

# Vulnerabilidad de enfermeras en tiempos de COVID-19: un estudio de caso

## Nurse Vulnerability in the COVID-19 Pandemic: A Case Study

**Abraham Sánchez Ruiz\***

Universidad La Salle Bajío, campus Salamanca.  
asanchezr@delasalle.edu.mx

**Harim Irai Colli Carrillo\*\***

Universidad La Salle Cancún.  
hic\_carrillo@hotmail.com

Recibido: 15 de julio de 2020.

Aceptado: 26 de agosto de 2020.

\* Doctor en Ciencias Sociales por la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. Profesor-investigador de tiempo completo en la Facultad de Ciencias Sociales y Humanidades de la Universidad La Salle Bajío, Campus Salamanca en el área de constitucionalismo, ciencias jurídicas y derechos humanos. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología.

\*\* Maestrante en Psicología Humanista por la Universidad La Salle Bajío. Tiene experiencia en terapia individual y familiar, con conocimientos para el abordaje con niños, niñas y adolescentes con discapacidad, así como con sus familiares. Ha trabajado en el Centro de Rehabilitación e Inclusión Infantil Teletón. Actualmente labora en la Facultad de Enfermería y Psicología de la Universidad La Salle Cancún.

La opinión expresada en este texto es responsabilidad exclusiva de los autores, por lo que no refleja necesariamente la postura de las instituciones en las que colaboran.

## Resumen

En este artículo se discute la vulnerabilidad del personal dedicado a los servicios sanitarios durante la pandemia por SARS-Cov-2 en México. Se realizó un análisis de las condiciones de vulnerabilidad a través de un estudio de caso con la participación de tres enfermeras asignadas al área de atención a pacientes con diagnóstico positivo. Se les ofreció una terapia psicológica con enfoque humanista de la Gestalt para acompañarlas a afrontar los retos más agudos que comprometían su salud mental. Los resultados permiten comprender cómo su vulnerabilidad se asocia a las condiciones adversas de la infraestructura del sistema hospitalario, a la existencia de problemas personales sin atender y que agudizó la emergencia, la falta de reconocimiento social por parte de las y los ciudadanos a su labor social y se identificó como factor de protección su vocación por la enfermería.

*Palabras clave:* vulnerabilidad; personal sanitario; SARS-Cov-2; derechos humanos.

## Abstract

This paper discusses the social vulnerability of personnel dedicated to health services during the SARS-Cov-2 pandemic in Mexico. In this, vulnerability conditions are analyzed through a case study with the participation of three nurses assigned to the area of care for patients with a positive diagnosis. They agreed to a psychological therapy with a humanistic approach from Gestalt to attend to problems that compromised their mental health. The results allow us to understand how their vulnerability is associated with the adverse conditions of the infrastructure of the hospital system, the existence of the existence of unattended personal problems that exacerbated the emergency, the lack of recognition by citizens of their social work and it was identified as a protection factor his vocation for nursing.

*Keywords:* vulnerability; health personnel; SARS-Cov-2; Human rights.

## Sumario

I. Introducción; II. Antecedentes; III. Método empleado; IV. Resultados; V. Discusión y conclusiones; VI. Fuentes consultadas.

## I. Introducción

En este texto se describen las variables asociadas a la situación de vulnerabilidad de tres enfermeras asignadas al área COVID-19, quienes fueron acompañadas con terapias psicológicas en un estudio de caso. El objetivo es comprender el efecto desfavorable del contexto emergente en el goce de sus derechos, para luego fundamentar una propuesta de enfoque diferencial que permita mejorar su calidad de vida. En la sección de antecedentes se desarrolla la composición teórica de la vulnerabilidad social en este grupo de personas y los referentes empíricos que se han registrado en otras pandemias. En la sección sobre el método se detallan los aspectos del estudio de caso, particularmente en torno al enfoque humanista utilizado en las terapias con las tres participantes. Posteriormente, se presenta el resultado de las experiencias de las tres profesionistas en un contexto de vulnerabilidad estructural, que se ha intensificado por las condiciones de riesgo durante la emergencia sanitaria.

## II. Antecedentes

La pandemia del SARS-Cov-2 (COVID-19) funcionó en México como detonante para colocar en un contexto de vulnerabilidad al personal dedicado a los servicios sanitarios. Muestra de ello son algunos casos que se conocieron por la difusión mediática de ataques violentos realizados por parte de ciudadanas y ciudadanos en contra de cualquier persona asociada con la profesión médica, derivado del temor de adquirir la enfermedad por alto riesgo que tiene el personal de salud de contraer el virus al tener contacto directo con pacientes contagiados. Sin embargo, este tema requiere un análisis más profundo de los factores de riesgo social y psicológico.

En ese sentido, se trata de una situación especial de *vulnerabilidad emergente*, por ello se retomó a Ben Wisner,<sup>1</sup> que la define como “las características de una persona o grupo y su situación, que influyen en su capacidad de anticipar, hacer frente, resistir y recuperarse del impacto de un peligro natural” o del contexto social donde se desarrolla y que, a diferencia de otros conceptos, propone más un *proceso de vulnerabilización*, y no de una *condición* previa de desventajas.<sup>2</sup> Este proceso consiste en la pérdida de la seguridad individual o colectiva en espacios públicos y privados, al ser identificadas e identificados como personal de salud, por la amenaza de los actos violentos o daños a la salud física y mental en su contra,

<sup>1</sup> Ben Wisner y otros, *At risk: natural hazards, people's vulnerability and disasters*, Second (London: Routledge, 2004), 11.

<sup>2</sup> Mariana Siena, “Desastres y vulnerabilidad: un debate que no puede parar”, *Bulletin de l'Institut français d'études andines*, 43, núm. 3 (diciembre 2014): 433-443.

sumado a trabajar en un contexto de alto riesgo de contagio dentro de un sistema de salud precarizado.

Esto supone una serie de condiciones especiales debido a que no son reconocidas dentro del catálogo<sup>3</sup> de grupos en situación de vulnerabilidad como: personas en condición de pobreza; pobladores originarios; migrantes; personas lésbicas, gays, bisexuales, transexuales, transgénero, travestis, intersexuales, *queer*, asexuales y otras identidades; mayores; y con baja escolaridad.<sup>4</sup> Sin embargo, el proceso de vulnerabilización del personal de salud inicia ante la amenaza natural de la pérdida de su rutina cotidiana; el incremento de violencia en su contra; el alto riesgo de enfermarse por la atención a pacientes contagiados,<sup>5</sup> la escasa participación en la elaboración de decisiones institucionales, la pérdida de capacidad individual y el no contar con asistencia estatal para defenderse o salir de su condición de peligro. La principal diferencia con las condiciones de vulnerabilidad está centrada en la pobreza o en la falta de oportunidades para el desarrollo social, el personal de salud posee una alta capacidad para mantener sus actividades económicas, antes y durante la amenaza, se trata de una condición temporal en tanto permanezca la pandemia. Estas condiciones están profundamente relacionadas con las acciones estatales, con un enfoque poblacional de intervención previa a la aparición de la amenaza y durante la etapa de mayor peligro.

Aunque inicialmente no se encontraban excluidos de las oportunidades de desarrollo –e incluso se le considera un grupo con altos ingresos como gremio con respecto a otras profesiones–, durante la pandemia quedaron atrapadas y atrapados en ese proceso de vulnerabilización. Precisamente, el supuesto hipotético es que existen riesgos y amenazas adicionales al virus SARS-Cov-2, de origen no natural, que posicionan al personal dedicado a servicios sanitarios como un grupo vulnerable en este periodo. El riesgo y las amenazas son desproporcionales en comparación con otros grupos no vulnerables si se considera la versión conceptual de *vulnerabilidad* impuesta en un estado de emergencia temporal propuesta por Wisner y otros.<sup>6</sup> El factor temporal lo aparta de la versión que se centra en las carencias sociales acumuladas por largo periodo y en diferentes dimensiones de lo social, como el adoptado por el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social

---

<sup>3</sup> Comisión Interamericana de Derechos Humanos, Resolución 1/2020, Pandemia y derechos humanos en las Américas, 10 de abril de 2020.

<sup>4</sup> Héctor Hernández Bringas, "Mortalidad por Covid-19 en México. Notas preliminares para un perfil sociodemográfico", *Notas de coyuntura del CRIM* (junio 2020): 1-7.

<sup>5</sup> N. Ruiz Rivera, "La definición y medición de la vulnerabilidad social. Un enfoque", *Investigaciones Geográficas. Boletín del Instituto de Geografía*, 77 (2012): 63-74.

<sup>6</sup> Wisner y otros, *At risk: natural hazards, people's vulnerability and disasters*.

