



MÁSTER EN INVESTIGACIÓN EN CIENCIAS SOCIO SANITARIAS

FACULTAD DE ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA

TRABAJO FIN DE MÁSTER

**Título: PERCEPCIONES Y VIVENCIAS DE LAS/OS ENFERMERAS/OS
GESTORAS/ES DE UCI ANTE LA PANDEMIA DE COVID-19: UNA
INVESTIGACIÓN CUALITATIVA**

**Title: PERCEPTIONS AND EXPERIENCES OF ICU MANAGEMENT NURSES
FACING THE COVID-19 PANDEMIC: A QUALITATIVE RESEARCH**

Autora: Miriam Moratilla Roa

Tutora: Patricia Fernández Bustos

Alcalá de Henares

Julio 2021

ÍNDICE

| | |
|--|----|
| RESUMEN | 5 |
| 1 INTRODUCCIÓN..... | 7 |
| 1.1 COVID-19: epidemiología y clínica de la enfermedad..... | 7 |
| 1.2 Implicaciones para la enfermería..... | 8 |
| 1.3 Bienestar psicosocial de los/as profesionales de enfermería durante la pandemia .. | 11 |
| 1.4 Justificación..... | 13 |
| 2 OBJETIVOS..... | 15 |
| 2.1 Objetivo general..... | 15 |
| 2.2 Objetivos específicos..... | 15 |
| 3 MATERIALES Y MÉTODOS..... | 15 |
| 3.1 Diseño del estudio..... | 15 |
| 3.2 Contexto de estudio..... | 16 |
| 3.3 Población de estudio..... | 16 |
| 3.4 Recolección de datos..... | 17 |
| 3.5 Análisis de los datos..... | 20 |
| 3.6 Criterios de calidad..... | 20 |
| 3.7 Consideraciones éticas..... | 21 |
| 4 RESULTADOS Y DISCUSIÓN..... | 22 |
| 4.1 Metacategorías | 35 |
| 4.1.1 Incertidumbre laboral | 35 |
| 4.1.2 Malestar psicosocial | 39 |
| 4.1.3 Estrategias de afrontamiento..... | 46 |
| 4.1.4 Resiliencia..... | 53 |
| 4.2 Temas | 56 |
| 4.2.1 Síndrome de Burnout | 56 |
| 5 LIMITACIONES | 59 |

| | | |
|-----|--|----|
| 6 | IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA Y PROPUESTAS DE FUTURO..... | 59 |
| 7 | CONCLUSIONES | 60 |
| 8 | BIBLIOGRAFÍA..... | 62 |
| 9 | ANEXOS | 71 |
| 9.1 | Anexo 1. Hoja de información al participante | 71 |
| 9.2 | Anexo 2. Consentimiento informado..... | 75 |

Índice de Tablas

| | |
|---|----|
| Tabla 1. Códigos, categorías y metacategorías, con los significados asignados por las autoras a las mismas..... | 22 |
|---|----|

RESUMEN

Introducción: la pandemia de COVID-19 ha desbordado las capacidades de los hospitales y, en especial, de las UCI, suponiendo un reto su gestión. Las limitaciones de la asistencia sanitaria han resultado en un sobreesfuerzo para los/as profesionales de enfermería, tanto físico como psicológico, con dificultades organizativas ante la necesidad de ampliar las UCI y la falta de personal cualificado disponible, lo que ha supuesto un aumento de la carga de trabajo y una mayor responsabilidad profesional, que junto a la incertidumbre y situación de caos han ocasionado una situación de estrés con importantes consecuencias psicosociales. Este TFM pretende explorar las vivencias de las/os enfermeras/os gestoras/es de UCI durante la pandemia.

Metodología: estudio cualitativo mediante entrevistas en profundidad semiestructuradas a las/os enfermeras/os gestoras/es de UCI.

Resultados: como consecuencia de la gestión de la pandemia, las/os enfermeras/os gestoras/es muestran emociones de estrés y angustia, muy relacionados con la incertidumbre generada. Estos profesionales han respondido a la situación con una implicación emocional, una disponibilidad absoluta y un ritmo de vida acelerado que han dado como resultado un agotamiento físico y emocional, cuyas manifestaciones responden al Síndrome de Burnout. Las estrategias de afrontamiento más utilizadas han sido el apoyo social y familiar, el optimismo y la resiliencia.

Conclusiones: las/os gestoras/es de enfermería de UCI se han responsabilizado tanto de las demandas asistenciales de la COVID-19 como del bienestar de su equipo, intentando mantener la templanza en todo momento, lo cual conlleva una sobrecarga y un malestar psicosocial, a pesar de los éxitos y el aprendizaje logrado.

Palabras clave: enfermería, gestión, COVID-19, experiencia emocional, unidad de cuidados intensivos.

ABSTRACT

Introduction: the COVID-19 pandemic has exceeded hospitals' capacities and, especially, ICUs' ones, being a challenge their management. The limitations of healthcare have caused an overexertion for nurses, both physical and psychological, with organizational difficulties due to the need to expand ICU and the lack of available qualified staff, which has led to an increase in workload and greater professional responsibility, which together with the uncertainty and chaos situation have caused a stressful situation with important psychosocial consequences. This TFM aims to explore the experiences of ICU nurses during the pandemic.

Methodology: qualitative research through semi-structured in-depth interviews with ICU management nurses.

Results: as a consequence of managing the pandemic, management nurses show emotions of stress and anguish, closely related to the uncertainty generated. These professionals have responded to the situation with emotional involvement, absolute availability and a fast pace of life that have resulted in physical and emotional exhaustion, whose manifestations respond to the Burnout Syndrome. The most used coping strategies have been social and family support, optimism and resilience.

Conclusions: ICU management nurses have been responsible for responding to the assistance demands of COVID-19 and the well-being of their team, trying to maintain temperance at all times, which entails an overload and psychosocial discomfort, despite successes and learning achieved.

Keywords: nursing, management, COVID-19, emotional experience, intensive care unit.

1 INTRODUCCIÓN

1.1 COVID-19: epidemiología y clínica de la enfermedad

En diciembre de 2019 aparecieron en Wuhan, China, los primeros casos de una neumonía atípica. En enero de 2020 la OMS identificó el patógeno causante, un nuevo coronavirus (SARS-Cov-2), y el 30 de enero de 2020 declaró el riesgo de salud internacional. La enfermedad por el nuevo coronavirus, COVID-19, avanzó rápidamente, extendiéndose por otros países y continentes y creando una emergencia sanitaria, por lo que el 11 de marzo de 2020 se declaró como pandemia. (1)

En España, el primer caso se confirmó el 31 de enero de 2020 en Canarias, y el 13 de marzo se declaró el Estado de Alarma. (2)

Un año después, a fecha de 15 de marzo de 2021, se han confirmado, al menos, un total de 119.220.681 millones de casos en el mundo y 3.195.062 en España. De estos, por lo menos 2.642.826 millones de personas a nivel global y 72.424 en España han fallecido. (3)

Las manifestaciones clínicas de la COVID-19 son muy diversas, desde casos asintomáticos o leves (síntomas seudogripales) hasta graves y potencialmente mortales. Varios factores se han asociado con la gravedad de la enfermedad, los más claros son la edad y ciertos antecedentes médicos, concretamente, hipertensión arterial, diabetes mellitus, riesgo cardiovascular, obesidad, insuficiencias crónicas (respiratoria, renal y hepática), inmunodeficiencia y tabaquismo. (4)

Los síntomas más comunes son fiebre, tos y fatiga (5) pero también, entre otros, disnea, cefalea, anosmia, alteraciones gastrointestinales, artromialgias, etc. (6) En los casos más graves, se desarrollan patrones de neumonía y síndromes de distrés respiratorio agudo (7).

El mecanismo de transmisión entre humanos se asocia con el contacto directo, a través de aerosoles y gotas respiratorias, así como por materiales contaminados por las mismas. La transmisión aérea es probable. (8)

No existe tratamiento farmacológico específico. Se usan principalmente antivirales de amplio espectro, antiinflamatorios, heparina profiláctica y tratamientos sintomáticos (9) (10); por lo que la medida más eficaz hasta el momento es la prevención de la transmisión, por medio del estricto aislamiento social (11).

Una parte considerable de los diagnosticados de COVID-19 requieren atención sanitaria, y muchos de ellos ingreso hospitalario (12). Los pacientes hospitalizados son más frecuentemente de edad avanzada, hombres y con comorbilidades (7). En España, 322.908 personas han precisado hospitalización y 28.773 personas ingreso en UCI (3). Esto determina el papel crucial que juega la organización y capacidad de los Sistemas de Salud en el manejo de esta enfermedad (12).

La COVID-19 podría considerarse más desafiante que otras pandemias anteriores por varios motivos: alta transmisibilidad, escasos conocimientos sobre el contagio y su evolución y carencia de tratamiento. (13)

En febrero de 2020, en los primeros encuentros sobre esta nueva enfermedad, el director general de la OMS reconocía la investigación como un aspecto fundamental en el enfrentamiento de la nueva epidemia. Aunque en estos primeros momentos iba más dirigida al diagnóstico, el mecanismo y la prevención de la transmisión, el desarrollo de medicamentos y vacunas, la evolución clínica y epidemiológica y la protección del personal sanitario; ya se reconocía la importancia de las ciencias sociales al respecto (14). Actualmente, dada la permanencia de la COVID-19 en el tiempo y las consecuencias en la cotidianidad de las personas que está causando, este ámbito cobra aún más importancia. Y combinar ambos aspectos, el ámbito sociosanitario en el que se ubica esta investigación (una protección y cuidado del personal más allá del contagio), resulta de especial interés.

1.2 Implicaciones para la enfermería

Esta situación ha puesto en riesgo nuestro Sistema Sanitario, pero también el económico, político y, sobre todo, social, al interrumpirse casi por completo los estilos de vida de la población: sociales, laborales, familiares e incluso espirituales. (2)

El Sistema Sanitario se ha enfrentado a un riesgo de colapso. Los/as profesionales sanitarios han desempeñado un papel fundamental, al ser los encargados de dar respuesta a la gran demanda asistencial, y también social, pues su función se ha desarrollado en hospitales al igual que en centros de salud, residencias de ancianos y centros sociosanitarios con total entrega. En este aspecto hay que destacar el papel de los/as enfermeros/as, como profesionales responsables del cuidado de las personas 24 horas al día los 365 días del año. Aún en esta situación, con la incertidumbre que suponía esta nueva enfermedad, los/as enfermeros/as han

sido capaces de adaptarse, casi a diario, en base a los nuevos protocolos y recomendaciones científicas que se iban publicando, para asegurar unos cuidados seguros y de calidad. (2)

Como toda epidemia o catástrofe, la COVID-19 ha ocasionado grandes daños y sufrimiento a la población, y los/as enfermeros/as constituyen un grupo de riesgo. En primer lugar, por el contacto directo con la enfermedad, estando expuestas a un riesgo de contagio y, en segundo lugar, por el sufrimiento moral y emocional: el miedo a contagiarse y suponer un riesgo para su familia, el objetivar el sufrimiento de los pacientes y las familias separadas, el aumento de factores estresantes, el dar la mano a diario a la muerte, etc. Y a eso, se tienen que sumar las condiciones extremas de trabajo: jornadas intensas sin descanso, menos días libres, etc. (15) (16)

Esta situación supone un reto para la gestión de los centros sanitarios, y la enfermería, como fuerza laboral con mucho peso en este ámbito, ha desempeñado un importante papel en la organización de los hospitales, entre otros centros, para dar respuesta a los desafíos que la COVID-19 ha ido imponiendo. (17)

Los principales problemas que se fueron encontrando los/as enfermeros/as encargados de organizar los servicios y los equipos de enfermería fueron la falta de equipos de protección individual, la escasez de material fungible para atender a los pacientes, la desadaptación de las infraestructuras para el aislamiento respiratorio que requerían este tipo de pacientes y la carencia de personal de enfermería suficiente.

Uno de los servicios que más desbordado se ha visto por la pandemia han sido las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) (18) ya que, a la falta de material para cuidados básicos se suma la falta de sistemas de monitorización, necesarios para todos los pacientes de UCI, y ventiladores mecánicos, fundamentales para combatir esta enfermedad, así como la escasez de monitorización del nivel de sedación de los pacientes, la ausencia de dispositivos antiescaras, de bombas de infusión de medicación, etc. Respecto a la falta de infraestructuras, no sólo se tuvieron que adaptar las UCI ya establecidas para atender a este tipo de enfermos sino que además las camas de UCI disponibles eran insuficientes para atender a todos los pacientes que requerían cuidados intensivos, lo que llevó a la ampliación de este servicio en otros lugares de los hospitales, con el trabajo y el desafío que eso supone (19). Los/as gestores/as de las UCI eran los encargados de valorar las instalaciones del hospital y decidir cuál era la más idónea para ser adaptada como una nueva UCI y, posteriormente, liderar esa transformación, asegurando que se habilitaran tantos boxes como fuera posible pero que todos contaran con

las medidas necesarias para que su equipo de enfermería pudiera trabajar de manera adecuada, con los recursos mínimos que necesitaban.

Quizás, de entre todas, la mayor dificultad fue la insuficiencia de personal para atender a tal número de pacientes de UCI y, sobre todo, personal con experiencia en cuidados intensivos. Se rescataron enfermeras con experiencia en el servicio y que actualmente no estaban trabajando en el mismo, se reincorporaron profesionales recientemente retiradas, se ampliaron las jornadas reducidas, etc. El objetivo era asegurar que todos los equipos de enfermería intensiva, en sus diferentes ubicaciones, contaran siempre con personal experimentado que pudiera servir de guía a los recientemente incorporados. Según se iban ampliando las camas de UCI, más difícil era asegurar esta condición; y más si tenemos en cuenta que eran frecuentes las bajas laborales por contagio. (20)

Más allá de la gestión a nivel internacional, estatal, comunitario, provincial u hospitalario, la gestión de cada unidad de hospitalización resulta fundamental, porque solo el gestor de la misma conoce su funcionamiento diario y tiene relación directa con los profesionales, así como con los pacientes. Por tanto, los/as supervisores/as de enfermería de las UCI han tenido que aprovechar su lugar privilegiado y aportar esta visión en la coordinación con el resto de niveles gestores, para que, asumiendo cada uno sus responsabilidades, se pudiera lograr, de forma eficaz y eficiente, el mayor beneficio posible para los pacientes y los trabajadores. (21)

Sin embargo, a pesar de los esfuerzos de los/as supervisores/as de UCI para dar respuesta a las necesidades cambiantes provocadas por la COVID-19 en la unidad, nada parecía suficiente. Resultaba prácticamente imposible asegurar la calidad de los cuidados de enfermería en un servicio tan desbordado, con una demanda que aumentaba cada día. Se tuvieron que priorizar las tareas asistenciales necesarias para la supervivencia y olvidar otros cuidados cuya evidencia está demostrada para el mejor progreso y recuperación de los pacientes (19). La inadecuación de las nuevas instalaciones improvisadas a las necesidades de una UCI establecida, la falta de experiencia y formación de algunos profesionales, la escasez de materiales, la necesidad de aislamiento con los pacientes y sus familiares y, ante todo, la sobrecarga de trabajo, impedía a muchas profesionales de enfermería realizar su labor como les gustaría hacerlo, llevándoles incluso a actuar en contra de sus principios éticos (22).

Los/as profesionales de enfermería están acostumbrado/as a trabajar bajo presión y a estar en contacto con situaciones humanas difíciles como el sufrimiento, la enfermedad, el dolor, la pérdida, la agonía, la muerte o el duelo (23). Esto puede originar resultados positivos en la realización de la persona, pero un mal manejo del estrés puede también resultar en trastornos

de salud mental. La aparición de situaciones como una pandemia potencia esta realidad, aumentando principalmente los factores estresores: aparece el miedo, la frustración, la pérdida de control, el autoaislamiento, el cansancio físico y psicológico, etc. en un escenario que, en muchos casos, antes era su zona de confort dentro del trabajo.

1.3 Bienestar psicosocial de los/as profesionales de enfermería durante la pandemia

Tras el reconocimiento social de la importancia de estos/as profesionales para enfrentar las amenazas que ponen en riesgo la salud, y la vida, de las personas, numerosos investigadores se han preocupado por este aspecto psicosocial y han estudiado las consecuencias que esta pandemia puede estar causando en los sanitarios.

