

UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO

FACULTAD DE ENFERMERÍA

UNIDAD DE POSGRADO



TESIS

**Vivencias de los profesionales de enfermería que trabajan, unidad
de cuidados intensivos covid, de un hospital essalud**

Chiclayo 2021

PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL

**“ÁREA DEL CUIDADO PROFESIONAL: ESPECIALISTA EN
ENFERMERÍA EN CUIDADOS CRÍTICOS CON MENCIÓN EN
ADULTO”**

Investigadoras:

Lic. Enf. Atoche Reaño Maria De Fatima

Lic. Enf. Diaz Davila Dayani Stephany

ASESORA:

DRA. MARÍA MARGARITA FANNING BALAREZO

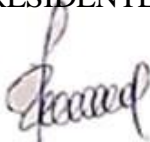
LAMBAYEQUE, 2024

APROBADO POR:



Dra. María Rosario Verástegui León

PRESIDENTE



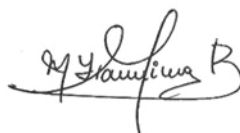
Mg. María Isabel Romero Sipión

SECRETARIA



Mg. Rosa Augusta Del Carmen Larios Ayala

VOCAL



Dra. María Margarita Fanning Balarezo

ASESORA



UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO
FACULTAD DE ENFERMERÍA
UNIDAD DE POSGRADO



Accreditada con Resolución N° 110-2018-SINEACE/CDA11P



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD PROFESIONAL

Libro de Acta N° 04 Expediente N° 059-2024.0-FE N° 00077
Licenciada: María de Fatima Atoche Reano y Dayani Stephany Diaz Danta la
Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo - Lambayeque, a las 12:30 pm.
horas del día 11 de enero del 2024. Los señores Miembros del Jurado designados
mediante Resolución N° 051-2023-FE de fecha 21 febrero 2023.

PRESIDENTE: Dra. María Rosario Velasco Segura
SECRETARIO: Md. María Isabel Romero Ayala
VOCAL: Md. Rosa Augusta del Carmen Larios Ayala

Encargados de recepcionar y dictaminar la Tesis titulada:

Vigentes de los Profesionales de Enfermería que trabaje en Unidad de Cuidados Intensivos COVID de un hospital ESSAID. Chiriqui 2021

(a) Dra. María Margueta Fanning Batarezo patrocinada por el profesor

Presentada por el (los) Licenciados (as):

María de Fatima Atoche Reano
Dayani Stephany Diaz Danta

Para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional: Área del Cuidado
Profesional: Especialista en Enfermería en cuidados críticos
con mención en Adulto 77 2019-II

Sustentada la Tesis, formuladas las Preguntas por parte de los señores Miembros del Jurado, dadas las
respuestas y aclaraciones por el (los) sustentante (s) y el Patrocinador; el Jurado, después de deliberar,
declaró Aprobado por, Unanimidad, la tesis con el calificativo de: Muy Bueno (19)
debiendo consignarse en los ejemplares del informe las sugerencias hechas en la sustentación.

Terminado el acto se levantó la presente Acta y para mayor constancia firman los que en ella intervinieron.

PRESIDENTE

VOCAL

SECRETARIO

PATROCINADOR

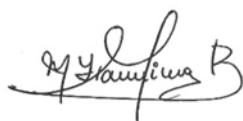
CONSTANCIA DE APROBACION DE ORIGINALIDAD DE TESIS

Yo, María Margarita Fanning Balarezo, usuario revisor del documento titulado: “Vivencias de profesionales de enfermería que trabajan en la Unidad de Cuidados Intensivos COVID, de un hospital Essalud. Chiclayo 2021”, cuyas autoras son las Lic. Enf. Lic. Enf. ATOCHE REAÑO MARIA DE FATIMA y Lic. Enf. DIAZ DAVILA DAYANI STEPHANY; declaro que la evaluación realizada por el programa informático, ha arrojado un porcentaje de similitud de 8%, verificable en el resumen de reporte automatizado de similitudes que se acompaña.

La suscrita analizó dicho reporte y concluyó que cada una de las coincidencias detectadas dentro del porcentaje de similitud permitido no constituyen plagio y que el documento cumple con la integridad científica y con las normas para el uso de citas y referencias establecidas en los protocolos respectivos.

Se cumple con adjuntar el recibo digital a efectos de la trazabilidad respectiva del proceso

Lambayeque, 15de enero del 2024



Dra. María Margarita Fanning Balarezo

Asesora

DNI: 16450150

CODIGO ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2666-4935>

DEDICATORIA

A Dios, nuestro amigo incondicional que ha sabido guiarnos en el camino del amor por medio de las vicisitudes de la vida, quien se ha arraigado nuestro corazón inmoviblemente, de tal manera que siempre buscamos hacer su voluntad.

Con todo mi sentir lleno de amor a los padres que Dios quiso regalarnos, ya que en ellos se inspiró el deseo de ser mejor cada día, a nuestra asesora, que con buena voluntad y cariño aportó sus conocimientos para una meta común.

A nuestras hijas, Cristina e Itzel, que son el motivo de querer ser mejores cada día.

AGRADECIMIENTO

A Dios, dueño de la vida y de cada paso en nuestra vida, único partícipe de las fuerzas que poseemos para continuar creciendo profesionalmente.

Al jurado, por la sabiduría de cada una, que ha guiado nuestro proceder en esta investigación y por su absoluto favor concedido en el transcurso de este tiempo para poder llevar a cabo nuestro desarrollo como profesional de enfermería.

A cada colega que laboraron en la UCI-COVID en ESSALUD, por el desprendimiento y donación de su atención y tiempo, sin el cual no hubiese sido posible realizar este estudio.

A nuestra querida asesora, que con gran generosidad nos ha otorgado su tiempo el cual incluye donación, guía y aliento en el transcurso de este proceso, permitiéndonos realizar y llegar al culmen de este trabajo de investigación.

ÍNDICE

ACTA DE SUSTENTACIÓN	Error! Bookmark not defined.
CONSTANCIA DE VERIFICACIÓN DE ORIGINALIDAD	4
DEDICATORIA	5
AGRADECIMIENTO	6
RESUMEN	9
ABSTRACT.....	10
INTRODUCCIÓN	11
CAPÍTULO I: DISEÑO TEÓRICO.....	15
1.1. Antecedentes de investigación	15
1.2. Base teórica conceptual	17
CAPÍTULO II: DISEÑO METODOLÓGICO	21
2.1. Trayectoria Metodológica	21
2.2. Población y muestra	22
2.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	22
2.4. Procedimientos de recolección de datos.....	23
2.5. Método de procesamiento de la información	23
2.6. Principios éticos	24
CAPÍTULO III: RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	25
CATEGORIA I: SENTIMIENTOS GENERADOS AL CUIDAR A LA PERSONA CON COVID 19	25
1.1. Sub categoría: impotencia y frustración frente a muerte de la persona cuidada.....	26
1.2. Sub categoría: Ansiedad frente a lo desconocido de la enfermedad.....	28
1.1. Sub categoría: Alegría por la recuperación de los pacientes	30
1.2. Sub categoría: Tranquilidad por satisfacer la necesidad religiosa de la persona con COVID 19	31
CATEGORIA II: IMPACTO DE LAS VIVENCIAS EN LAS HABILIDADES SOCIALES Y AUTOCUIDADO DEL PROFESIONAL DE ENFERMERIA.....	37
2.1. Sub categoría: sintiendo empatía ante el dolor	37
2.2. Sub categoría: Resiliencia profesional frente a la pandemia	38
2.3. Sub categoría: Autocuidado del profesional de enfermería.....	39
CONSIDERACIONES FINALES	42
RECOMENDACIONES	44

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	46
ANEXO 1: Guía de entrevista semiestructurada.....	51
ANEXO 2: Formato de consentimiento informado	51

RESUMEN

Objetivo: develar las vivencias del profesional de enfermería durante su actividad laboral en la Unidad de Cuidados Intensivos COVID. **Método:** estudio cualitativo retrospectivo con trayectoria de Estudio de Caso. Los informantes fueron 15 profesionales de enfermería que laboran en dicha unidad. Su tamaño fue determinado por saturación, empleándose el muestreo por conveniencia. Los datos se obtuvieron con la entrevista, instrumento que fue validado aplicándolo a una muestra piloto. La información se procesó a través del análisis de contenido. Se tuvo en cuenta los principios éticos. **Resultados:** se develaron dos categorías: sentimientos generados al cuidar a la persona con COVID y el impacto de las vivencias en las habilidades sociales y autocuidado del profesional de enfermería. **Conclusión:** los profesionales de enfermería sienten impotencia y frustración frente a la muerte de la persona cuidada y ansiedad ante lo desconocido del tratamiento y prevención de esta enfermedad; pero también generaron sentimientos positivos como alegría y tranquilidad por satisfacer la necesidad religiosa de la persona cuidada. Los sentimientos impactaron en las habilidades sociales y su capacidad de autocuidado del enfermero (a).

Palabras claves: Unidad de Cuidados Intensivos, profesional de enfermería, Covid-19 (Tesauro DeCS).

ABSTRACT

Objective: to reveal the experiences of the nursing professional during their work activity in the COVID Intensive Care Unit. **Method:** qualitative study with a Case Study trajectory. The informants were 15 nursing professionals who work in said unit. Its size was determined by saturation, using convenience sampling. The data was obtained with the interview, an instrument that was validated by applying it to a pilot sample. The information was processed through content analysis. Ethical principles were taken into account. **Results:** two categories were revealed: feelings generated when caring for the person with COVID and the impact of the experiences on the social skills and self-care of the nursing professional **Conclusion:** nursing professionals feel helplessness and frustration in the face of the death of the person cared for and anxiety about the unknown of the treatment and prevention of this disease; but they also generated positive feelings such as joy and tranquility by satisfying the religious need of the person cared for. The feelings impacted the nurse's social skills and self-care capacity.

Keywords: Intensive Care Unit, nursing professional, Covid-19 (DeCS Thesaurus).

INTRODUCCIÓN

Enfermería está desarrollándose tanto, en los aspectos teóricos como prácticos, lo que contribuye a la toma de decisiones basada en evidencia científica para garantizar cuidado humano de calidad, por ello, se requiere que el profesional de enfermería posea una sólida autoestima sustentada en su armonía física, espiritual y mental, para desarrollar un trabajo eficiente y efectivo en el cuidado diario a las personas¹.

Sin embargo, al estar constantemente cuidando a la persona y familia, sufriendo por el dolor provocado por la enfermedad y con frecuencia la muerte inminente, puede producir en el profesional de enfermería un cúmulo de impresiones y emociones negativas que, sumado a otros factores en su vida personal y familiar, puede desencadenar de manera inconsciente, conductas y emociones no deseadas ni esperadas que afectan el cuidado que brinda.

El dolor, el duelo anticipado y la muerte, han sido situaciones frecuentes vividas en el Perú y el mundo, debido a la pandemia causada por el COVID-19 ². El Perú al inicio de la pandemia, se encontró dentro de los cinco países que tenían la tasa de mortalidad por COVID-19 más alta de América Latina y el Caribe. Siendo el departamento de Lambayeque el décimo primero más afectado en muertes ³; ocupando al final de la pandemia el tercer lugar en América Latina y séptimo a nivel mundial ⁴.

