



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE INSTITUTO DE POSGRADO

MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA MENCIÓN EN ENFERMERÍA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Tema:

“Construcción sociocultural y vivencias COVID 19 personal de atención primaria
Centro Salud 1 Ibarra 2021”

Trabajo de Investigación previo a la obtención del título de Magíster en Salud Pública
con Mención en Enfermería Familiar y Comunitaria

DIRECTOR

Dr. Widmark Enrique Báez Morales, MSc.

AUTORA

Matilde Nohemí Dávila Otero

IBARRA - ECUADOR

2021

APROBACIÓN DEL TUTOR

Yo, Widmark Enrique Báez Morales, certifico que la estudiante Matilde Nohemí Dávila Otero con cédula N° 1001770989 ha elaborado bajo mi tutoría la sustentación del trabajo de grado titulado: Construcción sociocultural y vivencias COVID 19 personal de atención primaria Centro Salud 1 Ibarra 2021.

Este trabajo se sujeta a las normas y metodologías dispuestas en el reglamento del título a obtener, por lo tanto, autorizo la presentación a la sustentación para la calificación respectiva.

Ibarra, 25 de junio del 2021



Dr. Widmark Báez MSc.

DIRECTOR

APROBACIÓN DEL ASESOR

Yo, Mercedes del Carmen Flores Grijalva, certifico que la estudiante Matilde Nohemí Dávila Otero con cédula N° 1001770989 ha elaborado bajo mi asesoría la sustentación del trabajo de grado titulado: Construcción sociocultural y vivencias COVID 19 personal de atención primaria Centro Salud 1 Ibarra 2021.

Este trabajo se sujeta a las normas y metodologías dispuestas en el reglamento del título a obtener, por lo tanto, autorizo la presentación a la sustentación para la calificación respectiva.

Ibarra, 25 de junio del 2021

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Mercedes Flores Grijalva', with a horizontal line drawn underneath it.

Lic. Mercedes Flores MpH.

ASESORA

Dedicatoria

A cada uno de los miembros de mi familia, ya que constituyen la luz de mi vida, mi soporte e impulso para avanzar en el logro de cada meta trazada.

A mi esposo Frank, compañero de vida, que ha sido mi apoyo incondicional en todo el tiempo en que he trabajado en esta aventura académica.

A mi hijo, Frank Eduardo, su esposa María Fernanda y mi nieto Juan Pablo, que con su cariño me han motivado a no darme por vencida.

A mis hijos Luis Gabriel y Eric Oswaldo, quienes con amor y paciencia fortalecen día a día mi camino hacia la superación.

A mi madre, Fanny del Carmen, mi ejemplo de perseverancia, dedicación y entrega abnegada a su familia.

A mi padre Luis Humberto, por sembrar desde mi temprana infancia una visión de responsabilidad frente a la formación profesional como mujer dentro de la sociedad.

A mis hermanos Diana y Diego mis referentes de superación personal.

A mis sobrinos Yanira y Batiste jóvenes optimistas que contagian su alegría.

Agradecimientos

En primer lugar, mi agradecimiento a la Universidad Técnica del Norte, a sus autoridades y docentes, por permitir desarrollar mi formación académica de cuarto nivel, con una visión humanística y crítica de la realidad, a través de los conocimientos científicos y tecnológicos impartidos, los cuales me comprometen a trabajar con responsabilidad social.

De igual manera mi agradecimiento a mi director de Tesis, el Doctor Widmark Báez, por su dedicación y predisposición para fomentar el desarrollo de las competencias necesarias para realizar este trabajo académico.

Un agradecimiento a mi Asesora, la M^pH. Mercedes Flores, por su compromiso en el fomento y desarrollo del pensamiento crítico, eje fundamental para la ejecución de este trabajo de investigación.

Con mucho cariño y respeto deseo expresar un agradecimiento especial, para mis compañeros del Centro de Salud N° 1 Ibarra, quienes compartieron sus vivencias dentro del contexto de la COVID 19, ya que sin su valioso aporte no habría sido posible el desarrollo de este trabajo de investigación.

Por último, pero no menos importante, mi eterno agradecimiento a mi familia, por su amor incondicional, el mismo que me fortalece e impulsa cada día a superarme como profesional y como ser humano.



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE BIBLIOTECA UNIVERSITARIA

AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

1. IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA

En cumplimiento del Art. 144 de la Ley de Educación Superior, hago la entrega del presente trabajo a la Universidad Técnica del Norte para que sea publicado en el Repositorio Digital Institucional, para lo cual pongo a disposición la siguiente información:

DATOS DE CONTACTO			
CÉDULA DE IDENTIDAD:	1001770989		
APELLIDOS Y NOMBRES:	Dávila Otero Matilde Nohemí		
DIRECCIÓN:	Ibarra. Caranqui		
EMAIL:	mndavilao@utn.edu.ec		
TELÉFONO FIJO:	062539261	TELÉFONO MÓVIL:	0991425261

DATOS DE LA OBRA	
TÍTULO:	Construcción sociocultural y vivencias COVID 19 personal de atención primaria Centro Salud 1 Ibarra, 2021
AUTOR (ES):	Dávila Otero Matilde Nohemí
FECHA: DD/MM/AAAA	26 de junio 2021
SOLO PARA TRABAJOS DE GRADO	
PROGRAMA:	<input type="checkbox"/> PREGRADO <input checked="" type="checkbox"/> POSGRADO
TÍTULO POR EL QUE OPTA:	Magíster en Salud Pública con Mención en Enfermería Familiar y Comunitaria
ASESOR /DIRECTOR:	MSc. Mercedes Flores Grijalva / MSc. Widmark Báez Morales

2. CONSTANCIAS

El autor (es) manifiesta (n) que la obra objeto de la presente autorización es original y se la desarrolló, sin violar derechos de autor de terceros, por lo tanto, la obra es original y que es (son) el (los) titular (es) de los derechos patrimoniales, por lo que asume (n) la responsabilidad sobre el contenido de la misma y saldrá (n) en defensa de la Universidad en caso de reclamación por parte de terceros.

Ibarra, a los 11 días del mes de agosto de 2021

EL AUTOR:

(Firma).....


Nombre: MATILDE NOHEMÍ DAVILA OTERO

Índice de contenido

Dedicatoria.....	2
Agradecimientos	5
Índice de contenido.....	7
Índice de tablas	11
Índice de figuras.....	12
Resumen.....	13
Abstract.....	14
Capítulo I. El problema.....	15
Planteamiento del Problema	15
Antecedentes.....	17
Objetivos.....	19
Objetivo general.....	19
Objetivos específicos:	19
Justificación	19
Capítulo II. Marco referencial.....	21
Marco Teórico.....	21
Construcción sociocultural.....	21
La construcción social de la realidad	22
El sentido y las representaciones	23
Las ideologías	23
Los mecanismos de construcción social	24

La construcción social de la identidad	25
La construcción cultural de la realidad	25
La dimensión cultural	26
Mito, arte y ciencia	27
La comunicación y la mediación	28
La construcción cultural de la identidad	30
Covid 19.....	32
Vivencias.....	33
Anécdotas personales y profesionales	34
Expresiones reiteradas	34
Creencias, costumbres, valores, rasgos y tradiciones	35
Preocupaciones	36
Necesidades de información y capacitación	37
Ejemplos de vida.....	38
Personal de salud.....	38
Ámbitos profesionales	39
Planificación de actividades cotidianas	39
Rituales de su profesión.....	40
Comprensiones y toma de decisiones	41
Marco Legal	42

Consideraciones bioéticas	44
Capítulo III. Metodología de la investigación	45
Descripción del área de estudio	45
Grupo de estudio	47
Enfoque y tipo de investigación.....	47
Vivencias (Historias de vida) Covid-19 del personal de salud	48
Procedimientos.....	48
Fase 1. Operacionalización de las categorías deductivas.....	49
Fase 2. Sistematización de los fundamentos teóricos metodológicos sobre construcción sociocultural y vivencias COVID-19	50
Fase 3. Conocimiento de los significados socioculturales interiorizados por el personal de atención primaria del Centro de Salud N° 1, en el contexto de la COVID-1951	
Fase 4. Diagnóstico de los principales eventos en la biografía del personal de atención primaria del Centro de Salud N° 1, en el contexto de la COVID-19.....	51
Fase 5. Interpretación de la relación entre la construcción sociocultural y las vivencias Covid 19 del personal de atención primaria del Centro de Salud N° 1	51
Capítulo IV. Resultados y discusión.....	52
Fundamentos teórico-metodológicos sobre construcción sociocultural y COVID-19	
52	
Significados socioculturales interiorizados por el personal de atención primaria en salud	
59	

Eventos biográficos (Vivencias) del personal del Centro de Salud N°1 en el contexto COVID-19.....	66
Relación entre la construcción sociocultural y las vivencias COVID-19 del personal de atención primaria del Centro de Salud N° 1.....	74
Conclusiones y recomendaciones	82
APÉNDICES.....	84
REFERENCIAS.....	94

Índice de tablas

Tabla 1	49
<i>Categorías deductivas sobre construcción sociocultural y vivencias COVID-19.</i>	
Tabla 2	56
<i>Fundamentos teórico-metodológicos.</i>	
Tabla 3.	64
<i>Significados socioculturales del personal de salud del primer nivel de atención.</i>	
Tabla 4.	70
<i>Eventos biográficos (Vivencias) del personal de salud.</i>	
Tabla 5.	74
<i>Matriz de triangulación múltiple.</i>	

Índice de figuras

Figura 1.....	22
<i>Mapa de marco teórico sobre construcción sociocultural</i>	
Figura 2.....	32
<i>Vivencias (Historias de vida) Covid-19 del personal de salud.</i>	
Figura 3.....	37
<i>Acceso a la sociedad del conocimiento.</i>	
Figura 4.....	53
<i>Nube de palabras: fundamentos sobre construcción sociocultural y vivencias COVID-19</i>	
Figura 5.....	63
<i>Red de significados socioculturales interiorizados por el personal de salud.</i>	
Figura 6.....	66
<i>Vivencias del personal de atención primaria en salud.</i>	

Resumen

Los estudios socioculturales constituyen un campo del saber interdisciplinario que han generado nuevas teorías y procesos renovados de elaboración social de las ciencias de la salud. En el contexto de la COVID-19, permitieron conocer, comprender e interpretar los fundamentos, significados y vivencias del personal de primer nivel de atención en salud. Es un estudio de abordaje cualitativo, de tipo biográfico narrativo. Como técnicas se usó: revisión documental, entrevistas, análisis de contenido y triangulación. Los instrumentos fueron: fichas de registro documental, batería de preguntas y matrices de análisis de categorías deductivas. Para la presentación de los resultados y su posterior discusión, se usaron nubes de palabras, tablas de resumen y redes semánticas diseñadas con el apoyo del programa ATLAS.ti. Se citaron, además, múltiples comentarios expresados por los entrevistados; y, se triangularon con base en las fuentes, teorías y métodos consultados en bases académicas de alto impacto. Entre los resultados se encontraron doce significados socioculturales construidos por el personal de salud: apatía, desorientación, distanciamiento, inmutabilidad, integralidad, miedo, pandemia, perfeccionamiento, religiosidad, resignación, salud y trabajo en equipo. Como palabras generadoras de las vivencias narradas, se hallaron ocho: catarsis, familia, humanidad, incertidumbre, virtualidad, vulnerabilidad, espiritualidad y conflicto existencial. Al final, se concluyó que más allá de la fundamentación teórico-metodológica imprescindible y que requiere de actualizaciones incesantes, es necesario valorar al ser humano invisibilizado tras un perfil profesional y laboral.

Palabras clave: construcción sociocultural; COVID-19; personal de salud; vivencias

Abstract

Sociocultural studies constitute a field of interdisciplinary knowledge that have generated new theories and renewed processes of social elaboration of health sciences. In the context of COVID-19, they allowed to know, understand and interpret the fundamentals, meanings and experiences of first level health care personnel. Biographical-narrative research was used. The techniques used were: documentary review, interviews, content analysis and triangulation. Among the instruments, the following were used: documentary record cards, battery of questions and deductive category analysis matrices. For the presentation of the results and their subsequent discussion, figures such as: word clouds, summary tables and semantic networks designed with the support of the ATLAS.ti program were used; In addition, multiple comments expressed by the interviewees were cited; and, they were triangulated based on the sources, theories and methods consulted in high impact academic bases. In the end, it was concluded that beyond the essential theoretical-methodological foundation that requires incessant updates, it is necessary to value the invisible human being after a professional and work profile; we found, twelve sociocultural meanings constructed by health personnel: apathy, disorientation, distancing, immutability, integrality, fear, pandemic, improvement, religiosity, resignation, health and teamwork. As generating words of the narrated experiences, eight were found: catharsis, family, humanity, uncertainty, virtuality, vulnerability, spirituality and existential conflict.

Keywords: sociocultural construction; COVID-19; health personnel; experiences

Capítulo I. El problema

Planteamiento del Problema

La COVID 19, representa una enfermedad que ocasionó una pandemia que tuvo, tiene y tendrá enormes repercusiones para la humanidad, en los ámbitos socioeconómicos, culturales, políticos... pero más que nada, en la salud. Esta enfermedad ha dejado huellas indelebles en la sociedad contemporánea tanto mundial como nacional y local.

En el contexto de las enfermedades prevenibles, en el Centro de Salud se realizan campañas anuales de vacunación dirigidas a la inmunización en: tuberculosis meníngea, tétanos, difteria, tosferina, sarampión, varicela, neumonía, hepatitis e influenza.

De manera específica, en el ámbito de las enfermedades respiratorias, cada año se lleva a cabo la campaña de vacunación para la influenza estacional. No obstante, el sistema de Salud ecuatoriano no estaba preparado para la emergencia de una nueva afección respiratoria mortal como la COVID 19.

En este contexto de la pandemia se generaron cambios drásticos en la forma de vida de la ciudadanía y de manera especial en el personal del primer nivel de atención del Centro de Salud N° 1. Han sido tantas las debilidades del sistema de salud, que muchas vidas se han perdido y el caso de las enfermeras, médicos, psicólogos, odontólogos, obstetras, auxiliares de farmacia, laboratoristas y personal administrativo, no ha sido la excepción.

De manera cotidiana, se han presentado estadísticas de afectados y muertos que muestran una visión general de la tragedia. Sin embargo, no se resalta que, tras las cifras, existen historias de seres humanos que conviven y luchan cotidianamente contra este flagelo. Más allá de las estadísticas y debido a la función del personal de atención primaria en salud, como profesionales preparados en un ámbito de servicio biopsicosocial, sería cuestionable perder el enfoque humanista ya que diariamente se comparte y vivencia situaciones de dolor,

de lucha, incertidumbre, desesperación e impotencia: verdaderas historias de vida que se pierden dentro de las cifras actualizadas día a día. Seres humanos que aparecen simplemente como números.

De ahí que resulta pertinente y responsable como personal de salud, describir y narrar vivencias que muestran a un ser humano, más allá del profesional calificado temporalmente como héroe. Con ello, se espera que la sociedad comprenda la dimensión humana del profesional sanitario, con sus fortalezas, debilidades, miedos, vivencias, afectos, dolor, etc.

De manera particular, el personal sanitario enfrenta una situación de salud pública para la cual no estuvo preparado. Ante esta enfermedad, en el ámbito nacional y específicamente en Imbabura, el equipo de primer nivel, que incluye: médicos, enfermeras, obstetras, odontólogos y psicólogos, han sentido mayor presión, escasez de recursos, impotencia y temores ante la falta de estudios que estandaricen maneras de enfrentarla.

En este contexto, resulta pertinente y necesario conocer, comprender e interpretar la construcción sociocultural y su relación con las vivencias del personal sanitario que atienden la variedad de pacientes que tienen esta patología dentro de su entorno cotidiano y familiar.

En síntesis, se plantea responder al problema:

¿Qué relación existe entre la construcción sociocultural y vivencias Covid 19 del personal de atención primaria del Centro de Salud N° 1 – Ibarra 2021?

Antecedentes

Entre los estudios verificados sobre la relación de la construcción sociocultural y vivencias COVID 19, luego de la búsqueda sistemática en repositorios, bases de datos académicas y librerías, se ubicó 51. De ellos, 49 realizados a nivel internacional, de los cuales 27 corresponden a artículos científicos y 24 a libros.

Entre los principales estudios, divulgados como artículos científicos, se encontró múltiples investigaciones desde varios ámbitos del quehacer académico y científico. «Disease surveillance: ¿how might surveillance studies address COVID-19?» (French y Monahan, 2020), es posiblemente uno de los pocos estudios contemporáneos que relacionan la construcción sociocultural con la COVID-19. A pesar de que se enmarca en la vigilancia epidemiológica, sus hallazgos son reveladores cuando aportan tres construcciones socioculturales: (in) seguridad, vulnerabilidad y riesgo.