Los primeros, y la mayoría, de los estudios sobre el bienestar psicosocial de los profesionales sanitarios en relación con la COVID-19 se han realizado en China. Huang *et al.* estudiaron la salud mental de los profesionales sanitarios que estaban trabajando con pacientes con coronavirus. Aplicaron escalas relacionadas a 1257 sanitarios y encontraron que el 44,6% presentaban síntomas de ansiedad, el 50,4% de depresión y el 71,5% angustia. Las mujeres y las enfermeras presentaban síntomas más graves en todas las alteraciones. (24)

Otro estudio centrado en enfermeras chinas durante la primera etapa de la pandemia también asoció mayores niveles de ansiedad (28,4%) y depresión (47,1%) a las enfermeras que atendieron a pacientes con COVID-19, que eran 285 de un total de 3228 profesionales incluidos. Presentaban preocupación por el miedo al contagio, la estigmatización, la falta de tratamiento curativo e información, etc. Y los autores recomendaban el control de la salud mental de las enfermeras (25). Estos resultados están en línea con los mostrados en el estudio realizado a enfermeras, también en China, en el que el 27,6% y el 32,8% de 454 enfermeras mostraba síntomas de ansiedad y depresión, respectivamente, y las estrategias psicoterapéuticas para trabajar la capacidad de aceptación y el manejo emocional reducían estos niveles. Por lo tanto, los autores destacaban que detectar y ofrecer estas terapias de regulación cognitiva para trabajar dichas capacidades debía ser una prioridad a nivel de gestión. (26)

Dada la extensión mundial del virus, se están realizando estudios en otros países. Un estudio realizado en el Hospital de Augsburg reveló que las enfermeras con contacto estrecho y prolongado con pacientes con COVID-19 presentaban mayores niveles de agotamiento, estrés

e insatisfacción laboral que otras enfermeras que atendían a pacientes no contagiados. Identificaban la carga laboral, la incertidumbre y el miedo al contagio como las principales causas y el apoyo social como el principal factor protector. Reclamaban como medios para mejorar la respuesta a esta situación mayor dotación de personal, información y directrices más claras y mejor comunicación con cargos directivos. (13)

En Jordania, dos investigadores informaron de que el 64% de las 448 enfermeras que participaron en su estudio sufrían un trastorno de estrés agudo a causa del COVID-19, y el 41% presentaba sufrimiento psicológico, lo cual las predisponía a sufrir futuros síndromes de estrés postraumático; por lo que destacaban también la necesidad de trabajar para detectar síntomas de ansiedad y ofrecer apoyo psicosocial. A nivel de gestión de enfermería, indicaban que los gestores debían tener en cuenta los días libres y la rotación por zonas con mayor carga o complejidad de trabajo, ofrecer apoyo y mostrarse abiertos y receptivos a las necesidades del personal. (27)

En España, un estudio realizado con 421 profesionales sanitarios, en el País Vasco y Navarra, señaló igualmente que la pandemia ha generado ansiedad (37%), estrés (46,7%), insomnio (28,9%) y síntomas depresivos (27,4%) en los sanitarios, también con mayores niveles en las mujeres. (28)

Entre marzo y abril se realizó un estudio a 395 sanitarios de un hospital de Barcelona, que concluyó que el 14,5% de estos profesionales referían síntomas de estrés agudo, el 71,6% síntomas de ansiedad y el 60,3% de depresión. Además, las mujeres presentaron mayor malestar emocional que los hombres y las enfermeras fueron la segunda categoría profesional con mayor nivel de este malestar. (22)

Por otro lado, se han encontrado también investigaciones centradas en el personal de UCI, dada la presión a la que han sido sometidas estas unidades. Una de ellas, realizada en un hospital universitario de Sevilla estudió la calidad de vida del personal de enfermería (enfermeras y TCAEs) de la UCI y concluyó que la calidad de vida percibida era relativamente buena, pero se reconocía un aumento importante de la carga de trabajo. Además, los profesionales fijos de la unidad presentaban mayor alteración de la calidad de vida y referían mayor aumento de la carga de trabajo, seguramente debido a que habrían ayudado, asesorado o incluso supervisado al personal inexperto recién incorporado; del mismo modo que las personas más cualificadas percibían mayor carga de trabajo, probablemente porque consideraban tener mayor responsabilidad. Sin embargo, no se estudiaba la percepción de la supervisión de UCI o cargos de dirección de enfermería superiores, que siguiendo este

razonamiento en función de la responsabilidad, presentarían mayor alteración de la calidad de vida debido a la COVID-19. Una de las limitaciones que reconocían los autores era la elección de metodología cuantitativa, pues podía limitar la expresión de las personas y la comunicación de sus necesidades. (29)

Todas estas alteraciones psicológicas pueden acabar ocasionando un Síndrome de Burnout, cuyo efecto, a parte del malestar que ocasiona al profesional, es una disminución de la calidad de su trabajo y un mayor riesgo de incidentes en la atención a los pacientes. (30) (31)

1.4 Justificación

La enfermería constituye aproximadamente el 60% del personal sanitario. Por tanto, tienen un papel fundamental en la asistencia sanitaria. Atender a sus necesidades y su salud mental debería ser una prioridad, pues un aumento de su bienestar y una mejora de sus condiciones laborales repercutirían en la calidad de la atención a los pacientes y una mayor productividad y, por tanto, en una mejor asistencia sanitaria en general; sobre todo en situaciones complejas y extremas como es el caso de esta pandemia. (31)

El trabajo sobre algunos componentes de la inteligencia emocional, así como los recursos y la información, parecen ser eficaces para el manejo de los riesgos psicosociales y la prevención de efectos adversos, como la insatisfacción laboral o el síndrome de Burnout, y síntomas psicósomáticos (31). Estos elementos pueden posibilitar, especialmente en una situación de pandemia, que los profesionales se sientan realizados con su trabajo bien hecho y potencien sus capacidades, desarrollando la resiliencia, lo cual fortalece a su vez al sistema sanitario, especialmente importante en esta situación donde las enfermeras son tan necesarias. (32) (33)

Los/as enfermeros/as gestoras se enfrentan a las mismas consecuencias psicosociales pero, tal y como indicaban algunos autores, son además responsables, no solo del mantenimiento de la unidad, sino también del cuidado de su equipo: por un lado asegurando su protección para evitar contagios y, por otro, garantizando unas condiciones de trabajo adecuadas (dentro de la saturación), comunicándose con su personal y sirviendo de motivación, pues la comunicación y motivación son reconocidas como funciones del liderazgo. (34)(35)

Sin embargo, apenas se han encontrado estudios que aborden las percepciones o experiencias emocionales de los/as enfermeros/as gestores/as ante esta pandemia. Se han generado recomendaciones o protocolos de actuación en gestión ante una situación de sobrecarga asistencial, o de transformación de unidades de hospitalización en UCI, pero no se abordan las

dificultades emocionales que han tenido que enfrentar. El estudio que se ha encontrado centrado en los equipos gestores de enfermería señala las características (confianza, honestidad, transparencia, autenticidad y positividad) y actuaciones de liderazgo (respuesta rápida y efectiva, manteniendo la calma, transmitiendo control de la situación y mostrándose fuertes) que deben desempeñar estos profesionales frente a una crisis como la pandemia; los autores reconocen que se les exige mucho en estas situaciones y, por ello, remarcan la importancia de que los líderes conozcan sus propios límites y no los superen, buscando apoyo y consejo y, sobre todo, compartiendo sus propias emociones para gestionarlas, pero no profundizan en ellas (36).

Por otro lado, una revisión que aparentemente estudiaba la percepción de las/os enfermeras/os gestoras/es durante la COVID-19, realmente se limita a identificar los aspectos negativos y positivos de su liderazgo, y los estudios incluidos se vuelven a centrar en las dificultades y las recomendaciones de gestión ante esta pandemia. Aun así, entre los aspectos negativos aparecen la presión, el miedo, el agotamiento (físico y mental), el estrés profesional, el sufrimiento moral y hasta el Síndrome de Burnout; y entre los positivos se identifican el orgullo, la admiración (por su equipo), la colaboración, la escucha, la flexibilidad, el trabajo en equipo, la creatividad y la resiliencia (37).

Ambos estudios reconocen la importancia del aspecto emocional en los/as enfermeros/as gestores/as ante la pandemia de COVID-19, pero ninguno se ha centrado en profundizar en ellos y llegar a comprender la vivencia de estos/as profesionales, y menos aún se han centrado en un grupo concreto como los/as gestores/as de UCI, a pesar de la presión a la que han sido sometidas. Que no se investigue causará que no se intervenga en lograr un manejo emocional y un afrontamiento efectivo de los/as gestores/as de enfermería de UCI; mientras que considerar a las personas que cuidan a los/as enfermeros/as provocaría una mayor autoconciencia y manejo de sus emociones y pensamientos, evitando las tensiones, potenciando los aspectos positivos nombrados anteriormente, facilitando la toma de decisiones (que siempre están influidas por un aspecto emocional) y permitiendo llevar a cabo acciones más efectivas y productivas que, consecuentemente, repercutirían en el bienestar de todos/as los/as enfermeros/as a su cargo.

Solo a través de una metodología cualitativa se puede llegar a comprender de manera holística esta vivencia tan compleja y las necesidades de estas personas para, posteriormente, poder tenerlas en cuenta ante el abordaje de una nueva pandemia o futuras olas de la presente.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo general

Conocer las percepciones, vivencias y estrategias de afrontamiento de las/os enfermeras/os gestoras/es de una UCI durante la pandemia de COVID-19.

2.2 Objetivos específicos

- Identificar los sentimientos/emociones del supervisor/a de UCI y del equipo de dirección de enfermería ante la pandemia.
- Conocer sus estrategias de afrontamiento.
- Investigar sus fortalezas y debilidades frente a la gestión de la COVID-19.
- Identificar los principales factores estresores y protectores.
- Reconocer las consecuencias emocionales/psicológicas de la vivencia.
- Valorar la presencia o el desarrollo de resiliencia.

3 MATERIALES Y MÉTODOS

3.1 Diseño del estudio

La metodología de investigación utilizada está basada en el diseño cualitativo, ya que permite conocer las experiencias de las personas en toda su complejidad, valorando aspectos subjetivos y personales, y aproximarse a la comprensión de las vivencias de los sujetos a los que se investiga, y para quienes se investiga, siempre con la intención de lograr un cambio positivo.

Se ha utilizado un enfoque fenomenológico y, dentro de este, la vertiente descriptiva de autores como Husserl, ya que este método se preocupa por la persona y sus significados, da importancia a la vida cotidiana de los seres humanos y, sobre todo, busca fielmente el punto de vista de los actores (38). Además, tiene en cuenta el contexto, las personas solo son comprensibles en él porque considera la experiencia vivida (39). La fenomenología se centra así en la descripción y comprensión de la persona en su entorno y analiza el fenómeno abordando holísticamente la experiencia de la que forma parte (40); y esto es lo que pretende esta investigación, conocer y llegar a comprender las experiencias personales de las/os enfermeras/os gestoras/es de UCI ante la pandemia de COVID-19 y el impacto en sus vidas.

De forma simplificada, los pasos del diseño fenomenológico que se han seguido para este estudio son: definir el fenómeno de estudio, recabar la información a partir de personas implicadas y ofrecer una descripción de la percepción compartida por los informantes. (41)

3.2 Contexto de estudio

El estudio se desarrolla en la unidad de cuidados intensivos de un hospital de Castilla-La Mancha. Este hospital, que contaba con 10 camas de UCI y 28 enfermeras amplió su capacidad exponencialmente a causa de la COVID-19. En el punto más alto de la pandemia, desarrollado entre el 15 de marzo y el 15 de abril de 2020 aproximadamente, esta unidad llegó a disponer de 43 camas de UCI y 89 profesionales de enfermería, junto a enfermeros/as que acudían a cubrir turnos puntualmente procedentes del Servicio de Emergencias 112. A fecha de marzo de 2021, aunque en menor medida, continúa con la unidad ampliada: 25 camas de UCI y 58 enfermeros/as.

3.3 Población de estudio

El muestreo ha sido intencional; una vez conocido el contexto donde se desarrolla la investigación e identificadas las personas que cumplían los criterios de inclusión, las investigadoras han seleccionado deliberadamente a las enfermeras que han sido consideradas más adecuadas para alcanzar los objetivos. Los criterios de inclusión son: ser enfermero/a con un puesto de gestión sobre la UCI del hospital seleccionado, haber ejercido su función durante la pandemia de COVID-19 y conceder su consentimiento informado a participar. El tamaño muestral ha estado determinado por la saturación teórica, teniendo en cuenta la limitación que supone el número reducido de personal con estas características en un solo hospital.

El tamaño inferior al considerado razonable y el muestreo intencional imposibilitan la generalización de los resultados a la totalidad de la población diana, pero es útil para establecer una aproximación a las vivencias de estos/as profesionales durante la pandemia, sin pretender enumerar todas las posibles emociones, apoyos, estrategias de afrontamiento, etc. que pueden surgir y su frecuencia.

El acceso al campo y la consecuente identificación de los participantes se ha realizado por medio de profesionales de enfermería de la unidad de cuidados intensivos donde se ha llevado a cabo la investigación, que han sido los denominados porteros en investigación cualitativa.

3.4 Recolección de datos

La técnica empleada para la recolección de información ha sido la entrevista en profundidad, pues dado el tamaño reducido de la muestra se considera la técnica más apropiada para alcanzar la máxima esencia y profundidad de la vivencia, comprendiendo el impacto que ha ocasionado la situación en la vida de estos/as enfermeros/as, sin interacciones con otros profesionales que podrían influir o falsificar los discursos, sobre todo si consideramos que las personas que conforman la muestra presentan diferentes niveles jerárquicos en el organigrama de enfermería. Además, la entrevista permite aclarar dudas y conceptos durante la misma, asegurando información precisa sobre el tema, reconociendo ambivalencias y, sobre todo, evitando interpretaciones erróneas. (42)

Las entrevistas han sido semi-estructuradas, de forma que contienen los temas preestablecidos que son de interés para los objetivos del estudio (por lo que son compartidos en todas las entrevistas) pero siempre permitiendo la flexibilidad y la narrativa subjetiva del sujeto que caracteriza a este tipo de entrevistas cualitativas. Se considera que las entrevistas semiestructuradas son las que mantienen el equilibrio entre una flexibilidad mínima y una homogeneidad suficiente que permita establecer conclusiones (42). Dentro de los temas preestablecidos se han agrupado preguntas más concretas sobre el mismo, abiertas a modificarse tanto en contenido como en orden, de acuerdo con el desarrollo de la entrevista. La investigadora ha mantenido una postura pasiva, interrumpiendo lo mínimo posible el discurso del sujeto y estando abierta a introducir nuevos temas que no hubiera considerado en su guion pero que haya percibido de interés durante el discurso de las enfermeras. (43)

Las entrevistas han tenido una duración aproximada de 45 minutos y se han organizado en las cuatro fases características de estas entrevistas. La primera, dedicada a la preparación previa de la entrevista, tanto del guion como del momento y lugar de encuentro. La segunda referida a la apertura de la entrevista, en la que se explica al informante los objetivos del encuentro y cómo se ha organizado la entrevista y se le solicita el permiso para la grabación; aclarando que la información sólo será analizada por las investigadoras. Seguidamente, se entra en el desarrollo, la entrevista propiamente dicha, donde tiene lugar la conversación y la extracción de información mediante la guía preparada y las habilidades de la entrevistadora para adaptarse al discurso manteniendo sus objetivos (42). Las entrevistas finalizan con la fase de conclusión y cierre, ofreciendo a la persona la posibilidad de comentar algún otro tema o

sugerencia de la entrevista misma y, por último, agradeciéndole su participación e implicación y asegurando que se garantizará su confidencialidad (44).

La primera parte del desarrollo está dirigida a alcanzar el denominado *rapport*, concepto que se refiere al establecimiento de una confianza y cercanía que permita una comunicación sincera, de forma que la entrevista no sea percibida como periodística o un interrogatorio (45). Con el *rapport* se trata de hacer sentir a los informantes que van ser comprendidos y nunca juzgados por sus concepciones o expresiones (46). Conscientes de que el inicio de la entrevista es un punto clave que determina el resto de la misma, inicialmente, se crea un ambiente relajado en el que el informante se sienta cómodo, y se muestra preocupación por los temas de interés del sujeto, comenzando la entrevista con una primera pregunta general; y, posteriormente, siempre respetando y siguiendo el diálogo establecido por los sujetos con una actitud abierta y asertiva, se va dirigiendo la entrevista a aspectos más profundos e íntimos que responden a los objetivos de la investigación.

Concretamente, para alcanzar el *rapport* la investigadora pregunta acerca de la trayectoria profesional del informante y su dedicación a puestos de gestión. Posteriormente los temas planteados de acuerdo con los objetivos de la investigación son:

- Descripción de su puesto de trabajo durante la pandemia de COVID-19: horarios, descansos y funciones.
- Enfrentamiento del primer caso de COVID-19 en la unidad: gestión y emociones.
- Relato de su experiencia gestionando la UCI durante la pandemia:
 - o Organización.
 - o Retos de gestión asumidos.
 - o Puntos fuertes y débiles del liderazgo ejercido.
 - o Las decisiones más difíciles y por qué.
- Compartir los sentimientos y emociones surgidos durante esa experiencia.
- Reconocer los principales factores que han sido fuente de estrés: factores ambientales, personales, dentro y fuera del trabajo.
- Reconocer los principales factores protectores:
 - o Fuentes de apoyo dentro y fuera del hospital.
 - o Motivación encontrada para continuar.
- Describir la estrategia de afrontamiento adoptada ante la crisis:
 - o Reparto y delegación de funciones - Trabajo en equipo o en solitario.
 - o Postura negativa o positiva.

- Cómo ha enfrentado la situación de la mejor manera.
- Cómo ha controlado la presión y el estrés.
- Manifiestar posibles diferencias entre la primera ola y las siguientes:
 - Aparición del cansancio y el agotamiento físico y emocional.
 - Manera de mantenerse íntegra ante la crisis sostenida.
 - Posibles tensiones en la unidad y modo de afrontarlas.
- Conocer la influencia de su estado emocional en la gestión de la unidad:
 - En la relación con su equipo de enfermería.
 - En la relación con el resto de personal de gestión.
 - Indirectamente, en la relación/atención a los pacientes.

Por tanto, tal y como recomienda esta técnica, se ha intentado avanzar de lo más general y superficial, a lo más concreto y profundo. Y como investigadora, de lo más descriptivo, informativo, a lo más interpretativo, reflexivo; es decir, de los hechos a los significados. (46)

Se ha perseguido una igualdad entre investigadora e informador, cuidando el espacio, sin posiciones de superioridad ni obstáculos o distanciamiento en la comunicación. Se ha atendido también la mirada, manteniéndola pero sin que resultara intimidante, y el trato mediante el tuteo para ganar cercanía, siempre permitido por los sujetos.

El lugar en el que se realiza las entrevistas ha sido acordado entre la investigadora principal y los participantes, procurando un espacio cercano a su lugar de trabajo pero evitando las interrupciones; por lo que se ha realizado fuera del horario laboral y sin los teléfonos que suelen acompañar siempre a estas enfermeras durante su estancia en el hospital.

Las entrevistas en profundidad que componen este trabajo de investigación se han realizado entre mayo y junio de 2021. Una de ellas se ha realizado a la persona responsable de la supervisión de enfermería de la UCI y la otra a la directora de enfermería del hospital. Ambas han desarrollado su actividad desde el inicio de la pandemia y la siguen ejerciendo en el momento de la entrevista.

Previo consentimiento de las entrevistadas, como ya se ha indicado, las entrevistas han sido grabadas por audio y se han tomado notas inmediatamente después de las mismas con todos los detalles que pudieran completar el análisis de las palabras grabadas.

3.5 Análisis de los datos

De cara al análisis, las entrevistas han sido textualmente transcritas. El análisis de los datos obtenidos de las entrevistas se ha realizado mediante triangulación continua entre las investigadoras del proyecto, a fin de contrastar las distintas perspectivas sobre la narrativa obtenida. La triangulación de datos se ha realizado hasta alcanzar la saturación de la información.

Toda la información obtenida y previamente contrastada ha atravesado un análisis cualitativo descriptivo manual, buscando responder a los objetivos planteados.

En primer lugar se ha realizado una revisión inicial de toda la información. Posteriormente, la información ha sido analizada para detectar expresiones relacionadas con una misma idea. Estos elementos clave extraídos a partir del discurso textual de los sujetos han constituido las unidades de significado o códigos. A su vez, los códigos se han comparado y se han analizado semejanzas y posibles relaciones entre ellos para constituir categorías, cada vez más abstractas, que tratan de explicar el significado que hay detrás de las expresiones de los sujetos, hasta establecer los temas (47). Esta abstracción se ha realizado teniendo siempre en cuenta tanto el contexto donde se ubica la vivencia relatada como el contexto de donde se ha extraído la información transcrita (43).