(Coneval).<sup>7</sup> Por eso, esa institución metodológicamente emplea indicadores objetivos –ingreso, rezago educativo, acceso a servicios de salud y seguridad social– de las dimensiones donde las carencias de recursos impiden acceder a formas de desarrollo social. En ese sentido, al delimitarse la vulnerabilidad a un periodo –como el de la pandemia– se abre la posibilidad de conocer otras dimensiones o categorías de riesgo a un grupo determinado. En particular aquí interesan aquellos que amenazan gravemente sus derechos fundamentales.

En estudios sobre pandemias previas se identificó un conjunto de variables para delimitar la situación de vulnerabilidad: en 2002 con el SARS (síndrome respiratorio agudo severo), en 2009 ante la gripe AH1N1, en 2012 con el MERS (síndrome respiratorio de Oriente Medio) y en 2014 con el ébola. En cada experiencia se reportó el incremento en el riesgo a la salud física y emocional del personal de salud, e incluso afectó a sus empleos.<sup>8</sup> Además de ser estigmatizado durante y posterior a la emergencia como fuentes de contagio, perdieron ingresos, aumentó la tensión en su familia y percibieron un incremento de emociones como ira, enojo, molestia, miedo, frustración, culpa, impotencia, aislamiento, soledad, nerviosismo, tristeza, preocupación y se sintieron menos felices.<sup>9</sup>

La mayoría de las recomendaciones en la agenda pública para favorecer su cuidado se limitaron al riesgo físico o aspectos de la administración de recursos humanos,<sup>10</sup> pero muy pocas éstas se vincularon con su salud mental o su atención integral con un enfoque diferencial.<sup>11</sup> Por el contrario, se partió del supuesto de que existe un conjunto de instrumentos jurídicos para fundamentar la necesidad de adoptar ese enfoque diferencial de cara a las potenciales reformas pos pandemia, donde se incorpore una racionalidad cosmopolita que reconozca tal vulnerabilidad y sensibilice a las autoridades para impulsar un nuevo ciclo de políticas tendientes a prevenir y atender de forma justa su situación. Para ello resulta indispensable rastrear los instrumentos jurídicos que fundamentan la propuesta, la cual incluye

<sup>7</sup> Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, *Informe de Evaluación de la Política de Desarrollo Social 2018* (México: Coneval, 2018).

<sup>8</sup> I. Pahlman, H. Tohmo y H. Gylling, "Pandemic influenza: human rights, ethics and duty to treat", *Acta Anaesthesiol Scand*, vol. 54 (enero 2010): 9-15.

<sup>9</sup> Samantha Brooks y otros, "The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence", *The Lancet*, vol. 395 (marzo 2020): 912-920.

<sup>10</sup> María T., Pérez López y otros, "Intervención del profesional de enfermería durante la contingencia de influenza A H1N1, en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias", *Revista Enfermería Universitaria*, vol. 5, núm. 6, Número Especial Influenza (2009): 7-14.

<sup>11</sup> Carlos Alonso Reynoso, "La influenza A (H1N1) y las medidas adoptadas por las autoridades sanitarias", *Desacatos*, núm. 32 (enero-abril 2010): 35-52. Unidad de Salud Mental, Abuso de Sustancias y Rehabilitación/ Tecnología y Prestación de Servicios de Salud/ Organización Panamericana de la Salud, *Protección de la salud mental en situaciones de epidemias* (OPS-OMS, 2009).

el aspecto de *género* como categoría analítica para destacar el rol de cuidado que ha sido asignado culturalmente a mujeres.

### III. Método empleado

#### *Diseño*

Se llevó a cabo una investigación cualitativa para interpretar la información proporcionada por las participantes acerca de su experiencia frente a la contingencia sanitaria. El alcance fue descriptivo sobre las variables de riesgo observadas en investigaciones de anteriores pandemias. Se eligió un enfoque transversal porque interesa conocer cuál es la situación actual que afronta el personal dedicado a los servicios sanitarios, así como su efecto en el futuro inmediato. También se empleó el estudio de caso a partir de terapias psicológicas de acompañamiento.

La muestra es de tipo *autoseleccionada* porque las participantes consideraron ser candidatas para recibir atención psicológica, lo que también tiene que ver con la baja *capacidad operativa* de terapias gratuitas. Se trató de un traje a la medida, como sugieren Hernández, Fernández y Baptista, para los estudios de caso no profundos.<sup>12</sup> El objetivo de optar por tres casos múltiples se debe a que se buscó describir la posibilidad de una *replicación literal* de las experiencias –cuando coinciden los resultados de los diversos casos–, o una *replicación teórica* –cuando se producen resultados contrarios por razones predecibles–, tal como ocurre con la aplicación de los estudios de caso.<sup>13</sup>

Además, se eligió esta metodología porque, a pesar de impedir la generalización de los resultados a otros contextos, es posible obtener rasgos transferibles de las experiencias de las participantes a otros lugares<sup>14</sup> o investigaciones. En este sentido, valdría la pena preguntarse si las experiencias de las participantes ocurren en otros hospitales de la región o de México. En general, el estudio de caso aquí diseñado aporta elementos para hacer diagnósticos sobre las condiciones de vulnerabilidad del personal de salud y, a la vez, ofrece pistas de cómo asistirlo en este contexto de pandemia de forma inmediata, permanente y a mediano plazo en su formación.

<sup>12</sup> R. Hernández Sampieri, C. Fernández Collado, y P. Baptista Lucio, *Metodología de la investigación* (Ciudad de México: Mc Graw Hill, 2010).

<sup>13</sup> W. O. López González, “El estudio de casos: una vertiente para la investigación educativa”, *Educere*, vol. 17, núm. 56 (enero-abril 2013): 139-144.

<sup>14</sup> López González, “El estudio de casos: una vertiente para la investigación educativa”.

Desde el inicio del estudio se cumplió con los principios éticos para la investigación de respetar la dignidad de las personas.<sup>15</sup> Como criterio de inclusión se solicitó la firma para un consentimiento informado y se respetó el derecho de autonomía de las participantes. Adicionalmente, se cumplió con el beneficio social de la investigación, porque contribuyó a mejorar la calidad de vida de las participantes y se dejó de verlas sólo como un medio para obtener un fin académico. Asimismo, se omitieron los datos personales y de identificación.

### *Procedimiento*

En el mes de junio se lanzó la convocatoria para invitar a enfermeras a participar en un estudio dirigido a desarrollar una estrategia psicológica para la intervención efectiva en situaciones de riesgo socioemocional. Posteriormente, se tuvo contacto de manera personal con las interesadas para ofrecerles información general sobre el objetivo de estudio de la investigación y el tipo de terapias. Se eligió aleatoriamente a quienes respondieron a la convocatoria hasta completar cinco candidatas. Después se les aclararon las dudas acerca del estudio, se les dio a conocer el riesgo mínimo de ello, el beneficio, así como la opción de renunciar a su participación en el momento en que lo decidieran. Después se acordó que con base en el tiempo de las participantes y el psicólogo (capacidad operativa) se realizarían seis sesiones, las cuales se distribuirían una por semana con una duración estimada de 40 a 60 minutos, y en donde podrían desarrollar los temas de su interés.

El enfoque de la terapia se orientó a través del humanismo de la Gestalt. Las cinco participantes aceptaron iniciar la segunda semana de junio, pero en el proceso terapéutico dos lo abandonaron por motivos laborales relacionados con el aumento de casos confirmados en el estado de Quintana Roo. Las tres participantes asistidas iniciaron y concluyeron las sesiones con resultados satisfactorios, y se recomendó que continuaran con orientación psicológica por las condiciones descritas en la sección de resultados, pero se acordó que no se siguiera con el mismo psicólogo para evitar cualquier conflicto de intereses.

La palabra *Gestalt* se define como estructura, figura, forma y totalidad en relación con las necesidades de las personas, es decir, que se entiende como *una necesidad a ser satisfecha*.<sup>16</sup> Por eso, en el desarrollo de las sesiones se trabajó en su identificación para avanzar progresivamente en aquellas que no han sido satisfechas porque algunas atentan contra la

---

<sup>15</sup> Secretaría de Salud y Comisión Nacional de Bioética, *Guía nacional para la integración y el funcionamiento de los comités de bioética e investigación*, sexta edición (Ciudad de México: CONBIOÉTICA, 2018).