El constante aumento de casos ocasionó un déficit histórico de personal asistencial, entre ellos, el profesional de enfermería, que fue el que más sufrió esta situación, pasando momentos de miedo e incertidumbre, porque muchas de ellas (os), fueron rotados súbitamente del servicio habitual, para trabajar exclusivamente con personas diagnosticadas con COVID-19, acudiendo a trabajar desconociendo el tratamiento de la enfermedad, sin capacitación previa sobre el uso de los equipos de protección personal (EPP), algunos de ellos de mala calidad, que debían llevar puestos 12 horas del turno, haciéndolos transpirar demasiado, causándoles deshidratación y limitaciones para satisfacer sus necesidades de eliminación, nutrición, descanso y sueño; a ello, se sumó el miedo al contagio y a contagiar, lo que las conllevó a aislarse de sus seres queridos.

Las unidades de cuidados intensivos, fueron improvisadas y adaptadas en ambientes no adecuados, contándose con equipos, materiales y mobiliario no adecuado y con potencial humano insuficiente y con escasa experiencia en el cuidado a la persona en estado crítico.

Estas unidades se adaptaron en áreas pequeñas, lo que ocasionaba hacinamiento, y dificultad para desplazarse y trabajar cómodamente, los ventiladores utilizados eran antiguos, no se contaba con aspiración y oxígeno empotrado y el material era escaso para la demanda. Los EPP eran insuficientes, viéndose forzados muchas veces a reutilizarlos, buscando siempre alternativas de solución para protegerse o renunciar a sus miedos para cuidar a las personas infectadas. Situación que también fue similar en México, Ecuador, Perú, Argentina, Venezuela, por nombrar algunos⁵.

Frente a esta situación en todas las regiones del Perú, el personal de salud protestó porque aumentaba el número de enfermos y muertes por COVID-19 en este grupo de trabajadores, solicitando la compra de EPP de buena calidad. Sumado a esto, la falta estabilidad, modificación constante de los protocolos de bioseguridad, por la velocidad de propagación y letalidad del virus. Las enfermeras afrontaron el reto de asistir sin tener la seguridad de estar completamente protegidas al estar en contacto directo con las personas hospitalizadas, expuestas a contagiarse y hasta morir, por los escasos insumos de protección, siendo está quizá, una de las razones de las altas tasas de infección en los trabajadores de salud en las Américas ⁶.

Debido a la característica altamente contagiosa del virus, no se permitió visitas de familiares a pacientes internados; por ello, el personal de enfermería suplía ese acompañamiento y a la vez, atendía las constantes llamadas de los familiares que deseaban saber sobre el estado de sus pacientes. Por si fuera poco, el personal tuvo que realizar turnos no previstos, para suplir a sus colegas que dejaron de laborar porque adquirieron la enfermedad o por ser personal de riesgo, situación que incrementó su carga laboral y emocional; porque los enfermeros son los profesionales que más horas han pasado al lado del enfermo, experimentando frustración de verlos morir sin apoyo religioso, sin una despedida de sus seres queridos, o muchas veces esperando una cama UCI, viviendo día a día un ambiente impregnado de dolor y sufrimiento¹.

Los enfermeros reportaron deterioro de su salud, ocasionado por la fatiga causada por la carga laboral y emocional generada sobre todo en la primera ola de la pandemia. Un estudio reveló que los enfermeros (as), seguido de los médicos, fueron los más afectados, situación que conllevó a reducir sus horas de sueño y descanso, recurriendo a la automedicación de tranquilizantes ⁷. En el Perú, según Marquina et al ⁸, la mayoría del personal de enfermería de sexo femenino y más jóvenes, presentaba niveles altos de estrés, manifestado por la alteración del apetito, sueño y agotamiento.

Aunque fueron muchas las condiciones que ocasionaron vivencias negativas, también cuando se recuperaba un paciente, experimentan alegría, fortaleza y esperanza para seguir llevando a cabo esa labor ardua que diariamente enfrentaban, sintiéndose orgullosos de su profesión y valoraban el reconocimiento de los otros miembros del equipo de salud, familia y sociedad en general⁹. La situación vivida por el profesional de enfermería determinó el modo de hacerle frente a este proceso, repercutiendo en su desenvolvimiento diario, en la forma de su cuidado.

Estos sentimientos se mezclaban con el miedo a enfermar e incluso morir, a nivel mundial, muchos trabajadores del sector salud fallecieron por la COVID-19 ⁶. En Perú, hasta el primer semestre del 2021, más de dos mil trabajadores de este sector fallecieron debido a esta enfermedad⁹. En el 2022 durante la tercera ola, el personal contagiado fue de 2359 casos, el 28% (670) corresponde a licenciados y técnicos en enfermería ¹⁰.

En la región Lambayeque, se establecieron hospitales temporales como: Hospital Referencial de Ferreñafe, Hospital Tumán de Essalud y Centro de Atención Integral la Victoria. Se destinó el hospital Luis Heysen Incháustegui de Pimentel para pacientes exclusivamente COVID y hasta el Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo que en primer momento no aceptaban pacientes con esta enfermedad, tuvo que acondicionar áreas destinadas al cuidado de pacientes con este diagnóstico, ya que la capacidad de los otros hospitales no se abastecían, existía escasez de personal, por ello, cada profesional de enfermería cuidaba a cuatro pacientes siendo el protocolo, de dos pacientes por enfermera, sumado a ello, la falta de EPP y oxígeno medicinal, le generaba estrés, sufrimiento y agotamiento.

La pandemia COVID 19, generó una serie de vivencias que deben ser identificadas y socializadas, por ello, se investigó ¿Cuáles fueron las vivencias del profesional de enfermería generadas al cuidar a la persona en la Unidad de Cuidados Intensivos COVID de un hospital de ESSALUD de Chiclayo? El objetivo fue develar las vivencias del profesional de enfermería generadas al cuidar a la persona en la Unidad de Cuidados Intensivos COVID de un hospital de ESSALUD de Chiclayo.

La capacidad del profesional de enfermería para cuidar a pacientes en estado crítico se ha visto tocada por el sufrimiento y la muerte masiva, ocasionada por la pandemia; a pesar de sus esfuerzos de conservar la salud y la vida, hasta el punto de ver afectada su actuación, generándose conflictos en las tomas de decisiones del equipo de salud con respecto a la vida del paciente. Situación que ha conllevado a que cada quien brinde cuidado de la mejor forma posible y a la vez cuide su propia vida, manejando sus sentimientos sin apoyo de profesionales; por ello, y dado a que son escasos los estudios que debelan las vivencias del profesional de enfermería en el escenario del estudio, se justificó realizar esta investigación.

Los resultados promoverán la gestión de intervenciones que aseguren el bienestar y la prevención de daños en el personal, servirá también para contribuir con el cuerpo de conocimientos de la enfermera dentro del ámbito de UCI, para la formación y nuevos retos de aprendizaje en los estudiantes, como antecedente y fuente de consulta para otras investigaciones en esta área.

CAPÍTULO I: DISEÑO TEÓRICO

1.1. Antecedentes de investigación.

Internacional

Andreu P, et al ¹¹ en el 2020, realizaron un estudio fenomenológico en España, con la finalidad de identificar las experiencias de vida y el soporte percibido por las enfermeras/os que cuidaron a las personas con COVID-19 en tratamiento con hemodiálisis durante los meses de mayor prevalencia de la pandemia. Se develaron emociones positivas y negativas, en las primeras etapas de la pandemia, debido al desconocimiento sobre el tratamiento y por el miedo al contagio, agravado por la falta de EPP. Sin embargo, también reportaron crecimiento personal, sentirse apoyadas por el equipo de salud y la familia.

Minchala U¹², en su investigación cualitativa realizada en el 2020 en Ecuador, describió las vivencias del personal de enfermería durante la asistencia a pacientes con COVID-19. Participaron 10 enfermeras profesionales mediante entrevista individual semiestructurada y la observación de campo, del cual se obtuvo los siguientes discursos: “Me encuentro aislada de mi familia, mis hijos, el traje te ahoga, te asfixia, no puedes salir al baño a realizar tus necesidades, te deshidratas por el sudor, la falta de líquidos, debes rotar cada seis horas en el turno”. “Siento ansiedad al iniciar el turno, miedo de contagiarme y llevar la enfermedad a mi familia, me siento muy limitada en la relación enfermera-paciente”, concluyendo que el personal de enfermería, refirió miedo al contagio, pero también reportó satisfacción al ver al paciente recuperado, gracias al cuidado directo.

Nacional

Fernández-Cueva et al ¹³ en Trujillo en el 2022, caracterizó las vivencias de los profesionales de enfermería sobre el rol asistencial y gestión en la situación pandémica de la COVID-19 en el hospital de alta complejidad. Sus consideraciones finales revelan que las gestoras pese al escaso potencial humano y falta de insumos como EPP, adaptaron áreas especiales para el cuidado de las personas infectadas y capacitaron constantemente al personal, aunque también reportaron que era necesario fortalecer el liderazgo para la gestión del cuidado y señalaron el impacto de la pandemia a nivel

laboral y familiar. A nivel de las enfermeras asistenciales se develó el esfuerzo desplegado para capacitarse y que al estar tan cerca del sufrimiento y muerte las conllevó a humanizar el cuidado, asimismo señalaron las repercusiones a nivel personal y familiar.

En Chepén, Amaya-Pairazamán et al¹⁴ en el 2018, describieron las vivencias de las enfermeras ante la muerte de la persona críticamente enferma, reportando que brindaron cuidado humanizado no solo a la persona, sino también, a la familia, aun en medio del dolor, tristeza e impotencia, angustia; y el duelo con que se enfrentaban a diario, las conllevó a aceptar que la muerte es un proceso natural y que debían acompañar a la persona y familia durante todo este proceso.

En Lima en el 2020, Obando-Zegarra et al¹⁵ investigaron el nivel de ansiedad, estrés y depresión de los profesionales de enfermería del Servicio de Emergencias que cuidan a personas con COVID-19, concluyendo que los profesionales de enfermería de sexo femenino, sintieron con más frecuencia ansiedad, seguida de depresión y en menor porcentaje estrés.

Espín A⁵ analizó la bioseguridad en la pandemia COVID-19 y su impacto psicológico en profesionales de enfermería, concluyendo que los insumos de bioseguridad utilizados, además de proteger la salud física de todos los profesionales de primera línea, actúan determinando el impacto sobre la salud mental de los trabajadores, ya que a nivel mundial se comprobó que la ausencia o la baja cobertura de protección del EPP, generan distintos grados de ansiedad y estrés que han sido evaluados a través de instrumentos estandarizados. Siendo necesario intentar mitigar el impacto psicológico que está generando la pandemia en los profesionales de salud, de manera especial en enfermería. Es imprescindible que los gobiernos aumenten su inversión en el sector salud, que enfatizan la necesidad de protección y medidas adecuadas, a través de prendas de protección de calidad, que den la seguridad suficiente al personal, así como aumentar el apoyo familiar y soporte psicológico.

Local

En Chiclayo en el 2020, Gastelo E ¹⁶ investigó, las vivencias del enfermero (a) generadas por cuidar a la persona en estado crítico al final de la vida, mostrando que el personal se identifica con el sufrimiento de la persona a la que cuida lo que le ocasiona, tristeza, culpa, frustración, optando por distanciarse para proteger su estado emocional. También experimentaron satisfacción al fomentar una muerte digna y cuidar a la familia.

