



Facultad de
Ciencias Médicas



UNCUYO
UNIVERSIDAD
NACIONAL DE CUYO

ESCUELA DE ENFERMERÍA

CICLO LICENCIATURA EN ENFERMERIA

CURSO: TALLER DE PRODUCCIÓN DE TRABAJO FINAL

“ACTITUD DEL PERSONAL SANITARIO EN TIEMPOS DE PANDEMIA”

Docente Titular: Lic. Jorge MICHEL.

J.T.P.: Lic. Ana Inés FERNÁNDEZ.

Lic. Estela FRANCO.

Bioq. Marcos GIAL.

Autores:

Alberto CALIZAYA.

Augusto MUÑOZ.

Mendoza, Febrero de 2023.

Advertencia.

“El presente estudio de Investigación es propiedad de la Escuela de Enfermería, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Cuyo, y no puede ser publicado, copiado ni citado, en todo o en parte, sin el previo consentimiento de la citada Escuela o del autor o los autores”.

Agradecimientos.

Queremos agradecer a nuestros familiares y seres queridos, amigos y que estuvieron apoyándonos en todo momento, nos alentaron y fueron nuestro sostén espiritual para que este proyecto se haga realidad.

También queremos agradecer a la Universidad Nacional de Cuyo, por habernos dado la oportunidad de poder acceder a este título de grado, también a los docentes que nos brindaron sus conocimientos para podernos desarrollar profesionalmente.

Este trabajo va dedicado a todos los colegas que ya no están y para aquellos que estando en primera línea, batallan entregando todo y más de lo que un profesional puede dar, ignorando sus miedos, incertidumbres, tristezas, impotencia... Y damos gracias a Dios para que siga protegiéndonos y guiando nuestros pasos hacia nuevos días de esperanza.

Acta de Aprobación.

Presidente: Lic. Patricia TORRES

Vocal 1: Lic. Ana Jesús FERNÁNDEZ

Vocal 2: Lic. Estela FRANCO

Trabajo Aprobado el: 27.1.02.2023

Notas: 10 (diez)

Prólogo.

Las enfermedades siempre han formado parte de la historia de la humanidad. Así, diferentes pandemias han transformado las sociedades en las que aparecieron e influyeron decisivamente en el curso de la historia.

La actual pandemia del COVID-19, que está atravesando la humanidad, está causando estragos en general, nos encontramos ante una crisis sin precedentes, donde se ha expuesto y amplificado, de manera dramática, la presencia de desigualdades e inequidades, una característica ya prominente en el panorama social, económico, ambiental y sanitario.

Por lo tanto, en estos tiempos de COVID-19, donde los cuidados son más necesarios, las que se encuentran en primera línea son las diversas actividades de trabajo sanitario hospitalario, laboratorio, Rx, además de labores médicas y de enfermería. Estas son labores poco reconocidas y muchas veces no visibilizadas, sobre todo en estos momentos de crisis que han agudizado su situación de explotación propia de este sistema.

En este contexto de pandemia, se observa cómo se afecta la actividad del personal sanitario y en especial el de enfermería, como se modifica la conducta, como los condiciona laboral y emocionalmente. Es por esto que el tema elegido para la investigación es "La actitud del personal sanitario en tiempos de pandemia". Donde se pretende determinar cómo afecta la pandemia a los enfermeros de los servicios de área crítica, para así dar sugerencias que favorezcan la salud ocupacional.

Es grato presentar nuestra tesis del Ciclo de Licenciatura de Enfermería de la Universidad Nacional de Cuyo, realizado en el Servicio de Cuidados Críticos del Hospital Italiano, ubicado en el departamento de Guaymallén de la Provincia de Mendoza, año 2020.

ÍNDICE GENERAL.

Advertencia.....	I.
Agradecimientos.....	II.
Acta de Aprobación.....	III.
Prologo.....	IV.
Índice General.	V, VI, VII.

Capítulo I: Planteamiento del problema.	1
- Tema de investigación.	2
- Descripción del problema.	3
- Pregunta de investigación.	5
- Objetivos de estudio.	6
- Justificación de estudio.	7
- Marco teórico:	
• Apartado 1: Actitud y el comportamiento humano.	8
1-1 Actitudes humanas.	9
1-2 Componentes de la actitud.	9
1-3 Formación de las actitudes.	10
1-4 Relación actitud-comportamiento.	11
1-5 La actitud humana ante la emergencia.	11
1-6 El miedo: Modela nuestra psicología.	13
• Apartado 2: Pandemia.....	16
2-1 Pandemia y la historia de la humanidad.	17
2-2 Pandemia: Eje de históricos cambios Sociales y Económicos.	18
2-3 Crisis por coronavirus: Cambio del paradigma Social.	21
2-4 Crisis por corona virus: ¿Y la salud?	22

- **Apartado 3:** Antropotanatología: Antropología de la muerte 25
 - 3-1 Aspecto social y biológico de la muerte. 26
 - 3-2 Actitud ante la muerte. 26
 - 3-3 Perspectiva social y cambios culturales. 27
 - 3-4 Aspectos psicológicos: Duelo, dolor y sufrimiento por la muerte de un ser querido. 27
 - 3-5 La muerte y los procesos de duelo. 28
 - 3-6 La muerte como hecho y construcción social. 28
 - 3-7 Muerte: actitud del personal sanitario. 29
 - 3-8 La muerte en tiempos de pandemia. 31
 - 3-9 Dificultad para elaborar el duelo en el paciente COVID-19. 31
 - 3-10 Protocolo de acompañamiento al final de vida. ... 32
 - 3-11 Mendoza: ... El último adiós.

- **Apartado 4:** Personal sanitario: Actitudes y Cuidados 35
 - 4-1 Introducción. 35
 - 4-2 Contexto actual en la pandemia. 36
 - 4-3 Rol de la enfermería en la pandemia. 37
 - 4-4 Conflicto entre el cuidado del paciente y el Autocuidado. 38
 - 4-5 Exposición del personal sanitario en tiempos de Pandemia. 40
 - 4-6 Como afecta la pandemia al personal sanitario... 41
 - 4-7 Apoyo psicológico al personal sanitario..... 42

- Hipótesis. 45

Capítulo II: Diseño metodológico. 46

- Área de estudio. 47
- Tipo de estudio. 48
- Clasificación. 48
- Población y muestra. 48

- Unidad de análisis.	49
- Dimensión.	49
- Indicadores.	49
- Variables.	49
- Criterios de inclusión y exclusión.	49
- Aspectos éticos - legales.	50
- Técnicas e instrumentos de medición.	50
- Esquema temático de la encuesta.	51
- Análisis de variables.	52
- Análisis, procesamientos y presentación de datos.	53
- Presentación de Tablas y gráficos.	54
 Capítulo III:	76
- Resultados- conclusión	77
- Propuesta.	78
 Apéndice y Anexos	80
- Bibliografía.	81
- Encuesta.	84
- Nota de presentación.	93
- Procesamiento de datos: Tabla de Matriz de Datos.....	97 y 98

INDICE DE TABLAS Y GRAFICOS

TABLA A: Operacionalizació de Variables.	52
TABLA Y GRAFICO 1: Sexo.	54
TABLA Y GRAFICO 2: Formación académica.	55
TABLA Y GRAFICO 3: Experiencia laboral.	56
TABLA Y GRAFICO 4: N° de empleos.	57
TABLA Y GRAFICO 5: Horas semanales de trabajo.	58
TABLA Y GRAFICO 6: Grado de capacitación COVID.	59
TABLA Y GRAFICO 7: Dificultad de comunicación Enf-Pte.	60
TABLA Y GRAFICO 8: Sentimiento del enfermero en la atención.	61
TABLA Y GRAFICO 9: Empatía al dolor de los familiares.	62
TABLA Y GRAFICO 10: Preparación emocional para la atención.	63
TABLA Y GRAFICO 11: Preparación asistencial para la atención.	64
TABLA Y GRAFICO 12: Significado de la muerte.	65
TABLA Y GRAFICO 13: Objetivo del trabajo del Enf.	66
TABLA Y GRAFICO 14: Conocimiento del PFV.	67
TABLA Y GRAFICO 15: Posición frente al PRV.	68
TABLA Y GRAFICO 16: Preocupación del personal sanitario.	69
TABLA Y GRAFICO 17: Sentimiento que provoca la pandemia.	70
TABLA Y GRAFICO 18: Impacto psicológico de la pandemia.	71
TABLA Y GRAFICO 19: Cuidado del personal sanitario.	72
TABLA Y GRAFICO 20: ¿Cambio de nuestra forma de vida?.	73
TABLA Y GRAFICO 21: Sentimiento de apatía de la comunidad.	74
TABLA Y GRAFICO 22: ¿Reciben ayuda psicológica?.	75
TABLA B: Matriz de Datos.	94

CAPITULO I

PLANTEO DEL PROBLEMA

Tema de Investigación.

❖ Actitud del personal sanitario en tiempos de pandemia.

Dado el contexto actual, donde el mundo está siendo azotado por la pandemia del COVID-19, cuyo impacto es absoluto en todo ámbito, económico, político, social, asistencial, etc.

Este nuevo escenario global hace que sea necesario tomar medidas urgentes y evaluar los impactos de estas acciones.

Esta pandemia por la infección del virus COVID-19 ha puesto a prueba y en tensión a todos los sistemas sanitarios. Se está viviendo una situación insólita, con un número elevado de personas afectadas, falta de material de protección y de equipamientos suficientes para atender a los pacientes y con riesgos de desabastecimientos. A su vez, se debe añadir, además, el poco conocimiento que, progresivamente, se va adquiriendo sobre las características del virus, sus mutaciones y la infección que provoca. Todo ellos son factores que están condicionando la respuesta sanitaria en estos momentos.

En el caso de los trabajadores de salud, sentirse bajo esta presión es una experiencia que todos están viviendo; de hecho, es muy normal sentirse así en la situación actual. El estrés y los sentimientos que lo acompañan no son reflejo, de ninguna manera, de que no se puede hacer el trabajo o de que se es débil. Atender la salud mental y su bienestar psicosocial en estos momentos es tan importante como cuidar la salud física, es decir se debe cuidar al cuidador. Sin perder la esencia de las funciones del enfermero, la de ayudar a los seres humanos a recuperar su independencia lo máximo posible, o bien a ayudar a enfrentar a que ese paso de transición de la vida a la muerte, sea una actitud cálida, favorable y de apoyo con el paciente.

De acuerdo a lo planteado en este tema, tan actual como candente, se piensa abordar una investigación mixta cuantitativa y cualitativa, ya que se tiene una población de muestra óptima para poder encararla. La comunidad sanitaria es amplia y va a permitir una buena recolección de datos y por ende una valoración más precisa. Se creería que con este trabajo se puede contribuir a un mejor entendimiento, apoyo, contención y mejorar la actitud del enfermero en tiempos de pandemia.

Descripción del Problema.

Si bien es cierto que esta enfermedad del COVID-19 puede ingresar al organismo de cualquier persona, en términos socioeconómicos no a todos los afecta por igual. Esto es debido a las desigualdades que existen entre las clases sociales. En la Argentina, las poblaciones más alejadas, urbano marginales o rurales no cuentan con viviendas adecuadas para el aislamiento, ni los servicios básicos como luz, agua y desagüe. Las zonas urbanas marginales o las zonas rurales de Mendoza no escapan a esta realidad. Muchas de estas personas se encuentran en una situación de precarización laboral, la mayoría son trabajadores informales, porque no cuentan con las condiciones necesarias de supervivencia.

Asimismo, el personal de salud también enfrenta estas condiciones, porque a pesar de cumplir con un papel importante, por ser quienes se encargan de cuidar nuestras vidas para combatir al COVID-19, se tiende a reducir el personal o precarizar su situación laboral. Muchos de ellos se encuentran con contratos precarios (prestaciones) solo por unos meses, donde no gozan de vacaciones, ni aguinaldos, ni ningún otro beneficio, con sueldos que no alcanzan, lo que les obliga a recurrir a otros trabajos en el sector privado, sometiéndolos a jornadas laborales extenuantes que en su mayoría pueden exceder las 8 horas diarias.

Aunado a esto, recortar el presupuesto y no darle importancia del caso a la salud pública es enviar a la muerte a muchas personas, en su mayoría pobres. La Organización Panamericana de la Salud estima que un 30% de la población de la región no tiene acceso a la atención de salud debido a razones económicas. El acceso a la salud resulta un problema para los más desposeídos. En un contexto en el que los estados no invierten en salud pública de calidad y de acceso universal y se prioriza el respaldo a los intereses privados, es evidente que el abandono a la salud pública y la asistencia social hoy se está pagando caro: con la vida.

Hay que tomar en cuenta que antes de que llegara el coronavirus ya había patologías, problemas cardiacos, vasculares, diabetes, cáncer, etc. Con la aparición del coronavirus, muchas atenciones a estos pacientes han quedado desplazadas. La atención se ha centralizado a un problema concreto: el COVID-19. Produciendo la desatención de las demás enfermedades.

Por otro lado, sabemos que el número de personas infectadas con COVID-19 puede aumentar, pero con las medidas precoces de confinamiento social, se espera que no ocurra tan aceleradamente. Estas, son circunstancias de mucho estrés para todos los profesionales de la salud e incluso para los pacientes. El personal sanitario quiere prestarles los mejores cuidados posibles, pero a la

vez deben protegerse para no llevar el virus a sus casas y a sus familias, y para no enfermarse.

El personal sanitario sigue trabajando en la primera línea con los diversos grados de complejidad del paciente COVID-19. Pero el trabajo no es solo asistencial hacia el paciente, sino también de acompañamiento a la familia del paciente y también hacia la comunidad.

Además, esta crisis sanitaria sin precedentes está imposibilitando que los familiares y amigos puedan realizar los cierres y ritos de despedida tan importantes para que favorezcan una buena elaboración del duelo. Es necesario que se adapten a las limitaciones que esta situación nos impone y asumir la frustración profesional que esto genera. Esta capacidad de asumir la impotencia será clave en la correcta elaboración del duelo y en la cicatrización de la futura herida.

El sistema sanitario argentino está atravesando una verdadera carrera contrarreloj. Los equipos de salud están preparando todo para enfrentar al virus. En ese escenario, las enfermeras y los enfermeros cumplen un rol central: son el recurso humano, imprescindible, que trabaja en la primera línea, para atender la pandemia.

Pregunta de investigación.

¿Qué actitud adopta el personal de enfermería en la atención de pacientes con COVID-19 en el servicio de Cuidados Críticos del Hospital Italiano de Mendoza durante el segundo semestre del 2020?

Objetivos de Estudio.

Objetivo General:

- Determinar la actitud que adoptan los profesionales de enfermería que trabajan en Sector COVID-19 del Hospital Italiano con respecto a la pandemia actual.

Objetivos Específicos:

- Obtener la información de los enfermeros sobre su propia actitud frente a la pandemia y caracterizar al personal de enfermería.
- Describir los efectos que causa la pandemia en las relaciones familiares, sociales y del desarrollo de las actividades de la vida cotidiana y profesional del personal sanitario.
- Indagar sobre cuidados de enfermería brindados a pacientes críticos con Covid-19.
- Determinar las diferentes limitaciones que presenta el personal de salud frente a la pandemia.
- Discriminar la realidad de la enfermería asistencial en sus distintos escenarios, frente a la pandemia.

Justificación del Estudio.

En menos de 20 años se han experimentado tres pandemias: el síndrome respiratorio agudo grave (SARS, 2002), la influenza H1N1 (2009) y el recientemente, el coronavirus COVID-19. La realidad es que se ha pasado de ser un cumulo de aldeas aisladas, a ser una aldea global, donde la globalización y la híper-conectividad han impulsado la movilización intercontinental de la población, productos, servicios y capital a escala mundial. Sin embargo, esta interconectividad también ha permitido la circulación de enfermedades alrededor del mundo por aire, por mar, por tierra, a través de manos con poca higiene, murciélagos o mosquitos. Una enfermedad infecciosa como es el COVID-19 significa un cambio radical en la normalidad.

En esta emergencia, todos están haciendo lo mejor que pueden con los recursos limitados disponibles. Esto ha desencadenado procesos de adaptación y reestructuración en los hospitales, capacitación de personal con nuevos protocolos, y medidas para captar más personal con las competencias requeridas para cuidar a los pacientes con esta enfermedad.

Durante su formación, los estudiantes de enfermería participan en actividades clínicas de manera regular y poca práctica en procedimientos de alta complejidad, donde la muerte y el autocuidado extremo no está tratado en la curricula de formación, y menos para un escenario de pandemia de esta magnitud, donde se enfrentan al temor, ansiedad. No obstante, en la medida que el coronavirus avanza y la cantidad de infectados en estado crítico aumenta, su rol en la asistencia es fundamental.

Particularmente para los profesionales de la salud, el proceso de construcción de su identidad se lleva a cabo de en la práctica a través del contacto con pacientes, otros colegas y sus formadores. El estado de emergencia sanitaria causado por el COVID-19 plantea muchas preguntas cómo esta identidad profesional emerge en el profesional de salud en situaciones extremas como la que vivimos actualmente, donde el peligro no solo está en el hospital, sino también en la calle, en el colectivo, en el hogar, etc. Por esto, la presente investigación busca determinar las actitudes del personal de enfermería ante la pandemia actual en el Hospital Italiano.

MARCO TEÓRICO

APARTADO 1

LA ACTITUD Y EL COMPORTAMIENTO HUMANO.

1-1 Actitudes Humanas

Según José María, Huertas¹ ; las actitudes son y están prediciendo las conductas y, si se desea cambiar una conducta, es necesario cambiar la actitud. De ahí la importancia de cuantos elementos se dan en la antesala del comportamiento. [1]

Las actitudes no pueden ser medidas directamente. La manera de conocer las actitudes es a través de nuestras opiniones y creencias y, por supuesto, nuestro comportamiento. Las actitudes son formas de motivación que predisponen a la acción de un individuo hacia determinados objetivos o metas. La actitud designa la orientación de las disposiciones más profundas del ser humano ante un objetivo determinado. Existen actitudes personales relacionadas únicamente con el individuo y actitudes sociales que inciden sobre un grupo de personas.

A lo largo de la vida, las personas adquieren experiencias y forman una red u organización de creencias características, entendiendo por creencias la predisposición a la acción.

La actitud engloba un conjunto de creencias, todas ellas relacionadas entre sí y organizadas en torno a un objeto o situación. Las formas que cada persona tiene de reaccionar ante cualquier situación son muy numerosas, pero son las formas comunes y uniformes las que revelan una actitud determinada.

"El concepto de actitud denota la suma total de inclinaciones y sentimientos, prejuicios o distorsiones, nociones preconcebidas, ideas, temores, amenazas y convicciones de un individuo acerca de cualquier asunto específico" (Thurstone en Summers, 1976:158)²

1-2 Componentes de la actitud.

Según el modelo tridimensional existen tres tipos de componentes en las actitudes y son: a) el cognitivo; b) el afectivo; y, c) el conativo-conductual (McGuire, 1968, 1985; Breckler, 1984; Judd y Johnson, 1984; Chaiken y Stangor, 1987).

Componente cognitivo: Es el conjunto de datos e información que el sujeto sabe acerca del objeto del cual toma su actitud. Un conocimiento detallado del objeto favorece la orientación al objeto.

Componente afectivo: Son las sensaciones y sentimientos que dicho objeto produce en el sujeto. El sujeto puede experimentar distintas experiencias con el objeto, éstas pueden ser positivas o negativas.

¹ Actitudes Humanas y Actitudes Sociales. (Jose Maria, 2008)

² <https://1library.co/article/teoria-general-las-actitudes-qué-son-las-actitudes.yngkddjp>

Componente de conducta: Son las intenciones, disposiciones o tendencias hacia un objeto. Es cuando surge una verdadera asociación entre el objeto y sujeto.³

Las actitudes tienen mucho interés para los psicólogos porque desempeñan un papel muy importante en la dirección y canalización de la conducta social. Las actitudes no son innatas, sino que se forman a lo largo de la vida. Éstas no son directamente observables, así que han de inferirse a partir de la conducta verbal o no verbal del sujeto.

Por otro lado, como afirman Pablo Briñol, Carlos Falces y Alberto Becerra, las actitudes guardan una estrecha relación con nuestra conducta y, por tanto, las actitudes van a influir en el modo en el que piensan y actúan las personas⁴

1-3 Formación de las actitudes.

Se pueden distinguir tres tipos de teorías sobre la formación de actitudes: la Teoría del Aprendizaje, la Teoría de la Consistencia Cognitiva y la Teoría de Disonancia Cognitiva.

Teoría del Aprendizaje: Se basa en que, al aprender, recibimos nuevos conocimientos de los cuales intentamos desarrollar unas ideas, unos sentimientos y unas conductas sociales de estos aprendizajes.

Teoría de la Consistencia Cognitiva: Consiste en el aprendizaje de nuevas actitudes relacionando la nueva información con alguna otra información que ya se conocía.

Teoría de la Disonancia Cognitiva: Se creó en 1962 por Leo Festinger⁵ y consiste en hacernos creer a nosotros mismos y a nuestro conocimiento que algo no nos perjudica, pero sabiendo en realidad lo que nos puede pasar si se siguiese manteniendo esta actitud tras haber realizado una prueba y fracasar en el intento. Esto nos puede provocar un conflicto, porque tomamos dos actitudes incompatibles entre sí que nosotros mismos intentamos evitar de manera refleja. Y ello nos impulsa a construir nuevas actitudes o a cambiar las actitudes ya existentes. [2]

La importancia de las actitudes

La actitud muestra el modo en el que una persona afronta la vida o se enfrenta ante una situación concreta. En este sentido, la actitud muestra la verdadera fortaleza del personal sanitario, para sobreponerse a través de su actitud a estos tiempos de pandemia.

³ Morales (Coord). (1999). Psicología Social. Mc Graw Hill: Madrid. España. Pág.195

⁴ BRIÑOL, P., FALCES, C. & BECERRA, A. Psicología Social, Tercera Edición. Capítulo 17, p.458. 2007

⁵ FESTINGER, L. A theory of cognitive dissonance. Stanford University Press, 1962.

Dado estos tiempos modernos, el personal sanitario se ve en la obligación de progresar en todas las áreas de la salud y la actitud asistencial, educadora y tienen un potencial enorme de liberación personal en cuanto a las decisiones que tienen que ver con las actitudes y, por lo tanto, influir en la salud pública, en promoción de la salud, en promoción y prevención de las enfermedades, lo que exige una formación más calificada, para influir positivamente en el bienestar humano, luchando por su autonomía y profesionalización. Ejerciendo un gran control sobre sus estados emocionales (tan necesario para estos tiempos de pandemia). Y pueden tener una gran influencia en cuanto a sus actitudes sociales en el proceso de la vida y realización profesional.

1-4 Relación actitud-comportamiento.

Toda conducta se produce siempre en función de un contexto, donde la actitud es el factor afectivo-emocional que modula la conducta y la transforma en la singular actuación de cada uno de nosotros ante una situación determinada.

Por lo tanto, podemos decir que las actitudes son evaluaciones sobre personas, objetos o ideas. Estas valoraciones son algo que aprendemos con nuestras experiencias a lo largo del tiempo, por lo que pueden variar drásticamente de una persona a otra. Las actitudes pueden tener base cognitiva, afectiva o conductual, aunque todas suelen tener en alguna medida los tres componentes.

Podemos decir que las actitudes predisponen a las personas a actuar de cierta forma y, el estudio de las actitudes resulta más importante en la medida en la que son capaces de predecir el comportamiento. Aunque las actitudes no siempre lo pronostican, el consenso académico es que influyen en la acción y predisponen a las personas hacia ciertas opciones de conducta. En determinadas condiciones, las actitudes pronostican el comportamiento; en otras circunstancias, no lo hacen. Se pueden identificar tres tipos de factores clave que afectan a la relación entre actitud y comportamiento: situacionales; características personales, y características de la actitud.⁶

1-5 Actitud humana ante una emergencia.

Dentro del ámbito de la planificación y protección ante las emergencias, el comportamiento humano juega un papel crítico.