<sup>16</sup> Héctor Salama Penhos, *Psicoterapia Gestalt proceso y metodología*, 4a edición (México: Alfaomega, 2007).

supervivencia biológica.<sup>17</sup> Ahora bien, para la comprensión en el ámbito psicológico Héctor Salama expresa: “Si nos referimos al nivel psicológico y emocional, pudiera ser que no muriéramos físicamente, sin embargo, en este nivel desarrollaríamos lo que comúnmente conocemos como *neurosis*”.<sup>18</sup>

El terapeuta Gestalt requiere visualizarse como un acompañante y facilitador de los procesos de introspección, donde las personas tienen la responsabilidad de darse cuenta en el aquí y ahora de su situación. De tal manera que deben concentrarse en fortalecer las capacidades del ser humano como la de crear, guiar su auto-crecimiento para el desarrollo de su máximo potencial como un individuo único. De esta manera se trabaja para que la persona encuentre las mejores soluciones a sus problemas existenciales y se responsabilice de su propia condición de vida.

Dentro de la terapia se requiere la comprensión de dos conceptos del yo, como propone Héctor Salama: el yo y el *pseudo yo*.

- Yo. Puede definirse, como la parte de la personalidad del sujeto que tiende siempre al éxito. Teniendo como atributo, entre otros la conciencia implícita en el darse cuenta.
- *Pseudo yo*. Lo define como la parte de la personalidad ajena al buen funcionamiento de la misma que presenta resistencia al cambio y, por lo tanto, es contrario a la salud.

Además, en este enfoque se requiere liberar la energía del *pseudo yo* que limita el potencial del yo para crecer y desarrollarse, cuando esto no se logra se tendrá un yo *estático* y limitado en su avance. Dentro de la búsqueda del darse cuenta por parte de la persona que asiste a terapia es encontrar el yo ideal que puede ser visto como un grupo neuronal que contiene sus deseos, personas-figuras-objetos significativos, estando siempre a disposición de sus expectativas, volviéndolas reales-alcanzables, ya que por lo contrario generará frustración, ira, quejas de la vida e insatisfacción, como las identificadas en las tres participantes. De ahí que es prioritario que el terapeuta dé seguimiento al progreso del desarrollo de la responsabilidad en las necesidades que permitan adquirir mejores estados que favorezcan la calidad de vida. Por lo tanto, es importante que la persona esté con suficiente *energía de yo* para tolerar los cambios del patrón de conducta. En ese sentido, se trabaja con técnicas vivenciales que son unas de las más utilizadas en este enfoque. Salama Penhos menciona la existencia de tres grandes grupos sintetizados en la tabla 1.

<sup>17</sup> Francisco Vásquez, “La relación terapéutica del ‘aquí y el ahora’ en terapia gestáltica”, *Anales de la Facultad de Medicina*, vol. 61, núm. 4 (2000): 285-288.

<sup>18</sup> Salama Penhos, *Psicoterapia Gestalt proceso y metodología*, 36.



**Tabla 1.** Técnicas vivenciales en Gestalt

<b>Supresivas</b>	<b>Expresivas</b>	<b>Integrativas</b>
Experimentar vacío	Expresar lo no expresado	Encuentro interpersonal
No hablar acerca de	Terminar o completar la expresión	Asimilación de lo proyectado
Descubrir los debeísmos	Buscar la dirección y hacer la expresión directa	Fantasías guiadas
Encontrar las formas de manipulación		
Saber formular preguntas y respuestas		

**Fuente:** elaboración propia con base en Salama Penhos, *Psicoterapia Gestalt proceso y metodología*.

#### IV. Resultados

A continuación, se presenta la descripción cada situación de las tres participantes, donde se incluye: un abordaje del contexto estructural adverso, los avances en el bienestar personal ante la situación de crisis y un análisis de la información identificada como elementos de vulnerabilidad ante la amenaza de la pandemia.

##### *Contexto adverso*

La pandemia de 2020 colocó al personal dedicado a los servicios sanitarios, a las personas contagiadas de COVID-19 y al resto de servicios médicos en una situación crítica. En general, en las últimas décadas se desatendió el sector con bajas inversiones, en 2013 se invertía apenas 6.9% del producto interno bruto, cifra menor al de Alemania (12), Reino Unido (9) y Canadá (11), e incluso de Costa Rica (9.8) y Paraguay (9).<sup>19</sup> Además, se trata de un sistema fragmentado con efectos negativos en la cobertura con impacto en la desigualdad.<sup>20</sup>

<sup>19</sup> Monserrat Mariscal Cancelada, B. Zamora Suchiapa, y J. R. Torres Márquez, "Análisis del sistema de salud mexicano y su comparación con Costa Rica, Paraguay, Canadá, Gran Bretaña y Alemania", *Revista Médico-Científica de la Secretaría de Salud Jalisco* (2016): 133-142.

<sup>20</sup> Octavio Gómez Dantes y Julio Frenk, "Crónica de un siglo de salud pública en México: de la salubridad pública la protección social en salud", *Salud Pública de México*, vol. 61, núm. 2 (2019): 202-2011. Organización Panamericana de Salud, *Perfil del Sistema de Servicios de Salud México. Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud* (Ciudad de México: OPS, 2002).

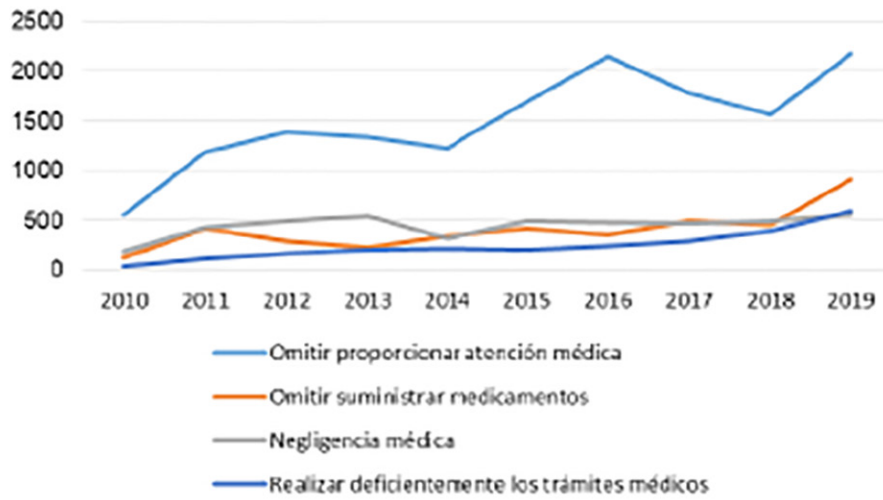
Los rezagos históricos de ese sistema y el personal que le da vida fueron sometidos a una presión sin precedentes durante la pandemia. En ese sentido, además de una sobrecarga de la capacidad hospitalaria propia por la COVID-19, se añade una crisis estructural en el sector. Laborar en esas condiciones constituye un alto riesgo de contagio, muestra de ello es que al 16 de junio la Secretaría de Salud reportó 32 888 casos positivos entre el personal médico;<sup>21</sup> es decir que en este grupo la amenaza a la salud es real y elevada con respecto a cualquier otra persona profesionalista o trabajadora ante el virus.

Otro de los aspectos a considerar tiene que ver con la estigmatización de su profesión asociado a su imagen como personas transgresoras de los derechos humanos. Esto proviene del alto número de quejas por presuntas violaciones en la última década. La gráfica 1 muestra la tendencia creciente del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), ya para 2019 superó las 3 000 quejas iniciadas ante la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH). El IMSS y el Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado ocupan los primeros lugares de las instituciones con más investigaciones formalmente iniciadas ante la CNDH.

**Gráfica 1.** Expedientes de queja ante la CNDH

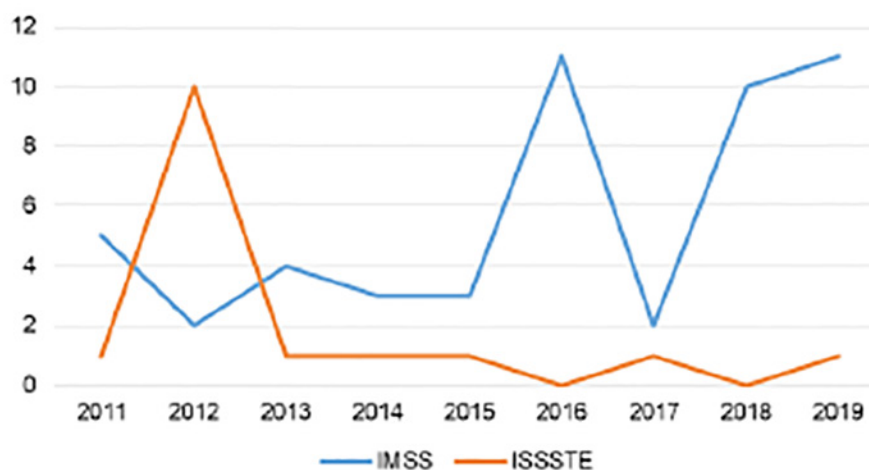


<sup>21</sup> *Expansión Política*, "El personal médico suma 32,888 casos de Coronavirus en México", 16 de junio de 2020.