1.2. Base teórica conceptual

Siendo el objeto de estudio, las vivencias del profesional de enfermería, generadas al cuidar a la persona internada en la unidad de cuidados intensivos COVID de un hospital de ESSALUD Chiclayo 2021, fue necesario abordar lo referido a la vivencia, definida como un conjunto de experiencias generadas ante una determinada situación, que ocasionan un cambio en la persona, porque se constituyen en una unidad básica y dinámica de la consciencia. La vivencia refleja las particularidades pertenecientes al organismo, y las del contexto, permite interpretar, estimar y disponer de sentido a la realidad y da a conocer la conformidad de aspectos sociales, culturales y personales; sintetiza aspectos intelectuales, cognitivos, emocionales y afectivos y está influido por las condiciones en que se produce el suceso ¹⁷.

La vivencia definirá a la persona, porque adquiere conocimientos y habilidades que la engrandecerán, quedándose inscrita una información, sabiendo actuar posteriormente frente a una situación parecida, entonces lo aprendido es valioso porque servirá para no reiterar actitudes y comportamientos incorrectas o elecciones equivocadas. Una buena vivencia producirá sensación de placer y gusto, que se evocará como positiva; pero cuando es mala, lo evocará como un mal recuerdo¹⁷.

En esta línea de ideas, las investigadoras definen la vivencia como un conglomerado de experiencias que forman parte del día a día de una persona que, generan sentimientos, emociones y reacciones y se caracterizan por ser profundamente personales, describiendo un paisaje interior y que de acuerdo a la intensidad y duración

de la experiencia van a dejar una huella indeleble, que pasará a formar parte de la historia, de acuerdo al grado de importancia que ocupen en su vida.

La emoción es uno de los componentes de la vivencia, es un proceso psicológico, dado por una alteración o agitación afectiva, por la respuesta de estímulos manifiestos o íntimos (pensamientos, evocaciones, etc.) ¹⁷, tienen poca duración mayormente pero son intensas, y se evidencia rápidamente apareciendo de forma súbita, en el que se activa el sistema nervioso autónomo que controlan las funciones de forma automática, presentando: transpiraciones, sequedad de la boca, presión alta, estremecimientos, palidez, sofoco, voz frágil, etc¹⁸.

La emoción se infiere de sus resultados o efectos en el comportamiento, evaluando una situación para darse la acción; por tanto, no es innato, ni instintivo; es alcanzado por transformaciones complejas de lecciones personales o enseñanzas de una cultura. Su función primordial es la adaptación, incita a un mejor manejo de situaciones y alcanzar la madurez, ofreciendo equilibrio, y bienestar ¹⁸.

Entre las emociones destaca la frustración, conocida como el quebrantamiento de las expectativas positivas. Es el resultado de varias emociones experimentadas como: la cólera, tristeza o ansiedad, de manera que una expectativa deseada no se realiza o cumple y consecuentemente no se obtiene lo esperado. La fuerza y periodo de las reacciones a estos acontecimientos depende, de lo diferido existente entre lo que se espera y lo que se recibe; sujetos esto a los aprendizajes anteriores, características individuales de la persona, etc. Si son muy intensas, pueden producir penetrantes secuelas y repercutir en la conducta y la salud ¹⁹.

Las investigaciones reportan que perder a un ser querido, los problemas económicos y del trabajo, pueden causar perturbaciones en el área social, traer depresión, irritabilidad, agresividad o tendencias a proceder no adaptativas, como el alcoholismo, entre otros vicios; provocando disminución del sistema de defensa transitoria, exponiendo a la vulnerabilidad y a la adquisición de enfermedades de tipo infecciosas o la activación de otras de origen genético ¹⁹.

La ansiedad es la emoción más repetitiva del ser humano, caracterizado por un estado de angustia, inquietud o tribulación del ánimo, siendo compleja y displacentera,

manifestada por tensión emocional acompañada de un correlato somático. Esta emoción se produce cuando hay una situación difusa e insistente, también puede tener características neuróticas, síntomas obsesivos compulsivos, pudiendo provocar pánico. En las personas que cursan por esta emoción se perciben pensamientos de peligro, sensaciones de desconfianza, manifestaciones fisiológicas y contestaciones motoras²⁰.

La alegría es una emoción grata que se ve reflejada en signos exteriores; gestos, palabras o actitudes de júbilo; incluye emociones positivas (de bienestar). Se da cuando se experimenta una mitigación en su estado de malestar, al conseguir metas u propósitos deseados. Esta emoción coopera a la acogida y desarrollo positivo de los estímulos ambientales. No es fugaz, más bien busca una estabilidad emocional. Adquisición fructífera de los objetivos que se desean. Adecuación entre lo que se pretende y lo que se posee, entre la perspectiva y la posición actual y en la comparación con los demás²¹.

El sentimiento, es otro componente de la vivencia, proviene del latín “sentire” que significa meditar, deducir, suponer algo²². Lazarus, propone introducir sentimiento en el escenario de las emociones, ya que estas se comprenden en sentido más general. Este autor considera sentimiento y emoción como ideas interrelacionadas, en el cual la emoción abarcaría al sentimiento. El sentimiento es un elemento interior o cognoscente de las emociones, es decir, la vivencia personal de las emociones, es decir, la inscripción que la persona da a la emoción. Al percibir el estímulo y tomar conocimiento de lo que se percibe, la emoción se transforma en sentimiento²³.

El ser humano produce sentimientos motivados por: la ética, el género y los patrones emocionales, etc. El desamparo, el fallecimiento, la relación con los padres, la rotura amorosa, entre otras situaciones, no son experimentadas de la misma manera; pudiéndose examinar los acontecimientos emocionales y los sentimientos surgidos ante los diferentes sucesos, las consecuencias al ser negativas, pueden hacer aparecer ciertos trastornos que dificultan la capacidad de discernimiento, de comunicación, de relación, por la inestabilidad personal, surgiendo comportamientos defensivos²³.

La reacción es el tercer componente de la vivencia, definida como el efecto de una concreta acción o comportamiento. Se entiende como una oposición, energía contraria a algo. Se refiere también a la forma en la cual una persona actúa ante un estímulo

concreto. Se denomina reacción psicológica cuando se da como respuesta a mecanismos netamente psicológicos, no biológicos, perfectamente entendido a partir del criterio psicológico; influyendo factores psicológicos personales, sin la mediación de factores de carácter físico. Las reacciones psicológicas, se producen cuando una situación se experimenta con gran magnitud, a ello se le llama reacción vivencial, y para ser consideradas como tales deben cumplir los tres criterios propuestos por Laspers²³: vivencia de gran potencia o fuerza, la reacción y la vivencia conservan una correspondencia causa-efecto que resulta entendible en el marco de la psicología y la aparición de la reacción mantiene una cierta dependencia cronológica con la vivencia experimentada. Regularmente surge cercano a la vivencia, aunque también puede surgir de manera retrasada.

La empatía es un sentimiento, definido como la capacidad de sentir, entender o darse cuenta de lo que el otro siente en una específica situación. Es la capacidad de reconocer y comprender sentimientos o emociones, reconociendo a la otra persona como semejante, para responder de manera adecuada; es decir, es la habilidad para conectar con los demás, capacidad para imaginar lo que el otro puede estar pensando o sintiendo, combinando la escucha activa, la comprensión y la conducta asertiva ²⁴.

CAPÍTULO II: DISEÑO METODOLÓGICO

2.1. Trayectoria Metodológica:

Estudio cualitativo retrospectivo²⁵ que permitió explorar las vivencias de enfermeras (os) que trabajaron en el área de UCI COVID, develándose sus emociones, sentimientos y reacciones producidos al cuidar a personas hospitalizada en esa unidad.

La trayectoria metodológica usada fue el Estudio de Caso, aplicándose los principios planteados por Menga Ludke²⁵; tomándose en cuenta el contexto real del objeto de estudio y se interpretó la manifestación general del mismo. Para ello, los informantes fueron los profesionales de enfermería que reunieron los criterios de elegibilidad a quienes se les entrevistó para obtener datos que permitieron interpretar y comprender sus vivencias. El relato de la información se realizó en forma detallada, clara y sencilla para dar lugar a la generalización naturalística.

El estudio se realizó en tres fases:

- *Exploratoria*, inició con observaciones de algunos aspectos del escenario donde se realizó el estudio, luego se especificó las preguntas o puntos clave, se estableció la relación inicial al tener contacto con el profesional que laboró en la institución donde se realizó el estudio.
- *Delimitación del estudio*, reconocidos los componentes esenciales y los términos cercanos del tema en estudio, se procedió a reunir información mediante entrevistas directas y con llamadas realizadas en línea, a profesionales de enfermería que cumplieron con los criterios de elegibilidad.
- *El análisis sistemático y la elaboración del informe*: con la información obtenida, se procedió a transcribir y se realizó la lectura de cada discurso para su posterior contextualización y clasificación en unidades de significado lo que concedió a las investigadoras establecer subcategorías y consecuentemente categorías que luego fueron interpretadas. Los resultados se presentaron en un informe con la finalidad de ponerlos a disposición de los lectores.

2.2. Población y muestra:

Conformaron la población 30 profesionales de enfermería que trabajaron en el área UCI COVID en un hospital de Essalud Chiclayo.

Criterios de inclusión:

Enfermeros (as) que hayan laborado mínimo seis meses en el servicio UCI COVID de un hospital de Essalud Chiclayo, que aceptaron participar voluntariamente previo consentimiento informado.

Criterios de exclusión.

Enfermeros que trabajaron en el área UCI COVID de un hospital de Essalud que se encontraban de vacaciones o licencia cuando se recolectó la información.

Se aplicó la técnica de saturación para determinar el tamaño de la muestra, es decir, que se realizó la entrevista, hasta el punto de que ya no contribuyan a obtener datos significativos a la investigación y esta comenzó a ser redundante. El muestreo fue no probabilístico por conveniencia.

2.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos:

La técnica que se empleó para recoger información fue la entrevista semi estructurada, acentuando puntos necesarios enfocados en la problemática a través de una guía de entrevista, con algunas preguntas orientadoras²⁶. Este tipo de entrevista se distingue por la autonomía que se le concede al entrevistado para permitirle modelar el campo de la entrevista determinado por su orden psicológico propio.

El instrumento “Guía de entrevista semiestructurada” (Anexo 1) fue elaborada por las investigadoras, y contenida además de los datos generales cuatro preguntas norteadoras, basadas en la matriz semántica del objeto de estudio. Este instrumento fue validado por juicio de expertos y en una muestra piloto, lo que aseguró su validez de contenido.

2.4. Procedimientos de recolección de datos:

Previo a la aplicación de la entrevista se solicitó el consentimiento informado (Anexo 2), posteriormente se coordinó con los profesionales de enfermería el lugar y fechas, se ejecutó en un ambiente cómodo, seguro y libre de distracciones con el fin de obtener respuestas espontáneas y profundas. Ya en la entrevista se buscó obtener respuestas centradas en las preguntas desarrolladas sobre el objeto de estudio y de acuerdo a las respuestas dadas, se hicieron preguntas secundarias, tratando de profundizar en la información que proporcionaron sobre sus vivencias al trabajar con pacientes en estado crítico a causa del COVID 19.