En otro estudio (Andreu-Periz, Ochando-García y Limón-Cáceres, 2020): «Experiencias de vida y soporte percibido por las enfermeras de las unidades de hemodiálisis hospitalaria durante la pandemia de COVID-19 en España», se concluye que coexisten emociones positivas y negativas provocadas por el desconocimiento de protocolos de actuación y miedo al contagio, agravado por la falta de medios de protección. Como vivencias resaltan: el crecimiento personal, el apoyo de los colegas y de la familia. No obstante, la investigación se ajusta exclusivamente al personal de enfermería de atención hospitalaria en un contexto sociocultural europeo.

Como parte de la revisión sistemática (Lozano-Vargas, 2020): «Impacto de la epidemia del Coronavirus (COVID-19) en la salud mental del personal de salud y en la población general de China», se determinó como factores de impacto psicológico en enfermeras, médicos y estudiantes de Wuhan, localidad de posible origen de la pandemia: estrés, ansiedad y depresión,

asociados al sexo femenino, a la condición de estudiantes, a síntomas físicos específicos y a una pobre percepción de la propia salud. Al final, como desafío, se sugirió el cuidado de la salud mental del personal de salud y la población en general.

Referenciales pero distantes de las vivencias del personal de salud, son dos estudios realizados en ámbitos educativos: «Prevalence and socio-demographic correlates of psychological health problems in Chinese adolescents during the outbreak of COVID-19» (Zhou, Zhang, Wang, et al, 2020) y «Learning and Teaching Online During COVID-19: Experiences of Student Teachers in an Early Childhood Education Practicum» (Kim, 2020). En el primero, se establece problemas de estrés, ansiedad y depresión en estudiantes chinos de 12 a 18 años; y, en el segundo, hallazgos positivos y negativos del proceso enseñanza-aprendizaje en línea.

Entre las investigaciones sobre vivencias, resaltan: «The power of story: narrative inquiry as a methodology in nursing research» (Wang y Geale, 2015); y, «La vivencia y su análisis: consideraciones breves sobre las nociones objeto-sujeto en el universo discursivo del mundo cultural» (Paulín, Horta y Siade, 2009). Estas referencias, más allá de aportar evidencias relacionables con el evento de estudio, dan pautas de la metodología biográfico-narrativa en estudios con enfermeras y desde punto de vista de los estudios culturales.

Por último, como libros referenciales, de revisión necesaria para todo aquel que emprenda estudios sobre la construcción sociocultural y su relación con la COVID-19, resaltan por su enfoque, enmarcado en los ámbitos literario, filosófico, antropológico, médico, pero más que nada científico, los siguientes textos: *Análisis sistémico de la pandemia del coronavirus* (Covello y Muro, 2020), *Cambiamos de vía* (Morin, 2020), *Contagio. La evolución de las pandemias* (Quammen, 2020), *Coronavirus Outbreak. All the Secrets Revealed About the Covid-19 Pandemic* (Osler, 2019), *En tiempos de contagio* (Giordano, 2020), *Historia, cultura*

y pandemias (Vega, 2020), *La amenaza más letal* (Osterholm y Olshaker, 2020), *La verdad de la pandemia* (Martín-Jiménez, 2020), *Lo que mis ojos vieron, Crónicas de un médico en la pandemia* (Aveiga-Parra, 2021), *Pandemia* (Žižek, 2020), *Una pandemia de errores. Cómo y por qué la mala gestión convirtió a España en campeón mundial del coronavirus* (Mercado, 2020), *¿Ya es mañana? Cómo la pandemia cambiará el mundo* (Krastev, 2020).

Objetivos

Objetivo general

Evaluar la relación entre la construcción sociocultural y las vivencias COVID-19 del personal de atención primaria del Centro de Salud N° 1 – Ibarra 2021.

Objetivos específicos:

- Sistematizar los fundamentos teórico-metodológicos que sustentan la construcción sociocultural vinculada a las vivencias COVID-19 del personal de atención primaria del Centro de Salud N° 1.
- Conocer los significados socioculturales interiorizados por el personal de atención primaria del Centro de Salud N° 1, en el contexto COVID-19.
- Diagnosticar los principales eventos en la biografía del personal de atención primaria del Centro de Salud N° 1, en el contexto COVID-19.

Interpretar la relación entre la construcción sociocultural y las vivencias COVID-19 del personal de atención primaria del Centro de Salud N° 1.

Justificación

Como producto de esta investigación tanto los profesionales de la salud como la población en general conocerán los significados, motivaciones, miedos, conocimientos, necesidades, frustraciones... lo cual sentará un precedente a partir de las vivencias del personal sanitario. Con ello, en primer lugar, el personal de salud se sentirá identificado y valorado. Por

otra parte, los hallazgos de la investigación pueden constituirse en referentes teórico-metodológicos para los estudiantes que se forman como profesionales de la salud.

Si bien es cierto, al momento se proponen y desarrollan múltiples investigaciones con respecto a la problemática planteada, en el contexto ecuatoriano y de manera particular, en Ibarra, son limitadas las divulgaciones de las voces y vivencias de nuestros profesionales. Lo expresado, determina, de alguna manera, que esta investigación cubra las inquietudes y requerimientos de información vivencial de primera mano de quiénes han vivido los avatares de esta pandemia. Ya que el entorno sanitario y sociocultural nunca volverá a ser el mismo, debido a los cambios radicales ocasionados por esta nueva aparente normalidad.

En síntesis, a través de la determinación del significado sociocultural y vivencias que el equipo de salud, asigna a esta realidad, la atención en salud pública puede ser mejor comprendida. Además, saber cómo se comportan las personas en este tipo de eventos inesperados que sobrepasan todos los estándares de acción en salud establecidos, puede ayudar a prepararse para su inevitable recurrencia. Por otra parte, al comprender la dinámica social de la enfermedad, aumentará las posibilidades para mejorar los resultados terapéuticos y la actitud del personal de salud.

En este contexto especificado, se planteó: conocer, comprender e interpretar la construcción sociocultural producto de las vivencias del personal sanitario que atiende a la variedad de pacientes que tienen esta patología, en el marco de su trabajo profesional.

De cara a esta realidad, resulta responsable y pertinente, describir y narrar vivencias que muestren también otras facetas del profesional calificado temporalmente como héroe. Con ello, se espera que la sociedad comprenda la dimensión humana del profesional sanitario, con sus fortalezas, debilidades, ideas, comportamientos y emociones.

Capítulo II. Marco referencial

Marco Teórico

Luego de realizado el proceso deductivo-inductivo con las referencias, en las cuales se tomó en cuenta las normas APA (American Psychological Association, 2020), se presenta la “*Estructura del marco teórico*”

Construcción sociocultural

Los estudios socioculturales se centran en la interrelación entre individuo, sociedad, comunicación y cultura. Si bien, O’Sullivan, Hartley, Saunders, Montgomery y Fiske (1997), expresan que se gestaron a partir de 1960, para explicar los complejos fenómenos socioculturales producidos después de la segunda guerra mundial; Daniels (2003), destaca que fue James Wertsch quien utilizó originalmente el término «sociocultural» para establecer la forma de funcionamiento mental de los seres humanos y su interrelación en los diversos contextos sociales, culturales e históricos. Se reconoce, además, como antecedente al término «sociohistórico» como legado de Lev Vygotsky.

Con sustento en la búsqueda en bases de datos académicas en relación con una definición conceptual, se determinó que, *construcción sociocultural*, sería: un sistema de ideas o representaciones sociales y culturales de una persona o una sociedad con sustento en sus: saberes profesionales, saberes basados en la experiencia y teorías implícitas. (Berger y Luckman, 2003; Castañeda y Perafan, 2015; Greco, 2008; Joseph, 2002; Leóntiev, 1967; Sánchez-Cerezo, 2003; Swain, Kinnear y Steinman, 2015; y, Vygotski, 2012).

Figura 1.

Mapa de marco teórico sobre construcción sociocultural



La construcción social de la realidad

Sistema de ideas o representaciones sociales del personal de atención primaria en salud con sustento en sus saberes profesionales, saberes basados en la experiencia y teorías implícitas, que son construidas socialmente.

Los saberes profesionales conciernen al conocimiento mediado por la intencionalidad que surge en el encuentro entre el sujeto profesional y los aprendizajes que son producto, de su formación académica y perfeccionamiento permanente en cursos y seminarios de actualización profesional. Por su parte, los saberes basados en la experiencia se relacionan con los principios de acción que resultan de la reflexión en la acción y sobre la acción profesional. Finalmente, las teorías implícitas se corresponden con la teoría o modelos institucionales integrados en marcos de referencia de su praxis profesional.

Según el filósofo Chales Sanders Peirce (2009), la realidad es un concepto construido por los seres humanos a partir de las representaciones simbólicas. Estas representaciones se

construyen con base de las creencias originadas desde la frontera entre lo real como producto de los procesos de interacción y comunicación con otros seres humanos en el estado de vigilia; y, lo que es creado, imaginado o soñado (construcciones de tipo onírico, espiritual y artístico)

El sentido y las representaciones

El sentido es una construcción de carácter comunicativo o producto del diálogo entre los seres humanos. Se entiende también como una concreción de un significado que no necesariamente está asignado a algo (O'Sullivan, Hartley, Saunders, Montgomery y Fiske, 1997).

En cambio, la representación es el proceso social y discursivo de significar en todos los sistemas de comprensión disponibles: habla, escritura, prensa, vídeo, cine, grabaciones magnetofónicas, etc. Para Szurmuk y Mckee, (2009), la representación sería el resultado de un acto cognitivo por medio del cual se produce un signo o símbolo que se instaura como el “doble” de una presunta “realidad” o de un “original”. En otras palabras, significaría volver a presentar lo que ya ha sido presentado, aunque ya no se encuentre de manera física (p. 247).

Con lo expresado se visualiza la relación entre sentido y representación. El sentido es construido y fijado por una representación codificada, que establece una correlación entre nuestro sistema conceptual y el lenguaje para establecer posibilidades de comunicación en el marco de las convenciones de una determinada sociedad.

Las ideologías

El concepto procede de las vertientes marxistas. En el marxismo clásico, las formas, los contenidos y los fines de los saberes, las representaciones y la conciencia no se consideran separadas de las actividades materiales y sociales de producción y del antagonismo de clases. De hecho, para Tim O'Sullivan y colaboradores (1997), el concepto de ideología ha llegado a ser central en el estudio de los medios en particular y de la comunicación, en general. Y es un

concepto útil en la medida en que establece que no solo no existe ningún sentido “natural” inherente a un sujeto o a un objeto, sino que también los sentidos desde los cuales se construyen los sucesos y los objetos siempre están socialmente orientados, alineados por clase, género, raza u otro tipo de intereses (p. 182).

Los mecanismos de construcción social

Son Berger y Luckman (2003), quienes han dedicado sus esfuerzos académicos en la determinación de los mecanismos básicos de construcción social. Para estos pensadores, se ubican como primordiales cuatro procesos, a saber: reificación, institucionalización, internalización y socialización. Por otra parte, dos teorías: legitimación y construcción social de identidades.

La reificación se asocia con olvido y desestimación de las creencias, cosmovisiones, religiones, mitologías, instituciones e ideologías, como productos sociales y de transmisión de generación a generación. La institucionalización, como los actos reiterativos, culturales e históricos y de origen de pautas de interacción social. La internalización, relacionada con la incorporación de patrones de conducta prioritarios y de uso frecuente de una determinada sociedad; y, la socialización, como el acatamiento de normas, valores y capacidades necesarias para el desempeño e interacción social adecuada y pertinente.

Con relación a las teorías, la legitimación, relacionada con la asignación de legalidad, predisposición y finalmente, certificación de los procesos y comprensiones para lograr la cohesión social; por último, la socialización, como el conjunto de procesos e interacciones complejos y multifacéticos que logren la transformación de un ser humano en miembro activo y participante de una sociedad.

La construcción social de la identidad

Previo a la construcción social, es necesario referirse a que significa o se comprende como identidad. Con relación a su etimología, significa “lo mismo”. Es decir, incluye asociaciones relacionadas con los rasgos que caracterizan a un individuo frente a otros de su entorno social. Ser consciente de su identidad significa que tiene plena conciencia de sus diferencias y semejanzas en relación con otros individuos, así como de su posición en su entorno comunitario. En oposición a esta perspectiva, Lévi-Strauss (2012), llegará a decir que el yo, no existe. La identidad sería una construcción social. Sería la resignificación que una persona realiza sobre sí, en relación con el contexto social en el que se desenvuelve.

Para Berger y Luckman, la construcción social de la identidad se lleva a cabo a través de la creación de modelos de comportamiento y esquemas que caracterizan su rol, así como los variados argumentos y procesos que sirven para aprehender la realidad, a nosotros mismo y al resto de los miembros de la sociedad

Sobre la base de los planteamientos y referentes teóricos apuntados, se define la construcción social como la integración e interdependencia de lo social y lo cultural desde una visión de elaboración y mediación social de la realidad de parte de un individuo.

La construcción cultural de la realidad

En Latinoamérica, el filósofo ecuatoriano Bolívar Echeverría (2019), integra a la cultura como una dimensión fundamental de la vida social. Esta interpretación, que parece actual, tiene antecedentes en los estudios de Edward Tylor, fundador de la antropología social, quién en 1871, ya había definido la cultura como una construcción social (Peacock, 2005).

La cultura [...] en su sentido etnográfico amplio, es ese complejo universo que incluye el conocimiento, las creencias, el arte, la moral, la ley, las costumbres, así como otras capacidades y hábitos adquiridos por el hombre como miembro de una sociedad.

En síntesis, constituyen los conocimientos interiorizados por una persona como producto del vínculo establecido con sus saberes previos y los nuevos como producto de la interacción en procesos de construcción cultural de la realidad y que modifican su estructura cognitiva con base en la comunicación y socialización en el contexto en el cual se desenvuelve.

La dimensión cultural

Una dimensión, se define, según Frida Ortiz-Urbe (2003), como un componente significativo de una variable que posee relativa autonomía. En sí, las subcualidades que en conjunto integran la variable, se denominan dimensiones. (p.43). Por su parte, lo cultural se asocia, con una construcción de los seres humanos, relacionada con las ideas, creencias, tradiciones, costumbres, emociones, entre otras. De ahí que, una dimensión cultural se asocia con cualidades relacionadas con la cultura y que pueden adquirir un valor y/o una medida.

Para Bolívar Echeverría (2019), resulta indudable que la vida social y la historia humana no se rigen exclusivamente por lo que podría llamarse una prolongación (un desarrollo o un “perfeccionamiento”) de la “lógica” específica de la vida animal. Es innegable una discontinuidad. «La existencia humana presenta determinados comportamientos -ciertas acciones o ciertos modos de los mismos que no son periféricos o accidentales dentro de la vida social y la historia humana sino, por el contrario, centrales y determinantes en su propio desenvolvimiento -que poseen coherencias propias, “disfuncionales” respecto de la “animalidad humanizada” e irreductibles a ella» (p.25).

En otros términos, más allá de la pertenencia al reino animal, el ser humano posee facetas y cualidades desarrolladas a lo largo del proceso de humanización y que desde el punto de vista de los parámetros científicos pueden medirse a través de determinadas variables o, por otro lado, clasificarse en categorías propias.

Mito, arte y ciencia

«[...] los mitos despiertan en el hombre pensamientos que le son desconocidos» (Lévi-Strauss, 2012, p. 27). Esta concepción que parece muy cuestionable y, de hecho, así fue recibida por algunos de sus colegas. Para ellos, en estas ideas estaba ausente el significado. No obstante, durante la vida de este antropólogo fundacional del estructuralismo, el cuestionó esa forma de comprender la realidad, en apariencia propia del pensamiento científico.

En el contexto del pensamiento levistrossiano, el mito no posee autor; pertenece al grupo social que lo relata, no se sujeta a ninguna transcripción y su esencia es la transformación del contexto de origen y permanencia social. De alguna manera, expresa que, en la construcción sociocultural de la humanidad, se difuminan mito e historia. Resulta muy complejo establecer los límites entre el mito y la historia.

El arte, como construcción e interpretación humana, es connatural al desarrollo evolutivo como especie. A decir de Bolívar Echeverría (2019): «El juego, la fiesta y el arte son realizaciones prácticas de la actividad cultural, se encuentran en el comportamiento humano, dentro de la producción y el consumo de cosas, de la emisión y recepción de significaciones en estado práctico. Es en la práctica que el ser humano se comporta de manera lúdica, ceremonial y estética.» (p. 189).

Para definir a la ciencia, desde una visión enmarcada en lo irrefutable, sin duda, lo obvio sería recurrir a un diccionario. No precisamente a uno de la lengua, mejor a una de las ciencias. Según el “Diccionario ilustrado de las ciencias y la tecnología” editado por el grupo Océano (de Gispert, 2008), ciencia, es: «Actividad que se ocupa de la resolución de problemas mediante la aplicación de la observación, la abstracción y la lógica. Se trata de un tipo de conocimiento sistemático y articulado que aspira a formular, mediante lenguajes apropiados y rigurosos

(recurriendo en lo posible a la matematización), las leyes que rigen los fenómenos relativos a un determinado sector de la realidad. [...]» (p. 163).