La mayoría de las personas no han tenido la experiencia de hallarse ante una situación de peligro inminente y cuando esto ocurre algunas personas toman decisiones que incrementan al peligro para ellas y

⁶ <https://rodrigodelolmo.wordpress.com/2018/03/26/actitudes-y-conducta/>

también para los demás. Así, los comportamientos que se producen van desde una actitud de calma hasta un verdadero pánico.⁷

Incertidumbre, inmediatez del riesgo y noción de sus efectos sobre uno mismo son tres elementos que determinan decisivamente la gradación de las reacciones humanas ante un peligro. Por ejemplo, sabemos que el cerebro humano, acostumbrado a clasificar la realidad en blanco y negro, está mal equipado para evaluar la incertidumbre. Reacciona por tanto con alarma ante contingencias extraordinarias, pero se “relaja” ante riesgos que controla. Un ejemplo lo aporta la Organización Mundial de la Salud, cuando recuerda que “la gripe anual es el paradigma perfecto de un riesgo técnicamente grave, pero que culturalmente no lo es: es el tipo de riesgo que mata gente, pero no preocupa.” Frente a ello, la gripe A (N1H1) del 2009, que afectó a un porcentaje ínfimo de personas comparado con cualquier gripe anual, consiguió “aterrar” a gobiernos y ciudadanos.

Apliquemos estas consideraciones generales a la casuística particular de la gestión de crisis, partiendo de un primer axioma: la evolución, positiva o negativa, de una situación de crisis está directamente relacionada con las decisiones que se adopten desde su origen y hasta su resolución. Es decir que el problema se agrava hasta hacerse casi inmanejable por culpa de la incorrecta respuesta inicial de los responsables de su gestión. Son recurrentes las denuncias sobre reacciones tardías, activación de alertas más allá de un plazo razonable, retraso del aviso a las autoridades o carencia de información a los afectados en los primeros momentos del suceso. ¿Qué lleva a una organización a cometer este tipo de errores? Sencillamente, la actitud de sus miembros ante la percepción de un peligro, como sucede con la actual pandemia, la falta de conocimiento e información sobre las características de la propagación, virulencia, etc., ha hecho que subestimemos la enfermedad.

Es necesario fomentar la “cultura de la crisis” en el sistema de salud, lo que contribuirá a paliar en buena parte los efectos negativos que pueden producir las reacciones apuntadas. “Cultura de la crisis” significa que el personal sanitario y directivos son conscientes de los riesgos asociados a su actividad y de las consecuencias que representa para el propio sistema de salud y su reputación tiene un mal manejo de los problemas. A partir de esto, asumen como algo propio la gestión de las incidencias, respetan los protocolos y superponen el interés común de la organización a los suyos particulares.

Igualmente, en esta pandemia el Ministerio de Salud ha formado los “Comités de Crisis de Expertos” cuyo trabajo ha sido criticado por sus reacciones tardías. Así como las denuncias de corrupción sobre el accionar de los funcionarios de salud en el caso del Vacunatorio VIP, han dañado su credibilidad y reputación.

⁷ Conductas ante la crisis. Llorente & Cuenca. Madrid 2012.

https://ideas.llorenteycuenca.com/publico/120323_d+iLL&C_Articulo_Conductas_Crisis.pdf

1-6 El miedo, modela nuestra psicología.

Es muy extraño que la amenaza de una enfermedad ocupe gran parte de nuestro pensamiento como sucede en estos días.

Durante meses, casi todos los medios tienen historias sobre la pandemia del nuevo coronavirus.⁸

Los programas de radio y televisión tienen cobertura ininterrumpida sobre las últimas cifras de muerte y, dependiendo de a quién sigas, las plataformas de redes sociales están llenas de estadísticas aterradoras, consejos prácticos o humor negro.

Este bombardeo constante de información puede provocar una mayor ansiedad, con efectos inmediatos en nuestra salud mental. Pero el sentimiento constante de amenaza puede tener otros efectos más traicioneros en nuestra psicología.

Debido a algunas respuestas a las enfermedades que fueron evolucionando con los siglos, el miedo al contagio nos lleva a ser más conformistas y primitivos, y menos receptivos a la excentricidad. Nuestros juicios morales y actitudes sociales se vuelven más estrictas, pueden reflejar cambios sociales y psicológicos mucho más profundos.⁹

Sistema inmunológico conductual

Como gran parte de la psicología humana, estas respuestas a la enfermedad deben entenderse en el contexto de la prehistoria.

Antes del nacimiento de la medicina moderna, es muy probable que las enfermedades infecciosas fueran una de las mayores amenazas para nuestra supervivencia.

El sistema inmune tiene algunos mecanismos sorprendentes para cazar y matar a esos invasores patógenos.

Desafortunadamente, estas reacciones nos dejan sintiéndonos con sueño y sin energía, lo que significa que nuestros antepasados enfermos no habrían podido realizar actividades esenciales, como la caza, la recolección o la crianza de los hijos.

Estar enfermo también es fisiológicamente costoso.

El aumento de la temperatura corporal durante la fiebre, por ejemplo, es esencial para una respuesta inmune efectiva, pero esto resulta en un incremento del 13% en el consumo de energía del cuerpo. Y cuando la comida escaseaba, eso habría sido una carga seria.

"Enfermarse y permitir que este maravilloso sistema inmunológico funcione es realmente costoso", dice Mark Schaller de la Universidad de Columbia Británica, en Vancouver, Canadá [3].¹⁰

⁸ http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1853-810X2021000200004

⁹ Miedo al contagio COVID-19. Junio 2020. <https://terapiayemocion.com/coronavirus/miedo-al-contagio-miedo-al-covid-19>

¹⁰ Sistema inmunológico de conducta. <https://www.bbc.com/mundo/noticias-52191660>

Por lo tanto, cualquier cosa que reduzca el riesgo de infección en primer lugar debería haber ofrecido una clara ventaja de supervivencia.

La respuesta del sentido del gusto es uno de los componentes más obvios del sistema inmunitario de conducta.

Cuando rechazamos cosas que huelen mal o alimentos que creemos que no están limpios, intentamos instintivamente evitar el posible contagio.

La mera sugerencia de que ya hemos comido algo podrido puede llevarnos a vomitar, expulsando la comida antes de que la infección haya tenido la oportunidad de alojarse.

Investigaciones científicas sugieren también que tendemos a recordar más fuertemente el material que desencadena el asco, lo que nos permite recordar (y evitar) las situaciones que podrían ponernos en riesgo de enfermedad más adelante.

Schaller señaló que muchas de las reglas sociales tácitas, como la manera de cocinar, la cantidad de contacto social que se acepta, o cómo deshacerse de los desechos humanos o el simple hecho de lavarnos las manos, pueden ayudar a reducir el riesgo de infección. "A lo largo de gran parte de la historia humana, muchas normas y rituales cumplen esta función de mantener a raya a las enfermedades."¹¹

Por otro lado, dado que los humanos son una especie social que evolucionó para vivir en grandes grupos, el sistema inmunitario de conducta también modificó las interacciones con las personas para minimizar la propagación de una enfermedad, lo que condujo a una especie de distanciamiento social instintivo.

Estas respuestas pueden ser bastante duras, ya que nuestros antepasados no habrían entendido las causas específicas de cada enfermedad o la forma en que se transmitieron.

"El sistema inmunológico de conducta funciona con una lógica de 'más vale prevenir que curar'", dice Lene Aero, de la Universidad de Aarhus, en Dinamarca [8].

Lidiando con covid-19

La influencia del sistema inmunológico de conducta varía de un individuo a otro. No todos se verán afectados en el mismo grado.

"Algunas personas tienen un sistema inmune conductual particularmente sensible que les hace reaccionar con demasiada intensidad a las cosas que interpretan como un posible riesgo de infección", detalla Aaroe.

Según varias investigaciones, esas personas ya eran más respetuosas de las normas sociales y más desconfiadas de los extraños que la

¹¹ Schaller, M.; Duncan, L.A. (2007). «The behavioral immune system: Its evolution and social psychological implications». In J.P. Forgas, M.G. Haselton & W. von Hippel (ed.). *Evolution and the social mind: Evolutionary psychology and social cognition*. New York: Psychology Press. pp. 293–307.

persona promedio, y una mayor amenaza de una enfermedad simplemente endurece sus posiciones.

La exposición constante a información relacionada a la pandemia, ha generado un sinnúmero de nuevas estructuras sociales, económicas y conductuales para hacer frente a las dificultades propias de este escenario. En ese mar complejo de adaptación, el comportamiento humano, así como las respuestas naturales del sistema inmunitario, muestran diferentes matices.

Esto significa que las respuestas a menudo están fuera de lugar y pueden ser desencadenadas por información irrelevante, alterando nuestra toma de decisiones morales y opiniones políticas sobre temas que no tienen nada que ver con la amenaza actual.

Por lo tanto, como resultado del sistema inmune conductual y sus implicaciones para las personas que padecen enfermedades infecciosas también sufren prejuicios y estigmatización social, por ejemplo, la discriminación que sufre el personal sanitario o bien la comunidad asiática, por causa de la pandemia.

APARTADO 2

PANDEMIA.

Los coronavirus (CoV) son una gran familia de virus que causan enfermedades que van desde el resfriado común hasta enfermedades más graves. La epidemia de COVID-19 fue declarada por la OMS una emergencia de salud pública de preocupación internacional el 30 de enero de 2020.

El Director General de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el doctor Tedros Adhanom Ghebreyesus, anunció el 11 de marzo de 2020 que la nueva enfermedad por el coronavirus 2019 (COVID-19) puede caracterizarse como una pandemia. La caracterización de pandemia significa que la epidemia se ha extendido por varios países, continentes o todo el mundo, y que afecta a un gran número de personas.

2-1 Pandemia y la historia de la humanidad.

La enfermedad forma parte de la historia de la humanidad de manera intrínseca¹². En la actualidad estamos sufriendo el coronavirus, pero desde que el ser humano empezó a organizarse en sociedad y a crear núcleos de personas que convivían juntos en un mismo espacio territorial, las enfermedades contagiosas tomaron un especial protagonismo. A medida que la población mundial fue creciendo, cuando una enfermedad se extendía y afectaba a varias regiones del planeta, convirtiéndose en una amenaza para la población, se empezaron a documentar las primeras pandemias. Estas pandemias en ocasiones transformaron las sociedades en las que aparecieron y, muy posiblemente, han cambiado o influido decisivamente en el curso de la historia. Aquí presentamos a aquellas que pusieron en jaque a la humanidad [5], [6], [7]:¹³

- Peste de Justiniano (541 - 750)

■ Qué la provocó: La bacteria *Yersinia pestis*. La misma cepa que ocho siglos más tarde se llamaría la peste negra

- La peste negra o peste bubónica (1347 - 1351)

■ Qué la provocó: La bacteria *Yersinia pestis*.

- Nueva peste negra (1885-1920)

■ Qué la provocó: Nuevamente, el bacilo *Yersinia pestis*.

- Gripe española (1918 - 1920)

¹²Huguet G. National Geographic. Historia. Grandes pandemias de la historia. EE. UU.: National Geographic Society; 2020 [acceso 20/05/2020]. Disponible en: https://historia.nationalgeographic.com.es/a/grandes-pandemias-historia_15178

- Qué la provocó: Virus de la gripe A del subtipo H1N1.
- **Gripe asiática (1957 - 1958)**
- Qué la provocó: El virus Influenza A H2N2.
- **La gripe de Hong Kong (1968)**
- Qué la provocó: El virus de la gripe H3N2.
- **VIH (Desde la década de los 70)**
- Qué la provocó: El Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) que provoca Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).
- **Ébola (Desde 1976)**
- Qué la provocó: El virus del Ébola, de la familia de los filovirus.
- **SARS (2002 - 2003)**
- Qué la provocó: El coronavirus SARS-CoV.
- **Gripe A, gripe H1N1 o gripe porcina (2009)**
- Qué la provocó: Una variante de Influenza virus A (subtipo H1N1) producida por un salto entre especies (provenía de cepas aviaria, porcina y humana), denominada H1N1/09. Se expandió por casi todos los países ya que tenía una tasa de contagio muy alta, pero su letalidad no era tan fuerte como se temió al principio.
- **MERS (Desde 2012)**
- Qué la provocó: el virus MERS-CoV.

2-2 Pandemia, eje de históricos cambios sociales y económicos.

La pandemia provocada por la enfermedad de Coronavirus, sin precedentes en el último siglo, evoluciona aceleradamente. Pone a prueba las capacidades de los Estados frente a economías que se cierran y sociedades sometidas al confinamiento para moderar la curva de contagios.

Los gobiernos están llevando a cabo procesos de prueba y error, muchas veces sobre experiencias de otros países. Los mecanismos tradicionales de mercado podrían no ser suficientes para enfrentar la

crisis debido a la interrupción de las actividades productivas y la consiguiente contracción de la demanda.

Los costos económicos del COVID-19 serán graves en el corto y largo plazo, contrayendo la actividad productiva y aumentando el desempleo, con efectos directos sobre el comercio, la industria, la educación, el turismo, y el transporte.¹⁴

En el corto plazo disminuirán los salarios y los ingresos; y se estima que aumente la pobreza. En el largo plazo, se prevé una reducción de la inversión privada, menor integración de las cadenas de valor, deterioro de las capacidades productivas y de capital humano, quiebre de empresas y menor crecimiento económico.¹⁵

Para evitar el efecto que tendrá sobre el sistema de salud, las autoridades sanitarias recomiendan el distanciamiento social, el autoaislamiento y la cuarentena. Estas medidas tuvieron efectos positivos en el aplanamiento de la curva de contagios en diversos países, y al mismo tiempo un impacto directo sobre la economía.

El confinamiento disminuye las horas de trabajo y los salarios. Teniendo en cuenta que la mayoría de las empresas financian sus inversiones principalmente con ganancias retenidas, la formación bruta de capital fijo se verá afectada negativamente.

El efecto multiplicador del consumo será significativamente negativo y se verá agravado por la falta de inversiones privadas. Además, se están reduciendo las exportaciones.

La economía global en crisis: la pandemia llega en un contexto de dinamismo decreciente. La confianza en la globalización y el multilateralismo como herramientas para el desarrollo acumulaba más de un decenio de deterioro.

Las medidas para contener el virus, como el confinamiento y las restricciones a la movilidad, generan efectos positivos para contener la propagación de nuevos contagios, pero a su vez generan efectos muy adversos en la economía.

Nuestra realidad.

Hace unos meses atrás, la vida de los argentinos transcurría con normalidad. En el mundo se hablaba de una pandemia, de un virus aún desconocido por la comunidad médica y científica que estaba invadiendo decenas de países y que había comenzado por China.

En Argentina el tema parecía lejano, como algo que no iba a llegar, aunque ya comenzaban a tomarse medidas preventivas en aeropuertos y zonas de frontera para evitar que el llamado Covid-19 ingresara al país.

Pero el día menos deseado por todos llegó el 3 de marzo, cuando el Ministerio de Salud Pública de la Nación confirmó el primer caso. Unos

¹⁴<https://www.clacso.org/wp-content/uploads/2021/07/El-desafio-social-en-tiempos-de-pandemia.pdf>

¹⁵https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/informecovid19_argentina.pdf

días después -el 7 de marzo- se supo de la primera víctima mortal: un hombre de 65 años que había llegado de Francia.

Entonces las decisiones del gobierno nacional se fueron endureciendo, hasta que el 19 del mismo mes, el presidente Alberto Fernández, decretó el aislamiento social, preventivo y obligatorio¹⁶. Dicho período debería haber terminado el 31 de marzo, pero se extendió casi un mes (en dos períodos) debido a los buenos resultados que arrojó, luego se fue extendiendo por otro mes y luego otro mes...

Y hoy por hoy la cuarentena con el aislamiento social, preventivo y obligatorio decretado por el gobierno de Alberto Fernández se ha convertido en la cuarentena más larga del mundo con consecuencias nefastas y efectos devastadores. Este tiempo obligó a la población a quedarse en casa y a repensar prácticamente todos los ámbitos de la vida. Los cambios de hábitos fueron extremos; las familias, los amigos y todas las relaciones humanas debieron reinventarse. Los psicólogos concuerdan en que esta invitación forzada llamó a todos a tomar el control de sus propias vidas y replantearse la inversión del tiempo y el espacio.

Hoy el panorama es impensado pero real. Las computadoras y los celulares pasaron a ser la única herramienta posible para muchos, quienes a través del home-office o trabajo virtual debieron seguir con sus actividades cotidianas, pero sin gente alrededor y en pantuflas.

Los niños, jóvenes secundarios y adultos universitarios toman clases a través de sus dispositivos electrónicos utilizando aplicaciones como WhatsApp, Zoom, Meet o Skype, además del tradicional del correo electrónico.¹⁷

Pero la realidad no es la misma para todos, muchos quedan fuera de un sistema que contempla solamente a unos pocos. Aquellos que no tienen acceso a internet y -mucho menos- a una computadora se las deben ingeniar como pueden.

Hoy se volvió normal lavarse las manos continuamente, y si no es eso, usar alcohol en gel la mayor cantidad de veces posible, sobre todo después de tocar el celular, picaportes, y ni hablar al volver de la calle. Hoy, casi como en una película, la gente circula con barbijos, elemento que antes sólo se veía en los hospitales.

Hay ciertas actividades que quedaron para después, como el deporte, las salidas al cine, al teatro, a un bar, los festejos de cumpleaños, los almuerzos en familia y los encuentros entre amigos¹⁸.

No se puede olvidar que miles de mujeres quedaron encerradas con sus agresores, y que en paralelo al coronavirus continúa un grave problema social: la violencia de género y los femicidios. La novedad en este

¹⁶ <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/227042/20200320>

¹⁷ <https://www.cippeec.org/textual/cual-fue-la-respuesta-del-sistema-educativo-argentino-ante-la-pandemia/>

¹⁸ <https://www.infobae.com/salud/2020/06/04/como-el-coronavirus-cambio-la-vida-cotidiana-su-impacto-en-la-conducta-y-la-salud-mental-de-los-argentinos/>

contexto fue la iniciativa en algunas provincias del “barbijo rojo” una especie de contraseña para pedir ayuda en las farmacias.

Sin embargo, en estos días en los que sobra el tiempo, también hubo cambios positivos. El encierro humano provocó una transformación ambiental, lo cual obligó a toda la población a preguntarse si es capaz de seguir contribuyendo -cuando todo acabe- a vivir en un mundo mejor, con menos contaminación y más amor.

La lista sigue y es interminable. Todos los sectores de la vida dieron un giro 180 grados. Hoy hay muchas preguntas y pocas respuestas, es un momento histórico que pone a prueba a toda la humanidad, que dejará enseñanzas y situaciones por resolver a futuro.

2-3 Crisis por el coronavirus, cambio del paradigma social.

El cambio de paradigma que implica la crisis del coronavirus es inevitable. Lo que parecía una crisis sanitaria pasajera, corta y manejable se ha extendido por todo el mundo y ha comenzado a tener ramificaciones muy profundas no solo en lo sanitario-asistencial, sino también en la economía, en nuestros modos de vida, trabajo y pensamiento. Tendrá un profundo impacto en las libertades personales y políticas, en las políticas sociales y de salud, y en el mundo en general.¹⁹

Nuestra libertad de movimientos estará mucho más restringida por mucho tiempo. Los eventos culturales, el sector de la hostelería y del turismo se verán afectados por el miedo de la gente por ir a restaurantes, bares, conciertos, cines, teatro y ópera. Los viajes por aire y por mar se verán obstaculizados por la percepción de los pasajeros de un desastre inminente e invisible. Las grandes conferencias y ferias comerciales pueden simplemente ser eliminadas del mercado, los deportes con gran asistencia de espectadores, son suspendidos y da paso a los deportes sin públicos con estadios vacíos. Todo será relegado a un mundo virtual aburrido basado en la pantalla, aumentando aún más nuestra dependencia de la gran tecnología.

Para capear la crisis, una gran parte del mundo desarrollado se ha pasado al teletrabajo, o al menos a los que podrían hacerlo, que será mucho más habitual de lo que nunca antes se había imaginado. Tendrá un impacto en las prácticas y en las relaciones laborales, pero también será el fin de las grandes concentraciones de empresas en capitales y centros financieros, la descentralización se convertirá en la norma, con su efecto en los mercados inmobiliarios. Algunos países están bien preparados para ello, dependiendo de su estructura geográfica e industrial; para otros, requerirá enormes cambios y adaptaciones.

¹⁹ <https://nuso.org/articulo/la-coronacrisis-como-impulso-para-un-doble-cambio-de-paradigma/>

Los confinamientos y el distanciamiento social no son buenos para las democracias. Los parlamentos dicen que siguen funcionando, pero cuando lo hacen están en su mayoría vacíos de diputados, y sólo unos pocos acuden a los verdaderos debates. Los debates en línea no son los mismos que los de un hemiciclo, donde un ministro es cuestionado sobre sus políticas. Los parlamentarios están menos involucrados y pueden ser ignorados mucho más fácilmente en una pantalla. También se ha invocado la pandemia para eludir al parlamento y promulgar leyes especiales de emergencia²⁰.

2-4 Crisis por el coronavirus: ¿Y la salud?

En nuestra región, estábamos acostumbrados hasta ahora a crisis económicas y políticas, pero no sanitarias. Este “cisne negro” nos obligará a poner más el foco en la salud pública.

Si luego de los ataques del 11 de septiembre de 2001 el mundo se concentró en el antiterrorismo, la pandemia del Covid-19 pondrá la atención en la salud pública.

Lo que comenzó en Wuhan (China) como una “neumonía severa” a fines de 2019 terminó convirtiéndose en una pandemia global tan profunda que puso en jaque a los sistemas de salud y la macroeconomía de todos los países, con una fuerte severidad. El problema que tenemos en Occidente con el Covid-19 es que no estamos acostumbrados a crisis como esta. Sabemos (sobre todo los argentinos) de crisis políticas y financieras, pero no tenemos registro de crisis sanitarias de esta magnitud, más allá de algunas leves y pasajeras como la del H1N1 (gripe A o porcina) de 2009. La última comparable tuvo lugar en 1957, y quedan muy pocos vivos que la recuerden. Es así que la modernidad nos dio un falso sentido de certidumbre.

Hace seis meses nadie había sentido nombrar siquiera al SARS-CoV-2 y se lo mencionaba superficialmente como “algo lejano” al otro lado del globo, pero hoy ya está presente en nuestra vida cotidiana. Con más de 24 millones de infecciones identificadas (OMS: agosto, 2020), esta epidemia ya colapsó los sistemas de salud de Italia y España, y amenaza con lo mismo en el Reino Unido y Estados Unidos.

Es hora de actuar.

Habiendo ya quedado la Argentina inevitablemente dentro del escenario adverso, el desafío ahora es más social que epidemiológico: para detener el crecimiento del Covid-19 y evitar que colapse cualquier sistema de salud, se debe cambiar los hábitos de vida.

Esto significa que ineludiblemente se deben implementar medidas de distanciamiento social, cuya efectividad ya se vio por ejemplo en varias

²⁰ <https://www.infobae.com/politica/2022/01/10/tension-politica-y-covid-19-durante-2021-el-congreso-sesiono-poco-y-solo-sanciono-52-leyes/>

provincias de Italia o España que consiguieron tener un número decreciente de casos.

“Aprendemos a cuidar o perecemos”²¹. Esta es una de las frases de cabecera de Bernardo Toro [8], filósofo colombiano y uno de los precursores del paradigma del cuidado. Hoy día, la pandemia generada por el coronavirus permite palpar la vigencia de esta frase, lo cual ofrece una oportunidad para reflexionar sobre cuestiones que han sido históricamente relegadas, pero que hoy se tornan urgentes. Cuestiones como el derecho a la salud pública, a la educación de calidad, a tener una vida digna, se ponen de manifiesto en una situación de crisis que, finalmente, remite a un concepto integrador: el cuidado.²²

El aislamiento que llevan muchos países en el mundo parece contradecir esta afirmación. Pero, por el contrario, la refuerza: el distanciamiento es una acción colectiva que tiene por objetivo el cuidado propio, del cercano y del extraño y muestra el impacto de las acciones individuales en otros y otras, pero de forma positiva. Al aislarse las personas se conectan con el propósito colectivo de frenar la propagación del virus y eso tiene una consecuencia positiva: la curva se aplanan con el aislamiento, no como una distancia ni como un sometimiento, sino como una acción colectiva con resultados concretos y positivos para el conjunto de la sociedad y se aprenderá mucho de esta experiencia.

