntomas exacerbados como disnea, delirio y dolor y sin el acompañamiento cálido del personal de salud y la familia, se maximiza el sufrimiento. (Hernández Zambrano, 2020, p.2)

En relación a lo que plantea Hernández Zambrano, ante la carga moral, la angustia y el estrés que vivencio el personal de enfermería, Ulrich et al. (2020), refieren, “La pandemia del nuevo coronavirus surgió en el contexto de un sistema de atención de la salud que ya estaba bajo presión y que estaba contribuyendo a aumentar los niveles de agotamiento entre las enfermeras y otros profesionales de la salud” (p.841).

Los autores citados anteriormente, agregan “Durante la pandemia, se espera que las enfermeras brinden atención de alto nivel a sus pacientes, a menudo sin los recursos adecuados para hacerlo de manera segura y efectiva” (p.841).

Por otro lado, Ulrich et al. (2020), indican “las demandas en algunas áreas son tan grandes que algunas enfermeras no tienen descansos, acceso a alimentos o tiempo libre” (p.840).

Los autores además de describir la labor de enfermería en contexto de pandemia, hacen hincapié en las lecciones que se deben aprender a partir de esta, y refieren, “nuestra indignación moral y las lecciones aprendidas también pueden estimular la acción constructiva para abordar las estructuras, patrones, políticas y normas subyacentes que han contribuido a las condiciones que crearon o exacerbaron los desafíos que enfrentan las enfermeras” (p.842).

Las enfermeras deben usar sus voces para el cambio. En segundo lugar, las organizaciones tienen responsabilidades morales con sus empleados; y tercero, aunque sigue habiendo fallas morales e interrupciones por el virus SARS-CoV-2 dentro de la esfera pública más amplia, también debemos considerar los éxitos morales como una hoja de ruta para el futuro. (Ulrich et al. 2020, p.842)

Manifiestan, además, que “Las organizaciones deben comenzar a trabajar para construir climas éticos positivos al reparar las conexiones interpersonales a través de la compasión y el apoyo colectivo, y al comprender y fortalecer los diferentes tipos de fortalezas (morales, físicas y emocionales)” (p.842).

La pandemia puede ayudarnos a identificar y comenzar a disolver estructuras que no funcionan bien, crear nuevos patrones y el tipo de lugares de trabajo que sirvan mejor no solo a los pacientes sino también a las personas que los atienden. Es una oportunidad para recuperar los valores fundamentales de nuestras profesiones, establecer nuevas normas de comunicación y trabajo en equipo, abordar intencionalmente las disparidades y los desequilibrios de poder y fomentar la integridad profesional y relacional. (Ulrich et al. 2020, p.843)

Dichos autores concluyen y refieren sobre el conjunto de enfermería, Encontraron el coraje para perseverar incluso cuando se enfrentaban al riesgo, e incluso a la muerte. Debemos reconocer que, si bien hubo fallas morales, hubo muchos éxitos morales que reflejan la integridad de las personas, los equipos y las organizaciones. Ahora debemos elegir mirar hacia adelante, defender y comprometernos con el cambio, y reconstruir un sistema de atención médica que no funciona después de que este coronavirus deja a tantos vulnerables a su paso. (p.843)

De acuerdo con la teórica Hildegard Peplau, el cuidado se hace efectivo a partir de la interrelación, es decir de la acción recíproca, que se da entre el personal de enfermería y la persona de cuidado. Para que esta interrelación se desenvuelva, la comunicación terapéutica es un componente esencial. El vínculo entre ambos, tiene como fin trabajar de manera conjunta para la resolución de su problema de salud. La persona de cuidado comprende su estado y

percibe al personal de enfermería como un contribuyente para mejorar su situación de salud. Por su parte, el personal de enfermería, adopta diferentes roles para llevar a cabo dicho cuidado, como sustituta, madre, líder, consejera, de tal modo que la persona de cuidado adopte su estado de salud o enfermedad, como un suceso más en su vida.

En la relación terapéutica, la comunicación no verbal, como lo es, el contacto piel con piel, y la cercanía con la persona de cuidado, son modos de comunicar y a su vez, de cuidar.

Actualmente, establecidas las normas de bioseguridad, al ser el virus SARS-COV-2 altamente contagioso, estos instrumentos del cuidado enfermero se ven boicoteados por el propio contexto de pandemia, los EPP y por las propias vivencias del personal de enfermería.

CAPÍTULO III

DISEÑO METODOLÓGICO

Área/contexto de estudio

Esta investigación dio lugar en el Hospital Dr. Pedro Moguillansky, comúnmente conocido como hospital Cipolletti, perteneciente a la atención pública. Este nosocomio es de complejidad VI, cuenta con 95 camas, y catorce CAPS (centro de atención primaria de salud). La población objeto de atención hospitalaria es de aproximadamente 145.000 habitantes, siendo este el hospital cabecera de la zona alto valle oeste de Río Negro.

Estrategia y Tipo de Estudio

Esta investigación, se abordó desde una estrategia cualitativa, puesto que esta se interesa por la vida de las personas, por sus perspectivas subjetivas, por sus historias, por sus comportamientos, por sus experiencias, por sus interacciones, por sus acciones, por sus sentidos, e interpreta a todos ellos de forma situada, es decir, ubicándolos en el contexto particular en el que tienen lugar. Trata de comprender dichos contextos y sus procesos y de explicarlos recurriendo a la causalidad local (Vasilachis 2006, p.33).

Se realizó un estudio descriptivo, fenomenológico, ya que este, pone énfasis en el fenómeno y las distintas experiencias, busca conocer los significados que cada persona otorga y trata de aprehender el proceso de interpretación por el que la gente define su mundo y actúa en consecuencia poniéndose en el lugar de otro, [...] el investigador hace ver el problema de indagación desde el lugar del otro, entrando en la subjetividad, o más exactamente a través de la intersubjetividad. (García, Giacobbe, 2009, p. 64).

Además, Van Mannen (citado por Merlino,2009) indica, que la fenomenología, enfoca la atención sobre cuatro existenciales básicos: el espacio vivido –especialidad–, el cuerpo vivido –corporeidad–, el tiempo vivido –temporalidad– y las relaciones humanas vividas –relacionabilidad o comunalidad (p.64).

Por lo que Merlino (2009) refiere “el interés gira, entonces, alrededor de la búsqueda de acceso a la comprensión de ese conjunto de existenciales básicos” (p.64).

Población de estudio

Se seleccionó la población considerando los siguientes criterios:

- Criterios de inclusión: todo el personal de enfermería (Licenciados, técnicos, y auxiliares) que brindó cuidados a personas portadoras de COVID 19, que aceptó participar de entrevista presencial, estableciéndose un protocolo de acercamiento.
- Criterios de exclusión: todo el personal de enfermería que no aceptó participar en la investigación, y todo el personal que no haya brindado cuidados a personas portadoras de COVID-19.

Se seleccionaron personas siguiendo el muestreo en bola de nieve. La persona elegida, lo será por su conocimiento de la situación o del problema a investigar y esta última recomendará a otra para ser entrevistada (Ruiz Olabuénaga, 2003).

Muestra

La saturación del dato se alcanzó en la entrevista N° 5, por lo que la muestra quedo constituida por 5 personas, un licenciado en enfermería, un auxiliar de enfermería y tres enfermeras.

Presentación de la categoría y sus dimensiones

Operacionalización de la categoría

□ Categoría a estudiar: Vivencias referidas al cuidado enfermero, frente a la pandemia

covid-19

CATEGORIA ANALÍTICA	CONCEPTUAL	CATEGORÍA OPERATIVA	PROCEDIMIENTO
Vivencias referidas al cuidado enfermero, frente a la pandemia covid19	<p>Vivencia: Vigotsky (como se citó en Guzmán Gómez, Saucedo Ramos, 2015) enuncia la noción de vivencia como: Una unidad indivisible en la que se encuentra representado tanto el ambiente en el que vive la persona como lo que la misma experimenta; es decir, entre las características personales y las situacionales [...] Así, una experiencia significativa se construye a partir de un conjunto de vivencias que también lo son. (p. 1029)</p> <p>Cuidado: Benavent et al, (2003) indican que cuidado para Peplau significa "interactuar con la persona a través del establecimiento de una relación interpersonal terapéutica" (p. 166).</p>	<p>Sentimientos o "experiencias" del personal de enfermería respecto al cuidado enfermero en contexto de la pandemia</p> <p>Relación terapéutica enfermero- persona de cuidado</p>	<p>Entrevista en profundidad.</p> <p>¿cómo fue su experiencia de cuidado en tiempos de pandemia?</p>
	<p>Vivencia relacionada al cuidado: Siguiendo a Vigotsky, el termino vivencias, hace referencia a las situaciones influenciadas por el ambiente y el singular de cada persona. Frente a un fenómeno, como lo es, la pandemia por el Covid-19, el personal de enfermería, experimenta, de manera excepcional una nueva forma de cuidado. Cada enfermero/a lo vive y lo afronta de acuerdo a su índole personal. En este contexto, esa acción recíproca planteada por Peplau se modifica, por lo que las experiencias de cuidado tendrán una connotación única y particular.</p>		

Técnica e instrumento de recolección del dato

Se aplicó la entrevista en profundidad, ya que, como refiere (Mejia Navarrete citado por Scribano 2008) esta es “una entrevista personal, directa, y no estructurada en la que el investigador hace una indagación exhaustiva para lograr que un encuestado hable libremente y exprese en forma detallada sus motivaciones, creencias y sentimientos sobre un tema” (p.72). Por lo cual resulta necesario un entorno tranquilo e íntimo. Scribano, (2008) refiere al respecto, “al darse cara a cara, involucra los rituales de interacción que implica toda presentación social de la persona. [...] La persona está “cerca” física y simbólicamente, y esta proximidad es mandante para comprender los supuestos teóricos de la que depende” (p.72).

Por otro lado, y a los fines de favorecer la realización de la entrevista se constituyó un vínculo que permitió a la persona entrevistada conocer el objetivo de quien investiga y crear un clima que le permita sentirse segura para relatar sus vivencias. Considerando los aspectos éticos se solicitó el consentimiento informado, de modo de elegir libremente si desea participar o no. Se garantizó la confidencialidad en relación al uso de la información y sus datos personales. Se les comunico que tendrán la posibilidad de conocer el resultado de dicha entrevista, con el fin de ratificar o rectificar sus dichos.

Como actividad previa, se realizó una prueba piloto, a dos enfermeros, que cumplan los criterios de inclusión, pero que no formaron parte de la población a investigar. La prueba se realizó con el fin de revisar el instrumento de recolección del dato, observando en simultáneo las condiciones en las que se aplicó el instrumento y el tiempo requerido para la aplicación del mismo. De este modo se determinó la validez y confiabilidad del instrumento en cuestión.

