

Productores del sufrimiento psíquico en el personal de salud

*Leticia Flores Flores**

*María Eugenia Ruiz Velasco Márquez***

*Pamela González Minero****

*Cristian Adrián Monzalvo Ramírez*****

*María Fernanda Sánchez Garrido******

Resumen

El presente artículo es un ensayo académico, mediante el cual se pretende recuperar, organizar y presentar las condiciones en las que el personal de salud ha desempeñado sus labores durante la pandemia por Covid-19 y mostrar cómo el malestar psíquico que ahí se genera parece provenir de las significaciones colectivas, símbolos, vínculos, representaciones y pasiones

* Co-coordinadora del proyecto de investigación *Salud Mental y Subjetividad y Salud Mental en México: Análisis y Perspectivas*. Profesora de la licenciatura en Psicología de la Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, adscrita al Departamento de Educación y Comunicación. Correo electrónico: [lefloresf@gmail.com].

** Co-coordinadora del proyecto de investigación *Salud Mental y Subjetividad y Salud Mental en México: Análisis y Perspectivas*. Profesora titular de tiempo completo de la licenciatura en Psicología en la Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, adscrita al Departamento de Educación y Comunicación. Correo electrónico: [ruizvelasco.e@gmail.com].

*** Estudiante de la carrera de Psicología y colaboradora en el proyecto de investigación *Salud Mental y Subjetividad y Salud Mental en México: Análisis y Perspectivas*, de la Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco. Correo electrónico: [pam14991529@gmail.com].

**** Estudiante de la carrera de Psicología y colaborador en el proyecto de investigación *Salud Mental y Subjetividad y Salud Mental en México: Análisis y Perspectivas*, de la Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco. Correo electrónico: [cristianmonzalvo@politicas.unam.mx].

***** Estudiante de la carrera de Psicología y colaboradora en el proyecto de investigación *Salud Mental y Subjetividad y Salud Mental en México: Análisis y Perspectivas*, de la Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco. Correo electrónico: [fernandas.g.401@gmail.com].

que interpelan la subjetividad. Para ello, se recuperan testimonios del personal médico que labora en hospitales de la Ciudad de México y del Estado de México. Se llegan a identificar seis fuentes de sufrimiento psíquico, que vuelve más compleja la respuesta a la pregunta “¿Cómo se manifiesta el sufrimiento en el personal de salud?”, pregunta que intentamos abordar desde la categoría de sufrimiento psíquico. Nuestro objetivo es recuperar la experiencia del personal más que realizar una crítica o análisis del malestar ajeno o establecer un debate con los autores que se han consagrado al tema.

Palabras clave: sufrimiento psíquico, salud mental, personal de salud, pandemia, Covid-19.

Abstract

This article is an academic essay, in which we tried to recover, organize and present the conditions in which health personnel have carried out their work during the Covid-19 pandemic and show how the psychological discomfort that is generated there seems to come from of the collective meanings, symbols, links, representations and passions that challenge subjectivity. For this purpose, testimonies of personnel working in hospitals in Mexico City and in State of Mexico are recovered. Six sources of psychic suffering are identified, which makes the answer to the question “how does suffering manifest itself in health personnel?” more complex, a question that we try to address from the category of psychic suffering. Our objective is to recover the experience of the staff rather than to carry out a critique or analysis of the discomfort of others or to establish a debate with the authors who have devoted themselves to the subject.

Keywords: psychic suffering, mental health, health personnel, pandemic, Covid-19.

Introducción

En enero del año 2020 la Organización Mundial de la Salud (OMS) alerta, como consecuencia de la notificación presentada por la Comisión Municipal de Salud en Wuhan, un conglomerado de casos de neumonía atípica provocado por una nueva variante de coronavirus.¹ El virus SARS-COV-2, posteriormente identificado, era el causante de la enfermedad infecciosa Covid-19 que podía degenerar en una neumonía y causar la muerte en pacientes con comorbilidades, inmunodepresión, edad avanzada o baja capacidad respiratoria; estas razones y la rápida expansión del virus sobre todos los continentes, hizo que el 11 de marzo de 2020 la OMS lo declarara como emergencia sanitaria con carácter de pandemia (Buitrago *et al.*, 2021). Este nuevo virus ha provocado 3 364 178 muertes (ONU México, 2021) alrededor del mundo, según las cifras reportadas hasta el mes de mayo de 2021, y generó la necesidad de atender a los portadores con procedimientos médicos invasivos, de alto costo y con carácter de urgencia.

Junto con esta exigencia de atender los casos de Covid-19 y la amenaza de saturación que representaba para los sistemas de salud, incapaces de atender a un elevado número de pacientes que requerirían oxígeno y/o intubación, se declaró como medida urgente la disminución del contacto entre personas y su movilidad, lo que devino un proceso mundial de confinamiento (Buitrago *et al.*, 2021). México adoptó esta medida de aislamiento voluntario y decretó la suspensión de todas las actividades escolares presenciales² y a los pocos días las actividades “no esenciales”.

¹ La cronología de las decisiones y actuación de la OMS sobre este brote epidemiológico del 31 de diciembre de 2019 al 18 de marzo de 2020 puede consultarse en: *Covid-19, cronología de la actuación de la OMS*. [<https://www.who.int/es/news-room/detail/27-04-2020-who-timeline---Covid-19-19>].

² Estas medidas pueden consultarse en los medios de información de marzo de 2020. Sobre las actividades escolares puede consultarse el *Comunicado conjunto no. 3*, presentado por la Secretaría de Salud de México y la Secretaría de Educación Pública (SEP). También puede consultarse el portal oficial del Gobierno de México sobre la pandemia de Covid-19 en: <https://coronavirus.gob.mx>

Desde el inicio se reconoció la importancia del personal que labora en instituciones de salud (en todos los puestos: administrativos, laboratorios, médicos, enfermería, farmacias, seguridad, transporte, cocina, etcétera) y junto a este reconocimiento otro elemento se hizo evidente: la vulnerabilidad del personal³ que cuida de la salud de los pacientes internados en las áreas y hospitales Covid-19. Esta vulnerabilidad fue primero dimensionada desde una situación real y evidente: el alto riesgo de contagio por trabajar con pacientes portadores de Covid-19, situación que luego fue confirmada. Según Amnistía Internacional (en Ramírez y Grupo Expansión, 2020), para inicios de diciembre de 2020 México ocupaba el quinto lugar entre los países con más muertes de personal de la salud a nivel internacional y uno de los más altos en América, incluso por encima de Brasil y muy cercano a las cifras de Estados Unidos.⁴

Sin embargo, hubo una situación que no fue dimensionada desde el inicio:⁵ las afectaciones a la salud mental. Mientras filósofos y académicos escribían sobre las transformaciones que traería esta crisis sanitaria (Agamben *et al.*, 2020; Medel *et al.*, 2020; Agosta *et al.*, 2020; Jiménez y Anglés, 2020; Gómez, 2020; De Sousa, 2020), incluso anunciando el fin del capitalismo o una crisis civilizatoria (Žižek, 2020; Žižek, en Agamben *et al.*, 2020), un fenómeno comenzaba a emerger desde el encierro. Todas las publicaciones ini-

³ A escala internacional la Organización de las Naciones Unidas (ONU) y la OMS lo reconocieron (ONU-México, 2020). En México se hizo de forma casi inmediata, retirando al personal de salud con comorbilidades de sus puestos y convocando a inscribirse a un programa de reclutamiento (Jornada Nacional de Reclutamiento y Contratación de Recursos Humanos para la Salud) para disminuir el déficit de personal médico y de enfermería que presentaban los hospitales (IMSS, 2020).

⁴ La Secretaría de Salud Federal informó que al corte del 28 de diciembre de 2020, había un total de 2 397 decesos del personal de salud por Covid-19, 48% de las muertes era de médicos y el índice de mortandad del personal de enfermería era de 18% (*El Economista*, 2021).

⁵ Fue hasta octubre de 2020 que la OMS, previo al Día de la Salud Mental (10 de octubre), advirtió que la pandemia traería grandes retos en esta esfera de la vida humana, siendo el personal de salud y las poblaciones vulnerables las más afectadas, pero también señalando la incapacidad del 97% de los países para hacer frente a este incremento de la demanda en servicios de salud mental (OMS, 2020a).

ciales coincidieron en que estábamos frente a una crisis⁶ compleja que involucra diferentes esferas de la existencia humana (si no es que todas), un momento de inflexión en el que las cosas ya no volverían a ser como antes.

Un murmullo comenzó a extenderse desde el encierro y desde los hospitales que atendían a los enfermos de Covid-19. Era el *malestar psicológico* que se producía y expandía entre las personas, en los diferentes grupos poblacionales que manifestaban un dolor psíquico, aunque no necesariamente se coincidía en el origen del mismo. Instancias internacionales y nacionales asumieron el compromiso de atender esta situación, emitieron declaratorias y construyeron, a la par de las instituciones de salud mental ya existentes, otras rutas de atención y contención emocional. En el caso mexicano, fueron varias las ocasiones en las que en la conferencia de prensa vespertina en materia de Covid-19 se dedicó al tema de la salud mental, incluso se emprendieron acciones para paliar los malestares que la población experimentaba.⁷El sufrimiento psíquico es un tema que ha sido abordado en términos de trastorno, respaldado por los catálogos de enfermedades mentales que estandarizan, construyen estadísticas y describen síntomas catalogados como enfermedad desde un enfoque biomédico (en específico el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*, DSM-5, y la *Clasificación Internacional de Enfermedades*, CIE-11) (OMS, 2018). Nosotros nos deslindamos de esa mirada. Aunque las instituciones de salud reconocían que la población en general, sin importar su procedencia social, estaba siendo

⁶ “La crisis es, según Webster, ‘Un estado de cosas en el que es inminente un cambio decisivo en un sentido o en otro’. La crisis es el punto de viraje en el que las cosas mejoran o empeoran” (Pittman, 2009: 25).

