ACC CIETNA: Revista de la Escuela de Enfermería
Vol. 13 No. 1 (2026): Acc Cietna: para el cuidado de la salud Vol. 13. N° 1 (Jun 2026), e1354

From remote to face-to-face work: meanings expressed by nurses in a Peruvian public hospital

Ariana Salazar Ygnacio Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo- Chiclayo, Perú.
Rosa Jeuna Díaz Manchay Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo- Chiclayo, Perú.

Introduction: When considering the return to the office, organizations face resistance from employees accustomed to the comfort of teleworking, difficulties in reintegrating the organizational culture, and diverse expectations that can generate tensions. **Objective:** To describe and analyze the meanings about remote work to in-person work attributed by nurses from a Peruvian public hospital. **Method:** The type of research was qualitative with a descriptive approach. The population consisted of nurses from the city of Chiclayo in Peru, who during the pandemic carried out their work through remote work and then returned to work in person. The sample was established with 12 nurses, according to the saturation and redundancy technique. In addition, a semi-structured interview guide validated by expert judgment was used and ethical principles and scientific rigor were considered. Likewise, thematic content analysis was used for data processing. **Main results:** They were grouped into 3 categories: a) Concerns about the safety of face-to-face work: Fear of contagion and discomfort due to the use of biosecurity measures and vaccination, b) Satisfaction with returning to face-to-face work due to direct interaction with patients and colleagues, c) Reintegration and adaptation upon returning to face-to-face work. **General conclusion:** The return to face-to-face work, although considered a challenging situation, facilitated direct interaction with patients and colleagues, essential for their well-being and the quality of care, highlighting the need for an environment that prioritizes these emotional connections.

Introducción

En el contexto de la pandemia por la COVID-19, el sistema de salud se vio obligado a priorizar a los pacientes infectados por el coronavirus; por lo tanto, se redujo la prestación de servicios a pacientes con otras enfermedades, debido principalmente a la falta de recursos humanos, logísticos y financieros[1]. Este escenario provocó un incremento no especificado en la tasa de ausentismo laboral, lo que amenazó progresivamente el funcionamiento de los hospitales[2]. No obstante, las enfermeras siguieron en primera línea; en consecuencia, experimentaron sobrecarga emocional, trastornos de estrés, depresión, ansiedad, frustración e insatisfacción ante la falta de protección adecuada que impactó en sus necesidades biofísicas y psicosociales[3,4].

Algunas enfermeras, por pertenecer a grupos de riesgo, realizaron teletrabajo, lo cual mejoró su satisfacción laboral y productividad[5]. Posteriormente, en 2021, ante el descenso de casos de la COVID-19, el personal de salud retornó a la presencialidad, para lo cual se requirió el esquema de vacunación completo y el cumplimiento de los protocolos de bioseguridad[6]. Pese a ello, enfrentaron deficiencias estructurales, como la escasez de camas y equipos, lo que generó inequidades en la atención; además, asumieron turnos extensos que provocaron fatiga física, mental y tensión excesiva[7].

Un estudio en Wuhan destacó que las enfermeras de hospitales de tercer nivel, encargadas del manejo de pacientes con la COVID-19, se vieron afectadas por la actualización constante de las

recomendaciones de tratamiento y la escasez de equipos de protección. Por otro lado, las enfermeras que realizaron teletrabajo experimentaron sentimientos de culpa y tristeza al observar a los pacientes aislados de sus familias y sentirse distantes por el equipo de protección[8]. Asimismo, Ohta, Matsuzaki, Itamochi[9] en Japón describieron que las enfermeras, al retornar a sus labores, sintieron miedo de infectarse por la alta exposición al virus. Sin embargo, conforme se implementaron las medidas de protección personal y el trabajo en equipo, los niveles de ansiedad y estrés disminuyeron. Por su parte, Da Silva[10] en Brasil encontró que las enfermeras enfrentaron desafíos significativos al adaptarse a nuevas directrices y roles durante la pandemia, pero lograron brindar el cuidado necesario a los pacientes vulnerables.

