

Creencias y prácticas de autocuidado en profesionales de enfermería en UCI durante la pandemia COVID-19*

Beliefs and Self-Care Practices in ICU Nurses During the COVID-19 Pandemic

Crenças e práticas de autocuidado em enfermeiros da UCI durante a pandemia COVID-19

Fecha de recepción: 5 de marzo de 2022 | Fecha de aprobación: 19 de septiembre de 2022 |

Fecha de publicación: 15 de febrero de 2023

Andrea Carolina Gómez Carvajal^a

Universidad de Cundinamarca de Girardot, Colombia

Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-8325-7319>

Yuri Lizeth Rojas Báez

Clínica Shaio, Colombia

Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-8437-3784>

Erika Alexandra Sánchez Barrera

Clinica Cobos, Colombia

Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-5663-4385>

* Artículo de investigación

Limitaciones: Una de las limitaciones fue el grupo reducido de participantes por la coyuntura de confinamiento durante la pandemia. Por tanto, es necesario continuar la presente investigación a medida que evolucione la crisis sanitaria para obtener resultados con poblaciones más grandes y a más largo plazo, a fin de poder extrapolar los resultados a

poblaciones mayores. Lo anterior también dará mayor sustento práctico al modelo del sol naciente de Leininger, con un carácter etnográfico, antropológico y transcultural.

^a Autora de correspondencia. Correo electrónico: gomez-acarolina@javeriana.edu.co

DOI: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.ie25.cpap>

Cómo citar este artículo: Gómez Carvajal AC, Rojas Báez YL, Sánchez Barrera EA. Creencias y prácticas de autocuidado en profesionales de enfermería en UCI durante la pandemia COVID-19. *Investig Enferm Imagen Desarr.* 2023; 25. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.ie25.cpap>

Resumen

Para los profesionales de enfermería, la pandemia por COVID-19 agudizó la necesidad de poner en práctica el cuidado y el autocuidado como elementos fundamentales para proteger la vida propia, de los pacientes, allegados, y la salubridad social en general. **Objetivo:** describir las creencias y las prácticas de autocuidado utilizadas por profesionales de enfermería que trabajan en Unidades de Cuidado Intensivo para mantener el bienestar físico, mental y social durante la atención de la pandemia por COVID-19 entre el segundo semestre del 2020 y primero del 2021. **Metodología:** enfoque cualitativo tipo etnográfico, basado en el método de la etnoenfermería propuesto por Madeleine Leininger. Muestreo por saturación teórica de 14 informantes clave. Recolección de información mediante entrevistas semiestructuradas presenciales y virtuales grabadas –transcritas en su totalidad– y notas de campo. Análisis de información a través de las fases de la etnoenfermería, categorización, caracterización e identificación de patrones recurrentes. **Resultados:** se identificaron tres categorías como temas principales, se obtuvo información sobre las creencias y prácticas de autocuidado de los profesionales de enfermería durante la pandemia por COVID-19 que tienen repercusiones en la búsqueda del bienestar individual y colectivo, reconocibles a través de la implementación de diferentes estrategias de protección y las prácticas culturales asociadas. **Conclusión:** los pensamientos y el consecuente actuar mencionados por la población entrevistada responden de manera directa a las prácticas y creencias relacionadas

con sus intenciones de disminuir la probabilidad de contagio y gestionar un autocuidado en la construcción de una resiliencia y un bienestar efectivo de los profesionales de enfermería.

Palabras clave: enfermería transcultural, infecciones por coronavirus, valores sociales, autocuidado, unidades de cuidados intensivos

Abstract

For nursing professionals, the COVID-19 pandemic exacerbated the need to put care and self-care into practice as fundamental elements to protect their lives, that of their patients, relatives, and social health in general. **Objective:** To describe the self-care beliefs and practices used by nursing professionals who work in Intensive Care Units to maintain physical, mental, and social well-being during the care of the COVID-19 pandemic between the second period of 2020 and the first period of 2021. **Methodology:** Qualitative ethnographic approach, based on the ethno-nursing method proposed by Madeleine Leininger. Sampling by theoretical saturation of 14 key informants was carried out. Collection of information was done through semi-structured face-to-face and virtual interviews, recorded, fully transcribed, and field notes. Analysis of information through the phases of ethno-nursing, categorization, characterization and identification of recurring patterns. **Results:** Three categories were identified as main themes, information was obtained on the beliefs and self-care practices of nursing professionals during the COVID-19 pandemic that have repercussions on the search for individual and collective well-being, recognizable through the implementation of different strategies of protection and associated cultural practices. **Conclusion:** The thoughts and consequent actions mentioned by the interviewed population respond directly to the practices and beliefs related to their intentions to reduce the probability of contagion and manage self-care in the construction of resilience and effective well-being of health professionals nursing.

