

Experiencias y significados del profesional de enfermería de UCI durante la pandemia por COVID-19 y su relación con la calidad de atención en salud en una IPS de Medellín durante 2020-2021

Por:

Susana Vallejo Suescún
Yuliana Cárdenas Jaramillo

Asesor:

John Camilo García Uribe

Universidad CES,
Facultad de Medicina
Maestría Calidad en Salud
Medellín, Septiembre
2023

Tabla de contenido

EXPERIENCIAS Y SIGNIFICADOS DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DE UCI DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19 Y SU RELACIÓN CON LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD EN UNA IPS DE MEDELLÍN DURANTE 2020-2021	1
1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	5
1.1 Planteamiento del Problema de investigación.....	5
1.2 Justificación de la Propuesta de investigación	9
1.3 Pregunta de Investigación.....	10
2. MARCO TEÓRICO DE APROXIMACIÓN AL TEMA	10
2.1 Condiciones de salud mental del personal de salud durante la pandemia por COVID 19.....	10
2.1.2 Condiciones laborales enfermería	15
2.1.3 Calidad en Salud	16
2.1.4 Conceptos de Significado y experiencia	19
3. OBJETIVOS	20
3.1 Objetivo general	20
3.2 Objetivos específicos.....	20
4. METODOLOGÍA	21
4.1 Enfoque metodológico y tipo de estudio	21
4.2 Marco interpretativo.....	21
4.3 Población.....	23
4.3.1 Población de referencia.....	23
4.3.2 Población de estudio	23
4.4 Plan de recolección.....	23
4.4.1 Selección de participantes	23
4.4.2 Muestra.....	25
4.5 Criterios de participación y posibles fuentes de pérdida.....	25
4.6 Categorías preliminares de análisis	25
4.7 Técnicas de recolección de información	26
4.7.1 Grabación y transcripción.....	26
4.7.2 Análisis	27

4.8 RIGOR	28
4.8.1 Validez	28
4.8.2 Credibilidad.....	28
5. CONSIDERACIONES ÉTICAS	28
5.1 Confidencialidad y voluntariedad	29
5.1.2 Lugar y hora	30
5.1.3 Clima de confianza	31
5.1.4 Archivo de datos y sistematización	31
5.2 Conflicto de intereses:	31
6. RESULTADOS	31
6.1 Características de los participantes.....	32
6.1.1 Tabla 1. Características de los participantes	32
6.2 Tabla 2. Distribución de Códigos por documento.....	33
6.3 Figura 1. Nube de palabras del análisis exploratorio de los datos.....	34
6.4 Distribución código por documento	34
6.4.1 Tabla 3. Distribución de códigos y categorías más frecuentes por documento	35
6.5 Análisis de co-ocurrencia.....	35
6.5.1 Tabla 4. análisis de co-ocurrencia de códigos y grupos de códigos.....	36
6.6 Experiencias del profesional de enfermería de UCI en relación con la atención en salud durante la pandemia por COVID-19.....	36
6.6.1 Sobrecarga laboral.....	39
6.6.2 Sobreocupación y condiciones laborales difíciles.....	40
6.6.3 Enfermería como máximo gestor del cuidado	41
6.6.4 Aumento en la demanda de terapia de Oxigenación de membrana extracorpórea para soporte cardíaco o respiratorio en adultos (ECMO) como una luz de esperanza.	42
6.6.5 Deserción laboral	42
6.7 Significados construidos del profesional de enfermería de UCI, alrededor de la atención en salud durante la pandemia por COVID-19.	43
6.7.1 Emociones del personal de enfermería durante la asistencia de pacientes en UCI durante la pandemia.....	44
6.7.2 Emociones positivas.....	52
6.8 Experiencias y significados del profesional de enfermería de UCI respecto a la calidad de la atención en salud durante la pandemia por COVID-19.	53
6.8.1 Eventos adversos.....	55

7. DISCUSIÓN	59
8. CONCLUSIONES	63
9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	66
10. ANEXOS	70
10.1 Anexo 1	70

1. Formulación del Problema

1.1 Planteamiento del Problema de investigación

En diciembre de 2019 el mundo se tambaleó ante un brote de un nuevo coronavirus, el denominado 2019-nCoV, con origen en Wuhan- China. No quedó exenta la comunidad médica ante esta nueva especie de coronavirus que causó un número considerable de casos de infección y muerte (1); la transmisión del virus ocurre por contacto directo con gotas de secreciones aerotransportadas y con fómites contaminados y además presenta un amplio rango de vida media o viabilidad, en su transmisión por aerosoles (2).

En la actualización epidemiológica sobre el nuevo coronavirus (2019-nCoV) publicada el 20 de enero de 2020, un total de 2,801 casos de nuevas infecciones por coronavirus (2019-nCoV), incluidas 80 muertes con una letalidad del 2.9%, reportadas en todo el mundo al 27 de enero de 2020 (3). Por su rápida propagación obligó a actuar a contracorriente en cuanto a la activación de protocolos para detener su propagación y se convirtió en una pandemia, haciendo que las recomendaciones para evitar la transmisión se fueran endureciendo progresivamente, siendo lideradas por las autoridades sanitarias de todos los países y bajo el mando de la Organización Mundial de la Salud (4).

Desde que la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró el 11 de marzo del 2020 la neumonía por COVID-19 como una pandemia, hasta el mes de Mayo del año 2022, la Universidad Johns Hopkins reportó 529.249.483 casos y 6.288.740 de muertes en el mundo por dicho virus (5).

A nivel nacional, esta situación trajo consecuencias severas de orden social, económico, cultural, educativo, y por supuesto en el sistema de salud del país. La respuesta inicial fue decretar estado de emergencia nacional con el aislamiento

social obligatorio, por lo que se cerraron comercios, centros educativos, universidades y fronteras, llevando a que las personas se quedarán en sus hogares y se resguardarán para protegerse del contagio.

Por su parte los profesionales de la salud se encaminaron a cumplir con el deber de asistir a sus puestos de trabajo y enfrentarse directamente con las altas exigencias: cambios en los horarios y rutinas asistenciales, nuevos protocolos y uso estricto de elementos de protección personal, modificaciones en el modo de vincularse tanto con pacientes como con pares y familiares (6).

El personal de salud trabajó por cubrir las necesidades de la población, debido a que en algunos grupos la gravedad de sus síntomas requirió atención médica especializada en unidades de cuidados especiales e intensivos. Debido al gran volumen de pacientes fue necesario que las instituciones de salud se reestructurarán, con el objetivo de satisfacer oportunamente la demanda y que las unidades estuvieran preparadas, aumentando la capacidad y la posibilidad de ampliarlas para la atención de pacientes con diagnóstico de COVID-19.

La realidad es que toda esta contingencia surgió de manera repentina y todas estas transformaciones implicaron consecuencias emocionales para el personal de salud. Además, tomó al sistema de salud sin que pudiera a tiempo estar preparado; no sólo con todos los requerimientos básicos para la prevención (uniformes, tapabocas, guantes), si no con suficiente talento humano que pudiera dar respuesta no solo al gran volumen, sino a la criticidad de cada caso.

Diversos estudios han reportado en personal de salud (enfermeras y médicos) padecimientos por la presencia de la COVID-19, como estrés, ansiedad, depresión, ira, negación, temor e incluso los trastornos del sueño (7). Además, han evidenciado que dichos padecimientos, no son sólo es por el riesgo a contaminarse, sino que han sufrido discriminación (rechazo por miedo en la comunidad) y frustraciones, pues pasaron muchas horas conviviendo con las

emociones negativas de pacientes y familiares, duelos prolongados, estrés postraumático, además del estrés relacionado con contraer el virus por laborar en las áreas confinadas, más la disminución del contacto con sus familias por el aislamiento (2,8,9).

El personal de salud en primera línea de cuidado enfrentó grandes y variadas demandas por el contacto con pacientes muy enfermos con un virus contagioso y de trayectoria poco conocida, la vulnerabilidad no sólo de ellos, sino también la posibilidad de llevar el virus a sus hogares, observar la muerte de pacientes en soledad y la variada información que se proyectó en medios de comunicación y redes sociales, que no los alentó en absoluto, incrementaron los problemas de salud mental (10). Esto afectó no sólo la calidad de atención que brindó el personal de salud, su capacidad de comprensión clínica o sus habilidades en la toma de decisiones, sino que dificultó la lucha contra la infección del COVID-19, además, tuvo un impacto negativo en su bienestar, en su calidad de vida y crecimiento como profesionales.

Una encuesta realizada a personal médico en New York, cuenta del impacto que causó este virus en el personal de salud con respecto a su disposición y capacidad para presentarse a trabajar durante eventos catastróficos. En esta, se encontró que los profesionales se presentarían a trabajar al servicio de salud en mayor proporción en eventos como una tormenta de nieve (80%) o un desastre ambiental (84%), y en menor disposición en eventos en los que se percibe un riesgo propio, como en el brote de SARS-CoV (48%), un evento radiológico (57%), y un evento químico (68%). Cabe anotar que una de las medidas que ha mostrado que los profesionales se sientan más seguros en sus lugares de trabajo y que ayuda en su bienestar es garantizar los elementos de protección personal (EPP) (10).

También se observó que estas personas estarían más dispuestas a trabajar ante un evento catastrófico si contaban con los elementos de protección personal

(EPP) adecuados, dado que la percepción de riesgo personal y hacia la familia es uno de los factores que más influyen en la disminución de la voluntad para presentarse a trabajar en tales situaciones. Tanto en el brote de SARS-CoV, como en la actual pandemia de la COVID-19, se puede encontrar que uno de los factores que influyen en la alta tasa de reacciones de ajuste y morbilidades psiquiátricas es que se trata de un nuevo virus de comportamiento impredecible y altamente contagioso que ha requerido aislamiento social obligatorio, la amenaza inminente para su vida y salud física, en lo que respecta al personal de salud, así como el miedo a una infección cruzada a familia y amigos. Además, durante la práctica, los médicos se exponen a dilemas profesionales debidos a la falta de recursos y la desproporción de casos clínicos, lo cual también es un factor estresante (10).

Según la OPS (Organización Panamericana de la salud) el COVID-19 afectó el funcionamiento de los servicios de salud para enfermedades no transmisibles en las Américas. En Washington, DC, al 17 de junio de 2020, asimismo, los servicios de prevención y tratamiento de las enfermedades no transmisibles (ENT) se vieron gravemente afectados desde el comienzo de la pandemia de COVID-19 en la región de las Américas, según una encuesta de la Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) (12).

La encuesta virtual, que fue completada a nivel global por 158 países y a nivel regional por 28 Estados Miembros de la OPS durante un período de cuatro semanas en mayo de 2020, confirmó que el impacto fue mundial y que la interrupción de los servicios de salud de rutina constituyó una amenaza para la salud de las personas con enfermedades crónicas (12).

Desde que comenzó la pandemia, los servicios de salud de rutina fueron reorganizados o interrumpidos y muchos dejaron de brindar atención a las personas en tratamiento contra enfermedades como el cáncer, enfermedades cardiovasculares y diabetes. Así mismo, muchos trabajadores de la salud que

suelen brindar esta atención fueron redirigidos a la respuesta de COVID-19(12).

Por las razones anteriormente expuestas con el presente estudio se pretendió aportar evidencia científica a nivel local, alrededor de las experiencias de vida y trabajo del personal de salud con actividad asistencial en época de pandemia, con el fin de avanzar con una línea de trabajo en la que se tenga en cuenta al personal asistencial para la toma de decisiones tendientes a mejorar sus condiciones laborales y de salud (mental y física), y de esta forma aportar al mejoramiento de la calidad en salud.

1.2 Justificación de la Propuesta de investigación

En diciembre de 2019, el virus del SARS COV2 marca su inicio en Wuhan, China. El 11 de marzo de 2020 la OMS determina este virus, como el inicio de una pandemia. Desde esta fecha, el personal de salud experimentó cambios en cuanto al aumento de carga laboral, niveles de estrés y ansiedad, fatiga y otras experiencias relacionadas con la disminución del bienestar y la calidad de vida.

El 6 de Mayo de 2023, la OMS declara el fin de la pandemia por COVID 19, en la cual el personal de salud, experimentó cambios físicos y emocionales derivados de la aparición de este virus, por lo que fue necesario profundizar en este tema, pero teniendo en cuenta la mirada del profesional de la salud con actividad asistencial, dado que dentro de la búsqueda que se ha realizado hasta el momento sobre la problemática, era escasa la evidencia científica, específicamente en Colombia y en Medellín, donde se dé reporte de información desde la perspectiva de los profesionales, y cómo estas condiciones han generado afectaciones a la calidad de la atención en salud.

Por esta razón, con el presente estudio se lograron conocer las experiencias del personal de enfermería que se enfrentaron a la pandemia, en una institución de alta complejidad y, por ende, cómo el profesional de enfermería vivió y

experimentó sus actividades laborales, abordando temáticas de sobrecarga laboral, vivencia de emociones y la afectación de la calidad de atención en salud.

Con los resultados de esta investigación, se pretende beneficiar al personal de salud, ya que al conocer sus experiencias vividas con la pandemia del COVID-19, se puede sensibilizar a las instituciones de salud sobre esta problemática que nos sigue afectando y así podrán crear estrategias para enfrentar este nuevo cambio, las cuales, tendrán la finalidad de mantener la salud física y emocional de sus trabajadores y garantizar la calidad de la atención en salud a los pacientes.

1.3 Pregunta de Investigación

¿Cuáles son las experiencias y significados del profesional de enfermería de UCI durante la pandemia por COVID-19 y su relación con la calidad de atención en salud en una IPS de Medellín durante 2020-2021?

2. Marco Teórico de aproximación al tema

2.1 Condiciones de salud mental del personal de salud durante la pandemia por COVID 19

En la lucha contra la infección del nuevo Coronavirus (COVID-19) el personal de salud de Wuhan (China) se enfrentó a una enorme presión de trabajo en el día a día, esta presión incluyó el estar expuestos a un alto riesgo de sufrir la infección del COVID-19, a una inadecuada protección para evitar ser contaminados, a sentir frustración, a sufrir discriminación, a pasar al aislamiento, a interactuar con pacientes con emociones negativas, a la pérdida del contacto con la familia y al agotamiento físico y mental. Así, la situación de crisis que enfrentó el personal de salud causó problemas de salud mental como el estrés, ansiedad, síntomas depresivos, insomnio, negación, ira y temor (9).

Estos problemas de salud mental no sólo afectaron la calidad de atención que brindó el personal de salud, su capacidad de comprensión clínica o sus habilidades en la toma de decisiones, sino que también dificultó la lucha contra la infección del COVID-19, condiciones que tuvieron un impacto significativo en su bienestar y en su calidad de vida (9).

El personal de salud tiene una alta incidencia de ansiedad y de estrés. Las instituciones de salud deben fortalecer la capacitación en habilidades psicológicas del personal de salud, prestando especial atención a las enfermeras. Además, se deben desarrollar equipos de intervención psicológica para proporcionar asesoramiento en el manejo de ansiedad y de estrés en el personal de salud (9).

Estudios en epidemias anteriores han revelado una profunda y amplia gama de consecuencias psicosociales a nivel individual y comunitario durante los brotes. Son múltiples las alteraciones psicológicas asociadas, que van desde síntomas aislados hasta trastornos complejos, con un deterioro marcado de la funcionalidad, como insomnio, ansiedad, depresión y trastorno por estrés postraumático (TEPT) (11).