En el ámbito nacional, Parraguez destacó que las enfermeras que retornaron al trabajo presencial mostraron una interacción positiva con su equipo, lo cual se reflejó en la satisfacción de los pacientes; esto subraya la importancia de la asertividad y la vocación de servicio[11]. Por su parte, en el plano local, Irigoin y Constantino[12] encontraron que las enfermeras manifestaron actitudes de intranquilidad, inseguridad y ansiedad; no obstante, su vocación de servicio las mantuvo firmes. Incluso ante el sufrimiento que presenciaron, algunas profesionales fortalecieron su compromiso con la profesión.

En este contexto, se identificó la necesidad de analizar el significado del retorno del trabajo remoto a la presencialidad, dado que las enfermeras enfrentan nuevos desafíos laborales que afectan su bienestar emocional y profesional. Este retorno ha generado un ambiente de trabajo distinto al existente antes de la pandemia, en el que las medidas preventivas y los protocolos de higiene desempeñan un papel fundamental para reducir el riesgo de contagio, lo que repercute tanto en su experiencia laboral como en la calidad del servicio. Además, según la Autoridad Nacional del Servicio Civil (SERVIR), el trabajo remoto fue necesario en la administración pública del Perú; sin embargo, se recomendó el retorno a la presencialidad cuando las condiciones epidemiológicas lo permitieran, lo cual fue regulado por el Decreto de Urgencia N.º 055-2021[13,10]. En atención a lo expuesto, se planteó como objetivo describir y analizar los significados del tránsito del trabajo remoto a la presencialidad atribuidos por enfermeras de un hospital público peruano.

Materiales y métodos

El estudio se desarrolló bajo un enfoque cualitativo, con el propósito de explorar en profundidad los significados atribuidos por las enfermeras al retorno del trabajo remoto a la presencialidad en un hospital público, en su contexto natural[14]. El abordaje metodológico fue de tipo descriptivo, lo que permitió un acercamiento al contexto de las enfermeras que regresaron a la modalidad presencial y la caracterización de su experiencia.

La población incluyó a 60 enfermeras que trabajaron de forma remota durante la pandemia y que, posteriormente, retornaron al trabajo presencial en el año 2021, según datos proporcionados por la jefa de Enfermería del Hospital Las Mercedes. Los criterios de inclusión consideraron a enfermeras con más de 15 años de experiencia, con comorbilidades respaldadas por una declaración médica y que realizaron la transición del trabajo remoto a la presencialidad en áreas asistenciales y administrativas.

El tamaño de la muestra fue de 12 enfermeras, determinado según el criterio de saturación y redundancia; la recolección de datos se detuvo cuando la información se tornó repetitiva y no aportaba nuevas ideas. El equipo de salud, compuesto por hombres y mujeres de distintas edades, adaptó su labor a un esquema remoto debido a condiciones de riesgo.

Entre los participantes, se incluyó a un enfermero de 59 años, con 35 años de servicio, quien pasó del área de Emergencia a Oncología por una enfermedad oncológica y trabajó de forma remota durante 1 año y 3 meses; otro, de 34 años y con 8 años de servicio, continuó en Cirugía y trabajó de forma remota durante 6 meses debido a un embarazo gemelar; otro de 63 años, con 40 años de

servicio, continuó en Pediatría y trabajó de forma remota durante 1 año y medio por diabetes; otro participante, de 67 años y con 45 años de servicio, se mantuvo en Pediatría y trabajó de forma remota durante 1 año tras haber padecido la COVID-19; otro, de 67 años y con 38 años de servicio en Emergencia Pediátrica, trabajó de forma remota durante 1 año y medio debido a su edad; un enfermero de 55 años, con 15 años de servicio, pasó de Sala de Operaciones a Oftalmología y trabajó de forma remota durante 1 año y 4 meses por hipertensión; otro, de 66 años y con 40 años de servicio, pasó de Cirugía a Traumatología y trabajó de forma remota durante 1 año y 6 meses debido a su edad; un participante de 59 años, con 34 años de servicio, continuó en Neonatología y trabajó de forma remota durante 1 año y 9 meses por hipertensión y arritmias; otro, de 61 años y con 32 años de servicio en UCI de Neonatología, trabajó de forma remota durante 2 años por hipertensión reumatoide; otro participante, de 61 años y con 33 años de servicio, pasó de Alojamiento Conjunto a Tamizaje Neonatal y trabajó de forma remota durante 1 año debido a hipertensión arterial; un enfermero de 64 años, con 34 años de servicio en Alojamiento Conjunto, trabajó de forma remota durante 1 año por diabetes, hipertensión y edad avanzada; y, finalmente, otro de 59 años, con 30 años de servicio, pasó de Alojamiento Conjunto a Tamizaje Neonatal y trabajó de forma remota durante 1 año debido a asma.