El objetivo del análisis ha sido, por tanto, componer la realidad de estas enfermeras gestoras, aunque con una perspectiva parcial y subjetiva a través de su relato. (43)

El análisis ha supuesto un proceso activo y dinámico, buscando afinar continuamente las descripciones e interpretaciones y conseguir alcanzar el significado del fenómeno, por lo que se ha realizado durante toda la investigación y no al concluir el trabajo de campo, de forma que ha permitido hacer ajustes y modificar las perspectivas de las investigadoras cuando ha sido necesario. (47)

3.6 Criterios de calidad

Con el fin de demostrar la rigurosidad de la investigación, se han aplicado los criterios de calidad propuestos por Lincoln y Guba. (48) (49)

En primer lugar, para la credibilidad, que se preocupa por el valor de la verdad, las investigadoras han contrastado sus ideas y preocupaciones con la teoría disponible, ha habido una triangulación de datos entre ambas investigadoras durante todo el proceso de análisis y se

han contrastado las percepciones de las investigadoras con las de los informantes, pues se ha devuelto la transcripción de la entrevista a los sujetos, quienes la han validado y aprobado.

Respecto a la transferibilidad, se ha explicado de forma transparente el muestreo teórico seguido, con las limitaciones encontradas, y se han descrito minuciosamente los informantes y el contexto.

Para la dependencia, también llamada fiabilidad, se ha detallado todo el proceso de investigación, permitiendo que se puedan replicar los pasos.

Por último, respecto a la confirmabilidad, se ha perseguido una neutralidad en los datos, pero no basada en la objetividad de los mismos sino en que se hayan reflejado de forma exacta, de manera que los resultados han concluido de los datos, de expresiones textuales, y no de los prejuicios de las investigadoras.

3.7 Consideraciones éticas

Los participantes han sido informados de los fines de la investigación y el desarrollo de la misma, a través de una hoja de información (Anexo 1). A pesar de tratarse de enfermeros/as, profesionales que se podría considerar que conocen las implicaciones de la investigación, como este estudio aborda aspectos íntimos de las personas, fue evaluado por el Comité de Ética del hospital donde se ha llevado a cabo el estudio, obteniendo un Dictamen favorable en febrero de 2021, antes de comenzar la investigación.

A cada participante se le han solicitado dos consentimientos: uno para la participación en la investigación y otro para la grabación de la entrevista (Anexo 2).

Se ha asegurado el bienestar emocional de los sujetos en todo momento, por encima de los fines de la investigación. Al revivir situaciones estresantes, se ha pactado con las informantes el momento de la entrevista y se ha revisado su estado emocional antes de comenzar. Además, se ha ofrecido la posibilidad de detenerla o posponerla si sentían estrés, ansiedad o malestar.

Igualmente se ha asegurado la confidencialidad de la información y el anonimato de las personas participantes, cuyos relatos han sido identificados solo con las iniciales de su nombre y apellidos.

Los datos han sido empleados exclusivamente por las investigadoras y con el único objetivo de comprender la vivencia de estas enfermeras durante la pandemia, siendo las entrevistas destruidas tras finalizar la investigación.

4 RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La muestra la componen el supervisor de enfermería de la UCI, participante 1 (P1.P.R.), y la directora de enfermería del hospital de estudio, participante 2 (P2.A.M.). El supervisor de la UCI, sexo masculino, de 39 años, con trayectoria en gestión de enfermería previa a la COVID-19, como supervisor de otros servicios, y desde hace 2 años de la UCI. La directora de enfermería, sexo femenino, de 57 años, con una trayectoria gestora amplia: 14 años de supervisión, 9 de subdirección y 3 de dirección en el puesto actual.

Tras transcribir las entrevistas se han analizado para reducir la información en códigos. Estos códigos se han agrupado en 45 categorías y, finalmente, 6 metacategorías, tal y como se refleja en la siguiente tabla, donde se especifican los significados otorgados a cada una de ellas por las autoras:

Tabla 1. Códigos, categorías y metacategorías, con los significados asignados por las autoras a las mismas.

| CÓDIGOS | CATEGORÍAS | METACATEGORÍAS |
|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - Experiencia hospitalaria. - Experiencia en UCI. - Dedicación docente. | <p>Trayectoria enfermera: ruta profesional que ha seguido dentro de la enfermería.</p> | <p>GESTIÓN ENFERMERA: percepción, desarrollo profesional y cualidades personales respecto a la gestión de enfermería.</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> - Supervisión. - Subdirección. - Dirección. - Coordinador de trasplantes. - Coordinadora de vacunación. - Vocal ANDE. | <p>Dedicación a la gestión enfermera: dentro de la trayectoria enfermera, los puestos que ha ocupado con cargo de enfermero/a gestor/a.</p> | |
| <ul style="list-style-type: none"> - UCI = gestión minuciosa y rigurosa. - Importancia de cada puesto gestor. | <p>Significado de la gestión: cómo percibe y qué sentido tiene para él/ella la gestión enfermera.</p> | |

| | | |
|--|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - Potencial de la gestión enfermera. - Falta de implicación enfermera. | | |
| <ul style="list-style-type: none"> - Mostrar cercanía. - Preocupación por bienestar y motivación del personal. - Liderazgo de personas. - Reivindicar y visibilizar la enfermería. - Valor de la enfermería. - Involucrarse y conocer las unidades. - Motivar hacia objetivos comunes. - Gestionar en función de capacidades. - Liderazgo no autoritario. - Responsabilidad de exponerse. - Recibir sentimientos de enfermeras. | <p>Liderazgo centrado en personas: liderazgo que se preocupa más por las personas que por el trabajo en sí, sin descuidarlo, pero intentando comprender y ayudar a los/as enfermeros/as.</p> | |
| <ul style="list-style-type: none"> - Proactiva e innovadora. - Optimismo. - Vocación gestora. - Orgullo de puesto y profesión. - Empatizar con equipo. - Compromiso profesional. | <p>Cualidades positivas: características o rasgos de su persona beneficiosos en relación a su trabajo.</p> | |
| <ul style="list-style-type: none"> - Difícil de ayudar con estrés. - Dificultad para desahogarse. - Mala gestión de los momentos de tensión. | <p>Cualidades problemáticas: características o rasgos potencialmente negativos en relación a su trabajo y las situaciones complicadas.</p> | |

| | | |
|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - Implicación sin límites. - Dificultad para desvincularse. - Labilidad emocional. | | |
| <ul style="list-style-type: none"> - Ambiente influye en trabajo. - Afectación del equipo por su desgaste. - Desgaste con las olas. - Errores por estrés y sobrecarga. - Sobrecarga de trabajo de las enfermeras. | <p>Afectación de la unidad: daños y consecuencias negativas que han ocasionado la pandemia y las dificultades de gestión en el ambiente y el trabajo de los/as enfermeros/as de la UCI.</p> | <p>INCERTIDUMBRE LABORAL: dificultades vividas en la unidad de UCI durante la pandemia de COVID-19, caracterizadas por la incertidumbre en el desarrollo de la actividad laboral.</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> - Dificultades en la organización de personal. - Mayor inconveniente = falta de personal con experiencia. - Crecimiento exponencial del equipo. | <p>Escasez de enfermeras de UCI: importante déficit de enfermeras con experiencia en cuidados intensivos sufrido durante la pandemia de COVID-19.</p> | |
| <ul style="list-style-type: none"> - Habilitación continua de espacios. - Limitación de infraestructuras. - Limitación de medios y recursos. - Traslados. - Ampliación sobre enfermería UCI. | <p>Ampliación de la unidad: esfuerzo dedicado a la extensión de la unidad, habilitando espacios para acoger a un mayor número de pacientes.</p> | |
| <ul style="list-style-type: none"> - Descontrol vs control habitual de UCI. - Entornos desconocidos y prisas. - Sensación de descontrol. - Decisiones rápidas y no informadas. | <p>Sensación de descontrol: percepción de falta de orden y control en la organización y el funcionamiento de la UCI durante la pandemia.</p> | |

| | | |
|---|---|-------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> - Decisiones aparentemente improvisadas. - Nueva dinámica de trabajo. - Falta de control percibida por el equipo. - Desafío e imprevisibilidad. - Necesidad de resolución/decisión urgente. | | |
| <ul style="list-style-type: none"> - Cambios continuos. - Continua improvisación en 1ª ola. - Cambio de rol. - Cambio constante complica gestión. - Adaptación y transformación continua. | <p>Cambio continuo: modificación constante de la situación y gestión de la UCI (ubicaciones, personal, etc.), en función de la evolución de la COVID-19.</p> | |
| <ul style="list-style-type: none"> - Disposición a delegar. - Primer mes de pandemia sin ayuda. - Compañera de supervisión. - Importancia de delegar. - Nadie es imprescindible. - Confianza en los demás. - Alivio al compartir responsabilidades. - Respeto mutuo por decisiones. - Buena compenetración a pesar de diferencias. | <p>Reparto de funciones: disposición a distribuir las distintas responsabilidades y tareas que se han de realizar, tanto de la supervisión en particular como de la enfermería en general.</p> | |
| <ul style="list-style-type: none"> - Salir de zona de confort. - Estrés impide | <p>Estrés: sensación de tensión provocada por asuntos referentes a la gestión de UCI</p> | <p>MALESTAR PSICOSOCIAL:</p> |

| | | |
|--|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - desconectar. - Manejo de situaciones estresantes anteriores. - Momentos de tensión. - Primer caso de COVID. - Pandemia = mayor reto profesional. | <p>durante la pandemia de COVID-19.</p> | <p>sufrimiento emocional y psicosocial sufrido como consecuencia de liderar la UCI durante la pandemia de COVID-19.</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> - Angustia como mayor sentimiento. - Sentimientos de ansiedad y angustia. - Difícil parar la ansiedad. - Asumir preocupaciones de terceros. - Miedo de contagiar a su familia. - Sentimientos compartidos con enfermeras. - Tristeza y sobrecarga. | <p>Ansiedad-Angustia: sensación de presión, de congoja, como consecuencia de la gestión de UCI durante la pandemia de COVID-19.</p> | |
| <ul style="list-style-type: none"> - Soledad. - Puestos de soledad. - Gestión = salir del equipo. - Más rango = más soledad. - Primer mes de pandemia sin ayuda. - Carga emocional de gestionar solo. | <p>Soledad: sentimientos de falta compañía y trabajo en soledad en el desempeño de la labor gestora.</p> | |
| <ul style="list-style-type: none"> - Incertidumbre como causa de ansiedad/angustia. - Estrés ante la posible ampliación. - Desafío e imprevisibilidad. | <p>Incertidumbre: sufrimiento ocasionado por la sensación de falta de certeza, no tener una idea clara o una decisión segura de prácticamente nada respecto a la evolución de la pandemia y la organización de la UCI en consecuencia.</p> | |

| | | |
|---|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - Autoexigencia. - Darlo todo. - Personalidad potencialmente dañina. | <p>Autoexigencia: pedirse así mismo/a más de lo que podía dar respecto a la gestión de UCI durante la pandemia de COVID-19.</p> | |
| <ul style="list-style-type: none"> - Carga mental del primer puesto gestor. - Mayor carga mental y emocional en UCI. - Carga de gestión de la pandemia. - Organización de ampliación sobre enfermería. - Mochila cargada. - Carga emocional de mantener la templanza. - Mantener a los demás. - Asumir carga emocional de las enfermeras. | <p>Carga mental: esfuerzos y requerimientos mentales y/o emocionales a los que se ve sometido/a por ocupar un puesto de gestión enfermera.</p> | |
| <ul style="list-style-type: none"> - Responsabilidad de la gestión. - Carga de tanta responsabilidad / Presión de la responsabilidad. - Más rango = más responsabilidad - Responsable de las demás. - Responsabilidad de planificar y organizar TODO. - Carga posterior a decisiones. | <p>Carga de responsabilidad: peso psicológico que supone reconocerse responsable de las consecuencias que pueden tener ciertas decisiones que son importantes para la unidad.</p> | |
| <ul style="list-style-type: none"> - Desgaste previo al COVID. - Siempre en ese ritmo. | <p>Desgaste pre-COVID: pérdida de fuerza, cansancio, que ya se sufría antes de que estallara la pandemia.</p> | |

| | | |
|--|--|--|
| | | |
| <ul style="list-style-type: none"> - Momentos de desmotivación. - Menor motivación y mayor desgaste con el tiempo. - Menor motivación complica gestión. - Cansancio extremo. - Al límite. - Necesidad total de descanso. - Adrenalina inicial. - Cansancio palpable en 2ª y 3ª ola. - Agotamiento gestor. | <p>Desgaste: aparición del cansancio y agotamiento psicológico a medida que la pandemia se alarga en el tiempo.</p> | |
| <ul style="list-style-type: none"> - Sin horario establecido. - Dedicación absoluta como fortaleza y debilidad. - Disponibilidad casi 24h. - Lo mejor para su equipo. - Incapacidad de desconectar por continua disponibilidad. - Conexión continua por redes. - Sin descansos. | <p>Disponibilidad continua: condición de estar disponible para resolver problemas o atender demandas de la UCI en prácticamente todo momento.</p> | |
| <ul style="list-style-type: none"> - Implicación emocional. - Nudos emocionales. - Gestión en contra de sentimientos. - Factura a nivel personal. - Asumir carga emocional de las enfermeras. - Mantener sin mantenerse. - Emociones no gestionadas. | <p>Implicación emocional: tendencia a responsabilizarse y preocuparse de forma excesiva con la gestión de la UCI durante la pandemia, de forma que el trabajo ha interactuado con sus emociones y sentimientos hasta llegar a afectar a su bienestar psicológico.</p> | |

| | | |
|--|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - Momento complicado. - Implicación sin límites. - Vacío emocional. | | |
| <ul style="list-style-type: none"> - No saber, poder ni querer parar. - Sensación de correr. - Ritmo brutal de trabajo. - Estar en alerta. - Ante el estrés, seguir trabajando. - Persona muy activa. - Incapacidad de concentrarse. - Dificultad de cambiar de ritmo de vida. - Te come el diario. | <p>Rueda del sin-parar: dinámica de vida basada en las prisas, queriendo hacer muchas cosas pero todas corriendo y sin disfrutar.</p> | |
| <ul style="list-style-type: none"> - Responsabilidad vacunación. - Objetivos de vacunación. - Primera vacuna en España. - Reto actual = vacunación. - Implicación en vacunación. | <p>Reto actual = vacunación: responsabilidad e implicación en la estrategia de vacunación contra la COVID-19, con la carga que conlleva.</p> | |
| <ul style="list-style-type: none"> - Trabajo en detrimento propio y de su familia. - Robar tiempo a familia. - Afectación de su familia. - Mejor aceptación de la primera ola. - Emociones negativas transmitidas. - Sus hijos les necesitan. - Agotamiento al llegar a casa. | <p>Afectación familiar: aceptación y efectos negativos que ha sufrido su núcleo familiar (y posiblemente el resto de sus allegados) como consecuencia de gestionar la UCI durante la pandemia.</p> | <p>CONSECUENCIAS PERSONALES: afectación de su persona y su familia, derivadas de la COVID-19 y su dedicación a la gestión de UCI durante la misma.</p> |

| | | |
|---|---|---|
| | | |
| <ul style="list-style-type: none"> - Empeoramiento de alimentación. - Abandono de actividad física. - Aumento de peso. - Sensación de abandono personal. - Migraña importante. - Afectación de visión. | <p>Afectación física: consecuencias en su cuerpo debidas a la gestión de UCI durante la pandemia de COVID-19.</p> | |
| <ul style="list-style-type: none"> - Baja laboral por estrés. - El cuerpo te frena. - Bloqueo al entrar a trabajar. - Nudos/mochila acaban sobrepasando. - Frenar de golpe. - Necesidad de parar y recomponerse. | <p>Baja laboral: incapacidad laboral a consecuencia del malestar psicológico ocasionado por la gestión de UCI durante la pandemia de COVID-19.</p> | |
| <ul style="list-style-type: none"> - Fallecimiento de su tía por COVID. - Situación dramática para su familia. - Duelo no vivido. - Marido e hijo contagiados. | <p>Afectación personal por la pandemia: problemas y pérdidas familiares sufridas como consecuencia de la COVID-19.</p> | |
| <ul style="list-style-type: none"> - Decisiones de ampliación en equipo. - Reuniones con dirección. - Sinergia con médicos. - Sinergia facilita gestión. - Sentirse reconocido. - Trabajo en equipo a pesar de las diferencias. - Sinergia en equipo de direcciones. | <p>Sinergia con otros gestores: buena relación con otros puestos gestores que facilita el trabajo y una dirección/acción conjunta.</p> | <p>ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO: operaciones cognitivas y conductuales realizadas con el objetivo de afrontar los problemas y el estrés ocasionado por la pandemia, así como dificultades presentadas en este proceso.</p> |

| | | |
|---|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - Sin problemas con su equipo. - Centrarse en su puesto y su equipo. - Sentirse reconocido. - Empatizar con equipo. - Trabajo en equipo a pesar de las diferencias. | <p>Sinergia con su equipo: cooperación entre cada gestor y su personal más cercano, que facilita el desarrollo del trabajo y la relación entre ellos.</p> | |
| <ul style="list-style-type: none"> - Equipo como principal motivación. - Motivación por equipo comprometido. - Equipo como apoyo. - Compañeros especiales. - Apoyo de supervisores. - Apoyo de subdirectora. | <p>Apoyo de su equipo: ayuda y ánimo que cada gestor ha recibido de los profesionales a su cargo.</p> | |
| <ul style="list-style-type: none"> - Ayuda profesional. - Desatar nudos emocionales. | <p>Ayuda profesional: búsqueda de ayuda psicológica profesional para enfrentar y tratar el malestar psicológico provocado por la gestión de UCI durante la COVID-19.</p> | |
| <ul style="list-style-type: none"> - Familia como mayor apoyo. - Marido sanitario. - Familia = dosis de realidad. - Familia como mayor crítica. - Familia anima a parar/limitar. - Buena aceptación familiar. - Reconocimiento familiar. - Cuidado familiar. - Papel de los hijos. - Familia = apoyo, | <p>Apoyo familiar: núcleo familiar y ánimo y ayuda que ha recibido por su parte.</p> | |

| | | |
|--|---|--|
| <p>cuidado, compañía, ánimo.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Desconexión con su familia. | | |
| <ul style="list-style-type: none"> - Separar trabajo de vida personal. - Limitar la dedicación al trabajo. - Necesidad de tiempo de calidad. - Invertir tiempo en lo realmente importante. - Valorar las cosas. - Vivir es urgente. - Reflexión de la vida. - Familia le anima a parar. | <p>Trabajo vs Familia: separar la vida laboral de la vida familiar, respetando los límites impuestos.</p> | |
| <ul style="list-style-type: none"> - Escasa comprensión por la gente. - Consejos superficiales de frenar. - Reconocimiento social en la 1ª ola. | <p>Reconocimiento social superficial: ánimo aparente que realmente no ha ayudado para enfrentar las dificultades durante la pandemia de COVID-19.</p> | |
| <ul style="list-style-type: none"> - Enfermeras vs anestelistas. - Choques con otros gestores (no enfermeros). - Esfuerzos inútiles fuera del equipo. - Desmotivación fuera del equipo. - Principios difíciles con gestores médicos. - Error de dirigir esfuerzos fuera del equipo. - Distinción médicos – enfermeras - Mochila de la enfermería. - Decisiones sin contar | <p>Dificultades entre profesionales: problemas de compenetración y sinergia de enfermeros/as y sus gestoras con otros cargos, principalmente externos a la unidad.</p> | |