Presentación, análisis e interpretación de los datos

Se presentaron los datos transcritos literalmente de los relatos grabados. Se utilizaron tablas para su codificación y análisis temático, ya que a partir de estas se pueden condensar los

datos en unidades analizables y, así, revisar minuciosamente lo que los datos quieren decir. (González Gil y Cano Arana, 2010, p. 4)

Respecto al análisis temático, Graneheim, (citado por González Gil y Cano Arana, 2010) refiere, “va más allá de la descripción de los componentes obvios y visibles de los datos (contenido manifiesto) para interpretar, realizar una abstracción de los datos accediendo así al significado oculto de los mismos (contenido latente)” (p.3).

El proceso de codificación propiamente dicho se realizó mediante la identificación de palabras, frases o párrafos que consideramos tienen una significación destacable en relación al objetivo de este estudio. Al mismo tiempo se le asignó un código, (unidad de significado) nombre, o etiqueta que intente compilar el significado emergente. (González Gil y Cano Arana, 2010).

El siguiente paso, como refieren Gonzales Gil y Can Arana, (2010) “consistirá en la reagrupación de todos aquellos códigos o etiquetas que compartan el mismo significado” (p.6). Lo que nos guio a la identificación de categorías.

El plan de análisis debe ser flexible, creativo, emergente, con énfasis en cómo se identificarán los vacíos en la información, pues la información recolectada inicialmente deberá ser transcrita de manera completa, luego se deberán construir las categorías de análisis y buscar los elementos y significados que emergen. (Pineda y Alvarado, 2008, p.194).

Driessnack (citado por Pineda y Alvarado, 2008) señala que “el poder de la investigación cualitativa se encuentra en la riqueza de la descripción y el detalle de las experiencias específicas, procesos sociales, y culturales a través de narraciones” (p.195).

Para recuperar los relatos más significativos, se transcribió en su totalidad cada entrevista. Seleccionados los relatos, se transcribieron en el siguiente cuadro, se les asignó un

código y se le otorgó un significado referido a cómo vivenciaron el “cuidado enfermero en tiempos de pandemia”. Una vez identificados los relatos de una entrevista se organizó la segunda recolección, y así sucesivamente hasta encontrar la saturación del dato.

Categorías Operativas	Relatos	Códigos asignados	Significado
<input type="checkbox"/> Sentimientos del personal de enfermería respecto al cuidado enfermero en contexto de la pandemia <input type="checkbox"/> Relación terapéutica enfermero- persona de cuidado			

CAPÍTULO IV

PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

Presentación, análisis e interpretación

➤ CATEGORÍA ANALÍTICA:

- Vivencias referidas al cuidado enfermero, frente a la pandemia covid-19

➤ CATEGORÍAS OPERATIVAS:

- Sentimientos o “experiencias” del personal de enfermería respecto al cuidado enfermero en contexto de la pandemia
- Relación terapéutica enfermero- persona de cuidado

A partir los relatos recolectados se identificaron nuevas categorías (empíricas) denominadas de la siguiente forma:

➤ CATEGORÍAS EMPÍRICAS:

- Relación con grupo familiar de las personas de cuidado
- Reconocimiento
- Contexto hospitalario

CATEGORÍA OPERATIVA: SENTIMIENTOS O “EXPERIENCIAS” DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA RESPECTO AL CUIDADO ENFERMERO EN CONTEXTO DE LA PANDEMIA		
RELATOS	CÓDIGO	SIGNIFICADO
<p>E.1: en la terapia intensiva el cuidado fue cero humano [...]</p> <p>E.1: fue la primera ola, no se sabía nada, [...]desconocimiento y al miedo, se trataba de dar lo necesario.</p> <p>E.1: lo que nos sirvió bastante, fue protocolizar todo [...]</p> <p>E.1: si ahora pasando 2 años, se puede recapacitar. Creo que se podría haber hecho más humano, no se sabía nada, no sabíamos cómo actuar directamente, [...]</p> <p>E.1: te genera una sensación rara, vos te preparas 3, 5 años para dar un cuidado humanizado y no lo podés ejercer ¿no? Pero también lo puse del lado del momento que nos tocó vivir.</p> <p>E.3 [...] no podíamos, o al menos yo no podía, digamos la contención que quizás el paciente necesitaba, [...]</p> <p>E.3: En Pandemia tenías que ponerlo una bolsa, en una bolsa negra y ya está. [...]</p> <p>E.3: teníamos el horario de la medicación, entonces se entraba y se hacía todo en ese horario, [...]</p> <p>E.3: Y uno se siente impotente. [...], porque sabes que podés hacer algo más y no podés</p>	<p>AUSENCIA DE CUIDADO INTEGRAL – INTERVENCIONES MINIMAS</p>	<p>Hace referencia a que los cuidados de enfermería se redujeron a la atención e intervenciones mínimas procedimentales, en la que se agrupaban las mismas para disminuir el ingreso a las habitaciones. Protocolizar las intervenciones, agiliza, facilita el cuidado a las personas portadoras del virus. Además, este se realiza para no exponer al personal al mismo.</p> <p><u>Estas medidas conllevan a la ausencia de cuidados integrales.</u> El cuidado enfermero implica una interrelación con las personas de cuidado, que, al realizar intervenciones mínimas, o solo las indispensables para sostener la vitalidad, no es posible hacerlo efectivo. Por tal razón, no fue aceptado por todo el personal de enfermería, por lo cual no lo cumplieron. <u>El personal que acató las intervenciones mínimas vivencia sentimientos de inseguridad, dado que se encontraban frente a un virus altamente contagioso, con escasa evidencia científica en la que además había cierta desconfianza con el uso y eficiencia de los EPP.</u></p> <p>Por otro lado, la gran demanda de personas por cuidar, también resultaron un obstáculo a la hora de entablar una relación enfermero- persona de cuidado, y el personal da cuenta de que sus cuidados no estaban siendo integrales.</p> <p>También sucedió con los cuidados post-muerte se eludieron, se redujeron a colocarlos en una bolsa negra y trasladarlos a la morgue.</p> <p>En relación a la literatura y la información científica respecto al Covid y su exposición al contagio, el riesgo de contagio de SARS-CoV-2 relacionado con la realización de técnicas asistenciales se demostró precozmente como uno de los factores de riesgo más destacados en la literatura, [...]. El desconocimiento inicial de la enfermedad, al no tener experiencias previas con este coronavirus específico, ha llevado a la elaboración de guías y directrices de actuación por parte de las autoridades sanitarias y sociedades científicas que requerían continuas actualizaciones a medida que se iban conociendo nuevos datos del patógeno. (Andreu et al. 2020, p.149).</p>

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL COMAHUE – FACULTAD DE CIENCIAS DEL AMBIENTE Y LA SALUD-
 DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA- CARRERA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA-SEDE NEUQUEN
 TESIS: Cuéntame colega. Vivencias de enfermería frente a la pandemia COVID-19. AUTORA: Jessica Alvarez

<p>E.4: [...] “no hable mucho porque se va a agitar y le va a faltar el aire”, cosa de que, de que no retenerlos ahí adentro, de que no me retenga adentro más de lo que yo tenía que estar. [...].</p> <p>E.4: [...] Están todas las puertas agujereadas porque pasaron todas las guías por ahí. Para que lleguen afuera las bombas [...]</p> <p>E.4: [...] yo trabajé en terapia mucho tiempo. Yo sé que esos pacientes no están conscientes. yo sabía que, si yo estaba o no ahí, ellos no se iban a enterar porque no están conscientes</p> <p>E.5: En realidad, si se entraba solamente en horario de medicación [...]Entonces yo decía “no, no está bien, hay que entrar en el horario que corresponde”, porque si no el antibiótico pierde su efecto por así [...]viste así este protocolo a mí no me gustaba y no lo cumplía, yo no lo cumplía y nunca lo cumplí desde el primer momento nunca lo cumplí [risas] a mí me llamaban, me tocaban el timbre y yo iba.</p>		<p>Los autores, además agregan que “En todos los países, las medidas de prevención, tratamiento y cuidados de las personas afectadas por COVID-19 se fueron improvisando conforme avanzaba la pandemia, creando confusión e inseguridad en una primera etapa” (p.156).</p> <p>El Ministerio de Salud de Río Negro, (2021) declaró lo siguiente, “Se considerarán expuestos con alto riesgo: [...] Trabajadores que hayan compartido espacios comunes, con caso confirmado de COVID-19 (paciente o trabajadores de salud), en estrecha proximidad (menor a 2 metros por más de 15 minutos)” (p.14).</p> <p>En relación a las emociones, Andreu et al. (2020), refieren, Las enfermeras del estudio experimentaron una cantidad significativa de emociones negativas especialmente durante los primeros días. Sintieron “miedo” ante lo desconocido pues sabían poco del virus y sus consecuencias. Una de sus principales preocupaciones fue no saber cómo actuar, porque carecían de información respecto a la magnitud de la pandemia, y de si los protocolos de actuación que se estaban implantando servían para protegerse a sí mismas y a los pacientes. (p.152)</p> <p>Según Marqués Andrés (1995), el cuidado enfermero no solo se materializa considerando los procedimientos. Para la autora, enfermería cuida al establecer una relación con la persona de cuidado.</p>
<p>E.1: [...] había muchos abuelitos que necesitaban que le den de comer, de tomar [...], el cuidado es más humano.</p> <p>E2: [...] las personas ingresaran con dificultad respiratoria, entonces, la necesidad de ellos, de poder respirar, te lo hacían saber o que se desesperaban o que le faltaba el aire [...]vos tenías que entrar y hablarle que para qué tenían eso puesto, que eso también fue no sé si traumático para nosotros o no, pero al ver la persona desesperada. [...]</p> <p>E.2: [...] se sintieran cómodos, y saber que estábamos para para que ellos se sintieran bien</p> <p>E.4: [...]nos decían los médicos “chicos el covid no es una urgencia” Para mí sí, [...] tratamos de hacerlo</p>	<p>CAUIDADO MÁS HUMANO</p>	<p>Hace referencia a la cercanía con las personas de cuidado, el hecho de <u>interactuar, de asistirlas, en actividades vitales</u> como es la ingesta de alimentos, el confort, el cuidado de la piel, en las personas bajo sedación. El contener, y explicar el porqué de los elementos con cuales se los invadía y del tratamiento a realizar. Además, el brindar un cuidado, pensando en que las personas se sintieran cómodos y que estarían ahí, para ellos. <u>Interviniendo, desde la empatía y el actuar con ética y moral</u> frente a la disnea de las personas, muchas veces, hasta sin la protección necesaria.</p> <p>Las enfermeras no tienen en cuenta sus propias necesidades y participan activamente en la práctica clínica, prevaleciendo sobre su seguridad su responsabilidad moral y profesional. Al mismo tiempo, durante las actuaciones en situaciones de emergencia las enfermeras estarían en un estado de mucho estrés físico y mental, sintiéndose aisladas e impotentes ante las amenazas a la salud y la necesidad de dar respuesta a la presión del trabajo de alta intensidad (Andreu et al. 2020, p.156)</p> <p>En este sentido Marqués Andrés (1995) indica que “el profesional se pone en el lugar del enfermo (persona de cuidado) e intenta vivenciar la experiencia, desde</p>

