

**UNIVERSIDAD CATÓLICA SEDES SAPIENTIAE**  
**ESCUELA DE POSTGRADO**



**Experiencias durante el primer brote del  
COVID-19 de trabajadores de un Centro  
Hospitalario de Lima metropolitana**

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE  
MAESTRO EN BIOÉTICA Y BIODERECHO**

**AUTORES**

**Pavlusha Karlinov Luyando Joo**

**Martha Nidia Mogrovejo Sedano**

**ASESOR**

**Benigno Peceros Pinto**

**Lima, Perú**

**2022**

**METADATOS COMPLEMENTARIOS****Datos de los Autores****Autor 1**

Nombres	Pavlusha Karlinov
Apellidos	Luyando Joo
Tipo de documento de identidad	DNI
Número del documento de identidad	07620797
Número de Orcid (opcional)	

**Autor 2**

Nombres	Martha Nidia
Apellidos	Mogrovejo Sedano
Tipo de documento de identidad	DNI
Número del documento de identidad	09563306
Número de Orcid (opcional)	

**Autor 3**

Nombres	
Apellidos	
Tipo de documento de identidad	
Número del documento de identidad	
Número de Orcid (opcional)	

**Autor 4**

Nombres	
Apellidos	
Tipo de documento de identidad	
Número del documento de identidad	
Número de Orcid (opcional)	

## Datos de los Asesores

### Asesor 1

Nombres	Benigno
Apellidos	Peceros Pinto
Tipo de documento de identidad	DNI
Número del documento de identidad	31000720
Número de Orcid (Obligatorio)	<a href="https://orcid.org/0000-0002-4865-3874">https://orcid.org/0000-0002-4865-3874</a>

### Asesor 2

Nombres	
Apellidos	
Tipo de documento de identidad	
Número del documento de identidad	
Número de Orcid (Obligatorio)	

Repositorio Institucional



## Datos del Jurado

### Presidente del jurado

Nombres	Luis Napoleón
Apellidos	Quiroz Avilés
Tipo de documento de identidad	DNI
Número del documento de identidad	08703120

### Segundo miembro

Nombres	Yordanis
Apellidos	Enríquez Canto
Tipo de documento de identidad	Pasaporte
Número del documento de identidad	B324057

### Tercer miembro

Nombres	Benigno
Apellidos	Peceros Pinto
Tipo de documento de identidad	DNI
Número del documento de identidad	31000720

### Datos de la Obra

Materia*	Experiencias Trabajadores Centro hospitalario - Primera ola COVID-19
Campo del conocimiento OCDE Consultar el listado:	<a href="https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.00.00">https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.00.00</a> <a href="https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.03.00">https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.03.00</a>
Idioma	SPA - español
Tipo de trabajo de investigación	Tesis
País de publicación	PE - PERÚ
Recurso del cual forma parte (opcional)	
Nombre del grado	Maestro en Bioética y Bioderecho
Grado académico o título profesional	Maestro
Nombre del programa	Maestría en Bioética y Bioderecho
Código del programa Consultar el listado:	919047

**\*Ingresar las palabras clave o términos del lenguaje natural (no controladas por un vocabulario o tesoro).**

## **Dedicatoria**

A los miles de trabajadores de salud que, sobreponiéndose al miedo, al dolor y a la incertidumbre de lo desconocido ofrendaron sus vidas por otros seres humanos.

## AGRADECIMIENTOS

A Dios Todopoderoso y eterno por su infinita misericordia

A nuestros padres por su amor y enseñanzas

A nuestros hijos por su paciencia y comprensión

A nuestros profesores de la maestría Dr. Benigno Peceros que supo despertar en nosotros la curiosidad por la investigación cualitativa y al

Dr. Yordanis Enriquez por enseñarnos a analizar y a defender con argumentos bioéticos la vida humana.

## RESUMEN

El objetivo de nuestro estudio fue analizar las experiencias de los trabajadores de salud a partir del impacto del primer brote del COVID-19 en un centro hospitalario de Lima y su repercusión en sus dimensiones física, psicológica, social, intelectual y espiritual.

En el presente trabajo se aplicó un enfoque cualitativo de nivel descriptivo y el método de análisis es el fenomenológico hermenéutico.

La muestra tomada fue de tipo no probabilístico por conveniencia (Hernández et al., 2014). Estuvo conformada por 30 trabajadores de la salud: 2 médicos, 2 químicos farmacéuticos, 15 enfermeras, 8 técnicas de enfermería, 1 técnica de farmacia, 2 personal administrativo.

La técnica de recolección de datos utilizada ha sido la encuesta semiestructurada compuesta por 8 preguntas y están agrupadas en 5 dimensiones: física, psicológica social, intelectual y espiritual.

Este instrumento fue elaborado por los autores de esta tesis teniendo en cuenta la intención de medir el impacto que ha tenido la experiencia de haber sido protagonistas en la atención de pacientes infectados con COVID-19. Cada dimensión pretendió medir el impacto sobre la realidad biológica (el impacto somático) y subjetiva de la persona (la percepción de sus vivencias).

El impacto del primer brote del COVID-19 en los trabajadores de un centro hospitalario de Lima trajo como consecuencia que en el 100% del personal de salud se vea afectada su dimensión física, experimentando trastornos somáticos haciéndose más proclives al dolor, empeorando su salud en general, agudizándose sus dolencias padecidas antes de la pandemia y en otros casos haciendo aparecer otros padecimientos nuevos. Se vio afectada también la dimensión psicológica de los trabajadores originando desgaste emocional por la preocupación, miedo a contagiarse, tristeza, ira, decepción, desesperanza, ansiedad, así como por percibirse no valorados y presionados por sus

superiores; a pesar de la experiencia negativa muchos de ellos desarrollaron fortaleza psicológica a pesar de la situación que experimentaron. La dimensión intelectual también se vio afectada en el personal de salud, quedando en evidencia la sensación de incertidumbre y zozobra al constatar que la información de los medios de comunicación sobre la pandemia no coincidía con la realidad vivida. También se vio afectada su dimensión social trastocándose las relaciones familiares y sociales por la obligatoriedad del aislamiento epidemiológico lo cual implicó restringir las visitas a familiares o amigos. Las llamadas telefónicas fueron el nexo con los familiares. En cuanto a la dimensión espiritual, la fe religiosa se constituyó en una herramienta importante para menguar el impacto negativo experimentado por los trabajadores, el ejercicio de sus creencias religiosas sirvió como bálsamo para mitigar sus sufrimientos a través del sentido de la fortaleza y esperanza a pesar de la situación vivida. De esta forma la espiritualidad religiosa se convirtió en una herramienta fundamental para sobrellevar situaciones difíciles en un contexto de duelo generalizado por las víctimas del coronavirus haciendo de alguna forma resiliente al creyente.

Keywords: Covid-19, health workers, bioethics, hospital



## ÍNDICE

Dedicatoria	ii
Agradecimientos	iii
Resumen	iv
Índice	vi
Introducción	x
<b>1. Capítulo I El problema de investigación</b>	<b>12</b>
1.1. Situación problemática	12
1.2. Formulación del problema	16
1.3. Justificación de la investigación	16
1.4. Objetivos de la investigación	17
1.4.1. Objetivo general	17
1.4.2. Objetivos específicos	17
1.5. limitaciones de la investigación	18
<b>2. Capítulo II Marco teórico</b>	<b>18</b>
2.1. Antecedentes de la investigación	18
2.2. Bases teóricas	21
2.2.1. El Trabajo	21
2.2.2. Dimensiones humanas	23
2.2.2.1. Dimensión física	24
2.2.2.2. Dimensión psicológica	24
2.2.2.3. Dimensión intelectual	25
2.2.2.4. Dimensión social	25

2.2.2.5. Dimensión espiritual	26
2.2.3. El estrés	27
2.2.4. El Síndrome de burnout	28
2.2.5. La vivencia interior	31
2.2.6. El duelo	31
2.2.7. El dolor y el sufrimiento	33
<b>3. Capítulo III Materiales y métodos</b>	<b>35</b>
3.1. Tipo de estudio y diseño de la investigación	35
3.2. Población y muestra	35
3.3. Criterios de inclusión y exclusión	35
3.4. Descripción del entorno	36
3.5. Técnicas de recolección de datos	36
3.6. Definición conceptual y operacionalización de variables	36
3.7. Plan de recolección de datos e instrumentos	37
3.8. Aspectos éticos	37
3.9. Plan de análisis e interpretación de la información	37
3.9.1. Análisis descriptivo	38
3.9.2. Análisis estructural	38
3.9.3. Análisis interpretativo	38
<b>4. Capítulo IV Resultados y Discusión</b>	<b>39</b>
4.1. Resultados descriptivos	40
4.1.1. Análisis inicial	40

4.2. Análisis Estructural	54
4.2.1. Categoría 1: Emociones y sentimientos	54
4.2.1.1. Tema 1: Emociones negativas que embargan a los trabajadores de salud desde que empezó la pandemia	55
4.2.1.2. Tema 2: Emociones positivas que embargan a los trabajadores de salud desde que empezó la pandemia	57
4.2.2. Categoría 2: Molestias físicas	58
4.2.2.1 Tema 1: Molestias físicas antes de la pandemia	58
4.2.2.2. Tema 2: Molestias físicas después de la pandemia	59
4.2.3. Categoría 3: Información de los medios de comunicación sobre la pandemia contrastada sobre la realidad vivida	59
4.2.3.1. Tema 1: Coincide la información de los medios de comunicación sobre la pandemia contrastada con la realidad vivida	60
4.2.3.2. Tema 2: No coincide la información de los medios de comunicación sobre la pandemia contrastada con la realidad vivida	60
4.2.4. Categoría 4: Creencias religiosas	61
4.2.4.1. Tema 1: Creencias religiosas antes de la pandemia	61
4.2.4.2. Tema 2: Creencias religiosas después de la pandemia	61
4.2.5. Categoría 5: Deportes, hobbies	63
4.2.5.1. Tema 1: Si realizaba algún deporte o hobby	63
4.2.5.2. Tema 2: No realizaba algún deporte o hobby	63
4.2.6. Categoría 6: Actividades sociales	64
4.2.6.1. Tema 1: Si frecuentaba a familiares y amistades	64
4.2.6.2. Tema 2: No frecuentaba a familiares y amistades	64

4.3. Resultados Interpretativos	64
<b>5. Capítulo V. Discusión, Conclusiones y Recomendaciones</b>	<b>69</b>
5.1. Discusión	69
5.2. Conclusiones	79
5.3. Recomendaciones	81
Referencias	82
Anexos	89

## INTRODUCCIÓN

La pandemia de COVID-19 ha configurado el mundo de forma distinta, esta epidemia que azota a los tiempos modernos ha dejado al descubierto que a pesar de todos los logros científico técnicos, el hombre queda aún vulnerable frente al azote de la muerte que produce una enfermedad que no puede ser controlada con los tratamientos conocidos hasta ahora.

Las repercusiones de la pandemia de COVID-19 impactaron en la esfera económica, social, cultural, educativa y en el sistema de salud pública y el personal de salud. Las repercusiones abarcan incluso niveles globales ya que se cierran las fronteras entre las naciones, se paraliza el comercio, los estudios escolares y universitarios; todo permanece cerrado.

La pandemia de COVID-19, avanza por todo el orbe cobrando en la actualidad más de 4,1 millones de víctimas y más de 192 millones de personas infectadas (rtve,2021).

En el Perú el número de fallecidos hace notoria las deficiencias de nuestro sistema de salud, con instituciones debilitadas, las cuales no pudieron controlar eficazmente la pandemia: hasta junio del 2021 se reportaron 180,000 fallecidas por el COVID-19, todo ello hoy nos habla de un país sumido en el duelo (El Peruano, 2021).

En plena pandemia la mayoría de la población se quedó en sus hogares, para minimizar el riesgo de transmisión del coronavirus, en cambio los trabajadores de la salud salieron a enfrentarse al mortal virus; yendo a sus centros de labores, a cumplir su deber con el peligro de exponerse al COVID-19.

Así como muchas personas tuvieron que sufrir la muerte de sus familiares cercanos, los trabajadores de salud constituidos por médicos, enfermeras, personal de apoyo de los centros hospitalarios han tenido la penosa tarea de ver que muchos de sus esfuerzos

para salvar vidas eran inútiles ante los casos graves de COVID-19, dejando una impronta psicológica y existencial poco estudiada en los trabajadores de salud.

Experimentar situaciones traumáticas y la sensación de impotencia frente al COVID-19, traen como consecuencia el agotamiento físico y mental, el tormento de las decisiones difíciles y el dolor de perder pacientes y colegas, todo esto además del riesgo de infección hace que la salud del trabajador se vea afectada en la plenitud de sus dimensiones humanas.

## **1. CAPÍTULO I. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

### **1.1. Situación problemática**

La pandemia de COVID-19 ha tenido consecuencias devastadoras sobre la humanidad. Más de 2 millones y medio de fallecidos en el mundo según el Sistema Informático Nacional de Defunciones (SINADEF, 2020) más de 129 mil peruanos fallecidos, y un número no precisado de personas que han sobrevivido con secuelas a esta mortal enfermedad. Ali (2020) en un artículo de la OMS se informa que hay 5.2 millones de nuevos contagios confirmados de COVID-19. Todo este panorama hace que el trabajador de salud en los centros hospitalarios experimente una gran sobrecarga tanto física como psíquica que socava su salud en general.

El COVID-19 es el nombre de la enfermedad causada por el coronavirus conocida también como SARS-CoV-2. El 31 de diciembre de 2019 la OMS (2019) reportó por primera vez de la existencia de este virus, al recibir un informe de un grupo de casos de «neumonía vírica» reportados en Wuhan (República Popular de China). Como es sabido el COVID-19 es una patología que aún no tiene cura y los tratamientos que se realizan son básicamente para paliar los síntomas que empiezan con un cuadro de congestión nasal, dolor en la garganta, pérdida del gusto y olfato, fiebre profusa, el cual se puede complicar con neumonía y puede conllevar a la muerte de la persona. Según la OMS (2019) el porcentaje de personas fallecidas tras contraer el coronavirus causante del COVID-19, de acuerdo a algunos estudios de expertos ronda el 0.6%.

Los trabajadores de salud conforman la primera línea de batalla que se enfrenta a una situación cargada de incertidumbre y miedo a enfermarse y contagiar a sus familiares. La OMS (2006) define al personal de salud cómo aquellas personas que realizan tareas cuya principal finalidad es promover la salud (OMS, 2006). Ellos son los que se enfrentan cotidianamente a la dura experiencia de atender pacientes con COVID-19 y forman parte de este grupo los médicos, químicos farmacéuticos, enfermeras, técnicos de enfermería, tecnólogos médicos; así como personal administrativo. Los trabajadores de salud son los que están más expuestos a experiencias que conmocionan e impactan sobre su salud física y emocional en la pandemia de COVID-19, y que, a la vez, conllevan a una pérdida de estabilidad de la propia existencia. Así, Vinuesa (2021) observó en médicos y enfermeras que trabajaban en áreas de atención de pacientes con COVID-19 agotamiento emocional severo y moderado, así como estrés relacionado a la situación de vulnerabilidad e incertidumbre por enfrentar a una enfermedad que no tiene un tratamiento específico hasta ahora, que tiene impacto sobre la salud emocional y el sistema inmunológico, nunca antes vista por nuestras generaciones contemporáneas y que afecta a todos los trabajadores de salud del mundo, ya que sin importar si están en un país desarrollado o en vías de serlo, experimentan situaciones muy similares.



Existen evidencias en el contexto nacional que muestran que este impacto es real en el personal de salud, así De la Cruz Vargas (2020) detalla que los trabajadores de salud junto con las preocupaciones de su propia seguridad, viven en constante preocupación y ansiedad por el riesgo de transmitir la infección a sus familias. En una ficha técnica del MINSA del Perú, (2020) dirigido al personal de salud que reconoce el riesgo que tiene el personal de salud de presentar problemas en su salud mental, describe lineamientos de cuidado y autocuidado, estrategias para el apoyo psicosocial y estrategias de identificación e intervención. Gonzales, (2020) concluye que los trabajadores de salud, perciben temor de contagio de la enfermedad, relacionado con la ineficiente gestión para la lucha contra el COVID-19.

Cantor-Cruzab (2021) señala que durante la emergencia sanitaria se han detectado en trabajadores de salud síntomas ansiosos-depresivos, síndrome de burnout, que alteran la capacidad de respuesta en sus labores. En un estudio realizado por Kang L (2020) se describe que los trabajadores de salud en Wuhan (China) que atendían pacientes con diagnóstico de COVID-19 tenían síntomas depresivos, estrés, ansiedad, insomnio, enojo y miedo, viéndose deteriorada su salud mental disminuyendo su capacidad de toma de decisiones. Ortiz K. (2020) al revisar una serie de artículos sobre los factores de riesgo que experimenta el personal de salud en el Perú frente a la pandemia por COVID-19 determinó que la presión de la población, el temor a contagiarse y a morir, les produce estrés debido a las altas exigencias a que son sometidos.

