

# Experiencias de personas trabajadoras de la salud en Ciudad de México durante la pandemia por COVID-19.

*Health workers experiences in Mexico City during the COVID-19 pandemic.*

Itzel Eguiluz<sup>1</sup>, Alexia S-Rivera<sup>2</sup> & Adriana Cruz-Bañares<sup>3</sup>

## Resumen

El personal de salud que trabajó en los hospitales COVID-19, durante los primeros meses de la pandemia, experimentó largas jornadas de trabajo, desconocimiento, incertidumbre y miedo. **Objetivo:** El objetivo fue explorar las experiencias del personal de salud que trabajó en hospitales públicos de Ciudad de México, durante la pandemia de COVID-19. **Materiales y métodos:** Realizamos una investigación cualitativa rápida a través de entrevistas semiestructuradas virtuales (n=30) al personal de primera línea entre mayo y septiembre del 2020. Fue un proceso iterativo de recolección y análisis, codificamos el material y después construimos temas que revisamos en una matriz. **Resultados:** Presentamos tres temas principales: 1) Miedo al virus: la incertidumbre, la muerte y la preocupación por la familia, fueron una constante. 2) Las acciones realizadas para contención: las personas que experimentaron el programa de apoyo en “Los Pinos” lo vivieron como un programa exitoso y positivo. 3) La atención de su salud mental: el personal de salud vivió falta de atención a la salud mental y la dificultad para utilizar la existente. **Conclusiones:** Dadas las condiciones, el día a día era compartir y tratar de comprender las emociones entre los equipos, apoyándose entre sí dadas las experiencias difíciles que se vivían. Este estudio se corresponde con otros en México y el mundo que refleja la necesidad de planear y tener normativas claras y no reactivas, así poder disminuir los miedos y la incertidumbre.

**Palabras clave:** COVID-19; México; miedo; actitud del personal de salud

## Abstract

Health workers in Mexico City during the COVID-19 pandemic experienced long working hours, ignorance, uncertainty, and fear. Objective, material, and methods: To explore the experiences of health personnel who worked in public hospitals in Mexico City during the COVID-19 pandemic. We conducted rapid qualitative research through virtual semi-structured interviews (n=30) with frontline staff between May and September 2020. This research was an iterative process of data collection and analysis. We codified the material and then built themes that we reviewed in a matrix. Results: We presented three main themes: 1) Fear of the virus: uncertainty, death, and concern for their families, were a constant for participants. 2) The actions conducted for containment: the people who experienced the support program in “Los Pinos” experienced it as a successful and positive program. 3) Mental health care: the health personnel experienced a lack of attention to their mental health and difficulties to use the existing one. Conclusions: Given the conditions, the day-to-day was to share and try to understand the emotions among the teams, supporting each other given the difficult experiences that they were living. This study corresponds to others in Mexico and worldwide, showing the need to plan and have clear and non-reactive regulations, to reduce fears and uncertainty.

**Keywords:** COVID-19; Mexico; fear; Attitude of Health Personnel.

**Fecha de recepción:** 29-11-2021

**Fecha de aceptación:** 03-03-2022

<sup>1</sup>Instituto de Investigaciones Económicas, UNAM. Equipo México del Rapid Research Evaluation and Appraisal Lab (RREAL). [im.eguiluz@gmail.com](mailto:im.eguiluz@gmail.com) ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5240-3202>

<sup>2</sup>Coordinadora de Programas, Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). [alexia.riv07@gmail.com](mailto:alexia.riv07@gmail.com) ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9151-0054>

<sup>3</sup>Investigadora Independiente. Equipo México del Rapid Research Evaluation and Appraisal Lab (RREAL). [adicb19@gmail.com](mailto:adicb19@gmail.com) ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6453-9027>

## Introducción

Durante las emergencias sanitarias los riesgos a los que están expuestas las personas trabajadoras de la salud (PTS) incrementan, como se observó durante la crisis de ébola (Fowler, Fletcher, Fischer, Lamontagne, Jacob, Brett-Major, et al., 2014), durante el surgimiento de la epidemia de la influenza AH1N1 (Ives, Greenfield, Parry, Draper, Gratus, Petts, et al., 2009; Velásquez, Contreras, Salazar & Chacón, 2009) o del síndrome respiratorio agudo grave en 2003 (Wu, Styra, & Gold, 2020). Estas y otras emergencias sanitarias demandan de las PTS horas extras de trabajo, tienen como consecuencia fatiga, que se alejen de su familia, trabajar con menos personal, tener malestares emocionales, enfrentarse a una mayor exposición al virus, así como la posibilidad de exponer a sus familias y tener una preocupación constante por la posibilidad de transmitirles el virus. Lo anterior aunado a la falta de equipo de protección personal (EPP), no sentirse preparados para realizar su trabajo y en muchos casos el miedo constante causado por la crisis (An, Bellato, Konishi, Pellino, Sensi, Siragusa, et al., 2020; Cawcutt, Starlin & Rupp, 2020; Ives et al., 2009; *Keep health workers safe to keep patients safe: WHO*, 2020; Ogolodom, Mbaba, Alazigha, Erondu, Egbe, Golden, et al., 2020; Serna-Ojeda, Castañón-González, Macías, Mansilla-Olivares, Domínguez-Cherit, Polanco-González, 2012; Vega & Román 2020; Velásquez et al., 2009; Vindrola-Padros, Andrews, Dowrick, Djellouli, Fillmore, Bautista-González, et al., 2020; Wu et al., 2020).

En el caso específico del miedo, se han publicado investigaciones durante esta y otras crisis sanitarias en las que se puede observar con claridad que las PTS viven miedo constante por diversidad de razones. Por ejemplo, durante la pandemia por influenza AH1N1 en México una encuesta encontró que la mayor preocupación que se generó entre las PTS fue el temor a contraer el virus o a transmitirlo a sus familias (Velásquez et al., 2009). Por otro lado, en una encuesta realizada en varios países a especialistas en cirugía durante los primeros meses de la pandemia por COVID-19 encontraron que el miedo de enfermar o enfermar a otras personas era alto, sobre todo en México, en

los Estados Unidos y en Turquía (An et al., 2020). Mismos resultados se observan en estudios en Jordania (Alnazly, Khraisat, Al-Bashaireh, & Bryant, et al., 2021), las PTS viven con altos niveles de miedo durante este tipo de crisis sanitaria.