No obstante, cabe aclarar que la enfermedad tiene impactos diferenciados, no sólo en términos sanitarios, sino, especialmente, económicos. No todas las personas tienen los medios para llevar a cabo una cuarentena y eso permite visibilizar las profundas desigualdades sociales que atraviesa la Argentina y todos los países latinoamericanos. El COVID-19 obliga a poner la mirada en esas desigualdades en el acceso a vivienda, a alimentos de calidad, a salud, a educación, a agua segura. En el acceso a derechos. Y justamente es esa desigualdad en el acceso a derechos lo que provoca la desigualdad en el impacto del COVID-19 a nivel económico y social. Por esto, en primer lugar, esta pandemia exige la adopción de medidas diferenciadas para proteger a los grupos más vulnerables.

Salud no es lo mismo que medicina.

Bernardo Toro señala que la medicina es una cuestión de ciencia, de tecnología e inversión. Pero, en cambio, la salud es una cuestión de educación y comportamiento.

El paradigma del cuidado propone un sistema de salud centrado en la prevención, en el que la enfermedad es una contingencia. Un país que se decida a construir un sistema así, será capaz de garantizar la salud y la medicina al pueblo. En palabras de Toro, “es posible darle medicina a un

²¹ <https://entrenos.eafit.edu.co/noticias/2017/noviembre/Paginas/el-cuidado-no-es-una-opcion-aprendemos-a-cuidarnos-o-perecemos-bernardo-toro.aspx>

²² <https://docplayer.es/27169258-El-cuidado-el-paradigma-etico-de-la-nueva-civilizacion.html>

pueblo sano, pero es imposible darle medicina a un pueblo enfermo". El COVID-19 está demostrando empíricamente esta afirmación.

Por esto, el sistema de salud no se remite solo un ministerio o en una secretaría cuyo único trabajo sea proveer insumos, personal e infraestructura médica. La salud tiene que ver con la educación, con la alimentación, con el acceso al agua, a energía, a vivienda, a un ambiente sano.

APARTADO 3

ANTROPOTANATOLOGÍA: ANTROPOLOGÍA DE LA MUERTE.

La muerte es el signo de la finitud de la vida y es natural que marque también su final. Así pues, esta idea ha regido tanto las concepciones filosóficas y religiosas como las de la ciencia occidental. En la cultura judeo-cristiana, hasta el día de hoy, la muerte ha sido considerada como algo doloroso, razón por la cual ha sido negada, convirtiéndose así en un tema sobre el que definitivamente no se habla. De esta manera, “la muerte tiende a ser expulsada, separada, tapada; ya que representa la antítesis de lo que responde y representa idea de progreso”.

3.1 Aspecto Social y biológico de la muerte de la muerte.

La muerte no es solo un proceso biológico sino también social, sobre todo desde la perspectiva de los participantes indirectos. La muerte supone un proceso tanto para la persona que fallece como para los familiares y amigos de la misma, pues es un cambio extremadamente grande y duro y al que deben adaptarse poco a poco, pasando inevitablemente por la etapa del duelo. (Jiménez Aboitiz; 2012) [9].

Cada individuo tiene una consideración o una valoración completamente distinta sobre este acto de morir y esta valoración o consideración se va transformando a lo largo de la experiencia vital. La muerte no es algo que ocurre en un momento determinado, en un instante, porque no la ignoramos completamente.

En el caso de los familiares y amigos, este proceso será completamente diferente para cada uno de ellos, pero hay algo común en todos: la necesidad de tiempo para adaptarse, para afrontar la nueva situación, puesto que supone el arrebato de un ser querido al que jamás se podrá recuperar. El proceso de adaptación dependerá de las actitudes y pensamientos que cada individuo tiene acerca de la muerte, y también de cómo esta le afecte de cara al futuro próximo. En las sociedades tradicionales la religión servía como un instrumento social básico para poder alcanzar el objetivo tranquilizador o integrador frente al acontecimiento de la muerte, instrumento que, sin embargo, se ha debilitado de forma muy notable en las sociedades modernas, aunque siga existiendo un sector pequeño de población que se “proteja” a través de la misma.

3.2 Actitud ante la muerte.

La muerte siempre ha sido objeto de profundas reflexiones filosóficas, religiosas y actualmente científicas, en las sociedades post industriales es difícil aceptarla, de modo que las actitudes hacia ella, han sufrido una evolución desadaptativa, yendo de las actitudes saludables de aceptación y afrontamiento a las de negación.

La actitud ante la muerte es definida por Rokeach (1975:15) [10], “como una organización relativamente duradera de creencias en torno a un objeto o situación, que predispone a reaccionar preferentemente de una manera

determinada". Las actitudes que tenga cada persona de cara a este hecho irreversible dependerán mucho del tipo de socialización y de las estructuras presentes en su comunidad. Bergere (1998:8) [11], dice que "en la estructura de las actitudes de las personas se integran tanto las estructuras de las actitudes individuales como las estructuras de los sistemas de actitudes sociales, además de las interacciones con otros sistemas de personas".

Cada individuo es diferente, y por lo tanto cada cultura y sociedad también lo son, por eso pueden parecernos interesantes y curiosas sus reacciones, actitudes o pensamientos. Esta afirmación se puede ver expresada esta frase de Iván Illich (1975:158) [12], "La imagen que una sociedad tiene de la muerte revela el nivel de independencia de su pueblo, sus relaciones interpersonales, su confianza en sí mismo y la plenitud de su vida".

3.3 Perspectiva social y cambios culturales.

El comportamiento del hombre ante la muerte a lo largo de la historia ha estado siempre lleno de ambigüedades, el progreso de la humanidad ha ido modelando el proceso de la muerte y su percepción también ha experimentado cambios, muchos de tipo cultural. Si echamos la vista hacia atrás, podemos encontrar textos antiguos en los que se explica cómo la muerte servía para festejar, celebrar, danzar y bailar, los cementerios cumplían la función de "pista de baile". En cambio, los textos más recientes indican que la muerte suele producirse bajo una asistencia intensiva en los hospitales, seguida de un duelo lleno de dolor y pena. Actualmente el hombre ya no es dueño de su muerte y con frecuencia recurre a profesionales para organizar los diferentes ritos. Los cambios que se han venido produciendo pueden interpretarse como consecuencias de la modernidad que vivimos (Giddens, 1993) [13].

También observamos que la muerte se está transformando en un proceso o vivencia individualista. (Giddens 2002:32) [14]. Hemos pasado de hombres reunidos frente a la muerte, a ser persona sola frente a la muerte. Estas ideas son recogidas por Berger (1999) [15] y Mellor y Schilling (1993:42) [16]. El creciente individualismo en las sociedades desarrolladas se ha constituido como fuente de asocialización y de insolidaridad, a la par que ha minado las respuestas tradicionales comunitarias dominantes en las sociedades rurales al trasladar al ámbito de lo privado muchos de los procesos que anteriormente eran esencialmente públicos, entre ellos prácticamente todos los relacionados con la muerte.

La muerte es por lo tanto un fenómeno al que se le añaden creencias, emociones y actos que ella misma provoca.

3.4 Aspectos psicológicos: duelo, dolor y sufrimiento por la muerte de un ser querido.

En su libro *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia* (1997), William Worden [17], remitiéndose a George Engel, señala:

“La pérdida de un ser amado es psicológicamente tan traumática como herirse o quemarse gravemente lo es en el plano fisiológico. [...] el duelo representa una desviación del estado de salud y bienestar, e igual que es necesario curarse en la esfera de lo fisiológico para devolver al cuerpo su equilibrio homeostático, asimismo es necesario un período de tiempo para que la persona en duelo vuelva a un estado de equilibrio similar. Por esta razón, Engel ve al proceso de duelo similar al proceso de curación. [...] del mismo modo que los términos sano y enfermo se aplican a los cursos en el proceso de curación fisiológica, también se pueden aplicar al curso que toma el proceso del duelo.

Siguiendo a Worden, se puede ver que “el duelo es un proceso y no un estado”, e implica tareas de elaboración de la pérdida que “requieren esfuerzo”. Según Worden (1997) el término ‘mourning’ es utilizado en inglés para nombrar el proceso que se produce después de una pérdida de un ser querido. La palabra ‘grief’, en cambio, se refiere a la experiencia personal de la pérdida, que implica las emociones de dolor y tristeza. En castellano, ambos términos están sintetizados en la palabra ‘duelo’.

Para la mayoría de los autores e investigadores de esta temática todo duelo remite a una pérdida de un ser amado. Según Robert Weiss (1999) [18], “el término ‘pérdida’ se refiere un suceso que produce una inaccesibilidad persistente a esa figura emocionalmente importante [...] y cuando esa pérdida es vista como permanente hay dolor y desorientación”.

Se considera dentro de la categoría de «trauma» a aquellos duelos donde la muerte y la desaparición de la persona querida han sido súbita, inesperada o donde pudo haber habido violencia, mutilación, destrucción del cuerpo físico o desaparición del mismo. En los casos en los que el familiar no ha podido tener ni ver el cuerpo del ser amado fallecido o desaparecido, ni ha podido enterrarlo, suele resultar más difícil la aceptación de la muerte como una realidad. Esto sucede con los pacientes fallecidos por covid-19, en donde los cuerpos son directamente incinerados o enterrados en una fosa común, no hay velatorio, no existe la despedida de los familiares, el paciente muere en soledad. Es así que el trabajo de duelo, así como la despedida que el familiar deberá hacer encuentran mayores dificultades emocionales y mentales, lo cual puede complicar el duelo tornándolo patológico o crónico. Todos estos aspectos hacen que la muerte traumática vuelva más doloroso el duelo para los seres queridos del fallecido, tornando más complicada la tarea del duelo no sólo por la imposibilidad de anticipar la muerte del ser amado, sino también por el “stress post-traumático” que sufre quien debe afrontar una muerte inesperada.

3.5 La muerte y los procesos de duelo.

En general existen acuerdos sobre la existencia de tres o cuatro fases en el proceso de duelo.

La primera fase, según Worden (1997), ha sido conceptualizada como de shock, “insensibilización de los sentimientos o anestesia emocional”, se

produce en los momentos cercanos a la pérdida. Implica una negación de la realidad de la muerte, lo que suele suceder en mayor medida cuando la muerte es inesperada e imprevista:

“La persona no siente, está como congelada por dentro, actúa como un robot, en forma automática. Sufre de anestesia emocional, que es una forma de negación, un mecanismo de defensa que cumple el propósito de suspender o anular lo que ocurre, por demasiado doloroso, que “cancela” temporalmente el evento para poder seguir viviendo...”

La segunda fase ha sido conceptualizada por John Bolwby (1980/81) [19 y 20], como de “protesta o rabia por la pérdida”, presente tanto en seres humanos como en animales de distintas especies. Se la ha llamado también fase de “anhelo” (Parkes, 1970), ya que en ella se anhela que la persona perdida vuelva y se tiende a negar la permanencia de la pérdida.

La tercera fase, de “desesperación y/o desorganización”, surge al enfrentar la ausencia irreversible del ser amado, considerada en general como fase aguda del duelo por el tipo de reacciones emocionales que despierta.

La cuarta fase, de “reorganización de la conducta”, que sucede luego de un período largo de adaptación y recuperación frente a la pérdida del ser amado.

3.6 Muerte: Actitud del personal sanitario.

Para la mayoría de las personas la muerte genera actitudes como miedo y ansiedad. El miedo a la muerte es un concepto que está inserto en el proceso de morir, e incluye el miedo a la propia muerte y a lo que sucede después de ella. Se define como una reacción emocional a la percepción de señales de peligro o amenaza, ciertas o imaginadas de la propia existencia, que pueden desencadenarse ante estímulos ambientales, situacionales, y también por estímulos internos de la persona, relacionados con la propia muerte o ajena (Uribe-Rodríguez2008) [21 y 22].

Este fenómeno no deja ajenos a los profesionales de la salud en especial a enfermería, ya que conviven y trabajan en una cultura particular que los lleva a enfrentar de esa forma a la muerte. Hoy en día se oculta la muerte, lo que hace aún más difícil hacerle frente de modo natural. Los avances tecnológicos y científicos han complicado aún más este proceso, pues se utilizan para luchar a toda costa contra lo inevitable, la muerte.

La familia muchas veces está separada de este proceso, ya sea por barreras culturales, que no permiten exteriorizar las emociones frente a estos sucesos (Benites de Lugo, 2008) [23], o por los medios tecnológicos que generan expectativas irrealistas ante una muerte inminente.

En estas circunstancias los profesionales se plantean el proceso de morir y muerte de sus pacientes, donde el cuidado pasa a constituir una herramienta mediadora que puede contribuir a mejorar la calidad del morir. Ellos comprenden desde la teoría, la importancia en su comportamiento profesional,

y del cuidado humanizado que debe acompañar este momento. Los valores éticos del cuidado humano y cercano les guían para procurar una muerte acompañada y digna (Watson J. 2007) [24].

Sin embargo, enfrentar la experiencia del cuidado durante el proceso de morir y muerte, requiere de ciertas habilidades emocionales, que tienen que ver con la forma de comunicarse con el paciente, con su toma de decisiones, su capacidad de afrontamiento, la resolución de problemas y también con su integración en el conjunto asistencial. (Poblete Troncoso M, 2007) [25]

Es importante controlar las emociones con inteligencia²³. Esta habilidad para manejar las emociones propias y a la vez interpretar las de los demás, es especialmente útil en el desempeño de las funciones de enfermería²⁴, ya que la capacidad para evaluar y distinguir entre respuestas emocionales de los pacientes puede ser decisiva en el establecimiento de una relación eficaz y significativa entre el profesional de enfermería y su paciente (Smith-Stoner M. 2007) [26]. Por lo tanto, es relevante conocer la experiencia de la muerte, así como el miedo a ésta, porque la muerte y su proceso, son experiencias inherentes a la labor profesional que se deberán desarrollar y porque esto mismo los hace más susceptibles a presentar niveles de ansiedad y actitudes que pueden afectar la calidad de los cuidados.

Considerando que los aspectos emocionales pueden estar relacionados con la manera en que los profesionales enfrentan la muerte de sus pacientes. Es necesario una preparación formal en aspectos emocionales en el enfrentamiento de la experiencia de la muerte en el personal de enfermería que permita reconocer las competencias necesarias para proporcionar cuidados que mejoren la calidad del proceso de morir y muerte (García-Caro MP, Cruz-Quintana. 2010) [27].

Cada vez se pone mayor interés en la figura del profesional de la salud, debido a la importancia que tiene su relación con el doliente en la elaboración del proceso de duelo [28].

Empatía y acompañamiento

En la formación reglada de los profesionales sanitarios no se les enseña a estar frente al sufrimiento y el dolor. Sin embargo, la atención, el cuidado y el entrenamiento a nivel técnico en el uso de herramientas y procedimientos importantes como el entrenamiento del profesional a nivel personal.

El duelo es un proceso profundamente humano, que requiere de un acompañamiento de profunda humanidad. Serán importantes las técnicas y herramientas que pongamos a disposición del doliente, pero no serán efectivas

²³ [https://www.elsevier.es/es-revista-investigacion-educacion-medica-343-articulo-importancia-inteligencia-emocional-medicina-](https://www.elsevier.es/es-revista-investigacion-educacion-medica-343-articulo-importancia-inteligencia-emocional-medicina)

²⁴ Aguilera Moreno, María José. El papel de la Inteligencia Emocional en enfermería. Rev Presencia 2016 ene-jun, 12(23).
<http://www.index-f.com/p2e/n23/p10899.php>

ni movilizadoras si no se sustentan sobre una base de empatía, autenticidad, congruencia y presencia por parte del profesional sanitario.

Por otro lado, se debe tener en cuenta de que el profesional que se enfrenta a diario con el dolor y la muerte trabaja con una intensidad emocional muy alta y aspectos muy dolorosos de la existencia. Y si no se presta atención a sí mismo, ni desarrolla estrategias de autocuidado y no se escucha y observa, puede ir desarrollando desgana, ansiedad y distancia frente a su trabajo, aspectos que tienen que ver con el Síndrome del Quemado o Burn-out²⁵.

3.7 La muerte en tiempos de COVID-19.

En Bérgamo, en el norte de Italia, los vehículos militares llevan directamente a los muertos a los crematorios, porque las funerarias ya no tienen capacidad para albergarlos. Las fotos de los convoyes han dado la vuelta al mundo. Imágenes desoladoras, con un mensaje amargo: en tiempos del coronavirus, la gente se muere sola. Al virus no le importa la dignidad de los muertos o el dolor de familiares y amigos.²⁶

El coronavirus ha puesto de manifiesto la vulnerabilidad del sistema sanitario, pero también de la vida. La pandemia de covid-19 ha parado nuestras vidas, ha parado el mundo, se ha llevado en lo que va de la fecha (agosto, 2020) la vida de más 8600 personas en la Argentina (Ministerio de Salud, 2020) y casi 417.700 se han contagiado del SARS-CoV-2 y aun no llegamos al pico. Una situación para la que no estábamos preparados, enfrentarnos a la pérdida de un familiar desde el aislamiento, sin posibilidad de despedidas, ni de arropar en ese final de la vida. Una soledad impuesta en el proceso de morir que tendrá sus repercusiones en las familias, pero también en los profesionales sanitarios.

El día a día de quienes se tienen que enfrentar a estas situaciones, desde los hospitales, desde las residencias o en los domicilios genera incertidumbre, miedo, dolor sufrimiento...

Los pacientes están conscientes de que su situación es grave y, por otro lado, la familia está en espera, confinados o aislados ante una avalancha de sentimientos, de miedo, de abandono, de desconcierto, de estar pendientes de una llamada del hospital o de la residencia.

3.8 Dificultad para elaborar el duelo en el paciente COVID-19.

El proceso de duelo de quienes se han visto golpeados directamente por la covid-19 será un duelo patológico no solo por la muerte en soledad, sino por la imposibilidad de despedirse o de recuperar el cuerpo de la persona fallecida. Y queda el vacío.

²⁵ Burnout en el personal sanitario. <https://www.intramed.net/94726>

²⁶ <https://www.bbc.com/mundo/noticias-51977246>

Tampoco los profesionales sanitarios estaban preparados para algo así. No lo tienen fácil, además de la sobrecarga laboral y la falta de equipos de protección para hacer adecuadamente sus trabajos²⁷, están acompañando al paciente porque son conscientes de que mueren de forma que ellos consideran poco humana.

Se han enfrentado a una situación que no es normal y quieren dejar claro que no se puede permitir que alguien muera solo, que es una prioridad facilitar el acompañamiento. Pero esta pandemia ha cerrado esa puerta y ha obligado a pacientes, familias y profesionales a afrontar una situación que dejará huella.

Sabemos que tratar de manera deshumanizada a los pacientes deshumaniza al profesional y queda la sensación de que no se ha hecho bien el trabajo. Morir bien es un éxito terapéutico y ahora los profesionales que atienden los casos de covid-19 tienen la sensación de no haber podido hacer bien esto y a ello se suma cierta rabia e impotencia.

Cuando todo termine, la atención a la salud mental deberá ser una prioridad. Una parte de la ciudadanía va a requerir apoyo psicológico y también los profesionales sanitarios que han vivido situaciones extremas. Así lo están recordando quienes trabajan en salud mental.

Al dolor por la pérdida hay que añadirle no haber podido acompañar en los últimos momentos, ni realizar una despedida en la que recibir el consuelo de amigos y familiares. Todo ello puede afectar a la salud mental y conformar lo que denominan un "duelo de riesgo"(patológico o complicado)²⁸.

3.9 Protocolo de acompañamiento al final de vida.

Hace algunos días, un joven trepó hasta la ventana de un hospital para despedirse de su madre infectada con coronavirus²⁹. Esta situación que sucedió en Palestina y recorrió el mundo bien podría haber sucedido en la Argentina. Y es que la pandemia cambió todo, incluso el modo de morir y la posibilidad de acompañar a quienes mueren.

El objetivo de la Red es generar intercambios y proyectos entre investigadoras/es, profesionales, tomadoras/es de decisiones y quienes gestionan política públicas y privadas en torno a los problemas vinculados al final de la vida. La meta es contribuir a mejorar la legislación y la atención de todas las personas, reconociendo plenamente sus derechos.

²⁷ Trabajadoras de la salud argentina. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/---ilo-buenos_aires/documents/publication/wcms_754615.pdf

²⁸ Duelo de Riesgo. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272007000600012

²⁹ <https://www.infobae.com/america/mundo/2020/07/22/la-conmovedora-historia-del-joven-palestino-que-escalo-hasta-la-ventana-de-un-hospital-para-acompanar-a-su-madre-fallecida-de-coronavirus/>

Desde la Bioética, Florencia Luna, Doctora en Filosofía e investigadora principal del CONICET³⁰ explica: “Hablamos de la importancia de un enfoque integral respecto de la enfermedad de coronavirus, mencionamos el derecho a la información y a la toma de decisiones. Más adelante, en el punto 5 aparece el respeto a la autonomía de el/la paciente. También es fundamental consultar los deseos y voluntades y aprovechar la desgracia que estamos pasando y sacar lo positivo, por ejemplo, empezar a ver que existen voluntades anticipadas. Es decir, especificar de antemano como queremos transitar este proceso médico. Y otro de los puntos relevantes tiene que ver con facilitar el contacto y la comunicación de el/la paciente con su familia y/o entorno afectivo, y hablar de la comunicación en términos de empatía, honestidad y transparencia. Todos estos elementos que aparecen en las recomendaciones tienen un fuerte contenido ético y tienen parte de su acervo en la Bioética”

Ante esto, la diputada nacional Claudia Najul (UCR – Juntos por el Cambio), hace unos días presentó un proyecto para establecer un protocolo de acompañamiento familiar a las personas con COVID-19 en la etapa final de su vida. Ahora presentó dos nuevos proyectos para ampliar y complementar su iniciativa anterior, modificando la ley de los derechos del paciente y creando un Programa Nacional de Cuidados Paliativos, donde se incluya también a la familia del paciente.

El objetivo es que se tenga en cuenta una mirada integral, una mirada humanitaria, una mirada centrada en la persona y en su familia, en sus derechos, una mirada holística. Que reciba atención psicológica en las Unidades de Terapia Intensiva, que reciba información sobre todo su estado de salud, los procedimientos que se le van a hacer en lenguaje claro y pueda, si así lo desea, recibir el acompañamiento de un familiar o de un ser querido. [29]

3.10 En Mendoza: El último adiós...

Mientras tanto, en Mendoza el Ministerio de Salud comenzó a discutir un protocolo que permita un acompañamiento familiar a los pacientes en etapa terminal por Covid-19. La iniciativa, que ha formado parte del debate mundial sobre el derecho de los pacientes aislados en terapias intensivas, ingresó como proyecto de ley en el Congreso argentino y se aplica en el sanatorio porteño Mater Dei. Ahora Mendoza quiere aplicarlo a todos los hospitales públicos y privados de la provincia como resolución ministerial ante las muertes por coronavirus.

La diputada nacional Claudia Najul (UCR), exministra de Salud de Mendoza, presentó hace una semana un proyecto de ley para que el enfermo de covid-19 no muera solo. “El derecho del adiós en la última etapa de su vida con esta enfermedad, además del acompañamiento psicológico en terapia intensiva y la información clara de lo que está pasando”, dice Najul.

³⁰ Protocolo de tratamiento humanizado del final de vida en contexto de pandemia.
<https://www.conicet.gov.ar/wp-content/uploads/Recomendaciones-.pdf>

Su proyecto plantea que cada hospital podrá redactar un protocolo, en base a sus comités de bioética, que garantice una muerte humanitaria, con todos los cuidados paliativos, el acompañamiento, la voluntad a rechazar o no un tratamiento, mientras el paciente esté consciente. Y, una vez que ingresa en una etapa terminal, el derecho de su familia a poder despedirlo. La OMS destaca la necesidad de humanizar la atención en esta pandemia.