El personal de salud, en quienes se ha visto, después de un brote, la aparición de trastornos mentales, en especial TEPT hasta en un 20 %, trastornos depresivos o desarrollo de reacciones de ajuste con niveles aumentados de ansiedad. Esto se debe principalmente al aislamiento social, a la separación de los seres queridos impuesta en algunas ocasiones por el compromiso laboral; a la exposición directa a la enfermedad y el miedo a contraer la infección mientras prestan el servicio; a los dilemas éticos que enfrentan relacionados con la asignación de recursos escasos a pacientes igualmente necesitados y la atención para los pacientes gravemente enfermos con recursos limitados o inadecuados. ¿Cómo equilibrar sus propias necesidades de salud física y mental con las de los pacientes?, ¿cómo alinear su deseo y deber con los pacientes con los de sus familiares y amigos?

Evidenciar la muerte masiva de pacientes y de personal sanitario, estar en entornos sobrecargados de estrés, con escasez de personal o de reemplazos son un factor de riesgo para desarrollar un síndrome de Burnout (11).

En un estudio realizado en Canadá después del brote del SARS-CoV se identificaron factores de estrés psicológico en los trabajadores de salud como: percepción de que se está en riesgo de contraer la infección, el impacto del brote en la vida laboral, ánimo depresivo, trabajar en una unidad de alto riesgo, cuidar un solo paciente con SARS-CoV vs cuidar muchos pacientes con SARS-CoV. En consecuencia, en trabajadores de la salud en China seguidos durante tres años, se encontró que el 10 % de ellos experimentaron altos niveles de síntomas atribuibles al TEPT(16), y aquellos que habían estado en cuarentena, los que habían trabajado en turnos atendiendo pacientes con SARS-CoV y los que habían tenido amigos o familiares que habían contraído SARS-CoV tenían 2 a 3 veces más probabilidades de tener síntomas de TEPT en comparación con aquellos que no habían tenido esas exposiciones. Además, para 2006 mantuvieron la sintomatología: cerca del 40 % de la muestra tenía aún síntomas de TEPT (11).

La pandemia emergente de COVID-19 implicó un aumento en la psicopatología de la población general, en especial de los trabajadores de la salud, generando un segundo brote o epidemia sobre la salud mental de los mismos, por lo cual resulta imprescindible implementar estrategias encaminadas a anticipar dicho impacto, en las que se haya priorizado conforme a la identificación de las poblaciones vulnerables o de alto riesgo (11).

En un estudio llamado “Impacto psicológico de la COVID-19 en una muestra de profesionales sanitarios españoles”, el cual fue realizado en el año 2020, los datos revelaron que un porcentaje alto de profesionales sanitarios señala sufrir síntomas de ansiedad, estrés, depresión y trastornos del sueño. Las prevalencias de ansiedad, depresión y estrés encontrados fueron superiores a los de estudios

previos sobre la COVID-19. Los niveles severos de ansiedad son incluso superiores a los hallados en China (13).

Además, el estudio puso de manifiesto niveles de ansiedad, depresión, estrés e insomnios superiores en mujeres, siendo las diferencias estadísticamente significativas para la ansiedad y el estrés, en la línea de estudios previos. La mayor tendencia a la sintomatología internalizante de las mujeres también ha sido apoyada por estudios previos. El papel principal de cuidadoras que las mujeres ejercen en sus hogares (hijos y padres) puede que esté detrás de su mayor ansiedad y estrés, por el miedo al contagio (13).

En un artículo español publicado en el año 2020, definen que al combinarse los componentes biológicos, infecciosos, sociales y psicológicos traídas por la pandemia como lo es confinamiento o aislamiento social ha mostrado una serie de características donde se resalta que:

- La conjunción de pandemia y confinamiento ha supuesto potentes cambios a nivel psicológico (emociones, pensamientos, valores), grupal (relaciones interpersonales), social (organización social) y también global (relaciones entre países y continentes) (14).

- Ha revelado la importancia de las interacciones humanas en las sociedades tanto el contagio biológico y el contagio emocional (la difusión emocional masiva y la difusión de manipulaciones, temores y noticias falsas). La difusión emocional masiva, de todas las emociones donde el «*shock del miedo*», ha jugado y jugará un enorme papel en sus repercusiones psicosociales y socioeconómicas (14).

Todo esto, evidenció la vulnerabilidad de los sistemas de salud en un mundo globalizado; obligando a plantearse de forma inmediata cómo gestionar momentos críticos de sobrecarga de los sistemas de salud: organización, presupuestos, prioridades, necesidades tecnológicas, necesidades de los profesionales

(formación, actitudes y aspectos emocionales a reforzar y entrenar), ética y bioética (14).

- Durante esta crisis, los trabajadores de la salud estuvieron sometidos a una serie de circunstancias que desafiaron sus capacidades de elaboración emocional, contención y resiliencia: sobrecarga y desbordamiento de la demanda asistencial, riesgo de infección continuado, equipos de protección personal insuficientes e incómodos, necesidad de proporcionar no solo atención sanitaria sino también apoyo psicológico intensivo a pacientes y familiares, existencia de una gran presión emocional en las zonas de atención directa, dilemas éticos y morales (14).

La pandemia afectó a aquellas personas que batallaron en primera línea desde el principio: las enfermeras. Desafortunadamente, las condiciones en las que trabajaron las profesionales empeoraron a medida que fue avanzando la pandemia. Y esto fue aún más acuciante en los profesionales de enfermería de UCI, cuyo bienestar psicológico se vio sumamente afectado por la tensión en el trabajo, la falta de protección frente al contagio y de capacitación. El trabajo de enfermería en UCI, se caracteriza por ser estresante, dadas las exigencias de su trabajo (alta especialización), turnos rotatorios nocturnos o de doce horas y el afrontamiento de la muerte frecuente de pacientes, estas condiciones se agravaron con el COVID-19 (15).

El porcentaje de profesionales de enfermería que sufren síndrome de Burnout (SB) ha crecido exponencialmente, pasando del 8% al 19%. Es más, en aquellos profesionales de enfermería de UCI con mala salud física o con SB, aumenta un 60% la probabilidad de cometer errores médicos. Como consecuencia, ha caído el nivel de satisfacción con su profesión en el 35% del personal de enfermería (15).

2.1.2 Condiciones laborales enfermería

Las condiciones de trabajo son el conjunto de variables que definen la realización de una tarea concreta y el entorno en el que esta se realiza; son un conjunto complejo de factores laborales intra y extralaborales, que interactúan e influyen en el trabajador; estas variables determinarán la salud del trabajador. Al mismo tiempo, el trabajo es una actividad de vastos alcances que se refleja e influye sobre casi todos los aspectos de la conducta humana, por lo que los individuos, al desempeñar un trabajo, no solo trasladan a él sus habilidades intelectuales y motrices, sino también sus individualidades (16).

Entidades internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Consejo Internacional de Enfermería (CIE) y la Organización Internacional del Trabajo (OIT), entre otras, han reconocido siempre la importancia del trabajo de enfermería en el campo de la salud, y se han pronunciado sobre sus conocimientos y funciones. Así mismo, han identificado condiciones de trabajo precarias, incremento de la carga laboral, pérdida de seguridad laboral, falta de suministros para la prestación de servicios, bajos salarios, falta de recurso humano de enfermería e incremento de procesos judiciales, lo que lleva a sobrecarga laboral, cansancio y agotamiento físico-mental (16).

Por otra parte, la profesión, por sí misma, es potencialmente estresante; la confrontación con la enfermedad, el sufrimiento, la muerte, así como las dificultades cotidianas derivadas de las relaciones con la familia, los compañeros y los horarios de rotación laboral, constituyen factores de riesgo que afectan directa o indirectamente la calidad de vida de las enfermeras (16).

Las condiciones de trabajo guardan estrecha relación con la satisfacción e insatisfacción laboral, por tanto este es uno de los factores relacionados con la motivación, indispensable en la calidad del servicio ofertado por la enfermera (16).

La facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia, realizó una investigación que tenía como objetivo comprender la experiencia del personal que laboró en instituciones prestadoras de servicios de salud, durante el estado de emergencia social y sanitaria por COVID-19 en Antioquia, 2020-2021. Esta investigación arrojó los siguientes resultados relacionados con las condiciones laborales: 21% de los trabajadores de la salud presentaron condiciones laborales precarias, al vincularse mediante contratos de prestación de servicios o contratos por obra-labor y formas indirectas. El 60% de los participantes manifestaron no sentirse satisfechos con el pago recibido, considerando que es bajo para el nivel de exigencia, riesgo laboral, jornada y responsabilidad. 7 de cada 10 participantes afirmaron que la carga laboral aumentó, siendo mayor en IPS de mayor complejidad. Debido a las jornadas cambiantes, prolongadas, la poca rotación de turnos y de descansos, 2 de cada 10 manifestaron sentirse insatisfechos por el horario laboral. Luego de la jornada laboral, 5 de cada 10 mujeres manifestaron tener a cargo el cuidado de otras personas, lo que genera cansancio, agotamiento, fatiga y angustia por las labores de cuidado adicionales (17).

2.1.3 Calidad en Salud

Lift y Hunt definen Calidad en salud como el grado mediante el cual los procesos de atención médica incrementan la probabilidad de resultados deseados por los pacientes y reduce la probabilidad de resultados no deseados, de acuerdo al estado de los conocimientos médicos (18).

En 1966, Donabedian, define la calidad en salud, circunscribiéndola a la perspectiva de la atención médica y recomendó que debería de medirse en tres áreas: estructura (en la que se encuentran las características de las instalaciones y el personal que atiende a los pacientes); proceso (método de entrega) y resultados (de las intervenciones). Esta propuesta tiene el objetivo de obtener mayores beneficios con menores riesgos para el usuario en función de los recursos disponibles y de los valores sociales imperantes (18).

Existen otros enfoques contemporáneos sobre la definición de calidad de la asistencia médica. Para el Instituto de Medicina de los Estados Unidos de Norteamérica, la calidad de la asistencia médica es el grado en que los servicios de salud incrementan la posibilidad de que los individuos y las poblaciones alcancen resultados deseados en salud y que corresponden a su vez (estos servicios) con el nivel actual de los conocimientos profesionales (18).

Según el Ministerio de Salud y Protección Social de la República de Colombia y el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS) la calidad en la atención en salud cuenta con los siguientes atributos:

- Accesibilidad: Posibilidad que tiene el usuario para utilizar los servicios de salud.
- Oportunidad: Posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud.
- Seguridad: Conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodología que minimizan el riesgo de sufrir eventos adversos durante la atención.
- Pertinencia: Garantía que los usuarios reciban los servicios que requieren.
- Continuidad: Garantía que los usuarios reciben las intervenciones requeridas mediante la secuencia lógica y racional de actividades basadas en el conocimiento científico y sin interrupciones innecesarias.
- Satisfacción del Usuario: Nivel del estado de ánimo del Usuario-Paciente y su familia al comparar la atención en salud con sus expectativas (19).

Como evidencia en la disminución de la calidad en la atención en Salud durante la pandemia, en el informe “Una tragedia olvidada: la carga mundial de la mortalidad fetal” (A Neglected Tragedy: The global burden of stillbirths, original en inglés), elaborado de manera conjunta por UNICEF, la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Grupo Banco Mundial y la División de Población del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas y recientemente dado a conocer, se reportó algo muy preocupante: la pandemia causó en cerca de 117 países la reducción del 50% de los servicios de salud a partir de la disminución del acceso a los mismos. Es decir que ese solo hecho incide de manera directa e inmediata para que la calidad de los servicios de salud en esos países se afecte negativamente (20).

En algunos países, como por ejemplo Estados Unidos, se ha documentado una reducción casi a la mitad del número de visitas a hospitales, departamentos de emergencias y médicos de familia, especialmente en el punto más alto de la primera ola de la pandemia. Lógicamente, haber disminuido la atención médica en los centros de prestación de servicios de salud, impidió que una gran cantidad de personas no pudieran acceder a la atención necesaria, incluyendo las electivas como las visitas para aplicación de las vacunas de rutina (20).

De igual forma, esa disminución importante en el acceso a los servicios y a su efectiva utilización, trajo como resultado que se perdieran vidas, por ejemplo, por problemas y enfermedades del corazón e inclusive por problemas oncológicos y enfermedad renal crónica. Claro está, debe también mencionarse que de manera voluntaria y tratando de evitar el contagio con el coronavirus en las instalaciones de las instituciones de salud, otras personas durante la pandemia han evitado practicarse exámenes y pruebas diagnósticas y tratamientos innecesarios que podrían haber causado más daño que bien, lo que también influyó en la disminución de la frecuencia de uso de los servicios de salud (20).

Según la Asociación Colombiana de Medicina Crítica y Cuidados Intensivos, AMCI, durante la pandemia se presentó el desabastecimiento de medicamentos sedantes, analgésicos y relajantes no solo para el cuidado crítico sino también para otras instancias de la prestación de servicios; así mismo, esta agremiación científica fue enfática en manifestar que la capacidad de oferta de unidades de cuidados intensivos ocurrió en desproporción con el acceso al personal sanitario competente y con experticia para el manejo de la complejidad, gravedad e incertidumbre que representa el manejo de COVID 19 en este tipo de servicio de alta complejidad (20).

2.1.4 Conceptos de Significado y experiencia

Significado

El Significado propuesto y explicado por Herbert Blumer (1986) en el interaccionismo simbólico considera que el significado es un producto social, una creación que emana de y a través de las actividades definitorias de los individuos a medida que estos interactúan, se forma en el contexto de la interacción social y es deducido por la persona a través de esta. Es decir, los individuos no son robots programados por su medio local o dirigidos por sus instintos biológicos, son seres con la capacidad de definir por si mismos las situaciones con las que se encuentran y después actúan en función de estas definiciones.

El significado es una experiencia física añadida a la cosa por aquel o aquellos para quienes ésta posee un significado y entre tales elementos están las sensaciones, sentimientos, ideas, recuerdos y actitudes. Se puede analizar mediante la identificación de las sensaciones que intervienen en la percepción del mismo (21).

Experiencia

Husserl afirmó que el significado de las experiencias vividas puede ser descifrado

sólo a través de las transacciones uno a uno entre el investigador y los objetos de investigación. Estas transacciones deben involucrar una atenta escucha, interacción y observación para crear representación de la realidad más sofisticada que la definida en previos entendimientos. En otras palabras, su intención es comprender los fenómenos en sus propios términos para proporcionar una descripción de la experiencia humana tal como es experimentada por la misma persona, o la reconstrucción del mundo interior de la experiencia del sujeto, ya que cada individuo tiene su propia manera de experimentar la temporalidad, la espacialidad, la materialidad. Las experiencias dan sentido a la percepción de cada persona sobre un fenómeno particular; siendo su objetivo la descripción total de la experiencia y de las percepciones que ella expresa. Lo anterior propone la representación de la estructura total de la experiencia vivida, incluyendo el significado que estas experiencias tienen para los individuos que en ellas participan, preocupándose de la comprensión y no de la explicación (22).

3. Objetivos

3.1 Objetivo general

Comprender las experiencias y significados que un grupo de profesionales de enfermería de una UCI en una IPS de la ciudad de Medellín-Colombia, tuvieron durante la pandemia por la COVID 19, y su relación con la calidad de atención en salud, entre los años 2020 y 2021.

3.2 Objetivos específicos

- Describir las experiencias del profesional de enfermería de UCI de una IPS de Medellín en relación con la atención en salud durante la pandemia por COVID-19.

- Identificar los significados construidos del profesional de enfermería de UCI de una IPS de Medellín, alrededor de la atención en salud durante la pandemia por COVID-19.
- Explorar desde la mirada del profesional de enfermería de UCI de una IPS de Medellín, las experiencias y significados que tuvieron con respecto a la calidad de la atención en salud durante la pandemia por COVID-19.

4. Metodología

4.1 Enfoque metodológico y tipo de estudio

El presente estudio se realizó desde la metodología cualitativa, debido a que esta permite profundizar en los acontecimientos que surgieron, en el escenario social y cultural durante la época de pandemia por COVID-19, con la finalidad de comprender el complejo mundo de la experiencia vivida desde el punto de vista de las de los profesionales durante el ejercicio de su profesión y como se vio afectada la atención y la calidad en salud.