Los resultados de una encuesta con PTS en Pakistán fueron el miedo a tener COVID-19 con un 84,8% de las personas participantes y el transmitirlo a la familia hasta con 94.2 %, otro factor relevante fue el miedo a morir con 56,8 % (Kumar, Katto, Siddiqui, Sahito, Ahmed, Jamil, et al., 2020). La composición familiar, es decir tener personas mayores o niñas y niños es un factor que incrementa el miedo a enfermar o enfermar a otras personas, esto se refleja sobre todo en mujeres y enfermeras (Collantoni, Saieva, Meregalli, Giroto, Carretta, Boemo, et al., 2021; Malik, Ullah, Irfan, Ahorsu, Lin, Pakpour, et al., 2021).

Sin embargo, se ha encontrado que el miedo ha sido un predictor positivo de cambio de conducta en la población general durante la pandemia por COVID-19 (Harper, Satchell, Fido & Lutzman 2020), mientras que Malik et al. encontraron en su estudio con personal de salud en Pakistán que el miedo puede impactar de forma negativa para el personal de salud. Algunas de las herramientas que se han utilizado para apoyar a las PTS son la creación de algunos programas que se crearon para que las PTS, que así lo solicitaran, pudieran hospedarse durante algunos meses de la pandemia en albergues y así evitar la posible transmisión a sus familias o los largos trayectos (Boley, s/f; Caracol, 2020; Vimercati, Tafuri, Chironna, Loconsole, Fucilli, Migliore, et al., 2020).

En Ciudad de México este proyecto se desarrolló en el complejo de “Los Pinos” que anteriormente funcionaba como casa de gobierno y, desde 2019, es un centro cultural. Durante la pandemia fue administrado por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y se hospedaron cerca de 70 personas, en su gran mayoría mujeres (72%) (IMSS, 2020). El espacio funcionó entre el 4 de mayo y el 31 de agosto del 2020.

México ha sido uno de los países donde las PTS han sido mayormente afectadas por la pandemia, por ejemplo, es el país con mayor mortalidad reportada de PTS con más de 235,343 casos acumulados. De ellas el 62 % de los casos son mujeres y enfermeras (Agren, 2020). Hasta el 25 de octubre de 2021 en México habían fallecido 4,517 PTS a causa del SARS-CoV-2, la mayoría de las defunciones se concentraban en hombres y personal que ejerce la medicina (Secretaría de Salud, 2021). Alrededor de 900 de las personas que habían fallecido trabajaban en Ciudad de México, siendo el estado más afectado del país (Secretaría de Salud, 2021).

En México se han publicado algunos estudios sobre la situación del personal de salud durante la pandemia por COVID-19, como, por ejemplo, un estudio que se enfocó al miedo de grupo de cirujanos a contraer COVID-19 (An et al., 2020), otro a la fatiga que vivieron el grupo de médicos cubanos que acudieron a apoyar durante los primeros meses de la pandemia (Vega & Román 2020), uno más sobre la situación en la que se encontraron médicas y médicos residentes (Olmedo-Canchola, 2020), otro sobre la alta mortalidad de las PTS (Agren, 2020), a los constantes cambios en las políticas públicas (Bautista-González, Werner-Sunderland, Pérez-Duarte Mendiola, Esquinca-Enríquez-de-la-Fuente, Bautista-Reyes, Maciel-Gutiérrez, et al., 2021) o, a manera de denuncia, sobre la situación crítica que vivieron a inicios de la pandemia por COVID-19 (Ñamendys-Silva, 2020).

Las personas trabajadoras de la salud no solo son aquellas que ejercen la medicina, sino que se contemplan todas aquellas personas que proveen cuidados y servicios. Como indican Joseph & Joseph (2016) una persona trabajadora de la salud (PTS) puede ser médica, enfermera, ayudantes, laboratoristas y otras personas que laboran en áreas de salud. Estas personas viven constantemente expuestas a diferentes situaciones que pueden poner en riesgo su salud, desde diferentes tipos de virus o bacterias hasta pasar horas de pie o vivir con cargas importantes de estrés (Joseph & Joseph, 2016).

A la fecha, siguen haciendo falta más investigaciones con métodos cualitativos profundos sobre las experiencias de las personas trabajadoras de la salud de primera línea en México durante la pandemia de COVID-19. Hemos tratado de abordar esta brecha mediante la realización de una investigación cualitativa rápida con el objetivo de explorar las experiencias del personal de salud que trabajó en hospitales públicos de Ciudad de México durante la pandemia de COVID-19. Teniendo como guía la siguiente pregunta: ¿Cuáles han sido las experiencias del personal de salud en la prestación de atención en el contexto de la pandemia de COVID-19 en los hospitales públicos de Ciudad de México?

El fin último de esta investigación es contribuir a que, como indicó la Organización Mundial de la Salud, durante la pandemia por COVID-19, y cualquier otra, se protejan la salud y la vida de las personas trabajadoras de la salud de primera línea, ya que es crítico para poder habilitar una mejor respuesta a nivel global (WHO, 2020).

## Materiales y métodos

Esta es una investigación cualitativa rápida realizada a través de entrevistas semiestructuradas virtuales (n=30) con el personal de primera línea. En este artículo, compartimos los hallazgos emergentes de este estudio basados en datos recopilados desde mayo de 2020 hasta mediados de septiembre de 2020. Las investigaciones cualitativas rápidas se desarrollan comúnmente para recopilar y analizar datos de una manera específica dentro de tiempos limitados para, por ejemplo, 'diagnosticar' una situación de salud (Green & Thorogood, 2018). Está basada en un proceso iterativo de recolección y análisis, donde “los investigadores comienzan con información previamente recolectada, y luego progresivamente aprenden uno del otro y de la información proveniente de entrevistas semiestructuradas y observaciones directas” (Beebe, 1995). El equipo de investigación incluyó a investigadoras con experiencia en salud pública, salud global y métodos cualitativos.

A través de un marco de muestreo preestablecido incluimos a diversos perfiles de profesionales de la salud como enfermería, medicina, laboratorio, trabajo social, residentes y servicio social, lo cual es una fortaleza de esta investigación, dado que no siempre se incluyen en las investigaciones perfiles sanitarios diversos.

Todas las personas a las que entrevistamos debían trabajar en hospitales públicos en Ciudad de México (Institutos Nacionales de Salud, Instituto Mexicano del Seguro Social, hospitales de la Secretaría de Salud Federal, hospitales de la Secretaría de Salud del Gobierno de la Ciudad de México e Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)).