⁷ Entre esas acciones destacan: 1) la presentación en la página oficial “coronavirus.gob.mx” de un apartado dedicado exclusivamente a este fenómeno, donde se encuentran estrategias y técnicas para el control y manejo de emociones en distintas poblaciones; 2) la lista de espacios y líneas telefónicas de atención a la salud mental; 3) el “cuestionario para la detección de riesgos a la salud mental Covid-19”, que plantea la posibilidad de identificar problemas específicos que las personas manifiestan al momento de contestar los reactivos del mismo y facilitarles un conjunto de recomendaciones para atenderlos (aunque su fiabilidad es cuestionable) [<https://coronavirus.gob.mx/salud-mental/>].

afectada por la pandemia por diferentes causas, por el desempleo o la disminución del ingreso en muchas familias, por la pérdida de espacios de recreación, por el confinamiento, por el temor al contagio, se construyeron instrumentos basados en el enfoque psiquiátrico para identificar perturbaciones en el comportamiento, que a su vez emitirían recomendaciones generales y estandarizadas a cumplir como si de una receta médica se tratara y con ello se pudiera garantizar el proceso de elaboración del sufrimiento psíquico.

La voz del sufriente se diluyó en las hipótesis generales que se construyeron por parte de las instituciones de salud. Sin embargo, sostenemos que sólo a través de la escucha de cada quien, se podría encontrar la forma de sobrevivir a un dolor profundo que transforma y modifica la manera en la que se experimenta una crisis: “en *La condición humana*, Hannah Arendt utiliza como epígrafe una frase de Isak Dinesen: ‘Todos los sufrimientos pueden soportarse si los incorporas a un relato o los haces el tema de una historia’” (Monsiváis, 2008: 30). Así fue como se reconoció la segunda dimensión de la vulnerabilidad del personal de salud: el efecto psicológico que su actividad profesional podía representar al someterse a “una serie de circunstancias que desafiaban sus capacidades de elaboración emocional, contención y resiliencia” (Buitrago *et al.*, 2021: 90). Se trataba de los profesionales que estaban de forma continua expuestos al sufrimiento de sus pacientes y familiares (Martínez, 2020), que los vínculos con el espacio, compañeros y pacientes, así como las dinámicas de interacción se habían modificado y les demandaban mayor capacidad de la que hasta el momento habían desarrollado.

El enfoque psiquiátrico de la atención “*psi*” al personal de salud estandarizó las formas de intervención, homologó el origen del sufrimiento a la condición laboral de los sujetos y eliminó toda la condición simbólica y las representaciones que otorgan sentido en la configuración subjetiva de la experiencia, pero también omitió la intersubjetividad, al vínculo, y puso énfasis en lo patológico-individual. La práctica “*psi*” hegemónica se confirmó como réplica de la “práctica médica por evidencia” y sólo se centraron en señalar, registrar y tratar los padecimientos observables y mensurables: consumo de drogas y alcohol,

trastornos del sueño, ansiedad, aislamiento, estrés, depresión, duelo y *burnout*. Igualaron los síntomas a la enfermedad y sobre eso se construyeron estadísticas que develaron el riesgo de la salud mental en esta pandemia (Landeros, 2020; Ramírez y Grupo Expansión, 2020; OMS, 2020a) (sin duda su mayor aportación) pero fallaron al identificar el origen complejo del malestar psicológico:

[...] la enfermedad aparece considerada como una entidad natural que responde en su génesis a mecanismos de causalidad mecánica, predominantemente biológica, consolidando un modelo de pensamiento que no permite problematizar en el campo epidemiológico los complejos procesos sociales e históricos que determinan formas singulares y colectivas diferenciadas de vivir, padecer y enfermar (Augsburger, 2004: 73).

La mayoría de las fuentes que se consulten coinciden en que estos padecimientos presentes en el personal de salud provienen del entorno laboral “al verse sometidos a una carga mental de trabajo patológica debido a la sobresaturación de los servicios de salud” (Martínez, 2020: 125), la exposición constante a eventos traumáticos, al aislamiento (OMS, 2020b), falta de equipo, “miedo a infectarse y miedo a infectar a la familia” (Ramírez y Grupo Expansión, 2020), así como al estigma que representa ser trabajadores en centros de salud.⁸ Olvidaron que el humano es un ser simbólico que opera con significados “para construir y dar sentido no sólo al mundo, sino también a ellos mismos” (Brunner, 2018: 22), y que su identidad no se circunscribe solamente al ejercicio de su profesión.

Al concentrarse en analizar y atender la patología se olvidaron de que “en el campo de la salud mental se presentan múltiples expresiones que indican sufrimiento o malestar y no pueden encuadrarse en la categoría de enfermedad” (Augsburger, 2004: 78):

⁸ “El personal de salud tenía miedo a que los rechacen e incluso agredan, como lo estuvimos viendo, sobre todo al inicio de la pandemia, en donde este personal se volvió alguien a quien había que temerle porque era potencial fuente de contagio” (Ramírez y Grupo Expansión, 2020).

El intento de producir un ordenamiento clasificatorio para los problemas de salud mental muestra que definir e identificar la enfermedad es una tarea compleja. Los problemas de orden psíquico o mental no se ajustan al modelo de razonamiento causal que la clínica asume para definir los fenómenos patológicos, ni se encuadra dentro de la perspectiva semiológica que relaciona con un significado unívoco síntomas y signos a un evento patológico (Augsburger, 2004: 75).

El sufrimiento del personal de salud surge de los significados, representaciones, sentidos y vínculos que se creyeron por mucho tiempo estables y la pandemia viene a sacudir con intensidad. Apareció repentinamente una realidad que ya no podía operarse con los mismos significados, se cuestionó los alcances y el sentido de los cuidados de la salud; el orgullo profesional se transformó en miedo, miedo a sí mismos de portar, contagiar y causar la muerte a sus seres queridos o a otros; sus actividades se vieron fallidas ante la imposibilidad de salvar vidas, como el mandato profesional lo indica, que derivó en el cuestionamiento de sus habilidades y conocimientos; surgieron sin duda muchos factores que aún no alcanzamos siquiera a intuir y que provocan en el personal de salud sufrimiento psíquico. Porque en el tema de salud mental habría que incluir “las representaciones o puntos de vista del paciente (*illness*) o las significaciones socioculturales de los grupos humanos (*sickness*)” (Augsburger, 2004: 79), reconociendo con ello el anclaje socio-histórico del sufrimiento psíquico que puede derivar en una manifestación somática similar, pero no necesariamente motivada por los mismos elementos.

El sistema cultural, social e histórico en el que se desenvuelve el sujeto tiene también un papel importante en el surgimiento del sufrimiento humano. Para intentar comprenderlo es necesario expresarlo en palabras y formar vínculos con los otros que acompañen estos procesos. Este elemento se expresó cuando el 20 de abril de 2020 la jefa de división de programas de Enfermería del IMSS, Fabiana Zepeda, habló a nivel nacional, en la conferencia de prensa del informe diario sobre Covid-19, con la voz cortada por un llanto reprimido, pidiendo parar las agresiones al personal de salud en México:

Miren, eh, en este caso duele, duele hablar de esto, duele hablar de lo que le pasa a tu gente, duele hablar de los trabajadores de la salud que también somos personas, que también tenemos familia y que hoy estamos dejando muchas cosas, estamos dejando nuestras casas, nuestra familia, estamos dejando nuestra vida en las unidades hospitalarias y esto no es gratuito, esto lo decidimos, porque todos los días decidimos ser lo que somos y no sólo hablo por las enfermeras y los enfermeros, hablo por todo el personal de salud, por todo aquel que porta un uniforme y que está convencido de que la atención a la salud es lo mejor.

Había un dolor profundo que sacudía al personal sanitario y esta era la primera vez que se expresaba de forma pública, un sufrimiento que comenzó a ser verbalizado, puesto en narración por esas personas que no son héroes, sino humanos. En los hospitales, cada uno de ellos experimenta de forma particular esta situación pandémica, porque no todos tienen las mismas condiciones, porque no todos pueden, son o han sido afectados de la misma manera, pero todos son parte de un mismo gremio. Esta segunda vulnerabilidad del personal de salud es más compleja y atiende a fenómenos diversos. “Duele hablar de esto, duele hablar de lo que le pasa a tu gente”, dice Fabiana Zepeda (2020) como hablando por todos, porque en todos hay dolor y en todos hay un grito ahogado que clama por comprensión, pero ¿qué es lo que duele que se manifiesta como sufrimiento psíquico?

Para el presente artículo se realizaron cinco entrevistas (abiertas y a profundidad) a miembros del personal de salud (tres enfermeras, un enfermero y una doctora)⁹ que laboran en distintos hospitales de la Ciudad de México y del Estado de México, con el objetivo de escuchar y conocer de cerca sus experiencias y malestares. Derivado del análisis de las entrevistas, logramos identificar seis emergentes que interrumpen sus vidas y la experiencia subjetiva de habitar el mundo bajo las condiciones laborales debidas a la emergencia sani-

⁹ Desde el inicio se informó el objetivo de las entrevistas y accedieron a que sus narraciones pudieran ser transcritas y comunicadas, siempre que se preservara su identidad, por lo que sus nombres han sido modificados.

taria. Reconocemos que no son los únicos elementos posibles y que no aparecen en su discurso de forma tan nítida como nosotros los presentamos (todos se entrecruzan), pero a través de ellos podemos acercarnos a su realidad.