Keywords: cross-cultural nursing, coronavirus infections, social values, self-care, intensive care units

Resumo

Para os profesionais de enfermagem, a pandemia de COVID-19 exacerbou a necesidade de colocar en práctica o cuidado e o autocuidado como elementos fundamentais para protexer as súas vidas, a de seus pacientes, familiares e a saúde social en xeral. **Objetivo:** describer as crenças e prácticas de autocuidado utilizadas por profesionais de enfermagem que atuam en Unidades de Terapia Intensiva para manter o ben-estar físico, mental e social durante o cuidado da pandemia de COVID-19 entre o segundo período de 2020 e o primeiro período 2021. **Metodología:** abordagem etnográfica cualitativa, con base no método de etnoenfermagem proposto por Madeleine Leininger. Amostragem por saturación teórica de 14 informantes-chave. Coleta de informacións por medio de entrevistas semiestruturadas presenciais e virtuais, gravadas, transcritas na íntegra e notas de campo. Análise da información a través das fases de etnoenfermagem, categorización, características e identificación de padrões recorrentes. **Resultados:** foron identificadas tres categorías como temas principais, obteve-se información sobre as crenças e prácticas de autocuidado dos profesionais de enfermagem durante a pandemia de COVID-19 que repercuten na busca do ben-estar individual e colectivo, reconhecíveis a través da implementación de diferentes estratexias de protección e prácticas culturais asociadas. **Conclusão:** os pensamentos e accións conseqüentes mencionados pola poboación entrevistada responden directamente ás prácticas e crenças relacionadas ás súas intencións de reducir a probabilidade de contaxio e xestionar o autocuidado na construción da resiliencia e ben-estar efectivo dos profesionais de saúde.

Palavras-chave: enfermagem intercultural, infeccións de coronavirus, valores sociais, autocuidado, unidades de cuidados intensivos

Introducción

La investigación sobre creencias y prácticas de autocuidado en profesionales de enfermería desde escenarios como las Unidades de Cuidado Intensivo (UCI) visualiza la importancia para el profesional en enfermería de conocer el cuidado émic, brindar cuidado culturalmente congruente, y fortalecer el cuidado étic mediante la investigación.

La pandemia de COVID-19 azotó al mundo y desde inicios de 2020 puso en vilo el cuidado de la salud. Los sistemas de salud colapsaron a nivel global, siendo necesaria la

implementación de prácticas asistenciales con enfoque tecnológico, dando respuesta con procedimientos adecuados de cuidado y autocuidado desde un enfoque bio-psico-social. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (1), los cambios causados por la enfermedad por COVID-19 llevaron a intervenciones que cambiaron significativamente la vida cotidiana de las personas y pusieron en riesgo biológico, social y psicológico a los trabajadores de la salud.

Para los profesionales de enfermería se agudizó la necesidad de poner en práctica el autocuidado como elemento primordial para proteger su vida, la de sus pacientes, familiares, y la sociedad en general.

En ese contexto, los profesionales de enfermería de las unidades de cuidado intensivo de enfermedad por COVID-19 se vieron enfrentados a la atención de pacientes con una alta carga de comorbilidades, lo que los hacía propensos a infectarse y a contagiar a quienes los rodeaban, lo cual implicaba implementar cambios en el estilo de vida y emplear nuevas prácticas de autocuidado con el fin de minimizar los riesgos durante la atención. Con el objetivo de mitigar estos riesgos, varios estudios establecieron las creencias y prácticas de autocuidado a nivel mundial (2-3). En Colombia, Banerjee (3) encontró que en la población en general estas creencias y prácticas llevaron al consumo de productos y al desarrollo de prácticas asociadas con el imaginario social y cultural. Por ejemplo, incrementó el consumo de plantas medicinales (como la moringa) para lograr un cuidado físico, mental y social, mientras que, de parte de los profesionales de enfermería, ocurrió una serie de cambios tecnológicos, políticos y culturales.

Por lo anterior, el profesional de enfermería –en el desarrollo de sus competencias profesionales– debe integrar aspectos interculturales (4) que le permitan ejercer el cuidado de enfermería de manera holística, integral y humana. Las prácticas y creencias del profesional de enfermería permiten establecer una corriente desde la etnoenfermería, consistente en identificar los conocimientos subjetivos que tienen acerca de una cultura determinada. Al respecto, Madeleine Leininger fue la primera enfermera que expuso la necesidad de concebir la enfermería en íntima relación con las ciencias sociales,

especialmente la antropología y la etnografía, afirmando que el concepto de “cuidado” es polisémico y, por tanto, tiene múltiples interpretaciones, dependiendo de la cultura que lo maneje (4). Es decir que como cada cultura concibe el cuidado de manera diferente, las respuestas y aproximaciones al mismo tienen que ser múltiples y diversas. Cada cultura se comporta de manera diferente ante el acto de cuidar, de manera que las respuestas desde la enfermería deben ser consecuentes con ello, para lo cual se deben conocer y respetar las tradiciones, creencias, valores y prácticas (5).

