



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**PROGRAMA DE MAESTRIA EN ENFERMERÍA**

Trayectoria del trabajador de la salud infectado por COVID-19

# TESIS

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:  
**MAESTRA EN ENFERMERÍA**

(Ciencias de la Salud)

PRESENTA:

L. E. O. Yazmin Rivera San Martin

TUTORA

Dra. Gladis Patricia Aristizabal Hoyos  
Facultad de Estudios Superiores Iztacala

CD. MX. abril 2023.



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## Índice

|   |    |
|---|----|
| Resumen .....                           | 1  |
| Introducción.....                       | 2  |
| 1. Antecedentes .....                   | 6  |
| 1.1 Antecedentes históricos .....       | 6  |
| 1.2 Estudios antecedentes.....          | 15 |
| 2. Problematización.....                | 19 |
| 3. Justificación.....                   | 21 |
| 4. Objetivos .....                      | 22 |
| 4.1 Objetivo general.....               | 22 |
| 4.2 Objetivos Específicos.....          | 22 |
| 5. Marco teórico.....                   | 23 |
| 5. 1 Trayectoria de la enfermedad ..... | 23 |
| 6. Metodología.....                     | 27 |
| 6.1 Método .....                        | 27 |
| 7. Resultados .....                     | 31 |
| 8. Discusión.....                       | 42 |
| 9. Conclusiones.....                    | 48 |
| 10. Anexos .....                        | 54 |
| Referencias bibliográficas .....        | 58 |

## Resumen

**Introducción.** La enfermedad por COVID-19, fue incierta para los trabajadores de la salud debido a la escasa comprensión de la enfermedad a nivel social y familiar derivando en un complejo proceso de búsqueda de atención a la salud. **Objetivo.** Analizar la trayectoria de los trabajadores de una institución de salud, infectados por COVID-19 desde el inicio de síntomas hasta su retorno al ambiente laboral. **Método.** Se realizó una investigación cualitativa con enfoque fenomenológico interpretativo. Los participantes fueron trabajadores de la salud, personal de medicina, 3; personal de enfermería, 3; personal de intendencia, 3; todos transitaron por la enfermedad y regresaron a su lugar de trabajo posterior a su recuperación. La información se recolectó a través de entrevistas semiestructuradas.

**Resultados.** La trayectoria de los participantes se integró en cinco temas: 1. Diagnóstico médico, 2. Tratamiento, 3. Redes de apoyo, 4. Recuperación y 5. Retorno laboral. **Conclusiones.** El apoyo brindado por la institución hacia sus trabajadores fue determinante para evitar contagios, sin embargo, la búsqueda de atención de los participantes de las diferentes categorías fue diferente, otros participantes con sintomatología comprometida fueron susceptibles a la atención recibida en cuanto a tiempos largos de espera y la deficiencia en las acciones de la revisión, el diagnóstico y el tratamiento. En el retorno a laborar hubo sentimientos encontrados como temor por regresar a áreas COVID y preocupación de contagiar a sus colegas, otros regresaron más convencidos a trabajar por los anticuerpos ya generados.

**Palabras clave.** Investigación cualitativa, personal de salud, prueba diagnóstica COVID-19.

## Summary

**Introduction.** COVID-19 disease, was uncertain to health care workers due to poor understanding of the disease at the social and family level resulting in a complex health care seeking process.

**Objective.** To analyze the trajectory of workers of a health care institution infected by COVID-19 from the onset of symptoms to their return to the work environment.

**Method.** A qualitative research with an interpretative phenomenological approach was carried out. The participants were health care workers, medical personnel, 3; nursing personnel, 3; and administrative personnel, 3; all of them had gone through the disease and returned to their workplace after their recovery. Information was collected through semi-structured interviews.

**Results.** The participants' trajectory was integrated into five themes: 1. Medical diagnosis, 2. treatment, 3. support networks, 4. recovery and 5. return to work.

**Conclusions.** The support provided by the institution to its workers was determinant to avoid contagion, however, the search for care of the participants of the different categories was different, other participants with compromised symptomatology were susceptible to the care received in terms of long waiting times and deficiency in the actions of review, diagnosis and treatment. In the return to work there were mixed feelings such as fear of returning to COVID areas and concern about infecting their colleagues, others returned more convinced to work because of the antibodies already generated.

**Key words.** Qualitative research, health personnel, COVID-19 diagnostic test.

## **Resumo**

**Introdução.** A doença COVID-19 era incerta para os profissionais de saúde devido à má compreensão da doença a nível social e familiar, resultando num processo complexo de procura de cuidados de saúde.

**Objectivo.** Analisar a trajectória dos trabalhadores da saúde infectados pela COVID-19 desde o início dos sintomas até ao seu regresso ao ambiente de trabalho.

**Método.** A investigação qualitativa foi conduzida utilizando uma abordagem fenomenológica interpretativa. Os participantes eram profissionais de saúde, pessoal médico, 3; pessoal de enfermagem, 3; e pessoal administrativo, 3; todos eles tinham experimentado a doença e regressaram ao seu local de trabalho após a recuperação. Os dados foram recolhidos através de entrevistas semi-estruturadas.

