

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
CHOTA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE
ENFERMERÍA**



**VIVENCIAS DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA, QUE LABORA
EN EL ÁREA COVID 19. HOSPITAL JOSÉ HERNÁN SOTO
CADENILLAS - CHOTA, 2021**

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

AUTORA

BACH. SAUCEDO LINARES MARY EDITH

ASESORA

DRA. ERLINDA HOLMOS FLORES

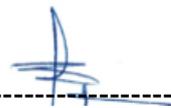
CHOTA – PERÚ

2022

COMITÉ CIENTÍFICO



Dra. Erlinda Holmos Flores
Asesora



Mg. Edwin Barboza Estela
Presidente del Comité Científico



Mg. Ana Leydi Diaz Rodrigo
Miembro del Comité Científico



Mg. Nely Esperanza Mundaca
Constantino
Miembro del Comité Científico

AGRADECIMIENTO

A los seres más sublimes y bellos que me ha otorgado Dios: mis padres, por ser ellos testigos de mis esfuerzos, porque me brindan los mejores consejos para seguir luchando por mis ideales.

A la Dra. Erlinda Holmos Flores por su comprensión, estima y guía constante; su apoyo y orientación me ayudó a mejorar y lograr la culminación de este trabajo de investigación.

A las personas que me apoyaron a lo largo de mi vida universitaria: hermano, abuelos, tíos, primos y amistades para alcanzar mis metas trazadas, demostrándome aprecio, cariño, respeto y dándome constantes palabras de aliento.

A mi UNACH, por haberme permitido realizarme en ella, gracias a todas las personas que fueron partícipes de este proceso y que el día de hoy se ve manifestado en la culminación de mi paso por la universidad.

A:

A Nuestro Padre Celestial: Dios, por ser la guía, luz y esperanza en el camino de mi formación profesional, demostrándome que hay un día mejor, por ser tú quien me diste el don de la vida, por brindarme conocimientos, ayuda y fortaleza en una de mi más grande aspiración: SER ENFERMERA, te pido fortalece en mí siempre la vocación de servicio.

A mi familia por haber sido mi apoyo a lo largo de mi carrera universitaria y a lo largo de mi vida quienes con su amor paciencia y esfuerzo me han permitido llegar hoy a cumplir un sueño más, gracias por inculcar en mí el ejemplo de valentía.

Al Mg. Carlos Alberto Tapia Torres (QEPD); por su valiosa orientación que contribuyó a la realización del presente estudio.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

	Pág.
RESUMEN	vii
ABSTRACT	viii
CAPÍTULO I	1
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO II	4
MARCO TEÓRICO	4
2.1. Antecedentes del estudio	4
2.2. Bases conceptuales	6
2.3. Definición de términos básicos	20
CAPÍTULO III	21
MARCO METODOLÓGICO	21
3.1. Ámbito de estudio	21
3.2. Diseño de investigación	21
3.3. Población, muestra y sujetos de estudio	22
3.4. Descripción de la metodología	23
3.5. Interpretación de datos	25
CAPÍTULO IV	26
RESULTADOS	26
Vivencias Intrahospitalarias	26
4.1. Miedo a contagiarse y morir	27
4.2. Desconocimiento del proceso y tratamiento apropiado de la enfermedad	30
4.3. Tristeza frente a la muerte de sus pacientes	33
4.4. Situaciones de ansiedad de los familiares de pacientes con COVID 19	36
4.5. Sobrecarga laboral	38
Vivencias Extrahospitalarias	42
4.6. Miedo de contagiar a su familia	42
4.7. Aflicción por el distanciamiento familiar	45
4.3. Rechazo de personas por ser profesional de salud por pensar que pueden ser portadores de virus	48
CAPÍTULO V	52
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	52
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	54
ANEXOS	62

ÍNDICE DE ABREVIACIONES

ARN:	Ácido Ribonucleico
COVID:	Coronavirus
CNAF:	Cánula Nasal de Alto Flujo
CPAP:	Presión Positiva Continua en la Vía Aérea
CID:	Coagulación Intravascular Diseminada
DM:	Diabetes Mellitus
EPP:	Equipo de Protección Personal
FI02:	Fracción Inspirada de Oxígeno
HRDC:	Hospital Regional Docente de Cajamarca
HJHSC:	Hospital José Hernán Soto Cadenillas
HTA:	Hipertensión Arterial
IRA:	Insuficiencia Respiratoria Aguda
MINSA:	Ministerio de la Salud
MERS:	Síndrome Respiratorio de Oriente Medio
OMS:	Organización mundial de la Salud
OPS:	Organización Panamericana de la Salud
PCR:	Reacción en Cadena de la Polimerasa
PA02:	Presión Parcial de Oxígeno
PCI:	Prevención y Control de Infecciones
rRT-PCR:	Reacción en Cadena de la Polimerasa por Transcripción Inversa en Tiempo Real
SAT02:	Saturación de Oxígeno
SARS:	Síndrome Respiratorio Agudo Severo
SDRA	Síndrome de Dificultad Respiratoria Aguda
SCA:	Síndrome Coronario Agudo
UCI:	Unidad de Cuidados Intensivos
VRS:	Virus Respiratorio Sincitial
VO	Vía Oral

RESUMEN

El estudio consideró como objetivo general, revelar las vivencias del profesional de enfermería, que labora en el área COVID 19, del Hospital José Hernán Soto Cadenillas. Chota 2021. Se ejecutó con ocho profesionales de enfermería nominados por muestreo casos - tipo, realizándose las entrevistas de manera presencial, para lo cual se utilizó un cuestionario semi estructurado de tres preguntas. Es un estudio de enfoque cualitativo de tipo exploratorio con diseño fenomenológico empírico, considerando para el procesamiento de la información el software Atlas ti versión 7.5, obteniendo resultados en dos categorías, Categoría 01: Vivencias intrahospitalarias con subcategorías de miedo a contagiarse y a morir, desconocimiento del proceso y tratamiento apropiado de la enfermedad, tristeza frente a la muerte de sus pacientes, situaciones de ansiedad de los familiares de pacientes con COVID 19 y sobrecarga laboral. Categoría 02: Vivencias extrahospitalarias con subcategorías de miedo de contagiar a su familia, aflicción por el distanciamiento familiar y rechazo de personas por ser profesional de salud por pensar que pueden ser portadores del virus. Se concluye que los profesionales de enfermería que laboran en el área COVID 19 del Hospital José Hernán Soto Cadenillas de Chota, revelan experiencias intrahospitalarias y extrahospitalarias vivenciadas durante la pandemia, las cuales repercutieron y afectaron su salud y/o estado emocional, físico y social.

Palabras clave: Vivencias, Profesional de enfermería, COVID 19

ABSTRACT

The study considered as a general objective, to reveal the experiences of the nursing professional, who works in the COVID 19 area, of the José Hernán Soto Cadenillas Hospital. Chota 2021. It was carried out with eight nursing professionals nominated by case-type sampling, conducting the interviews in person, for which a semi-structured questionnaire of three questions was used. It is a study with a qualitative approach of an exploratory type with an empirical phenomenological design, considering the Atlas ti version 7.5 software for information processing, obtaining results in two categories, Category 01: In-hospital experiences with subcategories of fear of becoming infected and dying, ignorance of the process and appropriate treatment of the disease, sadness in the face of the death of their patients, anxiety situations of the relatives of patients with COVID 19 and work overload. Category 02: Out-of-hospital experiences with subcategories of fear of infecting their family, affliction due to family distance and rejection of people for being a health professional for thinking that they may be carriers of the virus. It is concluded that the nursing professionals who work in the COVID 19 area of the José Hernán Soto Cadenillas Hospital in Chota, reveal in-hospital and out-of-hospital experiences during the pandemic, which had repercussions and affected their health and/or emotional, physical and social state.

Keywords: Experiences, Nursing professional, COVID 19

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

Los brotes epidemiológicos han estado presentes siempre en la historia de la humanidad, que en muchas ocasiones ha desbordado límites convirtiéndose en pandemias [1].

En la actualidad el mundo ha experimentado el surgimiento de una nueva enfermedad llamada COVID 19 o SARS CoV 2. Esta enfermedad es considerada sumamente contagiosa con desenlace mortal [1]. A fines del 2019 en una ciudad al centro de China, se encontró por primera vez esta enfermedad con causa desconocida, días después revelaron que se trataba de un virus con sintomatología considerable que predisponen a padecer afecciones respiratorias que van desde el resfriado común hasta la neumonía grave con síndrome de dificultad respiratoria, shock séptico e insuficiencia multiorgánica [2].

En este contexto de pandemia, los profesionales de enfermería están en primera línea, experimentando distintas vivencias dentro y fuera de su área de trabajo conjuntamente con otros profesionales de la salud, quienes han sacrificado su propio bienestar arriesgándose a infectarse y a morir a causa del virus [3].

En el marco de Latino América, el elevado indicador de contagios en profesionales de salud viene causando gran presión psicológica que va desde un estrés laboral, insomnio hasta el síndrome post traumático [4].

Antes del brote de la pandemia los profesionales de la salud, particularmente los enfermeros tenían acciones y modos diferentes de vida, tanto en lo físico como en lo emocional. A partir del brote de la pandemia, las vivencias de los profesionales de enfermería se vieron cambiadas, en su trabajo, en el hogar y en la sociedad; teniendo así que adaptarse apresuradamente a una nueva realidad.

Las aportaciones de los profesionales de enfermería para mantener y mejorar la salud siempre han sido importantes y más aún en tiempos de crisis sanitarias como lo es la pandemia del COVID 19. Los enfermeros son una pieza clave del sistema de salud; dado a que sin su dedicación, compromiso y sacrificio no se hubiesen salvado muchas vidas.

Antes de la llegada del COVID 19, los profesionales de la salud desarrollaban actividades recreativas sin tener miedo a contagios o riesgos que suponían perder la vida, ahora vemos como estos profesionales, ya no disfrutaban de lugares de esparcimiento, hasta para realizar sus actividades comerciales, se les observa más distantes y con usos de medidas de bioseguridad más extremas (por la misma función o trabajo que desempeñan) que las de las demás personas.

La misma situación viven los profesionales que laboran en el Hospital de Chota, especialmente los del área COVID 19, quienes con la incertidumbre del cómo actuar en su momento, debieron asumir riesgos y prestar servicios, aun sabiendo los riesgos a los que estaban expuestos, de allí que se decide realizar el presente estudio de investigación.

La pregunta orientadora de la investigación fue: ¿Qué vivencias ha experimentado el profesional de enfermería, que labora en el área COVID 19 del Hospital José Hernán Soto Cadenillas – Chota 2021?

Para el desarrollo de la investigación se proyectó los siguientes objetivos: Objetivo general; revelar las vivencias del profesional de enfermería, que labora en el área COVID 19, del Hospital José Hernán Soto Cadenillas. Chota 2021 y objetivos específicos; identificar y describir las vivencias intra laborales experimentado por el profesional de enfermería del área COVID 19, e identificar y describir las vivencias extra laborales del profesional de enfermería, del área COVID 19, del Hospital José Hernán Soto Cadenillas. Chota 2021.

Procesados los discursos de las unidades de análisis se tuvo como resultado dos categorías y ocho subcategorías, las mismas que se exhiben en este orden:

Vivencias intrahospitalarias: miedo a contagiarse y a morir, desconocimiento del proceso y tratamiento apropiado de la enfermedad, tristeza frente a la muerte de sus pacientes, situaciones de ansiedad de los familiares de pacientes con COVID 19 y sobrecarga laboral; vivencias extrahospitalarias: miedo de contagiar a su familia, aflicción por el distanciamiento familiar, rechazo de personas por ser profesional de salud por pensar que pueden ser portadores del virus. Se concluye que: los profesionales de enfermería que laboran en el área COVID 19 del Hospital José Hernán Soto Cadenillas de Chota, revelan experiencias intrahospitalarias y extrahospitalarias vivenciadas durante la pandemia, las cuales repercutieron y afectaron su salud y/o estado emocional, físico y social.

La actual investigación está constituida por los ulteriores capítulos: Capítulo I Introducción, donde se da a conocer la presentación formal del contenido de la tesis; Capítulo II Marco Teórico, donde se encuentra los antecedentes, las bases conceptuales y la definición de términos básicos; Capítulo III Marco Metodológico, acá se menciona el ámbito de estudio, al diseño de la investigación, a la muestra y sujetos del estudio; Capítulo IV Resultados, donde se muestra los resultados después de procesar los discursos de los participantes que se organizaron para obtener las categorías y subcategorías; Capítulo V Conclusiones y Recomendaciones, donde se da respuesta a los objetivos y al propósito investigativo, también se muestran las referencias bibliográficas y anexos.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes del estudio

Balde C, et al. (España, 2021) realizaron el estudio: “Vivencias del personal de enfermería del Hospital San Juan de Dios de Tenerife en tiempos de COVID 19”. Tuvieron como objetivo conocer las vivencias del personal de enfermería. Estudio cualitativo, fenomenológico; con una población de ocho profesionales de enfermería mediante muestreo probabilístico; los resultados obtenidos fueron: miedo a contagiarse y contagiar a su familia, incertidumbre, lo que les generó ansiedad, impotencia, frustración, miedo y tristeza. Concluyeron que la formación constante y la atención psicológica de los profesionales de enfermería es fundamental en una situación de pandemia, ya que en todo este proceso se agudizan los sentimientos y emociones, surgiendo muchas situaciones adversas que pueden dificultar la práctica diaria de su labor [5].

Minchala R, et al. (Ecuador, 2020) realizaron la investigación: “Vivencias y emociones del personal de enfermería con pacientes COVID 19. Cuenca – Ecuador, 2020”. Tuvieron como objetivo explorar las vivencias y emociones del profesional de enfermería. Estudio cualitativo, exploratorio; constituyendo su población un total de 12 enfermeras mediante muestreo no probabilístico; cuyos resultados obtenidos fueron: se presentan reacciones negativas como miedo e incertidumbre. Concluyen que el COVID 19 es una enfermedad altamente contagiosa de persona a persona, en la atención por el personal de enfermería se presenta situaciones negativas de miedo al contagio [6].

Periz A, et al. (España, 2020) realizaron el estudio: “Experiencias de vida y soporte percibido por las enfermeras de las unidades de hemodiálisis hospitalaria durante la pandemia de COVID 19 en España”. Tuvieron como objetivo profundizar en el conocimiento sobre las experiencias de vida y el soporte percibido por las enfermeras/os que atendieron a pacientes con COVID 19; estudio cualitativo, fenomenológico, incluyó diez profesionales de enfermería; los resultados obtenidos fueron que a inicios las enfermeras estaban muy confundidas por una nueva situación, la amenaza para la salud,

riesgo al que podían poner a sus familiares por estar atendiendo a pacientes con COVID 19 y sobrecarga de trabajo conduciendo a emociones negativas como el miedo, la ansiedad y la impotencia. Se concluyó que sus vivencias de las enfermeras fueron provocadas por el desconocimiento, por no saber actuar adecuadamente y por el miedo al contagio [3].

