

Enfermería frente a la COVID-19. Un estudio cualitativo sobre cuidados en primera línea en Cáceres (España)

David Conde-Caballero ¹, Jara Bonilla-Bermejo ² Jerónimo Luengo-Polo³, Borja Rivero-Jimenez^{4*} y Lorenzo Mariano-Juarez⁵

¹ Departamento de Enfermería, Facultad de Enfermería y Terapia Ocupacional, Universidad de Extremadura, 10003 Cáceres, España; dcondecab@unex.es.

² Departamento de Enfermería, Centro Universitario de Mérida, Calle Sta. Teresa Jornet, 38, 06800 Mérida, España ; jbnobillajt@unex.es

³ Hospital Universitario de Cáceres, Av. de la Universidad, 75, 10004 Cáceres, España; jeronimoluengopolo@gmail.com

⁴ Departamento de Ingeniería de Sistemas Informáticos y Telemáticos, Escuela Politécnica, Universidad de Extremadura, 10003 Cáceres, España; brivero@unex.es

⁵ Departamento de Enfermería, Facultad de Enfermería y Terapia Ocupacional, Universidad de Extremadura, 10003 Cáceres, España; lorenmariano@unex.es

* Correspondence: brivero@unex.es; Tel.: +34 927 25 70 64

Resumen: El impacto de la pandemia de Covid-19 se ha narrado a partir de las cifras de morbimortalidad en muertes, días de enfermedad o discapacidad. Pero los censos de morbimortalidad no alcanzan a describir la totalidad del impacto de la enfermedad en la vida de pacientes, familiares y profesionales de la salud. Este trabajo, de naturaleza cualitativa, persigue analizar las experiencias de enfermeras que estuvieron en primera línea durante la primavera de 2020. Se realizaron entrevistas semiestructuradas a un total de 19 participantes, desde un enfoque empírico de naturaleza fenomenológica y un análisis temático de los relatos. El estudio se realizó en la ciudad de Cáceres del 1 de septiembre de 2020 y el 10 de enero de 2021. Los participantes fueron reclutados a través de un muestreo intencional y de bola de nieve hasta la saturación de la información recabada. Cinco grandes categorías temáticas analíticas emergen: 1) Condiciones laborales; 2) Impacto en el ámbito emocional; 3) Impacto en el ámbito social; 4) Estrategias de afrontamiento; 5) Identidad profesional. Los relatos de experiencia constituyen un tipo de evidencia imprescindible con la que analizar las relaciones entre contexto laboral y experiencia, ofreciendo material para poder examinar carencias y definir planes de mejora.

Palabras clave: Enfermería; Covid-19; Fenomenología; Narrative Evidence Based Medicine.

Article

Nursing in the Face of COVID-19: A Qualitative Study on Frontline Care in Cáceres, Spain

David Conde-Caballero ¹, Jara Bonilla-Bermejo ², Jerónimo Luengo-Polo³, Borja Rivero-Jimenez^{4*} y Lorenzo Mariano-Juarez⁵

¹ Departamento de Enfermería, Facultad de Enfermería y Terapia Ocupacional, Universidad de Extremadura, 10003 Cáceres, España; dcondecab@unex.es.

² Departamento de Enfermería, Centro Universitario de Mérida, Calle Sta. Teresa Jornet, 38, 06800 Mérida, España ; jbnobillajt@unex.es

³ Hospital Universitario de Cáceres, Av. de la Universidad, 75, 10004 Cáceres, España; jeronimoluengopolo@gmail.com

⁴ Departamento de Ingeniería de Sistemas Informáticos y Telemáticos, Escuela Politécnica, Universidad de Extremadura, 10003 Cáceres, España; brivero@unex.es

⁵ Departamento de Enfermería, Facultad de Enfermería y Terapia Ocupacional, Universidad de Extremadura, 10003 Cáceres, España; lorenmariano@unex.es

* Correspondence: brivero@unex.es; Tel.: +34 927 25 70 64

Abstract: The impact of the Covid-19 pandemic has been narrated in terms of morbidity and mortality figures of deaths, sick days or disability. But morbidity and mortality censuses fall short of describing the full impact of the disease on the lives of patients, families and health professionals. This paper, qualitative in nature, aims to analyse the experiences of nurses who were on the frontline during the spring of 2020. Semi-structured interviews were conducted with a total of 19 participants, using an empirical approach of a phenomenological nature and a thematic analysis of the narratives. The study was conducted in the city of Cáceres from 1 September 2020 to 10 January 2021. Participants were recruited through purposive and snowball sampling until saturation of the information collected. Five broad analytical thematic categories emerge: 1) Working conditions; 2) Impact on emotional domain; 3) Impact on social domain; 4) Coping strategies; 5) Professional identity. The accounts of experience constitute an essential type of evidence with which to analyse the relationships between work context and experience, providing material for examining shortcomings and defining plans for improvement.

Keywords: Nursing; Covid-19; Phenomenology; *Narrative Evidence Based Medicine*.

Introducción

El 11 de marzo de 2020 la OMS declaraba pandemia internacional la situación sanitaria provocada por el virus SARS-CoV-2, causante de la enfermedad COVID-19 [1]. Menos de un año después, más de 105.000.000 de personas se han infectado en todo el mundo, de las cuales 2.913.425 han sido en España, una situación que ha provocado, hasta febrero de 2021 más de 2.286.170 muertes a nivel global, 60.802 en España [2].

Dos grupos han sido los principales damnificados: las personas mayores y los profesionales sanitarios [3,4]. La literatura ha subrayado cómo las personas de edad han supuesto el 31% de las infecciones y el 80% de las muertes [5]. Respecto a los sanitarios, la exposición a no diagnosticados o asintomáticos, la falta de Equipos de Protección Individual (EPI's), o la poca preparación de los sistemas de salud han sido motivos esgrimidos para explicar el impacto sufrido [6,7]. De entre todos ellos, la Enfermería ha sido quien ha tenido el contacto más estrecho [8]. Según un estudio realizado en abril de 2020, el 77,6% de las profesionales de Enfermería habían estado trabajando a diario con pacientes con COVID-19 [9]. Ello ha precipitado altas tasas de infección, especialmente en los primeros momentos de la pandemia [7]. El número acumulado de enfermeras fallecidas por COVID-19, a 31 de diciembre de 2020, era de 2.262, con más de 86.000 profesionales infectadas en tan solo 44 países [10]. La literatura coincide por ello en la idea de que el personal de Enfermería ha estado en la llamada "primera línea" de combate [11–13].