**Resultados.** As trajectórias dos participantes foram integradas em cinco temas: 1. diagnóstico médico, 2. tratamento, 3. redes de apoio, 4. recuperação e 5. regresso ao trabalho.

**Conclusões.** O apoio prestado pela instituição aos seus trabalhadores foi decisivo para evitar o contágio; contudo, os cuidados procurados pelos participantes nas diferentes categorias foram diferentes. Outros participantes com sintomas comprometidos foram susceptíveis aos cuidados recebidos em termos de longos tempos de espera e da deficiência nas acções de exame, diagnóstico e tratamento. Ao regressar ao trabalho, houve sentimentos mistos, como o medo de regressar às áreas da COVID e a preocupação de infectar os seus colegas, outros regressaram mais convencidos a trabalhar por causa dos anticorpos já gerados.

**Palavras-chave.** Investigação qualitativa, trabalhadores da saúde, teste de diagnóstico COVID-19.

## Introducción

Desde el comienzo de la pandemia y durante el 2020, a nivel internacional la enfermedad causada por COVID-19, perjudicó a diversas naciones y regiones, ocasionando millones de casos y fallecimientos, los países de América no fueron la excepción, este fue el continente más perjudicado, en el tenor de un territorio con considerables desigualdades sociales.<sup>2</sup> De igual manera, el continente americano experimentó un aumento acelerado en el número de casos, el panorama internacional ante esta situación, fue incierto. Los contagios entre el personal de salud fueron problemáticos, debido a la escasa comprensión de la enfermedad, las medidas de prevención y control del virus, generando en los trabajadores de la salud un miedo persistente a la infección a consecuencia de su naturaleza contagiosa.

El entorno social y familiar de este personal se tornó alterado por el riesgo de enfermarse, en consecuencia, se percibieron cambios en las rutinas de la vida cotidiana como distanciamiento de familiares y amigos.<sup>12</sup> Desde lo profesional, se generó estigmatización y agresión en algunas partes del mundo, lo cual representó una seria amenaza para su vida, derivado de esta situación y circunstancias de gestión de recursos humanos, materiales y riesgo laboral, resultaron contagios y muertes de trabajadores de la salud aumentando los casos en países y territorios, por esta razón la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud instó a los países miembros a fortalecer los servicios de salud en todos los niveles, así como equipar al personal con los recursos y formación convenientes para asegurar una respuesta segura y eficaz a la emergencia sanitaria en el sistema de salud.<sup>6,17.</sup>

El contexto en el que se han abordado y documentado los problemas de salud durante el brote por SARS-CoV-2 en el personal de salud fue centrado en la salud mental.<sup>8</sup> En este sentido, a nivel social, familiar y del proceso de búsqueda de atención a la salud, ha sido inconsistente. No obstante, no se consideró el impacto de cómo el trabajador de la salud fue atendido por sus homólogos y retorno a su entorno laboral. En relación con lo anterior se realizó una revisión de teorías de la trayectoria de la enfermedad, así como estudios que abordaron temas acerca de los

sentimientos, las preocupaciones, las agresiones a personal de salud, estigmatización y búsqueda de atención en momentos de emergencia sanitaria, para el desarrollo de la presente investigación.

## **Descripción del Fenómeno**

### **1. Antecedentes**

#### **1.1 Antecedentes históricos**

##### **Contexto mundial**

A finales del año 2019 en la ciudad de Wuhan, China; inició la enfermedad por el virus SARS-CoV-2, esta fue aumentando de manera significativa en el número de contagios extendiéndose de manera importante en todo el mundo, esto condujo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) a emitir una Emergencia de Salud Pública de Interés Internacional ante la nueva enfermedad el 30 de enero de 2020.<sup>1</sup> Desde aquel momento y durante el mismo año, a nivel internacional la enfermedad provocada por COVID-19, perjudicó a 216 naciones y regiones, ocasionando más de 96, 012,792 de casos y 2, 075,870 de fallecimientos, así mismo, afectó a todas las naciones de las Américas, contagiando a más de 35 millones de humanos y dejando unos 850,000 decesos, América fue el continente más afectado, en el contexto de una región con grandes desigualdades sociales.<sup>2</sup> De igual manera, el continente americano experimentó un aumento acelerado en el número de casos, el panorama internacional ante esta situación, fue incierto.<sup>3, 4, 5</sup> La mayor proporción de casos se notificó en los Estados Unidos de América (EUA) 45%, seguido de Brasil 29%, entre tanto las tasas de mayor mortalidad se detectaron en México 10,8%, Canadá 7,2% y Ecuador 5,8%, durante semanas, hubo un incremento relativo del 26% en los casos y un 20% en los fallecimientos. Las proporciones más altas de nuevos casos continuaron en los EUA 36% y Brasil 31%, mientras que las proporciones más altas de nuevas muertes se notificaron en los EUA 27%, Brasil 26 % y México 16%. Durante las primeras semanas de agosto de 2020, hubo uno de los mayores incrementos relativos en casos y muertes se observaron en las subregiones de las islas del océano Atlántico Caribe 33% en casos y 35% en muertes, Centroamérica 33% en casos y 28% en muertes y América del Sur 33% en casos y 27% en muertes; a partir de esta situación se dieron contagios y muertes

entre el personal de salud, a finales del mismo mes se documentó una mediana de 132,322 nuevos casos y 3697 nuevas muertes cada 24 horas.<sup>6</sup>