Se trata de un análisis de la experiencia del personal de salud durante la pandemia, sabiendo que ésta es múltiple y diversa. Este estudio no es ni exhaustivo ni definitivo, sino sólo un intento de recuperar las narraciones de personas que han experimentado en primera línea esta situación inédita.

Mandato profesional

El primer emergente de sufrimiento es lo que denominamos “mandato profesional”, si bien queda claro que en el personal médico y de enfermería se hace hincapié sobre el cuidado del paciente, las responsabilidades y los alcances que sus fallas pueden tener (jurídicamente) no se profundizan en el significado que (subjektivamente) asignan a su “ser profesionales de la salud”. La responsabilidad ética, social y legal del personal médico y de enfermería exige de ellos “garantizar una atención médica de calidad y excelencia, de acuerdo a las circunstancias de tiempo, modo y lugar de cada situación” (Varela y Sotelo, 2019: 49). La palabra “mandato” hace referencia a una orden o precepto que debe ser ejecutado (RAE, 2020), por lo que no es igual a “responsabilidad”.

Por *mandato profesional* nos referimos a las obligaciones que el personal de salud percibe y manifiesta que debe cumplir en el ejercicio de su profesión, lo que va más allá de las responsabilidades jurídicas (obligaciones legales), sociales (brindar servicios de salud de calidad) y éticas (p. ej.: tomar decisiones en beneficio de la salud del paciente), aunque en alguna medida se deriven de ellas. Porque el mandato profesional es un fenómeno subjetivo, que se forma a través de la interiorización del *deber ser* y que termina orientando su comportamiento, pensamiento y emociones. Éste no sólo se forma de lo explícitamente dicho (responsabilidades), sino de los significados y

las obligaciones que socialmente se asignan a esta actividad profesional, que incluye también lo que se espera en el *performance* del personal de salud (Goffman, 2019):

[...] En el sector salud te acostumbras a que ves morir a tal persona [...] tal persona llegó sin un pie, tal persona llegó sin una mano, un bebé ya falleció porque se cayó [...] tienes que afrontar todas estas situaciones y no puedes ponerte a llorar enfrente del familiar [...] ellos te ven como la gente que te va a ayudar [...] pero si tú, pues te pones así como que “ah no-no-no señora” la abrazas y también lloras pues también va a decir “no pues qué apoyo” ¿verdad? (Carla, enfermera).

El mandato profesional es en gran medida una autoexigencia del yo, motivada por una instancia interna que se impone al sujeto como *superyó* (Freud, 2011); el “poder” (puedo), que no proviene del exterior (aunque éste suele confirmarlo),¹⁰ sino del interior de los sujetos que se demandan a sí mismos resultados positivos y rechazan las experiencias negativas al traducirse en fracasos¹¹ (Han, 2017). Las actividades del personal médico y de enfermería están organizadas y adquieren sentido con el mandato profesional de: 1) cuidar y ayudar al paciente a recuperar la salud, 2) favorecer mejores condiciones de vida del paciente, y 3) asegurar la supervivencia, todo ello basado en la positividad de su profesión (sin considerar la muerte).

Sin embargo, las condiciones del paciente con Covid-19 que llega a los hospitales no siempre son las mejores; ya sea porque la enfermedad se encuentra en estado avanzado o porque se tengan factores de riesgo acumulados (comorbilidades), los escenarios posibles son

¹⁰ “[...] la gente todavía se ofende porque que [sic] no les queremos dar atención, que les negábamos la atención, o el típico de ‘es que llegó bien, pero ustedes me lo mataron’, pero también tiene mucho que ver cómo llegan los pacientes” (Luisa, enfermera).

¹¹ “Regreso a los meses de septiembre, octubre, noviembre, volvió a suceder lo mismo, varias personas del hospital, enfermeras, camilleros, médicos radiólogos, personal de intendencia, de cocina, o sea de todas las ramas, estaban falleciendo por Covid-19, y pues sí es como que dices ‘otra vez, no puede ser’, o sea, no es posible que no, bueno no sé si se contagiaron laborando o en la calle o cómo haya sido, pero no es posible que estén falleciendo personas a estas alturas de la pandemia, lo que, sí, algo duro y difícil” (Emma, doctora).

reducidos e imprevisibles. A esto hay que añadir que, dadas las características de la enfermedad (infectocontagiosa), el personal de salud está impedido para ejecutar procedimientos que requieren contacto físico, lo que limita aún más sus potencialidades de acción en la atención del paciente y el cumplimiento del mandato profesional:

Por ejemplo, si el paciente necesita reanimación cardiopulmonar, se puede dar, pero a la vez es riesgoso para nosotros porque al hacer esos movimientos se generan aerosoles, aerosoles es el mayor factor de riesgo [...] es un... albur [...] “¿y si lo hago?, y si no lo hago se muere”, entonces son muchas cosas que tienes que hacer, muchas cosas que tiene que pensar (Luisa, enfermera).

La enfermedad misma limita su radio de acción, su “poder” en tanto potencialidad, y aunque reconocen en sus discursos que la enfermedad es impredecible, lamentan cuando los cuidados que proveen al paciente no tienen efectos positivos y se reprochan a sí mismos la incapacidad para ayudar en la recuperación. El personal médico y de enfermería ve ante la pandemia la imposibilidad material, técnica y de conocimientos para cumplir el mandato profesional. Su saber médico les permite reconocer que no pueden hacer mucho por el paciente y que muy probablemente morirá. Una muerte es un fracaso que intensifica la duda sobre sí mismos, sus saberes, capacidades y habilidades. Esto repercute en ellos de forma negativa, haciendo surgir un cuestionamiento de sí mismos, que produce desgaste, porque saben que el paciente va a morir y se sienten insatisfechos con la atención que no alcanza para salvarles la vida:

Es muy pesado, muy, muy desgastante, tanto físicamente como emocional al ver a las personas que pues estás cuidando y nada más no mejoran, realmente es muy, eso es muy triste y el saber que las personas que, que entran ahí o están ahí probablemente se vayan a morir y lo peor de todo es que se mueren solos (Pablo, enfermero).

A la medicina se le suelen asignar tres funciones básicas: 1) cuidar la salud y salvar vidas; 2) mejorar la calidad de vida en salud de los

pacientes; y 3) garantizar la muerte digna. En el discurso de nuestros entrevistados, las dos primeras aparecen como las más visibles y anheladas, mientras la última sólo aparece una vez,¹² porque el mandato descansa sobre tres pilares positivos que evaden la negatividad de la muerte.

Los profesionales de la salud no pierden el sentido de su actividad, sino que asumen en un proceso largo (en tiempo y territorio) que sus actividades profesionales se sostienen en las tres funciones antes mencionadas, la tercera de ellas por fin recobra la importancia que siempre debió tener. “Si sólo hay muerte” y no hay cuidado previo de parte de los pacientes, ¿para qué estar ahí, para qué arriesgarse si ellos no se cuidan?, porque su función (no mandato) no sólo es del cuidado de la vida, sino también procurar una muerte digna.

Los médicos y las enfermeras reclaman la responsabilidad no asumida de los pacientes: no hay cultura del cuidado que disminuya los riesgos de Covid-19. Porque el humano, encerrado en su individualidad y egoísmo (sociedad narcisista),¹³ sólo ve para sí el placer sin hacerse responsable de los efectos que pueden tener sus actos en la comunidad. Además, algunos pacientes desconfían de médicos y enfermeras, les achacan sus males, los convierten en heraldos de la

¹² Sólo una entrevistada habló de la muerte digna de los pacientes con Covid-19: “Ya hay pacientes que dices ‘ya, déjenlo ir, pobrecito’, o sea, porque tú misma ves las expresiones de los pacientes que ya se sienten muy mal o que ya se quieren ir y así, y bueno [...] pero los médicos, por ejemplo, de ‘ponle esto, de ponle aquello, y quítale esto y bájale o súbele’, y son de esas cosas que hasta tú te quedas de ‘ya, o sea, ya, pobrecito, ¡déjenlo ir!, que descanse’ [...] o sea, suena feo, pero están vivos nada más por la máquina, o por medicamentos” (Luisa, enfermera). Este fragmento es ilustrador en el mandato profesional, pues el médico continúa administrando tratamientos químicos y mecánicos para evitar la muerte del paciente.

¹³ “Vivimos en una sociedad que se hace cada vez más narcisista. La libido se invierte sobre todo en la propia subjetividad. El narcisismo no es ningún amor propio. El sujeto del amor propio emprende una delimitación negativa frente al otro, a favor de sí mismo. En cambio, el sujeto narcisista no puede fijar claramente sus límites. De esta forma, se diluye el límite entre él y el otro. El mundo se le presenta sólo como proyecciones de sí mismo. No es capaz de conocer al otro en su alteridad y de reconocerlo en esta alteridad. Sólo hay significaciones allí donde él se reconoce a sí mismo de algún modo. Deambula por todas partes como una sombra de sí mismo, hasta que se ahoga en sí mismo” (Han, 2017: 11).

muerte, porque saben bien que a pesar de los cuidados brindados, pueden fracasar en su esfuerzo de salvar al paciente: la enfermedad misma es imprevisible. Éste es el primer factor de sufrimiento que identificamos: el mandato profesional incumplido, que los hace dirigir sobre sí mismos el reproche de no poder evitar la muerte.

Cuestionamiento de la identidad médica

Nombramos como segundo emergente de sufrimiento el “cuestionamiento de la identidad médica”, sustentada en tres pilares: 1) su falta de saber que los coloca en una posición horizontal con las otras personas; 2) el sentido práctico de su profesión que se modifica con el desconocimiento de la enfermedad; 3) las prácticas sociales que incumplen las únicas medidas de cuidado real para prevenir el contagio. El sufrimiento surge ante la imposibilidad de cuidado y nos revela que “el virus puso a la vista que la salud no nos pertenece” (Percia, 2020: 141).

