



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
Sistema de Universidad Abierta y Educación a Distancia

Manuscrito Recepcional
Programa de Profundización en Psicología Clínica

“Tensiones y producción de sentido en personal directivo de
enfermería en la pandemia de covid-19”

Reporte de investigación Cualitativa

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

Noemi Pérez Cuatecontzi

Director: Mtro. José Manuel Rizo Diego

Vocal: Mtra. Verónica Cristina Morales Vásquez



Los Reyes Iztacala Tlalnepantla, Estado de México, 18 de junio de 2021



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Contenido

Resumen	3
Objetivo general	8
Objetivos específicos.....	8
Justificación	8
Marco teórico	11
Metodología	18
Análisis de datos	25
Resultados	26
Presentación de informantes.....	26
Recepción de capacitación para hacer frente a la pandemia por COVID-19.....	31
Transmitir la capacitación y supervisar el trabajo.....	35
Ocultar el miedo	47
Conclusiones	50
Referencias	52
Anexos	57

Tensiones y producción de sentido en personal directivo de enfermería en la pandemia de COVID-19.

Resumen

La presencia de la pandemia de la covid-19 ha forzado a los sistemas de salud a nivel mundial a adoptar nuevas medidas de protección en la atención de pacientes. El personal sanitario ha desempeñado un papel fundamental en el cuidado del enfermo por covid-19, pero también ha estado expuesto a mayor riesgo de contagio y a jornadas laborales largas. En estas circunstancias, las repercusiones en el estado emocional del personal de salud por enfrentar situaciones estresantes ponen en riesgo su bienestar y su calidad de vida. El objetivo de este trabajo es describir la percepción de las afectaciones sobre la salud mental, laboral y social del personal directivo de enfermería durante la pandemia por Covid-19. Esta investigación siguió una metodología cualitativa con un enfoque de historia de vida que permitió, a través de entrevista semiestructurada a tres mujeres directivas de enfermería, interpretar sus experiencias desde su propia perspectiva. Los hallazgos muestran que, el personal directivo de enfermería vive un alto nivel de estrés, por la adición de nuevas responsabilidades en la reestructuración y conducción de los servicios de atención de enfermería. Emociones como miedo, tristeza, frustración, insatisfacción y duelo han estado presentes durante el proceso de la pandemia. Emociones que han tenido que permanecer ocultas y utilizar sus recursos de resiliencia para enfrentar el desgaste físico y emocional sin un programa de apoyo psicológico. La implementación de un programa de apoyo psicológico ayudaría a disminuir el riesgo de estrés crónico y mejoraría la calidad de su trabajo a la hora de cumplir con sus obligaciones.

Palabras clave: Personal directivo, Covid-19, desgaste emocional, miedo.

Summary

The presence of the covid-19 pandemic has forced health systems worldwide to adopt new protective measures in patient care. Healthcare workers have played a key role in caring for covid-19 patients, but they have also been exposed to increased risk of infection and long working hours. In these circumstances, the repercussions on the emotional state of health personnel facing stressful situations put their well-being and quality of life at risk. The objective of this paper is to describe the perception of mental, occupational, and social effects generated on the nursing managers during the Covid-19 pandemic. This research followed a qualitative methodology with a life history approach that allowed, through a semi-structured interview, three women nursing managers to understand their experiences from their own perspective. The findings show that nursing managers experience a high level of stress, due to the addition of new responsibilities in the restructuring and management of nursing care services. Emotions such as fear, sadness, frustration, dissatisfaction, and grief have been present during the process of the pandemic. Emotions that have had to remain hidden and use their resilience resources to cope with physical and emotional exhaustion without a psychological support program. Implementing a psychological support program would help reduce the risk of chronic stress and improve the quality of your work in meeting your obligations.

Keywords: Management, Covid-19, emotional exhaustion, fear.

El siglo XXI ha traído diferentes cambios en nuestra vida, nos encontramos altamente comunicados en todo el mundo, compartimos charlas, pensamientos y sentimientos a través de las diferentes plataformas de la red en tiempo real, sin importar dónde te encuentres se puede acceder a información de todo el mundo. La globalización abrió puertas a la comunicación y a la movilidad de la sociedad. Si el siglo pasado dejó como enseñanza que ante el surgimiento de las enfermedades el ser humano se encuentra vulnerable ante ellas, el avance en la investigación científica para mejorar la calidad de vida proporcionó tranquilidad a la humanidad.

A lo largo de la historia las pandemias han alterado la vida de la sociedad en su conjunto, por ejemplo: la peste negra a mediados del siglo XIV, transmitida por parásitos como pulgas y piojos fue la pandemia que causó pavor en la humanidad; la viruela que asoló Europa y que fue traída por los conquistadores españoles al “nuevo mundo” afectó a la población recién descubierta quienes no tenían defensas para combatir el virus; la “gripe española” a principios del siglo XX la cual se extendió sin control dejando millones de muertos; y el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) que en la década de los 80’s se pensó que únicamente afectaba a homosexuales, desechando esta idea al identificar casos entre otros grupos de la población.

La llegada del nuevo coronavirus SARS Cov-2 (covid-19) que se originó en la ciudad de Wuhan en China, y que se extendió rápidamente en todo el mundo cambió por completo la vida de la población, desatando una crisis global ante el colapso de los sistemas de salud por la demanda de atención médica y generando la mayor crisis económica y financiera al disminuir el desarrollo de actividades laborales, educativas y sociales debido

al confinamiento de la mayor parte de la población para tratar de disminuir el contagio ante la falta de tratamiento y vacuna.

De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (OPS) la pandemia ha resaltado el papel fundamental que desempeña el personal del sistema de salud (médicos, enfermeras, personal de laboratorio y gabinete, operadores de ambulancia, paramédicos, personal auxiliar) en la atención y el cuidado para salvar vidas. Desde el inicio de la pandemia, el personal de salud ha estado en primera línea de atención expuesto a circunstancias extremas en el desempeño de su trabajo, a mayor riesgo de infección, a jornadas laborales largas, y en ocasiones sin el equipo y material necesario para su protección, además de enfrentar angustia, miedo, fatiga e incertidumbre padecen de estigma que se manifiesta por medio de violencia física y psicológica por parte de un sector de la población.

Al respecto Lozano-Vargas (2020) comenta que, “esta situación de crisis que enfrenta el personal de salud está causando problemas de salud mental tales como el estrés, la ansiedad, síntomas depresivos, negación, ira y temor” (p-53) que puede provocar un impacto en su bienestar y en su calidad de vida. Ciertamente que con la llegada de una nueva enfermedad el impacto en la salud mental ante el temor por contraer el virus ha desbordado las reacciones emocionales, en este contexto el comportamiento humano se ha visto trastocado dando lugar a conductas agresivas y/o violentas, de evitación o bien de depresión que reflejan en consecuencia el miedo a contraer la enfermedad y tener que sufrir las consecuencias de una asistencia sanitaria en la soledad sin el debido acompañamiento de la familia o bien la negativa del servicio médico por la sobredemanda del servicio.

Algunas investigaciones como señala Apaza, Seminario y Santa-Cruz (2020) las medidas de contención que sean adoptadas a nivel social “pueden conducir a trastornos psicológicos y psiquiátricos como el estrés postraumático, confusión, frustración, depresión, ansiedad, trastorno de pánico y de conducta por factores como separación de la familia, dolor, duelo... ira, miedo, xenofobia, histeria colectiva...” (p-404). Es posible afirmar que existen múltiples violencias manifiestas en la sociedad posmoderna, así como agentes, propósitos, escenarios, intensidades; sin embargo, una de las desconcertantes y preocupantes considerando las variables anteriores, es la que se genera en contextos de los servicios sanitarios.

En estas circunstancias, el personal sanitario merece un reconocimiento y que se le brinden condiciones laborales apropiadas para contener el problema. Al respecto, la Organización Mundial de la Salud (OMS) emitió una serie de consideraciones para apoyar el bienestar mental y psicosocial a diferentes grupos clave: en lo que destaca la atención al personal de salud sobre: Protección del personal del estrés crónico; atender su salud mental y su bienestar es importante como cuidar su salud física; adopción de estrategias útiles de descanso, alimentación y actividad física; fomentar el compañerismo para brindar apoyo social; garantizar la información actualizada a todo el personal (OMS, 2020).

El presente estudio pretende responder o abonar a la siguiente pregunta: ¿Cómo se manifiestan y se perciben las afectaciones emocionales y sociales en el personal directivo de enfermería durante la pandemia por Covid-19?

Objetivo general

Describir las tensiones emocionales que experimenta el personal directivo de enfermería durante el proceso de atención frente a la pandemia por Covid-19.

Objetivos específicos

Identificar los recursos de afrontamiento que utilizó el personal directivo durante el proceso de la pandemia por Covid-19.

Identificar la forma en que el directivo de enfermería concibe su profesión ante la pandemia.

Justificación

El sistema nacional de salud en las últimas décadas ha sufrido un deterioro interno en su estructura debido a la implementación de reformas neoliberales orientadas puntualmente a incrementar la participación del capital privado en los espacios de salud, bajo la argumentación de la saturación de los servicios y la imposibilidad de atender a la población demandante mismo que se ha visto reflejado en la subrogación para la prestación de servicios como estudios de laboratorio, de gabinete, servicios de estudios especializados (mastografía, ultrasonido, etc.) al igual que, la aplicación de tratamientos especializados en enfermedades crónicas no transmisibles. Dando lugar por tanto a la privatización de los servicios de salud.

La política neoliberal de los gobiernos en México ha llevado a crear reformas destinadas a modernizar el sector salud, mediante ajustes estructurales promovidos por los organismos internacionales como respuesta a la crisis financiera en la década de los 80', en

este sentido lo que se intentaba era la exclusión y el desmantelamiento del Estado como responsable en la creación de bienes, servicios y bienestar social y la competencia desde ambientes completamente desiguales dando lugar al individualismo como valor principal (Celis, 2016).

De acuerdo con Celis (2016) la descentralización de los servicios de salud a la población correspondiente al primer y segundo nivel de atención, provocó una fragmentación del servicio y lo dejó en manos de las entidades federativas que asumieron ese rol y son quienes deciden el proceso de atención, dando como resultado la disminución en el crecimiento de los servicios de salud, tanto de los recursos materiales como de los recursos humanos lo que ha ocasionado sin duda un detrimento en la calidad de la atención y saturación de los servicios, condenando al sector público al deterioro y al desmantelamiento por falta de presupuesto.

Al respecto López-Arellano y Jarillo-Soto (2017) mencionan que las transformaciones en el sistema de salud mexicano se han modelado por reformas neoliberales bajo la lógica de privatización/ mercantilización y una nueva beneficencia, por medio de: reconfiguración del financiamiento, privatización de lo público rentable, selectividad de intervenciones focalización de poblaciones, impulso al aseguramiento individual y conformación de paquetes básicos de atención. Incorporando de manera gradual la lógica mercantil a las instituciones públicas, restando responsabilidad al Estado como sujeto obligado a garantizar el derecho a la salud de sus ciudadanos y trasladando esta obligación a los individuos y sus familias como gestores en la mejora de su salud.

