

Diana Cruzado de la Vega
M^a del Pilar Picos Bolaino

Percepciones y vivencias de las enfermeras en un servicio de urgencias hospitalarias durante la pandemia del Covid-19. Una aproximación cualitativa.

Trabajo Fin de Grado

Dirigido por: Dr. Josep Barceló Prats

Grado de Enfermería



***Facultad de
Enfermería***

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Seu Baix Penedès

2023-2024

Agradecimientos

En primer lugar, a las profesionales de enfermería que colaboraron con nuestro proyecto, han sido pieza clave para llevar a cabo este trabajo a través de sus entrevistas han contado sus experiencias durante la pandemia y reviviendo momentos difíciles. Agradecemos su generosidad.

Agradecer también a nuestro tutor, Dr. Josep Barceló, por la ayuda por estar pendiente de nuestras dudas, por animarnos y guiarnos con la realización de nuestro trabajo de fin de grado.

Este último párrafo, pero no menos importante, queremos mostrar nuestro agradecimiento a todas las personas que durante estos años nos han estado apoyando siempre para poder cumplir nuestra meta; familiares, profesores/as, amigos/as, compañeros/as de trabajo, tutores/as de prácticas y compañeros/as de clase. Sin la ayuda y el apoyo de todos ustedes no hubiera sido posible.

María del Pilar Picos Bolaino y Diana Cruzado De la Vega

Dedicatoria

A nuestras familias por siempre estar presentes apoyándonos, por su paciencia y sobre todo porque nunca permitieron que nos rindiéramos.

Pili y Diana

Índice:

1.	Resumen.....	5
1.1	Abstract.....	6
2.	Introducción	7
3.	Marco Teórico	8
3.1	Definición.....	8
3.2	Clínica.....	8
3.3	Complicaciones clínicas de la enfermedad	9
3.4	Virología	10
3.5	Mecanismo de infección	10
3.6	Inmunología	11
3.7	Clasificación.....	11
3.8	Medidas de prevención contra la Covid-19	13
3.8.1	Medidas farmacológicas.....	13
3.8.2	Medidas de prevención no farmacológicas para evitar SARS-CoV-2.....	15
3.8.3	Medidas de prevención del entorno.....	16
4.	Cronología de los acontecimientos.....	17
5.	El Burnout	18
6.	El estrés	20
7.	Los sentimientos.....	20
8.	Secuelas físicas	21
9.	La teoría de la formación de Patricia Benner.....	22
10.	Objetivos	24
11.	Metodología.....	24
11.1	Diseño	24
11.2	Unidad de observación, estrategia de localización, selección de informantes.....	26
11.3	Procedimiento de recogida de datos	27
12.	Futuras líneas de investigación.....	28
13.	Consideraciones éticas.....	28
14.	Elaboración de categorías, subcategorías y códigos a partir del análisis de las entrevistas	29
14.1	Tabla de Categorías, Subcategorías y Códigos	30
15.	Resultados:.....	31
15.1	Categorías:	31
16.	Conclusiones.....	38

17.	Bibliografia.....	40
18.	Anexos:	44
18.1	Cronograma.....	44
18.2	Guion de posibles preguntas que se realizan en las entrevistas.....	45

1. Resumen

La Covid-19 es una enfermedad respiratoria, causada por el virus SARS-CoV-2 que tuvo sus orígenes en China en la ciudad de Wuhan a finales del 2019. Rápidamente se propagó por todo el mundo y el 11 de marzo del 2020 la OMS declaró la situación de pandemia. El estado español entró en estado de alarma en marzo de 2020. Debido a la crisis de emergencia sanitaria que se estaba viviendo en aquel momento, el personal sanitario asistencial se vio seriamente afectado, por no disponer de los materiales necesarios de protección, de diagnósticos y de tratamientos sanitarios. Otra dificultad añadida fue la escasez de personal, ya que, con el elevado ritmo de contagios, se iban dando constantemente bajas por ello. La magnitud de la epidemia y la incertidumbre de no saber un tratamiento específico dificultó las intervenciones y cuidados de enfermería, cuyas profesionales no pudieron realizar los cuidados pertinentes, lo que incrementaba la sobrecarga laboral. A consecuencia de ello, las enfermedades de urgencias sufrieron distintas afectaciones: a nivel físico se registró un aumento del cansancio y el agotamiento, a nivel psicológico y emocional la presencia de ansiedad y de estrés en el personal que estuvo en primera línea frente a la pandemia.

El objetivo de este estudio es identificar las principales percepciones y vivencias en las enfermeras de urgencias durante la pandemia del Covid-19.

La metodología utilizada ha sido cualitativa mediante la realización y transcripción de entrevistas semiestructuradas de carácter fenomenológico a las profesionales enfermeras de un Hospital Comarcal de una localidad de la provincia de Barcelona.

Resultados: Los resultados obtenidos mediante este estudio permiten explorar y profundizar en las percepciones y vivencias en el personal de enfermería a causa de la pandemia del Covid-19. Las principales afecciones detectadas tuvieron repercusiones negativas en el ámbito laboral, familiar y emocional.

Conclusión: Según el análisis realizado, se puede concluir que la pandemia ha dejado secuelas a nivel físico, pero principalmente a nivel psicológico y emocional.

Palabras clave: Covid-19, burnout, secuelas, sentimientos, enfermería, pandemia.

1.1 Abstract

Covid-19 is a respiratory disease, caused by the SARS-CoV2 virus, whose origin was in China, especially in the city of Wuhan at the end of 2019. It quickly spread throughout the world and, consequently, on the 11th of March in 2020 the WHO declared the pandemic situation. Hence, the Spanish state was on alert in March in 2020. Due to the health emergency crisis that was being experienced at that time, health care personnel were seriously affected by not having the necessary protective materials, the necessary diagnostic and health treatments. Another difficulty was the shortage of personnel, as the sick leaves increased because of the high rate of infections due to the lack of protection. The magnitude of the epidemic and the uncertainty of not knowing a specific treatment made the nursing interventions and care more difficult, whose professionals could not provide the relevant care, which increased the work overload. As a result, emergency illnesses suffered different effects: on a physical level, there was an increase in tiredness and exhaustion, and on a psychological and emotional level, the presence of anxiety and stress in the staff who were in the front row, facing the pandemic.

The objective of this study is to identify the main perceptions and experiences of emergency nurses during the Covid-19 pandemic.

The methodology has been qualitative by carrying out and transcribing semi-structured interviews of phenomenological nature. They were granted by some professional nurses, who work in a Regional Hospital located in region of Barcelona.

Results: The results obtained through this study allow us to explore and deepen the perceptions and experiences of nursing staff due to the Covid-19 pandemic. The main conditions detected had negative repercussions in the work, in the family and in the emotional spheres.

Conclusion: According to the analysis realized, it can be concluded that the pandemic has entailed consequences on a physical level, but mainly on psychological and emotional sense.

Key Words: Covid-19, Burnout, sequels, feelings, nursing, pandemic.

2. Introducció

El coronavirus (Covid-19) es una enfermedad respiratoria que es causada por el virus SARS-CoV-2, los primeros casos se dieron en China, en la ciudad de Wuhan a finales de 2019 y luego se propagó a Italia, en poco más de tres meses se estaba propagando rápidamente por todo el mundo, el 11 de marzo de 2020 la OMS lo declara situación de emergencia por pandemia. El día 14 de marzo de 2020 debido a la declaración de pandemia se produjo el confinamiento en España por estado de alarma. Los casos notificados de Covid-19 en España hasta la fecha de 28-06-2023, mediante las Comunidades Autónomas (CCAA) a la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SiViEs), registraban un total de 13.914.811 casos confirmados de Covid-19, de 121.760 fallecidos y 9.763 casos notificados nuevos. Un gran número de enfermeras se vio afectada al estar en primera línea y al no disponer de los equipos de protección individuales (EPI) necesarios, llegando a alcanzar un número de fallecimientos de alrededor de 1.500 enfermeras en 44 países.

Debido a la incertidumbre y la magnitud de la enfermedad, ya que no se sabía cuál era el tratamiento farmacológico específico y la forma de transmisión era poco conocida, las intervenciones para saber cómo gestionar la situación fueron dificultosas. Las enfermeras tuvieron la capacidad de afrontar la pandemia siguiendo las directrices, tanto nacionales como internacionales, para prevenir, combatir y proteger la magnitud de la propagación que se estaba produciendo del brote pandémico.

Se ha podido ir viendo que los principales problemas de salud que se han presentado en los profesionales de enfermería, a lo largo de la pandemia, han sido mayormente a nivel de salud mental y, por otro lado, también ha habido (en un porcentaje menor pero no menos importante) afectaciones físicas, todo ello

debido a estar expuestos a una carga viral alta y en primera línea cuidando de la población durante la pandemia.

A medida que ha ido pasando el tiempo, el virus del Covid-19 ha ido dejando consigo una serie de afecciones para el personal de enfermería que ha repercutido en su salud física y mental con secuelas como: ansiedad, depresión, agotamiento físico y, como consecuencia de todo lo vivido, presentar Síndrome de Burnout.

La idea de este estudio surge de las vivencias que como estudiantes de enfermería tuvimos durante la pandemia y la afectación que comentaban las tutoras de enfermería que hubo en el hospital, sus comentarios de como habían vivido la pandemia, de lo mal que lo pasaron, y de que aún hoy en día se sienten afectadas por aquella crisis sanitaria que les tocó vivir y afrontar.

