

Rojas Betancur, H. M., & Hernández Quirama, A. (2023, enero-abril). Valorar lo simple y lo familiar: los drásticos cambios en las trayectorias vitales de pacientes y trabajadores de la salud por la COVID-19. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, (68), 168-187.

<https://www.doi.org/10.35575/rvucn.n68a8>

Valorar lo simple y lo familiar: los drásticos cambios en las trayectorias vitales de pacientes y trabajadores de la salud por la COVID-19

Valuing the simple and the familiar: the dramatic changes in the life trajectories of patients and health workers due to COVID-19

Héctor Mauricio Rojas Betancur

Doctor en Ciencias Sociales, Niñez y Juventud
Facultad de Ciencias Humanas, Universidad Industrial de Santander
Bucaramanga-Colombia

hmrojasb@uis.edu.co

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0569-8236>

CvLAC:

https://scienti.minciencias.gov.co/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0000142123

Andrea Hernández Quirama

Doctora en Investigación Feminista: Estrategias de Poder Político, Género, Raza y Violencia
Facultad de Ciencias Humanas, Universidad Industrial de Santander
Bucaramanga-Colombia

ahernanq@uis.edu.co

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-1955-0566>

CvLAC:

https://scienti.minciencias.gov.co/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0001211560

Recibido: 24 de agosto de 2022

Evaluado: 23 de noviembre de 2022

Aprobado: 26 de enero de 2023

Tipo de artículo: Investigación.

Resumen

La pandemia por la COVID-19 constituye un evento de gran trascendencia en la vida de las personas, especialmente aquellas directamente afectadas. Objetivo. Conocer las percepciones respecto a la experiencia que tuvieron por la pandemia. Se llevó a cabo la investigación cualitativa



de carácter fenomenológico, se realizaron en total 55 entrevistas en profundidad por muestreo teórico intencional, seleccionando 10 personas por criterios de inclusión: 4 de trabajadoras de salud de primera línea y 6 de pacientes en unidad de cuidados intensivos; se procesó la información para su análisis. Para ambos actores, la experiencia de padecer o atender COVID-19, que fueron hospitalizados, estuvo marcada por la incertidumbre, el miedo y las tensiones profesionales y familiares. Las trabajadoras de salud experimentan la satisfacción del deber cumplido y el reconocimiento y agradecimiento de la gente, aunque en medio de situaciones desconcertantes que, tanto para trabajadoras de salud como para pacientes, producen una revalorización de la existencia, de la convivencia y la interacción con familiares y amigos como cambio significativo por la pandemia.

Palabras clave: Enfermedad; Experiencias; Pacientes; Pandemia; Trabajadores de salud.

Abstract

The COVID-19 pandemic is an event of great importance in the lives of people, especially those directly affected. Objective. Know the perceptions regarding the experience they had for the pandemic. Phenomenological qualitative research was carried out, a total of 55 in-depth interviews were conducted by intentional theoretical sampling, selecting 10 people by inclusion criteria: 4 from frontline health workers and 6 from patients in intensive care unit, the information was processed for analysis. For both actors, the experience of suffering or caring for patients with COVID-19, who were hospitalized, was marked by uncertainty, fear and professional and family tensions. Health workers experience the satisfaction of the duty fulfilled and the recognition and gratitude of the people, although in the midst of disconcerting situations that, for both health workers and patients, produce a revaluation of existence, coexistence and interaction with family and friends as a significant change due to the pandemic.

Keyword: Illness; Experiences; Patients; Pandemic; Health workers.

Para finales del 2019 en los medios de comunicación se publicó la noticia de un virus que se reportaba desde China, dado el alto nivel de contagio, y que además podían existir personas infectadas que no presentaran síntomas; el 11 de marzo de 2020 la Organización Mundial de la Salud -OMS- declaró la pandemia del coronavirus COVID-19, fecha en la cual se tenía un reporte de 118.000 casos de infectados en 114 países y la muerte de 4.291 personas (OMS, 2020). Pandemia que se ha constituido en uno de los mayores retos sanitarios en el mundo.

A partir de esa fecha y según las proyecciones realizadas, al analizar la evolución del contagio y la enfermedad, las autoridades internacionales y algunos gobiernos nacionales y locales empezaron a recomendar el autoaislamiento. Las principales recomendaciones fueron mantener la distancia social, el lavado frecuente de manos con agua y jabón, y evitar tocarse la cara; medidas de bioseguridad que tomaron por sorpresa a la ciudadanía en general. Los seres humanos de esta época no habíamos experimentado una pandemia con tantas implicaciones (Guzmán et al., 2021). Lo anterior, conllevó a que algunas de las medidas tomadas por los gobiernos fueran erráticas por el desconocimiento del virus, de sus consecuencias, del tratamiento; a medida que se fue conociendo se fueron haciendo ajustes. En las instituciones de salud también se implementaron diversos protocolos para la atención y tratamiento (Loor et al., 2020), que se modificaron a medida que se conocía su manejo.

En lo referente a la atención de la pandemia, los trabajadores de la salud han jugado un papel fundamental en el tratamiento y contención de la COVID-19 (Aguilera Manrique, 2020), siendo quienes han asumido en la primera línea de atención a los pacientes con COVID-19. Desde el principio y ante lo desconocido asumieron la responsabilidad de la atención, lo que ha implicado un desgaste para su propia salud (García-Reyes et al., 2022), no solamente por las extensas jornadas de trabajo, sino por el temor ante el inminente riesgo del contagio para ellos y sus familias, lo que conlleva a afectar su salud mental (Villca et al., 2021).