Frente a la descripción cuantitativa, pocos han sido los estudios que se han centrado en las vivencias y experiencias en primera persona de enfermeras [14]. Los enfoques cualitativos sobre experiencia son considerados, desde la perspectiva de la *Narrative Evidence Based Medicine* [15], como evidencias de primer orden, capaces de ofrecer ámbitos de significación que contribuyen al análisis de los contextos sociales, económicos y políticos de los procesos de salud, enfermedad y atención. El objetivo de este artículo es contribuir al escenario creciente de este tipo de evidencias a partir del análisis e interpretación de las experiencias de enfermeras que trabajaron en primera línea en la provincia de Cáceres durante la primera ola.

Material y Métodos

2.1. Diseño

Estudio cualitativo a partir de entrevistas semiestructuradas. Se utilizó un enfoque empírico de naturaleza fenomenológica y un análisis temático para obtener relatos de experiencia de enfermeras que atendieron a pacientes Covid-19 en la primera línea.

2.2. Ámbito

El estudio se realizó en la ciudad de Cáceres (Extremadura) entre las fechas del 1 de septiembre de 2020 y el 10 de enero de 2021

2.3. Sujetos

Los participantes fueron reclutados a través de un muestreo intencional [16] y de *bola de nieve* [17] entre profesionales que hubieran estado prestando cuidados en el Hospital Virgen de la Montaña (Cáceres), en Servicios de Urgencias, en Unidades de Cuidados Intensivos, en Residencias geriátricas y en Atención Primaria. El tamaño de la muestra fue determinado por la saturación de los datos en el punto que no aparecieron nuevas categorías emergentes [18]. Se tuvieron en cuenta las diferencias en el sexo, los años de experiencia o el estado civil para diversificar la muestra. Un total de 19 profesionales participaron en el estudio. Solo una enfermera rehusó participar, alegando motivos de estrés. En el informante 17 se apreció una redundancia temática que fue confirmada en las dos últimas entrevistas. Las características sociodemográficas de la muestra se señalan en la Tabla 1.

2.4. Consideraciones éticas

Todos los sujetos firmaron un formulario de consentimiento en el que se les informó del objeto de su participación en el estudio, las metas de la investigación y la posibilidad de interrumpir su participación en cualquier momento en que lo manifestaran. Se garantizó la confidencialidad de los datos personales de los participantes durante todo el proceso. El Comité de Bioética y Bioseguridad de la Universidad de Extremadura proporcionó su aprobación al estudio (nº registro 176/2020). El estudio se llevó a cabo de conformidad con los principios éticos esbozados en la Declaración de Helsinki y el Informe Belmont.

ID	Sexo	Edad	Estado civil	Unidad/Servicio	Experiencia(años)
I01	Mujer	44	Soltera	Urgencias	15
I02	Mujer	52	Casada	Primaria	27
I03	Mujer	53	Soltera	Hospitalización	5
I04	Mujer	43	Casada	Primaria	21
I05	Hombre	41	Soltero	Primaria	6
I06	Hombre	31	Soltero	Hospital COVID	3
I07	Mujer	37	Soltera	Residencia geriátrica	15
I08	Mujer	42	Casada	Urgencias	20
I09	Hombre	45	Casado	Hospital COVID	20
I10	Mujer	54	Casada	Hospital COVID	30
I11	Mujer	48	Casada	Residencia geriátrica	28
I12	Mujer	45	Divorciada	Hospitalización	15
I13	Mujer	26	Casada	Residencia geriátrica	3
I14	Hombre	43	Soltero	Urgencias	20
I15	Mujer	25	Casada	Residencia geriátrica	2
I16	Mujer	27	Soltera	Residencia geriátrica	5
I17	Mujer	27	Soltera	Hospital COVID	3
I18	Mujer	27	Soltera	Hospital COVID	3
I19	Mujer	39	Casada	Hospital COVID	16

Tabla 1. Características de los participantes de la investigación

2.5. Variables

Se definieron una serie de categorías a priori sobre las que estructurar la entrevistas a partir de conversaciones informales mantenidas con diferentes profesionales de Enfermería y la revisión de la literatura publicada. Otras categorías emergieron del análisis de los datos de las entrevistas realizadas siguiendo un enfoque inductivo propio de la investigación cualitativa.

2.6. Recogida de datos

Para la realización de las entrevistas se buscó un lugar en el que los entrevistados se sintieran cómodos. Tras la firma del consentimiento informado, todas las entrevistas fueron grabadas en audio y custodiadas por los investigadores. Para asegurar la confidencialidad de los datos se han sustituido los nombres por pseudónimos en el análisis de los datos. Las categorías diseñadas para la entrevista, junto con algunas de las preguntas aparecen en la Tabla 2.

2.7. Análisis de datos

El proceso de análisis se realizó al mismo tiempo que la producción de materiales empíricos, de forma que se produjo una actualización constante de las preguntas de entrevista. Todas las entrevistas fueron transcritas y revisadas por los entrevistadores para asegurar la fidelidad del registro. Las entrevistas transcritas se analizaron utilizando el software de análisis de datos cualitativos ATLAS.ti (Scientific Software Development GmbH, v.8.4.24.0 para Windows). Los datos recopilados se almacenaron utilizando la plataforma de Gestión del Patrimonio Inmaterial de Dédalo, un repositorio de datos digitales en línea con acceso privado.