Luego de revisar íntegramente la literatura en el ámbito nacional, regional y local, no se logró encontrar antecedentes relacionados al tema estudiado, visto que es un tema nuevo, que últimamente viene aturdiendo a la humanidad; por lo tanto, considero de suma importancia realizar la investigación, ya que aportará significativamente información en cuanto a vivencias del profesional de enfermería que labora en un área COVID 19.

2.2. Bases conceptuales

2.2.1. Modelo de adaptación: Sor Callista Roy

Roy plantea un modelo de adaptación para responder positivamente a los cambios en el entorno. Este modelo encierra tres tipos de estímulos: Focal, contextual y residual; dichos estímulos abren subsistemas de control y resolución de problemas; subsistemas regulatorios adaptativos reflejados en modos fisiológicos y subsistemas cognitivos adaptativos involucrados en el pensamiento.

Roy describió a la adaptación como el proceso y el resultado positivo, por lo cual las personas tienen la capacidad de sentir y pensar; es decir que el ser humano se adapta a situaciones y aprenden con el tiempo.

Los procesos de afrontamiento son conductas obtenidas ante los cambios que ocurren en nuestro alrededor, por lo que utilizamos mecanismos innatos (procesos inmediatos que no se piensan) y mecanismos adquiridos (surgen de experiencias vividas) [7].

Este modelo está enfocado en personalizar a la persona para un propósito específico. Contempla que los seres humanos son sistemas adaptativos holísticos y están en el centro de la atención. La adaptación fomenta la supervivencia, el crecimiento, la reproducción, el dominio y la transformación de las personas y del entorno [7].

El modelo está directamente relacionado con la investigación ya que se aproxima a las vivencias intrahospitalarias y extrahospitalarias donde se desenvuelve el profesional de enfermería.

2.2.2. COVID - 19

A. Definición

A este nuevo virus se denominó coronavirus tipo 2 del síndrome respiratorio agudo severo (SARS CoV 2). En marzo de 2020, la OMS declaró pandemia el brote de la COVID 19. El COVID 19, es una infección respiratoria aguda que se trasmite rápidamente de persona a persona por contacto directo o secreciones respiratorias, causa síntomas como fiebre, tos, problemas para respirar, pérdida del gusto y el olfato entre otros. Entre sus complicaciones están, insuficiencia respiratoria, shock séptico, disfunción multiorgánica, sepsis, y posteriormente la muerte [8].

Los coronavirus están envueltos en ácido ribonucleico (ARN) de sentido positivo no segmentado que pertenecen a la familia Coronaviridae y al orden Nidovirales, estos están muy extendidos en humanos y otros mamíferos, dando lugar a varias afecciones que van desde un resfriado hasta la muerte [9].

B. Etiología y mecanismo de transmisión

Los coronavirus causaron dos epidemias que se podían transmitir entre animales y humanos, el SARS CoV originó el síndrome respiratorio agudo severo el 2002 y el MERS CoV provocó el síndrome respiratorio de Medio Oriente el 2012 [10].

Por lo regular los coronavirus comienzan a multiplicarse en las células epiteliales de las vías respiratorias inferiores y con menor frecuencia en células de vías respiratorias superiores; por ello que el contagio ocurre de paciente con sintomatología significativa [9].

Autoridades sanitarias de China, describen tres rutas principales de transmisión del COVID 19: 1) transmisión por gotitas, 2) transmisión por contacto y 3) transmisión por aerosoles [11].

Se han informado infecciones por gotitas cuando personas cercanas ingieren o inhalan gotitas respiratorias (por ejemplo, cuando una persona enferma tose o estornuda). Las infecciones por contacto pueden ocurrir cuando la persona palpa un área u objeto contaminado con el virus para después tocarse la boca, fosas nasales y ojos. La propagación de aerosoles podría ocurrir al mezclarse gotitas respiratorias con aire, causando infecciones al inhalar altas dosis en los pulmones en lugares cerrados [11].

Estudios han demostrado que el aparato digestivo es una ruta de transmisión viable para la infección por COVID 19. Debido a que los pacientes tenían síntomas de malestares abdominales y diarrea, los investigadores analizaron cuatro conjuntos de transcriptomas unicelulares digestivos y encontraron que la enzima convertidora de angiotensina 2 (ECA-2) está fuertemente expresado con enterocitos absorbentes del íleon y el colon [11].

El periodo medio de incubación es de 5 a 6 días, y el periodo latente es de 14 días después de la exposición. El virus se detecta en las vías respiratorias superiores de 1 a 3 días antes de aparecer los síntomas [12].

La duración promedio desde que inicia hasta que termina los síntomas es de dos semanas en casos leves y de treinta y seis semanas para casos graves o críticos; instalándose la hipoxemia en una semana y produciéndose la defunción entre la segunda y octava semana [13].

C. Fisiopatología

El SARS-Cov-2 ingresa por las vías respiratorias hasta los alveolos pulmonares mediante la ventilación. La infección y multiplicación de los virus generan secreción de citocinas y quimiocinas por células inmunes y endoteliales, induciendo el aumento de permeabilidad vascular y respuesta inflamatoria. Iniciando los primeros síntomas de

esta patología (fiebre, dolor muscular, cansancio físico y tos). Al no conseguirse lidiar con la infección, ésta se fija en los alveolos comprometiendo al intercambio gaseoso y el aumento de mediadores inflamatorios, conllevando a una respuesta inmunológica exagerada nombrada “tormenta de citocinas” [14].

La activación del endotelio vascular por reacciones sistémicas e infecciones virales activa la cascada de la coagulación, lo que dan como resultado la formación de micro trombos en los capilares de varios órganos, que junto a la vasodilatación ocasiona falla multiorgánica para posteriormente desencadenar la muerte [14].

D. Clasificación clínica de la enfermedad del coronavirus

Caso asintomático: Personas con COVID 19 diagnosticadas por prueba de amplificación de ácido nucleico (PCR) o prueba de antígeno, pero que no tienen sintomatología [15].

Caso presintomático: Caso sintomático que desarrollan síntomas más adelante [15].

Caso leve: Persona con fiebre, tos, dolor de garganta, malestar general, cefalea, dolor muscular, náuseas, vómitos, diarrea, pérdida del gusto y del olfato pero que no presentan disnea o alguna radiografía de tórax anormal [15].

Caso moderado: Personas que muestran evidencias de enfermedad de las vías respiratorias inferiores durante evaluación clínica o en las imágenes radiológicas y que tienen una saturación de oxígeno (SatO₂) \geq 94% [15].

Caso severo: Persona con SatO₂ \leq 93%, presión parcial de oxígeno/fracción inspiratoria de oxígeno (PaO₂/FiO₂) \leq 300 mmHg, frecuencia respiratoria $>$ 30 respiraciones/minuto, compromiso

pulmonar > 50%, SatO₂/FiO₂ < 310 - 460, trabajo respiratorio ≥ 2 o síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA) Tipo L [15].

Caso Crítico: Personas que tienen insuficiencia respiratoria, shock séptico, disfunción multiorgánica, sepsis, SDRA moderado o severo, SDRA tipo H, necesidad de ventilación mecánica invasiva, necesidad de terapia vasopresora y/o falla a la cánula nasal de alto flujo (CNAF)/ presión positiva continua en la vía aérea (CPAP) o sistema artesanal de ser el caso [15].

La OMS en China informa signos y síntomas más frecuentes de 55,924 casos: fiebre con un índice de (87,9%), tos seca (67,7%), disminución de la fuerza muscular (38,1%), expectoración (33,4%), dificultad respiratoria (18,6%), dolor en la parte posterior de la faringe (13,9%), cefalea (13,6%), dolor de músculos y articulaciones (14,8%), escalofríos (11,4%), náuseas y vómitos (5%), rinorrea (4,8%), diarrea (3,7%), hemoptisis (0,9%) y quemosis (0,8%) [13].

Asimismo, se ha detallado otras sintomatologías en diferentes órganos y sistemas:

Neurológicos: vértigos, alteración de la conciencia, accidente cerebrovascular, ataxia, epilepsia y en menor frecuencia neuralgia [10]. Si el paciente tiene confusión o deterioro de la conciencia sin tener antecedentes médicos se considera como un indicador de COVID 19. En algunos casos del síndrome de Guillain-Barré asociados a COVID 19 se encontró la anosmia como el síntoma más común [13].

Cardiológicos: Síntomas asociados a insuficiencia cardíaca y daño agudo de miocardio, inclusive cuando la persona no tiene fiebre y sintomatología respiratoria. Las lesiones cardíacas de COVID 19 se originan por estimulación del sistema nervioso simpático, inflamación, miocarditis, ausencia de oxígeno debido a lesiones

pulmonares y trombofilia; dando lugar a: arritmias auriculares hasta ventriculares, insuficiencia cardíaca, síndrome coronario agudo y tromboembolismo de pulmones en los pacientes con coronavirus [13].

Oftalmológicos: Pacientes con ojo seco, visión borrosa, sensación de cuerpo extraño y menor frecuencia congestión conjuntival [13].

Otorrinolaringológicos: La sintomatología más común es algia facial, congestión nasal, anosmia y disgeusia [13].

Dermatológicos: Se han visto síntomas diferentes, incluyendo erupción tipo rash en el torso, lesiones de la piel similar a la varicela, lesiones acro-cianóticas en dedos de manos y pies muy parecidas a los sabañones siendo más concurrente en niños y adolescentes [13].

Hematológico: Trastornos trombóticos como ataque cerebrovascular, isquemia miocárdica, muerte repentina, embolia y coágulos profundos en las venas. El sangrado es el más común [13].

E. Pruebas de detección del SARS-CoV-2

1. Pruebas de amplificación de ácidos nucleicos (AAN): Como la reacción en cadena de la polimerasa por transcripción inversa en tiempo real (rRT-PCR), se confirma detectando ARN viral de conductos respiratorios superiores o inferiores. La probabilidad de esta prueba varía entre el 71% y 92%, podría haber falsos negativos, dependiendo del tiempo de la patología [12].

2. Pruebas de diagnóstico rápido basadas en la detección de antígenos: La detección se hace a partir de las proteínas que conforman el virus (proteína S y N), es muy dependiente de la disponibilidad de anticuerpos específicos de cuya calidad dependerá una mayor especificidad y sensibilidad del análisis [12].

3. Pruebas de anticuerpos - Test Serológico: Detectan los anticuerpos producidos por el organismo humano en respuesta a la infección por el SARS-CoV-2, estas pruebas miden los anticuerpos aglutinantes (inmunoglobulinas totales (Ig), IgG, IgM, y/o IgA en distintas composiciones) Los resultados pueden variar dependiendo de la edad y estadio de la enfermedad [12].

F. Vigilancia epidemiológica:

- Contacto directo: Todo sujeto que tiene contacto físico directo con un caso confirmado que desarrollo síntomas, persona que no utiliza las medidas de protección personal para atender a un caso de COVID 19 y con una distancia mínima de un metro [16].
- La cuarentena es un método para evitar que una persona asintomática expuesta a un caso sospechoso o confirmado salga de su hogar o residencia durante 14 días [16].
- El aislamiento hospitalario se realiza cuando una persona que muestra síntomas se mantiene en un área separada de otros pacientes [16].
- El aislamiento en el ámbito comunitario se da cuando una persona con COVID 19 se le restringe desplazamiento fuera de su casa por 14 días [16].

Definiciones de Caso.

- Caso sospechoso: Paciente con IRA, tos y dolor de garganta, además con uno o más de la siguiente sintomatología:
 - Malestar general
 - Fiebre
 - Cefalea
 - Disnea
 - Congestión nasal
 - Ageusia, anosmia

En los pacientes con IRA grave, la fiebre es mayor a 38°C y presentan tos lo cual requiere hospitalización [16].

- Caso probable: Paciente sospechoso de covid19, que ha tenido antecedentes de contacto con un caso confirmado, además de presentar imágenes de tórax con hallazgos radiológicos sugestivos de COVID 19 en radiografías, tomografías, y ecografías pulmonares [16].
- Caso confirmado: Caso sospechoso o probable con confirmación de laboratorio para COVID 19, ya sea por una prueba de RT-PCR, de antígenos o anticuerpos [16].
- Caso descartado: Caso sospechoso de COVID 19 con resultados negativos a laboratorio [16].
- Infección asintomática: Persona no presenta signos / síntomas de COVID 19 con resultado positivo de laboratorio [16].

G. Comorbilidades COVID-19 en distintos grupos de personas

Las personas más vulnerables al COVID 19 son: Las de edad avanzada, ya que están más expuestos a desarrollar enfermedades ocultas o profundas, puesto que la respuesta inmunitaria cambia con el paso de los años [13].

Personas con enfermedades cardiovasculares, hipertensión arterial, diabetes, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, asma, pacientes con cáncer, enfermedad renal crónica, personas con sobrepeso y obesidad visto que en estas patologías existe mayor predisposición a los fenómenos tromboembólicos; pacientes con inmunodepresión, enfermedades crónicas, personas con enfermedades mentales, mujeres embarazadas y neonatos [13].

H. Manejo y tratamiento del COVID 19

Acorde con la normatividad del EsSalud 2021, “Guía de Práctica Clínica para el Manejo del COVID 19”, en la actualidad el manejo inicial para casos leves y moderados es ambulatorio, considerando brindar manejo sintomático a dosis terapéuticas bajas y por periodos breves si fuera necesario; y el manejo para casos severos y críticos es hospitalario, considerando brindar soporte oxigenatorio, valorar riesgo de mortalidad y empeoramiento según escalas, administrar dexametasona 6mg vía oral o endovenosa cada 2 horas por 10 días o hasta el alta; administrar enoxaparina a dosis profiláctica o dosis profiláctica de alto riesgo, de requerirlo [15].

Si la proteína C reactiva es mayor o igual 75mg/L, se sugiere administrar tocilizumab (8 mg/kg), en combinación con corticoides, solo luego de realizar un cuidadoso balance de beneficios y daños. En pacientes con shock, usar una estrategia conservadora de administración de líquidos con cristaloides [15].

En caso de hipoxemia más IRA se inicia oxigenoterapia, si no hay respuesta se prefiere intubar y conectar a un ventilador mecánico, de ser necesario para mejorar la oxigenación en los pacientes se recomienda iniciar ventilación prona y también se sugiere realizar rehabilitación respiratoria para disminuir la debilidad muscular adquirida en UCI [15].