3. Marco Teórico

3.1 Definición

La enfermedad de la Covid-19 es causada por el virus que se conoce como coronavirus 2 del síndrome respiratorio agudo grave (SARS-CoV-2). La enfermedad que causa se llama enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19). Los coronavirus son una familia de virus que causan enfermedades como el resfriado común, síndrome respiratorio de medio oriente y el síndrome respiratorio agudo grave. (1), (2)

3.2 Clínica

El virus de la COVID-19 se propaga con facilidad de persona a persona, principalmente quienes hayan tenido contacto estrecho, se puede contagiar por aerosoles muy pequeños que permanecen en el aire por varios minutos u horas, lo que se conoce como transmisión por el aire, que se liberan cuando una persona contagiada con el virus tose, estornuda, respira, habla o canta, estos aerosoles pueden ser inhalados o pueden caer en la boca, nariz y ojos de las personas que están muy próximas y así ser contagiados. El virus también se

disemina si tocas una superficie donde se encuentra el virus y luego te llevas la mano a la boca, la nariz o los ojos. Sin embargo, el riesgo es bajo. (3),(1)

La sintomatología del coronavirus 19 (COVID-19) puede aparecer entre los 2-14 días después de la exposición con el virus, este período entre la exposición y la aparición de los síntomas se llama el período de incubación. Se puede contagiar la COVID-19 incluso antes de que aparezcan los síntomas, esto se denomina transmisión presintomática o una persona que está infectada pero no presenta síntomas puede transmitir la COVID-19, esto se denomina contagio asintomático.

Los síntomas frecuentes pueden incluir lo siguiente: fiebre, tos, cansancio. Entre los síntomas tempranos de la COVID-19 se puede incluir la pérdida del sentido del gusto o del olfato. Otros síntomas que se pueden incluir son los siguientes: falta de aire o dificultad para respirar (disnea), dolores musculares, escalofríos, dolor de garganta, goteo de la nariz, dolor de cabeza, dolor en el pecho, ojo rosado (conjuntivitis), náuseas, vómitos, diarrea, erupción, la sintomatología puede variar de muy leve a muy grave.

3.3 Complicaciones clínicas de la enfermedad

El síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA) es la complicación más grave de la enfermedad, tras el inicio de la disnea, que es la sensación de la falta de aire. De todos modos, también pueden producirse las siguientes complicaciones:

- Cardíacas: Arritmias, cardiopatías agudas, cardiomiopatías y shock.
- Tromboembólicas: Accidente cerebrovascular y tromboembolismo pulmonar
- Respuesta inflamatoria excesiva: Síndrome inflamatorio multisistémico y Síndrome de Guillain-Barré. (3),(2)

La reinfección por Covid-19 ocurre cuando alguien que ya estuvo infectado vuelve a infectarse. Dicha reinfección puede producirse varias veces, pero con frecuencia las reinfecciones son leves, aunque puede haber casos de gravedad.

3.4 Virología

El agente causal de la COVID-19 es el virus (SARS-CoV-2), que es un tipo de Orthocoronavirinae, fue descubierto y aislado por primera vez en Wuhan (China) durante 2019. Parece tener un origen de zoonosis, es decir, que pasó de un huésped animal (un murciélago) a uno humano. El genoma del virus está formado por una sola cadena de ácido ribonucleico (ARN).

3.5 Mecanismo de infección

- **Adsorción.** El virus se une a la célula hospedadora e introduce su material genético. Cada virus es muy específico y únicamente infectan a un determinado tipo de células. En el caso del SARS-CoV-2 se une a la proteína ECA-2, que está presente en diversos tejidos del cuerpo humano, particularmente en la mucosa oral, considerada la principal vía de entrada a nuestro organismo.
- **Penetración.** La membrana de estos virus es de la misma naturaleza que la membrana celular, por lo que puede ocurrir una fusión de membranas, y entra sólo la cápside. O, puede entrar por endocitosis, y la envuelta del virus se fusiona con el lisosoma.
- **Decapsidación.** El material genético queda libre en el citoplasma a través de diferentes enzimas que degradan las proteínas víricas.
- **Síntesis y replicación.** En el SARS-CoV-2, al ser un virus con ARN, esta fase ocurre en el citoplasma. El virus utiliza la maquinaria celular para su replicación (creación de copias) del ARN y para la síntesis de las 4 proteínas que ya hemos comentado.
- **Ensamblamiento.** En este momento, la célula está llena de copias de ARN del virus y de proteínas flotando en el citoplasma. Por diferentes mecanismos, estas proteínas se van uniendo, dejando en su interior una copia del ARN viral.
- **Liberación.** A través de mecanismos de exocitosis, lo que les facilita rodearse de membrana. Es decir, la membrana de los virus con envuelta viene de la membrana celular a la que han infectado. Previamente a la exocitosis, el virus ha incorporado sus proteínas a la membrana celular en la zona donde se va a producir esta exocitosis. (5),(6)

3.6 Inmunología

El sistema inmunitario responde de varias maneras. La respuesta inmunitaria puede brindarle protección contra la reinfección varios meses, pero esta protección va disminuyendo con el tiempo. Las personas con el sistema inmunitario debilitado que contraen una infección pueden tener una respuesta inmunitaria limitada o nula. La protección contra la forma grave de la COVID-19 por lo general dura más que la protección contra las infecciones. Esto significa que incluso si se infecta de nuevo, su respuesta inmunitaria le ayudaría a protegerse y evitar que se enferme gravemente y sea hospitalizado.

A medida que el virus evoluciona, pueden aparecer nuevas variantes con capacidad de evadir la inmunidad existente de una persona. Esto podría aumentar el riesgo de reinfección. (7),(1)

Según el Centro para el control y prevención de enfermedades (CDC) de los Estados Unidos. (EE. UU.)

“Los virus como el SARS-CoV-2 evolucionan constantemente a medida que se producen cambios en el código genético (provocados por las mutaciones genéticas o la recombinación viral) durante la replicación del genoma. El SARS-CoV-2 ha mutado constantemente durante el transcurso de la pandemia, lo que dio como resultado, variantes que son diferentes del virus SARS-CoV-2 original. Durante toda la pandemia de COVID-19, se detectaron muchas variantes del SARS-CoV-2 en los Estados Unidos y el resto del mundo. Los científicos utilizan diferentes sistemas de clasificación para describir y comunicar las similitudes y diferencias entre los virus SARS-CoV-2”

3.7 Clasificación

La Organización mundial de la salud OMS utiliza el alfabeto griego para la nomenclatura del virus del SARS-CoV-2, esta clasificación se realiza para determinar el linaje del virus, lo que quiere decir la descendencia de este, las mutaciones que ha tenido. Sus tipos son: Ómicron, Alfa, Beta, Gamma, Delta, Épsilon, Eta, Iota, Kappa, Zeta y Mu. (8)

El Grupo Interagencial por el SARS-CoV-2 (SIG) utiliza cuatro tipos de clasificaciones:

A. Variante de gran consecuencia (VOHC): Muestra una clara evidencia de que las medidas de prevención o las medidas médicas paliativas, reducen significativamente la efectividad con respecto a las variantes que circularon previamente, causando:

- Fallo en los objetivos de pruebas diagnósticas.
- Evidencia que sugiere una reducción significativa en la eficacia de las vacunas, una desproporción alta de casos de infección en vacunados, o muy baja protección en vacunados contra enfermedades graves.
- Reducción significativa en la susceptibilidad a múltiples tratamientos aprobados
- Casos más graves de la enfermedad y aumento de las hospitalizaciones.
- Actualmente la designación VOHC no la tiene ninguna variante de SARS-CoV-2. (8),(9)

B. Variante de preocupación (VOC):

Podría requerir medidas de salud pública, ya que estas variantes generan, entre otras problemáticas:

- Mayor transmisibilidad.
- Casos más graves de enfermedad.
- Reducción significativa en la inmunidad generada por los anticuerpos, por una infección anterior o la vacunación.
- Menor eficacia real de los tratamientos o las vacunas, o fallas de detección de diagnóstico.

C. Variante de interés (VOI):

Una variante de interés ya puede tener una prevalencia limitada en un país, pero podría extenderse por otros países, requiriendo más medidas de salud pública y aumento de la vigilancia o investigaciones de epidemiología. Las características de esta variable son:

- Menor neutralización por los anticuerpos generados contra una infección anterior o la vacunación.
- Menor respuesta eficaz a los tratamientos o las pruebas de diagnóstico.
- Aumento previsto en la transmisibilidad o gravedad de la enfermedad.

D. Variantes bajo monitoreo (VBM):

Son variantes que solían causar formas más graves de la enfermedad o aumentar la transmisión, pero que ya no se detectan, que puede ser degradada a esta lista después de que ya no circule a niveles sostenidos y ya no represente un riesgo significativo para la salud pública. (8)

Notificar a la OMS, CDC, aumentar las medidas preventivas, como el uso de mascarilla, distanciamiento y realizar investigaciones para determinar la eficacia de los tratamientos y las vacunas. (8)

3.8 Medidas de prevención contra la Covid-19

Existen medidas de tipo farmacológicas y no farmacológicas.

3.8.1 Medidas farmacológicas

Vacunas frente al SARS-CoV-2 (COVID19)

A finales de 2020 comenzaron las campañas masivas de vacunación priorizando a los más vulnerables en varios países, incluido España. En marzo de 2021 son ya cuatro las vacunas aprobadas para su uso por parte de la Agencia Europea de Medicamentos (Comirnaty de Pfizer BionTech, COVID-19 Vaccine de

Moderna, COVID-19 Vaccine de AstraZeneca y COVID-19 Vaccine de Janssen).
(9)

- **Pfizer BioNTech. Comirnaty (BNT162b2)**

Es una vacuna de ARN mensajero que codifica la glicoproteína de superficie S (spike) encapsulada en nanopartículas lipídicas, con un esquema de vacunación de dos dosis separadas por 21 días. La eficacia, transcurridos siete días tras la recepción de la segunda dosis, fue del 95%

El almacenamiento debe hacerse a muy bajas temperaturas y es muy termosensible una vez descongelada.