Las ciencias exactas impactan en el mandato profesional debido a que obligan al personal de salud a conocer los avances del *campo médico*¹⁴ que ha logrado, entre otras cosas, mejorar la salud de las personas y extender la esperanza de vida. Sin embargo, la aparición del SARS-COV-2 vino a derribar la ilusión que la medicina había sostenido respecto del control sobre algunos de los padecimientos que enferman al cuerpo humano; cuestiona las construcciones del campo médico sobre tratamientos farmacológicos, el conocimiento previo que había del virus *coronaviridae*, los conocimientos de las reacciones del cuerpo humano y los cuidados hacia los pacientes.

¹⁴ “El campo médico abarca el conjunto de instituciones y actores de la salud que, ubicados en diferentes posiciones, mantienen entre ellos relaciones de fuerza orientadas a conservar, adquirir o transformar esa forma de capital específico que consiste en la capacidad de imponer los esquemas dominantes de definición, percepción y apreciación de las materias propias de la agenda sanitaria, así como de la acción (política, comercial, científica, profesional) que deriva de ello” (Castro, 2014: 173).

Como es algo nuevo, bueno era algo nuevo... pues sí entrabas con el temor de ¿qué vas a hacer?, ¿cómo los vas a cuidar?, porque ni siquiera teníamos un protocolo de cuidado, entonces era llegar y decir “¿qué le voy a hacer?, ¿cómo lo voy a ayudar?, ¿de qué forma lo voy a vigilar?” (Pablo, enfermero).

El poder (de acción) del mandato profesional se entremezcla con las *tecnologías del yo*¹⁵ del personal médico que dotan de un saber-poder que los posiciona en un lugar de autoridad a nivel microsocia, entendiend a este poder desde Foucault como “una fuerza creativa presente en todas las esferas de la vida social, más allá de los aparatos del Estado, que produce cosas, induce placer, forma conocimiento, produce discursos; y es preciso considerarlo como una red productiva que atraviesa todo el cuerpo social” (en Castro, 2014: 172).

Y por tanto, surge una *relación de poder* entre médicos y pacientes ya que son los médicos y los enfermeros integrantes del campo médico a quienes se les ha otorgado (como Prometeo que entrega el fuego del conocimiento a los mortales) un conocimiento específico que conduce a posicionarse “por encima” de quienes acuden a su cuidado.

El desconocimiento de Covid-19 quiebra una barrera más del campo médico. El poder microsocia de los agentes de salud hacia los “pacientes” se rompe y por lo tanto los médicos mismos están situados de manera horizontal con los que suelen ser los pacientes. “De pronto, nos damos cuenta de que esa ficción que llamamos *salud* consiste en el olvido transitorio de un continuo estado de vulnerabilidad” (Percia, 2020: 13), el virus nos devuelve nuestra condición de fragilidad y ante esto el personal de salud, que reconoce sus límites, pondera el cuidado individual como la única vía para sobrevivir a la pandemia: “si no nos cuidamos nosotros pues nadie lo va a hacer” (Helena, enfermera).

¹⁵ Michel Foucault las identifica como aquellas “formas de intervención sobre el cuerpo y la mente de los individuos que redundan en patrones de aprendizaje y en el desarrollo de ciertas habilidades que se asocian, a su vez, con determinadas actitudes” (en Castro, 2014: 172).

El desamparo al que se enfrentan no es únicamente en el campo práctico y de las *tecnologías del yo* que invisten al personal de salud, sino que su *habitus médico*¹⁶ se ve implicado, ya que las predisposiciones aprendidas durante sus años de formación se ven dañadas, provocando una pérdida de confianza sobre los conocimientos de las enfermedades y los cuerpos que creían dominar, pero también sobre los protocolos de atención:

Yo siento que las autoridades como que no hicieron nada, no había protocolos, nada establecido. Cuando llegó al hospital, pues, pues yo era de las personas más jóvenes que estaban trabajando, entonces era como que: “ah, pues ustedes”, y yo dije “bueno, ya, ¿no?”, no sabía ni cómo, o sea no sabíamos qué equipo de protección usar ni nada, solamente pues, pues lo hice (Emma, médico).

El *daño moral*¹⁷ provocado por el *sentido práctico*¹⁸ interrumpido de los representantes de la salud, derivado de los escasos instrumentos de trabajo e información con los que cuentan, no ha sido el único

¹⁶ “Éste es el conjunto de predisposiciones generativas que resultan de la incorporación (lo social hecho cuerpo) de las estructuras objetivas del campo médico. Tales predisposiciones las adquieren los profesionales de este campo –en primer lugar, los médicos– a través de la formación que reciben en la Facultad de Medicina y en los hospitales de enseñanza” (Castro, 2014: 173).

¹⁷ Carol Gilligan en *Ética del cuidado* retoma a Jonathan Shay respecto de las raíces del estrés postraumático que sufren los veteranos de la guerra de Vietnam; éste identificó como uno de los factores la pérdida de la confianza, que describe: “sucedió tras la traición a ‘lo que está bien’ en una situación, donde había mucho en juego, estando dicha traición sancionada por las autoridades” (Gilligan, 2013: 16). En el caso del personal de salud que se encuentra laborando en zona de atención de Covid-19, emocionalmente esta traición (a lo que “está bien”) les generaba preocupación. La traición proviene de dos lados: por una parte, la toma de decisión de dar prioridad en una situación en donde todo es prioritario; por otra, el llamado de ayuda ignorado por su superior.

¹⁸ Comprendido como “la práctica cotidiana espontánea, casi intuitiva, preconsciente (debido a su determinación social de origen), que permite la realización permanente de conductas eficaces para los fines del campo” (Castro, 2014: 174). En un ejemplo aplicado a la cotidianidad actual de los médicos y enfermeros, lo ilustramos con el siguiente testimonio: “Pues ya al principio sí ibas como a lo que ibas, es lo que comentaba, o sea te preocupabas, empezaban a buscar tratamientos y todo eso y era bonito porque era como la parte de la investigación clínica”.

factor que durante su labor ha representado una dificultad y generado angustia; un elemento muy importante en la cadena de contagios son las prácticas sociales de los ciudadanos que podrían convertirse en pacientes.

María Eulàlia Juvé menciona que “cuidar es ayudar a que la otra persona llegue a cuidarse y a responsabilizarse de sus necesidades; cuidar y responsabilizarse de la propia vida” (en Gilligan, 2013: 97). La decisión de los ciudadanos de salir de casa sin las medidas de prevención básicas (como el uso adecuado de cubrebocas) socavan los intentos de cuidado por los que trabajan médicos y enfermeros, provocando una discordancia entre las acciones y los cuidados propios del personal médico y las acciones descuidadas (y tal vez irresponsables) de aquellos que no vivimos lo que ellos viven.

Es bien frustrante, ¿no?, el ver que las playas están llenas, que ahora por ejemplo que pasó el 14 de febrero las plazas abarrotadas, este, los lugares para comer todo el mundo, eh, ahí con la parejita y con los amigos, este, da coraje, ¿no?, porque dices: puta madre [sic] el día de mañana son personas a las que yo voy a atender y que les valió gorro y que, eh, son egoístas (Pablo, enfermero).

No podemos afirmar que todos los que salen a la calle sin las medidas de prevención lo hacen únicamente con fines recreativos, ya que somos conscientes de las desigualdades que el periodo de cuarentena representó para un gran porcentaje de mexicanos (y pobladores alrededor del mundo). Sin embargo, prácticas sociales como vacacionar, ir de compras, asistir al cine, entre otras actividades recreativas, agravan el contagio y si bien son “permitidas” por el *semáforo epidemiológico*, son contraproducentes con la realidad que se vive en las zonas hospitalarias Covid-19 ya que provocan sufrimiento en los cuidadores de la salud debido a la falta de cooperación transversal en el cuidado, que se traduce en una carga de esta responsabilidad para los médicos y enfermeros sin ser asumida por los ciudadanos.

La población ignora las pocas recomendaciones de cuidado “efectivas” (uso de cubrebocas, lavado de manos y reducción en la in-

teracción entre personas) anulando la posición de saber-poder del personal médico. Este no saber les quita el lugar de poder asignado por su pertenencia al campo de la salud, alterando su identidad, sintiéndose ignorados y cuestionados por los otros. A su vez, el virus los obligó a modificar rutinas de la práctica médica, por consiguiente, hubo una alteración en su comportamiento, actitudes e interacción con el paciente: las modificaciones intempestivas les producen sufrimiento. Y éste es un elemento de sufrimiento psíquico, surgido del cuestionamiento propio de la identidad, del cuestionamiento de otros sobre su saber y la necesidad de alterar sus prácticas con un nuevo aprendizaje.

Miedo

Un tercer emergente del sufrimiento dentro del personal médico y de enfermería que atiende pacientes con Covid-19 es el miedo. Se trata de una emoción que ha sido reconocida como primaria y parece ser compartida por la mayoría de los miembros de la especie desde el nacimiento. Como casi todo lo humano, las emociones tienen un anclaje cultural, tanto por el lenguaje como por las prácticas sociales, los significados y las representaciones culturalmente producidas (Díaz y Flores, 2001: 24). Es decir, el miedo como emoción básica y constante en la humanidad sufre transformaciones en los entornos culturales: está anclada su expresión a un territorio, población y tiempo específicos, esto significa que descansa sobre los significados que las sociedades construyen de elementos de su entorno que pueden causarles miedo y esta emoción no surge del entorno en sí mismo.