Pese a la exigencia de la atención, de la carga emocional (Cuadra-Martínez et al., 2020), de los estrictos protocolos que debían seguir para evitar el contagio y al sufrimiento por la mortalidad de la enfermedad, los casos en que lograban salvar las vidas de los pacientes que superaban la COVID-19 representaron expresiones de agradecimiento y reconocimiento por su entrega y trabajo incondicional por parte de la sociedad (Vergara Escobar & Archila Hernandez,

2021), provocando cambios no solo en la percepción sobre la salud mental, sino, además, en la manera en que se presenta la atención (Castro-Vásquez et al., 2022).

Por otra parte, para los pacientes la experiencia de haber estado en una Unidad de Cuidado Intensivo -UCI-, por causa de la COVID-19, marcó sus vidas; por la agresividad de los síntomas vividos, del tratamiento, así como del proceso de recuperación, son considerados como muy fuertes, se sienten como sobrevivientes de la pandemia que selló la historia de la humanidad.

Es así como el desconocimiento y aprendizaje sobre la marcha del tratamiento y contención de la pandemia generó un sinnúmero de emociones y sentimientos, tanto positivos como negativos (García Calavia et al., 2020). En ocasiones la gente, por el temor de contagio, fue agresiva y displicente con las demás personas, en especial con quienes consideraban podían ser personas de potencial contagio, entre los que se encontraban los trabajadores de la salud, lo que constituyó para ellos una sobrecarga emocional, por la posibilidad de ser rechazados o estigmatizados (Sandín et al., 2020).

En medio de la crisis que generó la pandemia se evidenciaron muestras de solidaridad, de apoyo y respaldo ante la adversidad (Anigstein et al., 2021), lo que atenuó en gran medida el dolor y la necesidad del otro, quien en ocasiones lo único que necesitaba era sentir un reconocimiento, un agradecimiento, un acompañamiento, además, por supuesto, de apoyo material y económico.

Metodología

Enfoque del estudio. Se realizó una investigación cualitativa de carácter fenomenológico, dado que al ser un enfoque descriptivo permite reconocer y describir las experiencias significativas para cada participante entorno al fenómeno de interés (Hernández et al., 2014), con el objetivo de conocer las percepciones de las personas respecto a la experiencia que tuvieron por la pandemia de la COVID-19. El proceso metodológico se llevó a cabo por fases: preparación, trabajo de campo y analítica (Rodríguez et al., 1996).

Aspectos éticos. Se tramitó el consentimiento informado ante el Comité de Ética de la Universidad. Se establecieron los criterios de inclusión: trabajadoras de la salud que atendieron pacientes con COVID-19 y pacientes hospitalizados por la COVID-19.

Proceso metodológico. En la fase preparatoria, la técnica de recolección de información fue la entrevista en profundidad; se elaboró la guía de la entrevista con las siguientes categorías: información sociodemográfica, experiencia con la COVID-19, escenario actual y lecciones aprendidas. Luego, se gestionó la búsqueda de los potenciales participantes. Se realizó muestreo intencional para identificar a las personas participantes. En la fase de trabajo de campo se invitaron a participar; una vez aceptaron, se acordó un horario y fecha para realizar la entrevista, la cual se realizó con el apoyo de plataformas tecnológicas como *Zoom®*, *Meet®* o llamada telefónica, según selección del participante. Antes de iniciar la entrevista se le presentó el consentimiento informado y una vez lo aceptaron se llevó a cabo la entrevista. Al realizarla de manera remota, se facilitó la conversación, la cual fue fluida en todos los casos.

Población y muestreo. Se entrevistaron en total 55 personas seleccionadas por el método de muestreo teórico intencional, y luego se estableció a través de las categorías de gravedad y de afectación que 10 personas: 4 trabajadoras de la salud de unidades de cuidado intensivo – UCI-, 3 enfermeras y 1 médica que atendieron pacientes con COVID-19, y 6 pacientes que estuvieron hospitalizados por la COVID-19: 4 mujeres y 2 hombres, cumplían con los criterios de inclusión en el presente trabajo. Con el fin de preservar la confidencialidad de cada participante, a cada entrevista se le asignó un código alfanumérico, Mujer: M, Hombre: H, Paciente: P, Trabajadora de la salud: TS y número consecutivo.

En cuanto a las características sociales y demográficas de las personas entrevistadas se encuentra que: el 80 % son mujeres y el 20 % hombres. Los rangos de edades oscilan entre los 31 y 65 años. En cuanto a la escolaridad, 80 % tiene posgrado, 10 % tiene pregrado y 10 % bachillerato. En cuanto al estado civil, 60 % está casado, 30 % soltero y 10 % divorciado. El estrato socioeconómico: 40 % medio, 50 % medio alto y 10 % alto.

En la fase analítica, con la información registrada en las entrevistas en audio, se procedió con el procesamiento de los datos, para lo cual se transcribieron las entrevistas; luego, se ordenaron y se continuó con el análisis de los datos, para lo cual las transcripciones se procesaron en el software Atlas.ti®; posteriormente, se organizó y codificó de acuerdo a las categorías establecidas, y de manera paralela se realizó búsqueda bibliográfica del tema en estudio, lo que se constituyó en insumo para las sesiones de trabajo de análisis de los resultados.

Resultados

Las categorías que se presentan para trabajadoras de la salud son las experiencias relacionadas con el ámbito laboral en la atención y el tratamiento, además de las experiencias personales y los aprendizajes que dejó haber atendido pacientes con la COVID-19. Por parte de los pacientes se encuentran las categorías de la experiencia concerniente con la atención y tratamiento en la hospitalización, la recuperación, las secuelas, y los aprendizajes para la vida.

En lo referente a las experiencias vividas por trabajadoras de salud que atendieron pacientes en UCI por la COVID-19 y también los pacientes hospitalizados por la COVID-19, se entrelaza así la información para tener las dos vivencias que permiten tener un panorama más integral de lo vivido.