El protocolo que quiere aplicar Mendoza establece que el familiar o persona cercana al enfermo no puede pertenecer a alguno de los grupos de riesgos de coronavirus y que debe contar con medidas de seguridad e higiene para poder despedirlo. Este protocolo entro en aplicación el 07 de setiembre³¹. [30]

³¹ <https://www.baenegocios.com/sociedad/Mendoza-Entro-en-vigencia-el-protocolo-del-ultimo-adios-para-pacientes-terminales-con-coronavirus-20200907-0040.html>

APARTADO 4

PERSONAL SANITARIO:

ACTITUDES - CUIDADOS

4.1 Introducción.

La Organización Mundial de la Salud designó el 2020 como el "Año de la enfermera y la partera" en celebración del 200 aniversario del nacimiento de Florence Nightingale (1820–1910). En todo el mundo, muchas organizaciones, asociaciones profesionales, sistemas de atención de salud y otras entidades estaban preparadas para celebrar las numerosas contribuciones de las enfermeras en el avance de la salud y el bienestar de las personas en cada nación.

Era completamente inesperado que éste también fuera el año de una crisis de salud internacional. Hoy el mundo entero está lidiando con el impacto de la pandemia de coronavirus (COVID-19) y las enfermeras han estado ahí, en primera línea, desde el primer día.

El 10 de marzo de 2020, la OMS declaró el brote de coronavirus como una pandemia [31], enviando un mensaje claro: todos jugamos un papel fundamental en la prevención activa de una mayor propagación del virus y en la búsqueda de formas de proteger a las personas más expuestas. Este tipo de llamada a la acción no es nuevo para la enfermería. A lo largo de la historia, la profesión ha desarrollado un papel importante en los tiempos de crisis y ha brindado atención, cuidados e innovación que ha salvado vidas y reducido el sufrimiento. Esta situación no es diferente.

4.2 Contexto actual de la pandemia.

La pandemia de COVID-19 ha dejado al descubierto la vulnerabilidad de los sistemas de salud, así como el déficit de profesionales de enfermería para enfrentar la situación desde la primera línea de atención. Para contener y mitigar la COVID-19 es fundamental contar con equipos de protección personal (EPP) idóneos y suficientes, acciones de formación continua, condiciones laborales dignas, protocolos acordes a los estándares internacionales, equipos multidisciplinarios e interdisciplinarios, herramientas tecnológicas y voluntad política desde las instancias directivas de las instituciones de salud. Si se tienen en cuenta y se implementan las medidas anteriores, los profesionales de enfermería tendrán la oportunidad de demostrar todo su potencial como gestores del cuidado mediante acciones de educación y orientación, implementación de prácticas de autocuidado, y comunicación positiva dirigida a la persona, la familia y la comunidad. El apoyo que puede brindar el personal de enfermería en este escenario es fundamental para mitigar las dificultades que presentan los servicios de salud, así como para favorecer las medidas de protección personal y promoción de salud en beneficio del ser humano.

Por lo tanto, la pandemia actual ha mostrado la necesidad e importancia de disponer de profesionales de salud en número adecuado a las necesidades de cuidados y con buenas condiciones de trabajo (inclusive equipos de protección personal y otros recursos, apoyo al trabajo en equipo y educación continuada), así como el rol relevante que desempeñan los profesionales de enfermería en

los sistemas de salud. Los profesionales de enfermería son la primera línea de atención y cuidados y tienen un rol crucial en la mejora del acceso y de la calidad de la atención de salud. El escenario actual puede tornarse especialmente fértil para que la nación invierta en mejorar las condiciones de trabajo y educación en enfermería, lo cual redundará en importantes logros para la cobertura universal de salud y el acceso a la salud de las poblaciones de toda la República.

Durante el encuentro virtual organizado por la OPS/OMS en Buenos Aires, junio de 2020 [32]:

“La pandemia por COVID-19 desnudó los desafíos que enfrentan los países en torno a los recursos humanos para la salud, tanto en lo que refiere a los trabajadores de los servicios sanitarios, como los dedicados a la búsqueda activa y aislamiento de cada caso y al rastreo de cada contacto y su cuarentena, o a los microbiólogos trabajando las 24 horas para asegurar un diagnóstico oportuno”, afirmó la representante de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) en Argentina, Maureen Birmingham, durante un conversatorio virtual sobre Gestión del Trabajo, Salud y Seguridad de los Trabajadores de la Salud (Bs. As. Junio 2020).

“Esta pandemia está exponiendo y agudizando las falencias que existen y los desafíos que tenemos adelante en los sistemas de salud. Desnudó la subinversión crónica desde décadas en estas funciones clave. Y ahora estamos pagando en vidas y en nuestras economías por este descuido”, subrayó Birmingham.

Además, señalaron se han evidenciado limitaciones de recursos humanos para la salud y de experticias en los diversos niveles de atención. Adicionalmente, se sumó la reducción del personal de salud activo, debido a enfermedad personal o de familiares, factores de vulnerabilidad como edad o comorbilidades, o por negarse a trabajar en condiciones inadecuadas de seguridad personal o del entorno.

Enríquez destacó la voluntad política de acompañar a la enfermería, el reconocimiento y el valor a esta profesión del ministro de Salud de la Nación, Ginés González García, a partir de la creación de la Dirección de Enfermería que depende la Secretaría de Calidad. “Dentro de las funciones que estamos llevando a cabo creemos fundamental cuidar a los que cuidan a través la capacitación de los enfermeros con alcance federal”

4.3 Rol de la enfermería en la pandemia.

El que hacer de enfermería va más allá del ámbito hospitalario, en el área de atención primaria, en su labor de enlace entre la comunidad y los servicios de salud, y entre la comunidad y diferentes sectores que pueden apoyar. La enfermería se vale de elementos de comunicación, diálogo y que favorecen el cuidado de la salud y promueven el desarrollo individual y comunitario.

Por otro lado, refiriéndose al rol de la enfermería en pandemia, el Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, Director General de la OMS (2020) dijo: “los profesionales de enfermería son la columna vertebral de cualquier sistema de salud y hoy en día muchos de ellos se encuentran en primera línea en la batalla contra la COVID-19”.³²

En tal sentido profesionales de enfermería constituyen el principal elemento de los equipos de salud y en muchos lugares de nuestra Región, son el primero y algunas veces el único recurso humano en contacto con los pacientes y las comunidades. Durante el transcurso de la pandemia por COVID-19 en nuestros países, el liderazgo del personal de enfermería ha resultado clave en el desarrollo de procesos asistenciales fundamentales para la respuesta, entre los cuales se destacan los siguientes:

- El fortalecimiento de la atención domiciliaria de casos leves, dando indicaciones preventivas y las posibilidades que el medio ofrece, recurriendo al diálogo, la creatividad, la recursividad y la empatía.
- La organización del triage en los establecimientos de salud
- La coordinación con las redes de servicios de atención prehospitalaria para la gestión de referencias y traslados
- La gestión clínica en red para la continuidad de la atención y eficiencia del uso de los recursos hospitalarios
- La reorganización y capacitación del personal en control de infecciones, seguridad y protección personal
- El apoyo a la gestión de la cadena de suministros
- La realización de teleconsultas para la evaluación, monitoreo, control y seguimiento de pacientes ambulatorios reduciendo las visitas innecesarias a los servicios de salud
- Dado a que deben abocarse a lo urgente, quienes trabajan en APS deben destinar muchos esfuerzos y atender prioritariamente la vacunación contra la influenza, lo que significa la inmunización de la población.
- En Atención Primaria: prevención de la enfermedad, detección de signos de alarma y complicaciones, protección ante el virus, asesoramiento, educación y orientación al paciente y a su familia sobre medidas de aislamiento: Enlace entre el sujeto de cuidado y las indicaciones de prevención y tratamiento.
- Adopción de nuevas actividades en salud requeridas para hacer frente a la pandemia: enlace entre las demandas actuales de la pandemia y las condiciones existentes en la Unidad Primaria de Atención, los

³² <https://www.paho.org/es/noticias/7-1-2021-rol-personal-enfermeria-mexico-lucha-contr-pandemia-covid-19>

enfermeros lideran los cambios que se deben realizar en las labores diarias, de acuerdo a las indicaciones ministeriales.

- Autocuidado y protección profesional con base en los recursos disponibles.

Mientras tanto se observa que a las Unidades de Cuidados Críticos llegan los pacientes más graves, los enfermeros tienen un rol de "gran responsabilidad". Debe ser líder para trabajar por un objetivo común: salvar la vida del paciente, priorizando claramente las problemáticas de salud existente, con alta competencia técnica y una gran mirada de cuidado humanizado.

En general las labores de enfermería implican estar al tanto y pendiente de las necesidades asistenciales, administrativas y las de los demás miembros del equipo de salud. Algo que no solo se realiza en las unidades de pacientes críticos, sino también en la atención primaria.

Los largos turnos y la gran carga emocional repercuten indudablemente en la vida de los enfermeros, pero para eso se han formado, es lo que llena el alma de satisfacción, cuando los pacientes se recuperan y son capaces de respirar por sí solos, luego de retirarles el soporte ventilatorio, cuando luego de largos minutos realizando masaje cardiaco, ven un latido en el monitor, cuando son capaces de caminar luego de meses postrados, cuando han curado sus heridas y han sanando, cuando son trasladarlos a una unidad de menor complejidad porque han mejorado considerablemente; esto es nuestra mejor recompensa para el personal sanitario. [33]

4.4 Conflicto entre el cuidado del paciente y el autocuidado.

Tanto como profesionales presentes en la primera línea en los Cuidados Intensivos, así como líderes y referentes de equipos de trabajo, se están viendo enfrentados a una crisis sanitaria mundial, junto a una sobre exigencia de nuestro sistema de salud, lo cual nos impone desarrollar mecanismos de adaptación, optimización de recursos y de medidas de autocuidado que comprendan a todo el equipo de salud [34].

La incertidumbre, el estrés que conlleva las dificultades en la atención médica durante un brote epidémico como coronavirus (COVID-19), exige una especial atención a las necesidades de apoyo emocional del personal de salud. Cuidarse a sí mismo y animar a otros a auto cuidarse mantiene la capacidad de cuidar a los pacientes (Sociedad Española de Psiquiatría, 2020).

En el corto plazo y enfrentando la realidad actual, el personal de salud está tratando de balancear lo mejor posible sus competencias profesionales, con los cuidados de los pacientes, sus familias y el propio cuidado o autocuidado.

El rol que define a la enfermería es: el cuidado³³. En este sentido la responsabilidad profesional primordial de la enfermera será con las personas

³³ Feito Grande L. Los cuidados en la ética del siglo XXI. *Enferm Clin.* 2005;15(3):167-74. [[Links](#)]

que necesiten cuidados de enfermería. Pero, al mismo tiempo, la enfermera mantendrá un nivel de salud personal que no comprometa su capacidad para dispensar esos cuidados. En situaciones de pandemia, los principios de cuidado integral del paciente y de cuidado personal entran en conflicto.

La situación más grave se da cuando personas contagiadas de coronavirus precisan de cuidados y la enfermera encargada de prestarlos carece de medios para protegerse frente al riesgo de contagio, o los que tiene a disposición para hacerlo son insuficientes. Pero el único riesgo no es la exposición a patógenos. También se deben contemplar los riesgos derivados del incremento de las horas de trabajo, la angustia psicológica, la fatiga, el estrés moral, el estigma, también la enfermera puede formar parte de un grupo vulnerable; no contar con apoyo adecuado para satisfacer sus necesidades personales y familiares; disponer de unos medios de protección inadecuados, todo esto conlleva a afectar su salud mental³⁴.

En general, la enfermera no debe asumir riesgos desproporcionados de contagio y, por tanto, no debe trabajar si no cuenta con equipo de protección personal. La OMS ha recordado, con ocasión de la crisis, que el personal sanitario "tiene derecho a retirarse de una situación laboral que tenga una razonable justificación para pensar que ofrece un peligro inminente y grave para su vida o salud".³⁵ Es responsabilidad de la administración sanitaria, o de las empresas que prestan servicios de salud, proveer medios de protección personal.

4.5 Exposición del personal sanitario en tiempos de pandemia.

La pandemia de COVID 19 expone a profesionales de la salud en todo el mundo en una situación sin precedentes, teniendo que tomar decisiones imposibles y trabajar bajo presiones extremas. Esto puede causar que algunos experimenten lesiones morales o problemas de salud mental. La crisis sanitaria a causa del coronavirus crea un entorno de incertidumbre y estrés que exige prestar apoyo emocional al personal sanitario con el objetivo de mantener su capacidad de cuidar a los pacientes [35].

Las situaciones a las que pueden o deben enfrentarse³⁶ son:

³⁴ Greenberg N, Docherty M, Gnanapragasam S, Wessely S. Managing mental health challenges faced by healthcare workers during covid-19 pandemic. BMJ. 2020;368: m1211 doi: 10.1136/bmj.m1211 [[Links](#)]

³⁵ WHO. Coronavirus disease (covid-19) outbreak: rights, roles and responsibilities of health workers, including key considerations for occupational safety and health. Disponible en: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/who-rights-roles-respon-hw-covid-19.pdf?sfvrsn=bcabd401_0 [[Links](#)]

³⁶ Problemas bioéticos en la prestación de cuidados enfermeros durante la pandemia COVID-19. Univ. Valencia, España. Junio 2020. <https://www.redalyc.org/journal/4260/426064022013/html/>

Desbordamiento en la demanda asistencial: Esto dado por el alto flujo de consulta de pacientes relacionados a la crisis de salud, así como su alta tasa de internación, más aquellos que consultan por cuadros clínicos a los que estamos habituados, pero en carácter de descompensación o urgencia ya que se ha visto que la población evita acercarse a los recintos de salud en este periodo

Alto riesgo de contagio: existe un mayor riesgo de contraer enfermedades y transmitirlos a su entorno.

Equipos insuficientes e incómodos: los EPP (equipos de protección personal) son insuficientes y la seguridad es incierta, pero además son incómodos, ya que limitan el movimiento y la comunicación.

Proporcionar apoyo y atención de salud al paciente y a su familia: El apoyo y atención de salud al paciente y a su familia: cómo relacionarnos en este nuevo escenario (puede ser cada vez más difícil de manejar).

Gran estrés en las zonas de atención directa: lo que se ha llamado “la primera línea” y que incluye a profesionales de la salud y al personal de apoyo. Se puede experimentar una amplia gama de emociones (por ejemplo: pena, miedo, frustración, culpa, rabia, insomnio, agotamiento, etc.). Se evidencia, además, una sobre-exposición al sufrimiento de familia, porque en estas circunstancias el personal de salud asume el papel de la familia frente al paciente y debe al mismo tiempo enfrentar a la familia con la entrega de información y contención.

Exposición al desconsuelo de las familias: el personal sanitario se expone a un sufrimiento intenso ante la muerte en aislamiento.

Dilemas éticos y morales: la falta de medios, la sobrecarga y la evolución incierta de los pacientes derivan en ocasiones en que el profesional deba tomar decisiones complejas.

Las respuestas a las situaciones que el personal de salud debe enfrentar pueden desencadenar estrés emocional.

Como respuesta a estos retos, el personal de salud puede manifestar reacciones en el ámbito emocional, cognitivo, físico y conductual; los cuales, si se logran percibir y entender como normales frente a una situación anormal, podrían y deberían contribuir al autocuidado del mismo personal de salud (percibir la situación).

4.6 Como afecta la pandemia al personal sanitario.

Las reacciones normales que el personal de salud puede sentir³⁷:

- Emocionales (temporales): estado de shock, temor, tristeza, resentimiento, culpa, desesperanza, irritabilidad, alta reactividad, mayor labilidad emocional, dificultad para expresar sentimientos, bloqueo emocional.
- Cognitivas: confusión, dificultad de concentración y atención, recuerdos y pensamientos intrusivos, embotamiento, dificultad para conectar.
- Físicas: tensión, fatiga, problemas de sueño, cambios en el apetito, náuseas, taquicardias, cefaleas tensionales, molestias musculoesqueléticas.
- En las relaciones interpersonales: conductas de aislamiento, evitación de la interacción, sentimientos de rechazo o abandono, actitudes de frialdad y distanciamiento de los otros o, por el contrario, actitudes de sobreprotección y control

Se trata de reacciones “normales” ante una situación extraordinaria, lo que no quiere decir que no sea necesaria la actuación sobre las mismas³⁸.

Por otro lado, una investigación realizada en mayo de este año, por el Equipo de Investigación GPS Salud (Grupo de evaluación y seguimiento del Personal de Salud), formado por científicos del CONICET y de universidades públicas y privadas de Argentina [36], advierte que la salud mental del personal de salud está en peligro.

Para estudiar las preocupaciones del personal de salud afectada al COVID-19 en Argentina, este equipo de investigación (CONICET, UBA, UAP, UA y UCES) realizó un cuestionario que preguntaba sobre tales preocupaciones, sobre indicadores de depresión, ansiedad, intolerancia a la incertidumbre y sobre estrategias de afrontamiento. El mismo fue respondido hasta el momento y durante un mes por **1500** trabajadores de la salud (i.e., médicos, enfermeros, bioquímicos, entre otros) de todo el país, de ambos géneros, tanto del ámbito público como privado, incluyendo personas que trabajan en las distintas áreas de incumbencia dentro de la primera línea de atención (sala de guardia, internación general, UTI e internación intermedia, etc.).

Las principales conclusiones son las siguientes:

- La preocupación por la posibilidad de contagiar a sus seres queridos aumentó del 83% al 90%.
- La preocupación ante la posibilidad de contagiarse ellos mismos cambia significativamente del 65% al 71%.

³⁷ <https://theconversation.com/como-afecta-la-pandemia-al-personal-sanitario-efectos-psicologicos-y-como-minimizarlos-133988>

³⁸ OPS: Calidad de vida del personal sanitario durante la pandemia COVID-19, mayo 2022
<https://iris.paho.org/handle/10665.2/55930>

- El 63% considera no contar con equipamiento adecuado y esto se mantiene en el tiempo, aunque en el último periodo desciende levemente al 60%.
- En cuanto a contar con un equipo de contención y apoyo psicológico, sólo el 32% de ellos dicen tenerlo, pero al mismo tiempo estas personas disminuyen significativamente su participación en estos equipos (pasan del 24% al 19%) representando sólo el 7% de la muestra total.
- Por otro lado, el 78% cree que contar con un grupo de contención y apoyo psicológico lo ayudaría con sus problemas y temores, sin que se observen cambios significativos a través de los periodos, indicando una búsqueda de apoyo, que probablemente no encuentra en los grupos de contención psicológica que se le ofrecen.
- Los indicadores de depresión, ansiedad e intolerancia a la incertidumbre han aumentado a lo largo de todos los periodos, al tiempo que la ayuda psicológica efectiva permanece en niveles muy bajos.
- En términos de porcentaje, los indicadores de depresión, como la irritabilidad pasa del 34 al 54% y los trastornos en el sueño pasan del 43% al 67%. En cuanto a indicadores de ansiedad, pasan del 53 al 73%.
- Finalmente, las mujeres obtuvieron en general, valores significativamente mayores que los varones en todos los indicadores de depresión, ansiedad e intolerancia a la incertidumbre.

4.7 Apoyo psicológico al personal sanitario.

En el campo de los trabajadores sanitarios, la intervención desplegada tiene un enfoque epidemiológico y clínico bien declarado, las acciones son dirigidas a disminuir los riesgos de contagio, aplicar los mejores tratamientos a los infectados y disminuir el riesgo de muerte, al tiempo que garantizar la seguridad de los encargados de realizar estas acciones. [37]. Sin embargo, los aspectos psicológicos que afectan a este personal son poco tratados. Por lo tanto, parte de la seguridad biológica, es la estabilidad psicológica del personal que da el servicio sanitario, base primaria para que todo el procedimiento sea realizado con la calidad que se requiere.

Algunos autores y asociaciones se refieren a la necesidad de desarrollar acciones para mantener la salud mental, divulgada como producto del trabajo de psicólogos, asociaciones internacionales y sociedades de psicología, que han podido identificar este vacío en el despliegue de acciones desarrolladas en los diferentes países [37 y 38]. Se comprende la necesidad de no posponer la

acción en el campo de la seguridad psicológica, para brindar los cuidados necesarios al personal sanitario.³⁹

¿Qué es la seguridad psicológica?

En el informe “Gestión de seguridad psicológica del personal sanitario en situaciones de emergencia por COVID-19 en el contexto hospitalario o de aislamiento” (abril, 2020) [39]:

En el personal de salud, por lo general hay una tendencia a posponer la gestión de sus propias inquietudes, preocupaciones y miedos hasta algún momento propicio o un punto de quiebre. Este es un estado temporal, que indica la ineficiente capacidad del sujeto para gestionar tanto las situaciones estresantes como sus propios estados emocionales. Por tanto, el estado de expectación, inseguridad o incertidumbre sobre el futuro, el temor de convertirse en agente de contagio o ser contagiado, la ansiedad, el agotamiento físico y emocional, el estrés y otros signos, pueden esperarse en este personal y ello no quiere decir que esté incapacitado para hacer su trabajo con calidad o que sea una persona débil.

Es importante ofrecer recursos multimedia (audios, videos, infografías) y en especial la formación de un equipo psicólogos/as, psiquiatras para brindar apoyo psicológico a los equipos de salud.

³⁹ OMS: Garantizar la seguridad de los trabajadores de salud. <https://www.who.int/es/news/item/17-09-2020-keep-health-workers-safe-to-keep-patients-safe-who>

Hipótesis.

La situación actual, la experiencia previa y la formación emocional (inteligencia emocional) condicionan al personal de enfermería a prestar una atención de calidad en la pandemia.

CAPITULO II

DISEÑO METODOLÓGICO.

- Área de estudio:

El Hospital Italiano es un centro de alta complejidad de atención integral, pero se destaca especialmente por las cirugías cardiovasculares y de trasplante de órganos. Es una institución del sector privado. Ubicado en la Av. Acceso Este 1070 Lateral Norte, del departamento de Guaymallén, Mendoza.

El Hospital Italiano cuenta con los siguientes servicios de internación:

- Clínica Médica 1° Piso
- Clínica Médica 2° Piso.
- Clínica Médica 3° Piso.
- Maternidad.
- Neonatología.
- Internación de Día de Hemodinámica.
- Unidad del Dolor Torácico.
- Unidad Coronaria.
- Unidad de Terapia Intensiva.
- Recuperación Cardiovascular.
- Sala Común de Cirugía Cardiovascular

Debido a la emergencia sanitaria, el hospital debió reestructurarse para poder dar atención médica a los pacientes con COVID-19 en todas las complejidades que requieren su cuadro de gravedad.

En un principio se destinó solo el Segundo Piso de Clínica Médica para la atención de pacientes clínicamente estables y la Unidad del Dolor Torácico quedo para los pacientes que requieran mayor complejidad, como la asistencia respiratoria mecánica.

Con el correr de las semanas y ante el aumento de casos, se fueron habilitando el Tercer Piso de Clínica Médica, luego el Primer Piso de Clínica Médica para pacientes COVID-19, obviamente con las cirugías suspendidas, solo se habilitaban los quirófanos para cirugías estrictamente urgente, y estos pacientes irían al Servicio de Recuperación Cardiovascular de CCV.

En un intento desesperado para descongestionar el hospital, se empezaron a derivar a los pacientes clínicamente estables al Hotel Intercontinental, en donde en conjunto con Clínica de Cuyo alquilaron tres pisos de dicho Hotel para este tipo de pacientes. Usaron toda una logística para trasladar médicos y enfermeros para la atención de los pacientes en dicho lugar.

Actualmente ante la desbordante situación y la creciente complejidad de los pacientes, se empezó a usar la Unidad Coronaria con sus cuatro camas de alta complejidad y reciente mente hace unos días se empezó a usar la Unidad de terapia Intensiva con sus cuatro camas de alta complejidad para pacientes Covid-19.

El servicio de Cardiovascular está absorbiendo a los pacientes coronarios con COVID-19 negativos. Los únicos servicios que se van a mantener libres de COVID son Neonatología y Maternidad. El Auditorio del hospital se reacondiciono y se transformó en la Guardia de Enfermedades Respiratorias COVID.

Por lo tanto, después de la reestructuración del hospital, el servicio de internación que presta en esta pandemia, quedo de la siguiente manera:

- Clínica Médica 1° Piso: COVID-19.
- Clínica Médica 2° Piso: COVID-19.
- Clínica Médica 3° Piso. COVID-19.
- Unidad del Dolor Torácico: COVID-19.
- Unidad Coronaria: COVID-19.
- Unidad de Terapia Intensiva: COVID-19.