No obstante, en el contexto de las interpretaciones contemporáneas de la ciencia, más allá de una definición de tipo académica; culturalmente, constituye una faceta del comportamiento artístico y lúdico del ser humano. Su creatividad es el resultado de lo lúdico e interpretación estética.

Según Guerra-Reyes (2017), desde las cavernas hasta el siglo XXI, la especie ha evolucionado hasta transformar los símbolos y las imágenes en lenguajes diversos que han posibilitado el desarrollo científico y tecnológico, así como el impacto ambiental irreversible al planeta. En otros términos, los conceptos, mito, arte y ciencia se encuentran altamente imbricados desde una visión de construcción sociocultural de la realidad.

La comunicación y la mediación

Comunicación desde una visión de construcción sociocultural tiene al menos dos acepciones. Según la primera, la comunicación es un proceso en virtud del cual A envía un mensaje a B, que provoca en este un efecto. La segunda definición ve en ella una negociación y un intercambio de sentido, donde mensajes, gente perteneciente a una cultura y realidad interactúan para que se produzca un sentido o un entendimiento. (O'Sullivan et al, 1997, pp. 66-67). Para autores como Michel Foucault (2017), la comunicación está ligada fundamentalmente con el ejercicio de poder. Este poder puede reconducirse mediante incitación, inducción, disuasión, ampliación o limitación. Por su lado Jürgen Habermas (1999) distingue dos formas de comunicación: la acción comunicativa (que supone el intercambio y la interacción de informaciones) y la discursiva (a través de la cual se busca dotar de validez al sistema de valores a través de su justificación).

De acuerdo con lo establecido la categoría comunicación implica personas, mensaje, negociación, intercambio, poder, discurso que puede ser dialogante en situación de igualdad o de bloqueo, hegemónica y exclusión, sino existe reciprocidad. Este último ámbito, exclusivo de los medios de comunicación de masas.

Desde una visión de la Teoría sociocultural de Vygotsky, el conocimiento es un producto históricamente perfeccionado y fruto del desarrollo de procesos mentales y socioculturales en el escenario donde se realizan las interrelaciones entre personas y el ambiente.

Por su parte, el aprendizaje es un proceso activo y consciente que no existe al margen de las relaciones sociales en un medio sociohistórico concreto y ocurre en los límites de la Zona de Desarrollo Próximo. Precede o conduce al desarrollo cognitivo del individuo y del contexto. Para James Wertsch (1993), el proceso de aprendizaje supone construcción en lugar de copia y depende del dominio del sistema cultural de representación simbólica.

Sobre la base teórica desarrollada por Lev Vygotsky (2012 y 2018¹), la mediación, consiste en el acto de intervenir entre dos partes para efectuar/afectar una relación entre ellas; el acto de canalizar un saber social y unos valores culturales hacia una audiencia a través de una instancia institucional. Se estima que la mediación es uno de los fines primarios de los medios masivos: estos son los mediadores colectivos entre los diversos y fragmentados grupos, clases y jerarquías de una sociedad moderna (O'Sullivan et al, 1997, p. 213).

En el marco de la construcción realizada, las categorías comunicación y mediación son interdependientes y constituyen marcos teórico-metodológicos para la construcción cultural de la identidad de una persona y una sociedad.

¹ Estas son ediciones contemporáneas, ya que su apareamiento se gestó en la primera década del siglo XX.

La construcción cultural de la identidad

En el proceso de conformación de la identidad subjetiva son esenciales los procesos de auto narración que los sujetos hacen de su vida y de su modo de ver el mundo. (Hammack y Toolis, 2014). De hecho, el encanto de los seres humanos por las narraciones empezó con la vida en comunidad de los homínidos ancestrales. Al anochecer, luego de un día de múltiples experiencias, entre otros sucesos, comentaban sobre sus experiencias cotidianas, así como de la presencia de posibles peligros.

Que se hayan conservado muchos de estos relatos, constituye evidencia de la fuerza comunicativa e importancia dada a las experiencias transmitidas oralmente. En la actualidad, a través de ellas, se exploran significados y se proyectan comprensiones e interpretaciones relacionadas con las creencias, costumbres, saberes y prácticas de la humanidad ancestral. Con relación a la permanencia de los testimonios orales, la Dra. Kim-Cho (apud Chung, 2013) refiere que todavía prevalecen tribus cuyas historias de vida la transfieren de manera oral a las generaciones subsiguientes, ya que son pueblos que no han desarrollado la escritura (Guerra-Reyes, 2020, p.6).

A través de las narraciones, cada persona adquiere esquemas que construyen y modelan su identidad colectiva e individual en el seno de la cultura humana en la que se desenvuelve. Entre los principales pueden apuntarse: los estereotipos, los arquetipos y los héroes y modelos míticos.

Los estereotipos constituyen representaciones imaginarias de un grupo con respecto a los miembros de otro grupo o a situaciones típicas. Representa una generalización de cualidades positivas y negativas asociadas a la clase social, lugar de origen, etnia, género, profesión, religión... a la que pertenecen y son materializadas en una persona que es integrante

de un determinado grupo social. Según Alex Mucchielli (2002), los estereotipos, como objetos ideales, tienen una función normativa y pública en la vida social y política de un individuo.

Los arquetipos, definidos inicialmente por Carl Gustav Jung, como esquemas tipificadores y contenidos de lo inconsciente colectivo; son tipos arcaicos o primigenios, imágenes generales existentes desde tiempos inmemoriales. De acuerdo con Jung, los arquetipos, a pesar de no negar el carácter constructivo de su esencia, este tipo de esquemas no se transmiten por tradición o a través del lenguaje, sino que se encuentran en la estructura cognitiva de los humanos recién nacidos. Para este psicólogo, hay tantos arquetipos como situaciones típicas en la vida. Sin embargo, estableció doce categorías. Según el diccionario de la Real Academia Española, constituye un modelo original y primario de un arte u otra cosa. [...] Imágenes o esquemas congénitos con valor simbólico que forman parte del inconsciente colectivo.» (p. 203).

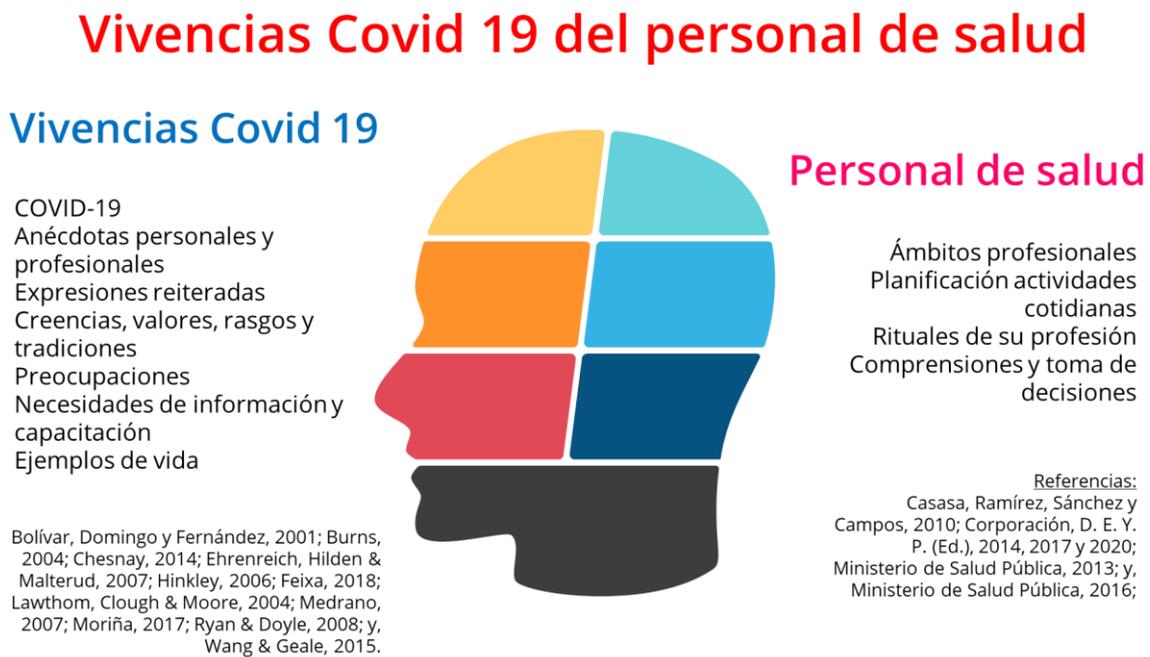
Con relación al héroe como ideal junguiano, “representa el *sí inconsciente* del hombre, y esto se manifiesta empíricamente como la suma y la quintaesencia de todos los arquetipos, incluso el arquetipo mismo del ‘padre’ y del viejo sabio”. En la forma humana visible no es al hombre al que buscamos, sino al superhombre, al héroe o al dios, ser *semejante al hombre*, que manifiesta las ideas, las formas y las fuerzas que aferran al alma y la plasman” (Galimberti, 2002, p.556). Como concepto cultural, identifica al individuo convertido en ídolo y objeto de culto a causa de su moral, su excelencia o su valentía. Héroes y heroínas pueden ser personas reales o pueden ser culturalmente reproducidos en formas textuales (O’Sullivan et al, 1997, p. 174).

En síntesis, la construcción social de la identidad se relaciona con la narrativa realizada por personas en la comunicación e interacción con el grupo humano al que pertenece. Se

integran las construcciones e interpretaciones relacionadas con estereotipos, arquetipos y héroes.

Figura 2.

Vivencias (Historias de vida) Covid-19 del personal de salud.



Covid 19

Según manifiestan Díaz-Castrillón y Toro-Montoya, (2020), un brote de casos de neumonía se inició en el mes de diciembre de 2019, en la ciudad de Wuhan, en la provincia de Hubei, en China. La mayoría de los casos, correspondían a personas que laboraban o frecuentaban el “Huanan Seafood Wholesale Market”, un sitio donde se vendía comida de mar y también comida preparada con animales silvestres, que tradicionalmente se consumían por la población local.

Los estudios etiológicos en un inicio se dirigieron a identificar los agentes comunes de infección respiratoria aguda: influenza aviar, SARS, síndrome respiratorio agudo severo (Severe Acute Respiratory Syndrome, siglas en inglés), MERS, síndrome respiratorio del

Medio Oriente (Middle East Respiratory Syndrome, siglas en inglés), cuyos resultados fueron negativos (Díaz-Castrillón y Toro-Montoya, 2020)

El uso de métodos de secuenciación profunda, que no requieren información previa sobre el agente que se busca, así como el aislamiento en cultivo de células, seguido de microscopía electrónica de secuenciación profunda, demostró que se trataba de un agente viral nuevo, perteneciente al grupo de los coronavirus (Ibidem).

Con la identificación del agente patológico, vino la necesidad de nombrarlo, por lo que Díaz-Castrillón y Toro-Montoya, (2020), mencionan que inicialmente se lo llamó 2019-nCoV (novel coronavirus de 2019), ya que está genéticamente relacionado pero distinto agente del SARS. El origen de los coronavirus de importancia médica, incluidos los coronavirus humanos, parece ser zoonótico.

Este brote se extendió rápidamente en diferentes regiones de China durante los meses de enero a febrero de 2020. La enfermedad ahora llamada COVID-19, traspasó los límites de Asia y llegó a otros continentes, por lo que la Organización Mundial de la Salud (OMS) el 11 de marzo de 2020 declaró la pandemia de COVID-19, exhortando a todos los países a tomar medidas y a apoyar para poder enfrentar esta emergencia de la salud pública mundial (Arroyo, 2020).

Vivencias

Una vivencia, significa: «[...] “experiencia vivible” y con el cual se designa toda actitud o expresión de la conciencia. En especial, Dilthey se ha servido de esta noción adoptándola como instrumento fundamental de la comprensión histórica y de la comprensión interhumana en general. La define como sigue: “Vivencia es, en primer lugar, la unidad estructural de actitud y contenido. Mi actitud perceptiva, junto con su relación con el objeto, es una vivencia, lo

mismo que mi sentimiento por algo o mi voluntad para algo. La vivencia siempre tiene certeza de sí misma” [...]» (Abbagnano, 2004, p. 1194).

En otros términos, una vivencia se relaciona con la conciencia y la esencia de la experiencia vital de un ser humano.

Anécdotas personales y profesionales

Desde su significado asignado por especialistas (Sánchez-Cerezo, 2003), una anécdota, constituye un hecho significativo de la conducta de un individuo que revela su personalidad observada y registrada por correctamente por otra persona, constituye además un poderoso medio para el conocimiento y diagnóstico de la persona. Como hechos significativos en la vida de una persona serían: aquellos que se repiten a menudo, comportamientos desacostumbrados, incidentes favorables y desfavorables al sujeto, etcétera.

En el marco de la investigación desarrollada, se entiende una anécdota como un hecho significativo favorable o desfavorable en los ámbitos personales y profesionales. Esto es en el contexto de la cotidianidad de una persona tanto en los ámbitos de su vida personal, familiar y comunitaria; pero también en los escenarios de su formación y experiencia como profesional de salud.

Expresiones reiteradas

Este concepto adquiere múltiples significados en concordancia con el área de estudio desde el que se aborde. Desde las ciencias de la salud, consistiría en una «[...] indicación de un estado físico o emocional mediante el aspecto facial o la entonación vocal.» (de Gispert, 2016, p.550). Desde las ciencias de la educación, se entiende como: «Función representativa y resultado de la misma, a través de símbolos e imágenes (gestos en sentido amplio), como manifestación de la propia intimidad del sujeto, dirigida o no a otro. [...] Cuando se sitúa en el

ámbito de la comunicación, se produce normalmente con el fin de lograr la comprensión en el sujeto a quien se ofrece. [...]» (Sánchez-Cerezo, 2003, p.617).

Desde la lógica: «Consiste en una especificación, declaración de una cosa para darla a entender. [...]» (de Gortari, 2016, p.193). Desde la lingüística, y más asociada con la comprensión coloquial, se entiende como expresión a la: «[...] Especificación de algo para darlo a entender. [...] Manifestación de los afectos y de las emociones por medio de la gesticulación. [...]» (Real Academia Española, 2014, p.994).

Sin embargo, la definición que más se ajusta al significado desde el punto de vista de las vivencias, es el construido en el contexto filosófico, a saber: «[...] De tal modo Husserl acogía en el ámbito de su filosofía uno de los caracteres que actualmente se reconocen como inherentes a la expresión: no se limita a depender de lo que expresa, sino que, de alguna manera, lo cumple y lo perfecciona. Heidegger ha insistido acerca de este carácter al afirmar que “hablando se expresa el ‘ser ahí’; no porque como algo ‘interno’ empiece por estar recluso relativamente a un *afuera* sino porque, en cuanto ‘ser en el mundo’ comprendiendo es ya ‘afuera’”. Lo que equivale a definir al hombre a partir de su posibilidad de expresarse que es lo que los griegos simbolizaron en la definición de hombre como “animal racional” [...]» (Abbagnano, 2004, p. 512).

Se refuerza como expresión reiterada como manifestaciones, gesticulaciones, comprensiones que aportan en el perfeccionamiento de la experiencia vital de manera frecuente, repetida y acostumbrada en los ámbitos de su experiencia como profesional y trabajador del área de atención primaria en salud.

Creencias, costumbres, valores, rasgos y tradiciones

Tanto creencias, costumbres, valores, rasgos y tradiciones corresponden a códigos relacionadas con la categoría cultura. Es necesario recalcar que cada uno de estos términos si

bien es cierto se definen de manera sociológica, tienen su corolario en las vivencias del personal de atención primaria en salud. En adelante, para determinar los significados de cada concepto, se ha recurrido a las definiciones establecidas por Orlando Greco (2008).

Una creencia, consiste en un modelo creado por la mente para satisfacer un deseo, generalmente sobre un hecho (real o imaginario), del cual se desconoce o no se acepta una alternativa de respuesta racional. En una creencia todos aquellos individuos que compartan dicho deseo darán por cierta una preposición y actuarán como si fuese verdadera, recopilando y acumulando en su saber lo que se denomina dogma y definiendo una moral necesaria para poder sostener dichos dogmas.

Las costumbres, son las formas habituales, comunes y usuales en la que un grupo hace las cosas. Las nuevas generaciones absorben las costumbres en parte por la enseñanza deliberada, pero principalmente por medio de la observación y de la vida.

Los valores, corresponden a ideas o entidades socioculturales de significación relacionadas con objetos reales o ideales en cuanto son afirmados por los hombres, es decir, estimados, amados, aprobados, admirados y venerados por ellos, o pensados y contemplados con expresiones de amor, simpatía y alegría.

Los rasgos, constituyen expresiones relacionadas con los conceptos antes expresados y que constituyen la más pequeña unidad de una cultura.

Las tradiciones, corresponden o definen como las formas concretas en que aparecen las costumbres y los relatos que se transmiten a otros con el correr de los tiempos y el sucederse de las generaciones.

Preocupaciones

Filosóficamente, la preocupación se relaciona con el ser mismo del 'ser ahí', esto es, de la existencia o del ser en el mundo; en otros términos, comprende todas las posibilidades de la

existencia en cuanto vinculadas con las cosas y con los otros seres humanos, y dominadas por la situación (Abbagnano, 2004).