La inesperada e imprevista pandemia por la COVID-19 alteró la cotidianidad en general, pero para las personas trabajadoras de la salud fue una experiencia aún más dramática, dado que se vieron conminadas a atender pacientes con una enfermedad que desconocían (Infante Castañeda et al., 2021); por la variabilidad en el comportamiento clínico de la enfermedad, tanto sus síntomas como tratamiento se tuvieron que ir aprendiendo a medida que pasaban los días, lo que dificultaba la toma de decisiones terapéuticas y se constituyó en un desafío para su atención, reto que les otorgó desarrollar destrezas en el tratamiento de la enfermedad, pero la incertidumbre, la ansiedad y el miedo ante la agresividad de los síntomas estaban presentes en su desempeño profesional cotidiano.

Cuando empezó la pandemia tuvimos mucho miedo y ansiedad, porque no sabíamos qué era lo que iba a pasar. Solo sabíamos que era un virus que afectaba el sistema respiratorio. Pero luego, cuando la pandemia se puso en su peor momento, cuando todas las UCI estaban llenas, creo que aprendí a ver la muerte de otra manera y a normalizarla un poco, porque teníamos que continuar. (MTS33)

Me acuerdo que cuando iban a salir la lista de turnos yo ya me veía muerta, porque como sacaban tantas noticias y no había nada específico, porque no había protocolos. Compré 25 trajes de plástico, al final los terminé botando, porque nunca los utilicé. (MTS28)

A medida que pasaba el tiempo los casos aumentaban, y su complejidad también, las jornadas de trabajo se intensificaron, las medidas de bioseguridad propias del sistema de salud se

reforzaron, por lo que se realizaron cambios estructurales en protocolos de manejo, implementando medidas que en su momento fueron polémicas e inciertas para mitigar las posibilidades de contagio (Vélez-Paez et al., 2021); esto ocasionó para las trabajadoras de salud agotamiento mental y físico.

“Al principio era algo muy agotador por estar 12 horas con un tapabocas N95 y encima un tapabocas convencional, las monogafas de protección, gorro, bata. Eso hacía las jornadas más agotadoras por todo lo que teníamos que usar” (MTS33).

Teníamos que entrar a la Unidad y no podíamos salir si no hasta 12 horas después, no podíamos salir al baño ni comer. Entonces, todo eso me generaba mucha ansiedad. Cuando me dijeron que me tocaba UCI Covid eso fue como si me hubieran dicho que me iba a morir. Uno para entrar a la Unidad era todo un protocolo para ponerse el traje y el tapabocas. Teníamos muchos pacientes Covid, empezaba el turno a las seis de la mañana, estaba saliendo a las diez, once de la noche. (MTS28)

Por la exigencia laboral diaria, las interminables jornadas de trabajo, las medidas de bioseguridad que debía tener, el incremento y la complejidad de los casos que atendían, además de la cercanía de los casos, pues conocían a los pacientes que estaban atendiendo, el panorama era desolador y experimentaban un sinnúmero de emociones que afectó la salud mental de las trabajadoras de salud. Sin duda, el personal de salud experimentó posiblemente el mayor reto en atención y tratamiento en su historia laboral, donde la humanidad, la valentía, el trabajo en equipo, su respuesta inmediata y la capacidad de adaptación, innovación e investigación aportaron significativamente a identificar las mejores formas de tratamiento y contención de la enfermedad (Fernández, 2020).

Fueron muchas emociones juntas. Desde recibir compañeros que se complicaban o familiares de compañeros que se complicaban, ver morir a los pacientes mientras se hacían los traslados, el dolor de los familiares, el miedo de la gente. Con mis compañeros sentíamos mucho miedo y pánico, porque es algo que no podemos ver y que en cualquier momento nos podíamos contagiar. Algunos compañeros se ponían a llorar del miedo y yo quise en algunos momentos no presentarme a los turnos por el miedo. Era mucha la ansiedad y la zozobra, no tengo palabras para describir eso. (MTS27)

Lo más difícil de todo esto es ver que las familias no se pueden despedir, es muy duro. A mí me impactaba mucho cuando entraban muy malitos; uno decía “no van a salir”. La

angustia de la familia por no poder verlos. Lo otro es que como nos tocaba pronar [posición de cúbito] y supinar [posición de dorso] tanto, uno veía que la cara les quedaba totalmente diferente, a veces terminaban sangrado. Ver eso para mí era terrible. (MTS28)

La agresividad de los síntomas conmovió a las trabajadoras de salud, que, si bien estaban acostumbradas a la atención de casos complejos, con la COVID-19 se superaron todos los límites; se convirtió en una enfermedad que no tuvo precedentes, y era estar día a día luchando para evitar la muerte, lo que significó una carga emocional que sobrepasaba su experiencia profesional y su humanidad. Además, el tener que sortear la escasez en la infraestructura de las unidades de cuidados intensivos, conminó al personal de salud a improvisar alternativas, mientras se lograban gestionar recursos para la dotación de equipos.

Aprender a manejar las emociones que genera el Covid como lo es la muerte y ese miedo permanente. Informarles a los pacientes que teníamos que trasladarlo a un servicio de urgencias porque se le estaban comprometiendo los pulmones y tratar de hacerle entender que eso no significaba que se iba a morir. (MTS29)

A pesar de que yo llevo mucho tiempo trabajando en una unidad de cuidado intensivo la muerte para nosotros no es algo común. Las personas que ingresan a UCI tienen bastante probabilidad de sobrevivir a la enfermedad que tengan. Pero con el Covid nos dimos cuenta de que la probabilidad de morir era más alta que la de vivir. Normalmente en un día podían morir entre seis y ocho pacientes y de una teníamos que alistar los cubículos para pasar más pacientes que estaban esperando en urgencias, y que ya estaban recibiendo ventilación. Como personal de salud aprendemos a hacer un tipo de duelo a los pacientes, que es distinto al que hacen los familiares. (MTS33)