| | | |
|--|---|--|
| con enfermería. | | |
| <ul style="list-style-type: none"> - Optimismo. - Orgullo de puesto y profesión. - Orgullo por logros. - Intento de gestión positiva. | <p>Espíritu positivo: valorar la situación y su actuación gestora con una perspectiva optimista, tratando de encontrar el lado positivo.</p> | |
| <ul style="list-style-type: none"> - Asegurar descanso de personal. - Transmitir tranquilidad a su equipo. - Ciertas gestiones destructivas. - + saturación = - positividad. - Intento de gestión positiva. - Empatizar con equipo. - intento de dar ilusión. | <p>Competencia personal: autopercepción sobre su propia gestión durante la pandemia de COVID-19.</p> | <p>RESILIENCIA: proceso de aprendizaje, adaptación y logro de crecimiento personal frente a la adversidad enfrentada de gestionar la UCI durante la COVID-19.</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> - Escribir de la vida. - Escritura = estrategia de evasión. - Disposición a hablar de emociones. | <p>Expresión emocional: facilidad y disposición para comunicar y compartir emociones, sentimientos o reflexiones personales.</p> | |
| <ul style="list-style-type: none"> - Ayudar sin autoafectarse. - Aprender a poner límites. - Implicarse sin sobrepasarse. - No malgastar energía. - Limitar la dedicación al trabajo. - Aprender a desconectar. | <p>Limitación de la dedicación: poner límites al tiempo y la implicación en el trabajo.</p> | |
| <ul style="list-style-type: none"> - Capacidad de | <p>Tolerancia a los efectos</p> | |

| | | |
|--|--|--|
| <p>(auto)control.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tranquilidad actual. - Paz interior actual. - Esfuerzo diario. - Feliz por frenar prisas y cansancio continuo. - Cuidarse para cuidar. - Importancia de parar y desconectar. | <p>negativos del estrés: capacidad de manejar las emociones y sentimientos propios y lograr un estado de paz y tranquilidad.</p> | |
| <ul style="list-style-type: none"> - Aprendizaje actitudinal. - Aprendizaje frente a la adversidad. - Esfuerzo y progreso. - Aprender a desconectar. - Desconectar para clarificar. - Virtud en el equilibrio. | <p>Aceptación positiva de los cambios: proceso en el que ha tenido la capacidad de aprender de él mismo, sus emociones y experiencias durante la gestión de la pandemia para afrontar las dificultades venideras con una nueva perspectiva.</p> | |
| <ul style="list-style-type: none"> - Aprender de los errores. - No acusar. - No imponerse objetivos rígidos. - Gestión más general. - Mayor sensación de control. - Mejor reacción y resolución. - Visión más amplia y lúcida. - Valoración objetiva. - Gestión productiva. | <p>Control y progresos de la gestión: proceso de adquisición de conductas más funcionales y positivas que ha ido adoptando en su manera de gestionar y liderar a lo largo de la pandemia, especialmente tras su baja laboral.</p> | |
| <ul style="list-style-type: none"> - El cuerpo le pidió volver. - Volver manteniendo límites. - Sentimiento positivo al volver. - Volvió con ganas. | <p>Vuelta a la UCI: decisión y emociones del regreso a la unidad tras su baja laboral.</p> | |

Fuente: elaboración propia.

4.1 Metacategorías

A pesar de identificar 6 metacategorías, los resultados se han centrado en 4 de ellas, pues son las que se han considerado que realmente explican las experiencias de estas personas frente a la gestión de UCI durante la pandemia, su vivencia y evolución; y responden a los objetivos planteados en la investigación. La gestión enfermera ubica sobre el contexto o el modelo de gestión en el que se desarrolla esta situación y las consecuencias personales son, realmente, el resultado de su vivencia personal durante estos meses.

4.1.1 Incertidumbre laboral

La incertidumbre laboral se refiere a las dificultades vividas en la unidad de UCI durante la pandemia de COVID-19, que se han caracterizado por una sensación de falta de certeza, de falta de control sobre lo que puede estar a punto de suceder, ya que es difícil tener una idea clara sobre la evolución de una nueva enfermedad. La incertidumbre dificulta, a su vez, poder tomar una decisión segura respecto a la organización de la UCI, lo que ha ocasionado cambios frecuentes tanto en la disposición física como en la composición del equipo de enfermería. Esta situación ha puesto en evidencia que el trabajo constituye el espacio donde se ponen a prueba las capacidades de las personas, en este caso las enfermeras, por medio de los éxitos, el aprendizaje y los fracasos (50).

Numerosas noticias se han hecho eco durante esta pandemia de la escasez de material, especialmente de la falta de equipos de protección individual y respiradores, centrando este aspecto como un problema primordial, que ha sido reconocido como uno de los principales retos de la gestión (19).

Resulta curioso que la falta de material haya sido una de las dificultades más difundidas en los medios de comunicación durante la primera ola, y sin embargo, el supervisor de la UCI y la directora de enfermería ni siquiera lo nombran, tan solo hacen mención en una ocasión al requerimiento de más material y la escasez de medios, pero sin otorgarle mayor importancia. Para el supervisor, el verdadero reto de gestión ha sido organizar al personal teniendo en cuenta la escasez de enfermeras con experiencia en cuidados intensivos, pues eso conllevaba la responsabilidad de no poder asegurar unos cuidados de calidad ni la debida atención que requerían los pacientes, ante la falta de conocimientos y habilidades de gran parte de los/as enfermeros/as con las que contaba la unidad.

“la parte más preocupante del asunto era la falta de medios personales, con experiencia (lo aclara despacio y claro), eso es lo que más me ha hecho pensar, lo que más quebraderos de cabeza me ha traído, ese tipo de responsabilidad.” (P1.P.R.)

“no había tantísima gente que supiera de UCI” (P1.P.R.)

La directora, por su parte, reconoce la gran demanda que había de enfermeras para UCI.

“salías de una reunión... “pues hay que hacer 20 contratos más para UCI” (imitando una orden/tarea), imagínate ¿no?, que era así eh” (P2.A.M.)

Esta escasez de personal con experiencia en UCI es precisamente la que reivindicó la Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias (SEEIUC) al comienzo de la pandemia (20), y la que destacaron en la UCI del estudio de Rodríguez y Navarro (51) y en la UCI de un hospital sevillano (29), donde además indicaban que los/as enfermeros/as inexpertos/as en UCI suponían más estrés y carga para las más experimentadas (como, en este caso, para la supervisión de enfermería).

La extensión sin precedentes de personal y camas de UCI ha supuesto un aumento de la carga de trabajo para el supervisor de enfermería de la unidad, que ha requerido una persona con la que compartir el puesto, lo cual concuerda con las recomendaciones de gestión de Jaén y Cortés, que señalaban la necesidad de delegar y repartir el trabajo (36).

“es verdad que el primer mes fue un... fue horrible porque no podía tener ayuda, entonces eso fue lo que más me desgastó a nivel emocional.” (P1.P.R.)

“pero es verdad que es mucho más fácil cuando tú compartes las responsabilidades, en el momento que me pusieron a mi compañera, pusieron a R., simplemente con el hecho de tener a otra persona que esté trabajando contigo codo con codo ya cambia la situación por completo.” (P1.P.R.)

“mi mayor apoyo sea la subdirectora de enfermería” (P2.A.M.)

A pesar de la ayuda, la presión de la situación ha seguido siendo importante, sobre todo potenciada por la incertidumbre a la que en numerosas ocasiones ambos participantes se han referido, ya que la pandemia ha seguido una evolución en olas que les ha llevado a necesidades hospitalarias muy dispares durante la evolución de la COVID-19.

“al final desde marzo del año pasado ha sido un cambio constante” (P1.P.R.)

“a lo que nosotros hemos vivido que es un constante cambio de abro camas, cierro camas, necesito personal, ahora menos, incluso dentro de los propios módulos dependiendo del día”

(P1.P.R.)

“Y bueno, pues es verdad que la pandemia nos ha estado sorprendiendo constantemente, en cada ola hemos tenido que vivir una situación diferente, ninguna ola ha sido, para mí, similar, la primera ola no ha tenido nada que ver con la segunda, con la tercera, con la cuarta... y nos ha exigido diferentes decisiones, diferentes retos y adaptarnos, transformarnos más que

adaptarnos.” (P2.A.M.)

Esto explica el caos, el desorden y la dificultad de organizar con antelación en esa situación en la que realmente, como el supervisor dice, no se sabía qué iba a pasar ni siquiera en el mismo día.

“una presión en la garganta que no te dejaba respirar porque era el no saber, la incertidumbre constante, qué me voy a encontrar hoy, qué va a pasar esta tarde o a lo mejor empezabas la mañana bien y a las dos horas era todo un desastre otra vez, o sea era el cambio continuo”

(P1.P.R.)

“y el no saber cómo se van a organizar las cosas, por mucha información que tú quieras dar cuando ni tú mismo sabes cómo vas a organizar, pues eso llega a la gente, por mucho que la gente intente estar tranquila porque sabe que tú estás ahí, al final como tú no tienes toda la información, tú no puedes dar toda la información, y eso genera un poco de incertidumbre”

(P1.P.R.)

La consecuencia principal de esa incertidumbre ha sido la falta de control, tanto sentida por los gestores como por los/as enfermeros/as, que han podido percibir algunas decisiones (traslados, habilitación de módulos, etc.) incluso como una improvisación. Esta incertidumbre, y el caos posterior, eran también manifestados por las enfermeras de UCI de la investigación de Rodríguez y Navarro (51).

“lo que peor lleva la gente que trabaja en el entorno de intensivos, y que le gusta tener las situaciones controladas, es ese descontrol que se te genera” (P1.P.R.)

“ya no a hacer algo distinto de manera controlada, hacer algo distinto de manera descontrolada” (P1.P.R.)

“se han tenido que tomar decisiones muy rápidas, que en muchos momentos yo entiendo que haya dado la sensación de que eran improvisadas, porque puede dar esa sensación, ¿no? (...)

cuando se ha abierto una unidad de UCI en la REA, o se ha decidido qué eran sucios, qué eran limpios, o se decidía que esta tarde se hacía el traslado de este módulo a tal” (P2.A.M.)

Del mismo modo, al ampliarse el equipo, parece que las conexiones se han debilitado, puesto que los equipos pequeños son más fáciles de gestionar y, por tanto, se entiende que también de mantener unidos.

“al final cuanto más pequeño es un equipo más sencillo, sobre todo si se trata de un equipo donde tú ya los conoces desde hace mucho tiempo y sabes lo que puedes esperar de cada persona” (P1.P.R.)

Aunque desde el puesto de la dirección de enfermería, la gestión se complicaba y la necesidad de coordinación con direcciones provinciales, centros, supervisores, servicios y otros colectivos a los que había que dar respuesta inmediata creció exponencialmente.

“la dirección de enfermería ha tenido que asumir decisiones... o que posiblemente en algún momento pues, excedieran su competencia, pero había que decidir, había que decidir” (P2.A.M.)

Esta situación ha generado así un desconcierto, tanto por las nuevas ubicaciones como por los nuevos miembros de enfermería, ante el cual el supervisor de UCI y la directora de enfermería han percibido un malestar psicológico de los/as enfermeros/as.

“Cuando por mucho que se pasara todo este personal de cuidados, que lo sabían, los mueves a otros sitios, les generas un estrés, añadido (tono de aclaración, contundente) a la situación que ya tienen y sobre todo a tener que trabajar con sus compañeros que no son los habituales” (P1.P.R.)

“lo que más me ha costado es asumir esa carga emocional de los profesionales y esa mochila que yo digo que hemos tenido...que tenemos todos tan cargada y, además, con nuestra verdad, con la verdad de cada uno de nosotros, ¿no?, con nuestras familias, con nuestros miedos, profesionales y personales” (P2.A.M.)

Este desconcierto también fue encontrado por Maben y Bridges, que le denominaban extrañamiento y añadían que podía dificultar la expresión emocional o el compartir dificultades y dudas entre los/as compañeros/as (52).

4.1.2 Malestar psicosocial

El malestar psicosocial hace referencia al sufrimiento emocional y psicosocial sufrido como consecuencia de liderar la UCI durante la pandemia de COVID-19. La pandemia ha supuesto un suceso extraordinario, pudiendo llegar a ser muy angustiante por la amenaza que suponía, que a nivel profesional se ha vivido por muchos/as enfermeros/as con gran incertidumbre, desconocimiento sobre cómo actuar, cambios en el desempeño laboral, aumento de la carga de trabajo, necesidad de coordinar diversos recursos materiales y personales para dar respuesta a la pandemia, etc. A su vez, esta situación ambiental ha podido ocasionar, y de hecho en estos investigados ha ocasionado, cambios en la vida diaria de los/as enfermeros/as, o potenciar factores estresantes cotidianos (como esa prisa continua que comentaba el supervisor). Todo ello ha llegado a tener importantes consecuencias en el bienestar de estos/as profesionales. (53) (54)

Sentimientos de estrés, angustia, soledad y culpabilidad

La carga de trabajo, la incertidumbre y el descontrol han llevado a la tensión, la presión y consecuencias psicológicas: estrés y, lo más sentido por el supervisor, angustia.

“la palabra que más se ha repetido en mi cabeza y más he sentido ha sido angustia, angustia, para mí la angustia es algo, ehh, es algo que, o sea, una situación por la que tú estás pasando que no eres capaz de controlar ni de manejar” (P1.P.R.)

“era como tener continuamente una presión en la garganta que no te dejaba respirar porque era el no saber” (P1.P.R.)

La directora de enfermería, en relación con las emociones, manifiesta lo aprendido y el cansancio extremo, además de reconocer y compartir los sentimientos percibidos por los/as enfermeros/as.

“emocionalmente yo diría que yo resalto lo que hemos sido capaces de hacer, o sea, resalto emociones positivas (tono más fuerte), y luego un cansancio extremo, un cansancio de eso, de estar cansado (tono más bajo/débil), de que te deja muy vacío” (P2.A.M.)

“yo no... no... no veo que me sienta, por ejemplo...pues yo sé que mucha gente pues ha tenido mucha repercusión en sus emociones, que está pues sufriendo una depresión, o ha tenido mucha tristeza, ha tenido miedos...” (P2.A.M.)

“Cuando a ti te están diciendo los profesionales cosas yo les diría también “pues yo me he sentido también así, yo me he sentido sola, yo me he sentido triste, yo me he sentido pues... sobrecargada” (simulando contestación)” (P2.A.M.)

Todos estos sentimientos de estrés, ansiedad, angustia, tensión e incertidumbre coinciden con los reconocidos por los/as enfermeros/as de UCI de la investigación de Rodríguez y Navarro (51), así como por otros/as enfermeros/as en China (55).

Sin embargo, otra emoción que refiere en varias ocasiones la directora es la soledad, la soledad asociada a un puesto gestor, y que podría potenciarse en esta situación. Por tanto, las recomendaciones de Jaén y Cortés (36) sobre el reparto de funciones y la importancia del trabajo en equipo durante las crisis podría referirse no solo al aumento de la carga de trabajo sino también a la necesidad de apoyo emocional para sobrellevar esa situación.

Estas expresiones parecen mostrar el malestar generado por no poder tener la situación bajo control, y esto es en parte debido a la sociedad contemporánea, en la que se tratan de controlar y asegurar, mediante la tecnología, absolutamente todos los aspectos de la vida. Sin embargo, el riesgo que se tiene que asumir ante el exponencial progreso es esa incertidumbre que devuelve la naturaleza (56). Tal y como nombraba Bauman, los ciudadanos se convierten en adictos a la seguridad pero siempre inseguros de ella, y esto a su vez contribuye a vivir en un permanente estado de emergencia (57); el cual ha sido reconocido por el supervisor.

“siempre tenías que estar alerta por lo que pudiera pasar y eso te hace estar siempre, bbfff, preparado para lo que pueda venir y eso te hace siempre correr” (P1.P.R.)

Otra expresión frecuentemente usada por los informantes es la carga, especialmente, lo que más les ha afectado emocionalmente ha sido la carga de la responsabilidad.

“a mí lo que más me ha cargado es la responsabilidad tan grande que cada uno teníamos dentro de nuestra área” (P1.P.R.)

“porque bueno, pues claro, las responsabilidades son, cuanto más arriba estás, pues, pues, son más grandes, y al final pues eso conlleva pues... bff, mucha presión ¿no? Entonces bueno...” (P2.A.M.)

Parece que, tras esta responsabilidad, lo que subyace es el temor a la culpa, a sentirse culpables de las dificultades vividas en la UCI o de los sentimientos de sus enfermeros/as.

“Al final un supervisor tiene que garantizar la seguridad del paciente con su personal y no en todos los casos al principio lo hemos podido garantizar” (P1.P.R.)

“pero lo que más me ha costado es asumir esa carga emocional de los profesionales y esa mochila que yo digo que hemos tenido” (P2.A.M.)

Tras el aprendizaje posterior a su baja, el supervisor reconoce que tanto autoculparse de las dificultades de cada persona como acusar de los errores de trabajo que se dan entre la enfermería es algo que hay que evitar.

“pero yo no soy responsable de lo que les pasa al resto de los compañeros, yo les puedo echar una mano y se la daré pero no voy a intentar solucionar la vida a todo el mundo” (P1.P.R.)

“Si le dan una vuelta y lo que hacemos es acusar todo el rato, a todo el mundo, pues al final incluso la persona más atrevida o la persona que más equipo quiera hacer, también se va a callar” (P1.P.R.)

La revisión de da Silva y Barbosa (58), sin embargo, se refería a la culpa como algo casi inevitable y totalmente comprensible ante tanto sufrimiento humano y tanta desgracia alrededor de uno mismo.

Necesidad de parar y no poder

La otra gran secuela psicológica encontrada es el ritmo de vida acelerado, la sensación de correr continuamente, ese “no parar” que manifestaban los/as enfermeros/as de UCI del estudio de Rodríguez y Navarro (51).

“la secuela que yo he tenido durante mucho tiempo era la sensación de correr, de no poder parar en ningún momento” (P1.P.R.)

“siempre tenía mucha prisa por, porque, por esa sensación de tener que correr, correr, planificar, hacer, no sé qué” (P1.P.R.)