Las preocupaciones son parte cotidiana de la vida de los seres humanos; y, en el caso de los trabajadores de la salud en tiempos de pandemia, casi que han sido la tónica cotidiana. Este concepto enuncia una situación de intranquilidad, temor, angustia o inquietud, que son precisamente, varias de las percepciones, emociones y sentimientos vivenciados tanto por los salubristas como por la población en general.

Necesidades de información y capacitación

De la mano del progreso de las tecnologías de la información y la comunicación, emergió la urgencia para desarrollar las habilidades para acceder a la sociedad del conocimiento. En todo momento y en casi cualquier sitio, se dispone de amplia cantidad de información y bases de datos de los más variados ámbitos. En este contexto tecnológico, actualmente es necesario el desarrollo de las competencias digitales. Y más, todavía, en épocas pandémicas, en las cuales, una de las alternativas, tanto de formación, perfeccionamiento y hasta vinculación laboral ha sido la teleformación y el teletrabajo.

Sin bien es cierto, en el orbe se han gestado plataformas para el perfeccionamiento y formación permanente, es necesario considerar cuáles son las necesidades de formación del personal de atención primaria en salud. Una de las áreas, sin duda, es aquella relacionada con la pandemia COVID-19.

En la figura 3, se ilustran consideraciones relativas a los procesos de información y comunicación disponibles (Fundación Gestión del Conocimiento (2015-2016).

Figura 3.

Acceso a la sociedad del conocimiento.



Ejemplos de vida

Este acápite se relaciona con personas y hasta sociedades que se han convertido en modelos a seguir, sean por sus condiciones sociales o culturales. De hecho, variados son los referentes que se han gestado, tanto por sus valores, creencias, costumbres, tradiciones; y de manera más académica, por su experiencia vital que se ha constituido en verdaderos patrones a seguir.

Para la sociedad mundial, han sido los trabajadores del área de salud, la fuerza policial y militar, los docentes de todos los niveles, los bomberos, pero también los sepultureros, quienes con su accionar, en los ámbitos de las buenas costumbres y valores como la solidaridad, esfuerzo, compromiso y honestidad, se convirtieron en modelos de buenas personas y profesionales.

Personal de salud

En el contexto de la pandemia COVID-19, la ciudadanía en general y el personal de salud en particular, han buscado transmutar las comunicaciones cotidianas que muestran una

visión meramente estadística de la tragedia. Más allá de las cifras de afectados y muertos, existen vivencias de seres humanos que cohabitan y luchan cotidianamente contra este flagelo.

Consecuente con la función biopsicosocial atribuida al personal de atención primaria en salud, sería inconsecuente perder de vista las vivencias y los significados socioculturales construidos por enfermeras, médicos, psicólogos, odontólogos, obstetras, auxiliares de farmacia, laboratoristas y personal administrativo. Son ellos, quienes diariamente perciben situaciones de dolor, lucha, incertidumbre, desesperación, vulnerabilidad e impotencia: verdaderas historias de vida que se pierden dentro de las cifras actualizadas y publicadas cotidianamente por la prensa, radio, televisión y redes sociales.

Ámbitos profesionales

El ámbito profesional hace referencia a los espacios delimitados por la organización institucional de los servicios en los que opera el trabajador y por el marco programático y operativo en el que se concreta y desarrolla su labor. (Vásquez-Aguado, 2014).

Para el ámbito del personal sanitario se refiere a las actividades, funciones y competencias determinadas por el órgano rector de la salud nacional con su respectiva implementación en los contextos de práctica de los servicios de salud.

A decir de Celida Chávez Carrillo (2015), la determinación de los ámbitos profesionales posibilita mantener las condiciones adecuadas para el cumplimiento de los reglamentos de seguridad e higiene, mantener índices de eficiencia y calidad de los servicios que brinda una unidad; así como, para fortalecer el clima laboral e impedir enfermedades profesionales.

Planificación de actividades cotidianas

La acepción ajustada y pertinente con planificación la realizó Ezequiel Ander-Egg (2002):

Planificar es la acción consistente en utilizar un conjunto de procedimientos mediante los cuales se introduce una mayor racionalidad y organización en un conjunto de actividades y acciones articuladas entre sí, previstas anticipadamente, tienen el propósito de influir en el curso de determinados acontecimientos, con el fin de alcanzar una situación elegida como deseable, mediante el uso eficiente de medios y recursos escasos o limitados. (p.25).

Extrapolado al ámbito de los servicios de Salud, el documento referencial para la planificación es el MAIS-FCI (Modelo de Atención Integral de Salud Intercultural Familiar y Comunitaria). Sobre esta base, en el primer nivel de atención, los equipos de atención primaria en salud (EAIS), deben presentar una planificación anual de actividades, según las modalidades de atención, además de estimar el volumen de atenciones y la cantidad de insumos y medicamentos que requieren para cumplir con las actividades programadas.

Las actividades se enmarcan en la organización comunitaria a través de involucrar a los actores sociales para trabajar sobre problemas prioritarios de la población, identificación oportuna de riesgos o daños al individuo, la familia y la comunidad para implementar planes de acción, actividades de promoción de la salud, atención a población priorizada y comunidades alejadas, realizar la identificación de eventos centinela para la realización de medidas epidemiológicas oportunas.

Rituales de su profesión

Corresponden a las capacidades, esquemas y recursos usados en los variados contextos educativos y profesionales a lo largo de su trayectoria vital (O'Sullivan et al, 1995). Se describen dos escenarios.

Primer escenario fuera de la unidad operativa a través del cual cada funcionario cumple con sus actividades planificadas, llevando en una mochila (tensiómetro, oxímetro,

fonendoscopio, balanza, baja lenguas, guantes, alcohol, medicamentos, entre otros) insumos que se cree le servirán para brindar una atención con calidad y calidez.

En el contexto de la COVID-19 las prendas de protección en caso de enfrentar una situación fuera de lo planificado.

Para quienes deben realizar el seguimiento a los pacientes con resultados positivos para COVID-19, se extreman los cuidados, ya que enfrentan cada día a este virus para el que aún no existe un tratamiento.

Segundo escenario dentro de la unidad operativa el personal se ubica en el ambiente asignado para desarrollar la atención a los pacientes que acuden a la unidad operativa. Se inicia la atención dentro del horario establecido. Existe un consenso operativo, donde se aplican las normas vigentes. Sin embargo, dentro del contexto de la COVID-19, se podría decir que separa por alto el orden previsto, a fin de atender a pacientes que requieren una atención de urgencia.

Comprensiones y toma de decisiones

En relación con la comprensión existen varias acepciones. Desde aquellas de sentido coloquial que le asocian con entender, contener algo; las descritas en los diccionarios de la lengua española que la refieren como «Facultad del ser humano o facilidad para percibir las cosas y tener una idea clara de ellas» (RAE, 2014); y aquellas, propias de los libros académicos. Sin embargo, estas definiciones no siempre se ubican en el contexto semántico adecuado. Tuffanelli (2010, p. 21), expresa que «la comprensión es fruto de una elaboración activa por parte del sujeto [...], no basta con adquirir conocimientos de una vez por todas, sino que, si se quiere conservar estos conocimientos, es necesario repetirlos y aplicarlos». En la esfera de la Enseñanza para la Comprensión, Perkins (2008), define la comprensión como la capacidad de pensar y actuar de manera flexible a partir de lo que uno sabe. De acuerdo con lo manifestado,

la comprensión, no solo significa repetir un conocimiento sino también reflexionarlo y aplicarlo en un contexto determinado.

Relacionado con la definición esbozada, se determina que las comprensiones del personal de salud, se relacionan con los conocimientos adquiridos, sea en su formación profesional pero también en la experiencia cotidiana de su ámbito de desempeño. Además de las reflexiones e implementaciones en sus ámbitos laborales

Con base en sus comprensiones, podrán generar espacios socio-profesionales para la toma de decisiones a nivel de la unidad de salud, con el fin de optimizar los escasos recursos humanos, económicos e insumos médicos disponibles. Al final, con esta visión el personal de primer nivel de atención inició a aplicar estrictamente actividades que permitan: la accesibilidad, longitudinalidad, integralidad y coordinación.

Marco Legal

La Constitución de la República del Ecuador constituye el marco legal fundamental que ampara a todo ciudadano, en el capítulo II sección 7 Art. 32.- *La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.*

Art. 358.- El sistema nacional de salud tendrá por finalidad el desarrollo, protección y recuperación de las capacidades y potencialidades para una vida saludable e integral, tanto individual como colectiva, y reconocerá la diversidad social y cultural. El sistema se guiará por los principios generales del sistema nacional de inclusión y equidad social, y por los de bioética, suficiencia e interculturalidad, con enfoque de género y generacional.

Art. 18.- Todas las personas, en forma individual o colectiva, tienen derecho a: 1. Buscar, recibir, intercambiar, producir y difundir información veraz, verificada, oportuna,

contextualizada, plural, sin censura previa acerca de los hechos, acontecimientos y procesos de interés general, y con responsabilidad ulterior.

Art. 326.- El derecho al trabajo se sustenta en los siguientes principios: 5. Toda persona tendrá derecho a desarrollar sus labores en un ambiente adecuado y propicio, que garantice su salud, integridad, seguridad, higiene y bienestar. 6. Toda persona rehabilitada después de un accidente de trabajo o enfermedad, tendrá derecho.

En el marco de los objetivos de la Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021 “Toda una Vida”, en el Eje 1: Derechos para todos durante toda la vida, se determina como objetivo 1: Garantizar una vida digna con iguales oportunidades para todas las personas. Con ello el Estado expresa:

El garantizar una vida digna en igualdad de oportunidades para las personas es una forma particular de asumir el papel del Estado para lograr el desarrollo; este es el principal responsable de proporcionar a todas las personas –individuales y colectivas–, las mismas condiciones y oportunidades para alcanzar sus objetivos a lo largo del ciclo de vida, prestando servicios de tal modo que las personas y organizaciones dejen de ser simples beneficiarias para ser sujetos que se apropian, exigen y ejercen sus derechos. (p.53).

Por otra parte, la seguridad y salud en el trabajo debe constituir una prioridad en el ámbito de la pandemia ocasionada por el SARS COV 2, aspecto que se referencia en:

Registro Oficial Suplemento 461 de 15-nv.-2004 Decisión del Acuerdo de Cartagena 584. Registro Oficial Edición Especial 28 de 12-mar.-2008 Resolución de la Secretaría Andina 957. Código del Trabajo Título V capítulos del I al V; y, Reglamento de Seguridad y Salud de los Trabajadores y Mejoramiento del Medio Ambiente de Trabajo Decreto Ejecutivo 2393 17-nov-1986

Dentro de las normativas emitidas dentro del contexto Covid 19 tenemos:

Acuerdo ministerial Nro. MDT-2020-077 Expedir las Directrices para la Aplicación de la Reducción, Modificación o Suspensión Emergente de la Jornada Laboral durante la Declaratoria de Emergencia Sanitaria

Registro Oficial Suplemento 229 de 22-jun.-2020 Ley Orgánica de Apoyo Humanitario para combatir la crisis sanitaria derivada del Covid-19. *Art. 25.- Estabilidad de trabajadores de la salud.- Como excepción, y por esta ocasión, los trabajadores y profesionales de la salud que hayan trabajado durante la emergencia sanitaria del coronavirus (COVID-19) con un contrato ocasional o nombramiento provisional en cualquier cargo en algún centro de atención sanitaria de la Red Integral Pública de Salud (RIPS) y sus respectivas redes complementarias, previo el concurso de méritos y oposición, se los declarará ganadores del respectivo concurso público, y en consecuencia se procederá con el otorgamiento inmediato del nombramiento definitivo.*

Consideraciones bioéticas

En atención a criterios bioéticos, cada participante suscribió un consentimiento informado, luego de las explicaciones detalladas sobre el objetivo investigativo, el tratamiento confidencial de la información y la posibilidad de abandonar el estudio en el momento que decidieran.

La investigación se enmarcó en los estándares éticos, en pro de mejorar los procesos institucionales. No fue requerida ayuda financiera de ninguna institución gubernamental o no gubernamental.

Capítulo III. Metodología de la investigación

Descripción del área de estudio

El Centro de Salud N° 1 de Ibarra, es una institución perteneciente a la Red Pública de Salud como unidad de primer nivel de atención, dentro de la estructura del Ministerio de Salud Pública, y en la distribución territorial se incluye en la Coordinación Zonal 1.

El Centro de Salud N° 1 fue creado el 20 de septiembre de 1952, como una Unidad de Salud piloto en el país, con la finalidad de atender al binomio madre-hijo aplicando técnicas para conseguir la prevención de enfermedades en ese grupo prioritario. Bajo la dirección del doctor Juan Ignacio Reyes Morales y del doctor Julio Larrea Villamar, funcionó en una casa arrendada en la calle Bolívar entre Grijalva y Borrero.

Posteriormente, el 27 de julio de 1984, se trasladó a su edificio propio, ubicado en las calles García Moreno 334 entre Rocafuerte y Maldonado, en donde funciona hasta la actualidad.

El área de influencia que abarca el Centro de Salud N°1 está ubicada tanto en la zona urbana como en la zona rural. En cuanto al sector urbano tenemos: las parroquias El Sagrario y San Francisco y a nivel rural nueve comunidades: Yuracruz, Rumiloma, Cachipamba, Pogllocunga, Guaranguicito, Manzano Guaranguí, San Francisco de Manzano, Yuracucito y Añaspamba, con una población asignada de 98852, distribuida en los diferentes grupos etarios: 0 a 4 años: 9105, de 5 a 9 años 9142; de 10 a 14 años 9386; de 15 a 19 años 9460; de 20 a 64 años: 53365; de 65 a 74 años 4887; de 75 años y más: 3507.

Dentro de la cartera de servicios que ofrece la unidad operativa se encuentran: medicina general, medicina familiar, odontología, ginecología, obstetricia, psicología, enfermería, nutrición, laboratorio. Por el contacto directo con la comunidad se debe resolver las necesidades básicas y más frecuentes de la población, con un énfasis en la promoción y

prevención, tanto en actividades intra y extramurales, todo ello con un enfoque familiar, comunitario e intercultural.

Las actividades son ejecutadas por 80 funcionarios, entre los cuales se cuentan: 9 médicos familiares, 2 pediatras, 2 obstetras, 1 ginecólogo, 14 médicos generales de primer nivel de atención, 16 enfermeras, 5 auxiliares de enfermería, 1 TAPS, 5 laboratoristas, 6 odontólogos, 2 auxiliares de odontología, 4 psicólogos clínicos, 4 admisionistas de estadística, 2 auxiliares de farmacia, 2 asistentes administrativos, 3 auxiliares administrativos de salud, 1 administrador técnico y 1 ecografista.

Dentro de las diferentes modalidades de atención el personal trabaja en el contexto extramural o comunitaria e intramural en el establecimiento (Ministerio de Salud Pública (2018)).

Debido a la brecha de talento humano cada EAIS es responsable de un promedio de tres sectores. El personal de médicos y enfermeras se encuentra dividido en ocho equipos de atención integral de salud (EAIS), a cargo de veinte y un sectores urbanos y 2 sectores rurales.

Es una unidad operativa de Tipo B, que cuenta con equipamiento y personal multidisciplinario, realiza su atención en los horarios de lunes a viernes de 07h30 a 17h00; los días sábados en un horario de 08h00 a 13:00 este tipo de atención es solo para casos de emergencia y para realizar procedimientos.

En el centro de Salud N° 1-Ibarra, se brinda un conjunto de prestaciones de acuerdo con ciclos de vida: niñez (0 a 9 años), adolescencia (10 – 19 años), adultos (20 – 64) y adultos mayores (más de 65 años). Responde a las necesidades de salud de las personas, las familias y la comunidad en el ámbito promoción, prevención, recuperación, cuidados paliativos (MAIS, 2018).

De manera regular se atiende a pacientes con enfermedades crónicas (diabetes, hipertensión, hipotiroidismo, entre otras), control de embarazo, atención de adultos mayores y grupos prioritarios y vulnerables, inmunizaciones, control niño sano, atención psicológica, odontológica y nutricional (Ibedem).

Grupo de estudio

La unidad de estudio estuvo integrada por ocho trabajadores de la salud: médico, enfermera, obstetra, odontólogo, psicóloga, laboratorista, auxiliar de enfermería y auxiliar administrativo de salud, que laboran en el Centro de Salud N°1 de Ibarra-Ecuador. El criterio de inclusión fue de informantes críticos, como voceros de los departamentos profesionales establecidos en la Unidad de Salud. Se excluyeron aquellos trabajadores que se encuentran en teletrabajo.