**Gráfica 2.** Hechos violatorios

**Fuente:** elaboración propia con base en datos de la CNDH de 2010 a 2019. Véase Comisión Nacional de los Derechos Humanos, “Recomendación”, <https://www.cndh.org.mx/tipo/1/recomendacion>.

La gráfica 2 presenta los cuatro hechos violatorios señalados en contra de éstas y otras instituciones del sector salud. El principal problema de esta tendencia es su efecto de eclipsar el origen de los hechos violatorios. En este caso las acusaciones relacionadas con la negligencia, la falta de suministro de medicamentos y de servicios médicos, así como la integración de expedientes son producto de la escasez de recursos dentro del sistema de salud. Pero, ante la opinión pública pareciera que se trata del resultado de una actitud deshumanizada, desinteresada y sin ética profesional por parte del personal dedicado a los servicios sanitarios. La intención de esa estigmatización es revelar la condición humana de estas personas, porque son el rostro de las instituciones de salud que están mermadas en capacidades por la acumulación de decisiones políticas y económicas ineficaces que no respaldan el derecho a la salud. Por lo tanto, las enfermeras participantes laboran en un sistema de salud que pone en riesgo su integridad y supone que trabajan en condiciones vulnerables debido a la escasez de recursos institucionales y de equipo de protección adecuado para enfrentar de forma segura el virus SARS-Cov-2.

**Gráfica 3.** Recomendaciones de la CNDH

**Fuente:** elaboración propia con base en datos de la CNDH de 2010 a 2019. Véase Comisión Nacional de los Derechos Humanos, “Recomendación”.

La mayoría de las quejas se solucionan a través de mecanismos propios de los organismos de derechos humanos como la conciliación y los acuerdos, en donde se favorecen las relaciones de paz positiva y la promoción de la justicia a través de la reparación integral del daño cuando los hechos violatorios así lo permiten. Sólo cuando los recursos alternativos no posibilitan alcanzar acuerdos entre las partes es que se emite una recomendación donde se señala al personal de salud como responsable de los hechos (véase gráfica 3). Ahí se fundamenta e investiga el hecho transgresor y se plantea la reparación integral de las víctimas directas e indirectas. Si bien este modelo de tutela sirve para reclamar al Estado la violación a los derechos de las personas usuarias, ha generado como efecto latente la ocultación de las adversidades cotidianas del personal sanitario y de ahí deviene su vulnerabilidad por la estigmatización y las precarias condiciones laborales.

### *Situación adversa*

#### **CASO 1**

La participante es una mujer de 24 años, enfermera de profesión, y quien mostró interés en participar en las sesiones porque consideró estar enfrentando problemas graves en su vida desde el arribo de la pandemia. En su red de apoyo familiar se identificó a su padre de 54 años con obesidad y alcoholismo, por lo que desde el inicio ella tuvo un distanciamiento moderado con él por esos motivos. Debido a que su padre es “conflictivo y difícil

de sobrellevar” por su permanente estado étlico, y en ocasiones se ha llegado a comportar agresivo o simplemente distante, “al pasar todo el tiempo dormido en casa”. Esto es signo de una posible violencia intrafamiliar y de tensión como el que ya se ha descrito en otras investigaciones.<sup>22</sup>

Con respecto a la relación con su mamá –quien es hipertensa– expresó que ella es *tranquila* pero que tiene manifestaciones de una intensa preocupación por el trabajo de la participante, lo cual le condiciona a tener una comunicación estrecha con ella para evitar causarle alguna angustia o malestar. Aun así, la ubica como una persona cercana, con quien tiene una comunicación adecuada cuando lo necesita. Por lo tanto, el conflicto se vincula con la falta de apoyo durante esta situación de amenaza por la pandemia, porque la madre teme por la integridad de la participante al ejercer su profesión. En cuanto a la relación con su hermano mayor –quien es diabético– la define como *común*, porque suelen comunicarse estrechamente cuando alguno de los dos lo requiere, pero al mismo tiempo indica que tienen poca cercanía. Actualmente se encuentra en una relación estable de cinco años con un enfermero de 25 años, valora su relación como *buena*, con canales adecuados de comunicación, apoyo y comprensión.

El principal motivo para decidir participar en las sesiones fue la sensación de estrés por trabajar en el área COVID-19. Explicó que en las dos semanas previas a la pandemia gozó de vacaciones, pero como regresaría a trabajar pronto, eso le generó una sensación de ansiedad. Le preocupaba imaginar una situación caótica, con una ocupación hospitalaria desbordada, porque conoce las limitaciones en infraestructura de su unidad médica. Además, manifestó enojo por observar que había ciudadanas y ciudadanos que mostraban desprecio en cumplir las medidas de prevención contra la propagación del virus.

También expresó una intensa preocupación por presentar alguna reacción alérgica durante el uso del cubrebocas de seguridad especial. Imaginar la incomodidad que sería su uso prolongado, junto con el equipo especializado para entrar al área correspondiente, le generó pensamientos catastróficos de contagio. Durante su narración se notó aceleración en la respiración, mostró sudoración y otros síntomas que corresponden a la definición de *ataque de pánico*.<sup>23</sup> Para ello, se trabajó en la inspección de sus pensamientos y emociones, pero la situación reveló la falta de apoyo institucional del nosocomio para asistirla integralmente.

---

<sup>22</sup> Brooks y otros, “The psychological impact of quarantine”.

<sup>23</sup> American Psychiatric Association, *DSM-5. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana, 2014).

En las sesiones se logró identificar que su mayor miedo es convertirse en un vector de riesgo para sus familiares cercanos. Constantemente piensa en la vulnerabilidad de su familia e identifica a los tres integrantes, por sus características médicas, con alto riesgo de enfermar gravemente. Expresó literalmente: “no me perdonaría si se contagian y mueren por mi culpa”. Al identificar el temor real se trabajó en sondear las medidas de seguridad pertinentes para evitar situaciones de riesgo. Una de las ideas constantes en el pensamiento de la participante fue abandonar el trabajo, sin embargo, sentía responsabilidad y compromiso con sus pacientes. Esa necesidad facilitó el acompañamiento para disminuir los miedos y fortalecer los pensamientos claros y precisos, y crear medidas de seguridad.

Posteriormente comentó sentirse sin apoyo emocional: explicó que creía necesario *mostrarse fuerte* ante las personas, por ejemplo, en el hospital donde las y los pacientes *dependen* de ella. Esa misma actitud la necesitaba en su hogar para disminuir la sensación de tensión. Luego asoció tal necesidad con una experiencia de la infancia a los siete años, por lo que detalló la muerte accidental de otro hermano; desde entonces adoptó el rol de cuidadora al percibir a su mamá deprimida y ver a su papá abusar del alcohol. Por eso se esforzó en ayudar a disminuir la carga emocional y física en los cuidados de las demás personas estimulando el interés en el autocuidado. Esta condición se encuentra en la base de la elección de su profesión; la enfermería le resulta familiar por el rol asignado durante la infancia y de la cual el hermano mayor no participó por ser hombre.

Sobre la pérdida de su hermano fue necesario asistirle en el proceso de duelo que comenta jamás haber superado ni procesado por reprimir sus emociones y priorizar el bienestar de sus seres queridos. Esta característica actual de su personalidad es el origen del malestar al no poder desahogarse, de ahí la necesidad de enfocar la tristeza por la pérdida del hermano a quien valoraba como “el único que le prestaba atención y la cuidaba”. Expresó enojo por considerar que la abandonó al morir, ese sentimiento le genera pena porque no entiende que su hermano no decidió morir.<sup>24</sup>

Más adelante reiteró su malestar por el aumento de casos positivos de COVID-19, acusando a las y los pacientes de la poca adhesión a las normas preventivas. Sobre todo, consideró esa actitud como indiferente y poco solidaria de *todos* al ser descuidados, y que nadie reconocía su trabajo de alto riesgo. Esa percepción del comportamiento de la ciudadanía se transformó en un enojo que trastocaba su motivación por continuar brindando los cuidados a sus pacientes y le instaba a reconsiderar la opción de renunciar. Esta es una expresión de

---

<sup>24</sup> American Psychiatric Association, *DSM-5. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*.

la violencia simbólica contra el personal dedicado a los servicios sanitarios que, junto a los episodios de violencia física en su contra, los vulnera y somete a una condición de pérdida de la seguridad.