La prioridad de la política neoliberal es la protección a las instituciones financieras en deterioro del bienestar social lo que perjudica el desarrollo laboral de las unidades de salud, la llegada de la pandemia ha recrudecido el sistema sanitario debido al incremento de pacientes, al alto costo de su atención y el difícil acceso a esta atención por la falta de infraestructura.

La pandemia de covid-19 pone a los profesionales de salud en situación sin precedentes puesto que las obliga a tomar decisiones imposibles o bien trabajar bajo presiones extremas. Esto puede ser causante para experimentar daño moral o problemas de salud mental. La crisis sanitaria por la pandemia crea un entorno de incertidumbre y estrés que exige prestar atención en el cuidado emocional del personal de enfermería con el objetivo de mantener su capacidad de cuidar a los pacientes.

De acuerdo con Macaya y Aranda (2020) dentro de las situaciones a las que se enfrenta el personal de salud se encuentra el desbordamiento en la demanda asistencial, esto es al enfermarse o ver que su familiar se enferme; riesgo de infección ya que existe mayor riesgo de contraer la enfermedad o de transmitirla a su entorno. Equipos insuficientes e incómodos puesto que los equipos de protección personal son escasos y la seguridad se torna incierta aunado a esto son desagradables ya que limitan el movimiento y la comunicación.

Otra de las consecuencias es el estrés que se vive en las zonas de atención directa en donde el trabajador puede experimentar miedo, frustración, culpa, pena, insomnio y agotamiento así como encontrarse expuesto al sufrimiento ante la muerte en aislamiento de los pacientes situación que puede agravarse por dilemas éticos y morales ante la sobrecarga

de trabajo y la toma de decisiones complejas ante la posible evolución incierta del paciente, todas estas situaciones pueden desencadenar estrés emocional (Macaya & Aranda, 2020).

Comprender el sufrimiento y los efectos psicológicos del personal de salud y más en situaciones de crisis conlleva a tener en cuenta los factores de vulnerabilidad y de resiliencia que influyen en la manera en que se afronta la crisis. No obstante, el personal de salud de primera línea es un grupo expuesto a un alto nivel de estrés, de igual manera el entorno de trabajo puede ser una fuente emocional ante: la falta de tiempo, la escasez de los equipos de protección, la presión por cumplir con los objetivos de la jornada laboral, la falta de insumos, el miedo al contagio, la adopción de medidas de protección no habituales. Todo ello genera situaciones de incertidumbre y malestar que pone a prueba los recursos personales.

Marco teórico

La evolución de los hospitales y la atención de enfermos a través de la historia ha tenido diferentes objetivos, en este contexto al principio se derivan de las instituciones religiosas como medio de caridad no solo para atender enfermos sino también para el cuidado de niños huérfanos y ancianos. Según de Micheli (2005) ya en el siglo IV se establecen fundaciones para ayudar a enfermos pobres. Dentro de esta evolución el Hospital del Monasterio del Pantocrátor es reconocido como el primer centro médico.

Para el siglo VI el hospital musulmán Maristan fue el primero en combinar la enseñanza de la medicina con la atención de enfermos. A partir de los siglos XI y XII se multiplican en la Europa cristiana las instituciones de beneficencia con el nombre de

hospitale y el siglo XVI las lecciones clínicas a la cabecera del enfermo se sistematizaron. Loyo-Varela y Díaz-Cházaro, (2009) señalan que, en el siglo XVIII, “el hospital adquiere un carácter filantrópico seglar”, en el hospital Italiano del Santo Espíritu cada paciente tenía su propia cama, este modelo influyó en Mexico y Perú.

De acuerdo con Michel Foucault en su ensayo *El nacimiento de la clínica* señala que el discurso médico a finales del siglo XVIII se ve envuelto en una nueva explicación con el surgimiento de la medicina clínica proveniente de la experiencia académica, en donde se implementa una nueva relación entre la mirada médica y la esencia de las enfermedades. Durante el siglo XIX, este discurso médico se centra en la formación por descripciones específicas, narraciones bibliográficas, interpretación y recorte de los signos, verificaciones experimentales y otras formas (Organización Panamericana de la Salud, 1978).

En este contexto, a través del estatuto del conocimiento, el médico se convierte en el personaje que posee el poder de conjurar el sufrimiento y la muerte, su intervención se centra por tanto en el control del cuerpo social mediante estrategias de intervención sobre lo físico corporal. Foucault (1976) también señala que, el modelo a la organización de salud llamado Plan Beveridge elaborado en 1942 consolida el derecho a la salud, dado que el Estado asume garantizar a sus ciudadanos la vida en buen estado de salud, con lo que esencialmente se buscaba asegurar la fuerza física nacional, la capacidad de trabajo y producción. Con este plan, la salud pasa a ser parte de la macroeconomía en función de esto la salud o su ausencia se convierte en un gasto del presupuesto del Estado, mediante la garantía al acceso a la atención de la población en general con lo que se pretendía corregir la desigualdad económica (Organización Panamericana de la Salud, 1978).

La política presupuestaria en la mayoría de los países era asegurar vía impuestos cierta igualdad en los ingresos con una redistribución económica, mediante el sistema de regulación y de la cobertura económica de la salud y las enfermedades. En este sentido, la formación de una nueva economía basada en un nuevo derecho y una nueva política del cuerpo se convierte en uno de los objetivos en los que el Estado debe intervenir y hacerse cargo. La medicina también asume nuevas funciones ante el progreso de la tecnología médica y el combate eficaz de enfermedades infecciosas dando paso como refiere Foucault a “una gran mutación política, económica, social y jurídica de la medicina”.

Así mismo, el capitalismo liberal basado en el modelo fordista se caracterizaba por una producción masiva, asistencia social extendida en donde se debía atender tanto la salud como la enfermedad, la reducción del desempleo y el desarrollo de la asistencia social pretendía una inclusión de la sociedad. Sin embargo, Foucault refiere que, la salud se utiliza como instrumento de la economía al convertirla en objeto de consumo por enfermos posibles o reales, así el cuerpo humano se introduce al mercado primero por el asalariado cuando el hombre vendió su fuerza de trabajo y segundo por intermedio de la salud. Bajo este sistema de consumo y mercado no se elevó el nivel de salud, por el contrario, la desigualdad de consumo de servicios médicos se mantuvo lo que dio origen a la denominada economía política de la medicina donde la industria farmacéutica se sostiene por el financiamiento colectivo de la salud y la enfermedad (Organización Panamericana de la Salud, 1978).

No obstante, a principios de la década de los 70', tuvo lugar una transición en la economía del mundo que algunos teóricos denominaron modelo neoliberal, el cual se caracterizó por cambios estructurales en el llamado estado del bienestar, se generaron

cambios en la asistencia social y una creciente desigualdad de los ingresos. Por otro lado, el neoliberalismo ha llevado a un declive a la sociedad social, con base en Preciado (2008) el capitalismo apunta hacia una transformación durante el siglo XX, periodo donde se lleva a cabo la mutación a través de nuevas dinámicas del tecnocapitalismo avanzado, donde la gestión política y técnica del cuerpo, del sexo y la sexualidad, se convertiría en el negocio del nuevo milenio. Además, Preciado (2008) considera que, para los teóricos del postfordismo como Virno, Hardt, Negri, Corsani entre otros, el saber, la información, la cultura y las relaciones sociales forman la materia prima del proceso productivo del capitalismo en el cual se mezclan tanto la sociedad, la empresa y el mercado.

En México, el proyecto del Estado de Bienestar surgido de la Revolución Mexicana y posteriormente de la postguerra en materia de salud buscaba mejorar la desigualdad económica. Loyo-Varela y Díaz-Cházaro (2009) hacen notar que en 1928 se crea el Departamento de Salubridad Pública, posteriormente denominado Departamento de Salubridad. En 1934 es creada la Secretaría de Asistencia Pública independiente del Departamento de Salubridad y para 1943 se da la creación de la Secretaria de Salubridad y Asistencia al fusionar la Secretaria de Asistencia Pública y el Departamento de Salubridad con la finalidad de atender a toda la población.

De igual manera, surge la seguridad social a través de la creación primero del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) dirigido a proteger la fuerza de trabajo formal que facilitara la industrialización por lo que el Estado construye unidades médicas en todo el país, así como el mayor número de camas hospitalarias a nivel provincia logrando con esto la modernización en la atención médica. Posteriormente se crea el Instituto de

Seguridad y Servicios Sociales de los trabajadores del Estado (ISSSTE) (Loyo-Varela & Diaz-Cházaro, 2009).

De acuerdo con López-Arellano y Jarillo-Soto (2017) la transformación del sistema de salud durante el periodo neoliberal en la década de los 80', marca un cambio estructural al impulsar cambios legales, compactación de estructuras administrativas y descentralización de los servicios de salud para la población carente de seguridad social, dando lugar posteriormente a la reorganización de los servicios y programas cuyo propósito central fue promover y estimular la privatización del cuidado de la salud. Con este reordenamiento, se modifica la relación público-privada en el sistema de salud introduciendo la lógica mercantil en el funcionamiento y privatizando los servicios de salud rentables.

En relación con la crisis económica, la caída de ingresos para el sector salud y la imposición de hacer eficientes los recursos provocaron un retroceso en el crecimiento de la cobertura. Dicha reducción de la participación del gasto en salud se tradujo en el deterioro de la calidad de los servicios, saturación de los servicios, reducción de los recursos de capital humano e insumos y lento crecimiento en la infraestructura hospitalaria.

Para Gómez-Dantes, Sesma, Becerril, Knaul, Arreola y Frenk (2011) el sistema de salud comprende dos sectores el público y el privado. En el sector público se encuentran las instituciones de seguridad social y las instituciones que atienden a la población sin seguridad social. El sector privado, abarca a las compañías aseguradoras y prestadores de servicios que trabajan en consultorios, clínicas y hospitales privados mexicanos. Formándose tres grupos de beneficiarios: los trabajadores asalariados, los jubilados y sus

familias; los autoempleados, trabajadores del sector informal, desempleados y personas que se encuentran fuera del mercado laboral; y la población con capacidad de pago.

El primer grupo corresponde a los beneficiarios de las instituciones de seguridad social, el segundo grupo corresponde a los excluidos de la seguridad social convencional y finalmente el último grupo hace uso de los servicios del sector privado por medio de planes privados de seguro. Hay que mencionar, además que quienes cuentan con seguridad social como los que son excluidos de la misma también utilizan los servicios de salud del sector privado debido a la deficiencia de recursos humanos e infraestructura del sistema sanitario (Gómez-Dantes et al, 2011).

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en su artículo 4° señala que la protección de la salud es un derecho de todos los mexicanos, sin embargo, esta protección a la salud es diferente dependiendo de la población de que se trate. Ante esta lógica de atención de los servicios de salud, las instituciones públicas de salud limitan e intervienen de manera selectiva al introducir la lógica mercantil en su funcionamiento y reducir el consumo de servicios, además se culpa a los enfermos por no adoptar estilos de vida saludables. Las intervenciones son valoradas desde una supuesta neutralidad científico-técnica de acuerdo con el costo-efectividad (López-Arellano & Jarillo-Soto, 2017).