Enfoque y tipo de investigación

Estudio de abordaje cualitativo de tipo biográfico-narrativo para comprender e interpretar el problema bosquejado desde la percepción, sentir y vivencia del personal de salud. En síntesis, se empleó relatos de vida de las experiencias cotidianas del personal de atención primaria, como procedimiento metodológico que, en la actualidad, ha sido utilizado en múltiples ámbitos del quehacer humano. En salud, son importantes las investigaciones realizadas por médicos y enfermeras en estudios de maestría y doctorado (Burns, 2004; Chesnay, 2014; Ehrenreich, Hilden y Malterud, 2007; Hinkley, 2006; Ryan y Doyle, 2008; y, Wang y Geale, 2015). También se empleará la investigación documental.

Como técnicas se utilizó: revisión documental, entrevistas, análisis de contenido, con el apoyo del programa ATLAS.ti y triangulación con base en fuentes, teorías y métodos. Entre los instrumentos se utilizaron: fichas de registro documental, batería de preguntas y matrices de análisis de categorías deductivas. Las fichas de registro documental de artículos científicos

y libros sirvieron de base para la fundamentación teórica y la triangulación necesaria en la interpretación de los hallazgos, como también para la elaboración de la guía de entrevista conformada por 18 preguntas, que fue aplicada al personal de atención primaria en salud.

Vivencias (Historias de vida) Covid-19 del personal de salud

En el marco de la definición metodológica de la categoría, es necesario establecer límites con relación a dos de los formatos básicos para la construcción biográfico-narrativa: relatos e historias de vida. Norman Denzin (apud Moriña, 2017), estableció la diferencia entre dos términos que venían solapándose en los ámbitos científicos: relatos de vida (life story) e historias de vida (life history). Diferenciación que ha sido acogida por varios científicos sociales (Bertaux, 2005, Bolívar et al, 2001 y Pujadas, 1992). Un relato de vida se relaciona con la narración biográfica que una persona hace de sí misma. En cambio, la historia de vida incluye el relato de vida, más la información obtenida de otras fuentes.

En relación con las pandemias y sus secuelas, múltiples personas llevan un registro akáshico²; y la humanidad, narraciones colectivas, fruto de las vivencias antepasadas. Tanto las historias de vida y relatos que evidencian significados socioculturales, han servido de inspiración para grandes obras literarias. Entre las que han alcanzado renombre mundial, se cuentan: *El Decamerón* (Boccaccio, 2015³), *La peste* (Camus, 2003), *Ensayo sobre la ceguera* (Saramago, 2003) y *El amor en los tiempos de cólera* (García-Márquez, 2015).

Procedimientos

Se desarrolló en cinco fases:

² Registro akáshico: según la cosmovisión de la India, representan archivos que contienen la historia de toda la existencia

³ La obra original fue publicada en 1354)

Fase 1. Operacionalización de las categorías deductivas

A continuación, en la tabla 1, se detalla el proceso de determinación de las “categorías deductivas” que orientaron el proceso de recolección, análisis y discusión de datos. Estas fueron: fundamentos teórico-metodológicos, significados socioculturales y vivencias COVID-19.

Tabla 1

Categorías deductivas sobre construcción sociocultural y vivencias COVID-19.

Categoría o concepto central	Definición	Códigos
Fundamentos teórico-metodológicos sobre construcción sociocultural y COVID-19	Teoría y metodología que sustentan la percepción y comprensión de la realidad de parte de una persona o sociedad con sustento en los mecanismos de construcción social y cultural en el contexto de la COVID-19.	Construcción social de la realidad (sentido, representaciones e ideologías) Construcción cultural de la realidad (dimensión cultural, mito arte y ciencia, comunicación y mediación) COVID-19.
Significados socioculturales interiorizados por el personal de atención primaria en salud.	Sistema de ideas o representaciones sociales y culturales del personal de atención primaria en salud con sustento en sus saberes profesionales, saberes	Saberes profesionales (sentido y representaciones de conocimiento personal y profesional) Saberes basados en la experiencia (praxis profesional

	basados en la experiencia y teorías implícitas.	e intereses de la política sanitaria) Teorías implícitas (fundamentos teóricos de referencia y normas de convivencia)
Eventos biográficos (Vivencias) del personal del Centro de Salud N°1 en el contexto COVID-19.	Hechos, sentimientos, actitudes y vivencias narradas por sí mismo u otra persona en los cuales se mencionan logros y fracasos en la trayectoria vital del personal de atención primaria de salud en el contexto de la COVID 19.	Personal de salud (Planificación de actividades cotidianas, rituales profesionales, comprensión y toma de decisiones) Vivencias COVID 19 (anécdotas personales y profesionales, expresiones reiteradas, creencias, valores, rasgos y tradiciones, preocupaciones, necesidades de información y capacitación y ejemplos de vida)

Fase 2. Sistematización de los fundamentos teóricos metodológicos sobre construcción sociocultural y vivencias COVID-19

Se realizó una investigación documental a través del uso de fichas RAE (Resumen Analítico Especializado), para determinar, en artículos científicos y libros, los hallazgos

prioritarios en relación con las dimensiones antes enunciadas: construcción sociocultural y vivencias COVID 19. Como también para el análisis y discusión; y para el establecimiento de las conclusiones y recomendaciones de la investigación.

Fase 3. Conocimiento de los significados socioculturales interiorizados por el personal de atención primaria del Centro de Salud N° 1, en el contexto de la COVID-19

Para conocer los significados del personal de atención primaria se aplicó una entrevista con el uso de un banco de 18 preguntas que fueron formuladas sobre la base de las categorías deductivas planteadas.

Fase 4. Diagnóstico de los principales eventos en la biografía del personal de atención primaria del Centro de Salud N° 1, en el contexto de la COVID-19

Se determinaron a través de la entrevista aplicada a ocho representantes del personal de atención primaria, a saber: médico, enfermera, obstetra, odontólogo, psicóloga, laboratorista, auxiliar de enfermería y auxiliar administrativo de salud, que laboran en el Centro de Salud N°1 de Ibarra-Ecuador.

Fase 5. Interpretación de la relación entre la construcción sociocultural y las vivencias Covid 19 del personal de atención primaria del Centro de Salud N° 1

Sobre la base del análisis de contenido de las entrevistas, los hallazgos de las narraciones biográficas, así como de la teoría consultada se establecieron comprensiones e interpretaciones, a través del análisis de contenido y la triangulación de la información recogida. La triangulación de carácter múltiple, se basó en fuentes (filósofos, personal de salud e investigadores/científicos; métodos (explicación e interpretación, entrevista y revisión bibliográfica); y, teorías. El proceso de triangulación generó tres aspectos: concordancias, contrastes y síntesis.

Capítulo IV. Resultados y discusión

Los resultados y discusión se desarrollaron en concordancia con tres categorías y códigos planteados para la investigación: fundamentos teórico-metodológicos, significados socioculturales y vivencias COVID-19. Para la presentación de los resultados y su posterior discusión, se ilustró una figura y una tabla; se citaron, además, algunos comentarios expresados por los entrevistados; y luego, se triangularon con los hallazgos encontrados y priorizados de artículos científicos y libros divulgados en bases de datos como: PubMed, Scielo, Scopus, Springer, Taylor & Francis y Web of Science.

Fundamentos teórico-metodológicos sobre construcción sociocultural y COVID-19

Con base en el objetivo 1. se delineó dos bases teóricas: La construcción sociocultural, desglosada en dos temas (construcción social de la realidad y la construcción cultural de la realidad); y, vivencias COVID-19 del personal de salud, en tres (COVID-19, personal de salud y vivencias). Para el análisis y discusión, se aplicó los códigos expuestos en la tabla 1, para elaborar las tablas y figuras. En la figura 4, se expone una nube de palabras que ilustra aquellas expresadas con mayor frecuencia; y, en la tabla 2, se presenta una síntesis de la información analizada en la red construida.

- “Al principio, como era una enfermedad nueva, pues y fue difícil de afrontarla, pues con el miedo, con los cuidados que, en ese momento, pues estaban recientes, o sea no había no había métodos ni un proceso, digamos, establecido para el protocolo, digamos establecido para el manejo de enfermedades. Entonces en ese momento lo afrontamos, tal vez al principio con el criterio primero de los cuidados y segundo el distanciamiento, alejamiento, porque conocíamos muy poco sobre la enfermedad” (Odontólogo).
- “Me acuerdo del artista que falleció y como que era algo público y pensamos que nada más y ya, porque él venía supuestamente de España y que allá se contagió y ya, pero, después ya tocaba hacer los seguimientos a los pacientes y era el miedo, no, porque era una enfermedad nueva, no se tenía el tratamiento hasta ahora, pues no tenemos un tratamiento para esa enfermedad y entonces empezaron las muertes. Entonces todo ha sido terrible, terrible perder compañeros a nivel nacional de otros países y también familiares. Eso ha tocado mucho el corazón de todos, como profesionales y también como personas” (Médico familiar).
- “Si hay creencias que dicen que tienen ya el remedio. No sé si puedo hablar como creencias o que ya encontraron la cura. Porque si he escuchado ya tratamientos basados en medicina natural, “eh”, ocupan bastante lo que es trago puntas que se lo llama. También he escuchado que utilizan una planta que se llama cascarilla, “eh”. Como cura que comen ajo que comen bastante ajo, en dosis no. En dosificación en la mañana y en la tarde he escuchado que se comen eso. Utilizan medicamentos que no están autorizados por ninguna entidad de salud como es la Ivermectina sea inyectable u oral. Entonces, “eh”, no sé si lo puedo llamar como creencias, pero ya hay parte de la sociedad que ya tiene aparentemente entre comillas un tratamiento,

pero que no está validado por ninguna entidad de salud nacional e internacional. Entonces cada quien llama el grupo social que maneja a su manera ya lo que es la situación del COVID. Entonces ya tienen sus curas y sus y sus formas de cuidarse, por lo que el señor dice yo sé cómo me cuido, yo me cuido con eso. Yo utilizo lo otro y yo me como este otro. Entonces ya dicen yo con eso me curo” (Enfermera).

- “Y pues sí, sí, sigue siendo a veces como que mueve las emociones de una porque recuerda muchas experiencias, especialmente de personas, familias, y cómo le decía pacientes no, que tuve la oportunidad de hacer muchos acompañamientos, incluso a compañeros de salud, que qué si conmovía ¿no?, entonces incluso uno como psicólogos también yo corrí donde mis compañeros para también tener esa fortaleza para poder fortalecer a mis compañeros y a todas las personas que que necesitaban en ese momento y que siguen necesitando, entonces fue esa, ese también saber que que uno como psicólogo también se quiebra y que debe buscar también ese ese apoyo, esa pirámide, esa fortaleza ¿no?, de de otro tipo de, de la formación personal que uno tiene. Entonces todo eso me ayudó y me sigue ayudando a fortalecerme todos los días para poder seguir apoyando a las personas que que todavía sufren mucho por el tema del COVID y por los estragos y por la situación de salud mental que hoy en día se ve muchísimo, muchísimo” (Psicóloga).
- “Con lágrimas en los ojos yo me fui a mi primera toma de muestras para COVID y recuerdo que al llegar a la casa de paciente en donde iba a tomar la primera muestra, me recibió la familia del paciente, me trasladaron a su lugar donde estaba aislado el paciente y el paciente que estaba sentado en su cama me dice, señorita, antes de que me tome la muestra yo quiero saber si voy a vivir o voy a morir, ¿usted me puede decir eso antes de hacerme el examen? Entonces yo no sabía que contestarle, que

decirle en ese momento en el que yo también me encontraba con miedo, tal vez con más miedo que él y lo único que le supe decir era que nosotros íbamos a tratar de ayudar y que íbamos a poner todo de nuestra parte para poder ayudar y sanarle y a lo que me dijo, señorita, yo desde hoy le voy a rezar al dios que está en el cielo para que le ayude y le guie en todo su trabajo para que ni a usted ni a sus compañeros les pase nada” (Laboratorista).

- “Que a veces no hay mucho material y a veces carecemos de fundas, carecemos de desinfectantes, que a veces no hay cloro o que no hay esto. Entonces tenemos que esperar hasta cuando venga la otra remesa de materiales que hagan el pedido en la zona para que lleguen y nos puedan dar y si no toca hacer milagros. Y que importante es que nosotros limpiemos bien, aunque sólo con agüita, pero limpiemos bien. Eso es lo importante” (Auxiliar administrativa de salud).
- “O sea, lo que más me sentí, me dio, o sea, como le digo, sentimiento, me dio tristeza de la paciente, más que por mí, o sea, de la paciente, porque era una paciente de la tercera edad, y yo, o sea, usualmente soy muy sentimental y entonces sentí mucho dolor, como se dice, como si fuese un familiar mío” (Auxiliar de farmacia).

Tabla 2

Fundamentos teórico-metodológicos.

Categorías	Códigos	Expresiones del personal de atención primaria
Fundamentos teórico-metodológicos sobre	Construcción social de la realidad (sentido,	Miedo de contagiarse y contagiar a la familia, desacato de las disposiciones de parte de la población, bajón anímico de

<p>construcción sociocultural y COVID-19</p>	<p>representaciones e ideologías)</p>	<p>los profesionales ubicados en primera línea, sentimientos de vulnerabilidad y riesgo continuo, realizar protocolos de desinfección al ingresar al hogar para evitar contagios de la familia.</p>
	<p>Construcción cultural de la realidad (dimensión cultural, mito arte y ciencia, comunicación y mediación)</p>	<p>Confinamiento fue positivo para la naturaleza (disminución contaminación), pasar más tiempo con la familia, limitada importancia a la enfermedad de parte de la población, desinfección permanente de ropa, calzado y superficies de contacto, requerimiento permanente de apoyo a las familias con parientes contagiados, persistencia de reuniones sociales y familiares, existe mayor disciplina en otros países.</p>
	<p>COVID-19 (agente etiológico, epidemiología, manifestaciones clínicas diagnóstico, tratamiento y vacunas)</p>	<p>Confinamiento por la pandemia, ideas erradas de parte de la población con relación a la enfermedad, percepción poblacional de que la pandemia era y es una mentira, población se cuida con medicamentos caseros, inadecuado uso de mascarilla de parte de la población,</p>

		<p>seguir normas de bioseguridad, tranquilidad a partir de la llegada de las vacunas, mayor cantidad de contagios en las reuniones familiares.</p>
--	--	--

Como parte de esta investigación se encontró creencias y acciones reiteradas que se implementan en el contexto de la pandemia, a saber: ideas erradas y de negación de la pandemia de parte de la población que motivan el desacato permanente de las normativas impuestas por las autoridades nacionales, regionales y locales. Automedicación e incumplimiento del distanciamiento físico y de las normas de bioseguridad, lo que ha conducido a un incremento sobredimensionado de los casos de COVID-19 y fallecimiento de un alto número de pacientes. Frente a ello, el personal de salud incrementó, hasta niveles considerados de pánico (Žižek, 2020), las normas de asepsia y bioseguridad, como el lavado permanente de manos, el uso de doble mascarilla y respiradores N95 y KN95, prendas de protección personal y pantallas de protección facial.

Estos aspectos relatados: miedo a contagiar a su familia, tratamientos y sustancias no acreditadas por la comunidad científica mundial y desorientación teórico-metodológica, a pesar de la formación profesional adquirida, se han considerado de manera limitada en pocos estudios científicos divulgados y disponibles en las bases de datos antes expuestas. Un referente desde una visión de la investigación decolonial, enuncia:

La pandemia de COVID-19 no solo mostró que los sistemas de salud en varios países no son inclusivos ni iguales, especialmente en países donde el sistema de salud está privatizado; también exacerbó temas como la inseguridad alimentaria, las violaciones a los derechos de los trabajadores, la falta de seguridad social, la violencia policial, la desigualdad de oportunidades

educativas, la marginación de las personas con discapacidad, por mencionar algunos (Fisher & Bubola, 2020).

En el ámbito relatado, Alfredo Marcos (2020), expresa: *La crisis de la Covid-19 nos deja una enseñanza en forma de reminiscencia. No aprendemos de ella nada nuevo, pero nos recuerda algo que supimos y olvidamos. Nos muestra con nueva luz varias verdades que nunca deberíamos haber obviado o subestimado.*

Al final, con base en el análisis y discusión realizada con esta categoría de estudio, se logró determinar cuatro constructos socioculturales: desorientación, miedo, salud y pandemia.

Significados socioculturales interiorizados por el personal de atención primaria en salud

Se muestran los hallazgos relacionados con los significados socioculturales que ha interiorizado el personal de primer nivel de atención en salud, propuestos como objetivo 2. En la figura 5, se ilustra una red que muestra las relaciones establecidas; y, en la tabla 3, una síntesis de los principales significados construidos.

Debido a la importancia y enfoque desarrollado en este estudio, en primer lugar, para esta categoría, se citan varias de las expresiones narradas por los entrevistados:

- “Ahora como que ya hemos perdido el efecto de héroes como era al principio, eso también decepciona, porque bueno en principio que nos alababan todo, que nos admiraban y así, pero ahora es como que ya, pues, no están haciendo nada fuera de lo común, ósea no importa si se contagian o no importa o sea ya no importa, ya, ya pasó y seguimos en lo mismo, porque ahora se está repitiendo la historia, con esa diferencia de que ya no hay esa consideración al personal de salud” (Obstetra).