La pandemia debido a la enfermedad por COVID-19 permitió a las enfermeras reconocer la aplicación de creencias y prácticas de autocuidado en todo el mundo, teniendo en cuenta que varios estudios establecieron estos tópicos (2-3). Para Unadkat y Farquhar (6), el COVID-19 implicó una transformación radical de los sistemas de salud y afectó de manera muy particular al personal de la salud en todos sus ámbitos: en tiempos de trabajo, aumento del estrés, estilos de vida y afectaciones a sus círculos sociales y familiares debido a la preocupación por la exposición al contagio, lo que hizo más complejas las labores de cuidado y autocuidado (7). De acuerdo con lo expuesto por Bueno y Barrientos (8), tanto el cuidado como el autocuidado representan modelos de conducta que se siguen para adaptar y modificar el estilo de vida, concibiéndolo desde una perspectiva holística e integrativa. Por ende, el presente estudio tiene como objetivo describir las creencias y las prácticas de autocuidado utilizadas por profesionales de enfermería que trabajaron en Unidades de Cuidado Intensivo para mantener el bienestar físico, mental y social durante la atención en la pandemia debido a la enfermedad por COVID-19 entre el segundo semestre del 2020 y el primero del 2021.

Metodología

Para el presente estudio se empleó el diseño cualitativo basado en el método de la etnoenfermería propuesto por Madeleine Leininger que se enfoca en las creencias, valores y prácticas que se aplican en la atención de enfermería. Conjuga los conocimientos de una cultura determinada (subjetivos) a través de los conocimientos y experiencia locales de las personas (émic) expresadas por el lenguaje, las convicciones y su sistema de valores sobre fenómenos de enfermería (9) con los conocimientos de los investigadores (étic), expresados

a través de prácticas y convicciones. Los criterios de selección considerados fueron: personas mayores de 18 años, profesionales de enfermería que se encontraran vinculados laboralmente mínimo seis meses antes del inicio de la pandemia a una institución colombiana que prestara servicios de alta complejidad en la ciudad de Bogotá o en la ciudad de Girardot, que hubieran brindado atención en UCI a pacientes diagnosticados con COVID-19 y que aceptaran participar de manera voluntaria en la investigación. El criterio de exclusión que se aplicó: profesionales de enfermería que durante la entrevista presentaran alteraciones de tipo emocional que no permitieran la continuidad de la entrevista. La población de estudio que cumplió con los criterios de selección estuvo conformada por 14 profesionales de enfermería que trabajan en dos Unidades de Cuidado Intensivo Adulto (UCI): una institución de IV nivel de atención ubicada en la ciudad de Bogotá y una institución de III nivel ubicada en la ciudad de Girardot. Estos profesionales sirvieron en primera línea de atención clínica durante la pandemia debido a la enfermedad por COVID-19 en el segundo semestre de 2020 y el primero del 2021. Se desarrolló un muestreo por saturación teórica.

Como instrumento para la recolección de los datos se diseñó una entrevista semiestructurada con nueve preguntas abiertas con una guía de trabajo que respondiera a los intereses y objetivos de la investigación. Luego de obtener el aval del comité revisor de proyectos de investigación de posgrados de la Facultad de Enfermería se presentó la propuesta de investigación a los comités de ética de investigación de cada institución; se hizo inmersión en campo con entrevistas semiestructuras presenciales y virtuales, observación durante dos meses en el primer semestre del 2021 y notas de campo, esto permitió explorar el ambiente y hacer ajustes. Los datos recolectados de esta forma representan información simbólica verbal, audiovisual o en forma de texto e imágenes (10). La recolección de la información y el análisis fueron procesos paralelos que facilitaron la identificación de la situación. Se hicieron entrevistas semiestructuras a 14 informantes en el primer periodo del 2021, cuya duración fue de 45 a 60 minutos, grabadas en audio y transcritas. Se aplicaron el facilitador observación-participación-reflexión y notas de campo. Se hicieron varias lecturas línea por línea de cada entrevista transcrita y se analizaron según fases de la etnoenfermería, la codificación inicial y categorización, se agruparon tres categorías. Se identificaron patrones

recurrentes al agrupar categorías similares. En línea con los postulados mencionados se seleccionaron como categorías de análisis: bioseguridad, autocuidado social-emocional. A continuación, se llevó a cabo el análisis de la información empleando el *software* Atlas. Ti, versión 9, a partir de las categorías establecidas con base en los postulados de Leininger (11). Se incluyeron criterios de rigor metodológico de la etnoenfermería: credibilidad, confirmabilidad, significado en contexto, saturación, patrones recurrentes, transferibilidad. Se socializó el consentimiento informado con los participantes, garantizándoles confidencialidad. La investigación se desarrolló conforme a lo establecido en la resolución 8430 del 1993, respetando las normas internacionales de Helsinki sobre las investigaciones que se realizan en seres humanos, respetando la autonomía y dignidad humana, sin ocasionar daño mental o físico (12).

Resultados

Los informantes clave tenían entre 27 y 46 años, dos fueron de género masculino y doce femenino, el estado civil de cinco de ellos es casado, ocho en unión libre y uno soltero. Los catorce enfermeros contaban con tiempo de experiencia profesional en UCI de entre uno y quince años, con formación posgradual en cuidado crítico; se encontraban activos laboralmente, pertenecientes al área asistencial.