<p>lo más rápido posible y poder entrar [...] era desesperante ver a un paciente que no podía respirar. [...]</p> <p>E.4: [...]cuando llegué el tema de la vacuna, me sentí mucho más segura, [...] atendía al paciente con el tiempo que tenía que estar adentro estaba. Ya no me apuraba en hacer las cosas. Lo mismo cuando un paciente obitaba</p> <p>E.5: Y trataba de dar un poco de apoyo emocional no, [...], escucharlos y se ponían a llorar, poderle tomarle la mano, poder estar con ellos, el darle un ¿Cómo decirte? Darle un abrazo con todas esas cosas que teníamos de por medio [...]más de una vez, me levanté el casco y le di un beso igual a la persona.</p> <p>E.5: era controlarlos rapidito, bañarlos [...]y se relajaban y se podían dormir un rato y eran pequeñas cositas que a ellos le servía. [...]</p>		<p>los criterios de éste [...] La empatía tiene como objetivo la comprensión del enfermo (persona de cuidado” (p.2).</p>
<p>E.1: [...]costaba mucho comunicarse con el paciente, más con todo el equipo.</p> <p>E.2: o por ahí la colocación de una vía, o la colocación de una sonda, porque se te empeñaban las antiparras, y no se veía nada [...]</p> <p>E.4: [...]Tenía totalmente empañadas las antiparras. Mire, no veo nada. ¿Y cómo hizo? Y Dios me iluminó, le digo [...]</p>	<p>EPP/BARRERAS</p>	<p>El EPP, y el estado neurológico de las personas de cuidado, generaban <u>barreras en la comunicación</u>, lo cual dificultaba el cuidado. Además, los EPP, generaban <u>dificultades a la hora de realizar los procedimientos</u> enfermeros. Tal es así, que realizar los mismos, a pesar de las adversidades, se sentían “iluminadas por Dios” Payares Lezama (citado por Sampaolesi y Sucre, de, 2022) “Se encontró que la incomodidad y la dificultad en la realización de sus labores que acarrea el uso de EPP son las causas reportadas con mayor frecuencia” (p.22)</p>
<p>E.1[...]gente que conocía de pasillo no más, ponerte a trabajar a la par [...]. Se trabaja muy bien en equipo. [...] , incluso hasta con los médicos se logró una relación más a la par, [...] en la pandemia médicos que se comunicaron más, [...] no te preocupes que te hago la medicación, o te decían deja, vos enteraste recién, entro yo</p> <p>E.2: [...] teníamos un ratito que nosotros le llamábamos catarsis [...]</p>	<p>TRABAJO EN EQUIPO- COMPAÑERISMO</p>	<p>Hace referencia a que durante la pandemia se reforzó el compañerismo a la hora de prestar los cuidados, y que por otro lado surgió un nuevo “trato” <u>de más cercanía, con el personal médico, lo que favoreció la comunicación y consecuentemente el bienestar de las personas de cuidado.</u> Además, los <u>médicos</u> en algunas oportunidades <u>realizaban prácticas inherentes a enfermería.</u></p> <p>Dentro del grupo enfermero <u>se dio lugar al apoyo y contención</u> en el que manifestaban sus emociones y preocupaciones personales. Además, manifestar lo que veían de las personas de cuidado.</p>

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL COMAHUE – FACULTAD DE CIENCIAS DEL AMBIENTE Y LA SALUD-
 DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA- CARRERA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA-SEDE NEUQUEN
 TESIS: Cuéntame colega. Vivencias de enfermería frente a la pandemia COVID-19. AUTORA: Jessica Alvarez

<p>E.3: [...] los pacientes, entre pacientes se colaboraban, se ayudaban. Entonces en ese sentido hubo más, Imaginábamos más cordialidad, como que entre ellos mismos [...]</p>		<p>Se observó, también, el compañerismo entre las personas de cuidado que compartían la misma habitación. Hasta una cierta organización entre enfermería y estas, para brindar los cuidados.</p> <p>Tal como lo expresa Andreu et al. (2020), se consideró que la situación excepcional requería del esfuerzo de todos, se organizaron para proteger a los miembros más lábiles del equipo y se apoyaron los unos a los otros cuando los ánimos fallaban (p.155).</p>
<p>E.2: [...] las primeras muertes si fueron fuertes, porque entraban y se morían, se morían y después ya que, para nosotros era normal. [...]</p> <p>E.4: [...], pero ya después, a medida que estaban pasando los casos, como que uno lo naturaliza, [...]</p> <p>E.5: [...] tampoco comprendían eso. Me refiero a los propios compañeros que llevaban ya mucho más tiempo quizás están, como decirlo, como más curtidos con esas cosas. Y yo no, yo no quería ver morir a la gente</p>	<p>CAPACIDADES</p>	<p>Hace referencia a que enfermería de alguna manera se acostumbra a que sean más las personas de cuidado que obiten que las que vivan. Además, al transcurrir el tiempo, también se vuelve cotidiano cuidar a personas portadoras del virus.</p> <p>Guzmán Gómez y Saucedo Ramos (2015) puntualizan que Las experiencias se alimentan por el cúmulo de vivencias que las personas tienen en sus participaciones a través de los distintos contextos de práctica en los que transitan. La capacidad para aceptar, rechazar, negociar o recrear lo que se ofrece desde el exterior se posibilita en las construcciones de sentido que orientan y motivan a la persona a partir de las integraciones personales que logra elaborar. (p.1031-1032)</p>
<p>E.2: Por ahí, los kinesiólogos venían y hacían su trabajo y se iban, pero con los médicos, con ellos era más difícil, porque nosotros estamos atrás de ellos para que vean a los pacientes [...]</p> <p>E.4: [...]y no lo dejaron verlo, ni siquiera por la ventana para despedirse. Entonces eso me quedó a mí. Yo digo, "si ella ya tenía covid". "¿Por qué no la dejaron pasar? [...]entró una señora que era sordomuda, que estaba con covid y ella falleció, el hijo entró a verla, pero era otro médico que estaba de guardia y lo autorizó.</p> <p>E.5: nunca, nunca entró un psicólogo o una psicóloga a hablar con una persona y mira que la llamamos, nosotros los llamábamos.</p> <p>E.5: Me da bronca porque sentía que no le daban la importancia al trabajo de enfermería, porque si vos</p>	<p>CARENCIA DE TRABAJO INTERDISCIPLINARIO</p>	<p>Hace referencia que por un lado el equipo de kinesiología trabaja de manera individual, Y por otro, enfermería con el equipo médico presenta dificultades en la comunicación, lo cual impactaba en las personas de cuidado. Enfermería valora y observa la necesidad de la asistencia psicológica a las personas de cuidado, pero el equipo de psicólogos no responde al llamado.</p> <p>En cuanto a la comunicación, en un análisis DAFO, Delgado Lozano y Gómez Fuentes (2021) indica "Tras el análisis de las respuestas a texto libre en cuanto a debilidades se han recogido un total de 85 donde se puede destacar la falta de comunicación, de coordinación y de material, [...]"</p>

<p>lo estaba llamando es porque realmente estabas viendo que el paciente necesitaba la sesión de kinesio [...]</p>		
<p>E.5: tiene que estar boca arriba tiene que estar bien. [...] “Mari, así como salen de acá los meten al cajón, y no saben si va boca, no sabes si vas a boca arriba o boca abajo o de costado” [...] “bueno, en algún momento te vas a tener que hacer de corazón duro”, [...] si me llega a pasar, ojalá me metan un sopapo y que me hagan reaccionar o que me digan ya se te acabó, acá es tu tiempo y te toca irte.</p> <p>E.5: ¿Cómo que así no?” “no” me dice “así puede estar solas las chicas” si le digo “pero fijate como están las chicas”. Alguien tenía que contener también a la chica [...]</p> <p>E.5: [...] había familiar de esa persona. Y bueno, el médico dice “bueno que valla por la ventana” la señora se estaba muriendo [...] “¿querer entrar a la habitación?”, eso fue cosa mía. [...] yo decía “no podemos aceptar esto, no podemos permitir que lo vean de la ventana”.</p>	<p>VISIONES- DIFERENTE SENTIR</p>	<p>Hace referencia a que al colectivo enfermero, el contexto de pandemia, y las muertes a raíz de ésta, <u>impactó de manera distinta, y por consecuencia el cuidado enfermero, la empatía fue distinta</u>, entre los colegas, y el equipo interdisciplinario.</p>
<p>E.1: va solamente de contagiar a mi familia no, pero no, primero muchísima precaución en todo lo que hacía, estar atento a todo lo que hacía, fui muy estricto con eso conmigo mismo.</p> <p>E1: [...] yo creo que nadie quería arriesgar su vida o la de su familia no, si bien se velaba siempre por la salud del paciente.</p> <p>E.3: ehh (silencio) Lo justo y necesario. Quizás se podía hacer más, se podía hacer más, podías estar más tiempo con él. Pero no te exponías tampoco a estar más tiempo con él, porque atrás tuyo [...] si vos te contagiabas, estaba tu grupo de compañeros, tu familia.</p>	<p>NUEVOS SUJETOS DE CUIDADO</p>	<p>El contexto de pandemia originó nuevos sujetos de cuidado: <u>el autocuidado, para el cuidado de la familia, colegas, y compañeros de trabajo</u>. El hecho de encontrarse, y estar en permanente contacto ante un virus, desconocido, peligroso y altamente contagioso generó miedo y una alta responsabilidad y precaución. Es la manera de cuidar a su grupo familiar, y disminuir, su culpabilidad, cargo de conciencia, ante el contagio de estos. Además, se iban sumando los compañeros que debían aislarse por haber contraído el virus, como compañeros brindaban contención y daban pautas, e indicaciones, hasta que se mejoró el seguimiento desde el nosocomio a los colegas contagiados.</p> <p>Cómo cuidarnos, quién nos cuida, esas son las preguntas que cada día se hacen miles de enfermeras y enfermeros que se enfrentan un día más en su lugar de trabajo en el entorno de esta pandemia. En este escenario tan hostil cómo medir el miedo, el temor a contagiar y ser contagiado, la soledad y a quién acudir</p>