Por su parte, para los pacientes, la experiencia de haber estado en una Unidad de Cuidado Intensivo es dramática, es algo inesperado; los procedimientos llevados a cabo son impactantes para su cuerpo, lo que se complejiza por lo imprevisibles y gravedad de los síntomas, lo que conmina al personal de salud a probar diversos tratamientos, que corresponden a las alternativas para contener la complejidad de la COVID-19. Al mismo tiempo, el personal de salud hace todo lo posible por explicar y hacer su trabajo de la mejor manera, pero ante la cantidad desbordada de casos no dan abasto, aunado a la limitada infraestructura, camas y equipos en las UCI, lo que constituye un panorama desolador tanto para trabajadores de la salud como para pacientes. Ante

estas circunstancias los pacientes, en algunos casos, se apoyan en las creencias espirituales que ayudaron a paliar la situación para poder sobrellevarla.

La máscara a presión que me colocaron que tenía varios broches desde la cabeza hasta el cuello y que me la ponían en promedio 6 a 8 horas, era una tortura, pero los médicos y las enfermeras trataban de explicarme que mi recuperación dependía de esa máscara. En la UCI yo sufrí de inanición, no toleré la alimentación parenteral, ni el Ensure [suplemento alimenticio], la comida que me daban para que no me bronco aspirara siempre era la misma, gelatinosa y pues tristemente en la UCI como hay tantos pacientes a veces la comida se quedaba ahí, porque no había quien me la diera, fue muy duro. (MP32)

Cuando estaba en urgencias veía que los doctores estaban muy preocupados por mi estado, pidieron la autorización para que me intubaran, yo estuve de acuerdo. En ese momento lo que hice fue abandonarme a la voluntad de Dios y yo creo que eso fue lo que permitió que el Señor actuara. A partir de ese momento yo no supe más. Lo único que recuerdo, tal vez por mi estado de sedación, recuerdo que veía muchas flores, por todos lados, muchas flores. En ningún momento yo sentí angustia, Dios fue muy grande y maravilloso conmigo. (MP34)

Para los pacientes, una vez salen de UCI continua un reto adicional, el proceso de recuperación que es lento y doloroso, implica terapias interdisciplinarias y dedicación del paciente, así como una red de apoyo familiar que le de soporte y ánimo para continuar y mantenerse en el tratamiento hasta lograr superar esa etapa; cada avance es considerado una victoria y es celebrado con alegría, recuperar el movimiento, la respiración, su cotidianidad es un logro personal y familiar. Es importante mencionar que ante el desbordamiento de los casos no siempre se lograba contar con la disponibilidad de personal, ni de equipos, ni suministros para el proceso de recuperación, lo que ubicaba al paciente en una situación inerte, que, si no contaba con red de apoyo o gestionaba su proceso, la recuperación se ralentizaba.

En la clínica me iniciaron varias terapias físicas, en las mañanas pasaba la fisioterapeuta y me dejaba una programación con los ejercicios que tenía que realizar durante el día, lo mismo con la terapia respiratoria y fonoaudiología. Me tocaba comer muy despacio y masticar bien para no atragantarme. También tuve consulta con psicología, él me explicó

que no iba a ser lo mismo cuando volviera a la casa, pero que poco a poco iba a volver a la normalidad y a recuperar mi movimiento. (MP34)

La recuperación fue muy retadora, las terapias eran muy dolorosas, mi cuerpo estaba totalmente descompensado, pero al final fue un proceso bonito porque veía los resultados de los avances. Cuando me pudieron bañar por primera vez en una ducha fue como un regalo del cielo. Después de eso vinieron pequeñas victorias, no tan drásticas, pero igualmente bonitas. Mi recuperación fue dura y dolorosa, pero muy rápida. (MP32)

Para los pacientes, además de vivir la experiencia de los síntomas, las complicaciones, la hospitalización, el tratamiento, la recuperación, la COVID-19 les deja secuelas, que deben empezar a tratar. Lo anterior, se convierte en una situación adicional por superar, y significa una demanda adicional para su salud física y mental. Dado lo reciente de la pandemia, las secuelas y su tratamiento aún se encuentran en estudio, lo que se constituye en un elemento más por conocer y abordar de lo imprevisto de la COVID-19.

“Estuve 20 días en la UCI fue una experiencia bastante fuerte, al salir quedé con secuelas, adormecimiento de las manos y pies, después del Covid fui diagnosticada con artritis reumatoidea” (MP30).

“Recién salí de la enfermedad yo caminaba como un abuelito y me cansaba mucho. También, se me cae mucho el cabello. En términos de deseo sexual, también puedo decir que se me disminuyó un poco” (HP19).

Ahora estoy en un proceso con el dermatólogo, porque se me está cayendo demasiado el cabello. Aún me sigue el dolor muscular y me da mucho sueño, se me subió la TSH y también la prolactina, me remitieron con el endocrinólogo y me subió la dosis del medicamento para la tiroides. (MP31)

Los pacientes tienen varias percepciones sobre la atención del personal de salud; para algunos fue un trato amable y para otros fue un trato distante, pero todos coinciden que hicieron lo posible por ayudarles en su recuperación y reconocen que el volumen de pacientes y de trabajo era muy alto. Es de comprender que, ante la cantidad de casos, en especial en los picos de hospitalización, el personal de salud no diera abasto y los pacientes percibieran un trato que podría clasificarse como deshumanizado; sin embargo, el personal estaba trabajando bajo presión y al límite de sus capacidades.

“Me afectaba la frialdad del personal, pero yo lo entendía y tengo que agradecer que estuve acompañada y que fueron unos ángeles para mí, todos ellos paliaron mi tristeza y mi dolor” (MP32).