Tratamiento ambulatorio sintomático

En personas con COVID 19 leve o moderado, administrar tratamiento sintomático ambulatorio en dosis mínimas y por periodos breves para el manejo de molestias como: fiebre, dolor de garganta, cefalea (paracetamol 500 mg oral cada 4 a 6 horas o 1gr cada 8 horas, ibuprofeno 400 mg vía oral cada 8 a 12 horas, naproxeno 250 mg VO cada 12 horas), tos seca (jarabe dextrometorfano 5 a 10 mL cada 6 a 8 horas VO según sea necesario), rinorrea (loratadina 10 mg VO cada 24 horas cetirizina 10 mg VO cada 12 horas, clorfenamina 4 mg

VO cada 12 horas), mialgias (paracetamol, ibuprofeno, naproxeno y orfenadrina citrato 100 mg VO cada 12 horas) [15].

El manejo no farmacológico de personas con COVID 19 leve o moderado: en caso de fiebre se aconseja la ingesta de líquidos regularmente (no más de 2 litros por día) para evitar la deshidratación. En casos de tos, brindar una adecuada hidratación, ingesta de líquidos tibios o infusiones, probar una cucharadita de miel, cambio de posición, si es posible, a decúbito lateral o sentado con elevación de la cabecera [15].

Para evitar el contagio con COVID 19, se debe tener en cuenta las medidas básicas de prevención como: lavado de manos frecuente con agua y jabón por un mínimo de 20 segundos, cubrirse la boca y nariz con el antebrazo al momento de estornudar o toser, evitar tocarse los ojos, nariz o boca con las manos sucias, mantener distancia mínima de un metro y evitar asistir a lugares concurridos o cerrados, desinfectar superficies o áreas con alcohol, utilizar la mascarilla de manera permanente y correcta, evitar tener contacto directo con el resto de personas, entre otras [15].

2.2.3. Vivencias

Nuestro contexto cambió rápidamente enfrentándonos a una emergencia de salud pública que es la pandemia del COVID 19, el protagonista de nuestras vidas, su rápida propagación de la enfermedad, informaciones erróneas de medios de comunicación y redes sociales vienen perjudicando la salud física como mental de las personas; si bien no todo es nocivo, esta realidad nos da lecciones y reflexiones de vida dando prioridad a lo esencial ya que de un momento al otro puedes perder lo más valioso como es la vida y la familia [17].

Vygotsky (1994), planteó el concepto de vivencia como una unidad que no puede dividirse tanto en el entorno en el que vive la persona como en la que se encuentra, es decir; personalidad y características de la situación [18].

Las vivencias son la unidad que existe entre la apariencia y el interior del hombre. Se vuelven importantes en su fusión dinámica y situacional, se convierten en una experiencia cuando una persona reúne a un grupo de las mismas para comprender "lo que le está pasando", "lo que es importante para él". Se introduce entonces el sentido para expresar la vivencia y la experiencia como elemento de motivación para orientar la acción y así ganar claridad sobre lo que "vale la pena" [18].

Villarroya (2010), señala que vivencia significa experiencia vivida. Sus primordiales características son: se trata de algo subjetivo, se concluye que sucede a nivel personal, y donde el héroe es la persona que recibe este cambio interior, porque tras una vivencia quedara registrada una información para futuro. Esto es algo que la persona lo experimenta por sí mismo [19].

Dilthey (1949), vivencia es la experiencia viva y humana, formándose a partir de la suma de las fuerzas psíquicas. Las ciencias comprensivas se basan entre la experiencia, vivencia y el conocimiento. Donde vivencia se difiere de experiencia, porque constituye el criterio subjetivo

encargado de describir la realidad. Se activa por la resistencia del mundo exterior sobre los movimientos de nuestro cuerpo y a los impulsos de nuestra voluntad y emociones, respondiendo así al surgimiento de realidades de la conciencia. Estos a su vez están sujetos a condiciones históricas, que hacen de la vivencia una experiencia individual de significación colectiva [20].

Gadamer (1999), dice que vivencia es todo lo que se aprendió y vivió por una persona o en un grupo y se expresa a través del conocimiento y las creencias; es decir varias personas pueden experimentar al mismo tiempo una misma realidad, pero, la manera de afrontarlos va a ser diferente lo cual va a depender de su personalidad, experiencias antiguas, la capacidad de reflexión, la situación y su sentido común [20].

Callista Roy, define al término vivencia, como todo lo que sucede con su entorno de la persona, es el conjunto de experiencias en las que vive e influye en su comportamiento. Tras una vivencia queda un conocimiento, una información que va a reforzar sus habilidades para resolver problemas después de otras situaciones similares que puedan volver a ocurrir. Las vivencias dependen de los sentimientos [21].

Las vivencias implican sentimientos, emociones y experiencias. Siendo la experiencia una forma de adquirir conocimientos o habilidades a través de la observación, de la vivencia de eventos o hechos que suceden en la vida; es decir, es todo aquello vivido o que le ha pasado a alguien a lo largo de sus días. Se considera también que la experiencia es el conocimiento interno que una persona tiene de los sucesos en que ha participado [19].

El profesional de enfermería ha visto como la realidad superaba la ficción y a pesar del miedo, la soledad, la tristeza, poniendo en riesgo su seguridad y la de los suyos, incluso con sentimientos de impotencia, rechazo y discriminación han dado lo mejor de sí mismos ante una patología poco conocida, es decir que en su labor expresa lo que

percibe, identificando y contando lo que observa, piensa, siente o realiza en situaciones con los pacientes.

Todo el mundo experimenta emociones positivas y negativas. Estas emociones son un estado afectivo que experimentamos, una respuesta al entorno con cambios orgánicos (fisiológicos y endocrinos) de origen innato, influenciados por la experiencia. Estas emociones son la forma en que nuestro organismo se adapta a nuestro entorno [19].

Las emociones se pueden clasificar en términos generales según como influyen en nuestra conducta, ya sea motivándonos a acercarse o a evadir algo. La humanidad al experimentar emociones implica un conjunto de percepciones, actitudes y creencias sobre el mundo que usamos para evaluar una situación particular [19].

Para provocar una emoción hay que percibir una situación de estímulo y reconocerla como significativa, uno ejemplo es cuando estamos frente a una situación difícil como profesional de enfermería en la atención de personas con COVID 19, llegando a desencadenar emociones como el miedo, tristeza, pena, ira, entre otras [19].

El miedo es una emoción negativa que surge como respuesta a la ocurrencia rápida, intensa e inesperada de una situación que altera nuestros hábitos, generando ansiedad, incertidumbre e inseguridad, lo que conduce a la protección [19].

La ira es una irritación, resentimiento, rabia y enfado muy violento con pérdida del control de sí mismo y con tendencia a la destrucción, ocurre con frustración o pena [19].

El sentimiento es un proceso afectivo superior puesto que es estimulado por distintos procesos como las emociones o los pensamientos, expresando las relaciones entre las necesidades superiores que adquirimos en la sociedad y el entorno [19].

Los sentimientos son más fuertes que las emociones, ya que son los que duran más no llegando a impactar nuestro ser psicobiológico. Los sentimientos expresan la realidad de las relaciones recíprocas del individuo con la sociedad y los demás seres vivos a través de las vivencias. Las actitudes y los sentimientos se divulgan a través de palabras y comportamiento no verbal de una persona [19].

Según Vygotsky, la vivencia afectiva es un estado afectivo emocional profundo y de largo plazo que están directamente relacionado con las necesidades y aspiraciones activas. Esto puede ser consistente con los patrones sociales y refleja el estado de satisfacción del individuo en su relación con el medio [22].

Las vivencias afectivas son sentimientos que remiten a lo que significa el mundo para el hombre, pretenden hallar en el ser humano algo que se sitúa más allá de la razón y que constituye parte fundamental de nuestro ser, porque las vivencias no son algo que tenemos, sino algo que somos, ya que siempre nos involucran y tienen sentido en nuestra vida como parte integral de nuestro existir [23].

2.3. Definición de términos básicos

- **Vivencias**

La noción de vivencia se usa para nombrar a la experiencia que se adquiere a partir de una situación, las vivencias son realidades que una persona vive y que de cierta forma la modifican. Con cada vivencia las personas registran informaciones que les servirá en el futuro cuando afronten contextos semejantes; es así que las vivencias constituyen un aprendizaje [24].

Para la psicología, las vivencias son aquellas experiencias que marcan la personalidad del individuo visto que cada persona reacciona de diferente manera ante un suceso externo, puede existir realidades que para un sujeto resulta de escasa importancia lo cual no se forma como vivencia, mientras que para otras personas esos mismos hechos pueden ser muy relevantes y dejarles huellas [24].

- **Profesional de enfermería**

El profesional de la enfermería es un licenciado que obtiene su título pasado cinco años de estudios universitarios completados con actividades asistenciales en centros hospitalarios. Estos profesionales se dedican principalmente al cuidado de los pacientes, son un apoyo en la actividad asistencial del médico. También cursan estudios de especialización que les permiten desempeñarse en unidades complejas como quirófanos, trauma shock, pediatría, psiquiatría y cuidados intensivos, entre otras [25].

- **COVID 19**

Es la enfermedad causada por el nuevo coronavirus conocido como SARS-CoV-2. Los coronavirus (CoV) son una amplia familia de virus que originan patologías que van desde un resfriado común hasta enfermedades más peligrosas, como él (MERS-CoV) y (SARS-CoV) [10].

La presentación clínica de la infección por SARS-CoV-2 puede variar desde una infección asintomática hasta una patología de índole mortal [12].

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. Ámbito de estudio

El lugar donde se realizó la presente investigación fue en el distrito de Chota que pertenece a la provincia de Chota del departamento de Cajamarca, Perú.

El distrito está ubicado en la parte central de la provincia de Chota, en la región andina norte del Perú. Su capital se encuentra en la meseta de Acunta a 2,388 msnm y a 150 Km al norte de Cajamarca y a 219 Km al este de Chiclayo, Lambayeque. Limita por el Norte con los distritos de Chiguirip y Conchán, por el Oeste con el distrito de Lajas, por el Sur con Bambamarca, distrito y capital de Hualgayoc y por el Este con el distrito de Chalamarca. El territorio del distrito de Chota es de 261,75 km²; esto representa el 6,9% del total provincial (3,795.10 km²) [26].

El escenario donde se recolectó los datos para la investigación fueron los diferentes espacios que los participantes propusieron, estos fueron: El área COVID 19 del Hospital José Hernán Soto Cadenillas y domicilios de algunos participantes.

3.2. Diseño de investigación

El presente estudio es de enfoque cualitativo, porque pretende dar sentido al fenómeno estudiado, de tipo exploratorio porque el problema no está bien definido, puesto que cada ser humano vive las diferentes situaciones de maneras generales y particulares, en este caso, los profesionales de enfermería del área COVID 19, lo revelaron de acuerdo a sus propias vivencias.

El diseño de este estudio es fenomenológico empírico, puesto que logró que los participantes exterioricen las distintas realidades que afrontan en su día a día, tanto en lo laboral como fuera del mismo. Se puede vivir la misma experiencia, pero la forma de afrontarla es diferente [27].

3.3. Población, muestra y sujetos de estudio

La población estuvo conformada por doce profesionales de enfermería que trabajan en el área COVID 19 del Hospital José Hernán Soto Cadenillas en el año 2021 y la muestra conformada por ocho profesionales de enfermería, que trabajan en el área COVID 19 de dicho hospital; esta muestra fue condicionada por saturación de la información, esto se da cuando la investigadora ya no obtiene datos nuevos en sus entrevistas.

El muestreo que se utilizó fue de casos – tipo; puesto que se obtuvo datos específicos y de alta calidad, detallándose en los discursos de los participantes que conformaron el estudio [28].

Criterios de inclusión, son:

- Enfermeros(as) que laboran en el área COVID 19, mayor a seis meses.
- Enfermeros(as) que laboran en el área COVID 19 que acepten participar en la investigación.
- Enfermeros(as) que al momento de la entrevista se encuentren protegidos con las medidas de bioseguridad.
- Enfermeros(as) que viven con su familia en la ciudad de Chota.

Criterios de exclusión, son:

- Enfermeros(as) que laboran en el área COVID 19, en un período de tiempo menor a seis meses.
- Enfermeros(as) que vivan solos.
- Enfermeros(as) que sean mayores a 50 años.
- Enfermeros(as) que no deseen participar en la investigación.

3.4. Descripción de la metodología

3.4.1. Métodos

Técnicas de recolección de datos

Como técnicas utilizadas para la recolección de los datos fueron la entrevista y la observación científica. Teniendo en cuenta que los participantes son quienes conocen sus vivencias y que pueden ser o no muy diferentes al mundo del investigador; es menester del investigador captar todo ello que es cierto, conocido y vivido por el participante [29].

Estrategias de recolección de datos

Las estrategias utilizadas fueron la entrevista presencial, abierta y anónima (la investigadora entrevistó de manera directa a cada participante, no afectó que tan extensas fueron las respuestas visto que debido a éstas surgieron nuevas preguntas que la investigadora realizó) y la observación asistemática (teniendo en cuenta que nos centraríamos en aspectos personales y propios de cada participante).

Previamente a la aplicación del instrumento, las preguntas del cuestionario fueron validadas por prueba piloto, se seleccionó una muestra de dos participantes (profesionales de enfermería) que laboran en el área COVID 19 del Hospital Regional Docente de Cajamarca (HRDC), el objetivo fue validar la comprensión de la redacción de las preguntas, en vista que, si lo comprendieron y no tuvieron ninguna dificultad en contestar a las interrogantes no se hizo ninguna modificación al instrumento de recolección de datos.

Debido a la pandemia del COVID 19, y antes de realizarse la entrevista se tuvo que tomar todas las medidas posibles de bioseguridad como: Desinfección del área donde se realizó la entrevista, la distancia de 1.5 metros al momento de hacer las respectivas preguntas, uso correcto de los equipos de protección personal tanto la investigadora como los participantes.

La entrevista cualitativa se asemeja a una conversación normal, donde debe haber mucho respeto por la intimidad de los entrevistados. La investigadora debe ser sumamente cautelosa recolectando los datos, expresando confianza para que pueda obtener una información más completa [30].

Procedimientos de recolección de datos

Los procedimientos que se utilizaron para la recolección de datos fueron los siguientes:

- Después de haber obtenido el permiso del Hospital José Soto Cadenillas de Chota, (ver anexo 1, 2, y 3); se conversó por llamada telefónica con cada uno de los profesionales de enfermería que laboran en el área COVID 19, y que fueron parte de la muestra, dándoles a conocer los objetivos de la investigación y el uso de los resultados. Aceptada la participación de los profesionales, conjuntamente la investigadora y los participantes de la investigación decidieron el lugar y la fecha de la entrevista.
- Posteriormente se hizo firmar el consentimiento informado, (ver anexo 4) y se llevó a cabo las entrevistas respetando los protocolos y medidas de bioseguridad.

3.4.2. Materiales

Instrumentos de medición

El instrumento de recolección de datos que se utilizó en el estudio fue un cuestionario semi estructurado, constituido por tres preguntas, elaboradas por la investigadora, la misma que estuvo dirigida a recabar toda la información posible acerca de las vivencias que ha tenido el profesional de enfermería en los diferentes contextos que se ha encontrado durante la pandemia del COVID 19 en el año 2021.