Para el enfoque metodológico se trabajo el paradigma interpretativo, el cual busca comprender el mundo de la experiencia subjetiva desde el punto de vista de las personas que la viven. Así, este paradigma no se centra en la predicción y control de un fenómeno (estudio de variables), como un estudio cuantitativo pretendería, sino en la descripción sistemática de la experiencia cotidiana (estudio de las personas)(23).

4.2 Marco interpretativo

Para el presente estudio se utilizó para el trabajo de campo herramientas fenomenológicas descritas por los filósofos Edmund Husserl y Martin Heidegger. E. Husserl, fundador de la fenomenología, propone que a través de la reflexión, se

puede descubrir aquello invariable que está presente en las vivencias del ser humano, para ello, establece una forma de conocer la realidad, “adentrándose en la esfera interna de las cosas”, para captar su verdadero sentido y de esta forma, construir el fenómeno a través de la perspectiva en que el ser humano se situó (lo que se ha podido decir en un nivel de perspectiva o actitud puede ser diferente en otra), con esto se buscaba lograr establecer una estructura científica para comprender lo subjetivo del pensamiento.

M. Heidegger, discípulo de Husserl, quien siguió la misma línea, y argumentó que a partir de la fenomenología se logra captar a través del lenguaje, al ser que está oculto en medio de su entorno haciendo una reconstrucción de lo vivido buscando lo oculto detrás de lo manifiesto, y lo no comprendido enfáticamente. Esto no se logra a partir de preguntas sin sentido, sino a través de escuchar la expresión de las vivencias que no se muestran a simple vista y que se deben descubrir.

También se utilizaron herramientas de la teoría fundamentada para el análisis de datos mediante la codificación abierta, la cual fue desarrollada por Corbin, Glaser y Strauss. Los orígenes de la teoría fundada se encuentran en la escuela de sociología de Chicago y en el interaccionismo simbólico, corriente cuyo entendimiento principal es que los seres humanos actúan ante las cosas con base al significado que éstas tienen para ellos(23) y su intención es comprender cómo definen los individuos un fenómeno o acontecimiento a través de su interacción social (24).

Como característica principal la teoría fundada se deriva de datos recopilados que permite el análisis de conceptos que generan conocimientos, aumentan comprensión a partir de la información proporcionada por los propios sujetos que viven o están relacionados estrechamente con la problemática estudiada, a través de lo cual se intenta explicar los fenómenos o procesos sociales de una manera sistemática (25) .

Con esta investigación se pretende describir un proceso y conocer las experiencias vividas del personal de salud con la pandemia del COVID-19, con el fin de sensibilizar a las instituciones de salud sobre esta problemática y así podrán crear estrategias para mantener la salud física y emocional de sus trabajadores y mejorar la calidad de la atención en salud a los pacientes.

4.3 Población

4.3.1 Población de referencia

Profesional de enfermería que realizaba actividades asistenciales en UCI en una ciudad colombiana en época de pandemia.

4.3.2 Población de estudio

Profesional de enfermería que desarrollaba sus actividades asistenciales en la UCI en una IPS de la ciudad de Medellín en época de pandemia.

4.4 Plan de recolección

Uno de los elementos básicos en la investigación cualitativa tiene que ver con el problema de situarse mentalmente en el terreno o escenario en el cual va a desarrollarse la investigación.

4.4.1 Selección de participantes

Siguiendo con la secuencia de estudios de tipo cualitativo, según lo recomendado por Sandoval 2002(24), se realizó selección de la situación, eventos, actores, lugares, momentos, y temas que serán abordados en primera instancia en la investigación, sujeto a la dinámica que se vaya derivando de los propios hallazgos de la investigación

Para estructurar el muestreo se consideró como punto de partida el muestreo abierto (voluntario), de Strauss y Corbin (26). “El muestreo abierto está asociado con la codificación abierta. Éste, más que especificar, guía las elecciones del muestreo. Este tipo de muestreo puede realizarse intencionada o sistemáticamente u ocurrir fortuitamente (muestreo in situ)”. Durante el transcurso de la investigación se albergó la posibilidad de encontrar un caso perteneciente al grupo objeto de investigación y éste llevar al siguiente y al próximo y así sucesivamente (muestreo en cadena o bola de nieve) (27).

Finalizando se tomó lo propuesto por el autor Norteamericano Patton (1988), el cual describe que la principal característica para fortalecer el muestreo cualitativo es su conducción intencional en búsqueda de casos ricos en información(28), en el que la selección de contextos y/o informantes se realiza siguiendo criterios factibilidad, facilidad de los contactos y accesibilidad (Miles, 1994) (29).

Para determinar la suficiencia de la muestra se prestó especial atención a la calidad y cantidad de la información recibida. Si el conjunto de la información obtenida es completo para los objetivos del estudio se estimará que la muestra ha sido suficiente. Para llegar a esta conclusión se recurrió al término saturación o redundancia. Con este concepto se hace referencia a que las informaciones se repiten, son redundantes y no aportan aspectos nuevos, constatándose el agotamiento de nuevos datos por parte de los diferentes participantes (26).

Respecto a quién se incluyó o excluyó del proceso de recolección de información, esto sólo se podrá responder en función de los objetivos y la dinámica generada con la investigación. Existieron razones de conveniencia, de manejo de información, de disponibilidad actitudinal y de tiempo, entre otras. Se programó una reunión de socialización de la investigación con los líderes de la organización para realizar una invitación formal a los profesionales de enfermería de UCI a participar en ella.

El acceso al campo y a los participantes estuvo facilitado porque uno de los participantes del equipo investigador trabaja en la institución de salud participante.

4.4.2 Muestra

Los participantes fueron contactados de manera personal, con aquellos que mostraron interés en el estudio, se acordaron el lugar y la fecha para el desarrollo de la entrevista. Se contactaron a un total de 15 profesionales, obteniéndose una muestra final de 7 participantes, por cumplimiento de los criterios de inclusión y la disponibilidad de estos. Los datos demográficos básicos incluyeron edad, sexo, nivel académico, años de experiencia laboral. La edad se categorizó en dos grupos, de 28 años a 34 años (4 participantes) y de 35 a 45 años (3 participantes). Seis participantes fueron de sexo femenino y un participante de sexo masculino. El nivel académico se categorizó en 3 grupos, pregrado (3 participantes), postgrado (3 participantes), y maestría (1 participante). La experiencia laboral se categorizó en dos grupos 3 a 10 años (5 participantes) y mayor de 10 años (2 participantes).

4.5 Criterios de participación y posibles fuentes de pérdida

Los aspectos que se tuvieron en cuenta para la elección de la muestra fueron:

- Profesionales de enfermería que tengan experiencia mínima de 2 años en UCI.
- Profesionales de enfermería que hayan laborado durante los años 2020 y 2021 en UCI.

Como posible fuente de pérdida se definieron a los profesionales de enfermería que tengan patologías mentales de base, pero de acuerdo con este criterio ninguna profesional abandonó el estudio.

4.6 Categorías preliminares de análisis

- Las experiencias del personal de enfermería en relación con la atención en salud durante la pandemia por COVID-19.

- Los significados del personal de enfermería construidos alrededor de la atención en salud durante la pandemia por COVID-19.
- Los factores relacionados con la calidad al momento de la atención a los usuarios durante la pandemia por COVID-19.

4.7 Técnicas de recolección de información

Para la recolección de la información se adoptó la técnica de entrevista semiestructurada, como soporte se aplicó una guía de preguntas en las que se abordaron temas claves para dar con el foco de estudio (Anexo 1). Tal como lo señalan Benney y Hughes (1970), la entrevista es "la herramienta de excavar", permite adquirir conocimientos sobre la vida social, donde la información se obtiene en gran medida de los relatos verbales (30). La entrevista semiestructurada es flexible y dinámica; ha sido descrita como no directiva, no estandarizada y abierta. Permite el uso de la expresión "entrevistas en profundidad" ya que favorece el encuentro cara a cara entre el investigador y los informantes. Los encuentros sólo se direccionan hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto a sus vivencias (30).

Kavale señala que " el propósito de la entrevista en la investigación cualitativa es obtener descripciones del mundo vivido por las personas entrevistadas, con el fin de lograr interpretaciones fidedignas del significado que tienen los eventos descritos", por ende cada uno de los profesionales entrevistados fue protagonista en la construcción de lo que significó enfrentar la pandemia por COVID-19 y su relación con la calidad de atención en salud (31). Para este estudio se realizó en un tiempo, el cual fue la entrevista formal; se comenzó explicando consentimiento informado (Anexo 2), luego de validar autorización se procedió a realizar la entrevista según la guía preguntas con el fin de entender en contexto de lo vivido.

4.7.1 Grabación y transcripción

Por medio del consentimiento informado se solicitó autorización para realizar grabación de las conversaciones con la intención de rescatar todos los elementos de las interacciones ocurridas durante las entrevistas efectuadas, se realizó la transcripción de las entrevistas con el objetivo de revivir de una manera más fiel las conversaciones.

4.7.2 Análisis

El análisis de los datos se ejecutó de forma cíclica y se realizó en paralelo con la recolección de la información a lo largo de toda la investigación con el apoyo del software de investigación de datos cualitativos Atlas.ti licencia R-D4B-0BA-DC4-01E-7BE-D63 • ID de la licencia: L-DD1-9E5.

De acuerdo con lo propuesto por Strauss y Corbin se realizó análisis exploratorio de los datos a través de análisis de conceptos y nubes de palabras, excluyendo preposiciones y unificando conceptos similares, esto permitió orientar la codificación inicial (abierta) oración por oración, para llevar a cabo el primer momento descriptivo, dividir el dato e iniciar a identificar las categorías (26). Se midió el enraizamiento y posteriormente la densidad una vez que se establecieron las relaciones entre códigos y categorías.

A medida que se desarrollaron las entrevistas se complementó con la revisión bibliográfica, para llegar a la profundidad del tema, lo que permitió llegar al segundo momento del análisis que fue la codificación axial, donde se reorganizaron los datos, haciendo conexiones entre una categoría y las subcategorías que fueron surgiendo a medida que se realizó el análisis (26).

Este análisis de la información en investigación cualitativa fue complejo debido a que la recolección de información y el análisis de la misma se realizaron de manera simultánea, con el objetivo de sustentar los argumentos y recomendaciones del muestreo y saturar la categoría, o sea cuando la nueva

información no aportó nada al desarrollo del tema investigación.

4.8 Rigor

4.8.1 Validez

En la investigación cualitativa; el entendimiento de la realidad es el propósito fundamental. En este sentido, lo importante no sólo es el modo de la recolección de los datos, si no la capacidad de llegar a captar los sucesos y las experiencias desde distintos puntos de vista y el poder analizarlos e interpretarlos a partir de una representación de esas construcciones mentales que tienen los participantes de la investigación por lo que para esta investigación el análisis de los datos se realizó cíclico y paralelamente con la recolección de la información.

4.8.2 Credibilidad

El criterio de credibilidad o valor de la verdad, también denominado autenticidad, es un requisito importante debido a que permite evidenciar los fenómenos y las experiencias humanas, tal y como son percibidos por los sujetos.

Lo cual se convierte en un punto clave en este estudio, de acuerdo con esto, se puede decir que el objetivo principal de los investigadores fue introducirse en el mundo de las personas entrevistadas para lo cual se les exigió paciencia, reflexión y evaluación permanente para describir los sujetos de investigación (32) .

5. Consideraciones Éticas

La investigación se soportó bajo la Resolución 8430 del 4 de octubre de 1993, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud (33).

Iniciaremos con el artículo 5 y 8; en toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y su bienestar además se protegerá la privacidad del individuo, sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

Durante el desarrollo de las entrevistas se tuvieron en cuenta los riesgos que pudieron tener los participantes, los investigadores guiaron la investigación y previnieron riesgos bajo los principios éticos. Por lo cual se clasifica el riesgo de la investigación según el artículo 11, numeral b, como una investigación con riesgo mínimo y contó con el aval del comité de ética de la universidad CES Acta número 287 Proyecto 036, y de la institución prestadora de salud Acta número 204.

Es de aclarar que no se realizó ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participarán; se hace referencia a otro tipo de riesgos sociales, políticos o económicos, por lo cual se acogió a la declaración de Helsinki, garantizando la protección a la salud, la dignidad, el derecho a libre determinación, privacidad y confidencialidad de la información(34).

Como puede apreciarse la investigación en sí misma busca el bien de las personas y en este sentido está en congruencia con el principio de beneficencia.

Desde otro punto de vista debe anotarse que la investigación no entraña riesgos para las personas o instituciones dado que el público objetivo no será objeto de intervenciones generadoras de malestar o daño ya sea físico o psicológico. Se concluye, por lo tanto, que el balance riesgo beneficio es positivo en términos de beneficios.

En cuanto al tema de la confidencialidad, se tuvo las siguientes consideraciones:

5.1 Confidencialidad y voluntariedad

Las personas identificadas se les realizó llamada telefónica y fueron citadas a un

lugar cómodo y tranquilo, en el cual, se les explicó los detalles de la investigación, del mismo modo se les informó sobre la necesidad de indagar por algunos aspectos importantes de su vida profesional.

A los participantes que aceptaron la realización de entrevistas, se le garantizó la confidencialidad y el anonimato, asegurando que la utilización de la información será única y exclusivamente con fines académicos. Para tales fines se elaboró un consentimiento informado el cual fue entregado por escrito a cada participante antes de la realización de la entrevista (Anexo 2).

En la llamada de invitación para ser parte de la investigación o en el momento que se abordó la persona, se hizo explícito que la participación es voluntaria; se leyó el consentimiento informado que fue entregado por escrito y se solicitó firma del documento preparado para tal fin, además se les entregó copia. Se les informó sobre su derecho de participar o no en el estudio de forma libre, voluntaria y consciente, y de retirar su consentimiento en cualquier momento.

Para la protección de la información de los datos se tuvo en cuenta la ley 1581 de 2012 sobre la protección de datos ya que se manejaron datos de contacto de los participantes (35).

Se pidió a los participantes que aceptaran ser grabados en audio durante la entrevista, y se les aseguró que las transcripciones no tendrán información que permitiese identificarlos.

Se explicó a los participantes que la presentación de resultados sería por medio de categorías, en las que no se hace referencia explícita a ninguno de ellos, esto con el fin de reducir al mínimo las consecuencias de la investigación sobre su integridad física y mental; y sobre su vida profesional.

5.1.2 Lugar y hora

Fueron acordados con el profesional según su comodidad. Se procuró que el lugar seleccionado por el participante ofreciera privacidad, fuera silencioso y estuviera

libre de posibles interrupciones; esto ayudó a que el participante se haya expresado con mayor libertad y se haya generado información de mejor calidad.

5.1.3 Clima de confianza

Para facilitar el adecuado desarrollo de la entrevista también se procuró crear desde el principio un buen clima basado en la confianza y la empatía entre el investigador y el entrevistado.

5.1.4 Archivo de datos y sistematización

Todo el material, como las grabaciones y transcripciones se obtuvieron para fines de la investigación y son custodiado por el equipo de investigación, así como los archivos de audio y texto, los cuales reposan con clave en un computador personal de uso exclusivo para el desarrollo de la investigación, la información sólo se guardará por 1 año después de finalizada la investigación y se eliminarán de las grabadoras y computadora 1 año después de finalizado el proyecto.

Los participantes contaron con la total autonomía de no responder las preguntas que no hayan considerado apropiadas.

5.2 Conflicto de intereses:

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses

6. Resultados

Este capítulo de resultados está estructurado de la siguiente forma, inicialmente se presentan las características de los participantes y las características generales de los datos, el análisis exploratorio, análisis código-documento y análisis de co-ocurrencia que soportan un proceso sistemático de agrupación y desagregación de los datos y denota el riguroso el proceso de codificación de los datos.