El enojo por esa situación se complicó con la pérdida de su rutina, en específico al manifestar incomodidad por sacrificar su estilo de vida y sus planes, cuando las y los ciudadanos parecían dejar de considerar la gravedad de la pandemia. Comentó sentir tristeza y rencor por cancelar su primer viaje en avión, evidenciando una sensación permanente de frustración. Para esa situación se trabajó en el acompañamiento para asimilar este hecho a través del proceso de duelo, normalizar el enojo y los sentimientos de frustración a través de la expresión de sus emociones.

Ya en el cierre comentó percibir *muchos avances* en reconocer la importancia que tiene como persona, entendiendo que para brindar calidad humana a sus pacientes y familia ella requiere estar bien, para lo que debe reconocer su capacidad de expresar y de regular sus emociones. Logró procesar el duelo por su hermano entendiendo el dolor que le generó, así como reconocer su decisión personal al adoptar una profesión que maximiza esa condición. Finalmente, se logró ayudarla en su proceso de duelo por la pérdida de su vida cotidiana y sus planes personales, normalizando el enojo, el miedo, la tristeza y la frustración. La recomendación emitida fue la de mantener ayuda psicológica para el seguimiento de las emociones y los pensamientos que emergen de su profesión durante la emergencia.

## CASO 2

La participante es enfermera, tiene 28 años, y es originaria de la Ciudad de México, está adscrita a un hospital público designado como COVID-19 y fue asignada específicamente a la atención de pacientes con diagnóstico positivo de dicha enfermedad. Vive con su pareja de 33 años y su única hija de 8 años. Adicionalmente en Cancún, Quintana Roo, cuenta con el apoyo de sus padres, con los cuales mantiene una comunicación constante y afectiva. Desde el inicio del contacto se mostró nerviosa y con resistencia a la terapia psicológica, argumentando nunca haberla requerido, pero su rutina previa a la emergencia fue por completo reemplazada por una nueva dinámica que la llevó a hacer su solicitud para participar en éstas. Debido a que como profesional de la salud jamás recibió un acompañamiento profesional en su trabajo, se realizó un encuadre para disminuir la resistencia.

Ella detalló su experiencia incontrolable de *ansiedad* al reflexionar sobre su incapacidad para dejar de lavarse las manos *todo el día* y exigir limpieza constante a su familia. Se autodiagnosticó con un trastorno obsesivo compulsivo y también considera que la sensación de

ansiedad la experimentó gran parte de su vida, pero se *desbordó* ante la amenaza del nuevo coronavirus. Además, tiene estrés y pensamientos fatalistas al trabajar en el hospital, también se autodefinió como poseedora de una personalidad limítrofe.<sup>25</sup> Ante esta situación de autodiagnóstico lo recomendable fue abordar la disminución de éste y reducir su obsesión por entender cada una sus conductas.

Uno de los temas relevantes en sus narraciones fue la manifestación de sus emociones como enfermera y ser humano, asociado a una dolorosa experiencia profesional con un familiar. A ella le fue asignada la atención de una tía y sintió fracasar en diferenciar sus emociones de la actividad laboral, asumiendo culpa al “pensar no [había] hecho nada para que sanara más rápido” y disminuyera el sufrimiento. Es decir, se asumió como responsable del padecimiento del familiar e impactó en su confianza como enfermera. La situación se complicó al trasladar el escenario fatalista a su círculo cercano y lo proyectó en temores con respecto a sus padres. Expresó sentir un temor incontrolable al imaginarlos enfermos gravemente sin que ella, como enfermera, evitara eficazmente sus padecimientos. Para eso se trabajó en la comprensión de su condición como ser humano con capacidades y límites. Con el fin de disminuir la tensión permanente fue necesario reconocer los alcances de la enfermera en la labor médica y aceptar que no podía evitar el sufrimiento y muerte de sus pacientes, tampoco los de sus familiares.

Asimismo, expresó su preocupación por la nueva dinámica y relación con su hija al imponerle un incremento de aseos que incluye constantes baños y limpieza por lapsos de *dos horas*, siente que la está *traumando*. Esa situación la impulsó a mantenerse alejada físicamente de ella dentro de su hogar y reducir las expresiones de afecto. Aunque esta situación la reconoce como una medida necesaria de seguridad, le provoca conflicto como mamá, pero asume la responsabilidad porque la definió *como la única forma*. Para ello se trabajó en armonizar su labor profesional con su rol de madre, con el objetivo de revisar la pertinencia de las medidas de seguridad adoptadas y cuestionar aquellas que son parte de sus pensamientos catastróficos distorsionados.<sup>26</sup>

Otro tema recurrente consistió en la experiencia de duelo por la pérdida de la vida de sus pacientes, lo cual intensificaba la sensación de frustración. Detalló sentirse impotente al no poder ayudar a curar a cada paciente. Mencionó como ejemplo el de una persona de 26 años con un hijo, esposa y una condición desfavorable ante la COVID-19; a quien se esforzó por proporcionarle una estancia más tolerable en su estado grave, e incluso confesó haberle

---

<sup>25</sup> American Psychiatric Association, *DSM-5. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*.

<sup>26</sup> American Psychiatric Association, *DSM-5. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*.



ayudado en sus últimos deseos para llamar a su esposa y despedirse. Por esto en particular fue necesario desarrollar estrategias para experimentar el proceso de duelo, que además le ayudará a comprender el proceso de vida y la situación extraordinaria por la cual atraviesa la humanidad. También fue necesario apoyarla a asimilar y valorar toda su entrega y disposición como enfermera en favor del bienestar de sus pacientes; que son manifestaciones extraordinarias de la adopción de una vocación. La enfermería constituye para ella más que un simple empleo, se trata de una vocación. Sin embargo, cuando se proyecta en la situación de un paciente, esto la precipita a contemplar su propio riesgo y temor de enfermar, morir y dejar a su hija sola, “me imagino que soy yo”.

También expresó enojo y frustración por la conducta de su papá al desatender los cuidados necesarios para prevenir el contagio a pesar de estar en una situación de vulnerabilidad por sus diversos padecimientos crónicos. Como enfermera le apena ver de forma generalizada que en su familia hay un descuido de las medidas recomendadas por las autoridades sanitarias para asistir a espacios públicos. En específico, el malestar se produce al contenerse en manifestar ese descontento en el espacio familiar, por lo que se trabajó estimulando su expresión y control de emociones.

Además, evidenció un incremento de su ansiedad relacionada con el aumento del número de pacientes positivos, ante ese contexto prolongado de la emergencia consideraba insostenible su situación y le atormentaba mantener las medidas de higiene y distanciamiento con su hija. Por eso se trabajó en comprender y aceptar la situación presente, así como en el despliegue de técnicas para afrontar la ansiedad en el futuro. De forma paralela se buscó convertir la ansiedad en un mecanismo de alerta ante el riesgo constante en su trabajo, al parecer con eso se favoreció el desarrollo de pensamientos preventivos controlados y distinguir aquellos otros innecesarios.

Ya avanzadas las sesiones exteriorizó sentirse *más tranquila* al reconocer su ansiedad y pensamientos catastróficos: “los logré controlar”; sin embargo, considera haber olvidado las medidas de prevención. Se sintió culpable y con temor de contagio debido a que se expuso en las instalaciones del hospital al compartir utensilios de cocina con un compañero que presentaba sintomatología de COVID-19: “me siento muy tonta por el descuido”. Esto reafirmó sus pensamientos obsesivos, los que la llevaron nuevamente a un estado de alerta excesiva que alteró su estabilidad emocional. Se volvió a trabajar en equilibrar sus pensamientos para continuar con medidas de seguridad que prevengan un posible contagio sin rayar en la obsesión y ayudando a la estabilidad emocional. Pero era evidente su tensión recurrente porque la fuente generadora del estrés se mantenía activa; los contagios

se incrementaron exponencialmente aquellos días en la ciudad, similar como ocurrió a la primera participante.

El contexto familiar también la expuso a una situación crítica porque sus familiares se contagiaron. Además, sus condiciones de vivienda exponían a otros integrantes, entre éstos a su abuela, lo que incrementó su frustración por “no poder hacer nada para ayudar”. Del mismo modo expresó enojo y resentimiento contra esos familiares por ocultar la enfermedad exponiendo al resto de sus seres queridos. En específico fijó el disgusto en su papá debido a que mantuvo prácticas de riesgo, por lo tanto se trabajó para asistirle a asimilar la imposibilidad de curar a todos los pacientes y de controlar todos los aspectos de la vida de las y los demás, esto fue un esfuerzo por humanizar su condición y ayudarla a comprender sus alcances como enfermera.