Se efectuó la búsqueda de participantes a través de un muestreo bola de nieve en redes sociales y con personas clave, intentando cumplir con un número mínimo para cada perfil participante (Vindrola-Padros, 2021). Contactamos a quienes cumplían con el perfil vía correo electrónico y WhatsApp, mediante estos medios se proporcionó una copia de la hoja de información del participante y si estaban de acuerdo, alguna de

las investigadoras agendaba la entrevista en el momento más oportuno para la PTS, siendo realizadas las entrevistas en diversos horarios y días, incluyendo fines de semana.

Las entrevistas las realizamos mediante WhereBy, Zoom o WhatsApp con video. Es importante mencionar que el uso de WhatsApp fue de utilidad y el medio de mayor facilidad, ya que varias de las personas participaron desde sus espacios de trabajo. Utilizamos una hoja Rap para realizar las entrevistas. Las hojas Rap o *RapSheets* son instrumentos que contienen las principales temáticas de la entrevista (Vindrola-Padros, 2021) y que también sirven para resumir los datos de estas (Beebe, 2014).

Al finalizar el tiempo destinado para el trabajo de campo obtuvimos 30 entrevistas (ver tablas 1 y 2) que cumplieron con los criterios de inclusión de participantes (trabajar en hospitales públicos en Ciudad de México y atender a personas con diagnóstico positivo para COVID-19). Las entrevistas duraron en promedio 30 minutos y, aunque utilizamos video al realizarlas, solo fueron audiograbadas.

**Tabla 1.** Participantes en las entrevistas

Tipo de personal	N
Personal médico (hospitalización y cuidados intensivos)	12
Residentes y servicio social	7
Personal de enfermería	6
Personal de laboratorio	3
Trabajadoras sociales	2
<b>Total</b>	<b>30</b>

Fuente: elaboración propia. 2021

**Tabla 2.** Institución a la que pertenecían las personas participantes en el estudio

Institución	Cant
IMSS	10
Secretaría de Salud	10
Institutos nacionales de salud	7
Otros	3
<b>Total</b>	<b>30</b>

Fuente: elaboración propia. 2021

En su mayoría las participantes fueron mujeres, sin que esto fuera una característica de inclusión o exclusión previa (23 mujeres, 7 hombres). Se tuvieron tres rechazos a la entrevista y dos personas que no volvieron a responder después del primer contacto, dos de las personas que rechazaron dijeron tener prohibido realizar entrevistas.

Al iniciar el estudio se les recordó a los participantes que su participación era voluntaria y anónima a través de la lectura del consentimiento informado. Ningún participante decidió retirarse durante el transcurso del estudio, sin embargo, las entrevistas fueron complejas, muchas personas lloraron durante las mismas y expresaron agradecimiento por sentirse escuchadas en un espacio neutral a sus espacios de trabajo o familiares.

### Análisis

Durante la entrevista, y al final de esta, tomamos notas en la hoja RAP. Las entrevistas fueron revisadas por el equipo una vez realizadas

para analizar de forma inmediata los hallazgos y en su reorientar las entrevistas, preguntas o temas. Todas las entrevistas las clasificamos con una clave compuesta por el sexo (H o M) y el ámbito profesional de la persona participante (ver tabla 3). Posterior a ello las entrevistas fueron transcritas en su totalidad. Las investigadoras nos familiarizamos con el conjunto de los datos y, a partir de ello desarrollamos un marco de codificación inicial que contemplaba la atención a pacientes, la relación con planeación e infraestructura, apoyos sobre salud mental y temas relacionados al equipo de protección personal. Una vez que se acordó el marco, con base en las categorías utilizadas para las preguntas de investigación, realizamos la codificación de las entrevistas en el programa para análisis cualitativo Nvivo. Durante la codificación se construyeron temas a partir de las relaciones entre los códigos y atributos de las PTS. Estas temáticas fueron parte del análisis, como: el miedo, la muerte, las relaciones entre los equipos y las personales. Una vez terminada la construcción y elección de temas creamos una matriz para la revisión de todas las investigadoras, discutimos los hallazgos y a partir de ello definimos los resultados que aquí se presentan.

**Tabla 3.** Claves asignadas a las entrevistas

Tipo de personal	CLAVE
Personal médico en área de hospitalización	MHO
Personal médico en cuidados intensivos	MUCI/MESP
Residentes y servicio social	RES
Personal de enfermería	EHO
Personal de laboratorio	LAB
Trabajadoras sociales	TS

**Fuente:** elaboración propia. 2021

### Ética

El estudio principal del cual se desprende esta investigación ha sido clasificado como una evaluación de servicios en Reino Unido. En México seguimos un detallado consentimiento informado oral al inicio de cada entrevista para asegurar que la participación fuera voluntaria. El estudio estuvo respaldado por la Sociedad de Salud

Pública de México y formó parte de las investigaciones espejo que se realizaron por parte de miembros de la Red de trabajo RREAL (*Rapid Research, Evaluation, and Appraisal Lab*) en más de 22 países. La hoja de información indicó que las investigadoras, cuando llevaron a cabo el estudio, actuaron de manera independiente a la prestación de servicios y administración de la salud, operaron bajo un código profesional de conducta y

estuvieron interesadas en todos los aspectos del servicio (tanto positivos como negativos).

Se mantuvo el anonimato de todos los participantes. Cualquier dato de identificación como los nombres de las personas participantes fue eliminado de las transcripciones. El estudio no contó con ningún tipo de financiamiento.

## **Resultados**

### **Experiencias de las PTS durante los primeros meses de la pandemia**

Los resultados se presentan a través de tres temas seleccionados sobre las experiencias que han vivido las personas trabajadoras de la salud en los hospitales públicos de Ciudad de México con relación al miedo: 1) miedo al virus: la incertidumbre, la muerte y la familia; 2) las acciones realizadas para contención; y 3) atención de su salud mental.

#### ***Los miedos***

Al inicio de la pandemia lo primero que existió fue incredulidad y desconocimiento. El miedo durante los primeros meses de la pandemia fue una constante para las PTS, detonado en primer lugar por la posibilidad de contraer el SARS-CoV-2, pero, sobre todo, de transmitirlo a sus familias.

El miedo no solo estaba relacionado con la posibilidad de tener o transmitir el virus, sino con la idea de la muerte, aun siendo personas jóvenes, posiblemente debido a la constante exposición a casos complejos y dolorosos, así como al desconocimiento del virus.