Posteriormente se presenta los resultados para cada uno de los objetivos de acuerdo con las categorías preliminares y objetivos de este estudio, experiencias y significados sobre la atención en salud y la calidad de la atención en salud en la UCI, todo a ello a través de un proceso fenomenológico en el que se les da la voz a los participantes.

6.1 Características de los participantes

Las características demográficas de los participantes incluyeron edad, sexo, nivel académico y años de experiencia laboral. La edad se categorizó en dos grupos, de 28 años a 34 años y de 35 a 45 años. El sexo en dos grupos, femenino y masculino. El nivel académico se categorizó en 3 grupos, pregrado, especialización y maestría. La experiencia laboral se categorizó en dos grupos de 3 a 10 años de experiencia laboral y mayor de 10 años de experiencia laboral. Las características de los participantes pueden apreciarse en la tabla 1.

6.1.1 Tabla 1. Características de los participantes

VARIABLE	FRECUENCIA
EDAD	
28-34 años	4
35-45 años	3
SEXO	
Femenino	6
Masculino	1
NIVEL ACADÉMICO	
Pregrado	3
Especialización	3
Maestría	1
EXPERIENCIA LABORAL	
3-10 Años	5
>10 años	2

Se realizaron en total 7 entrevistas, aunque la saturación no fue completa, se alcanza a observar un patrón de disminución de códigos emergentes en las

últimas entrevistas. La distribución de código por documento puede apreciarse en la tabla 2

6.2 Tabla 2. Distribución de Códigos por documento

# Entrevista	Cantidad de códigos
1	194
2	181
3	158
4	151
5	235
6	345
7	35
Total	1299

Fuente: elaboración propia con base a codificación de Atlas. Ti

Durante el proceso de codificación se realizaron 1299 codificaciones en Atlas. Ti, con 339 códigos conceptuales diferentes. Las categorías emergentes con mayor enraizamiento fueron condiciones laborales (256 menciones), significados y emociones negativas (180 menciones), calidad de la atención en salud (155 menciones), muerte (37 menciones) y profesionales de enfermería (32 menciones). Se realizó análisis exploratorio de los datos a través de lista de palabras y minería de conceptos, excluyéndose preposiciones, adverbios y unificándose conceptos en plural y singular. Los conceptos más frecuentes pueden apreciarse en la figura 1.

6.4.1 Tabla 3. Distribución de códigos y categorías más frecuentes por documento

	Ent 1 n cod=151	Ent 2 n cod=181	Ent 3 n cod=158	Ent 4 n cod=205	Ent 5 n cod=235	Ent 6 n cod=345	Ent 7 n cod=35	Total densidad (%)
Atención en salud durante la pandemia de COVID-19	34	11	13	10	6	15	3	92 (8,75%)
○ Condiciones laborales	60	47	50	62	45	43	16	323 (30,73%)
● Desconocimiento	2	13	7	13	2	8	0	45(4,28%)
○ Emociones	16	26	19	35	11	16	5	128 (12,18%)
○ Enfermería	8	5	10	20	16	26	2	87 (8,28%)
● Eventos adversos	25	15	12	17	3	25	4	101 (9,61%)
○ Familias	14	12	12	12	4	10	0	64 (6,09%)
○ Miedo	10	15	11	11	15	5	3	70 (6,66%)
○ Muerte	21	15	19	22	12	35	1	125 (11,89%)
○ Otras consecuencias de la pandemia	4	1	3	3	0	5	0	16 (1,52%)
Totales	194	160	156	205	114	188	34	1051

Fuente: elaboración propia en Atlas.ti

6.5 Análisis de co-ocurrencia

Una vez codificada y agrupada toda la información se establecieron relaciones entre códigos y grupos de códigos hasta conformar categorías analíticas; relaciones semánticas y hermenéuticas; para ello se realizó análisis de co-ocurrencia, en el eje de la X se ubicaron las condiciones laborales suscitadas por la pandemia y en el eje Y aquellas categorías relacionadas con la calidad de la atención en salud, dicha relación puede apreciarse en la tabla 4. A través de los discursos de los participantes fue posible vincular fuertemente categorías como

burnout y muerte, calidad de la atención en salud y eventos adversos con sobrecarga laboral y burnout, entre otras que pueden apreciarse en el mapa de calor.

6.5.1 Tabla 4. análisis de co-ocurrencia de códigos y grupos de códigos

	● Calidad de la atención en UCI Gr=52	● Significados y emociones negativas Gr=128	○ Enfermería Gr=87	● Eventos adversos Gr=101	○ Muerte Gr=125	○ Reconocimiento moral y económico Gr=17
● Burnout Gr=88	33	49	13	22	41	4
● Desconocimiento Gr=45	6	18	4	13	6	3
○ Falta de recursos. Gr=39	6	13	4	8	6	0
● Salud en el trabajo Gr=115	10	48	11	27	22	5
● Sobrecarga Gr=133	32	48	16	60	28	5

Fuente: elaboración propia en Atlas.ti

6.6 Experiencias del profesional de enfermería de UCI en relación con la atención en salud durante la pandemia por COVID-19.

Las experiencias de los participantes del estudio durante la pandemia por COVID 19, evidenciaron cambios importantes de las condiciones laborales que parten desde la sobreocupación de los servicios y reestructuración de las áreas para dar respuesta a el aumento de la demanda. Estas se caracterizaron por sobrecarga laboral, ausentismo laboral, rotación de personal, aumento de accidentes y enfermedades laborales, desgaste profesional por extensión de horarios, agotamiento físico, insuficiencia de recurso humano, tecnológico e insumos médicos, lo que llevo a deserción de personal de salud. Por lo tanto, se consideró como categoría emergente las condiciones laborales. A continuación, se describen las experiencias de los profesionales “Yo pienso que en ese tiempo si

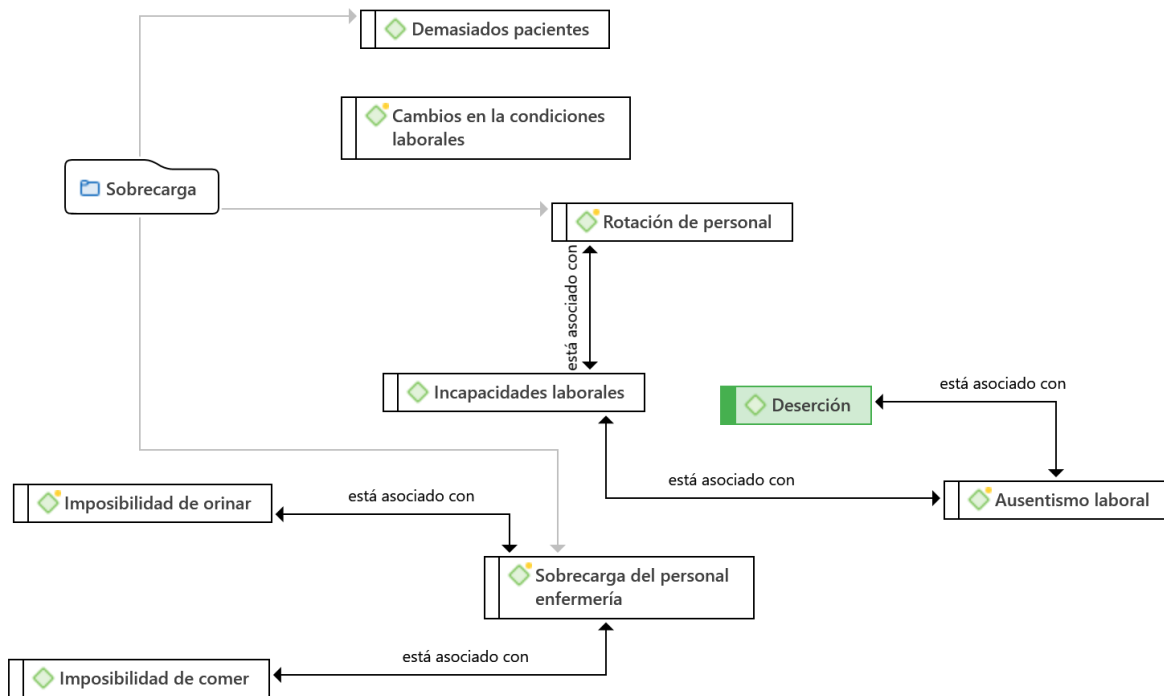
cambio las condiciones laborales, pues como a nivel estructural y digamos que se aceleraron más como porque hubiese más gente para cuidar este tipo de pacientes” (E2)

Cabe resaltar un aspecto positivo que los participantes mencionaron durante el desarrollo de las entrevistas. A pesar de la problemática de sobrecarga laboral, ellos manifestaron haber tenido acompañamiento institucional y una excelente relación con los compañeros de trabajo. Esto permitió el fortalecimiento del trabajo en equipo y del sentido de pertenencia por la institución prestadora de salud.

6.6.1 Sobrecarga laboral

La sobrecarga laboral fue una experiencia generalizada en el personal de la salud, especialmente en los profesionales de enfermería de la UCI durante la pandemia. Esta estuvo estrechamente ligada al aumento de la demanda de pacientes, y al ausentismo laboral, lo cual generó incapacidades laborales y aumento de la rotación de personal, ya dada por la redistribución del personal realizada para mejorar la capacidad de las instituciones. En algunos casos el exceso de trabajo y las condiciones laborales imposibilitaron la satisfacción de las necesidades básicas del personal de enfermería, tal como se puede apreciar en la siguiente figura.

Figura: Red sobrecarga laboral



Fuente: elaboración propia en atlas. Ti

Algunos testimonios dan cuenta de la sobrecarga laboral y la sensación de frustración de los profesionales; “Sí, claro, hubo una sobrecarga laboral. Yo sentía

que trabajamos más. Pero veíamos menos resultados. Eso era frustrante. Porque uno desde que llegaba, uno estaba haciendo y haciendo, inclusive a veces tocaba quedarse un poco más de tiempo porque no dábamos abasto como para todo lo que teníamos que hacer” (E7). Todo esto conllevó a una extensión del horario laboral y a un aumento en la complejidad de cada turno, tal como lo narraron los siguientes testimonios; *“La carga laboral se incrementó, yo diría que 1000%, definitivamente mucha gente sabía que no iban a ser los turnos como eran antes; efectivamente fueron turnos que nunca habíamos tenido en la unidad” (E4); “También pienso que la atención en salud se vio muy afectada por la carga laboral de la pandemia. Aunque nosotros, como te digo, teníamos días en los que salíamos a las 22:00 h de la noche, 21:30 h de la noche, 10:30 h de la mañana en un posturno, y eso por tratar de dar lo mejor”(E5).*

Los anteriores testimonios evidencian cómo la extensión del horario laboral afectó la calidad de vida del personal de enfermería y da muestra de los esfuerzos realizados por ellos para brindar un cuidado de calidad.

6.6.2 Sobreocupación y condiciones laborales difíciles

Las unidades de cuidado intensivo tuvieron una sobreocupación, dado a esto, la institución prestadora de servicios de salud donde se realizó el estudio, se vio en la necesidad de aumentar el número de camas de UCI en una sala de expansión, la cual, no contaba con condiciones laborales cómodas para el personal, tal como lo soporta el siguiente testimonio: *“No estuvo condicionada al principio, eso era un infierno, nunca se compara el calor que yo sentí en esa sala con ir a San Andrés o ir a Cancún, (...), ¡nunca! era un sauna, porque usted todo el tiempo, estaba con la bata, los guantes, la elastomérica, las gafas, el visor y tenía el paciente ahí, o sea, 50 cm de usted.... Intubado, pronado y con otras dos auxiliares, era como rotarnos para medio salir, respirar aire y hacer chichi afuera (orinar). Porque estábamos metidos en esa sauna con 4 pacientes. Y a veces nos sentimos ahí solas, como en tierra de nadie, a veces ni el médico venía a veces... ehh nos quedábamos sin*

cosas, éramos ahí, rogando que alguien nos tirará cualquier gasa, por así decirlo sea, éramos tiradas” (E4).

Los participantes del estudio vivieron experiencias agobiantes en su entorno laboral, así lo describieron en el testimonio anteriormente enunciado. Algunos de los aspectos a resaltar fueron la imposibilidad de satisfacer necesidades básicas como orinar y comer, el discomfort que representaba permanecer durante 14 horas con batas y elementos de protección personal y el sólo hecho de permanecer aislados en salas de expansión no aptas para prestar un servicio de salud de calidad.

6.6.3 Enfermería como máximo gestor del cuidado

Adicional a las difíciles condiciones laborales mencionadas, también se evidenció el papel de enfermería como máximo gestor del cuidado del paciente, ya que el otro personal asistencial no vivió la sobrecarga laboral de la manera en que enfermería la vivió; *“yo digo que ha sido de las peores cosas que a mí me ha tocado. Al principio, fue una adaptación que hicieron y eso no tenía ni aire acondicionado. Entonces uno se vestía y ya se vistió y allá se quedó. Nosotros éramos, básicamente emparamados del sudor. Con esos seis pacientes allá solas, porque era una enfermera con dos auxiliares, el médico general iba y pasaba ronda, pero luego se iba y usted se quedaba entonces si había un paro o algo así, los que empezamos éramos nosotros o si había que voltear, pronar, éramos nosotras solas, entonces yo digo que estar en esa sala enfrentadas a todo eso, si ha sido las cosas más duras que a mí me ha parecido” (E7).*

El personal de enfermería representó un papel fundamental en la atención del paciente durante la pandemia, debido a que fueron los máximos responsables de cuidado del paciente, ya que sus funciones les exigían permanecer al frente del paciente sin poder tener espacios para satisfacer necesidades básicas y de descanso.

6.6.4 Aumento en la demanda de terapia de Oxigenación de membrana extracorpórea para soporte cardíaco o respiratorio en adultos (ECMO) como una luz de esperanza.

La IPS donde se realizó la investigación, cuenta con terapia ECMO, la cual, brindaba una oportunidad de recuperación a los pacientes con COVID 19, por lo que su demanda aumentó y esto incrementó la sobrecarga laboral y emocional del personal de enfermería: *“Pues empezando porque, las condiciones de trabajo si cambiaron, (...), la carga laboral era impresionante con los pacientes, porque justo se juntó entonces lo de la pandemia y la necesidad de manejo en ECMO como para esos pacientes críticos en la pandemia con diagnóstico de COVID, y físicamente era un agotamiento absoluto, (...) Muy, muy terrible que el cansancio físico terrible, cansancio, o sea la carga como emocional” (E6).*

Los pacientes en terapia ECMO, exigen un alta complejidad en cuanto a su cuidado. Las condiciones de la pandemia, tales como el aumento del número de pacientes y la ausencia de personal capacitado para brindar esta terapia, fueron un aspecto clave, para evidenciar el detrimento de las condiciones laborales de los participantes.

6.6.5 Deserción laboral

Esta experiencia de la pandemia por COVID 19, llevó a replantear los proyectos de vida del personal de enfermería asistencial, llevando a muchos a la deserción o abandono de la profesión, y algunas de las participantes vieron como en sus compañeras y en ellas mismas se empezaron a dar pensamientos y a generar planes para abandonar la asistencia, como una vocación que se habían prometido llevar como proyecto de vida, por años. *“Yo pienso que desde el momento que empezamos a trabajar en la UCI, algunos de mis compañeros y yo nos poníamos un proyecto de vida de trabajar en la UCI por unos años, ¡no! después de haber vivido la pandemia, yo creo que ese proyecto de vida se transformó y muchas hemos querido elaborar o como pensar en un perfil laboral diferente a futuro,*

porque eso fue yo creo que 1 año de la pandemia fueron como 5 años de trabajar en UCI. Sumándole una carga emocional más fuerte” (E5).