El hospital tiene un plantel de enfermería relativamente joven con un promedio de edad de 38 años, solo fue necesario una redistribución y se contrataron enfermeros para que hagan prestaciones en el hospital.

- **Tipo de estudio:** Diseño Cuantitativo - Descriptivo.

- **Clasificación:**

- Según tiempo de ocurrencia de hechos y registros de Información:
 - Prospectivo.
- Según tiempo y secuencia del estudio:
 - Transversal.
Estudiaremos las variables en el periodo comprendido entre mayo y noviembre del 2020.
- Según análisis y alcance de resultados:
 - Analítico.
Tratar de describir las actitudes de los enfermeros en tiempos de pandemia.
- De acuerdo a la finalidad o propósito:
 - Aplicado.
- De acuerdo al alcance:
 - Seccional.
- De acuerdo a su amplitud:

- Micro sociología.
Haremos el estudio tomando un grupo representativo de enfermeros que trabajan en el Hospital italiano de Mendoza.

- **Población y muestra:**

- Universo: Todos los enfermeros que trabajan en el Servicio de Cuidados Críticos del Hospital Italiano (N° de enfermeros 28)

- **Unidad de análisis:**

- Cada uno de los enfermeros en estudio.

- **Dimensión:**

- Nivel de formación del personal de enfermería.

- **Indicadores:**

- Conocimiento del tratamiento en el paciente COVID-19, contención.

- **Variables:**

- Variable dependiente: Opinión sobre actitudes propia del enfermero.
- Variable Independiente:
- Variable Teórica: Actitud del personal de enfermería.
- Variable Intermedia: Opinión del personal de enfermería.
- Variable Empírica:
- Indicadores: miedo, angustia, estrés, frustración.

Los criterios de Inclusión y Exclusión.

- ❖ **Criterios de Inclusión:** Se consideró a los profesionales del Servicio de Unidad de Terapia Intensiva del Hospital Italiano que respondieron el cuestionario correspondiente.

- ❖ **Criterios de Exclusión:** Se consideró todos los profesionales que no contestaron el cuestionario correspondiente.

Los Aspectos Éticos - Legales.

- Formulación de notas ver hoja de anexos.

Técnicas e instrumentos de medición:

- **Método:** Encuesta estructurada.
- **Instrumento de recolección de datos:** Desarrollamos una encuesta anónima y estructurada, en formato de formulario de Google Docs®. Para obtener datos que puedan mejorarla calidad de atención del paciente y del autocuidado.

Se realizará difusión de la misma mediante correo electrónico.

La encuesta (anexo) incluye:

- Datos personales.
 - Preguntas sobre la actividad asistencial de los enfermeros durante esta pandemia.
 - Preguntas sobre la experiencia asistencial vivida.
 - Preguntas sobre el aspecto psicológico-emocional.
- **Fuente de información primaria:** cómo surge de una investigación directa, la información es brindada a través de cada uno de los profesionales de enfermería.
 - **Fuente de información secundaria:** los datos son obtenidos a través de la bibliografía consultada durante la elaboración de este trabajo.
 - **Análisis y presentación de datos:** se cargarán en una tabla matriz y luego se construirán gráficos de barra, diagramas de torta.

ESQUEMA TEMATICA DE LA ENCUESTA

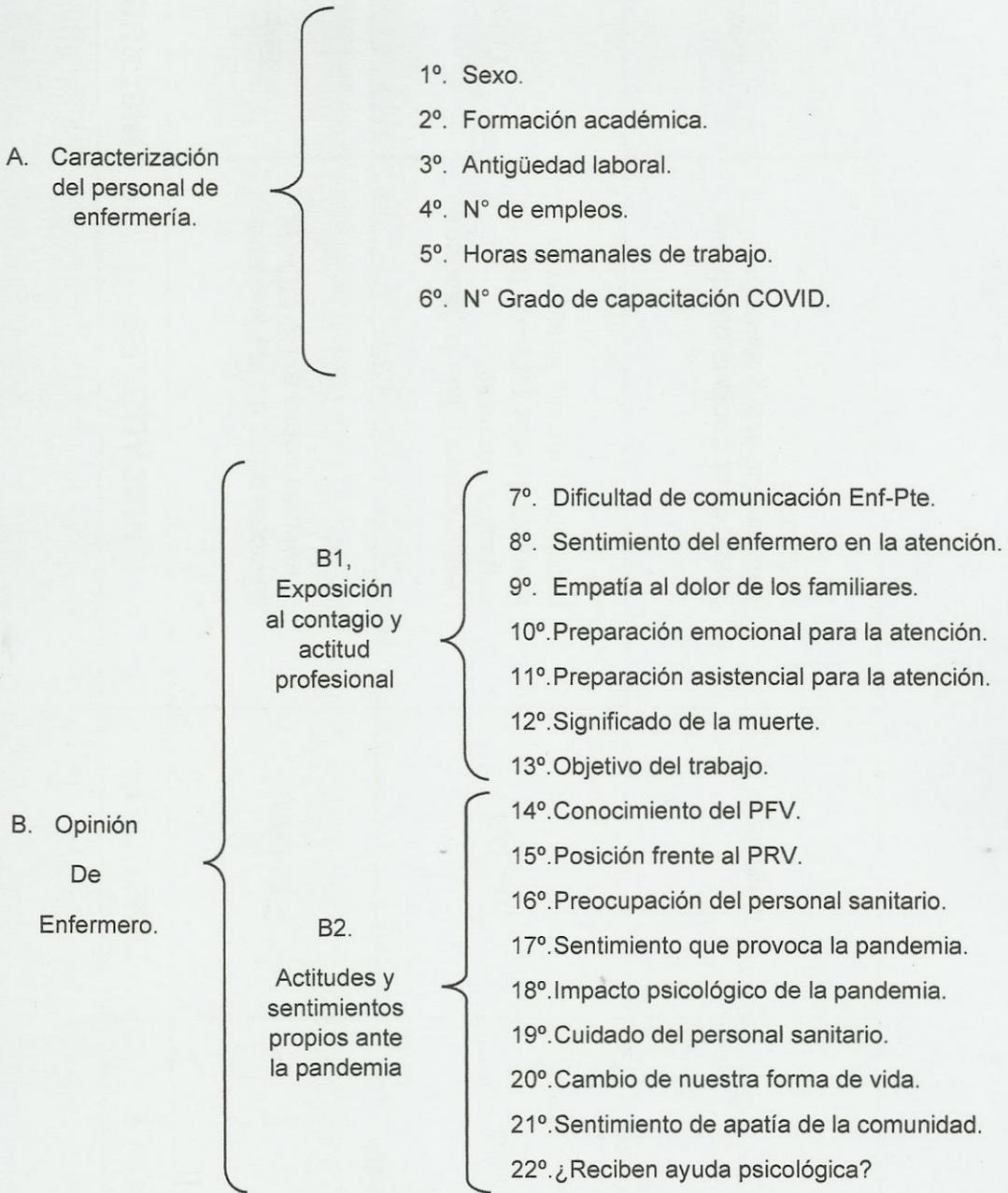


TABLA A: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADORES	INSTRUMENTOS.
Actitud Del Personal De Enfermería	Cognitiva	<ul style="list-style-type: none"> - Juicios acerca de la pandemia. - Creencias sobre el COVID-19. 	Encuesta
	Afectiva	<ul style="list-style-type: none"> - Sentimientos hacia la pandemia: negación, rechazo. - Emociones que produce la pandemia: temor, frustración. 	Encuesta
	Conductual	<ul style="list-style-type: none"> - Intenciones hacia la pandemia - Tendencias que genera la pandemia 	Encuesta Observación.

ANÁLISIS, PROCESAMIENTO Y PRESENTACIÓN DE DATOS:

En base a las respuestas obtenidas de los encuestados, realizamos análisis de estos datos, para luego elaborar diversos gráficos y tablas lo que nos permitirá sacar conclusiones sobre el efecto de la pandemia en la actitud del enfermero.

Los ordenaremos de acuerdo a las diferentes temáticas evaluadas, fijadas en el Esquema temática de la encuesta.

PRESENTACIÓN DE TABLAS Y GRAFICOS

TABLA N° 1:

Sexo de los profesionales de enfermería encuestados que trabajan en el servicio de Cuidados Críticos del Hosp. Italiano. Nov. 2020.

Sexo	F.A.	F.R.%
Masculino	6	21.4%
Femenino	22	78.6%
Total	28	100%

Fuente: Información obtenida del instrumento de recolección de datos utilizado en este trabajo, en el servicio de Cuidados Críticos del Hospital Italiano, durante el Segundo semestre del 2020.

GRAFICO N° 1



COMENTARIO:

De la tabla y gráfico podemos observar que la mayor cantidad de profesionales de enfermería en la Unidad de Cuidados Críticos, es mayor en mujeres ya que representa el 78,6% del total de profesionales, siendo el 21,4% restante, personal de enfermería masculinos. Ésta diferencia en favor del personal femenino, va en concordancia con la media provincial y Nacional. De acuerdo a un estudio del Observatorio Sindical de la Salud Argentina (OSINSA) realizado en 2018, el 74% de quienes trabajan en el área de enfermería son mujeres. Este sector tiene la particularidad de ser la actividad con mayor nivel de feminización.

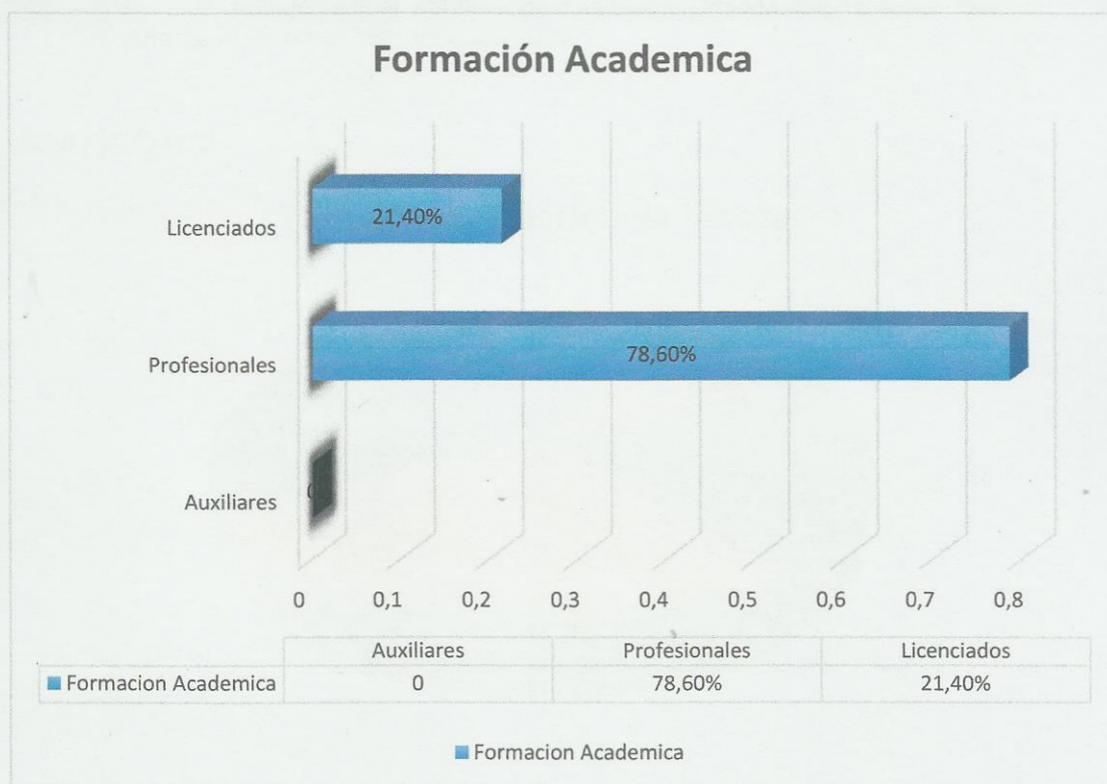
Tabla N° 2:

Nivel Académico de los profesionales de enfermería encuestados que trabajan en Cuidados Críticos del Hosp. Italiano. Nov. 2020.

Formación Académica	F:A.	F.R.%
Auxiliar	0	0%
Profesional	22	78,60%
Licenciado	6	21,40%
Total	28	100%

Fuente: Información obtenida del instrumento de recolección de datos utilizado en este trabajo, en el servicio de Cuidados Críticos del Hospital Italiano, durante el Segundo semestre del 2020.

GRAFICO N°2



COMENTARIO:

Obsérvanos que el 78,60% son profesionales y el 21,40% restante son licenciados. Vemos que ya no existen auxiliares de enfermería en el equipo de Cuidados Críticos, esto es debido a que muchos se han profesionalizado en los últimos 15 años, acogiéndose a los programas de profesionalización de auxiliares de enfermería dictado en las Universidades e institutos del medio, como los institutos IDICSA del gremio de la sanidad, el IES 9-015 o la UN-Cuyo en sus inicios.

TABLA N° 3:

Años de experiencia de los profesionales de enfermería encuestados que trabajan en Cuidados Críticos del Hospital Italiano. Nov. 2020.

Tiempo de experiencia	F.A.	F.R.%
< 2 años	2	7,1%
2 a 5 años	3	10,8%
6 a 10 años	6	21,4%
11 a 15 años	8	28,6%
>15 años	9	32,1%
Total	28	100%

Fuente: Información obtenida del instrumento de recolección de datos utilizado en este trabajo, en el servicio de Cuidados Críticos del Hospital Italiano, durante el Segundo semestre del 2020.

GRAFICO N°3



COMENTARIO:

Del gráfico, observamos que el equipo de trabajo cuenta con personal de gran experiencia ya que el 32,1% tiene más de 15 años de experiencia, seguido del 28,6% que tiene entre 11-15 años de experiencia. Lo que quiere decir que más del 60% de los enfermeros tiene más de 10 años de experiencia, lo que da un trabajo más sólido y permite integrar a los nuevos enfermeros sin alterar el patrón grupal de trabajo.

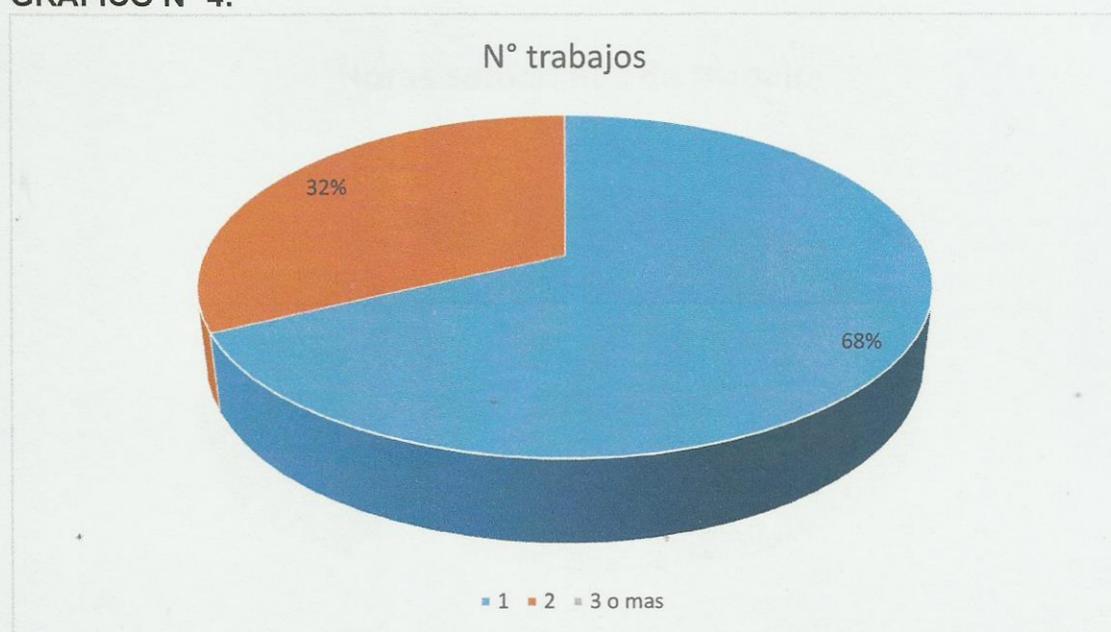
TABLA N° 4:

Número de trabajos, de los profesionales de enfermería encuestados, que trabajan en Cuidados Críticos del Hospital. Italiano. Nov. 2020.

N° de Trabajo	F.A.	F.R.%
1	19	67,9%
2	9	32,1%
3 o mas	0	0
Total	28	100%

Fuente: Información obtenida del instrumento de recolección de datos utilizado en este trabajo, en el servicio de Cuidados Críticos del Hospital Italiano, durante el Segundo semestre del 2020.

GRAFICO N° 4:



COMENTARIO:

Del gráfico, observamos que el 32% del personal tiene otro trabajo, ya sea en el sector privado como estatal, por lo cual están sometidos a largas jornadas de trabajo, con el estrés que esto conlleva sobre todo en estos tiempos. Esto los tiene muy expuestos al virus.

Todo es un círculo vicioso en el que se juntan la necesidad por la crisis económica que agobia a todo el personal sanitario, las largas jornadas de trabajo, la falta de recursos de autoprotección y para trabajar, los bajos salarios, etc.

TABLA N° 5:

Cantidad de horas de trabajo semanales, de los profesionales de enfermería encuestados, que trabajan en Cuidados Críticos del Hospital Italiano. Nov. 2020.

Horas trabajo/semana	F.A.	F.R.%
<30	2	7,1%
De 30 a 44	14	50%
De 45 a 60	7	25%
De 60 a 70	2	7,2%
>70	3	10,7%
Total	28	100%

Fuente: Información obtenida del instrumento de recolección de datos utilizado en este trabajo, en el servicio de Cuidados Críticos del Hospital Italiano, durante el Segundo semestre del 2020.

GRAFICO N° 5:



COMENTARIO:

Del gráfico, observamos que más del 50% trabaja más de 33 horas semanales, que son las horas que se deben trabajar en área crítica por semana, según ley. Esto es debido a que muchos trabajan en otras instituciones, para poder incrementar sus ingresos, dado los magros salarios que se percibe en este sector. El 25% trabaja entre 45-60 horas semanales, y el 17,9% trabaja más de 60 horas semanales.

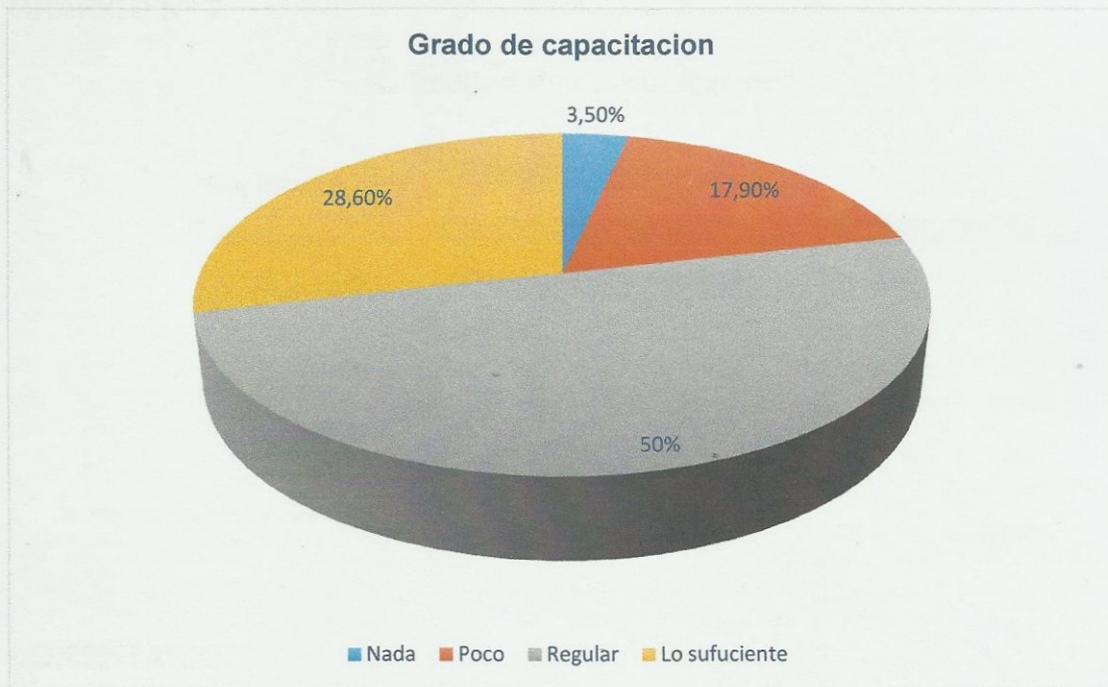
TABLA N° 6:

Grado de capacitación para la atención del paciente COVID, recibida por el personal de enfermería encuestados, que trabajan en el Servicio de Cuidados Críticos del Hospital Italiano. Nov. 2020.

Grado de capacitación	F.A.	F.R.%
Nada	1	3,5%
Poco	5	17,9%
Regular	14	50%
Lo suficiente	8	28,6%
Total	28	100%

Fuente: Información obtenida del instrumento de recolección de datos utilizado en este trabajo, en el servicio de Cuidados Críticos del Hospital Italiano, durante el Segundo semestre del 2020.

GRAFICO N° 6:



COMENTARIO:

Del gráfico, observamos que la mitad de los encuestados consideran que han recibido una capacitación regular para atender al paciente COVID, esto es debido a la inexperiencia frente a una pandemia, a la falta de información, al empleo tardío de los protocolos y a que se está aprendiendo de esta crisis en el día a día.

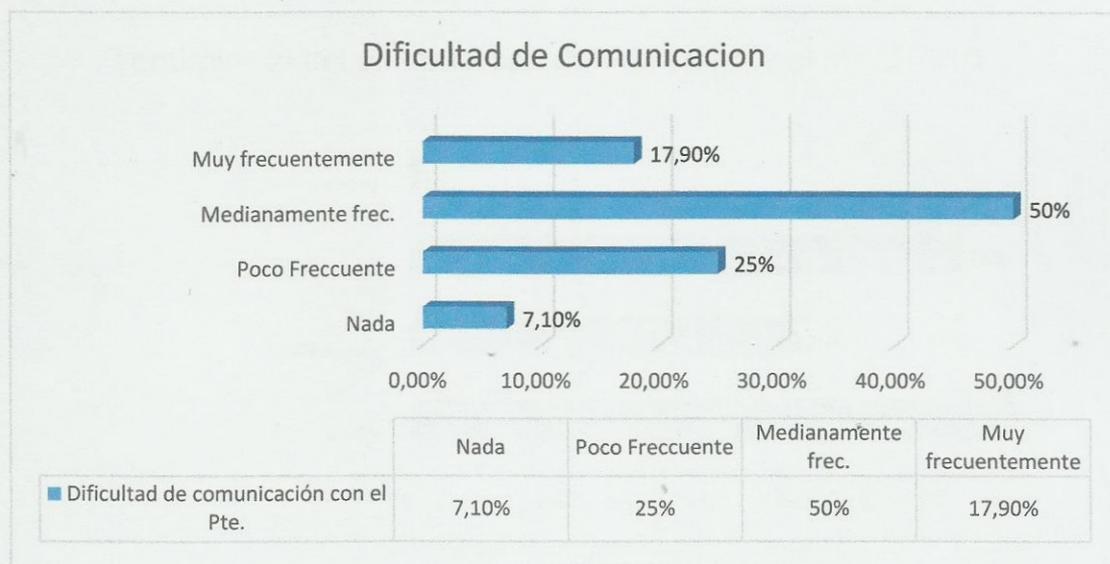
TABLA N° 7:

Comunicación enfermero-paciente, de los profesionales de enfermería encuestados, que trabajan en el servicio de Cuidados críticos del Hospital Italiano. Nov. 2021.

Dificultad de comunicación con el Paciente.	F.A.	F.R.%
Nada	2	7,1%
Poco frecuente	7	25%
Medianamente frec.	14	50%
Muy frecuentemente	5	17,9%
Total	28	100%

Fuente: Información obtenida del instrumento de recolección de datos utilizado en este trabajo, en el servicio de Cuidados Críticos del Hospital Italiano, durante el Segundo semestre del 2020.