Los efectos adversos esperados fueron más frecuentes tras la segunda dosis y los más comunes fueron reacciones locales, fatiga, cefalea, mialgias, escalofríos, artralgias y fiebre, siendo menos frecuentes en los de 55 años o más edad. (9)

- **Moderna, Inc. (COVID-19 Vaccine, mRNA-1273)**

Es una vacuna de ARN mensajero que codifica la glicoproteína de superficie S (spike) encapsulada en nanopartículas lipídicas, con un esquema de vacunación de dos dosis en los días 0 y 29. La eficacia de la vacuna a partir del día 14 tras la segunda dosis llegó al 95,6% para los de 18 a 64 años y del 86,4% para los de mayor edad.

Los efectos adversos locales más frecuentes fueron el dolor y la hinchazón en el punto de la inyección y la linfadenopatía axilar. Aparecieron con mayor frecuencia tras la segunda dosis, los más habituales fueron cansancio, cefalea, mialgia, artralgia y fiebre. Tanto unos como otros fueron más frecuentes tras la segunda dosis.

El almacenamiento debe hacerse a muy bajas temperaturas, es muy termosensible una vez descongelada. (9)

- **Oxford Vaccine Group/AstraZeneca. ChAdOx1 nCoV-19 (AZD1222)**

Es una vacuna en la que la glicoproteína S se vehiculiza en un adenovirus no replicante de chimpancé con un esquema de vacunación de dos dosis de 5×10^{10} partículas víricas a los 0 y 28 días, produce anticuerpos frente a S y anticuerpos neutralizantes en todos los participantes tras la segunda dosis. A las dos semanas tras la segunda dosis la eficacia fue del 60,3%

Los efectos adversos más frecuentes fueron dolor local, cefalea, cansancio, mialgia, febrícula-fiebre, náuseas, artralgia y linfadenopatía, siendo menos frecuentes en los de 65 o más años. (9)

- **Janssen Vaccines & Prevention B.V./Johnson & Johnson. Ad26.COV2. S**

Vacuna en la que la glicoproteína S se vehiculiza en un adenovirus humano 26 no replicante, con un esquema de vacunación con una dosis de 5×10^{10} partículas víricas. Una dosis de vacuna genera respuestas de anticuerpos neutralizantes en todas las edades, incluidos los de 65 años o más. A partir del día 28 tras la dosis única del esquema vacunal, la eficacia para los de 18 a 64 años y para los de 65 o más llegó entre 65,1% y 74,0%. (9)

3.8.2 Medidas de prevención no farmacológicas para evitar SARS-CoV-2

Este tipo de medidas pueden ser implementadas de forma personal y del entorno, para procurar reducir la incidencia, la hospitalización y la mortalidad de la población.

- **Dentro de las medidas personales tenemos:**
- El uso de la mascarilla: Reduce la emisión de aerosoles que se producen al hablar, toser, estornudar, gritar o respirar. La eficacia de la mascarilla dependerá del tamaño de la partícula a filtrar y no por un microorganismo en concreto, también la eficiencia de filtración del material que compone el dispositivo, el ajuste del dispositivo a la fisonomía humana, es decir, la

ausencia de fugas y la respirabilidad, es decir, la resistencia del material al paso de aire.

- Distancia física interpersonal y reducción del tiempo de contacto: Cualquier secreción respiratoria infectiva a corta distancia aumenta la probabilidad de contagio, a mayor distancia se ha comprobado que el riesgo disminuye, de ahí la importancia de mantener un distanciamiento de por lo menos un metro y medio de distancia. La exposición dependerá del tiempo y la concentración de aerosoles infectivos, a mayor tiempo de exposición mayor riesgo de enfermar, además si estás en espacio reducido y mal ventilado mayor será la probabilidad de enfermar.
- Priorizar los espacios exteriores: El uso de espacios exteriores son recomendados ya que disminuye los aerosoles emitidos en el aire, sin embargo, también se han producido contagios al aire libre, por lo cual también se recomienda el uso de otras medidas como las mascarillas y la distancia social.
- Higiene de manos: Es la medida más sencilla y eficaz para evitar contagios de microorganismos incluido el Covid 19, debido a la envoltura lipídica que se desactiva con la sustancia surfactante del uso del jabón, lo más importante es la duración de la fricción que debe ser entre 40- 60 segundos. (10)

En cuanto a la falta de medidas de protección, se puso de relieve el valor del recurso humano, esto es, la experiencia de profesionales enfermeros de cuidados críticos durante la pandemia por COVID-19:

“Las enfermeras tuvieron que enfrentarse a una práctica profesional desafiante con información limitada sobre la COVID al inicio de la pandemia y cambiante y excesiva a medida que se disponía de evidencia científica; un apoyo organizativo percibido como ineficiente y carencia de recursos materiales, en particular equipos de protección”. (11)

3.8.3 Medidas de prevención del entorno

- Limpieza y desinfección: Se ha comprobado que los métodos de desinfección recomendados son eficaces, ya que estos hacen que el

material genético del virus se detecte en pocas ocasiones incluso en espacios hospitalarios.

- Ventilación natural o mecánica: reduce el riesgo de infección por patógenos mediante aerosoles, en ambientes cerrados es efectivo mejorar la ventilación. Se entiende por ventilación la renovación del aire, que se realizará a partir de abrir puertas y ventanas para que el aire del exterior entre al interior y se realice recirculación del aire, disminuyendo la concentración de partículas en el aire por el efecto de dilución.
- Reestructuración de espacios: Adaptar los espacios para evitar los mecanismos de transmisión, garantizando distancia social y reducción del aforo, también se recomienda el uso de mamparas para protección adicional en algunos casos. (10)

4. Cronología de los acontecimientos

A lo largo de los años se han ido produciendo diferentes epidemias y pandemias afectando a un gran número de personas. Una epidemia es cuando una enfermedad o virus se propaga y afecta de forma rápida a un número de personas importante dentro de la misma zona geográfica o país. Y hablamos de pandemia cuando esa enfermedad o virus afecta de forma rápida aumentando los casos y esta se propaga o extiende por diferentes países a la misma vez. Pues bien, no es cosa del pasado hablar sobre epidemias y pandemias, ya que en este caso hablaremos sobre un virus el cual apareció a principios de diciembre de 2019 y se identificó como nuevo coronavirus este se inició como un brote en la ciudad de Wuhan, de la provincia de Hubei en China. (1),(2)

Los primeros casos de COVID-19 no tardaron en llegar a Europa, puesto que la globalización y el movimiento de personas internacional que hay hoy día, mediante los diferentes medios de transporte, hicieron que el virus llegara antes de lo esperado. Ello causó un gran impacto económico, político, sanitario, social y mediático, puesto que nunca había ocurrido algo de tal magnitud con tanta expansión geográfica y tanta rapidez de contagios. (12)

Según el informe sobre la COVID-19, realizado por la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica el 3 de julio de 2023, desde que empezó la pandemia 682.216

personas en España han tenido que ser ingresadas en un hospital, 56.277 personas han ingresado en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) y 122.057 personas han fallecido por COVID-19. (13)

Por lo que se ha podido ver el efecto ha sido demoledor, contamos con más tecnología con más adelantos hoy día, pero nada ni nadie pudo evitar que esta catástrofe sanitaria fuera una realidad.

Dentro del sector sanitario los profesionales que se vieron muy afectados frente a la pandemia fueron las enfermeras, debido a que estaban expuestas directamente y en primera línea de atención, prestando sus servicios a cientos de personas, que se contagiaron de forma rápida, con cargas virales altas. Las enfermeras en un principio no tenían material de protección de bioseguridad frente a la enfermedad, para evitar los contagios, tuvieron que crear sus propios equipos de protección con bolsas de basura, mascarillas que cosían con sus propias manos o personas voluntarias que se ofrecían para hacerlas y pantallas protectoras con materiales caseros. Era difícil conseguir frenar y controlar la propagación del virus, porque era necesario atender a pacientes en estado de gravedad, trabajar con un alto nivel de estrés, cansancio físico ya que tenían aumentadas sus jornadas de trabajo debido a la falta de personal, ya que muchos profesionales se iban contagiando. Así que no solo era el riesgo de contagiarse de Covid-19 sino el riesgo de sufrir diferentes enfermedades por todo el estrés que rodeaba la situación en la que se veían envueltas, no se estaba protegiendo ni valorando a las profesionales que estaban enfrentando la pandemia como era debido. (14)

5. El Burnout

Un entorno laboral exigente es la causa principal para desarrollar el síndrome de Burnout, también conocido como síndrome del desgaste profesional. Se trata de una condición que afecta a muchos de los profesionales sanitarios. Se caracteriza por una sensación de agotamiento físico, emocional y mental debido a las exposiciones prolongadas de estrés laboral, la carga excesiva de trabajo, la presión por cumplir los objetivos, la falta de recursos adecuados, falta de

reconocimiento y la falta de apoyo emocional por parte de los superiores, pueden contribuir al agotamiento, causando síntomas como fatiga crónica, irritabilidad, despersonalización (tratar al paciente como objeto y no como persona) y desgaste emocional. Estos síntomas pueden afectar negativamente la calidad de atención que los profesionales sanitarios brindan a sus pacientes. Además, el síndrome de Burnout puede llevar a depresión, ansiedad y baja autoestima. (15)

Los factores de riesgo asociados al síndrome de Burnout son, entre otros: ser joven, de género femenino, no tener pareja, turnos laborales largos y sobrecarga laboral que es el más importante y prevalente.