Aunado a lo anterior, los accidentes laborales incrementaron debido a la complejidad de los pacientes y a la sobrecarga laboral, llevando a su vez a la implementación de prácticas que no se conocían, no habían aprendido, y con todo esto a la accidentalidad laboral, y a pensar en la deserción de su labor; *“yo tenía dos pacientes en ECMO, íbamos a cambiar una membrana y nosotros en ese momento lo hacíamos, pues la verdad nosotros no tuvimos un entrenamiento de corte de membranas, lo empezamos a hacer viendo, pero aprendimos viendo las perfusionistas, luego nos enseñaron, pero ellas tienen más destrezas en manejar las cuchillas de bisturí, (...) y la tensión de eso es mucha, porque eso son segundos que tú te puedes demorar cambiando eso. Entonces, mientras estamos haciendo ese cambio, estaba en la perfusionista, entre mi compañera y yo íbamos a cambiar la membrana e íbamos a hacer los cortes y la perfusionistas se iba a encargar de la consola (...) fue cuando bajando el corte yo me corté el índice de la mano izquierda, durante ese procedimiento. Pero yo terminé el procedimiento porque yo no pare, o sea yo terminé el procedimiento, terminaron de llenar eso y ya yo me solté, pues cuando ya había terminado, pero fue durante un cambio de membrana de un paciente COVID” (E7)*, el anterior testimonio da cuenta de una incapacidad laboral muy extensa, que le implicó a la participante quedar con secuelas y restricciones laborales.

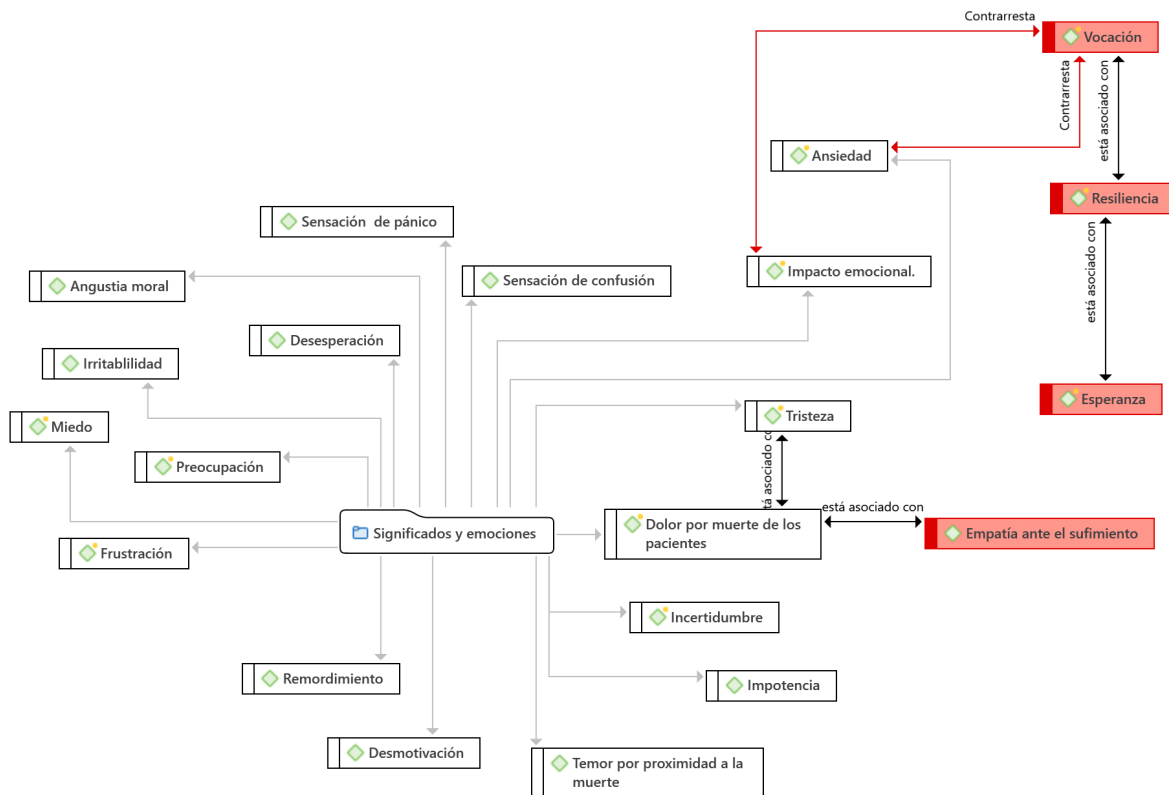
6.7 Significados construidos del profesional de enfermería de UCI, alrededor de la atención en salud durante la pandemia por COVID-19.

Los significados de los participantes del estudio durante la pandemia por COVID 19, se construyeron alrededor de experiencias en su mayoría dolorosas y difíciles por lo cual las emociones alrededor de estos fueron principalmente negativas.

6.7.1 Emociones del personal de enfermería durante la asistencia de pacientes en UCI durante la pandemia

El significado de la atención en salud durante la pandemia por los participantes de este estudio se vio representado por un conflicto entre la vocación, resiliencia y empatía por un lado y el miedo, la angustia y el sufrimiento por el otro. En contexto en el que la muerte cobra un significado superlativo. Las relaciones entre estos conceptos se pueden apreciar en la siguiente figura.

Figura 4. Red de emociones y significados



Fuente: elaboración propia en atlas. Ti

Las emociones son parte de la condición natural de la persona, y estas a su vez transitan de lo positivo a lo negativo, dependiendo del lugar y el contexto en el que se encuentren, razón por la cual, durante la pandemia, las emociones negativas tuvieron un lugar preponderante para las participantes de este estudio, como lo evidenciaron con sus testimonios, y que se consideran dentro de los principales hallazgos, tal como se describe en los siguientes apartes.

- *Temor, angustia e impotencia:*

Desde el inicio de la pandemia por COVID 19, surgieron una gama variada de emociones, especialmente el temor relacionado con el desconocimiento, y así lo relatan algunas participantes; *“era una enfermedad que no conocíamos” (E3); “el mundo ni siquiera sabía cómo maneja a los pacientes; y nosotros menos, porque esperábamos lo que venía y solo quedaba aprender” (E4).*

También se identificaron testimonios que dan cuenta de lo evidenciado en otros países, cuando nace la incertidumbre, la cual, en las participantes de este estudio se vivió de la siguiente forma; *“Sentíamos la presión, iba a llegar un montón de gente enferma que no sabíamos ni cómo íbamos a tratar, ni donde nos íbamos a meter, ni como nos íbamos a proteger y mucho menos que iba a pasar” (E4).*

Durante los períodos más críticos de la pandemia, predominaron sentimientos de impotencia y sufrimiento ante el colapso de la capacidad instalada en las instituciones y la muerte de los pacientes; *“...ver tanta gente morir todos los días, de que usted tenía una cama desocupada porque alguien se había muerto hace media hora y ya le estaban pidiendo que lo sacara rápido y lo embalara para poder meter a alguien más que lo necesitaba, eso no es justo con uno, con las familias” (E2); “yo decía Pero... ¿qué es esto tan horrible que en cuestión de que qué? ¿qué pasó? dos pelados jóvenes.... se murió ... ya así de sencillo... Otra víctima del COVID.... ¡no que cosa tan maluca! Yo me sentía mal porque yo decía,*

juepucha, ¿si aquí lo hubiéramos podido meter? pero es que eso no era tan fácil. Entonces, ¡qué impotencia tan asquerosa!” (E3).

- *Triaje ético: la angustia/sufrimiento/culpa de escoger entre la vida y la muerte*

Como consecuencia de la alta demanda y la escasez de recursos (insumos, medicamentos, equipos biomédicos, infraestructura y talento humano), inicia el traje ético, lo que desencadenó mayor angustia, ira, frustración y niveles elevados de estrés; *“en ese tiempo era mucha la demanda y también fue muchos los insumos que se acabaron; tocaba escoger ¿qué paciente íbamos a rescatar?, los médicos tenían que sentarse a escoger; según sus antecedentes personales y edad, a quien íbamos a brindarle la oportunidad de conectar en terapia ECMO [...] erramos como equipo, porque la idea es poder brindarle esa extensión de vida a la mayoría de las personas que no tenga ninguna contraindicación” (E3).* *“Nos tocó ver procesos de adecuación del esfuerzo terapéutico, algo a lo que usualmente no estábamos acostumbrados. Retirar medidas, no utilizar más vasopresores, desmontar el ventilador, no intubar a pacientes a los que usualmente lo hacíamos. El dilema de dejar de hacer era muy complejo y no estábamos preparados para ello” (E1).*

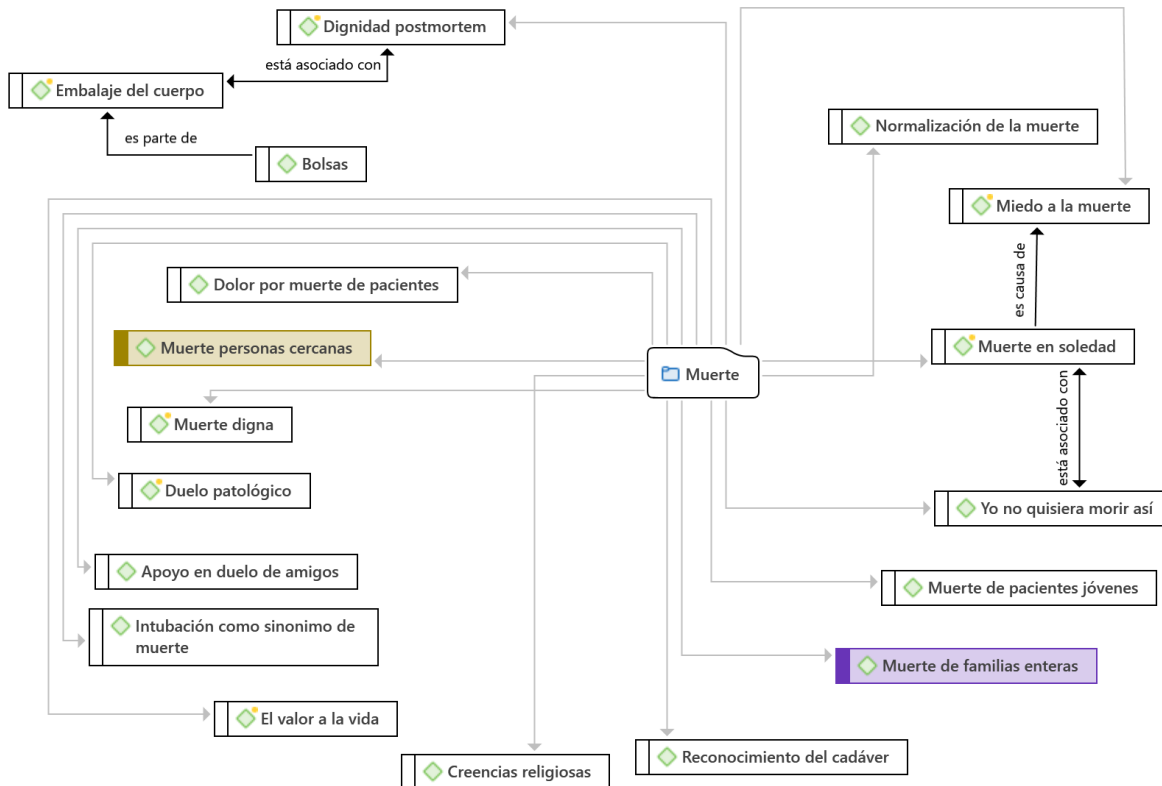
Ligado a la impotencia se encuentra la frustración y el remordimiento, los profesionales de enfermería de manera reiterativa describieron tener la sensación de no poder hacer todo lo que querían en el marco de su actividad profesional, en contra de su marco de valores; manifestado en sus testimonios situaciones tales como; *“hicimos lo que pudimos” (E6);* *“...uno sentía, pudimos haber hecho algo mejor pero, el contexto y los medios lo impedían” (E1),* además de la sensación de notar que no se estaban haciendo bien las cosas; *“yo no estoy cuidando bien los pacientes, o yo no estoy priorizando bien lo que tengo que hacer”;* *“... faltaba el tiempo, había demasiadas cosas por administrar, por registrar. Se complicaba un paciente, otro hacia paro, llegaba uno, moría el otro y ahí mismo había que sacarlo*

para que entrara otro” (E4); “... *Uno tiene que cuidar a las personas, como si fueran nuestra familia, cuidar ese señor, esa señora como si fuera mi papá o mi mamá, ese muchacho como si fuera mi hermano, esto establece un vínculo muy fuerte [...] Entonces cuando uno da todo cuidando el paciente, pero no avanza y su salud cada día se va deteriorando y llega el momento de la muerte, la sensación es demasiado frustrante, porque los esfuerzos que se hacen son insuficientes*”. (E5)

- *Muerte: duelo, soledad y el embalaje de los cadáveres*

La pandemia causada por el virus SARS-COV-2 arrojó un elevado número de muertes, en el relato de los participantes se evidenció como categorías emergentes, la muerte en soledad y la imposibilidad de los ritos de despedida por sus familiares; así como la pérdida de la dignidad post mortem debido a las condiciones del embalaje del cadáver. Tal como se evidencia en la figura 5.

Figura 5. Red de muerte, muerte en soledad y duelo incompleto



Fuente: elaboración propia en atlas. Ti

La empatía ante el sufrimiento del paciente y las familias trajo consigo la tristeza ante las condiciones de muerte de los pacientes y duelo de la familia, así lo refieren las participantes; *“un paciente en UCI un día puede estar muy bien, y un día puede estar muy mal y no pasa solamente con el COVID, pasa con cualquier patología, pero con ellos era más difícil por la falta de acompañamiento, porque son pacientes que transcurrieron su enfermedad y murieron muchos solos”* (E2); *“... era un paciente que se moría solo, sin un familiar que le agarrara la mano, que le hiciera una oración* (E3).

A raíz de esto aparece el dolor por la muerte de los pacientes como uno de los sentimientos que más agotaron emocionalmente a las participantes, evidenciado en los siguientes *“...cada muerte fue un dolor para uno, muy duro [...] ¡Uy no! Uno sabía que por turno eran 2 y 3 muertos [...] tanta muerte, qué yo terminaba de subir las escalas de la casa, y me sentaba ahí, en la última escala a llorar”* (E6) *“... ”*

enfrentarnos a todo eso, sí fue muy difícil, a tanta muerte y tanta pérdida porque tuvimos familias enteras” (E7).

El protocolo para embalaje y entrega del cuerpo fue uno de los momentos más impactantes, y se lleva en la memoria de manera constante; *“...no solamente eran muertes, sino cómo se envolvía el ser humano que acababa de fallecer, era, es como si no fuera nada, solo un cuerpo, póngale algodón con alcohol, métele en dos bolsas, márquelo con una cinta [...] el proceso de nosotros, es cuidar y proteger, y pasamos a hacerle eso a una persona” (E7); “...ese proceso de de preparación del cadáver era muy complejo, había que colocar el paciente dentro de una... con un cierre, yo me sentía en una película de terror” (E1).*

A partir del análisis de las entrevistas de las participantes, se evidenciaron tres elementos, que pueden haber aportado a un deterioro de su estabilidad emocional como ser social: *1. trabajar como profesionales de primera línea, 2. la pérdida de relaciones sociales, y 3. los cambios en la dinámica familiar* que, contribuyeron al desarrollo de problemas intra e interpersonales, los cuales se aproximan entre sí a partir de significados que se evidencian en la narrativa de las profesionales.