Los doctores que me atendieron tenían mucha calidez humana, todo el personal de la clínica fueron muy formales conmigo. Después los doctores me contaron todo lo que me habían hecho. Esa enfermedad es muy terrible, yo en un principio era muy escéptica, yo pensaba que lo que veía en televisión era mentira, que los que sacaban en silla de rueda de la UCI en medio de aplausos era pura publicidad para las clínicas. (MP34)

En lo referente a las experiencias personales para las trabajadoras de la salud era extender su jornada diaria implementando medidas de bioseguridad en su vivienda (Ranero, 2020). Esto le sumó al agotamiento del trabajo, pues pese al cansancio debían implementar medidas extremas para evitar posibilidades de contagio a sus familias y personas cercanas. Lo anterior, en los momentos donde las medidas de bioseguridad eran inciertas y se estaba también probando con las que eran efectivas o no, constituyó una recarga excesiva para su jornada, su ánimo y su salud mental.

Por estar atendiendo directamente a pacientes con Covid, cuando llegaba a mi casa yo prácticamente me desvestía en la calle, la ropa la dejaba en una bolsa negra durante 24 horas y después la ponía a lavar, eso era una indicación que nos daba la clínica para ingresar a nuestras casas. (MTS27)

Yo antes de salir del trabajo llamaba a mi hijo y le decía que me sacara el balde y un par de zapatos, y me quitaba la ropa y la dejaba en jabón, y de una pasaba para el baño, después le pasaba el traperero a la casa con jabón y limpiaba la suela de los zapatos con hipoclorito. (MTS28)

La experiencia para trabajadores de salud que atienden pacientes COVID-19 fue muy difícil; además de las demandas de la jornada laboral, dejaron de compartir con la familia (Conejo et al., 2020) y con sus amigos, como una forma de protegerlos, lo que les implicó sentirse muy cargados emocionalmente.

Yo llegaba a mi casa de mal genio o me sentía todo el tiempo muy cansada, pero en el fondo sentía que tenía que disfrutar cada momento porque en cualquier momento llegaba esa cosa y nos arrebatava a algún ser querido, pero yo sentía que el cuerpo no me daba. Tan

pronto empezó a bajar el pico a nosotros quienes habíamos estado todo el tiempo en UCI nos rotaron a otras unidades y se notó el cambio. (MTS28)

Al principio había mucho miedo de ser la puerta de contagio para nuestras familias y amigos y con mi esposo que también es trabajador de la salud nos aislamos completamente: nada de visitas a los papás, ni celebraciones. El primer año fue aislamiento total, llegábamos muy cansados de los turnos y llegar a la casa a hacer todo el protocolo de limpieza: quitarnos la ropa en la entrada de la casa y de una al baño, lavarnos el cabello todos los días, lavar absolutamente todo, era muy desgastante. (MTS29)

Fue muy difícil llegar a la casa, saber que no podía salir a ningún otro lugar, saber que no podía ir a encontrarme con nadie. Todo el tiempo pensaba que podía tener Covid y ser asintomática y que podía contagiar a alguien y que a esa persona le podía dar muy duro. (MTS33)

Por otra parte, en oportunidades por ser trabajadores de la salud se sentían rechazados, por ser considerados socialmente como posibles portadores del virus, lo que aunaba a su carga emocional. La pandemia originó una crisis generalizada, el miedo a contagiarse exacerbó los ánimos, lo que repercutió en buscar potenciales culpables (Orellana-Calderon, 2020), y quienes tenían contacto directo con la COVID-19 era el personal de salud, motivo por el cual, en ocasiones, fueron blanco de estigmatizaciones y agresiones.

Con el miedo que me daba, porque si a usted la veían vestida de blanco de una la gente le huía como si uno tuviera quien sabe qué. Cuando yo estaba con el uniforme, hacía lo posible por no entrar a lugares como centros comerciales o supermercados, porque me daba mucho temor que me fueran a rechazar en alguna parte, porque pensaran que yo traía la enfermedad. (MTS28)

“Una vez me encontré con unos amigos que me invitaron a comer; en esas llegó otra amiga de ellos y apenas se enteró que soy enfermera, que trabaja en una UCI, de una se fue. Esa situación fue incómoda” (MTS33).

En medio de la adversidad, la pandemia dejó aprendizajes tanto para los trabajadores de la salud como para los pacientes. Para los trabajadores de la salud, valorar las familias, la solidaridad, la sensibilidad por el dolor del otro, intentar paliar el sufrimiento. Es de resaltar el uso de la

tecnología como elemento para mantener el contacto en medio de las medidas de distanciamiento y que el personal de salud haga uso de las mismas para acompañar el tratamiento de los pacientes.

Nos dejó la enseñanza de amar más a las familias, la solidaridad, ponernos en los zapatos del otro, la compasión hacia las otras personas. Yo no le doy mi número de teléfono a los familiares de los pacientes, pero hubo un caso en especial donde yo sentí al familiar tan angustiado que yo decidí dejarle mi número de teléfono para que le hiciera video llamada al familiar. Con el paso de los días el familiar se deterioró y falleció. Como al mes, esa persona me mandó un mensaje de agradecimiento porque por esa video llamada pudo ver a su familiar, esa fue la última vez que ella lo vio. (MTS28)

Para las personas que superaron la enfermedad es como un renacer, una nueva oportunidad para vivir de otra manera, para valorar la familia, los amigos; se consideran como sobrevivientes (Ribot Reyes et al., 2020). Como resultado, ahora relativizan el valor que le dan a los problemas y hacen énfasis en los motivos para agradecer por estar vivos.

A valorar más la vida, agradecer cada día lo que tengo, lo que soy, que estoy viva, que tengo otra oportunidad y disfrutar más lo que tengo, porque en un abrir y cerrar de ojos uno se puede morir y ya. (MP30)

“Aprendimos a valorar un poco más el tiempo, las personas, quiero que no se me olvide porque cuando estaba enferma me arrepentía de muchas cosas que no he hecho y de momentos que no he compartido” (MP32).