Herrera J. (2018) desde la perspectiva de la psiconeuroinmunología escribe que el sistema nervioso central, endocrino e inmune al estar intercomunicados de manera bidireccional pueden aumentar la posibilidad de hacer evolucionar enfermedades infecciosas ya que el estrés produce inmunodesviación de las citocinas, un factor importante que puede alterar la inmunidad y aumentar la percepción del dolor en el cuerpo. Soto (2020) afirma que una fuerte experiencia de Dios a través de la oración, supera y neutraliza el yo como el centro de atención de la persona, porque la presencia de Dios reemplaza al foco de atención. Así la oración en tiempos de pandemia puede conseguir un encuentro transformante en medio del dolor y sufrimiento teniendo como modelo la oración dirigida a Jesús. De aquí se infiere que la espiritualidad es una estrategia natural que a la que la persona recurre para afrontar las situaciones de sufrimiento. Del mismo modo, Alvarado y Pagán (2021) al estudiar la importancia de los recursos psicoterapéuticos de base espiritual y religiosa como estrategias de afrontamiento ante el COVID-19 y el distanciamiento social, afirman que ambos aspectos han causado un desequilibrio en la vida física, social, emocional y espiritual a nivel mundial y que las estrategias psicoterapéuticas de base espiritual y religiosa han mostrado ser beneficiosas cuando se utilizan con fines psicoterapéuticos y no dogmáticos para el manejo de situaciones estresantes, de angustia y crisis.

Fardin (2021) al revisar artículos desde 1978 al 2019 sobre la relación de la espiritualidad en situaciones críticas, reveló que la espiritualidad puede ayudar a las personas a tener relajación mental en enfermedades peligrosas y en tiempos de crisis. De aquí se infiere que la espiritualidad es una estrategia que la persona recurre espontáneamente para afrontar las situaciones difíciles que le causan sufrimiento.

Este estudio cobra importancia, porque aún hay pocos trabajos de investigación en el Perú sobre este tema, por ello se pretende describir y analizar las experiencias de trabajadores de salud en tiempos de pandemia de COVID-19.

## **1.2. Formulación del problema**

Teniendo en cuenta la realidad en que vive el trabajador de salud en los centros hospitalarios en el contexto de la pandemia de COVID-19, planteamos el problema:

¿Cuáles son las experiencias durante el primer brote del COVID-19 de trabajadores de un Centro Hospitalario de Lima metropolitana en su salud física, psicológica, social intelectual y espiritual?

## **1.3. Justificación de la investigación**

Consideramos la importancia de este trabajo, porque explora la experiencia vivida y descrita por el trabajador de salud cumpliendo su deber atendiendo pacientes con COVID-19.

Este trabajo tiene como intención proporcionar información sobre las dimensiones físicas, sociales, psicológicas, intelectuales y espirituales (es decir su biografía) descrita por el propio trabajador de salud. Tomar en cuenta la dimensión biográfica es imprescindible para poder extraer y comprender los aspectos vivenciales de la persona.

Los resultados del trabajo permitirán tomar decisiones para la protección de la salud integral del trabajador de salud; Bermejo subraya (2014) que son necesarias para la implementación de directivas de acción para proteger de riesgos en la salud a los trabajadores de salud.

Este trabajo pretende acercarse a la realidad experimentada por cada persona, y así poder entender no solamente las secuelas del impacto en la experiencia de atender pacientes con COVID-19; sino también proporcionar información sobre la realidad subjetiva de la persona para poder elaborar planes de implementación, programas de prevención para la salud en trabajadores en centros hospitalarios.

#### **1.4. Objetivos de la investigación**

##### **1.4.1 Objetivo general:**

Analizar las experiencias de los trabajadores de salud a partir del impacto del primer brote del COVID-19 en un centro hospitalario de Lima.

##### **1.4.2. Objetivos específicos:**

Describir el impacto del primer brote del COVID-19 en la dimensión física de los trabajadores de un centro hospitalario de Lima.

Identificar el impacto del primer brote del COVID-19 en la dimensión psicológica de los trabajadores de un centro hospitalario de Lima.

Describir el impacto del primer brote del COVID-19 en la dimensión social de los trabajadores de un centro hospitalario de Lima.

Identificar el impacto del primer brote del COVID-19 en la dimensión intelectual de los trabajadores de un centro hospitalario de Lima.

Analizar el impacto del primer brote del COVID-19 en la dimensión espiritual de los trabajadores de un centro hospitalario de Lima.

### **1.5. Limitaciones de la investigación**

La encuesta fue tomada en un área preestablecida del hospital en donde entre las limitaciones que se observaron fueron que la encuesta fue tomada en horarios de trabajo lo que dificultaba a los trabajadores llenar con más paciencia la encuesta, otra limitación es que fue necesario muchas veces ir a las áreas de labor asistencial de los trabajadores por las dificultades que tenían de salir de sus respectivas áreas. Otra limitación fue que el encuestador se encontraba con horarios reducidos al 50 por ciento pues tenía otro tipo de labor asistencial.

## **2. CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO**

### **2.1. Antecedentes de la investigación**

En el ámbito internacional tenemos los siguientes trabajos de investigación que se relacionan con el problema de investigación:

Palacios (2020) estudió la percepción de las experiencias y sentimientos emocionales durante el primer brote de COVID-19 basado en un marco interpretativo y con entrevistas a profundidad, los participantes fueron 30 fisioterapeutas que trabajaron en primera línea en once hospitales de salud pública en Madrid (España) durante el primer brote de COVID-19 (marzo-mayo 2020). Se encontró que los fisioterapeutas percibieron experiencias negativas en cuanto al impacto dramático que tuvo el brote de COVID-19 a nivel profesional y personal, y positivas en relación a que la experiencia de vivir la pandemia se percibió como una oportunidad para contribuir al hospital. Así mismo valoraron positivamente las relaciones con los pacientes y otros profesionales.

Esquircia (2020) en un estudio transversal sobre el Impacto emocional de la pandemia COVID-19 recopiló información sobre ansiedad, depresión, y estrés en el personal de salud. Este estudio reveló que entre los factores de riesgo vinculados a malestar psicológico fueron el hecho de ser mujer u hombre joven, trabajar como auxiliar de enfermería, vigilante o técnico de radiología. Se concluye que el estar en contacto directo con pacientes con COVID-19, no haber realizado pruebas de descartar PCR, tener la sensación de no contar con los elementos apropiados de protección para prevenir el contagio (sobre todo cuando se tiene síntomas), y haber experimentado la muerte de una persona cercana por COVID-19 son factores de riesgo para padecer de angustia psicológica.

Feingold (2020) en una investigación realizada en Nueva York (Estados Unidos), estudió como impactó psicológicamente la pandemia de COVID-19 en los trabajadores salud de primera línea durante el pico de la pandemia en Nueva York. En el estudio participaron trabajadores de salud que atendieron pacientes durante el aumento repentino de la pandemia, así se encontró que un 39% de los trabajadores de salud experimentó síntomas de trastorno de estrés postraumático (TEP), trastorno depresivo mayor y trastorno de ansiedad generalizada relacionados con COVID-19 así como agotamiento pre pandémico. Se logró identificar también como factor importante de apoyo; el liderazgo del hospital. Los hallazgos del estudio sugieren que podrían ser útiles las intervenciones encaminadas a reducir el agotamiento y reforzar el apoyo del liderazgo de la institución como factor motivacional, con el fin de mitigar el riesgo de desarrollar psicopatologías en los trabajadores de salud y otras personas que laboran en situaciones de crisis.

En un estudio multicéntrico de cohorte observacional realizado por Ali (2020) sobre el Impacto psicológico de la pandemia de COVID-19 en trabajadores de salud que laboraban en hospitales atendiendo pacientes con cuadros agudos en el sureste de Irlanda, determinó que la sensación de angustia psicológica fue mayor en los trabajadores de salud durante el periodo de la pandemia de COVID-19 y que la detección de signos mentales y emocionales adversos, así como desarrollar medidas preventivas realizadas a tiempo, son efectivas para proteger su bienestar psicológico tanto a corto como a largo plazo.

En un estudio transversal realizado en Vietnam, Hung Manh Than et al. (2020), estudió la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) entre los trabajadores de primera línea durante el brote de COVID-19. El estudio concluye que los trabajadores de salud de primera línea percibieron angustia psicológica y resultados más bajos de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) durante el brote de COVID-19. El estudio concluye que sería posible estudiar los factores que influyen negativamente con la salud mental y la CVRS para implementar intervenciones de prevención para los trabajadores sanitarios.

Lalupu (2021) en un estudio descriptivo, transversal y prospectivo realizado en la ciudad de Piura, Perú; a través de encuestas sobre el síndrome de Burnout en médicos que atienden pacientes con diagnóstico de COVID-19 en hospitales en Piura evidenció un alto grado de agotamiento emocional del personal de salud, y niveles medio-alto de despersonalización. Este estudio demuestra que los médicos en la primera línea de atención a pacientes con COVID-19 se ven vulnerados en su salud psicológica.

Haugan (2018) en un estudio prospectivo transversal en 250 pacientes encontró una relación negativa entre la espiritualidad y la depresión, y positiva con el buen funcionamiento emocional. Este estudio a pesar de que no se enfocó en trabajadores de salud, saca a la luz el aporte de la espiritualidad para sobreponerse en momentos difíciles como en la enfermedad.

Rudilla (2018) en una revisión sistemática de intervenciones psicológicas en espiritualidad en cuidados paliativos con 10 estudios experimentales, afirma que la calidad de vida de la persona no se favorece en su conjunto si no es abordada la dimensión espiritual, sugiriendo que a pesar de que la espiritualidad es un aspecto que en cuidados paliativos es contemplada, aún no existe una metodología o protocolo consensuado, concreto y sistematizado.

En un estudio bibliográfico analítico, realizado por Añazco (2022) en Ecuador en el cual se analizó el contexto de la realidad de los profesionales de la salud. El estudio buscaba paliar la irritabilidad mal humor y angustia de psicólogos en el curso de la pandemia por COVID 19. El autor concluye que la espiritualidad es un sustento inherente al ser humano y puede devolver el estado de equilibrio emocional a la persona, que es una pieza fundamental dentro del campo de la salud

## **2.2. Bases teóricas**

### **2.2.1. El trabajo**

El trabajo en las organizaciones de salud tiene características muy complejas, y características particulares; atienden al público 24 horas en los 365 días del año y los trabajadores que laboran dentro de estas instituciones como en los hospitales, hacen



frente muchas veces a un sin número de situaciones muy complicadas relacionadas con la salud de las personas y con el cuidado de ellas. El trabajo dignifica a la persona y es un componente muy importante en la consolidación de la esfera emocional y la identidad social de los individuos, pero también puede ser una fuente de accidentes, enfermedades y sufrimientos diversos que pueden comprometer la salud y su seguridad.

Conocer las relaciones entre trabajo y salud es fundamental, así como de los riesgos ocupacionales y de los grupos de trabajadores con mayor vulnerabilidad, todo ello imprescindible para diseñar estrategias que mejoren las condiciones de trabajo y bienestar (Spinelli, 2013). El trabajo es una fuente de ingresos económicos, y un elemento fundamental de la salud, estatus, relaciones sociales y oportunidades de vida.

En junio del año 2019 la Organización internacional de trabajo (OIT) por su centenario, declaró que las condiciones seguras y saludables para el desarrollo de un trabajo digno son fundamentales. En el contexto de la pandemia de COVID-19 esto cobra aún más relevancia, debido a que cuando se garantiza la salud y la seguridad del trabajador es posible de alguna forma reanudar la labor productiva detenida por la pandemia (Dafne, 2020). La preocupación del trabajador por la posibilidad de contraer el COVID-19, por los miembros de la familia y los compañeros de trabajo, el temor por a la falta de equipo de protección personal (EPP) o parte de él, así como la falta de apoyo social son factores que durante la pandemia pueden conllevar a cuadros de estrés debido a la tensión ocasionada por el deseo de cumplir con los protocolos de seguridad establecidos y el afán de apoyar a las personas que solicitan atención en los hospitales.

Cuando se impuso el confinamiento por la pandemia de COVID-19 y se dispuso el cierre temporal de las empresas, una gran masa de trabajadores y empresarios y

trabajadores se vieron obligados a dejar de trabajar perdiendo la oportunidad de obtener ingresos económicos. La incertidumbre por el futuro generó estrés psicológico; de esta forma la depresión, el agotamiento y la ansiedad tuvieron consecuencias negativas sobre el bienestar y la salud mental de los trabajadores.

El COVID-19 ha cambiado radicalmente en muy poco tiempo el modo de vida y la economía de todo el mundo, la humanidad se enfrentó así a una realidad a la que no estuvo preparada. Una de las repercusiones más importantes de la pandemia del COVID-19, fue el impacto en la salud mental del personal de salud que tiene como misión atender a pacientes con COVID-19, teniendo el riesgo de desarrollar trastornos psicológicos y hasta enfermedades mentales. Las evidencias e intervenciones de salud mental dirigidas a los trabajadores del área de la salud son escasos (Lai J, 2019).

### **2.2.2. Dimensiones humanas**

Pangrazzi (2004) formador en pastoral de la salud afirma que una visión integral de la persona es necesaria para humanizar la relación con el que sufre por alguna enfermedad o dolencia, por ello la vivencialidad de la persona es necesaria tomarla en cuenta, esto implica no solamente tomar en consideración la dimensión corpórea (física) de la persona, sino también las dimensiones emocionales, sociales y espirituales. Las dimensiones humanas son las formas de cómo se expresa y desarrolla el ser humano en la realidad (Migueléz, 2009), es decir; a las formas de expresión de la persona en las diferentes áreas de la vida que constituyen su existencia y que puede cultivar en un mayor o menor grado.

Las “dimensiones” conforman la gran complejidad del ser humano, involucra el conjunto de potencias y de posibilidades diversas, propias del ser humano que existen todas al mismo tiempo. Estas dimensiones humanas comprenden las áreas física, psicológica, social, intelectual y espiritual (Pangrazzi, Girasoles Junto a Sauces, 1999).

#### **2.2.2.1. Dimensión Física**

Cuando hablamos de la dimensión física, nos referimos a la realidad orgánica de la persona. Por lo general la mayoría de enfermedades tiene impacto en la dimensión física (en el cuerpo), lo cual se traduce en manifestaciones de dolor en una zona concreta determinada. La dimensión física también se evidencia con ayuda de radio imágenes, como la ecografía, tomografía, rayos x que permiten observar la presencia de cambios orgánicos concretos (Pangrazzi, Girasoles Junto a Sauces, 1999).

#### **2.2.2.2. Dimensión psicológica.**

Somos seres emocionales en gran medida. La vida cotidiana del individuo está vinculada directamente a la capacidad de sentir y expresar sentimientos. Según cómo se vivan, los sentimientos se convierten en fuente de bienestar y gratificación o en causa de malestar y conflicto.

La dimensión psicológica es la esfera más delicada de manejar y gestionar. Está presente en la vida cotidiana, pero suele emerger con mayor intensidad ante situaciones de estrés, fragilidad y dolor, es decir con el sufrimiento. En consecuencia, la eventualidad de una intervención, un diagnóstico negativo, el conocimiento de una enfermedad grave o que puede degenerar en invalidez, la proximidad de la muerte. desencadenan una variedad de estados de ánimo que van del shock al miedo, del resentimiento al sentimiento de culpa, del desasosiego a la desesperación, etc. (Pangrazzi, Girasoles Junto a Sauces, 1999).

El sufrimiento provoca toda una variedad de reacciones que dan lugar a la aflicción o activan mecanismos de defensa que se disparan como autodefensa cuando la integridad física es amenazada.

#### **2.2.2.3. La dimensión intelectual.**

Las capacidades mentales sirven para valorar y comprender, recordar y proyectar, analizar y sintetizar, dar con las soluciones concretas y estudiar las estrategias adecuadas. La experiencia de la enfermedad activa la dimensión cognitiva de la persona, que quiere saber por qué y la causa de sus males, saber que sucede en su entorno (Pangrazzi, Girasoles Junto a Sauces, 1999) . De este modo la información y la comunicación se convierten en canales vitales para ayudar al individuo a vivir las dudas, preocupaciones e imprevistos ocasionados por la incertidumbre.

Responder a las preguntas del paciente significa manifestarle respeto, reconocer su derecho a la información e implicarle responsablemente en las decisiones que le afectan. La dimensión intelectual, influye en la dimensión psicológica de la persona.

#### **2.2.2.4. La dimensión social.**

El medio social (familia, entorno social) influye intensamente en el desarrollo de la persona, en sus costumbres y en la elaboración de su identidad. Cualquier acontecimiento que pone en riesgo la integridad del sujeto, sobre todo si es grave, pone en crisis el propio proyecto y la propia forma de vida. En los tiempos de crisis, el individuo se ve obligado a mirar en su interior, proceso especialmente difícil para los que están acostumbrados a centrar y orientar sus energías hacia fuera de sí mismos. (Bermejo, 2014).