Tabla 1. Caracterización sociodemográfica de la muestra

| | | Frecuencia | Porcentaje (%) | Desviación estándar (DE) |
|---------------------------------|------------------------------------|------------|----------------|--------------------------|
| Edad (en años) | Menor de 30 | 3 | 21,43 | |
| | Entre 31-40 | 7 | 50,00 | |
| | Mayor de 40 | 4 | 28,57 | 14,8690429 |
| Género | Femenino | 12 | 85,71 | |
| | Masculino | 2 | 14,29 | 7,07106781 |
| Nivel educativo | Pregrado | 6 | 42,86 | |
| | Especialización | 7 | 50,00 | |
| | Maestría | 1 | 7,14 | 3,21455025 |
| Años de egresado desde pregrado | Menos de 5 años | 1 | 7,14 | |
| | Entre 5 y 10 años | 7 | 50,00 | |
| | Mayor a 10 años | 6 | 42,86 | 3,21455025 |
| Formación posgradual | Diplomado en cuidado crítico | 5 | 35,71 | |
| | Especialización en cuidado crítico | 5 | 35,71 | |
| | Especialización en nefrología | 1 | 7,14 | |
| | Especialización en urgencias | 1 | 7,14 | |
| | Maestría en educación | 1 | 7,14 | |
| Estado civil | Ninguno | 1 | 7,14 | 2,06599112 |
| | Casado | 5 | 35,71 | |
| | Soltero | 2 | 14,29 | |
| | Unión libre | 7 | 50,00 | |
| | Separado | 0 | 0,00 | |
| Hijos | Viuolo | 0 | 0,00 | 3,1144823 |
| | Sí | 11 | 78,57 | |
| | No | 3 | 21,43 | 5,65685425 |
| Ha tenido COVID-19 | Sí | 7 | 50,00 | |
| | No | 7 | 50,00 | 0 |
| Experiencia profesional en UCI | Menos de 5 años | 5 | 35,71 | |
| | Entre 5-10 años | 3 | 21,43 | |
| | Más de 10 años | 6 | 42,86 | 1,52752523 |

Nota. Número total de entrevistas: 14.

Fuente: elaboración propia

Del análisis de discurso emergieron tres categorías generales (tabla 2) que se desarrollaron e identificaron mediante datos de diferentes tipos del análisis de discurso: el lenguaje verbal y no verbal y conductas observables. De este modo se observó la problemática y se detalló cada categoría con sus respectivas características.

Tabla 2. Categorización de las creencias y prácticas de autocuidado

| Patrón cultural | Categorías | Características |
|--|------------------------------|---|
| Prácticas y creencias para mantener la salud (física, mental y social) en tiempos de pandemia. | Bioseguridad | Lavado de manos, desinfección, limpieza de superficies, implementación de elementos de protección de seguridad. |
| | Autocuidado mental | Aislamiento, miedo al contagio y a la enfermedad. |
| | Autocuidado social-emocional | Depresión y frustración por muertes. Meditación y cuidados alternativos para enfrentar el estrés. |

Fuente: elaboración propia

Autocuidado en torno a la bioseguridad

La pandemia implicó el autocuidado bajo el esquema de la *protección*. En el caso de los profesionales de enfermería, este autocuidado fue primordial y esencial, dado que implicaba una lucha en torno a las diferentes esferas sociales y familiares. De esta manera, la protección se ejerce hacia sí mismo y hacía los otros (familiares y pacientes).

Algunas de las afirmaciones de los enfermeros fueron:

Me aplicaba, me esparcía mucho varsol y salía, me lavaba las manos y gastaba las cantidades de guantes que pudiera gastar y el tapabocas no me lo quitaba si no hasta el momento que ya fuera a comer. Prácticamente, desde que entraba del almuerzo, hasta la salida, las gafas a toda hora; eran mis elementos de protección. (fragmento de entrevista 7, 12/01/21)

El lavado de manos sí lo tenía todo el tiempo. Siempre que llego a mi casa siempre me lavo las manos, pero pues el hecho ya de llegar a mi casa y quitarme los zapatos, hacer una aspersión de todas las cosas que traigo, retírame el uniforme, ponerlo a lavar de una vez, eso sí cambió a través de la pandemia. (fragmento de entrevista 6, 05/01/21)

Para el personal de enfermería este ritual que ya era frecuente se intensificó, convirtiéndose en una medida adicional como barrera de protección, a la par con el uso de guantes, caretas, tapabocas y alcohol (incluido varsol). Estos mismos hábitos se extrapolaron a la población general y al momento de escribir el presente artículo, el tapabocas era de uso diario en todos los contextos.