<p>E.3: [...]algo que nosotros hicimos como compañeros es que a medida que iba cayendo uno, íbamos nosotros conteniéndolo, porque también eso, también hubo una falencia en el sistema que no se cuidó al personal de salud,</p> <p>E.4: soy de charlar mucho con los pacientes, ¿viste? Entonces yo por ahí decía pucha, no me puedo quedar. [...]. También nosotros caíamos uno y caíamos todo el servicio [...]. Entonces tampoco podíamos estar mucho tiempo. [...]</p> <p>E.5: [...] me generaba culpa también por eso dejé de verlos, estuve todo un año prácticamente sin verlos</p>		<p>cuando se está desbordado emocionalmente. (Gómez Fuentes y Fernández Martín, 2021, p.3).</p> <p>En concordancia Montes Berges y Ortúñez Fernández, (2021) recomienda “dar apoyo psicológico al personal sanitario, ya que se genera una importante carga de estrés por el miedo a enfermarse, contagiar a sus familias y la elevada carga laboral” (p.265).</p> <p>Enfermería se ocupa de enseñar al equipo de limpieza, como utilizar de manera correcta el EPP, pero observa una actitud de poco interés de parte de estos.</p>
<p>E.1: hubo un tiempo que se aprendió mucho, sobre la marcha no [...] para mí como enfermero, creo que el que estuvo frente a la pandemia fue enfermería</p> <p>E.2: y del otro lado todo lo positivo, también las personas que salían del Covid que les daban el alta [...]como que te da satisfacción eso, te alegraba</p> <p>E.5: Y todavía no estaba, eso de ponerle planes de sedación, [...]Y después cuando lo empezaron Para mí era una alegría terrible porque sabía que la familia iba a poder estar, [...]</p> <p>E.4: [...]pero como que te sentís bien cuando la gente, los pacientes te dicen “yo estuve bien, me sentí re bien, me sentí contenida [...]</p>	<p>ALEGRÍA- SATISFACCIÓN</p>	<p>El <u>alta de las personas</u> de cuidado, y el sentimiento de <u>bienestar</u> de estas durante la internación, ante <u>tantas personas que fallecían, generó sentimientos de alegría, y satisfacción.</u></p> <p>Por otro lado, generó sentimientos de positivismo el hecho de ser partícipes activos en la elaboración de protocolos.</p> <p>Se rescata en el marco de la pandemia el investigar y adquirir nuevos conocimientos.</p> <p>A juicio de Andreu et al. (2020), “El optimismo tiene un efecto protector sobre el trauma que provocan las situaciones de desastre y puede minimizar la aparición de estrés” (p.157).</p>
<p>E.2: [...]Era como que decías, “sí, se va a morir, se va a morir” y en otros casos y no, “no se va a morir”, y te ponías mal, llega un momento en que no aguantas más y querías largar todo, es como que te superaba la situación.</p> <p>E.2: [...]nos quedamos sin oxígeno, y me acuerdo que salió un paciente de la habitación 14 pidiendo que no lo dejáramos morir que no se quería morir. [silencio, habla llorando] Entonces todas esas cosas</p>	<p>DUELO- EXPERIENCIAS NEGATIVAS-</p>	<p>Indica que hay situaciones que son tan fuertes, a nivel emocional que pareciera difícil sobrellevarlas/superarlas.</p> <p>Hace referencia a las <u>expectativas</u> que se tiene con las personas de cuidado <u>que muchas veces no se cumplieron.</u> Ya que, no todos lograban sobrevivir y no todos tenían la posibilidad, aunque requerían, el acceso a la unidad de cuidados intensivos.</p> <p>Esta situación <u>afectó aún más cuando se trató de colegas o personas cercanas,</u> al punto de replantearse que más hacer.</p>

<p>como que tengo. Fue lo que más me quedó. Me quedo marcado.</p> <p>E.3: Yo creo que el mayor dolor es ver a la gente morir sola, siendo que tiene su familia y todo. Pero estaban solos, no había nadie, estábamos nosotros [...]</p> <p>E.3: Y uno trata de estar, [...]. Estábamos al lado de él, aunque sea lo último. Quizás, quizás en algunos casos me tocó ser la última persona que vio el paciente y por mi parte me sentí tranquilo porque sabía que no estaba solo [...]</p> <p>E.3: [...]entonces bueno, tratamos de ponerle lo mejor a todos, tratar de darle lo mejor y que, que pueda salir adelante. Y en muchos pudimos, en otros... (respira profundo) en otros fue duro, fue triste.</p> <p>E.3.[...] Una compañera nuestra que estuvo acá, que tuvimos nosotros, falleció acá también, que yo creo que eso fue lo más triste. Vos conocías a tu par, sabía cómo era y sabías que, que estaba mal y que vos estabas ahí y te preguntaba cómo estaba y “todo bien” hasta que bueno, al final, después ya no se puede negar algo que es evidente y que ella misma se da cuenta.</p> <p>E.3: [...] No es que le dábamos un diagnóstico que el médico nos decía, ni por más que el médico decía que ya “estaba listo, no daba más”. Se le da esperanza hasta último momento.</p> <p>E.4: “¿Cris quieres estar en la habitación de tu hermana?” [...] yo la atendí y, yo trataba de mostrarme fuerte delante de ella . [...]se levantó al baño y se me fue así, a pique y no había manera de recuperarla. Y le faltaba el aire, le faltaba el aire. [...], me hizo acordar mucho a</p>		<p>Por otro lado, el saber de qué ciertas personas iban a morir, y no poder expresárselo, u ocultarlo, generó una experiencia negativa.</p> <p>Por otro lado, el contexto de <u>pandemia impidió el acompañamiento de la familia ante la muerte de su ser querido</u>, y enfermería lo vivencia con sentimientos de tristeza, que equipara, con el acto de estar con estas, en sus últimos minutos de vida.</p> <p>El no acompañar en esos últimos minutos de vida, genero sentimientos de abandono hacia la persona de cuidado.</p> <p>Andreu et al. (2020) postulan al respecto “El agotamiento físico, la impotencia psicológica, la amenaza para la salud, la falta de conocimiento ante la amenaza de una enfermedad epidémica condujo a una gran cantidad de emociones negativas como fueron el miedo, la ansiedad y la impotencia”</p> <p>Los autores citados anteriormente, y de acuerdo con los relatos, refieren que “las enfermeras expresaban la necesidad de seguir con los cuidados y, por tanto, de controlar una situación que era excepcional” (p.152).</p> <p>En referencia al código, y el contexto de trabajo vivenciado por los profesionales, Todo profesional sanitario, [...] presenta respuestas de estrés agudo al verse sometido de manera continua a una situación extrema provocada por la combinación de una serie de factores críticos, entre los que se encuentran la alarma social, la sobresaturación de los servicios, la escasez de recursos y la evolución tórpida de los pacientes a su cargo. (Aragón et al., 2021, p.22)</p> <p>Por otro lado, en mención al cuidado enfermero, y de manera más específica, en relación al cuidado humanizado en la muerte por Covid, se señala, que La enfermera debería llevar a cabo un proceso de acompañamiento, caracterizado por la escucha activa la presencia, el contacto, y el manejo de síntomas, buscando el bienestar de la persona. Además, la NIC (clasificación de las intervenciones enfermeras) 7140 Apoyo a la familia, de forma directa, para evitar procesos de duelo patológico, es también una intervención enfermera en estos procesos [...] No obstante, las familias no pueden estar presentes en esas últimas horas y la persona agónica tampoco puede despedirse. (Allande et.al 2021, p. 564-565)</p> <p>Dichas autoras sostienen y recomiendan, “las enfermeras deben procurar humanizar el cuidado todo lo posible [...] una llamada telefónica a la familia. También coger la mano de la paciente, aun manteniendo la distancia, o elevar la voz, podrían aumentar su percepción de presencia y acompañamiento” (p.566).</p>
--	--	---

<p>Mónica, porque a Mónica le pasó lo mismo [...]y en ese momento tuve mucho miedo.</p> <p>E.5: [...] me pasó muchas veces el ver la última respiración, estar, estar, ese suspiro así [suspira] [...] me da una tristeza terrible porque decía bueno, podían estar con la familia y no, no estaba [...]pero estar ahí hasta el último momento con ellos te da una sensación, por un lado re linda, porque sabes que no se murió solo la persona</p> <p>E.5: [...] Esa vez fue que me quedó ese sabor amargo de decir no sé, no, cuando me digan “no doy más” prefiero tocar el timbre y que venga alguien y saber que, si se va a morir esa persona, quedarme ahí al lado de ella, hasta el último momento. [...] fue re angustiante, re triste por porque yo sentí que lo dejé solo, abandonado.</p> <p>E.5: nosotros no le podemos decir “no va.”, qué sé yo, no sé bueno, yo le explicaba que tenían que tener paciencia, que tenían que cumplir con el tratamiento, [...]Y yo ya sabía que no iban a salir, [...]</p> <p>E.5: [...] y salías de la habitación hecha pelota, salías con ese nudo en la garganta porque sabías que era una persona más que se iba a morir [se emociona, llora]</p> <p>E.5: [...] hubo un tiempo que decían bueno, “hipertenso, diabético, [...], no tiene chance de la terapia” y cuando se aplicó acá yo no lo podía creer y yo le dije al médico que estaba, “pero tiene 26 años esta chica” [...]eso te ponía re mal, porque a mí me pasaba y me iba mal en mi casa me iba llorando, manejando, [...]</p> <p>E.5: Vos sabes que a mí a veces se me caían las lágrimas cuando los estaba controlando, cuando ellos no me veían [...] Y veía como estaba su saturación estaba mal viste [...]</p>		<p>El profesional de enfermería necesita herramientas de apoyo para el manejo de la muerte, orientación, sección educativa y apoyo emocional [...] La Enfermería como disciplina orienta sus acciones al cuidado integral, es por ello que cada momento del cuidado es único, y de la forma en que los mismos sean brindados así serán reflejados en el paciente y su familia Por ello que el personal a cargo del cuidado debe estar debidamente preparadas y así brindar una atención científica y humanizada para su paciente y sus familiares que están pasando por una situación de perdida. (Cárdenas et al. 2018, p.5)</p> <p>Guzmán Gómez y Saucedo Ramos, (2015) refieren: En síntesis, las vivencias son una unidad indivisible entre lo exterior y lo interior de la persona; llegan a ser significativas en su integración dinámica, situada y se convierten en experiencias cuando la persona hace acopio de un conjunto de las mismas para darse cuenta de que “lo que le pasa”, “lo que le importa” es significativo. (p. 1030)</p> <p>En relación a la empatía, necesaria y parte de enfermería, se discurre, Es necesario pensar también en el impacto del sufrimiento de otros sobre el propio profesional de la enfermería y en los sentimientos que se generan. En este sentido una de las situaciones que llevan a la fatiga por compasión consiste en no poder separar la vida profesional de la personal. (Cáceres Rivera, 2021, p.120)</p> <p>En relación a la vivencia de un gran número de personas de cuidado que fallecían y al proceso de duelo que se vio modificado a raíz de la pandemia, [...]se puede describir que la falta o limitación de apoyo social, propicias actitudes en el marco del duelo como son: la percepción de aumento del dolor espiritual y la tristeza del fallecimiento; y, la ausencia o escases de procesos o ritos comunes en las culturas latinas, estos factores incidieron en el aumento de las percepciones mencionadas; [...]. (Guerra et al, 2022, p. 63)</p>
--	--	---