El ambiente de los hospitales y el clima que en ellos se respira pueden generar tensiones y actitudes de desconfianza. La recuperación de la salud en general depende muchas veces de la motivación y la fuerza de voluntad con que el paciente lucha para volver a asumir lo antes posible sus tareas y compromisos en el ámbito familiar y profesional.

Es importante considerar la calidad de lazos emocionales entre la persona que sufre por algún motivo y su nexos con la familia, entorno amical; etc., así también como las distancias afectivas pueden traducirse en resultados negativos en la salud.

#### **2.2.2.5. La dimensión espiritual.**

En lo íntimo de cada hombre hay un misterioso y profundo anhelo de relacionarse con Dios y de comprender su presencia en el mundo y en los acontecimientos de la vida (Iglesia católica, 2000).

Muchas veces la enfermedad se transforma en una búsqueda de la presencia de Dios, del significado de la vida, del dolor y de la muerte. Cada persona recorre itinerarios de búsqueda personales y echa mano de recursos diferentes. Uno encuentra alivio en los recuerdos, y otro en el afecto de los familiares; uno en el abandono en manos de la providencia, y en los sacramentos religiosos; uno en las palabras, y otro en el silencio; uno en la protesta, y otro en la aceptación (Pangrazzi, Girasoles Junto a Sauces, 1999).

En este marco del entendimiento de la dimensión espiritual, se entiende entonces la necesidad de tomar en cuenta y respetar las creencias religiosas del paciente, la necesidad de sentirse perdonado, protegido, de recibir la compañía de personas que recen u oren por él, de que se les ponga una intención en la misa o servicio religioso, o conversar con un sacerdote simplemente, cada cual según sus creencias religiosas.

Muchos pacientes al recibir estas ayudas religiosas sobrellevan mejor su enfermedad y algunos hasta mejoran su salud psicológica, hay quienes, incluso, atribuyen su curación a las ayudas espirituales que le otorga la religión. Otros también se aferran a las supersticiones y creencias sobrenaturales no religiosas con el fin de aliviar sus padecimientos.

Las reacciones frente a la pérdida, es decir en el duelo abarcan la totalidad de las dimensiones humanas, es posible que surjan manifestaciones psicósomáticas en la persona que experimenta la pérdida (Pangrazzi, El dolor nunca es para siempre, 2016).

La pérdida de una persona con la cual se han creado lazos de afecto, causa una diversidad de reacciones a nivel de todas las dimensiones humanas.

### **2.2.3. El estrés**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el estrés como «el conjunto de reacciones fisiológicas que prepara el organismo para la acción». En términos globales se trata de un sistema de alerta biológico necesario para la supervivencia.

En ciertas circunstancias, las presiones económicas o sociales, o un ambiente competitivo como la sobrecarga de trabajo, pueden ser percibidas de forma inconsciente como una «amenaza», surgiendo en la persona una sensación de incomodidad que abarca la esfera psíquica y física, si esta sensación se mantiene en el tiempo se puede llegar a un estado de agotamiento, acompañado de alteraciones psicológicas funcionales y orgánicas (Torrades, 2007).

En 1973, Hans Selye definía el estrés como “la respuesta no específica del cuerpo a cualquier demanda que sobre él se ejerce”. El sello característico del estrés es

el esfuerzo adaptativo frente a una situación problemática y la reacción inespecífica (Barrio, García, Ruiz, & Arce, 2006). El estrés es un tema de interés y preocupación para las neurociencias, sus efectos inciden tanto en la salud física y mental, así como en el rendimiento laboral y académico de la persona. El estrés puede provocar preocupación y angustia, así como trastornos psicológicos como desórdenes en la interrelación familiar y social.

La modernidad al concentrarse en la obtención de metas (materiales) toma sus consecuencias sobre la calidad de vida, y por ende en la salud física y mental de las personas (Naranjo Pereira, 2009).

Los factores psicológicos pueden tener influencia sobre la respuesta inmune debido a que la psiquis tiene como base funcional el cerebro y los neurotransmisores que median su funcionamiento (Rohleder, 2017).

Trastornos emocionales como: la depresión, la ansiedad, la ira, parecen encontrarse asociados al dolor crónico de la espalda, relación que queda justificada por el estrecho vínculo que se establece entre el sistema nervioso y el sistema osteomioarticular (Velasquez, 2015).

#### **2.2.4. El síndrome de burnout**

El Burnout o síndrome de agotamiento emocional lo padecen personas que trabajan en contacto íntimo con otros seres humanos. Esta les exige una respuesta emocional continua que requiere esfuerzos conductuales y mentales exigentes. El burnout o el “síndrome del quemado” se cataloga como patología laboral y emocional y puede acarrear trastornos psicossomáticos, mentales y hasta existenciales.

El término burnout fue utilizado por primera vez por el psiquiatra Herbert Freudeberger en 1974, y lo definió como un estado de fatiga o frustración que aparece por el ejercicio de una actividad, forma de vida o relación que no produce el resultado que la persona espera (Martinez, 2010).

Las estadísticas de contagio apuntan que hasta 20% de los pacientes infectados por COVID-19 son personal de salud (Lancet, 2020), lo que los convierte en la parte más débil en la cadena de atención a la pandemia. Los trabajadores de salud al estar en la primera línea en la atención de pacientes con COVID-19 enfrentan una variedad muy alta de demandas psicosociales que los hace vulnerables al estrés y a alteraciones mentales en general, lo que conlleva a deteriorar su calidad de vida y su capacidad funcional. Surge así un círculo vicioso con riesgos biológicos y psicosociales que tiene un impacto en su persona, su trabajo y la sociedad en general. El síndrome de burnout es la expresión del entramado del estrés crónico laboral, y puede catalogarse como la respuesta inicial de alguna alteración a la salud mental (Juarez, 2020).

Morales (2020) realizó en residentes de postgrado, un estudio sobre la prevalencia del síndrome de desgaste profesional concluyendo que los médicos y estudiantes de medicina son los más propensos a padecer este síndrome por la alta exigencia y estrés a los que están sometidos. En este estudio se encontró factores de riesgo para su surgimiento como, la sensación de estar saturado emocional y físicamente en relación con el trabajo que realizan, así también se encontraron factores ligados al ambiente del trabajo, como la sobrecarga en sus actividades, insatisfacción laboral, falta de recompensas profesionales, falta de tiempo, así como el tipo de pacientes con los cuales se tiene contacto, pacientes al borde de la muerte que experimentan gran sufrimiento.



En un estudio en Ecuador realizado por Vinueza (2020) titulado “Síndrome de Burnout en médicos y enfermeros ecuatorianos de uno y otro sexo durante la pandemia de COVID-19” evidenció que más del 90% de los médicos y personal de enfermería presentó síndrome de burnout moderado a severo.

La frecuencia y el tiempo en contacto con los diversos factores de riesgo que surgen por el constante contacto con público a los que están expuestos los trabajadores de la salud, docentes de cualquier nivel de educación o de cualquier otra profesión, puede ocasionar consecuencias negativas en la salud desde trastornos leves hasta eventos que pueden hacer peligrar la vida.

Una de las consecuencias derivada de la presencia de factores de riesgo de tipo psicosocial que el trabajador percibe como negativos, es el síndrome de burnout.

Los profesionales de la salud están comúnmente expuestos a diversos estresores psicosociales por sus tareas cotidianas, entre los que se encuentran: las altas cargas de trabajo, el bajo control, bajo apoyo social, demandas emocionales y físicas, desequilibrio entre esfuerzo y recompensa, liderazgo negativo, violencia laboral, falta de equipos y materiales, horarios y jornadas prolongadas, entre otros (Birhanu, 2018).

A dicho síndrome se le considera como una fase avanzada del estrés laboral que puede llegar a causar incapacidad total para volver a trabajar o como una dolencia psíquica y hasta un accidente laboral, causante tanto de alteraciones en la salud (en ocasiones mortal) como de problemas en la organización (Aranda, 2011).

Los síntomas de burnout no son solo de carácter emocional, sino también conductual y psicosomático. Los síntomas referidos con mayor frecuencia en un grupo de profesionales de la salud de primer y segundo niveles: trastornos del sueño, cefalea, ansiedad, irritabilidad, depresión, fatiga, debilidad y pirosis (Caballero, 2014).

El burnout constituye un motivo claro de baja laboral, el trabajo cotidiano se puede convertir en algo muy insoportable conllevando al trabajador de salud al agotamiento emocional, la despersonalización y el sentimiento de baja realización en el trabajo (Mediano, 2001).

#### **2.2.5. La vivencia interior**

Según Burgos (2010) las reacciones corporales son reflejo de lo que pasa en el interior. Los sentimientos y las emociones son la forma en que la dimensión subjetiva del hombre se enfrenta a los acontecimientos que le toca vivir. Los sentimientos son actitudes afianzadas que van a constituir el estado de ánimo, por ello es más duradera y persistente, por ello puede llegar a influir en la personalidad.

La vivencia interior tiene un carácter muy personal e íntimo, que de alguna manera es difícil expresar. Esa dificultad para expresar las vivencias interiores es muy compleja y prácticamente es imposible transmitirse de una forma óptima. Es mucho más fácil hacer una descripción de un objeto externo que hablar sobre el dolor, la frustración o la alegría.

Cada persona se vincula con la realidad a través de los afectos, los cuales tienen la capacidad de somatizarse muy ajenos a la racionalidad.

#### **2.2.6. El Duelo**

El duelo (del latín dolus, dolor), según el diccionario de la Real Academia de la Lengua Española son las demostraciones que se hacen para manifestar el sentimiento que se tiene por la muerte de alguien, expresadas con dolor, lástima, aflicción o pesar

(RAE 2020). El duelo es la respuesta normal y natural a una pérdida humana o separación.

Cabodevilla (2007) sostiene que el duelo debe ser entendido como una respuesta a cualquier tipo de pérdida y no sólo la muerte de una persona. El duelo es algo único y personal, cada individuo lo experimenta a su modo y manera, pero produce reacciones humanas que son comunes para todos.

Para Carmona (2008) el duelo es una experiencia que afecta a la persona en su totalidad: en toda su dimensión, de esta forma se ven implicados aspectos de orden biológico, psicológico, cognoscitivo, y espiritual. Cuando todo ser humano se enfrenta a la separación temporal o definitiva de un ser querido, una enfermedad, la pérdida de un órgano, o una función orgánica en particular, es difícil para la persona enfrentar la situación lo que repercute en su salud global.

El ser humano le teme a lo desconocido, tenerle miedo a la muerte es algo universal, el miedo a la muerte puede expresarse en un afán exagerado por obtener logros que contrarresten la angustia, la persona empieza una carrera ansiosa contra el tiempo, sin lograr disfrutar de los propios logros, vive pendiente de obtener lo “máximo posible” (Martinez, 2019).

Sobre el particular Kubler Ross (2002) afirma que los miedos del ser humano, tienen se originan en el miedo a la muerte y si se aprende a paliar ese miedo podremos enfrentarnos a los demás miedos con mayor serenidad.

El hombre es un ser relacional y en constante interacción con lo que lo rodea, esto hace que los hechos que ocurren a su alrededor influyan en su salud física, emocional y espiritual. El duelo Incluso puede ser un inductor de inmunosupresión, lo

cual hace alterar marcadores biológicos importantes, haciendo vulnerable la salud de la persona (Martin, 1997).

El trabajo que realizan los trabajadores de salud en áreas críticas con pacientes hospitalizados con diagnóstico de pronóstico reservado hace que el personal este en contacto cotidiano con personas al borde de la muerte. Estos hechos conllevan a situaciones de duelo no solo a los familiares del paciente fallecido sino también al personal de salud que estuvo a cargo del enfermo. La actual crisis en la salud pública mundial producto de la pandemia COVID-19, ha puesto de manifiesto nuevamente la importancia de la despedida del paciente moribundo y la importancia del contacto cercano entre los familiares y el ser querido cuya vida se acaba. La situación actual de pandemia por COVID-19 ha permitido evidenciar que los profesionales de salud también sufran el duelo, lo que hace oportuno poner en tela de juicio si existe la preparación adecuada y el suficiente apoyo psicológico a los profesionales sanitarios que luchan de forma frontal y de manera reiterada con la muerte de compañeros, familiares y pacientes (Díaz, et col 2021).

El personal de salud, tanto enfermeras y médicos que laboran en unidades críticas experimentan discomfort asociado con una sensación de ira ante aquel tipo de trabajo, como si los pacientes les jugaran una mala pasada al fallecer en su presencia. Muchos médicos se ponen a la defensiva cuando es abordado el tema de la muerte y los moribundos (Kubler, 1994).

### **2.2.7. El dolor y el sufrimiento**

El dolor se puede entender como una función de alarma del organismo que hace estar en alerta y atento de aquello que puede significar una amenaza a la integridad

física. El dolor es un mecanismo fisiológico útil en cuanto a la preservación de la vida, sin embargo, también puede ser portador de riesgos, como es el del surgimiento del sufrimiento.

El dolor puede convertirse en sufrimiento cuando este se vuelve autónomo, cuando surgen circunstancias que debilitan el organismo tanto física como psicológicamente ante lo cual la persona se siente impotente. También surge cuando alcanza intensidades que no tienen proporción alguna con su función de alarma (Spaemann, 2010). Cuando esto ocurre surge el miedo por el sufrir en el futuro haciendo que aumente mi sufrimiento. De ahí la importancia de vivir con serenidad el momento presente y el acompañamiento psicológico para proporcionar soporte a la persona. Así, por ejemplo; perder el trabajo, ver morir a una persona, la falta de recursos económicos, sentimientos de culpa, tener una dolencia como puede ser tener síntomas de coronavirus esperando el diagnóstico médico, la espera consciente de que se va ser sometido a una operación muy pronto (Pro, 2020). Una perspectiva negativa o incierta del futuro puede conllevar a un aumento del sufrimiento actual (Burgos, 2010).

### **3. CAPÍTULO III. MATERIALES Y MÉTODOS**

#### **3.1. Tipo de estudio y diseño de la investigación**

El trabajo tiene un enfoque cualitativo de nivel descriptivo y el método de análisis es el fenomenológico hermenéutico (Hernández et al., 2014).

#### **3.2. Población y muestra**

La muestra fue de tipo no probabilístico por conveniencia (Hernández et al., 2014). Estuvo conformada por 30 trabajadores de la salud: 2 médicos, 2 químicos farmacéuticos, 15 enfermeras, 8 técnicas de enfermería, 1 técnica de farmacia, 2 personal administrativo.

#### **3.3. Criterios de inclusión y exclusión**

##### **Criterios de Inclusión**

- Trabajadores de un centro hospitalario de Lima que estuvieron laborando en el primer brote de la pandemia del COVID-19.

##### **Criterios de Exclusión**

- Trabajadores que laboraron en un centro hospitalario de Lima que cumplían el periodo de vacaciones.
- Trabajadores que laboraron en un centro hospitalario de Lima que se encontraban con licencia de enfermedad, maternidad.
- Trabajadores que no laboraban en el centro hospitalario de Lima.

### **3.4. Descripción del entorno**

Este trabajo se realizó en un hospital de Lima Metropolitana, ubicado en el Perú, que cuenta con más de seis mil trabajadores entre personal asistencial y administrativo.

### **3.5. Técnicas de recolección de datos**

La técnica de recolección de datos que se utilizó ha sido la encuesta semiestructurada compuesta por 8 preguntas y estuvieron agrupadas en 5 dimensiones: física, psicológica social, intelectual y espiritual. Este instrumento fue creado por los autores de esta tesis teniendo en cuenta la intención de medir el impacto que ha tenido la experiencia de haber sido protagonistas en la atención de pacientes infectados con COVID -19. Cada dimensión pretendió medir el impacto sobre la realidad biológica (el impacto somático) y subjetiva de la persona (la percepción de sus vivencias). Para ello la dimensión física estuvo compuesta por 2 preguntas, la dimensión psicológica por 2 preguntas, la dimensión social por 1 pregunta, la dimensión intelectual por 1, la dimensión espiritual por 2 preguntas.

La recolección de datos fue de manera presencial y por escrito. Se resolvieron las dudas en el llenado de la encuesta a los participantes, asimismo se les otorgó el tiempo necesario para que respondieran la encuesta.

### **3.6. Definición conceptual y operacionalización de variables**

**Experiencias:** Según la Real Academia de la Lengua Española (RAE) la experiencia es la circunstancia o acontecimiento vivido por una persona (RAE, 2021).

**Primer brote:** Brote es el incremento o aparición inusual de casos de una enfermedad en un área geográfica delimitada, durante un periodo de tiempo y afectando un número

determinado de personas, en el cual el o los casos tienen un nexo epidemiológico (Chapilliquen, 2021).