- “Si vamos por el lado de las autoridades, en el sitio de la enfermedad, pues las autoridades nos negaran el uso de protección. Pensaban que estábamos llegando con un miedo a la gente a mostrarnos nosotros muy protegidos y las demás personas que todavía por las calles sin protecciones” (Odontólogo).
- “A veces es como que uno se siente. Desalentadas, digamos, por las propias autoridades. Al principio nos decían que por qué nos ponemos la doble mascarilla y que no sé cuánto, porque hacemos tal o cual cosa y así ¿no?, entonces en eso sí nos ha desalentado. Entonces, hasta ahora usted ve, no se ha cumplido la ley humanitaria, por ejemplo. Entonces esas cosas de parte de las autoridades desalientan” (Médico familiar).
- “Pues pese a las precauciones que se tuvieron en un momento salí COVID positiva, si eso me afectó bastante psicológica y emocionalmente. Y dando gracias a Dios fue leve, sintomatología leve, nos recuperamos la familia y todo, pero me dejó con una sensación aún más mayor de temor frente a la situación, no ya que me contagié de la manera menos esperada. En mi preocupación a nivel personal. Dejar a mis hijos sin madre, no a mí” (Enfermera).
- “Si yo creería que sí, sí, sí Se dio ese aporte de todos. Ya el equipo completo que ya el laboratorio, que ya psicología, que ya enfermería, que ya medicina, entonces si se consolida día a día ese equipo y en el centro de salud, por lo menos yo así lo miro y a mí siempre me han incluido en esa situación y siempre me dicen tengo tal paciente, ayúdame, entonces yo si miro que hay ese esa inclusión en salud mental que en años anteriores probablemente tal vez no se hubiera visto, ¿no? (Psicóloga).
- Creo que las creencias religiosas, muy aparte de la religión que se tenga, esas también se fortalecieron mucho, yo creo que todo ser humano cree en un ser

superior que nos guía, yo creo que, en esta pandemia, con todo lo que se vivió, se fortaleció en todos los servidores de la salud” (Laboratorista).

- “Bueno, parece que aquí les ha faltado un poquito de organización, pero ahorita ya creo que están organizados. Sí. Lamentablemente en esto de las vacunas y todo eso estaba un poquito desorganizado, pero ya, ya veo que la cogieron por el ritmo. Todo anda bien, porque yo también me he ido, me he ido igual con los doctores así ayudándoles. Pero ya está todo bien, para mí está todo bien. O sea, lo que mis ojos ven ahora no se...” (Auxiliar administrativa de salud).
- “Las preocupaciones que hemos tenido es que, o sea que he tenido yo personalmente es que me vaya a contagiar y vaya a contagiar a otras personas” (Auxiliar de farmacia).

Sobre la base del análisis de los comentarios y la red semántica ilustrada en la figura 5, se determinaron, seis constructos socioculturales: 1. apatía, 2. distanciamiento, 3. inmutabilidad, 4. religiosidad, 5. resignación, 6. trabajo en equipo. El primero y el tercero, reconocidos en las acciones de las autoridades y muchos usuarios de los servicios de salud; los restantes, priorizados en las narraciones del personal de salud.

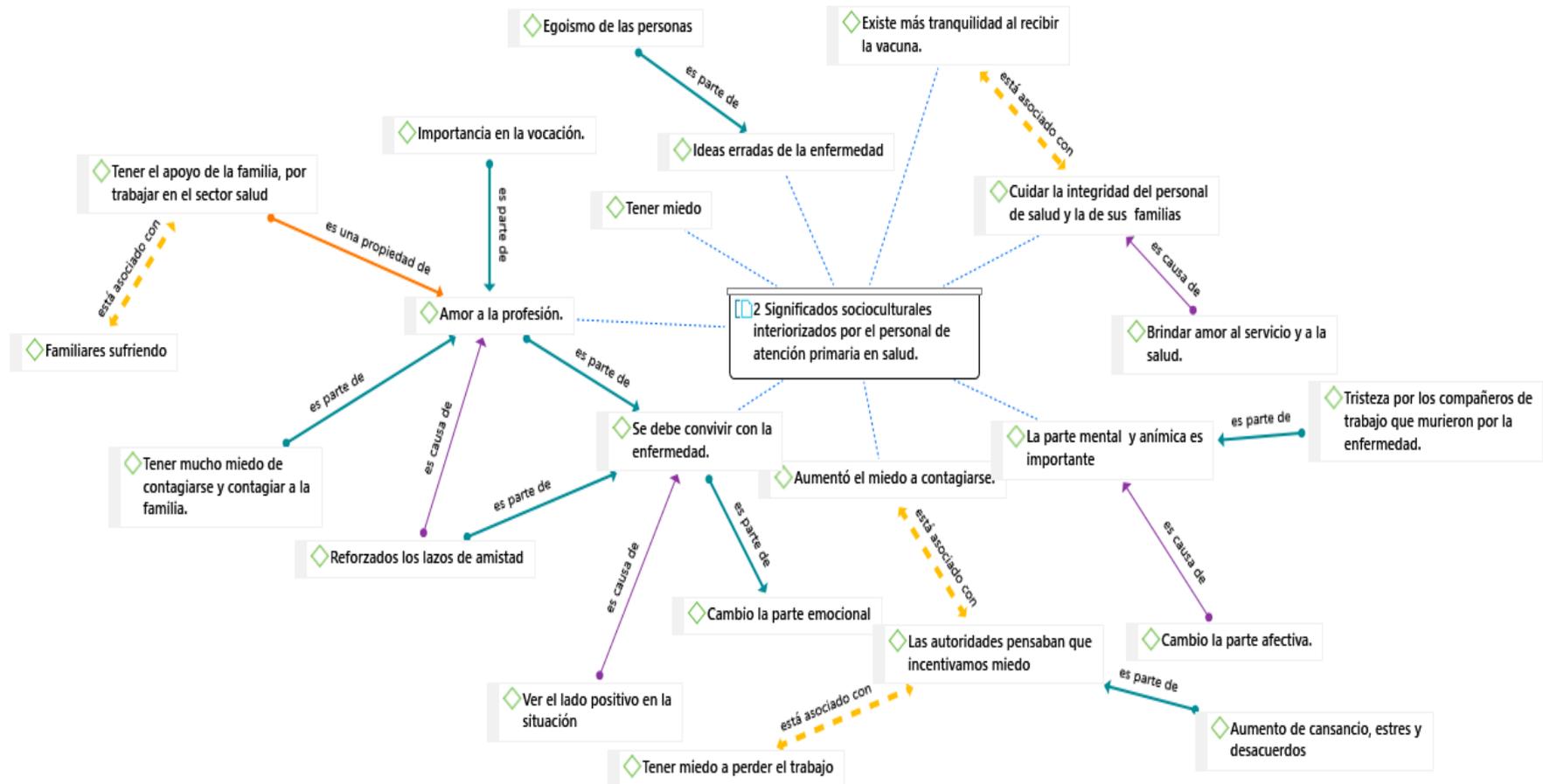
Con relación a la aparente apatía e inmutabilidad determinada y de exclusiva responsabilidad de algunas autoridades, varios sectores de la población y parte del personal de salud, Paolo Giordano (2020), escribió:

No tengo miedo de caer enfermo. ¿Y de qué tengo miedo? De todo lo que el contagio puede cambiar. De descubrir que el andamiaje de la civilización que conozco es un castillo de naipes. De que todo se derrumbe, pero también de lo contrario: de que el miedo pase en vano, sin dejar ningún cambio tras de sí.

Con una idea parecida Slavoj Žižek (2020), citando a Hegel, expresa: [...] *lo único que podemos aprender de la historia es que no aprendemos nada de la historia, así que dudo que la epidemia nos haga más sabios*. Sin ubicarse en los extremos de desconfianza e incredulidad en las posibilidades para el aprendizaje vivencial de los seres humanos, los resultados encontrados parecen confirmar las apreciaciones de los dos pensadores referidos.

Figura 5.

Red de significados socioculturales interiorizados por el personal de salud.



Parte de los hallazgos relatados encuentran sustento en al menos dos de los estudios realizados en el contexto de la pandemia (Andreu-Periz, Ochando-García, y Limón-Cáceres 2020; y, Lozano-Vargas, 2020); así como en documentos sobre estudios culturales (Jameson, 2016) y análisis de datos cualitativos (Gibbs, 2012). En ellos, también se evidencian relaciones con al menos cinco de los significados construidos: apatía, integralidad, miedo, trabajo en equipo y resignación.

Tabla 3.

Significados socioculturales del personal de salud del primer nivel de atención.

Categorías	Códigos	Expresiones del personal de atención primaria
Significados socioculturales interiorizados por el personal de atención primaria en salud.	Saberes profesionales (sentido y representaciones de conocimiento personal y profesional)	Mayor cuidado en el sitio de trabajo, escasa información y capacitación del personal de salud, estrés y tristeza por la muerte de compañeros trabajadores de la salud, resurgimiento de la vocación por la profesión.
	Saberes basados en la experiencia (praxis profesional e intereses de la política sanitaria)	Las actividades de la unidad de atención móvil eran correctas, continuar con las responsabilidades en el trabajo, la implementación de políticas

		sanitarias ha sido débil, necesidad de cambios de las políticas de dotación de insumos.
	Teorías implícitas (fundamentos teóricos de referencia y normas de convivencia)	Realizar aislamiento de la familia, incremento de la empatía entre compañeros, egoísmo de parte de la población y débil empatía comunitaria, apoyo profesional en las visitas domiciliarias, aprender a convivir con la enfermedad, las autoridades no dan normas claras que se basen en la realidad del contexto, necesidades de perfeccionamiento y formación en salud.

Los principales hallazgos ilustrados en la tabla 3, dan cuenta de la desactualización de las políticas sanitarias, sobre todo con relación a la dotación de insumos, protocolos de acción y actividades de aprendizaje y formación que, para el personal de salud, han sido limitados durante casi toda la vigencia de la pandemia.

Entre las vivencias más significativas destacan aquellas referidas a los abrazos y besos virtuales, la vestimenta que confunde al personal de salud con personajes de ficción y la cercanía de la muerte en casi todos los contextos de la interacción humana. En varias de las anécdotas narradas por el personal de primer nivel de atención en salud, se puede corroborar lo manifestado:

- “Bueno, la anécdota sería que hemos atendido pacientes que han sido positivos y que ellos no sabían tampoco que eran positivos o a lo mejor lo sospechaban, pero a veces uno quiere coger y decir, se niega al principio, no, no, no, no es, no es esto no es, esto es diferente de lo que dicen, no los síntomas, porque a cada quien le coge diferente. Y ya pues, después con el susto de que han sido positivas y como ya dije antes, uno se pone a pensar a ver que le hice, estuve muy cerca, le topé y así, entonces hace una recapitulación de todo lo que hizo con esa persona, eso sería” (Obstetra).
- “Bueno, hubieron varios casos, en las visitas, pues puede ser, por ejemplo acudí a una emergencia donde la madre de la casa, digamos así, la cabeza de hogar, pues se enfermó y pues tuvo que ser llevada en la noche en ambulancia porque ya se puso en estado crítico. Entonces eso fue muy duro para las hijas y para nosotros como personal de salud que acudían en ese momento de emergencia, ver desvanecerse casi una vida y pues, luego la señora nos enteramos que murió, entonces fue muy difícil afrontar eso, la muerte por enfermedad, que es lo más grave” (Odontólogo).
- “Bueno, pues contarle que, en mi familia tuvimos dos pérdidas, ¿no? Primero, al principio de la pandemia, ya prácticamente este 11 de abril es un año, de

que falleció mi papi. Como les decía al principio, él estuvo trabajando en contra de él y de toda la familia. Él estaba trabajando por disposición de su jefe. Como digo, todo era nuevo. ¿no? Entonces empezó con fiebre, con fiebre. En la casa estuvo aislado. Yo tuve una noche que irle a atender y por eso a mí también me aislaron, que prácticamente ahora vemos que no era necesario. Pero en ese tiempo teníamos miedo, digamos, y no sabíamos qué hacer. Pero bueno, en ese momento me aislaron también y prácticamente yo hacía videollamada con mi papá. Viendo como está, le hacía el seguimiento un médico de aquí del centro de salud, le hacía el seguimiento en la casa y después de eso se agravó. Estuvo unos días en el hospital del IESS hasta que ya hubo la necesidad de intubarlo, paso unos cuantos días intubado y al final falleció. Entonces eso ha sido muy duro, porque primero como hija, como profesional de salud. Perder a un familiar, no sólo a un familiar, a mi padre, sí ha sido muy, muy duro. A pesar de que ya ha pasado un año, pero todavía es muy, muy fuerte. Para mí es muy, muy reciente el dolor que se siente de la pérdida, pues, nosotros éramos muy unidos. Siempre las cosas hacíamos juntos. Mi papá nos dio siempre el ejemplo del trabajo, de la responsabilidad y eso es lo que nosotros nos llevamos. Él hasta el último estuvo cumpliendo su trabajo y pues así, así falleció. Tal vez se pudo hacer algo más. Tal vez, no sé. Pero esos son los designios de Dios y uno no puede ir contra eso. Y ya. Dios creo que ya se lo llevó porque ya era su momento. Pero para los que quedamos aquí. Pues sí, es muy, muy duro que él ya no esté, porque era nuestra, nuestra cabeza, nuestro ejemplo. Como profesional de salud sí me tocó mucho, porque cada vez que atendía un paciente revivía esos momentos con mi papi. Tenía

miedo de que lo que me estaba pasando a mí le vuelva a pasar a otro, a otra persona” (Médico familiar).

- “Recuerdo que una persona adulta mayor asistió a la unidad. La paciente llegó en busca de ayuda, atención médica. Se sentía mal y al controlarle signos vitales estaban inestables desaturaba. Su frecuencia cardíaca estaba elevada y mencionaba sensación de ahogo, de falta de aire y jadeaba mucho. Le molestaba la mascarilla. Y tengo un conocimiento que minutos después fue cuestión de minutos, falleció. Entonces eso fue muy estremecedor e impactante personalmente” (Enfermera).
- “Bueno, de desaliento a veces este tema de la inconciencia, ¿no?, que uno está todos los días ahí, dale y dale, luchando para ver la mejora en los pacientes, sí que existe mucha inconciencia de las personas alrededor, ¿no?, salen, no usan bien la mascarilla, no hay distanciamiento, entonces, ese cómo, como reprocha la ciudadanía que uno escucha y que uno también a veces como que se tiene que morder la lengua para no decir “ay, Dios mío” (Psicóloga).
- “Hubo un momento de inestabilidad laboral dentro de nuestro trabajo que también nos puso a pensar que para que nos esforzábamos tanto a cumplir nuestro trabajo, que nuestros superiores no lo sabían valorar, ahí solo éramos como una prenda descartable que la usaron y que se podía desechar sin importar en nuestros hombros llevábamos a una familia y que habíamos arriesgado el bienestar de esa familia por estar dando todo por nuestro trabajo” (Laboratorista).
- “Sí, sí, sí. Ha habido un cambio. No porque queremos hacerlo, pero sí ha habido cambios. Sí, sí, a veces tal vez yo también me siento mal, o tal vez le

haga sentir mal a otra persona, pero a veces nos alejamos un poquito. O tal vez no puedo tomar con todos el café. No, que mínimo debe haber aquí unas dos personas, lo normal... Entonces van unos más allá otros más acá. Conversamos asimismo de lejitos y eso sí, si ha habido cambios, incluso a veces en la forma de saludar. Solo que de repente nos olvidamos y claro nos damos un abrazo. Pero bueno, como estamos protegidos...digo bueno” (Auxiliar administrativa de salud).

- “A ver, una experiencia que tuvimos aquí en el centro de salud fue verá que, a ver, vino una paciente y que falleció en procedimientos, ahí tuve, o sea, como le digo, o sea un miedo, ¿por qué? Porque yo estuve ahí, fui allá y dijeron este paciente está con COVID, o sea, me sentí mal porque dije o sea ya me contagié. Tuve miedo ese momento” (Auxiliar de farmacia).

Tabla 4.

Eventos biográficos (Vivencias) del personal de salud.