GRAFICO N° 7



COMENTARIO:

El grafico, nos muestra que el 50% del personal tiene mediana dificultad de comunicación con el paciente a cargo. El 25% presenta poca dificultad y el 17.9% experimenta mucha dificultad en comunicarse con el paciente COVID. La pandemia ha deteriorado la calidad del acto del enfermero y la relación enfermero-paciente, hemos sido testigos de las dificultades en la comunicación que elementos del equipo de protección personal. (EPP) como mascarilla y pantalla o gafas han añadido a las ya existentes en la interacción comunicativa con nuestros pacientes.

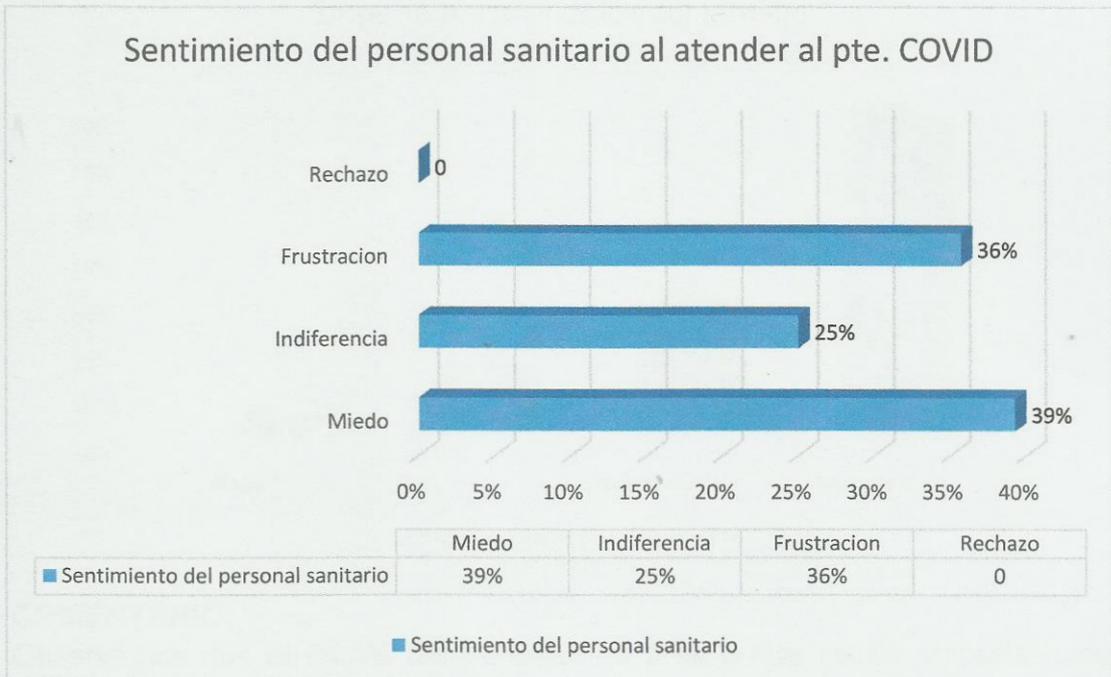
TABLA N° 8:

Sentimiento que provoca atender a un paciente COVID en los profesionales de enfermería encuestados que trabajan en el servicio de Cuidados Críticos del Hospital Italiano. Nov. 2021.

Sentimiento del personal sanitario al atender al Pte.	F.A.	F.R.%
Miedo	11	39,28%
Indiferencia	7	25%
Frustración	10	35,72%
Rechazo	0	0%
Total	28	100%

Fuente: Información obtenida del instrumento de recolección de datos utilizado en este trabajo, en el servicio de Cuidados Críticos del Hospital Italiano, durante el Segundo semestre del 2020.

GRAFICO N° 8



COMENTARIO:

Del gráfico, observamos que el 39% del personal siente temor al atender al paciente COVID, un 36% siente frustración y solo el 25% siente indiferencia. El personal sanitario está en primera línea, por lo tanto, tiene un mayor riesgo de contagio y transmitirlas a familiares, amigos y otras personas en el trabajo. El temor es en primer lugar, temor a enfermarse.

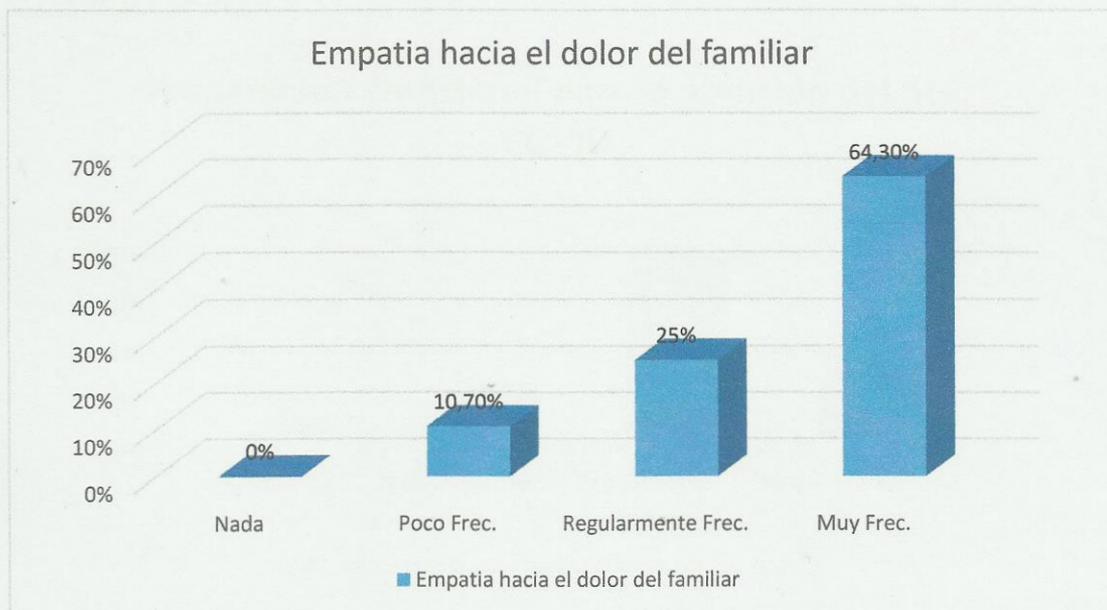
TABLA N° 9:

Sentimiento de empatía hacia el dolor de los familiares, de los profesionales de enfermería que trabajan en el servicio de Cuidados Críticos del Hospital Italiano. Nov. 2021.

Empatía hacia el dolor del familiar del Pte,	F.A.	F.R.%
Nada	0	0%
Poco frecuente	3	10,7%
Regularmente frec.	7	25%
Muy frecuentemente	18	64,3%
Total	28	100%

Fuente: Información obtenida del instrumento de recolección de datos utilizado en este trabajo, en el servicio de Cuidados Críticos del Hospital Italiano, durante el Segundo semestre del 2020.

GRAFICO N° 9:



COMENTARIO:

Observamos que el 64,3% del personal de área crítica siente empatía hacia el dolor del familiar del paciente COVID. El 25% siente empatía regularmente y el 10,7% siente poca empatía. El autocuidado y necesidad de auto preservación y los impulsos de vida y el cuidado de la misma son el mayor valor empático tan necesarios por estos días y que van más allá de una ayuda solidaria a los demás. Esta exposición al desconuelo de las familias, lo entiende muy bien el personal sanitario, y se ponen en la piel del otro, de la angustia y poder asistirlos en esta pandemia es todo un desafío.

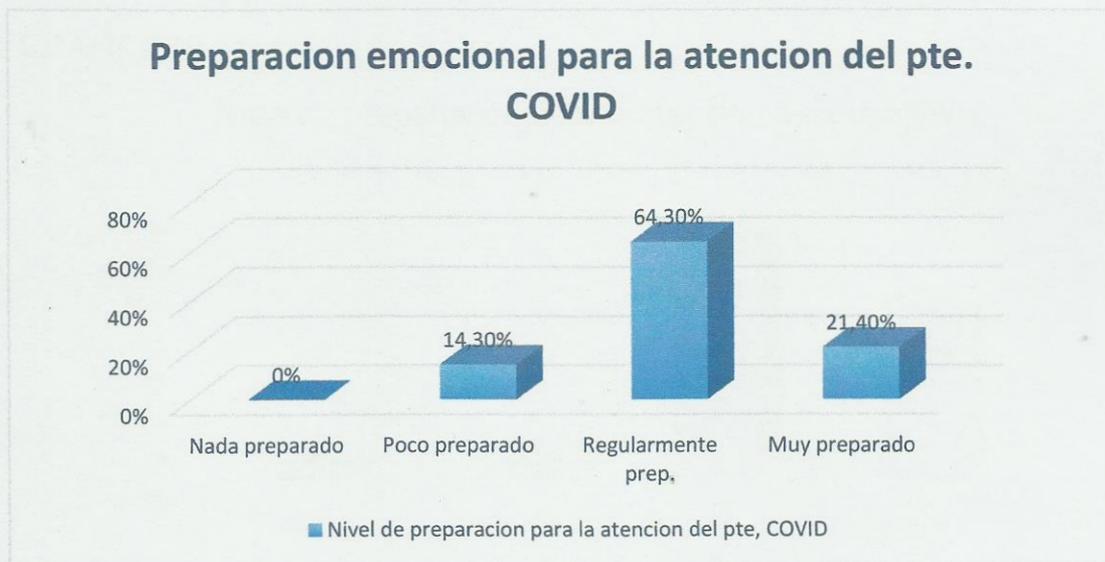
Tabla N° 10:

Preparación emocional: ¿se sienten preparados emocionalmente, los profesionales de enfermería que trabajan en el servicio de Cuidados Críticos del Hospital Italiano? Nov. 2020

Preparación emocional para la atención de Pte, COVID	F.A.	F.R.%
Nada preparado	0	0%
Poco preparado	4	14,3%
Regularmente preparado.	18	64,3%
Muy preparado	6	21,4%
Total	28	100%

Fuente: Información obtenida del instrumento de recolección de datos utilizado en este trabajo, en el servicio de Cuidados Críticos del Hospital Italiano, durante el Segundo semestre del 2020.

GRAFICO N° 10:



COMENTARIO:

Observamos que el 64,3% del personal se siente regularmente preparado, el 14,3% se siente poco preparado. Se está ante una situación nueva y desconocida; como sucede con todo lo desconocido genera incertidumbre y, sobre todo, miedo. Más aún, cuando se siente amenazada salud propia y también la de los seres queridos. Es por esto que el bienestar emocional se está viendo afectado. Lo importante es ser conscientes de que el afrontamiento psicológico de esta situación, generada por la pandemia, requiere, por parte del personal de salud, de una respuesta activa y adaptativa.

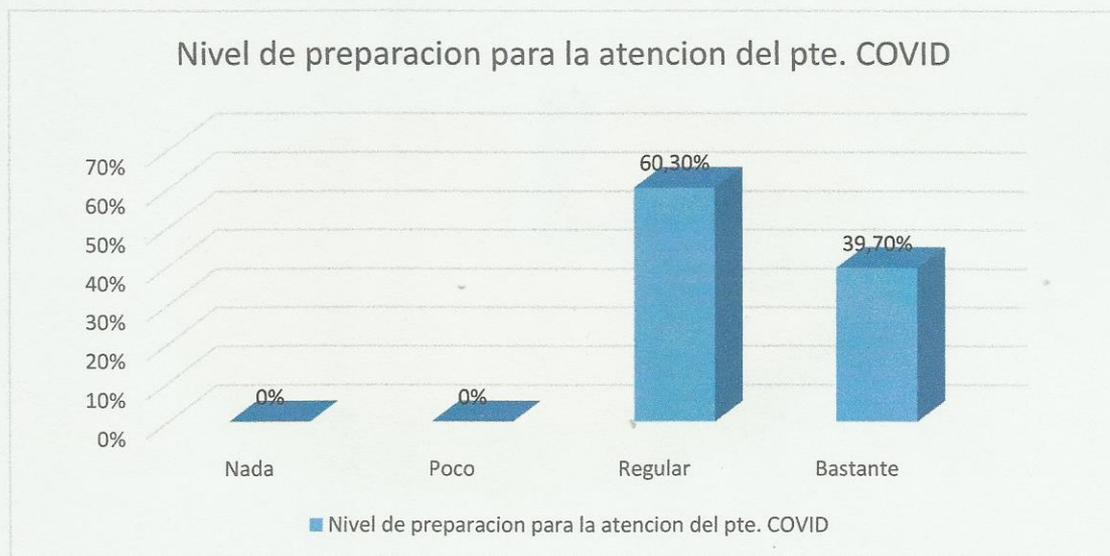
TABLA N° 11:

Preparación asistencial: ¿se sienten preparados los profesionales de enfermería encuestados, que trabajan en el servicio de Cuidados Críticos del Hospital Italiano? Nov. 2020.

Nivel de preparación para la atención de la Pte. COVID	F.A.	F.R.%
Nada	0	0%
Poco	0	0%
Regular	17	60,7%
Bastante	11	39,3%
Total	28	100%

Fuente: Información obtenida del instrumento de recolección de datos utilizado en este trabajo, en el servicio de Cuidados Críticos del Hospital Italiano, durante el Segundo semestre del 2020.

GRAFICO N° 11



COMENTARIO:

Observamos que el 60,3% del personal se siente regularmente preparado para dar asistencia, esto es debido a que la pandemia nos agarró desprevenidos, en un sistema de salud orientado a curar y no a prevenir, y tardamos en reaccionar. La vertiginosidad del virus, hace imperiosa la actualización de los procedimientos para optimizar los protocolos por COVID-19, asegurando que todos los equipos sanitarios trabajen bajo los mismos lineamientos de bioseguridad, a la vez que puedan evacuar dudas y reciban la contención necesaria.

TABLA N°12:

¿Qué es la muerte para los profesionales de enfermería encuestados que trabajan en el servicio de Cuidados Críticos del Hospital Italiano? Nov. 2020.

Significado de la muerte	F.A.	F.R.%
Una rutina diaria	1	3,57%
Un fracaso profesional	5	17,86%
Un alivio para el paciente	3	10,71%
Otra etapa de la vida	19	67,86%
Total	28	100%

Fuente: Información obtenida del instrumento de recolección de datos utilizado en este trabajo, en el servicio de Cuidados Críticos del Hospital Italiano, durante el Segundo semestre del 2020.

GRAFICO N° 12



COMENTARIO:

Para la mayoría del personal sanitario, la muerte es otra etapa de la vida, como aceptación ante un caso terminal. Lo llamativo es que el 18% lo considera un fracaso profesional, ya que su trabajo está muy centrado en la enfermedad y en evitar la muerte, y a veces no se tiene en cuenta, entre los aspectos terapéuticos, elementos fundamentales de las personas (pacientes y profesionales), como son las emociones, la adaptación a la pérdida o el proceso de morir.

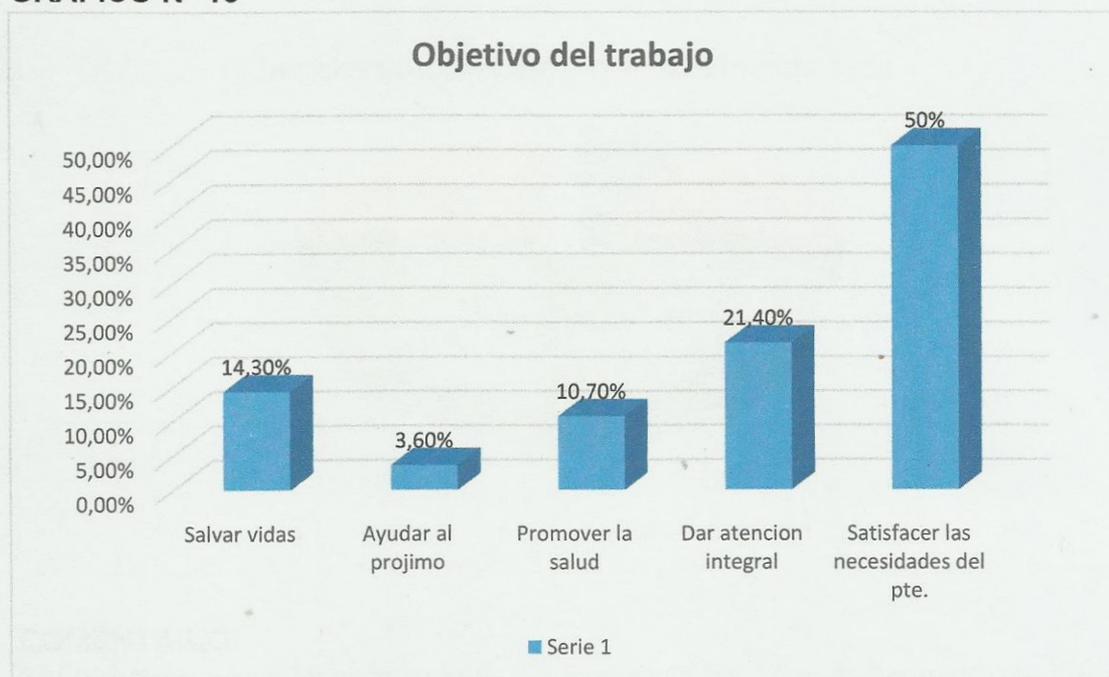
ABLA N° 13:

Objetivo de trabajo de los profesionales de enfermería encuestados, que trabajan en el servicio de Cuidados Críticos el hospital italiano. Nov. 2020.

Objetivo del trabajo del personal sanitario	F.A.	F.R.%
Salvar vidas	4	14,3%
Ayudar al prójimo	1	3,6%
Promover la salud	3	10,7%
Dar atención integral	6	21,4%
Satisfacer las necesidades de los Pte.	14	50%
Total	28	100%

Fuente: Información obtenida del instrumento de recolección de datos utilizado en este trabajo, en el servicio de Cuidados Críticos del Hospital Italiano, durante el Segundo semestre del 2020.

GRAFICO N° 13



COMENTARIO:

Observamos que el 50% de los enfermeros, considera que el principal objetivo del trabajo es el satisfacer las necesidades del paciente, un 21,4% considera que es dar atención integral. Estas percepciones van en concordancia con las teorías Humanista de las necesidades de Henderson, que es el fundamento en la formación del enfermero moderno.

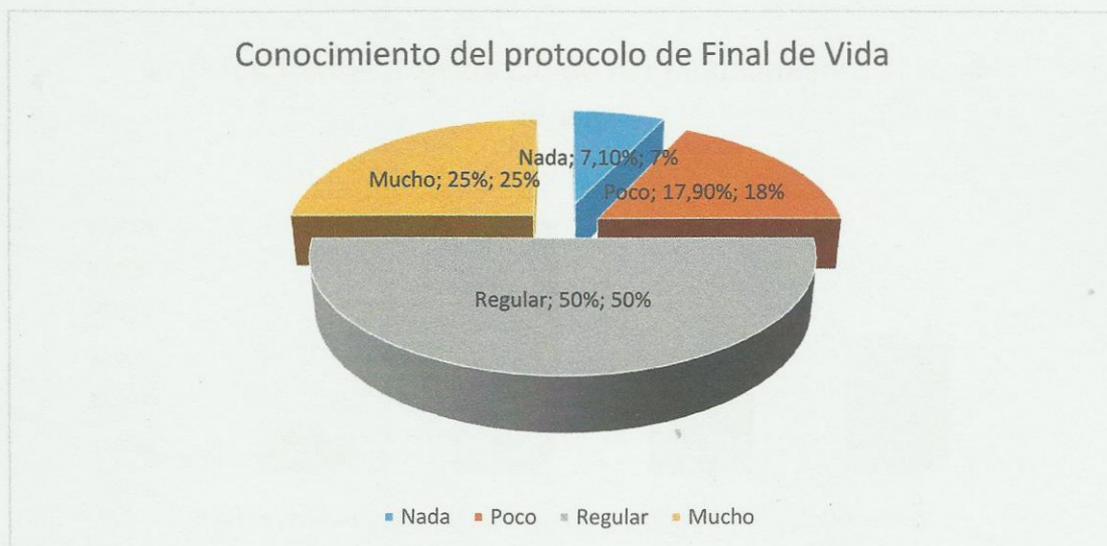
TABLA N° 14:

Nivel de conocimiento del “Protocolo de acompañamiento al final de vida”, por parte de los profesionales de enfermería encuestados, que trabajan en el servicio de Cuidados Críticos del Hospital Italiano. Nov. 2020.

Conocimiento del protocolo de Final de Vida,	F.A.	F.R.%
Nada	2	7,1%%
Poco	5	17,9%
Regular	14	50%
Mucho	7	25%
Total	28	100%

Fuente: Información obtenida del instrumento de recolección de datos utilizado en este trabajo, en el servicio de Cuidados Críticos del Hospital Italiano, durante el Segundo semestre del 2020.

GRAFICO N° 14



COMENTARIO:

El 50% tiene conocimiento regular del Protocolo de Acompañamiento de Final de Vida, el 17,9% tiene poco conocimiento, mientras que el 7,1% no sabe nada del protocolo. El ministerio dio la recomendación que cada institución de salud, dentro de sus posibilidades implemente su protocolo. Pero a pesar de los esfuerzos realizados, muchos servicios de salud atraviesan falta y sobrecarga de personal y no cuentan además con infraestructura adecuada; se trata de condiciones que dificultan el cumplimiento de estas recomendaciones.

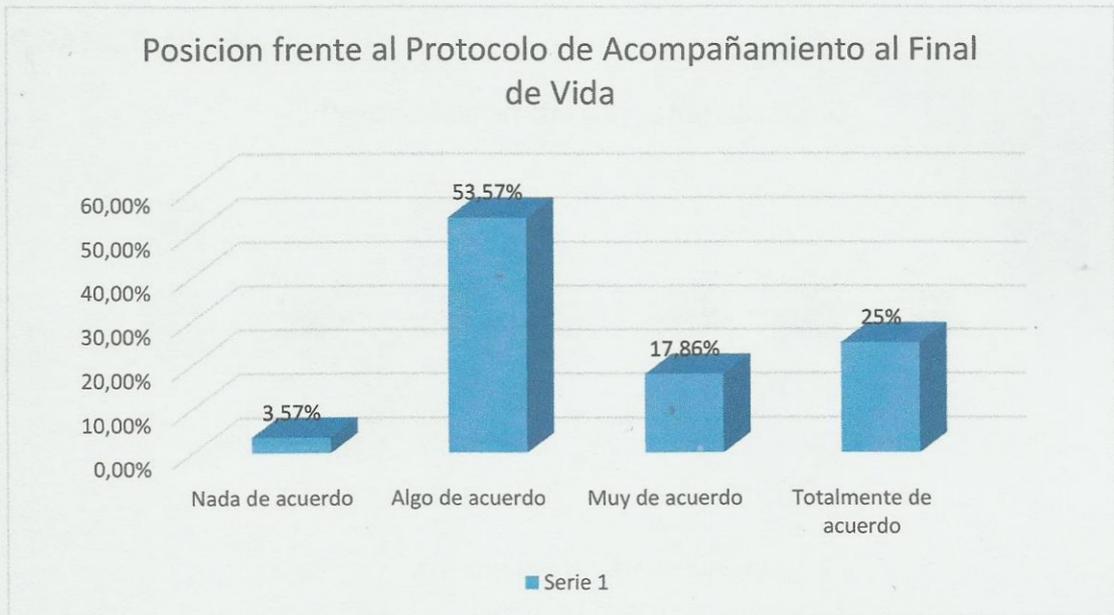
TABLA N° 15:

Posición frente al Protocolo de acompañamiento del final de vida”, de los profesionales de enfermería encuestados que trabajan en el servicio de Cuidados Críticos del Hospital Italiano. Nov. 2020.

Posición frente al Protocolo de Acompañamiento al Final de Vida	F.A.	F.R.%
Nada de acuerdo	1	3,57%
Algo de acuerdo	15	53,57%%
Muy de acuerdo	5	17,86%
Totalmente de acuerdo	7	25%
Total	28	100%

Fuente: Información obtenida del instrumento de recolección de datos utilizado en este trabajo, en el servicio de Cuidados Críticos del Hospital Italiano, durante el Segundo semestre del 2020.

GRAFICO N° 15:



COMENTARIO:

Observamos que solo el 25% está totalmente de acuerdo con el protocolo de acompañamiento al final de vida, el 17,86% está muy de acuerdo, pero más del 50% esta regularmente de acuerdo o en desacuerdo con este protocolo, esto se debe a la falta de información y a la ausencia de las instituciones en la implementación de estos protocolos.