<p>E.2: [...]Y en la tercera ola como que el miedo se me fue yendo, porque siempre tuve mucho cuidado en todo lo que hice, [...]eso me dejó tranquila y con la satisfacción de que hice las cosas bien.</p> <p>E.3[...]porque íbamos aprendiendo y utilizamos ese conocimiento y lo poníamos en práctica, funcionaba, entonces de esa manera trabajábamos más seguro. [...]en el tratamiento de los pacientes, tanto en los insumos que teníamos nosotros o que nos daba el hospital. [...]</p> <p>E.4: [...]ya sé como me visto y me desvisto como me saco el EPP. [...] el tema de la vacuna me dio mucha seguridad, no me relajé, pero sí yo me sentí bien [...]</p>	<p>CONFIANZA- SEGURIDAD</p>	<p>el paso del tiempo, y teniendo la información de cómo cuidarse y la práctica con los EPP generan confianza y tranquilidad. Por otro lado, hace referencia a que el conocimiento de cómo proceder, y asistir a las personas de manera rápida, sin esperar indicaciones médicas, generaba un sentimiento de seguridad.</p> <p>Andreu et al. (2020) mencionan, “los participantes manifiestan que tras un periodo inicial de desconcierto se sentían capaces de controlar la situación, esta sensación de control ha sido fundamental para sentirse bien y trabajar con seguridad y eficacia” (p.154).</p> <p>Postulan, además, que</p> <p>En nuestros hallazgos de cómo habían afrontado esta situación había emociones positivas, como la confianza, la calma, y el optimismo [...] En el caso de un brote de una enfermedad transmisible, la confianza en la seguridad y en las habilidades profesionales, así como el entrenamiento precoz son factores que promueven la voluntad de participar activamente en el cuidado de los pacientes. (Andreu et al. 2020, p.157)</p>
---	--	---

CATEGORÍA OPERATIVA:		RELACIÓN TERAPÉUTICA ENFERMERO- PERSONA DE CUIDADO	
RELATOS		CÓDIGO	SIGNIFICADO
<p>E.1: es difícil comunicarse con una persona con todo el EPP [...] y vos tenes que tratar que la persona entienda, generalmente no entendían nada [...]</p> <p>E.2: y por lo general, los primeros siete días no teníamos comunicación con las personas porque estaban con la máscara con reservorio, o con el casco helmet, o con la cafo, y la mayoría de las veces la persona estaba somnolienta.</p>		BARRERAS FÍSICAS PARA COMUNICARSE.	<p>Hace referencia a que los EPP, el estado neurológico de las personas de cuidado, y los elementos para administrar oxígeno, fueron barreras físicas a la hora de entablar una comunicación.</p> <p>La situación actual de la pandemia por coronavirus detectada a fines del 2019 (COVID-19) en Wuhan-China- requiere que los profesionales de la salud hagan uso rutinario de equipos de protección personal (EPP) en todas las áreas de los hospitales. Sin embargo, su uso, se convierte en una barrera para la comunicación, siendo más difícil la interacción comunicativa con el paciente. (Pacheco Sánchez, P., B., Saavedra Covarrubia, M., E., 2021, p.98)</p> <p>Los relatos de esta investigación también de manera coincidente con lo que el autor anuncia: Los profesionales de enfermería dan a conocer que una de las barreras para mantener una comunicación fluida con los pacientes con COVID-19, es su estado crítico de salud. Al ser dependiente de oxígeno, significa que al querer interactuar tiende a agitarse y para evitar esta situación deben realizar el menor esfuerzo y no tratar de hablar o hablar muy poco. (p.99) Ting et.al (citado por Pacheco Sánchez, P., B., Saavedra Covarrubia, M., E., 2021) resalta que “esta condición puede agravarse cuando el paciente es asistido por un equipo ruidoso [...]” (p.99).</p>
<p>E.1: [...]querían implementar, una foto nuestra colgada en el pecho, desde mi punto de vista, no creo que vaya a servir eso [...]</p> <p>E.3: [...]y te dificultaba, tanto en ver al paciente, para que el paciente te vea a tu cara que estás todo tapado. Por eso Departamento había implementado de colgarse la foto de enfermería y poner nombre como para que el paciente te conozca.</p> <p>Yo: Sí.</p>		IDENTIFICACIÓN NO UTIL	<p>Hace referencia a que no se cuida más a una persona o no hace al cuidado más humano portar una foto del rostro de cada trabajador-a. Por otro lado, identifican que el contacto visual no es el único canal de comunicación.</p> <p>Aluden a una identificación que no fue “útil” ya que debían desinfectar el cartel luego de salir de las habitaciones.</p> <p>En discrepancia con el código, Hoernke et, al, (citado por Pacheco Sánchez, P., B., Saavedra Covarrubia, M., E., 2021,) refiere,</p>

<p>E.3: [...] se usó, muy poco tiempo, nada, porque también ese material después tenías que sacarlo, ponerlo, entradas con eso y también se contamina, entonces, después de ahí mismo podías haber llevado el virus, entonces no, se uso</p>		<p>“[...]profesionales de la salud, indican que la utilización de fotografías desechables de sus rostros adheridas en su EPP, es útil para superar los problemas de comunicación” (p.103).</p>
<p>E.4: nunca tuve repulsión y nunca lo hice con el paciente covid. E.5: [...]nos dijeron que un covid no era urgencia [...]</p>	<p>RUIDOS EN LA COMUNICACIÓN</p>	<p>Hace referencia a que el personal de salud, en sus relatos, cosifica, a las personas de cuidado. Es decir, estas son reducidas a la enfermedad que portan, a la intervención pronta a realizar. En relación al código y las dificultades en la instauración de planes de humanización, El principal tropiezo para instaurar planes de humanización del cuidado, es que la humanización es una actitud, una cuestión de principios y convicciones, no de normas y reglamentos, si bien considera que una parte de la normatividad y reglamentación puede facilitar la humanización (como el simple hecho de presentarse ante el paciente, de tratar al paciente por su nombre). (Velasco Rodríguez (citado por Amezcua, 2018, sección Dificultades en la instauración de planes de humanización, 1er párrafo</p>
<p>E.1: [...] empecé a estar más tiempo con el paciente, a escucharlo, a evacuar sus miedos, sus dudas. En el momento que el paciente, siempre entendimos que el paciente estaba solo y tenía miedo ahí adentro, pero ahora es como que se lo hace más, un poco más de apoyo ¿no? E.2: [...]La tercera era como que nos quedábamos más con los pacientes, hablábamos con ellos y siempre tratábamos de acompañarlos lo más que podíamos, [...] E.2: pero siempre se trató de hablar con las personas, para ver cómo se sentían. [...]Esa comunicación así entre el paciente, nosotros y su familia, para que ellos estuvieran tranquilos, también. E.3: [...] una vez que tenías ese material, que te sentías más seguro, [...] podías tener más tiempo,</p>	<p>REPENSAR EL CUIDADO</p>	<p>El trabajar en un servicio con <u>personas lucidas</u>, sumado a las <u>actualizaciones</u> respecto al virus SARS COV2 y la implementación de la vacuna, favoreció y dio lugar a una mejor comunicación, y relación enfermero- persona de cuidado. Se podría decir que hay un antes y un después. Antes o al inicio de la pandemia con escasa evidencia científica se procedía con protocolos muy rígidos (para evitar la propagación del virus), y sin inmunización específica. A medida que surge evidencia nueva se resignifica /modifica el cuidado. <u>Se repiensa en el cuidado</u>, además en el sentido, de que la pandemia, hizo dar cuenta, de que nuestra unidad de cuidado son las personas y que estas <u>poseen necesidades psicosociales</u>. Alude a una relación más humana, en la que <u>dió lugar al cuidado integral</u>. Andreu et al. (2020) refiere “Esta experiencia las hizo crecer como profesionales y como personas, puesto que cumplieron con su deber en un desastre mundial y proporcionaron a sus pacientes cuidados de calidad” (p.155) Referido al cuidado enfermero, Gastmans, (citado por Salazar Maya y Martínez de Acosta, 2008) de acuerdo con Peplau refiere, la comunicación humana, las actitudes profesionales, la información son los ejes centrales del cuidado, puesto que la enfermera es un profesional con un conocimiento especializado y una competencia que se traduce en servicios que los pacientes requieren porque</p>

<p>darle una mejor atención al paciente, hasta una mejor contención, [...]</p> <p>E.3: [...] podías dedicarle más tiempo porque cuando no tenías, no sentías esa seguridad. No podía estar mucho tiempo expuesto a este virus, entonces</p> <p>E.3: Y el tema de la relación con el paciente, no es lo mismo, hay algo diferente que ya no es solo un paciente, es un ser humano, es una persona que está por una necesidad, entonces estás más atento a esa necesidad, estás más humano que antes. No es que nunca, más, que nunca fuimos humanos. Somos humanos, pero a veces lo tomamos con una liviandad como “bueno, sí o qué espere que esto” pero uno está más atento a esas necesidades, a ver cómo está el paciente, a ver que necesita, a contenerlo. [...]</p> <p>E.3: No, uno se siente mejor. Porque uno sabe que está haciendo su trabajo y que está ayudando a la persona, [...]estás con la persona, la estás acompañando, [...]</p> <p>E.5: [...] uno notaba en realidad que tenía una necesidad de querer hablar [...]me quedaba con ellos ahí adentro y ponele, podían pasar dos horas.</p> <p>E.5: [...] siempre fui muy comprometida con mi trabajo, ehh, pero con el tema de la pandemia desarrollé aún más la escucha activa, y la empatía, la verdadera empatía con las personas [...]</p> <p>E.5: sentía como que realmente los podía escuchar y podía comprenderlos. [...] realmente necesitaba estar con ellos ahí y poder escucharlos, [...]</p>		<p>tienen problemas o inquietudes para los cuales la enfermera puede proporcionar intervenciones adecuadas, y es fructífera cuando el método de comunicación significa que se está trabajando en la situación. (p.110)</p>
--	--	--

<p>E.5: [...]yo me ponía a orar con ellos. O sea, por ellos. Muchas veces tenían la Biblia en la mesita Y yo le decía “¿Quieres que te lea un versículo?” sentía esa necesidad de hacerlo, Y cuando leía, ¿viste? Era como que se podía ver cómo se relajaban [...]Y salía también un poco más fuerte de la sala, Pero por dentro también me sentía destruida. [...]</p>		
--	--	--