Categorías	Códigos	Expresiones del personal de atención primaria
Eventos biográficos (Vivencias) del personal del Centro de Salud N°1 en el contexto COVID-19.	Personal de salud (Planificación de actividades cotidianas, rituales profesionales, comprensión y toma de decisiones)	Temor de que no paguen los sueldos, apoyo del departamento de salud ocupacional, insuficiente organización de parte de autoridades, las autoridades pensaban que los profesionales motivaban el miedo en la

		<p>población, uso de mascarillas y equipo de protección como un ritual cotidiano, difusión permanente de normas de bioseguridad y distanciamiento físico.</p>
	<p>Vivencias COVID 19 (anécdotas personales y profesionales, expresiones reiteradas, creencias, valores, rasgos y tradiciones, preocupaciones, necesidades de información y capacitación y ejemplos de vida)</p>	<p>Dolor por el fallecimiento de pacientes con COVID-19, gratitud de pacientes recuperados de COVID-19, no llegan a tiempo insumos necesarios para tratamiento, escaso reconocimiento al personal de salud del primer nivel, miedo a perder el trabajo, disminución de celebraciones, incremento del cansancio, estrés y desacuerdos, limitaciones de la afectividad y compartir con compañeros y amistades (menos abrazos y muestras de afecto), afrontar la muerte cotidiana de conocidos y desconocidos, cambios en la</p>

		rutina diaria, incremento de las dificultades de comunicación con los pacientes por el uso de mascarillas y protecciones.
--	--	---

A más de lo referido, una de las vivencias que han quitado el sueño, a no pocos profesionales de la salud, es la relacionada con la posibilidad de perder su trabajo debido a la mala situación socioeconómica que el país vive como consecuencia del quiebre de muchas empresas y el limitado ingreso de recursos a las arcas fiscales del Estado. Esta situación, de acuerdo con varias noticias divulgadas por algunos medios de comunicación, ha determinado que al menos un millón de ecuatorianos hayan perdido su trabajo y cinco millones convivan en situaciones laborales precarias (España, 2020).

De otro lado, sobresalen las percepciones de escritores (Giordano, 2020; Martín-Jiménez, 2020; Osterholm, 2020; y, Quammen, 2020), filósofos (Morin, 2020 y Žižek, 2020), autoridades (Vega, 2020), personal de salud (Aveiga-Parra, 2021) y población en general, con relación a las muestras de un exagerado temor y hasta el pánico por el cumplimiento de normas de bioseguridad y el distanciamiento físico, que en ocasiones ha devenido en un distanciamiento social.

Este constructo: distanciamiento social, ha sido cuestionado por Bradley Hilgert, PhD. (Lacc's Andean Studies Program, 2020), y otros ponentes del webinar: Impactos socioculturales del COVID-19 en Guayaquil, Ecuador: La intensificación de desigualdades. Para el académico referido, ese constructo vulnera la necesidad de una convivencia armónica entre los distintos pueblos y representa, además, una relación intransigente de construcción sociocultural.

A pesar de las connotaciones negativas, el constructo distanciamiento, adjetivado como social, se ha divulgado tanto que se usa cotidianamente en los múltiples escenarios de vida, así como a través de los medios de comunicación y redes sociales. De ahí que se haya convertido en un estereotipo que también encasilla y vulnera los derechos sociales de quienes padecen COVID-19.

Relación entre la construcción sociocultural y las vivencias COVID-19 del personal de atención primaria del Centro de Salud N° 1.

Por último, se presentan los hallazgos relacionados con el objetivo 4. En este acápite se muestra, de manera específica y sintética, en una matriz de triangulación múltiple, la interpretación asociativa entre la construcción sociocultural y las vivencias COVID-19.

Tabla 5.

Matriz de triangulación múltiple.

Categorías Instrumentos e Indicadores	Filósofos y académicos	Personal de Salud	Investigadores	Aspectos donde concuerdan	Aspectos donde difieren	Síntesis
	Hermenéutica	Entrevista	Revisión bibliográfica			
Construcción sociocultural y vivencias COVID-19 del personal de atención	Slavoj Žižek (2020), citando a Hegel, expresa: [...] <i>lo único que podemos</i>	Mayor cuidado en el sitio de trabajo, escasa información y capacitación del personal de	Alfredo Marcos (2020), expresa: <i>La crisis de la Covid-19 nos deja una enseñanza en forma de reminiscencia. No</i>	Parte de los hallazgos relatados por el personal de salud encuentran sustento en al menos tres de los	Los significados que no son comunes y que difieren en los varios aportes y hallazgos, son:	Se determinaron doce significados socioculturales contruidos, a saber: apatía, desorientación,

<p>primaria en salud.</p>	<p><i>aprender de la historia es que no aprendemos nada de la historia, así que dudo que la epidemia nos haga más sabios.</i></p> <p>Edgar Morin (2020), sugiere: <i>Nos encontramos</i></p>	<p>salud, estrés y tristeza por la muerte de compañeros trabajadores de la salud, resurgimiento de la vocación por la profesión.</p> <p>Realizar aislamiento de la familia, incremento de la</p>	<p><i>aprendemos de ella nada nuevo, pero nos recuerda algo que supimos y olvidamos. Nos muestra con nueva luz varias verdades que nunca deberíamos haber obviado o subestimado.</i></p> <p>Según Martin French y Torin Monahan (2020): <i>Mientras nosotros no sabemos cómo se</i></p>	<p>estudios realizados en el contexto de la pandemia y tres interpretaciones expresadas por filósofos. En ellos, se evidencian relaciones con al menos doce significados construidos: apatía, desorientación, distanciamiento,</p>	<p>aprendizaje, decisiones humanas, desafíos, humanización y vulnerabilidad.</p>	<p>distanciamiento, inmutabilidad, integralidad, miedo, pandemia, perfeccionamiento, religiosidad, resignación, salud y trabajo en equipo.</p> <p>De igual manera, se pudo establecer ocho palabras generadoras: catarsis, familia,</p>
---------------------------	--	--	---	--	--	---

	<p><i>ante un momento de gran incertidumbre. Un futuro impredeciable nos aguarda. Hagamos todo cuanto esté en nuestras manos para regenerar la política, proteger el</i></p>	<p>empatía entre compañeros, egoísmo de parte de la población y débil empatía comunitaria, apoyo profesional en las visitas domiciliarias, aprender a convivir con la enfermedad, las autoridades no</p>	<p><i>desarrollará o resolverá esta situación, debemos tener una idea de cómo encaja dentro de los patrones y relaciones existentes, en particular los relacionados con las construcciones socioculturales de (in) seguridad, vulnerabilidad y riesgo.</i></p>	<p>inmutabilidad, integralidad, miedo, pandemia, perfeccionamiento, religiosidad, resignación, salud y trabajo en equipo.</p>		<p>humanidad, incertidumbre, virtualidad, vulnerabilidad, espiritualidad y conflicto existencial</p>
--	--	--	--	---	--	--

	<p><i>planeta y humanizar la sociedad. Es hora de cambiar de vida.</i></p> <p>Paolo Giordano (2020), escribió: <i>No tengo miedo de caer enfermo. ¿Y de qué</i></p>	<p>dan normas claras que se basen en la realidad del contexto, necesidades de perfeccionamiento y formación en salud.</p> <p>Temor de que no paguen los sueldos, apoyo del departamento</p>	<p>El investigador ecuatoriano Gustavo Vega (2020), en relación con el significado e importancia de la pandemia manifiesta: <i>las rogativas de la piedad popular organizaban en honor de la Virgen, en Guápulo, el Quinche o El Cisne, y de la</i></p>			
--	---	---	---	--	--	--

	<p><i>tengo miedo?</i></p> <p><i>De todo lo que el contagio puede cambiar. De descubrir que el andamiaje de la civilización que conozco es un castillo de naipes. De que todo se derrumbe,</i></p>	<p>de salud ocupacional, insuficiente organización de parte de autoridades, las autoridades pensaban que los profesionales motivaban el miedo en la población, uso de mascarillas y equipo</p>	<p><i>elección de santos patronos protectores de las ciudades, para obtener la gracia celestial y evitar que las pestes o hecatombes se desaten sobre la población.</i></p> <p>David Quammen (2020), en el epílogo de su bestseller: Contagio. La evolución de las pandemias, concluye:</p>			
--	--	--	---	--	--	--

	<p><i>pero también de lo contrario: de que el miedo pase en vano, sin dejar ningún cambio tras de sí.</i></p>	<p>protección como un ritual cotidiano, difusión permanente de normas de bioseguridad y distanciamiento físico.</p>	<p><i>Tenemos ante nosotros dos desafíos a vida o muerte, a corto y a largo plazo. A corto plazo, debemos hacer todo lo posible, con inteligencia, tranquilidad y una plena dedicación de recursos, para contener y extinguir este brote de nCoV.2019 antes de que se convierta, como</i></p>			
--	---	---	---	--	--	--

			<p><i>podría ocurrir, en una devastadora pandemia global. A largo plazo, cuando la peor parte ya haya pasado, debemos recordar que el nCoV-2019 no fue un suceso novedoso ni un infortunio. Fue -y sigue siendo- parte de una serie de decisiones que estamos tomando los humanos. (p.581).</i></p>			
--	--	--	---	--	--	--

Sobre la base de los criterios y vivencias del personal de salud, la revisión documental de investigaciones realizadas en múltiples contextos del mundo y las comprensiones de filósofos, escritores y académicos, se llegó a establecer los siguientes hallazgos: doce significados socioculturales y ocho palabras generadoras que ilustran y manifiestan el significado sociocultural expresado por un grupo inmerso y protagonista de la atención de primera línea en tiempo de pandemia. Por otra parte, el requerimiento sociocultural de una visión más humana y holística de las vivencias del personal de salud de primer nivel de atención. Estos resultados, como un caso de estudio específico, pueden generalizarse, ya que, más allá de la narración opinática de un grupo de trabajadores de la salud, se avala y fideliza con los resultados de investigaciones realizadas en otros contextos del orbe, así como de la hermenéutica de pensadores de reconocimiento mundial.

Conclusiones y recomendaciones

Conclusiones

La COVID-19 y sus múltiples construcciones socioculturales, constituye un nuevo escenario de fundamentación teórico-metodológica que se debe abordar desde la comunidad científica y académica, los medios de comunicación y las instituciones gubernamentales y no gubernamentales. Más allá de la demostración experimental, las cifras sin rostro comunicadas día a día, así como el énfasis en los procesos administrativos institucionales; es necesaria también, la valoración de los significados y vivencias desde el punto de vista de los seres humanos que están tras de un perfil profesional y laboral.

Como producto de la participación de los representantes de cada departamento que conforman la institución de salud estudiada, se encontraron doce significados socioculturales construidos por el personal de salud, a saber: apatía, desorientación, distanciamiento, inmutabilidad, integralidad, miedo, pandemia, perfeccionamiento, religiosidad, resignación, salud y trabajo en equipo.

Asociadas a las vivencias narradas por el personal de primer nivel de atención en salud, se encontró ocho palabras generadoras: catarsis, familia, humanidad, incertidumbre, virtualidad, vulnerabilidad, espiritualidad y conflicto existencial. Que posibilitaron obtener una valoración de cómo estas, han influido en su interpretación vivencial en los ámbitos personal y profesional.

Como vivencias reiteradas se narran aquellas relacionadas con la virtualidad de las relaciones laborales, profesionales y hasta familiares; la vulnerabilidad profesional y social; la incertidumbre sobre el presente y futuro de la humanidad; la valoración espiritual y menoscabo de lo material; y, el conflicto existencial vida-muerte.

La relación entre la construcción sociocultural y las vivencias COVID-19 del personal de salud, expandieron la perspectiva biológica y estadística, hacia una visión de la vulnerabilidad y fragilidad humana. No constituyen, además, una construcción individual y aislada de los ámbitos profesionales y laborales; es, más bien, producto de sus múltiples interrelaciones sociales, éticas, comunicacionales, políticas y de construcción socio-cultural en el contexto de su experiencia vital.

Recomendaciones

Promover investigaciones desde un abordaje cualitativo que permitan rescatar el lado humano, no solamente del paciente, sino también del personal que lo está atendiendo.

El Estado y sus instituciones deben implementar sistemas de apoyo para el personal de primera línea.

Esta experiencia pandémica debe servir tanto a las familias como a las instituciones, tanto públicas como privadas, para que orienten a las presentes y futuras generaciones hacia una mayor conciencia y virtuosidad humana.

APÉNDICES

A. Batería de preguntas para la entrevista



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

Instituto de Posgrado

Maestría en Salud Pública. Mención Enfermería Familiar y
Comunitaria

CONSTRUCCIÓN SOCIOCULTURAL Y VIVENCIAS COVID 19

PERSONAL DE ATENCIÓN PRIMARIA CENTRO SALUD 1 IBARRA 2021

Batería de preguntas para la entrevista

Estimado/a compañero/a:

El presente banco de preguntas pretende valorar la relación entre la construcción sociocultural y las vivencias COVID 19 del personal de atención primaria del Centro de Salud N° 1. Su contestación sincera a todas las cuestiones es muy importante para nosotros. Su nombre no será expuesto si usted no lo autoriza.

1. Podría narrar algunas emociones experimentadas en el momento que se inició el trabajo en el contexto de la pandemia COVID 19.
2. Durante la pandemia ¿cómo ha organizado sus actividades diarias, tanto familiares como laborales?
3. ¿Le gustaría destacar algún aspecto o vivencia de su vida personal, que haya sufrido afectación, a nivel familiar y profesional, en el contexto de la COVID-19?
4. ¿Cómo ha afectado la rutina de su tiempo libre, al inicio y durante la permanencia de la pandemia?
5. ¿Cuáles han sido las mayores preocupaciones a nivel laboral y personal que ha tenido durante la pandemia?

6. Durante la pandemia, ha requerido: pruebas de laboratorio, seguimiento por salud ocupacional, asistencia psicológica por stress o cansancio laboral. ¿Podría hacer una breve descripción?
7. ¿Recuerda algunas expresiones de aliento o desaliento expresadas por los usuarios, compañeros de trabajo, en el contexto de la pandemia?
8. ¿Cómo han influido en su labor profesional algunas expresiones de aliento o desaliento expresadas por las autoridades locales y nacionales, al inicio y durante la pandemia?
9. ¿De qué manera, los medios de comunicación, han aportado o entorpecido su trabajo en el contexto de la pandemia?
10. Cuéntenos alguna anécdota relacionada con las visitas domiciliarias a pacientes afectados por la COVID 19.
11. ¿Qué aspectos en el desempeño de su trabajo considera positivos o negativos dentro del equipo de salud en el contexto de la COVID-19?
12. En el contexto de la pandemia COVID 19 ¿cómo describiría su participación en la formulación y ejecución de proyectos a nivel institucional para la prevención de contagios?
13. A su criterio ¿cuáles son las limitaciones en el cumplimiento de la política sanitaria del sistema de salud en el primer nivel de atención en el contexto de la COVID 19?
14. Qué costumbres, tradiciones, creencias y comportamientos ha observado en los usuarios de los servicios de salud en el transcurso de la permanencia de la COVID 19.

15. Qué costumbres, tradiciones, creencias y comportamientos ha observado en el personal de salud en el transcurso de la permanencia de la COVID 19
16. Narre algunos acontecimientos de la pandemia (ciudad, provincia, región, país o el mundo) que le hayan impactado, tanto de manera positiva como negativa
17. ¿Recuerda algunas frases típicas que ha usado reiteradamente en el contexto de la pandemia?
18. ¿Qué importancia ha tenido para usted la vocación personal y profesional en el área de la salud durante la persistencia de la pandemia?

¡Gracias por su participación!