En relación con las barreras de protección, los entrevistados identificaron la implementación de gel antibacterial, alcohol, lavado de manos constantes e implementación del baño luego de actividades en sitios que representan probabilidad de contagio como elementos que permiten limpieza corporal y a la vez, protegen de patógenos letales. Es una simbiosis entre hábitos de higiene y modos de supervivencia que reflejan acciones de cuidado y de autocuidado, desde el ámbito individual al social.

Autocuidado a nivel mental

La protección en torno al autocuidado mental estuvo integrado a la esfera normativa, donde se exhiben diferentes estresores como esquemas de interacción, tanto para los ambientes profesionales como familiares. Es importante tener en cuenta que los estresores se gestan ante un esquema contextual complejo donde el miedo a la infección u otras repercusiones determinan la concepción mental y emocional.

Tuve muchos dolores de cabeza, se vio afectada mi salud física y emocional, porque me contagié. En ese momento yo estaba muy preocupada por mis seres queridos. Además, estaba cansada por la carga laboral. Eso hace que el cuerpo no rinda como antes y se ven las afectaciones del virus. (fragmento de entrevista 1, 15/01/21)

Prácticas que las personas tienen para suplir sus propias necesidades físicas, emocionales, sociales, con el fin de alcanzar un bienestar, sentirse tranquilo, sentirse bien. (fragmento de la entrevista 4, 22/01/21)

Pues solo aquí en mi casa mi mamá todos los días me da agua de panela con limón yo lo tomo porque mi mamá cree que eso mitiga el hecho de que a uno no le dé gripa. Lo tomo por ella, pero no porque yo lo crea, yo lo tomo por seguir una costumbre de ella, un mito de ella,

pero [no] considero que eso impacte mucho en la salud. (fragmento de la entrevista 5, 29/01/21)

En la población entrevistada la búsqueda de bienestar individual y colectivo a través del autocuidado se hizo reconocible a través de diferentes estrategias y prácticas culturales asociadas. Por ejemplo, al uso de productos naturales para promover la relajación y mitigar la ansiedad, así como el uso de productos considerados culturalmente como tranquilizantes:

Mi parte emocional que era la que se me estaba afectando en ese momento por la carga laboral, así que utilicé esas esencias como para estar más tranquila. (fragmento entrevista 13, 26/01/21)

Autocuidado a nivel socioemocional

El autocuidado da lugar a la creación de nuevos hábitos y estrategias que, a pesar de tener una base científica razonable, se van adaptando a situaciones para las cuales no resultan idóneos, presentándose la casualidad de que a veces resultan efectivos para un fin, aunque no estaban propuestos para ello o, al contrario, que siempre son buenos independientemente de la situación, como un descanso apropiado o una alimentación saludable.

Una de mis prácticas de autocuidado era la actividad física, las otras son las universales, lo que todos conocemos, como el lavado de manos, entre otros. (fragmento de la entrevista 12, 19/01/21).

Mi forma de desahogarme es hablar con mi esposo, yo le cuento todo a él, pero él también se vio afectado, porque está acostumbrado a salir a la oficina, es una persona más social que yo, tenía muchos amigos. A los niños también les afectó demasiado, por su colegio. (fragmento de la entrevista 4, 22/01/21)

De acuerdo con las entrevistas, los enfermeros enfrentaron diferentes dificultades sociales que afectaron de manera directa su estado emocional durante su trabajo en la UCI bajo condiciones de enfermedad por COVID-19. Al respecto destaca el acompañamiento realizado por las familias de los profesionales de enfermería, quienes se convirtieron en un apoyo continuo.

Para el caso de los profesionales de enfermería en UCI, el agotamiento durante la pandemia fue mucho mayor, tanto a nivel laboral como familiar. Al respecto es importante tener en cuenta que muchos profesionales de enfermería durante la pandemia se separaron de su núcleo familiar para evitar contagiarlos, lo que representó una carga emocional adicional.

De acuerdo con el modelo del sol naciente, esto responde a acciones de autocuidado sustentadas en las necesidades sociales, como el lavado de manos, la limpieza constante de superficies, la implementación de protocolos de limpieza, procesos de aislamiento y ejecución de procedimientos para el manejo de población contagiada; aspectos vinculados con la protección desde la norma. En este caso, la idea de un bienestar social parte de la identificación de una serie de rasgos físicos y emocionales. El segundo escenario es aquel donde el individuo comparte un nivel de relación y desarrollo tanto macro como micro con los demás, sus relaciones se modifican o se ven afectadas por agentes tanto externos como internos a través de vínculos de interacción-cuidado.

A continuación, presentamos la recopilación de los resultados de la investigación adaptados a la estructura del modelo del sol naciente de Madeleine Leininger.