1. Trabajar como profesionales de primera línea

La pandemia trajo consigo una serie de implicaciones psicosociales asociadas al riesgo de contagio y la salud de la familia; *“...fue el momento más frágil del personal de la salud, no solamente porque temíamos por la vida de nosotros, sino de los nuestros” (E5); y culpabilizarse también era una vía de expresar las emociones; “...emocionalmente a nosotros también nos golpeaba mucho saber que estábamos expuestos y teníamos que llegar a la casa, en muchas ocasiones dije: me voy a ir de mi casa porque yo soy un riesgo de contagio” (E2).*

Con el aumento de los casos aumento el cuestionamiento de las profesionales acerca del tratamiento ellas mismas quisieran recibir en caso de contagio “yo no quisiera morir así” (E2).

2. Pérdida de las relaciones sociales y estigmatización

El sometimiento a un cambio brusco en el entorno social, les llevo a cambios repentinos en su estilo de vida, tal como lo relatan en los testimonios *“la parte sicosocial fue la más afectada, era estar del trabajo a la casa, de la casa del trabajo [...] Se perdió todo ese contacto con el entorno social, que es el que desconecta de toda la vida laboral, y de la carga emocional que se lleva trabajando en una UCI” (E5); “ la parte de recreación y esparcimiento en familia también fue muy compleja, entonces aparte de que solamente trabajaba no podía salir con mi esposa a disfrutar otros espacios” (E1).*

En la dinámica laboral disminuyeron las relaciones interpersonales con los compañeros de trabajo, pues *“las personas que ya nos conocíamos y llevamos más tiempo, nos unimos un poco más, estuvimos trabajando como equipo y cuidándonos el uno con el otro. Pero también nos dividimos [...] ingresó mucho personal nuevo, personal nuevo con las que casi no teníamos contacto [...] entonces creo que eso nos dividió” (E3).*

La información brindada por los medios de comunicación aumentó el temor y la preocupación *“...tuvimos miedo porque en las noticias informaban sobre la muerte del personal médico, enfermeros y auxiliares, eso nos preocupaba mucho ¿quién de nosotros iba a ser el siguiente?” (E3);* Otra situación detonante fue la información negativa que se publicaba en redes sociales, llevando a la estigmatización del personal de salud referente al tratamiento brindado a los pacientes, *“...a nivel de los medios de comunicación empezó a decirse que estábamos matando los pacientes” (E1);* generando desconfianza en la comunidad y mayor estrés emocional al momento de comunicarse con las familias de los

pacientes, donde referían expresiones tales como; *"...es que eso se lo están inventando, mi familiar no tiene COVID, aquí me lo mataron"* (E7).

3. Cambios en la dinámica familiar

El temor y miedo al contagio de los seres queridos llevo al distanciamiento, incluso al interior de los hogares; *"yo vivo con mi mamá en la misma casa, y ella era en una habitación y yo era en otra [...] era vivir en mi casa acompañada, pero como si fuéramos dos desconocidas"* (E5); *"... no podía salir, no siquiera a visitar a mi familia, mi abuela también era una persona vulnerable, 92 años, tuve que prescindir de visitarla casi durante un año, y solamente hacer videollamada y eso de alguna forma me afectó en la parte emocional"* (E1).

Los conflictos intrafamiliares surgieron a raíz del desahogo de emociones, y a nivel familiar se sintieron las diferentes tensiones y emociones; *"...el canal para liberarme la tensión fue mi casa; me porté mal, regañaba por todo [...] yo no era de llorar, sino que yo lo exteriorizaba peleando [...] Yo nunca me sentí inconforme trabajando, pero sí tenía mucho estrés y llegaba a pelear de esa manera, porque yo soy generalmente tranquila"* (E5). A esto se le suma que el aislamiento obligatorio llevo al cierre de empresas, lo que generó cambios económicos, aumentó el desempleo los costos de vida *"...mi esposo duró 8 meses sin trabajar, y sin poder conseguir empleo; yo costeaba todo en la casa y eso me estresaba mucho más, debido a que se aumentó el costo de muchas cosas demasiadas, era un sueldo para mantener a 4 personas en su casa, más el estrés del trabajo, usted salía más tarde de lo normal, salía cansada, entonces usted llegaba a pelear"* (E5); *"...El cansancio por la sobrecarga, el dolor de ver tanta gente morir todos los días pesa mucho a nivel emocional y toca empezar a hacer una diferenciación muy grande de roles, hasta aquí soy enfermera, y en mi casa soy hija, nieta, sobrina y tratar como de no llevar el estrés a la casa porque eso., tensa más el ambiente"* (E3).

La información generada por las redes sociales en las que circula información poco controlada aportó al aumento del temor y conflictos familiares “...*Mi hija con el encierro, empezó a tener cambios en su comportamiento, se volvió una niña rebelde, contestona y apática. No salía a compartir con nosotros; desayunaba, almorzaba y comía en el cuarto, era una pelea para que saliera a compartir con nosotros [...] también muy deprimida, viendo muchas cosas en internet y, en internet encuentran mucha basura, como lo es el tema del suicidio y la desesperanza, por lo que no le dan valor a la vida[...] yo le decía ¿cómo se le ocurre mirar esas cosas o pensar que no es importante? En la clínica hay mucha gente luchando, luchando por su vida*” (E5).

6.7.2 Emociones positivas

A medida que fue pasando el tiempo que y las opciones de tratamiento mostraban buenos resultados, nace la esperanza como medida alentadora, y por eso; “*cuando empezamos ver a los primeros pacientes que se les brinda la terapia ECMO por COVID recuperarse, nosotros empezamos a tener un poquito más de esperanza*” (E2).

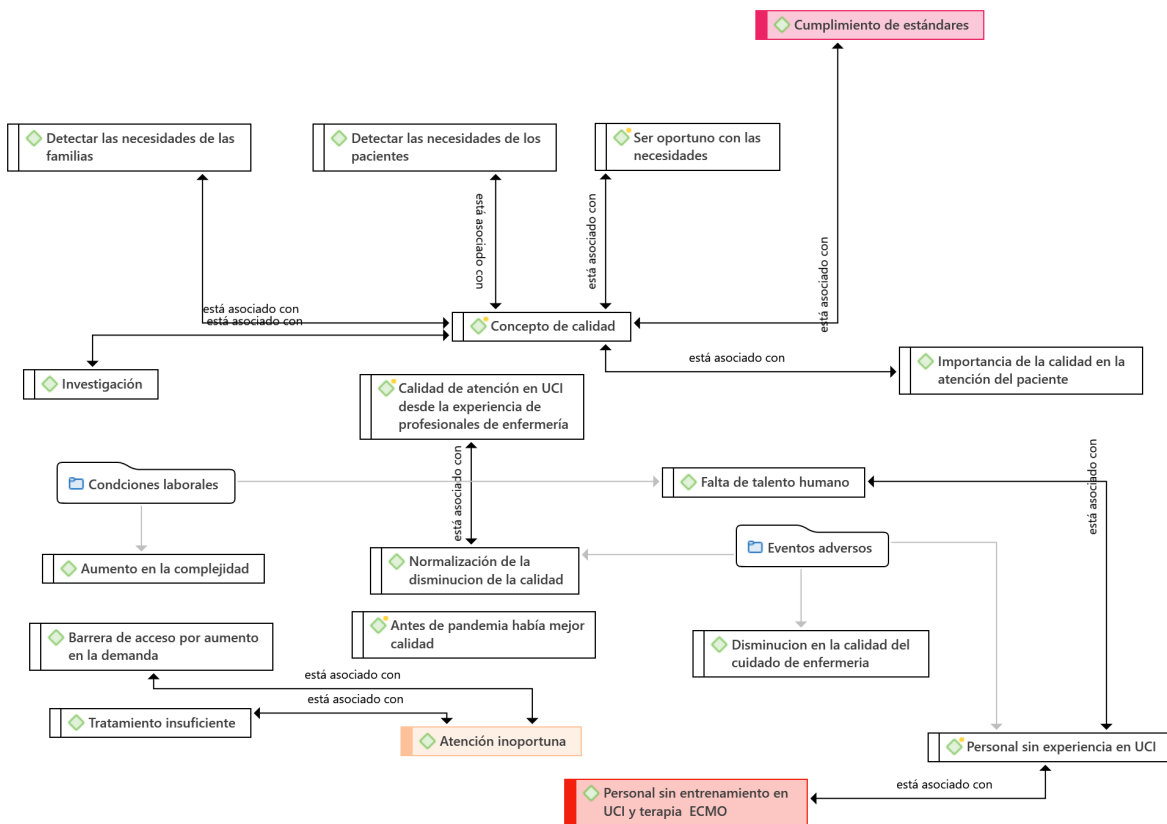
Ahora bien, las enfermeras entrevistadas, demuestran su identidad profesional mediante su vocación y actitud en el rol que desempeñan, haciendo evidente no sólo su vocación, sino su convicción y deseo de ayudar; “*uno nunca pierde el horizonte, a mí me gusta lo que hago, yo tenía que estar aquí para ayudar a las personas*” (E2); “*enfermería es una profesión, es una vocación de cuidado y servir*” (E3); “*Yo siempre he pensado que esta es una profesión es de pura vocación, de puro amor, yo nací siendo enfermera y así me tocará vivir otra pandemia, volvería a elegir ser enfermera*” (E5).

6.8 Experiencias y significados del profesional de enfermería de UCI respecto a la calidad de la atención en salud durante la pandemia por COVID-19.

La calidad de atención en salud es un concepto muy amplio, el cual, se puede medir con el cumplimiento de sus atributos, estos son; accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad, los cuales, son establecidos por el sistema obligatorio de garantía de calidad en salud (SOGC). Desde la mirada de los participantes del estudio, se evidenció un incumplimiento de estos criterios debido a muchos factores asociados como sobrecarga laboral, sobreocupación del servicio de unidad de cuidados intensivos (UCI) y al aumento en la complejidad de los pacientes, además de la falta de recursos y talento humano con experiencia en unidades críticas; lo que los llevo a tener cambios en las condiciones laborales, horarios extremos e insatisfacción de sus necesidades básicas, impidieron que estos atributos se dieran.

También resaltan que para brindar una atención con calidad e impactar sobre el tratamiento del paciente es importante incluir las familias, situación de debido al aislamiento social estuvo completamente afectada. Tal como se evidencia en la figura 6.

Figura 6: Red calidad en atención en Salud



Fuente: elaboración propia Atlas. Ti

Los participantes del estudio evidenciaron la disminución de la calidad de atención en salud, tal como lo soportan los siguientes testimonios; *“Cuando empezaron a haber tantas incapacidades de parte de enfermería, no habían hecho como el raciocinio, por así decirlo, de que tenían que entrenar más gente para poder tener como un backup de personal que nos reemplazara, eso fue muy horrible, yo pienso que en ese momento no hubo nada de calidad porque no teníamos el suficiente personal para satisfacer las necesidades de los pacientes de manera oportuna. Eh, no basta usted tener un solo auxiliar y un solo enfermero para cuatro pacientes COVID aislados, intubados, pronados, con soporte vasopresor, inotrópico, sedación, para bañarlos, para tomarles muestras; uno pensaría no, pues cuatro pacientes no son nada, pero son cuatro pacientes. ¿En qué condiciones?”* (E2); fueron muchos los factores que se asociaron al incumplimiento de los atributos de la calidad de atención en salud, en especial la

falta de oportunidad en la atención por la escasez de recurso humano y las condiciones clínicas tan críticas de los pacientes.

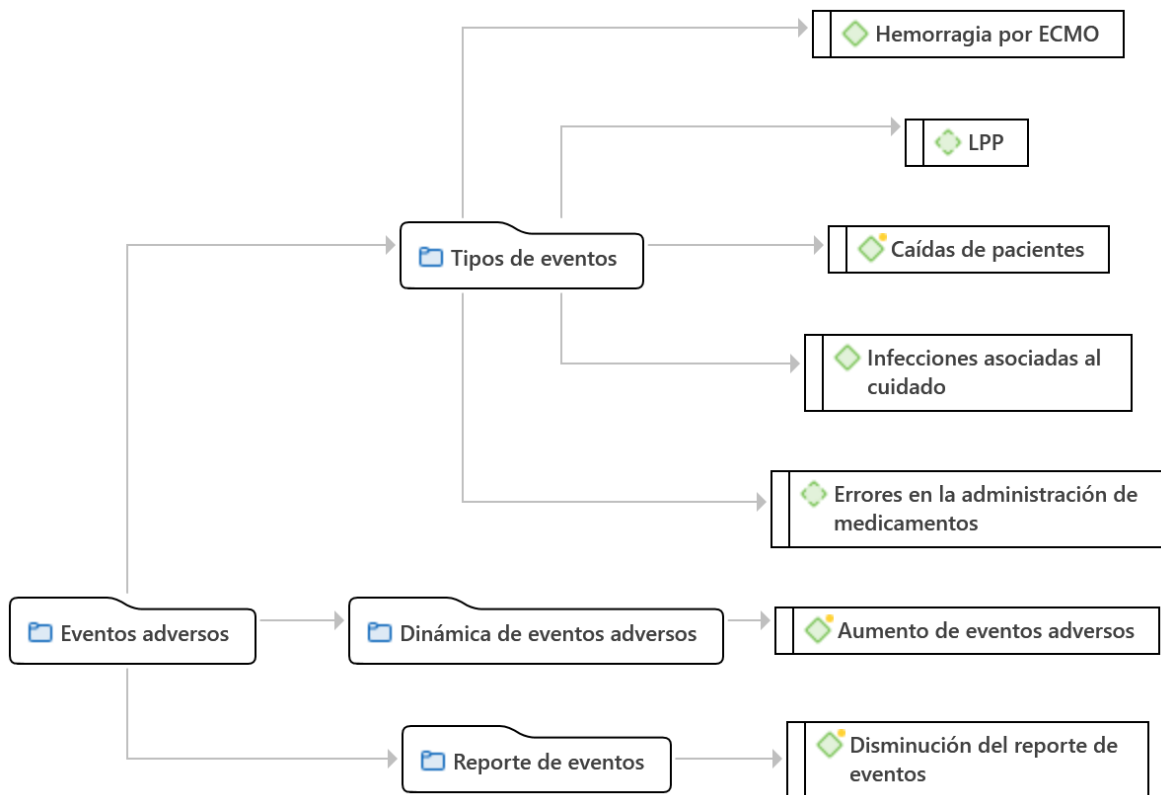
Las unidades de cuidado crítico presentaron alta ocupación y debido a esto, el personal asistencial experimentó una alta carga emocional negativa relacionada con el mal pronóstico de los pacientes y su muerte, todo esto llevó a un incumplimiento en la oportunidad, continuidad y seguridad de atención en salud, tal como queda evidenciado en la siguiente situación; *“porque le faltaban cosas por registrar, por administrar y porque todo era un caos; o sea, uno entraba a la unidad y no había por donde coger, todo mundo estaba igual de cogido, de llevado, de que faltaba el tiempo, (...), que se complicaba uno, que había paro, que llegaba uno, que se moría otro y que ahí mismo había que sacarlo para que entrara otro” (E4).*

El personal médico se vio obligado a tener que elegir qué pacientes tratar o salvar pues la capacidad instalada excedió sus límites; *“los médicos tenían que sentarse a escoger; según sus antecedentes personales, su edad y todo, a quien íbamos a salvar entonces, como eran tantos enfermos ¿cierto?” (E3), ¿qué calidad en salud se podía ofrecer a los pacientes ante un colapso del sistema de salud? Ante una pandemia inesperada, en la que la seguridad del paciente también se afectó.*

6.8.1 Eventos adversos

Uno de los factores causantes de la disminución de la calidad de atención en salud fue el aumento de los eventos adversos. Los que más resaltaron fueron: el aumento de las lesiones por presión, los errores en la administración de medicamentos y las infecciones asociadas al cuidado; aunque la dinámica del reporte tendió a la disminución debido a la sobrecarga laboral. Situación evidenciada en la figura 7.