Cada entrevista duró aproximadamente 30 minutos, las respuestas se registraron con ayuda de una grabadora, y se culminó agradeciendo la participación y se acordó un siguiente encuentro cuando fue necesario. Terminada la entrevista, se procuró anotar las observaciones hechas en forma completa, precisa, detallada para evitar pérdida de la información; posteriormente se realizó y clasificó las notas hechas lo más pronto posible.

2.5. Método de procesamiento de la información

Se utilizó el análisis de contenido ²⁵, los relatos se transcribieron en el programa de Microsoft Word de un computador, inmediatamente después de culminar cada entrevista, para eludir alteraciones, posteriormente se trató de separar el corpus en unidades y se procedió a buscar similitudes en las diferentes respuestas agrupándolas en sub categorías llamado (criterio de analogía). El análisis se realizó en tres etapas:

- *Pre-análisis*: en esta etapa se transcribió la información veraz, se asignó un seudónimo con el fin de respetar y proteger la identidad del entrevistado, se leyeron las entrevistas de la información para la familiarización con el contenido, se diseñó y definió el fundamento y la base del plan lo que permitió observar cuidadosamente las características obtenidas.

-*Codificación*: aquí se llevó a cabo una transición de los datos obtenidos, depurando la información, seleccionando el dato que tributó al objetivo del estudio que conformaron las unidades de registro.

-Categorización: aquí se organizó y se clasificó los elementos diferenciados, dicho de otra manera, se agruparon las unidades por semejanzas en cuanto a la relevancia de su connotación agrupándolas en sub categorías y luego en categorías correctamente determinadas, estableciendo relaciones entre ellas, comparando lo encontrado con otras realidades, con la literatura, y con el criterio de las investigadoras.

2.6. Principios éticos:

El presente estudio se guió por los principios del Reporte Belmont ²⁷. Se buscó bienestar de los (as) enfermeros (as) que participaron en el estudio, las investigadoras buscaron ser muy competentes en su relación con ellos, estuvieron atentas a cualquier señal de incomodidad para evitarla o minimizarla. La información recolectada fue utilizada para buscar mejoras en la labor del personal. También se respetó su dignidad ya que se procedió al consentimiento informado y se les trató respetuosamente, de manera amable, en el transcurso de todo el proceso de recolección de información; sin quebrantar los acuerdos mencionados desde el inicio, sin poner en riesgo a ninguno de los participantes.

CAPÍTULO III: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Las vivencias del profesional de enfermería generadas al cuidar a la persona en la UCI-COVID de un hospital de ESSALUD Chiclayo, se muestran en las siguientes categorías y sub categorías.

CATEGORIA I: SENTIMIENTOS GENERADOS AL CUIDAR A LA PERSONA CON COVID 19.

- 1.1 Impotencia y frustración frente a la muerte de la persona cuidada.
- 1.2 Ansiedad frente a lo desconocido de la enfermedad.
- 1.3 Alegría por la recuperación de los pacientes.
- 1.4 Tranquilidad por satisfacer la necesidad religiosa de la persona con COVID 19.

CATEGORIA II: IMPACTO DE LAS VIVENCIAS EN LAS HABILIDADES SOCIALES Y AUTOCUIDADO DEL PROFESIONAL DE ENFERMERIA.

- 2.1 Empatía ante el dolor.
- 2.2 Resiliencia profesional.
- 2.3 Vigorizando su autocuidado.

CATEGORIA I: SENTIMIENTOS GENERADOS AL CUIDAR A LA PERSONA CON COVID 19.

El procesamiento psicológico que previene y ayuda a adaptarse, son las emociones, que, cuando se hacen conscientes, se denominan sentimientos, las cuales responden a situación afectiva que existe en un determinado momento, que son propias de cada persona y provocan una serie de manifestaciones orgánica (sistema endocrino; nervioso autónomo y musculo esquelético), para preparar al organismo para responder a determinada situación que genera estos sentimientos ¹⁸.

Las emociones penosas, conllevan al análisis que permiten identificar las potenciales amenazas o situaciones difíciles que puedan sobrevenir, por lo que mantienen en estado de alerta y así mismo a la vez dirige la atención en busca de soluciones a problemas. Pero cuando la persona vivencia un cúmulo de emociones negativas, puede generar agobios, ansiedad, agotamiento, etc. Al vivenciar más

emociones dañinas, la contrariedad se puede percibir difícil de resolver e incontrolable¹⁸.

En esta investigación los profesionales de enfermería, describieron sus sentimientos generados cuando cuidaron a la persona con diagnóstico de COVID 19, los cuales fueron: frustración e impotencia al presenciar la muerte de la persona cuidada, ansiedad al desconocer las medidas de tratamiento y prevención, alegría por la recuperación de la persona y satisfacción al compensar su necesidad espiritual, específicamente la religiosa, todo ello se presenta en las siguientes subcategorías.

1.1.Sub categoría: impotencia y frustración frente a la muerte de la persona cuidada.

Para los seres humanos, la muerte tiene muchas acepciones, para algunos resulta ser un episodio esperado de sosiego o fin del sufrimiento, pero para la mayoría, habitualmente significa dolor, sufrimiento y soledad. A pesar que el profesional de enfermería está apto para afrontar circunstancias de sufrimiento, debido a la formación académica y al ambiente en el que se desenvuelve, la muerte sigue siendo una etapa radical y complicada de enfrentar como cuidador principal¹⁹.

Enfrentar el proceso de morir, vivenciar la a cada instante, luchar con el sufrimiento y con el miedo se ha convertido para los enfermeros en una situación ardua con el que coexistieron durante la pandemia, compuesto de circunstancias de impotencia, sufrimiento, miedo, permaneciendo en los profesionales sentimientos de desasosiego, pues la pérdida de la persona cuidada crea en la persona conflictos personales, hechos que acarrear culpa y remordimiento profesional. La culpa de haber estudiado una carrera por un propósito que no se ve cumplido, la desilusión en la práctica y sacrificio del trabajo¹⁹. Lo que se puede evidenciar en los siguientes discursos:

“...Me frustraba esforzarme tanto y ver que los pacientes solo morían, era desalentador, por más que ponía todos mis conocimientos en práctica y todo el amor posible, me daba cuenta que no era suficiente” (Azul).

“...Sentía frustración e impotencia de no poder ayudarlos como quería, sentía que daba todo y esto no bastaba para que puedan recuperarse, tristeza porque muchos de ellos eran padres jóvenes...” (Violeta).

“...me frustraba el no saber cómo ayudarlos a todos, el no darle las condiciones necesarias y el apoyo necesario, me sentí cansada, agotada, me salieron hasta ampollas...” (Turquesa).

“...Sentí culpa y frustración cuando morían los pacientes y escuchaba los llantos desgarradores de la familia que días antes me habían encargado su cuidado, con la esperanza de que saliera con vida...” (Morado).

“...más impotencia era que los pacientes morían y no podías hacer mucho por ellos, muchas veces llegaban tan mal que simplemente morían y todo era rápido. ...” (Turquesa).

La impotencia y frustración es la respuesta emocional común que se ve expresada en las entrevistas citadas, siendo la respuesta emocional frecuente que experimentan los profesionales, al desear que las personas que estuvieron bajo su cuidado llegaran a recuperarse, pero que lamentablemente no lograron concluirlo o satisfacerlo como ellos esperaron; por lo cual tuvieron como respuesta sentimientos negativos, en donde el estado avanzado de la enfermedad superó los tratamientos y cuidados realizados, ocasionando la muerte de la persona, generando en los enfermeros, sentimientos de impotencia, frustración, tristeza, culpa; ello, posiblemente porque evaluaban que los equipos y materiales eran insuficientes y que su escasa experiencia del cuidado a la persona en estado crítico, a la que se sumaba el desconocimiento del tratamiento de esta nuevamente enfermedad, eran los factores que contribuyeron a la muerte a muchas personas.

Actualmente las concepciones del significado de la muerte en las personas se han tergiversado, concluyendo que es un fiasco, derrota y desilusión en la vida, sin considerarlo un hecho natural propio de la existencia humana¹⁹. Por lo que podemos evidenciar que en los profesionales enfermeros la muerte representó el fracaso de sus cuidados profesionales, sobreviniéndoles sentimientos negativos de derrota.

La participación de los enfermeros en el cuidado humanizado, implica adquirir habilidades de conexión a través de la participación afectiva con la persona cuidada y su entorno, a pesar de ello, el profesional debe afrontar el final de la vida con una actitud profesional, con la facultad de reconocer las necesidades de la persona cuidada y de su familia, cooperando en el proceso de morir con cuidados de calidad ²⁸. No obstante, los sentimientos generados en la pandemia por el fallecimiento de muchas personas en poco tiempo, hicieron que muchas veces los esfuerzos realizados no fueran suficientes y por ende generaron sentimientos de impotencia y frustración que de cierta manera no cooperan para ofrecer un cuidado idóneo e integral, lo que perjudica el actuar diario del profesional en el ámbito laboral y a la vez en su vida personal.

Los sentimientos de impotencia y frustración develadas, fueron similares a lo descrito por Amaya-Pairzamán et al ¹⁴, en el que identifican sentimientos de pena, tristeza, impotencia, angustia; los cuales se intensifican según la etapa de vida del individuo ya sea que se trate de un padecimiento agudo o crónico.

El deseo del profesional de enfermería es siempre, brindar cuidado humanizado supliendo las necesidades en todas las dimensiones de la persona, esperando la recuperación de la persona, pero que a pesar de la preparación en pre y posgrado y de las vivencias previas a la pandemia, no fueron suficientes para sobrellevar las situaciones estresantes de dolor de muerte de muchas personas por la COVID -19 generando sentimientos de impotencia y frustración que requieren de un apoyo psicológico.

1.2. Sub categoría: ansiedad frente a lo desconocido de la enfermedad.

La ansiedad es una reacción frente a disposiciones emocionales de intranquilidad o turbación del ánimo, y uno de los efectos más habituales de la persona frente a lo desconocido, siendo esta una emoción displacentera y compleja, que se manifiesta mediante una presión emocional junto a un correlato somático. La ansiedad sugiere una mezcla de diferentes expresiones físicas y mentales que no son atribuibles a peligros reales, sino que se manifiestan como un estado persistente y difuso, pudiendo llegar al pánico ²⁰; muchas veces suele surgir como una reacción al estrés.

El profesional de enfermería está expuestos a muchos riesgos, no solo físicos, sino también a alteraciones psicológicas que no se desligan la una de la otra ya que son

seres holísticos en el que coexisten múltiples dimensiones que abarca la persona humana ²⁹.

Estos profesionales en el transcurso de la pandemia presentaron ansiedad, debido a su trabajo directo con las personas infectadas por la COVID 19, por sus periodos de cuarentena después de una ardua labor sumándose preocupaciones personales y familiares ²⁹. Esto se muestra en los siguientes relatos:

“...sentía que no conocía cómo tratar a la persona enferma con COVID, un poco de miedo a enfermarme, trataba de no pensar en mi muerte...con el miedo de haber contraído la enfermedad, tuve que vivir el aislamiento, evitar tocar a mis hijos ni bien llegaba del trabajo...” (Anaranjado).