El muestreo fue no probabilístico por conveniencia[15], mediante la selección voluntaria de enfermeras con experiencia pertinente para formar parte del grupo de participantes. La investigación se desarrolló en el Hospital Las Mercedes de Chiclayo[16], considerado un entorno adecuado debido a la experiencia de sus enfermeras, muchas de las cuales fueron derivadas al trabajo remoto durante la emergencia sanitaria y posteriormente retornaron a la presencialidad.

Los datos se recolectaron mediante entrevistas semiestructuradas[17,18], lo que permitió formular preguntas abiertas en profundidad, basadas en el marco conceptual, y favorecer un ambiente de confianza entre el entrevistador y los participantes. Se abordaron aspectos como el número de participantes, el sexo, la edad, las comorbilidades, entre otros. Las entrevistas se realizaron en un entorno tranquilo y bien iluminado, con preguntas basadas en una guía y previo consentimiento informado firmado.

El instrumento fue validado por expertos y se llevó a cabo una prueba piloto en el Hospital Las Mercedes, con el fin de asegurar la comprensibilidad de las preguntas. Previamente, el estudio fue aprobado por el Comité de Ética mediante la Resolución N.º 045-2023-USAT-FMED; posteriormente, se obtuvo la autorización para realizar las entrevistas en dicho hospital.

Las enfermeras participantes fueron contactadas a través de un colaborador del hospital, quien les explicó el objetivo del estudio y les entregó el consentimiento informado. Las entrevistas se realizaron en un consultorio con adecuada iluminación y libre de ruidos. Cada entrevista tuvo una duración de entre 15 y 20 minutos y se llevó a cabo respetando la confidencialidad, mediante el uso de códigos para evitar la exposición de datos personales.

Los datos recogidos entre los meses de abril y mayo fueron transcritos y devueltos a los participantes para verificar su precisión, cumpliendo así con el criterio de rigor científico de credibilidad[19]. Asimismo, los resultados no permitieron la identificación de los participantes y los datos se almacenaron durante dos años para posibles auditorías, en concordancia con el criterio de auditabilidad[19].

En cuanto al apartado de análisis y procesamiento del estudio, se aplicó el método de análisis temático[20], porque permitió evaluar los datos obtenidos de las enfermeras que laboran en el Hospital Docente Las Mercedes durante las entrevistas realizadas; para ello, se consideraron tres etapas básicas. Respecto a la primera etapa, denominada preanálisis, en un primer momento se organizaron los datos recolectados a partir de las entrevistas semiestructuradas de los sujetos de estudio. Luego, se revisó la información de manera minuciosa y se escucharon las grabaciones de audio en múltiples ocasiones; de este modo, se logró captar la información con precisión. Posteriormente, la información se transcribió y se ordenó mediante la técnica de colores.

En esta investigación, se tuvieron en cuenta los criterios éticos del Informe Belmont; por ello, la investigadora cumplió con las consideraciones éticas del estudio. En primer lugar, se consideró el principio de autonomía, ya que se explicó a los participantes, de forma detallada, las intervenciones planteadas en la investigación mediante un lenguaje claro y sencillo. La participación fue voluntaria, puesto que previamente se dio a conocer el consentimiento informado y se garantizó que las opiniones de los entrevistados fueran tratadas con absoluto respeto[21].