Figura 7. Red de eventos adversos



Fuente: elaboración propia en Atlas. Ti

En cuanto a las experiencias relacionadas con el atributo de calidad de seguridad del paciente que tuvieron los participantes del estudio durante la pandemia, se pudo evidenciar que hubo un aumento de eventos adversos y una disminución en el reporte de estos, *“Yo creo que aumentaron, pero hubo un subregistro, o sea, la gente del miedo deja pasar las cosas. O no se registraba o no se decía... o tapemos o igual, se va a morir” (E4).*

Este aumento en los eventos y la disminución del reporte tiene sus explicaciones en la forma en la que debían laborar, y la urgencia para atender a sus pacientes, fue así como lo expresó una de las participantes; *“no sé si todos los eventos se reportaron porque con esa cantidad de trabajo, además uno tenía que reportar el evento en el sistema, no sé cómo manejaron esa situación o si hubo sesgos*

porque no se reportaron todos los eventos o si los reportaban era a destiempo” (E3).

Los eventos adversos que tuvieron más impacto durante la pandemia por COVID 19 en la UCI de la IPS donde se realizó la investigación fueron los siguientes: lesiones por presión (LPP), principalmente las LPP en la cara, caídas, infecciones asociadas a dispositivos, errores en el diagnóstico, extubación no programada, infecciones asociadas al cuidado, hemorragias en pacientes en ECMO (oxigenación por membrana extracorpórea) y errores en la administración de medicamentos.

Es fundamental tener en cuenta otros eventos que afectaron la seguridad del paciente, tales como, hipoxemia, hipercapnia, hipotensión y confusión de órdenes médicas, los cuáles, se presentaron no a causa de la enfermedad sino debido a otros factores relacionados con la falta de oportunidad en la atención del paciente y las condiciones laborales del personal asistencial.

Las LPP aumentaron de manera desmesurada, tanto por las condiciones de los pacientes como por las condiciones laborales del personal de enfermería, situación que queda reflejada de la siguiente forma; *“las lesiones por presión se dispararon muchísimo asociado a los protocolos de pronación, y por no saber cómo protegerlas bien, (...) era la primera vez que yo pronaba un paciente, yo al principio no sabía qué lugares tenía que protegerle, después de mucho tiempo fue que uno se dió cuenta que era mejor el allevyn, que el duoderm, entonces fue como ensayo y error” (E2); “UPP todas las que usted quiera, sobre todo por la pronación, yo creo que gastamos como 20 duoderm, protegíamos todas las prominencias óseas, la parte anterior del cuerpo, hombros, pectorales, los trocánter, rodillas, de ahí para abajo todo empapelábamos todo eso, en la cara y las orejas, para poderle cambiar de posición en forma de nadador; y sin embargo cuando uno le iba a su supinar, encontraba usted alguna lesión por algún lado” (E3).*

Fue así, como las lesiones por dependencia en la piel se convirtieron en un evento adverso común y de difícil control, el cual se fue “normalizando” por el contexto del paciente y su condición clínica, donde se observaba con preocupación cómo; *“los pacientes se pelaban, pues hacían úlceras por presión de la pronación, vivían así, era como tan normal que tuviera una lesión por dependencia que no se reportaba, que era asociada a la pronación, porque lo que te digo igual se va a morir”* (E4).

Otro evento adverso que aumentó en la pandemia por COVID 19, fue el de los errores de administración de medicamentos de diversos tipos, se encontraron errores en la prescripción, en el tratamiento, en mala programación de las bombas, en medicación de sedación, vasoactivos, inotrópicos e hipoglicemiantes, siendo así recurrentes los testimonios que dan cuenta de tal situación tal como se describe a continuación. *“Yo fui testigo de muchos errores en la administración de medicamentos, que haya subregistros es diferente”* (E6); *“esas bombas todo el tiempo pitaban, todo el tiempo, entonces usted estaba adentro cambiando un paciente y afuera le estaba pitando la nore, y no tenías nadie que te ayudara con una nore; entonces era una nore pitando que se estaba acabando y afuera, o sea en el espacio dentro de la unidad no había quien le diera un start, un continuar”* (E4).

Este evento se asociaba a la escasez de recurso humano, a la falta de entrenamiento del personal asistencial; *“nos faltó oportunidad en la administración de medicamentos, en la delegación de órdenes porque igual faltaba gente entrenada, gente que no sabía manejar las bombas, gente que decía ¿qué hago?, ¿en qué ayudo? ¿qué hago?”* (E4). Evidentemente, tanto el personal asistencial como las instituciones prestadoras de servicios de salud, no estaban preparados para enfrentar la pandemia por COVID 19, ni para llevar un control y manejo de las consecuencias generadas por esta, y esto facilitaba una situación de caos permanente.

7. Discusión

La pandemia derivada por COVID-19 fue un incidente sin precedente que generó impacto en todos los contextos en los que se desenvuelve el ser humano (social, familiar, laboral) (8). A las instituciones de salud las introdujo en un contexto de crisis enmarcado por el impacto socio sanitario nacional y mundial, debido a que hubo cambios tanto en las prácticas y rutinas asistenciales como en la forma en que los profesionales se relacionan con pacientes, familiares y el resto del equipo de salud (6,36). Estos cambios fueron evidenciados en los testimonios y la experiencia subjetiva de las participantes de este estudio.

El reconocimiento de la profesión y el quehacer de enfermería es el mínimo necesario ante lo indispensable que es la profesión de enfermería para la prestación de servicios de salud y para la sociedad en general, el no reconocimiento y visibilidad del rol de la enfermera en UCI y otros servicios asistenciales se ha asociado con desgaste profesional y agotamiento emocional (37). Los testimonios relatados a través de las entrevistas detallan como las experiencias de enfermedad, sufrimiento y muerte, asociado a sobrecarga laboral, la falta de elementos de protección personal y relaciones humanas precarias; generan un mayor desgaste y fatiga emocional, lo cual también ha sido descrito por otros estudios (38,39).

En un estudio publicado en 2021 describe que el personal sanitario de todo el mundo fue sometido a carga emocional y estrés sin precedentes, que los condujo a la pérdida del equilibrio entre la vida laboral y personal. La exposición prolongada a pacientes con COVID-19 ha dado lugar a resultados psicológicos adversos entre el personal de atención médica, que incluyen insomnio, estrés, ansiedad y depresión (40). La mayoría de la población practicó el distanciamiento social, pero los trabajadores de la salud, especialmente las enfermeras, se arriesgaron en la lucha contra el SARS-CoV-2, ante situaciones adversas que interfirieron con su calidad y en especial, con sus relaciones personales (41).

La enfermería es una profesión cuya base es el cuidado del paciente, característica que le exige una permanencia plena, conocimiento científico y toma de decisiones oportunas (41,42). Lo cual, permite proveer atención y cuidados directos con miras a salvar vidas, reducir el sufrimiento, brindar apoyo emocional, educar a pacientes y sus familias, además de coordinar acciones de prevención y control de infecciones (43). En contextos de escasez de recursos y una alta demanda de servicios de salud, el cuidado de enfermería cobra un valor superlativo, toda vez que las acciones e intervenciones de enfermería impactan en la calidad de la atención en salud, especialmente en unidades de alta dependencia, en las que el rol de enfermería confronta la muerte, la soledad y el sufrimiento (44).

El miedo a lo desconocido inherente a la especie humana, se transformó en pánico y angustia durante la pandemia, provocando inseguridad y desconfianza ante el sistema de sistema de salud, el personal sanitario y las capacidades para afrontar este reto (44) . Los profesionales de enfermería participantes de este estudio que laboraron en UCI, como humanos que son, también tuvieron miedo, “miedo a enfermarse, a contagiar a otros, a morir, a morir en soledad; a no poder acompañar a los seres queridos, a no poder despedirse; miedo a las penurias, a perder el trabajo, e incluso al quebranto existencial” (45). Incluso algunos rompieron en llanto al recordar sus experiencias. Pero a pesar de ello, la experiencia de cuidado en UCI durante la pandemia fue una oportunidad para resignificar el miedo a través de la vocación y del cuidado, en vez de paralizarse, los profesionales de enfermería se movilizaron para cuidar de otros (41).

El cambio por completo de la rutina abrió el espacio para que el sentimiento de vulnerabilidad fuera parte de su cotidiano vivir. Este sentimiento se expresó, por ejemplo, en el miedo a contraer la enfermedad, ser un posible transmisor y a la pérdida de seres queridos (46) generando un impacto considerable en la salud mental de las personas, convirtiéndose en un factor preocupante a la hora de afrontar la atención y cuidado de los pacientes debido a que la calidad de la atención brindada requiere un equilibrio entre en la salud biológica, social,

psicológica y espiritual (47,48).

La carga de trabajo en enfermería que se dio durante la pandemia por COVID- 19 incidió en la seguridad del paciente, la calidad de la atención y los costos de las instituciones de salud. En el transcurso de la pandemia por COVID-19, la alta demanda de atención en salud evidenció la disminución de la dotación de recursos tanto humanos como materiales, dificultades que afectaron directamente la calidad del cuidado que se brindó a los pacientes y la percepción de sobrecarga laboral del personal de enfermería (49).

En un estudio realizado a personal de enfermería en Uruguay durante el año 2021, el 96,1 % de los encuestados, aludieron que desde la pandemia su ritmo de trabajo se vio acelerado y 87 % sintieron que se les asignaron más tareas que las que les correspondían. Por otro lado, el 91,5 % consideraron que en los últimos seis meses han estado más tiempo de pie que lo habitual y 74 % que han levantado más peso. (49) . Lo anterior, soporta los resultados encontrados en este estudio, dado que esta situación de sobrecarga laboral se presentó en el personal de enfermería de Colombia y en muchos de los países afectados por la pandemia.

En un estudio realizado en EE. UU en el año 2022, el 71.6% de los profesionales de salud encuestados informó experimentar angustia moral relacionada con su trabajo durante los primeros 9 meses de la pandemia de COVID- 19. En la mayoría de los casos, esta angustia moral se relacionaba con situaciones en las que los profesionales de salud sentían que no habían brindado la atención necesaria o habían brindado una atención subóptima a los pacientes debido a las exigencias de la pandemia o los requisitos de sus prácticas. Todo esto llevó a unas consecuencias importantes tales como, atención de mala calidad, agotamiento, insatisfacción laboral, rotación y deterior de la salud mental de los profesionales de salud (50).

La noción de angustia moral se centró principalmente en el personal de enfermería, por la angustia que pueden experimentar cuando se sienten obligados

a actuar de formas que no consideran moralmente correctas para los pacientes y las familias de los pacientes (50). Las experiencias de los participantes de esta investigación, enfatizan lo difícil que fue haber vivido una pandemia, en la que la demanda de pacientes disminuía proporcionalmente la atención de calidad de los pacientes y aumentaba la complejidad de unas condiciones laborales precarias. Esto parece conformar un círculo vicioso, a más sobrecarga laboral, más imposibilidad de actuar de acuerdo con los valores y principios, lo cual, genera más agotamiento físico y emocional, pudiendo aumentar la tasa de ausentismo y perpetuando el ciclo de sobrecarga al resto del personal (38). Todo ello, en detrimento de la calidad del cuidado de enfermería y en general de la prestación de servicios.

En esta misma línea, un estudio realizado en Croacia evaluó cómo la cultura de seguridad del paciente se vio afectada por las prácticas laborales en un hospital de primera línea desde el comienzo de la pandemia de COVID-19. Esta investigación reveló que los valores más bajos de cultura de seguridad estaban en los departamentos fuertemente involucrados en la atención de los pacientes con COVID-19, lo que sugiere que una alta carga de trabajo se asocia con una menor cultura de seguridad del paciente. La mayoría de los encuestados no había presentado ni informado ningún evento. El tema del subregistro y el miedo al “castigo” y la vergüenza estuvieron presentes antes y se mantuvieron presentes durante la pandemia (51).

La notificación de eventos es una parte crítica de la seguridad del paciente, en la que las instituciones de salud deberían trabajar. El subregistro de eventos adversos se aumentó durante la pandemia, tal como, se evidenció en la IPS donde se llevó a cabo este estudio, lo que nos lleva a reflexionar sobre la importancia de fortalecer el área de seguridad del paciente para estar preparados para garantizar una atención de calidad los pacientes aún en los momentos más críticos.

Finalmente, es necesario considerar que la reflexión sobre el reconocimiento

moral, económico, en el cual la profesión de enfermería sea reconocida como pilar fundamental en el cuidado del paciente tanto en escenarios de alta complejidad como en la unidad de cuidados intensivos como en escenarios de promoción de la salud. Este reconocimiento es impertérrito e imprescindible, para cuidar de los cuidadores y para cuidar del cuidado (52), en una contemporaneidad tecnocientífica que suele ser más apática y carente de empatía (53). Reconocer el valor y cuidar de los cuidadores, es una forma de velar por la mejora de las condiciones de trabajo del personal de enfermería y la calidad de la atención. Pero también se requiere de más estrategias de divulgación y visibilización de las condiciones laborales y como estas inciden de manera negativa en los resultados en salud del paciente crítico y, por tanto, generan sobre costos de los servicios. De esta forma, se podrían establecer líneas de trabajo con actores de organizaciones, agremiaciones y del escenario político, logrando proponer estrategias de intervención intersectoriales y efectivas.

8. Conclusiones

En el análisis de los resultados obtenidos en nuestra investigación, podemos evidenciar que la pandemia por COVID 19 afectó la salud mental y física de los profesionales de enfermería, disminuyendo proporcionalmente la calidad de la atención de los pacientes. Los testimonios encontrados nos permitieron comprender los significados y experiencias vividas de los profesionales de enfermería del servicio de UCI de la IPS donde se realizó el estudio.

En las experiencias de los participantes del estudio encontramos una categoría importante, la cual denominamos condiciones laborales, en esta pudimos entender la manera en que la pandemia cambió las condiciones laborales del personal de enfermería, dividiéndose esta categoría por subcategorías, tales como, sobrecarga laboral, sobreocupación de la capacidad instalada del servicio de UCI, condiciones laborales difíciles, aumento en la demanda de pacientes con requerimiento de terapia de oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO) y la deserción laboral. Esta categoría evidenció la carga emocional y física que

vivieron los participantes del estudio ante una pandemia inesperada que marcó un antes y un después de la vida laboral del personal de enfermería.

Teniendo en cuenta el interaccionismo simbólico como teoría conductora de esta investigación cualitativa, el cual, nos permitió examinar de manera profunda este reducido número de entrevistas, explorando de manera detallada cada significado e interpretación de la realidad de cada participante con relación a la pandemia por COVID 19. Los significados encontrados se relacionaron con las emociones experimentadas por los participantes, en las que predominaron el temor, la angustia y la impotencia. Estas emociones negativas fueron desencadenadas por el incontable número de muertes que ocasionó este letal virus y por el triaje ético experimentado al tener que elegir qué pacientes salvar y cuidar. Cabe destacar el significado que tuvo para los participantes “la vocación de ser profesional de enfermería” que despertó este momento tan crítico de la historia, dado que, a pesar de las complejas circunstancias vividas, re afirmaron su sentido de servir y de cuidar como pilar fundamental para el papel que desempeñan para la sociedad.

Finalmente, se exploró la categoría de experiencias y significados del profesional de enfermería respecto a la calidad de atención en salud, la cual, arrojó resultados muy valiosos, por lo que sería recomendable ampliar su estudio en próximas investigaciones, dado que, este concepto de calidad no ha sido estudiado a profundidad con relación a la pandemia por Covid 19, según la búsqueda bibliográfica realizada. Los testimonios reportaron aumento de los eventos adversos asociados al cuidado de salud, tales como, lesiones por presión y errores en la administración de medicamentos. Se evidenció la disminución del reporte de eventos adversos y su poca gestión ante estos. Las condiciones laborales y las emociones negativas generadas con la pandemia incidieron en la disminución del cumplimiento de los atributos de calidad, establecidos por el sistema obligatorio de garantía de calidad en salud (SOGC); estos son, accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad, lo cual nos

muestra la importancia de fortalecer los procesos de calidad y seguridad del paciente en las instituciones de salud.