Lamentablemente, las sesiones resultaron insuficientes para asistirle en los aspectos más graves desarrollados ante la situación de contingencia. En general se lograron progresos significativos en el autocontrol de los pensamientos y las emociones depresivas, pero al finalizar persistió la sensación de tristeza, de fatiga e incluso se observó un refuerzo en el impulso de abandonar el trabajo: “haga lo que haga no sirve de nada, la gente seguirá muriendo y me expongo sin sentido al virus”. Tampoco encuentra motivación sino lo opuesto, al continuar viendo que el resto de las personas, la sociedad, incumplen las medidas de prevención. También se recomendó continuar el acompañamiento profesional, pero la permanente decepción se lo podría impedir, postergando una vez más la ayuda que desde hace años atrás debió recibir en su profesión de alto riesgo.

### CASO 3

La participante es una enfermera de 45 años, originaria de la Ciudad de México. Se encuentra adscrita a un hospital público en el área COVID-19, su función es el cuidado de los enfermos graves hospitalizados. Vive con su mamá de 65 años, su hermano de 47 años -desempleado desde el inicio del confinamiento- y su hija de 12 años. Por lo tanto, se trata de la única proveedora del hogar, lo que la ubica en una situación de estrés adicional al de ser enfermera.

Al inicio de las sesiones se realizó un breve encuadre exponiendo el modelo de trabajo y aclarando las dudas restantes, expresó estar de acuerdo con el proceso y con la disposición. Tampoco recibió en su trayectoria como enfermera terapias psicológicas, pese a las complicadas adversidades de su historia de vida. Al iniciar las sesiones anunció sufrir ataques de ansiedad desde su asignación al área de cuidados críticos con pacientes diagnosticados

con COVID-19. Detalló su sensación de parálisis la primera ocasión en esa área: “me sentí congelada” al tener que interactuar con pacientes infectados, narró sus pensamientos donde imaginaba ser contagiada y morir. Era evidente la manifestación de presión y pensamientos catastróficos, por lo cual se abordó el tema en la normalización de los temores de enfermar de COVID-19, e identificando los detonantes distorsionados que los provocan.

Durante la terapia se logró favorecer el reconocimiento de sus medidas de seguridad y conocimientos en los cuidados de la salud médica. Pero su condición se complicó con la permanente sensación de enojo con el nosocomio donde labora, porque percibe un abandono institucional en labores de capacitación para laborar en el área COVID. En ese sentido la vulnerabilidad se asocia a la falta de recursos para acompañar de forma más intensa el entrenamiento especial para enfrentar la pandemia. Aunado a que afrontó un ambiente hostil por la falta de apoyo y ausencia de canales para expresar sus emociones respecto a sus compañeras de trabajo. Sostiene que nadie la acompañó en ese episodio de crisis donde se paralizó la primera noche; el rencor se produjo porque en su trayectoria ella siempre consideró importante apoyarse como gremio cuando alguien de ellas lo necesitaba: “yo siempre lo hice”. En específico durante esa experiencia, la falta de asistencia de sus compañeras o autoridades la tomó como una ofensa, por lo cual fue necesario trabajar con técnicas para expresar sus emociones.

Uno de sus temores más notorios a lo largo de las sesiones fue el de enfrentar agresiones físicas relacionadas con su profesión. Las noticias sobre la violencia contra el personal médico la obligaron a tomar medidas preventivas más severas para mantener oculta su profesión en espacios públicos: “con temor debía ocultar todos los detalles, incluidos los zapatos blancos”. Además, el miedo lo asoció a dos experiencias traumáticas de violencia sufridos en robos en la Ciudad de México al terminar su jornada laboral por la noche. Por eso se trabajó en el proceso de comprensión y asimilación de la situación traumática, así como en identificar las medidas más adecuadas para evitarlas.

En particular, con esta participante emergieron elementos mediante los cuales se pudo observar que ciertos padecimientos emocionales eran previos a la emergencia y que, ante la amenaza de la contingencia, se agudizaron hasta necesitar ayuda profesional, algo que nunca había recibido o experimentado. En particular, la participante narró que tuvo un severo ataque de ansiedad cuando en una ocasión maniobró con dificultad el equipo completo de protección de barrera dispuesto para el área COVID. Dijo que enfrentó dificultades para respirar, adormecimiento del cuerpo y otras manifestaciones de impotencia debido a que esta práctica, aparentemente rutinaria, la asoció con un evento de abuso sexual que le había ocurrido años atrás en la Ciudad de México. Su mayor temor ahora es que esa recreación

se volviera a presentar cuando esté portando o manibre el equipo de protección, puesto que no usarlo es un factor de alto riesgo de contagio del virus. El hecho de recrear el abuso sexual a partir de la manipulación de su equipo de protección fue doloroso, pero también es una indignante expresión de la violencia a la que están sometidas las víctimas de este delito, y en este caso es agravado porque su pasado la persigue, y aún años después de haber sufrido el agravio, también la arriesga como mujer en su trabajo, solo que ahora está intensificado con la sensación de abandono de su institución y colegas. Para esta situación se trabajó en dos aspectos: el primero consistió en reconocer el miedo al contagio como una forma de enfrentar el virus y a partir de eso convertirlo en una herramienta preventiva; el segundo implicó fundamentalmente en acompañarla en la confrontación e inicio de la asimilación de la violencia de la cual fue impunemente víctima.

De forma paralela se estuvo trabajando en mecanismos para la expresión de sus emociones en el ámbito laboral y aunque continúa pensando que sus compañeras abusan de su bondad, logró acordar una forma de trabajo con respeto y tolerancia. Aún le incomoda sentirse abandonada por la falta de apoyo de sus compañeras, pero expresó tener el control de su enojo y tristeza, y también considera que su esfuerzo no es valorado como debiera ser.

Adicionalmente fue necesario acompañarla en relación con la confianza en sí misma. Otro campo de sus necesidades se identificó en las acciones de reconocimiento a su persona y de supervisión de su trabajo, manifestó sentirse *inútil* y siempre necesitar de la aceptación de las y los otros; explica que toda su vida requirió que la valoren y se lo expresen periódicamente. A pesar de su larga trayectoria de más de 15 años ejerciendo la enfermería se siente inconforme con su desempeño: "siento que hago mal las cosas y requiero apoyo para que revisen mi trabajo". La acumulación de adversidades la ha llevado a expresar en más de una ocasión la idea de abandonar el trabajo por el abrumador cansancio y el incremento de presión por la situación que ha impuesto la pandemia. Además del incremento de la carga de trabajo, aumentó la sensación de impotencia y la frustración por no poder acompañar mejor a las y los pacientes que le han sido asignados.

En las últimas sesiones manifestó una sensación creciente de miedo al contagio y dijo sentir la necesidad de conducirse con "mayor seguridad de sí misma", pero insiste en su reclamo y enojo por la falta de materiales y por carecer de las condiciones favorables para realizar de manera correcta su labor. Ante ello se requirió discutir con ella sobre sus límites para controlar la falta de recursos y la situación adversa en su espacio laboral. Al final reconoció que su enfado poco contribuía a mejorar la situación, pues es un asunto fuera de sus *manos*. Adicionalmente, manifestó mucho enojo y frustración por ver el intenso ritmo de propagación del virus en la ciudad, siente que prevalece "una situación de injusticia porque la gente no adopta medidas preventivas, mientras ella tiene que exponerse todos los días". Desde

el principio de la pandemia su mayor temor fue que ocurriera la potencial saturación del hospital, porque es consciente de las limitaciones de la infraestructura de éste para brindar los cuidados requeridos a las personas. Sin embargo, se mantiene orgullosa de su profesión para contribuir a enfrentar la crisis. Acepta que no habrá reconocimiento, ni respaldo a su trabajo, a pesar de continuar dando todo y desempeñándose profesionalmente. Durante el proceso de cierre expresó estar satisfecha de reconocerse como una profesionista con grandes capacidades y darse tiempo de encontrarse. Identificó su necesidad de contar con el apoyo psicológico para lograr superar traumas previos y continuar su vida.

## v. **Discusión y conclusiones**

A lo largo de las sesiones se observó el proceso de vulnerabilidad del personal dedicado a los servicios sanitarios ante la pandemia, a través de la mirada de enfermeras. En esta sección se discuten los hallazgos más significativos con el objetivo de contribuir a visibilizar la adversa situación desplegada entre los profesionales del sector salud, a partir de la reflexión del estudio de caso. Las categorías para interpretar los resultados fueron: 1) amenazas o riesgos, 2) hechos relevantes de sus condiciones actuales contrarias a sus derechos fundamentales, y 3) factor de protección como medio resiliente.