“...tenía miedo porque era una enfermedad mortal y era una experiencia nueva, en sí debías cuidar al paciente, cuidar de ti misma, para también cuidar de tu familia...yo me aislaba, me alejaba de mi familia, por el temor a contagiarlos, no me acercaba ni a mi hija ni a mis padres, me generaba tristeza y culpa porque quería abrazar a mi familia, pero no podía por la exposición que yo tenía en mi trabajo...” (Celeste)

“...Sentía mucha ansiedad y miedo pensando en los conocidos fallecidos y en la exposición y peligro que yo tenía al trabajar con los pacientes positivos a COVID...” (Morado).

“.....sentía mucha ansiedad pensaba en todos mis colegas que se habían enfermado y estaban aislados, pensaba en qué momento me iba a tocar enfermarme a mí...” (Azul).

“...Sentía mucha ansiedad antes de entrar al turno, pensaba si ya habían muertos los pacientes que dejé al turno anterior...” (Violeta).

Se ha comprobado que la incertidumbre que generan las posibles enfermedades y sus letalidades en la persona genera estrés y/o ansiedad en el profesional de la salud ¹.

En el marco de la pandemia donde el índice de fallecimientos fue impensable, los profesionales de enfermería tuvieron que hacer frente a complicadas condiciones laborales, entre ellas, las extensas faenas laborales, excedente asistencial, aislamiento social, etc; originando un cúmulo de situaciones que perjudican la salud, y por ende

reducen la competencia para realizar el trabajo, acarreado la aparición de síntomas de inquietud, temor, abatimiento y alteraciones postraumático⁸.

Los profesionales de enfermería manifestaron ansiedad, básicamente por dos razones: a) porque no sabían cuál tratamiento era más efectivo para ayudar a la persona a sobreponerse de su estado crítico y b) porque no sabían que estrategias eran más adecuadas para evitar infectarse e infectar a su familia, lo que con llevaba a que se aísle de la familia, lo que a su vez le causaba más ansiedad, este círculo vicioso, sin duda, afectaba su bienestar.

1.3. Sub categoría: alegría por la recuperación de los pacientes.

La alegría es un sentimiento agradable que frecuentemente se exterioriza con; actitudes, expresiones verbales o simplemente gestos con que se da a conocer el buen estado anímico, debido a la consecución de logros alcanzados y la relación coherente entre lo que se plantea y se logra conseguir, entre las posibilidades y la condición actual²¹.

Los profesionales de enfermería han logrado durante el transcurso de su vida profesional y durante la pandemia tener sentimientos donde expresan su bienestar general, altos niveles de energía y fuerza que empujan sus deseos de continuar con su vocación cuando logran con el objetivo de su cuidado, el bienestar holístico del paciente, esta emoción hace crecer en cada uno una poderosa disposición para seguir dando lo mejor de sí cada día. Esto se manifiesta en los siguientes discursos:

“.....sentía satisfacción en aportar y estar ahí en su cuidado, alegría cuando se lograban recuperar...” (Anaranjado).

“...sentía alegría cuando los pacientes te agradecían cuando se recuperaban, eso es gratificante y daba satisfacción,....., alivia el dolor interno que se pueda estar viviendo...” (Turquesa).

“...también hubieron pacientes que estaban muy mal y llegaban salir victoriosos y eso me daba una alegría indescriptible, saber que tus cuidados fueron el granito de arena para su recuperación...” (Rosado).

“.... Lo mejor que un profesional de la salud pudo vivenciar en la pandemia fue la recuperación de la persona y el agradecimiento de los familiares muchos de ellos con lágrimas, creo que esa alegría nadie nos lo podía quitar...” (Azul).

La alegría es un estado anímico de satisfacción, en la que la persona siente plenitud por la coyuntura de lo grato y deleitoso. Respecto a la función biológica o adaptativa se parte de la idea de que la alegría, al igual que el resto de emociones, permite a los individuos adaptarse a su medio. Se ha demostrado que la alegría tiene efectos positivos para la salud, contribuyendo a un buen estado de salud. Cuando un enfermero (a) se siente feliz, el neo córtex favorece la suficiencia y facultad de la meditación, observación y advertencias, con pensamiento sensato y cuidadoso, o que incrementa la fortaleza del organismo y minimiza los miedos y temores²¹.

Minchala¹²; también relata que el personal de enfermería, cuando brinda cuidado, siente miedo al contagio, pero también experimentan alegría al ver al paciente recuperado, gracias al cuidado directo.

La recuperación de la persona cuidada y la gratitud manifestada por los familiares, hacían experimentar alegría también en los enfermeros (as), lo que favorece a que tuvieran emociones positivas y a la vez disminuyeran los estados de ánimos negativos que no contribuían con su trabajo y salud.

1.4.Sub categoría: tranquilidad por satisfacer la necesidad religiosa de la persona con COVID 19

El enfermero independientemente de su especialidad, ha obtenido conocimiento y aptitudes sobre la persona, sus órganos, funciones biopsicosociales, ya sea en estado de enfermedad o bienestar, en disposición a hallar las necesidades, inestabilidad o alteraciones de la persona, para evitar la enfermedad, recobrar la salud y su restauración, reintegración a la sociedad y/o ayuda a una muerte digna²⁸. Sin embargo, en esta pandemia lo que más se vivenció fue la muerte, una realidad inevitable que muchos profesionales no esperaron vivenciar.

El servicio hospitalario de las unidades críticas tenía el indicador y la expectativa de las muertes más alta en pandemia, causado por la prevalencia de pacientes en

situación crítica debido por el compromiso pulmonar presentado y la falta de oxígeno, ambiente en donde confluyeron múltiples sentimientos y emociones en la familia del enfermo y en el profesional de la salud ¹³.

La muerte, es comprendida y aceptada de distintas maneras, algunos lo comprenden como una trascendencia del alma, y otros es un “fenómeno asustador”, el cual es atemorizador y desagradable, lo que provoca distintas emociones como: desconsuelo, dolor, aflicción, tormento, miedo y ansiedad³⁰.

El dolor y sufrimiento para la familia producto de la muerte, debe despertaren el profesional de enfermería actitudes favorables para asumirlo de la mejor manera junto con ellos, favoreciendo la aceptación positiva, adaptando y direccionando cuidados al convaleciente en el final de su vida como a su entorno.

En momentos cruciales como lo es la finiquitad de la vida, el cuidado enfermero debe dirigirse a no solo ofrecer actividades encaminados a satisfacer necesidades básicas o a la insistencia del tratamiento, sino que debe ceñirse a todas las dimensiones de la persona, el cuidado debe conducirse a menguar el dolor, recuperar la salud y facilitar las circunstancias arraigadas de la persona cuidada como: factores sociales; culturales, morales, religiosos, etc. para el enfermo con probable muerte y para sus seres queridos, el apoyo, acompañamiento, cercanía y contacto terapéutico, permiten deparar de forma benigna la noticia relacionada con la muerte mejorando el afrontamiento del duelo³¹.

Vivir dignamente es un derecho que se debe mantener hasta el lecho de la muerte. La facultad del enfermero de aplicar los procedimientos y recursos destinados al cuidado es fundamental e importante, el conocimiento de la técnica de los cuidados es básico, pero a la vez cuidar requiere percepción, presentimiento, susceptibilidad y delicadeza, lo que requiere, de una manera inevitable, la disposición natural del contacto directo³².

Entonces, morir con dignidad, en la medida de lo posible, debe hacerse en el calor del hogar, con los seres queridos, entregado al afecto y al cariño de los mismos y sobre todo entregado a la realidad de lo que le sobreviene, un hecho trascendental, lleno de esperanza, y si no fuera así, si la persona está en coma o con los efectos de la sedación,

es reconfortante tener la mano y la aproximación de aquellos que amaron y dieron sentido a su vida. Es decir, morir con dignidad no se reduce al “sentido estético” sino que “dignidad sería la valoración de la propia muerte por los demás y ante los demás”³².

Los profesionales de enfermería son fundamentales para brindar cuidado holístico para el paciente agonizante, por la razón de conformar el grupo disciplinario que pasa importantes y considerados momentos cerca de ellos; pueden advertir y percibir la muerte, por esto, el deber que nace de cada enfermero es de conferir un carácter más amable, humano y justo a través del respeto de la dignidad de la persona, su idiosincrasia, reconociendo sus derechos individuales de la persona.³³

Tras las entrevistas, se puede evidenciar a través de los relatos vivencias con respecto a los cuidados de enfermería en el proceso de muerte del enfermo, expuestos:

“...muchos pacientes si bien es cierto murieron lejos de su familia, pero tratamos de simular ser parte de ellos y hablarles a través de ellos, para que pudieran partir tranquilos, hacer una oración elevada a Dios, tomar sus manos y así todo fuera más fácil para el enfermo...” (Verde).

“...cuando conversabas con los familiares y los tratabas de alentar y los impulsabas a confiar en Dios te agradecían por tus palabras y por el consuelo que ellos podían encontrar en ellas...” (Morado).

“...Personalmente solía llamar al sacerdote cuando los pacientes eran católicos y estaban cerca de la muerte, trataba de hablarles cerca y decirles que no estaban solos, que Dios los ama mucho y que su familia está agradecida por todo lo que han hecho, que lo perdonan por lo que hizo mal o no pudo hacer, pero que sobre todo que lo amaban y que están en oración todos por él...” (Marrón)

“.....lamentablemente los familiares no podían pasar cuando ya no había esperanza, y traté de llevarle los mensajes de sus familiares tal como ellos hubieran querido decirle, hice todo lo posible para que el paciente, sienta de cierta manera que estaba acompañado de las personas que lo aman, aunque sea a través de mí...” (Rosado).

Los relatos evidencian los cuidados dirigidos a la persona grave, los cuales estaban orientados a la muerte digna en la medida de lo posible, debido a que las circunstancias hacia todo complicado, ya que la presencia de los familiares estaba prohibida en los ambientes de UCI-COVID, pero a pesar de todo ello, la humanidad y el cuidado holístico no se hicieron esperar junto a la atención a la familia y el cuidado espiritual de ambos.

Estimar la muerte decente, es un derecho fundamental que significa ser acatados y tomar una resolución que engloba el desenlace de su vida, para algunos fallecer con dignidad es tener cerca a la familia, personas que la acompañaron en su vida, en unas circunstancias o ambiente tranquilo y en la medida de lo competente un suficiente control de síntomas ³².

Lamentablemente conocemos que al inicio de la pandemia no todos los pacientes que fallecieron por COVID tuvieron una muerte digna, al inicio, algunos profesionales tenían miedo al contagio y a morir, la sobresaturación de los servicios UCI COVID, y las muertes masivas, hicieron que propiciar la muerte digna fuera imposible, ya que morían las personas de manera simultaneas, el alto contagio por el contacto directo y la poca cantidad de recursos humanos eran la debilidad de la pandemia, los familiares que esperaban fuera muchas veces no sabían el estado de sus pacientes. El hacinamiento de pacientes, las muertes rápidas, el escaso personal, los breves e insuficientes lapsos de atención, desvirtuaban el cuidado humanizado y merecedor que se anhela proporcionar en esta sensible fase.