Las PTS, en sus diferentes funciones, tuvieron que adaptarse a trabajar con la incertidumbre que trajeron las nuevas normas y regulaciones que se iban presentando de a poco en las instituciones de salud, que resultaba de ver a sus equipos disminuidos en número, por la falta de equipos de protección o dudas sobre su calidad, entre otras situaciones, pero sobre todo por el

desconocimiento de la enfermedad que provocaba preguntas sin respuesta y dudas sobre las decisiones que se estaban tomando.

Este miedo también se desprende de experiencias pasadas como las que vivieron durante los primeros meses de la pandemia por influenza AH1N1 en México.

Entonces al principio había mucho desconocimiento de eso también de... ¿qué datos pedir?, ¿cuánto?, ¿cómo hacerlo?, ¿cómo tomar la muestra? Incluso, ¿qué muestras tomar?, ¿dónde hacerlo? (MESPH2).

Lo que pasa es que es demasiado difícil no conocer una enfermedad y realmente sentir que lo que le estás dando es... yo a veces creo que nada más como por paz mental de nosotros de decir: “Estoy haciendo algo” (MHOM1).

Sentir que hace falta mayor equipo de protección o miedo a que un día no haya, no sentir seguridad con el equipo (RESM5).

El desconocimiento sobre el virus y su transmisión generaba miedo al contagio y, en consecuencia, a la muerte. Estos temores al contagio no solo se daban en primera persona, sino que se trasladaban a la posibilidad de transmitirlo a sus familias. Existía una relación entre el poder enfermar y transmitirlo en especial a personas mayores, en su mayoría padres y madres. Sin embargo, muchas de las PTS tenían hijas o hijos por quienes también tenían preocupación, sobre todo las mujeres en papel de madres o cuidadoras.

Este miedo por transmitir el virus llevó a tomar diversas decisiones para afrontar el miedo, desde hablar con la familia para acordar nuevas normas dentro del hogar o contarles porque no les verían.

Algunas de las PTS trataron de tomar acciones incluso hablando con sus familias sobre la posibilidad de morir en caso de adquirir el virus, así no solo intentaron disminuir la posibilidad de

transmisión sino de tener menores niveles de estrés y preocupación.

Entonces le digo: “Pues hijo, ahí está. Estos son los papeles, estos son los seguros, te paso una hoja, taz, taz, taz, nos sentamos un momento a hacerla. Aquí están taz, taz, taz.” [...] Lloramos y ya después le digo: “Lo que venga, o sea si tú me preguntas, sí, sí estoy lista, hijo, para lo que venga”. [...] Es parte del esquema de vida, el estar haciendo lo que nos toca hacer, cada segundo, cada minuto, cada hora, cada día, para mí eso es vivir, ¿no? y proyectar tu propia vida, ¿no? Tu herencia, él sabrá, qué toma, qué deja, pero está listo. Entonces, pues, esas fueron mis mayores inquietudes, ¿no? Mi padre, mi hijo, cómo lo dejaba, cómo no lo dejaba, qué vendría. (LABM1).

Yo tengo que asumir que me puedo infectar y que puedo infectar a mis hijas y eso ya es una carga emocional complicadísima. (MESPM5).

Entonces, emocionalmente está muy fuerte, muy fuerte para todos, pues la mayoría somos gente que tiene hijos, que tienen padres, que convive al menos con dos personas, ¿No?, con su pareja y su mamá, su papá, sus hermanos, entonces si emocionalmente ha sido un desgaste muy fuerte. (EHOM4).

En este caso el desgaste emocional debido a que existe una constante incertidumbre. El miedo y la desesperanza, sobre todo cuando enfermaban personas de sus equipos de trabajo, estuvieron presentes.

Estas emociones tenían su base en lo que observaban que sucedía a pacientes, sobre todo relacionado a la necesidad de tener apoyo ventilatorio y la distancia con las familias. La situación era aún más compleja para quienes tenían que lidiar con la muerte constante, con los avisos a las familias y observar la muerte en soledad.

Lo que a nosotros nos pasó como equipo de trabajo social fue que no es lo mismo dar un

anuncio de defunción por día a dar 10 avisos de defunción en una jornada, no fue lo mismo. (TSM1).

Siempre está el miedo al contagio ¿Qué pasa si me pasa a mí? Pero en la formación médica el doctor como que hace un escudo contra esa parte, un rato, como que te anestesia de ese pavor. (MUCIH1).

Nosotros no somos bomberos, ni policías, en ningún momento entras a la universidad de medicina pensando que lo que tú haces puede matarte a ti. (RESH2).

Diferentes profesionales de la salud vivieron experiencias similares, no solo personal de medicina o enfermería, también personal de laboratorio, servicio o trabajadores sociales estuvieron en situaciones de riesgo, percibieron que las medidas no eran suficientes y tuvieron miedo para realizar su trabajo.

Incluso en ocasiones la problemática a la que se enfrentaron era mayor, ya que no recibieron los mismos equipos o capacitaciones.

Entonces, al inicio me daba miedo debo decirlo, me daba miedo que me mandaran a esa área y el pensar que el equipo de protección no era suficiente, pensar que si me estornudaban yo ya estaría infectada, me daba miedo incluso dirigirme a enfermería o los médicos porque ellos son como muy elitistas, como: “Ah, eres de laboratorio”, entonces ni te ayudan, ni te explican, ni te esperan, es como: “Hazle como puedas”. El miedo se va diluyendo con el paso del tiempo, aun cuando el riesgo sigue existiendo. (LABM2).

Tuvimos que comprar de inicio material de protección, nuestro quirúrgico, cubrebocas y pues ya fue pasando el tiempo y afortunadamente recibimos donaciones, y eso nos ayudó a medio balancear esta situación y que la institución fuera adquiriendo el material para darnos nuestra dotación. (TSM1).

**Salud mental: “Pareciera que no había salida hasta que se acabara”**

Si bien hemos observado que las PTS vivieron los primeros meses de la pandemia con estrés, miedo y altos niveles percibidos de desgaste emocional, debían encontrar algunas formas de resiliencia y consuelo para poder seguir adelante en sus trabajos. Se habló de la necesidad de apoyo emocional a través de terapeutas o grupos de apoyo, sin embargo, el día a día era compartir y tratar de comprender las emociones del resto de los equipos, apoyándose entre sí. La búsqueda de apoyo emocional entre los equipos fue más visible entre el grupo de enfermeras, laboratorio o trabajadoras sociales, lo que también hace visibles las diferencias por género.