CATEGORÍA EMPIRÍCA	RELACIÓN CON GRUPO FAMILIAR DE LAS PERSONAS DE CUIDADO	
RELATOS	CÓDIGO	SIGNIFICADO
<p>E.1: y en la terapia estuvo siempre cortada la visita viste, asique no teníamos relación, el médico una vez al día o cada dos días daba un parte por teléfono, al hospital no se acercaba la visita.</p> <p>E.1: Cuando te cruzas en el pasillo digamos [...] Asique que sí, si te cruzan en el pasillo y te preguntan algo, vos le hablas, le contestas, lo que pregunta, pero no es que entra la familia y vos te acercas.</p> <p>E.3: Y al principio no mucho, porque viste que no se podía, no podía ingresar la familia</p>	<p>COMUNICACIÓN CON LA FAMILIA AUSENTE</p>	<p>Hace referencia a que el grupo familiar, no podía tener ningún contacto con la persona que cursaba la internación, ni tampoco tenían acceso a la contención emocional por parte del equipo de enfermería.</p> <p>Por otro lado, indica que <u>enfermería no tiene la iniciativa para entablar una comunicación con la familia</u>, si surge ésta, es a raíz de interrogantes que manifiestan los familiares</p> <p>Al respecto El Ministerio de Salud Argentina, (s.f.) manifiesta que “Se minimizarán a lo indispensable las visitas familiares y los controles de enfermería. Se debe permitir que los pacientes tengan sus dispositivos de comunicación electrónica para facilitar la comunicación tanto con el personal de salud como con sus familiares” (Sección manejo del paciente, párrafo 3)</p>
<p>E.2: [...] en la primera ola, los familiares de los pacientes que estaban internados traían las cosas [...] hacíamos por ahí un intercambio de palabras con la familia que se encuentra de tal y tal forma, más allá de que los médicos dan el pase.</p> <p>E.3: [...] nos daban un papel que la familia le escribía al paciente y le firmaban todo, hijos, nietos, todo. Y si nosotros se lo llevábamos, y se los pegamos en la pared para que vea que estaba su familia acompañándolo. [...]Pero lo poco que tuvimos siempre, siempre te va a preguntar la familia como esta, y uno le da, no le da mala información, uno le da buena información, le decís, que está bien, que la está peleando, [...]</p> <p>E.5: ¿Vos quieres que te diga sí se va a morir? Si me dijo “sí, Perdonadme, perdóname, pero, [...] y el chico me abraza y se larga a llorar y nos pusimos a llorar. [...]</p>	<p>ADECUACIÓN DEL CUIDADO – SE RETOMA LA COMUNICACIÓN</p>	<p>En contexto de la pandemia las visitas de las familias a las personas de cuidado estuvieron en un momento interrumpida. Frente a esta situación, el servicio de Cuidados progresivos, <u>encontró la manera de mantener una comunicación con los familiares</u>. Luego, la visita se fue habilitando paulatinamente, en donde, <u>en enfermería, era quien establecía una relación con la familia</u>, si la persona de cuidado permanecía en aislamiento, hasta que, más tarde, con los protocolos de bioseguridad correspondientes pudieron ingresar, <u>La familia acude a Enfermería para preguntar sobre la salud de su familiar</u>, en esta comunicación el equipo enfermero <u>trata siempre de dar un mensaje con una connotación positiva</u>, tal es así que responder, o <u>dar un mensaje poco esperanzador, de índole negativo, triste, genera una situación incómoda</u>, ya que muchas veces lo que se comunica, es de competencia médica. En esta adecuación de cuidado también dio lugar a la contención de la familia.</p> <p>Al igual que los relatos de esta investigación, Pacheco Sánchez, P., B., Saavedra Covarrubia, M., E., (2021) refieren, “al paciente se le lee una carta, se le muestra una fotografía a fin de que ellos sientan tranquilidad durante la hospitalización” (p.104)</p>

<p>E.5: [...] ellos también veían que su familiar estaba mal. Y ellos después iban y te agradecían “gracias por decirme las cosas, por esto, lo otro.</p>		
<p>E.1: [...]se lo trata de tener comunicado al paciente, con el teléfono, directamente con su familia</p> <p>E.5: [...] me dice “quiero hacer una video llamada” Y yo buscándole señal ahí en el teléfono, en la habitación para que ella pudiese hacer una video llamada</p>	<p>TELÉFONO COMO MEDIO DE CONTENCIÓN</p>	<p>Hace referencia a que las personas de cuidado pueden portar su móvil durante la internación, para obtener de esta manera una comunicación y contención de la familia, siendo esto beneficioso para las personas de cuidado. Alude, además que este es utilizado para efectuar reclamos hacia el personal.</p> <p>Durante la hospitalización del paciente con COVID-19, las video llamadas son consideradas una estrategia para el encuentro entre el paciente y la familia, [...] El profesional que acompaña durante la interacción comunicativa se convierte en nexo entre la familia y el paciente, asumiendo un rol secundario durante el encuentro. (Pacheco Sánchez, P., B., Saavedra Covarrubia, M., E., 2021, p. 104)</p>

CATEGORÍA EMPIRICA:	RECONOCIMIENTO	
RELATOS	CÓDIGO	SIGNIFICADO
<p>E.1: [...] se estaba muriendo [...] tenías que entrar a las corridas a hacer algo por el paciente [...]. Y leo una nota en el diario o en el face, de este mismo paciente, Que le agradecía a los médicos y a los kinesiólogos que le habían salvado la vida. (Risa resignada) eso me dio una impotencia, (se quiebra), Silencio</p> <p>E.1: [...]Como experiencia, fue una linda experiencia, aunque no fue bien, no fue reconocida, [...]</p> <p>E.1: [...] igual la gente, vos le preguntas y te habla del médico, que el médico de la guardia hizo tal y tal, es mentira, el que hizo eso fue el enfermero. Silencio.</p> <p>E.2 por parte del hospital, hasta el día de hoy, nadie vino a acercarse a decirnos nada, nada de nada. Las reuniones que tuvimos fueron siempre todas pálidas, nunca hicimos las cosas bien [...]</p> <p>E.4: [...] pero el gobierno, bueno, yo no solamente hablo de la parte monetaria, sino de que ellos tampoco le importaron que tuviéramos el equipo, sino nos mandó a trabajar así y arréglese [...]</p> <p>E.5: [...]sentí que realmente no era valorado en el personal de salud cuando falleció la compañera Mónica [...] te juro, nunca vi a la directora, yo tenía la esperanza de que un día fuera a ver cómo estaba y no.</p>	<p>AUSENCIA DE RECONOCIMIENTO</p>	<p>Para las personas entrevistadas, el gobierno, los directivos y jefes de departamento no reconocieron nunca la labor de enfermería frente a la pandemia. Justifican lo dicho, con el hecho de no obtener una remuneración justa, ni proveerlos de recursos esenciales como lo era EPP frente a un virus altamente contagioso.</p> <p>Por otro lado, en relación a la sociedad, y las personas de cuidado, y el hecho de trabajar arduamente cuidando a una persona, y a la vez correr el riesgo de enfermar o contagiar a sus seres queridos, y luego no ser reconocido causa sentimientos de indignación y enojo.</p> <p>Respecto a la sociedad, el deseo que deje de pensar en los médicos como los únicos protagonistas o responsables de resguardar una vida, y que vean, además, a enfermería como un grupo de profesionales, que hacen y trabajan efectivamente con las personas de cuidado, y más aún en contexto de la pandemia ya que eran quienes más cercanía tienen con las personas de cuidado.</p> <p>En relación al reconocimiento del gobierno, Montes Berges y Ortúñez Fernández, (2021) refieren que, “el personal sanitario estaba fuertemente influidas por la orientación política que tuvieran. Las personas que se han definido de izquierdas se mostraban más satisfechas, seguras, cuidadas y protegidas que el resto de las orientaciones políticas” (p.265).</p> <p>Las autoras citadas anteriormente, indican en relación a los EPP, el personal [...] trabaja para paliar esta pandemia. Las condiciones en las que lo hacen se han ido deteriorando con el paso de los días, tal y como describen los medios de comunicación ante la falta de equipos de protección individual (EPI), el reparto de mascarillas defectuosas y la presión asistencial. (P.255)</p> <p>Por otro lado, la familia de los enfermeros, ante el miedo que ocasionó la pandemia, no comprende el trabajo de enfermería.</p> <p>En este sentido, las autoras mencionan “Los trabajadores de salud [...] pueden experimentar distanciamiento social, cambios en el comportamiento de sus familiares y pueden ser estigmatizados como presuntos portadores de la enfermedad. Pueden desarrollar tristeza, enojo o frustración” (p.264).</p>

<p>E.5: ehh sentí en realidad como un rechazo, obviamente, era bien notable, eh hasta por mi familia, porque ellos sabían la carrera que yo había elegido [...]</p>		<p>Andreu et al. (2020) respecto al código indican, “Se sintieron razonablemente apoyados por la institución, aunque pensaron que los test diagnósticos para el personal se hicieron con mucho retraso” (p.155).</p> <p>De igual forma, como indican Castro et al. (2020) “las dimensiones interacción social y aspectos organizacionales al igual que en Remuneración del rendimiento notamos un riesgo bajo, [...] manifestándose con un buen sentido de trabajo en equipo y que los trabajadores se encuentran confortables con el salario percibido por sus funciones” (p.80).</p> <p>Con respecto a la familia de los profesionales, los autores citados anteriormente refieren, “que sus familias estaban preocupadas por ellas” (p.155).</p> <p>Cáceres Rivera, (2021) manifiesta, “[...]es muy bien conocida la crisis del sector salud en medio de la cual trabajan muchos de los profesionales de la enfermería, donde en algunos escenarios se labora sin recibir una remuneración digna [...] (p.117).”</p> <p>En cuanto a la representación social de enfermería, Viú, (citada por Federico, et al, 2021) refiere, (e)l foco sigue puesto en la reactualización del modelo médico biológico hegemónico [...]. Hay un montón de personas que en salud tratamos de tensionar ese modelo, pero dado el contexto eso se reactualiza (p.18).</p> <p>tenemos que hacer todo lo posible para que esos medios que nos ignoran, conozcan la verdadera calidad profesional, científica y humana de las enfermeras y lo mucho que aportamos a la salud de las personas, y lo que es más importante, se lo transmitan fielmente a la sociedad y así esta no nos ignore. Si no estamos en los medios, no existimos (Calvo Calvo, citado por Federico et al 2021, p.15)</p>
<p>E.2: [...]pero el reconocimiento de los familiares, de la gente que se fue de alta [...]es lo que más nos llenaba a nosotros que venían y agradecía.</p> <p>E.3: [...]el mayor reconocimiento te lo da el paciente que lo atendiste, que fue, salió y está con vos eternamente agradecido [...]</p>	<p>RECONOCIMIENTO DESDE LOS FAMILIARES Y PERSONAS CUIDADAS</p>	<p>la familia y las personas de cuidado fueron quienes reconocen y agradecen del cuidado enfermero, siendo este gesto un desencadenante de emociones como alegría y satisfacción</p> <p>Andreu et al. (2020), mencionan que “Los pacientes no se mostraron especialmente demandantes de cuidados y se preocupaban por la situación de las enfermeras, les daban ánimos y se mostraban agradecidos por su trabajo y dedicación” (p.154).</p>
<p>E.2: [...]como que antes lo vieron, ¿porque ahora no lo hacen? Es como que se dio vuelta todo, si reclamas, está mal, pero si trabajas, por ejemplo, en primera línea, “¡si sos el más grande!</p>	<p>RECONOCIMIENTO MOMENTÁNEO</p>	<p>Hace referencia a que la sociedad en un primer momento sí ve, entiende y empatiza con el equipo de salud y que se encuentra en "primera línea", frente a una pandemia, pero que luego al paso del tiempo y a la hora de que este mismo</p>