El diagnóstico del Burnout se basa en tres aspectos fundamentales que son:

- Agotamiento emocional: que se caracteriza por la pérdida de las emociones.
- Despersonalización y deshumanización: caracterizado por presentar conductas negativas e insensibilidad.
- Baja realización personal: que se caracteriza por una percepción negativa del trabajo y baja autoestima laboral. (16)

Sobre las consecuencias que tuvo este síndrome, debido a las elevadas cargas de trabajo durante la pandemia de Covid-19, el siguiente fragmento lo resume muy bien:

“Las situaciones de pandemia vividas previamente han precisado una rápida e intensa respuesta por parte de los profesionales sanitarios, que ya se vieron expuestos a un elevado número de estresores físicos y emocionales, como por ejemplo el aumento en las cargas de trabajo, agotamiento físico, equipos de protección inadecuados y la toma de decisiones que pudieron llegar a plantear desafíos éticos. La persistencia de este tipo de sintomatología, junto con la incertidumbre y las elevadas cargas de trabajo puede derivar además en burnout en los profesionales de la salud que han estado en primera línea de la pandemia COVID-19.” (17)

6. El estrés

Se genera cuando la persona está expuesta a reacciones fisiológicas, emocionales y conductuales, que pueda estar teniendo en momentos de exigencias en su vida. El cansancio emocional y físico que pueda estar pasando la persona, por tener que trabajar largas jornadas de trabajo, junto a la incapacidad de poder conciliarlo con su vida familiar, puede ocasionarle un estrés del cual es difícil evitar. Cuando hablamos de ese estrés durante la pandemia de Covid-19 es notorio que estuvo presente en los profesionales sanitarios, aunque no tiene por qué ser algo negativo ya que puede ayudar a la persona a enfrentarse a situaciones y problemas en los que ese estrés haga que pueda resolver y tomar decisiones correctas y con éxito. Ese estrés se vuelve negativo cuando el profesional no es capaz de afrontar los diferentes problemas que surjan ante uno o una. La pandemia de Covid-19 trajo momentos en los que se enfrentaron las enfermeras en los que las expusieron a momentos de estrés a consecuencia de todo lo que vivieron. (18)

Comentando de los efectos que tuvo el estrés sobre la salud mental la Covid-19, el siguiente fragmento nos muestra un buen resumen:

“Con respecto a los efectos en la salud mental de los profesionales de salud, varios estudios han puesto en descubierto que trabajar durante el brote de una enfermedad tiene grandes efectos sobre Los niveles de estrés para estos profesionales.” (19)

7. Los sentimientos

Están íntimamente relacionados con la salud mental de la persona, ya que afecta a las emociones que la persona pueda estar viviendo en ese momento, también a su vez los sentimientos pueden estar afectando a la salud física de la persona. Por ejemplo, el que la persona tenga un estrés o ansiedad de forma crónica puede desencadenar en diferentes patologías físicas y un riesgo a padecer con el tiempo de patologías coronarias, diabetes y verse afectado el sistema inmunológico.

Por otro lado, el que la persona tenga sentimientos positivos, puede reportar un beneficio importante en la salud de la persona, que podría estar teniendo a largo plazo una mejor inmunidad y larga vida. (20)

Durante la pandemia ha habido sentimientos principalmente el miedo a la vez que el desamparo, la indignación y la tristeza, al ver los profesionales sanitarios la situación a la que se veían enfrentados, en la que no tenían forma de frenar los contagios debido a la falta de materiales de protección, generándoles una gran impotencia por la incapacidad de muertes que esto llegó a generar.

El miedo que se podía llegar a sentir no era al propio contagio, porque es algo que uno es consciente profesionalmente que puede llegar a pasar, más bien era el miedo que uno siente a poder llevar el contagio a los familiares y allegados que uno tiene, exponiéndolos al riesgo que eso conlleva y el sentimiento de culpabilidad, que eso podría comportar a uno como profesional por la profesión que uno pudo llegar a escoger un día por vocación. El sentimiento de la soledad que durante la pandemia pudieron sentir muchos de los profesionales sanitarios, después del confinamiento y aislamiento social, se ha podido ver cómo ha dejado en las personas una huella imborrable. (21)

Referente a los sentimientos que tuvieron durante la pandemia el personal de enfermería, el siguiente fragmento nos lo resume de forma muy clara:

“Durante la pandemia por COVID-19 las enfermeras de las Unidades de Cuidados Críticos (UCC) han estado en primera línea de atención, expuestas a un elevado riesgo de infectarse y a un incremento superlativo de su carga de trabajo. Sintieron incertidumbre, nerviosismo, miedo a contraer la enfermedad y a contagiar a su familia”. (11)

8. Secuelas físicas

Este término que identifica los daños de tipo residual o de los resultados permanentes producidos por una enfermedad o lesión y tratamiento médicos. Sobre las secuelas que la Covid-19 ha ido produciendo a lo largo de estos años, algunos síntomas pueden persistir o volver a aparecer tiempo después de la

recuperación del inicio de la enfermedad, las afectaciones más prevalentes serían las siguientes:

- El sistema respiratorio una de las partes más afectadas.
- La fatiga o agotamiento físico siendo uno de los síntomas más comunes postcovid.
- Secuelas neurológicas.
- Secuelas musculares.
- Cardiovasculares.
- Cutáneas.
- Digestivas.
- Entre otros síntomas estarían dolor de torácico, pérdida de peso, dolor generalizado, escalofríos, insuficiencia renal, mareos, hipertensión, diabetes mellitus. (22),(23)

Las secuelas físicas han repercutido en el personal de enfermería y sobre el tema así lo declaró, en su momento, el director general del Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) Howard Catton:

“Estamos siendo testigos de un trauma ocupacional extraordinario y complejo que está afectando a la fuerza laboral de enfermería en todo el mundo. Las enfermeras se están enfrentando a exigencias incesantes y sin precedentes por parte de sus pacientes, lo cual está causando agotamiento físico. Pero también se están viendo sometidas a enormes presiones de salud mental que están desembocando en casos graves de angustia psicológica. En todo el mundo, cuidar de pacientes de COVID-19 implica hacer frente a un mayor número de fallecimientos, sustituir a familiares que no pueden estar con sus seres queridos ni siquiera mientras se están muriendo, preocuparse por la falta de equipos de protección individual, enfrentarse a abusos por parte de miembros de sus comunidades y negacionistas de la pandemia y tener miedo de transmitir el virus a sus seres queridos en casa.” (24)

9. La teoría de la formación de Patricia Benner

Patricia Benner, autora de la teoría "Del Aprendiz al Experto", refiere que el desarrollo en la práctica de una disciplina que se fundamenta en el "saber hacer"

o el "saber cómo". Plantea que la enfermería abarca el cuidado, el estudio de las experiencias vividas con relación a la salud, la enfermedad y las relaciones con el entorno y establece diferentes niveles de competencia para la adquisición de habilidades que van desde el novel al experto.

- **Nivel I principiante**

No tiene experiencia al enfrentarse a una nueva situación, se encuentran los estudiantes de enfermería y también a profesionales que al ser expertos en un servicio pasa a realizar actividades nuevas en otro servicio.

- **Nivel II principiante avanzado.**

En este nivel se encuentran los estudiantes que a lo largo de su práctica clínica hayan enfrentado situaciones reales y resuelven aspectos de la situación después de haber sido guiados por un tutor quien proporciona directrices para el reconocimiento de aspectos clínicos relevantes.

- **Nivel III competente.**

Presenta seguridad en su actuar, ha experimentado situaciones que le permiten actuar con argumento, basándose en reglas normas y protocolos. Se caracteriza por su planificación y determinación de situaciones actuales y futuras.

- **Nivel IV eficiente.**

Genera habilidad innata en sus actividades, tiene la capacidad de tomar decisiones asertivas, ya que diferencia lo correcto de lo incorrecto, se basa en las experiencias e información previa que conoce para proceder a su actuación.

- **Nivel V experto.**

Muestra dominio en su actuación, se guía por experiencias vividas, el conocimiento teórico práctico y por su memoria, no necesita recurrir a un instructivo a menos que sea una experiencia nueva para ella. Demuestra capacidad analítica e intuitiva. (25)

Así, la formación basada en la filosofía de Benner se puede utilizar para que las enfermeras adquieran las habilidades necesarias, según su nivel de

formación y experiencia, para abordar de manera efectiva un buen manejo de los factores relacionados con el cuidado de su salud mental. Esta teoría También puede ayudar a identificar diferencias significativas en la práctica de enfermería entre profesionales noveles y expertos. Por ejemplo, mientras que las enfermeras novatas pueden carecer de experiencia clínica y habilidades avanzadas en la gestión de situaciones estresantes o amenazantes para el mantenimiento de una buena salud mental, las expertas pueden disponer de un enfoque más holístico y con unas herramientas que les permiten centrarse en el paciente sin olvidar el cuidado de ellas mismas. En síntesis, la formación basada en la teoría de Benner puede ayudar a identificar estas diferencias y diseñar intervenciones educativas que promuevan el crecimiento y la competencia de las enfermeras en el manejo de situaciones derivadas de crisis sanitarias u otras situaciones de emergencia.