Además, se consideró el principio de no maleficencia, ya que se informó a los participantes que el estudio no generaba ningún riesgo ni daño durante su ejecución, dado que se aplicó una entrevista con preguntas sencillas que no provocaban sentimientos negativos. No obstante, si se presentaba alguna situación adversa, la entrevista se suspendía y se agradecía la colaboración de la enfermera. Asimismo, se garantizó el principio de confidencialidad de los datos obtenidos, mediante la asignación de un código a cada entrevistado, y se aseguró que la información recopilada se utilizara únicamente con fines académicos de la investigación[21].

Igualmente, se tomó en cuenta el principio de beneficencia, ya que se informó que no se preveía ningún beneficio por participar en el estudio; no obstante, se destacó la satisfacción de que los interesados pudieran conocer los significados del retorno del trabajo remoto a la presencialidad.

Además, se cumplió con el principio de justicia, dado que los participantes no recibieron ningún trato discriminatorio y fueron atendidos de manera oportuna y equitativa durante y después de la ejecución del proyecto[21].

Resultados

Luego del procesamiento y análisis de los datos, se identificaron tres categorías clave, las cuales fueron ilustradas con testimonios significativos de las participantes:

El uso de equipos de protección personal (EPP) también fue un desafío, provocando incomodidad física y emocional. Las enfermeras describen el desgaste por las medidas de protección y la necesidad de ser meticulosas para evitar la infección:

«…Había notado que muchos se contagiaban durante el almuerzo o al quitarse las mascarillas, así que prefería mantenerme apartada. Aunque ahora me permito ciertas flexibilidades, como dormir un poco más, sigo siendo cuidadosa: mantengo la distancia y recuerdo a otros que usen su mascarilla si tosen…». **ENF08**

«… Ahora tomo precauciones adicionales para protegerme de la COVID-19, que sigue siendo una enfermedad mortal. He tenido que reforzar el uso del EPP no solo con los estudiantes que estaban por graduarse, sino también con los profesionales que trabajan en cada servicio y que no estaban familiarizados con la forma correcta de colocarse y retirarse el EPP, o cómo usar adecuadamente la mascarilla y realizar el lavado de manos…». **ENF10**

«… al volver al trabajo presencial nos aseguramos de cubrirnos adecuadamente y protegernos para evitar cualquier riesgo de contagio…». **ENF12**

La vacunación no solo brindó una barrera inmunológica contra la COVID-19, sino que también influyó positivamente en el bienestar emocional del personal de enfermería, al reducir el miedo y aportar seguridad para retomar sus actividades presenciales. Esto se refleja en los siguientes testimonios:

«… Con la llegada de las vacunas y tras recibir las tres dosis, ese temor disminuyó, aunque la preocupación de contagiarme nunca desapareció por completo, ya que la pandemia seguía activa…». **ENF10**

«... He regresado al trabajo presencial después de recibir mis dos dosis de vacuna, aunque me contagié el año pasado antes de la tercera dosis...». **ENF01**

«... A pesar de estar vacunada, decidí regresar al trabajo para recuperar un sentido de normalidad...». **ENF05**

Los relatos del personal de enfermería destacan la relevancia del contacto directo con pacientes y colegas, factor considerado esencial tanto para la calidad del cuidado como para la satisfacción personal. Durante la labor remota, la carencia de tales interacciones constituyó una de las mayores dificultades y afectó el bienestar emocional y profesional. Si bien el trabajo a distancia resultó necesario durante la pandemia, el retorno a la presencialidad permitió recuperar la normalidad y el propósito en la función asistencial. La interacción directa optimizó la calidad del cuidado, fortaleció el vínculo terapéutico y revitalizó el sentido de comunidad y apoyo entre pares, elementos fundamentales para la motivación laboral. Esto se evidencia en los siguientes testimonios:

«... Extrañaba mucho esa interacción y aprender de las colegas mientras las conozco mejor. Estar en casa puede causar estrés y, aunque uno se acostumbre a trabajar desde allí, se extraña el ambiente de comunicación y conversación con el personal...». **ENF03**

«... Reintegrarme representó un gran cambio para mí, pues perder el contacto directo con colegas y usuarios —como los niños y sus madres— fue difícil. Volver a interactuar directamente con ellos supuso un alivio; es decir, hacer lo que realmente disfruto. Entre los aspectos negativos del trabajo remoto, figuró la falta de interacción directa con el personal y madres de recién nacidos, lo cual es fundamental en la labor presencial...». **ENF09**