Al respecto Pavón-Cuellar (2017) señala que el sistema capitalista es un sistema socioeconómico dominado por la clase capitalista que se rige en torno al mercado, un mercado en el que tenga lugar la compra y la venta. A más libertad de mercado, más libertad tiene el capital para actuar y expandirse. El llamado Consenso de Washington

creado en 1989 por el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional, forzó la privatización del bien público y fomentó la liberalización del comercio y la desregularización del mercado dando lugar al auge del capitalismo neoliberal.

En este sentido, el capitalismo en su etapa neoliberal ha penetrado en lo más profundo en las instituciones y a impuesto sus reglas de funcionamiento, pero también ha entrado en el individuo anulando sus deseos y anteponiendo las leyes del mercado con la idea de que puede obtener todo, confinándolo a su individualidad y a su propio interés. Por lo que Pavón-Cuellar (2017) describe como una metamorfosis de los sujetos neoliberales que deban seguir vendiéndose como “elementos del capital” o bien venderse como “empresarios de sí mismos”, hacia una libre competencia de mercancías un individuo mercantilizado, cosificado, aislado.

Por otro lado, Laval y Dardot (2013) argumentan que el sujeto neoliberal ha adquirido una nueva condición, un nuevo estado subjetivo el llamado “sujeto empresarial”. Es ahora el hombre activo, que participa, se compromete y se entrega a su actividad, el individuo que trabaja para la empresa como si lo hiciera para sí mismo. Se instauran nuevas técnicas de sujeción generando un grado de dependencia del trabajador con respecto a su empleador. Se moldea al individuo para que pueda soportar las nuevas condiciones, y para que él mismo contribuya en su adaptación hacia las nuevas exigencias del mercado laboral; es decir perfeccionarse y sentirse comprometido afectivamente con su empresa.

Consideramos que estos factores nos ayudan a entender las tensiones y/o presiones a las que se encuentran sujetos los trabajadores de hospitales en México, y que configuran cierta forma de enfrentar los problemas de atención y cuidado de la salud; por lo que nos

preguntamos cómo todos estos cambios se han experimentado durante la pandemia por COVID-19. Para describir las formas que adquirieron estas tensiones realizamos este estudio que nos permitirá aportar información sobre la percepción del ejercicio profesional de enfermería a través de la mirada de los informantes.

Metodología

En las últimas décadas la investigación cualitativa ha cambiado el modo de pensar la realidad. El interés por captar la situación vivida a través de la mirada de las personas ha llevado a confluir a diversas perspectivas y enfoques en este tipo de investigación. Al respecto, Vidanovic y Osorio (2018) señalan que, la investigación cualitativa se interesa por concebir los fenómenos humanos desde la visión del mismo actor, es por lo que, el sujeto o sujetos adquieren un gran valor para el investigador en el momento en que hacen notorio con sus acciones, vivencias, creencias, emociones, conductas y verbalizaciones su realidad convirtiéndose por tanto en un agente activo y el principal protagonista en el proceso de la investigación cualitativa.

De acuerdo con Taylor y Bogdan (1987) la metodología cualitativa en sentido amplio se define como “aquella que produce datos descriptivos: las propias palabras de las personas, habladas o escritas, y la conducta observable” (p-7), señalan que la investigación cualitativa tiene sus propias características como:

1. Es inductiva. El investigador desarrolla conceptos, entendimiento y comprensión que parten de las pautas de los datos.

2. El investigador ve al escenario y las personas en una perspectiva holística: las personas, los escenarios o los grupos no son reducidos a variables, sino considerados como un todo.
3. Los investigadores cualitativos son sensibles a los efectos que ellos mismos causan a las personas que son objeto de estudio. Interactúan con los informantes de un modo natural y no intrusivo.
4. Los investigadores cualitativos tratan de comprender a las personas dentro del marco de referencias de ellas mismas.
5. El investigador cualitativo suspende o aparta sus propias creencias, perspectivas y predisposiciones.
6. Para el investigador cualitativo todas las perspectivas son valiosas.
7. Los métodos cualitativos son humanistas.
8. Los investigadores cualitativos dan énfasis a la validez de su investigación.
9. Para el investigador cualitativo, todos los escenarios y personas son dignos de estudio.
10. La investigación cualitativa es un arte.

Para Denzin y Lincoln (2012, citado por Vidanovic y Osorio, 2018) la investigación cualitativa es naturalista, interpretativa y multimetódica; características que se refieren a que los datos son obtenidos en el lugar donde se presenta el fenómeno; a la manera en que se procesa la información de donde el acto principal es la interpretación; y sobre los distintos métodos existentes para producir el conocimiento científico cuyo uso depende del fenómeno que se estudia.

Así mismo, Monje (2011) menciona que la investigación cualitativa se sostiene epistemológicamente de la hermenéutica, la fenomenología y el interaccionismo simbólico. Para la hermenéutica los actores sociales no son simples objetos de estudio como si fueran cosas, sino que también significan, hablan, son reflexivos. El pensamiento hermenéutico interpreta, se mueve en significados no en datos, es abierto, se interesa por comprender los significados de los fenómenos y no sólo explicarlos en términos de causalidad. Prioriza a la comprensión y al sentido toma en cuenta las intenciones, las motivaciones, las expectativas, las razones y las creencias de los individuos.

Por su parte la fenomenología se centra en la experiencia personal, los procesos sociales dependen de la manera en que los propios actores sociales los perciben, los viven y les dan sentido. Intenta comprender los fenómenos, en función del sentido adquieren las cosas para los individuos. Para el interaccionismo simbólico la conducta humana se puede comprender y explicar en cuanto a los significados que las personas dan a las cosas y a sus acciones (Monje, 2011).

Desde la perspectiva fenomenológica de acuerdo con Álvarez-Gayou (2003) esta se asienta en cuatro conceptos clave: la temporalidad, la espacialidad, la corporalidad y la relacionalidad o la comunalidad. Sus dos premisas se refieren: primero, a que las percepciones de la persona evidencian para ella la existencia del mundo, no como lo piensa sino como lo vive; segundo, que la existencia humana es significativa e interesante, puesto que siempre estamos conscientes de algo.

Por otra parte, aunque distintos autores sostienen que la fenomenología y la fenomenografía son correlativas Álvarez-Gayou (2003) menciona que la fenomenografía se

enfoca en las formas como son experimentados diferentes fenómenos, en la manera en que se percibe, conoce y se asumen las habilidades relacionadas con ellos. Su objetivo es identificar y describir las diferentes formas de como las personas experimentan los fenómenos de su entorno. Puesto que, cuando se experimenta algo se establece una relación entre la persona y el momento (lo experimentado) abordando los fenómenos desde el punto de vista del sujeto, entonces existe una diferente forma de percibir o comprender el fenómeno y de la situación en que se encuentra. Algunos serán conscientes de ciertas relaciones entre los elementos de una situación, en cambio otros serán conscientes o podrán distinguir otras relaciones (González-Ugalde, 2014).

Con respecto a la situación multimetódica de la investigación cualitativa de los diversos enfoques, con la finalidad de alcanzar la comprensión de las realidades humanas el método biográfico también llamado historia de vida permite generar interpretaciones alternativas de la historia social, partiendo de la reconstrucción de las experiencias personales (Puyana y Barreto, 1994). De acuerdo con Jones (1983, citado por Chárriez, 2012) las historias de vida conforman una perspectiva fenomenológica y forman parte del campo de la investigación cualitativa, ofrecen un marco interpretativo por medio del cual el sentido de la experiencia humana es revelado en los relatos personales dando prioridad a las explicaciones individuales.

Esta técnica ha sido aplicada en distintos campos de las ciencias sociales como la psicología, la antropología y la sociología. En la historia de vida se acopian las vivencias de las personas partiendo del significado que otorgan a los fenómenos y a la experiencia misma que se forman con base a su percepción de su mundo y de su realidad (Chárriez, 2012). Se han desarrollado diversos modelos para la aplicación de historias de vida Cornejo

et al. (2008, citado por Chárriez, 2012) plantean un modelo de trabajo para el diseño de la investigación:

1. Momento preliminar. El investigador debe realizar dos elecciones: el tema y el ángulo de abordaje. Así como una revisión de la literatura científica pertinente con la finalidad de profundizar en la comprensión del objeto de estudio. Por lo que en el presente estudio se pretende responder o abonar a la pregunta ¿Cuál es el significado a la experiencia de vida durante la pandemia por la covid-19 en el personal de enfermería de nivel directivo? Con el objetivo de describir los acontecimientos experimentados mediante la percepción de afectaciones sobre la salud mental, laboral y social del personal de enfermería durante la pandemia de SARS-Cov-2.
2. Contactos, negociaciones y contratos. Definir y aplicar criterios de inclusión y exclusión de los participantes, delimitar los narradores que intervendrán y entregar la información de los objetivos, contenido de la investigación y procedimientos. Consentimiento informado y la libertad de dejar la investigación en caso de que se desee.
3. Recolección de los relatos mediante la entrevista. Considerar aspectos como número, duración, ritmo, conducción de las entrevistas y transcripciones de los relatos lo más fidedignamente posible.
4. Análisis de los relatos. La lógica y la metodología de análisis de los relatos debe estar en función, del objeto de estudio, del tipo de resultados que se deseen obtener.

Por otra parte, Taylor y Bogdan señalan que el investigador debe considerar:

- Llevar a cabo una reunión individual con el participante para explicarle el propósito del estudio y el alcance de la información que va a ofrecer.
- Garantizar el anonimato del participante.
- Establecer horarios de sesiones a conveniencia del participante y delimitar la duración aproximada de las sesiones.
- Explicar al participante que se tomara nota mientras se lleva a cabo las sesiones. La historia se grabará con el consentimiento del participante.
- Permitir que el participante se pueda retirar de la investigación en el momento que lo desee.
- Crear una atmósfera segura y de confianza para cumplir con el propósito de la investigación, evitar interrupciones innecesarias.
- Transcribir textualmente cada historia de vida.
- Compartir con el participante cada entrevista grabada y transcrita para corroborar que la información es fiel y exacta.
- Para cumplir los requisitos éticos, el participante debe firmar una hoja de consentimiento informado para la participación (grabación, transcripción y publicación de la historia de vida).

En este estudio se utilizará el método biográfico o historia de vida con la finalidad de recolectar el testimonio de las participantes sobre sus experiencias y el significado que las mismas aporten a su realidad en el contexto de la pandemia. De esta manera, será posible comprender la apreciación de su propia historia y su realidad social en el ámbito de trabajar como responsable en el funcionamiento de las áreas hospitalarias. Al respecto Vidanovic y Osorio (2018) señalan:

las historias de vida describen la cotidianidad del ser humano, accede a comprender el todo en el cual intervienen múltiples elementos como: biológico, psicológico, social, cultural, económico, educacional, profesional entre otros, del individuo. Son relatos que parten de la realidad y, como método, busca estudiar la experiencia humana, pues el relato de las personas evidencia o deja ver una realidad, constituida por un cúmulo de experiencias desde la infancia hasta el momento de la narración de la historia (p.171).