Diversas estrategias fueron empleadas para asegurar la confianza y la credibilidad. Así, por ejemplo, el material empírico fue analizado usando el método de comparación constante, análisis inductivo y triangulación [19,20], articulándose a partir de la reflexividad refleja necesaria en la producción de conocimiento [21]. Un miembro del grupo de investigación señaló las categorías ya identificadas y añadió nuevas categorías emergentes, en un proceso deductivo-inductivo [22]. Las diferentes categorías se presentaron al resto del grupo, se revisaron todas las entrevistas de nuevo individualmente y, finalmente, se analizaron e interpretaron de manera colectiva completando así la estrategia de triangulación

Bloque	Tipo de pregunta
Introducción	Presentación general investigación. Lectura y firma del consentimiento informado

Inicio/ Llamada	Cuéntanos cómo empezó todo. ¿Cómo llegaste al Hospital ¿Cómo te imaginabas que iba a ser? ¿Cómo fue el día antes/días antes? ¿Qué pensabas? ¿Qué recuerdas de aquellos días? ¿Cómo te sentiste?
El primer día	¿Qué recuerdas del primer día? ¿Qué había que hacer? ¿Cómo era la situación? ¿Cómo te sentiste?
El día a día	¿Y después? ¿Qué recuerdas al pasar los días? ¿Qué es lo que más te impresionó? ¿Algo que no puedes dejar de recordar? ¿Alguna cosa que te llamara la atención? ¿Cómo vivías el clima de apoyo social?
Emociones	¿Qué fue lo mejor? ¿Y qué fue lo peor? Si tuvieras que hablar de las emociones, ¿qué sentiste en esas semanas? ¿Tuviste miedo? ¿Tuviste ansiedad? ¿Qué sientes al hablar de aquello ahora?
Relación con los compañeros	¿Cómo fue el trabajo con el resto de los compañeros / equipo? ¿Cómo fue la organización?
Formación	¿Cómo fue la formación que recibiste en relación con la situación?
Responsabilidad	¿Pensaste que tenías que ir? ¿Cómo es para una enfermera esa llamada? ¿Qué se comentaba en esos días?
Miedos	En ese contexto de escasez de EPI's, ¿había miedo al contagio? ¿Tenías miedo a contagiar? ¿Tomaste alguna precaución con la familia? ¿Sufriste o sentiste rechazo de vecinos, familiares?
Ahora	¿Qué ves en tu vida personal que ha cambiado? ¿Qué ves que ha cambiado socialmente con respecto al momento más duro de la pandemia?
Cierre	Algo que quiera comentar que no hayamos conversado. Agradecimientos

Tabla 2. Guion de la entrevista semiestructurada.

Resultados

Cinco grandes categorías temáticas (Tabla 3) han emergido del análisis de las entrevistas realizadas: 1) Condiciones laborales; 2) Impacto en el ámbito emocional; 3) Impacto en el ámbito social; 4) Estrategias de afrontamiento; 5) Identidad profesional. Las relaciones entre las diferentes categorías y subcategorías quedan detalladas en la Figura 1.

3.1. Condiciones laborales

Los relatos comparten la idea de unas condiciones de trabajo muy duras. La lucha contra la epidemia se construye en torno a un lenguaje

con uso recurrente de metáforas bélicas. Un entrevistado (I06) comentaba como aquellos días su lugar de trabajo era en *"un hospital de guerra sin escuchar las bombas fuera"*. Trabajar era, en palabras de este mismo informante, *"ir al frente"*. Otros (I15) reflejan la dureza de aquellos días en el mismo sentido:

... ves muerte, ves gente que se deteriora, pero verlo todo tan de golpe... ver gente que llega un día y al día siguiente no está, ver cómo te asomabas a la ventana y solo hacías que ver o ambulancias que traían gente o coches fúnebres que se llevaban a gente...

Categoría	Subcategoría	Relatos
		"Un hospital de guerra sin escuchar las bombas fuera, para mí era eso."
	Metáforas bélicas	"Llegas allí y lo primero que te encuentras es que hay mantas con lejía en el suelo y eso ya de primeras te impresiona. Y... subes mmm... empiezas a atender a la gente y es como una sensación de guerra, de estar haciendo enfermería de guerra. No dábamos abasto, teníamos ochenta abuelos para... una o dos enfermeras..."
	Incertidumbre/ Desconocimiento	"Al principio no sabías ni... puf ni cómo moverme, ni cómo afrontar esto, ni doble mascarilla, ni nada puf ni gorro... puf es que no sabíamos nada, ni por dónde empezar..."
Condiciones laborales		"... Había gente, había compañeras que iban... sí, tenían trajes de estos de la pesca impermeables... pues iban con ellos, con botas "katiuskas" con... un poco lo que cada uno podía... pillar, digamos. ¡Se agotó el alcohol! es que con eso... que se agote el alcohol, que se agote el gel hidroalcohólico de las manos... es que... mm fue una situación tan extrema, que claro, nadie estaba preparado..."
	Escasez de medios	"La primera FPP2 que me dieron, la llevé durante veinticinco días seguidos, eh... durante casi tres meses que tuvimos pacientes positivos allí, tuve dos trajes Epi"
	Escasez de personal	"El personal empezó a caer, enfermería... empezó a caer mala, nos quedamos... cuatro enfermeros... para ciento y muchos..."
	Ausencia de formación	"No habían salido todavía protocolos... ni había salido nada, de hecho, desde el Centro de Salud tampoco se nos comunicó nada, a priori."
	Estrés y ansiedad	"Saturada quizás, bueno sí, mucho estrés, muchísima tensión, muy mal, muy mal..."
	Miedo	"... Entonces ahí empieza, el miedo ¿no? El miedo sobre todo al principio, a lo desconocido, porque no sabes a lo que te enfrentas. Ni sabes cómo actuar para, para hacerlo bien y para protegerte a ti. Entonces yo creo que la primera emoción, es el miedo (silencio) a lo desconocido"
Impacto emocional		"Tratas, tratas la carne porque no te da tiempo a tratar nada más..."
	Frustración	"Pero es que nosotros a nivel profesional hemos visto auténticas desgracias. Que sí, que estamos acostumbrados a lidiar con la enfermedad, el sufrimiento y la muerte. Pero esta enfermedad, este sufrimiento y esta muerte lleva eh... añadida la soledad de los enfermos, eso nunca lo habíamos vivido. Tú has trabajado y has cumplido con tu papel profesional y cuando sales de la habitación el enfermo queda arropado por su familiar y tú te vas tranquila, pero ahora tú salías y ese enfermo quedaba solo, completamente solo durante horas, horas, horas muchas horas."
Impacto social		"Yo decía, yo me voy allí, yo me contagio y... si me... si me tengo que contagiar, digo, yo me quedo allí y ya está, y yo no salgo de allí"
		"Mandé a mis padres fuera de casa, de su casa y me quedé sola. Entonces por un lado estabas tranquila porque no le contagiabas a nadie, pero por otro no dejabas de vivir esa situación tú sola 24 horas..."
	Auto-confinamiento	"Pues muchísimo agobio... eh... uhm incertidumbre, miedo porque claro, yo me iba a mi casa con mi miedo de puf traigo el "bicho", yo vivo con mi madre, tengo sobrinos pequeños y demás, entonces yo lo que hice fue, aislarme en mi habitación, o sea, yo llegaba del trabajo y no entraba ni por la puerta principal de mi casa, yo entraba por el... por la puerta de la cochera eh, me desnudaba en la cochera e iba directa a la ducha...eh...uhm... todo lo desinfectaba con lejía y yo eh... evitaba salir de mi habitación lo máximo posible..."
	Problemas de pareja	"Era muy complicado el decirle, no continuamente no. Vamos a hacer a algún plan. No. Vamos a dar un paseo. No. Vamos a ir a ver a mis padres. No. Fue muy complicado"
	Estigma	"Muchos nos echaban la culpa, de que por nuestra culpa a lo mejor su padre estaba contagiado eh... nos reprochaban"
	Falta de desconexión	Y muchas veces llegabas tan cansada que no... no eras capaz ni de descansar. La cabeza no te dejaba ¿sabes?
	Automedicación	"Me dijeron, tienes que tomar Orfidal® porque es que o te tranquilizas o al final la que va a caer mala, eres tú. Y estuve tomando una temporada el... el Orfidal®, fue poco tiempo, fueron quince días o así y el Bisoprolol para las... para la frecuencia cardíaca porque que es que uhm... no podía, era una, una sensación de ansiedad continua que es