«... Después de toda una vida trabajando directamente con los pacientes, viéndolos y conversando con ellos, realizar consultas telefónicas no se siente igual. No obstante, ahora valoro que no estamos limitados únicamente a seguimientos telefónicos; podemos observar directamente a los pacientes y atender sus necesidades de manera más integral...». **ENF11**

1. **Preocupaciones sobre la seguridad del trabajo presencial: miedo al contagio y malestar por el uso de medidas de bioseguridad y vacunación**
2. **Satisfacción por el retorno a la labor presencial ante la interacción directa con pacientes y colegas**
3. **Reintegración y adaptación al retornar al trabajo presencial**

El retorno a la labor presencial planteó desafíos considerables para el personal de enfermería, entre ellos la readaptación a las guardias y al contacto directo con los pacientes, proceso que resultó complejo. Algunos profesionales optaron por reintegrarse sin la autorización formal, mientras que otros fueron reasignados a consultorios externos debido a sus comorbilidades, lo cual alteró sus rutinas tras años de atención asistencial directa. Estas experiencias reflejan la adaptabilidad necesaria para afrontar los cambios institucionales y asegurar la continuidad del cuidado durante la pandemia. Al respecto, algunos testimonios clave destacan:

«... Fui reasignada a los consultorios externos de oncología por recomendación médica debido a mi comorbilidad; esto representó un cambio significativo tras muchos años en la atención asistencial directa...». **ENF01**

«... Me sentía segura para atender a pacientes con COVID-19, pero requería la autorización del seguro para regresar. Aunque acudí a salud ocupacional, no me otorgaron el pase. Finalmente, conversé con mi jefa y decidí retornar en julio sin el permiso formal...». **ENF03**

«... Claro, mi retorno ha significado, principalmente, asumir la responsabilidad de la labor asistencial, a diferencia de las actividades administrativas que realizaba de forma remota...». **ENF10**

Discusión

En este estudio, el personal de enfermería manifestó que el uso de mascarillas y medidas de protección provoca malestar físico y desgaste emocional. Estos hallazgos coinciden con los obtenidos por José, Cyriac y Dhandapani[22], y por Cengiz, Isik, Gurdap y Yayan[23], quienes también señalaron que las dificultades durante la pandemia se centraron en la carencia de equipos de protección personal (EPP) adecuados. Además, se reportó que, cuando los EPP estaban disponibles, sus dimensiones eran reducidas, lo cual dificultaba la ejecución de procedimientos y limitaba el desplazamiento del personal. Asimismo, el calor y la humedad acumulados en el interior del equipo generaban incomodidad, provocando sudoración, cefalea y mareos; sumado a ello, el empañamiento de los protectores oculares reducía la visibilidad.

Estos hallazgos resaltan las dificultades que enfrentó el personal de enfermería debido al uso de los equipos de protección personal (EPP), especialmente cuando estos no poseen las dimensiones adecuadas o se utilizan durante periodos prolongados. Tal situación provocó no solo malestar físico —como sudoración excesiva y dificultades respiratorias—, sino también un incremento en los riesgos de contaminación. Para optimizar las condiciones laborales en el uso de EPP, se sugiere suministrar implementos de tallas correctas y con tecnología antiempañante, a fin de mejorar la visibilidad y mitigar molestias como la sudoración, la cefalea y la dificultad respiratoria. Asimismo, resulta imperativo establecer pausas regulares para contrarrestar los efectos del uso extendido, fortalecer la capacitación continua en bioseguridad y asegurar el respaldo administrativo mediante una comunicación eficaz que atienda las inquietudes sobre la salud y seguridad del personal[24].

De igual manera, el personal de enfermería indicó que la inmunización no solo brindó protección frente a la COVID-19, sino que también potenció su bienestar emocional y mental. La vacunación contribuyó a recuperar una sensación de normalidad tras extensos periodos de labor remota y aislamiento. Asimismo, la disposición para colaborar en el ámbito hospitalario refleja el compromiso y la vocación de estos profesionales hacia su función asistencial.