De acuerdo con Taylor y Bogdan (1987) la selección de los protagonistas depende del ámbito de la investigación y la cantidad no se precisa a detalle al inicio del estudio sin embargo los protagonistas tienen que ser representativos para la profundización del estudio (Vidanovic y Osorio, 2018). Para la elaboración de esta investigación se contará con la participación de tres mujeres enfermeras de nivel directivo.

La técnica a utilizar para la recolección de datos será la entrevista a profundidad con un guion que permitirá obtener la perspectiva del entrevistado. Taylor y Bogdan (1987) afirman que la entrevista en profundidad en la historia de vida, el investigador intenta capturar las experiencias destacadas de la vida de la persona, así como las definiciones que aplica a su experiencia. De acuerdo con Monje (2011) el entrevistador permite que el participante se exprese con libertad, el establecimiento de un rapport conlleva a adoptar un modelo de conversación entre iguales, en este contexto en la entrevista en profundidad el investigador intenta obtener experiencias que destacan en la vida del participante y la forma en que contextualiza los acontecimientos.

La recopilación de la información se dará a través de los encuentros, para captar los detalles de la entrevista serán grabadas preferiblemente en audio y vídeo previa autorización y firma de consentimiento informado. Seguidamente posterior a cada encuentro se efectuará el proceso de transcripción de la entrevista

Análisis de datos

Siguiendo la metodología se recopilaron las historias de tres informantes mujeres directivas de enfermería de dos delegaciones del Instituto Mexicano del Seguro Social. Una de las informantes forma parte de la gestión directiva de una unidad hospitalaria de segundo nivel y las dos restantes pertenecen a la gestión directiva delegacional. Para garantizar la confidencialidad de la información que se proporcionó se reemplazó la identidad de las participantes (nombres) y se les clasifico como informante1, informante 2 e informante 3 además se omiten datos que pueden ser identificatorios o relacionarse con su centro laboral.

De acuerdo con Spradley (1980, citado por Rodríguez, Lorenzo y Herrera, 2005) el análisis de datos “se entiende el proceso mediante el cual se organiza y manipula la información recogida por los investigadores para establecer relaciones, interpretar, extraer significados y conclusiones” (p-135). Este proceso se configura en tres aspectos reducción de datos, presentación de datos, obtención de resultados y verificación de conclusiones (Rodríguez et al. 2005).

Resultados

Presentación de informantes

Las informantes forman parte de la gestión directiva de enfermería de dos delegaciones del IMSS con diferentes cargos como: Coordinadora Delegacional de Enfermería en Atención Médica, Enfermera Supervisora en atención Médica y Subjefe de Enfermería en el área de enseñanza y capacitación. La tarea de la enfermera gestora es planificar, organizar, dirigir y controlar los diferentes recursos para la mejor atención a los pacientes. De acuerdo con Echeverría y Dávila (2013) “la gestión en enfermería es una función directiva de los miembros del staff de enfermería para garantizar la calidad de los cuidados y la atención oportuna de los pacientes” (p-24).

Coordinadora Delegacional de Enfermería. Participante 1.- Mariana (*informante 1*). Enfermera de 43 años, casada, con 2 hijos estudiantes de universidad y secundaria. Licenciada en Enfermería y Obstetricia, Maestra en Administración de Hospitales y Salud Pública, con Diplomado en coaching y talento humano y Gestión directiva para enfermería y habilidades directivas, Curso post técnico en Enfermería Pediátrica y Administración y Docencia de los Servicios de Enfermería. Cuenta con una trayectoria laboral de 20 años de servicio dentro de la Institución, 12 años como personal operativo y 8 años como directiva de enfermería, en el área Subjefe de enfermeras (4 años) Enfermera supervisora en atención médica (2 años) y Coordinadora Delegacional de Enfermería en Atención Médica (2 años).

Regularmente una Coordinadora delegacional realiza actividades de implementación del proceso administrativo, evaluación de la gestión directiva de todas las directivas de las unidades hospitalarias en donde se evalúa el desempeño gerencial y se identifica las necesidades de capacitación y asesoría, análisis de indicadores y acciones de

mejora, análisis del cuidado enfermero, gestión del recurso humano y gestión de los recursos materiales (medicamentos, insumos terapéuticos).

Es responsable directa de las jefes de enfermeras, subjefes de enfermeras de las tres unidades hospitalarias y mando indirecto con la supervisora de enfermería, también, mantiene relación de mando indirecto con el personal operativo (auxiliares de enfermera general, enfermeras generales, enfermeras especialistas y enfermeras jefes de piso) de las tres unidades hospitalarias y de las unidades de atención médica de primer nivel. Se espera que su trabajo se desarrolle de manera coordinada con la supervisora de enfermería, las jefes de enfermeras y subjefes de enfermería de los distintos hospitales en las áreas donde se encuentra el personal de enfermería como: hospitalización, urgencias, cirugía, consulta externa y programas especiales (prevenimss, geriatrimss y vigilancia epidemiológica) con la finalidad de mejorar la calidad y seguridad del cuidado de enfermería al paciente.

“Coordinadora Delegacional de Enfermería en Atención Médica. Lic. En Enfermería y Obstetricia, Maestría en Administración de Hospitales y Salud Pública.... 20 años de servicio en la institución...” (entrevista, informante 1, pág. 1).

Supervisora de Enfermería en Atención Médica. Participante 2.- Manuela (*informante 2*). Enfermera de 50 años, soltera. Licenciada en Enfermería y Obstetricia, Especialidad en Enfermería en Salud Pública y Administración y Docencia. Con 30 años de servicio dentro de la institución, se desempeñó como personal operativo 24 años como enfermera general, enfermera especialista y enfermera jefe de piso. Es directiva de enfermería desde hace 6 años, primero como subjefe de enfermería (5 años) y enfermera

supervisora en atención médica (1 año). Hasta antes de la pandemia realizaba funciones de subjefe de Enfermería en el turno matutino en una unidad hospitalaria (Hospital General de Zona) su trabajo consistía en supervisar y evaluar los procesos de enfermería del personal a su cargo, actividades administrativas de planeación, organización, ejecución, dirección y control de las áreas de su responsabilidad (Urgencias, UCI, Diálisis y Hemodiálisis) así como supervisión y control de medicamentos e insumos terapéuticos y no terapéuticos. Personal a cargo: Enfermera jefe de piso, Enfermeras Especialistas, Enfermeras Generales y Auxiliares de Enfermera General adscritas a los servicios mencionados.

Durante el transcurso de la pandemia es promovida como Enfermera Supervisora, desarrollando funciones de: Supervisiones de los Procesos y Cuidado Enfermero (Acciones esenciales de seguridad del paciente, higiene de manos, registros clínicos y esquema terapéutico de enfermería), Gestión directiva (carpetas de trabajo, supervisión y capacitación) así como supervisión a áreas de quirófano, Atención materna integral, urgencias, cunero patológico, hospitalización, C.E.Y.E, consulta externa, UCI, hemodiálisis, diálisis, rayos X (material de consumo, medicamentos, carro rojo, ropa, caja obstétrica). Personal a cargo: Jefes de Enfermeras y subjefes de enfermeras de las tres unidades hospitalarias, mantiene relación de mando indirecto con personal operativo de enfermería (auxiliares de enfermería general, enfermeras generales, enfermeras especialistas y enfermeras jefes de piso) así como con directores administrativos y subdirectores médicos.

“...mi experiencia de toda la vida que llevo trabajando... son 30 años de experiencia...” (entrevista, informante 2, pág. 1).

Subjefe de Enfermería en Enseñanza. Participante 3.- Sonia (*informante 3*).

Enfermera de 43 años, casada, con una hija en edad escolar. Licenciada en Enfermería y Obstetricia, especialidad en Urgencias y Cuidados Intensivos, Diplomado en Ventilación Mecánica Asistida y en Educación e Investigación. Cuenta con una trayectoria de 22 años de servicio dentro de la Institución. Se ha desempeñado como directiva de Enfermería desde hace 10 años en el área de enseñanza y capacitación.

De manera regular una enfermera encargada del área de enseñanza y capacitación realiza actividades básicas de educación continua (programa anual de educación continua de acuerdo con detección de necesidades), cursos de adiestramiento, organización de sesiones clínicas semanales, proceso de ingreso de Servicio Social de Pasantes en Enfermería (inicio y término), captura de listas de personal capacitado (registro en plataforma), proceso de reconocimiento del personal de enfermería (registro en plataforma) y del programa de educación continua en línea (Repositorio de temas).

Personal a cargo, responsable directa de pasantes de enfermería en Servicio Social adscritas a la unidad hospitalaria, así como de las pasantes que se encuentran en las clínicas periféricas, personal de enfermería en proceso de adiestramiento y personal de enfermería en formación profesional.

Funciones ordinarias interrumpidas por la pandemia del Covid-19. Con la llegada de la pandemia, se vieron interrumpidas algunas de las actividades del personal directivo de enfermería, como fue la programación de cursos de formación profesional y los cursos de adiestramiento, además, se realizaron ajustes a la práctica de campo clínico al personal becario de enfermería en servicio social siguiendo los protocolos de protección

personal. De esta manera, se vieron afectadas las actividades que se desarrollaban de manera ordinaria con el personal de salud que estaba becado realizando alguno de los cursos.

“...el principal cambio... pues ha sido, el suspender los cursos y que haya salido toda en rojo mí... nuestra plataforma de cumplimiento...” (entrevista, informante 3, pág. 5).

Actividades extraordinarias del personal directivo de enfermería. Por otro lado, también se sumaron actividades extraordinarias en las funciones de las directivas de enfermería como: Reuniones frecuentes para la gestión del recurso humano, acudir a hospitales para verificar el avance en la reconversión hospitalaria, elaboración de contratos para la adquisición de insumos prioritarios, supervisión en áreas COVID en todos los procesos de cuidado enfermero, capacitación masiva de todo el personal de base de las unidades hospitalarias (enfermería, camilleros, intendencia, nutrición, trabajo social, laboratorio, farmacia, administrativo, y apoyo a personal médico), supervisión sobre técnica de colocación y retiro de EPP en áreas covid-19, capacitación a personal de nuevo ingreso, capacitación en días de descanso, días festivos y en turnos nocturnos, capacitación a personal externo (funerarias) sobre manejo de cadáver por COVID.

“...para cuando nos tocó hablar de cadáveres, entonces, el reto para nosotros en abordar a en este caso a las funerarias” (entrevista, informante 3, pág. 15).

Tuvimos que armar algo para capacitar, para darles cómo iba a hacer el seguimiento, siguiendo nada más, lo que teníamos de lineamiento técnico de Secretaría de Salud... ya habiendo leído un poco de la experiencia de otros países.

Ahí supe que teníamos que hacer una mortaja húmeda (entrevista, informante 3, pág. 16).

Recepción de capacitación para hacer frente a la pandemia por COVID-19

Factores que se mantienen de forma ordinaria en la atención a pacientes.