El miedo es un movilizador de la acción y formador de la cultura, como reconoció hace siglos Thomas Hobbes (2004), y como reconoce Franco “Bifo” Berardi, el miedo es también un fuerte incentivo para modificar nuestro comportamiento y condicionar las formas de relación con el entorno y con los otros: “El SIDA creó la condición para un adelgazamiento del contacto físico y para el lanzamiento

de plataformas de comunicación sin contacto: internet fue preparada por la mutación psíquica denominada SIDA” (en Agamben *et al.*, 2020: 53). La mutación psíquica a que refiere es producida por el miedo al contagio de una enfermedad que, en sus inicios, amenazaba con acortar la vida humana, lo que produjo cambios en las prácticas sexuales y el uso de nuevos dispositivos de protección personal.

“Hay diversos miedos pero siempre existe una fuente de miedo porque no existe el miedo a lo desconocido sino al ente, sujeto o factor que lo determina” (Salazar, 2011: 25). En el caso del personal médico y de enfermería, de forma recurrente menciona su miedo al contagio propio y de su familia. El ente que detona el miedo es el virus y la enfermedad, cuyos efectos al principio desconocían salvo por información circulante en los medios de comunicación:

[...] lo primero que pensé fue de ¡chin, mi familia!, ¿no? [...] te va entrando el miedo, aparte de todo lo que decían en las noticias, todo lo que te ponen en redes sociales [...] hasta te vas tú creando de “¡chin!, ¿y si pasa eso?, ¿y si pasa aquello?, ¿y si yo me muero?, ¿y si yo contagio?”, eh, mi mayor miedo era... todavía es, la verdad, no lo niego, es el que yo llegué a mi casa [...] a contagiar (Luisa, enfermera).

Desde el inicio reconocieron que era un virus que podría provocar la muerte, pero al estar en área Covid-19 han visto y continúan viendo de forma recurrente sus efectos sobre el cuerpo. Tienen miedo de que ellos o un familiar se encuentren en esa situación, porque conocen la gravedad de la emergencia sanitaria de primera mano y lo imprevisible de la evolución de la enfermedad. Al principio no sabían mucho, afirman, y la sola posibilidad de contagiarse y contagiar les producía miedo.

El personal de salud reconoce su vulnerabilidad al trabajar con pacientes portadores de una enfermedad infectocontagiosa y el miedo que surge de este encuentro directo con el virus y sus efectos los acompaña en sus demás actividades cotidianas. El miedo al contagio, que amenaza con la muerte, repercute en su vida de distintas formas, pero dos son las más importantes: modifica su relación con el mun-

do (incluye la relación o vínculos con los demás) y la concepción de sí mismos.

Por un lado, el personal modifica la imagen que tienen de sí mismos y pasan de ser profesionales a focos de infección, se asumen como riesgos andantes para todos los que les rodean, esto les hace cambiar sus rutinas y sus actividades diarias, de forma consciente e inconsciente. Sus actividades laborales se convierten en estigma, es un atributo que los desacredita como personas sanas y los convierte en posibles portadores del virus (Goffman, 2010). Esta condición de estigma se apoya en el miedo al contagio y transforma su experiencia en tres espacios centrales:

- 1) Laboral: el profesional de la salud se acerca con miedo al paciente enfermo de Covid-19, lo que altera la relación médico-paciente y los vuelve más distantes:

[...] algo que me pasaba es que antes algunos pacientes me decían “ah, me gustó cómo me atendió, doctora, ¿cuál es su nombre?, han pasado algunos compañeros de usted y sólo me revisan pero no me preguntan cómo estoy, cómo me siento y la verdad pues me gustó esa parte que usted hizo” [...] y eso ya no me había pasado en el área Covid-19, no sé si porque yo iba con una actitud de miedo o de estrés, después lo vi como algo no normal, pero sí me acostumbré, ya era como una rutina [...] entonces siento que tal vez sí se afectó alguna vez la relación médico-paciente que tuve con ellos (Emma, doctora).

- 2) Familiar: el miedo de llevar el virus a casa y contagiar a sus familiares los abruma y les produce culpa, por lo que se separan y aíslan para protegerlos:

[...] es el miedo de contagiar a tu familia, o miedo a que tú te contagies... eh, y con mi compañera que también vive en el Estado, y las dos como que tuvimos de idea de “sabes qué, no quiero arriesgar, voy a buscar dónde vivir”, le digo “ah no, yo también tenía esa idea”, pues ya nos unimos y me vine a vivir aquí, a la Ciudad de México (Luisa, enfermera).

3) Social: los otros reconocen este riesgo, los estigmatizan como focos de contagio y los evitan (el estigma detona una reacción de rechazo hacia el personal de salud):

[...] entonces sí, sí da mucho coraje que yo me esté prohibiendo de hacer muchas cosas para no [...] pues infectar, para no transmitir porque, como te digo, yo me considero un foco de infección y en algún momento me sentí como bicho raro, ¿no? [...] una vez una persona que la iba a ver y justamente no sé, una hora antes de que nos reuniéramos me dice “híjole, este no pero pues es que estás en el hospital, estás en área Covid-19, ah no, no, ¿sabes qué?, mejor no nos vemos, mejor nos vemos luego o cuando pase todo este rollo”; entonces pues sí te hacen sentir como bicho raro, te hacen sentir como... como... hmmm, una bola de bacterias, de virus (Pablo, enfermero).

Por otro lado, la imagen social del personal de salud se transforma, son focos de contagio que deben evitarse. La forma en cómo ellos se ven también la comparte la sociedad que los rodea y no les permite salir de su posición de personal de salud, en la que permanecen todo el tiempo y produce sufrimiento: son un riesgo. Pero el miedo no surge de la nada, pues han visto compañeros y compañeras enfermar y morir cumpliendo sus actividades profesionales, proyectando esas muertes que ven sobre sí mismos, lo que termina validando esa emoción:

El simple hecho de que te digan “¿sabes qué?, es que tu compañero está infectado”, es así como de (sonido de espanto), “¡no puede ser!”, es como incertidumbre porque, te digo, es porque no sabes de qué forma te va a afectar, no sabes si va a ser cómo o si tu cuerpo es tan resistente para soportar la enfermedad y que no sea tan grave, o que no sea grave y, es, es eso, ¿no?, el decir “no estamos exentos de, de este rollo” (Pablo, enfermero).

El orgullo profesional que en tiempos anteriores a la pandemia significaba portar insignias de trabajadores de la salud (Goffman, 2009) se vuelve ahora un estigma, una marca desacreditadora que

ellos entienden y por la cual se aíslan, porque la posibilidad de enfermar, contagiar a otros y morir en tanto personal de salud es real. El aislamiento, el estigma y la autopercepción negativa los desgasta física y anímicamente, de pronto todo lo que hacen es desplazado por el miedo a la enfermedad, al contagio y a la muerte, por el riesgo que ellos mismos representan para sus seres queridos. No pueden huir ante la incertidumbre de la enfermedad,¹⁹ tienen que mantenerse cuidando la salud de otros y la propia, no sólo en el hospital, sino en todos los espacios en donde se encuentran. El miedo al contagio, que es el miedo a la muerte, es el tercer factor de sufrimiento psíquico en el personal de salud, pues afecta distintas esferas de su vida y los aísla.

Soledad

El cuarto emergente de sufrimiento surge del proceso de experiencia de la muerte en soledad, que transforma los propios procesos del sujeto en muchos sentidos, y ha sido largo y complejo, porque han visto, vivido y pensado situaciones que antes no habían vivido, como la inevitable muerte en soledad del paciente, alejado de todos, alejado de todo, situación que ha aumentado en frecuencia.

La muerte existía en los hospitales antes de Covid-19, los trabajadores la veían y convivían con ella, pero no con tanta regularidad, sobre todo en condiciones donde no se puede hacer mucho por el paciente y donde, dadas las características de la enfermedad, debe permanecer aislado. Los pacientes llegan a morir “y así como se mueren llegan más” (Luisa, enfermera), pero las condiciones de muerte son aterradoras porque:

¹⁹ Bastantes médicos se retiraron de sus servicios por distintas razones, según nuestros entrevistados, pero el miedo, dijeron, era sin duda el principal motivo. Huir es la respuesta más básica ante algo que causa miedo: “igual en esa época nos enteramos de que médicos de otros turnos que no tuve el gusto de conocer o enfermeras, este, habían fallecido por, por Covid-19, lo cual fue así, pues lamentable, no queremos que a nadie nos pase, entonces por esa parte entendía a otros compañeros médicos que dejaban de trabajar o buscaban su forma de tener una licencia para evitar atender a los pacientes” (Emma, doctora).

- 1) Sus esperanzas de sobrevivir son bajas así que hay que preparar a los familiares para la muerte.
- 2) La enfermedad obliga a mantenerlos aislados, así que hay que ser su último contacto humano.
- 3) La enfermedad es muy contagiosa, así que hay que usar equipo de protección que dificulta la interacción humana.
- 4) El paciente se deteriora rápidamente, así que no hay tiempo de casi nada.
- 5) El paciente sedado muere en estado de inconsciencia, fuera de todo vínculo afectivo.

Tanto el médico como la enfermera conviven más frecuentemente con la muerte, pero no siempre constituye para ellos un evento que los marque positivamente, sobre todo a la enfermera(o) dado que la muerte no sólo implica el acto físico del cese de las constantes vitales, sino que involucra todo un proceso de duelo del paciente y de las personas a su alrededor, incluso desde el momento mismo en que se conoce la posibilidad de fallecimiento (Orozco *et al.*, 2013: 9).