“cuando tu cabeza no es capaz de parar porque está sometida a un estrés todo el día, no es capaz de desconectar en el momento que te lo pide el cuerpo, pues entras en la rueda de no poder parar, ¿sabes?, y eso es una cosa complicada” (P1.P.R.)

El supervisor ha reconocido y superado esta situación tras darse cuenta del malestar que le generaba, mientras que la directora, aunque es consciente también de ello, sigue inmersa en

ese ritmo, y aunque sabe que es necesario parar para poder seguir, realmente aún no se lo plantea.

“me ha querido parar el cuerpo, porque yo no quiero parar, (...) y yo veía que estaba pues límite, pero bueno no he cogido el COVID, bueno, y yo decía por favor que no me ponga mala que yo no quiero faltar.” (P2.A.M.)

“Pues...mmm, no me lo..., o sea, me lo debería plantear (risa). Ese es el tema, me lo debería plantear, es verdad que a mí me lo dice mi familia que tengo que parar que...” (P2.A.M.)

“Sí, sí, tengo que encontrarlo. Además lo sé, que tengo que encontrarlo, que lo necesito para poder seguir dando pues todo lo que... además hace poco escribí también de eso, de parar, pero...” (P2.A.M.)

“que quizás los momentos donde el cuerpo te, te..., o sea, donde bajas esa intensidad, es cuando notas que estás peor, cuando notas que tu cuerpo y tu mente te dice “oye que como no pares te voy a parar yo” (P2.A.M.)

De hecho, tras superar un poco los retos y las dificultades vividas en el hospital, se ha sumergido en nuevo desafío profesional, la vacunación contra la COVID-19, también como principal responsable de la misma.

“hemos estado y estamos en los grandes retos, por ejemplo, la estrategia de vacunación para mí es lo más importante que está pasando ahora mismo en el mundo” (P2.A.M.)

“Y ahora, pues ya te digo, que ahora estamos con el tema de la vacunación y, y... pues bueno, el tener esa responsabilidad, pues te obliga un poco a estar también...” (P2.A.M.)

“Es verdad que te metes en una dinámica que es difícil salir, no digo que sea bueno, ¿sabes?, pero que es complicado, o sea que es verdad que por ejemplo ahora estás con la vacunación y dices, “¿pues cómo no bajo al San José a ver cómo van?”” (P2.A.M.)

Sin duda, esto se relaciona con el estilo de vida impuesto en las sociedades occidentales, la sociedad del no hay tiempo, de querer hacer muchas cosas, plantearse más y más actividades, pero sin poder apenas disfrutar de ninguna de ellas y, sobre todo, sin dedicarse tiempo a sí mismo ni a la socialización. Pues tal y como reflexionaban Araújo y Cardozo, la aceleración es la mayor experiencia de la hipermodernidad (aceleración social, del tiempo de trabajo, del ritmo de vida) (59).

“digo ya voy a morir de éxito...” (P2.A.M.)

Esto se demuestra claramente cuando los informantes hacen unas pequeñas puntualizaciones que, sin embargo, resultan vitales para entenderlo: el problema no ha sido solo la COVID-19, sino todo lo que acarreaban previo a la COVID-19, puesto que llevan años con ese ritmo de vida.

“Ehh, te cuesta parar, porque estás metida, yo por lo menos, ¿no?, he sido un poco siempre así, ¿no?, en todos los puestos que he tenido” (P2.A.M.)

“ahora mismo tengo mi cabeza ordenada, tengo una paz interior que hace años que no tenía, porque yo al COVID llegué muy desgastado” (P1.P.R.)

“por lo cual, no es solamente el COVID, es el previo al COVID” (P1.P.R.)

Las mismas autoras anteriores manifiestan precisamente que la flexibilidad laboral se está convirtiendo en una realidad imperante (59). Y, durante la pandemia, en este caso, se ha potenciado esta flexibilidad, con una disponibilidad casi 24 horas que les lleva a no dedicarse tiempo a ellos ni dedicárselo a sus familias.

“y encima si te quitan los períodos de descanso y cuando te vas a tu casa sigues pensando qué más se puede hacer o cómo puedes solucionar esto, o estás continuamente atendiendo a las demandas del personal...” (P1.P.R.)

“Casi 24 horas, al final... (Hace pausa, impresiona de organizar pensamiento, y sigue) cuando tú acostumbras a la gente a una serie de cosas, ehh, y te crees que las cosas funcionan mejor así, porque estás informado, porque tienes...pues eres incapaz de desconectar porque no le has enseñado a la gente que llega un momento en el que tú no estás disponible” (P1.P.R.)

“Pero... sí, tenemos mucha disponibilidad, y te llaman mucho, y te llaman desde servicios centrales y, chst, bueno, pues sí, es una disponibilidad muy, muy permanente.” (P2.A.M.)

“te metes en un círculo y estos puestos te permiten trabajar las 24h del día los 365 días del año. Tú te vas, y te vas con trabajo, en verano te están llegando, vamos... contacto telefónico, los correos no paran, entonces bueno, pues es difícil aprender a parar.” (P2.A.M.)

“a la hora de la verdad, a la persona que menos cuidaba era a mí mismo” (P1.P.R.)

“sobre todo le estoy robando el tiempo de estar con mi familia, estando conectado a un teléfono” (P1.P.R.)

Este desequilibrio generado entre la dedicación laboral y su vida personal muestra cómo la vocación y la dedicación se han convertido en un arma de doble filo:

“Cuando tú le dedicas a tu trabajo en un momento dado porque las circunstancias lo requieren, todo tu tiempo, es tu mayor fortaleza, pero es tu mayor debilidad porque se lo estás quitando a otras personas o a otras circunstancias” (P1.P.R.)

“¿Sabes lo que pasa? Que me gusta también esto. Me gusta la gestión y... y a lo mejor soy, tengo un compromiso que se pasa de la campana de Gauss hacia el lado patológico casi, ¿no?, o sea se pasa porque lo bueno es el equilibrio.” (P2.A.M.)

Sin embargo, los investigados, ante esta adversidad, se han dado cuenta de cuáles son sus verdaderas necesidades y lo más importante:

“al final las necesidades que nosotros tenemos de descansar, de estar esos ratitos que estás con los tuyos que te reconfortan mucho” (P1.P.R.)

“y al final para mí el trabajo es muy importante, pero te das cuenta que la vida personal lo es mucho más” (P1.P.R.)

“el tiempo de cada uno es muy valioso y tienes que invertirlo en lo que realmente te renta a nivel personal y a nivel emocional” (P2.A.M.)

*“he reflexionado mucho de la vida y de lo importante que son las pequeñas cosas y de lo importante que son... pues vivir, ¿no?, que vivir es urgente, y que hay que aprovechar cada momento y que hay que valorar mucho lo que tenemos, porque es tan, tan sutil, tan efímero que, en cualquier momento, pues hemos visto que se ha sufrido mucho en muchas familias.”
(P2.A.M.)*

El ritmo de vida acelerado ha impuesto además una autoexigencia que, a su vez, les ha llevado a ponerse cada vez más objetivos. Esta hiperexigencia de la sociedad actual es la que, según Araújo y Cardozo, llega a agotar, a quemar (59).

“es verdad que al final cada vez te exiges, bueno, cada vez me exigía más, cada vez quieres trabajar mejor, a la vez cada vez estas más cansado, rindes la mitad, pero quieres seguir trabajando al mismo nivel y es la pescadilla que se muerde la cola” (P1.P.R.)

“cuando tú das el 300 o el 500% y encima te piensas que no es suficiente quieres seguir dando más cada vez y llega un momento que tu cabeza ya no responde porque no es capaz de dar más” (P1.P.R.)

“y en este momento, pues yo creía que tenía que darle como yo digo a la pandemia o a los...bueno, daros a vosotros, aunque no se perciba siempre igual, ¿no?, pero daros lo que yo creía que necesitabais” (P2.A.M.)

“pero una vez que lo conozco, pues claro, ya es verdad que me cuesta mucho el decir me desvinculo totalmente, ¿sabes?, si lo conozco, si llega a mí, intento de alguna forma intentar que se solucione” (P2.A.M.)

Por otro lado, a la pandemia se le ha reconocido como una batalla, en la que los/as enfermeros/as tenían que luchar, otorgándoles el papel de héroes, sobre lo cual reflexionan de Maia *et al.* (60); pues otorgarles este papel ha podido aumentar la dedicación y responsabilidad, llegándose a convertir en víctimas cuando ha aparecido el cansancio y el agotamiento físico y psicológico.

“teníamos que seguir porque teníamos que sacar la situación adelante” (P1.P.R.)

Ante estas tensiones y malestares emocionales, el supervisor reconoce una incapacidad de manejo, de forma que se han ido acumulando en vez de gestionando en cada momento (porque, nuevamente, no había tiempo para atender a estas demandas propias), y han llevado a formar lo que ha denominado nudos emocionales.

“todo esos son nudos que se te van quedando que luego, ha llegado un momento que los he tenido que deshacer porque te pesa mucho la mochila” (P1.P.R.)

Estos nudos emocionales acumulados han concluido en una baja laboral por estrés, lo cual está en línea con los resultados de numerosos estudios al inicio de la pandemia, que ya indicaban la importancia de un seguimiento psicológico de los/as profesionales por el riesgo de estrés postraumático (61).

“como que me he tirado 5 semanas de baja en mi casa por, por el estrés” (P1.P.R.)

Nuevamente, la práctica de no reconocer el cuidado psicológico como prioritario es habitual en la población, a pesar de vivir bajo continua sensación de tensión, lo que explica el aumento desmedido de enfermedades mentales que sufre la sociedad actual; y, más aún, la gran incidencia de malestares psicológicos como los referidos que, aunque no se catalogan como enfermedad, no hay que negarlos, pues generan un sufrimiento psíquico. (59)

En el caso de la directora, a pesar de reconocer malestares emocionales (estrés, tristeza, etc.), hace mucho hincapié en el cansancio, concretamente un cansancio extremo, como consecuencia de esa vida acelerada.

“Extremo, absolutamente extremo. Y sigo teniendo cansancio extremo...” (P2.A.M.)

“Yo se lo decía ahora mismo a una persona hablando hace poco, bueno, esta mañana “mira yo como mínimo estoy tan cansada como el que más cansado esté del hospital, como mínimo, no digo más, pero te aseguro que menos no” (imitando contestación). Porque es la verdad, es la verdad” (P2.A.M.)

4.1.3 Estrategias de afrontamiento

El malestar psicosocial que se genera ante esta experiencia estresante no depende solo de la pandemia como tal, sino también de la percepción de la persona sobre esta situación (como amenazante), así como de su propia vulnerabilidad y capacidad de afrontarla. El manejo que los/as enfermeros/as gestores/as han tenido depende del modo en que han resuelto o se han sobrepuesto a este acontecimiento. Concretamente, las estrategias de afrontamiento son definidas como operaciones a nivel conductual y cognitivo que las personas realizan con el propósito de manejar demandas evaluadas como desbordantes a sus recursos, reduciendo la tensión y restableciendo la armonía del organismo. En este caso, las operaciones cognitivas y conductuales de las enfermeras gestoras han tenido como objetivo afrontar los problemas y el estrés ocasionados por la pandemia. (53)

Las estrategias de afrontamiento se pueden clasificar en dos tipos: centradas en el problema, cuando la persona analiza y enfrenta la situación, y centradas en la emoción, cuando el sujeto se centra en manejar las emociones porque considera que la situación sobrepasa sus propios recursos (53). Dentro de las estrategias de afrontamiento centradas en el problema, en este caso, destaca la solución planificada de problemas, dirigida a planificar e iniciar acciones efectivas y directas a solucionar los inconvenientes que han ido surgiendo. Realmente, esta estrategia no fue efectiva inicialmente para el supervisor, pues tenía una sensación de descontrol, pero poco a poco ha adquirido mayor capacidad de manejo. Esto se relaciona con que el afrontamiento se entiende como un proceso susceptible de ser aprendido, que puede cambiar en función de la valoración de los propios esfuerzos como exitosos y que requiere un esfuerzo dirigido a manejar la situación (53).

“pero en ese momento no teníamos ni capacidad de control ni capacidad de manejo” (P1.P.R.)

“a nivel de gestión ha sido todo más planificado, yo no he tenido esa sensación de descontrol en ningún momento” (P1.P.R.)

“es verdad que he aprendido a manejarme y a manejar las situaciones, y a utilizar todo eso de manera positiva y productiva” (P1.P.R.)

“todo eso te hace reaccionar muchísimo mejor frente ante determinadas situaciones, y sobre todo que tu cabeza funcione muchísimo mejor a la hora de resolver problemas, a la hora de plantear alternativas, a la hora de no obcecarte con problemas muy pequeños y saber darle a cada situación el valor que merece en un momento dado” (P1.P.R.)

“esto es un trabajo diario, al final, tú no encuentras la fórmula mágica para enfrentarte a todo tipo de situaciones, pero sí que es verdad que tienes las armas y los elementos para poder gestionar según qué cosas y sobre todo para poder ayudarte” (P1.P.R.)

Para la directora de enfermería, aunque haya podido dar la sensación de improvisación, eran decisiones rápidas pero necesarias, destinadas a solucionar una situación en un momento concreto.

“creo que la dirección de enfermería ha tenido que asumir decisiones... o que posiblemente en algún momento pues, excedieran su competencia, pero había que decidir, había que decidir” (P2.A.M.)

“en otras ocasiones pues hemos tenido que llevar pues un poco la bandera y ser nosotros los que, ehh (piensa), un poco impulsáramos ese cambio o eso, eso que hubiera que hacer vamos” (P2.A.M.)

“es verdad que la pandemia ha sido muy complicada. O sea, lo que en condiciones normales puedes llevar una estrategia y un proceso y un orden y una manera, pues excedía cualquier... cualquier posibilidad de, de... mmm, de normalización. Entonces, yo entiendo que la pandemia pues es verdad que hemos todos asumido lo que hemos podido y lo que no pues hemos intentado solucionarlo de alguna manera, ¿no?” (P2.A.M.)

La otra estrategia de afrontamiento centrada en el problema, que también puede ser considerada centrada en la emoción, es la búsqueda de apoyo social, puesto que han acudido a otras personas para buscar ayuda, información y consejos pero también comprensión, empatía y apoyo emocional. Respecto a la primera opción, ambos gestores afirman que la gestión de la pandemia ha sido un trabajo en equipo y se ha logrado una buena sinergia para enfrentar los inconvenientes.

“Luego es verdad que yo creo que hemos, sobre todo en la primera fase, luego claro eso va cambiando, pero bueno en general hemos tenido un buen equipo de todas las direcciones, con nuestras dificultades como no puede ser de otra manera, pero hemos sido bastante equipo y nos hemos apoyado mucho” (P2.A.M.)

“Realmente, era un poco un trabajo en equipo, sobre todo antes, el año pasado como un poco nos pillaba a todos de sorpresa, pues al final era un poco, mediante reuniones de equipo con la dirección tanto de médicos como la dirección de enfermería decidíamos un poco entre todos cuál era el mejor sitio o de qué manera se podía hacer.” (P1.P.R.)

“los principios fueron muy complicados, pero es verdad que a día de hoy tenemos una sinergia muy buena y es verdad que tomamos todos la misma dirección y a la hora de valorar el cómo gestionar una unidad es mucho más sencillo si tienes al colectivo médico de tu parte.” (P1.P.R.)

Aunque también han reconocido dificultades en las relaciones sociales dentro del trabajo, como la difícil compenetración entre los/as enfermeros/as y anestelistas o entre gestores de distintos servicios.

“te cambian (...) incluso con los médicos con los que estás acostumbrado a trabajar de manera regular, entonces claro, todo eso son cosas que son muy difíciles de articular” (P1.P.R.)

“entonces claro, todo chocaba mucho y todo no encajaba...” (P1.P.R.)

“sí que es verdad que, fuera del equipo, lo que es mi equipo más próximo, sí que muchas veces hay cosas muy desmotivadoras” (P1.P.R.)

“tiene que ver con otros puestos de gestión, pero no dentro de nuestro propio colectivo. Bueno, al final hay gente, esto es la vida, al final hay gente con la que congenias y eres capaz de trabajar muy bien, y gente con la que no congenias y por mucho que tú te empeñes en hacerlo y en modificar ciertos aspectos o en adaptarte a las circunstancias, chst, pues hay cosas que no ruedan y no van a rodar nunca” (P1.P.R.)

“yo creo que tiene mucho peso la relación aquí entre distintas categorías profesionales, entre médicos y enfermeras, que eso a enfermería nos hace tener una mochila importante que yo creo que nos la tenemos que quitar de alguna manera” (P2.A.M.)

“En general sí, pero no siempre estás en la misma línea” (P2.A.M.)

Las dificultades encontradas pueden relacionarse con el individualismo que se potencia en la sociedad actual que, tal y como indicaba Bauman (57), dificulta las relaciones con terceros,

especialmente con extraños, como serían en este caso los profesionales de fuera del equipo, con quien se han vivido las dificultades.

Además, el supervisor reconoce que dirigía sus metas, sus esfuerzos, a satisfacer a otros. Esto puede guardar relación con que en la sociedad actual hay un esfuerzo por mostrar a los demás la imagen con la que se quiere ser reconocido (59), y esto puede provocar que no se busque el reconocimiento propio sino el de terceros, lo que lleva a un enfoque equivocado, como se dio cuenta él mismo.

“Yo antes empleaba mis esfuerzos hacia otras personas (impresiona que está cuidando mucho qué y cómo lo dice), a pesar de que trabajaba mucho por mi equipo, enfocaba mis esfuerzos hacia un sitio donde no los tenía que enfocar” (P1.P.R.)

“Muchas veces por el hecho de querer ayudar, enfocas tus esfuerzos o gran parte de tus esfuerzos, a ayudar a otras personas que están fuera del equipo porque crees que les puedes aportar algo, pero al final eso a ti no te beneficia. Yo he entendido que cuando una persona requiere algo tuyo, va a venir a buscarlo, entonces el esfuerzo lo tienes que hacer en ese momento” (P1.P.R.)

Respecto a la búsqueda de apoyo emocional, se reconoce un apoyo social y familiar. Ambos consideran a la familia como su principal apoyo, y pasar tiempo con ellos como una de sus principales motivaciones, en contra de la tendencia de algunos/as enfermeros/as al autoaislamiento social por el miedo al contagio o la protección de sus allegados, que han encontrado otros autores (62). La directora sí que nombra que le daba miedo contagiar a su familia, pero no un miedo importante que le lleve a aislarse, y el supervisor niega haber tenido miedo, quizás porque en este caso su pareja también es profesional sanitario.