10. Objetivos

- **Objetivo general**

--Identificar las principales percepciones y vivencias en las enfermeras de urgencias durante la pandemia del Covid-19.

- **Objetivos específicos**

--Conocer las repercusiones y consecuencias que tuvieron que afrontar el personal de enfermería durante la pandemia de Covid-19.

--Analizar como las secuelas de la Covid-19 incidieron en los aspectos físicos, psicológicos y emocionales de las enfermeras.

11. Metodología

11.1 Diseño

Se considera que la metodología cualitativa que más se adapta a la naturaleza de los objetivos planteados, puesto que invita a la narración de una vivencia personal y permite explorar las experiencias de los informantes en profundidad.

En este sentido, no se busca la representación estadística sino la comprensión profunda del fenómeno, que puede hacerse extensible a otras personas con una situación similar de forma cualitativa y significativa.

La metodología cualitativa da valor a la individualidad de los informantes, puesto que observa a la persona con comprensión, dando importancia a su entorno y su cultura. En este estudio nos interesamos por conocer las vivencias y experiencias de las enfermeras entrevistadas en el contexto de una crisis sanitaria como fue la pandemia de Covid-19. Sin embargo, queda mucho camino por hacer en la investigación sobre esta área de conocimiento ya que, como hemos podido observar mediante la realización del marco teórico, todavía hay falta de estudios a nivel nacional.

En concreto, se plantea un estudio de tipo fenomenológico, cuya particularidad está basada en el significado de la vivencia de los informantes, al extraer el conocimiento de su experiencia. Ello nos permitirá la comprensión de la realidad interna de las personas y la importancia social y asistencial del tema de estudio. En síntesis, se busca estudiar cómo las informantes experimentaron su proceso, en este caso: el afrontamiento de las consecuencias y gestión de las vivencias durante la pandemia de Covid-19.

Para el diseño de este estudio se han tenido en cuenta las características a las que el investigador cualitativo debe prestar especial atención reflexiva: 1) los estudios cualitativos tratan sobre experiencias humanas; 2) estas experiencias son de carácter subjetivo; 3) el conocimiento cualitativo es construido durante la investigación; de ahí su carácter inductivo. Por eso, se ha tenido presente que la investigación cualitativa es emergente, abierta y flexible y que la validez y calidad de los resultados puede verse influida por las características y/o decisiones del investigador. Por estos motivos, en caso de que la presente investigación tuviera una futura línea de desarrollo, se tendría que considerar el uso de la triangulación, con la realización de una revisión bibliográfica o la confección de un estudio cuantitativo, como herramienta para aportar validez, así como la introducción de la reflexividad como herramienta para conseguir una mayor calidad a través del uso de un marco conceptual más amplio que el actual.

11.2 Unidad de observación, estrategia de localización, selección de informantes

Este estudio consta de tres entrevistas semiestructuradas, con un guion establecido para dar respuesta a los objetivos marcados en esta investigación.

El guion de la entrevista se encuentra en el anexo 2.

Las entrevistas fueron realizadas a tres profesionales de enfermería que trabajan en el servicio de urgencias de un Hospital Comarcal de una localidad de la provincia de Barcelona. El contacto inicial se realizó durante el periodo de prácticas de una de las dos integrantes de este TFG.

Las informantes se seleccionaron basándonos en las necesidades de información según los objetivos del estudio. Los criterios de inclusión que se consideraron fueron los siguientes:

- Ser mayor de edad.
- Trabajar en la unidad de urgencias de un Hospital durante la pandemia de Covid-19.
- Tener, como mínimo, veinte años de experiencia profesional como enfermera.
- Presentar una buena disposición a ser entrevistado sobre el objeto de estudio.

A partir de estos criterios, se seleccionaron las informantes que se muestran en la siguiente tabla:

Participante	Sexo	Edad	Años de experiencia laboral	Formación	Unidad de trabajo
Entrevistada 1	Mujer	49 años	27 años	Enfermera	Urgencias
Entrevistada 2	Mujer	46 años	25 años	Enfermera	Urgencias
Entrevistada 3	Mujer	44 años	20 años	Enfermera	Urgencias

En resumen, se concretó con el tutor de tesis que con estos criterios se podría alcanzar un equilibrio entre heterogeneidad “versus” homogeneidad que facilitase la riqueza discursiva de los participantes, puesto que, en investigación cualitativa, se seleccionan a los informantes como participantes de una experiencia en primera persona, no como meros espectadores de la misma ni según variables sociodemográficas.

A las tres informantes se les proporcionó una carta de presentación del trabajo de fin de grado en la que se exponían los datos más relevantes del estudio y se les solicitaba su colaboración. También se les hizo entrega y se les explicó debidamente el consentimiento informado. Este último documento se puede consultar en el punto 18.3 del presente trabajo.

11.3 Procedimiento de recogida de datos

La técnica utilizada ha sido la entrevista semiestructurada. Los discursos fueron grabados con grabadora de audio, para poder realizar su transcripción y análisis. Paralelamente en todo el proceso de recogida de datos se utilizó el diario de campo. Éste nos permitió la triangulación de los datos, favoreciendo su validez y verificación, así como la mejora de las interpretaciones en la fase de análisis.

Se consideró adecuado el uso de la entrevista semiestructurada, puesto que ha permitido explorar las vivencias y experiencias de las informantes y facilitó un mayor o menor grado de dirección de la entrevista según las necesidades de cada sujeto. De entrada, se empleó un estilo flexible y poco dirigido y, cuando se estimó necesario (por ejemplo, en caso de que las respuestas fueran cortas, poco elaboradas o se presentase alguna dificultad de concreción), se valoró hacer más intervenciones y dirigir más las preguntas. Véase el guion de la entrevista en el anexo 2.

Por lo que respecta al número de entrevistas, somos conscientes de que con solo tres entrevistas es improbable llegar a la saturación de resultados. Sin embargo, dicho número si nos ha permitido realizar una prueba piloto para testear el guion de preguntas de cara a futuras investigaciones. Las entrevistas estaban pensadas para una duración de una hora cada una, tanto por ser una

entrevista semiestructurada, y no en profundidad, como por la previsión de diversidad de circunstancias personales de las informantes.

12. Futuras líneas de investigación

Se plantea la posibilidad de realizar futuros estudios de investigación, con la misma metodología y/o con otras de complementarias, con personal de enfermería que estuvieran en primera línea durante la pandemia, pero que tengan distintos niveles de experiencia laboral, para identificar las principales percepciones y vivencias como enfermeras durante la pandemia del Covid-19. Todo ello con el objetivo de conocer las repercusiones y consecuencias que incidieron en los aspectos físicos, psicológicos y emocionales.

13. Consideraciones éticas

Los datos obtenidos a través del estudio cumplen los requisitos que se establece en la legislación española en el ámbito de investigación y de protección de datos de carácter personal que se detalla a continuación:

- Reglamento general de Protección de Datos, Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y otra normativa aplicable.”
- Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, artículo 6, basado en el consentimiento del afectado, donde se entiende toda manifestación de voluntad libre, de participación o retirada del estudio. Se proporcionó a las participantes un documento donde se explicaba el tratamiento de los datos e informa sobre la finalidad del trabajo. (26)

El consentimiento informado se trata de un proceso transaccional a través del cual se informó debidamente de las características y detalles de la investigación

a los informantes; manteniendo en todo momento una actitud de transparencia y evitando incurrir en conductas paternalistas. El consentimiento informado se presenta en los anexos de este trabajo.

Finalmente, decir que los archivos de voz han sido debidamente custodiados por las integrantes de este trabajo de acuerdo con la Ley Orgánica de 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de Datos y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales. Este estudio también ha seguido los criterios COREQ para entrevistas cualitativas y tratamiento de datos. Los datos obtenidos han sido utilizados únicamente con fines científicos.

14. Elaboración de categorías, subcategorías y códigos a partir del análisis de las entrevistas

A partir de la información recopilada, aportada por las participantes en esta investigación, hemos llevado a cabo el análisis de los resultados.

Con el propósito de realizar un análisis sobre el tema escogido, hemos ido identificando categorías, subcategorías y códigos que se han detectado, mediante la lectura de las entrevistas, en relación con los objetivos planteados en este trabajo. (27)

14.1 Tabla de Categorías, Subcategorías y Códigos

Categorías	Subcategorías	Códigos
1. Cambios en el ámbito laboral y profesional que se vieron afectados	<ul style="list-style-type: none"> • Cambios en la estructura laboral • Falta de preparación para afrontar la pandemia • Falta de material y recursos para trabajar • Jornadas de larga duración. 	<ul style="list-style-type: none"> • Desconocimiento de la enfermedad • Miedo al contagio • Falta de equipos de protección • Verse limitados por falta de recursos • Cambios en las relaciones laborales • Prohibición de visitas • Falta de personal
2. Repercusión laboral	<ul style="list-style-type: none"> • Sobrecarga laboral • Falta de respuestas a los pacientes de lo que pasaba • Dificultad para realizar técnicas 	<ul style="list-style-type: none"> • Sobre carga de trabajo • Sobreesfuerzos • Carencia de materiales de protección • Desconocimiento de actuación • Escasez de tiempo • Contagios de profesionales sanitarios
3. Vivencias, emociones y percepciones laborales.	<ul style="list-style-type: none"> • Experiencias de vida durante la pandemia de Covid-19 	<ul style="list-style-type: none"> • Impotencia • Tristeza • Estrés/ansiedad • Morir solos

		<ul style="list-style-type: none"> • Afectación en las relaciones enfermera/familia
4. Síndrome Burnout (profesional quemado)	<ul style="list-style-type: none"> • Secuelas de la pandemia • Afectación personal • Sensaciones a causa de la Covid-19 	<ul style="list-style-type: none"> • Miedo • Ansiedad • Incertidumbre • Angustia • Cansancio • Agotamiento psicológico • Época difícil • Falta de tiempo • Acumulación de esfuerzos
5. Sentimientos y emociones familiares	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de tiempo para la familia 	<ul style="list-style-type: none"> • Miedo a que se contagiaran • Incertidumbre • Comunicación con familiares

15. Resultados:

A partir del análisis realizado, se han elaborado unos resultados que resumen las subcategorías y códigos contenidos dentro de las 5 grandes categorías anteriormente mencionadas:

15.1 Categorías:

1. Cambios en el ámbito laboral y profesional que se vieron afectados:

Según lo analizado en las entrevistas realizadas a las enfermeras de urgencias, surgieron grandes cambios a nivel laboral y estructural que se agudizaron por la falta de personal, de material y de recursos varios. Enfrentando largas jornadas

de trabajo, esta situación hizo que las enfermeras tuvieran que gestionar el día a día de la pandemia con desconocimiento de la enfermedad y con miedo al contagio por falta de equipos de protección.