**COVID:** La RAE lo define como el síndrome respiratorio agudo producido por un coronavirus (RAE, 2021).

**Trabajadores de salud:** Los trabajadores sanitarios son personas cuyo cometido es proteger y mejorar la salud en sus respectivas comunidades. Todos ellos juntos conforman, dentro de su diversidad, la fuerza de trabajo sanitaria mundial (OMS, 2006).

### **3.7. Plan de recolección de datos e instrumentos**

Se utilizó una encuesta de 8 preguntas para evaluar qué características de las dimensiones humanas se han visto afectadas en los trabajadores de un centro hospitalario de Lima, que han trabajado en el primer brote de la pandemia del COVID-19. (Anexo N°1) (Hernández et al., 2014).

### **3.8. Aspectos éticos**

La presente tesis constituyó un aporte original el cual fue elaborado tomando en cuenta el respeto a los derechos de autor de los materiales empleados, los mismos que fueron escritos en la bibliografía y los anexos. Se han respetado las citas textuales y las referenciales, en cada situación.

Se le explicó a los participantes de manera verbal que en la encuesta se respetaría la confidencialidad pues sería anónima y voluntaria.

### **3.9. Plan de análisis e interpretación de la información**

En este paso se ha realizado el análisis de lo manifestado por los trabajadores de salud de un centro hospitalario de Lima acerca de cómo se han visto afectadas sus dimensiones humanas durante el primer brote de la pandemia del COVID-19.



Se identificó las características fundamentales de cada una de las respuestas de los encuestados. El proceso de análisis comprendió tres fases principales: análisis descriptivo, análisis estructural, y el análisis interpretativo (Hernández et al., 2014).

### **3.9.1. Análisis descriptivo**

En esta fase se ha realizado el análisis de cada una de las transcripciones de las entrevistas, de forma tal que hemos obtenido un panorama general y nos hemos familiarizado con las opiniones vertidas por los entrevistados. En esta fase se redacta un resumen narrativo de cada entrevista en el que se presentan los puntos esenciales de cada respuesta, respetando lo manifestado por cada entrevistado.

### **3.9.2. Análisis estructural**

En la segunda fase se realizó un análisis sistemático de la estructura de cada respuesta de los entrevistados, clasificándolas en categorías o temas que nos permitieron asociarlas y realizar un mejor análisis.

### **3.9.3. Análisis interpretativo**

En esta fase final, se realizó la interpretación del tema central a partir del análisis inicial y el análisis estructural. En nuestro caso, se realizó la interpretación para evaluar qué características de las dimensiones humanas se han visto afectadas en los trabajadores de un centro hospitalario de Lima, que han trabajado en el primer brote de la pandemia del COVID-19.

De esta manera, se busca alcanzar una comprensión profunda y objetiva de los resultados de las entrevistas y poder realizar un análisis profundo sobre la salud en todas las dimensiones humanas de los trabajadores de la salud (Hernández et al., 2014).

#### 4. CAPITULO IV. RESULTADOS

La población que ha formado parte de este estudio está conformada por cinco grupos de trabajadores en donde se observó que el 50 por ciento de los médicos era de sexo femenino y el otro 50 por ciento de sexo masculino, asimismo el 100 por ciento de los médicos se encuentra en la cuarta década de vida. De este grupo de trabajadores de salud el 50 por ciento era casado y el otro 50 por ciento era soltero.

El 100 por ciento de las licenciadas de enfermería son de sexo femenino se evidencio que el 21.43 por ciento se encontraba en la cuarta década de vida, el 57.14 por ciento se encontraba en la quinta década de vida y el 21.43 por ciento se encontraba en la sexta década de vida. En este grupo de trabajadores de salud el 78.57 por ciento era casado, el 14.29 por ciento era soltero y un 7.14 por ciento divorciado.

El 100 por ciento del personal químico farmacéutico era de sexo femenino de este grupo el 50 por ciento se encontraba en la cuarta década de vida y el otro 50 por ciento se encontraba en la quinta década de vida. El 100 por ciento de este grupo de trabajadores era casado.

El 100 por ciento del técnico de enfermería era de sexo femenino de este grupo el 50 por ciento se encontraba en la cuarta década de vida y el otro 50 por ciento se encontraba en la quinta década de vida. En este grupo de trabajadores de salud el 50 por ciento era casado, el 37.50 por ciento era soltero y un 12.50 por ciento separado.

El 100 por ciento de técnico de farmacia era de sexo femenino de la cuarta década de vida. En este grupo el 100 por ciento era soltero.

El 100 por ciento del personal administrativo era de sexo femenino de este grupo el 100 por ciento se encontraba en la quinta década de vida. El 100 por ciento de este grupo de trabajadores era casado.

#### **4.1. Resultados descriptivos**

En el capítulo anterior se describió el método empleado en la presente investigación, bajo cuyos lineamientos se recolectó la información requerida para los análisis pertinentes. A continuación, se presentan los resultados iniciales.

##### **4.1.1. Análisis inicial**

Este análisis comprende un breve resumen narrativo que contiene los aspectos más resaltantes de la entrevista de cada encuestado.

**Entrevistado 1** Resumen narrativo: Trabajador del sector salud se desempeña como técnico de farmacia. En relación a la **dimensión psicológica** afirma que practicaba algún deporte y hobby antes de la pandemia. Asimismo, escribe que desde que empezó la pandemia le embarga sentimientos de presión laboral, ansiedad por temor a contagiarse y contagiar a su familia. Con respecto a la **dimensión física** se observa un aumento de las molestias físicas después de la pandemia en comparación de antes de la pandemia. En la **dimensión intelectual** considera que la información que brinda los medios y la realidad que se vive en el hospital no coincide. En la **dimensión espiritual** se observa un aumento de su fe después de la pandemia. Finalmente, en la **dimensión social** si visita a familiares o amigos cuando las circunstancias lo permiten.

**Entrevistado 2** Resumen narrativo: Trabajador del sector salud se desempeña como Licenciada de enfermería. En relación a la **dimensión psicológica** afirma que practicaba varios hobbies antes de la pandemia. Asimismo, escribe que desde que empezó la pandemia le embarga sentimientos de tristeza, miedo, tolerancia para frenar la ira y fuerza para ayudar. Con respecto a la **dimensión física** se observa un aumento de las molestias físicas después de la pandemia en comparación de antes de la pandemia. En la **dimensión intelectual** considera que la información que brinda los medios y la realidad que se vive en el hospital coincide a veces no se parece. En la **dimensión espiritual** se observa un aumento de su fe después de la pandemia. Finalmente, en la **dimensión social** actualmente no visita a nadie.

**Entrevistado 3** Resumen narrativo: Trabajador del sector salud se desempeña como médico internista. En relación a la **dimensión psicológica** afirma que no practicaba algún deporte o hobby antes de la pandemia. Asimismo, escribe que desde que empezó la pandemia le embarga sentimientos de desesperanza, tristeza y preocupación. Con respecto a la **dimensión física** se observa la aparición de molestias físicas después de la pandemia. En la **dimensión intelectual** considera que la información que brinda los medios y la realidad que se vive en el hospital coincide parcialmente. En la **dimensión espiritual** se observa un aumento de su fe después de la pandemia. Finalmente, en la **dimensión social** no visita a nadie.

**Entrevistado 4** Resumen narrativo: Trabajador del sector salud se desempeña como licenciada de enfermería. En relación a la **dimensión psicológica** afirma que practicaba un hobby antes de la pandemia. Asimismo, escribe que desde que empezó la pandemia

le embarga sentimientos de preocupación, pena por la falta de insumos para el personal expuesto. Con respecto a la **dimensión física** se observa un aumento de las molestias físicas después de la pandemia en comparación de antes de la pandemia. En la **dimensión intelectual** considera que la información que brinda los medios y la realidad que se vive en el hospital si coincide. En la **dimensión espiritual** se siente agradecida con Dios después de la pandemia. Finalmente, en la **dimensión social** no visita a familiares o amigos solo llamadas.

**Entrevistado 5** Resumen narrativo: Trabajador del sector salud se desempeña como licenciada de enfermería. En relación a la **dimensión psicológica** afirma que practicaba un hobby antes de la pandemia. Asimismo, escribe que desde que empezó la pandemia le embarga sentimientos de preocupación, tristeza, ira, decepción. Con respecto a la **dimensión física** se observa un aumento de las molestias físicas después de la pandemia en comparación de antes de la pandemia. En la **dimensión intelectual** considera que la información que brinda los medios y la realidad que se vive en el hospital si coincide. En la **dimensión espiritual** se observa un aumento de su fe después de la pandemia. Finalmente, en la **dimensión social** no visita a familiares o amigos.

**Entrevistado 6** Resumen narrativo: Trabajador del sector salud se desempeña como licenciada de enfermería. En relación a la **dimensión psicológica** afirma que practicaba que no practicaba ningún deporte o hobby antes de la pandemia. Asimismo, escribe que desde que empezó la pandemia le embarga sentimientos de miedo, angustia y confusión. Con respecto a la **dimensión física** se observa un aumento de las molestias

físicas después de la pandemia en comparación de antes de la pandemia. En la **dimensión intelectual** considera que la información que brinda los medios y la realidad que se vive en el hospital no coincide mucho. En la **dimensión espiritual** refiere que ora con más fervor después de la pandemia. Finalmente, en la **dimensión social** no visita mucho a familiares o amigos.

**Entrevistado 7** Resumen narrativo: Trabajador del sector salud se desempeña como licenciada de enfermería. En relación a la **dimensión psicológica** afirma que no practicaba ningún deporte o hobby antes de la pandemia. Asimismo, escribe que desde que empezó la pandemia le embarga sentimientos de tristeza, impotencia, incertidumbre, preocupación y stress. Con respecto a la **dimensión física** se observa un aumento de las molestias físicas después de la pandemia en comparación de antes de la pandemia. En la **dimensión intelectual** considera que la información que brinda los medios y la realidad que se vive en el hospital no coincide. En la **dimensión espiritual** se observa un aumento de su fe después de la pandemia. Finalmente, en la **dimensión social** no visita a familiares o amigos.

**Entrevistado 8** Resumen narrativo: Trabajador del sector salud se desempeña como técnico de farmacia. En relación a la **dimensión psicológica** afirma que practicaba muy poco deporte antes de la pandemia. Asimismo, escribe que desde que empezó la pandemia le embarga sentimientos de temor a contagiarse, temor a hospitalizarse. Con respecto a la **dimensión física** se observa un aumento de las molestias físicas después de la pandemia en comparación de antes de la pandemia. En la **dimensión intelectual** considera que la información que brinda los medios y la realidad que se vive en el

hospital no siempre coincide. En la **dimensión espiritual** ratifica sus creencias después de la pandemia. Finalmente, en la **dimensión social** no visita a familiares o amigos solo WhatsApp.

**Entrevistado 9** Resumen narrativo: Trabajador del sector salud se desempeña como químico farmacéutico. En relación a la **dimensión psicológica** afirma que no practicaba ningún deporte o hobby antes de la pandemia. Asimismo, escribe que desde que empezó la pandemia le embarga sentimientos de miedo, frustración, rabia, angustia y pena. Con respecto a la **dimensión física** se observa un aumento de las molestias físicas después de la pandemia en comparación de antes de la pandemia. En la **dimensión intelectual** considera que la información que brinda los medios y la realidad que se vive en el hospital no es real. En la **dimensión espiritual** se observa un aumento de su fe después de la pandemia. Finalmente, en la **dimensión social** asiste a reuniones familiares y amicales.

**Entrevistado 10** Resumen narrativo: Trabajador del sector salud se desempeña como técnico de enfermería. En relación a la **dimensión psicológica** afirma que practicaba un hobby antes de la pandemia. Asimismo, escribe que desde que empezó la pandemia le embarga sentimientos de pena. Con respecto a la **dimensión física** se observa un aumento de las molestias físicas después de la pandemia en comparación de antes de la pandemia. En la **dimensión intelectual** considera que la información que brinda los medios y la realidad que se vive en el hospital no coincide. En la **dimensión espiritual** sus creencias son más fuertes después de la pandemia. Finalmente, en la **dimensión social** no visita a familiares o amigos.

**Entrevistado 11** Resumen narrativo: Trabajador del sector salud se desempeña como técnica de enfermería. En relación a la **dimensión psicológica** afirma que no practicaba mucho algún deporte o hobby antes de la pandemia. Asimismo, escribe que desde que empezó la pandemia le embargó sentimientos de temor, ansiedad por lo que les desplazaban a otros servicios. Con respecto a la **dimensión física** se observó la aparición de molestias físicas después de la pandemia en comparación a antes de la pandemia. En la **dimensión intelectual** siente que la información que brinda los medios y la realidad que se vive en el hospital no coincide. En la **dimensión espiritual** refirió ser católica practicante y que después de la pandemia sigue firme en su fe en la **dimensión social** por ahora no visita a familiares o amigos.

**Entrevistado 12** Resumen narrativo: Trabajador del sector salud se desempeña como médico neurólogo. En relación a la **dimensión psicológica** afirma que no practicaba ningún deporte o hobby antes de la pandemia. Asimismo, escribe que desde que empezó la pandemia le embargó sentimientos de preocupación, tristeza, molestia, sobreexposición y desvalorización. Con respecto a la **dimensión física** se observa un aumento de las molestias físicas después de la pandemia en comparación a antes de la pandemia. En la **dimensión intelectual** considera que la información que brinda los medios y la realidad que se vive en el hospital no coincide. En la **dimensión espiritual** refiere ser católica creyente y que después de la pandemia sigue siendo católica creyente. Finalmente, en la **dimensión social** muy poco visita a familiares o amigos.

**Entrevistado 13** Resumen narrativo: Trabajador del sector salud se desempeña como licenciada de enfermería. En relación a la **dimensión psicológica** afirma que realizaba



caminatas al aire libre antes de la pandemia. Asimismo, escribe que desde que empezó la pandemia le embarga sentimientos de temor por el riesgo de enfermarse, tristeza por los amigos y seres humanos que se fueron. Con respecto a la **dimensión física** se observa agotamiento emocional después de la pandemia en comparación a antes de la pandemia. En la **dimensión intelectual** considera que la información que brinda los medios y la realidad que se vive en el hospital si coincide. En la **dimensión espiritual** se considera una persona con fe en Dios y después de la pandemia siempre se refugia en Dios ante situaciones difíciles. Finalmente, en la **dimensión social** si visita a familiares o amigos.

**Entrevistado 14** Resumen narrativo: Trabajador del sector salud se desempeña como licenciada de enfermería. En relación a la **dimensión psicológica** afirma que no practicaba ningún deporte o hobby antes de la pandemia. Asimismo, escribe que desde que empezó la pandemia le embarga sentimientos de miedo de contraer la enfermedad, no quiere ir a trabajar por momentos, no quiere salir de casa, ha perdido el interés por hacer cosas y a veces no quiere nada en casa. Con respecto a la **dimensión física** se observa un aumento de las molestias físicas después de la pandemia en comparación de antes de la pandemia. En la **dimensión intelectual** considera que la información que brinda los medios y la realidad que se vive en el hospital alguna vez coincide. En la **dimensión espiritual** refiere que es católica y cree en Dios y después de la pandemia sigue igual creyendo en Dios. Finalmente, en la **dimensión social** sale poco y no visita a familiares o amigos.

**Entrevistado 15** Resumen narrativo: Trabajador del sector salud se desempeña como licenciada de enfermería. En relación a la **dimensión psicológica** afirma que cantaba en el coro de enfermeras del hospital donde trabajaba antes de la pandemia. Asimismo, escribe que desde que empezó la pandemia le embarga sentimientos de angustia, pena y dolor. Con respecto a la **dimensión física** se observa un aumento de las molestias físicas después de la pandemia en comparación de antes de la pandemia. En la **dimensión intelectual** considera que la información que brinda los medios y la realidad que se vive en el hospital si coincide. En la **dimensión espiritual** se observa un aumento de su fe después de la pandemia. Finalmente, en la **dimensión social** refiere que si visita a familiares o amigos.

**Entrevistado 16** Resumen narrativo: Trabajador del sector salud se desempeña como licenciada de enfermería. En relación a la **dimensión psicológica** afirma que iba al cine además de realizar paseos familiares antes de la pandemia. Asimismo, escribe que desde que empezó la pandemia le embarga sentimientos de estrés ansiedad, angustia, preocupación por su salud y la de sus seres queridos, además, percibió temor ante la situación que sufrieron, experimentando tristeza por las personas más desprotegidas. Con respecto a la **dimensión física** se observa un aumento de las molestias físicas después de la pandemia en comparación de antes de la pandemia. En la **dimensión intelectual** considera que la información que brinda los medios y la realidad que se vive en el hospital no siempre se ajustaba a la realidad. En la **dimensión espiritual** se observa un aumento de su fe después de la pandemia. Finalmente, en la **dimensión social** visita muy poco a familiares o amigos.