El instrumento fue revisado, evaluado y aprobado por la asesora de la tesis, para luego ser validado mediante una prueba piloto con dos profesionales de enfermería del área COVID 19 del HRDC; el motivo de realizar la prueba piloto, fue comprobar la comprensión de la redacción de las preguntas formuladas en el instrumento.

En el proceso de la recolección de datos, también se utilizó la grabadora de un celular y una bitácora.

Recursos materiales, humanos y financieros

- Los recursos materiales que se utilizaron en la investigación fueron: grabadora de un celular, la bitácora, equipo de protección personal (mandilón, mascarilla, protector facial, alcohol en gel), materiales de escritorio (libretas, fólder, papel bond tamaño A4, lapiceros, tìpex, resaltador de textos, engrapador, perforador, memoria USB, memoria SD).
- Los recursos humanos que se utilizaron en la investigación fueron: la investigadora, profesionales de enfermería y personal de apoyo (manejo de equipos).
- La investigación fue autofinanciada en su totalidad por la investigadora.

3.5. Interpretación de datos

Una vez terminada la recolección de la información, esta fue sometida al procesamiento e interpretación de datos de manera manual (libreta de anotaciones) y digital (Software Excel), para luego hacerse el traspaso de todos los datos al procesador Atlas ti. v 7.5, obteniendo así las respectivas categorías y subcategorías.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

Una vez recopilada y descifrada la información se obtuvo dos categorías y ocho subcategorías, donde se da a conocer las vivencias del profesional de enfermería que labora en el área COVID 19 del Hospital José Hernán Soto Cadenillas de Chota. Los participantes del estudio fueron dos varones y seis mujeres profesionales de enfermería de dicho hospital; cuyos resultados a continuación se detalla:

Vivencias intrahospitalarias

Subcategoría: Miedo a contagiarse y a morir.

Subcategoría: Desconocimiento del proceso y tratamiento apropiado de la enfermedad.

Subcategoría: Tristeza frente a la muerte de sus pacientes.

Subcategoría: Situaciones de ansiedad de los familiares de pacientes con COVID 19.

Subcategoría: Sobrecarga laboral.

Vivencias extrahospitalarias

Subcategoría: Miedo de contagiar a su familia.

Subcategoría: Aflicción por el distanciamiento familiar.

Subcategoría: Rechazo de personas por ser profesional de salud por pensar que pueden ser portadores del virus.

Vivencias intrahospitalarias

Las vivencias son el resultado de las experiencias, andanzas y sucesos que han experimentado cada ser humano; las vivencias dependerán de la manera como se perciba y afronte cada situación. Las vivencias del profesional de enfermería que labora en el área COVID 19 del hospital JHSC de Chota, antes de la pandemia del coronavirus eran habituales, rutinarias y ahora se han visto modificadas, ya que esta nueva enfermedad tiene un contexto desconcertante y desconocido, repercutiendo de manera significativa en sus vidas; dado que han tenido que adaptarse apresuradamente a situaciones poco conocidas en su ámbito laboral.

Subcategoría: Miedo a contagiarse y a morir

Esta subcategoría manifiesta el miedo de los profesionales de enfermería a contagiarse y a morir por trabajar en ambientes del área COVID 19, debido a que están en constante contacto con el paciente son más susceptibles a contraer el virus, en relación con el resto del personal que están en otras áreas. Los profesionales de enfermería del área COVID 19 del hospital JHSC de Chota en sus discursos manifestaron lo siguiente:

*El miedo siempre lo tengo presente, todos los días decía:
Me iré a enfermar, iré a morir, veía compañeros que han
muerto... decía seguiré yo, ¡uy! (P1)*

*Mi situación al principio fue complicada por el miedo o
temor a contagiarme y más cuando veía personas morir
todos los días. (P2)*

*Enfrentarse con esta situación ha sido muy difícil y triste,
pensaba que si yo me enfermo voy a salir y si veía que mis
pacientes mueren la siguiente enfermera que podría morir
sería yo, se siente mucho miedo. (P3)*

Trabajar en el área COVID es una experiencia muy peligrosa, ansiosa por las muertes que se ha visto y el riesgo o miedo a contagiarse. (P4)

Tenía mucho miedo, tensión, como trabajaba con pacientes COVID el riesgo a contagiarme. (P5)

Mucho miedo a contagiarme, los pacientes llegaban muy complicados al área, la mayoría de veces por automedicarse. (P6)

Al inicio sentía temor, no quería comer y tampoco iba al baño por miedo a contagiarme. (P7)

Me dio 2 veces el COVID y contagié a toda mi familia, me sentía desesperado, tenía mucho miedo a morir, era desagradable. (P8)

Bajo este enfoque de análisis, el miedo es un resultado emocional del complejo amigdalino localizado en el centro del cerebro. Cuando recibimos algún tipo de información ya sea auditiva o visual, es la amígdala quien regula las emociones y es quien pone en alerta al ser humano en alguna situación amenazante [31].

Cuando una persona siente miedo, libera noradrenalina; lo cual provoca cambios fisiológicos (sudoración, palpitaciones, hipertensión arterial, frecuencia cardiaca alterada, músculos tensos, producción de adrenalina, etc.), expresiones faciales (alegría, tristeza y enojo) y sentimientos subjetivos [31].

Los trances de seguridad sanitaria habitualmente generan estrés e incluso pánico en el personal de salud, al sentir miedo a adquirir o contagiarse con la enfermedad y morir a consecuencia de la infección, visto que están en constante contacto con el paciente [31].

El miedo a morir es un sentimiento de desagrado, originado por la idea de un peligro inminente [32]. La muerte siempre muestra connotaciones desagradables, puesto que se asocia con la tristeza, el dolor, la pérdida y el final. El ser humano genera una extensa gama de emociones y actitudes cuando toma conciencia de su propia mortalidad, enfatizado la ansiedad, el miedo y depresión [33].

La ansiedad integra una etapa de tensión anticipatoria, surge ante el conocimiento de un peligro inminente que tiene su origen en un elemento desconocido o inconcreto, manifestándose con inquietud, intranquilidad, e inseguridad [33].

En un relato de una enfermera en Brasil manifestó: “Tenemos miedo de infectarnos e incluso de morir”, “Vemos gente muriendo todo el tiempo”, cada vez que escuchamos la noticia de que un colega ha muerto, nos rompe el corazón y nos hace pensar, que puedo ser yo la siguiente... [34].

También otra enfermera reveló, que la gran mayoría de profesionales de enfermería han dejado de tomar agua, esto para evitar ir al baño y así evitar contagiarse con el virus mientras se quitan los equipos de protección [34].

El coronavirus ha sido arrollador para el profesional de enfermería del hospital JHSC de Chota, visto que son ellos los que están en primera línea ante esta enfermedad. El miedo al COVID 19 y los cambios en su forma de vida influyeron en sus vivencias que ellos mismos relatan, es decir, ellos sacrificaban su propio bienestar (necesidades fisiológicas como el de alimentarse, beber agua, evitar ir al baño, descansar e incluso dolor físico, entre otras), todo esto por laborar en un área que predispone muchos riesgos y peligros, teniendo también que afrontar situaciones como el temor, la ansiedad, tensión, desesperación y el miedo a contagiarse o morir a causa del virus. En este caso su miedo crecía cuando el número de pacientes y de muertos se incrementaban.

Resultados similares se evidencia con los obtenidos en la investigación de Minchala R, et al donde una participante manifestó nerviosismo, palabras entrecortadas, lágrimas en los ojos, manos temblorosas, por el miedo al contagio. Otra enfermera refirió que sienten mucho miedo puesto que todos los días llegan enfermos a su servicio y en UCI todos los días hay muertes, el equipo de protección parece asfixiarles, no salen a realizar sus necesidades porque el tiempo les gana [6].

Subcategoría: Desconocimiento del proceso y tratamiento apropiado de la enfermedad

En esta subcategoría, los profesionales de enfermería en sus discursos de vivencias, dieron a conocer como enfrentaron una situación desconocida, cambiante y desconcertante que generaba confusión, frustración, temor e incertidumbre ya que no existían muchos estudios científicos con resultados sobre el proceso y tratamiento adecuado y oportuno para hacer frente a la enfermedad del COVID 19.

No poder hacer nada para poder ayudarlos a los pacientes, porque se desconocía este nuevo virus, es una nueva etapa para la humanidad que se vino dando porque nadie estaba preparado para esto. (P1)

Desconocimiento de la enfermedad tanto del personal como de los pacientes y los familiares, nosotros no conocíamos como actuar frente al COVID 19, era colocarme guante tras guante, mascarillas tras mascarilla, no sabía si ya lo tocaba al paciente con la mano pensaba que me iba a contagiar, no tenía nada claro sobre la enfermedad, es diferente lo que sabes o te dicen teóricamente a la práctica que vives. (P2)

Primeramente, miedo porque no conocía la enfermedad, me cubría todo el cuerpo para evitar contagiarme, era muy complicado, me hacía herida las mascarillas. (P3)

Al inicio había deficiencia de medidas de protección, ya después para acostumbrarse era dificultoso, hemos hecho de todo para evitar contagiarse, no había protocolos estandarizados para poder seguir, tenía el rostro herido de las mascarillas, el casco que utilizaba. (P4)

Utilizábamos triple mascarilla, no nos íbamos al baño, no salíamos a comer, miedo a sacarte los guantes y poder contagiarte, no tomaba ni agua, utilizaba pañal para no ir al baño era incomodo porque sudaba. (P5)

Al inicio venia un positivo nos fumigábamos todo incluso hasta el rostro, me contagié no recuerdo si fue con mis lentes o el casco, no estábamos preparados para recibir la enfermedad. (P6)

Experiencias de aprender como atención del recién nacido, post-operados, cuidados críticos, cirugía, pediatría, gineco, todos con COVID, era deprimente muchas veces no sabíamos cómo actuar ante esta enfermedad. (P7)

Es sentimiento de frustración, ira, porque no se podía hacer nada a veces por falta de equipos, materiales, información, también se va adquiriendo conocimientos empíricos. (P8)

Los profesionales de enfermería en la pandemia vieron incrementado sus esfuerzos para llevar a cabo cada una de sus funciones, por tener que combatir a diario con un ambiente de incertidumbre y de temor por desconocer el modo de actuación del virus, su rápida propagación, su tratamiento y alta tasa de mortalidad [35].

Carleton (2012), precisó el miedo a lo desconocido como “la propensión de una persona a experimentar el miedo causado por la ausencia percibida de información en cualquier nivel de conciencia o punto de procesamiento”. Se

considera al miedo como una emoción adaptativa siempre y cuando sirva para movilizar energía para enfrentar una amenaza real. El miedo libera conductas de seguridad como el lavado de manos que puede atenuar amenazas (la transmisión) pero inconsecuentemente aumentaría el miedo y la ansiedad por la salud, sumándose a un temor ya conocido, como es adquirir infecciones asociadas a la atención en salud, dado que estas representan la mayor causa de morbilidad y mortalidad [32].

Los profesionales de enfermería sentían miedo hacia lo desconocido, ya que sus conocimientos eran escasos ante la enfermedad y sus consecuencias, una de las preocupaciones más grandes fue no saber cómo actuar. A inicios de la pandemia no había nada claro, no había protocolos estandarizados para el manejo de la enfermedad, se sentía mucho la ausencia de equipos y materiales debido a que el hospital no estaba preparado para afrontar al COVID 19.

Era una situación de incertidumbre porque no se sabía lo que iba a pasar y como iba a terminar; el personal de enfermería se sentía impotente y frustrado, debido a que muchas personas fallecían y cada día llegaban al servicio más contagiados, pacientes muy complicados que han recibido medicación en casa, con comorbilidades como la diabetes, hipertensión, pacientes oncológicos, con antecedentes cardiovasculares, pulmonares, inmunodepresión entre otros, y jóvenes que han fallecido a causa de la deficiencia en los tratamientos, equipos, materiales, falta de oxígeno, ventilador mecánico, camas UCI entre otros; población que se creía que por su edad y por no tener afecciones médicas subyacentes podrían superar la enfermedad pero lamentablemente fallecían.

Es ahí cuando el profesional de enfermería que estaba a cargo sentía la impotencia de no saber cómo actuar para ayudar a sus pacientes, hacían de todo, han aplicado conocimientos empíricos y algunas veces les ha funcionado en la práctica, pero muchas veces ha sido imposible predecir quién se deteriorará o no rápidamente. Todo esto les ha causado mucha tristeza ya que querían dar más de ellos, pero no se podía dado que se desconocía el proceso y tratamiento de la enfermedad.

Resultados parecidos a la investigación de Periz A, et al. Indicaron que en las enfermeras han coexistido emociones positivas y negativas. Las vivencias de las enfermeras estuvieron inducidas por el desconocimiento de la enfermedad, por no saber actuar adecuadamente y por la falta de medios de protección. Este contexto nuevo les produjo agotamiento físico, mayor sobrecarga de trabajo y escases de materiales de protección, siendo una amenaza para la salud acarreado emociones negativas como el miedo, la ansiedad y la impotencia [3].

Subcategoría: Tristeza frente a la muerte de sus pacientes

En esta subcategoría se ven evidenciados en los discursos de los participantes la tristeza frente a la muerte de sus pacientes. El profesional de enfermería tiene que lidiar día a día con la muerte, lo cual le produce tristeza, dolor e impotencia.

Ver fallecer muchos pacientes en un día, no es fácil ver fallecer a las personas y no poder hacer nada para poder socorrerles o darles una atención más allá, muchas veces por las limitaciones que había en el servicio. (P1)

El ver personas que hayan muerto en nuestras manos, es doloroso, a veces en el momento de intubación paciente se chocaban y desgraciadamente no podíamos hacer nada, he llorado muchas veces porque jóvenes han fallecido. (P2)

Ver los pacientes que querían vivir y muchas veces no había camas en el hospital de Cajamarca, no teníamos bien implementada la unidad de cuidados intensivos, veíamos como se moría la gente hablando, se aferraban en nuestras manos, decían sálvenos, pero de impotencia no podía hacer nada... en esos momentos muchas veces he llorado con los compañeros de trabajo, es muy doloroso. (P3)

Desesperación por los pacientes, de un momento a otro se ponían críticos, la ansiedad, el estrés empeoraban. Vi fallecer a varios, reanimábamos al paciente en esos minutos de los cuales algunos salían y otros lamentablemente morían. Era triste ver fallecer a varios en un solo turno. (P4)

Hubo demasiados muertos en mi turno me daba mucha pena, me quería morir cuando vi fallecer a un compañero de trabajo.... (P5)

Ver fallecer pacientes en mi turno, me siento trágica, fatal, ¡hubo momentos que los médicos me dijeron ya basta licenciada!, ¡se murió!, no puede hacer nada más!, son experiencias muy feas, dolorosas, deprimentes, pensé en renunciar a mi carrera. (P6)

Cuando están hospitalizados más de un mes uno se acostumbra, se vuelven tu familia y ver que mejoran es una alegría, pero ver que decaen es frustrante, triste, ¡pacientes que decían señorita ayúdeme! me falta el aire por favor, llama a mi hijo, llama a mi familia, muy doloroso. (P7)

En momentos de la intubación, había pacientes que no resistían, hacían paro y fallecían, era momentos desagradables de amargura, frustración, tristeza, debilidad, sentía un nudo en la garganta y presión en el pecho...etc. (P8)

La tristeza es un estado de ánimo negativo, compromete sufrimiento y falta de afectos. Tiene función social y adaptativa, porque favorece a la persona a transmitir hechos como pérdidas o decepciones, beneficiando la meditación, el autoconocimiento y por qué induce al desahogo. Como toda persona que tiene sentimientos se encontró que en sus discursos de los participantes manifiestan

tristeza o se sienten conmovidos al presenciar la muerte de un paciente o algún compañero de trabajo [36].