		<p>que no te dejaba en ningún momento. Y... eh... cuando te consigues dormir eh... te despierta eh... con la sensación de... decirte te estás soñando o lo que sea con el trabajo, no desconectabas en ningún momento, en ningún momento, solo pensabas en... en el trabajo, en que allí están mal... en que necesitan ayuda... en que... qué pasará mañana... y... es una sensación muy agobiante, muy agobiante”</p>
Estrategias de Afrontamiento	<p>Distracciones</p> <p>Apoyo Social</p> <p>Vocación</p>	<p>“Hasta que dije, se acabó, ya no cojo el móvil, ya no veo noticia, ya no quiero ver ni el telediario. Lo que tenga que ser, será porque sí que es verdad que te comías la cabeza mucho con esa historia”</p> <p>Yo al final, lo que hacía era intentar desconectar como podía. Cuando llegaba a casa me ponía música, intentaba leer... pero sobre todo hablaba mucho con mi familia por teléfono. Yo que sé, era como una forma de estar conectada con el mundo... porque si no aquello era una locura...”</p> <p>“Pero yo no quería saber cuando llegaba a casa. No quería saber nada de las noticias, ni nada de lo que estaba pasando en el mundo. Yo lo que quería era desconectar...”</p> <p>“Yo el perro lo utilicé mucho. Tengo que reconocer que lo utilicé mal, pero es que lo necesitaba. Era el único rato que podía respirar un poco de aire fresco, así que lo sacaba muchas veces. Yo creo que mi perro no ha paseado nunca tanto. Pero es que yo lo necesitaba...”</p> <p>“Un día, con papel que teníamos de trabajadoras, cogí el coche y empecé a dar vueltas por la circunvalación. Pensaba, si me paran... pues les digo que voy a trabajar. No sé, supongo que uno no piensa bien en esas circunstancias. Yo lo hice porque necesitaba hacer las cosas que hacía antes, necesitaba una cosa tan sencilla como conducir por donde lo hacía antes...”</p> <p>“Yo he sacado el cambio, pasamos de apoyo y héroes a villanos, exigir, y olvidarse del sacrificio que asumen los trabajadores para la salud del colectivo, quitándose de su familia”</p> <p>“Al final yo he estudiado enfermería por algo, por ayudar a la otra persona... por estar... además yo lo he tenido muy claro, que me gustaba mucho la medicina, pero yo quería el trato con el paciente, la cercanía...”</p>
Identidad Profesional		

Tabla 3. Categorías temáticas

La urgencia de la patología complejizó las condiciones laborales. Sobre todo, en los primeros momentos, mediados por el desconocimiento de la enfermedad o la volubilidad de las estrategias para hacerle frente, algo que acabó generando un alto grado de incertidumbre y sobrecarga. Esta situación se vio acrecentada por la falta de material, una queja común en los relatos:

(116) *No había nada de material, nos fueron dando poco a poco, ahora unas pantallitas... Claro, fue la época en la que nos quedamos sin mascarillas, nos quedamos sin pantallas: ¡No había nada!*

A estas circunstancias de escasez inicial de medios de protección se sumó el uso de los Equipos de Protección Individual (EPI's), así como la inseguridad sobrevolando cada acción, algo que acrecentó en muchos momentos el peligro percibido y la sensación de angustia:

(114) *Era muy cansado con EPI, no veíamos con el EPI, el calor que hacía... Entonces, al principio, era un caos, porque no tenía ni siquiera destreza a la hora de hacer las cosas porque no se veía, se empañaban las gafas, se empañaba la protección, se empañaba todo.*

Muchas de las enfermeras entrevistadas han reportado dificultad de trabajar con una falta continua de personal, debido, por un lado, al aumento de ingresos continuados de los primeros días y, por el otro, al elevado índice de contagios entre las compañeras.

(111) *Tuvimos que doblar turno porque de esas tres bajas solo sustituimos a dos [...] Tuvimos que hacer turnos de doce horas y quedamos a veces con cinco enfermeros en plantilla para 130 abuelos, así que turnos de doce horas y apoyarnos mucho en las auxiliares y en todos los técnicos, porque los técnicos, fisioterapia, psicóloga, incluso la directora, repartiendo medicación.*

La ausencia de una formación adecuada también ha sido subrayada. Éste fue un hecho que hizo que en muchos de los profesionales aumentara la incertidumbre a la hora de afrontar la enfermedad. La sensación de improvisación es un lugar común referido en diferentes entrevistas.