A mí me dejó muchas cosas positivas. Antes nosotros vivíamos siempre en el corre que corre y no teníamos tiempo de ponerle atención a nuestra familia. Ahora somos más solidarios, yo recibí mucha solidaridad tanto en oraciones y en la parte monetaria porque yo necesité pañales, trajes de aislamiento, transportes. (MP34)

Discusión

La COVID-19 ha generado un impacto considerable en la salud mental de la población, donde afloraron sentimientos como la angustia, la incertidumbre y el miedo (Johnson et al., 2020). Para el personal sanitario, en especial los de primera línea, vivir la experiencia de trabajar en la atención de pacientes hospitalizados ha ocasionado impactos en su salud psicológica que son

evidentes (Tolsa & Malas, 2021). La atención de una pandemia sin precedentes obligó a los trabajadores de la salud a asumir la incertidumbre, el miedo y lo inesperado como cotidianidad en su espacio de trabajo. Estas condiciones laborales son generadoras de estrés y de otras alteraciones psicológicas, como trastornos en el sueño, lo que se constituye en amenaza para la salud de estos trabajadores (Vázquez-Garay et al., 2021).

El personal de salud de primera línea de atención de la pandemia, también se vio obligado a improvisar, a aprender y a aplicar sobre la marcha nuevas técnicas y tecnologías para la atención en crisis (Singh & Singh, 2022), sumado al colapso de los propios sistemas de salud (Khuntia et al., 2022). La atención a pacientes COVID-19 representa para los trabajadores de salud un riesgo de exposición inminente; el contacto directo que tienen en especial médicos y enfermeras es un potencial riesgo de transmisión intrahospitalaria de la COVID-19 (Alfaro, 2021).

También, se tienen evidencias de que el implementar y acatar las medidas de bioseguridad, los protocolos especiales y utilizar de manera adecuada el equipamiento de protección personal es fundamental para evitar el contagio del personal que atiende pacientes COVID-19 (Ramos et al., 2021).

Para los trabajadores de la salud la pandemia se constituyó en un reto sin precedentes, que puso a prueba sus conocimientos, sus capacidades y todo tipo de habilidades, tanto profesionales como personales. Además de las jornadas laborales inacabables, bajo presión y, por ende, extenuantes, por trabajar directamente con pacientes COVID-19, eran percibidos como potenciales agentes de contagio, lo que ocasionó que recibieran rechazo de algunas personas, lo cual, por supuesto, tuvo repercusiones en su relacionamiento consigo mismo y con su círculo cercano, familiares y amigos (Plaza et al., 2022).

Aunado a lo anterior, se encuentra la disminución de espacios de ocio y sociales, así como el temor permanente de contagiar a sus familias; esto afectó aún más las repercusiones en la salud mental de los trabajadores de salud (Hudson, 2021). Es así como con la pandemia los trabajadores de salud se vieron sometidos a condiciones extremas, tanto laborales como familiares y sociales (Chaguay et al., 2020). Implementar medidas para contener y tratar posibles consecuencias en la salud física y mental de los trabajadores de salud se constituye en un reto y una tarea pendiente por abordar para las instituciones de salud, de manera que se busque garantizar el bienestar para quienes lo dieron todo durante la pandemia.

Por otra parte, las personas enfermas y trabajadores de salud fueron percibidas por la sociedad como potenciales agentes de contagio, por el riesgo de infección que representaban; por ello, su presencia fue estigmatizada y en ocasiones fueron agredidas físicamente (Pizarro & Matta, 2020). Se produce, de esta manera, en momentos álgidos de la pandemia, una estigmatización delicada especialmente para el personal de salud, el cual, por trayectoria social, ha sido tradicionalmente valorado en una alta jerarquía laboral y social.

En lo que se refiere a las experiencias de los pacientes, las consecuencias psicológicas para aquellos que superaron la COVID-19 son evidentes; el proceso de recuperación por la gravedad de los síntomas ocasionó extenuación; además de reconocer el temor y la ansiedad ante un posible nuevo contagio (Guale et al., 2021).

Aunque se dieron acciones altruistas durante la emergencia, las personas priorizaron su propia protección y la de su familia sobre el colectivo (Fontana, 2020). Ante lo imprevisto y el aumento del riesgo, la solidaridad se desvanece y el otro se hace un extraño, un sujeto que no es priorizado en el cuidado, y se reafirma el individualismo.

Conocer las experiencias vividas por las personas que más directamente estuvieron involucradas con el contagio y el tratamiento en situaciones muy críticas, contribuye a la comprensión de las relaciones sociales en torno a la enfermedad y a la humanización misma del cuidado y del valor social de quienes trabajan en este campo.

Conclusiones

Lo ocurrido con la pandemia del COVID-19 generó un hito histórico en la humanidad; se puede decir que a partir de lo vivido se presentarán cambios sustanciales en todas las dimensiones de los seres humanos, un antes y después de la pandemia; esto aplica tanto para los trabajadores de la salud como para los pacientes que superaron la enfermedad.

Quienes asumieron la atención, en primera instancia, fueron los trabajadores de salud que se vieron conminados a asumir el tratamiento de los pacientes con COVID-19, vivieron jornadas extenuantes de trabajo, con unos protocolos de bioseguridad que las hacían más agotadoras, y experimentaron incertidumbre por la atención ante lo desconocido, por el miedo ante el contagio de ellos y de sus familiares. En este sentido, se hacen necesarias las investigaciones sobre las

consecuencias y repercusiones en la salud mental y lo que se puede considerar posible estrés postraumático por tratar pacientes hospitalizados por COVID-19.