También se presentó ansiedad, lo cual se considera un estado emocional inmediato y que puede ser modificado con el tiempo, se caracteriza por la mezcla de sentimientos de tensión, opresión y nerviosismo, pensamientos molestos y preocupaciones, junto a cambios fisiológicos [36].

La impotencia es un sentimiento de desesperación, dolor emocional al no poder enmendar una situación o circunstancia desagradable, o de no poder llevar a cabo un propósito, sentimiento o idea. Tal es el caso de gran parte de profesionales de enfermería donde argumentan que sienten intranquilidad, desesperación, impotencia al no poder hacer nada para frenar el proceso de muerte con un mal pronóstico [36].

En las entrevistas los participantes me manifestaron su melancolía, la tristeza que tuvieron que soportar al ver fallecer a sus pacientes, visto que estos lo pasaban muy mal por el mismo proceso de la enfermedad.

El hecho de ser personal de salud, tener vocación por su carrera y tener a cargo personas a su cuidado ha repercutido en su vida, porque cada enfermero trata a su paciente como si fuera su familiar y al presenciar su muerte les ha causado una serie de emociones como tristeza, frustración, dolor, desesperación e impotencia enorme cuando ellos decaían o se complicaban de un momento a otro; jóvenes que se veía que se aferraban a la vida, diciendo ¡sálvenos por favor!, pacientes que entraban a paro y no sobresalían, y aún más cuando veían fallecer a muchos pacientes en un solo turno siendo algunos de ellos amigos, compañeros de trabajo o familiares.

Con estas vivencias los participantes enfrento pensamientos como: Ya no quiero ser más enfermera, renuncio a todo, ¡me quiero morir...! ¡Ayúdanos DIOS mío! entre otros; lo que desencadeno sentimientos de impotencia, llanto incontrolado, dolor en el pecho, nudo en la garganta, etc.

Resultados análogos al estudio, fueron obtenidos por García B, et al. En su investigación encuentran que sentimientos como la tristeza, ansiedad y la angustia son los que más se manifiestan ante la muerte, puesto que el proceso de fallecer forja este sentir sin importar edad, sexo o la relación del paciente con el profesional que está a su cuidado [5].

Subcategoría: Situaciones de ansiedad de los familiares de pacientes con COVID 19

En esta subcategoría los profesionales de enfermería dieron a conocer las situaciones de ansiedad y tristeza que percibieron en los familiares de pacientes con COVID 19, cuando interactuaban para brindar información sobre el estado de salud de su familiar enfermo.

Ellos estaban muy pendientes de sus familiares, preguntaban a cada instante y eso nos desconcentraba.
(P1)

Algunos familiares de pacientes que han fallecido nos han gritado, nos han dicho que lo hemos matado; incluso nos han traído la prensa, la ronda, con palos vinieron a sacar su muerto... (P2)

Sin conocer el trabajo que se realiza hablan muy mal del hospital, un día me gritaron diciendo, que a nosotros nos pagan por cada muerto y que los enfermeros se reparten el dinero. (P3)

Un padre de familia al enterarse de la muerte de su hijo se hecho al piso llorar, se cogía la cabeza. (P4)

Algunos familiares nos querían pegar, otros que nos gritaban, decían mi paciente estaba bien cómo es posible... Otros familiares perturbaban nuestra tranquilidad tirando objetos de la calle hacia las ventanas. (P5)

Algunos familiares pedían la alta voluntaria de sus pacientes ya que se necesitaban medicamentos que el SIS no lo cubría, ellos se sentían tristes porque no tenían los recursos para cubrir esos gastos. (P6)

Escuchar el dolor de una familia, no hay palabras que uno pueda calmar su angustia, es una encrucijada... También habido familiares que cuando salíamos a informarles sobre sus pacientes, nos grababan y eran muy conflictivos. (P7)

Darle la noticia al familiar que su persona querida ha muerto, muy difícil, no sabíamos cómo iban a reaccionar y más cuando ya el hospital no permitía que lleven al fallecido. El reporte no se daba oportunamente por la demanda de pacientes, la familia esperando ahí era una problemática (P8)

El sólo hecho de tener hospitalizado a un familiar genera un estado de ansiedad, desesperación y angustia en la familia; esta situación se complica cuando el estado de salud del paciente se agrava o se pone aún más crítica con posibilidades de fallecimiento [37].

La respuesta inmediata ante el conocimiento de una enfermedad mortal de un ser querido es la conmoción seguido del aturdimiento y la desconfianza; en un intervalo de tiempo puede percibirse la realidad presentando una carga emocional de llanto, rabia y dolor; esto hace que la familia entre a un periodo de negación que permite mantener el control y la estabilidad emocional; para posteriormente surgir la ansiedad, el miedo, sentimientos de desprotección e inutilidad y de manera especial la rabia; estas emociones y sentimientos se manifiestan en forma de protestas, quejas frecuentes de malos tratos, desinterés, descuido, demandas excesivas o franca hostilidad que en mayor parte van contra el personal de salud [38].

Bernat (2008), indica que la familia debe considerarse un componente terapéutico en el cuidado. Puesto que contribuyen a aliviar el sufrimiento y acompañar en el proceso de muerte del paciente [38].

Worden (2009), considera que la familia tiene necesidades con el paciente, como participar en el cuidado, pasar más tiempo con él, de privacidad e intimidad para el contacto físico y emocional, brindando esperanza, apoyo espiritual, etc.; como también de ventilar emociones (tristeza, desconsuelo, rabia, temores entre otros). En conclusión, la familia debe ser escuchada, que sus sentimientos sean validados, comprendidos y su expresión aceptada [38].

La espera de los familiares de pacientes con COVID 19 en el Hospital José Soto Cadenillas de Chota se torna larga, dramática y tensa; padres, madres, hijos pasan largas horas en busca de algún tipo de información de sus pacientes. En tiempos de coronavirus por bioseguridad se restringen las visitas por el mismo hecho que es una enfermedad contagiosa, el familiar al no tener contacto físico y al no saber de la evolución de su ser querido experimenta situaciones angustiantes como la ansiedad, impotencia, arrepentimiento, dolor, entre otras emociones y conductas que muchas veces van contra el profesional de salud.

Se tiene en cuenta que cada situación que se vive y la manera de afrontarla es diferente en cada persona, hay personas que toman con calma y aceptan la realidad, como otras que generan controversias en las distintas situaciones que se encuentran.

Subcategoría: Sobrecarga laboral

En esta subcategoría, los profesionales de enfermería vieron multiplicados sus esfuerzos y percibieron sobrecarga laboral, y esto se evidenció en los discursos de los participantes.

El personal no se abastecía con tantos pacientes en estado crítico, era muy cansado. (P1)

Hubo días que llovía y tenía que estar toda la noche mojado porque no había el equipamiento, la estructura. No hubo pruebas COVID cinco días, atendíamos a pacientes en emergencia positivos y negativos...; no nos alcanzaba el tiempo, pacientes llegaban y llegaban, realizar procedimientos, hacer trámites era muy cansado. (P2)

Cuando incrementó los pacientes al inicio del mes de mayo hemos llegado a tener más de 18 pacientes y he trabajado sola. Era complicado, cansado y triste...(P3)

Cuando se acumulaba más de 30 pacientes el personal de salud no salíamos ni almorzar, solo pasábamos dando tratamiento, desesperante y nos ha dejado muchas huellas...(P4)

Era algo de locos había una enfermera para 32 pacientes, no nos alcanzábamos, se terminaba rápido el oxígeno teníamos que llamar a que cambien, teníamos que estar supervisando todas las 12 horas y las noches mucho más...(P5)

Me sentía muy cansada, agotada, había muchas cosas que hacer...preocupaba bastante porque cada día se incrementaban los contagiados. (P6)

Estrés, angustia, sobrecarga de trabajo por el exceso de pacientes y la mayoría críticos. (P7)

Fue muy preocupante, estresante, por la demanda de trabajo que había, hacer recetas, tratamientos, y tantas cosas. Pacientes COVID graves lo cual requería de esfuerzo físico y mental para sacarlo

*adelante y eso cansa. No teníamos tiempo ni para
almorzar. (P8)*

La sobrecarga laboral se identifica por tener un intenso y constante esfuerzo físico y mental ocurrido en la interacción trabajador-puesto; implicando una interacción entre las exigencias del trabajo y las capacidades de la persona para cumplir sus funciones [39].

En el tiempo de mayor requerimiento laboral por parte de los trabajadores sanitarios, incluido enfermería en todos los niveles de atención de salud, con especial énfasis a los profesionales que atarearon en las unidades críticas estuvieron expuestos a jornadas de trabajo altamente solicitantes y sólo los que asimilaban sus reacciones emocionales pudieron mantenerse óptimos para el desempeño de sus funciones y a situaciones de estrés. Enfermería es una profesión expuesta a altos niveles de estrés incluso con efectos negativos en su salud, repercutiendo en el ámbito asistencial [35].

Resultados similares al estudio de Periz A, et al. Donde indicaron que las enfermeras sentían cansancio y agotamiento por largas horas de trabajo. A la escases de personal se tuvo que hacer crecer las relaciones con los pacientes para lograr atender más pacientes fuera de las habitaciones, esto causo incomodidad en el personal ya que el tiempo que tuvieron que permanecer con los pacientes fue mucho mayor, originándoles cansancio y estrés [3].

Barradas y Col (2018), manifiestan que el estrés es un período de ansiedad que toda persona posee, donde nuestro organismo reacciona dependiendo de la situación en que se encuentra, los resultados se manifiestan en la salud física, mental y el rendimiento laboral de la persona [40].

El Ministerio de salud del Perú (2020), considera que en el escenario del trabajo se define estrés laboral, a la respuesta psicológica y corporal que se suscita como resultado al desbalance entre la presión laboral y recursos, capacidades personales que posee el trabajador para desarrollar su labor [40].

El estrés laboral prolongado provoca reacciones psicológicas como la ansiedad que puede generar (impotencia, frustración e incluso culpa, tristeza o miedo), reacciones conductuales (puede provocar aislamiento, llanto, problemas de cuidado personal, etc.), reacciones cognitivas (pensamientos confusos o conflictivos, dificultad para concentrarse, recordar, tomar decisiones, etc.) y reacciones físicas (síntomas como rigidez torácica, sudoración, que van desde cefaleas hasta mareos, o dolores musculares hasta agotamiento físico, etc.) [40].

El profesional de enfermería siempre ha estado sujeto a una sobrecarga laboral en tiempos de pandemias, ésta se origina cuando están sometidos o forzados en la realización de una serie de responsabilidades y actividades donde el tiempo asignado para la ejecución de éstas excede el tiempo máximo de trabajo y se realiza fuera del horario laboral. La demanda del tiempo, escasas de personal, meses trabajando sin descanso, lidiando con el incremento de pacientes contagiados muy complejos y con las muertes les ha producido una serie de dificultades para su salud tanto física como mental.

El profesional de enfermería del área COVID 19 del hospital de Chota, a inicios de la pandemia enfrentó diversas dificultades como la falta de materiales, infraestructura y el equipamiento de su área, etc. Esto hizo también que se sintieran preocupados, angustiados, desesperados y estresados, dado que acarreaban una serie de funciones, actividades y responsabilidades que se tenían que ejecutar como parte de su labor profesional.

Categoría 02: Vivencias extrahospitalarias

Las vivencias experimentadas por los profesionales de enfermería fuera del área de trabajo impactan en cada una de sus actividades cotidianas y su estado emocional de cada uno de ellos.

Subcategoría: Miedo de contagiar a su familia

En la presente subcategoría los profesionales de enfermería expresaron el miedo de contagiar a su familia con el virus del COVID 19, puesto que laboran en un área que predispone a muchos peligros y contagios. Esta información es revelada en los discursos de las unidades de análisis, que se precisan a continuación.

Valorar más la vida de tus seres queridos, sentía mucho miedo a contagiarlos. (P1)

Mi situación al principio fue complicada, tenía miedo de contagiar a mis familiares, tengo mi abuelo mayorcito, tenía que hacerme de mil maravillas para llegar a mi casa. (P2)

Un familiar cercano me contagió, toda mi familia estaba contagiada, era desesperante... pero gracias a Dios evolucionamos favorablemente porque siempre tuve esperanza, no perdí la fe. (P3)

Restricción con mi familia porque había niños, sentía miedo a contagiarlos, me daba mucha pena porque siempre cuando llegaba a casa me recibían con un abrazo y un beso... (P4)

Llegaba a mi casa dejaba mis zapatos en la entrada de la portada, dejaba mi ropa, me bañaba, veía a mi familia todo estéril supuestamente, porque tengo un hijo menor de edad, no me sacaba la mascarilla en mi casa, hasta para

dormir lo utilizaba, un tiempo dormía en mi cuarto aparte por el miedo de contagiar a mi familia. (P5)

Pensaba que iba a contagiarle a mi mamá por ser adulta mayor, es hipertensa, cuando le cogía sus llaves o algún objeto, me daba mucho miedo contagiarles a todos. (P6)

Miedo y tristeza a contagiarles a mis hijos, mi esposo. (P7)

Haberle contagiado a toda mi familia, mi papá estaba hospitalizado 15 días en COVID, era preocupante, me sentía culpable si le pasaba algo más. (P8)

Trabajar en un área que predispone a llevar el virus a casa resulta muy agobiante y preocupante para los profesionales de enfermería del área COVID 19 de hospital de Chota, las probabilidades de contagiarse y de contagiar a su familia son altas, el virus es más agresivo y más desestabilizador cada día, existen situaciones que inmutan a los profesionales de enfermería, pero no les paraliza, viven una situación sin precedentes donde se mezcla la tristeza con la alegría en cada momento de sus vidas.