**Entrevistado 17** Resumen narrativo: Trabajador del sector salud se desempeña como licenciada de enfermería. En relación a la **dimensión psicológica** afirma que practicaba bicicleta y caminatas antes de la pandemia. Asimismo, escribe que desde que empezó la pandemia le embargó sentimientos de pena, inconformidad e insatisfacción. Con respecto a la **dimensión física** se observa un aumento de las molestias físicas después de la pandemia en comparación de antes de la pandemia. En la **dimensión intelectual** considera que la información que brinda los medios y la realidad que se vive en el hospital no siempre coincide hay diferencia. En la **dimensión espiritual** refiere que su fe se mantiene igual de antes de la pandemia de la pandemia. Finalmente, en la **dimensión social** si visita a familiares y amigos más del entorno laboral.

**Entrevistado 18** Resumen narrativo: Trabajador del sector salud se desempeña como licenciada de enfermería. En relación a la **dimensión psicológica** afirma que no practicaba ningún deporte o hobby antes de la pandemia. Asimismo, escribe que desde que empezó la pandemia le embarga sentimientos de preocupación por estado de salud de familiares, incertidumbre por lo que está sucediendo. Con respecto a la **dimensión física** se observa un aumento de las molestias físicas después de la pandemia en comparación de antes de la pandemia. En la **dimensión intelectual** considera que la información que brinda los medios y la realidad que se vive en el hospital no coincide. En la **dimensión espiritual** refirió que se mantiene orando y leyendo la biblia después de la pandemia. Finalmente, en la **dimensión social** visita muy poco a familiares o amigos.

**Entrevistado 19** Resumen narrativo: Trabajador del sector salud se desempeña como técnica de enfermería. En relación a la **dimensión psicológica** afirma que practicaba un hobby antes de la pandemia. Asimismo, escribe que desde que empezó la pandemia le embarga sentimientos de temor, ansiedad, angustia, miedo y desesperación. Con respecto a la **dimensión física** se observa un aumento de las molestias físicas después de la pandemia en comparación de antes de la pandemia. En la **dimensión intelectual** considera que la información que brinda los medios y la realidad que se vive en el hospital algunas veces coincide. En la **dimensión espiritual** observó que ora más y ve la misa más seguido por televisión por internet después de la pandemia. Finalmente, en la **dimensión social** visita no muy seguido a familiares o amigos.

**Entrevistado 20** Resumen narrativo: Trabajador del sector salud se desempeña como licenciada de enfermería. En relación a la **dimensión psicológica** afirma que practicaba un deporte antes de la pandemia. Asimismo, escribe que desde que empezó la pandemia le embarga sentimientos de miedo a enfermarse, tristeza de ver a mucha gente morir, siente que tiene mucha responsabilidad con su familia por que puede ser que ella les lleve el virus. Con respecto a la **dimensión física** se observa un aumento de las molestias físicas después de la pandemia en comparación de antes de la pandemia. En la **dimensión intelectual** considera que la información que brinda los medios y la realidad que se vive en el hospital generalmente no coincide. En la **dimensión espiritual** observó un aumento de su fe después de la pandemia. Finalmente, en la **dimensión social** claro que visita a familiares o amigos.

**Entrevistado 21** Resumen narrativo: Trabajador del sector salud se desempeña como técnica de enfermería. En relación a la **dimensión psicológica** afirma que practicaba un deporte antes de la pandemia. Asimismo, escribe que desde que empezó la pandemia le embarga sentimientos de tristeza, dolor, miedo y angustia. Con respecto a la **dimensión física** se observó la aparición de las molestias físicas después de la pandemia. En la **dimensión intelectual** considera que la información que brinda los medios y la realidad que se vive en el hospital no coincide. En la **dimensión espiritual** se observa un aumento de su fe después de la pandemia. Finalmente, en la **dimensión social** visita muy poco a familiares o amigos.

**Entrevistado 22** Resumen narrativo: Trabajador del sector salud se desempeña como técnica de enfermería. En relación a la **dimensión psicológica** afirma que practicaba un deporte antes de la pandemia. Asimismo, escribe que desde que empezó la pandemia le embarga sentimientos de tristeza, preocupación, estrés por saber cuándo todo pasará, nostalgia ya que nada es igual y un poco también de depresión. Con respecto a la **dimensión física** se observa un aumento de las molestias físicas después de la pandemia en comparación de antes de la pandemia. En la **dimensión intelectual** considera que la información que brinda los medios y la realidad que se vive en el hospital coincide en algunas cosas en otras no. En la **dimensión espiritual** observa que sigue creyendo después de la pandemia y tiene la fe que todo pasará. Finalmente, en la **dimensión social** no visita a familiares o amigos, pero extraña hacerlo.

**Entrevistado 23** Resumen narrativo: Trabajador del sector salud se desempeña como técnico de enfermería. En relación a la **dimensión psicológica** afirma que solo

caminaba antes de la pandemia. Asimismo, escribe que desde que empezó la pandemia le embarga sentimientos de miedo y temor. Con respecto a la **dimensión física** se observa una disminución de las molestias físicas después de la pandemia en comparación de antes de la pandemia. En la **dimensión intelectual** considera que la información que brinda los medios y la realidad que se vive en el hospital no coincide, es diferente. En la **dimensión espiritual** se observó un aumento de su fe después de la pandemia. Finalmente, en la **dimensión social** visita a sus tías.

**Entrevistado 24** Resumen narrativo: Trabajador del sector salud se desempeña como químico farmacéutico. En relación a la **dimensión psicológica** afirma que practicaba un hobby antes de la pandemia. Asimismo, escribe que desde que empezó la pandemia le embarga sentimientos de temor a enfermar y contagiar a su familia, presión en el trabajo por cumplir los objetivos, angustia y preocupación. Con respecto a la **dimensión física** se observa un aumento de las molestias físicas después de la pandemia en comparación de antes de la pandemia. En la **dimensión intelectual** considera que la información que brinda los medios y la realidad que se vive en el hospital no coincide. En la **dimensión espiritual** sus creencias religiosas católicas se mantienen intactas y siente mucho agradecimiento después de la pandemia. Finalmente, en la **dimensión social** no recibe visitas.

**Entrevistado 25** Resumen narrativo: Trabajador del sector salud se desempeña como técnico administrativo. En relación a la **dimensión psicológica** afirma que no practicaba ningún deporte o hobby antes de la pandemia. Asimismo, escribe que desde que empezó la pandemia le embarga sentimientos de pena, angustia y temor a contagiar.

Con respecto a la **dimensión física** se observa un aumento de las molestias físicas después de la pandemia en comparación de antes de la pandemia. En la **dimensión intelectual** no precisa. En la **dimensión espiritual** se observó que sus creencias católicas se mantienen iguales después de la pandemia. Finalmente, en la **dimensión social** no visita a familiares o amigos.

**Entrevistado 26** Resumen narrativo: Trabajador del sector salud se desempeña como técnico de enfermería. En relación a la **dimensión psicológica** afirma que practicaba un deporte antes de la pandemia. Asimismo, escribe que desde que empezó la pandemia le embarga sentimientos de dolor, pena por la pérdida por familiares, angustia por no poder hacer nada al respecto y preocupación. Con respecto a la **dimensión física** se observa la aparición de molestias físicas después de la pandemia. En la **dimensión intelectual** considera que la información que brinda los medios y la realidad que se vive en el hospital no coincide, la realidad es diferente. En la **dimensión espiritual** se observó que sus creencias se mantuvieron después de la pandemia, pues tiene mucha fe. Finalmente, en la **dimensión social** no visita a familiares o amigos solo llamadas.

**Entrevistado 27** Resumen narrativo: Trabajador del sector salud se desempeña como Ingeniero informático. En relación a la **dimensión psicológica** afirma que practicaba un hobby antes de la pandemia. Asimismo, escribe que desde que empezó la pandemia le embarga sentimientos de miedo, terror que le pase algo y dejar a su hijo menor de edad y su esposo. Con respecto a la **dimensión física** se observa un aumento de las molestias físicas después de la pandemia en comparación de antes de la pandemia. En

la **dimensión intelectual** considera que la información que brindan los medios es muy triste. En la **dimensión espiritual** se observa un aumento de su fe después de la pandemia. Finalmente, en la **dimensión social** no visita a familiares o amigos.

**Entrevistado 28** Resumen narrativo: Trabajador del sector salud se desempeña como técnico de enfermería. En relación a la **dimensión psicológica** afirma que no practicaba ningún deporte o hobby antes de la pandemia. Asimismo, escribe que desde que empezó la pandemia le embarga sentimientos de nostalgia e impotencia. Con respecto a la **dimensión física** se observa un aumento de las molestias físicas después de la pandemia en comparación de antes de la pandemia. En la **dimensión intelectual** considera que la información que brinda los medios y la realidad que se vive en el hospital no coincide pues los medios de comunicación no informan la realidad del trabajador de salud, del sacrificio de dejar a sus familias para atender a sus pacientes. En la **dimensión espiritual** se observa un aumento de su fe después de la pandemia. Finalmente, en la **dimensión social** si visita a familiares o amigos.

**Entrevistado 29** Resumen narrativo: Trabajador del sector salud se desempeña como licenciada de enfermería. En relación a la **dimensión psicológica** afirma que practicaba un deporte antes de la pandemia. Asimismo, escribe que desde que empezó la pandemia le embarga sentimientos de pena, tristeza, solidaridad, empatía y fe. Con respecto a la **dimensión física** se observa la aparición de molestias físicas después del inicio de la pandemia. En la **dimensión intelectual** considera que la información que brinda los medios y la realidad que se vive en el hospital si coincide. En la **dimensión**



**espiritual** se observa un aumento de su fe después de la pandemia. Finalmente, en la **dimensión social** visita poco a familiares o amigos.

**Entrevistado 30** Resumen narrativo: Trabajador del sector salud se desempeña como licenciada de enfermería. En relación a la **dimensión psicológica** afirma que no practicaba ningún deporte o hobby antes de la pandemia. Asimismo, escribe que desde que empezó la pandemia le embarga sentimientos de temor, mucho miedo, impotencia, sobrecarga de trabajo. Con respecto a la **dimensión física** se observa un aumento de las molestias físicas después de la pandemia en comparación de antes de la pandemia. En la **dimensión intelectual** considera que la información que brinda los medios y la realidad que se vive en el hospital si coincide. En la **dimensión espiritual** se observó que mantuvo siempre su fe antes y después de la pandemia. Finalmente, en la **dimensión social** si visita a familiares o amigos.

#### **4.2. Análisis Estructural**

Este análisis se realizó a través del análisis del contenido de cada una de las respuestas de los entrevistados, siguiendo la metodología descrita en el capítulo anterior para cada pregunta fenomenológica de la entrevista, de esta manera, se encontraron las siguientes categorías y temas que nos ayudarán a analizar los contenidos y agrupar las opiniones vertidas.

##### **4.2.1. Categoría 1: Emociones y sentimientos**

Las emociones y sentimientos que embargan a los trabajadores de salud desde que empezó la pandemia, fueron identificados mediante el análisis estructural.

Tema 1	Emociones negativas que embargan a los trabajadores de salud desde que empezó la pandemia.
Tema 2	Emociones positivas que embargan a los trabajadores de salud desde que empezó la pandemia.

A continuación, se desarrolló el análisis de cada tema:

#### **4.2.1.1. Tema 1: Emociones negativas que embargan a los trabajadores de salud desde que empezó la pandemia**

El personal refiere preocupación, tristeza, ira, decepción y desesperanza. Ansiedad.

*“Ansiedad de comer, recelo al poder ser contagiada por mis compañeros, renegar de las cosas que son justas, pero que no lo tomen en cuenta, preocupación hacia mi familia por estar propensa a contagiarse y no valoren al personal humano que está en constante esfuerzo” (Entrevistado 1)*

*“Desesperanza, tristeza, preocupación” (Entrevistado 3)*

*“Preocupación, tristeza, ira, decepción” (Entrevistado 5)*

Presión de parte de sus jefes. Temor a contagiarse y contagiar a la Familia.

*“Temor a enfermar y contagiar a mi familia, presión en el trabajo, cumplir los objetivos, angustia, preocupación” (Entrevistado 24)*

*“Temor, mucho miedo, impotencia, sobrecarga de trabajo, no puedo ver a mi madre”  
(entrevistado 30)*

Temor, sobreexposición, ira por desvalorización del personal.

*“Preocupación, tristeza, molestia, sobreexposición, desvalorización” (Entrevistado 12)*

*“Preocupación, pena por la falta insumos para el personal expuesto” (Entrevistado 4)*

Tristeza por personas desprotegidas de ver a mucha gente morir.

*“Temor por el riesgo de enfermar. Tristeza por los amigos y seres humanos que se van”  
(Entrevistado 13)*

*“Temor ante la situación que sufrimos viviendo con tristeza por personas más desprotegidas” (Entrevistado 16)*

Recuerda la Imposibilidad de cumplir la función de embolsar al primer fallecido.

*“Tengo en mi mente el primer fallecido que tuve que embolsarlo, yo no lo podía hacer”  
(Entrevistado 20)*

Preocupación por cuando pasara la pandemia.

*“Un poco de tristeza, preocupación, estrés por cuando pasará, nostalgia nada es igual”  
(Entrevistado 22)*

Terror, Impotencia por no poder ver a familiares y sobrecarga de trabajo.

*“Temor, ansiedad por lo que nos desplazaban a otros servicios, preocupación por la falta de movilidad” (Entrevistado 11)*

*“Alejar a nuestros padres cuidarlos, para evitar el contagio del virus COVID” (Entrevistado 28)*

Temor por pérdida de familiares y no poder hacer nada al respecto, terror que pase algo con ellos y dejar a sus hijos huérfanos.

*“Miedo mucho, terror que me pase algo y dejar a mi hijo menor de edad y mi esposo” (Entrevistado 27)*

Preocupación por la falta de trabajo de los hijos.

*“La pena, la angustia, temor a contagiar, ver que mis hijos no consiguen trabajo para que me ayuden al hogar” (Entrevistado 25)*

No querer ir a trabajar, no querer salir de casa, pérdida de interés por hacer cosas.

*“Me da miedo de contraer la enfermedad, no quiero ir a trabajar por momentos, no quiero salir de casa, perdí el interés por hacer cosas, a veces no quiero nada en casa” (Entrevistado 14)*

#### **4.2.1.2. Tema 2: Emociones positivas que embargan a los trabajadores de salud desde que empezó la pandemia**

El personal ha desarrollado tolerancia, fuerza, serenidad.

*“Tolerancia para frenar la ira, fuerza para ayudar, serenidad” (Entrevistado 2)*

El personal ha desarrollado fe en que todo pasara y reza bastante

*“Rezo bastante y le pido al señor que nos proteja. Tengo fe que todo pasará”  
(Entrevistado 26)*

Solidaridad.

*“Solidaridad, empatía, fe” (Entrevistado 29)*

#### **4.2.2. Categoría 2: Molestias físicas**

Las molestias físicas que padecieron los trabajadores de salud antes y después que empezó la pandemia, fueron identificados mediante el análisis estructural.

Tema 1	Molestias físicas antes de la pandemia
Tema 2	Molestias físicas después de la pandemia

A continuación, se desarrolló el análisis de cada tema:

##### **4.2.2.1. Tema 1: Molestias físicas antes de la pandemia**

El 20 por ciento de los encuestados no tenían molestias físicas. (Anexo B).

*“Ninguna” (Entrevistado 3)*

El 80 por ciento de los encuestados presentaban algunas molestias como dolor cervical, lumbar, caderas, rodillas, hombro, cefalea. (Anexo B)

*“Me dolía la cabeza, pero no tan frecuente” (Entrevistado 27)*

#### 4.2.2.2. Tema 2: Molestias físicas después de la pandemia

El 100 por ciento de los encuestados presentaron molestias físicas después de la pandemia con las siguientes características: los que no tenían síntomas presentaron cefalea, dorsalgia, agotamiento emocional, insomnio.

*“Cefalea, dorsalgia, insomnio” (Entrevistado 3)*

*“Dolor de espalda y cabeza, dolor y picazón de garganta, a veces dificultad para respirar” (Entrevistado 26)*

Los que ya presentaban molestias físicas antes de la pandemia se acentuaron y agregaron síntomas como mareos, congestión nasal, sinusitis, mastitis, dolor de cabeza, dolor de garganta, dolor gástrico además de dolor cervical, dorsal y lumbar.

*“Dolor de espalda y cuello por la postura y el peso de la máscara y la carilla y a veces dolor de cabeza” (Entrevistado 20)*

*“Dolores fuertes de cabeza, dolor de espalda, falta de respiración, agitación frecuente, dolor en la pierna izquierda más frecuente” (Entrevistado 27)*

#### 4.2.3. Categoría 3: Información de los medios de comunicación sobre la pandemia contrastada con la realidad vivida

La opinión de los trabajadores de salud ante la pregunta si coincidía la información que brindaba los medios de comunicación y la realidad que vivían en el hospital fueron identificados mediante el análisis estructural.