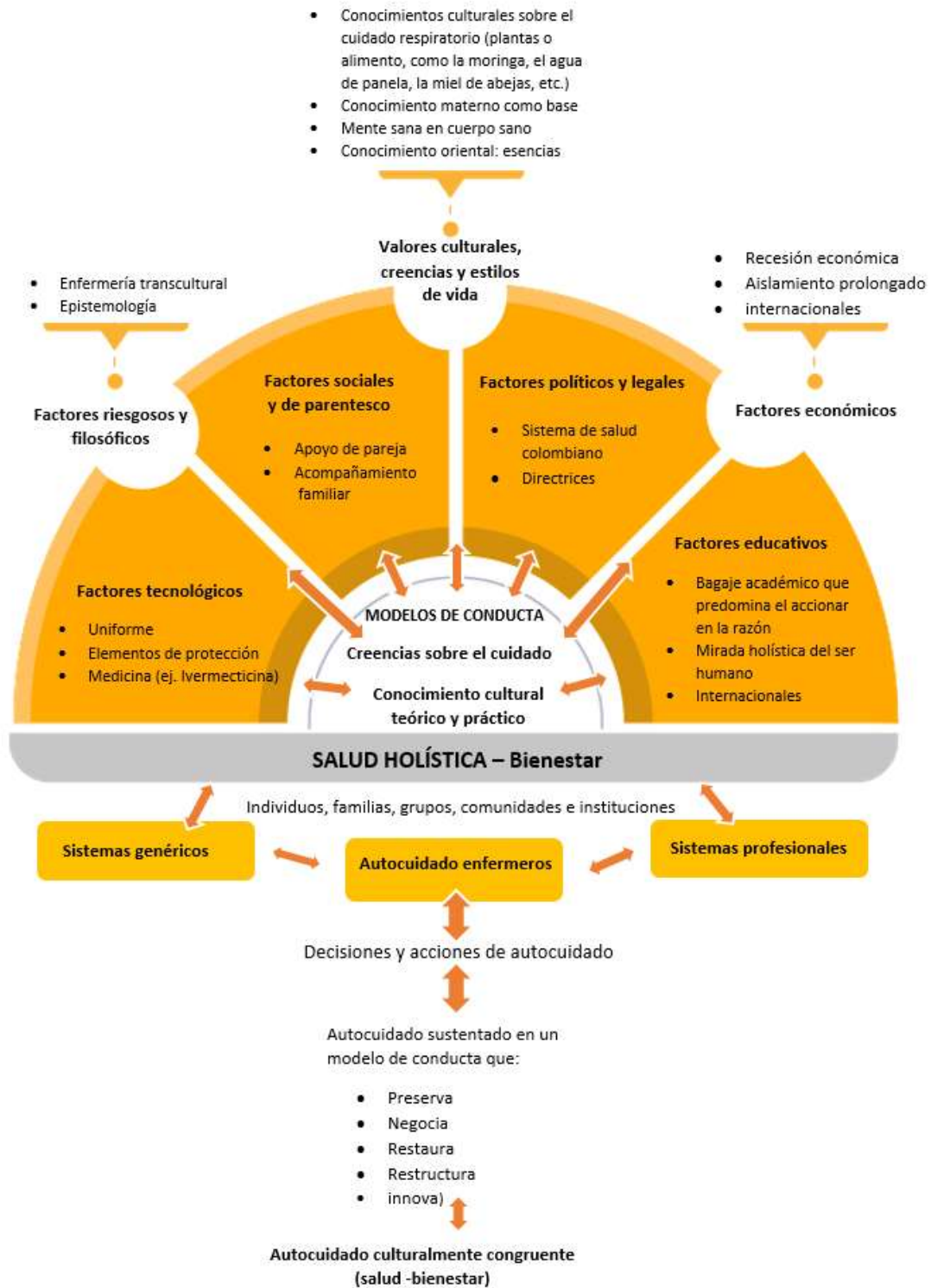


Figura 1. Adaptación de resultados del estudio a la estructura del sol naciente de Madeleine

Leininger

Fuente: Adaptado de Leininger (5)

Discusión

Las particularidades de la pandemia debido a enfermedad por COVID-19, tales como desconocer inicialmente las situaciones reales de contagio, información imprecisa, una gran histeria colectiva, números crecientes de fallecimientos, etc., disparó la importancia de las prácticas de autocuidado.

El profesional de enfermería desempeñó un rol fundamental en la atención sanitaria de los pacientes con diagnóstico de enfermedad por COVID-19. Este proceso permitió la visibilidad de su actuar, sin embargo, también dejó en evidencia situaciones que pusieron en riesgo la vida y salud de los profesionales. Un estudio realizado por el Comité de Investigación de la Fundación San Juan de Dios de la Universidad Rey Juan Carlos en Madrid, España sugiere la estructuración de un modelo de atención sociosanitaria eficaz, coordinado y centrado en las necesidades de las personas (13) en el que el profesional de enfermería genere y reinvente las prácticas de autocuidado.