La preocupación por la salud propia y la de sus familiares es alarmante, como toda persona tienen la necesidad de abrazar, besar a sus seres queridos, darles cariño y todo tipo de afecto principalmente a sus hijos, pareja y personas cercanas en su entorno sin sentir ningún temor de contagio; pero en tiempos de pandemia ha sido difícil mantener un apego directo con sus familiares, ya que son los profesionales de enfermería los más vulnerables de llevar el virus a casa.

Es por ello que el autocuidado en bioseguridad es esencial para sus vidas y para proteger a su entorno. Si ellos no se cuidan y se contagian, cabe la posibilidad de transmitir el virus sus familiares, lo cual les generaría un sentimiento de culpa y quedaría por siempre grabado en sus vidas, sintiéndose responsables de los contagios e incluso de la muerte de algún familiar.

En un relato una enfermera comparte que es madre de tres hijos, dice que a diario va a trabajar con temor: “el mayor miedo que se experimenta en esto es ir a trabajar, luego llegar a tu casa y contagiar a tu familia [41].

También resultados similares fueron encontrados en la investigación de Periz A, et al. Indicaron las preocupaciones de las enfermeras sobre el riesgo al que podían poner a sus familiares por estar atendiendo a pacientes enfermos por COVID 19. Especialmente destacables son aquellas enfermeras con mayores a su cargo o con niños menores en la familia [3].

Quienes están en la primera línea de acción ante esta pandemia y por ende en constante peligro de contagio de la enfermedad han sufrido un cambio abismal de la noche a la mañana, donde requiere actitudes y modificaciones en el hábito de la vida cotidiana para saber cómo proceder al volver a sus domicilios y de esa manera evitar su propio contagio y el del resto de familiares que conviven con ellos. Ha desaparecido el saludo ferviente y entusiasta del hijo pequeño al verle llegar al padre o la madre, este virus ha obligado al profesional de salud a llegar a la casa a escondidas, en silencio, a despojarse de toda su pertenencia, para luego avanzar [42].

Entre algunas de las recomendaciones más significativas para evitar la propagación del virus está evadir el contacto físico con personas vulnerables, tal es el caso de aquellos que tienes más de 65 años, con comorbilidades, pacientes oncológicos, gestantes, niños menores de 2 años entre otros; siempre conservar las medidas de bioseguridad como el lavado de manos, uso de las mascarillas, uso de antisépticos, evitar el intercambio de artículos de uso personal como el celular o compartir alimentos y bebidas, conservar la distancia, mantener siempre un ambiente ventilado con el fin de que las gotas respiratorias se dispersen y se evaporen, es decir que como trabajador del área COVID 19 tratar de organizarse la vida.

Actitud similar se evidencia en profesionales de enfermería en Paraguay, según relatos de enfermeras de un hospital distrital, que a pesar de aplicar todo el protocolo aún quedan con la incertidumbre de que el virus aún sigue ahí; el miedo

de contagiar al ser querido por trabajar en zonas de riesgo que son los hospitales, se apodera de ellas quedando con paranoia de que pueden ser los responsables de llevar el virus en sus hogares, alejándose de los familiares considerados en grupos de riesgo, especialmente de los padres, ya no abrazos, ni besos, a una distancia prudencial recomendada en todo momento [42].

Los profesionales de enfermería no están exentos de generar actitudes ante esta nueva enfermedad que ha paralizado el mundo; el COVID 19 ha cambiado el modo de vivir de las personas y cuando la vida de los familiares en el hogar se encuentra en riesgo a causa del contacto del profesional de enfermería con los pacientes, pudiendo cualquiera que haya sido atendido por ellos sea portador de esa enfermedad se convierte en un motivo de incertidumbre y paranoia para el enfermero/a, entonces es cuando las actitudes del mismo son temas que preocupan a la salud mental del profesional [42].

Subcategoría: Aflicción por el distanciamiento familiar

En esta subcategoría para los profesionales de enfermería, sin duda, uno de los grandes sacrificios que realizan en esta pandemia es tener que separarse de las personas que aman, evidenciado por los discursos de las unidades de análisis detallados a continuación.

El valorar el día a día, porque muchas veces cuando no había esto nos postergábamos las cosas para después, pero con la realidad de hoy aprendes a vivir el día a día, estar más en unión con tu familia o con las personas que te rodean. (P1)

Lo que más ha marcado en mi vida ha sido el distanciamiento familiar, me ha dolido no poder estar junto a las personas que haya querido tenerlo en ese momento. Lloraba, era difícil porque tenía que sacarme la prueba para ir a verlos. (P2)

No podía realizar las actividades en familia como acostumbrábamos, estaba pendiente de todo, porque tengo niños pequeños. (P3)

Restricción con mi familia, yo me quede solita en mi casa, ellos se fueron a casa de campo de mis papás, me sentía sola, triste. (P4)

No he viajado a visitarlos a mis papás ni mis abuelitos por el miedo a contagiarles, solo les llamaba por teléfono; es triste no estar con la familia. (P5)

Me separé en mi habitación aparte, mi hijito dormía con su papá, no podía hacer nada con ellos, se siente muy feo, nunca me quitaba la mascarilla quirúrgica ni para dormir. (P6)

...Hice mis ambientes separados, me comunicaba por videollamada con mi pareja y mis hijos. (P7)

Me alquilé un cuarto para cuando salía del hospital, me desinfectaba, después me iba a mi casa. Sentía mucho temor porque era una enfermedad muy complicada. (P8)

El distanciamiento familiar ocurre cuando se corta el contacto entre los miembros de la familia. Puede durar largos períodos de tiempo o atravesar ciclos en los que hay una comunicación y reconciliación intermitentes. Los miembros de la familia que están separados tienen diferentes experiencias ya que algunos pueden sentirse libres o en paz, mientras que otros pueden sentirse aislados y agravados. Los días festivos pueden ser particularmente desafiantes si ya no tiene un lugar para celebrar o si experimenta la ausencia de un miembro de la familia. El distanciamiento puede afectar su vida social, porque ahora ya no suele

hacer actividades que antes hacia como por ejemplo compartir con la familia, hacer deporte, reuniones, etc. El distanciamiento familiar puede ser complejo y doloroso [43].

La pandemia conllevó a cambios en los estilos de vida de los participantes, ellos muestran que son muy unidos a sus familiares y en los momentos del separarse o distanciarse les ha causado una gran aflicción psicológica. Un abrazo, un beso, unas palabras de aliento, es lo que todos necesitamos a cada momento y mucho más cuando existe peligros que atenta a la familia, desafortunadamente el virus ha hecho que el profesional de enfermería adopte medidas más drásticas, lo que ha provocado que se sientas solos y tristes; pero todo esto tuvieron que aventajarlo siendo una de sus responsabilidades proteger la vida de sus familiares.

El distanciamiento familiar ha dejado secuelas en los sentimientos y estados de ánimo de los participantes, visto que no solo se refiere a los kilómetros que los separan sino también al alejamiento emocional y físico de todas aquellas personas que están presente en su día a día.

En una narración de dos enfermeras en la ciudad de México, una de ellas comparte en la entrevista manifestó que tuvo la decisión de dejar su casa y alejarse de su familia por varios días. “Tengo pavor a contagiarme y contagiar a mi familia”, mientras que la segunda manifestó: “Ya me aislé de mi familia, ya me despedí de ellos; mis padres son mayores de edad, tengo familia grande que está potencialmente en riesgo, entonces lo más sano es que yo tenga mínimo contacto con ellos” [41].

“Estoy completamente aislada de mi familia, yo no tengo contacto con ellos más que con los videos y las llamadas que hacemos, yo procuro no acercármeles porque el miedo y el temor que tengo de contagiarlos es demasiado y asumiendo que ya yo lo tengo, que ya tuve suficiente como para contagiarlos a ellos”, explicó una enfermera en un enlace vía Skype para un medio informativo de Estados Unidos [44].

Mientras a nivel mundial se destaca el gran aporte del profesional de enfermería, existe una realidad sobre la actitud de los mismos en sus hogares, tal es así que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha publicado un relato de dos enfermeros de práctica avanzada desde el frente de la pandemia COVID 19 en sala de emergencias de los hospitales comunitarios en los Estados Unidos, ellos han compartido sus experiencias manifestando lo siguiente “Volvemos a nuestros hogares y a nuestras familias, siempre manteniendo la distancia física durante el trayecto. Nos preguntamos si el coronavirus nos acompaña en la ropa o en la piel. Llegamos a la casa y limpiamos la suela de los zapatos con cloro, nos cambiamos de ropa, antes de abrazar a nuestros hijos, nos lavamos las manos, sin recordar cuántas veces lo hemos hecho hoy y con la piel seca y agrietada” [45].

Subcategoría: Rechazo de personas por ser profesional de salud por pensar que pueden ser portadores del virus

Uno de los retos a superar por parte de los participantes, fue el rechazo de personas por ser profesional de salud y por pensar que son portadores del COVID 19; siento ésta una de las situaciones negativas que tuvieron que lidiar con la ciudadanía fuera de su área de trabajo como por ejemplo en la calle, en el mercado, en lugares públicos, tiendas, etc. demostrado por los discursos de las unidades de análisis precisados a continuación.

Sentimos mucho la discriminación por parte de la población porque muchas veces nos cerraron la puerta otras veces nos insultaron, nos tiraron agua, el decir lárgate, nos vas a contagiar, ustedes nos matan...(P1)

Recuerdo que me botaron de mi cuarto, el dueño de la casa donde vivía había pegado un papel en la puerta diciendo que desaloje mi cuarto por estar trabajando en el hospital. Mis vecinos ni me hablaban. Salía de turno, todo cerrado, tocaba comer lo que había. (P2)

Nos veían como gente rara, todos querían estar lejos. 6 pm era toque de queda, la policía me cuadraba. Iba al mercado la gente no me quería vender, se daba la vuelta. (P3)

Desilusiona escuchar que nos llaman el COVID..., acá en el hospital no nos dejaban entrar a áreas limpias, la sociedad nos daba la espalda. (P4)

Una persona cercana me dijo no puedes venir a vernos... tengo un taller de mecánica los clientes me decían usted está trabajando en el hospital no se acerque a nosotros, no vengas a comprar a mi tienda. (P5)

La ciudadanía me veía con el uniforme y se cambiaban a la otra vereda o de lejitos, en el mercado me decía coja de ahí y déjelo la platita acá era miedo de la población. (P6)

Tenía una señora que cuidaba mis hijos, me dejó, no me querían apoyar, se sentía el rechazo por parte de la ciudadanía por trabajar en el hospital, también a mis hijos les rechazaban sus amistades, no me alquilaron el piso de una casa por ser enfermera. (P7)

En su inicio cuando me veían con el uniforme la gente se alejaba, me miraban como bicho raro, en el mercado la gente no me quería vender, me ignoraban; mis hermanos tienen una tiendita y la gente dejó de comprar, en los restaurantes la gente se separaba o se salían. (P8)

Los profesionales de enfermería no solo enfrentan batallas en el hospital, sino que también se enfrentan a una guerra con el miedo irracional y la ignorancia de muchas personas, ya que en medio de la pandemia por el COVID 19 se ha generado una ola de desinformación sobre esta enfermedad, lo que ha originado

constantemente actos de rechazo y discriminación. La ciudadanía debería generar una empatía activa y no estigmatizar a este grupo, ya que son ellos los que hacen todo lo humanamente posible para desarrollar su trabajo, arriesgando su vida para salvar otras.

Periz A, et al. (2020), en su investigación encontró que algunas de las participantes sintieron rechazos puntuales, sintiendo una amenaza para su salud, incluso en algún momento llegaron a sentirse discriminadas. Se sintieron indignados por la falta de civismo de muchas personas que no cumplían con las recomendaciones de las autoridades sanitarias, esto condujo a una gran cantidad de emociones negativas como fueron el miedo y la ansiedad [3].

En países como México las enfermeras fueron el punto de agresión y discriminación por parte de la ciudadanía durante el pico de pandemia; “No esperaba que me aplaudieran como lo hacen en otros países a los enfermeros, pero mucho menos quería que se me tratara como la peste”, dice una enfermera [41].

También otra profesional de enfermera en un discurso manifestó. “que se sienten muy inseguras, porque somos vistas como un medio peligroso para la sociedad, y otras profesionales de enfermería denunciaron que en tiendas de primera necesidad y centros comerciales han sido rechazadas o han presentado incidentes donde ciudadanos las molestan e incluso las discriminan, como también que sufrieron agresiones por parte de choferes de taxis y camiones, quienes se niegan a darles el servicio por temor a ser contagiados del COVID 19 [41].

Del mismo modo en un artículo de Brasil mencionan que el personal de enfermería se enfrenta a problemas propios de salud, violencia por parte de pacientes y familiares, logrando tener impactos negativos en la salud psicológica del trabajador [46].

Resultados similares se encontraron en el estudio de Sánchez J, et al. Donde concluyen alta incidencia de agresión contra el personal de enfermería durante

la pandemia; transitar por la calle y usar el transporte público favorecen la agresión y la discriminación. El personal de la salud, por definición, está expuesto al virus en su actividad vital y no debe ser estigmatizado por ello [47].

La mezcla del miedo y la desinformación de algunas personas sobre la evidencia científica y dinámica de este virus hace que estas personas tomen reacciones muy adversas dando lugar a un estigma social; esta realidad ha traído consigo incidentes de discriminación en las calles, en el transporte público, en los mercados y hasta en sus propios lugares de residencia y trabajo; se ha sentido el rechazo social o sentir que las personas las evitan con el pensamiento por estereotipo que son objeto de contagio e incluso se ha observado agresiones físicas, verbales y psicológicas, lo cual ha venido afectando la salud mental y el bienestar de los profesionales de distintas ramas de la salud [48].

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

Según los resultados encontrados se concluye que:

- ✓ Los profesionales de enfermería que laboran en el área COVID 19 del Hospital José Hernán Soto Cadenillas de Chota, revelan experiencias intrahospitalarias y extrahospitalarias vivenciadas durante la pandemia, las cuales repercutieron y afectaron su salud y/o estado físico, emocional y social.

- ✓ Las vivencias intrahospitalarias de los profesionales de enfermería son: el miedo a contagiarse y a morir, el desconocimiento del proceso y tratamiento apropiado de la enfermedad, la tristeza frente a la muerte de sus pacientes, situaciones de ansiedad de los familiares de pacientes con COVID 19 y la sobrecarga laboral.

- ✓ Las vivencias extrahospitalarias de los profesionales de enfermería son: el miedo de contagiar a su familia, la aflicción por el distanciamiento familiar y el rechazo de algunas personas por su condición de ser profesional de salud y por pensar que pueden ser portadores del virus.