Sin embargo, no ha sido suficiente porque las emociones son emociones fuertes y emociones encontradas a veces, tanto que en ocasiones hemos salido y aunque sabemos que la sana distancia y todo, es tanto el desgaste emocional que cuando nos vemos a la cara, vemos el rostro de mis compañeras, luego me dicen “Jefa, ya no aguanto, ¿Nos damos un abrazo?” y lloramos. Si se nos salen lágrimas porque son, son muchas emociones, por lo cual a veces no podemos desahogar en el momento y el instituto como al, como en marzo o en abril, más o menos, finales de abril, algo así, pidió a los psicólogos, al departamento de psicología que nos diera un seguimiento, pero la verdad es que yo entiendo a mis compañeros que es muy difícil dar un seguimiento porque son muy pocos los psicólogos que asisten en el instituto y darle seguimiento a cada uno de nosotros, yo creo que es muy complicado. (EHOM4).

Las PTS sabían que debían realizar algunas actividades que les ayudaran a sentirse mejor, como hacer ejercicio, dejar de escuchar o ver noticias y buscar apoyo en quienes les rodeaban. Sin embargo, realizar estas actividades que pudieran parecer sencillas era complicado debido

al desgaste, al exceso de trabajo o a la necesidad de quedarse en casa para intentar evitar la transmisión del virus.

Lo que hemos tratado de hacer es discutir en el momento y seguir con el trabajo; pero saliendo de la unidad lo que procuro hacer es actividad física y descansar, dormir porque eso ayuda mucho. De manera habitual yo trabajo muchas noches seguidas y aun con esto llevo cansada, pero prefiero irme a correr porque esa es la manera de estar sacando el estrés. (EOHM5).

No puedes salir a hacer ejercicio, entonces hago un poco de yoga en casa, o no sé, veo una serie o algo y evito las noticias sobre COVID, deje de ver a todo el mundo que se la pasa compartiendo cosas de COVID, deje de seguirlas y deje de escuchar como noticias que se genera como estadísticas sobre el gobierno, todo eso lo deje de seguir, tengo, así como las cuentas oficiales que sigo y las leo una vez al día y no más. (LABM2).

En su experiencia el apoyo emocional a nivel institucional llegó de forma tardía o no llegó. Dada la dificultad para acceder a él, incluso cuando existía, no fue una herramienta que las personas que entrevistamos pudieran utilizar. Los horarios complicados, las pocas opciones que se ofrecieron y el cansancio extremo, la necesidad de dedicar el poco tiempo libre a descansar.

No, yo la he buscado de forma particular y cada uno de nosotros ha tenido también una semana de descanso desde el inicio de la pandemia, ha habido la oportunidad de irnos una semana y completamente aislarnos de todo esto, entonces cada uno ya tuvo ese periodo pero que el instituto o nuestra institución nos haya brindado apoyo de este tipo, no. (MESPH2).

Pues sí es complicado, o sea te digo, primero en horarios y en rutinas, como que siempre vivimos muy ocupados y casi que corriendo de un lugar a otro y con el tiempo muy justo y medido. Y luego, por ejemplo, tendrías que

encontrar el momento ideal, porque si tú me dices “No, pues que la terapia saliendo del área COVID” que ya estás destruido, no, o sea, no la vas a poder tomar porque en serio no tienes ganas ya, ni de respirar, o sea, estás muy agotado, ¿Sabes?, ni de manejar a tu casa. (MESPM3).

Inicialmente no, pero ahorita hicieron un programa junto con el de la OPS por si necesitábamos algún acompañamiento y lo mandaron hace como una semana de hecho. O sea, inicialmente no, pero ahorita ya han estado, como, entrándole. (MHOM3).

Durante las entrevistas algunas de las enfermeras que entrevistamos hablaron de la experiencia que experimentaban viviendo en el complejo instalado por las autoridades sanitarias en el espacio de “Los Pinos”, solo fueron mujeres quienes participaron mientras vivieron en el complejo. Las enfermeras que entrevistamos y que habitaban en Los Pinos afirmaron que el espacio fue de gran ayuda, sobre todo, para no tener el miedo constante de poder transmitir el virus a sus familias y así se sintieron más tranquilas.

Sí, sí a mí sí me ha ayudado. Por un lado, si se extraña la familia porque es nuestro apoyo primordial y básico, pero cuando yo decidí distanciarme fue precisamente para proteger a mi familia. Entonces fue de común acuerdo, nunca fue una imposición, y es lo que me ha ayudado. (EHOM5).

Me ha ayudado mucho porque ya no tengo que ir hasta allá y estarme preocupando. Me ha ayudado a relajarme. Estoy haciendo 3 comidas, lo que no hago en casa. Hemos estado comiendo bien, el ambiente de tanto follaje de bosque nos relaja demasiado. Yo me duermo a veces a las 3 am, llego del trabajo a las 10-11 y me acuesto a las 12, y a las 2 de la tarde me paro para cambiar a mi papá y así. Y ahorita no pasa eso, tengo el apoyo de que me cuiden a mi papá, pero al menos estoy durmiendo. Desde ayer no he dormido, sí tengo las ojeras, pero no me siento tan agobiada; me siento tranquila, me

ha ayudado mucho el ambiente aquí. (EHOM2).

El miedo y la incertidumbre que reportaban era menor al de otras personas trabajadoras de la salud o de ellas mismas antes de ir a vivir a Los Pinos. Podían descansar e incluso tener algunas herramientas, como pasear en los jardines, que les ayudaban a sentirse mejor emocionalmente. Como dice una de ellas: “comía tres veces al día”, tenía apoyo y aunque la fatiga seguía estando presente, la emoción era muy diferente.

## Discusión

Las experiencias de las personas trabajadoras de la salud que trabajaron en los hospitales de Ciudad de México durante los primeros meses de la pandemia, a quienes entrevistamos, son similares a las que vivieron otras personas trabajadoras de la salud en el mundo, durante esta misma pandemia y otras anteriores. Las experiencias centradas en el miedo fueron desgastantes física y emocionalmente, el desgaste emocional en parte se debió a que existía una constante incertidumbre, a la transmisión del virus y a la posibilidad de morir.