B. Fichas de registro documental (RAE)

Título	Vaciado de datos
Autor(a)/es	Andreu-Periz, Dolores, Ochando-García, Antonio, & Limón-Cáceres, Enric. (2020). Experiencias de vida y soporte percibido por las enfermeras de las unidades de hemodiálisis hospitalaria durante la pandemia de COVID- 19 en <i>España</i> . <i>Enfermería Nefrológica</i> , 23(2), 148-159. https://bit.ly/2Sw2BHs
Tipo de documento	Artículo Científico
Lugar (ciudad, país de origen)	España
Tema	Experiencias de vida y soporte percibido por las enfermeras de las unidades de hemodiálisis hospitalaria durante la pandemia de COVID- 19 en España. <i>Enfermería Nefrológica</i>
Objetivos	Profundizar en el conocimiento sobre las experiencias de vida y el soporte percibido por las enfermeras/os que atendieron a pacientes con enfermedad de COVID-19 en tratamiento con hemodiálisis hospitalaria durante los meses de mayor prevalencia de la pandemia en España.
Categorías	Enfermería Nefrológica

Método de investigación	<p>Material y Método: Estudio cualitativo fenomenológico.</p> <p>El grupo participante fue de diez enfermeras/o de hospitales públicos de España que habían dializado a pacientes con COVID-19. La recolección de los datos se realizó mediante entrevistas semiestructuradas a través del programa Skype©, hasta conseguir la saturación de las unidades de significado. El análisis se hizo mediante el método de Colaizzi-7 pasos.</p>
Síntesis del documento (Resumen)	<p>Resumen</p> <p>Objetivo: Profundizar en el conocimiento sobre las experiencias de vida y el soporte percibido por las enfermeras/os que atendieron a pacientes con enfermedad de COVID-19 en tratamiento con hemodiálisis hospitalaria durante los meses de mayor prevalencia de la pandemia en España.</p> <p>Material y Método: Estudio cualitativo fenomenológico.</p> <p>El grupo participante fue de diez enfermeras/o de hospitales públicos de España que habían dializado a pacientes con COVID-19. La recolección de los datos se realizó mediante entrevistas semiestructuradas a través del programa Skype©, hasta conseguir la saturación de las unidades de significado. El análisis se hizo mediante el método de Colaizzi-7 pasos.</p> <p>Resultados: Del análisis de los discursos emergieron cuatro dimensiones asociadas a diferentes subcategorías:</p>

	<p>desconocimiento sobre la enfermedad, sufrimiento del paciente, soporte percibido y capacidad de afrontamiento de los profesionales.</p> <p>Conclusiones: En las enfermeras han coexistido emociones positivas y negativas. En la etapa álgida del brote epidémico las vivencias de las enfermeras de hemodiálisis fueron provocadas por el desconocimiento, por no saber actuar adecuadamente y por el miedo al contagio, agravado por la falta de medios de protección. Las vivencias positivas fueron el crecimiento personal, el apoyo del equipo y de la familia. También cabe destacar el control racional de la situación, debido a que en las unidades de diálisis hay gran experiencia en el control de la transmisión de enfermedades infecciosas.</p> <p>Palabras clave: COVID-19; pandemia; hemodiálisis; experiencias de vida; enfermeras.</p>
Resultados	<p>Del análisis de los discursos emergieron cuatro dimensiones asociadas a diferentes subcategorías: desconocimiento sobre la enfermedad, sufrimiento del paciente, soporte percibido y capacidad de afrontamiento de los profesionales.</p>
Comentarios y reflexiones	<p>Los resultados obtenidos de este estudio permiten proporcionar una comprensión de la experiencia de vida de las enfermeras de hemodiálisis durante a pandemia por COVID-19.</p> <p>En las enfermeras han coexistido emociones positivas y negativas. En la etapa álgida del brote epidémico las vivencias de las enfermeras de hemodiálisis fueron provocadas por el desconocimiento, por no saber</p>

	<p>actuar adecuadamente, y el miedo al contagio agravado por la falta de medios de protección.</p> <p>Las vivencias positivas fueron el crecimiento personal, el apoyo del equipo y de la familia y el control racional de la situación.</p> <p>Es necesario conocer las necesidades y demandas de los profesionales para garantizar sistemas sanitarios seguros ante una situación de pandemia con una gran letalidad sobre pacientes especialmente vulnerables.</p>
<p>Referencias del documento</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Coronavirus disease 2019 (COVID-19) Situation Report - 84. World Health Organization (Internet). 2020;2019 (April):2633. https://bit.ly/3cKILir 2. Zhu N, Zhang D, Wang W, Li X, Yang B, Song J, et al. (2019). A novel coronavirus from patients with pneumonia in China. <i>N Engl J Med.</i> 2020;382(8):727-33. https://bit.ly/3wp1TdD 3. Wang L, Wang Y, Ye D, Liu Q. (2020). Review of the 2019 novel coronavirus (SARS-CoV-2) based on current evidence. <i>Int J Antimicrob Agents.</i> 2020; Jun;55(6):105948. https://bit.ly/3wznd04 4. Sánchez-Álvarez JE, Pérez Fontán M, Jiménez Martín C, Blasco Pelicano M, Cabezas Reina CJ, Sevillano Prieto ÁM, et al. Situación de la infección por SARS-CoV-2 en pacientes en tratamiento renal

sustitutivo. Informe del Registro COVID-19 de la Sociedad Española de Nefrología (SEN). Nefrología. 2020 abr. (En prensa).

5. Ministerio de Sanidad y Consumo. Enfermedad por el coronavirus (COVID-19). Situación en España. Actualización N° 123. Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias. (Consultado 1 jun 2020). <https://bit.ly/2Su2JHt>

6. Análisis de los casos de COVID-19 en personal sanitario notificados a la RENAVE hasta el 10 de mayo en España. Informe a 29 de mayo de 2020. Equipo COVID-19. RENAVE. CNE. CNM (ISCIII). 2019 may. <https://bit.ly/3vCTGBz>

C. Consentimiento Informado

UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE



INSTITUTO DE POSGRADO



MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

MENCIÓN EN ENFERMERÍA FAMILIAR Y COMUNITARIA

ACTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____, con número de Cédula _____, acepto participar voluntaria y anónimamente en la investigación “Construcción sociocultural y vivencias COVID 19 personal de atención primaria Centro Salud 1 Ibarra, 2021”, dirigida por el Doctor Widmark Enrique Baéz Morales.

Declaro haber sido informado/a de los objetivos y procedimientos del estudio y del tipo de participación. En relación a ello acepto participar en una entrevista sobre la construcción sociocultural y vivencias COVID 19 del personal de atención primaria.

Declaro haber sido informado/a que mi participación no involucra ningún daño o peligro para su salud física o mental, que es voluntaria y que puedo negarme a participar o dejar de participar en cualquier momento sin dar explicaciones o recibir sanción alguna.

Declaro saber que la información entregada será **confidencial y anónima**. Entiendo que la información será analizada por los investigadores en forma grupal y que no se podrán identificar las respuestas y opiniones de cada participante en modo personal.

Declaro saber que la información que se obtenga será guardada por el investigador responsable en dependencias de la Universidad Técnica del Norte y será utilizada solo para ese estudio.

Este documento se firma en dos ejemplares, quedando uno en poder de cada una de las partes.

Nombres y apellidos del participante

Nombres y apellidos del investigador.

Firma del participante

Firma del investigador

REFERENCIAS

- Abbagnano, N. (2004). *Diccionario de filosofía*. Fondo de Cultura Económica.
- American Psychological Association (2020). *Guía resumen del Manual de Publicaciones con Normas APA*. <https://bit.ly/39r3oNR>
- Andreu-Periz, D., Ochando-García, A. y Limón-Cáceres, E. (2020). Experiencias de vida y soporte percibido por las enfermeras de las unidades de hemodiálisis durante la pandemia de COVID-19 en España. *Enfermería Nefrológica*.23(2):148-159. <https://doi.org/10.37551/S2254-28842020022>
- Arroyo, J. (11 de marzo de 2020). Redacción médica [Weblog post]. Coronavirus: la OMS declara la pandemia a nivel mundial por Covid-19. <https://bit.ly/3uOqXtl>
- Aveiga-Parra, JC. (2021). *Lo que mis ojos vieron, Crónicas de un médico en la pandemia*. Amazon.
- Berger, P. y Luckmann, Th. (2003). *La construcción social de la realidad*. Amorrortu editores.
- Bertaux, D. (2005). *Los relatos de vida. Perspectiva etnosociológica*. Edicions Bellaterra.
- Boccaccio, G. (2015). *El Decamerón*. Book Trade.
- Burns, M. (Ed.). (2004). *101 healing stories for kids and teens*. Jhon Wiley & Sons. <https://ebookcentral.proquest.com>
- Campo, A. L. (2008). *Diccionario básico de Antropología*. Abya-Yala.
- Camus, A. (2003). *La peste*. Editorial Sol90.
- Castañeda Mosquera, L. A., y Perafan Echeverri, G. A. (2015). El conocimiento profesional del profesor: tendencias investigativas y campo de acción en la formación de profesores. <https://doi.org/10.17227/2011804X.14PPO8.21>
- Chávez Carrillo, C. (2015). *Diccionario de Recursos Humanos*. Editorial Brujas.

<https://ebookcentral.proquest.com>

Chesnay, M. 2014. *Nursing research using life history. Qualitative designs and methods in nursing*. Springer. <https://ebookcentral.proquest.com>

Chung, D. D. L. (Ed.). (2013). *Road to scientific success: inspiring life stories of prominent researchers*. <https://ebookcentral.proquest.com>

Corporación, D. E. Y. P. (Ed.). (2014). *Régimen de la Salud. Tomos I y II, concordancias*. Corporación de estudios y publicaciones.

Corporación, D. E. Y. P. (Ed.). (2017). *Constitución de la República del Ecuador: legislación conexas, concordancias*. <https://ebookcentral.proquest.com>

Corporación, D. E. Y. P. (Ed.). (2017). *Código del Trabajo: legislación conexas, concordancias y jurisprudencia*. <https://ebookcentral.proquest.com>

Corporación, D. E. Y. P. (Ed.). (2020). *Normativa de Seguridad y Salud Ocupacional*. Corporación de estudios y publicaciones.

Covello, A. y Muro, M. (2020). *Análisis sistémico de la pandemia del coronavirus*. <https://bit.ly/3w9BJuV>

de Gispert, C. (Dir.) (2008). *Diccionario ilustrado de las ciencias y la tecnología*. Océano.

de Gispert, C. (Dir.) (2016). *Diccionario de Medicina* Océano Mosby. Océano.

de Gortari, E. (2016). *Diccionario de la lógica*. Plaza y Valdes. <https://ebookcentral.proquest.com>

Daniels, H. (2003). *Vygostky y la pedagogía*. Paidós.

Denzin, N. y Lincoln, Y. (2015). *Métodos de recolección y análisis de datos*. Gedisa.

Díaz-Castrillón, F. y Toro-Montoya, A. (2020). SARS-coV-2/COVID-19: el virus, la enfermedad y la pandemia. *Medicina & Laboratorio*; 24(3):183-05.

<https://doi.org/10.36384/01232576.268>

Echeverría, B. (2019). *Definición de la Cultura*. Fondo de Cultura Económica.

Ehrenreich, B., Hilden, J. & Malterud, K. (2007). Patients' written life stories: A gateway for understanding. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 25 (1) 33-37.

doi.org/10.1080/02813430600958443

España, S. (26 de agosto de 2020). La pandemia deja al 83% de los trabajadores en Ecuador en el desempleo o con condiciones precarias. El país.

Fisher, M. y Bubola, E. (15 de marzo, 2020). A medida que el coronavirus profundiza la desigualdad, la desigualdad empeora su propagación. *The New York Times*.

<https://nyti.ms/3pTg6gC>

Foucault, M. (2017). *Discurso y verdad. Conferencias sobre el coraje de decirlo todo*. Siglo veintiuno editores.

French, M., Monahan, T. (2020). Dis-ease Surveillance: How Might Surveillance Studies Address COVID-19? *Surveillance & Society*. 2020;18(1):1-11.

<https://bit.ly/3unTbuY>

Fundación Gestión del Conocimiento (2015-2016). Sociedad del conocimiento. [Weblog post]. <http://bit.ly/3bfGOYV>

Galimberti, U. (2002). *Diccionario de Psicología*. Siglo veintiuno editores

García-Márquez, G. (2015). *El amor en tiempos de colera*. Sudamericana.

Gibbs, G. (2012). *El análisis de datos cualitativos en investigación cualitativa*. Morata.

Giordano, P. (2020). *En tiempos de contagio*. Salamandra.

Greco, O. (2008). *Diccionario de Sociología*. Valletta Ediciones.

<https://ebookcentral.proquest.com>

Guerra, F. (2017). *El libro de los organizadores gráficos*. Editorial UTN.

<https://bit.ly/396FLs4>

Guerra, F. (2020). *Voces desde la escuela ibarreña. Herramienta metodológica para la construcción de historias de vida*. Editorial UTN. <https://bit.ly/3wbD2JY>

Habermas, J. (1999). *Teoría de la acción comunicativa I y II*. Taurus.

Hammack, P. y Toolis, E. (2014). Narrative and the social construction of adulthood. Rereading personal narrative and life course. *New directions for child and adolescent development* 145, 43-56. <https://doi.org/10.1002/cad.20066>

Hinkley, J. (2006). *Narrative-Based Practice in Speech-Language. Pathology Stories of a Clinical Life*. Plural Publishing. <https://ebookcentral.proquest.com>

Jameson, F. (2016). *Los estudios culturales*. Ediciones Godot.

Joseph, I. (2002). *El transeunte y el espacio urbano. Sobre la dispersión y el espacio urbano*. Gedisa.

Kim, J. (2020). Learning and Teaching Online During Covid-19: Experiences of Student Teachers in an Early Childhood Education Practicum. *International Journal of Early Childhood*. (52):145–158. <https://doi.org/10.1007/s13158-020-00272-6>

Krastev, I. (2020). *¿Ya es mañana? Cómo la pandemia cambiará el mundo*. Debate.

LACC's Andean Studies Program (Productor). (2020). Impactos socioculturales del COVID-19 en Guayaquil, Ecuador: La intensificación de desigualdades. <https://www.youtube.com/watch?v=DBSyfC9WR9o>

Leóntiev, A.N. (1967). *El hombre y la cultura. Problemas teóricos sobre educación*. Grijalvo.

Lévi-Strauss, C. (2012). *Mito y significado*. Alianza editorial.

Lozano-Vargas, A. (2020). Impacto de la epidemia del Coronavirus (COVID-19) en la salud mental del personal de salud y en la población general de China. *Revista de*

- Neuropsiquiatría*. 83(1): 51-56. <http://dx.doi.org/10.20453/rnp.v83i1.3687>
- Marcos, A. (2020). COVID-19 Experiencia de lo imposible. *Ludus Vitalis*, 38(53): 121-125. <https://bit.ly/3pNWfzl>
- Martín-Jiménez, C. (2020). *La verdad de la pandemia* (2ª. Ed.). Planeta.
- Mercado, (2020). *Una pandemia de errores. Cómo y por qué la mala gestión convirtió a España en campeón mundial del coronavirus*. Deusto.
- Ministerio de Salud Pública (2018). *Manual del Modelo de Atención Integral de Salud*. MAIS. MSP.
- Morin, E. (2020). *Cambiamos de vía-Lecciones de la pandemia*. Editorial Planeta.
- Moriña, A. (2017). *Investigación con historias de vida*. Narcea.
- Mucchielli, A. (2002). *El arte de influir. Análisis de las técnicas de manipulación*. Cátedra.
- O'Sullivan, T., Hartley, J. Saunders, D., Montgomery, M. y Fiske, J. (1997). *Conceptos clave en comunicación y estudios culturales*. Amorrortu editores.
- Ortiz-Uribe, F. (2003). *Diccionario de metodología de la investigación científica*. Limusa.
- Osler, S. (2019). *Coronavirus Outbreak. All the Secrets Revealed About the Covid-19 Pandemic*. <https://bit.ly/3ycgiuZ>
- Osterholm, M. y Olshaker, M. (2020). *La amenaza más letal*. Planeta.
- Patton, K. (2010). *Sociocultural Intelligence. A New Discipline in Intelligence Studies*. <https://ebookcentral.proquest.com>
- Paulín, G., Horta, J. y Siade, G. (2009). La vivencia y su análisis: consideraciones breves sobre las nociones objeto-sujeto en el universo discursivo del mundo cultural. *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales*. (205):15-

35. <https://bit.ly/3ucInQy>

Peacock, J. (2005). *La lente antropológica*. Alianza Editorial.

Perkins, D. (2008). *La escuela inteligente, del adiestramiento de la memoria a la educación de la mente*. Gedisa.

Pujadas, J. (1992). *El método biográfico: el uso de las historias de vida en ciencias sociales*. Cuadernos Metodológicos, N° 5. CIS.

Quammen, D. (2020). *Contagio. La evolución de las pandemias*. Debate.

Real Academia Española (2014). *Diccionario de la lengua* (23ª. Ed.). Planeta.

Ryan, A. & Doyle, J. (Ed.). (2008). *Trends in nursing research*. Nova.
<https://ebookcentral.proquest.com>

Sánchez-Cerezo, S. (Dir.) (2003). *Diccionario de las ciencias de la educación* (2ª. Ed.). Aula Santillana.

Sanders Peirce, Ch. (2009). *La fijación de las creencias. Cómo aclarar nuestras ideas*. KRK Ediciones.

Saramago, J. (2003). *Ensayo sobre la ceguera*. Editorial Sol90.

Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo (2017). *Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021. Toda una Vida*. Senplades

Szurmuk, M, y Mckee, R. (2009). *Diccionario de estudios culturales latinoamericanos*. Siglo XXI.

Swain, M., Kinnear, P. & Steinman, L. (2015). *Sociocultural Theory in Second Language Education. An introduction through narratives* (2ª. Ed.).
<https://ebookcentral.proquest.com>

Tuffanelli, L. (2010). *Comprender ¿Qué es? ¿Cómo funciona?.* Narcea Ediciones.

Vásquez-Aguado, O. (2014). *Libro blanco del Título de Grado en Trabajo Social de*

Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación. ANECA.

Vega, G. (2020). *Historia, cultura y pandemias*. UIDE.

Vygotski, L. (2012). *El desarrollo de los procesos psicológicos superiores*. Austral.

Wang, C. & Geale, S. (2015). The power of story: Narrative inquiry as a methodology in nursing research. *International Journal of Nursing Sciences*. 2(2). 195-198.

<https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2015.04.014>

Wertsch, J. (1993). *Voices of the Mind Sociocultural. Approach to Mediated Action*.

<https://ebookcentral.proquest.com>

Zhou, S. J., Zhang, L. G., Wang, L. L., Guo, Z. C., Wang, J. Q., Chen, J. C., Liu, M., Chen, X., & Chen, J. X. (2020). Prevalence and socio-demographic correlates of psychological health problems in Chinese adolescents during the outbreak of COVID-19. *European child & adolescent psychiatry*, 29(6), 749–758.

<https://doi.org/10.1007/s00787-020-01541-4>

Žižek S. (2020). *Pandemia. La covid-19 estremece al mundo*. Anagrama.