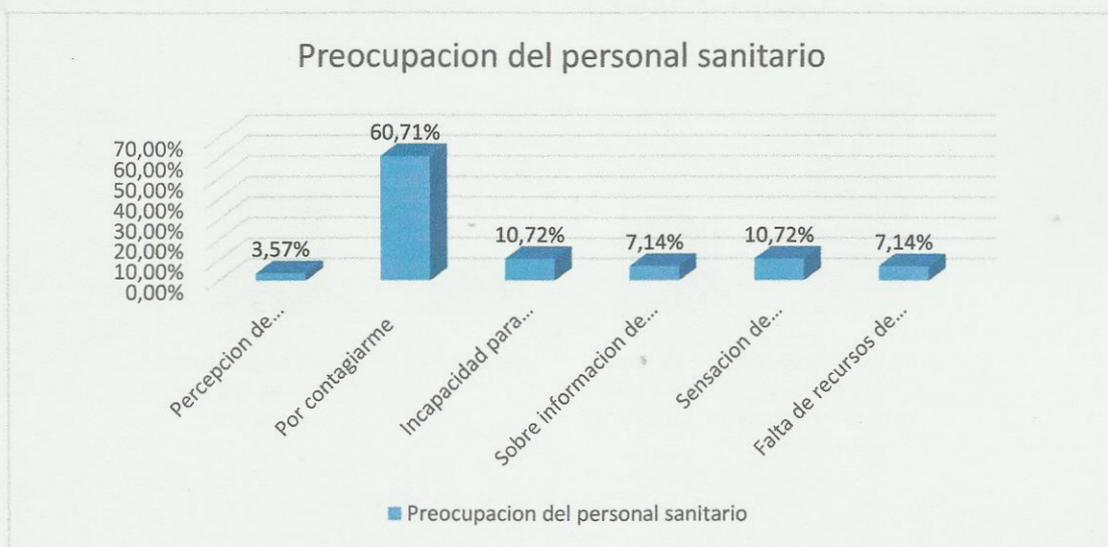
TABLA N° 16:

Preocupaciones más importantes durante la pandemia, de los profesionales de enfermería encuestados que trabajan en el servicio de Cuidados Críticos del Hospital Italiano. Nov.2020.

Preocupación durante la pandemia	F.A.	F.R.%
Percepción de que el hospital está desbordado	1	3,57%
Por contagiarme y/o poner en riesgo a mi familia /mi entorno	17	60,71%
La incapacidad para desconectarse fuera del trabajo	3	10,72%
La sobre información de medios audiovisuales (TV, celular, diarios, etc.)	2	7,14%
Sensación de incertidumbre al pensar en el futuro	3	10,72%
Falta de recursos de protección	2	7,14%
Total	28	100%

Fuente: Información obtenida del instrumento de recolección de datos utilizado en este trabajo, en el servicio de Cuidados Críticos del Hospital Italiano, durante el Segundo semestre del 2020.

GRAFICO N° 16



COMENTARIO:

Como observación importante vemos que más de la mitad (60,71%) del personal se preocupa por el contagio y poner en riesgo a sus familiares y entorno, esto es porque enfrentan una mayor exposición a la enfermedad y cargas de trabajo extremas. El 10,72% siente incertidumbre ante un futuro incierto y otro 10,72% no se puede desconectar del hospital, el 7,14% siente falta de recursos de protección y el 3,57% se siente un desborde hospitalario.

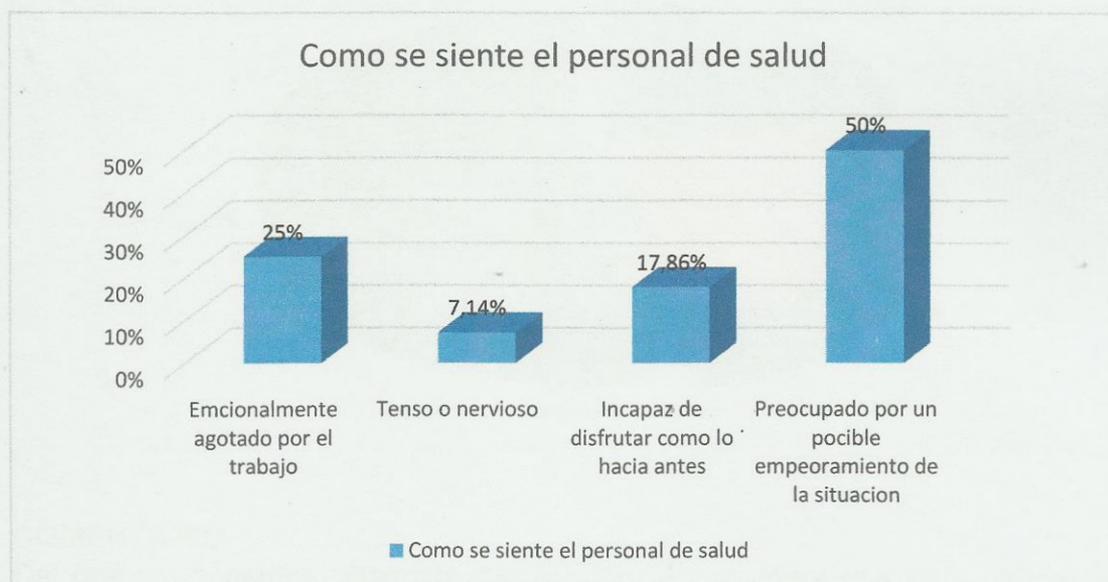
TABLA N°17:

Sentimientos que provoca la pandemia en los profesionales de enfermería encuestados que trabajan en el servicio de Cuidados Críticos del Hospital Italiano. Nov. 2020.

Como se siente actualmente	F.A.	F.R.%
Emocionalmente agotado por el trabajo	7	25%
Tenso o nervioso	2	7,14%
Incapaz de disfrutar como lo hacía antes	5	17,86%
Preocupado por una posible empeoramiento de la situación	14	50%
Total	28	100%

Fuente: Información obtenida del instrumento de recolección de datos utilizado en este trabajo, en el servicio de Cuidados Críticos del Hospital Italiano, durante el Segundo semestre del 2020.

GRAFICO N° 17:



COMENTARIO:

Del gráfico, observamos que a la mitad del personal (50%) le preocupa un posible empeoramiento de la situación, el 25% se siente emocionalmente agotado, el 17,86% se siente incapaz de disfrutar como lo hacía antes y el 7,14% se siente tenso o nervioso.

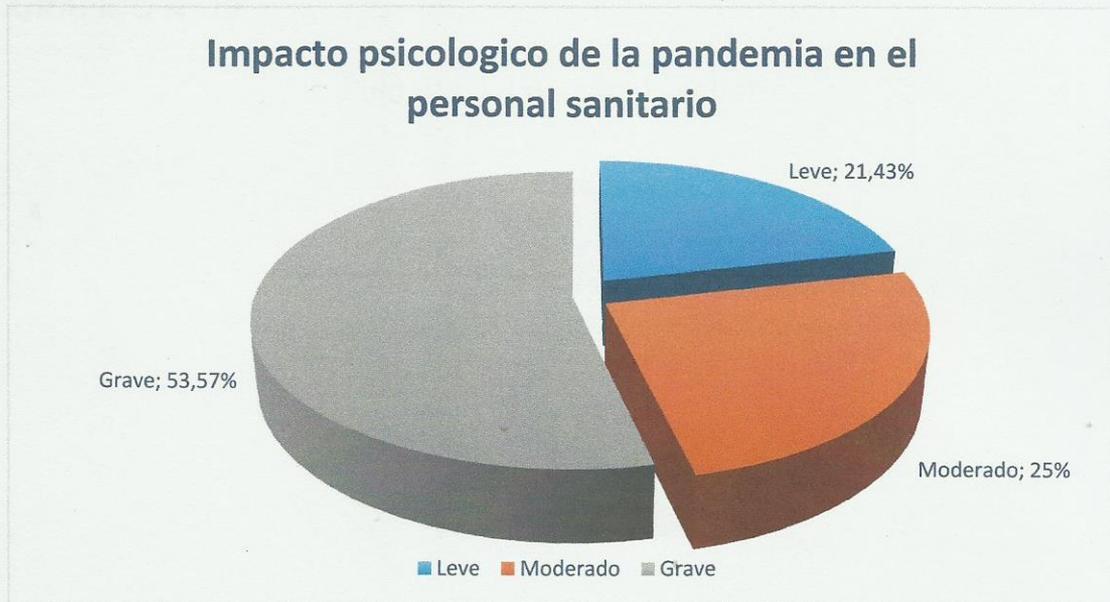
TABLA N° 18:

¿Cómo clasifica el impacto psicológico de la pandemia, los profesionales de enfermería encuestados que trabajan en el servicio de Cuidados Críticos del Hospital Italiano? Nov. 2020.

Impacto psicológico de la pandemia en el personal sanitario	F.A.	F.R. %
Leve	6	21,43%
Moderado	7	25%
Grave	15	53,57%
Total	28	100%

Fuente: Información obtenida del instrumento de recolección de datos utilizado en este trabajo, en el servicio de Cuidados Críticos del Hospital Italiano, durante el Segundo semestre del 2020.

GRAFICO N° 18:



COMENTARIO:

Del gráfico, podemos observar que el 53,57% considera que esta pandemia le causo un impacto psicológico grave, el 25% un impacto moderado y solo el 21,43% leve. Esto corrobora de que la pandemia tiene un gran impacto en todos, alterando la normalidad global, donde están desbordados laboralmente, en un entorno marcado por la falta de organización, y quienes tengan situaciones vitales complejas, con hijos o personas mayores en casa, por los que tienen una preocupación adicional, con el confinamiento, que ha transformado la manera de convivir y socializar, de cuidar la salud, de trabajar, de moverse y de consumir.

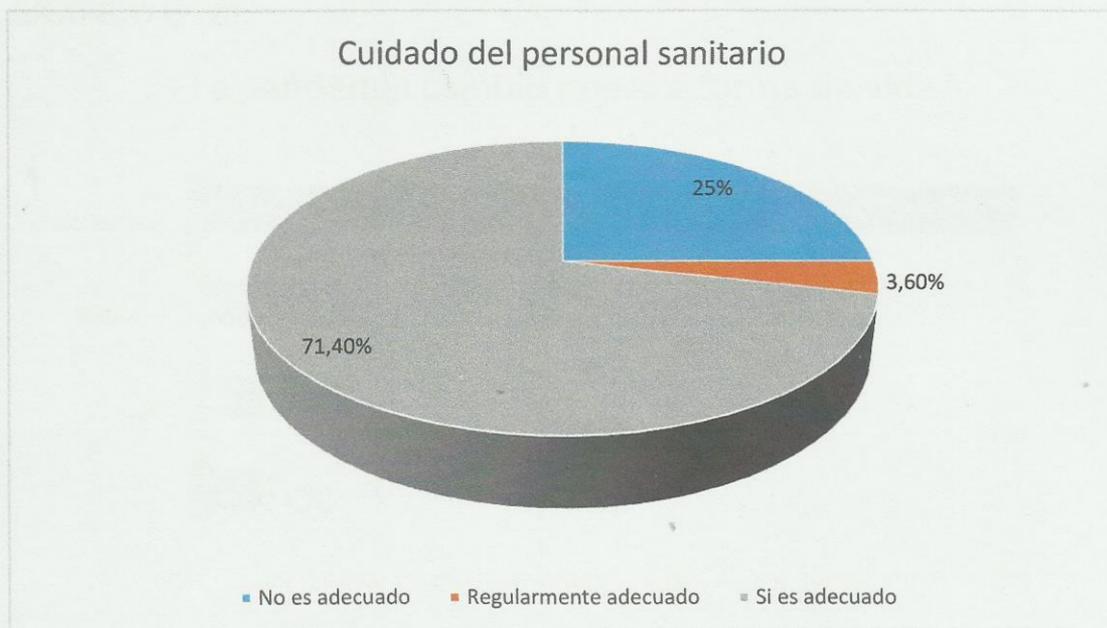
TABLA N° 19:

¿Cómo consideran el cuidado al personal sanitario, los profesionales de enfermería encuestados, que trabajan en el servicio de Cuidados Críticos del Hospital Italiano? Nov. 2020.

Cuidado del personal sanitario,	F.A.	F.R.%
No es adecuado	7	25%
Regularmente adecuado	1	3,6 %
Si es adecuado.	20	71,4%
Total	28	100%

Fuente: Información obtenida del instrumento de recolección de datos utilizado en este trabajo, en el servicio de Cuidados Críticos del Hospital Italiano, durante el Segundo semestre del 2020.

GRAFICO N° 19



COMENTARIO:

Podemos observar que el 71,40% del personal siente que es adecuadamente cuidado en esta pandemia, el 25% siente que esta regularmente cuidado y solo el 3,60% considera que no está adecuadamente cuidado. Día a día, el personal sanitario batalla desde la primera línea para contener el virus y salvar vidas. La seguridad y salud de este personal es fundamental para que puedan realizar su trabajo durante esta crisis. Por lo tanto, su protección debe ser una prioridad.

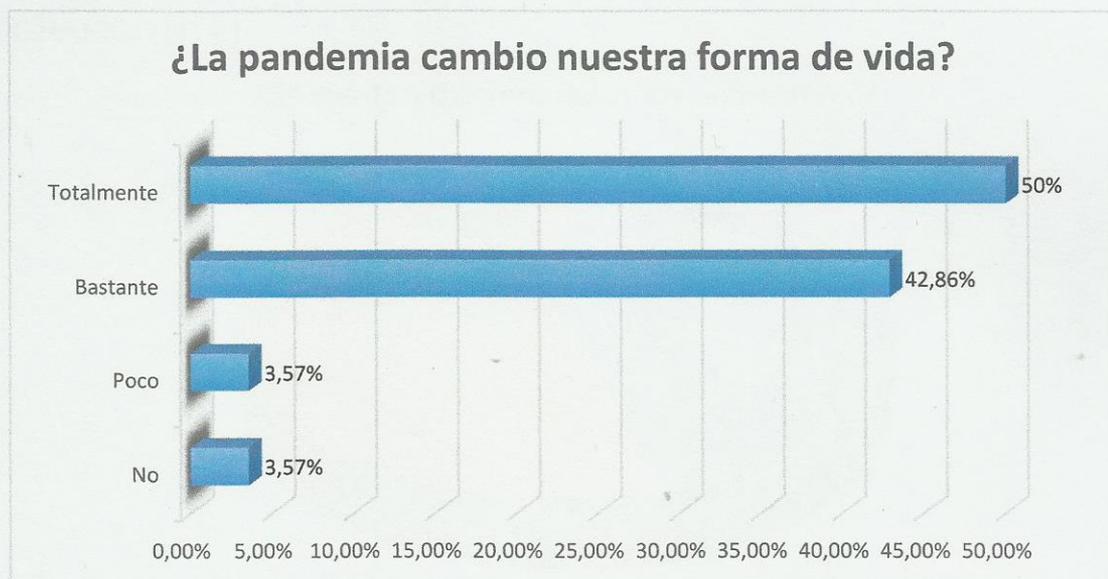
TABLA N° 20:

¿Cómo consideran que la pandemia cambio su forma de vida, los profesionales de enfermería encuestados, que trabaja en el servicio de Cuidados Críticos del Hospital Italiano? Nov. 2020.

La pandemia, cambio nuestra forma de vida	F.A.	F.R.%
No	1	3,57%
Poco	1	3,57%
Bastante.	12	42,86%
Totalmente	14	50%
Total	28	100%

Fuente: Información obtenida del instrumento de recolección de datos utilizado en este trabajo, en el servicio de Cuidados Críticos del Hospital Italiano, durante el Segundo semestre del 2020.

GRAFICO N° 20:



COMENTARIO:

Del gráfico, observamos que el 50% del personal siente que la pandemia cambio totalmente la forma de vida, el 42,86% siente que cambio bastante, el 3,57% siente que cambio poco y el otro 3,57% siente que no hubo cambios en su forma de vida. La pandemia los ha cambiado, desde el modo en que se saludan, trabajan, cambió la cultura del entretenimiento, actividades artísticas y deportivas, la salud, hasta los sueños que se esperan cumplir. Hay que tener en cuenta que los efectos de la pandemia en las personas se experimentarán psicológicamente, y aquellos con una alta conciencia social y emocional pueden verse menos afectados.

TABLA N° 21

¿Se sienten discriminados o agredidos por sus vecinos o comunidad, los profesionales de enfermería encuestados, que trabaja en el servicio de Cuidados Críticos del Hospital Italiano? Nov. 2020.

Se sienten agredidos o discriminados por sus vecinos o comunidad.	F.A.	F.R.%
Nunca	13	46,4%
A veces	12	42,9%
Muchas veces.	2	7,1%
Siempre	1	3,6%
Total	28	100%

Fuente: Información obtenida del instrumento de recolección de datos utilizado en este trabajo, en el servicio de Cuidados Críticos del Hospital Italiano, durante el Segundo semestre del 2020.

GRAFICO N° 21



COMENTARIO:

Del gráfico, observamos que el 42,9% se siente discriminado a veces, el 7,1% muchas veces y el 3,6% siempre. Sabemos que personal de salud, quienes han resultado afectados por el contagio durante la atención de pacientes en los hospitales, también han resultado víctimas de hechos de discriminación, amenazas y agresiones físicas y psicológicas, dentro y fuera de los hospitales.

TABLA N° 22:

¿Reciben apoyo psicológico, los profesionales de enfermería encuestados, que trabaja en el servicio de Cuidados Críticos del Hospital Italiano? Nov. 2020.

¿Recibe ayuda psicológica?	F.A.	F.R.%
No	26	92,9%
Si	2	7,1%%
Total	28	100%

Fuente: Información obtenida del instrumento de recolección de datos utilizado en este trabajo, en el servicio de Cuidados Críticos del Hospital Italiano, durante el Segundo semestre del 2020.

GRAFICO N° 22



COMENTARIO:

Del gráfico, vemos que el 92,9% del personal no recibió ningún tipo de apoyo psicológico, lo cual es preocupante, ya que los profesionales de la salud en todo el mundo viven una situación sin precedentes, teniendo que tomar decisiones difíciles y trabajar bajo presiones extremas, esto puede causar que algunos experimenten dilemas morales o problemas de salud mental. Es por ello que esta crisis sanitaria a causa del coronavirus crea un entorno de incertidumbre y estrés que exige prestar apoyo emocional al personal sanitario con el objetivo de mantener su capacidad de cuidar a los pacientes.

CAPITULO III

Resultados, Conclusión y Propuestas.

Resultados.

Haber realizado este trabajo de investigación en el Personal de Enfermería de Cuidados Críticos del Hospital Italiano, nos permitió conocer el grado de formación de los profesionales de salud enfrentar esta pandemia, así como las diferentes formas de pensar, sentir y actuar.

En primer lugar, observamos que el 78,6% del total de profesionales encuestados son mujeres, y el 21,4% restante es personal masculino. Ésta diferencia en favor del personal femenino, va en concordancia con la media provincial y Nacional [OSINSA 2018].

En cuanto a la formación académica cuenta con buena capacitación, ya observamos que el 78,60% son profesionales y el 21,40% restante son licenciados, además que ya no existen auxiliares de enfermería esto es debido a que muchos se han profesionalizado en los últimos 15 años, acogiéndose a los programas de profesionalización de auxiliares de la provincia.

Respecto a la experiencia laboral, observamos que el equipo de trabajo cuenta con personal de gran experiencia ya que el 32,1% tiene más de 15 años de experiencia, seguido del 28,6% que tiene entre 11-15 años de experiencia. Lo que quiere decir que más del 60% de los enfermeros tiene más de 10 años de experiencia, lo que da un trabajo más sólido y permite integrar a los nuevos enfermeros sin alterar el patrón grupal de trabajo.

Otro aspecto que tuvimos en cuenta es la carga horaria de trabajo del personal, y observamos que más del 50% trabaja más de 33 horas semanales, que son las horas que se deben trabajar en área crítica por semana, según convenio laboral. Y más del 40% restante trabaja más de 60 horas semanales. Esto es debido a que muchos trabajan en otras instituciones, para poder incrementar sus ingresos, dado los magros salarios que se percibe en este sector. Lo cual aumenta su exposición al virus y el grado de estrés.

Cuentan con una buena preparación asistencial y consideran que sus objetivos son satisfacer las necesidades y dar atención integral al paciente, así como salvar vidas, pero consideran a la muerte como una consecuencia esperable en el paciente crítico y que forma parte de la vida.

La mayoría del personal encuestado tiene conocimiento regular de Protocolo de Acompañamiento de Final de Vida, pero están de acuerdo con él. Sabemos que la soledad es una realidad para las personas que se infectan con SARS-CoV-2 y la misma empeora al ser transferidas a unidades de cuidados intensivos. Ante esto se deben garantizar aspectos que permitan un proceso de morir con dignidad para el paciente en situación terminal, como así también permitir a los familiares la posibilidad de despedida presencial de sus seres queridos. El propósito de este protocolo es lograr que dentro de las posibilidades de cada establecimiento y/o servicio sean menos las personas que mueran solas y puedan promover un alivio emocional del círculo afectivo del paciente en sus últimos días. A pesar de los esfuerzos realizados, muchos servicios de salud atraviesan falta y sobrecarga de personal y no cuentan además con infraestructura adecuada; se trata de

condiciones que pueden dificultar el cumplimiento de estas recomendaciones del Protocolo. Esto es lo que se refleja en el resultado de nuestra encuesta.

En el plano emocional, observamos que más de la mitad del personal se preocupa por el contagio y poner en riesgo a sus familiares y entorno, esto es porque enfrentan una mayor exposición a la enfermedad con cargas de trabajo extremas, sienten incertidumbre ante un futuro incierto, les preocupa un posible empeoramiento de la situación, se sienten emocionalmente agotado, incapaces de disfrutar como lo hacía antes, se sienten tenso o nervioso, no se pueden desconectar del hospital, sienten falta de recursos de protección, sienten un desborde hospitalario.

Por último, en lo que respecta a cuidar al cuidador, observamos que la mayoría del personal encuestado siente que es adecuadamente cuidado por la institución, por otro lado, la mayoría ha sufrido algún tipo de discriminación, también vemos que el 92,9% del personal no recibió ningún tipo de apoyo psicológico, lo cual es preocupante, ya que trabajan en un entorno de incertidumbre y estrés que exige prestar apoyo emocional al personal sanitario con el objetivo de mantener su capacidad de cuidar a los pacientes.

Propuestas:

Al analizar los resultados de la encuesta, vemos la realidad que vive el personal sanitario en esta pandemia, donde se desnudan necesidades que hay que satisfacer para proteger su integridad física y emocional. Para esto, proponemos las siguientes sugerencias:

- Propuesta de actualización y capacitación continua para el abordaje de pacientes con COVID-19 en el contexto sanitario actual:

La enfermería en todos sus niveles, tiene una alta intensidad de exposición y riesgo en la atención directa de los pacientes, y requiere poder contar con información confiable y válida, que le facilite al personal la toma de decisiones en las situaciones diarias y concretas que se dan durante su horario de trabajo en el contexto de esta pandemia. Por lo tanto, es necesaria la implementación de programas de educación permanente y capacitación en servicio.

El objetivo es ofrecer un espacio formativo para brindar las herramientas disciplinares específicas que faciliten el abordaje del COVID-19 y aporten información científica de calidad, que propicie la adquisición de nuevos saberes, refuerce conocimientos y competencias previas para la toma de decisiones in situ, ya sea en la gestión de un servicio, como así también en la atención directa del paciente crítico, logrando el abordaje adecuado de estos pacientes, reforzando los niveles de seguridad sanitaria y personal.

- Propuesta de brindar apoyo psicológico al personal sanitario, en el contexto sanitario actual:

Es fundamental que la institución ponga a disposición del personal de salud el mismo esfuerzo tanto en la búsqueda de recursos materiales (barbijos, camisolines, guantes, máscaras, respiradores, etc.) como de apoyo psicológico. Es importante ofrecer recursos y en especial la formación de un equipo psicólogos, psiquiatras para brindar apoyo psicológico al equipo de salud. Según la experiencia de campo, se observa que las principales sensaciones del equipo de salud frente al coronavirus son “impotencia, miedo, ansiedad, angustia, depresión, etc”. En caso de crisis emocional en un profesional, la idea es acompañarlo con apoyo psicológico, a un lugar ausente de estimulación crítica y facilitar su recuperación antes de volver a la tarea mediante primeros auxilios psicológicos, facilitando momentos de ventilación emocional para su contención y ayuda. No nos olvidemos que cuidarse a sí mismo y animar a otros a auto cuidarse mantiene la capacidad de cuidar a los pacientes.