3.2. Impacto en el ámbito emocional

El alto impacto en la vida emocional aparece en los relatos repetitivamente. El contexto laboral se encamaba en la piel, un proceso de *embodiment* negativo que fue cotidiano en aquellos meses. De las condiciones materiales a la construcción de subjetividades en tensión, la presencia amenazante de algo más que el virus. Estos procesos dialogales entre estructura y subjetividad se caracterizaron por estar presentes más allá del horario laboral, sino que se hacían presentes en la cotidianidad, también en los tiempos de descanso, que se vieron afectados:

(108) *Veías a la gente cabizbaja, sin alegría, eh... saturada quizás, bueno sí, mucho estrés, muchísima tensión, muy mal, muy mal...*

Otra de las emociones reflejadas ha sido el miedo. En primer lugar, a ser contagiado; la incertidumbre y el desconocimiento de la enfermedad ha impactado en los profesionales, que reportan un miedo por el contacto continuado ante pacientes, pero también frente a asintomáticos, no detectados, o incluso ante sus propios compañeros. En segundo lugar, miedo a contagiar la enfermedad. La posibilidad de contagiar a alguien ha pesado en muchas ocasiones más que las ganas de recuperar ciertos vínculos sociales.

(116) *Me ha afectado mucho psicológicamente a nivel de no querer salir de mi casa para nada. No soy capaz, me cuesta mucho el ir a ver a mis padres, el ir a ver a mi abuela. Sé que lo tengo que hacer porque a mí me apetece y me sale el que tengo que ir a ver a mi abuela, pero me da mucho miedo el contagio.*

La tristeza ocupa un lugar central en los relatos. Las percepciones y sentimientos de desazón que afectaban a la experiencia laboral:

(103) *Era mucha emoción, era mucha tristeza. El que tuviésemos que estar viviendo eso. Yo lo vivía en mi casa, pero luego decía: 'Sí pero es que yo ahora me tengo que ir a volver allí, al sufrimiento...'. Era muy duro el ir a trabajar cada día.*

Y también la frustración. Los relatos recogen de manera repetitiva el desborde y la incapacidad para prestar los cuidados con el nivel de exigencia tradicional. "No se podía llegar a todos", comentan. Un conglomerado de emociones y sentimientos negativos derivados de contemplar la muerte sin despedidas, en soledad, y en ocasiones ni siquiera con la presencia de los profesionales.

3.3. Impacto en la vida social

El mayor impacto social es derivado de los procesos de aislamiento o auto-confinamiento. Muchas de las participantes relatan cómo usaron durante meses la misma ropa, que se quitaban al llegar a casa y lavaban de manera compulsiva, separando espacios contaminados y limpios en el hogar. También dejaron, por ejemplo, de compartir espacios en la casa con el resto de los convivientes y tiempos de comida o disfrute mutuo. Algunos, incluso, abandonaron el domicilio familiar:

(105) *Yo estaba viviendo solo, la mayoría de las enfermeras vivían solas, es decir, vivían con alguien y se separaron, la inmensa mayoría. Es más, a muchos trabajadores les habilitaron espacios para vivir en residencias de estudiantes y vivían solos.*

El impacto de la COVID-19 en la vida se adentró de esta manera en los escenarios de la cotidianidad social, en los espacios más íntimos y sagrados, tensionando incluso en ocasiones las relaciones afectivas. Un informante nos comentaba cómo la experiencia de cuidado en esas condiciones tuvo un impacto directo en su relación de pareja.

(109) *Con mi pareja me ha afectado muchísimo hasta al borde de tener una crisis muy gorda [...] Pero es verdad que a mí me ha costado meses sentarme a hablar con ella*

y decirle todo lo que yo tenía dentro. Llegábamos a casa y no sé si era por evadimos, pero no hablábamos del trabajo y eso a mí se me ha ido haciendo bola.

Incluso pasados los primeros momentos de la pandemia y en un contexto de lenta recuperación de la normalidad, algunos profesionales reportan una dificultad a la hora de recuperar las relaciones con familiares y amigos, especialmente con aquellos con más factores de riesgo. Aunque hay experiencias en sentido contrario, también algunos comentan los procesos de estigmatización que sufrieron, convirtiendo a los profesionales en personas "contagiosas":

(103) Es verdad que hay compañeras que cuando se enteraron los vecinos que quería les pusieron una nota que si no les daba vergüenza jugar con la vida de los vecinos.

3.4. Estrategias de afrontamiento

Los relatos describen las estrategias de afrontamiento, prácticamente todas por iniciativa propia. La falta de apoyo desde recursos humanos en esta cuestión es señalada por estos profesionales.

Se buscaron fórmulas de evitación cognitiva para aliviar la preocupación o la rumiación, no siempre de forma satisfactoria:

(116) Intentabas desconectar y decir venga hoy ya pasó, voy a centrarme en estar tranquila, en escuchar música, leer un libro, ver una serie, ver una película... Y voy a estar tranquila y voy a desconectar... y no podías, la cabeza no te dejaba.

Los problemas de alteración del sueño han sido cotidianos. Se ha usado la automedicación como estrategia para este y otros problemas vinculados con la ansiedad.

(108) Yo dormía tres horas al día, siempre soñaba con el hospital y me despertaba soñando con el hospital, y no descansaba (...), aunque yo me creía que me iba bien. Y el primer día que descansé, una compañera me dijo: "¿Por qué no te tomas medio Orfidal®, que te va a ayudar?". Y dormí doce horas de golpe. Porque recurrí a tomar media pastilla, fue el único día que dormí a pierna suelta