Estos hallazgos convergen con el estudio de Zhang, Dai, Wang, Hu, Wang, Zhang et al. [25], cuyos resultados demostraron que los profesionales de enfermería en Shanghái presentaron un elevado grado de seguridad, capacidad de análisis y sentido de responsabilidad grupal, así como una baja conformidad y escasas restricciones respecto a la inmunización contra la COVID-19. Esta postura es semejante a lo reportado en la investigación de Faraz y Barnes[26], donde el personal manifestó sentirse protegido mediante procedimientos basados en evidencia científica, evaluaciones regulares y la vacunación del equipo de salud. De forma similar, la investigación de Minehmorad, Nemati-Vakilabad, Badpeyma y Mirzaei[27] señala que, ante un mayor conocimiento sobre la seguridad y efectividad de las vacunas y el incremento de la mortalidad por la pandemia, muchos profesionales de enfermería modificaron su percepción y ahora se involucran de manera activa en el proceso de inmunización.

Los hallazgos se explican por la necesidad de seguridad y orientación constante durante la crisis sanitaria. Los protocolos fundamentados en evidencia y la vacunación disminuyeron la percepción de riesgo, mientras que la comunicación clara resultó esencial para adaptarse a las directrices cambiantes. Asimismo, el mayor conocimiento sobre las vacunas impulsó al personal de enfermería a involucrarse en el proceso de inmunización; en este contexto, el respaldo entre colegas y pacientes fue fundamental para su bienestar emocional. De este modo, para fortalecer la vacunación contra la COVID-19 entre estos profesionales, se sugiere impulsar campañas de formación continua sobre la seguridad y eficacia de las vacunas. Además, fomentar un entorno de responsabilidad colectiva y un análisis crítico sobre la inmunización contribuirá a disminuir la resistencia y a aumentar la participación activa en este proceso, asegurando la protección tanto del personal como de los pacientes[28].

Asimismo, el personal de enfermería valoró el contacto directo con los pacientes y colegas, pues lo considera esencial para la calidad del cuidado y su gratificación personal. La carencia de estas

interacciones durante la labor remota afectó su bienestar emocional; por ello, el retorno a la presencialidad restauró la sensación de normalidad, satisfacción y propósito en su desempeño. El contacto directo fortaleció el vínculo terapéutico y la confianza con los usuarios, además de reactivar el apoyo y la comunidad entre pares, elementos clave para su motivación y bienestar.

Este hallazgo es compatible con el estudio elaborado por Morikawa[29], quien evidenció que la ausencia de interacciones presenciales, el inadecuado entorno de telecomunicaciones en el domicilio y las labores que deben realizarse físicamente fueron los principales obstáculos para la eficiencia del personal de enfermería durante la pandemia. En otra investigación, realizada por Vuorivirta-Vuoti, Kuha y Kanste[30], se determinó que los profesionales debían permanecer más alertas para conservar la serenidad en situaciones de tensión y para sostener tanto la confianza como el optimismo en sus equipos de trabajo. Por su parte, Keen, George, Stuck, Snyder, Fleck, Azar et al[31]. señalaron que el personal de enfermería reconoció cómo sus contribuciones ayudaron a forjar vínculos, destacando la relevancia de estas relaciones durante la crisis sanitaria. Esto incluyó el establecimiento de conexiones, la percepción del impacto de los sentidos y el acompañamiento presencial a los pacientes cuando sus familias no podían estar presentes.

Los resultados indican que, durante la pandemia, el personal de enfermería enfrentó retos como la ausencia de interacción presencial. No obstante, los estudios analizados destacan su capacidad de resiliencia, ya que los profesionales lograron manejar el estrés, conservar la cohesión en sus equipos y desempeñar un papel fundamental en el establecimiento de conexiones emocionales con los pacientes, especialmente cuando las familias no podían estar presentes. Por lo tanto, se sugiere mejorar los entornos de trabajo remoto para las enfermeras, ofrecer formación en el manejo del estrés y reconocer formalmente su rol en la creación de vínculos afectivos con los usuarios, particularmente en situaciones donde el acompañamiento familiar es restringido[32].