La pandemia exigió a trabajadores de salud implementar acciones ante una enfermedad desconocida, pero, más allá, de las tensiones propias del proceso de atención en crisis, el personal de salud encontró diversas respuestas sociales, desde la admiración y la solidaridad, hasta la estigmatización y el rechazo social. Al final, queda de manifiesto el deber cumplido y la importancia de darle mayor valor a sus propios espacios familiares y sociales.

También, se encuentran los pacientes quienes describen sus vivencias de estar en una Unidad de Cuidado Intensivo UCI, las cuales fueron extremas, en especial el proceso de recuperación. Lo anterior, permite aseverar que la COVID-19 se ha constituido en una pandemia con implicaciones devastadoras, tanto para el personal de salud como para los pacientes. Se requiere hacer seguimiento a los pacientes sobrevivientes, para identificar las mejores opciones en el proceso de recuperación e identificar y tratar posibles secuelas de la COVID-19.

La inminencia de la muerte en situaciones tan complejas, así como las graves secuelas que dejó en muchos pacientes el contagio, afianzan la importancia de las cosas simples de la interacción social, como el compartir con los seres queridos, pero también deja graves consecuencias para el futuro y marcas permanentes que, en mayor y menor grado, producen cambios en las trayectorias vitales.

Referencias

- Aguilera Manrique, G. (2020, julio-diciembre). Leer los hospitales en tiempos de pandemia: el profesional sanitario, protagonista de excepción. *Álabe*, (22), 1-4.
<https://doi.org/10.15645/Alabe2020.22.12>
- Alfaro, M. A. (2021). Transmisión de COVID-19 en el personal de salud del hospital Víctor Lazarte Echegaray de Trujillo. *Horizonte Médico*, 21(1), Artículo e1371.
<https://doi.org/10.24265/horizmed.2021.v21n1.06>
- Anigstein, M. S., Watkins, L., Escobar, F. V., & Osorio-Parraguez, P. (2021). En medio de la crisis sanitaria y la crisis sociopolítica: cuidados comunitarios y afrontamiento de las

- consecuencias de la pandemia de la covid-19 en Santiago de Chile. *Antípoda: Revista de Antropología y Arqueología*, 45, 53-77. <https://doi.org/10.7440/antipoda45.2021.03>
- Castro-Vásquez, L., Bedoya Valencia, D., & Estrada-Matallana, L. (2022, septiembre-diciembre). Niveles de percepción de estrés en época de COVID-19, a causa de la virtualidad, en estudiantes universitarios, Barranquilla-Colombia. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, (67), 163-190. <https://doi.org/10.35575/rvucn.n67a7>
- Chaguay, S. L., Galeas, R. R., & Chaguay, L. A. (2020). Desempleo en tiempos de COVID-19: Efectos socioeconómicos en el entorno familiar. *Journal of Science and Research: Revista Ciencia e Investigación*, 5(4), 187-197. <https://revistas.utb.edu.ec/index.php/sr/article/view/926>
- Conejo, L. D., Chaverri-Chaves, P., & León-González, S. (2020). As familias e pandemia COVID-19 [Como familias y pandemia COVID-19]. *Revista Electrónica Educare*, (24), 37-40. <https://doi.org/10.15359/ree.24-S.10>
- Cuadra-Martínez, D., Castro-Carrasco, P. J., Sandoval-Díaz, J., Pérez-Zapata, D., & Mora Dabancens, D. (2020). COVID-19 y comportamiento psicológico: revisión sistemática de los efectos psicológicos de las pandemias del siglo XXI. *Revista Médica de Chile*, 148(8), 1139-1154. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872020000801139>
- Fernández, J. (2020). De UCI hepática a UCI COVID: historia de una transformación. *Gastroenterología y Hepatología*, 43(7), 386-388. <https://doi.org/10.1016/j.gastre.2020.07.002>
- Fontana, L. (2020). Pandemia y rearticulación de las relaciones sociales. *Periferia*, 101-114. <https://doi.org/10.5565/rev/periferia.770>
- García-Reyes, G., Cruz-Nocelo, E. J., Méndez-Flores, M. D., Laguna-Guzmán, C., Hernández-Rodríguez, M., & Vázquez-Pérez, P. (2022). Body image adaptation in health personnel during COVID-19 [Adaptación de la imagen corporal en el personal de salud durante la COVID-19]. *Revista Medica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 60(2), 171-178. <https://search-ebsohost-com.bibliotecavirtual.uis.edu.co/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=35759539&lang=es&site=ehost-live>