Es así que los profesionales de enfermería de UCI extremaron las *prácticas de autocuidado en torno a la bioseguridad*. Gutiérrez et al. (14) mencionan que al inicio de la pandemia hubo mucho miedo al contagio en la población en general, en especial en el personal de enfermería, ya que este estaba en contacto directo y, a pesar que usaba equipos de protección personal (EPP), muchos se contagiaron y murieron o contagiaron a sus familiares, por ello prevaleció el sentimiento de miedo. Este fue disminuyendo conforme se conocía más sobre la enfermedad y las medidas preventivas, unido al adecuado equipamiento. Se convirtió así la bioseguridad en uno de los eslabones de la cadena de supervivencia durante la atención de los pacientes de enfermedad por COVID-19, lo cual se evidenció en las respuestas dadas por los informantes durante el presente estudio. Por lo tanto, de acuerdo con Luo et al. (15), y

Price (16), se generó una obsesión en torno a los procesos de desinfección para eliminar el virus, así como a las prácticas de protección, a fin de disminuir radicalmente la transmisión.

Con relación a lo anterior, en las entrevistas se pudo establecer que los profesionales de enfermería constituyeron la población que sufrió mayor afectación por contagio de enfermedad por COVID-19, por las secuelas emocionales, no solo por separación y riesgo de contagiar a la familia, sino por impotencia frente al tratamiento de los pacientes, pues la cantidad de defunciones no tenía precedentes. Además, para Galleguillos Rodríguez et al. (17), el *autocuidado a nivel mental* pone en evidencia la necesidad de considerar la salud mental de los trabajadores de enfermería, generando espacios de apoyo emocional y activación de redes sociales que funcionen como agentes protectores. Las narrativas de enfermeros recopiladas en el presente estudio relatan que durante los dos primeros meses de la pandemia la frustración, la incertidumbre y el miedo aumentaban. Hoy esa huella en la salud mental de los profesionales de enfermería se conoce como estrés postraumático.

Para Leininger, por tanto, el profesional de enfermería es la bisagra, la articulación de las dos mitades del mundo: una corresponde a la estructura social y las concepciones de mundo de cada persona, que determinan los cuidados de la salud; y la otra mitad, la práctica enfermera más específica, esto es, los cuidados de enfermería. De ahí lo indispensable de una práctica de enfermería transcultural, donde confluyan las dos mitades a fin de preservar el bienestar propio y de los pacientes, y así enfrentar las adversidades.

Finalmente, con lo que determinó el *autocuidado a nivel socioemocional*: la fatiga, el estrés, el pánico, las agresiones contra el personal de salud, etc., aumentaron los niveles de estrés físico, emocional y psicosocial. Dadas esas circunstancias, cabe resaltar que la calidad de vida y el autocuidado no son únicamente acciones individuales o responsabilidad exclusiva del personal de salud. También están asociadas a factores de empleabilidad, económicos y estructurales que las entidades de salud y del Gobierno nacional deben garantizar. La estructura del sol naciente de Leininger toma el contexto como un factor determinante para la conformación de acciones de cuidado y autocuidado. De ahí que jornadas de trabajo muy intensas y carencia de insumos para el desarrollo de la labor profesional afectan

significativamente la correcta implementación del autocuidado y, por tanto, la calidad de vida del profesional de la salud. Dentro de ese contexto, las creencias y prácticas en profesionales de enfermería han de ser tenidas en cuenta y, en consecuencia, estimular la investigación que genera nuevo conocimiento desde la perspectiva del autocuidado del profesional y no solamente del paciente: es reconocer la necesidad del cuidado cultural en la salud a fin de mejorar el hacer del profesional de enfermería, sin caer en ideologías discriminatorias.

Dentro de las fortalezas se resalta a Leininger que plantea que el logro de objetivos en las prácticas está determinado por el conocimiento de la estructura cultural y social de una comunidad, grupo o individuo. A esto se le conoce como la teoría de cuidados culturales: diversidad y universalidad (18). Esto lo esquematizó Leininger bajo el modelo del sol naciente, donde establece que los cuidados culturales son un reflejo directo de las concepciones de una sociedad en torno a la salud y al acto de cuidar. Para el caso que nos ocupa de los profesionales de enfermería, estos se mueven entre dos escenarios: uno, el correspondiente a sus saberes científico-académicos y el segundo, el de la cultura de sus pacientes; estos mundos confluyen en el autocuidado como aspecto común a ambos. Por tanto, se resalta en igual sentido la importancia de conocer el cuidado émic, es decir, el cuidado holístico de los seres humanos, sus prácticas, creencias y conocimientos tradicionales tendientes a generar acciones de ayuda y asistencia a fin de propiciar el bienestar físico, mental y social (5) y, de ese modo, brindar cuidado culturalmente pertinente, para fortalecer el cuidado étic.

Conclusiones

Las creencias y las prácticas de autocuidado utilizadas por profesionales de enfermería que trabajan en Unidades de Cuidado Intensivo dejaron en evidencia que mantener el bienestar físico, mental y social durante la atención de la pandemia debido a la enfermedad por COVID-19, implicó a su vez asumir acciones compartidas y aprendidas que se socializaron entre diferentes grupos sociales, determinados por fenómenos culturales, biológicos, psicológicos y sociales, de alteridad cultural, que incidieron en la vida misma.