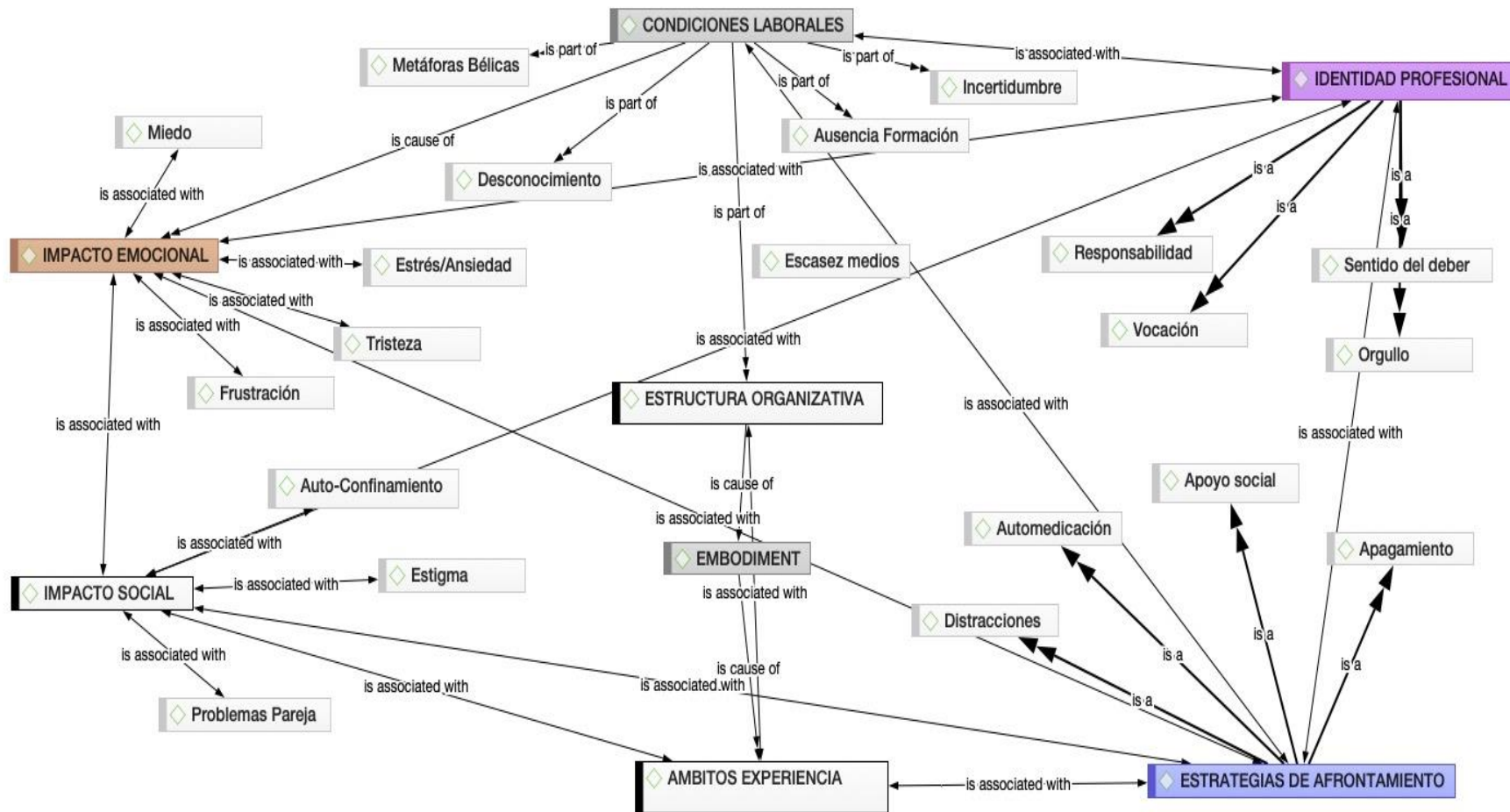


Figura 1. Relación de categorías

Una estrategia que se repite entre varios de los informantes es el apagón informativo. La mayoría de las enfermeras entrevistadas prefirieron estar desconectadas de las noticias para de alguna manera conseguir desconectar.

(I01) Aquellas vivencias que tuve me afectaron, reconozco que quizá no soy capaz de expresar todo lo que viví porque son cosas que me han hecho mucho daño y lo he pasado muy mal, entonces yo no quiero recordar eso. Veo a lo mejor alguna noticia "el COVID-19 está aumentando en tal sitio, tal región se ha, se ha confinado" pero no, no quiero ver, no quiero ver mucho.

El apoyo social ha sido una estrategia fundamental, también a través de intercambios virtuales y comentarios con otras compañeras. Enfrentar la experiencia personal con la de otras personas en contextos similares parece haber sido una fórmula positiva para afrontar la difícil situación.

(I07) Aparte del apoyo presencial de mi pareja, el apoyo de la familia por Whatsapp, por llamadas y videollamadas y de las amigas. Y no sé, también tengo muchas amigas enfermeras entonces compartíamos muchas cosas y ese apoyo ha sido fundamental a nivel emocional.

La falta de apoyo organizado también aparece en los análisis. Muchos de los participantes comentaban emocionados e incluso entre lágrimas que la propia entrevista había resultado catártica, siendo conscientes de lo que llevaban tiempo arrastrando.

3.5. Identidad profesional

Las dificultades a las que se han enfrentado parecen haber mejorado el sentimiento de orgullo y la valoración de la identidad profesional. Son comunes las referencias a la vocación o al deber, con frases de tipo: "es lo que tenía que hacer porque soy enfermera":

(I11) Eres más que una enfermera para ellos, eres una persona que les das cariño, que les apoya, que estás en sus momentos malos eh... que ven a sus familiares, se emocionan y tú apoyas tanto a la familia como a los residentes.

El orgullo de pertenecer a una profesión que ha estado en la "primera línea" compensaba en muchas ocasiones el miedo vivido, algo a menudo mediado por el discurso social que hablaba del profesional sanitario como "héroes". Son muchos los relatos en los que se antepone el deber incluso a las relaciones familiares:

(I16) Claro yo veía en las residencias que había gente que se había confinado en las residencias por evitar el contagio a sus familiares. Yo decía, yo me voy allí, yo me contagio [...] yo el día ese que yo me fui a trabajar cuando nos dijeron que había el primer positivo, mis padres, yo recuerdo la imagen de mis padres y de mi hermana en la puerta, despidiéndome porque yo les decía que no iba a volver.