Es imperativo, tomar en cuenta estos resultados para planear y gestionar estrategias de promoción y prevención de la salud mental y física del personal de enfermería. Es necesario resaltar el papel de la enfermería, como máximo gestor del cuidado y recuperación del paciente en su proceso de salud y enfermedad, sin olvidar la necesidad de fortalecer las estrategias de seguridad del paciente para que, sin importar las circunstancias del medio, siempre se proteja la calidad de atención en salud como derecho fundamental del paciente.

9. Referencias Bibliográficas

1. Organización Panamericana de la Salud. Actualización Epidemiológica Nuevo coronavirus (2019-nCoV) [Internet]. 2020. Disponible en: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&alias=51406-27-de-enero-de-2020-nuevo-coronavirus-ncov-actualizacion-epidemiologica&category_slug=2020-alertas-epidemiologicas&Itemid=270&lang=es
2. Sutta Huaman LD, Roman Paredes NO, Huanca Arteaga CE, Sutta Huaman LD, Roman Paredes NO, Huanca Arteaga CE. SARS-Cov-2 como detonante del síndrome de desgaste profesional en el personal de un centro de salud. *Rev Cuba Salud Pública* [Internet]. junio de 2021 [citado 1 de noviembre de 2021];47(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0864-34662021000200011&lng=es&nrm=iso&tlng=es
3. Organización Panamericana de la Salud. Actualización Epidemiológica Nuevo coronavirus (2019- nCoV) 20 de enero de 2020 [Internet]. 2020. Disponible en: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&alias=51354-20-de-enero-de-2020-nuevo-coronavirus-ncov-actualizacion-epidemiologica&category_slug=2020-alertas-epidemiologicas&Itemid=270&lang=es
4. Organización Panamericana e la Salud. OPS/OMS - 2020: Alertas epidemiológicas [Internet]. 2020 [citado 30 de octubre de 2021]. Disponible en: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=list&slug=2020-alertas-epidemiologicas&Itemid=270&layout=default&lang=es
5. Coronavirus COVID-19 (2019-nCoV) [Internet]. [citado 30 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.arcgis.com/apps/dashboards/bda7594740fd40299423467b48e9ecf6>
6. Pedace ML, Gothelf EE, Cunto CLD, Usandivaras IM, Lapalma MCC, Ramos M. Relatos sobre COVID-19 de profesionales de la salud en un hospital. 2021;41:6.
7. Ramírez-Sánchez SC. Resiliencia para adaptarse a la crisis sanitaria. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc.* 2021;1-3.
8. Dupont MA. Salud mental y apoyo psicosocial (SMAPS): Dispositivos de cuidado de equipos sanitarios de primera línea de respuesta telefónica ante COVID-19. *Subj Procesos Cogn.* 2021;212-43.
9. Lozano-Vargas A. Impacto de la epidemia del Coronavirus (COVID-19) en la salud mental del personal de salud y en la población general de China. *Rev Neuropsiquiatr.* 11 de abril de 2020;83(1):51-6.
10. Coffré JAF, Aguirre P de los Ál. Feelings, Stress, and Adaptation Strategies of Nurses against COVID-19 in Guayaquil. *Investig Educ En Enferm* [Internet]. 9 de noviembre de 2020 [citado 1 de noviembre de 2021];38(3). Disponible en: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/iee/article/view/344388>
11. Ramírez-Ortiz J, Castro-Quintero D, Lerma-Córdoba C, Yela-Ceballos F, Escobar-Córdoba F. Mental health consequences of the COVID-19 pandemic associated with social isolation. *Colomb J Anesthesiol.* 7 de septiembre de 2020;48(4).

12. La COVID-19 afectó el funcionamiento de los servicios de salud para enfermedades no transmisibles en las Américas - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. [citado 8 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/17-6-2020-covid-19-afecto-funcionamiento-servicios-salud-para-enfermedades-no>
13. Dosil Santamaría M, Ozamiz-Etxebarria N, Redondo Rodríguez I, Jaureguizar Alboniga-Mayor J, Picaza Gorrotxategi M. Impacto psicológico de la COVID-19 en una muestra de profesionales sanitarios españoles. *Rev Psiquiatr Salud Ment.* abril de 2021;14(2):106-12.
14. Buitrago Ramírez F, Ciurana Misol R, Fernández Alonso M del C, Tizón JL. Pandemia de la COVID-19 y salud mental: reflexiones iniciales desde la atención primaria de salud española. *Aten Primaria.* enero de 2021;53(1):89-101.
15. Montes-Berges B, Fernández-García E. El efecto de la pandemia en la salud y Síndrome de Burnout en profesionales de enfermería de UCI. *Enferm Glob.* 1 de abril de 2022;21(2):1-27.
16. Milanés ZC, Bustamante EG. Nurses working conditions in Cartagena, Colombia. *Av EN Enferm.* 2010;(1):8.
17. Facultad Nacional de Salud Pública. El personal de salud, primera línea frente a la pandemia por COVID-19: una deuda por saldar, acciones necesarias para su protección. Medellín: Universidad de Antioquia; 2021 p. 6.
18. Macías-Hernández S, Coronado R, Cruz-Medina E, HA A, BTI N. El contexto actual de la calidad en salud y sus indicadores. *Med Física Rehabil.* 1 de marzo de 2013;25:26-33.
19. Atributos de la Calidad en la Atención en Salud [Internet]. [citado 1 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/ATRIBUTOS-DE-LA-CALIDAD-EN-LA-ATENCION-EN-SALUD.aspx>
20. Calidad en salud en tiempos de pandemia [Internet]. [citado 8 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.edicionmedica.com.co/opinion/-93>
21. Natera-Gutiérrez SI, Guerrero-Castañeda RF, Ledesma-Delgado ME, Ojeda-Vargas MG. Interaccionismo simbólico y teoría fundamentada: un camino para enfermería para comprender los significados. *Symbolic Interactionism and Grounded Theory: a way for nursing to understand the meanings* [Internet]. 2017 [citado 6 de agosto de 2023]; Disponible en: <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/72942>
22. Laza Vásquez C, Pulido Acuña GP, Castiblanco Montañez RA. La fenomenología para el estudio de la experiencia de la gestación de alto riesgo. *Enferm Glob* [Internet]. 1 de octubre de 2012 [citado 30 de julio de 2023];11(4). Disponible en: <http://revistas.um.es/global/article/view/145741>
23. Espriella R de la, Restrepo CG, Espriella R de la, Restrepo CG. Teoría fundamentada. *Rev Colomb Psiquiatr.* junio de 2020;49(2):127-33.
24. Vivar CG, Arantzamendi M, López-Dicastillo O, Gordo Luis C. La Teoría Fundamentada como Metodología de Investigación Cualitativa en Enfermería. *Index Enferm.* diciembre de 2010;19(4):283-8.
25. Gaete Quezada R. Reflexiones sobre las bases y procedimientos de la Teoría Fundamentada. *Cienc Docencia Tecnol.* mayo de 2014;(48):149-72.

26. Strauss A, Corbin J. Bases de la investigación cualitativa: Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Universidad de Antioquia; 2016. 365 p.
27. Sandoval C_ La formulación y diseño de los procesos de investigación social cualitativos.pdf.
28. Peña AQ. Metodología de Investigación Científica Cualitativa. *Investig Cual.* :38.
29. Miles MB, Huberman AM. *Qualitative Data Analysis: An Expanded Sourcebook*. SAGE; 1994. 358 p.
30. S.,I. Tulyor y H. Bogdun SJ. Introducción a los métodos cualitativos de investigación / La búsqueda de significados [Internet]. España: Paidós Iberica; 1987 [citado 5 de junio de 2022]. 344 p. Disponible en:
https://iessb.files.wordpress.com/2015/07/05_taylor_mc3a9todos.pdf ,
https://iessb.files.wordpress.com/2015/07/05_taylor_mc3a9todos.pdf
31. Dora Isabel Giraldo Montoya; Elvira Margarita González Mazuelo. La investigación cualitativa: un recorrido por el interior del ser. 1.ª ed. Vol. 1. Medellín/Colombia: Universidad Pontificia Bolivariana; 2013. 172 p.
32. Castillo E. El rigor metodológico en la investigación cualitativa. *Colomb Médica*. 2003;34.
33. Ministerio de Salud y Protección social. RESOLUCION-8430-DE-1993. [Internet]. [citado 7 de junio de 2022]. Disponible en:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>
34. WMA - The World Medical Association-Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos [Internet]. [citado 7 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.wma.net/es/polices-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
35. Ley 1581 de 2012 - Gestor Normativo [Internet]. [citado 7 de junio de 2022]. Disponible en:
<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=49981>
36. García Uribe JC, Zapata Muriel FA. Covid-19, cuidar entre mascarillas, pantallas y un espacio-tiempo peligrosamente contagioso: una lectura fenomenológica. *Cult Los Cuid* [Internet]. 2022 [citado 23 de enero de 2023];(64). Disponible en:
<http://hdl.handle.net/10045/130227>. <https://doi.org/10.14198/cuid.2022.%2064.03>
37. Garcia J. Burnout as a social pathology in nursing professionals: an analysis based on the theory of recognition. *Rev Bras Med Trab*. 2022;20(3):8. DOI: 10.47626/1679-4435-2022-771.
38. García-Uribe JCG, Espinal LAE, Garzón-Duque M, Henao S. Tensiones éticas, causas y consecuencias del síndrome de burnout en el personal de salud en tiempos de la Covid-19: una revisión y análisis desde la bioética. *Rev Latinoam Bioét.* 23(1).
<https://doi.org/10.18359/rlbi.5816>.
39. García-Uribe JCG. Hermenéutica del burnout: una tematización bioética a la luz de la condición humana. *Rev Colomb Bioét.* 2023; <https://doi.org/10.18270/rcb.v18i1.4335>.
40. Kakemam E, Chegini Z, Rouhi A, Ahmadi F, Majidi S. Burnout and its relationship to self-reported quality of patient care and adverse events during COVID-19: A cross-sectional online survey among nurses. *J Nurs Manag.* octubre de 2021;29(7):1974.

41. Acioli DMN, Santos AAP dos, Santos JAM, Souza IP de, Silva RK de L. Impactos da pandemia de COVID-19 para a saúde de enfermeiros. *Rev Enferm UERJ*. 2022;e63904-e63904.
42. Garcia Uribe J. La deconstrucción de la humanización: hacia la dignificación del cuidado de la salud. *Cult Los Cuid*. 2021;60(25):19-32.
<https://doi.org/10.14198/cuid.2021.60.03>
43. Lahite-Savón Y, Céspedes-Pereña V, Maslen-Bonnane M. El desempeño del personal de Enfermería durante la pandemia de la COVID-19. *Rev Inf Científica*. 27 de octubre de 2020;99(5):494-502.
44. Ávila Moreno OD, Vergara Centeno JL, Franco Coffré JA. Un desafío sanitario en la gestión del servicio de medicina crítica de un hospital del Ecuador: Vivencias en la pandemia COVID-19. *Bol Malariol Salud Ambient*. 2022;2-7.
45. García Uribe JC. Covid-19 y biopoder: cómo resistir la normalización de una crisis. *Rev Med Ética [Internet]*. 4 de enero de 2021 [citado 5 de julio de 2021];32(1):65-85. Disponible en: <https://revistas.anahuac.mx/bioetica/article/view/470>.
<https://doi.org/10.36105/mye.2021v32n1.02>
46. Pereira MD, Torres EC, Pereira MD, Antunes PFS, Costa CFT. Sofrimento emocional dos Enfermeiros no contexto hospitalar frente à pandemia de COVID-19. *Res Soc Dev*. 24 de junio de 2020;9(8):e67985121-e67985121.
47. Bilal H, Yildirim Sari H. Relación entre agotamiento emocional y la actitud hacia la seguridad del paciente en enfermeras pediátricas en un hospital de Turquía. *Enferm Clínica*. 1 de enero de 2020;30(1):37-41.
48. Lozano-Vargas A. Impacto de la epidemia del Coronavirus (COVID-19) en la salud mental del personal de salud y en la población general de China. *Rev Neuropsiquiatr*. 11 de abril de 2020;83(1):51-6.
49. Situación de carga física y mental en enfermería de Uruguay durante la pandemia Covid 19. *Rev Urug Enferm [Internet]*. 1 de julio de 2022 [citado 17 de julio de 2023];17(2). Disponible en: <http://rue.fenf.edu.uy/index.php/rue/article/view/359>
50. Pathman DE, Sonis J, Rauner TE, Alton K, Headlee AS, Harrison JN. Moral distress among clinicians working in US safety net practices during the COVID-19 pandemic: a mixed methods study. *BMJ Open*. agosto de 2022;12(8):e061369.
51. Brborović O, Brborović H, Hrain L. The COVID-19 Pandemic Crisis and Patient Safety Culture: A Mixed-Method Study. *Int J Environ Res Public Health*. 16 de febrero de 2022;19(4):2237.
52. Garcia Uribe JC. Cuidar del cuidado: Ética de la compasión, más allá de la protocolización del cuidado de enfermería. *Cult Los Cuid [Internet]*. 3 de septiembre de 2020 [citado 28 de noviembre de 2022];24(57):52. Disponible en: <https://culturacuidados.ua.es/article/view/2020-n57-cuidar-del-cuidado-etica-de-la-compasion-mas-alla-de-la-protocolizacion-del-cuidado-de-enfermeria>.
<https://doi.org/10.14198/cuid.2020.57.05>
53. García Uribe JC. Cuidar en la era tecnocientífica: de la finitud al superhombre. *Cult Los Cuid [Internet]*. 2021 [citado 22 de febrero de 2022];(59). Disponible en: <http://hdl.handle.net/10045/114463>. <https://doi.org/10.14198/cuid.2021.59.07>

10. Anexos

10.1 Anexo 1

ENTREVISTA PARA PARTICIPANTES DE INVESTIGACIÓN

Entrevista semiestructurada N.º: _____ Fecha: _____ Código participante: _____ Lugar de entrevista: _____ Duración de entrevista: _____
Preguntas orientadoras
Características sociodemográficas del participante: edad, sexo, nivel académico y años de experiencia laboral. Preguntas orientadoras: <ul style="list-style-type: none">• Cuénteme un poco sobre usted, ¿hace cuánto trabaja en la institución, cuántos años de experiencia tiene trabajando en UCI?• Hábleme de su experiencia desde el momento en que empezó a trabajar con pacientes con diagnóstico de COVID-19.• ¿Qué significado tuvieron sus condiciones laborales en la época de pandemia? Percibió cambios con respecto a las condiciones laborales antes de la pandemia?• ¿Qué percepción tiene de su salud (física, psicosocial, espiritual) en la época de pandemia?• ¿Qué fue lo que sintió en el momento de enfrentar el proceso de enfermedad y muerte de estos pacientes?• ¿Qué percepción tuvo de la labor del profesional de enfermería en comparación con los demás profesionales de salud? ¿Percibió que

enfermería fue el máximo cuidador del paciente?

- Cuénteme, por favor, para usted ¿Qué es la calidad de atención en salud?
- ¿Cómo fue la calidad de la atención de los pacientes durante la época de la pandemia?
- Puede narrarme algún caso donde haya sentido que se presentaron dificultades en la atención en salud de los pacientes.
- ¿Cómo fue la incidencia de eventos adversos relacionados con la seguridad del paciente durante la época de la pandemia?
- ¿Recuerda algún momento en el que haya percibido o sentido que no estaba dándole una atención de calidad a sus pacientes?
- ¿Cómo fueron las relaciones con los familiares de los pacientes y sus compañeros de trabajo?
- ¿Alguna otra cosa que quiera contarme?