Derivado de la pandemia la dinámica y vida cotidiana de las unidades hospitalarias a cargo de estas directivas de enfermería, se ve envuelta en una serie de cambios, cambios que exigen que la atención de pacientes en las diversas áreas se perciba distinto. Los protocolos de atención de los cuidados de enfermería de las distintas enfermedades que cotidianamente se atienden se realizan habitualmente, de igual manera las supervisiones y evaluaciones a las distintas áreas de responsabilidad que desarrollan las directivas de enfermería dando cumplimiento a lo establecido por normatividad y a las funciones de cada cargo.

Sin embargo, la llegada de una nueva enfermedad hizo necesario un cambio en los modelos de atención especializada, al tener que utilizarse de manera obligatoria el equipo de protección personal (EPP) en la atención del paciente con covid-19 para evitar el riesgo de contagio.

En este contexto, a nivel nacional, se capacitó a todas las directivas coordinadoras de enfermería con la finalidad de “bajar la información” sobre el protocolo de manejo del equipo de protección personal (EPP), a todo el personal directivo a cargo de la coordinadora delegacional. De igual manera, las directivas de enfermería de cada unidad hospitalaria, tendrían que capacitar a todo el personal de salud asignado a la atención de pacientes con covid-19, aunque en el proyecto se contemplaba de manera ordenada transmitir la información, no fue posible por inicio de casos positivos.

la capacitación del personal directivo... en esa capacitación nos enseñaron a colocar el equipo de protección personal y al retiro y a resolver todas las dudas que nosotros en ese momento llegáramos a tener... a su vez nosotros bajamos esa información a las jefas, toda esa información sobre la colocación del equipo de protección personal (entrevista, informante 1, pág. 11).

En otros casos, como lo fue con la informante 3, la capacitación sobre el manejo del equipo de protección personal (EPP), se realizó a través de la plataforma de educación en salud de la institución, en la sección de repositorio covid-19, y de manera asincrónica.

“...leemos y lo que nos dan de referencia para transmitirlo, pero... no conocemos es una enfermedad nueva...” (entrevista, informante 3, pág. 3).

El desgaste físico por adecuación de los espacios, delimitación de áreas en los hospitales. La adecuación de los espacios en la infraestructura hospitalaria requirió de un trabajo en equipo de las directivas de enfermería para evitar el riesgo de infección. Estas acciones demandaron extenuantes jornadas de trabajo y coordinación con los diferentes jefes de servicio durante su implementación. El cansancio físico se hace constante por el tiempo que se destina en la revisión de los espacios, espacios que deben garantizar que se cuenta con todos los mecanismos de protección para evitar el riesgo de contagio.

Las coordinadoras delegacionales, a la par de las directivas de las unidades hospitalarias inicialmente tuvieron que adecuar áreas de hospitalización destinadas para la atención de pacientes con covid-19. Acudían a las unidades hospitalarias a verificar que los cambios se realizaran como se había diseñado; puesto que los hospitales durante el periodo neoliberal se encontraban en malas condiciones de infraestructura. Rediseñar áreas con

nuevas condiciones de seguridad exigía mantener una completa organización en todos los niveles y con todos los responsables de las distintas áreas de servicio.

La infraestructura fue un poquito difícil porque no teníamos descanso, teníamos que ir a trabajar hasta sábados y domingos que fue donde teníamos que ir a ver cómo quedaba el área física. Cambiar, mover mobiliario, cambiar al personal explicarles, de aquí para acá son tus pacientes los vas a ver... (entrevista informante 2, pág. 3).

“por infraestructura cada hospital siempre se le fue realizando adecuaciones. Ahora cada hospital ya no es lo que era antes porque si se hicieron muchísimas adecuaciones, baños, vestidores para todo el personal... conforme fue aumentando se fueron habilitando áreas” (entrevista, informante 1, pág. 6).

Enfoque en las medidas para no contaminarse y para no contagiar. Para evitar riesgos de trabajo y siguiendo los protocolos de seguridad del Sistema de Salud, el personal directivo tuvo que implementar medidas para no contaminarse y para evitar contagios. En este aspecto, se delimitó el área física y se tomaron las medidas de los lugares donde se debería colocar el equipo de protección personal para el personal que ingresara al área COVID. También, se colocaron filtros de sanitización para el ingreso al hospital de los trabajadores con medidas como: revisión de la temperatura, aplicación de gel desinfectante y manifestación de presencia o ausencia de síntomas de covid-19. De igual manera, las acciones se enfocaron en la correcta colocación y retiro del EPP, ducharse después de abandonar las áreas covid-19 y evitar portar el uniforme fuera de las unidades hospitalarias.

“... ver cómo íbamos a hacer y delimitar dónde serían las áreas dónde se van a cambiar el personal, dónde va a llegar el material de consumo es todo, todo, reorganizar totalmente” (entrevista, informante 2, pág. 3).

“llega este cambio que para poder pasar y prevenir brotes se tiene que llegar al hospital y le tienen que checar la temperatura. Tiene que decir, si ha tenido alguna sintomatología y entonces ahora si puedes checar, deben utilizar alcohol gel...” (entrevista, informante 1 pág. 5).

Omisión en los cursos de capacitación: la preparación psicológica, cómo enfrentar sus propios miedos y los del personal. Para capacitar al personal de enfermería tanto directivo como operativo se utilizaron dos recursos, la capacitación de manera presencial y la capacitación a través del uso de tecnologías de la información y comunicación (TIC). Esta forma de ser capacitada de manera asincrónica, a través de la plataforma de acuerdo con una de las informantes fue desgastante por la imposibilidad de resolver dudas surgidas al momento de la recepción de la información.

“... el hecho de introducirme al tema era como que inviértele más tiempo ya lo desmenuzaste ahora arma el propio tuyo sin que se pierda lo que se quiere transmitir desde nivel central” (entrevista, informante 3, pág. 5).

Durante la etapa de capacitación presencial, el personal directivo tuvo que recurrir a sus capacidades y habilidades pedagógicas, para capacitar y motivar al personal con la finalidad de disminuir miedos y temores por parte del personal operativo ante el ingreso de pacientes con covid-19.

Por otro lado, una de las participantes menciona que, al inicio de la pandemia tenían la indicación de no utilizar cubrebocas en sus áreas de trabajo, con la finalidad de no crear pánico en el personal operativo [con respecto a esta indicación, no podemos generalizar puesto que forma parte de la experiencia de una de las participantes]. Este comportamiento fue utilizado como una forma de transmitir confianza o ser el ejemplo hacia el personal a cargo para intentar disminuir el miedo o temor a enfermarse y de alguna manera manejar su propio miedo.

... a nosotros nos prohibieron usar cubrebocas... y por más que nos decían que la sana distancia y esto, pues no se podía... nosotros al frente de ellos, sin cubrebocas... y así nos tuvieron y tosiendo los compañeros allá enfrente de nosotros y nosotros aguantando (entrevista, informante 3, pág. 2).

Transmitir la capacitación y supervisar el trabajo

Carencia de ciertos equipos precisos porque se agotaron. Ajustes de la capacitación. La capacitación dentro de las organizaciones se considera como un modelo de educación cuya finalidad es proporcionar los elementos para el ejercicio del puesto. Es decir, dar las bases para que el colaborador cuente con la preparación necesaria y especializada para el desempeño de sus actividades. Para Siliceo (2004) la capacitación es una actividad planeada que se basa en las necesidades reales de la organización y que se orienta a la transmisión de conocimientos específicos relativos al trabajo para el desarrollo de habilidades y competencias.

Para cumplir con las necesidades de capacitación que las unidades hospitalarias demandaban, se tuvieron que realizar modificaciones a los protocolos de atención de enfermería enfocados en el cuidado en pacientes con covid-19. Estas modificaciones se originaron principalmente por las limitaciones o carencia de insumos tanto en la técnica de EPP, como en técnicas de cuidado especializado.

Si bien, estas limitaciones o carencias se dieron por la demanda de insumos también es importante recordar que, en la descentralización del sistema de salud, como lo señala López-Arellano y Jarillo-Soto (2017) no se fortalecieron las capacidades organizacionales, financieras y técnicas de las unidades de salud lo que originó inequidad y aceleró la exclusión de los demandantes de servicios de salud, estimulando la privatización del cuidado de la salud.

En el actual sistema de salud es importante señalar que las limitaciones o carencias de material en áreas covid-19, se presentó al inicio de la atención de casos positivos y que posteriormente se cubrieron estas necesidades, es decir el Estado suministró los recursos necesarios para la atención de la población, tanto en la capacitación como en el desarrollo del trabajo. De igual manera, la falta de insumos no fue en la misma proporción en ambas delegaciones, ya que la que se encontraba más cercana a la ciudad de México, pudo resolver esta problemática en menor tiempo posible, comparado con lo que vivió la otra directiva de enfermería en la unidad hospitalaria donde se encontraba y que fue más lento este proceso de contar con los insumos necesarios.

“... teníamos que dar la plática de equipo de protección personal (EPP)... el material no estaba siendo dotado como debe de ser... porque obviamente estábamos en un hospital y en todos los hospitales a nivel nacional e internacional que no

estábamos preparados para atender esta enfermedad y pues en nuestro caso sabemos que los insumos se preparan hasta con un año de antelación...” (entrevista, informante 3, pág. 1).

“... por ejemplo en lo del EPP a nosotros nos daban una técnica de cómo debería de ser. Entonces, determinados servicios que están a cargo de la vigilancia epidemiológica nos decían, haber vamos a ver, vamos, analizar cómo, cómo puede ser primero esto, entonces se hizo, observamos, hicimos videos para autocriticar esa técnica y entonces hacíamos cambios le sugeríamos al personal, eh, la técnica es así se hizo esta modificación por esto y por el otro y por el otro” (entrevista, informante 3, pág. 3).

Riesgos del trabajo. El miedo a morir forma parte de la vida del ser humano, el miedo ante la presencia de una nueva enfermedad paraliza porque no sabemos dónde está, ni cuando nos puede dañar. El sentimiento de vulnerabilidad ante la percepción de un ambiente inseguro y la preocupación por el bienestar de la familia induce a negarse a recibir una capacitación. De acuerdo con Bauman (2007, citado por Antón, 2015) “el miedo original es el miedo a la muerte, es un temor innato y endémico que todos los seres humanos compartimos...” (p-267).

Como parte de las habilidades del directivo de enfermería es hacer alianza con sus colaboradores para crear un ambiente favorable de trabajo. Habilidades que también son utilizadas para resolver carencias y remediar situaciones problemáticas, habilidades de autocontrol para no permitir que sus emociones sean un factor de riesgo en la negociación. La resistencia del personal operativo a ser capacitado conlleva a crear tensión entre el directivo y el colaborador. Esta resistencia es entendible por el riesgo de trabajo ante el

miedo a convertirse en agente de contagio y llevar el virus a su entorno familiar o ser contagiado durante la atención de pacientes con covid-19, y dejar en indefensión a su familia. Esto los llevo a decir que si no me capacito no voy a trabajar ahí.