### *Amenazas o riesgos*

#### RIESGO A LA SALUD MENTAL

En las tres enfermeras se encontraron evidencias de ansiedad, lo que posiblemente exista en otros profesionales de la salud, que también tengan necesidad de asistencia psicológica durante el contexto de pandemia. Existe una permanente condición individual de experiencias traumáticas que requieren acompañamiento profesional y retardado hasta el periodo de la pandemia. Se hallan antecedentes de estudios<sup>27</sup> sobre esta práctica habitual en México de retardar la atención psicológica, pero esto se convierte en una situación de riesgo cuando se trata del personal de salud debido a que exponen su integridad en un contexto

<sup>27</sup> Koen Demyttenaere y otros, *Prevalence, Severity, and Unmet Need for Treatment of Mental Disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys* (The WHO World Mental Health Survey Consortium/JAMA: 2004).

estresante, al respecto Medina Mora, Real y Amador indican: “15 años en promedio para los trastornos del afecto, 25 años para trastornos del impulso y ansiedad”.<sup>28</sup>

#### RIESGO POR CONTEXTO LABORAL ADVERSO

Como se resaltó, en el contexto nacional no sólo se desempeñan en un sector con serias restricciones económicas y donde se acumulan acusaciones por presuntas violaciones a los derechos humanos de las y los pacientes, sino que efectivamente laboran en un campo de alto riesgo a su salud. Ante ese ambiente, los hospitales y la diversidad de centros de salud necesitarán incorporar, como parte de sus derechos laborales estrategias eficaces para asistir a sus integrantes. Pareciera que quienes integran al personal dedicado a los servicios sanitarios son únicamente productores de hechos violatorios, y se omite su condición humana, a la vez que se oculta el proceso de vulnerabilización que viven durante la pandemia.

#### RIESGO POR PÉRDIDA DE ESTABILIDAD LABORAL

En los casos revisados también se observó la intención de abandonar su trabajo de enfermeras ante la situación personal y estructural adversas. Esto también se reportó en estudios cuantitativos previos, donde se refiere que una catástrofe natural o incluso en pandemias como la del SARS en 2013<sup>29</sup> se precipita la salida de valioso personal capacitado. En el marco de la pandemia de COVID-19 se agrava su condición por la escueta infraestructura, la falta de capacitación permanente, la ausencia de programas activos de salud mental para las y los trabajadores, aunado a los hechos violentos perpetrados en su contra durante la emergencia sanitaria. En ese sentido, el proceso de vulnerabilización se relaciona con esta situación específica de un suceso natural, como lo es la pandemia del SARS-Cov-2, pero con un efecto intensificado por las condiciones estructurales preexistentes. Estos hechos son también comunes en grupos vulnerables, efecto observado en otras emergencias

---

<sup>28</sup> M. E. Medina Mora, T. Real y N. Amador, “La enfermedad mental en México”, en M. E. Medina Mora, E. J. Sarti Gutiérrez, y T. Real Quintanar, *La depresión y otros trastornos psiquiátricos* (Ciudad de México: Conacyt, 2015), 16.

<sup>29</sup> Pahlman, Tohmo y Gylling, “Pandemic influenza: human rights, ethics and duty to treat”.

ante amenazas naturales,<sup>30</sup> conflictos bélicos,<sup>31</sup> crisis económicas<sup>32</sup> y otras emergencias sanitarias.<sup>33</sup> Es decir, las participantes se encuentran sometidas a un evento de una gravedad inmensa, que sólo es vista por la humanidad en cataclismos.

### *Hechos relevantes de sus condiciones contrarias a sus derechos*

En los tres casos se registró una transgresión a los principios de la norma oficial NOM-035-STPS-2018 dispuesta para prevenir y tratar riesgos psicosociales. En el tercer caso, donde se identificó un antecedente de violencia sexual sin asistencia profesional, se transgredieron los principios de la norma oficial NOM-046-SSA2-2005 de observancia obligatoria en el Sistema Nacional de Salud. Ambas normas se sustentan en el marco jurídico para tutelar los derechos fundamentales de las mujeres ante las diversas formas de violencia: tratados internacionales y leyes nacionales, entre éstos: la Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer; la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer; la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer; la Convención Americana sobre Derechos Humanos; el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos; la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia; la Ley Federal del Trabajo y particularmente la Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado. Las experiencias de las tres enfermeras revelaron esa carga cultural impuesta por un mandato masculino para asumir roles de género en los cuidados de las otras y los otros en detrimento del autocuidado, primero ante la familia y como enfermera. Eran mujeres encargadas del bienestar de sus familias y la elección de su

<sup>30</sup> Véanse Juan Manuel Rodríguez Esteves, "Los desastres naturales en Mexicali, B. C.: Diagnóstico sobre el riesgo y la vulnerabilidad urbana", *Frontera Norte*, 12, núm. 27 (2002): 123-153. Siena, "Desastres y vulnerabilidad: un debate que no puede parar"; Helena Torroja Mateu, "Estrategia Internacional para la seguridad humana en los desastres naturales", *Araucaria. Revista Iberoamericana de Filosofía, Política y Humanidades*, vol. 18, núm. 36 (2016): 241-263. Nilsa D. Padilla-Elías y otros, "Una mirada a las poblaciones vulnerables en Puerto Rico ante desastres", *Caribbean Studies*, vol. 44, núm. 12 (2016): 141-163.

<sup>31</sup> Paula Andrea Ramírez Monsalve, "Un debate en torno al trato preferencial: la reivindicación al derecho a la igualdad de trato y no discriminación del colectivo de desplazados por el conflicto armado interno", *Ratio Juris*, vol. 6, núm. 13 (2011): 113-135. Eliana Cárdenas Méndez, "Traumatismo e identidades estigmatizadas: migraciones forzadas por conflictos bélicos", *Revista de Relaciones Internacionales, Estrategia y Seguridad*, vol. 9, núm. 1 (2014): 157-177.

<sup>32</sup> Javier Jasso Vallaul y Arturo Torres Vargas. "Crisis económicas y derechos humanos: una perspectiva desde la innovación", en Luis Díaz Müller, *V Jornadas: Crisis y derechos humanos* (Ciudad de México: UNAM-Instituto de Investigaciones Jurídicas, 2010), 3-21. Comisario para los Derechos Humanos del Consejo de Europa, *La protección de los derechos humanos en tiempos de crisis económica* (Estrasburgo: CommDH, 2013).

<sup>33</sup> Lawrence Gostin y Benjamin E. Berkman, "Pandemic influenza: ethics, law, and pandemic influenza the public's health", *Administrative Law Review*, vol. 59, núm. 1 (2007): 121-175. Pahlman, Tohmo y Gylling, "Pandemic influenza: human rights, ethics and duty to treat".

profesión se relaciona con la idea hegemónica y arbitraria de las cualidades femeninas para el cuidado, que asume una carencia de ese afecto y habilidad en su contraparte hombre.

Los derechos humanos suponen un círculo de interrelaciones, donde la vulneración a la dignidad de unos supone una transferencia, a través del riesgo, a otras personas. Esto se observa en los casos de violaciones por tortura, la cual deja secuelas en quienes son inocentes. En este caso, no proteger de la mejor forma los derechos del personal de salud supone un riesgo a las y los usuarios, por escasez o negligencia. Estos casos nos pueden ayudar sobre todo a deliberar sobre la posición simbólica que guarda la profesión del personal dedicado a los servicios sanitarios respecto al resto de la ciudadanía. En las tres experiencias se denuncia una falta de reconocimiento y respeto por su vital función social. La actitud de irresponsabilidad de los grupos que no adoptaron medidas preventivas en esta contingencia, y que estaban en condiciones de hacerlo, constituye una forma de violencia simbólica apreciada intensamente desde su posición. También revela la falta de solidaridad con quienes día tras día exponen su propia vida para atender a quienes eventualmente requieren de servicios médicos. Por eso, durante la pandemia ellas y ellos requieren de un enfoque diferencial y especializado para tutelar sus derechos como trabajadoras y trabajadores, donde se incorpore la atención psicológica, un enfoque de género y el reconocimiento a su entrega profesional. El Estado es el principal agente que debe facilitar las circunstancias para su estratégica labor y para que accedan a la justicia cuando sus derechos sean violentados. No se trata de un tratamiento preferente, sino de que tengan el conocimiento global de lo ocurrido a su gremio en las condiciones actuales.

### *Factor de protección*

Su vocación funciona como un factor de protección o como un recurso vital para hacerle frente al reto, continuar en el trabajo, así como esforzarse y servir. De no ser por este llamado personal a cumplir con un compromiso profesional y ético, las tres participantes hubiesen abandonado su labor. Además, las sesiones les permitieron transitar de una condición de miedo al virus, a una de adopción de medidas preventivas. Las tres comparten esa sensación del llamado a la vocación, que va más allá de un trabajo para obtener ingresos, sino a uno que le da sentido a su vida. Para estudios futuros valdría la pena indagar sobre los aspectos de la formación en la enfermería que son responsables de desarrollar la robusta vocación y observar la intensidad de la falta de asociación entre colegas denunciado en el caso tres. Por una parte, la enfermera de mayor experiencia exaltó su labor de acompañamiento a las compañeras del gremio, pero se sintió abandonada cuando ella lo requirió en la etapa temprana de atención a personas con diagnóstico positivo de COVID-19.