Cambió la estructura laboral para organizar de forma adecuada el manejo de la enfermedad y para evitar el contacto con otras zonas, evitando así la transmisión del virus:

- *Dividimos el tipo de especialidades que se atendían, las especialidades médicas respiratorias se atendían en una zona, las que eran quirúrgicas y traumas en otra zona. Como para separar... ¿no? Que no tuvieran contacto una zona con la otra, que no se pudiera transmitir, yo creo que esas dos. Así ahora que recuerdo han sido las más importantes. (Entrevistada 2)*

También se produjeron cambios en la jornada laboral pasando a realizar muchas más horas de trabajo y largas jornadas laborales:

- *Eso bueno lo hicieron las jefas, decidieron hacer equipos que siempre estuvieran juntos para evitar el menor contagio, entonces éramos el equipo A y el equipo B, tanto de día 12 horas, día y noche, ¿vale? Siempre éramos los mismo, cuando caía alguno pues lo remplazaban con algún suplente, había algún suplente puntual que se iba moviendo, pero éramos siempre los mismos. (Entrevistada 1)*
- *Eso fue un cambio radical, porque día sí, día no, doce horas en el mismo servicio, fue, fue impactante, fue impactante. Llego un momento que íbamos agotados no teníamos, posibilidad de un fin de semana libre, nada, fue hecho así, adjudicado así, alerta a nivel de estado y así estuvimos. (Entrevistada 3)*

La falta de material sanitario y de protección produjo un gran miedo porque las enfermeras entrevistadas se sentían expuestas al contagio por no tener los equipos de protección individual (EPI) necesarios para realizar su trabajo con su seguridad:

- *Estábamos muy mal, porque no había nada. Trabajábamos con bolsas de plástico, que nosotros mismos nos montábamos los trajes de protección. La gente de la comarca se volcó con el Hospital, nos ayudaron mucho. Fabricaban batas, fabricaban gorros,*

fabricaban polainas, todo lo que podían, si en casa tenían cosas de pintar, monos, las fábricas todo, nos trajeron material. (Entrevistada 1).

Otra de las entrevistadas añadía que:

- *Nosotros muy mal, muy mal nos estábamos protegiendo con bolsas de basuras, que las compañeras que trabajaban en consultas externas o en otros sitios que no estaban funcionando nos hacían las batas con las bolsas nos daban las mangas. Muy mal, muy mal protegidas con un sentimiento de que hay nos estábamos enfrentando casi sin nada. Y utilizábamos... reutilizábamos la mascarilla la FP3, durante 15 días, nos poníamos encima una FP2 como para dar un poquito más de protección, pero luego se supo que no daba más protección, que es la que íbamos cambiando y las metíamos en bolsas de plástico para reutilizarlas. Luego dijeron que no que la bolsa de plástico tenía que ser de papel por un lado para que transpirara, pero... sentíamos que no estábamos protegidas. Llevábamos guantes que ni siquiera eran quirúrgicos de más arriba, guantes normales con lo cual nuestra zona de la muñeca quedaba descubierta. Bueno...era un show vernos. Yo me sentía indefensa, indefensa en que no teníamos los medios suficientes para protegernos, y recuerdo cuando se murió la primera enfermera por el COVID, pensé en que estábamos todas expuestas en esto y me sentía indefensa a nivel laboral. (Entrevistada 2)*

De forma similar, otra de las enfermeras nos explica que:

- *¡Ufff!... aquello fue una... al principio no teníamos EPI, no teníamos material, la gente claro, los pacientes venían, nos teníamos que proteger, no teníamos batas nos hacíamos nosotros nuestros propios EPI, con las verdes, hacíamos nuestras batas, los recursos al principio muy duros, muy duro, fueron estos... De hecho, nosotros nos quejamos, intentamos hacer una queja en la revista local porque no teníamos material. Nos veíamos que aquello iba avanzando, avanzando y nosotros no trabajamos con los materiales adecuados, en aquello nos sentíamos más vulnerables aún. Pues... Utilizábamos bolsas, bolsas de basura, intentábamos protegernos con cualquier cosa, había momentos que nos poníamos unas batas de plásticos como unos chubasqueros, era muy puntualmente, puntualmente. Íbamos llevándolo como podíamos. La mascarilla sí íbamos con mascarilla quirúrgica, hasta que vinieron las mascarillas FP2, FP3, pero al principio íbamos con mascarillas y sin mascarillas. Hasta que la población no supo de qué.... A nosotros nos pasó un caso de que como nos faltaba material y se puso en conocimiento en una revista local, el pueblo no se enteró de como trabajábamos y hubo un momento que todo el mundo se volcó con nosotros. Nos llevaron batas de gente que nos proporcionaban batas, nos llevaban mascarillas de gente que tenían empresas, nos llevan paquetes; eso era del pueblo, era gente del pueblo, o sea, no era de la misma empresa, de nuestra empresa, era de los de afuera y eso fue un agradecimiento total,*

hasta que poco a poco bueno se fueron poniendo EPIs, poniendo material. Nos dieron mucha batalla con el material, porque nuestra empresa nos decía que no había material. Claro tu estas ahí en primera plana, sientes que, que... no puedes avanzar en una pandemia así de esta manera sin protección. (Entrevistada 3)

2. Repercusión laboral:

La sobrecarga laboral, el sobreesfuerzo de trabajo, la dificultad para realizar las técnicas o tareas de enfermería y la incapacidad para dar una respuesta adecuada a los pacientes en relación con lo que estaba ocurriendo, repercutió de forma negativa en el estado de ánimo del personal de enfermería, ya que todo ello, sumado a la carencia de material de protección, desembocó en un mayor absentismo laboral y ello repercutió directamente en el nivel de calidad en el cuidado de los pacientes.

➤ *Cansada, estresada, angustiada cada día(silencio) depresión y ansiedad no, pero yo creo que fue por mi tipo de carácter, pero estresada y cansada cada día, angustiada de no poder estar con mis hijos... eso era cada día. Teníamos que trabajar un día sí, un día no, yo el día que no trabajaba, me pasaba el día en el sofá, o sea, no podía ni moverme, era como para recuperarte, para ir al día siguiente a trabajar. (Entrevistada 2)*

➤ *Claro tu estas ahí en primera plana, sientes que, que... no puedes avanzar en una pandemia así de esta manera sin protección. Y nosotros también cada vez caíamos enfermos y eso era duro, era duro y era angustioso, nos generaba un nivel de estrés muy fuerte.*

A nivel físico como hacíamos día sí y día no eran guardias duras, pero como éramos todos un equipo, quien se sentía mal ese día llegaba otro, pero es más psicológico porque eso sale después, lo psicológico sale después, todo ese estrés postraumático de ese momento sale después. (Entrevistada 3)

El desconocimiento de cómo enfrentar la pandemia también tuvo repercusiones, ya que no se sabía cómo actuar ante la enfermedad y su contagio, ya fuese por la falta de información o por no existir protocolo alguno de actuación ante esta situación de crisis sanitaria.

- *En ningún momento yo pensé o pensamos que bueno que el virus este iba a repercutir de esta manera ni en ese estado o sea fue impresionante vivir eso, fue duro porque era como si vinieran balas de todas partes y no supieras de donde te vienen ¿no? De decir: ¿qué pasa?, ¿qué está pasando? (Entrevistada 3)*
- *La forma en la que se supo era muy atropellada ¿no? Porque en la tele daban... información de cuentagotas, que incluso en el hospital mismo nos cogió de sorpresa. Y la verdad es que fue poco a poco que nos fuimos enterando bien de qué es lo que estaba pasando. (Entrevistada 2)*
- *¡Puff!, fue muy duro porque no sabíamos lo que era y a lo que nos enfrentábamos y el miedo era horrible. Yo me acuerdo de compañeras que se escondían llorando, ¿vale?, que no, que no podíamos y se nos moría la gente en las manos, gente joven (se hace un silencio) y era muy duro. (Entrevistada 1)*

3. Vivencias, emociones y percepciones laborales:

Las vivencias de las enfermeras entrevistadas durante la pandemia de Covid-19 se tradujeron en afectaciones traumáticas para el personal de enfermería, teniendo que enfrentarse a múltiples exigencias y sometiéndose a una gran presión mental y emocional al tener que afrontar el fallecimiento de los pacientes sin que estos pudieran estar acompañados por sus familiares.