Además, el retorno al trabajo presencial presentó desafíos significativos, tales como la readaptación a las guardias y al contacto directo con los pacientes. Al respecto, una de las participantes manifestó: «... A pesar de la falta de autorización formal, decidí volver tras dialogar con mi jefa, mostrando mi determinación por retomar la atención asistencial...». Estas experiencias destacan la flexibilidad necesaria para afrontar los cambios institucionales y garantizar la continuidad del cuidado durante la pandemia.

Este dato es similar a la investigación de Tort-Nasarre, Alvarez, Galbany-Estragués, Subías-Miquel, Vázquez-Segura, Marre et al. [33], en la cual se evidenció que el personal de enfermería se adaptó a ser reasignado entre departamentos, instalaciones e incluso regiones para atender a pacientes con COVID-19. La capacidad de ajustarse rápidamente a nuevos entornos laborales —superando la incertidumbre de permanecer en una unidad diferente, con colegas distintos o en horarios modificados— fue clave en su desempeño. Por otra parte, en la investigación de De Freitas, Savieto, Melo, Bortotti, Laselva y Leão[34], los profesionales de enfermería resaltaron las adaptaciones vinculadas con modificaciones en la infraestructura física, la disponibilidad de suministros médicos y el ajuste de protocolos, directrices y procedimientos institucionales. De igual forma, en el estudio de Schroeder, Norful, Travers y Aliy[35], el personal percibió la responsabilidad de atender a los pacientes con COVID-19 y adaptó su enfoque para cumplir con las necesidades de estos.

Durante la pandemia de COVID-19, el personal de enfermería mostró una notable capacidad de adaptación, tanto en la variación de lugares y horarios de labor como en la modificación de sus prácticas para ajustarse a las nuevas exigencias. En los estudios analizados, su rol fue fundamental, ya que los profesionales ajustaron su enfoque para atender las necesidades de un sistema de salud bajo presión y en transformación, así como las de los pacientes. Estas respuestas rápidas y eficaces resultaron esenciales para el desempeño en un contexto de crisis sanitaria global. Por lo tanto, se sugiere garantizar una infraestructura adecuada y el suministro de insumos médicos, además de capacitar de manera continua al personal en la adaptación a entornos y horarios variables. Asimismo, resulta imperativo actualizar los protocolos de forma regular y proporcionar apoyo emocional y profesional para responder eficazmente a las necesidades de los pacientes en

situaciones de crisis[36].

Conclusiones

Durante la crisis sanitaria, las enfermeras enfrentaron el temor al contagio y la presión de sus preocupaciones personales, situaciones que afectaron su bienestar emocional y profesional. A pesar de la incomodidad física y el estrés por el uso de los EPP, su resiliencia les permitió encontrar satisfacción en su trabajo. En este sentido, la capacitación surgió como un factor clave para reducir riesgos y proteger la salud tanto de los profesionales como de los pacientes.

La vacunación no solo proporcionó inmunidad contra el virus, sino que también facilitó la reincorporación de las enfermeras a su entorno laboral presencial, permitiéndoles retomar el contacto directo con sus colegas tras meses de distanciamiento. Este retorno contribuyó a restablecer los vínculos con los pacientes y el equipo de trabajo, favoreciendo una sensación de normalidad esencial para una atención sólida y la gratificación personal; esto se debe a que la interacción directa fortalece el vínculo terapéutico y la confianza entre el paciente y el cuidador. En conjunto, estas experiencias subrayan la necesidad de fomentar un entorno laboral que valore la comunicación presencial y la conexión emocional, elementos fundamentales para el bienestar y el compromiso de los profesionales de la salud.

El retorno a la labor presencial presentó numerosos desafíos que exigieron ajustes en los turnos y la adaptación al contacto directo con los pacientes. Estos cambios destacaron la capacidad del personal de enfermería para mantener la atención en condiciones adversas y pusieron de manifiesto la flexibilidad requerida en tiempos de pandemia para garantizar la continuidad del cuidado. Las rotaciones entre áreas permitieron no solo el desarrollo de habilidades y competencias adicionales, sino también el fortalecimiento de la resiliencia necesaria en el entorno de salud actual.

References