Tema 1	Coincide la información de los medios de comunicación sobre la pandemia contrastada con la realidad vivida
--------	--

Tema 2	No coincide la información de los medios de comunicación sobre la pandemia contrastada con la realidad vivida
--------	---

A continuación, se desarrolló el análisis de cada tema:

#### **4.2.3.1. Tema 1: Coincide la información de los medios de comunicación sobre la pandemia contrastada con la realidad vivida**

El 50 por ciento de los encuestados refiere que coincide, pero parcialmente. (Anexo C).

*“No siempre, los medios de comunicación solo saben criticar al personal de salud”  
(Entrevistado 8)*

#### **4.2.3.2. Tema 2: No coincide la información de los medios de comunicación sobre la pandemia contrastada con la realidad vivida**

El 50 por ciento de los encuestados refiere que no coincide la información de los medios de comunicación sobre la pandemia contrastada con la realidad vivida. (Anexo C).

*“No, como profesionales de salud, nos restringen las indumentarias, especialmente las mascarillas de alta eficiencia” (Entrevistado 7)*

*“No, muchas veces dicen que tenemos material y que hay ventiladores mecánicos disponibles y no es así” (Entrevistado 12)*

*“No los medios de comunicación no informan lo que sucede en la realidad del trabajador de salud, el sacrificio dejando a nuestra familia para atender a nuestro paciente”  
(Entrevistado 28)*

#### 4.2.4. Categoría 4: Creencias religiosas

Las creencias religiosas de los trabajadores de salud antes y después que empezó la pandemia, fueron identificados mediante el análisis estructural.

Tema 1	Creencias religiosas antes de la pandemia
Tema 2	Creencias religiosas después de la pandemia

A continuación, se desarrolló el análisis de cada tema:

##### 4.2.4.1. Tema 1: Creencias religiosas antes de la pandemia

Un 13% por ciento de los trabajadores afirmaron ser creyentes solo de misa de domingos, que oraban por la familia y oraban antes de salir de casa. (Anexo D).

*“Iba a misa algunos domingos” (Entrevistado 19)*

*“Iba a misa de vez en cuando; pero si oraba todos los días y daba gracias por todo lo que nos daba” (Entrevistado 23)*

El 87 % por ciento restantes afirmaron ser creyentes y practicantes. (Anexo D).

*“Siempre fui creyente. Por eso escogí esta especialidad. Aprendí mucho del ser humano”. (Entrevistado 8)*

*“Soy creyente siempre, sé que soy una hija de Dios y él siempre está conmigo y eso me fortalece” (Entrevistado 20)*

##### 4.2.4.2. Tema 2: Creencias religiosas después de la pandemia

Durante la etapa del primer brote estuvieron suspendidas las misas a nivel nacional, sin embargo, el 29 de abril del 2020 monseñor Guillermo Elías, Obispo Auxiliar de Lima,



acudió hasta las instalaciones del Hospital para presidir la Celebración Eucarística ofrecida para todos los pacientes de COVID-19.

Durante su homilía, Monseñor Elías explicó que Jesús es la Palabra centrada en el prójimo, por eso es que vino a revelarnos que todos somos importantes para Dios: “enfermos, médicos, personal técnico y enfermeros que están dando la vida, quiero decirles que le importas realmente a Dios, y toda vida es valiosa para el Padre, no le resulta indiferente lo que estamos viviendo y quiere que todos nos salvemos”.

“A ti que me estás contemplando desde tu ventana, te invito a abrirte al poder de Dios. A ti que estás dando horas de tu vida como médico, como enfermera y enfermero, como técnico, confía en que tu sacrificio no es en vano, el Señor quiere tocarnos, liberarnos, y estamos aquí como Iglesia para entregar la vida y acompañar a todos los que sufren”, añadió el Obispo Auxiliar de Lima.

“Jesús, tú que eres el pan de vida, nutre nuestra vida y reconfórtala para que podamos encontrar en ti Señor, ese consuelo que hoy y siempre necesitamos”, finalizó.

Al término de la Celebración Eucarística, monseñor Guillermo Elías recorrió con el Santísimo Sacramento los pabellones del hospital para impartir la bendición a todos los pacientes que permanecen internados, así como enfermeros, médicos y personal de salud presente. (Anexo E)

Esta misa fue el inicio de varias misas en el patio del hospital, lo cual sirvió de apoyo espiritual tanto para trabajadores como para enfermos.

Se observó que en todos los trabajadores su fe se fortaleció y que se ha mantenido a pesar de la pandemia.

*“Mas fuerte, cada día siento la presencia de Dios” (Entrevistado 2)*

*“Me aferraba a mi fe, me gusta orar más y escucho la misa más seguido por internet” (Entrevistado 19)*

#### **4.2.5. Categoría 5: Deportes, hobbies**

Los deportes o hobbies que practicaban los trabajadores de salud antes que empezará la pandemia, fueron identificados mediante el análisis estructural.

Tema 1	Si realizaba algún deporte o hobby
Tema 2	No realizaba ningún deporte o hobby

A continuación, se desarrolló el análisis de cada tema:

##### **4.2.5.1. Tema 1: Si realizaba algún deporte o hobby**

Un 70 por ciento realizaba algún deporte o hobby. (Anexo F).

*“Me encanta cantar pertenezco al coro de enfermeras del Hospital” (Entrevistado 15)*

*“Si asistía regularmente al gimnasio a entrenar” (Entrevistado 20)*

##### **4.2.5.2. Tema 2: No realizaba ningún deporte o hobby**

Un 30 por ciento no realizaba algún deporte o hobby. (Anexo F).

#### 4.2.6. Categoría 6: Actividades sociales

Si trabajadores de salud visitaban familiares o amigos durante la pandemia, fueron identificados mediante el análisis estructural.

Tema 1	Si frecuentaba familiares y amistades
Tema 2	No frecuentaba familiares y amistades

A continuación, se desarrolló el análisis de cada tema:

##### 4.2.6.1. Tema 1: Si frecuentaba a familiares y amistades

Se observó que un 43 por ciento visitaba a sus familiares en plena pandemia. (Anexo G).

##### 4.2.6.2. Tema 2: No frecuentaba a familiares y amistades

Se observó que un 57 por ciento no visitaba a sus familiares en plena pandemia. (Anexo G).

*“No poder abrazar a mi madre por la pandemia. No visitamos a nadie para evitar los contagios” (Entrevistado 27)*

*“No los frecuento, pero si lo estoy llamando, comunicándome con ellos” (Entrevistado 4)*

### 4.3. Resultados interpretativos

#### Categoría 1: Emociones y sentimientos

Los trabajadores de salud experimentan diversas reacciones en el cumplimiento de su deber, que se manifiestan en diversos tipos de reacciones emocionales y sentimientos tanto positivos como negativos.

### **Tema 1: Emociones negativas que embargan a los trabajadores de salud desde que empezó la pandemia**

Los trabajadores de salud refieren sentimientos de preocupación, conmoción, temor, tristeza, ansiedad, ira, decepción, frustración, impotencia, desesperanza y afirman sentirse presionados psicológicamente.

Sienten no ser valorados a pesar del riesgo al estar expuestos al contagio del COVID-19.

Perciben ser presionados psicológicamente por sus jefes. Sienten temor a contagiarse y contagiar a su familia.

Tienen sentimientos de tristeza y frustración por haber sido testigos de la muerte de muchas personas y no poder evitarlo.

Se sienten conmocionados al embolsar a los primeros pacientes fallecidos por COVID-19 por el miedo al contagio y la impresión que les causaba estar en contacto con los cadáveres de pacientes fallecidos con esta enfermedad.

Perciben gran preocupación por no saber cuándo pasara la pandemia. Refieren sentimientos de impotencia por no poder ver a familiares y sentirse sobrecargados de trabajo, pensamientos de temor a perder familiares y no poder hacer nada al respecto, temor a dejar a los hijos huérfanos en el caso de que se contagien y fallezcan.

También acusan sentimientos de gran preocupación por la falta de trabajo de los hijos.

Así mismo refieren sentimientos de desinterés por ir a trabajar, no querer salir de casa e incluso pérdida de interés por hacer los deberes domésticos y cotidianos en casa.

## **Tema 2: Emociones positivas que embargan a los trabajadores de salud desde que empezó la pandemia**

El personal de salud desde que empezó la pandemia de COVID-19 ha desarrollado tolerancia, fortaleza, serenidad, fortaleza espiritual a partir de sus creencias religiosas y esperanza en que todo pasará.

Las emociones positivas se fortalecen en el personal de salud recurriendo al rezo y a la oración intensa dirigida a Dios.

Se crean vínculos fuertes de solidaridad y amistad entre los trabajadores de salud como necesidad psicológica.

## **Categoría 2: Molestias físicas**

### **Tema 1: Molestias físicas antes de la pandemia**

24 trabajadores de salud (80%) refieren que antes de la pandemia tenían algunas molestias físicas como dolencias osteomusculares, dolor cervical, lumbalgia, dolor articular: gonalgia, omalgia, cefalea. Seis trabajadores de salud (20%) manifestaban no haber tenido padecimiento alguno.

La mayoría de trabajadores de salud tenían dolencias derivadas de sus actividades habituales.

**Tema 2: Molestias físicas después de la pandemia**

Después de empezar la pandemia los trabajadores de salud que no tenían síntomas presentaron cefalea, dorsalgia, agotamiento físico, insomnio. Las molestias físicas que presentaban los trabajadores de salud se acentuaron y se agregaron síntomas como mareos, congestión nasal, sinusitis, mastitis, dolor de garganta, dolor gástrico.

La dimensión física se vio afectada en un 100 % por ciento de los trabajadores. Los trabajadores de salud somatizan sus vivencias al enfrentar la pandemia, se hacen más proclives al dolor y al empeoramiento de su salud en general.

**Categoría 3: Información de los medios de comunicación sobre la pandemia contrastada con la realidad vivida****Tema 1: Coincide la información de los medios de comunicación sobre la pandemia contrastada con la realidad vivida**

El 50 por ciento de los encuestados refiere que la información de los medios de comunicación sobre la pandemia coincide parcialmente con la realidad vivida.

Los medios de comunicación no proporcionan una información exacta de lo que sucede realmente en la pandemia.

**Tema 2: No coincide la información de los medios de comunicación sobre la pandemia contrastada con la realidad vivida**

El 50 por ciento de los encuestados refiere que la información de los medios de comunicación sobre la pandemia no coincide con la realidad vivida.

Los medios de comunicación proporcionan una información distinta a la realidad vivida en la pandemia. La falta de información crea confusión e incertidumbre en el trabajador de salud.

#### **Categoría 4: Creencias religiosas**

##### **Tema 1: Creencias religiosas antes de la pandemia**

4 trabajadores de la salud (13%) refirieron que creían en Dios, pero que eran solo de orar en casa y de misa de domingos. 26 trabajadores de salud (87%) afirmaron ser creyentes y practicantes.

Todos los trabajadores de salud antes de la pandemia creían en Dios.

##### **Tema 2: Creencias religiosas después de la pandemia**

En todos se observó que su fe se fortaleció y que se ha mantenido.

La fe religiosa de los trabajadores de salud se fortaleció a partir de la vivencia de sufrimiento experimentado en la pandemia.

La dimensión espiritual se acrecentó y sirvió como bálsamo para paliar los duros momentos. La oración confiada a Dios otorgó esperanzas en el trabajador de salud.

#### **Categoría 5: Deportes, hobbies**

##### **Tema 1: Si realizaba algún deporte o hobby**

Unos veintiún trabajadores de la salud (70 %) afirmaron que realizaban algún deporte o hobby.

Las actividades recreativas fueron parte de la vida cotidiana de la mayoría de trabajadores de salud.

### **Tema 2: No realizaba algún deporte o hobby**

Nueve trabajadores de la salud (30 %) refirieron que no realizaban algún deporte o hobby.

La no realización de actividades recreativas puede tener un impacto negativo sobre la salud mental del trabajador de salud.

## **Categoría 6: Actividades sociales**

### **Tema 1: Si frecuentaba familiares y amistades**

Trece trabajadores de la salud (43%) afirmaron que visitaban a sus familiares en plena pandemia.

La dimensión social en gran parte de los trabajadores no estaba descuidada

### **Tema 2: No frecuentaba familiares y amistades**

Se observó que 17 trabajadores de la salud (57 %) no visitaba a sus familiares en plena pandemia.

La pandemia impactó en la dimensión social de los trabajadores de salud, manteniendo a la mayoría aislado de los suyos.

## **5. Capítulo V. Discusión, Conclusiones y Recomendaciones**

### **5.1. Discusión**



El objetivo de nuestro estudio fue analizar las experiencias de los trabajadores de salud a partir del impacto del primer brote del COVID-19 en un centro hospitalario de Lima y su repercusión en sus dimensiones física, psicológica, social, intelectual y espiritual.

En el trabajo se aplicó un enfoque cualitativo de nivel descriptivo y como método de análisis el fenomenológico hermenéutico.

La muestra tomada fue de tipo no probabilístico por conveniencia y estuvo conformada por 30 trabajadores de la salud: 2 médicos, 2 químicos farmacéuticos, 15 enfermeras, 8 técnicas de enfermería, 1 técnica de farmacia, 2 personal administrativo.

La técnica de recolección de datos utilizada ha sido la encuesta semiestructurada compuesta por 8 preguntas y están agrupadas en 5 dimensiones: física, psicológica social, intelectual y espiritual.

Este instrumento fue elaborado por los autores de esta tesis teniendo la intención de medir el impacto que ha tenido la experiencia de haber laborado en la atención de pacientes infectados en el primer brote de pandemia de COVID-19. Se pretendió medir el impacto sobre la dimensión biológica (impacto somático) y subjetiva de la persona (percepción de sus vivencias).

Los resultados encontrados indican que los trabajadores de salud se vieron afectados en sus dimensiones, psicológica, física, social, intelectual y espiritual, cada una de ellas con sus correspondientes temas:

Categoría 1: Emociones y sentimientos (dimensión psicológica) con sus temas correspondientes: Tema 1: Emociones negativas que embargan a los trabajadores de salud. Tema 2: Emociones positivas que embargan a los trabajadores de salud desde que empezó la pandemia.

Categoría 2: Molestias físicas (dimensión física) y sus temas: Tema 1: Molestias físicas antes de la pandemia. Tema 2: Molestias físicas después de la pandemia.

Categoría 3: Información de los medios de comunicación sobre la pandemia contrastada con la realidad vivida (dimensión intelectual). Tema 1: Coincide la información de los medios de comunicación sobre la pandemia contrastada con la realidad vivida. Tema 2: No coincide la información de los medios de comunicación sobre la pandemia contrastada con la realidad vivida.

Categoría 4: Creencias religiosas (dimensión espiritual). Tema 1: Creencias religiosas antes de la pandemia. Tema 2: Creencias religiosas después de la pandemia.

Categoría 5: Deportes, hobbies (dimensión psicológica). Tema 1: Si realizaba algún deporte o hobby. Tema 2: No realizaba ningún deporte o hobby.

Categoría 6: Actividades sociales (dimensión social). Tema 1: Si frecuentaba a familiares y amistades. Tema 2: No frecuentaba a familiares y amistades.

En relación a la Categoría 1: Emociones y sentimientos, resaltan las emociones negativas que embargaron a los trabajadores de salud desde que empezó la pandemia como sentimientos de preocupación, conmoción, incertidumbre, temor a contagiarse ellos y su familia, tristeza, ansiedad, ira, decepción, frustración, impotencia por no poder hacer nada para ayudar a sobrevivir a los enfermos, desesperanza, presión psicológica, así como desinterés por ir a trabajar o salir de casa. Percibieron sentirse no valorados y presionados psicológicamente por sus superiores a pesar del riesgo al estar expuestos al contagio del COVID-19.

Dentro de las emociones positivas que experimentaron los trabajadores de salud desde que empezó la pandemia de COVID-19, desarrollaron tolerancia, fortaleza, serenidad,

fortaleza espiritual a partir del ejercicio de sus creencias religiosas que fomentaron la esperanza en que todo pasará. Se crearon vínculos fuertes de solidaridad y amistad entre los trabajadores de salud como necesidad psicológica.

En un artículo titulado “Diario de una pandemia” (Panizo, 2020) por la revista Panacea del Colegio médico de Navarra de España, el Dr. Carlos Panizo relata sus vivencias como médico atendiendo pacientes con COVID-19 refiriendo haberse sentido con temor, con indignación y desamparo por parte del poder público, el cual se enfocaba más en los réditos políticos que en el bienestar sanitario de la población. Este testimonio coincide también con los datos referidos por los trabajadores de salud encuestados por nosotros, los cuales afirmaron sentirse desesperanzados por la realidad experimentada y no valorados por sus superiores. Se sabe que en situaciones límites el hombre experimenta una gran inquietud llevándolo al desamparo psicológico, en el sentido de que frente a un hecho que no puede ser manejado por la persona, sus capacidades lógicas de resolución del mismo se hacen estériles conllevando a una sensación de impotencia (Pangrazzi, 2004).