RECOMENDACIONES

Se recomienda a partir de la ejecución del estudio:

- ✓ A los directivos de la Universidad Nacional Autónoma de Chota; implementar la elaboración de trabajos de investigación de profesionales de la salud inmersos en la atención de pacientes incluyendo nuevas variables de estudio y así tener una comprensión de la problemática en una mayor dimensión.
- ✓ A los representantes de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional Autónoma de Chota, a través de la unidad de investigación, realicen trabajos de innovación relacionado a experiencias COVID 19, y también se sugiere agreguen una línea de investigación sobre Experiencias del Cuidado Enfermero en tiempo de Pandemia.
- ✓ Al equipo de gestión del Hospital José Hernán Soto Cadenillas de Chota; seguir fortaleciendo la capacitación en el profesional de enfermería en forma continua sobre los protocolos de bioseguridad en la COVID 19, mediante charlas, sesiones educativas presenciales y virtuales; incluyendo la posibilidad de apoyo psicológico y asegurando la distribución equitativa de la carga de trabajo entre los trabajadores.
- ✓ A los profesionales de enfermería del Hospital José Hernán Soto Cadenillas de Chota; mantener siempre la vocación de servicio y velar por el cumplimiento del Código Deontológico de Enfermería.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- [1] Marquina R, Jaramillo L. El covid-19: Cuarentena y su impacto psicológico en la población de Perú. SciELO Preprints [Internet]. 2020 [consultado 28 de agosto 2020]; [3]. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.452>
- [2] Ministerio de Sanidad. Manejo en urgencias del COVID-19 [Internet]. España; 2020 [consultado 18 julio 2020]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Manejo_urgencias_pacientes_con_COVID-19.pdf
- [3] Andreu D, Ochando A, Limón E. Experiencias de vida y soporte percibido por las enfermeras de las unidades de hemodiálisis hospitalaria durante la pandemia de COVID- 19 en España. Enferm Nefrol [Internet]. 2020 [consultado 18 de sep 2020]; 23(2): 148-159. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842020000200004&lng=es. Epub 03-Ago 2020.
- [4] Pol. Con. 2020; Dic 5(12) Análisis de la bioseguridad frente la pandemia covid-19 y el impacto psicológico en profesionales de enfermería. [Consultado 17 de marzo de 2020]; (53) pp. 29-38, ISSN: 2550 - 682X Espín-Arguello. Disponible en: <https://polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es/article/view/2029>
- [5] Balde C, Del Barrio P, Diaz D, Curbelo M, Moreno A. Vivencias del personal de enfermería del Hospital San Juan de Dios de Tenerife en tiempos de Covid-19. Rev cultura de los cuidados [internet]. 2021 [consultado 25 de noviembre 2021]. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10045/116763>
- [6] Minchala R, Estrella M, Prieto E. Vivencias y emociones del personal de enfermería con pacientes Covid-19. Revista médica [Internet]. 2020 [consultado 18 de octubre 2020]. Disponible en: <https://revistamedica.com/vivencias-emociones-enfermeria-covid-19/#materiales-y-metodos> 09/09/2020

- [7] Raile M, Marriner A. Modelos y teorías en enfermería. 6ta ed. España: Elsevier; 2011 [consultado 10 de noviembre de 2020]. Disponible en: <https://books.google.es/books?id=FLEszO8XGTUC&printsec=frontcover#v=onepage&q&f=false>
- [8] Maguiña C, Gastelo R, Tequen A. El nuevo coronavirus y la pandemia del Covid-19. Rev. Med. Hered. [Internet]. 31jul.2020 [citado 21 nov 2021];31(2):125-31. Disponible en: <https://revistas.upch.edu.pe/index.php/RMH/article/view/3776>
- [9] Palacios Cruz, M et al. "COVID-19, una emergencia de salud pública mundial". Revista clínica española (Barc). Enero de 2021 vol. 221,1 (2021): 55-61. Publicación electrónica del 21 de abril de 2020 PMID: 33998479; PMCID: PMC7173827 Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rceng.2020.03.001>
- [10] Córdova-Aguilar Alberto, Rossani A. Germán. Covid-19: Revisión de la literatura y su impacto en la realidad sanitaria peruana. Rev. Fac. Med. Hum. [Internet]. 2020 jul [citado 2022 Ene 06]; 20(3): 471-477. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2308-05312020000300471&lng=es. <http://dx.doi.org/10.25176/rfmh.v20i3.2984>.
- [11] Adhikari S, Meng S, Wu Y, et al. Epidemiología, causas, manifestación clínica y diagnóstico, prevención y control de la enfermedad por coronavirus (covid-19) durante el período temprano del brote: una revisión de alcance. Infect Dis Poverty 9, 29 (2020). [consultado 5 de agosto 2020]. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s40249-020-00646-x>
- [12] Organización Mundial de la Salud: Pruebas diagnósticas para el SARS-CoV 2. [internet]. Perú; 2020 [consultado 20 septiembre 2021]: Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/335830/WHO-2019-nCoV-laboratory-2020.6-spa.pdf>

- [13] Información Científica-Técnica. Enfermedad por coronavirus, Covid-19. [Internet]. Perú; 2021. [consultado 15 de septiembre 2020]. Disponible en: <https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/ITCoronavirus.pdf>
- [14] Guzmán G, Domínguez A, Álvarez S, Meneses D. COVID-19: Fisiopatología y propuestas terapéuticas en investigación clínica. Revista del centro de investigación de la Universidad la Salle 14 (53), 133-58. 2020. Disponible en: <https://doi.org/10.26457/recein.v14i53.2688>
- [15] Guía de Práctica Clínica. Manejo de covid-19. Instituto de evaluación de tecnologías en salud e investigación – EsSalud [Internet]. Perú; jul 2021 [consultado 15 de febrero de 2022]; 2(41): 471-477. Disponible en: <https://www.coursehero.com/file/99479066/GPC-COVID-19-Version-In-Extensopdf/>
- [16] Ministerio de la Salud. Directiva sanitaria para la vigilancia epidemiológica de la enfermedad por coronavirus (COVID-19) en el Perú. [internet]. 2020 [acceso 20 septiembre 2021]; Disponible en: <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/tools/teleconferencia/2020/SE452020/03.pdf>
- [17] Paniagua E. Vivencia de familiares de personas afectadas por covid-19. [Revista en línea]. 2020 [citado 23 octubre 2020]; 1(1): Disponible en <https://revistascientificas.una.py/index.php/rfenob/article/view/94/94>
- [18] Guzmán C, Saucedo C. Experiencias, vivencias y sentidos en torno a la escuela y a los estudios: Abordajes desde las perspectivas de alumnos y estudiantes. [RMIE en Internet]. 2015 [citado 09 de octubre 2020]; 20(67): [pp.1019-1054]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-66662015000400002&lng=es&tlng=es.

- [19] Calva Y, Campos D. Vivencias del familiar del paciente hospitalizado frente al cuidado de enfermería en el servicio de emergencias del hospital general de Jaén. [Tesis para optar el grado de Segunda Especialidad] [Internet]. Perú: Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo; 2019. [consultado el 25 de octubre 2020]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12893/5235>
- [20] Souza M. Los conceptos estructurantes de la investigación cualitativa. Salud colectiva [Internet]. 2010 [consultado 4 de noviembre 2020]; 6 (3): 251-261 Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=73115348002>
- [21] Cavalcante M, López M, Araujo T. Estudio de la evidencia del concepto de grupo en el Modelo de Adaptación de Roy en Brasil. Cultura de los cuidados [Internet]. 2005 [consultado 19 de enero 2021]. Disponible en: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/1013/1/culturacuidados_17_13.pdf
- [22] Laurencio S, Jiménez E, Sánchez Y. Vivencias afectivas y factores condicionantes en adultos mayores sin relación de pareja. MEDISAN [Internet]. 2017 [consultado 26 de septiembre de 2020]; 21(1): 102-107. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192017000100012&lng=es.
- [23] Mijail M. Vivencias afectivas - expresión de la existencia humana [en línea]. España; 2007. [consultado 15 de noviembre de 2020]. 1ª ed. ensayo. p 280. Disponible en: <https://enred-arte.com/ensayo-/2339-vivencias-afectivas-expresion-de-la-existencia-humana-9789707226678.html>
- [24] Viorato N, Arenas G. Vivencias de enfermeras relacionadas con el ejercicio libre de la profesión, utilizando terapias complementarias. México 2021; [consultado 5 de diciembre 2020]. 10(19): 20-28. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.22201/fesi.23958979e.2021.10.19.76708>
- [25] De Andrade M. Definición de enfermería [Página principal en Internet], Perú; 2009 [acceso 8 de diciembre 2020]. Disponible en: <https://www.definicionabc.com/ciencia/enfermeria.php>

- [26] Municipalidad Provincial de Chota. Ubicación geográfica [Internet]. Chota, Perú; 2019 [consultado 20 de diciembre 2020]. Disponible en: <https://munichota.gob.pe/index.php/ubicacion-geografica>
- [27] Hernández SR, Fernández CC, Baptista LP. Diseños del proceso de investigación cualitativa. En Metodología de la Investigación [Internet]. 6ª ed., pp. 126-169. México: McGraw-Hill / Interamericana Editores, S.A. de C.V.; 2014. [consultado 15 de noviembre de 2020]. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/510782727/Hernandez-Et-Al-Disenos-de-Investigacion-Cualitativa>
- [28] Hernández R, Fernández C, Baptista P. Selección de la muestra. En Metodología de la Investigación [Internet]. 6ta ed. pp. 170-191 México: McGraw-Hill / Interamericana Editores, S.A. de C.V.; 2014 [consultado 15 noviembre de 2020]. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/510782727/Hernandez-Et-Al-Disenos-de-Investigacion-Cualitativa>
- [29] Castillo E, Vásquez M. El rigor metodológico en la investigación cualitativa [libro electrónico]. Colombia Médica: [Internet]. 2003 [consultado 24 de enero 2021]; 34(3):164-167. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/337428163_Criterios_de_Calidad_y_Rigor_en_la_Metodologia_Cualitativa
- [30] Noreña L, Moreno AN, Rojas G, Malpica RD. Aplicabilidad de los criterios de rigor y éticos en la investigación cualitativa. [Internet]. 2012 [consultado 20 de abril 2020]; 12(3): 163-274. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v12n3/v12n3a06>
- [31] Montoya E. Factores asociados al miedo frente al Covid 19 en personal que labora en el centro de atención temporal Covid y el área de triaje del Hospital Goyeneche [tesis licenciatura] [Internet]. Perú: Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa; 2021. [consultado 5 de septiembre 2021]. Disponible en: <http://hdl.handle.net/20.500.12773/12393>

- [32] Valero N, Vélez M, Duran Á, Torres M. Afrontamiento del covid-19: estrés, miedo, ansiedad y depresión? *Enferm Inv.* [Revista en Internet] 2020 [Consultado 5 de septiembre 2020]; 5 (3):63-70. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.02.007>
- [33] Tomas S. Miedo y ansiedad ante la muerte en el contexto de la pandemia de la COVID-19 *Rev Enferm Salud Ment*, ISSN 2385-7021. [Revista en Internet] 2020 [Consultado 5 de septiembre 2020]; 16(26-30). Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/metricas/documentos/ARTREV/7544334>
- [34] Anónimo. Falta de insumos médicos y miedo a contagiarse o morir de coronavirus: el drama que viven los enfermeros brasileños [Internet]. *infobae*. 2020 [citado el 10 de octubre de 2021]. Disponible en: <https://www.infobae.com/america/america-latina/2020/05/19/falta-de-insumos-medicos-y-miedo-a-contagiarse-o-morir-de-coronavirus-el-drama-que-viven-los-enfermeros-brasilenos/>
- [35] Herrera S, Ortega A. Estrés laboral e inteligencia emocional en tiempos de Covid 19 y su repercusión en el cuidado [Tesis de licenciatura] [Internet]. Ecuador: Universidad de Guayaquil Facultad de Ciencias Médicas; [citado el 10 de octubre de 2021]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/54060/1/1631-TESIS-HERRERA-ORTEGA-LIC.TAYCIA%20RAMIREZ.pdf>
- [36] García B, Araujo E, García V, García L. Sentimientos que manifiestan enfermeras a la muerte de su paciente. *Rev horizontes* [Internet]. 2020 [citado el 15 de octubre de 2020]. 5(5). Disponible en: http://web.uaemex.mx/revistahorizontes/docs/revistas/Vol5/5_SENTIMIENTO S.pdf
- [37] Ruelas K, Lazarte M. Vivencias del profesional de enfermería frente al proceso de morir de pacientes de la UCI del hospital Goyeneche, Arequipa [Tesis de licenciatura] [Internet]. Perú: Universidad Nacional de San Agustín de

Arequipa; [citado el 2 de enero de 2022]. Disponible en: <http://190.119.145.154/handle/20.500.12773/12495>

- [38] Achury D, Pinilla M. La comunicación con la familia del paciente que se encuentra al final de la vida. *Enferm. Univ.* [Internet]. 12 de abril de 2018 [citado 17 de diciembre de 2021];13(1). Disponible en: <http://www.revista-enfermeria.unam.mx/ojs/index.php/enfermeriauniversitaria/article/view/107>
- [39] Carranza E, Mamani O, Quinteros D, Farfán R. Preocupación por el contagio de la covid-19 y carga laboral como predictores del malestar psicológico durante la emergencia sanitaria en personal de salud de Perú. *Rev Colomb Psiquiatr (Engl)* [Internet]. 2021 [citado el 11 de enero de 2022]; <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-psiquiatria-379-articulo-preocupacion-por-el-contagio-covid-19-S0034745021001116>
- [40] Mejía M, Melgar M. Estrés laboral en el personal de enfermería ante la situación de pandemia por COVID-19 de hospitalización modular covid-19 del Hospital Regional, Huacho [Tesis de licenciatura] [Internet]. Perú: Universidad César Vallejo; [citado el 16 noviembre de 2021]. Disponible en: https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/64800/Mej%c3%ada_SMS-Melgar_LMJ-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- [41] Gándara S. Las enfermeras, heroínas ante el covid-19 y que arriesgan hasta a los suyos, son blanco de ataques [Página principal en internet], México: Sin embargo.mx; 2020 [actualizada en abril de 2020; acceso noviembre de 2021]. <https://www.sinembargo.mx/01-04-2020/3758214>
- [42] Velázquez C, Ruiz O. Actitudes del personal de enfermería en el hogar ante la pandemia covid-19. *Academic Disclosure* [Internet]. 9 de septiembre de 2020 [citado 11 de octubre 2021];1(1):262-7. Disponible en: <https://revistascientificas.una.py/index.php/rfenob/article/view/85>