Discusión

Los resultados de esta investigación coinciden en general con los de la producción científica en otros contextos respecto a las experiencias del personal de Enfermería durante la pandemia de COVID-19. La literatura ha destacado el impacto que el trabajo en primera línea ha supuesto para el personal de Enfermería [23]. En la esfera de la salud mental, al menos uno de cada cinco de estos trabajadores ha reportado síntomas de depresión o ansiedad -cifras mayores entre las enfermeras y los profesionales mujeres-, uno de cada cuatro ha experimentado problemas o alteraciones del sueño [24,25]. Los primeros trabajos han señalado que las enfermeras son la población con mayores riesgos de padecer problemas de salud mental [26]. Al igual que en nuestra investigación, son continuas las referencias a problemas como ansiedad [27], estrés, depresión o insomnio [28–30] y frustración [29]. En este impacto emocional destaca el miedo en diversas facetas, tales como el miedo al contagio, tanto a uno mismo como a ser un vector de transmisión [9,31,32], o a sufrir el rechazo social y estigmatización [12]. Estos miedos aparecen de manera recurrente con nuestra investigación. Miedos que a su vez se han visto fuertemente alentados por la falta de formación específica. Al respecto Sheng et al. [30] y Liu et al. [33] destacan la sensación de incapacidad y desborde que experimentaba el personal de Enfermería al enfrentarse a situaciones en las que tenían importantes lagunas en el conocimiento.

Existe consenso de los problemas generados por la falta de EPI's [9,31,34] y la falta de lineamientos claros en la gestión organizativa, donde se han dado frecuentes problemas tanto en la gestión de los recursos humanos como de los materiales [11]. Sobre las carencias de elementos de protección, en el informe de resultados encargado por el Consejo General de Enfermería un 82,2 % del personal de este sector en España alude a la falta de entrenamiento en el manejo de los EPI's [35].

Mucho menos abordado ha sido el impacto social. Algunos estudios señalan cómo existe cierta estigmatización por parte de algunos vecinos [36]. Los hallazgos y enfoques de nuestro trabajo resultan innovadores en esta línea, ajustándose al enfoque holístico de impacto biopsicosocial.

Las estrategias de afrontamiento incluyeron reajustes personales, aislamiento, acciones de distracción personal o valoraciones del apoyo de colegas, además de acciones altruistas o deporte [32]. En nuestro estudio se apuntan distractores diversos y el apoyo social, o incluso la automedicación. Se aprecia un carácter individual y no apoyado de estas acciones.

Por último, podemos destacar otros temas como el reconocimiento recibido durante la pandemia [30,33] o cómo funcionaban los patrones de comportamiento ligados a la identidad profesional de la enfermería tales como el sentido del deber, el imperativo de los cuidados y la dedicación al paciente, el sacrificio personal, el afán por el cumplimiento de las funciones, etc. [9,12,13,30], o el orgullo de ser enfermera y haber estado en primera línea.[37]

Limitaciones del estudio

Las principales limitaciones del estudio son las derivadas del diseño de una investigación de corte cualitativo, incluyendo dificultades para la replicabilidad. Los peligros de sobre identificación con participantes o imposición de las categorías han sido trabajados de manera reflexiva. El paso del tiempo transcurrido puede condicionar un sesgo de memoria, pero creemos que amplifica la reflexión de los informantes.

Conclusión

Nuestra investigación demuestra que los relatos de experiencia aportan evidencias que exceden el ámbito de la subjetividad y nos permiten abordar las relaciones entre estructura, sistemas organizativos de salud y experiencia. El análisis de las cinco categorías enunciadas nos ha permitido cumplir con el objetivo propuesto, analizando e interpretando experiencias de enfermeras como evidencias de primer orden. En base a ellas, se concluye, por ejemplo, que se necesita de una

planificación específica para abordar futuras pandemias que vaya más allá de los aspectos materiales. La atención emocional, el cuidado del impacto social, las condiciones laborales o la formación de los profesionales y su protección no pueden recaer en estrategias variables puestas en marcha de manera individual en momentos concretos, algo que queda patente al ser una reclamación común que se desprende de los relatos obtenidos.

Agradecimientos: El equipo investigador agradece al personal de Enfermería participante en la investigación su total colaboración y disposición para poder llevar a cabo este estudio. Sirva este texto como reconocimiento también a la labor de cuidado de todo el colectivo de Enfermería en los momentos más duros de esta pandemia.