La expresión espiritual acompaña a la persona alrededor de toda su vida; es por ello que, la pérdida de la salud despierta en las personas, reflexionar sobre sus propósitos y sobre la finalidad de la vida. Viven este suceso muchas veces con dolor y angustia, es en esta etapa donde se hace manifiesto con mayor solidez la espiritualidad, fortaleciendo y animando a través de la esperanza una muerte con alivio, pilar fundamental en la persona cuidada ³⁴.

La persona tiene la tendencia a buscar establecer una relación entre el motivo de la vida y su experiencia respecto a la conexión consigo mismo, con otras personas, con su entorno y lo sagrado³⁴. Se podría decir entonces que la espiritualidad consigue

en cierto modo motivar, animar y tener aspiraciones más allá de la vida terrena de realización y desenlace feliz a través de la idea de trascendencia del ser humano.

El área religiosa, está inmersa en la espiritualidad, existiendo otros elementos que vinculan este concepto como: el cuidado idóneo al paciente, lo probable de un reencuentro posterior con los seres queridos, de dispensar y a la vez ser exculpados, de percibir amor, de disponer del momento para repasar su vida y analizar el significado de su vida para su familia³⁴. El cuidado de la espiritualidad en el enfermo tiene peculiaridades y circunstancias que acotan el significado de la existencia y la creencia, teniendo como intención, aligerar la dolencia psíquica, mental y anímica, iniciando por el padecimiento de una enfermedad, su convalecencia o una avecinada muerte. Esto es de utilidad también como soporte y alivio espiritual a la familia.

En los servicios críticos hay carencias en el abordaje total de la espiritualidad, en tiempo de pandemia el profesional de enfermería realizó en la medida de lo posible el cuidado espiritual del enfermo, a pesar de las limitantes, logrando más de lo esperado.

Por otro lado, la noticia de la posibilidad de muerte de la persona cuidada para su familia es interpretado en variadas fuerzas, algunos van de la fase de shock, otros de desconsuelo, y es ahí que le profesional de enfermería debe intervenir al distinguir cada etapa atravesada y encaminar sus cuidados a aplacar las dolencias de los seres queridos para afrontar el proceso de duelo³⁴. Los siguientes relatos muestran la identificación de las necesidades familiares por ser colaboradores del cuidado del doliente.

“...hubo ocasiones donde te entregaban una carta para que se los leas, esto era algo emotivo y humano que no podías dejar de hacer, el apoyo familiar incluso en la distancia se vio en la pandemia y el amor atravesaba barreras...” (Marrón)

.

“...Para los familiares al saber que sus pacientes habían muerto cerca a la asistencia de un sacerdote, lograban tener de cierta forma consuelo, ya que para algunos la esperanza de trascendencia por la fe, los reconfortaba...” (Verde).

“...El trabajo no quedó nunca en el mero cuidado, había siempre un familiar esperando palabras de esperanza o al menos de consuelo, todos sabemos que la fe es uno de los medios más favorable para esas situaciones, muchas veces los acompañe en una oración por el paciente, lo cual siempre terminaba con una palabra de gratitud...” (Azul).

A través de lo narrado podemos apreciar que los profesionales de enfermería se esforzaban por brindar cuidado hasta el final de la vida de la persona, trataban de que la familia participe de cierta manera, incluso a veces a través de llamadas, cartas y a veces oraciones hacia Dios, lo cual reflejaba no sólo el bien morir del paciente a pesar de estar lejos de sus seres queridos, sino también causar cierta paz y tranquilidad de la familia en medio de su dolor.

La significación de proporcionar asistencia psicoemocional a la persona cuidada y a los familiares es reconocida por el profesional de enfermería que pudo palpar los frutos de su cuidado, así como resolver dudas o temores de los seres queridos en esta efímera y lamentable etapa.

El profesional de enfermería debe tener la capacidad de aceptar que la intervención de la familia en el cuidado es señal de calidad sanitaria en razón de los pacientes que se encuentran cerca de la muerte, es por ello que los cuidados deben ir dirigidos no solo a la persona en peligro de muerte, sino además a la familia ³⁵.

Por lo que se concluye, que los profesionales de enfermería a través de las nuevas vivencias, dan un paso al frente y redirigen su proceder en el cuidado constantemente, buscando siempre el bienestar de la persona cuidada, inclusive en circunstancias no esperadas y en situaciones aparentemente inviables, pese a los obstáculos encontrados, la enfermería viene ampliando nuevos conocimientos ante el cuidado, integrando un conjunto de acciones, evidenciado a través de: el acompañamiento de un representante religioso, a través de cartas, a través de llamadas, incluso haciéndose pasar por uno de los familiares para ayudarlo a morir con tranquilidad, lo cual generó consuelo no sólo al paciente sino también a su familia, haciendo más llevadero el proceso de muerte.

CATEGORIA II: IMPACTO DE LAS VIVENCIAS EN LAS HABILIDADES SOCIALES Y AUTOCUIDADO DEL PROFESIONAL DE ENFERMERIA.

Las vivencias dejan huellas en las personas, si son canalizadas adecuadamente puede conllevar a fortalecer sus habilidades sociales y su capacidad de autocuidado tal como se revela en estas sub categorías

2.1. Sub categoría: sintiendo empatía ante el dolor.

La empatía es tomar parte de los sentimientos de otra persona y hacérselo saber y sentir que participa de su realidad. Se podría decir también que es la virtud de entender la aflicción de los demás, fundamentados en la identificación de la otra persona como tu semejante²⁴.

Los profesionales de enfermería sufren con la enfermedad y muerte de la persona que cuida, que al tener un contacto directo y al pasar muchas horas laborales establecen un vínculo cercano que las hace percibir el dolor del paciente y de la familia²⁷. Por lo que podemos evidenciar en los siguientes discursos:

“...trataba de sentir empatía de ponerme en el lugar de la persona enferma, cuidaba con amor esperando que esa persona se recupere, con el cuidado debido...” (Celeste)

“...Los familiares de los pacientes con COVID me pedían por favor que no los deje morir, porque era padre de 3 niños y eso me partía el corazón, uno como madre se ponía en el lugar del paciente...” (Morado).

“...yo siempre he atendido a mis pacientes como si fuera mi familiar ahí sufriendo y he sufrido la pérdida con cada uno de ellos...” (Azul).

Referente a la evidencia narrada los profesionales de enfermería son capaces de crear vínculos cercanos que favorecen la empatía, y a la vez no disponen de los medios necesarios para separar sus emociones laborales de su vida privada, y donde vemos que involucran sus sentimientos derivados de su vivencia laboral llevándolo a casa y viceversa, influyendo en su vida de manera significativa.

Díaz T, Fernández K¹³, también develó en una de sus categorías que los enfermeros vivenciaron un cuidado más humanizado entre la vida y la muerte, mostrando empatía ante el sufrimiento.

Por lo que podemos concluir que los profesionales de enfermería, sentían empatía asumiendo los cuidados holísticos tal y cual lo harían con un ser querido, identificándose con el dolor de la persona cuidada y de los familiares sin separar adecuadamente sus vivencias y llevando sus emociones de dolor a casa y de casa al trabajo.

2.2. Sub categoría: resiliencia profesional frente a la pandemia.

Los profesionales de la salud, sobre todo el personal asistencial de enfermería, experimentaron un contexto agresivo, no esperado, ni vivenciado anteriormente; sin embargo, a pesar de las vivencias negativas y duras vividas, despertaron y desarrollaron conductas positivas y afrontamientos óptimos como forma de adaptación ante la pandemia.

Si bien es cierto, en los discursos se puede evidenciar sentimientos negativos de frustración, angustia, tristeza, todo ello no quedó allí, sino que, frente a la tragedia y amenaza, lograron salir airoso adoptando conductas positivas demostrando equilibrio emocional a través de su afrontamiento eficaz. En las siguientes líneas podemos evidenciar cómo repercutió en su vida laboral trabajar en tiempos de pandemia con pacientes COVID:

“...yo siento que me hizo más fuerte, tuvimos nuevas técnicas, nuevas condiciones y nuevos conocimientos, tuvimos que afrontar esos episodios, me hizo más fuerte, más resiliente ante posibles emergencias...” (Turquesa).

“...sentí reafirmación de mi vocación, sabía que estaba donde debía de estar, sacó lo mejor de mí, quería hacer bien mi trabajo, creo que fui resiliente en momentos de tanto dolor alrededor...” (Violeta)

“...Siento que me volví más hábil, resiliente, en medio de las carencias, me las ingenia para cumplir mi labor, recuerdo que me capacitaba virtualmente, estaba siempre pendiente de que más podía hacer, creo que despertó en mí ganas de aprender de todo para poder hacer algo más por los pacientes...” (Marrón).

El personal de enfermería cumple con un perfil el cual tiene que poseer para dar cumplimiento eficaz en su labor, pero la situación de pandemia fue una realidad no vivenciada anteriormente y de la que nadie estaba preparado para vivirla. Sin embargo, las soluciones frente a los obstáculos no se hicieron esperar, la lucha, la valentía y las respuestas de adaptación se fueron dando después del golpe emocional inevitable.

Los enfermeros condujeron sus emociones y sentimientos negativos en positivos, rescatando lo bueno, los logros obtenidos en medio de tanto dolor, todo esto no los congeló, pero sí los impulso a poner todas sus energías y conocimientos para salvar las vidas que podían salvar a través de sus cuidados de calidad y humanos hasta la recuperación y a la vez aceptando la muerte inevitable.

Tal y como se describen los relatos, podemos palpar que el personal de enfermería desarrolló habilidades, tuvieron estrategias y plan de actuación frente a la situación que vivenciaban, se visualizaban capaces de enfrentar y salir adelante a pesar de las dificultades y desventajas que no favorecían su labor, buscaron las oportunidades de actuación con previas capacitaciones virtuales, aumentaron su confianza profesional y mejoró su autoestima como profesionales.

Aprendieron de sí mismos, se descubrieron capaces de realizar labores por encima de sus fuerzas y de resolver problemas, sintiendo que crecieron a nivel personal y profesional, desarrollaron no sólo autoestima, sino también la capacidad de ser empáticos, aumento de su espiritualidad, aferrándose a la fe, la oración diaria y a la unión con Dios encomendándole su labor e incrementó su apreciación y valoración de la salud y la vida.

Por lo que se concluye que frente a la pandemia el personal de enfermería tuvo una respuesta resiliente, donde supieron manejar y canalizar sus emociones, desarrollaron habilidades, aprendieron aceptar la muerte, se capacitaron, resolvieron problemas, aumentaron su espiritualidad, empatía y autoestima.

2.3. Sub categoría: vigorizando su autocuidado

La pandemia generó a nivel internacional una enorme demanda de los servicios sanitarios encargados de proteger la salud, siendo la salud de los profesionales de la

salud, una prioridad porque eran aquellos que se encontraban en la vanguardia de los cuidados por la infección de la covid19¹.

Pese a que llegar al final de la vida es un hecho esperado y recurrente en un hospital, el profesional de enfermería mayormente, no están acondicionadas psicoemocionalmente para manejar sus sentimientos frente al suceso de la muerte, sobre todo si es masiva, laborando con sus temores personales de enfermar y a su vez contagiar, causar la muerte de aquellos que ama, además sienten contrariedades internas al cuidar del enfermo que evolucionaban negativamente³⁵. Lo mismo experimentaron los enfermeros entrevistados:

“...al finalizar el trabajo todos nos bañábamos y desechábamos la ropa antes de salir y al llegar a casa pasaba por un proceso de desinfección antes de entrar a casa y trataba de no tener contacto directo con mi familia por temor a transmitirles el virus en caso de que sea asintomática...” (Azul).