- *Puff, fue muy duro porque no sabíamos lo que era y a lo que nos enfrentábamos y el miedo era horrible. Yo me acuerdo de compañeras que se escondían llorando, ¿vale?, que no, que no podíamos y se nos moría la gente en las manos, gente joven (se hace un silencio) y era muy duro, había un cribaje que a partir de 70 años o así, me acuerdo muy bien ya no podíamos salvarlos, teníamos que preparar cocteles. Puff, era muy duro esto y bueno. Tenías que hacer lo que te decían y sufríamos. (Entrevistada 1)*
- *Yo lo que tuve la sensación, a veces, es que se dejaba morir a la gente, porque no había sitios suficientes para atender, los pacientes que hubieran necesitado UCI y cómo superaban una edad que no se podían derivar y... quizás eso. No se dejaban pasar acompañantes, entonces tú eras la única compañía, pero tú no podías estar ahí constantemente dentro. A veces había que aguantarles las tablets para que se acompañaran o se despidieran de sus familiares, o sea, que yo creo que la compañía*

que necesita el paciente no se brindó, porque tú no podías dar eso que ellos también necesitaban y tenías que atender a otros. (Entrevistada 2)

- *Eran pacientes que se trataban por primera vez, se empezó con los altos flujos, las medicaciones, tenerlos en prono, todo esto fue algo que en aquel momento fue experimental, porque Umm, la posición de prono por ejemplo ayudaba, ayudaba mucho al sistema respiratorio y claro eso no se hacía servir mucho antes, en el hospital tampoco hay UCI y en un hospital más grande sí que lo tienen todo más a mano, pero nosotros no, la mayoría de estas técnicas eran nuevas claro, al igual que los medicamentos, que el alto flujo, el alto flujo al principio digamos que se mantenía para evitar la intubación... era muy duro eso, las UCIs estaban colapsadas que se intentaba evitar la intubación, porque eran pacientes que no había UCIs en Cataluña, entonces intentábamos aguantarlos como podíamos. (Entrevistada 3)*

Dentro de las vivencias que se experimentaron durante la pandemia de la Covid-19, las enfermeras resaltan algunas (pocas) que para ellas fueron muy positivas, todas ellas relacionadas con el trabajo en equipo que tuvieron que realizar en aquellos momentos de emergencia:

- *Bien, son las compañeras de siempre, (se hace un silencio) bien apoyada, la auxiliar estaba todo el rato también pendiente, entre nosotras nos ayudábamos mucho, ya digo el compañerismo que hubo entonces no es el de ahora ni mucho menos, los médicos éramos un tú a tú, sufríamos, llorábamos juntos. (Entrevistada 1)*
- *Si, el trabajo en equipo fue lo mejor, estábamos muy unidos porque era siempre el mismo equipo, siempre los mismos, nos unimos mucho, comíamos juntos, porque claro desayunábamos, comíamos juntos, yo creo que eso fue la parte positiva de todo esto. (Entrevistada 2)*
- *¿Lo mejor que me sucedió? Bueno el, el estar rodeada de las personas que trabajaba, el equipo que hicimos, la comunidad científica. Y orgullosa de tener a mi lado un equipo como el que hemos tenido el apoyo de todos, eso es lo mejor que me ha pasado y lo que nos ha sacado, esa piña fuerte que tenemos, la confianza que tenemos ir todos a una y entre nosotros ayudarnos. (Entrevistada 3)*

4. Síndrome Burnout (profesional quemado):

Tras vivir la crisis sanitaria en primera línea, las enfermeras han tenido que hacer frente posteriormente a elevados estresores físicos y emocionales derivados de tener que afrontar multitud de desafíos éticos y morales. Este gran número de retos a los que tuvieron que dar respuesta, les ha generado un evidente desgaste profesional:

- *Claro si... si... por eso que explico ¿no? Que cada vez que entrabas era vestirme con aquella historia, eh... el calor que hacía ¿no? Totalmente completa, porque era, gorrito, pantalla, mascarillas, se entelaban las pantallas con las mascarillas (risas), las bolsas de basura, doble guante, las polainas, eso cada vez que entrabas ¿no? Entonces no llevas un paciente como ahora, que no necesita unas curas intensivas o intermedias, sino que claro todos eran pacientes que necesitaban una monitorización continua y con unas técnicas claro mucho más... más vías, más sueros, además, estos pacientes al principio se les dio un tipo de medicación que les producía diarreas. Ellos no salían, tenías que entrar tu cada vez que tenían diarreas entonces...Si, si, si... No fue un paseo, sentía sobrecarga. (Entrevistada 2)*
- *Quemado por la situación, por las marcas en la cara, todo aquello apretaba mucho por él, por ahogo, porque era por el cansancio, era muy cansado física y mentalmente, ¡sí! pues sí. (Entrevistada 1)*
- *¡¡Sí, sí!! Si porque claro, te tienen a primera plana y tienes que, que intentar tú llevarlo todo y después de la pandemia han sido épocas muy duras y estamos desde que fue pandemia y postpandemia que arrastramos un cansancio y un estrés desde entonces que es duro, es duro.... Te quemas, te quemas porque no descansas lo suficiente. No, no estas como valorado eres solo un número, eres un numero totalmente, son una empresa tú vas allí y si no estas tú estará otra persona, eres un numero claro; y nosotros hemos requerido, bueno... por motivos propios, hemos requerido de terapias, de días de descanso, de bajas, hemos tenido que tirar de eso.... Hoy en día aun lo arrastramos, hay personas que aún lo arrastramos, estamos más sensibles, por falta de muchas cosas, falta de personal, falta de.... ¡bueno!! De cuidarnos un poquito, a las sanitarias hay que cuidarnos un poquito. (Entrevistada 3)*

5. Sentimientos y emociones familiares:

El sentimiento más común de las enfermeras, al estar en primera línea en la crisis sanitaria de la Covid-19, fue el temor y el miedo al contagio a sus familiares, además de la incertidumbre de que les pasara algo, teniendo incluso que cambiar de vivienda para no contagiar a sus familiares.

- *Lo que más temí fue que le pasara algo a los míos, era lo que más temía, que le para algo a los tuyos, eso teníamos el miedo todos de que les pasara algo, porque tu estas en primera línea y es tu decisión y estar por lo que tienes que estar y lo asimilas y vale, ya está, pero que les pase algo a los tuyos es algo a lo que le temíamos todos, incluso compañeros que se iban de casa, se iban a vivir a segundas residencias, habían personas que se quedaban en el hospital a vivir, habían compañeros que también pensábamos que... les cambia la vida, cambian su rutina por miedo a que le pasara algo a los suyos, a sus hijos, su familia, sus padres. (Entrevistada 3)*

16. Conclusiones

Mediante la realización de este trabajo de fin de grado se han identificado las principales percepciones y vivencias de las enfermeras en urgencias durante la pandemia del Covid-19.

En cuanto a las vivencias y experiencias vividas durante la pandemia por las enfermeras de urgencias entrevistadas, se puede afirmar que han dejado una serie de secuelas tanto a nivel físico como sobre todo a nivel psicológico y emocional, que aún hoy en día manifiestan que les cuesta superar al recordar toda aquella situación vivida.

Las profesionales de enfermería de la unidad de urgencias que estuvieron en primera línea frente a la pandemia del Covid 19 y que han participado en este estudio, han confirmado que tuvieron que adaptarse a grandes cambios a nivel laboral, ya que se modificó radicalmente su forma de trabajar, la estructura de la organización de las zonas de trabajo y todo ello incidió en sus horarios laborales, puesto que se hicieron más extensos, pasando a trabajar 12 horas en lugar de las 7 habituales. Ello supuso una sobrecarga de trabajo que, posteriormente, se manifestó a través de la aparición de distintas afectaciones y malestares.

Por otro lado, la falta de material de protección existente por la crisis sanitaria generó en las enfermeras entrevistadas un gran estrés por miedo al contagio. Sin embargo, su valentía al enfrentarse a esta situación les permitió superar este y otros miedos, como el hecho de pensar que no estaban preparadas por el desconocimiento de cómo tratar la enfermedad o el hecho de tener que ver morir a los pacientes solos sin la compañía de sus familiares. Tuvieron que vivir con la incertidumbre de poder contagiar a sus familias por estar cumpliendo con su labor profesional.

Las consecuencias derivadas de este contexto de crisis aumentaron los estresores físicos y emocionales sobre las enfermeras entrevistadas, teniendo que afrontar desafíos éticos que generaron en ellas un gran desgaste a nivel emocional y profesional. En algunos casos, este desgaste terminó produciendo síndrome de Burnout.

Finalmente, hay que apuntar que la situación pandémica del Covid-19 también tuvo partes positivas. En este sentido, las enfermeras entrevistadas coinciden en afirmar que el hecho de haber vivido un periodo en el que trabajaron muy unidas y en equipo les ayudó a sentirse apoyadas en la realización de los sus cuidados a los pacientes afectados por el virus. Por eso, recuerdan con agrado esos momentos de ayuda mutua y relatan que se les hizo más ameno el trabajo porque estaban muy unidas en aquellos momentos tan difíciles.