“... me rogaban que no se diera la capacitación porque era el miedo, tanto así también que recuerdo mucho la primera escena de mis compañeritas cuando entraron al área covid, que empezaron a colocar mensajes en el Facebook donde ponían “no hay plazo que no se cumpla, ni hora que no se llegue” y dicen “estamos listas para entrar” y dice “con el miedo que nos invade” y ellas lo expresaban” (entrevista, informante 3, pág. 6).

“... el miedo estaba en todos lados, el miedo a contagiarte, el miedo de llevar a tu familia la enfermedad y en mi caso yo decidí no ver a mi mamá desde que empezó la pandemia” (entrevista, informante 2, pág. 1).

Otras de las razones para resistirse a recibir capacitación, fue la falta de material que conformaba el EPP o la calidad del mismo equipo y la adecuación de las instalaciones. Estas tensiones que vive el personal directivo también involucran a la parte sindical ante el apoyo que este presta a sus agremiados como medida de presión para no ingresar a áreas covid-19 a pesar de haber recibido capacitación, con el argumento de no contar con las medidas de seguridad. Así lo detalla una de las participantes.

...se encontraron muchas barreras, porque primero desde la calidad del material, si era adecuada. Que no voy a entrar porque no hay uniformes quirúrgicos... voy a un área contaminada, que es de muy alto riesgo en el cual tengo que disponer de uniforme quirúrgico... que no hay de mi talla... Entonces, todo esto ocasiona

conflicto pues para poder entrar a las áreas y sobre todo para darle continuidad a la atención del paciente (Entrevista, informante 1, pág. 5).

el personal muchas veces se quejaba ¡ay es que no tengo donde bañarme! pero yo siento que no era ese el punto sino más bien era como una defensa para no poder entrar, porque los baños estaban, si es que era necesario habilitar más baños se habilitaron más baños (Entrevista, informante 1, pág. 6).

Estrategias de convencimiento. La palabra Ética proviene del griego ethos que significa costumbre o carácter, que engloba comportamientos o valores de una profesión o clase social. De acuerdo con Blasco-León y Ortiz-Luis (2016) ethos es “un conjunto de valores que una determinada profesión tiene y presenta a la sociedad” (p-146). El quehacer de la enfermera es la base fundamental en la atención del enfermo. Es así como, la enfermera adquiere un compromiso con ella misma y con la sociedad en el cuidado de la salud y de la enfermedad, el profesionalismo humanista que caracteriza a la enfermería debe garantizar la calidad del cuidado del paciente (Echeverría & Dávila, 2013).

La ética precisa los valores morales de las personas, su naturaleza y universalidad. Para la enfermería son condiciones esenciales, la necesidad de cuidados de enfermería, el respeto a la vida, la dignidad y los derechos humanos. La Organización Internacional de Enfermería define el ethos de la enfermería como la promoción y la recuperación de la salud, la prevención de enfermedades y el alivio del sufrimiento (Blasco-León & Ortiz-Luis, 2016).

Las directivas de enfermería recurrieron a una serie de estrategias de convencimiento con la finalidad de paliar el miedo e infundir confianza en sus trabajadores durante la capacitación y durante el proceso de la jornada laboral. Parte de estas estrategias residió primero en mantener un diálogo abierto por medio de sensibilizar al personal apelando a la Ética de Enfermería, a la ética del trabajador de la enfermería, a la vocación de servicio, al deber ser, al amor a la profesión, a la protección del paciente ante cualquier daño sin distinción de enfermedad ya que como enfermera tu elegiste esta profesión, por lo tanto, tu deber es cuidar de todo enfermo que demande tu servicio. Además de mantenerse en constante capacitación porque en definitiva eso es lo que da valor a la profesión.

Desde que nosotros tenemos ética de enfermería en nuestra formación, que nosotros llevamos a cabo la propedéutica de enfermería el humanismo que se refleja en nuestro deber ser de Enfermería, nosotros tenemos que estar junto al paciente, a veces el paciente nos tiene más confianza a nosotras enfermeras que al médico porque te acercas a ellos... hicimos un juramento, que es el juramento de la enfermera, que debe de atender a todos los pacientes sin distinguir raza, credo o religión (entrevista, informante 2, pág. 2).

Del mismo modo fue enseñar con el ejemplo, al ingresar a las áreas covid-19 estrategia que fue asimilada de manera favorable por el personal como una parte fundamental de motivación, como modo de convencerlas a no sucumbir a la presión del temor o miedo ante el riesgo de contagio.

Yo les mencionaba a las jefas, si nosotras desde nuestro ámbito, nosotras queremos ser jefas, somos las primeras que debemos poner el ejemplo, yo no puedo ser y no parecer, tengo que ser y parecer... y yo les decía miren aquí no vamos a ver, no hay

niveles, no hay rayas, aquí todas somos iguales y todas vamos a entrar. Entonces pues ellas, yo siento que se sintieron animadas al ver que yo iba a entrar, que no quiere decir que yo fui la primera que entró en el hospital, porque ya algunas de ellas habían entrado, pero todo eso ayudó a que sintieran confianza (entrevista, informante 1, pág. 13).

La gente ya nos conoce y como lo expresan ahora mis compañeros es que ustedes nunca se fueron, siempre dieron la cara, ustedes siempre estuvieron con nosotros pese a que ustedes no sabían ni cómo ayudarnos, ni como apoyarnos, pero ustedes siempre estuvieron ahí, nosotros nos enojábamos, nosotros peleábamos y decíamos y ustedes siempre estuvieron enfrente soportando a nosotros, nuestros malestares... (entrevista, informante 3, pág. 2).

Otro de los argumentos que fue utilizado, como medida de presión en casos especiales ante la negativa del personal operativo por laborar en áreas covid-19, fue la aplicación de la normativa del contrato con base a las actividades que de manera ordinaria debe cumplir la enfermera en la atención de pacientes en unidades hospitalarias

El personal directivo tal pareciera que no tenemos sentimientos y entonces te enfrentas ante un personal que tiene miedo. Primero, porque no quiere hacer las cosas, que tiene miedo. Segundo ellos tratan de poner un límite y decir es que yo no puedo entrar porque estoy enferma... desgraciadamente nos tuvimos que apegar a la normativa... porque si no seguimos esa normativa entonces caemos en desviaciones y esos momentos son momentos críticos pues que las decisiones se deben tomar con la cabeza no con el corazón y entonces las decisiones deben de ser muy puntuales y frías y en base a normativa (entrevista, informante 1, pág. 9).

“... a mí no me gusta decirles que para eso fueron contratadas porque se siente feo, pero trataba de decirles tenemos que entrar porque miren los pacientes las están esperando” (entrevista, informante 2, pág. 4).

Supervisión del trabajo. *Retos, dificultades de la implementación de atención y cuidados en área covid-19. Cambios en los horarios de trabajo sin descanso.* Todos estos cambios conforman una nueva realidad de atención a la salud, la reestructuración de las unidades hospitalarias y la capacitación del personal fue un trabajo que generó desgaste físico y emocional en el personal directivo de enfermería. Como lo describe Maslach y Jackson (1981) al replantear el concepto de Burnout concebido en tres fases, enfatiza que el agotamiento emocional (primera fase), es la sensación de desgaste físico como psicológico, al estar expuesto el sujeto en su ambiente laboral, a interacciones intensas y sostenidas con sus compañeros y usuarios (Greif, 2013). En este aspecto, para dar cumplimiento a todas las modificaciones y supervisar el funcionamiento de las áreas covid-19, las directivas de enfermería ampliaron su jornada laboral para cumplir con la responsabilidad que su cargo exigía. Esta jornada laboral prolongada se hizo más puntual y obligatoria en las directivas delegacionales ya que el éxito o fracaso del funcionamiento de los servicios de enfermería dependía de una toma de decisiones oportuna, de un seguimiento en la implementación y en la ejecución.

Ha sido complicado porque se suscitaron situaciones a las que nadie se había enfrentado, no estábamos preparados para atender una emergencia sanitaria de esta magnitud. La información que se nos enviaba era muy variada... porque el comportamiento de esta enfermedad también lo era, entonces todos estábamos en algo desconocido tratamos de hacer frente a esta situación en base a lo que nosotros

teníamos y en base a como se presentaba en el estado... (entrevista, informante 1, pág. 1).

“... estábamos trabajando sábado, domingo de 7 de la mañana a 6 de la tarde u 8 de la noche íbamos en la noche...” (entrevista, informante 1, pág. 2).

Efectos psicológicos y cansancio físico por el trabajo en condiciones de pandemia.

Para realizar las funciones de supervisión en las unidades hospitalarias en el caso de las directivas delegacionales, era necesario destinar más tiempo de lo comúnmente programado, porque se debería de cumplir con las medidas preventivas establecidas tanto en el ingreso a los hospitales, como para el acceder a áreas covid. Por lo que, utilizaron estrategias como mantener consigo mismas una maleta, para llevar artículos personales (ropa de calle, artículos de baño) así como EPP.

“Y el hecho de llegar al trabajo que tenemos que tener nuestra maleta, porque la maleta se tenía que quedar aquí porque era de salir y te vas y te metes... andábamos con nuestras maletas y con nuestros botes, nuestros botes para poder entrar a las áreas” (entrevista, informante 1, pág. 3).

El estrés de acuerdo con Lazarus y Folkman (1984) se entiende como una reacción fisiológica del organismo en donde se ponen en marcha recursos de defensa para afrontar las demandas del ambiente (Sierra, Ortega & Zubeidat, 2003). Por otra parte, la Organización Mundial de la Salud (2008) define el estrés relacionado con el trabajo como “un patrón de reacciones que ocurren cuando los trabajadores confrontan exigencias ocupacionales...” (Houtman, 2008, p-17). Estas reacciones al estrés se presentan cuando el individuo se encuentra expuesto a factores de riesgo, las reacciones pueden ser

emocionales, conductuales, cognitivas y fisiológicas. Se considera que el estrés laboral resulta de la interacción del trabajador y las condiciones de trabajo, estas condiciones ocupacionales estresantes pueden asociarse a trabajos muy demandantes, con un ritmo alto de presión, a una falta de control sobre las cargas o procesos de trabajo, a carencia de apoyo social.

Efectos emocionales (desgaste, miedo, duelo). Durante esta crisis por covid-19 las directivas de enfermería también han estado sujetas a una serie de cambios y condiciones que desafían sus capacidades emocionales ante situaciones inherentes a su cargo, pero también ante situaciones de índole familiar. Formar parte de la dirección de los servicios de salud, implica tener que lidiar la doble presencia que corresponde a su condición laboral atendiendo los problemas de trabajo y la responsabilidad de atender un hogar, de ser madre, ser esposa, ser hija o de ser hermana.

“... en la familia pues es otra problemática ¿por qué? porque no estás en tu casa, porque tienes un horario de entrada, pero ese horario nunca es respetado, tienes un horario de salida que tampoco es respetado y entonces la problemática ahora se va a la casa. ¿Por qué? Porque no estás en tu casa y porque tienes hijos y tienes que atender sus necesidades, tienes el marido y pues también” (entrevista, informante 1, pág. 2).