“...yo tuve que alquilar un cuarto para evitar en la medida de lo posible contagiar a las personas que amo...” (Rosado).

“...yo creo que todos los profesionales de enfermería nos aislamos de la mejor manera posible, pero a pesar de ello no dejamos de lado la misión que teníamos...” (Morado).

En esta descripción se devela que los profesionales de enfermería, tenían como medida de cuidado de su salud personal y familiar el distanciamiento, lo que en cierta forma esa barrera le suscitaba sentimientos de culpa, por ser sus propios hijos los que sufrían con esta medida, quienes muchas veces no comprenden totalmente la seriedad y necesidad de esta medida de protección. Así lo vemos en el siguiente relato:

“...yo me aislaba, me alejaba de mi familia, por el temor a contagiarlos, no me acercaba ni a mi hija ni a mis padres, me generaba tristeza y culpa porque quería abrazar a mi familia, pero no podía por la exposición que yo tenía en mi trabajo...” (Celeste).

En estos relatos se evidencia que el temor estaba latente en el día a día de los profesionales de enfermería, terminaban el turno estresante y agotador y llegaban a otro

ambiente, que, si bien es cierto, descansaban físicamente, emocionalmente seguían afectadas y esto duró un largo periodo, por los dos años intensos de la pandemia.

Minchala¹²; también reportó los siguientes discursos: “Me encuentro aislada de mi familia, mis hijos, el traje te ahoga, te asfixia, no puedes salir al baño a realizar tus necesidades, te deshidratas por el sudor, la falta de líquidos, debes rotar cada seis horas en el turno”. Para algunos la relación enfermero – persona cuidada fue limitada, para otros no, sin embargo, el temor y la ansiedad convivía con ellos.

La indagación de las experiencias narradas ha mostrado que una de las disposiciones tomadas por el profesional de enfermería fue la protección a través del aislamiento drástico con sus seres queridos, suscitando, sentimientos de culpa con los cuales tenía que vivir por un beneficio mayor que era la salud de su familia.

CONSIDERACIONES FINALES

El estudio de caso ha develado diferentes sentimientos manifestados por los enfermeros frente a la enfermedad de la COVID-19, teniendo como consideraciones finales lo siguiente:

Dentro de los principales sentimientos manifestados por el profesional de enfermería en el cuidado del paciente crítico con COVID19, se encuentra la impotencia y frustración, desencadenado por el deseo de ver recuperado al paciente y el desenlace final de su muerte, lo cual demuestra que el personal de enfermería con respecto al deceso de los pacientes a su cuidado, no consigue confrontarlo convenientemente.

Un sentimiento arraigado en los profesionales de la salud de la cual no se pudieron desligar durante los dos años intensos de pandemia, fue la ansiedad ante lo desconocido de la enfermedad, debido a que podían adquirirla, transmitirla y a la vez tener algún destino fatal para ellos o su propia familia.

Los profesionales experimentaron también sentimientos de alegría, causada por la recuperación de las personas a cargo de su cuidado y por la gratitud que experimentaban de ellas y de su familia, lo cual contrarrestó sus experiencias y emociones negativas.

Los profesionales de enfermería fomentaron en todo momento un cuidado holístico desde el proceso de enfermedad hasta el culmen de la vida en la medida de lo posible a pesar de los limitantes protocolos de la pandemia, buscando el vínculo familiar, el apoyo religioso y el contacto humano.

Los sentimientos vivenciados fortalecieron las habilidades sociales y su capacidad de autocuidado. Los profesionales de enfermería sentían empatía asumiendo los cuidados holísticos y de calidad tal y cual lo harían con un ser querido, identificándose con el dolor de la persona cuidada y de los familiares sin separar adecuadamente sus vivencias y llevando sus emociones de dolor a casa y de casa al trabajo.

La respuesta del personal de enfermería frente a la pandemia ha demostrado ser resiliente, adoptando actitudes positivas, donde supieron manejar y canalizar sus

emociones, desarrollaron habilidades, aprendieron aceptar la muerte, se capacitaron, resolvieron problemas, aumentaron su espiritualidad, empatía y autoestima.

Su capacidad de autocuidado también fue fortalecida para evitar infectarse e infectar a su familia, adoptando estrategias para minimizar el riesgo de contagio.

RECOMENDACIONES

A las enfermeras:

- Que sepan reconocer sus emociones negativas y tomen medidas de apoyo y favorezcan emociones positivas.
- Fomentar y proteger la imagen de la profesión, enfocada en acudir a talleres de manejo de emociones, para el desarrollando habilidades y actitudes para el cuidado integral y holístico de las personas cuidadas.

A la coordinadora del servicio de UCI:

- Adecuar estrategias de trabajo para disminuir la carga laboral del personal de enfermería respetando que las UCI tienen una ratio de una enfermera por cada dos pacientes sin sobrecargar el trabajo. asimismo, determina el nivel de gravedad que presentó el paciente crítico, y es un predictor valioso para cuantificar la carga de trabajo del profesional de enfermería.
- Gestionar talleres, programas para evaluar la salud mental facilitando la intervención terapéutica y reducir las manifestaciones de señales relacionado al desgaste o rotura del bienestar emocional, psicológico y social del profesional de enfermería.

A la jefatura del departamento de enfermería:

- Fomentar el aumento de talleres psicoeducativos para afrontar la muerte, dirigidos al personal de enfermería, con el fin de contar con profesionales psicológicamente estables y preparados para enfrentar la vida en todas sus etapas y así brindar cuidados de calidad, además de la adquisición de habilidades como la inteligencia emocional, la resiliencia de tal manera que podamos prevenir emociones negativas que no favorezcan nuestra profesión.
- Al Comité de Seguridad y Salud Ocupacional: Evaluación del personal de enfermería con el objetivo de reconocer profesionales de enfermería afectados por la pandemia y a la vez disminuir el acumulo o sobrecarga

emocional y el nivel de estrés derivado de la atención de pacientes en situación crítica y en agonía.

- A los gerentes de salud a través de acuerdos, suscitar su compromiso de todos los profesionales de la salud, ya que el cuidado es multidisciplinario, insistiéndose así la necesidad del equilibrio de coresponsabilidades entre profesionales.

A los estudiantes:

- Llevar a cabo investigaciones acerca de los desafíos que atraviesan los profesionales de enfermería, sensibilizándonos con temas similares que atañen el cuidado de la enfermera y el cuidado del paciente para ampliar conocimientos y ser partícipes de la construcción de nuevos paradigmas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Da Silva TCL, Fernandes ÁK de MP, do O' CB, Xavier SS de M, Bezerra de Macedo EA. El impacto de la pandemia en el rol de la enfermería: una revisión narrativa de la literatura. *Enferm. glob* [Internet]. 2021; 20(3):502–43. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412021000300016
- 2.- Flores-Ruiz CC, Cuba-Llanos TL, Cubas WS. Pandemia por COVID y el síndrome de duelo: ¿un enemigo reemergente en la salud mental? *RevNeuropsiquiatr* [Internet]. 2021 [citado el 12 de junio de 2023]; 84(3):247–8. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-85972021000300247
- 3.- Covid 19 en el Perú - Ministerio de Salud [Internet]. Gob.pe. 2023. Disponible en: https://covid19.minsa.gob.pe/sala_situacional.asp
- 4.- Coronavirus: número de muertes por país en 2023 [Internet]. Statista. Disponible en: <https://es.statista.com/estadisticas/1095779/numero-de-muertes-causadas-por-el-coronavirus-de-wuhan-por-pais/>
- 5.- Espín A. Análisis de la bioseguridad frente la pandemia covid-19 y el impacto psicológico en profesionales de enfermería. *Polo del conocimiento*. [Internet] 2022 Disponible en: <https://polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es/article/view/2029/html>
- 6.- El CIE afirma que la muerte de 115 000 trabajadores sanitarios por COVID-19 demuestra el fracaso colectivo de los líderes para proteger a la fuerza laboral global [Internet]. ICN - International Council of Nurses. 2023. Disponible en: <https://www.icn.ch/es/noticias/el-cie-afirma-que-la-muerte-de-115-000-trabajadores-sanitarios-por-covid-19-demuestra-el>
- 7.- Galatea C. Impacto COVID-19 en profesionales de la salud: resultados preliminares del estudio de la Fundación Galatea (II) [Internet]. Clínica Galatea. 2021. Disponible en: <https://www.clinica-galatea.com/es/bloc/estudio-impacto-covid19-profesionales/>
- 8.- Marquina-Lujan R, Adriazola Casas R. Autopercepción del estrés del personal de salud en primera línea de atención de pacientes con COVID-19 en Lima Metropolitana, Perú. *cietna* [Internet]. 2020; 7(2):35–42. Disponible en: <https://revistas.usat.edu.pe/index.php/cietna/article/view/391>

- 9.- El comercio. Más de 2 mil trabajadores del sector salud han fallecido en el Perú víctimas del COVID-19. [Internet]. 2021. Disponible en: <https://www.dge.gob.pe/dashpersonalsalud/#grafico11/>
- 10.- Cabral E. Más de 2.300 contagios en trabajadores de la salud en Lima [Internet]. OjoPublico. [Internet]. 2022. Disponible en: <https://ojo-publico.com/3281/mas-de-2300-contagios-en-trabajadores-de-la-salud-en-lima>
- 11.- Andreu-Periz D, Ochando-García A, Limón-Cáceres E. Experiencias de vida y soporte percibido por las enfermeras de las unidades de hemodiálisis hospitalaria durante la pandemia de COVID- 19 en España. *EnfermNefrol* [Internet]. 2020; 23(2):148–59. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842020000200004
- 12.- Minchala U. Vivencias y emociones del personal de Enfermería con pacientes Covid-19. Cuenca – Ecuador. [Internet]. 2020. Disponible en: <https://revistamedica.com/vivencias-emociones-enfermeria-covid-19/>
- 13.- Fernández Cueva KF, Diaz Araujo TL. Las vivencias de los profesionales de enfermería en la pandemia del nuevo coronavirus. universidad nacional de Trujillo [Internet]. 2022. Disponible en: <https://dspace.unitru.edu.pe/handle/UNITRU/18600>
- 14.- Amaya Pairazamán YE, Núñez Vilca JR. Vivencias de enfermeras ante la muerte de la persona críticamente enferma, hospital apoyo Chepén – [Internet]. 2019; Disponible en: <https://repositorio.unprg.edu.pe/handle/20.500.12893/5097>
- 15.- Obando Zegarra R, Arévalo-Ipanaqué JM, Aliaga Sánchez RA, Obando Zegarra M. Ansiedad, estrés y depresión en enfermeros de emergencia Covid-19. *IndexEnferm* [Internet]. 2020; 29(4): 225–9. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962020000300008
- 16.- Gastelo E. Vivencias del profesional de enfermería en el cuidado del paciente crítico al final de la vida, en el Hospital Regional de Lambayeque, Chiclayo 2020”. Segunda Especialidad. UNPRG.[Internet]. Disponible en: <https://repositorio.unprg.edu.pe/handle/20.500.12893/9295>
- 17.- Erausquin C, Sulle A, García LL. La vivencia como unidad de análisis de la conciencia: sentidos y significados en trayectorias de profesionalización de psicólogos y profesores en

comunidades de práctica. Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires [Internet]. 2019; Disponible en: <https://www.aacademica.org/cristina.erausquin/604>