“ellos me han apoyado mucho, pues cuidándome, estando conmigo siempre, apoyándome, animándome si me veían algún día más floja... y luego diciéndome que pare, aunque no les haya hecho caso” (P2.A.M.)

“Sí, sí, sin duda. Yo mi familia, para mí, es vital, es vital” (P2.A.M.)

*“afortunadamente en mi casa pues estamos... intentas hacer, o ver una serie, o tal, o...”
(P2.A.M.)*

“no he tenido miedo, tenía miedo pues de si lo cogía y lo podía transmitir a mi familia, eso sí, pero bueno, no un miedo importante” (P2.A.M.)

“mi marido también se dedica a esto, trabaja también aquí, ha visto todo lo que había, y no he podido tener mejor apoyo” (P1.P.R.)

En cuanto al apoyo social, el asociar la pandemia a una guerra, como se ha comentado previamente, indirectamente conlleva que la población ponga la responsabilidad de salvar la tragedia en manos de las enfermeras, entre otros profesionales. Como encontraron otros autores, se crea un compromiso a cambio de reconocimiento y confianza (58).

*“era una cosa que iba muy con nosotros, socialmente estábamos como muy reconocidos”
(P1.P.R.)*

“la gente quería trabajar y quería echar una mano” (P1.P.R.)

“yo hay muchas veces que he dicho pues “algún día pensaremos lo que hemos hecho para el mundo” (imitando/verbalizando pensamiento) y ahora mismo lo pienso” (P2.A.M.)

“hemos tenido un reconocimiento importante...digo a nivel alto, a nivel de...” (P2.A.M.)

Aunque, realmente, el supervisor ha encontrado este apoyo social como insuficiente, ya que se ha terminado percibiendo como temporal y, cabría decir, hasta superficial. Esto está en línea con lo que los/as enfermeros/as del Hospital Universitario Clínico de San Cecilio predecían que iba a pasar: los aplausos terminarían y dejarían de ser héroes (51).

“en la primera ola todo el mundo estaba súper motivado porque era una cosa que iba muy con nosotros, socialmente estábamos como muy reconocidos, el tema de los aplausos, el tema de todo lo que nos llegaba al final era un poco, ehh, una cosa que nos motivaba y nos ayudaba a seguir, (...). Eso es como todo, tiene su fecha de caducidad, cuando las cosas se alargan en el tiempo el desgaste hace que tú pierdas la motivación sobre todo en ese sentido” (P1.P.R.)

El otro gran apoyo emocional al que tantas veces hacen referencia es al de sus equipos. Verse inmersos y comprometidos con una misma causa ha sido su gran motivación.

“Mi motivación principal es el equipo, (...). Cuando tú tienes un equipo con el que se puede trabajar, un equipo que es capaz de sacar el trabajo adelante y un equipo con el que puedes hacer cosas, es la principal motivación” (P1.P.R.)

“al final las personas son las que te ayudan a seguir y mi equipo ha trabajado fenomenal durante todo este año y es en lo que yo me apoyo de manera constante. Obviamente dentro del equipo hay gente con la que tengo muchísima más confianza, de hace muchísimos años y es

en la gente en la que más te apoyas de manera directa, a nivel laboral y a nivel personal”

(P1.P.R.)

“es verdad que también yo me he sentido apoyada por los supervisores, P.R. por ejemplo,”

(P2.A.M.)

“bueno, quizás mi mayor apoyo sea la subdirectora de enfermería, que me la traje de Alcalá y yo me siento pues muy apoyada por ella.” (P2.A.M.)

Y también percibir que pueden confiar en su personal, esos apoyos especiales que el supervisor nombra refiriéndose a las enfermeras más experimentadas y, en el caso de la directora, el apoyo de su subdirectora. Además, la directora hace mucho hincapié en la necesidad de la cercanía con los/as enfermeros/as, lo cual concuerda con los resultados de Hou *et al.* (63), quienes también enfatizaban la importancia de la cohesión entre los líderes y el equipo para minimizar los efectos de la pandemia en todos los trabajadores.

“yo soy muy, muy defensora de que... yo cuando he sido supervisora y yo se lo digo a todos los supervisores, que hay que estar en la Unidad, que hay que estar allí, que hay que saber lo que pasa” (P2.A.M.)

“Yo de vez en cuando subo, menos de lo que quisiera, pero subo. Ehh, pues es difícil que tú los veas cercanos si no los ves nunca ¿vale?” (P2.A.M.)

Siguiendo con las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción, ha habido una aceptación de la situación complicada atravesada y su responsabilidad en ella y una reevaluación positiva de la misma, intentando darle un significado positivo, puesto que ambos manifiestan intentar mantener el espíritu optimista a pesar de las adversidades.

“Sin duda, sin duda, yo creo que a nivel profesional es el reto más difícil al que nos hemos tenido que enfrentar” (P2.A.M.)

“Bueno, porque es verdad que, yo creo que, ehh... resalta lo positivo. Está claro que lo positivo no va unido a una positividad... es una positividad realista” (P2.A.M.)

De hecho, la directora prima los sentimientos positivos a los negativos, el orgullo por lo que han conseguido, que es lo que le permite poder mantener el ritmo de trabajo y exigencia. El orgullo ya fue referido por una líder enfermera de un estudio realizado en Ecuador, que también encontró satisfacción en las enfermeras de UCI por su trabajo cuando los pacientes eran dados de alta a planta (64).

“Entonces, por un lado, yo siento un orgullo importantísimo y, por otro, eh mmm, pues un cansancio enorme, ¿no? Pero, en general, emocionalmente yo diría que yo resalto lo que hemos sido capaces de hacer, o sea, resalto emociones positivas” (P2.A.M.)

Sin embargo, el supervisor no fue capaz de mantener el positivismo en todo momento y se tuvo que enfrentar a sus propias debilidades para poder recuperarlo. Para ello, utilizó la estrategia del distanciamiento, puesto que mediante su baja laboral consiguió alejarse de los problemas en el trabajo a causa de pandemia, no pensar en ella y que dejara de afectarle.

“Al principio sí, sí, y al final siempre, o sea, yo soy muy optimista por naturaleza, siempre intento ver las cosas de la mejor manera posible (...) pero llega un momento que cuando, cuando estás tan saturado todo te parece mal, todo lo ves mal, no estás a gusto con nada” (P1.P.R.)

Para lograr este progreso, lograr controlar los propios sentimientos y respuestas emocionales negativas ocasionadas por la COVID-19, los informantes han tenido que utilizar la estrategia de auto-control. El supervisor de UCI tuvo gran dificultad para gestionar sus emociones pero, tras la baja laboral, ha logrado un manejo de las mismas, gracias también a la ayuda psicológica recibida.

“Cuando yo estoy muy estresado, el tener que desahogarme en ese momento es muy complicado, entonces yo lo que hago es seguir, seguir, seguir...” (P1.P.R.)

“Una vez que empecé a trabajar, con ayuda (baja ritmo, tono de clarificar), todos esos aspectos, empiezas a desatar toda esa serie de nudos que tienes en tu cabeza” (P1.P.R.)

La directora de enfermería ha mostrado un control de las emociones, que puede estar relacionado con una mayor facilidad a expresar los sentimientos, tanto con su personal como mediante la escritura, puesto que permite tomar más conciencia del problema y sus consecuencias.

“Yo escribo mucho de emociones, de la vida, de cosas que se me ocurren, de...” (P2.A.M.)

“yo por ejemplo después de la primera fase de pandemia, en junio o así, yo soy muy de hacer presentaciones de como yo digo de vida, ¿no?, hablando de la vida, de las emociones, y yo preparé una presentación para los cargos intermedios, para los supervisores, para los líderes que yo prefiero llamar ¿no?, bueno pues un poco viendo un poco de futuro, en junio del año pasado, que quedaba mucho por pasar, pero bueno, un poco intentando dar un poco de ilusión” (P2.A.M.)

La expresión y comunicación, como bien indican Moreira y Ferreira, es fundamental para el desempeño adecuado de la profesión enfermera y se han podido ver afectadas por la distancia social impuesta por el coronavirus (65), aunque esta enfermera haya mostrado facilidad para ello.

4.1.4 Resiliencia

La resiliencia se define como una cualidad personal para afrontar situaciones de estrés con éxito, teniendo más probabilidad de adaptarse adecuadamente a situaciones de adversidad, como la pandemia de COVID-19. Se identifican cinco factores: competencia personal, altos estándares y tenacidad; confianza en la intuición, tolerancia a los afectos negativos y fortaleza frente al estrés; aceptación positiva de los cambios y relaciones seguras; control; e influencia espiritual. De hecho, muchos de estos factores se han ido alcanzando por los informantes con las estrategias de enfrentamiento, tal y como se ha especificado en la metacategoría anterior, especialmente la tolerancia a los efectos negativos del estrés, el control y la aceptación positiva de los cambios. (66)

En el caso del supervisor, parece que, al final, tras romperse psicológicamente, ha encontrado la manera y ha contado con los medios para poder recomponerse y cuidarse, llegando a desarrollar una resiliencia. Esta resiliencia se aprecia en cómo separa un pasado de un presente, puesto que la baja laboral ha supuesto un antes y un después en su vida y su gestión: reconoce que en un principio no fue capaz de manejar eficazmente los factores estresantes, puesto que tenía esa sensación de falta de control que se indicaba anteriormente, pero ha logrado la capacidad de recuperarse y mantener una conducta adaptativa (lo que coincide con la definición y características de la resiliencia (67)).

“Bueno, los he gestionado fatal. A la vuelta del tiempo me he dado cuenta que los he gestionado todos fatal” (P1.P.R.)

“es verdad que ahora mismo he recuperado la capacidad de controlar ciertas situaciones y sobre todo de manejar ciertas situaciones” (P1.P.R.)

En el caso de la directora de enfermería, parece que muestra en todo momento mayor tenacidad, confianza, control y seguridad, de forma que no ha tenido una afectación importante de sus emociones, aunque sí sufre un agotamiento físico y mental frente al que a veces parece que no va a poder más. Esto se relaciona con los resultados de otros autores, que

apuntaban que la resiliencia psicológica podría haber actuado como factor protector frente a patologías mentales durante esta crisis (63).

“pero que es verdad que quizás los momentos donde el cuerpo te, te..., o sea, donde bajas esa intensidad, es cuando notas que estás peor, cuando notas que tu cuerpo y tu mente te dice “oye que como no pares te voy a parar yo”” (P2.A.M.)

Luego, es posible que la resiliencia no se haya desarrollado en respuesta a esta situación, sino que se trate de una persona con una mayor capacidad de adaptación a las adversidades, aunque aún deba alcanzar un mejor control de la pandemia en su vida, y no solo en sus emociones, concretamente, en su ritmo de vida, puesto que también afecta al bienestar.

“Yo creo que tenemos que buscar, que buscar dentro de nosotros esa posibilidad de encontrar la manera de sin, no hablo de pensar en cosas de...una positividad irreal ¿no?, pero sí que hay... yo creo que sí, que todo tiene su parte positiva y... incluido el aprendizaje que estamos viviendo y bueno, pues eso” (P2.A.M.)

La resiliencia presentada por estos gestores beneficia igualmente a la unidad de UCI y al hospital en general, pues supone un trabajo más efectivo y más rentable, con mayor capacidad de reacción y resolución. Como indicaban Jaén y Cortés, un liderazgo efectivo y capaz es especialmente fundamental para responder a momentos difíciles como una pandemia. (36)

“con otra perspectiva y otra visión de todo, ¿sabes?, una visión más pausada, más sosegada, al final cuando tu cabeza es capaz de parar y tu cuerpo es capaz de parar, lo ves todo con muchísima más perspectiva, con una perspectiva más amplia” (P1.P.R.)

“Pues, sobre todo lo que me ha dado más lucidez es el ser capaz de descansar la cabeza, de desconectar para ver las cosas desde otro punto de vista” (P1.P.R.)

La resiliencia desarrollada, especialmente el caso del supervisor, está en línea con los resultados encontrados por Maben *et al.* (52), según los cuales aunque los profesionales enfrentaran un momento estresante y desafiante, la mayoría desarrollarían una resiliencia que les serviría de protector y concluiría en un proceso de crecimiento personal; como el que se ha logrado en este caso.

“El aprender a poner límites ha sido una cosa fundamental y sobre todo el bajarte de la rueda y el no tener la necesidad de correr te hace ser mucho más feliz” (P1.P.R.)

“no sé lo que podrá pasar si volvemos a tener 40 camas, por ejemplo, pero sí que es verdad que mi actitud será completamente distinta” (P1.P.R.)

“yo lo que sí sé es que ahora mismo tengo mi cabeza ordenada, tengo una paz interior que hace años que no tenía” (P1.P.R.)

Aunque, como se ha adelantado, este enfermero fue capaz de buscar ayuda profesional, no lo hizo hasta que no fue imprescindible, no acudiendo a ella como un recurso habitual para manejar sus emociones durante la gestión de la pandemia, aunque sí la mantiene tras su baja laboral, ya que le ha demostrado ser eficaz y realmente ayudarlo a enfrentar las dificultades y manejar sus emociones. Esto mismo concluían Neto *et al.* (68): solo una minoría reconoce la ayuda psicológica como importante, pero cuando la reconocen y recurren a ella es efectiva, influyendo positivamente en el desarrollo de la resiliencia (63). De hecho, la directora aún ni siquiera se la ha planteado, puesto que considera que no ha tenido afectación de sus emociones, a pesar del cansancio extremo que sufre y sus dificultades para manejar el ritmo de vida.

“Una vez que empecé a trabajar, con ayuda (baja ritmo, tono de clarificar), todos esos aspectos, empiezas a desatar toda esa serie de nudos que tienes en tu cabeza, (coge aire profundamente) pues ya las dos últimas semanas fueron muy reconfortantes porque ves todos los progresos que has hecho, ves cómo has sido capaz de afrontar ciertas situaciones y ya ves un poco el fruto de todo el trabajo que has estado haciendo” (P1.P.R.)

“yo creo que mi cabeza estaba preparada para volver con una serie de límites y, de momento, llevo una semana y media y no va mal la cosa” (P1.P.R.)

“Pero bueno, realmente, yo no... no... no veo que me sienta, por ejemplo... pues yo sé que mucha gente pues ha tenido mucha repercusión en sus emociones, que está pues sufriendo una depresión, o ha tenido mucha tristeza, ha tenido miedos...” (P2.A.M.)

“Sí, sí, tengo que encontrarlo. Además lo sé, que tengo que encontrarlo, que lo necesito para poder seguir dando pues todo lo que...” (P2.A.M.)

4.2 Temas

4.2.1 Síndrome de Burnout

Tras el análisis de las metacategorías, se evidencia que la pandemia por COVID-19 ha generado una serie de emociones negativas y problemas personales a los gestores de enfermería de UCI, pues aunque se hayan utilizado ciertas estrategias de afrontamiento para manejar la situación, no se han podido evitar algunas de estas consecuencias personales negativas, por lo que parece ponerse de manifiesto que lo que subyace a la vivencia de estos gestores durante la pandemia es el Síndrome de Burnout. El Síndrome de Burnout es una respuesta negativa que presenta la persona al estrés laboral, que se manifiesta con actitudes y emociones o sentimientos negativos hacia el trabajo, incluyendo la propia actividad laboral y los compañeros con los que se trabaja. Se define como la sensación de encontrarse agotado emocionalmente; en español, la traducción sería “estar quemado”. Las personas que lo padecen sienten desilusión, enfado, irritabilidad, rigidez, frustración, etc. así como un deterioro de la salud que se manifiesta con síntomas emocionales, actitudinales, conductuales y psicosomáticos. (69)

Los/as enfermeros/as han sido descritos/as como un grupo vulnerable a sufrir este síndrome, por estar expuestos/as a numerosos factores estresores en su desarrollo profesional. Algunos de los principales síntomas que presentan los/as enfermeros/as del Síndrome de Burnout son: autovaloración negativa, verbalización de agotamiento emocional, sensación de no poder dar más de sí ante los problemas que debe enfrentar, trato deshumanizado y comportamientos que no corresponden a su actitud habitual, entre otros. (69)

Estas manifestaciones recuerdan a las emociones negativas sufridas por el supervisor de UCI durante la pandemia de COVID-19, que fueron ocasionadas por un agotamiento que se prolongó en el tiempo, y como él manifiesta, le llevó a sufrir nudos emocionales, tratar a su personal de forma destructiva y no hacer su trabajo ni comportarse como a él le gustaba.

“Todo ese tipo de cosas, que no vives en su momento porque te empeñas en no hacerlo, porque al final es verdad, que es que, hubiera sido lo mismo haber estado dos horas fuera del despacho y dándome un paseo por aquí que en el despacho, porque la cabeza no te funciona, y no puedes gestionar nada en esas condiciones. Pues todo eso son nudos que se te van quedando que luego, ha llegado un momento que los he tenido que deshacer porque te pesa mucho la mochila.” (P1.P.R.)

“Cuando tú estás cansado y agotado, vas a regañar, vas a, casi a machacar porque tú estás machacado y, y... trabajas en la misma línea.” (P1.P.R.)

“yo soy una persona que siempre he defendido el tratar bien a la gente, el tratar bien a los trabajadores y hubo un momento en el que a pesar de querer hacerlo y de saber que lo tenía que hacer, no era capaz, ¿sabes?, y yo creo que es muy importante para conseguir cosas el tratar bien a la gente y el... en un momento dado cuando hay cosas que te preocupan, cuando hay cosas que realmente son importantes, el darle una vuelta más a la cabeza y decir, de qué manera lo puedo plantear para que me sigan, para que estén motivados, no para que lo hagan porque yo se lo mando, sino para que lo hagan porque crean que es lo mejor.” (P1.P.R.)

En el caso de la directora de enfermería, aunque no expresa directamente tantas emociones o sentimientos negativos, verbaliza en varias ocasiones ese agotamiento que caracteriza al Síndrome de Burnout, y que también le lleva a no hacer su trabajo exactamente como le gustaría, pues aunque se sienta muy orgullosa de su labor no puede hacer una de las cosas que más le gustan, que es asegurar la cercanía con los/as enfermeros/as de su hospital, porque “le come el diario” (el gran volumen de trabajo y de problemas a los que hay que dar respuesta sí o sí).

“y luego un cansancio extremo, un cansancio de eso, de estar cansado (tono más bajo/débil), de que te deja muy vacío una situación de una pandemia que tiene un impacto así en el mundo” (P2.A.M.)

“Extremo, absolutamente extremo. Y sigo teniendo cansancio extremo...” (P2.A.M.)

“Y a mí me encanta sentarme y hablar con vosotros, lo que pasa que es verdad que la realidad supera la ficción, y que...te come, te come el diario. Te come el diario.” (P2.A.M.)

Además, la directora hace un par de puntualizaciones sobre que este cansancio, agotamiento, e incluso enfado, era compartido por el conjunto del equipo gestor de enfermería.