Emociones como miedo, temor, incertidumbre, llanto, frustración, tristeza, alteraciones del sueño, forman parte de lo que sintieron durante el proceso de la pandemia. Un elevado estado de estrés ha sido la constante en el desempeño de sus actividades. La ansiedad, como parte de los problemas emocionales, surge en presencia de situaciones inciertas o amenazantes en las que el organismo se anticipa a posibles resultados negativos.

De acuerdo con Beck (2013) la ansiedad se entiende como un sistema complejo de respuesta conductual, fisiológica, afectiva y cognitiva (modo de amenaza) que se activa al anticipar sucesos o circunstancias que se juzgan como muy aversivas porque se perciben como acontecimientos imprevisibles e incontrolables que potencialmente podrían amenazar los intereses vitales de un individuo.

“Pues al principio era así como mucha incertidumbre, no sabíamos si nos íbamos a contagiar o no, era miedo, temor, incertidumbre...” (entrevista, informante 3, pág. 14)

“He alterado la dinámica con mi familia pues el tiempo que he estado con ellos pues disminuyó el tiempo que he estado en el trabajo pues aumentó. El estrés aumento inclusive nosotras nos veíamos y nos decíamos ¡Cómo nos cambió esta pandemia, como nos acabó!” (entrevista, informante 1, pág. 8).

La preocupación por su salud y la de su familia ante el riesgo de enfermar y el miedo o temor a morir las ha llevado a adoptar medidas estrictas para evitar contagios, también a considerar poner en orden documentos legales.

“Son situaciones en las que dices tengo que arreglar mi testamento... no tengo que dejar problemas, es cuando empiezas a organizar tus cosas ¿qué pasaría si me muriera?” (entrevista, informante 1, pág. 4).

El sentimiento de duelo ha formado parte de las emociones que han vivido las informantes, particularmente una de ellas ante la pérdida de familiar cercano. La muerte de un ser querido involucra diferentes emociones. El duelo es una respuesta emocional ante una pérdida, que se manifiesta en forma de sufrimiento y aflicción; la intensidad y la

duración depende del significado de la pérdida (Gómez-Sancho, 2004). Este duelo también se ha sentido de manera indirecta por pérdidas de compañeras del entorno laboral y tener que vivirlo de manera silenciosa.

“Lo más difícil fue cuando me enteré que mi hermano tenía covid-19 y que había llegado al hospital... fue algo muy fuerte...” (entrevista, informante 2, pág. 5).

“Yo doy gracias porque tuvimos la oportunidad de que se despidieran de él. Cuánta gente murió sola, sin saber siquiera una palabra de su familiar, es muy triste, pero es muy fuerte” (entrevista, informante 2, pág. 6).

Otra emoción presente en las participantes fue la insatisfacción laboral al sentirse excluidas de los programas de apoyo psicológico, que se implementaron únicamente para el personal operativo.

... todos los apoyos llegaron para el personal operativo, yo creo que está mal enfocado. Porque pensaron que el personal operativo es el que debe de entrar en las áreas, pero no es cierto. Porque el personal directivo es el que debe entrar a supervisar, a organizar es el que debe coordinar debe de saber qué es lo que está pasando allá dentro (entrevista, informante 1, pág. 3).

... creo que una parte que les fallo del personal es el personal de confianza. Les dieron capacitación, les ayudaron al personal operativo, pero al personal como jefes de piso, subjefes o jefe de enfermeras y nosotros de la delegación no tuvimos ningún apoyo... Todos es todos, porque todos estábamos al frente de esta pandemia (entrevista, informante 2, pág. 8).

Efectos relacionales: Discriminación-estigma social al interior del hospital con sus compañeros de trabajo. De igual modo, dentro de los efectos por factores relacionales la informante 1, refiere que al inicio de las supervisiones en las áreas destinadas a la atención de pacientes con covid, ella se percibió “discriminada” por sus compañeros de oficina. La epidemia de COVID-19 ha causado estigmatización social y comportamiento discriminatorio hacia personas que se percibe haya estado en contacto con el virus. En el contexto de la salud, para la UNICEF (s/f) el estigma social es “la asociación negativa entre una persona o un grupo de personas que comparten ciertas características y una enfermedad específica”. Este tipo de trato afecta de manera negativa a las personas.

...que te vean como alguien que pudiera infectar, yo decía pues bendita ignorancia o sea el virus no se transmite porque tú hayas entrado y andes de un lugar a otro. El virus se transmite por vías respiratorias, por contacto entonces no tiene nada que ver, y ver que los compañeros ¡ay van a entrar al área covid! ¡ay ya vamos a desinfectar! Y yo decía, eso es discriminación, eso aquí en el trabajo... (entrevista, informante 1, pág. 3).

... te quedaban viendo como casi casi el que va a infectar *el virus andando*... esos puntos nunca se manejaron y que son importantes, son importantes porque en ese momento el personal de enfermería, médico se necesita el apoyo y comprensión de todos y no un rechazo (entrevista, informante 1, pág. 3).

Ocultar el miedo

En qué situaciones y condiciones se tenía que ocultar el miedo. Como responsable de los servicios de enfermería, el personal directivo tiene que realizar funciones de supervisión en los diferentes servicios de las unidades hospitalarias, vigilar

que los cuidados de enfermería se desarrollen de acuerdo con la normativa. Realizar estas funciones dentro de las áreas destinadas a pacientes con covid-19 es una de las situaciones en las que el personal directivo tenía que ocultar su miedo para que no fuera percibido por sus colegas, como una manera de poner el ejemplo, decía la informante 1 “nosotras entrabamos, salíamos y las compañeras operativas nos veían”. Otra de las situaciones en las que también se ocultó el miedo fue en el contacto permanente con el personal operativo de las distintas categorías para dar capacitación continua sobre el manejo del EPP.

...nosotras sabemos colocarnos y retirarnos el EPP ustedes saben perfectamente que el problema no es la colocación, me lo puedo colocar como quiera... el problema es el retiro, porque si yo no me sé retirar el EPP entonces ahora sí no nada más me pongo en riesgo a mí, pongo en riesgo a toda mi familia y nadie de nosotras queremos llegar a enfermar a nuestra familia (entrevista, informante 1, pág. 13).

El miedo como un mecanismo adaptativo nos permite reaccionar ante situaciones peligrosas. Moscone (2012) apunta que el miedo es una “emoción que surge si la integridad personal o la vida está en peligro... depende de la capacidad para enfrentar la vida, y lleva a adoptar medidas adecuadas para protegerse” (p-57). Las respuestas comportamentales que la persona presenta varían de acuerdo con la distancia del estímulo amenazador, por lo que las informantes adoptaron medidas de protección y demostrar al grupo que utilizando adecuadamente el EPP el riesgo de contagio es menor.

Cubrebocas como símbolo de protección: ¿Cómo y Qué sentido ocultar el miedo? Una de las medidas de prevención durante la pandemia ha sido usar el cubrebocas. Para la OMS, la indicación de que la población utilice la mascarilla ayudaría a disminuir la propagación del virus. Al portar el cubrebocas se limita la emisión de partículas y se evita

que personas infectadas propaguen el virus. En este contexto, tanto en los hospitales como fuera de ellos el uso del cubrebocas adquiere una función preventiva. Sin embargo, para la informante 3, portar el cubrebocas además de medida preventiva adquiere otro sentido, otro propósito el de un símbolo.

Un símbolo, que permite esconder el miedo. Si bien, el cubrebocas representa su seguridad física, también representa su seguridad emocional. Seguridad física, porque evita el contagio de ella hacia otros y de los otros hacia ella. Seguridad emocional, porque ayuda a ocultar las emociones “el miedo” “el estado de ánimo” evitando por lo tanto el contagio emocional.

Es una manera de mostrarse fuerte, valiente ante sus colegas “mi miedo no lo van a percibir los demás”, es apelar a la confianza, a la seguridad, a elevar la moral del grupo de trabajo, al compromiso que se tiene con la profesión, al espíritu de servicio, a demostrarse a sí mismas a no mostrar cansancio porque como lo refiere la *informante 1* “como directiva no te debes de cansar, debes de aguantar que el personal llegue y hasta te insulte” a no permitirse demostrar sus emociones.

... después el cubrebocas, pues ya no veían todo lo que aguantaba y tenía lentes, ya no veían también si estaba, y luego estaban también empañados de tanta de que no sellaba bien mi mascarilla, se empañaban mis lentes. Y pues, ya no veían si lloraba o no, ya no veían sí me reía o no. Entonces, yo creo que... creo que el utilizar esa mascarilla y esos lentes era una máscara también que a lo mejor nos dio poder o quién sabe, quién sabe...” (entrevista, informante 3, pág. 15).

“Tú puedes ver cómo la gente se cae, se doblega, pero siempre nosotras tenemos que estar ahí dándole ánimos” (entrevista, informante 1, pág. 17).

Conclusiones

A lo largo de esta investigación se llevó a cabo una serie de entrevistas a tres informantes directivas de enfermería, responsables de los servicios de atención de salud para conocer cómo se manifiestan y se perciben las afectaciones emocionales y sociales en el personal directivo de enfermería durante la pandemia por Covid-19.

A partir de este trabajo se concluye que, las directivas de enfermería han estado sometidas a altos niveles de estrés constante que se deriva del nivel de responsabilidad en la conducción de los servicios de enfermería. Emociones como miedo, incertidumbre, frustración, tristeza, insatisfacción y duelo se han hecho presentes durante el proceso de la pandemia, emociones que han tenido que permanecer ocultas para dar el ejemplo de fortaleza al personal a su cargo, por lo que, han tenido que utilizar sus recursos de resiliencia para enfrentar este desgaste físico y emocional ante la falta de un programa de apoyo psicológico enfocado al personal directivo de enfermería. El duelo, es una emoción fuerte que se ha guardado y que se vive en silencio por permanecer aislada de la familia o porque la familia no comprende el sufrimiento por la pérdida de una vida. También se han visto afectadas por la estigmatización social del entorno laboral y social por ser trabajadoras de la salud.

El miedo al contagio ha permeado en la salud mental de estas enfermeras, que si bien, no se encuentran en la atención directa del enfermo, tratan de manera rigurosa cumplir con la normativa institucional y con las necesidades del personal operativo. Aunque, dentro de la estructura organizativa el personal directivo es el principal gestor de programas de apoyo psicológico para el personal que atiende áreas covid-19, el equipo directivo no es beneficiario de este apoyo, por lo que sería conveniente también implementar un programa dirigido a este personal. Proteger al personal directivo del estrés crónico, permitirá elevar la calidad de su trabajo y una mayor capacidad a la hora de cumplir con sus funciones. Desde el punto de vista de la investigación cuantitativa, se han realizado diferentes investigaciones sobre el impacto emocional que vive el profesional de salud especialmente el de enfermería. Este trabajo cualitativo pretende aportar desde el punto de vista subjetivo la vivencia particular de las directivas de enfermería que están inmersas en la gestión directiva. Las limitaciones de este estudio se derivan fundamentalmente de la implementación del método de recolección de datos en la profundización de la entrevista.