En un estudio publicado por la revista Cultura de los cuidados de Tenerife, España (Cadidjato Balde, 2021) los resultados obtenidos demostraron que el personal de enfermería en situación de pandemia ante el desconcierto y por la situación de emergencia experimentaron ansiedad, impotencia, frustración, miedo, culpa, irritabilidad y tristeza, confusión, dificultad concentración, pesadillas, y reacciones físicas como: sudoración excesiva, cefaleas, mareos, molestias gastrointestinales, contracturas musculares, taquicardias, agotamiento físico, insomnio llanto

incontrolable y dificultad para desconectarse del trabajo; es decir un cuadro emocional similar referido por los trabajadores de salud de este trabajo.

Morales (2020) en plena pandemia de COVID-19 evidenció en trabajadores de salud, que los síntomas de desgaste profesional no son solo de carácter emocional sino también conductual y psicosomático. Este hallazgo es recurrente en trabajadores de salud, incluso en situación no pandémica como lo encontró Caballero (2014) que encontró evidencias de desgaste profesional en trabajadores de salud que laboraban en un contexto anterior a la pandemia.

En el libro “El cansancio de los buenos” (Almada, 2012, pág. 53), se hace referencia al desgaste profesional (burnout) de aquellas personas cuyo trabajo está vinculado a la atención de personas con padecimientos de salud tanto orgánicos, psicológicos y espirituales. En ese sentido los resultados de nuestro trabajo coinciden con lo expuesto por el psiquiatra Almada, que hace referencia a sentimientos en profesionales médicos de preocupación, conmoción, incertidumbre, tristeza, ansiedad, frustración, y desinterés por ir a trabajar. Para Almada un elemento relevante que perjudica a profesionales de la salud es la dificultad de evaluar resultados y por ello, las gratificaciones son escasas, produciendo sentimientos de insuficiencia. Si bien es cierto que Almada relata lo que perciben trabajadores de la salud en situaciones no pandémicas, se infiere que en el contexto de pandemia estos sentimientos se remarcan aún más.

Las emociones positivas como tolerancia, fortaleza, serenidad, cohesión social son posibles hacerlas surgir frente a eventos traumáticos como los que vivenciaron los trabajadores de salud de este estudio, así la Dra. Rafaela Santos en su libro

“Levantarse y luchar” hace referencia que una actitud vital positiva a pesar de las difíciles circunstancias que toca vivir promueve el aprendizaje frente a la derrota y la oportunidad de transformarla en aprendizaje y oportunidad (Santos, 2013).

En cuanto a la Categoría 2: Molestias físicas, 24 trabajadores de salud (80%) refirieron que antes de la pandemia tenían algunas molestias físicas como dolencias osteomusculares, dolor cervical, lumbalgia, dolores articulares probablemente derivadas de sus actividades habituales. Seis (20%) manifestaron no haber tenido padecimiento alguno.

Después de empezar la pandemia los trabajadores de salud que no tenían síntomas presentaron cervicalgia, cefalea, dorsalgia, insomnio, agotamiento físico y dificultad para respirar. Los trabajadores de salud somatizaron sus vivencias al enfrentar la pandemia, se hicieron más proclives al dolor y al empeoramiento de su salud en general. Las molestias físicas que ya presentaban los trabajadores de salud antes de la pandemia, se acentuaron y se agregaron otros síntomas como mareos, congestión nasal, sinusitis, mastitis, dolor de garganta, dolor gástrico, además de dolor cervical, dorsal y lumbar. La dimensión física se vio afectada en un 100% de los trabajadores.

Vinueza (2021) también observó el impacto sobre la salud física y emocional en médicos y enfermeras que trabajaban en áreas de atención de pacientes con COVID-19, los cuales padecieron de agotamiento emocional severo y moderado, así como estrés e incertidumbre por enfrentar una enfermedad que no tiene un tratamiento específico hasta ahora. El estudio del estrés y su influencia psicosociológica desarrollado por Selye (1926) en el libro titulado “La tensión en la vida” y por otros investigadores como Locke y Colligan (1991) en “El médico interior”, así como Barrio,

J.A.; García, M.R (2006), que estudiaron el estrés como respuesta fisiológica haciendo hincapié en que el estrés crónico puede producir contracturas musculares y desórdenes en diferentes sistemas y órganos por la activación del sistema nervioso simpático con el fin de adaptarse al nuevo orden ocasionado por los estresores. Los estímulos ocasionados por el estrés negativo llegan a producir alteraciones en el funcionamiento de los órganos y alcanzan la médula de las glándulas suprarrenales, lo que provoca un aumento en la secreción de adrenalina y noradrenalina, las cuales pasan a la sangre y producen también alteraciones sobre todo el organismo (Naranjo Pereira, 2009).

En la Categoría 3: Información de los medios de comunicación sobre la pandemia contrastada con la realidad vivida, los resultados señalan que los trabajadores de salud experimentaron gran preocupación por no saber cuando terminaría la pandemia. El 50% de los encuestados refirió que la información de los medios de comunicación sobre la pandemia coincidía parcialmente con la realidad vivida, contrastado con el otro 50% de los encuestados que refirió que la información de los medios de comunicación sobre la pandemia no coincidía con la realidad vivida.

Los medios de comunicación proporcionaron información distinta a la realidad vivida por los trabajadores de salud. La falta de información creó confusión e incertidumbre en el trabajador de salud.

Este fenómeno de la desinformación se evidencio claramente en el tiempo de pandemia. No solo se luchó contra la epidemia del COVID-19, sino también contra la infodemia, señalaba en plena pandemia el director general de la Organización Mundial de la Salud (OMS) Tedros Adhanom en Múnich (Alemania), al hacer referencia a las

falsas noticias que generan en la población dificultad para distinguir entre rumores y realidad (Sotelo, 2020). Se sabe que los medios de comunicación cumplen un rol de intermediarios simbólicos colectivos al proveer marcos cognitivos que intervienen en la percepción del público (Caifano, 2015). Al aumentar por las restricciones de movilidad el número de usuarios del internet para agenciarse noticias durante la pandemia del COVID-19 aumentó también el número de réplicas de mensajes e informaciones provenientes de cualquier fuente, conllevando al debilitamiento de los filtros de autenticidad de las noticias (Camacho, 2021), lo que generó confusión e incertidumbre en los consumidores de noticias cuya fuente era el internet.

En la Categoría 4: Creencias religiosas, los resultados obtenidos indican que en el periodo pre pandémico el 87% era creyente y practicante, un 13% de trabajadores de salud afirmó que creían en Dios pero que eran solo de orar en casa o de misa de domingos. Todos los trabajadores de salud antes de la pandemia creían en Dios. Después de la pandemia en todos los encuestados se observó que su fe se fortaleció y que se ha mantenido. La fe religiosa de los trabajadores de salud, la esperanza, la necesidad de la oración se acrecentaron, se fortalecieron a partir de la vivencia de los sufrimientos experimentados en la pandemia. La dimensión espiritual se acrecentó y sirvió como bálsamo para paliar los duros momentos.

La Inteligencia espiritual (Zohar,2001) es concebida como la habilidad innata que tienen los seres humanos para encontrar soluciones ante diversas problemáticas cotidianas y existenciales en relación con su fe religiosa, valores y creatividad. Así Becerra (2021) en la Revista médica Panacea de la Universidad San Luis Gonzaga de Ica (Perú), estudió la inteligencia espiritual en adultos peruanos en el contexto de

pandemia de COVID-19 concluyendo que las personas que afirmaban ser religiosas, es decir que asistían a cultos religiosos y que oraban con frecuencia reportaron mayor puntaje de Inteligencia espiritual, por lo que afrontaron de mejor forma el impacto de la pandemia. Estas conclusiones coinciden con nuestros hallazgos en donde la fe y el ejercicio de sus creencias religiosas se constituyó como una herramienta importante para menguar el impacto negativo experimentado por los trabajadores ante la situación de pandemia, sirviendo como bálsamo para mitigar sus sufrimientos a través del sentido de la fortaleza y esperanza a pesar de la situación vivida.

Los resultados de la investigación realizada en este trabajo, coinciden con los obtenidos en las investigaciones de Haugan (2018) y de Rudilla (2018), los cuales llegan a la conclusión que el ejercicio de la espiritualidad en forma de oraciones, rezos y asistencia al culto religioso tienen influencia positiva sobre la salud emocional del individuo, promueve la esperanza y funcionan como paliativo para superar momentos difíciles como es el caso de la pandemia en donde se pone en peligro la misma existencia humana.

La información relacionada a la Categoría 5: Deportes y hobbies, indican que este tipo de actividades fueron parte de la vida cotidiana del 70% de trabajadores de salud, por el contrario 30 % de trabajadores refirió no hacer actividad deportiva o recreativa alguna.

Las actividades deportivas regulares sin duda alguna son un medio recreativo que utiliza gran parte de la población para mitigar el impacto del estrés. Incluso, en diferentes realidades se han diseñado programas de ejercicio físico para combatir la ansiedad. De esta forma, Cunha (2018) diseñó un programa de ejercicios en 36 sujetos



en un contexto no pandémico, mejorando la ansiedad en un grupo de empleados de diferentes empresas.

Mahecha (2019) en recomendaciones de actividad física para el profesional de la salud señala la importancia del ejercicio regular y sus efectos importantes en la salud mental y cognitiva, calidad de sueño, desempeño cognitivo, prevención de caídas y fracturas y en la mejora de la capacidad funcional.

Sin embargo, en estudios como el de Sanabria (2007), al establecer la frecuencia de comportamientos saludables en 606 profesionales de salud en distintas ciudades de Colombia (500 médicos y 106 enfermeras), se encontró que sólo el 11,5% de los médicos y el 6,73% de las enfermeras presentan un estilo de vida saludable y que el principal problema está relacionado con la actividad física y el deporte, lo que hace destacar en el grupo encuestado por nosotros, que una mayoría de trabajadores de salud (70%) realizaba ejercicios físicos con regularidad, por lo que es muy probable que sirvió como paliativo para menguar la tensión y la ansiedad vivenciada en el contexto de pandemia.

En cuanto a la Categoría 6: Actividades sociales, los resultados reflejan la necesidad de los trabajadores de salud a crear vínculos amicales y solidarios más fuertes entre ellos. El 43% por ciento de trabajadores de salud visitaba a sus familiares en plena pandemia, 57% por ciento no visitaba a sus familiares en plena pandemia. Antes de la pandemia, la dimensión social en gran parte de los trabajadores no estaba descuidada, la pandemia impactó en la dimensión social de los trabajadores de salud, manteniendo a la mayoría aislado de los suyos.

Estos resultados se explican por el temor al contagio que estaba muy presente entre el personal de salud de este estudio. El miedo es una respuesta natural frente a una amenaza y mucho más si esta es desconocida, lo que hace surgir sentimientos de pérdida de control, vulnerabilidad, temor sobre la propia salud y la de la familia (Santamaría, 2021).

El personal de primera línea tuvo un rol muy importante en la atención con pacientes con COVID-19 ya que fueron los que tuvieron mayor contacto con los pacientes contagiados. El miedo percibido, así como el estrés y ansiedad experimentados surgieron por no querer morir por esta enfermedad, o contagiar a sus familiares y amigos (Cruz, 2021), por lo que una estrategia de prevención fue evitar de alguna forma las visitas a familiares cercanos.

## **5.2. Conclusiones**

El impacto del primer brote del COVID-19 en la dimensión física de los trabajadores de un centro hospitalario de Lima trajo como consecuencia que el 100% del personal de salud experimente cervicalgia, cefalea, dorsalgia, insomnio, agotamiento físico y dificultad para respirar. Las molestias físicas que ya presentaban los trabajadores de salud antes de la pandemia se acentuaron y se agregaron síntomas como mareos, congestión nasal, sinusitis, mastitis, dolor de garganta, dolor gástrico, además de dolor cervical, dorsal y lumbar. Los trabajadores al somatizar sus vivencias se hicieron más proclives al dolor y al empeoramiento de su salud en general, se agudizaron sus dolencias que padecían antes de la pandemia y en otros casos haciendo aparecer otros padecimientos.

El impacto del primer brote del COVID-19 en la dimensión psicológica de los trabajadores de un centro hospitalario de Lima originó desgaste emocional influenciando en sus reacciones conductuales y psicosomáticas refiriendo preocupación, miedo a contagiarse, tristeza, ira, decepción, desesperanza, ansiedad, gran parte de ellos percibieron no ser valorados y presionados por sus superiores. A pesar de la experiencia negativa muchos de ellos desarrollaron fortaleza psicológica a pesar de la situación que experimentaron.

Al analizar el impacto del primer brote del COVID-19 en la dimensión intelectual de los trabajadores de un centro hospitalario de Lima, quedó en evidencia que la mayoría de ellos percibieron que información de los medios de comunicación sobre la pandemia no coincidía con la realidad vivida, lo que exacerbó la sensación de incertidumbre y zozobra vivida.

En cuanto al análisis del impacto del primer brote del COVID-19 en la dimensión social de los trabajadores de un centro hospitalario de Lima, la información que obtuvimos hace evidente que se trastocaron las relaciones familiares y sociales por la obligatoriedad del aislamiento epidemiológico. Una parte considerable de trabajadores de salud no visitaba o restringió las visitas a familiares o amigos cuando las medidas se tornaron menos rígidas. Las llamadas telefónicas fueron el nexo con los familiares.

En cuanto al análisis del impacto del primer brote del COVID-19 en la dimensión espiritual de los trabajadores de un centro hospitalario de Lima, la fe religiosa se constituyó como una herramienta importante para menguar el impacto negativo experimentado por los trabajadores, el ejercicio de sus creencias religiosas sirvió como

bálsamo para mitigar sus sufrimientos a través del sentido de la fortaleza y esperanza a pesar de la situación vivida. De esta forma la espiritualidad religiosa se convirtió en una herramienta fundamental para sobrellevar situaciones difíciles en un contexto de duelo generalizado por las víctimas del coronavirus. La espiritualidad ayudó a ser resiliente al creyente. El personal en su totalidad experimentó un aumento de su fe e incluso agradecimiento a Dios por su protección.

Luego del análisis de este estudio podemos concluir que la pandemia del COVID-19 ha tenido repercusiones muy profundas en todas las dimensiones de la existencia del trabajador de salud, afectando: su realidad física, psicológica, social, intelectual y espiritual.

### **5.3. Recomendaciones**

La pandemia del COVID-19, al tener impacto sobre la dimensión física, psicológica, social, intelectual y espiritual del trabajador de salud sugiere que se tomen medidas preventivas para el cuidado de su salud integral.

Así recomendamos establecer programas de ejercicios preventivos enfocados en la dimensión física del trabajador, de esta forma se podrían evitar lesiones musculoesqueléticas o su agravamiento si es que ya padecen este tipo de dolencias.

En el ámbito de la dimensión psicológica sería recomendable la promoción de programas de soporte psicológico, psicoterapia, relajación, recreación entre otras actividades que incidan en la salud mental del personal de salud.

De la misma forma, la dimensión social del individuo se vería beneficiada con programas de integración del personal de salud para fortalecer el vínculo con el grupo

laboral, así también fomentar la importancia de la familia como soporte frente a cualquier circunstancia que atente contra la salud en general del trabajador.

En el ámbito intelectual es menester generar espacios de información fidedignos que reflejen lo mejor posible la realidad que vive el trabajador de salud, en forma de boletines, radio, TV, redes sociales que sean del ámbito de salud.

Finalmente, en el ámbito religioso, se sugiere fomentar y facilitar espacios de oración, culto religioso y todo lo relacionado a las creencias religiosas a través de la capellanía del hospital para el personal de salud, para poder así incidir en la dimensión espiritual con el objetivo de generar una visión esperanzadora en la persona.

Las políticas de salud están orientadas a la prevención de la enfermedad en la persona sana, pero no se toma en cuenta -en el caso del personal de salud-, las condiciones de trabajo y de riesgos a que están sometidos. Es imprescindible diseñar políticas de prevención concretas para proteger a los trabajadores de la salud del impacto de situaciones que socavan su integridad.

## REFERENCIAS

Ahumada, P. S. (2020). Efectos del aislamiento social y la cuarentena sobre el bienestar subjetivo de chilenos en la pandemia de Covid 19. *Scielo preprints*. <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.368>.

Ali S., M. S. (2020). "Impacto psicológico de la pandemia de COVID-19 en los trabajadores de la salud en entornos hospitalarios de agudos en el sureste de Irlanda: un estudio multicéntrico de cohorte observacional. *BMJ open*, 10(12), e042930.

Almada. (2012). *El cansancio de los buenos*. Buenos Aires , Argentina: Ciudad Nueva.  
Alvarado, P.-T. (2021). Consideraciones sobre la Espiritualidad y la Religión como. *Revista Caribeña de Psicología*, 2-12.

Añazco, L. (2022). Irritabilidad en profesionales de psicología, aporte de la espiritualidad en la intervención. *Revista de Psicología UNEMI*, pp. 135 - 148.