- García Calavia, M. Á., Cárdenas, J., & Barbeito Iglesias, R. L. (2020). Presentación del debate: Impactos sociales de COVID-19: un nuevo reto para la sociología. *RES. Revista Española de Sociología*, 29(3), 689-691. <https://doi:10.22325/fes/res.2020.42>
- Guale, R., Zambrano, O., Castillo, M. F., Meza, E., & Benitez, A. (2021). Implementación de una escala para medir “impacto psicosocial y actitudes en sujetos post covid-19”. Estudio aleatorio en la ciudad de Manta entre abril y septiembre del 2020. *Dominio de las Ciencias*, 7(2), 301-318. <https://doi.org/10.23857/dc.v7i2.1798>
- Guzmán, J. C., Rivera, R. M., Ortega, M. A., & Ramírez, P. I. (2021). *Efectos sociales, económicos y de la salud ocasionados por la pandemia del COVID19*. Plaza y Valdés, SA de CV.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, M. d. (2014). *Metodología de la investigación* (6ª Ed.). McGraw-Hill.
- Hudson, J. P. (2021). El personal de salud en la pandemia: trabajar en un umbral de riesgo permanente. *Debates en Sociología*, 53, 11-39. <https://revistas.pucp.edu.pe/index.php/debatesensociologia/article/view/24569>
- Infante Castañeda, C., Peláez Ballestas, I., & Giraldo Rodríguez, L. (2021). Covid-19 y género: efectos diferenciales de la pandemia en universitarios. *Revista Mexicana de Sociología*, 83, 169-196. <https://doi.org/10.22201/iis.01882503p.2021.0.60072>
- Johnson, M. C., Saletti-Cuesta, L., & Tumas, N. (2020). Emociones, preocupaciones y reflexiones frente a la pandemia del COVID-19 en Argentina. *Ciência & Saude Coletiva*, 25(S1), Artículo 2447. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.1.10472020>
- Khuntia, J., Mejia, F. J., Ning, X., Helton, J., & Stacey, R. (2022). Integration vs Collaborative Redesign Strategies of Health Systems' Supply Chains in the Post-COVID-19 New Normal: Cross-sectional Survey Across the United States [Estrategias de integración frente a rediseño colaborativo de las cadenas de suministro de los sistemas de salud en la nueva normalidad posterior a la COVID-19: encuesta transversal en los Estados Unidos]. *JMIR Formative Research*, 6(6), 1-17. <https://doi.org/10.2196/35317>
- Loor, S., Moreira, D., Cedeño, M., Mendoza, B., Mera, H., & Moncayo, J. (2020). Protocolo de tratamiento de Covid 19 en Hospital Miguel H. Alcívar -Bahía de Caraquez-Manabí. *Dominio de las Ciencias*, 6(3). <https://polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es/rt/printerFriendly/1784/html>

- Orellana-Calderon, C. I. (2020). Health workers as hate crimes targets during COVID-19 outbreak in the Americas [Trabajadores de la salud como blanco de crímenes de odio durante el brote de COVID-19 en las Américas]. *Revista de Salud Pública*, 22(2), 1-5. <https://doi.org/10.15446/rsap.V22n2.86766>
- Organización Mundial de la Salud. (2020, 11 de marzo). *Alocución de apertura del Director General de la OMS en la rueda de prensa sobre la COVID-19 celebrada el 11 de marzo de 2020*. <https://www.who.int/es/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>
- Pizarro, M., & Matta, J. (2020). Las relaciones vecinales como clave analítica de ciertas violencias asociadas al Covid-19 en la Argentina. *Dilemas*, 1-10. <https://www.reflexpandemia.org/texto-63>
- Plaza, L. C., Jorques, D. C., & Salgado, A. P. (2022). El impacto psicológico del Covid-19 en los servicios de emergencias extrahospitalarias. *Ehquidad*, 17, 11-46. <https://doi.org/10.15257/ehquidad.2022.0001>
- Ramos, A., Delor, S., de Anton, R., Fraiz, V., & Arribalzaga, E. (2021). CoVID - 19 en el Quirófano. ¿Cuál fue el impacto en el personal con el uso de un protocolo de seguridad? *Journal of Negative & No Positive Results*, 6(6), 860-871. <https://doi.org/10.19230/jonnpr.4153>
- Ranero, A. O. (2020). Globalización, urbanización y salud: Impactos de la COVID-19. *Arquitectura y Urbanismo*, 41(3), 6-16. <https://www.redalyc.org/journal/3768/376865021002/html/>
- Ribot Reyes, V. D., Chang Paredes, N., & González Castillo, A. L. (2020). Efectos de la COVID-19 en la salud mental de la población. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, (19), 1-16. <https://revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/3307>
- Rodríguez, G., García, E., & Gil, J. (1996). *Metodología de la investigación cualitativa*. Algibe.
- Sandín, B., Valiente, R. M., García-Escalera, J., & Chorot, P. (2020). Impacto psicológico de la pandemia de COVID-19: Efectos negativos y positivos en población española asociados al periodo de confinamiento nacional. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 25(1), 1-22. <https://doi.org/10.5944/rppc.27569>

- Singh, S. S., & Singh, L. B. (2022). Training community health workers for the COVID-19 response, India [Formación de trabajadores sanitarios comunitarios para la respuesta a la COVID-19, India]. *Bulletin of the World Health Organization*, 100(2), 108-115. <https://doi.org/10.2471/BLT.21.286902>
- Tolsa, M. D., & Malas, O. (2021). COVID-19: Impacto Psicológico, Factores de Riesgo e Intervenciones Psicológicas en el Personal Sanitario. Una Revisión Sistemática. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 12(2), 58-75. <https://doi.org/10.23923/j.rips.2021.02.045>
- Vázquez-Garay, F., Inalvis, A.-M., Zamora-Boudet, G., & Gola-Rodríguez, D. (2021). Alteraciones psicológicas de trabajadores en un centro de aislamiento para casos sospechosos de COVID-19. *Revista Información Científica*, 100(5), Artículo e3579. <http://www.revinfocientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/3579>
- Vélez-Paez, J., Montalvo-Villagómez, M., Jara-González, F., Aguayo-Moscoso, S., Tercero-Martínez, W., Saltos-Íñiguez, L., Vega-Luzuriaga, P., & Dawaher, J. (2021). Guía de manejo de pacientes COVID19 en terapia intensiva – Hospital Pablo Arturo Suárez. *Revista Ciencia UNEMI*, 14(35), 92-107. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8375426>
- Vergara Escobar, O. J., & Archila Hernandez, E. D. (2021). Autoetnografía y reflexiones en la pandemia por COVID-19. *Ciencia y Cuidado*, 18(3), 100-110. <https://doi.org/10.22463/17949831.2853>
- Villca, J., Moreno, R., Gomez, C., & Vargas, A. (2021). Influencia de la pandemia del Covid-19 en la Salud Mental de los Trabajadores en salud. *Gaceta Médica Boliviana*, 44(1), 75-80. <https://doi.org/10.47993/gmb.v44i1.200>