17. Bibliografía

1. Guía clínica de Enfermedad por coronavirus 2019 (SARS-CoV-2) - Fisterra [Internet]. Fisterra.com. [citado 27 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/covid-19/>
2. Gil R, Bitar P, Deza C, Dreyse J, Florenzano M, Ibarra C, et al. CUADRO CLÍNICO DEL COVID-19. Rev médica Clín Las Condes [Internet]. 2021;32(1):20-9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rmcl.2020.11.004>
3. de Alertas y Emergencias Sanitarias C de C. Información clínica COVID-19 [Internet]. Gob.es. 2021 [citado el 27 de febrero de 2024]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/alertasEmergenciasSanitarias/alertasActuales/nCov/documentos/20211028_CLINICA.pdf
4. De junio 21. Información microbiológica acerca de SARS-CoV- [Internet]. Gob.es. [citado 27 de febrero de 2024]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/alertasEmergenciasSanitarias/alertasActuales/nCov/documentos/20210621_MICROBIOLOGIA.pdf
5. Amparo T. Coronavirus SARS-CoV-2: estructura, mecanismo de infección y células afectadas [Internet]. Genotipia. 2020 [citado el 18 de mayo de 2024]. Disponible en: https://genotipia.com/genetica_medica_news/coronavirus-estructura-infeccion-celulas/
6. Ávila de Tomás JF. CORONAVIRUS COVID-19; PATOGENIA, PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO [Internet]. Evidencia.com. 2020 [citado el 18 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://evidencia.com/wp-content/uploads/2020/03/CORONAVIRUS-COVID-19-4%C3%82%C2%AA-Ed-18.03.2020.pdf>
7. CDC. ¿Qué es la reinfección por COVID-19? [Internet]. Centers for Disease Control and Prevention. 2024 [citado 27 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://espanol.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/your-health/reinfection.html>
8. CDC. Clasificaciones y definiciones de las variantes del SARS-CoV-2 [Internet]. Centers for Disease Control and Prevention. 2024 [citado 27 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://espanol.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/variants/variant-classifications.html>

9. de Alertas y Emergencias Sanitarias C de C. Información sobre la inmunidad y el desarrollo de vacunas frente a COVID-19 [Internet]. Gob.es. 2021 [citado el 27 de febrero de 2024]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/alertasEmergenciasSanitarias/alertasActuales/nCov/documentos/Documento_INMUNIDAD_Y_VACUNAS.pdf
10. de Alertas y Emergencias Sanitarias C de C. Efectividad de las medidas preventivas para el control de la transmisión [Internet]. Gob.es. [citado 27 de febrero de 2024]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/alertasEmergenciasSanitarias/alertasActuales/nCov/documentos/Documento_MEDIDAS.pdf Bibliografía
11. González-Gil MT, Oter-Quintana C, Martínez-Marcos M, Alcolea-Cosín MT, Navarta-Sánchez MV, Robledo-Martín J, et al. El valor del recurso humano: experiencia de profesionales enfermeros de cuidados críticos durante la pandemia por COVID-19. *Enferm Intensiva* [Internet]. 2022;33(2):77-88. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfi.2021.09.005>
12. Bravo-García E, Magis-Rodríguez C. La respuesta mundial a la epidemia del COVID-19: los primeros tres meses [Internet]. Unam.mx. [citado el 11 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://dsp.facmed.unam.mx/wp-content/uploads/2022/03/COVID-19-No.1-03-La-respuesta-mundial-a-la-epidemia-del-COVID-19-los-primeros-tres-meses.pdf>
13. Covid- I, de julio D. Informe n^o 182. Situación de COVID-19 en España [Internet]. Isciii.es. [citado el 12 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Documents/INFORMES/Informes%20COVID-19/INFORMES%20COVID-19%202023/Informe%20n%C2%BA%20182%20Situaci%C3%B3n%20actual%20de%20COVID-19%20en%20Espa%C3%B1a%20a%205%20de%20julio%20de%202023.pdf>
14. De Lima Marques Alves C, Saraiva Aguiar R. Danos à saúde dos trabalhadores de enfermagem devido à pandemia da Covid-19: uma revisão integrativa. *Enferm Glob* [Internet]. 2022 [citado el 17 de febrero de

- 2024];21(2):517–66. Disponible en:
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412022000200517
15. García Caballero I, Fernández Martínez M, Portero de la Cruz S, editores. Síndrome de burnout y factores relacionados en docentes universitarios [Internet]. Nurse Investigación; 2021 [citado el 19 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7843697>
16. Saborío Morales L, Hidalgo Murillo LF. Síndrome de Burnout. Med Leg Costa Rica [Internet]. 2015 [citado 28 de abril de 2024];32(1):119-24. Disponible en: https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152015000100014
17. Esteban-Sepúlveda S, Terradas-Robledo R, Castro-Ribeiro T, García-Pagès E, Sobregrau-Sangrà P, Lacueva-Pérez L. Pandemia COVID-19 sobre profesionales sanitarios en un hospital de tercer nivel en España: cambios laborales durante la primera ola, salud mental a los 4 meses y seguimiento a los 9 meses. Enferm Clin [Internet]. 2022;32(3):143-51. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfcli.2021.12.009>
18. Porras-Parral FE. Vista de Estrés laboral, burnout y factores asociados a su aparición en técnicos en urgencias médicas [Internet]. Psicologiaysalud.uv.mx. 2022 [citado el 28 de abril de 2024]. Disponible en: <https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/2847/4698>
19. Vista de Efectos en la salud física y mental de los profesionales de enfermería al cuidado de pacientes COVID-19, una revisión bibliográfica [Internet]. Udd.cl. [citado 28 de abril de 2024]. Disponible en: <https://revistas.udd.cl/index.php/confluencia/article/view/682/574>
20. Clínica Universidad de Navarra. Sentimiento [Internet]. <https://www.cun.es>. 2023 [citado el 28 de abril de 2024]. Disponible en: <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/sentimiento>
21. Panizo Santos C. Diario de una pandemia [Internet]. Colegiomedicos.es. 2020 [citado el 28 de abril de 2024]. Disponible en: <https://colegiodemedicos.es/wp-content/uploads/2020/07/DIARIO-DE-UNA-PANDEMIA.pdf>

22. Universidad de Navarra. Secuela [Internet]. <https://www.cun.es>. 2023 [citado el 19 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/secuela>
23. Secuelas físicas postcovid y recuperación [Internet]. Oksygen Experience. 2021 [citado el 19 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://oksygenexperience.barcelona/secuelas-fisicas-poscovid-y-recuperacion/>
24. El Efecto de la COVID-19: Las enfermeras del mundo se enfrentan a trauma colectivo, un peligro inmediato para la profesión y el futuro de nuestros sistemas de salud [Internet]. ICN - International Council of Nurses. [citado 28 de abril de 2024]. Disponible en: <https://www.icn.ch/es/noticias/el-efecto-de-la-covid-19-las-enfermeras-del-mundo-se-enfrentan-trauma-colectivo-un-peligro>
25. Carrillo Algarra AJ, García Serrano L, Cárdenas Orjuela CM, Díaz Sánchez IR, Yabrudy Wilches N. La filosofía de Patricia Benner y la práctica clínica. *Enferm Glob* [Internet]. 2013 [citado el 18 de mayo de 2024];12(32):346–61. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000400021
26. BOE-A-2018-16673 Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales [Internet]. Boe.es. [citado 28 de abril de 2024]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2018-16673>
27. Arrogante O. Técnicas de muestreo y cálculo del tamaño muestral: Cómo y cuántos participantes debo seleccionar para mi investigación. *Enferm Intensiva* [Internet]. 2022;33(1):44-7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfi.2021.03.004>

18. Anexos:

18.1 Cronograma

ACTIVIDADES	2023				2024					
	Sep	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun
Elección del tema y metodología	■									
Elección y asignación del tutor	■	■								
Tutoría 1,2,3,4,5		■	■		■		■		■	
Justificación		■								
Revisión bibliográfica		■	■							
Objetivos			■	■						
Diseño metodológico			■	■						
Cronograma					■					
Marco teórico						■	■			
Recolección de datos							■	■		
Análisis de base de datos								■		
Redacción del borrador de trabajo final								■		
Revisión y corrección del borrador									■	
Transcripción y entrega de trabajo final									■	
Defensa TFG										■

18.2 Guion de posibles preguntas que se realizan en las entrevistas

Me gustaría preguntarte ya que estuviste trabajando con pacientes, frente a la aparición del virus del COVI-19.

¿De qué forma supiste sobre el virus del Covid-19?

¿Pensaste en algún momento que lo que estaba pasando en China podía llegar a España?

Cuando se detectó que en Italia ya se había dado algún caso, ¿Qué pensaste y cómo te sentías?

¿Cómo te hizo sentir el escuchar y ver por las noticias que podía llegar el día en que ese virus podría llegar a donde tu vives y trabajas?

¿Cómo os organizasteis durante la pandemia?

¿Durante la pandemia qué fue lo que más temiste?

¿Qué sentimientos tenías cuando veías a los pacientes graves? Y ¿qué sentimientos tuviste tanto personales como del trabajo?

¿Has tenido o tienes secuelas a raíz del Covid ya sea por haberlo pasado o debido a la situación en la que trabajaste?

¿Qué decisiones tuviste que tomar que te hayan hecho sentir mal?

¿Qué cosas viste que fueron un inconveniente durante la pandemia?

¿Cómo te sentiste al ver que no tenías con que protegerte?

¿Tu forma de trabajar cambió de alguna manera?

¿Cómo fue tu relación con la familia en aquellos días?

Durante el confinamiento y medidas estrictas que se tuvieron que llevar a cabo, ¿qué opinión tenías al ver como se estaba llevando todo?

¿Qué dificultades viste más durante esa primera ola de Covid?

¿Con la familia cómo lo llevaste, cómo afectó a tu relación con ellos?

¿Te contagiaste tú con el Covid? Sino fue así ¿tuviste miedo de contagiarte?

¿Sentiste o sientes que tu calidad de vida se ha visto afectada por la pandemia del Covid-19?