“junio fue un mes duro yo creo, porque es verdad que estábamos muchísimo mejor pero estábamos todos como agotados, el equipo agotado, sin ilusión, como enfadado, como... ¿sabes?” (P2.A.M.)

“Y además ya con mucho cansancio de todo el equipo, ya íbamos todos mostrando pues que estábamos cansados, que teníamos que tirar unos de otros y bueno pues ya ese cansancio que se iba percibiendo” (P2.A.M.)

Las manifestaciones del Burnout se clasifican en categorías según su gravedad: las leves incluyen quejas frecuentes y generales, no querer ir a trabajar y cansancio; las moderadas son, por ejemplo, el negativismo, el cinismo o el aislamiento; las graves llevan ya a la automedicación o consumo de sustancias, bajo rendimiento y absentismo laboral; y las extremas se caracterizan por un aislamiento social extremo, enfermedades psíquicas e incluso suicidio. (69)

En este caso, la mayoría de manifestaciones de los informantes serían leves, pero el supervisor de UCI llegó a sufrir una manifestación grave, ya que el agotamiento le llevó a tener que estar cinco semanas de baja laboral.

“a mí me ha pasado muchísima factura a nivel personal, como que me he tirado 5 semanas de baja en mi casa por, por el estrés” (P1.P.R.)

Varios autores habían estudiado ya la prevalencia de este síndrome entre los/as enfermeros/as de UCI, por tratar con pacientes en situación grave y la necesidad de una amplia formación continua ante el manejo de numerosos recursos tecnológicos que deben dominar, junto con ser una profesión con baja remuneración y escasez de personal en la mayoría de los servicios; encontrando niveles generalmente medios del Síndrome de Burnout. (70) (69) (71)

Como se adelantaba en la introducción, ante la crisis sanitaria vivida por la COVID-19, este estudio se ha vuelto aún más necesario, por aumentar exponencialmente los factores estresantes en las UCI. Aunque no se han encontrado investigaciones centradas en los/as enfermeros/as gestores/as, un estudio de la Sociedad Europea de Medicina Intensiva (ESICM) reveló síntomas de Burnout severos entre intensivistas (72), al igual que en varios hospitales madrileños los/as enfermeros/as de urgencias y UCI manifestaron agotamiento emocional (73) y, más concretamente, Bruyneel *et al.* revelaron que el 68% de los/as enfermeros/as de UCI presentaban riesgo de Burnout durante la pandemia (74). Estos resultados están en línea con los encontrados en esta investigación centrada en los/as enfermeros/as gestores/as de UCI.

Por tanto, los participantes, a pesar de no tener contacto estrecho con los pacientes de COVID-19, han sufrido igualmente a la tensión y la presión de esta situación y han padecido o están en riesgo de padecer el Síndrome de Burnout.

5 LIMITACIONES

La utilización de metodología cualitativa en los estudios de investigación produce un conocimiento con relevancia social, ya que permite entender un contexto en un momento determinado, lo que a su vez impide la generalización de los resultados. Las conclusiones serían transferibles a situaciones que compartan los factores sociodemográficos y culturales con el contexto de estudio.

Otra de las limitaciones que es importante señalar es lo que se conoce como “ilusión de transparencia”, que según Bourdieu se puede producir cuando el investigador está tan familiarizado con el escenario o los datos de estudio que llega a construir una comprensión precipitada de la realidad, condicionada por su percepción subjetiva (75). En este sentido, la investigadora principal, M.M., ha sido (y en la actualidad es) enfermera de la UCI donde se ha realizado el estudio. Para controlar y evitar la ilusión de transparencia, y garantizar el distanciamiento personal debido a la familiaridad con el escenario de estudio, se ha mantenido una constante confrontación de los datos con la tutora del TFM y con la bibliografía existente.

La mayoría de los estudios con los que se han encontrado resultados comparables se basan en enfermeros/as, u otros profesionales sanitarios. Se ha focalizado en aquellos que se centran en la enfermería y, preferiblemente, en los/as enfermeros/as de UCI, pero apenas se ha encontrado evidencia centrada en los/as supervisores/as de enfermería u otros/as enfermeros/as gestores/as.

Por último, se encuentra limitado por el número de participantes incluidos en el análisis, y por estar circunscrito a un único contexto u hospital.

6 IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA Y PROPUESTAS DE FUTURO

Dada la escasa evidencia disponible respecto a las/os enfermeras/os de gestión, habría que realizar investigaciones cuya población se centre en las/os enfermeras/os gestoras/es, y no en la enfermería en general, puesto que aunque estos/as profesionales se engloban dentro de la enfermería, tienen funciones y responsabilidades diferentes que, tal y como se ha visto, posiblemente causen que las preocupaciones o malestares varíen.

Este estudio evidencia que los/as enfermeros/as gestores/as se encuentran en riesgo de sufrir alteraciones psicosociales como estrés, ansiedad o agotamiento, llegando incluso a padecer el Síndrome de Burnout. Estas alteraciones se ven potenciadas ante una crisis como la pandemia

de COVID-19, pero cabe remarcar la existencia de factores estresantes previos a la misma, y que también acaban provocando alteraciones importantes en la vida cotidiana de los profesionales.

Habría que profundizar en todas las posibles alteraciones psicosociales que sufren las/os enfermeras/os gestoras/es y cuáles o cómo se ven potenciadas ante situaciones como esta pandemia, pero sin intentar homogeneizar las manifestaciones, ya que, como se ha apuntado también en el presente estudio, se encuentran diferencias de acuerdo a las subjetividades y las vivencias de cada persona. Para ello, sería interesante establecer una vigilancia del estado psicosocial de las/os enfermeras/os gestoras/es, para poder ofrecerles una atención adecuada a sus necesidades y garantizar su bienestar, lo que a su vez podría repercutir en el bienestar de todos/as los/as enfermeros/as a su cargo.

Además, puesto que esta investigación se encuentra circunscrita a nuestro entorno o a otros contextos similares al nuestro, sería interesante plantear un estudio multicéntrico posterior que pudiera encontrar visiones o experiencias diferentes que enriquecieran los resultados aportados por este estudio.

7 CONCLUSIONES

La pandemia por COVID-19 conllevó el desbordamiento del Sistema Sanitario con una sobrecarga para las UCI y los profesionales sanitarios, debido fundamentalmente a la alta incidencia, la facilidad de transmisión, la falta de un tratamiento específico y la escasez de conocimientos sobre el virus, que han hecho difícil su manejo.

Los profesionales sanitarios han desempeñado un papel fundamental, al dar respuesta a la gran demanda asistencial y social. Cabe destacar el papel de los/as enfermeros/as, que constituyen un grupo de riesgo por estar expuestos/as tanto a la COVID-19 como al sufrimiento emocional de los pacientes y familias, junto a unas condiciones extremas de trabajo.

Las UCI han sido uno de los servicios más desbordados por la pandemia, requiriendo en la mayoría de los casos su ampliación. La gestión enfermera ha tenido gran importancia en la organización de los espacios y los equipos de enfermería de UCI para hacer frente a los retos planteados por la COVID-19.

Los/as enfermeros/as gestores/as son responsables no solo del funcionamiento de la unidad sino también del cuidado holístico de su equipo, por lo que su aspecto emocional ha sido clave. En esta investigación se ha tratado de comprender la compleja vivencia de estas personas y se ha evidenciado que el estrés al que han sido sometidas para intentar dar respuesta a esta nueva enfermedad les ha generado un malestar psicosocial caracterizado por la angustia, la incertidumbre, la incapacidad de desconectar ante una disponibilidad laboral absoluta, un ritmo de vida acelerado y un agotamiento físico y emocional. Estas manifestaciones parecen poder englobarse bajo el Síndrome de Burnout. La necesidad de conservar la templanza y mantener a su equipo hace que los/as enfermeros/as gestores/as, aparentemente, muestren una mayor fortaleza psicológica y una resistencia emocional a los inconvenientes de la pandemia, pero realmente esto conlleva una implicación personal y dificultades para reconocer y manejar sus propias emociones, centrándose en las de sus profesionales.

No obstante, también se han identificado emociones positivas como el orgullo por la enfermería y su papel durante la COVID-19 y el intento de mantener una gestión positiva, gracias al empleo de algunas estrategias de afrontamiento, destacando el apoyo familiar y de sus compañeros. Esto permite que se pueda acabar desarrollando una resiliencia que permitirá adaptarse más exitosamente a futuras pandemias o nuevas olas de la presente.

Con esta investigación se pone de manifiesto que las/os enfermeras/os gestoras/es, a pesar de no tener contacto estrecho con los pacientes de COVID-19, han sufrido igualmente la tensión y la presión de esta situación y se ven expuestos/as al riesgo de padecer el Síndrome de Burnout, por lo que requieren una vigilancia de su estado psicosocial y una atención de sus necesidades y bienestar, que a su vez podría repercutir en el bienestar de todas los/as enfermeros/as a su cargo.

8 BIBLIOGRAFÍA

1. Sancho JR, García SG, Fernández AR, Martínez-Estalella G. Transformar una planta de hospitalización en una unidad de críticos para la pandemia de COVID-19. TESELA, Liderazgo y Gestión. 3 de julio de 2020;(27):e12926-e12926.
2. Font Oliver MA. El valor de las enfermeras en tiempos de COVID: una mirada desde la Salud Pública. Enferm Clin. 2020;30(6):357-9.
3. Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias. Gobierno de España. Actualización nº 332. Enfermedad por el coronavirus (COVID-19). 15.03.2021 [Internet]. [citado 25 de marzo de 2021]. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccays/alertasActual/nCov/documentos/Actualizacion_332_COVID-19.pdf
4. Plasencia-Urizarri TM, Aguilera-Rodríguez R, Almaguer-Mederos LE, Plasencia-Urizarri TM, Aguilera-Rodríguez R, Almaguer-Mederos LE. Comorbilidades y gravedad clínica de la COVID-19: revisión sistemática y meta-análisis. Revista Habanera de Ciencias Médicas [Internet]. 2020 [citado 7 de julio de 2021];19. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1729-519X2020000400002&lng=es&nrm=iso&tlng=en
5. Pollard CA, Morran MP, Nestor-Kalinoski AL. The COVID-19 pandemic: a global health crisis. *Physiol Genomics*. 1 de noviembre de 2020;52(11):549-57.
6. Ferrer Castro JE, Sánchez Hernández E, Poulout Mendoza A, del Río Caballero G, Figueredo Sánchez D, Ferrer Castro JE, et al. Caracterización clínica y epidemiológica de pacientes confirmados con la COVID-19 en la provincia de Santiago de Cuba. *MEDISAN*. junio de 2020;24(3):473-85.
7. Casas-Rojo JM, Antón-Santos JM, Millán-Núñez-Cortés J, Lumbreras-Bermejo C, Ramos-Rincón JM, Roy-Vallejo E, et al. Características clínicas de los pacientes hospitalizados con COVID-19 en España: resultados del Registro SEMI-COVID-19. *Revista Clínica Española*. 1 de noviembre de 2020;220(8):480-94.
8. Trilla A. Un mundo, una salud: la epidemia por el nuevo coronavirus COVID-19. *Med Clin (Barc)*. 13 de marzo de 2020;154(5):175-7.

9. Rothan HA, Byrareddy SN. The epidemiology and pathogenesis of coronavirus disease (COVID-19) outbreak. *J Autoimmun.* mayo de 2020;109:102433.
10. Stasi C, Fallani S, Voller F, Silvestri C. Treatment for COVID-19: An overview. *Eur J Pharmacol.* 15 de diciembre de 2020;889:173644.
11. Gómez Tejeda JJ, Dieguez Guach RA, Pérez Abreu MR, Gómez Tejeda JJ, Dieguez Guach RA, Pérez Abreu MR. Alternativas terapéuticas para el manejo de la COVID-19. *Revista Habanera de Ciencias Médicas [Internet].* 2020 [citado 25 de marzo de 2021];19. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1729-519X2020000400004&lng=es&nrm=iso&tlng=en
12. Medeiros de Figueiredo A, Daponte A, Moreira Marculino de Figueiredo DC, Gil-García E, Kalache A. Letalidad del COVID-19: ausencia de patrón epidemiológico. *Gaceta Sanitaria [Internet].* 4 de abril de 2020 [citado 25 de marzo de 2021]; Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911120300844>
13. Zerbini G, Ebigbo A, Reicherts P, Kunz M, Messman H. Psychosocial burden of healthcare professionals in times of COVID-19 - a survey conducted at the University Hospital Augsburg. *Ger Med Sci.* 2020;18:Doc05.
14. Ramos C. Covid-19: la nueva enfermedad causada por un coronavirus. *Salud Publica Mex.* 28 de febrero de 2020;62(2, Mar-Abr):225-7.
15. Geremia DS, Vendruscolo C, Celuppi IC, Adamy EK, Toso BR, de Souza JB. 200 años de Florence y los retos de la gestión de las prácticas de enfermería en la pandemia COVID-19*. *Revista Latino-Americana de Enfermagem [Internet].* 2020 [citado 25 de marzo de 2021];28. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-11692020000100403&lng=en&nrm=iso&tlng=es
16. Ybaseta-Medina J, Becerra-Canales B. EL PERSONAL DE SALUD EN LA PANDEMIA POR COVID-19. *Revista Médica Panacea.* 27 de agosto de 2020;9(2):72-3.
17. Martínez Estalella G, Zabalegui A, Sevilla Guerra S. Gestión y liderazgo de los servicios de Enfermería en el plan de emergencia de la pandemia COVID-19: la experiencia del Hospital Clínic de Barcelona. *Enfermería Clínica.* 1 de febrero de 2021;31:S12-7.

18. Vista de Recomendaciones para la preparación de las Unidades de Cuidados Intensivos ante la pandemia de COVID-19 | Revista Argentina de Terapia Intensiva [Internet]. [citado 25 de marzo de 2021]. Disponible en: <http://revista.sati.org.ar/index.php/MI/article/view/690/797>
19. Torres-González JI, Arias-Rivera S, Velasco-Sanz T, Mateos Dávila A, Planas Pascual B, Zaragoza-García I, et al. What has happened to care during the COVID-19 pandemic? *Enfermería Intensiva* (English ed). 2020;31(3):101-4.
20. Raurell-Torredà M. GESTIÓN DE LOS EQUIPOS DE ENFERMERÍA DE UCI DURANTE LA PANDEMIA COVID-19. *Enferm Intensiva*. 2020;31(2):49-51.
21. Yepes-Temiño MJ, Callejas González R, Álvarez Avello JM. Un momento para la reflexión. Aspectos éticos en la pandemia SARS-CoV-2/COVID-19 en nuestra práctica clínica. *Revista Española de Anestesiología y Reanimación*. 1 de enero de 2021;68(1):28-36.
22. Erquicia J, Valls L, Barja A, Gil S, Miquel J, Leal-Blanquet J, et al. Impacto emocional de la pandemia de Covid-19 en los trabajadores sanitarios de uno de los focos de contagio más importantes de Europa. *Med Clin (Barc)*. 27 de noviembre de 2020;155(10):434-40.
23. Watson J. El liderazgo de enfermería durante el COVID-19 Solo así - es ahora - en este momento (Español). *Revista Científica de Enfermería - RECIEN* [Internet]. 20 de agosto de 2020 [citado 25 de marzo de 2021];9(2). Disponible en: <https://revista.cep.org.pe/index.php/RECIEN/article/view/16>
24. Lai J, Ma S, Wang Y, Cai Z, Hu J, Wei N, et al. Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. *JAMA Network Open*. 23 de marzo de 2020;3(3):e203976-e203976.
25. Zheng R, Zhou Y, Fu Y, Xiang Q, Cheng F, Chen H, et al. Prevalence and associated factors of depression and anxiety among nurses during the outbreak of COVID-19 in China: A cross-sectional study. *Int J Nurs Stud*. febrero de 2021;114:103809.
26. Qing-Qing W, Yuan-Yuan F, Hao-Lian H, Wen-Jun L, Xiao-Xiao W, Tian-Ting Y, et al. Anxiety, depression and cognitive emotion regulation strategies in Chinese nurses during the COVID-19 outbreak. *J Nurs Manag*. 22 de enero de 2021;

27. Shahrour G, Dardas LA. Acute stress disorder, coping self-efficacy and subsequent psychological distress among nurses amid COVID-19. *J Nurs Manag.* octubre de 2020;28(7):1686-95.
28. Dosil Santamaría M, Ozamiz-Etxebarria N, Redondo Rodríguez I, Jaureguizar Alboniga-Mayor J, Picaza Gorrotxategi M. Psychological impact of COVID-19 on a sample of Spanish health professionals. *Rev Psiquiatr Salud Ment.* 2 de junio de 2020;14(2):106-12.
29. Cuadrado-García P, Fernández-Riejo L, González-Sánchez A. Calidad de vida de los profesionales de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital Universitario Valme de Sevilla. *SANUM.* 2020[citado 25 de marzo de 2021];4(3):6-14 [Internet]. Disponible en: https://revistacientificasanum.com/pdf/sanum_v4_n3_a1.pdf
30. Vinueza-Veloz AF, Aldaz-Pachacama NR, Mera-Segovia CM, Pino-Vaca DP, Tapia-Veloz EC, Vinueza-Veloz MF. Síndrome de Burnout en médicos/as y enfermeros/as ecuatorianos durante la pandemia de COVID-19. 5 de junio de 2020 [citado 25 de marzo de 2021]; Disponible en: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/708>
31. Soto-Rubio A, Giménez-Espert M del C, Prado-Gascó V. Effect of Emotional Intelligence and Psychosocial Risks on Burnout, Job Satisfaction, and Nurses' Health during the COVID-19 Pandemic. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. noviembre de 2020 [citado 25 de marzo de 2021];17(21). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7663663/>
32. Giménez-Espert MDC, Prado-Gascó V, Soto-Rubio A. Psychosocial Risks, Work Engagement, and Job Satisfaction of Nurses During COVID-19 Pandemic. *Front Public Health.* 2020;8:566896.
33. Zakeri MA, Hossini Rafsanjanipoor SM, Zakeri M, Dehghan M. The relationship between frontline nurses' psychosocial status, satisfaction with life and resilience during the prevalence of COVID-19 disease. *Nurs Open.* 5 de marzo de 2021;
34. Pérez EM. Gestión del Hospital Luis Heysen Incháustegui de la región Lambayeque frente a la pandemia COVID-19 [Internet]. Universidad César Vallejo. 2020 [citado 25 de marzo de 2021]. Disponible en: https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/47541/P%c3%a9rez_GE_M-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y