Para futuros estudios es posible emplear las tres categorías relevantes en enfermeras de Cancún como fuentes de información para diseñar instrumentos para investigaciones cuantitativas con resultados generalizables al personal de salud y aplicados en muestras estadísticamente representativas. En conjunto, la información de investigaciones cuantitativas y cualitativas permitirá diseñar modelos focalizados de prevención, diagnóstico y atención de riesgos psicosociales; visibilizar la cara oculta del intenso crecimiento de quejas y recomendaciones dirigidas al sector salud por parte del sistema no jurisdiccional, así como el fortalecimiento de perfiles curriculares de la enfermería para enfrentar amenazas naturales y reducir su vulnerabilidad.

## VI. Fuentes consultadas

- Alonso Reynoso, Carlos. "La influenza A (H1N1) y las medidas adoptadas por las autoridades sanitarias". *Desacatos*, núm. 32 (enero-abril 2010): 35-52.
- American Psychiatric Association. *DSM-5. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana, 2014.
- Brooks, Samantha, Rebecca Webster, Louise Smith, Lisa Woodland, Simon Wessely, Neil Greenberg y Gideon James Rubin. "The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence". *The Lancet*, vol. 395 (marzo 2020): 912-920.
- Cárdenas Méndez, Eliana. "Traumatismo e identidades estigmatizadas: migraciones forzadas por conflictos bélicos". *Revista de Relaciones Internacionales, Estrategia y Seguridad*, vol. 9, núm. 1 (2014): 157-177.
- Comisario para los Derechos Humanos del Consejo de Europa. *La protección de los derechos humanos en tiempos de crisis económica*. Estrasburgo: CommDH, 2013.
- Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Resolución 1/2020. Pandemia y derechos humanos en las Américas, 10 de abril de 2020.
- Comisión Nacional de los Derechos Humanos. "Recomendación". <https://www.cndh.org.mx/tipo/1/recomendacion>.
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. *Informe de Evaluación de la Política de Desarrollo Social 2018*. México: Coneval, 2018.
- Díaz Müller, Luis. *V Jornadas: Crisis y derechos humanos*. Ciudad de México: UNAM-Instituto de Investigaciones Jurídicas, 2010.
- Expansión Política*. "El personal médico suma 32,888 casos de coronavirus en México". Sec. México, 16 de junio de 2020.

- Koen Demyttenaere, Ronny Bruffaerts, Jose Posada-Villa, Isabelle Gasquet, Viviane Kovess, Jean Pierre Lepine, Matthias C. Angermeyer, Sebastian Bernert, Giovanni de Girolamo, Pierluigi Morosini, Gabriella Polidori, Takehiko Kikkawa, Norito Kawakami, Yutaka Ono, Tadashi Takeshima, Hidenori Uda, Elie G. Karam, John A. Fayyad, Aimee N. Karam, Zeina N. Mneimneh, Maria Elena Medina-Mora, Guilherme Borges, Carmen Lara, Ron de Graaf, Johan Ormel, Oye Gureje, Yucun Shen, Yueqin Huang, Mingyuan Zhang, Jordi Alonso, Josep Maria Haro, Gemma Vilagut, Evelyn J. Bromet, Semyon Gluzman, Charles Webb, Ronald C. Kessler, Kathleen R. Merikangas, James C. Anthony, Michael R. Von Korff, Philip S Wang, Traolach S Brugha, Sergio Aguilar-Gaxiola, Sing Lee, Steven Heeringa, Beth- Ellen Pennell, Alan M. Zaslavsky, T. Bedirhan Ustun, Somnath Chatterji, WHO World Mental Health Survey Consortium, *Prevalence, Severity, and Unmet Need for Treatment of Mental Disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys*. The WHO World Mental Health Survey Consortium/JAMA: 2004.
- Gómez Dantes, Octavio, y Julio Frenk. "Crónica de un siglo de salud pública en México: de la salubridad pública la protección social en salud". *Salud Pública de México*, vol. 61, núm. 2 (2019): 202-2011.
- Gostin, Lawrence, y Benjamin E. Berkman. "Pandemic influenza: ethics, law, and pandemic influenza the public's health". *Administrative Law Review*, vol. 59, núm. 1 (2007): 121-175.
- Hernández Bringas, Héctor. "Mortalidad por Covid-19 en México. Notas preliminares para un perfil sociodemográfico". *Notas de coyuntura del CRIM* (junio 2020): 1-7.
- Hernández Sampieri, R., C. Fernández Collado, y P. Baptista Lucio. *Metodología de la Investigación*. Ciudad de México: Mc Graw Hill, 2010.
- López González, W. O. "El estudio de casos: una vertiente para la investigación educativa". *Educere*, vol. 17, núm. 56 (enero-abril 2013): 133-144.
- Mariscal Cancelada, Monserrat, B. Zamora Suchiapa, y J. R. Torres Márquez. "Análisis del sistema de salud mexicano y su comparación con Costa Rica, Paraguay, Canadá, Gran Bretaña y Alemania". *Revista Médico-Científica de la Secretaría de Salud Jalisco* (2016): 133-142.
- Medina Mora, M. E., E. J. Sarti Gutiérrez, y T. Real Quintanar. *La depresión y otros trastornos psiquiátricos*. Ciudad de México: Conacyt, 2015.
- Organización Panamericana de Salud. *Perfil del Sistema de Servicios de Salud México. Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud*. Ciudad de México: OPS, 2002.
- Padilla-Elías, Nilsa D., y otros. "Una mirada a las poblaciones vulnerables en Puerto Rico ante desastres". *Caribbean Studies*, vol. 44, núm. 12 (2016): 141-163.
- Pahlman, I., H. Tohmo, y H. Gylling. "Pandemic influenza: human rights, ethics and duty to treat". *Acta Anaesthesiol Scand*, vol. 54 (enero 2010): 9-15.

- Pérez López María T., Lilia Damián Yañez, Rosa María Luna, Dolores Solís Borja, Angélica Camarillo López, María T. Sánchez Lino, María Esther Rosalía Baños Monroy y Rosa María Bello Aguilar. "Intervención del profesional de enfermería durante la contingencia de influenza A H1N1, en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias". *Revista Enfermería Universitaria*, vol. 5, núm. 6, Número Especial Influenza (2009): 7-14.
- Ramírez Monsalve, Paula Andrea. "Un debate en torno al trato preferencial: la reivindicación al derecho a la igualdad de trato y no discriminación del colectivo de desplazados por el conflicto armado interno." *Ratio Juris*, vol. 6, núm. 13 (2011): 113-135.
- Rodríguez Esteves, Juan Manuel. "Los desastres naturales en Mexicali, B. C.: Diagnóstico sobre el riesgo y la vulnerabilidad urbana". *Frontera Norte* 12, núm. 27 (2002): 123-153.
- Ruiz Rivera, N. "La definición y medición de la vulnerabilidad social. Un enfoque". *Investigaciones Geográficas. Boletín del Instituto de Geografía*, 77 (2012): 63-74.
- Secretaría de Salud y Comisión Nacional de Bioética. *Guía nacional para la integración y el funcionamiento de los comités de bioética e investigación*, sexta edición. Ciudad de México: CONBIOÉTICA, 2018.
- Siena, Mariana. "Desastres y vulnerabilidad: un debate que no puede parar". *Bulletin de l'Institut français d'études andines*, 43, núm. 23 (diciembre 2014): 433-443.
- Torroja Mateu, Helena. "Estrategia Internacional para la seguridad humana en los desastres naturales". *Araucaria. Revista Iberoamericana de Filosofía, Política y Humanidades*, vol. 18, núm. 36 (2016): 241-263.
- Unidad de Salud Mental, Abuso de Sustancias y Rehabilitación/Tecnología y Prestación de Servicios de Salud/Organización Panamericana de la Salud. *Protección de la salud mental en situaciones de epidemias*. OPS-OMS, 2009.
- Vásquez, Francisco. "La relación terapéutica del 'aquí y el ahora' en terapia gestáltica". *Anales de la Facultad de Medicina*, vol. 61, núm. 4 (2000): 285-288.
- Wisner, Ben, Piers Bleikie, Terry Cannon, e Ian Davis. *At risk: natural hazards, people's vulnerability and disasters. Second*. London: Routledge, 2004.