- 18.- Fernández-Abascal y María Pilar Jiménez Sánchez EG. PSICOLOGÍA DE LA EMOCIÓN [Internet]. Cerasa.es. [citado el 15 de julio de 2023]. Disponible en: <https://www.cerasa.es/media/areces/files/book-attachment-2986.pdf>
- 19.- Mustaca AE. Frustración y conductas sociales. AvPsicolLatinoam [Internet]. 2017; 36(1):65Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/apl/v36n1/1794-4724-apl-36-01-00065.pdf>
- 20.- Monteserín DC. Ansiedad: qué es, síntomas y cómo actuar ante un ataque [Internet]. Blog Aegon Seguros. Aegon[Internet] 2022. Disponible en: <https://blog.aegon.es/salud-mental/ansiedad-sintomas/>
- 21.- Arrechea J. Sobre la Alegría. Estudio Breve. [Internet] 2019. [Consultado 05 de julio 2023]. Disponible en:https://www.parclabelleidee.fr/docs/productions/Sobre_la_Alegria_Estudio_breve.pdf
- 22.- Álvarez R. Análisis descriptivo de los valores sentimientos y emoción en la formación de profesores de la Universidad de Granada. [Internet] 2019. Disponible en: <https://www.ugr.es/~recfpro/rev61COL8.pdf>
- 23.- La página de la vida. Formas Normales y Anormales de Reaccionar. Reacciones Psicológicas y Reacciones Vivenciales. [Internet] 2019. Disponible en: <http://www.proyectopv.org/2-verdad/reaccionespsic.htm>
- 24.- López M, Filippetti V. Empatía: desde la percepción automática hasta los procesos controlados. [Internet] 2020. Disponible en:<http://www.scielo.org.co/pdf/apl/v32n1/v32n1a04.pdf>
- 25.-Jiménez V; Cornelio W. Los estudios de casos como enfoque metodológico.[Internet]. 2019. Disponible en: <file:///C:/Users/Fatima/Downloads/Dialnet-LosEstudiosDeCasosComoEnfoqueMetodologico-5757749.pdf>
- 26.-Blasco T, Otero L. Técnicas conversacionales para la recogida de datos en investigación cualitativa: La entrevista (I). [Internet]. 2020. Disponible en:

file:///C:/Users/Fatima/Downloads/408-Texto%20del%20art%C3%ADculo-1615-1-10-20150616%20(1).pdf

- 27.- Fernández N. Informe Belmont sobre Psiquiatría Legal. INESEM. BUSINESS SCHOOL. 2020. Disponible en: <https://www.inesem.es/revistadigital/juridico/informe-belmont/>.
- 28.- Souto S, Vazquez I, García C. Muerte Digna: un reto para la enfermería [Internet]. 2021. [Consultado el 20 de junio de 2023] Disponible en: https://www.agamfec.com/wp/wp-content/uploads/2015/07/04A_Saber_N12_1.pdf
- 29.- Miranda R. Murguía I, ED. Síntomas de Ansiedad y Depresión en Personal de Salud que Trabaja con Enfermos de COVID-19. Revista Internacional de Ciencias Médicas y Quirúrgicas [Internet] 2021 8 (1), 1-12. Disponible: <http://portal.amelica.org/ameli/jatsRepo/478/478202007/html/>
- 30.- Freitas T, Banazeski A, Eisele A, de Souza E, Bitencourt J, Souza S. La visión de la Enfermería ante el Proceso de Muerte y Morir de pacientes críticos: una revisión integradora. Enferm.glob. [Internet] 2019. 15(41). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-
- 31.- Marrero C, García A. Vivencias de las enfermeras ante la muerte. Una revisión. [Internet] 2019. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/334576603_Vivencias_de_las_enfermeras_ante_la_muerte_Una_revision
- 32.- Zunzunegui M. Los cuidados al final de la vida. GacSanit. [Internet]; 2018; 23(4). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112018000400319
- 33.- Ruiz M, Ortega A, Cabrera J, Ibáñez O, Carmona M, Relinque F, Personas enfermas al final de la vida: vivencias en la accesibilidad a recursos socio sanitarios. Enfermería universitaria. [Internet] 2017; 14(1). Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1665706316300677>
- 34.- Pérez E. Enfermería y necesidades espirituales en el paciente con enfermedad en etapa terminal. Enfermería [Internet]; 2020. 5(2). Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2393-66062016000200006

- 35.- ÁlvarezD.Laexperienciadelasenfermerasantelamuerte.IndexEnfem.[Internet] 2019.
Disponible en:
https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/675749/alvarez_de%20arriba_danielcfg.pdf?sequence=1&isAllowed=y

ANEXO 1



**UNIVERSIDAD NACIONAL
PEDRO RUIZ GALLO
FACULTAD DE ENFERMERÍA**



ENTREVISTA DIRIGIDA A ENFERMERAS

I.- INTRODUCCION

El presente formulario tiene como fin recoger datos sobre las vivencias de los profesionales de enfermería que trabajan, unidad de cuidados intensivos COVID, la cual se empleará para realizar este trabajo de investigación.

II.- DATOS GENERALES.

- ✓ Seudónimo:..... Edad:..... Sexo.....
- ✓ Tiempo de servicio:..... Especialidad:.....
- ✓ Tiempo de trabajo en la UCI:.....

II.- DATOS ESPECÍFICOS.

2.1. PREGUNTA NORTEADORA:

¿Cómo se sintió usted durante el turno con una persona enferma de COVID?

¿Qué sentimientos le generaron a usted cuidar a una persona con COVID?

¿Cómo cree usted que repercutió en su vida laboral tratar pacientes COVID?

¿Cómo cree usted que repercutió en su vida familiar tratar pacientes COVID?,



ANEXO 2

**UNIVERSIDAD NACIONAL
PEDRO RUIZ GALLO**

FACULTAD DE ENFERMERÍA

CONSENTIMIENTO INFORMADO



YO:....., acepto participar en la investigación:
“Vivencias de los profesionales de enfermería que trabajan, unidad de cuidados intensivos COVID, de un hospital Es salud Chiclayo 2021”, que tiene como objetivo, develar las vivencias de las profesionales de enfermería generadas en el cuidado de la persona atendida en la UCI-COVID, de un hospital de Essalud Chiclayo.

Se me ha informado que este estudio no produce ningún riesgo y que participaré en una entrevista que dura en promedio 30 minutos, la información que brinde se mantendrá en anonimato, por ello, utilizaran seudónimos y solo será procesada por las investigadoras. Asimismo, me manifestaron que en el momento que deseo puedo decidir no continuar con el estudio y de terne alguna pregunta puedo consultar a las investigadoras.

Por lo tanto, admito cooperar en la investigación contestando las preguntas que serán grabadas, teniendo en cuenta que la referencia proporcionada será para el discernimiento de la investigación y de la asesora, contando con su discreción y respeto a mi intimidad.

Declaro que, consiento participar de la presente investigación.

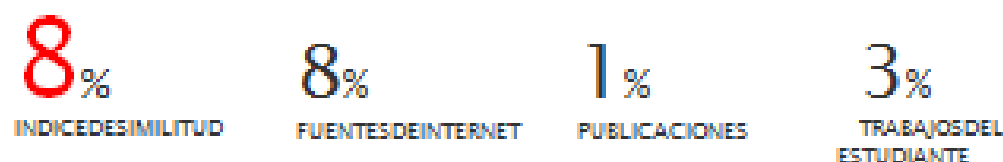
Chiclayo, del 2021.

Firma del Participante

Firma de la Investigadora

Vivencias de los profesionales de enfermería que trabajan en la Unidad de Cuidados Intensivos COVID de un hospital Essalud Chiclayo 2021

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.unprg.edu.pe Fuente de Internet	2%
2	polodelconocimiento.com Fuente de Internet	1%
3	hdl.handle.net Fuente de Internet	1%
4	1library.co Fuente de Internet	1%
5	www.slideshare.net Fuente de Internet	1%
6	Submitted to Sharda University Trabajo del estudiante	< 1%
7	Submitted to Universidad Nacional de Colombia Trabajo del estudiante	< 1%
8	proyectopv.org Fuente de Internet	< 1%



Dra. Maria Margarita Fanning Balarezo

Asesora

DNI: 16450150

CODIGO ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2666-4935>

9	revistamedica.com <small>Fuente de Internet</small>	< 1 %
10	repositorio.unach.edu.pe <small>Fuente de Internet</small>	< 1 %
11	dspace.unitru.edu.pe <small>Fuente de Internet</small>	< 1 %
12	repositorio.unap.edu.pe <small>Fuente de Internet</small>	< 1 %
13	orientacion.universia.net.co <small>Fuente de Internet</small>	< 1 %
14	pesquisa.bvsalud.org <small>Fuente de Internet</small>	< 1 %
15	repositorio.untrm.edu.pe <small>Fuente de Internet</small>	< 1 %
16	ri.ues.edu.sv <small>Fuente de Internet</small>	< 1 %

[eExcluir citas](#)

[Activo](#)

[eExcluir coincidencias](#)

[eExcluir](#)

[Excluir bibliografía](#)

[Activo](#)



Dra. Maria Margarita Fanning Balarezo

Asesora

DNI: 16450150

CODIGO ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2666-4935>




Recibodigital

Este recibo confirma que su trabajo ha sido recibido por Turnitin. A continuación podrá ver la información del recibo con respecto a su entrega.

La primera página de su entrega se muestra a continuación.

Autor de la entrega:	Dayani Diaz Dávila Quick
Título del ejercicio:	Submit
Título de la entrega:	Vivencias de los profesionales de enfermería que trabajan, ...
Nombre del archivo:	INFORME_FINAL_03_DE_ENERO_DEL_2024_1.docx
Tamaño del archivo:	388.83K
Total páginas:	51
Total de palabras:	13,076
Total de caracteres:	73,222
Fecha de entrega:	15-ene.-2024 10:27 a.m. (UTC-0500)
Identificador de la entrega...	2271403414

UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO
FACULTAD DE ENFERMERÍA
UNIDAD DE POSGRADO



TESIS

“Vivencias de profesionales de enfermería que trabajan en la
Unidad de Cuidados Intensivos COVID, de un hospital Essalud.
Chiclayo 2021”

Para optar el título de Segunda Especialidad Profesional en el Área del Cuidado
Profesional: Especialista En Cuidados Críticos En Mención Adulto

INVESTIGADORAS:
Lic. Enf. ATOCHE REAÑO MARÍA DE FÁTIMA
Lic. Enf. DÍAZ DÁVILA DAYANI STEPHANY

ASESORA:
DRA. MARÍA MARGARITA FANNING BALAREZO

LAMBAYEQUE, 2024

1


Dra. Maria Margarita Fanning Balarezo
Asesora
DNI: 16450150
CODIGO ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2666-4935>