<p>E.3: [...]empezaron aplaudiendo y un tiempito después no pasó más nada y hoy en día ya como que estamos en la misma</p> <p>E.5 Por ejemplo, en mi barrio aplaudiendo, al personal de salud. Bueno, lo hicieron dos o tres veces y un día que fui a comprar. “¿Pero ¿qué haces vos acá? Si vos sos enfermera y seguramente podés tener covid” [...]</p>		<p>equipo reclama mejores condiciones salariales y laborales la sociedad se molesta.</p> <p>Antes de la pandemia, la imagen pública de la enfermería ya era paradójica, entre la imagen de una mujer sacrificada, samaritana, o una mujer de vida licenciosa. La no coincidencia entre la identidad profesional y la imagen pública es porque esta última (Federico et al, 2021, p. 15)</p> <p>Refiere Calvo Calvo (citado por Federico et al 2021) que conviven aún con la imagen de una profesión escasamente cualificada, de una actividad que por sus características está estrechamente ligada al género femenino, o con la imagen de la enfermera que ha condicionado determinado cine, sobre todo el cine porno y la publicidad (p.15).</p> <p>Por otro lado, Girvin, Jackson y Hutchinson (citado por Federico et al 2021) señalan que, si bien los profesionales en enfermería gozan de una enorme confianza por parte del público, esta confianza está lejos de basarse en el conocimiento del impacto de dichos profesionales en la salud. Más bien se sostiene bajo “estereotipos tradicionales”, más sentimentales, sobre una mujer joven, desinteresada y trabajadora. Esto, veremos, no ha cambiado durante la pandemia (p.15).</p> <p>Empleado en palabras de Andreu et al. (2020). “Inicialmente sintieron la solidaridad por parte de la sociedad que diariamente se convocaba para aplaudirles, pero también pensaron que había otros medios para recompensarlos; algunas sintieron rechazos puntuales, incluso en algún momento llegaron a sentirse discriminadas” (p.155).</p>
---	--	---

CATEGORIA EMPÍRICA	CONTEXTO HOSPITALARIO	
RECONOCIMIENTO	CODIGO	SIGNIFICADO
<p>E.3: Y.... el material, el material creo que también fue eso, porque que te dije que el compañero se compraba. [...]</p> <p>E.4: [...]dice “Pero Cristina, no tenemos recursos” [...] a ellos le daban amonio. A nosotros nos ratoneaban el amonio [...]</p> <p>E.5: [...] después a lo último que nosotros usamos los camisolines, prácticamente de tela de cebolla, eso de tanto y tantas veces que los lavaba.</p>	<p>CARENCIA DE RECURSOS – DIFERENCIAS ENTRE LOS DISTINTOS SERVICIOS</p>	<p>Hace referencia a que el Hospital Cipolletti, no disponía, o <u>eran escasos los recursos materiales para la protección personal</u>, haciendo énfasis en el amonio cuaternario y en los camisones, que son descartables, se lavaban y se reutilizaban y además se observó una <u>distribución poco equitativa entre los servicios del mismo</u>. Esta situación genero <u>un condicionante “extra” a la hora de brindar los cuidados enfermeros</u>. Por otro lado, se manifiesta el mal estado de las camas de las unidades, y como enfermería ante esto, se ingenia para cumplir con los fines terapéuticos.</p> <p>De acuerdo con Salvatierra et al. (2021) “La enfermedad actual, ha desafiado todos los componentes del sistema de salud: gobernanza, financiamiento, servicios de salud, insumo y equipamiento, sistema de información y recursos humanos. También ha puesto en evidencia problemas estructurales e históricos de los sistemas de salud” (p.51). Los autores mencionados anteriormente refieren que La disponibilidad o ausencia de EPP pone en juego incluso hasta la calidad de atención que se pueda otorgar a los pacientes, demostrando la importancia de cuidar a quien, en este momento tan crucial de la historia de la humanidad, se encuentra ofrendando hasta su propia vida por salvar, la de los demás, es importante acotar que, muchos profesionales del equipo sanitario se han contagiado e incluso han llegado a fallecer por el virus. (p.51)</p> <p>Al respecto Cáceres Rivera, (2021) refiere que, “[...]en un mundo en donde cada vez los recursos para la salud son menos, forzándolos a condiciones laborales precarias, con recortes en el personal y aumento de la razón enfermera-paciente” (p.117).</p>
<p>E.3: [...] como compañeros es que a medida que iba cayendo uno, íbamos nosotros conteniéndolo, porque también eso, también hubo una falencia en el sistema [...]</p> <p>E.5: por parte de una de las jefas me sentí de lo peor, humillada, abandonada. Mal, mal, mal, mal, mal [...]como cinco días mal y vine a trabajar igual, porque yo tenía que esperar que ella me mandara</p>	<p>SEGUIMIENTO DEL PERSONAL</p>	<p>Hace referencia a las falencias que hubo desde la gestión de enfermería, ya que, en un primer momento <u>no se acompañó al capital humano, ni se le brindo contención frente a un contexto de pandemia</u>, donde el personal también contrajo el virus. Por otro lado, no se realizaban las pruebas diagnósticas de Covid, aun cuando manifestaban tener síntomas del mismo.</p> <p>En referencia a las pruebas diagnósticas Tosaus et al. (2021) refieren “[...] el porcentaje de pruebas diagnósticas que se llevó a cabo en el personal de enfermería durante la pandemia fue muy reducido. Menos de la mitad del personal afirmó haberse realizado una prueba diagnóstica [...]” (p.3).</p>

<p>aviso porque el protocolo era así, tu jefa te tiene que mandar a hisopar</p>		<p>En relación a la necesidad de contención hacia el personal, Delgado Lozano y Gómez Fuentes (2021) afirman “Se constata también a través de las respuestas de texto libre la existencia de una madeja de emociones que ha provocado un desgaste emocional muy intenso en los profesionales sanitarios” (p.13).</p>
---	--	--

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS FINALES

Conclusiones

La investigación realizada permitió responder al interrogante inicial y al objetivo planteado, referido a las vivencias acerca del cuidado enfermero que se brindó a las personas portadoras del virus SARS-CoV-2, en contexto de la pandemia COVID-19.

Siguiendo a Vigotsky, el termino vivencias, hace referencia a las situaciones influenciadas por el ambiente y el singular de cada persona. Frente a un fenómeno, como lo es, la pandemia por el COVID-19, el personal de enfermería, experimenta, de manera excepcional una nueva forma de cuidado. Cada enfermero/a lo vive y lo afronta de acuerdo a su índole personal. En este contexto, esa acción recíproca planteada por Peplau se modifica, por lo que las experiencias de cuidado tendrán una connotación única y particular. En este sentido, procurando comprender las vivencias, estas se refieren a las siguientes categorías operativas:

- Sentimientos o “experiencias” del personal de enfermería respecto al cuidado enfermero en contexto de la pandemia

El personal de enfermería, a raíz de los protocolos de bioseguridad, por el desconocimiento del virus SARS-CoV-2 vivencia una experiencia cuidado “parcializado”, reducido a intervenciones mínimas. Este modo de cuidar se “rompe” cuando las personas de cuidado requerían otros cuidados. En este sentido enfermería asume una actitud empática, brindando así un cuidado más humanizado.

Enfermería, se encontró ante dos escenarios, por un lado, su familia y seres queridos, y por otro las personas de cuidado, sumándose así, durante la pandemia, nuevos sujetos de cuidado. Enfermería debía cuidar a las personas de cuidado, a la vez auto cuidarse, para así cuidar a su entorno.

Tal situación generó en el conjunto enfermero sentimientos ambivalentes. Tal conclusión es concordante con lo que refieren Aragón et al., 2021, haciendo alusión al

conjunto enfermero como “segundas víctimas”. En contexto de pandemia, donde hubo muchas personas fallecidas en las camas del hospital, sumado la muerte de colegas, o estado crítico de familiares, a los que enfermería cuidó, genero una experiencia negativa, donde prevalecieron sentimientos como la incertidumbre, la vivencia de un caos, que no podían manejar. Por otro lado, la muerte de las personas sin el acompañamiento de sus seres queridos, genera en enfermería mucha tristeza. En tal sentido en el Hospital Dr. Pedro Moguillansky, se padeció el fallecimiento de colegas, pero también, el conjunto enfermero y equipo de salud sufrió afecciones físicas y psicosociales.

- Relación terapéutica enfermero- persona de cuidado

Al transcurrir el tiempo y las diferentes olas de COVID-19, de la mano con las actualizaciones científicas, y las inmunizaciones, el personal fue adquiriendo más seguridad, lo cual repercutió de manera favorable en el cuidado enfermero brindado. La pandemia dio lugar a que las necesidades psicosociales de las personas de cuidado se hagan más visibles, en tanto el personal resignifica y repiensa el cuidado enfermero, dándose este de manera más humanizada e integral.

Respecto a las categorías empíricas que surgieron en esta investigación se concluye:

- Relación con grupo familiar de las personas de cuidado

Esta categoría presenta dos momentos, el inicio de la pandemia en el que la visita a las personas que cursaban internación, estaba interrumpida, por lo que la comunicación con la familia fue ausente, y más tarde, donde esta situación, se fue revirtiendo, y se retoma la comunicación a raíz de las estrategias implementadas por el conjunto enfermero y el progresivo reingreso de la familia con protocolos de bioseguridad.

- Reconocimiento

El personal entrevistado, percibe ser reconocido por las personas de cuidado y la familia de estos, no así por el gobierno, directivos. En cuanto a la sociedad sintieron un reconocimiento momentáneo.

- Contexto hospitalario

En el hospital Dr. Pedro Moguillansky, los recursos materiales eran escasos, y no se distribuían equitativamente. Esta circunstancia generó un condicionante “extra” a la hora de brindar los cuidados enfermeros. Por otro lado, el personal considera una falencia el no acompañar, ni brindar contención al capital humano que se encontraba frente a una pandemia.

Sugerencias

Sería interesante, para el conjunto enfermero, recuperar encuentros en los que la temática a abordar sean las vivencias durante la pandemia por el COVID-19, en relación al cuidado enfermero, permitiendo así, no solo contar, sino dar lugar a la resignificación de lo ocurrido y vivenciado.

La puesta en común sobre el afrontamiento de las situaciones de pérdida de las personas de cuidado y como se está cuidando actualmente es relevante porque permitirá un mejor afrontamiento e intervención en situaciones similares.

Además, ante las vivencias relatadas, se sugieren investigaciones que indaguen la prevalencia del duelo en el personal de enfermería.