- Propuesta de Realizar la distribución de tareas, las horas de trabajo flexibles, grupos de trabajo estables, específicos e interdisciplinarios:

El temor constante de ser infectado y la carga de trabajo son riesgos reales del personal de cuidados crítico, que aumentan el riesgo de contagio. Las medidas para prevenir tales problemas incluyen un enfoque en la prevención de infecciones para tranquilizar al personal, una comunicación clara del liderazgo del hospital y la Unidad de Cuidados Intensivos, la limitación de las horas de turno con horarios flexibles, así como la distribución de tareas específicas, optimizando el flujo de trabajo con protocolos bien definidos, para reducir la exposición de los enfermeros en las unidades críticos COVID, y la provisión de áreas de descanso donde sea factible.

APÉNDICE Y ANEXOS

Bibliografía General.

- [1] Actitudes humanas, Actitudes sociales Jose Maria Huertas, Subvencionado por Madrid, 2008. <https://umer.es/wp-content/uploads/2015/05/n47.pdf> ag
- [2] Festinger, L. (1957). A theory of cognitive dissonance. Evanston, IL: Row and Peterson.
- [3] Schaller, M.; Duncan, L.A. (2007). «The behavioral immune system: Its evolution and social psychological implications». In J.P. Forgas, M.G. Haselton & W. von Hippel (ed.). Evolution and the social mind: Evolutionary psychology and social cognition. New York: Psychology Press. pp. 293–307.
- [4] <https://www.researchgate.net/profile/Lene-Aaroe>
- [5] Ledermann W. El hombre y sus pandemias a través de la historia. Rev Chil Infect 2003 [acceso 20/05/2020]:(Edición Aniversario):13-7 Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-1018200302020000
- [6] Organización Mundial de la Salud. Peste. Datos y cifras. Ginebra: OMS; 2017 [acceso 20/05/2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/plague>
- [7] Huguet G. National Geographic. Historia. Grandes pandemias de la historia. EE. UU.: National Geographic Society; 2020 [acceso 20/05/2020]. Disponible en: https://historia.nationalgeographic.com.es/a/grandes-pandemias-historia_15178
- [8] Ética del cuidado: el nuevo paradigma educativo: Elementos para una nueva cosmovisión. Cuadernos del SIEI. Bernardo Toro-Arango. Ediciones SM, 2018
- [9] Jiménez Aboitiz, Ricardo. 2012. "¿De La Muerte (De) Negada a La Muerte Reivindicada? Análisis De La Muerte En La Sociedad Española Actual: Muerte Sufrida, Muerte Viva y Discursos Sobre La Muerte."
- [10] Rokeach, Milton. 1975. "Naturaleza De Las Actitudes." Enciclopedia Internacional De Las Ciencias Sociales 1:15-29.
- [11] Bergere, Joelle A. 1998. Actitud, en Giner,S; E, Lamo de Espinosa. y C, Torres. (eds):

- [12] Illich, Ivan. 1975. "Némesis Médica." La Expropiación De La Salud. Barcelona: Barral Editores.
- [13] Giddens, Anthony. 1993. "Consecuencias De La Modernidad." Alianza Editorial. Illich, Ivan. 1975. "Némesis Médica." La Expropiación De La Salud. Barcelona: Barral Editores.
- [14] Giddens, Anthony. 2002. Sociología. Madrid: Alianza.
- [15] Berger, Peter L. 1999. El Doseil Sagrado: Para Una Teoría Sociológica De La Religión. Editorial Kairós.
- [16] Mellor, Philip A. and Chris Shilling. 1993. "Modernity, Self-Identity and the Sequestration of Death." *Sociology* 27(3):411-431.
- [17] Worden, W. (1997). El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- [18] Weiss, R. (1999). "Loss and recovery", en Stroebe, M.–Stroebe, W.–Hansson, R. (1999). *Handbook of Bereavement. Theory, Research and Intervention*. London & New York: Cambridge University Press, pp. 271-284.
- [19] Bolwby, J. (1980). La pérdida afectiva. Tristeza y depresión. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- [20] Bolwby, J. (1998). El apego. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- [21] Uribe-Rodríguez AF, Valderrama L, Durán Vallejo DM, Galeano-Monrroy C, Gamboa K. Diferencias evolutivas en la actitud ante la muerte entre adultos jóvenes y adultos mayores. *Acta Colomb Psicol*. 2008 11(1):119-126.
- [22] Lehto H, Stein KF. Death anxiety: an analysis of an evolving concept. *Res Theory Nurs Pract*. 2009;23(1):23-41.
- [23] Benitez de Lugo MA, Coca MC. El pacto de silencio en los familiares de los pacientes oncológicos terminales. *Psicooncología (Pozuelo de Alarcón)*. 2008;5(1):53-69.
- [24] Watson J. *Nursing: the philosophy and science of caring*. Boulder (CO): University Press of Colorado; 2007.
- [25] Poblete Troncoso M, Valenzuela Suazo S. [Humanized care: a challenge for nursing in the hospitals services]. *Acta Paul Enferm*. 2007;20(4):499-503. Spanish

- [26] Smith-Stoner M. Using high-fidelity simulation to educate nursing students about end-of-life care. *Nurs Educ Perspect.* 2009;30(2):115-20.
- [27] García-Caro MP, Cruz-Quintana F, Río-Valle JS, Muñoz-Vinuesa A, Montoya Juárez R, Prados-Peña D, et al. Influencia de las emociones en el juicio clínico de los profesionales de la salud a propósito del diagnóstico de la enfermedad terminal. *Int J Clin Health Psychol.* 2010; 10(1):57-73.
- [28] Pilar Pastor, Psicóloga de FMLC. <https://www.fundacionmlc.org/profesional-sanitario-actitud-ante-muerte/>
- [29] <https://www.conicet.gov.ar/wp-content/uploads/Recomendaciones-.pdf>
- [30] <http://www.politicaspUBLICAS.uncu.edu.ar/novedades/index/coronavirus-en-mendoza-esta-en-funcionamiento-el-protocolo-del-ultimo-adios>.
- [31] <https://www.paho.org/es/noticias/11-3-2020-oms-caracteriza-covid-19-como-pandemia>
- [32] https://www.paho.org/arg/index.php?option=com_content&view=article&id=10460:analizan-los-desafios-en-recursos-humanos-en-salud-en-el-contexto-de-pandemia&catid=670&Itemid=239
- [33] <https://www.argentina.gob.ar/noticias/salud-valora-el-trabajo-de-enfermeria-durante-la-pandemia-por-el-nuevo-coronavirus>.
- [34] Greenland JR, Michelow MD, Wang L, London MJ. COVID-19 Infection. *Anesthesiology.* Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health); 2020 Mar;1. <http://dx.doi.org/10.1097/aln.0000000000003303>.
- [35] <https://www.sac.org.ar/consejos-cientificos/pandemia-de-coronavirus-apoyo-psicologico-para-el-equipo-de-salud/>
- [36] <https://www.intramed.net/96151>
- [37] SEP COVID-19. Salud Mental personal sanitario. <https://apaservices.org>
- [38] <http://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/3704/598>

Encuesta.



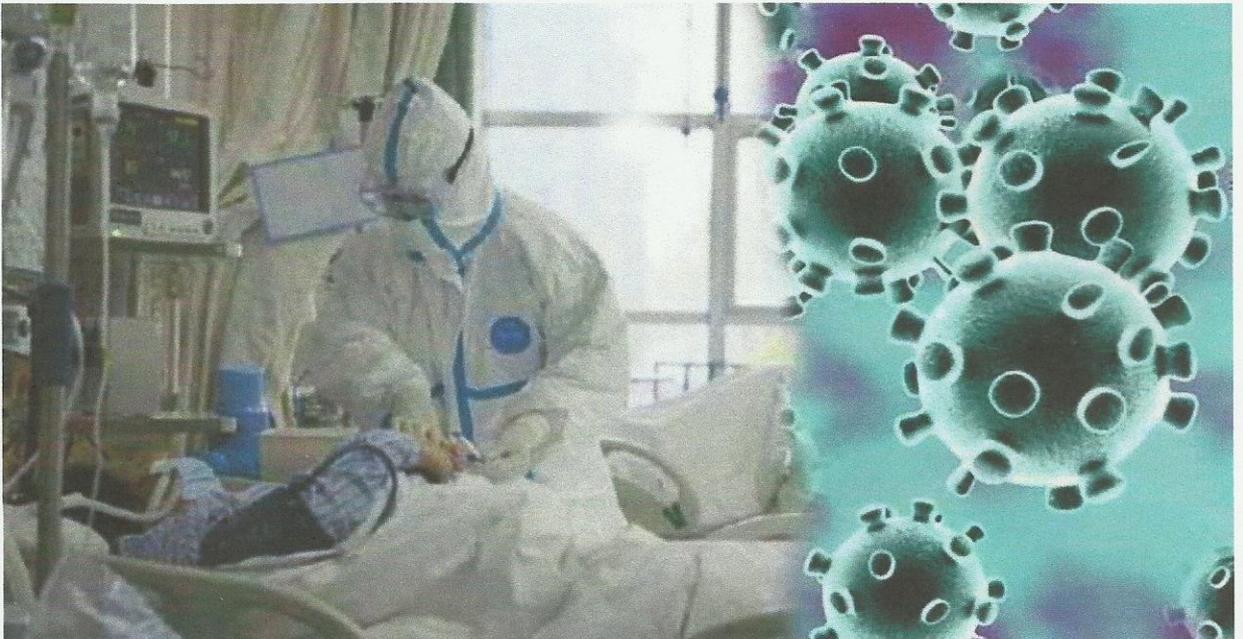
Encuesta al personal de enfermería.

La siguiente encuesta forma parte de la investigación para la confección de la tesis de la carrera de la Licenciatura en Enfermería de la UN Cuyo. Esta encuesta consta de preguntas personales y laborales sobre las vivencias del personal de enfermería en estos tiempos de pandemia. Encuesta anónima y los datos recabados será para fundamentar el trabajo de tesis final.

*Obligatorio

Dirección de correo electrónico *

“ACTITUD DEL PERSONAL SANITARIO EN TIEMPOS DE PANDEMIA”



1.- Sexo

Marca solo un óvalo.

Femenino

Masculino.

2.- Formación académica

Selecciona todos los que correspondan.

Auxiliar

Profesional

Licenciado

3.- ¿Hace cuantos años se desempeña como enfermero?

Marca solo un óvalo.

Menor a 2 años.

De 3 a 5 años.

De 6 a 10 años.

De 11 a 15 años.

Más de 15 años.

4.- ¿Cuantos trabajos tiene?

Marca solo un óvalo.

1.

2.

3 o más.

5.- ¿Cuantas horas trabaja por semana?

Marca solo un óvalo.

- Menos de 30
- De 30 a 44
- De 45 a 60
- De 60 a 70
- Más de 75

6.- ¿Recibió la capacitación necesaria para la atención del paciente con COVID19?

Marca solo un óvalo.

- Poco.
- Nada.
- Regular.
- Lo suficiente.

7.- ¿La situación por la cual atraviesa el paciente COVID-19, dificulta la comunicación entre usted y él?

Selecciona todos los que correspondan.

- Muy frecuentemente.
- Medianamente frecuente.
- Poco frecuente.
- Nada.

8.- ¿Que sentimiento le provoca el atender a un paciente con coronavirus?

Selecciona todos los que correspondan.

- Miedo
- Indiferencia.
-
-

Frustración.

Rechazo.

9.- ¿Siente empatía por el dolor que experimentan los familiares del paciente COVID-19?

Marca solo un óvalo.

Muy

frecuentemente,

Regularmente frecuente.

Poco frecuente.

Nada.

10.- ¿Se siente emocionalmente preparado para atender a un paciente COVID19?

Marca solo un óvalo.

Muy preparado.

Regularmente preparado.

Poco preparado.

Nada preparado.

11.- ¿Se siente con los conocimientos necesarios para atender al paciente COVID?

Marca solo un óvalo.

Bastante.

Regular.

Poco.

Nada.

12.- Para usted, la muerte de un paciente es:

Marca solo un óvalo.

- Una rutina diaria.
- Un fracaso profesional.
- Un alivio para el paciente.
- Otra etapa de la vida.

13.- El objetivo principal de su trabajo es:

Marca solo un óvalo.

- Salvar vidas.
- Ayudar al prójimo.
- Promover la salud.
- Dar atención integral.
- Satisfacer las necesidades de los pacientes.

14.- ¿Conoce el "Protocolo de acompañamiento al final de vida"?

Marca solo un óvalo.

- Nada.
- Poco.
- Regular.
- Mucho.

15.- ¿Cuál es su posición frente al Protocolo acompañamiento al final de vida?

Marca solo un óvalo.

- Nada de acuerdo.
- Algo de acuerdo.
- Muy de acuerdo.
- Totalmente de acuerdo.

16.- Durante esta pandemia COVID-19, considera que ha estado preocupado por:

Marca solo un óvalo.

- Percepción de que el hospital está desbordado.
- Por contagiarme y/o poner en riesgo a mi familia/mi entorno.
- La incapacidad para desconectarse fuera del trabajo.
- La sobre información por medios audiovisuales (TV, celular, diarios, internet, etc.)
- Sensación de incertidumbre al pensar en el futuro.

Falta de recursos de protección.

17.- ¿Cómo se siente actualmente?

Marca solo un óvalo.

- Emocionalmente agotado por su trabajo.
- Tenso o nervioso.
- Incapaz de disfrutar como lo hacía antes.
- Preocupado, angustiado por un posible empeoramiento de la situación.

18.- ¿Cómo clasificaría el impacto psicológico que ha sufrido debido a la pandemia?

Marca solo un óvalo.

- Leve.
- Moderado.
- Grave.

19.- ¿Usted considera que el cuidado del personal sanitario es el adecuado?

Marca solo un óvalo.

- No es adecuado.
- Regularmente adecuado.
- Si es adecuado.

20.- ¿Considera que la pandemia cambio nuestra forma de vida?

Marca solo un óvalo.

- No.
-
-
-
- Regularmente.
- Bastante.
- Totalmente.

21.- ¿Usted, se siente discriminado, agredido por sus vecinos o comunidad por ser personal sanitario?

Marca solo un óvalo.

- Nunca.
- A veces.
- Muchas veces.
-

Siempre.

22.- ¿Recibe apoyo psicológico en su lugar de trabajo?

Marca solo un óvalo.

No.

Sí.

Notas de Autorización

Mendoza, 10 de octubre de 2020.

Señor Director.

Hospital Italiano de Mza.

Dr.....

S / D

De nuestra mayor consideración tenemos el agrado de dirigirnos a Usted con motivo de solicitar autorización para realizar encuestas a los profesionales de enfermería en el Servicio de Unidad de Terapia Intensiva, esto se debe a que necesitamos información para realizar nuestro trabajo final, ya que somos alumnos de 5° año de la Licenciatura en Enfermería – F.C.M. – UNCuyo.

A la espera de una respuesta favorable, desde ya muchas gracias.

Saludamos cordialmente.

Calizaya, Alberto.

Muñoz, Augusto.

Mendoza, 10 de octubre de 2020.

Señor Jefe del Servicio de U.T.I.

Hospital Italiano de Mza.

Dr.....

S / D

De nuestra mayor consideración tenemos el agrado de dirigirnos a Usted con motivo de solicitar autorización para realizar encuestas a los profesionales de enfermería en el Servicio de Unidad de Terapia Intensiva, esto se debe a que necesitamos información para realizar nuestro trabajo final, ya que somos alumnos de 5° año de la Licenciatura en Enfermería – F.C.M.- UNCuyo.

A la espera de una respuesta favorable, desde ya muchas gracias.

Saludamos cordialmente.

Calizaya Alberto.

Muñoz, Augusto.

TABLA B: MATRIZ DE DATOS

SECCION	A											B										
	B1											B2										
	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	P21	P22
PREGUNTA	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	P21	P22
VALOR ASIGNADO	1-2	1-3	1-5	1-3	1-5	1-4	1-4	1-4	1-4	1-4	1-4	1-4	1-4	1-4	1-4	1-6	1-4	1-3	1-3	1-4	1-4	1-2
1	1	3	1	1	1	2	4	1	2	4	3	4	1	2	4	5	1	2	3	3	1	1
2	1	2	3	1	2	3	3	2	3	3	3	1	3	4	3	2	3	3	1	4	1	1
3	2	2	4	2	2	3	2	1	4	2	4	4	2	3	2	2	4	1	3	4	2	1
4	1	2	5	1	2	4	3	3	3	3	4	3	3	3	2	4	4	3	3	3	1	1
5	1	2	2	1	2	1	2	3	4	4	3	2	3	4	2	2	1	2	3	3	2	1
6	1	2	4	1	3	3	1	1	3	3	3	4	4	1	4	2	3	3	1	4	3	2
7	2	3	4	2	2	3	2	2	4	3	3	4	3	3	3	1	4	1	3	3	1	1
8	1	2	3	2	3	2	3	1	2	4	4	2	2	3	2	3	2	3	3	4	2	1
9	2	2	3	1	1	3	1	1	3	3	4	4	4	2	4	2	4	1	3	1	1	1
10	1	2	5	1	2	3	2	3	3	2	3	2	3	4	1	5	1	2	1	3	2	1
11	1	2	2	2	5	4	3	1	4	3	3	4	3	3	2	2	4	3	3	4	1	1

12	1	2	3	1	3	2	2	1	4	4	3	4	4	2	4	3	1	2	3	3	2	1
13	2	2	5	1	2	4	2	3	4	3	3	4	3	3	2	6	2	3	1	3	1	1
14	1	2	4	2	2	4	4	3	3	4	4	4	2	3	2	2	4	1	3	4	2	1
15	1	2	4	2	4	3	2	3	4	3	3	4	3	4	3	2	4	3	3	4	1	1
16	2	2	5	1	3	3	3	2	2	3	4	4	3	2	2	2	1	3	1	3	2	1
17	1	2	3	1	2	4	2	1	4	4	4	2	4	3	4	2	3	1	3	4	2	1
18	1	2	5	1	2	2	2	3	4	2	3	4	3	3	2	5	4	2	3	2	1	1
19	1	2	5	1	2	3	4	1	4	4	3	3	1	4	3	2	4	3	1	3	1	1
20	1	2	2	2	3	4	2	3	4	4	3	4	4	3	2	2	1	3	3	4	3	2
21	1	2	4	1	5	3	1	2	4	4	4	2	2	2	3	4	4	2	3	3	1	1
22	1	2	5	1	2	3	1	3	4	4	3	4	4	3	4	2	4	3	3	4	2	1
23	2	3	5	2	5	4	3	2	4	4	3	4	3	3	2	2	4	3	3	4	1	1
24	1	2	4	1	2	3	2	3	4	4	4	4	4	1	4	3	3	3	3	4	2	1
25	1	2	4	1	4	2	2	2	4	2	3	4	3	4	2	2	1	3	1	3	2	1
26	1	2	3	1	2	3	2	3	4	4	4	4	3	3	2	2	4	2	3	4	1	1
27	1	2	5	1	3	3	2	1	3	4	4	3	3	3	4	2	4	3	3	3	1	1
28	1	2	1	2	3	4	3	2	4	4	3	4	2	4	6	3	1	2	4	4	2	1

REFERENCIAS TABLA B:

- PREGUNTA 1: (Sexo)
 - 1. → Femenino
 - 2. → Masculino.
- PREGUNTA 2: (Formación académica)
 - 1. → Auxiliar
 - 2. → Profesional
 - 3. → Licenciado
- PREGUNTA 3: (¿Hace cuantos años se desempeña como enfermero?)
 - 1. → Menor a 2 años.
 - 2. → De 3 a 5 años.
 - 3. → De 6 a 10 años.
 - 4. → De 11 a 15 años.
 - 5. → Más de 15 años
- PREGUNTA 4: (¿Cuantos trabajos tiene?): valor numérico
 - 1. → Un trabajo.
 - 2. → Dos trabajos.
 - 3. → Mas de 2 trabajos.
- PREGUNTA 5: (¿Cuantas horas trabaja por semana?)
 - 1. Menos de 30
 - 2. De 30 a 44
 - 3. De 45 a 60
 - 4. De 60 a 70
 - 5. Más de 75
- PREGUNTA 6: (¿Recibió la capacitación necesaria para la atención del paciente con COVID19?)
 - 1. Poco.
 - 2. Nada.
 - 3. Regular.
 - 4. Lo suficiente.
- PREGUNTA 7: (¿La situación por la cual atraviesa el paciente COVID-19, dificulta la comunicación entre usted y él?)
 - 1. Muy frecuentemente.
 - 2. Medianamente frecuente.
 - 3. Poco frecuente.
 - 4. Nada.
- PREGUNTA 8: (¿Que sentimiento le provoca el atender a un paciente con coronavirus?)
 - 1. Miedo

2. Indiferencia.
3. Frustración.
4. Rechazo.

- PREGUNTA 9: (¿Siente empatía por el dolor que experimentan los familiares del paciente COVID-19?)
 1. Nada
 2. Poco frecuente
 3. Regularmente frecuente
 4. Muy frecuentemente

- PREGUNTA 10: (¿Se siente emocionalmente preparado para atender a un paciente COVID19?)
 1. Nada preparado.
 2. Poco preparado
 3. Regularmente preparado
 4. Muy preparado

- PREGUNTA 11: (¿Se siente con los conocimientos necesarios para atender al paciente COVID?)
 1. Nada
 2. Poco
 3. Regular
 4. Bastante

- PREGUNTA 12: (Para usted, la muerte de un paciente es)
 1. Una rutina diaria
 2. Un fracaso profesional
 3. Un alivio para el paciente
 4. Otra etapa de la vida

- PREGUNTA 13: (El objetivo principal de su trabajo es)
 1. Salvar vidas
 2. Ayudar al prójimo
 3. Promover la salud
 4. Dar atención integral.
 5. Satisfacer las necesidades de los pacientes

- PREGUNTA 14: (¿Conoce el "Protocolo de acompañamiento al final de vida"?)
 1. Nada
 2. Poco
 3. Regular
 4. Mucho

- PREGUNTA 15: (¿Cuál es su posición frente al Protocolo acompañamiento al final de vida?)
 1. Nada de acuerdo
 2. Algo de acuerdo
 3. Muy de acuerdo
 4. Totalmente de acuerdo

- PREGUNTA 16: Durante esta pandemia COVID-19, considera que ha estado preocupado por:
 1. Percepción de que el hospital está desbordado.
 2. Por contagiarme y/o poner en riesgo a mi familia/mi entorno.
 3. La incapacidad para desconectarse fuera del trabajo.
 4. La sobre información por medios audiovisuales (TV, celular, diarios, internet, etc.)
 5. Sensación de incertidumbre al pensar en el futuro.
 6. Falta de recursos de protección.

- PREGUNTA 17: ¿Cómo se siente actualmente?
 1. Emocionalmente agotado por su trabajo.
 2. Tenso o nervioso.
 3. Incapaz de disfrutar como lo hacía antes.
 4. Preocupado, angustiado por un posible empeoramiento de la situación.

- PREGUNTA 18: (¿Cómo clasificaría el impacto psicológico que ha sufrido debido a la pandemia?)
 1. Leve.
 2. Moderado.
 3. Grave

- PREGUNTA 19: (¿Usted considera que el cuidado del personal sanitario es el adecuado?)
 1. No es adecuado.
 2. Regularmente adecuado.
 3. Si es adecuado.

- PREGUNTA 20: ¿Considera que la pandemia cambio nuestra forma de vida?
 1. No.
 2. Regularmente.
 3. Bastante.
 4. Totalmente

- PREGUNTA 21: (¿Usted, se siente discriminado, agredido por sus vecinos o comunidad por ser personal sanitario?)
 1. Nunca.
 2. A veces.
 3. Muchas veces.
 4. Siempre.

- PREGUNTA 22: (¿Recibe apoyo psicológico en su lugar de trabajo?)
 1. No.
 2. Sí.