Conflicto de Intereses: Los autores declaran no tener conflictos de intereses

Referencias

- World Health Organization (WHO). *WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 11 March 2020*. [Internet]. 2020 [cited 2020 Sep 20]. Available from: <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19--11-march-2020>
- Coronavirus Resource Center. Johns Hopkins University. COVID-19 Dashboard by the Center for Systems Science and Engineering (CSSE) at Johns Hopkins University (JHU) [Internet]. 2020, [cited 2021 Feb 5]. Available from: <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>
- Chen Y, Klein SL, Garibaldi BT, Li H, Wu C, Osevala NM, et al. Aging in COVID-19: Vulnerability, immunity and intervention. *Ageing Res Rev*. **2021**,65.
- Sethi BA, Sethi A, Ali S, Aamir HS. Impact of Coronavirus disease (COVID-19) pandemic on health professionals. *Pakistan J Med Sci*. **2020**, May,36(COVID19-S4):S6–11.
- Bialek S, Boundy E, Bowen V, Chow N, Cohn A, Dowling N, et al. Severe Outcomes Among Patients with Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. **2020**.
- Al Maskari Z, Al Blushi A, Khamis F, et al. Characteristics of healthcare workers infected with COVID-19: A cross-sectional observational study. *Int J Infect Dis*. **2021**, 102:32-36. doi:10.1016/j.ijid.2020.10.009
- Bandyopadhyay S, Baticulon RE, Kadhum M, Alser M, Ojuka DK, Badereidin Y, et al. Infection and mortality of healthcare workers worldwide from COVID-19: A scoping review. *BMJ Glob Heal*. **2020**,5: e003097.
- Lucchini A, Giani M, Elli S, Villa S, Rona R, Foti G. Nursing Activities Score is increased in COVID-19 patients. *Intensive Crit Care Nurs*. **2020**,59:102876.
- Fernandez R, Lord H, Halcomb E, Moxham L, Middleton R, Alananzeh I, et al. Implications for COVID-19: A systematic review of nurses' experiences of working in acute care hospital settings during a respiratory pandemic. *Int J Nurs Stud*. **2020**,111:103637.
- WHO, ICN. Situación de la enfermería en el Mundo 2020 [Internet]. *WHO Vol.* 24. **2020**. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240003279%0Ahttps://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331675/9789240003392-spa.pdf>
- Fan J, Hu K, Li X, Jiang Y, Zhou X, Gou X, et al. A qualitative study of the vocational and psychological perceptions and issues of transdisciplinary nurses during the COVID-19 outbreak. *Ageing (Albany NY)*. **2020**,12(13),12479–92.
- Kalateh Sadati A, Zarei L, Shahabi S, Heydari ST, Taheri V, Jiraii R, et al. Nursing experiences of COVID-19 outbreak in Iran: A qualitative study. *Nurs Open*. **2020**,8,1–8.
- Liu YE, Zhai ZC, Han YH, Liu YL, Liu FP, Hu DY. Experiences of front-line nurses combating coronavirus disease-2019 in China: A qualitative analysis. *Public Health Nurs*. **2020**,37,757–63.
- Shu-Ching CHE., Yeur-Hur LA., Shio-Luan TSAY. Nursing perspectives on the impacts of COVID-19. *J Nurs Res*. **2020**, 28(3),e85.
- Charon R, Wyer P. Narrative evidence based medicine. *Lancet*. **2008**, Vol 371, 296–7.
- Martínez-Salgado C. El muestreo en investigación cualitativa: principios básicos y algunas controversias. *Cien Saude Colet*. **2012**,17(3),613–9.
- Guber R. El salvaje metropolitano. Buenos Aires: Paidós; 2004, 220.
- Soler Pujals P, Enrique Jiménez AM. Reflexión sobre el rigor científico en la investigación cualitativa. *Estudios sobre el Mensaje Periodístico*. **2012**,18,879–88.
- Denzin N. Strategies of multiple triangulation. In: *The research act in sociology: A theoretical introduction to sociological method*. Routledge New York 2009. <https://doi.org/10.4324/9781315134543>
- Phillippi J, Lauderdale J. A Guide to Field Notes for Qualitative Research: Context and Conversation. *Qual Health Res*. **2018**, 28(3), 381–8.
- Bourdieu P, Passeron JC, Chamboredon JC. *Le Méter de sociologue*. PaBordas, Mouton, Paris. 1968.
- Peacock JL. *The anthropological lens*. Cambridge University Pres; London, United Kingdom, 1986.
- Hu D, Kong Y, Li W, Han Q, Zhang X, Zhu LX, et al. Frontline nurses' burnout, anxiety, depression, and fear statuses and their associated factors during the COVID-19 outbreak in Wuhan, China: A large-scale cross-sectional study. *E Clinical Medicine*. **2020**, 2,100424.

24. Pappa S, Ntella V, Giannakas T, Giannakoulis VG, Papoutsis E, Katsaounou P. Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Brain Behav Immun.* **2020**, *88*, 901–7.
25. Bao Y, Sun Y, Meng S, Shi J, Lu L. 2019-nCoV epidemic: address mental health care to empower society. *Lancet* **2020**, *Vol. 395*, e37–8.
26. Bohlken J, Schömig F, Lemke MR, Pumberger M, Riedel-Heller SG. COVID-19 Pandemic: Stress Experience of Healthcare Workers: A Short Current Review. *Psychiatr Prax.* **2020**, *47(4)*, 190–7.
27. Tan R, Yu T, Luo K, Teng F, Liu Y, Luo J, et al. Experiences of clinical first-line nurses treating patients with COVID-19: A qualitative study. *J Nurs Manag.* **2020**, *28*, 1381–90.
28. He Q, Li T, Su Y, Luan Y. Instructive Messages and Lessons From Chinese Countermarching Nurses of Caring for COVID-19 Patients: A Qualitative Study. *J Transcult Nurs.* **2020**, *32(2)*, 96–102.
29. Jia Y, Chen O, Xiao Z, Xiao J, Bian J, Jia H. Nurses' ethical challenges caring for people with COVID-19: A qualitative study. *Nurs Ethics.* **2020**, *28(1)*, 33–45.
30. Sheng Q, Zhang X, Wang X, Cai C. The influence of experiences of involvement in the COVID-19 rescue task on the professional identity among Chinese nurses: A qualitative study. *J Nurs Manag.* **2020**, *28(7)*, 1662–9.
31. Nyashanu M, Pfende F, Ekpenyong M. Exploring the challenges faced by frontline workers in health and social care amid the COVID-19 pandemic: experiences of frontline workers in the English Midlands region, UK. *J Interprof Care.* **2020**, *34(2)*, 655–61.
32. Sun N, Wei L, Shi S, Jiao D, Song R, Ma L, et al. A qualitative study on the psychological experience of caregivers of COVID-19 patients. *Am J Infect Control.* **2020**, *48(6)*, 592–8.
33. Liu Q, Luo D, Haase JE, Guo Q, Wang XQ, Liu S, et al. The experiences of health-care providers during the COVID-19 crisis in China: a qualitative study. *Lancet Glob Heal.* **2020**, *8(6)*, e790–8.
34. Omura M, Stone TE, Petrini MA, Cao R. Nurses' health beliefs about paper face masks in Japan, Australia and China: a qualitative descriptive study. *Int Nurs Rev.* **2020**, *67*, 341–51.
35. Grupo Análisis e Investigación. Impacto del COVID en la enfermería. Informe de resultados. Abril 2020. [Internet]. Madrid; 2020. Available from: <https://www.consejogeneralenfermeria.org/sala-de-prensa/doc-interes/send/19-documentos-de-interes/976-encuesta-impacto-del-covid-en-la-enfermeria>
36. Kackin O, Ciydem E, Aci OS, Kutlu FY. Experiences and psychosocial problems of nurses caring for patients diagnosed with COVID-19 in Turkey: A qualitative study. *Int J Soc Psychiatry.* **2020**.
37. González LA, Flores-Martos JA, Cipriano-Crespo C, Pulido-Fuentes M. Strengths and weaknesses of healthcare professionals' identity during the covid-19 pandemic: A qualitative study within the Spanish context. *Soc Sci.* **2021**, *10*: 33, 1–15