A pesar de que la muerte es un tema o una situación “normal” dentro de un hospital, durante la pandemia este proceso se modifica y produce alteraciones o cambios en la subjetividad del personal de salud, pues tiene que trabajar con muchos pacientes que mueren a causa de la misma enfermedad, aislados y con características muy particulares; esto hace surgir un nuevo ritual en el amortajamiento de los cuerpos, lo que impacta en el personal de salud:

Te digo, es muy pesado, muy, muy desgastante tanto físicamente como emocional al ver, eh, a las personas que, pues, estás cuidando y nada más no mejoran. Realmente es muy, eso es muy triste y el saber que las personas que, que entran ahí o están ahí probablemente... se vayan a morir y lo peor de todo es que se mueren solos, no tienen la compañía de sus familiares [...] la forma en la que se preparan para que se vayan al, pues, al velatorio es *¡horrible!* porque prácticamente los envolvemos en plástico, entonces pues es muy triste, es muy triste (Pablo, enfermero).

La mayoría del personal entrevistado compartía, como Pablo, que la muerte de sus pacientes los marcaba por dos principales razones: 1) la muerte en soledad y 2) el protocolo que tienen que seguir al verlos partir. El hecho de que sus pacientes mueran sin poder ver a sus familiares, “sin poder despedirse de ellos”, es algo que marca al personal de salud porque, a diferencia de las muertes antes de la pandemia, en esta ocasión no hay algún ser querido que esté cerca del enfermo, no hay un otro que pueda acompañar su partida, a manera de un ritual mortuorio: el personal médico y de enfermería son las últimas personas que acompañan al paciente hasta su último momento de vida.

Allá dentro mueren solos prácticamente, mueren solos, no me refiero a que mueran solos sin atención médica o una atención [...] me refiero a que mueren porque pues ya no les dio tiempo de despedirse de su familia [...] Sí. Entonces es otro, para mí es otro sentir ahorita con los de allá dentro que con las enfermedades generales, porque en serio te van a dejar y no sabes si vas a salir, están haciendo, estamos haciendo videollamadas con los familiares de los pacien..., bueno, con los pacientes [...] pero pues te estás despidiendo prácticamente en... digitalmente ¿no?, o sea, no te estás despidiendo como de un abrazo porque sabes que algo va a pasar, que ya no vas a estar (Carla, enfermera).

“La afectación física y emocional que conlleva el fenómeno del dolor ante la pérdida de un ser humano no sólo afecta a quien lo vive sino a quien lo vivencia, como es el caso del profesional de enfermería” (Orozco *et al.*, 2013: 12). Tanto médicos como enfermeras expresan que para ellos resulta impactante ver que los pacientes empeoran o fallecen, puesto que generan algún tipo de vínculo sentimental o emocional con ellos:

Te toca muchas veces esos pacientes que ves cómo fallecen, sí es bien feo porque pues al final del día dicen que no te tienes que encariñar, pero claro que sí te encariñas porque al final del día los ves, los recibes, vas viendo su evolución, interactúas con ellos, los, este, pues no nada más es “ay, ¿cómo estás?”, y le voy a checar signos, le voy a pasar sus

medicamentos y ya, pues no, la verdad es que uno va interactuando con ellos [...] cuando se mueren dices “no manches, ya no vio a su familiar, ya se quedó pues aquí”, porque realmente ellos no tienen contacto con sus familiares, se quedan, este, pues con la última vez que los vieron (Helena, enfermera).

Se sabe que “en el rito funerario el duelo representa un sentimiento objetivo, un sentimiento colectivo. Es impersonal [...] En el rito funerario el auténtico sujeto del duelo es la comunidad. La comunidad se impone a sí misma el duelo ante la experiencia de la pérdida” (Han, 2020:14). El duelo se atomizó en las individualidades aisladas, perdiendo su condición colectiva como resultado de la alteración del ritual de muerte.

La pandemia hizo surgir nuevos rituales, nuevas prácticas de cuidado emergieron desde el inicio; los entrevistados narraron algunas medidas que implementaron en sus hogares para evitar el contagio y reducir el riesgo de llevar el virus a sus casas:

O sea, en mi casa, este, obviamente antes de ingresar te tienes que sanitizar, para eso tenemos un equipo que, este, antes de entrar a, a la casa tienes que limpiarte, ponerte gel y ya posteriormente entrar, ya retirarte tu guante, ir al baño y volverte a lavar, bañarte y ya después saludas a las personas (Helena, enfermera).

Estas formas de intentar controlar o evitar el contagio con prácticas que eran inusuales, se convierten en un ritual que les produce algún grado de tranquilidad para poder convivir con su entorno. El nuevo ritual de limpieza y cuidado que se lleva a casa se repite, se interioriza y estabiliza la incertidumbre ante el contagio, devolviendo al sujeto su estar en el mundo, ya que “las repeticiones dan estabilidad a la vida. Su rasgo esencial es su capacidad para instalarnos en un hogar” (Han, 2020: 13). Este nuevo ritual de limpieza y cuidado surge como consecuencia del sufrimiento que produce la muerte en soledad y la alteración del ritual de muerte; es una medida de defensa adoptada para sobrellevar la incertidumbre que produce la enfer-

medad. Ellos ven la muerte en soledad con dolor y como algo que intentan evitar para sí y para las personas que quieren. La muerte en soledad es una causa de sufrimiento psíquico que produce un nuevo ritual como medida de defensa.

Nueva normalidad

Llamaremos como quinto emergente de malestar la *nueva normalidad*. Este término se empezó a utilizar cuando en el reporte diario del 28 de mayo de 2020, el subsecretario de Salud, Hugo López-Gatell propone hacer un “retorno gradual” a la vida pública. Las medidas de prevención de contagio “nos permitirán convivir con este nuevo virus en México y todo el mundo, en la medida que esta epidemia durará un número indeterminado de meses” (Aristegui Noticias, 2020).

Sin embargo, la nueva normalidad llegó antes para el personal médico. Desde el arribo del virus a las salas de emergencia de los hospitales, los médicos, enfermeros, personal de intendencia, mantenimiento y administrativos han tenido que convivir con el virus y por consiguiente modificar su realidad; la nueva normalidad parece ser distinta dentro y fuera del hospital, porque a diferencia de lo que el subsecretario de Salud declara sobre la convivencia con el virus, ésta no ha sido de forma gradual para médicos y enfermeros:

- 1) El sentir ante esta realidad modificada ha sido, en sus propias palabras, “un sube y baja de emociones desde que entras [...] hasta la actualidad” (Pablo, enfermero). La cotidianidad en la que se suele trabajar fue reestructurada de manera tan inesperada que desconcierta y obliga (a algunos) a abandonar su *zona de confort* llevándolos hasta las lágrimas. “Queda llorar cuando duele la vida, cuando entristecen las distancias, cuando lastiman las proximidades, cuando se está ante lo irremediable, cuando no hay a quién llamar, cuando no se puede otra cosa” (Percia, 2020: 27): “Al principio fue muy difícil, [...] y me ponía a llorar y decía

‘no, pero por qué si yo, yo hice una especialidad, o sea, yo hice una especialidad para estar en quirófano y por qué me tengo que salir con los pacientes’, pero pues te vas dando cuenta que al final de cuentas, pues, nos tenemos que adaptar al cambio” (Luisa, enfermera).

Sin embargo, con el paso del tiempo no queda más que adaptarse a las nuevas condiciones en las que laboran, a pesar de que éstas provoquen alteraciones emocionales, ya que es “de entrada tu fuente de trabajo, ¿no? [...] con lo que te mantienes y dices ‘bueno, por esto lo voy a seguir haciendo’” (Pablo, enfermero).

- 2) El poco conocimiento de la enfermedad en el cuerpo de los infectados provocó que médicos y enfermeras adoptaran durante toda su jornada laboral, trajes especiales que les produce agotamiento, perceptible por sus compañeros cada vez que se preparaban para atender a los pacientes, pero que nuevamente fue formando parte de la nueva cotidianidad y del aprendizaje que se genera y modifica constantemente:

Haz de cuenta que te envuelves en plástico, o sea, te envuelves en muchas capas, precisamente para que tú evites el contacto con estos pacientes, entonces es muy agotador. Entrás y ¿qué te gusta?, cinco o diez minutos comienza un calor extremo [...] es muy [pequeña risa] te digo, es muy pesado, muy, muy desgastante tanto físicamente como emocional (Pablo, enfermero).

Finalmente, la llegada de la vacuna a los hospitales de México trajo consigo un alivio a pesar de ser conscientes de que la posibilidad de contagio no se ha eliminado. Saben que deben seguir teniendo medidas extremas de autocuidado. La vacuna no garantiza totalmente evitar enfermarse, sin embargo, les ayuda a sentirse un poco más tranquilos:

No es de que te confíes de que ya con la vacuna ya no te va a pasar nada, porque también pues ahorita está en investigación, pero pues ya te sientes así un poquito más-más liviano (Carla, enfermera).

La nueva normalidad para el personal de la salud no se les planteó como opción y tuvieron que asumirla desde el principio para no contagiarse, mientras que al resto de la población se le presentó como una transición gradual. La nueva normalidad produce sufrimiento psíquico en el personal de salud porque ellos entienden que en el futuro las medidas emergentes de cuidado serán permanentes, que las nuevas condiciones de trabajo son de mayor exigencia y cuidado, que la vacuna es sólo un recurso parcial y no definitivo para evitar o reducir los contagios: porque para ellos la nueva normalidad implica continuar trabajando en condiciones y con equipos de los que ya están cansados, porque tuvieron que asumirla obligadamente desde el inicio.

Condiciones laborales

Como último emergente encontramos que el personal médico expresaba con énfasis la escasez de equipo o material para poder trabajar en las mejores condiciones posibles y ésta desencadenó una serie de preocupaciones que comenzaban de manera individual hasta pasar a lo colectivo. Si ellos no contaban con el material adecuado corrían el riesgo de contagiarse, contagiar a sus familiares y probablemente también a sus compañeros de trabajo; las consecuencias pronto se dejaron ver: hubo una reducción de médicos y enfermeras disponibles para atender a los pacientes.