Esta situación es similar a lo que se vivió durante los primeros momentos con la influenza AH1N1 cuando la mayor preocupación se generó entre las PTS al enterarse de que se había implementado una alerta epidemiológica fue el temor al contagio propio o de alguno de sus familiares (Velásquez et al., 2009). También, observamos emociones similares al inicio de la pandemia por SARS-CoV-2 en diversos países del mundo (Alnazly et al., 2021; An et al., 2020; Kumar et al., 2020), estos miedos aunados a los diversos cambios en las normativas que se presentaron y que causaban inestabilidad (Bautista-González et al., 2021) son miedos que son difíciles de transformar en un predictor positivo como el que encontraron (Harper et al., 2020) debido al desgaste y falta de apoyo emocional, siendo así más cercano a los resultados encontrados por Malik et al. (2021).

Si bien el miedo y la incertidumbre podrán estar presentes en momentos de crisis sanitaria, de una nueva pandemia, los sistemas de salud deberían estar preparados para que estos miedos, en su mayoría, puedan resultar predictores positivos.

La mayor parte de las personas participantes en este texto fueron mujeres, por lo que no es posible realizar una comparativa clara, para conocer, por ejemplo, si se repiten los hallazgos de Collantoniet al.(2021) en los que las mujeres enfermeras reportaron mayores niveles de miedo que los hombres o que otras especialidades.

Sin embargo, se observa que tanto hombres como mujeres mencionan el miedo a transmitir el SARS-CoV-2 a sus padres, madres, hijos o hijas, pero en el caso de las mujeres se distingue la problemática que representa ejercer cuidados. Las mujeres viven, o al menos mencionan en mayor medida, el rol de cuidadoras lo que representa mayores dificultades para limitar la convivencia con sus familiares y que puede llevar a mayores temores que en el caso de los hombres.

Asimismo, se observa mayor apoyo emocional entre los equipos de mujeres enfermeras, laboratoristas y trabajo social, que entre otras personas o grupos. Futuras investigaciones deben contemplar las diferentes formas en que hombres y mujeres expresan sus malestares emocionales que al ser distintas pueden no plasmarse de forma visible en el discurso y deberían de buscarse de forma más propositiva.

Existen recomendaciones claras para cuidar a los cuidadores de salud (*Keep health workers safe to keep patients safe: WHO, 2020*), pero dado que hablamos de que uno de los mayores miedos es la transmisión a sus familias y personas queridas entonces estas recomendaciones deberán tomar en cuenta la vida personal y no solo laboral para poder implementar mejores procesos y ayudar de forma integral, por ejemplo desde una visión ecológica o desde la determinación social de la salud.

Las mujeres enfermeras que experimentaron el programa de apoyo en Los Pinos lo vivieron como un programa exitoso y positivo,

sin embargo, este tipo de programas deben evaluarse para conocer sus resultados. En los diversos ejemplos que existieron durante los primeros meses de la pandemia se observan hoteles, espacios creados o reformados para este fin, hospedaje con o sin alimentación, programas sin una duración o con límites de un mes (Dirección de Planeación Estratégica Institucional, 2020; Garcia, 2020; Vimercati et al., 2020). Este programa funcionó para que las PTS pudieran realizar su trabajo con mayor confianza y tranquilidad, sin embargo, pareciera que no fue suficiente el tiempo ofertado al contrastarlo con la duración de la pandemia en sus momentos más complejos. Este tipo de herramientas son auxiliares para algunas PTS, sin embargo, un número limitado de ellas pudieron tener acceso debido a las restricciones en la oferta y otras personas no podían alejarse de sus hogares y familias por ejercer cuidados o no tener una red social, lo cual puede relacionarse con los roles de género que se ejercen.

## Conclusiones

A lo largo de este texto encontramos que el miedo como emoción principal tuvo presencia constante y tuvo relación con la salud mental de las personas trabajadoras de la salud durante los primeros meses de la pandemia por COVID-19 en México. El miedo se presentó de diversas formas, debido a la falta de equipo de protección personal, a la falta de personal, a la necesidad de guías actualizadas y, sobre a la posibilidad de transmitir y adquirir el virus porque existía la posibilidad de morir. Estas situaciones aunadas a la falta de atención en salud mental llevaron a las personas a buscar formas de afrontar lo que vivieron, hablando entre ellas, desconectando de la información y grupos de apoyo informales.

En lo general, los resultados se corresponden con otro estudio realizado por el equipo RREAL México que analizó las políticas públicas durante los primeros meses de la pandemia, donde se refleja la necesidad de planear y tener normativas claras y no reactivas para el

futuro (Bautista-González et al., 2021), en este sentido es claro que tener este tipo de políticas podría contribuir de manera importante a disminuir el miedo y otras experiencias negativas.

Esta es la única manera de poder fortalecer las buenas prácticas que se requieren para que las personas trabajadoras de la salud, en especial aquellas que trabajan en primera línea de atención, puedan experimentar mejores situaciones de trabajo y vida en una futura pandemia.

Como indican Cawcutt et al. (2020) “debemos recordar que el miedo es una reacción y el coraje es la decisión de confiar en las prácticas de prevención de infecciones probadas para brindar el más alto nivel de atención, en el entorno más

seguro posible, durante el mayor tiempo posible.”, así no solo las personas trabajadoras de la salud tendrían mejores experiencias en su trabajo y vida personal, donde el miedo podrá ser una reacción con resultados positivos, sino que las personas a quienes atienden podrán tener una mejor atención.

### Agradecimientos

Al equipo de RREAL por su acompañamiento y enseñanzas. A Sofía De Los Santos Carmona, estudiante del Tecnológico de Monterrey, Campus Ciudad de México, por su invaluable apoyo con la transcripción de gran parte de las entrevistas.