35. Camarena Chamaya, LM. INTELIGENCIA EMOCIONAL EN ENFERMEROS QUE LABORAN EN UN SERVICIO DE HOSPITALIZACION COVID 19 DEL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO. EMOTIONAL INTELLIGENCE IN NURSES THAT WORK IN A COVID 19 HOSPITALIZATION SERVICE OF THE DOS HOSPITAL DOS MAYO, 2020 [Internet]. 7 de julio de 2020 [citado 25 de marzo de 2021]; Disponible en: <http://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/123456789/3788>
36. Jaén Ferrer P, Cortés Borra A. Liderazgo en tiempos de crisis sanitaria por covid 19. Metas de Enfermería. 1 de julio de 2020;23(6):00.
37. Mijangos K, Ponti L. El Rol Docente de Enfermería Comunitaria en Países Latinoamericanos. 6 de julio de 2020;6:11-7.
38. Lévano S, Cecilia A. Investigación cualitativa: diseños, evaluación del rigor metodológico y retos. Liberabit. 2007;13(13):71-8.
39. Palacios-Ceña D, Corral Liria I. Fundamentos y desarrollo de un protocolo de investigación fenomenológica en enfermería. Enferm Intensiva. 1 de abril de 2010;21(2):68-73.
40. Fuster Guillen DE. Investigación cualitativa: Método fenomenológico hermenéutico. Propósitos y Representaciones. 1 de enero de 2019;7(1):201-29.
41. Barbera N, Inciarte A. Fenomenología y hermenéutica: dos perspectivas para estudiar las ciencias sociales y humanas [Internet]. Multiciencias. 2021 [citado 25 de marzo de 2021];12(2):199-205. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/904/90424216010.pdf>
42. Díaz-Bravo L, Torruco-García U, Martínez-Hernández M, Varela-Ruiz M. La entrevista, recurso flexible y dinámico. Inv Ed Med. 1 de julio de 2013;2(7):162-7.
43. Robles B. La entrevista en profundidad: una técnica útil dentro del campo antropofísico. Cuicuilco. diciembre de 2011;18(52):39-49.
44. Organización de Estados Iberoamericanos para la Educación, la Ciencia y la Cultura. Entrevistas en profundidad guía y pautas para su desarrollo [Internet]. Ibertic [citado 25 de marzo de 2021]. Disponible en: https://oei.org.ar/ibertic/evaluacion/pdfs/ibertic_guia_entrevistas.pdf

45. Schettini P, Cortazzo I. Técnicas y estrategias en la investigación cualitativa [Internet]. 2016 [citado 8 de julio de 2021]. Disponible en: <https://docplayer.es/53037145-Tecnicas-y-estrategias-en-la-investigacion-cualitativa.html>

46. Zarco Colón J, Ramasco Gutiérrez M, Pedraz Marcos A, Palmar Santos AM. Investigación cualitativa en salud [Internet]. 2019 [citado 25 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=c9K4DwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA11&dq=Investigaci%C3%B3n+cualitativa+Azucena+Pedraz+Marcos%3B+Juan+Zarco+Col%C3%B3n%3B+Ana+Mar%C3%ADa+Palmar+Santos&ots=cFaXCvNOT0&sig=NMA9bqTdk8caaH-5abrqr9ij6rE#v=onepage&q=Investigaci%C3%B3n%20cualitativa%20Azucena%20Pedraz%20Marcos%3B%20Juan%20Zarco%20Col%C3%B3n%3B%20Ana%20Mar%C3%ADa%20Palmar%20Santos&f=false>

47. Serbia JM. Diseño, muestro y análisis en la investigación cualitativa [Internet]. HOLOGRAMÁTICA – Facultad de Ciencias Sociales – UNLZ. 2007 [citado 25 de marzo de 2021];7(3):123-146. Disponible en: http://dspace.utalca.cl/bitstream/1950/9421/1/Serbia_JM.pdf

48. Vicario BP, Gómez MCS, García AG. Evaluar la calidad en la investigación cualitativa. Guías o checklists. En: Investigar la Comunicación hoy Revisión de políticas científicas y aportaciones metodológicas: Simposio Internacional sobre Política Científica en Comunicación [Internet]. Facultad de Ciencias Sociales, Jurídicas y de la Comunicación; 2013 [citado 25 de marzo de 2021];581-96. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4229112>

49. Diaz C. Los criterios y estrategias de calidad: lo invisible en la publicación de las investigaciones cualitativas [Internet]. Investigación Cualitativa en Educación-Atas CIAIQ2018. 2018 [citado 25 de marzo de 2021];1:792. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Carmen-Diaz-Bazo/publication/326672003_Los_criterios_y_estrategias_de_calidad_lo_invisible_en_la_publicacion_de_las_investigaciones_cualitativas/links/5b5c95adaca272a2d6726c5c/Los-criterios-y-estrategias-de-calidad-lo-invisible-en-la-publicacion-de-las-investigaciones-cualitativas.pdf

50. Celina Cambursano S, López Gardel SG, Pérez AE. Jóvenes y trabajo en contextos marcados por la incertidumbre. Margen: revista de trabajo social y ciencias sociales. 2018;91:1-8.

51. Navarro Guzmán MA, Rodríguez Peña M. Experiencias de la Enfermería en la unidad de cuidados intensivos del hospital universitario clínico San Cecilio durante el inicio de la pandemia COVID-19. *Garnata* 91. 18 de diciembre de 2020;23:e202329-e202329.
52. Maben J, Bridges J. Covid-19: Supporting nurses' psychological and mental health. *J Clin Nurs*. agosto de 2020;29(15-16):2742-50.
53. Lazarus RS, DeLongis A, Folkman S, Gruen R. Stress and adaptational outcomes. The problem of confounded measures. *Am Psychol*. julio de 1985;40(7):770-85.
54. Astorga CM. Estrés, burnout y mobbing: recursos y estrategias de afrontamiento [Internet]. 2009 [citado 6 de julio de 2021]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=600672>
55. Mo Y, Deng L, Zhang L, Lang Q, Liao L, Wang N, et al. Work stress among Chinese nurses to support Wuhan in fighting against COVID-19 epidemic. *Journal of nursing management* [Internet]. julio de 2020 [citado 6 de julio de 2021];28(5). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32255222/>
56. Alfie Cohen M. Riesgo, depredación y enfermedad: Covid-19. *Sociológica (México)*. agosto de 2020;35(100):15-44.
57. Rocca AV. ZYGMUNT BAUMAN: MODERNIDAD LÍQUIDA Y FRAGILIDAD HUMANA. *Nómadas Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas*. 2004;9.
58. da Silva FCT, Barbosa CP. The impact of the COVID-19 pandemic in an intensive care unit (ICU): Psychiatric symptoms in healthcare professionals. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 30 de agosto de 2021;110:110299.
59. Araújo AM, Cardozo A. Tiempos acelerados y espacios nómades de la hipermodernidad.: Reflexiones abiertas. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*. noviembre de 2016;6(2):209-22.
60. Maia Bessa M, da Silva Lima L, dos Santos Silva SW, Silva de Bessa M, Oliveira de Souza J, Moreira de Freitas RJ. Protagonism of nursing in times of covid-19: heroes? *Revista de Enfermagem da UFPI*. 18 de septiembre de 2020;9:e10781.

61. González-Castro A, Garcia de Lorenzo A, Escudero-Acha P, Rodriguez-Borregan JC. [Post-intensive care syndrome after SARS-CoV-2 pandemic]. *Med Intensiva (Engl Ed)*. noviembre de 2020;44(8):522-3.
62. Shen X, Zou X, Zhong X, Yan J, Li L. Psychological stress of ICU nurses in the time of COVID-19. *Crit Care*. 6 de mayo de 2020;24(1):200.
63. Hou T, Zhang T, Cai W, Song X, Chen A, Deng G, et al. Social support and mental health among health care workers during Coronavirus Disease 2019 outbreak: A moderated mediation model. *PLoS One*. 2020;15(5):e0233831.
64. Minchala Urgilés RE, Estrella González M de los Á, Prieto Chalen EJ. Vivencias y emociones del personal de Enfermería con pacientes Covid-19. Cuenca – Ecuador, 2020. *Ocronos Revista Médica y de Enfermería*. 27 de agosto de 2020;3(1).
65. Degrande Moreira GC, Ferreira Furegato AR. RELACIONES, SENTIMIENTOS Y EMOCIONES EXPRESADAS EN INFORMES VIRTUALES DE ENFERMERAS EN LA PANDEMIA COVID-19. *Horizonte de Enfermería*. 27 de abril de 2021;32(1):41-54.
66. Connor KM, Davidson JRT. Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depress Anxiety*. 2003;18(2):76-82.
67. Iglesias EB. Resiliencia : definición, características y utilidad del concepto. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. 1 de septiembre de 2006;11(3):125-46.
68. Neto MLR, Almeida HG, Esmeraldo JD, Nobre CB, Pinheiro WR, de Oliveira CRT, et al. When health professionals look death in the eye: the mental health of professionals who deal daily with the 2019 coronavirus outbreak. *Psychiatry Res*. junio de 2020;288:112972.
69. Rendón Montoya MS, Peralta Peña SL, Hernández Villa EA, Hernández RI, Vargas MR, Favela Ocaño MA, et al. Síndrome de burnout en el personal de enfermería de unidades de cuidado crítico y de hospitalización. *Enfermería Global*. 2020;19(59):479-506.
70. Torre M, Santos Popper MC, Bergesio A. Prevalencia de burnout entre las enfermeras de cuidados intensivos en Argentina. *Enfermería Intensiva*. julio de 2019;30(3):108-15.
71. Dos Santos Moura R, Carvalho Saraiva FJ, Lima Rocha KR da S, dos Santos RM, Rodrigues da Silva NA, Albuquerque WDM, et al. Estrés, burnout y depresión en los profesionales

de enfermería de las unidades de cuidados intensivos. *Enfermería Global*. 2019;18(54):79-123.

72. Azoulay E, De Waele J, Ferrer R, Staudinger T, Borkowska M, Pova P, et al. Symptoms of burnout in intensive care unit specialists facing the COVID-19 outbreak. *Ann Intensive Care*. 8 de agosto de 2020;10(1):110.
73. González-Gil MT, González-Blázquez C, Parro-Moreno AI, Pedraz-Marcos A, Palmar-Santos A, Otero-García L, et al. Nurses' perceptions and demands regarding COVID-19 care delivery in critical care units and hospital emergency services. *Intensive Crit Care Nurs*. febrero de 2021;62:102966.
74. Bruyneel A, Smith P, Tack J, Pirson M. Prevalence of burnout risk and factors associated with burnout risk among ICU nurses during the COVID-19 outbreak in French speaking Belgium. *Intensive Crit Care Nurs*. agosto de 2021;65:103059.
75. Amezcua M, Gálvez Toro A. Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. *Rev Esp Salud Publica* [Internet]. octubre de 2002 [citado 7 de julio de 2021];76(5). Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272002000500005&lng=es&nrm=iso&tIng=es

9 ANEXOS

9.1 Anexo 1. Hoja de información al participante

HOJA DE INFORMACIÓN AL PARTICIPANTE

Título del estudio: PERCEPCIONES Y VIVENCIAS DE LAS/OS ENFERMERAS/OS GESTORAS/ES DE UCI ANTE LA PANDEMIA DE COVID-19: UNA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA.

Investigadora principal: Miriam Moratilla, estudiante del Máster en Investigación en Ciencias Sociosanitarias. Graduada en Enfermería por la UAH.

Tutora de la investigación: Dra. Patricia Fernández Bustos, Profesora del Departamento de Enfermería y Fisioterapia y del Máster en Investigación en Ciencias Sociosanitarias de la UAH.

La presente investigación forma parte del Máster en Investigación en Ciencias Sociosanitarias de la Facultad de Enfermería y Fisioterapia de la Universidad de Alcalá. Su participación resulta fundamental para conocer la experiencia de los enfermeros responsables de la gestión de uno de los servicios más afectados por el coronavirus, las Unidades de Cuidados Intensivos.

Por favor, lea con calma la información incluida sobre el estudio y realice todas las preguntas que necesite antes, durante o después de haber participado, dirigiéndose a la investigadora principal o la tutora, quienes le responderán con todo el detalle que necesite.

Todos los aspectos de esta investigación han sido revisados y aceptados por el Comité de Ética de la GAI del hospital de estudio.

¿Por qué se realiza este estudio?

La pandemia de Covid-19 ha puesto en riesgo todos los Sistemas Sanitarios, incluido el español. La enorme demanda asistencial y los factores emocionales asociados a los efectos que provoca la pandemia, repercuten, indudable, en los profesionales de la salud. Varias investigaciones han demostrado efectos psicológicos como estrés, ansiedad o depresión en sanitarios de varios países. Sin embargo, la mayoría consideran a los profesionales sanitarios en general, sin centrarse en el colectivo enfermero, y menos aún en los gestores; aunque los estudios también reconozcan que ha supuesto un reto de gestión, especialmente en las UCI, ante la necesidad de aumentar exponencialmente, y en muy poco tiempo, las camas de cuidados intensivos. Por eso, consideramos fundamental conocer las percepciones y experiencias de los gestores de estas unidades ante la Covid-19, y utilizar una metodología

cualitativa que permita la expresión de vivencias y emociones, puesto que la metodología cuantitativa, que ha sido la más utilizada hasta el momento, estudia consecuencias concretas que pueden dejar invisibles otras igualmente importantes, así como aspectos positivos o de resiliencia que se hayan podido desarrollar.

¿En qué consiste su participación?

En caso de aceptar, se le realizará una entrevista de aproximadamente 40-60 minutos de duración. Para ello, se le solicitará su nombre de usuario y se le harán preguntas generales como su edad, y específicas sobre el tema de investigación.

Su participación es totalmente voluntaria, por lo que puede decidir no participar o dejar de hacerlo en el momento que desee, independientemente del proceso en el que se encuentre la investigación. Durante la entrevista se requiere que responda con total sinceridad y con el nivel de detalle que considere. No existen respuestas correctas ni incorrectas para ninguna pregunta. En caso de que alguna pregunta le resulte molesta o incómoda es libre de no contestar o abandonar el estudio.

En el supuesto de que durante la entrevista manifieste malestar emocional que no pueda controlar, se parará la entrevista, tomando el tiempo necesario hasta la recuperación; y si no se restablece un estado emocional que permita continuar con la entrevista, esta será suspendida, realizándose en otro momento.

¿Qué beneficios o riesgos supone su participación?

Esta investigación pretende contribuir al conocimiento sobre la experiencia vivida por los gestores de UCI durante la pandemia, esperando que la información recogida y analizada sirva para la implementación de mejoras en el contexto actual.

Se trata de una investigación de carácter exploratorio no invasivo, que busca recoger opiniones, vivencias y sentimientos, y que supondrá un riesgo mínimo para los/as participantes.

Riesgos previsibles y probables: el revivir situaciones altamente estresantes o que hayan conllevado cierto sufrimiento, puede hacer que la/el participante sienta cierto malestar emocional. Para prevenir y/o minimizar esta situación, la investigadora pactará con el/la participante el mejor momento y lugar para la realización de la entrevista, verificando con el/la participante su situación emocional antes de comenzar.

Protección frente al riesgo físico y/o emocional:

- Ante cualquier situación de estrés emocional o ansiedad para el/la participante se parará la grabación y se le intentará ayudar, ofreciéndole la posibilidad de continuar con la entrevista o terminarla definitivamente.
- Si observásemos en el/la entrevistado/a conductas o signos que puedan sugerir una situación de estrés postraumático, se hablará sobre ello con él/ella, intentando dirigirle hacia posibles vías de ayuda.

¿Cómo serán tratados sus datos?

En caso de aceptar, la entrevista será grabada con el único fin de facilitar su transcripción y posterior análisis. Los/as entrevistados/as serán codificados mediante las iniciales de su nombre y apellidos, sin ningún otro dato que los pueda identificar. Las entrevistas serán transcritas y analizadas solo por los miembros que participan en la investigación, siendo dichas entrevistas destruidas tras la finalización de la misma.

Debido a las características del estudio, los resultados serán analizados y utilizados en la presentación de un TFM y posiblemente, se elaborará una publicación, citando algunas palabras o frases relevantes de la entrevista, pudiendo ser la suya, pero sin hacer referencia a ningún dato que permita identificarle.

Los datos personales recogidos en el estudio del que se le ha informado previamente serán tratados por las investigadoras de este estudio, así como los de la Universidad de Alcalá (UAH), conforme a la Ley Orgánica 3/2018, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales y al Reglamento General de Protección de Datos (UE) 2016/679, con la finalidad de tramitar su participación.

Sus datos serán tratados con su consentimiento expreso y en el marco de la función educativa e investigadora atribuida legalmente a la Universidad. Estos datos no serán cedidos salvo previa petición y en los casos previstos legalmente, y se conservarán durante el tiempo legalmente establecido y el necesario para cumplir con la citada finalidad.

El órgano responsable del tratamiento es la Secretaría General de la Universidad, ante quien se podrán ejercer los derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición o limitación del tratamiento y portabilidad, mediante escrito dirigido a la Delegada de Protección de Datos (Colegio de San Ildefonso, Plaza de San Diego, s/n. 28801 Alcalá de Henares, Madrid) o por correo electrónico (protecciondedatos@uah.es), adjuntando copia del DNI o equivalente. En caso de conflicto, se podrá plantear recurso ante la Agencia Española de Protección de Datos. Para una información más detallada puede consultarse la Política de Privacidad de la Universidad.

No obstante, en caso de dudas, puede dirigirse a las investigadoras para que le ayuden a gestionar sus derechos frente al órgano responsable.

Personas de contacto

En caso tenga dudas o comentarios sobre esta investigación, ya sea antes o después de su participación, puede comunicarse con:

1. Investigadora Principal: Miriam Moratilla.
 - Correo: xxx@gmail.com
 - Número de teléfono: 666666666
2. Tutora de la Investigación: Dra. Patricia Fernández.
 - Correo: xxx@uah.es

9.2 Anexo 2. Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo (Nombre completo del participante)

He podido hacer preguntas sobre el estudio “PERCEPCIONES Y VIVENCIAS DE LAS/OS ENFERMERAS/OS GESTORAS/ES DE UCI ANTE LA PANDEMIA DE COVID-19: UNA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA” en el que voy a participar.

Miriam Moratilla, investigadora principal del proyecto, me ha proporcionado información sobre el objetivo del estudio, procedimiento a seguir, estructura de las entrevistas y tratamiento de los datos, y me ha asegurado la confidencialidad de mi participación. Además, ha resuelto todas las dudas surgidas durante la presentación de la investigación.

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio y, concretamente, para que se grabe y se transcriba la entrevista, con la finalidad de su análisis en el ámbito del estudio.

Comprendo que mi participación es voluntaria y puedo retirarme del estudio cuando quiera, sin tener que dar explicaciones y sin que eso suponga consecuencias para mí.

..... (ciudad), a de de 2021

Firma del participante

Firma del investigador