El personal de salud ha continuado su labor pese a la incertidumbre que genera este nuevo virus, por eso duele hablar también de las insuficiencias en los centros hospitalarios: hay escasez de material, personal y equipo. Todo esto produce estrés que dificulta cumplir la sobrecarga de trabajo, pero no duele hablar de eso por el fenómeno en sí mismo, sino por el significado que adquiere en la subjetividad. Para ellos el hecho de que no haya el material de protección adecuado genera incertidumbre y miedo.

Los servicios hospitalarios no siempre tienen como todo el material, eh, necesario, entonces también eso quieras o no es una preocupación: saber que, eh, si te van a dar equipo de protección, si te van a dar guantes, si te van a dar un cubrebocas especial y pues, bueno, para evitar muchas veces ese conflicto pues lo que hicimos, bueno, hablo por mí, lo que hice fue comprar material (Pablo, enfermero).

“El cuidado parte de reconocer las condiciones de la vulnerabilidad a las que toda vida está, por una u otra razón, expuesta” (Soto, 2019: 233). El personal de salud reconoce en ellos mismos esa condición, y ante el abandono de las autoridades, se vieron ante la necesidad de adquirir con sus propios recursos equipo de protección. Hacen frente a su vulnerabilidad sin el respaldo institucional. Al menos así fue al principio de la pandemia.

Por otra parte, la falta de personal dificultó la labor de cuidado de pacientes con Covid-19. Al personal que no se retiró de los hospitales se le exigió más, se les asignó una carga mayor de trabajo, teniendo que atender más pacientes de los que normalmente atendían: “[...] al principio sí era un poquito complicado, obviamente la demanda de pacientes fue mucha y el personal se fue contagiando, se fue yendo de incapacidad y obviamente pues nosotras tuvimos que salir a apoyar a esos servicios” (Helena, enfermera).

Dice Soto: “El cuidado nos obliga a pensar menos en ‘los otros’ y más en ‘nosotros’, es decir, se trata no sólo de pensarlos, sino de pensarnos, de detenerse a dimensionar el grado de responsabilidad que se tiene al ser parte de un mundo que habitamos en conjunto” (2019: 236). Las medidas de cuidado del personal encontraron muchas veces respaldo en organizaciones de la sociedad civil que hicieron donaciones de equipo o material médico para resarcir el desabasto a nivel de las instituciones de salud. De esa manera, sociedad y personal de salud formaron un frente y responsabilidad común.

Hablar de escasez de material o insuficiencia de éste obliga a hablar del significado que adquiere esta palabra en el discurso de nuestros entrevistados, que implica reconocer que los centros hospitalarios no tienen la capacidad instalada para cumplir la demanda de

hospitalizaciones, a su vez significa mayor cantidad de muertes por casos no atendidos en hospital. Para ellos, hablar de altas de pacientes, tener mayor capacidad y recibir más pacientes que esperan cama, es igual a esperar que alguien muera, que las camas se desocupen por “alta por defunción” y no necesariamente “por mejoría”: “[...] se habían acabado los medicamentos para los pacientes, para que estuvieran sedados, tenía miedo de que estos pacientes despertaran, se sacaran el tubo, entonces no teníamos el material para brindarles la atención necesaria, eso fue un momento crítico” (Emma, médico).

[...] fue preocupante por los pacientes porque no había lugar y había gente que decía “pues yo me espero a que se muera entonces uno para ocupar la cama”, y se quedaban ahí afuera, ahí hubo un señor que se quedó toda la noche esperando que alguien falleciera para poder entrar porque no había lugar (Carla, enfermera).

La falta de material no sólo afectó al personal médico, sino también a los pacientes que llegaban a los hospitales saturados, sin camas o recursos materiales para hacer frente a las condiciones críticas de salud en las que la mayoría llegaba. Dice Dejours: “El mundo del trabajo hoy está estructurado por formas de organización del trabajo que nos llevan a participar, a consentir prácticas que en realidad desaprobamos” (2015:17); así pues, el personal médico expresa su malestar al no poder brindar la atención de calidad que ellos quisieran, aunque deben continuar con sus labores, aceptar las condiciones de trabajo y hacer frente a la impotencia para salvar vidas al mismo tiempo que protegerse de enfermar.

También los médicos y enfermeros comenzaron a movilizarse por diferentes medios en busca de ayuda para poder conseguir su material de trabajo y así poder atender a los pacientes de la mejor manera posible:

[...] e incluso hubo un grupo de enfermeros que buscaban apoyos por fuera porque adentro hacía falta cloro, para desinfectar cosas, jabón, atomizador para desinfectarse. Y empezaron a hacer cómo brigadas así

de apoyo por internet de que a ver quién, así [...] quien les regalaba cosas, pues, y empezaron también como a sensibilizarse y a preocuparse por los pacientes y por, por, pues en general por el hospital, yo creo, pero sí, de junio para acá totalmente todo cambió (Carla, enfermera).

Así como algunos enfermeros comenzaron a buscar ayuda por diferentes medios, algunas empresas de marcas reconocidas realizaron donativos a los hospitales para apoyarlos, estos donativos no sólo consistieron en apoyar al personal médico con uniformes, sino también con alimentos, acto que hizo sentir reconocidos a aquellos que lo recibían y han estado trabajando en el área Covid-19:

Te sientes, te sientes protegido porque dices “se están preocupando por nosotros, sí nos están mandando, pues, el equipo necesario”. Sí empezaron a mandar y aparte que la gente empezó a llevar cosas, las empresas, por no mencionarlas, pero empresas famosas como, comerciales, empezaron a mandar este, los trajes TYVEK, los blancos, o gorros, guantes, cubrebocas, empezaron a mandar muchas cosas. En junio, no, en mayo más o menos, este, se empezó a llenar el hospital de apoyos, de apoyos, y junio ya teníamos hart [sic], un montón de cubrebocas, caretas (Carla, enfermera).

De esta manera, como dice Todorov (citado en Soto, 2019: 242), “si uno realiza un sacrificio, uno quiere hacerlo sentir a los demás, recordarles cuánto le ha costado; el cuidado, por el contrario, contiene en sí mismo su propia recompensa puesto que hace feliz a quien lo practica”. El personal de salud realiza su trabajo sin esperar el reconocimiento externo, mismo que llegó al ser señalados por algunos como “héroes” o “guerreros” en el combate de esta pandemia (sin olvidar el estigma desacreditador que algunas personas depositaron en ellos), que se confirmó con las donaciones de material por parte de agentes externos a los centros hospitalarios. Con esas donaciones el personal de salud se sintió cuidado por los otros que reconocían su vulnerabilidad, pero el sufrimiento psíquico, surgido de la escasez, se mantiene al desvanecerse con el paso del tiempo la cantidad de

material y equipo que reciben: de nuevo se encuentran solos en el cuidado de la salud de los otros:

[...] se podría decir, porque lo que fue diciembre, enero y ahorita ya, ya se olvidaron prácticamente de, de uno, ¿no?, fue así como “ay, ya, ya, lo, ya se acostumbraron ¿no?”, pero pues esa, eso, esos incentivos que hacían las empresas sí animaba mucho al personal porque hasta como que ahh te sentías como, importante, ¿no?, que le importabas a otras personas, sí, te, te alentaba, te alentaba mucho (Carla, enfermera).

Esta pandemia nos recuerda nuestra condición de seres mortales; nos enseña la importancia del cuidado de sí pero también de la consideración por los otros. Nos recuerda que la única manera para sobrevivir frente a las adversidades es mediante el trabajo colectivo, mediante la cooperación.

Éste es el sexto emergente de sufrimiento en el personal de salud: la escasez de material y el abandono.

A manera de cierre

A más de un año de haber sido declarada por la OMS la pandemia por Covid-19, los cambios que produjo, las medidas de distanciamiento social y confinamiento, la pérdida de empleos, la convivencia familiar en espacios cerrados, además de la saturación de los hospitales y el aumento de muertes de manera exponencial, nos ha llevado a replantear nuestras prácticas y nos vuelve conscientes de la condición de vulnerabilidad y fragilidad en la que vivimos. La presencia de un virus es capaz de trastornar la vida humana y conduce a replantearnos las formas de habitar el mundo que hemos forjado; que los seres humanos estamos en una relación necesaria e inevitable con los otros, que dependemos de los otros, que el cuidado exige e implica pensar en términos de colectividad, pues la humanidad existe en interdependencia, pero al mismo tiempo nos recuerda la desigualdad en la que vivimos.

El sufrimiento que experimenta el personal de salud atendiendo pacientes con Covid-19, según se ha expuesto, no surge sólo del medio en el que desempeñan sus labores, sino de las significaciones que giran en torno a su práctica. La pandemia somete al conjunto de las instituciones sanitarias a una condición muy compleja, donde se exhiben de manera clara las deficiencias que han caracterizado al sistema de salud pública de nuestro país desde hace décadas y que ahora se han exacerbado ante una situación limítrofe donde la muerte se encuentra asociada a estos servicios. Esta pandemia nos recuerda momentos críticos en la historia donde el miedo, la amenaza y la muerte se tornan omnipresentes.

El momento que vivimos nos recuerda que somos seres en falta, entre otras razones porque no tenemos garantías, porque el futuro es incierto, porque han desaparecido los rituales que nos permiten elaborar los duelos y las pérdidas, porque los cambios sociales que vivimos como efecto de las medidas para controlar la pandemia nos llevan a cuestionar lo que hasta entonces veíamos como parte natural de la vida.

Nos parece importante insistir en la condición de sufrimiento que vive el personal de salud, para quienes, a pesar de las vacunas y el porcentaje de la población vacunada, la amenaza de Covid-19 sigue presente, recordando nuestra fragilidad e inevitable interdependencia, así como la necesidad urgente del respeto y la solidaridad que debemos tener si queremos establecer algún tipo de normalidad en la que podamos convivir de nuevo.