Referencias

- Álvarez-Gayou, J. (2003). *Cómo hacer investigación cualitativa. Fundamentos y Metodología*. México: Paidós
- Apaza, C., Seminario, R., y Santa -Cruz, J. (2020). Factores psicosociales durante el confinamiento por el Covid-19 – Perú. *Revista Venezolana de Gerencia*, 25(90), 402-413. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=290/29063559022>
- Beck, A. T. (2013). *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad*. Desclée De Brouwer. https://scholar.google.es/scholar?hl=es&as_sdt=0%2C5&q=trastorno+de+ansiedad&oq=trastorno+d#d=gs_cit&u=%2Fscholar%3Fq%3Dinfo%3AceUavqWWDGYJ%3Ascholar.google.com%2F%26output%3Dcite%26scirp%3D0%26hl%3Des
- Charriéz, M. (2012). Historias de vida: Una metodología de investigación cualitativa. *Revista Griot*, 5(1), 50-67. <https://revistas.upr.edu/index.php/griot/article/view/1775/1568>
- Celis, A. (2016). Neoliberalismo, instituciones de salud pública en México y respuesta al VIH en Puebla. *Intersticios Sociales*, 12, 1-29. <http://www.scielo.org.mx/pdf/ins/n12/2007-4964-ins-12-00010.pdf>
- De Michel, A. (2005). En torno a la evolución de los hospitales. *Gaceta Médica México*, 141(1), 57-62. <http://www.scielo.org.mx/pdf/gmm/v141n1/v141n1a10.pdf>

- Echeverría, J., y Dávila, J. (2013). *Enfermería*. México: Editorial Alfil.
<http://cvoed.imss.gob.mx/COED/home/normativos/DPM/archivos/coleccionmedicinaadeexcelencia/25%20Enfermer%C3%ADa-Interiores.pdf>
- Gómez-Dantes, O., Sesma, S., Becerril, V., Knaul, F., Arreola, H., y Frenk, J. (2011). Sistema de salud en México. *Salud Pública de México*, 53(2), 220-232.
<http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v53s2/17.pdf>
- Gómez-Sancho, M. (2004). *La muerte de un ser querido: el duelo y el luto*. Madrid: Arán
- González-Ugalde, C. (2014). Investigación fenomenográfica. *Magis, Revista Internacional de Investigación en Educación*, 7(14), 141-158. [https:// doi: 10.11144/Javeriana.M7-14.INFE](https://doi.org/10.11144/Javeriana.M7-14.INFE)
- Greif, J. (2013). El síndrome de Burnout en enfermería: su relación con variables personales y organizacionales. *Investigaciones en psicología*, 18(1), 47-68.
[researchgate.net/publication/267609428_EL_SINDROME_DE_BURNOUT_EN_ENFERMERIA_SU_RELACION_CON_VARIABLES_PERSONALES_Y_ORGANIZACIONALES](https://www.researchgate.net/publication/267609428_EL_SINDROME_DE_BURNOUT_EN_ENFERMERIA_SU_RELACION_CON_VARIABLES_PERSONALES_Y_ORGANIZACIONALES)
- Houtman, I. (2008). *Sensibilizando sobre el Estrés Laboral en los Países en desarrollo. Un riesgo moderno en un ambiente tradicional de trabajo*. Organización Mundial de la Salud. http://www.who.int/occupational_health/publications/pwh3sp.pdf?ua=1
- Laval, C., y Dardot, P. (2013). La fábrica del sujeto neoliberal. En C. Laval, & P. Dardot (Eds.), *La nueva razón del mundo. Ensayo sobre la sociedad neoliberal* (pp. 325-381). Barcelona: Gedisa.

López-Arellano, O., y Jarillo-Soto, E. (2017). La reforma neoliberal de un sistema de salud. *Cadernos Saúde Pública*, 33(2), 1-13. <https://www.scielo.br/pdf/csp/v33s2/1678-4464-csp-33-s2-e00087416.pdf>

Lozano-Vargas, A. (2020). Impacto de la epidemia del Coronavirus (COVID-19) en la salud mental del personal de salud y en la población general de China. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 83(1), 51-56. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=3720/372062853003>

Loyo-Varela, M., y Díaz-Cházaro, H. (2009). Hospitales en México. *Cirugía y Cirujanos*, 77(6), 497-504. <https://www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2009/cc096o.pdf>

Macaya, P., y Aranda, F. (2020). Cuidado y autocuidado en el personal de salud: enfrentando la pandemia COVID-19. *Revista Chilena de Anestesia*, 49(03), 356-362. <https://revistachilenadeanestesia.cl/PII/revchilanestv49n03.014.pdf>

Monje, C. (2011). *Metodología de la Investigación Cuantitativa y Cualitativa Guía Didáctica*. <https://www.uv.mx/rmipe/files/2017/02/Guia-didactica-metodologia-de-la-investigacion.pdf>

Moscone, R. (2012). El miedo y sus metamorfosis. *Psicoanálisis*, 24(1), 53-78. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4243775.pdf>

Organización Panamericana de la Salud. (1978). *Medicina e Historia. El pensamiento de Michel Foucault*. <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/39029/10077.pdf?sequence=1&isAlloved=>

Organización Panamericana de la Salud. (2020). *En medio de la pandemia de COVID-19, un nuevo informe de la OMS hace un llamamiento urgente a invertir en el personal de enfermería.*

https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=15772:amid-covid-19-pandemic-new-who-report-urges-greater-investments-in-the-nursing-workforce&Itemid=1926&lang=es

Pavón-Cuellar, D. (2017). Subjetividad y psicología en el capitalismo neoliberal.

Psicología Política, 17(40), 589-607. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpp/v17n40/v17n40a11.pdf>

Preciado, B. (2008). La era farmacopornográfica. En B. Preciado (Eds.), *Testo Yonqui* (pp. 25-46). Recuperado de

<https://antropologiadeoutraforma.files.wordpress.com/2013/04/preciado-testo-yonqui.pdf>

Puyana, Y., y Barreto, J. (1994). La historia de vida: recurso en la investigación cualitativa. Reflexiones metodológicas. *Maguaré*, (10).

<https://doi.org/10.15446/mag.v0n10.14265>

Sierra, JC., Ortega, V., y Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal-estar E Subjetividade*, 3(1), 10 – 59.

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=27130102>

Siliceo, A. (2004). *Capacitación y desarrollo de personal*. México: Limusa.

<https://books.google.com.mx/books?hl=es&lr=&id=CJhlsrSuIMUC&oi=fnd&pg=P>

A5&dq=capacitaci%C3%B3n+y+desarrollo+de+personal&ots=lTfUcEcB3T&sig=z
pKxjtWYbenZ11uDd-

GAwdZbGXI#v=onepage&q=capacitaci%C3%B3n%20y%20desarrollo%20de%20
personal&f=false

Taylor, S., y Bogdan, R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación:
la búsqueda de significados.*

[http://books.google.com.mx/books?id=EQanW4hLHQgC&hl=es&source=gbs_simi
larbooks](http://books.google.com.mx/books?id=EQanW4hLHQgC&hl=es&source=gbs_similarbooks)

Unicef (s/f). El estigma social asociado con el covid-19.

[https://www.unicef.org/uruguay/media/2651/file/El%20estigma%20social%20asoci
ado%20con%20el%20COVID-19%20-%20UNICEF%20Uruguay.pdf](https://www.unicef.org/uruguay/media/2651/file/El%20estigma%20social%20asociado%20con%20el%20COVID-19%20-%20UNICEF%20Uruguay.pdf)

Vidanovic, A., y Osorio, L. (2018). Epistemología de la historia de vida en la investigación
cualitativa. *INNOVA Research Journal*, 3(5), 167-180.

<https://doi.org/10.33890/innova.v3.n5.2018.545>

Anexos

1. Entrevista semiestructurada

Tema: Cómo ha sido su experiencia de vida durante el proceso de la pandemia desde su trabajo.

Datos generales

¿Cómo ha sido esta experiencia, que me puede decir?

¿Desde su área de responsabilidad cuál ha sido el momento más difícil o crucial durante la pandemia?

¿Cuáles son los cambios que has realizado durante la pandemia en su vida profesional y qué consecuencias han tenido en su vida familiar?

¿Cuál es su opinión sobre las condiciones del sistema de salud ante la llegada de la pandemia y como estas mismas condiciones han sido una limitante o un detonante para la atención del enfermo y qué consecuencias ha tenido?

¿Qué cambios se han tenido que hacer en los protocolos de atención de enfermería y cómo ha respondió el personal de enfermería a su cargo ante estos cambios?

¿Las adecuaciones en la infraestructura física de la unidad hospitalaria, ha sido un obstáculo en la adaptación del personal?

¿Cómo han afectado estos cambios en las condiciones de trabajo?

¿Qué ha sido para ti lo más difícil como personal directivo ante las condiciones de seguridad y de cuidado del personal a tu cargo, así como las condiciones de inseguridad por falta de una infraestructura adecuada como por la falta quizá de insumos materiales y de recursos humanos?

¿Cómo se ha sentido cuando tiene que enfrentar las negativas o rechazo del personal por miedo o temor de contagiarse y le dice a su equipo que tiene que cumplir con su responsabilidad laboral?

En algunas instituciones el propio personal se ha visto en la necesidad de ser proveedor de sus herramientas de trabajo, es decir de sus equipos de protección personal. ¿Ha pasado lo mismo en estas unidades de salud?

¿Cuál consideras que es la principal problemática que ha desencadenado la pandemia en el personal de enfermería?

¿Cómo se ha sentido emocionalmente?

2. Consentimiento Informado

Mi nombre es Noemí Pérez Cuatecontzi, soy estudiante de la licenciatura en psicología de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Este documento es para hacerle una invitación para participar en una investigación académica de la asignatura Seminario de Titulación bajo la dirección del Mtro. José Manuel Rizo Diego, profesor de esta licenciatura. Puede plantearme todas sus dudas a lo largo de esta explicación. La actividad tiene como propósito conocer su experiencia como parte del personal de salud en la atención, coordinación y entorno laboral y social durante la pandemia de Covid-19.

Su participación consistiría en responder una serie de entrevistas. Las entrevistas tendrán una duración aproximada de una hora —como máximo— y podrá ser grabada en video para fines de análisis.

Su participación es completamente voluntaria, es su elección participar o no. La información que proporcione será resguardada y su identidad será protegida, sólo el profesor de la asignatura y yo tendremos acceso a la información.

Es importante señalar que se trata de una investigación para el manuscrito recepcional de titulación. Al participar en esta práctica usted contribuirá en mi formación como profesional de la psicología. En esta actividad no se prevé ningún riesgo para su integridad física o psicológica, sin embargo, pudiera ser que se sienta incómodo con alguna pregunta. En cualquier caso, puede no responder a la pregunta.

Consentimiento

Se me ha leído la información sobre la práctica de entrevista. Tuve la oportunidad de hacer preguntas al respecto y todas las dudas que tuve se respondieron satisfactoriamente.

Consiento participar voluntariamente en esta práctica.

Doy autorización para que la entrevista sea grabada. Si No

[Nombre completo del participante]

Firma del participante

Fecha [Día] de [Mes] de [Año].