## Referencias Bibliográficas

- Agren, D. (2020). Understanding Mexican health worker COVID-19 deaths. *The Lancet*, 396(10254): 807. doi:10.1016/S0140-6736(20)31955-3
- Alnazly, E., Khraisat, O., Al-Bashaireh, A., & Bryant, C. (2021). Anxiety, depression, stress, fear and social support during COVID-19 pandemic among Jordanian healthcare workers. *PloS One*, 16(3): e0247679. doi:10.1371/journal.pone.0247679
- An, Y., Bellato, V., Konishi, T., Pellino, G., Sensi, B., Siragusa, L., Franceschilli, M., Sica, G. S., & S-COVID Collaborative Group (2020). Surgeons' fear of getting infected by COVID19: A global survey. *The British Journal of Surgery*, 107(11): e543–e544. doi:10.1002/bjs.11833
- Bautista-González, E., Werner-Sunderland, J., Pérez-Duarte Mendiola, P., Esquinca-Enríquez-de-la-Fuente, C. J., Bautista-Reyes, D., Maciel-Gutiérrez, M., Murguía-Arechiga, I., Vindrola-Padros, C., & Urbina-Fuentes, M. (2021). Health-care guidelines and policies during the COVID-19 pandemic in Mexico: A case of health-inequalities. *Health Policy OPEN*, 2, 100025. doi:10.1016/j.hpopen.2020.100025
- Beebe, J. (1995). Basic Concepts and Techniques of Rapid Appraisal. *Human organization*, 54(1): 42–51. Recuperado de: <http://www.jstor.org/stable/44126571>
- Beebe, J. (2014). *Rapid Qualitative Inquiry: A Field Guide to Team-Based Assessment*. Londres: Rowman & Littlefield.
- Boley, M. (s/f). *How Hotels Are Supporting Healthcare Workers During COVID-19*. Cvent-Blog. Recuperado de: <https://www.cvent.com/en/blog/hospitality/hotels-supporting-healthcare>
- Caracol (19 de agosto del 2020). 160 habitaciones de hoteles recibirán a personal médico en Medellín. *Caracol Radio Medellín*. Recuperado de: [https://caracol.com.co/emisora/2020/08/19/medellin/1597855896\\_833079.html](https://caracol.com.co/emisora/2020/08/19/medellin/1597855896_833079.html)
- Cawcutt, K., Starlin, R., & Rupp, M. (2020). Fighting fear in healthcare workers during the COVID-19 pandemic [Review of *Fighting fear in healthcare workers during the COVID-19 pandemic*]. *Infection*

- Control and Hospital Epidemiology: The Official Journal of the Society of Hospital Epidemiologists of America*, 41(10), 1192–1193. doi:[10.1017/ice.2020.315](https://doi.org/10.1017/ice.2020.315)
- Collantoni, E., Saieva, A., Meregalli, V., Giroto, C., Carretta, G., Boemo, D., Bordignon, G., Capizzi, A., Contessa, C., Nesoti, M., Donato, D., Flesia, L., & Favaro, A. (2021). Psychological Distress, Fear of COVID-19, and Resilient Coping Abilities among Healthcare Workers in a Tertiary First-Line Hospital during the Coronavirus Pandemic. *Journal of Clinical Medicine Research*, 10(7):1465. doi:[10.3390/jcm10071465](https://doi.org/10.3390/jcm10071465)
- Dirección de Planeación Estratégica Institucional(DPEI) (2020). *Informe de labores y programa de actividades 2019-2020*. IMSS. Recuperado de: <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/informes/2020/ILPA-2019-2020.pdf>
- Fowler, R., Fletcher, T., Fischer, W., 2nd, Lamontagne, F., Jacob, S., Brett-Major, D., Lawler, J., Jacqueroiz, F., Houlihan, C., O'Dempsey, T., Ferri, M., Adachi, T., Lamah, M., Bah, E., Mayet, T., Schieffelin, J., McLellan, S., Senga, M., Kato, Y., ... Bausch, D. (2014). Caring for critically ill patients with ebola virus disease. Perspectives from West Africa. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 190(7), 733–737. doi:[10.1164/rccm.201408-1514CP](https://doi.org/10.1164/rccm.201408-1514CP)
- Garcia, S. (10 de abril de 2020). *Coronavirus pandemic: Hotel rooms, RVs provided to medical workers in effort to keep their family members safe*. KABC-TV. Recuperado de: <https://abc7.com/rvs-recreational-vehicles-doctors-nurses/6090757/>
- Green, J., & Thorogood, N. (2018). *Qualitative methods for health research*. Londres, Los Angeles: SAGE.
- Harper, C., Satchell, L., Fido, D., & Latzman, R. (2020). Functional fear predicts public health compliance in the COVID-19 pandemic. doi.org/[10.31234/osf.io/jkfu3](https://doi.org/10.31234/osf.io/jkfu3)
- Instituto Mexicano del Seguro Social (2020). *Informe 2019-2020 de labores y programa de actividades*. IMSS. Recuperado de: <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/informes/2020/ILPA-2019-2020.pdf>
- Ives, J., Greenfield, S., Parry, J., Draper, H., Gratus, C., Petts, J., Sorell, T., & Wilson, S. (2009). Healthcare workers' attitudes to working during pandemic influenza: a qualitative study. *BMC Public Health*, 9, 56. doi:[10.1186/1471-2458-9-56](https://doi.org/10.1186/1471-2458-9-56)
- Joseph, B., & Joseph, M. (2016). The health of the healthcare workers. *Indian Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 20(2):71–72. doi:[10.4103/0019-5278.197518](https://doi.org/10.4103/0019-5278.197518)
- Keep health workers safe to keep patients safe: WHO*. (17 de septiembre del 2020). WHO. Recuperado de: <https://www.who.int/news-room/detail/17-09-2020-keep-health-workers-safe-to-keep-patients-safe-who>
- Kumar, J., Katto, M., Siddiqui, A., Sahito, B., Ahmed, B., Jamil, M., & Ali, M. (2020). Predictive Factors Associated with Fear Faced by Healthcare Workers During COVID-19 Pandemic: A Questionnaire-Based Study. *Cureus*, 12(8), e9741. doi:[10.7759/cureus.9741](https://doi.org/10.7759/cureus.9741)
- Malik, S., Ullah, I., Irfan, M., Ahorsu, D., Lin, C., Pakpour, A., Griffiths, M., Rehman, I., & Minhas, R. (2021). Fear of COVID-19 and workplace phobia among Pakistani doctors: A survey study. *BMC Public Health*, 21(1), 833. doi:[10.1186/s12889-021-10873-y](https://doi.org/10.1186/s12889-021-10873-y)
- Ñamendys-Silva, S. (2020). Health care workers on the frontlines of COVID-19 in Mexico. *Heart & Lung: The Journal of Critical Care*, 49(6), 795. doi:[10.1016/j.hrtlng.2020.09.005](https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2020.09.005)
- Ogolodom, M., Mbaba, A., Alazigha, N., Erondu, O., Egbe, N., Golden, I., Ugwuanyi, D., Achi, G., & Eke, C. (2020). Knowledge, attitudes and fears of healthCare workers towards the corona virus disease (COVID-19) pandemic in South-South, Nigeria.