- [43] Cedillo Andrés. ¿Qué es el distanciamiento familiar? [Internet], Perú: Med Basic; 2021 [actualizada el 15 de diciembre de 2021; citado 18 de diciembre de 2021]. Disponible en: <http://medicinabasica.com/que-es-el-distanciamiento-familiar>
- [44] Un nuevo día. “Todos los días pienso en renunciar”, enfermeras narran el horror que viven a diario [Página principal en Internet], Estados Unidos: Telemundo; 2020 [actualizada en abril de 2020; acceso octubre de 2020]. Disponible en: <https://www.telemundo.com/shows/un-nuevo-dia/familia/todos-los-dias-pienso-en-renunciar-enfermeras-narran-el-horror-que-viven-diario-tmna3738891>
- [45] Organización Panamericana de la Salud. Historias de enfermería en tiempos Covid 19 -relato de dos enfermeros en práctica avanzada desde frente a la pandemia [Internet], Miami: OPS/OMS; 2020. [actualizada en abril 2020; acceso septiembre de 2020]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/historias/enfermeria-tiempos-covid-19-relato-dos-enfermeros-practica-avanzada-desde-frente-pandemia>.
- [46] Barreto F. Vidal J. Moreira R. Oliveira A. Repercusiones de la pandemia covid-19 en violencia laboral institucional a profesionales de enfermería. SciELO Preprints [Publicación periódica en línea], Brasil: 2020 [Consultado 17 noviembre de 2021]; Disponible en: <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.934>
- [47] Sánchez J, et al. Estado emocional y psicológico del personal de enfermería agredido durante la pandemia de covid-19 en Latinoamérica [Internet], Rev Colomb Psiquiat. 2021. [Consultado 20 noviembre de 2021]; Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2021.08.006>
- [48] Bedoya C. Covid-19: La pandemia del maltrato contra el personal de la salud en tiempos de pandemia. Interdiscip J Epidemiol Pub Health [Internet]. Colombia; 2020 [citado 06 de diciembre de 2021]; 3(1): e-6276. Disponible en: <https://revistas.unilibre.edu.co/index.php/iJEPH/article/view/6276>

ANEXOS

Anexo 1. Plan metodológico para recolección de datos

ASPECTOS METODOLÓGICOS PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN Y CUMPLIMIENTO DE MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD

I. DATOS INFORMATIVOS:

- ✓ TITULO DE ESTUDIO: Vivencias del Profesional de Enfermería, que labora en el Área Covid-19. Hospital José Hernán Soto Cadenillas - Chota, 2021.
- ✓ DIRIGIDO A : Profesionales de Enfermería, del Área COVID
- ✓ INVESTIGADORA : Bach. Enf. Saucedo Linares Mary Edith
- ✓ ASESORA : Dra. Erlinda Holmos Flores

II. RECURSOS:

A. HUMANOS.

- Investigadora
- Asistente de investigadora (manejo de equipos)
- Profesional de enfermería

B. MATERIALES.

- Equipo de grabación de audio y video
- Bitácora
- Equipo de protección personal

III. FINANCIAMIENTO

Autofinanciado por la investigadora

IV. METODOLOGÍA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La recolección de datos de la presente investigación utilizará como técnica la entrevista dirigida a los profesionales de enfermería que laboran en el área COVID 19, y teniendo en cuenta el contexto de pandemia, la investigadora para la realización de las entrevistas considerará diferentes

espacios abiertos dentro de los ambientes del HJHSC, domicilios de los participantes o algún otro lugar de elección de los sujetos del estudio.

La investigadora y su asistente portarán los equipos de protección personal (EPP), tales como: Mascarillas N95, protector facial, mandilón), al igual que se portará alcohol en gel. De igual modo será un requisito indispensable que los profesionales de enfermería porten de igual manera los EPP.

Para iniciar con la recolección de datos, la investigadora contará con la relación de profesionales de enfermería que trabajan en el área COVID, para luego buscar contactar a cada uno de ellos, a quienes se les explicará el propósito y los objetivos de la investigación; así como también el uso de los resultados. Aceptada la participación de los profesionales, se coordinará el lugar, fecha y hora de la realización de la entrevista; considerando como requisito para ello el uso de los EPP en la investigadora, asistente y profesional de enfermería. Previo a la entrevista, el profesional de enfermería firmará el formato de consentimiento informado, dando su consentimiento y aceptando que ha sido informado respecto a la investigación y de su libertad en su participación. Al momento de realizar la entrevista, también se tendrá en cuenta el distanciamiento mínimo de 1.5 metros entre investigadora y participante.

El proceso y el tiempo de la entrevista se detalla a continuación:

FASES	ESTRATEGIAS	MÉTODOS	TIEMPO
INICIO	La muestra está conformada con un aproximado de 8 a 10 enfermeros(as), a quienes se dará a conocer la presentación, objetivos, justificación de la investigación.	Técnica: Entrevista Instrumento: Cuestionario	5min
PROCESO	El Tipo de muestra: casos tipo la entrevista será anónima, el cuestionario constará de dos preguntas abiertas: - Cuéntenos ¿Cómo son sus experiencias vividas en el área COVID? - Cuéntenos ¿Cómo son sus experiencias vividas al salir de sus turnos del área COVID? En caso no presencial se solicitará el número telefónico para llamarle al personal de enfermería que apoyará en el estudio, y se solicitará el tiempo disponible para realizar dicha entrevista.	Escenario de estudio se dará en diferentes espacios que los participantes propongan, dentro de estos está: ambientes del HJHSC, domicilios de los participantes o lugar que elijan los mismos. Diseño de investigación: cualitativo, de tipo exploratorio Diseño de estudio: fenomenológico empírico	40min
SALIDA	Agradecimiento al personal de enfermería por su disponibilidad a participar		5min

Anexo 2. Autorización del Hospital José Hernán Soto Cadenillas para recolección de datos.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE CHOTA
UNIVERSIDAD LICENCIADA CON RESOLUCIÓN N° 160-2018-SUNEDU/CD
COORDINACIÓN DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD



"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"

GRC
GOBIERNO REGIONAL CAJAMARCA

GOBIERNO REGIONAL CAJAMARCA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
DIRECCIÓN SUB REGIONAL DE SALUD - CHOTA
HOSPITAL "JOSÉ HERNÁN SOTO CADENILLAS" - CHOTA

GRC
GOBIERNO REGIONAL CAJAMARCA

"AÑO DEL BICENTENARIO DEL PERÚ: 200 AÑOS DE INDEPENDENCIA"

OFICIO N°135-2021-GR.CAJ-H "JHSC" -CH.JEF.ENF.

Chota, 17 de agosto del 2021

DR.
RICHARD WILLIAMS HERNANDEZ FIESTAS
COORDINADOR DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD.

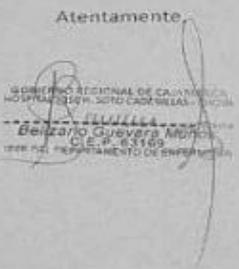
ASUNTO : AUTORIZACIÓN PARA RECOLECCIÓN DE DATOS.

Que la estudiante de enfermería Mary Edith Saucedo Linares identificada con DNI N° 73462668 alumna de la Universidad Nacional Autónoma de Chota, se acepta realizar la recolección de información para su proyecto de tesis "VIVENCIAS DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA QUE LABORA EN EL AREA COVID 19 HOSPITAL JOS4E H. SOTO CADENILLAS, 2020".

Asimismo, se le informa que tendrá que utilizar su equipo de protección personal de acuerdo a normatividad vigente.

Por lo expuesto agradezco por anticipado la atención que brinde el presente me despido de usted.

Atentamente,


GOBIERNO REGIONAL DE CAJAMARCA
HOSPITAL JOSÉ H. SOTO CADENILLAS - CHOTA
Beizario Guevara Morúa
C.E.P. 83189
DIRECCIÓN DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

BGM/JDE.
C.c.
Archivo.

Jr. Ezequiel Montoya N° 718 Tel 076-351131 Fax 076-351425 Correo Electrónico hospital-jse-chota@ho.maii.com

Anexo 3. Autorización de la Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional Autónoma de Chota, para la recolección de datos.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE CHOTA
UNIVERSIDAD LICENCIADA CON RESOLUCIÓN N° 160-2018-SUNEDU/CD
COORDINACIÓN DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD



“Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia”

Chota, 25 de agosto de 2021.

CARTA N° 169 – 2021 – FCCSS – UNACH/C.

Señorita:

MARY EDITH SAUCEDO LINARES

Bachiller en Enfermería.

PRESENTE. –

ASUNTO : Autorización para recolección de datos.

REFERENCIA : OFICIO N° 135-2021-GR.CAJ-H “JHSC” -CH.JEF.ENF.

Es grato dirigirme a Usted para expresarle mi más cordial saludo, a la vez hacerle llegar la autorización de recolección de información del Proyecto de Tesis “Vivencias del profesional de enfermería que labora en el área COVID 19. Hospital José Hernán Soto Cadenillas – Chota, 2020”.

Asimismo, se le informa que tendrá que utilizar su equipo de protección personal de acuerdo a la normatividad vigente.

Agradezco anticipadamente a usted por la atención brindada y expreso los sentimientos de mi mayor consideración y estima.

Atentamente;



Dr. RICHARD W. HERNÁNDEZ FIESTAS
COORDINADOR DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE CHOTA

C.c

✓ Archivo

RWHF/CFCCSS.
Heiner
CH.2021

Campus Universitario Colpa Matara – Chota

Anexo 4. Consentimiento informado

Consentimiento informado

Título de la investigación:

“Vivencias del profesional de enfermería, que labora en el área COVID 19.
Hospital José Hernán Soto Cadenillas - Chota, 2021”

Objetivo de la investigación:

Conocer las vivencias del profesional de enfermería, que labora en el área COVID 19, del Hospital General José Hernán Soto Cadenillas. Chota 2021.

Yo....., identificado (a) con DNI N°
....., mediante la información dada por la Bachiller en Enfermería Mary Edith Saucedo Linares; acepto brindar la información solicitada por la investigadora de manera personal, teniendo en cuenta de que la información obtenida será confidencial y mi identidad no será revelada.

Chota, de..... del 2021.

Firma

Anexo 5. Instrumentos de recolección de datos



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE CHOTA**
Escuela Académico Profesional de
Enfermería

*“Vivencias del profesional de
enfermería, que labora en el área
COVID 19. Hospital José Hernán
Soto Cadenillas - Chota, 2021”*

CUESTIONARIO

INSTRUCCIONES: El presente cuestionario es anónimo y será utilizado solo para fines de investigación científica. Se le ruega sea sincero(a) en sus respuestas. Muchas gracias por su participación.

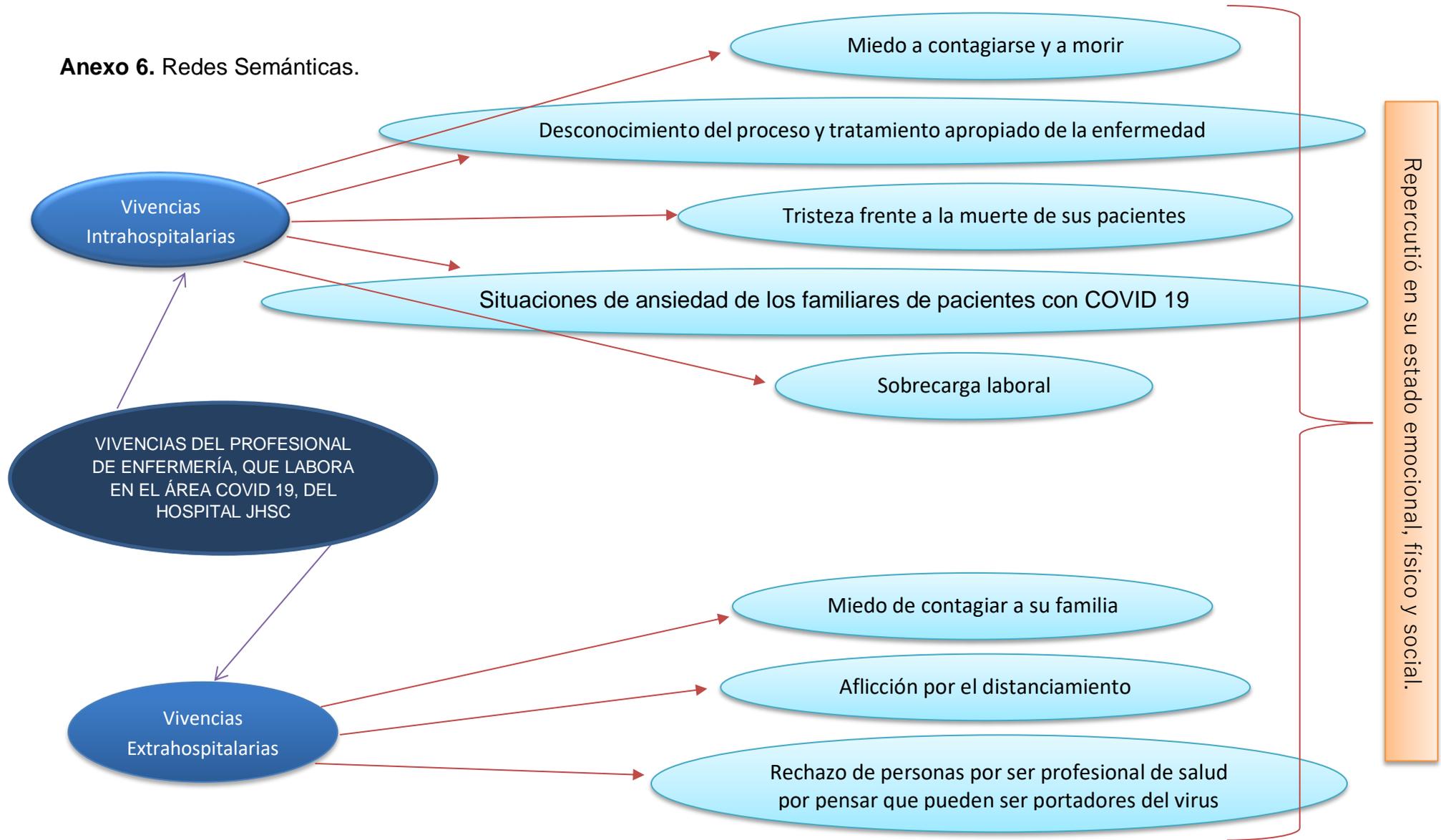
I. DATOS GENERALES

1. **Edad**.....
2. **Sexo**.....
3. **Tiempo de servicio en el área COVID-19**

II. Vivencias del personal de enfermería del área COVID:

1. ¿Qué vivencias ha experimentado usted durante el tiempo de sus labores en el área COVID?
2. ¿Qué vivencias ha experimentado usted como enfermero (a) del área COVID en espacios diferentes a su área de trabajo?
3. ¿Cuáles son las repercusiones en su vida, la experiencia de trabajar como profesional de enfermería en el área COVID del Hospital José Hernán Soto Cadenillas – Chota?

Anexo 6. Redes Semánticas.



Anexo 7. Caracterización de los participantes.

Caracterización de los participantes

N.º de Participante	Edad (años)	Género	Tiempo de servicio
1	31	F	10 meses
2	32	M	18 meses
3	37	F	14 meses
4	35	F	13 meses
5	30	F	11 meses
6	30	F	18 meses
7	36	F	12 meses
8	32	M	13 meses