Referencias Bibliográficas

- Allande Cussóa R., Navarro Navarro C., Porcel Gálvez, A., M., (2021). El cuidado humanizado en la muerte por COVID-19: a propósito de un caso. *Enfermería Clínica* 31 562-567
- Amezcuca, M., (2018). La Humanización del Cuidado: entre el deseo y la necesidad. *Rev. Paraninfo Digital*, 28. <http://www.index-f.com/para/n28/col001.php>
- Andreu Periz, D., Ochando García, A. y Limón Cáceres, E. (2020). Experiencias de vida y soporte percibido por las enfermeras de las unidades de hemodiálisis hospitalaria durante la pandemia de COVID.19 en España. *Enferm Nefrol*, 23 (2),148-159. <https://doi.org/10.37551/S2254-28842020022>
- Aragón Castilla, A., Mira, J., J., Cobos Vargas, A., Martínez García, O., B., Bueno Domínguez, J., Astier Peña, P., Pérez Pérez, P., Carrillo Murcia, I., Guilabert, M., Pérez-Jover, V., Fernández Peris, C., Vicente Ripoll, M., A., Vitaller Burillo, J., Herrera Cuenca, J., F., Guilabert Giménez, A., Lahera Martín, M., Silvestre Bustos, C., Lorenzo Martínez, S., Sánchez Martínez, A., Torijano Casalengua, M., L., ...Aranaz Andrés, J., M.(2021) SER+Contra COVID-19 Recomendaciones en la post-crisis sanitaria. España: Grupo de Estudio Segundas Víctimas por SARS-CoV2. <https://segundasvictimas covid19.umh.es/p/inicio.html>
- Benavent Garcés, A., Ferrer Ferrandis, E. y Francisco del Rey, C., (2003). *Fundamentos de Enfermería*. Difusión de avances de Enfermería. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=655756>

- Cáceres Rivera, (2021) Enfermería, pandemia y fatiga por compasión: una reflexión general sobre el 2020. *Rev. cienc. Cuidad* ;18(1), 116-123.
<https://doi.org/10.22463/17949831.267>
- Cárdenas Fernández, M., Pinto Rojas, F., Reina Caballero, R., Remuzgo Artezano, A., y Jiménez Rodríguez, G. (2018). Experiencias de enfermería ante la muerte neonatal: Una mirada fenomenológica. *Revista Ágora Cient.*, 05 (02), 1-5. Doi: <http://dx.doi.org/10.21679/arc.v5i2.116>.
- Cassiani, S.H.B., Munar Jiménez, E.F., Umpierrez Ferreira, A., Peduzzi, M. y Leija Hernández, C. (2020). La situación de la enfermería en el mundo y la Región de las Américas en tiempos de la pandemia de COVID-19. *Revista Panam Salud Pública* 44 (64), 1-2. Doi: <https://doi.org/26633/RPSP.2020.64>.
- Castro Ayala M., G., Noroña Salcedo D., R. & Morillo Cano J., R. (2020) Factores de riesgo psicosociales y work engagement en personal de enfermería de aislamiento y UCI del Hospital Luis Gabriel Dávila. *Horizontes de Enfermería*, (10),76-86.
<https://doi.org/10.32645/13906984.995>
- Cruz Juárez, A., A., Pantaleão, E., Sobrinho, R., C., Hora, J., Bazilatto, A., (2016). Vivencias de los estudiantes con discapacidad en el contexto de una universidad pública mexicana. *Rev. Eletrônica de Educação*,10(3),383-399. <http://dx.doi.org/10.14244/198271991866>
- Del Cueto J. D. (2015). Dos nociones para un enfoque no escisionista de las emociones y la afectividad: Situación social del desarrollo y vivencia en Vigotsky. *Perspectivas en psicología*, 12(1), 29-35.
- Delgado Lozano, C. y Gómez Fuentes, A., (2021). Percepciones de los profesionales del Hospital Virgen de la Victoria tras la primera ola COVID-19. *Revista Enfermería Docente*, (113), 9-13.

- Federico, L. Giri, L.A., & Pérez, S.G. (2021). ¿Qué hace a la enfermería especial? La imagen de la profesión en tiempos de pandemia. *Cuadernos Filosóficos*, 18. <https://doi.org/10.35305/cf2.vi18.138>
- García, J.; Giacobbe, M S (2009). *Los métodos, entre lo cuantitativo y lo cualitativo*. En: García, J.; Giacobbe, M S: Nuevos desafíos en investigación, Teorías, métodos, técnicas e instrumentos. Homo Sapiens Ediciones.
- Gómez Fuentes, A. y Fernández Martín, G., (2021). En tiempos de pandemia, hablemos de cuidados... *Revista Enfermería Docente* 113(3),3
- González Gil, T y Cano Arana, A (2010). Introducción al análisis de datos en investigación cualitativa: Tipos de análisis y proceso de codificación (II), *Revista Nure de Enfermería*, (45), 1-10
- Guerra Ramírez M., Rojas Torres L., Tafur Castillo J., (2022) del duelo frente al COVID en estudiantes y profesores de enfermería.; *Rev. cienc. ciudad* 19(3), 56-66 <https://doi.org/10.22463/17949831.337>
- Guzmán Gómez, C. y Saucedo Ramos, C., L., (2015). Experiencias, vivencias y sentidos en torno a la escuela y a los estudios. *Revista Mexicana de Investigación Educativa* 20 (67), 1019-1054.
- Hernández Zambrano, S., M., (2020) El valor del conocimiento en tiempos de Covid-19. *Índex de enfermería*, 29(4), 193-196. <http://ciberindex.com/index.php/ie/article/view/e32941>
- Jackson, D. & Usher K. (2020) COVID-19: Resiliencia y la Fuerza Laboral de los Profesionales de Enfermería. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*,22,1-3. [https://revistas.javeriana.edu.co/files-articulos/IE/22%20\(2020\)/145263339002/145263339002_visor_jats.pdf](https://revistas.javeriana.edu.co/files-articulos/IE/22%20(2020)/145263339002/145263339002_visor_jats.pdf)

López Restrepo, J., J. y Lozano Ramírez, J., C., (2016). Niveles de Ansiedad y Estrategias de Afrontamiento de un Grupo de Estudiantes Universitarios en el Valle de Aburrá (proyecto de grado). Corporación Universitaria Minuto de Dios- Seccional Bello. Antioquia.

<https://repository.uniminuto.edu/bitstream/10656/6031/1/TESIS%20DE%20GRADO%20NIVELES%20DE%20ANSIEDAD%20FINAL.pdf>

Marqués Andrés, S., (1995). Cuidar con cuidado. Recuperado de https://www2.ulpgc.es/hege/almacen/download/8/8742/Cuidar_con_cuidado.pdf

Merlino, A., (2009). *Investigación cualitativa en Cs Sociales*. Cengage Learning.

Ministerio de Salud Argentina, manifiesta (s.f.) Covid-19 Recomendaciones para la implementación de triage. <http://www.argentina.gob.ar/salud>

Ministerio de Salud de Río Negro (2021). Normas de bioseguridad. Plan operativo para atender la emergencia provincial COVID-19, Viedma- Río Negro.

Montes Berges, B., y Ortúñez Fernández, M., E., (2021). Efectos psicológicos de la pandemia Covid 19 en el personal del ámbito sanitario. *Enfermería Global*,2(62), 254-268. <https://doi.org/10.6018/eglobal.427161>

Organización Mundial de la Salud. (19 de mayo de 2020). 73° Asamblea Mundial de la Salud. Resolución 73.1: Respuesta a la COVID-19. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA73/A73_R1-sp.pdf

Pacheco Sánchez, P., B., Saavedra Covarrubia, M., E., (2021). La comunicación del profesional de enfermería con pacientes hospitalizados por COVID-19 en un hospital público de Chiclayo. *ACC CIETNA* 9 (1) 93-107

Pineda, E.; Alvarado, E. (2008). *Metodología de la investigación*. 3º Edición. OPS/OMS.

Ruíz Aguilar, A. y Lara Domínguez, P., (2021). Cuidados al paciente COVID en una unidad de cuidados intensivos. *Revista Enfermería Docente*, (113), 56-61.

Ruiz Olabuénaga, J. I. (2003). Diseño Muestral. En: Ruiz Olabuénaga, J. I, *Metodología de la Investigación Cualitativa*. 3ª. Edición. Universidad de Deusto. Bilbao.

Salazar Maya, A., A. y Martínez de Acosta, C., (2008). Sobrevuelo por algunas teorías donde la interacción enfermera- paciente es el núcleo del cuidado. *Avances en enfermería* 26, (2), 107-115.

<http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/12945/13541>

Salvatierra Ávila, L., Y., Gallegos Gallegos, E., M., Orellana Peláez, C., A. y Apolo Guaman, L., A., (2021). Bioseguridad en la pandemia Covid-19: Estudio cualitativo sobre la praxis de enfermería en Ecuador 2020. *Boletín de malariología y salud ambiental*, LXI (1), 47-53.

Sampaolesi, I. y Sucre, G., (2022) *Obstáculos en el uso de los equipos de protección personal (EPP) en contexto de pandemia* [Tesis de grado, Universidad Nacional de Córdoba] Repositorio Digital UNC <https://rdu.unc.edu.ar/handle/11086/29165>

Scribano, O., A. (2008). *La investigación social cualitativa*. Prometeo Libros.

Tosaus catalán, P., Voicu, A., García Villarroja, B., Ruiz Cuenca, V. y Sacristán López, P., (2021). Prevalencia de las pruebas diagnósticas realizadas al personal de enfermería durante el Estado de Alarma por la COVID-19. *Revista Evidentia*, 18, 14.

Ulrich, CM., Rushton, CH., Grady, C. (2020). Enfermeras frente al coronavirus: retos superados y lecciones aprendidas hasta la fecha. *Enfermería Outlook*, 68(6), 838-844. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2020.08.018>.

Vasilachis de Gialdino, I. (Ed). (2006). *Estrategias de la investigación cualitativa*. Gedisa, S.A.

Vinueza Veloz, A.F., Aldaz Pachacama, N. R., Mera Segovia, C.M., Pino Vaca, D.P., Tapia

Veloz, E.C. y Vinueza Veloz, M.F. (2020) Síndrome de Burnout en médicos/as y

enfermeros/as ecuatorianos durante la pandemia de COVID-19.

<https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.708>

ANEXOS

Guion de entrevista

- ¿cómo fue su experiencia de cuidado en tiempos de pandemia?

Guion de temas

- Sentimientos del personal de enfermería respecto al cuidado enfermero en contexto de la pandemia

- Relación terapéutica enfermero- persona de cuidado

Consentimiento informado

Yo _____ declaro

que he sido informado e invitado a participar en una investigación denominada “Vivencias de enfermería frente a la pandemia Covid-19”, éste es un proyecto de investigación científica que cuenta con el respaldo del Hospital Dr. Pedro Moguillansky. Entiendo que este estudio busca Comprender las vivencias que refiere el personal de enfermería, acerca del cuidado enfermero que se brinda a las personas portadoras del virus SARS-CoV-2, en contexto de la pandemia covid-19. Sé que mi participación se llevará a cabo en..... o por video conferencia/ llamada, en el horario..... y consistirá en responder a una entrevista en profundidad que será grabada, y que demorará alrededor de cuarenta minutos.

Me han explicado que la información registrada será confidencial, y que los nombres de los participantes serán asociados a un número de serie o letra, esto significa que las respuestas no podrán ser conocidas por otras personas ni tampoco ser identificadas en la fase de publicación de resultados.

Estoy en conocimiento de que podre tener acceso al resultado de la entrevista con el fin de ratificar o rectificar mi relato, y que no habrá retribución por la participación en este estudio, sí que esta información podrá beneficiar al colectivo enfermero. Asimismo, sé que puedo negar la participación o retirarme en cualquier etapa de la investigación, sin expresión de causa ni consecuencias negativas para mí.

Sí. Acepto voluntariamente participar en este estudio y he recibido una copia del presente documento.

Firma participante:

Fecha:

Hojas de firmas

CUÉNTAME COLEGA Vivencias de enfermería frente a la pandemia Covid-19



Tesista

Jessica J. Marilyn Alvarez



Co-directora

Lic. María Cristina Carbajal



Directora

Lic. Graciela Noemí Andión