*Health Sci J*, 1(2), 1–10. Recuperado de: [https://www.researchgate.net/profile/Ogolodom\\_Mp/publication/341552681\\_Knowledge\\_Attitudes\\_and\\_Fears\\_of\\_HealthCare\\_Workers\\_towards\\_the\\_Corona\\_Virus\\_Disease\\_COVID-19\\_Pandemic\\_in\\_South-South\\_Nigeria/links/5ec6bdd692851e11a87d8d97/Knowledge-Attitudes-and-Fears-of-HealthCare-Workers-towards-the-Corona-Virus-Disease-COVID-19-Pandemic-in-South-South-Nigeria.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Ogolodom_Mp/publication/341552681_Knowledge_Attitudes_and_Fears_of_HealthCare_Workers_towards_the_Corona_Virus_Disease_COVID-19_Pandemic_in_South-South_Nigeria/links/5ec6bdd692851e11a87d8d97/Knowledge-Attitudes-and-Fears-of-HealthCare-Workers-towards-the-Corona-Virus-Disease-COVID-19-Pandemic-in-South-South-Nigeria.pdf)

Olmedo-Canchola, V. (2020). Los médicos residentes de la UNAM, piezas clave frente a la pandemia por COVID-19. *Medicina Interna*, 36(6): 841-851. Recuperado de: [http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&profile=ehost&scope=site&auth\\_type=crawler&jrnl=01864866&AN=147122894&h=1hpV3uG17PkeWesuiSR7LtX%2FytxZaH%2BtXHurH8u0Gwy4QtwDGqJo7RPSdoqKNZyvHE%2FWPSgmFjUTLSC5B6lukQ%3D%3D&crl=c](http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&profile=ehost&scope=site&auth_type=crawler&jrnl=01864866&AN=147122894&h=1hpV3uG17PkeWesuiSR7LtX%2FytxZaH%2BtXHurH8u0Gwy4QtwDGqJo7RPSdoqKNZyvHE%2FWPSgmFjUTLSC5B6lukQ%3D%3D&crl=c)

Secretaría de Salud. (25 de octubre de 2021). *COVID-19 México. Personal de Salud*. Conferencia de Prensa, Palacio de Gobierno. Recuperado de: [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/678408/PERSONALDESALUD\\_25.10.21.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/678408/PERSONALDESALUD_25.10.21.pdf)

Serna-Ojeda, J., Castañón-González, J., Macías, A., Mansilla-Olivares, A., Domínguez-Cherit, G., & Polanco-González, C. (2012). Encuesta sobre la capacidad de respuesta de los hospitales de alta especialidad ante un desastre médico: después de la influenza pandémica en México. *Gaceta médica de México*, 148(3), 227–235. Recuperado de: [https://www.researchgate.net/profile/Carlos\\_Polanco/publication/272679066\\_Survey\\_about\\_responsiveness\\_of\\_third-level\\_hospitals\\_to\\_a\\_medical\\_disaster\\_after\\_the\\_pandemic\\_influenza\\_in\\_Mexico/links/54eb532b0cf2a0305193ba27.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Carlos_Polanco/publication/272679066_Survey_about_responsiveness_of_third-level_hospitals_to_a_medical_disaster_after_the_pandemic_influenza_in_Mexico/links/54eb532b0cf2a0305193ba27.pdf)

Vega, D., & Román, M. (2020). Fatiga por compasión, satisfacción y burnout en profesionales de la brigada cubana Henry Reeve en área roja de COVID-19 México

2020. *Revista Cubana de Enfermería*, 37(1): e4481. Recuperado de: <http://www.convencionhha2020.sld.cu/index.php/SCovid19/C19hha/paper/download/628/249>

Velásquez, P., Contreras, C., Salazar, N., & Chacón, S. (2009). Percepción social y actitudes de los trabajadores del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía ante la alerta epidemiológica de la influenza humana A H1N1. *Med Int Mex.*, 25(6): 450-453. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/cgi-in/new/resumen.cgi?IDARTICULO=25259>

Vimercati, L., Tafuri, S., Chironna, M., Loconsole, D., Fucilli, F., Migliore, G., & Gesualdo, L. (2020). The COVID-19 hotel for healthcare workers: an Italian best practice. *The Journal of Hospital Infection*, 105(3). 387–388. doi:10.1016/j.jhin.2020.05.018

Vindrola-Padros, C. (2021). *Doing Rapid Qualitative Research*. SAGE. Recuperado de: [https://books.google.co.ve/books?hl=es&lr=&id=6LMIEAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT10&dq=Vindrola-Padros,+C.+\(2021\).+Doing+Rapid+Qualitative+Research.+SAGE.&ots=jVONglok3c&sig=zpgUotJffa\\_ozveS4eyLh7py5wE#v=onepage&q=Vindrola-Padros%2C%20C.%20\(2021\).%20Doing%20Rapid%20Qualitative%20Research.%20SAGE.&f=false](https://books.google.co.ve/books?hl=es&lr=&id=6LMIEAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT10&dq=Vindrola-Padros,+C.+(2021).+Doing+Rapid+Qualitative+Research.+SAGE.&ots=jVONglok3c&sig=zpgUotJffa_ozveS4eyLh7py5wE#v=onepage&q=Vindrola-Padros%2C%20C.%20(2021).%20Doing%20Rapid%20Qualitative%20Research.%20SAGE.&f=false)

Vindrola-Padros, C., Andrews, L., Dowrick, A., Djellouli, N., Fillmore, H., Bautista-González, E., Javadi, D., Lewis-Jackson, S., Manby, L., Mitchinson, L., Symmons, S., Martin, S., Regenold, N., Robinson, H., Sumray, K., Singleton, G., Syversen, A., Vanderslott, S., & Johnson, G. (2020). Perceptions and experiences of healthcare workers during the COVID-19 pandemic in the UK. *BMJ Open*, 10(11), e040503. doi:10.1136/bmjopen-2020-040503

World Health Organization. (20 de julio de 2020). *Attacks on health care in the context of COVID-19*. Recuperado de:

<https://www.who.int/news-room/feature-stories/detail/attacks-on-health-care-in-the-context-of-covid-19>

Wu, P., Styra, R., & Gold, W. (2020). Mitigating the psychological effects of COVID-19 on

health care workers. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*, 192(17), e459–e460. doi:[10.1503/cmaj.200519](https://doi.org/10.1503/cmaj.200519).