Por lo tanto, durante la pandemia debido a la enfermedad por COVID-19 los pensamientos y acciones fueron producto de prácticas y creencias que buscaban paliar la probabilidad de contagio a través del autocuidado. Cabe resaltar que, pese a ciertos comportamientos intrépidos de algunos ciudadanos frente a su autocuidado y, con ello el riesgo en que ponían a los profesionales de enfermería, se pudo observar que la adopción de creencias y prácticas de autocuidado en los enfermeros generó acciones de cuidado social que a su vez, se fueron extendiendo. Lo anterior se relaciona con los cuidados culturales abordados por Leininger. Ese conjunto de acciones marcadas por prácticas culturales de autocuidado figura en la adopción de nuevos valores y representaciones sociales y culturales de su hacer. Finalmente, no se observó ninguna acción que pudiera ser considerada negativa para el autocuidado por parte de los profesionales de enfermería.

Referencias

1. World Health Organization. Coronavirus Disease (COVID-19) Outbreak : Rights , Roles and Responsibilities of Health Workers , Including Key Considerations for Occupational Safety. World Heal Organ [Internet]. 2019:1-3. Available from: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/who-rights-roles-respon-hw-covid-19.pdf?sfvrsn=bcabd401_0
2. Luo M, Guo L, Yu M, Jiang W, Wang H. The psychological and mental impact of coronavirus disease 2019 (COVID- 19) on medical staff and general public – A systematic review and meta- analysis. *Psychiatry Res.* 2020;291(January):1-9
3. Banerjee D, Rai M. Social isolation in COVID-19: The impact of loneliness. *Int J Soc Psychiatry.* 2020;66(6):525-7.
4. Motta CL, Muneva RY. La enseñanza de enfermería: un camino de participación materna del cuidado de prematuro hospitalizado. *Cultura de los Cuidados.* 2019;23(55):155-170. Available from: <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2019.55.14>
5. Leininger M, McFarland M. *Culture care diversity and universality.* New York:

- Jones and Bartlett Learning; 2006.
6. Padilha M, Borenstein M, Santos I. Enfermagem: história de uma profissão. San Cayetano del Sur: Difusión Editoria; 2015.
 7. García-Alegría J, Gómez-Huelgas R. Enfermedad COVID-19: el hospital del futuro ya está aquí. *TT Rev clin esp (Ed impr) [Internet]*. 2020;220(7):439-41. Available from: <https://dx.doi.org/10.1016/j.rce.2020.05.010>
 8. Bueno Ferrán M, Barrientos-Trigo S. Cuidar al que cuida: el impacto emocional de la epidemia de coronavirus en las enfermeras y otros profesionales de la salud. *Enfermería Clínica*. 2021;31(January):S35-9.
 9. Herenas AD, García B, Garay J. Intervención educativa con enfoque transcultural en el cuidado de la persona con problemas de cronicidad. México, D.F: Eidec Editorial; 2020.
 10. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. Metodología de la Investigación. Sexta ed. México D.F.: Hill MG; 2014.
 11. Melguizo Herrera E, Alzate Posada ML. Creencias y prácticas de cuidado de la salud de ancianos. *Av en Enfermería*. 2010;28:61-72.
 12. Halonen JI, Erhola M, Furman E, Haahtela T, Jousilahti P, Barouki R, Antó JM. La Declaración de Helsinki 2020: Europa que protege. *The Lancet Planetary Health*, 2020;4(11): e503-e505. DOI [https://doi.org/10.1016/S2542-5196\(20\)30242-4](https://doi.org/10.1016/S2542-5196(20)30242-4)
 13. Vicente F. La atención y coordinación sociosanitaria : hacia una nueva cultura del cuidado Social and health care coordination : towards a new culture of care. *Enfermería Clin*. 2020;30(January):291-4.
 14. Gutiérrez SCH, Zumaeta LMM, Alvites SVR, Rojas LZS, Manchay RJD, Muñoz ST. Sentimientos de los profesionales de enfermería frente a la COVID-19. *Rev Cubana Enferm [Internet]*. 2022;38(0). Available from:

<http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/5094>

15. Luo M, Guo L, Yu M, Jiang W, Wang H. The psychological and mental impact of coronavirus disease 2019 (COVID- 19) on medical staff and general public – A systematic review and meta- analysis. *Psychiatry Res.* 2020;291(January):1-9. Available from: [10.1016/j.psychres.2020.113190](https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113190)
16. Price S. Nursing self-care in the time of COVID. *Hear Lung.* 2020;49(5):5-8. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2020.06.007>
17. Galleguillos Rodríguez PA, Godoy Delard MA, Vega Babich C. Intervención en salud mental en una UCI pediátrica: programa para enfermeras y auxiliares paramédicos. Santiago de Chile: Universidad Andrés Bello; 1997.
18. Reina-Leal LM, López-Díaz L. Entrelazando la compasión y la competencia cultural en hospitalización: una revisión de experiencias. *Cultura de los Cuidados.* 2020;24(58):136--153. Available from: <https://doi.org/10.14198/cuid.2020.58.13>