Lo que vivimos es una catástrofe subjetiva que nos desgasta, a la que algunos ya se han acostumbrado y otros se resisten, pero como sea, lo único de lo que podemos estar seguros es que este virus nos hace más conscientes de la vulnerabilidad e incertidumbre del mundo humano. Lejos de haber certezas, queda la angustia que abre un virus del que poco sabemos y, frente al cual, sin embargo, tenemos que seguir luchando. Como lo señala Carolina, una de nuestras entrevistadas: “a veces te crees un poco fuerte estando ahí dentro, pero no es así... yo me creía fuerte pero no lo soy”.

Sirva este breve artículo para recuperar las voces de algunos trabajadores de la salud y el sufrimiento que produce su actividad profesional frente al fenómeno de la pandemia. Los seres humanos somos seres complejos; el mundo simbólico en el cual estamos insertos hace posible que nuestra vida, a pesar de las contingencias, se construya en función de la búsqueda de sentido y así postergar, hasta donde sea posible, la muerte.

Bibliografía

- Agamben, Giorgio *et al.* (2020), *Sopa de Wuhan. Pensamiento contemporáneo en tiempos de pandemia. Aislamiento social preventivo y obligatorio*, libro digital. [<http://iips.usac.edu.gt/wp-content/uploads/2020/03/Sopa-de-Wuhan-ASPO.pdf>] (Fecha de consulta: 23 de octubre de 2020).
- Agosta, Daniel *et al.* (2020), *Pospandemia: 57 políticas públicas para el mundo que viene*, Universidad Torcuato Di Tella, Argentina.
- Aristegui Noticias (2020), “Este es el plan para la ‘nueva normalidad’; 31 entidades aún en ‘riesgo máximo’: López-Gatell”, en *Aristegui Noticias*. [<https://aristeginoticias.com/2905/mexico/este-es-el-plan-de-nueva-normalidad-epidemia-sigue-lopez-gatell/>] (Fecha de consulta: 1 de mayo de 2021).
- Augsburger, Ana (2004), “La inclusión del sufrimiento psíquico: un desafío para la epidemiología”, en *Psicología & Sociedades*, vol. 16, núm. 2, mayo-agosto, pp. 71-80.
- Brunner, Jerome (2018), *Actos de significado. Más allá de la revolución cognitiva*, Alianza, España.
- Buitrago, Francisco, Ciurana, Ramón, Fernández, María y Tizón, José (2021), “Pandemia de la Covid-19 y salud mental: reflexiones iniciales de la atención primaria de salud española”, en *Atención Primaria*, vol. 53, núm. 1, enero, pp. 89-101.
- Castro, Roberto (2014), “Génesis y práctica del *habitus* médico autoritario en México”, en *Revista Mexicana de Sociología*, vol. 76, pp. 167-198.

- De Sousa, Boaventura (2020), *La cruel pedagogía del virus*, Clacso, Buenos Aires.
- Dejours, Christophe (2015), *Sufrimiento en el trabajo*, Topía, Buenos Aires.
- Díaz, José y Flores, Enrique (2001), “La estructura de la emoción humana. Un modelo cromático del sistema afectivo”, en *Salud Mental*, vol. 24, núm. 4, agosto, pp. 20-35, Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”, México.
- El Economista* (2021), “Entre personal de salud, 1 de cada 10 contagios de Covid-19 en México”, 6 de enero, México. [<https://www.eleconomista.com.mx/politica/Entre-personal-de-salud-1-de-cada-10-contagios-20210106-0100.html>] (Fecha de consulta: 3 de marzo de 2021).
- Freud, Sigmund (2011), *Obras completas. El yo y el ello y otras obras: 1923-1925*, Amorrortu, Buenos Aires.
- Gilligan, C. (2013). *Ética del cuidado*, Fundació Víctor Grífols i Lucas, Barcelona.
- Goffman, Erving (2009), *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*, Amorrortu, Buenos Aires.
- Goffman, Erving (2010), *Estigma. La identidad deteriorada*, Amorrortu, Buenos Aires.
- Goffman, Erving (2019), *La presentación de la persona en la vida cotidiana*, Amorrortu, Buenos Aires.
- Gómez, Ramiro (coord.) (2020), *Ventanas de esperanza. Problemas filosóficos, teológicos y culturales derivados del orden social pospandemia*, Universidad Intercontinental / Instituto Intercontinental de Misionología, México.
- Han, Byung-Chul (2017), *La agonía del Eros*, Herder, España.
- Han, Byung-Chul (2020), *La desaparición de los rituales*, Heder, España.
- Hobbes, Thomas (2004), *Leviatán o la materia, forma y poder de un Estado eclesiástico y civil*, Alianza, Madrid.
- Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) (2020), *Jornada Nacional de Reclutamiento y Contratación de Recursos Humanos para la Salud*, Gobierno de México, convocatoria publicada el 4 de abril de 2020.

- [<https://www.gob.mx/imss/articulos/jornada-nacional-de-reclutamiento-y-contratacion-de-recursos-humanos-para-la-salud>] (Fecha de consulta: 3 de marzo de 2021).
- Jiménez, Henry y Anglés, Marisol (coords.) (2020), *La emergencia sanitaria Covid-19 a la luz de la emergencia climática. Retos y oportunidades*, Fundación Heinrich Böll / Comisión Interamericana de Derechos Humanos / Universidad Politécnica y Artística de Paraguay / Red Internacional sobre Cambio Climático, Energía y Derechos Humanos, Colombia.
- Landeros, Emma (2020), “Covid-19 y salud mental: los otros efectos de la pandemia”, en *Newsweek México*, 29 de junio. [<https://newsweekespanol.com/2020/06/Covid-19-19-salud-mental-efectos-pandemia/>] (Fecha de consulta: 20 de marzo de 2021).
- Martínez, Daniel (2020), “Desafíos para la enfermería de salud mental después del Covid-19”, en *Revista Ciencia y Cuidado*, vol. 17, núm. 3, septiembre-diciembre, Colombia, pp. 122-129.
- Medel, Carmen *et al.* (2020), *México ante el Covid-19: acciones y retos*, Cámara de Diputados / Universidad Autónoma Metropolitana, México.
- Monsiváis, Carlos (2008), *El 68. La tradición de la resistencia*, Era, México.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2018), *Clasificación internacional de enfermedades para estadísticas de mortalidad y morbilidad (CIE-11)*, OMS/ONU, Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2020a), *Comunicado de prensa: Los servicios de salud mental se están viendo perturbados por la Covid-19 en la mayoría de los países, según un estudio de la OMS*, 5 de octubre. [<https://www.who.int/es/news/item/05-10-2020-Covid-19-19-disrupting-mental-health-services-in-most-countries-who-survey>] (Fecha de consulta: 30 de marzo de 2021).
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2020b), *Información básica sobre la Covid-19*, 12 de octubre. [<https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/coronavirus-disease-Covid-19-19>] (Fecha de consulta: 13 de abril de 2021).

- Organización de las Naciones Unidas-México (ONU-México) (2020), *Uno de cada siete infectados de coronavirus es un trabajador médico*. [<https://coronavirus.onu.org.mx/uno-de-cada-siete-infectados-de-coronavirus-es-un-trabajador-medico>] (Fecha de consulta: 3 de marzo de 2021).
- Organización de las Naciones Unidas-México (ONU-México) (2021), *Datos actualizados*. [<https://coronavirus.onu.org.mx/>].
- Orozco-González, M. Á. *et al.* (2013), “Experiencias y conocimientos de los estudiantes de enfermería, ante la muerte del paciente hospitalizado”, en *Enfermería Universitaria*, vol. 10, núm. 1, pp. 8-13. [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632013000100003] (Fecha de consulta: 14 de abril de 2021).
- Percia, M. (2020), *Esquirlas: pliegues de la peste*, Ediciones La Cebra, Argentina.
- Pittman, Frank S. (2009), *Momentos decisivos. Tratamiento de familias en situaciones de crisis*, Paidós, España.
- Ramírez, María José y Grupo Expansión (2020), “Coronavirus: ¿cómo afecta a la salud mental del personal médico”, en *Conexión ExpoMed*, 8 de diciembre. [<https://www.conexiones365.com/nota/expo-med/sistemas-de-salud/coronavirus-salud-mental-personal-medico>] (Fecha de consulta: 29 de marzo de 2021).
- Real Academia Española (RAE) (2020), *Diccionario de la lengua española (actualización 2020)*, Asociación de Academias de la Lengua Española. [<https://dle.rae.es>] (Fecha de consulta: 18 de abril de 2021).
- Salazar, Robinson (2011), “Los miedos ocultos en la sociedad del siglo XXI”, en *Revista Theomai*, núm. 23, Red Internacional de Estudios sobre Sociedad, Naturaleza y Desarrollo, Argentina, pp. 24-34.
- Soto, Maricela (2019), “El cuidado. Apuntes para problematizarlo”, en *Trazos y Contextos*, UAM-X, México, pp. 222-249.
- Varela, Héctor y Sotelo, Gabriel (2019), “El deber de cuidado del médico en México”, en *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, vol. 62, núm. 3, mayo-junio, México, pp. 40-49.

Zepeda, Fabiana (2020), “Acerca de los enfermeros y enfermeras en México” (discurso principal), Conferencia de prensa. Informe diario sobre el coronavirus Covid-19 en México, 20 de abril, Ciudad de México.

Žižek, Slavoj (2020), *Pandemia. La Covid-19 estremece al mundo*, Anagrama, España.

Fecha de recepción: 27/05/21
Fecha de aceptación: 09/09/21