Aranda, C. (2011). El síndrome del burnout o de quemarse en el trabajo, un conflicto en la salud de profesionales. *Facultad de psicología UNMS*.

Barrio, J. y. (2006). El estrés como respuesta. *Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal*, 37-48.

Becerra, B. (2021). Inteligencia Consciencial en adultos peruanos en tiempos de pandemia por Covid-19. *Revista Medica Panacea*, 97-98.

Bermejo, J. (2014). *Humanizar la asistencia sanitaria*. Bilbao-España: Desclée De Brower.

Birhanu M, G. B. (2018). Workload determines workplace stress among health professionals working in felege-hiwot referral Hospital Bahir Dar, Northwest Ethiopia. *J Environ Public Health*.

Burgos. (2010). *Antropología breve*. Madrid, España: Palabra.

Caballero CC, B. E. (2014). Burnout en estudiantes universitarios. *Scielo*.

Cabodevilla, I. (2007). Las pérdidas y sus duelos . *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 30(Supl. 3), 163-176.

Cadidjato Balde, M. A. (2021 ). Vivencias del personal de enfermería del Hospital San Juan de Dios de. *Cutura de los cuidados*, 55-71.

Caifano, B. (2015). Los medios de comunicación, las noticias y su influencia sobre el sistema político. *Revista Mexicana de Opinión Pública*, 6.

Camacho, J. (2021). La pandemia de la desinformación: una afrenta ineludible. *Revista de arte, humanidades y ciencias sociales*, 220-239.

Cantor. (2021). Cuidado de la salud mental del personal de salud durante la COVID-19. *Revista Colombiana de Psiquiatría*.

Carmona, Z. (2008). La muerte el duelo y los trabajadores de salud. *Revista de Salud Pública*, 14-23.

Chapilliquen, A. (2021). *Investigación y control de brote*. Lima, Perú: MINSA.

Cruz, A. (2021). Miedo experimentado por profesionales de salud en la pandemia por COVID-19 e implicaciones para la salud mental. *Revista Cubana de enfermería*, 37(1).

Cunha Laux, e. a. (2018). Efecto de un programa de ejercicio físico en el lugar de trabajo sobre la ansiedad. *Scielo* , 20(62), 80-83.

Dafne, P. (2020). Frente a la pandemia. *Copyright © Organización Internacional del Trabajo 2020*, 5.

De La Cruz-Vargas, J. A. (2020). Protegiendo al personal de salud de la pandemia de Covid 19. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*, 173-174.

Diaz, e. c. (2021). El duelo en medicina desde la visión y piel del profesional sanitario. *Revista Española de Educación Médica*, 92-100.

E. Saavedra, J. (2020). Balance y recomendaciones sobre salud mental de la población y del personal de salud durante la pandemia de COVID-19 en el Perú. . *Revista De La Sociedad Peruana De Medicina Interna*, 33(4), 135-137.

Erquicia, e. c. (2020). Impacto emocional de la pandemia Covid-19 en los trabajadores sanitarios de los brotes de infección más importantes de Europa. *Medicina clinica*, 155(10), 434–440.

Española, D. d. (Actualización 2020). Madrid.

Esquircia, e. a. (2020). Impacto emocional de la pandemia de Covid-19 en los trabajadores. *Medicina clinica* , 434-440.

Fardin, M. (2020). COVID-19 Epidemic and Spirituality: A Review of the Benefits of Religion in Times of Crisis. *American Psychological Association.*, JUNDISHAPUR JOURNAL OF CHRONIC DISEASE.

Feingold J., P. L.-K. (2020). Impacto psicológico de la pandemia de COVID-19 en los trabajadores de atención médica de primera línea durante la oleada pandémica en la ciudad de Nueva York. *Chronic stress (Thousand Oaks, Calif.)*, 5.

Garg, S. (2020). Hospitalization Rates and Characteristics of Patients Hospitalized with Laboratory Confirmed Coronavirus Disease. *COVIDNET, 14 States*, March 1–30, 2020.

Gonzales. (2020). Experiencia de enfermería en la atención de pacientes con Covid 19. *Peruvian Journal of Health Care and Global Health*, 37-42.

Haugan. (2018). The level of symptom severity among cognitively intact nursing-home patients is high, requiring highly competent staff nurses. Meaning-in-life might be an important resource in relation to a patient's physical and emotional health and global well-being. *Journal of Clinical Nursing*, 1030-1043.

Hernandez, e. a. (2014). *Metodología de la investigación*. Mexico: Mc Graw Hill.

Herrera, J. (2018). *Psiconeuroinmunología para la práctica clínica*. Santiago de Cali, Colombia: Universidad del Valle.

Hung Manh Than, V. M. (2020). "Resultados de salud mental y calidad de vida relacionados con la salud entre los trabajadores de la salud de primera línea durante el pico del brote de COVID-19 en Vietnam". *Risk management and healthcare policy*, 13, 2927–2936. .

Iglesia, C. (2000). *Catecismo de la Iglesia Católica*. Lima: Editrice.

II, J. P. (1995). *Evangelium Vitae. Encíclica del Vaticano*, 3-4.

Juarez, A. (2020). Síndrome de burnout en personal de salud durante la pandemia Covid-19. *Salud UIS Universidad Autónoma del Estado de Morelos, México.*, vol. 52(4).

Kang L, L. Y. (2020). The mental health of medical workers in Wuhan, China dealing with the 2019 novel coronavirus. *Lancet Psychiatry*, 7(3).

Kubler. (1994). *Sobre la muerte y los moribundos*. Barcelona, España: Grijalbo.

Lai J, M. S. (2019). Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease. *JAMA NEW OPEN*, 2020 Mar 23;3(3):e203976.

Lalupu, S. (2021). Síndrome de Burnout en médicos asistentes que laboran en hospitales de contingencia Covid-19 Piura. Perú durante el período 2021. *Repositorio Universidad Nacional de Piura*.

Lancet, T. (2020). COVID-19: protecting health-care. *The Lancet*.

López, P. E. (2013). Ética en la educación médica. *Universidad de Córdoba , España FEM*, 191-195.

Mahecha, S. (2019). Recomendaciones de actividad física: un mensaje para el profesional de la salud. *Revista de Nutrición Clínica y Metabolismo*, 44-54.



- Martin, P (1997). *Enfermar o curar por la mente*. Madrid, España: Debate.
- Martinez, A. (2010). El síndrome de burnout: evolución conceptual. *Vivat Academia*, pp.42-80.
- Martinez, L. (2019). Acompañando el duelo. *Grupo español cooperativa de investigación en psicobioquímica biológica*, 15-21.
- Maximiliano Cárdenas Díaz, C. S. (2013). Enseñanza de la ética en las escuelas de medicina peruanas: *Instituto de Ética en Salud, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Mayor de San Marcos. a Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública; b Departamento de Siquiatría.*, 0.
- Mediano, F. (2001). *El burnout y los médicos*. Girón, España: Ricardo Pratts y Asociados.
- Migueléz, M. (2009). Dimensiones Básicas de un desarrollo humano integral. *Revista de la Universidad Bolivariana*, 119-138.
- MINSA. (2020). *Cuidado de la salud mental del personal de salud en el contexto del Covid-19*. Lima: MINSA.
- Morales, M. (2020). Prevalencia del síndrome de desgaste profesional. *An Orl Mex 2020*, 65(2):64-70.
- Naranjo Pereira, M. (2009). Una revisión teórica sobre el estrés y algunos aspectos relevantes de este en el ámbito educativo. *Revisat de educació* , 171-190.
- OMS. (2006). *Informe sobre la salud en el mundo OMS 2006*.
- OMS. (2019). Brote de enfermedad por coronavirus (COVID-19).
- Ortiz, K. (2020). *El impacto de los factores de riesgo en la motivación laboral del personal*. Piura: Universidad Nacional de Piura.
- Palacios D., F. d.-C. (2020). Experiencias y sentimientos emocionales durante el primer brote de Covid-19 percibido por fisioterapeutas: un estudio comparativo. *International journal of environmental research and public health*, 18(1), 127, 18(1), 127.
- Palmer Y, G.-V. A. (2005). Factores de riesgo organizacionales asociados al síndrome de Burnout en médicos anestesiólogos. *Salud Mental*, 28(1):82-9.

- Pangrazzi. (1999). *Girasoles Junto a Sauces*. Santander, España: Sal Terrae.
- Pangrazzi. (2016). *El dolor nunca es para siempre*. Vizcaya (España): SalTerrae.
- Pangrazzi, A. (2004). Diplomado de Pastoral de la Salud. *Resumen de conferencia*. Lima.
- Pangrazzi, A. (2004). *La pérdida de un ser querido*. Bilbao: San Pablo.
- Panizo, C. (2020). Diario de una Pandemia. *PANACEA*, 54-57.
- Paternina De Arco, C. J. (2020). Síndrome de Burnout en época de pandemia.: *Universidad Americana de Europa*, 115-121.
- Paula Bedregal, T. L. (2013). Criterios de juicio moral. *Rev Med Chile*, 141: 704-709.
- Peruano. (22 de Julio de 2021). Perú es el primer país del mundo en sincerar sus cifras de fallecidos. *Diario el Peruano*.
- Pro, M. (2020). REFLEXIONES SOBRE EL SENTIDO DEL DOLOR. *Cuadernos de bioética*, 377-386.
- RAE. (2021). *Diccionario de la lengua española*, 23.<sup>a</sup> ed. Madrid, España: Versión 23.4 en línea <<https://dle.rae.es>>.
- Rohleder, N. (2017). Stimulation of systemic low-grade inflammation by psychosocial stress. *Psychosom Med*, 76.
- Ross, K. (2002). *Lecciones de Vida*. Barcelona, España: BSA .
- RTVE. (2021 ). *Mapa del coronavirus en el mundo*. España: Artículo digital.
- Rudilla, D. e. (2018). Intervenciones psicológicas en espiritualidad. *Medicina Paliativa*, 203-212.
- Ruíz. (2020). El impacto de los factores de riesgo en la motivación laboral del personal de salud en la crisis de Covid-19. *Tesis*.
- SAN CAMILO, C. D. (2004). Diplomado de Pastoral de la Salud. Lima-Perú.

Sanabria Ferrand, e. a. (2007). Estilos de vida saludable en profesionales de la salud colombianos. *Revista de Medicina*, 15(2), 207-217.

Santamaría, M. (2021). Impacto psicológico de la COVID-19 en una muestra de profesionales sanitarios españoles. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 106-112.

Santos, R. (2013). *Levantarse y luchar: Cómo superar la adversidad con la resiliencia*. Madrid: Conecta.

Selye, H. (1960). *La tensión en la vida*. Buenos Aires: Fabril Editora.

Sotelo, D. (2020). Pandemias, información y medios: covid-19, un ejemplo a través de la crisis. *Medicina*, 143-146.

Soto, V. (2020). LA DIMENSIÓN HUMANIZANTE DE LA ORACIÓN EN TIEMPOS DE COVID 19. *Universidad Femenina Sagrado Corazón*.

Spaemann, R. (2010). *El rumor inmortal, La cuestión sobre Dios y la* . Madrid España: Rialp.

Spinelli H., T. A. (2013). LA SALUD DE LOS TRABAJADORES DE LA SALUD. *OMS-OPS*, 1.

Steven Locke, D. C. (1991). *El médico interior*. Buenos Aires: Sudamericana.

Torrades. (2007). Estrés y burn out. *Revista de divulgación sanitaria*, 104.

Velázquez I, M. M. (2015). Trastornos del sueño e incidencia de ansiedad y depresión en pacientes con dolor crónico no maligno tratados con opioides. *Rev Soc Esp Dolor [revista en Internet]*.

Vinueza, V. (2021). Síndrome de Burnout en personal sanitario ecuatoriano durante la pandemia de la COVID-19. *Correo científico médico*, Volumen 25, numero 2.

Zohar, D. (2001). *Inteligencia espiritual*. Barcelona: Plaza y Janés .

**ANEXO: A**

**FICHA DE CUESTIONARIO**

**OCUPACION:**

**EDAD:**

**LUGAR DE TRABAJO:**

---

1. **¿Qué sentimientos le embargan desde que empezó la pandemia?**
2. **¿Qué molestias físicas tenía antes de la pandemia?**
3. **¿Qué molestias físicas tiene después de la pandemia?**
4. **¿La información que Ud. recibe por parte de los medios de comunicación, coincide con la realidad que Ud. vive diariamente en el hospital?**
5. **¿Cómo eran sus creencias religiosas, antes del inicio de la pandemia?**
6. **¿Cómo son ahora sus creencias religiosas, después del inicio de la pandemia?**
7. **¿Realizaba Ud. algún deporte o hobby antes de la pandemia?**
8. **¿Es de frecuentar amistades o familiares?**

**ANEXO B**

<b>COVID-19</b>	<b>Antes de la Pandemia</b>	<b>Después de la Pandemia</b>
<b>No tenían molestias físicas</b>	<b>20%</b>	
<b>Algunas molestias físicas</b>	<b>80%</b>	
<b>Aparición de molestias físicas</b>		<b>100%</b>
<b>Aumento de las molestias físicas</b>		<b>100%</b>

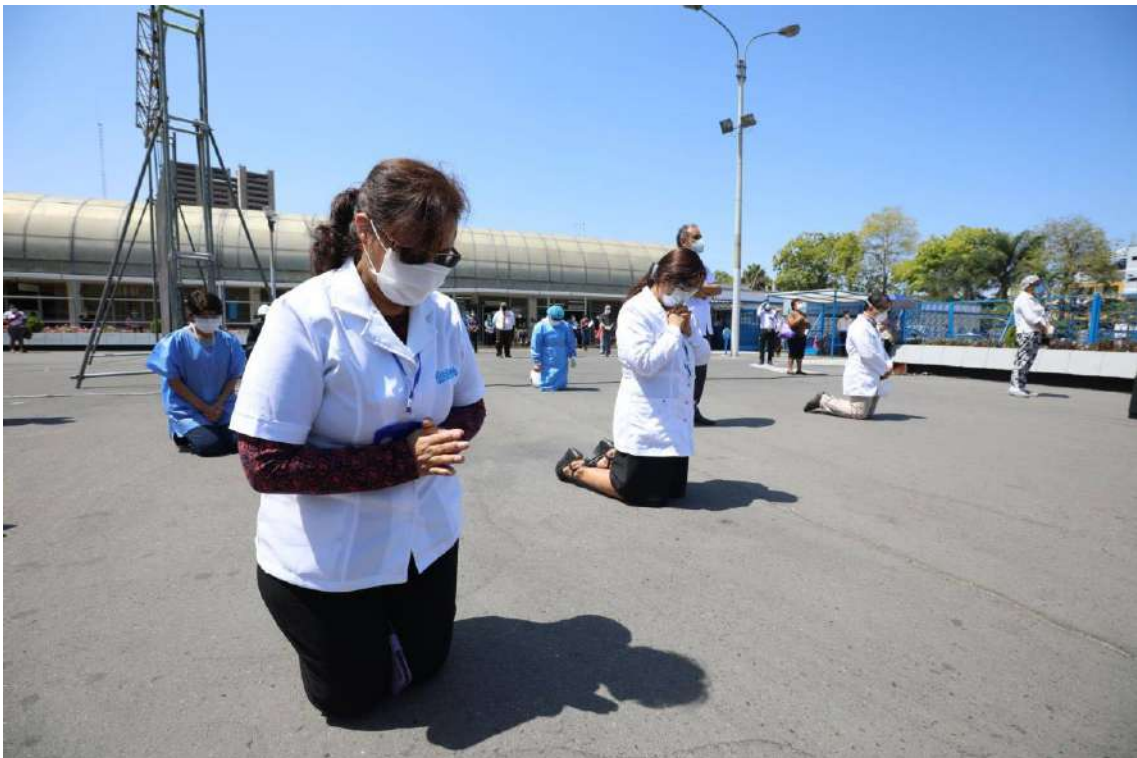
**ANEXO C**

<b>COVID-19</b>	<b>Información de los medios de comunicación sobre la pandemia contrastada con la realidad vivida por los trabajadores de salud</b>
<b>No coincide</b>	<b>50%</b>
<b>Si, coincide</b>	<b>50%</b>

**ANEXO D**

<b>COVID-19</b>	<b>Creencias religiosas antes de la pandemia</b>	<b>Creencias religiosas después de la pandemia</b>
<b>Creyentes solo de misa de domingos</b>	<b>13%</b>	
<b>Creyentes y practicantes</b>	<b>87%</b>	
<b>Aumento de fe y creencias religiosas</b>		<b>100%</b>

ANEXO: E



**ANEXO: F**

	<b>Realizaba algún deporte o hobby antes de la pandemia</b>
<b>Si</b>	<b>70%</b>
<b>No</b>	<b>30%</b>

**ANEXO: G**

<b>COVID-19</b>	<b>Frecuentaba a familiares y amistades</b>
<b>Si</b>	<b>43%</b>
<b>No</b>	<b>57%</b>