Por otro lado, los contagios entre el personal de salud fueron un problema durante otros brotes, como fue con la epidemia de SARS y MERS, semejante a las primeras etapas del COVID-19 en China, donde se infectaron más de 3000 médicos en Hubei, un 40 % de los cuales laboraron en hospitales, esto debido a la escasa comprensión de la enfermedad, las medidas de prevención y control del virus, generando en los trabajadores de la salud un miedo persistente a la infección a consecuencia de su naturaleza contagiosa, los modos de transmisión desconocidos y el contacto cercano con los pacientes, no obstante, los niveles más altos de confianza y conocimiento de las enfermeras respecto al uso de los equipos de protección personal y las medidas de control de infecciones incidieron favorablemente en un mejor manejo del agotamiento emocional.<sup>7</sup>

Las características del virus provocaron un clima generalizado de cautela e incertidumbre, particularmente entre el personal de salud, debido a una variedad de causas como la rápida propagación de este, la gravedad de los síntomas que puede causar en un segmento de infectados, desconocimiento de la enfermedad y defunciones entre los trabajadores de la salud. Los que se encontraron en primera línea de atención a enfermos por COVID-19 enfrentaron considerables adversidades, puesto que estuvieron en contacto directo con enfermos con alta carga viral, exposición al peligro de contagio, cansancio físico, reestructuración de las áreas laborales, aplicación de nuevas y rigurosas disposiciones de trabajo, organización y disposición de insumos ante la carencia de los mismos, la inusual cantidad elevada de decesos entre pacientes, compañeros o familiares, además de dilemas éticos al interior de los sistemas sanitarios en tensión.<sup>8</sup> El personal de salud que ha enfrentado situaciones de emergencia epidemiológica advirtió una serie de problemas, que incluyeron preocupaciones de seguridad, ansiedad, estrés y fatiga, así como los desafíos éticos durante una pandemia, además, tuvieron un contacto más cercano y frecuente con pacientes infectados; en España, uno de las

naciones más dañada por la enfermedad, en abril de 2021, tres de cada diez nuevos infectados fueron trabajadores sanitarios, lo que reflejó la magnitud del problema.<sup>9</sup>

En el Reino Unido, el Public Health England (PHE) recomendó la reutilización de los elementos del equipo de protección personal (EPP), incluidas las mascarillas. El comunicado pidió además a los proveedores de atención médica considerar cambiar de batas u overoles desechables a opciones reutilizables, dejando el uso de las batas desechables solo para procedimientos de alto riesgo que generaban aerosoles. Según PHE, esto fue para garantizar que los trabajadores de la salud y los servicios sociales estuvieran adecuadamente protegidos del COVID-19, donde los EPP no estuvieron disponibles. Esta recomendación sobre la reutilización de los equipos generó mucho pánico y confusión entre los trabajadores. Muchos expresaron su preocupación por la nueva guía sobre la reutilización del mismo ante la escasez, ya que esta recomendación violaba directamente la guía de la OMS (Organización Mundial de la Salud, 2020 ).

Agregado a lo anterior la falta de equipo afectó negativamente el bienestar psicológico y físico de estos trabajadores clave.<sup>10</sup> En el Líbano como en el resto del mundo los profesionales de la salud se convirtieron en la población más vulnerable a contraer el virus y representó más del 20% de los que se infectaron por la enfermedad a partir del 21 de febrero de 2020 y hasta antes de la publicación de dicho estudio, el contagio por COVID-19 causó una gran preocupación para el personal de salud con el creciente número de personal enfermo. La mayoría de los trabajadores se sintieron abrumados en sus posiciones como profesionales de la salud y padres, sintieron una obligación moral, pero aun así expresaron ansiedad y preocupación porque sus hijos se vieran afectados por el virus a causa de ellos de tal manera que las enfermeras expuestas se pusieron en cuarentena para evitar nuevos brotes, especialmente a sus familias; así comenzaron a alquilar pisos y apartamentos junto a los hospitales que apenas alcanzaron a costear.<sup>11, 12</sup>

En tiempos de pandemia las personas tuvieron que permanecer en casa para reducir la diseminación del virus, sin embargo, los trabajadores de la salud debieron continuar con su trabajo y con ello las jornadas laborales fueron más largas debido

al mayor número de personas infectadas en el hospital, además, de ponerlos en riesgo de infección así como en situación de estrés ocasionado por contextos administrativos, como la escasez de equipo de protección individual, la preocupación del personal de salud por no conseguir dar una atención eficiente cuando se encontró en un nuevo sector, inquietud por los informes que cambiaron precipitadamente y de manera constante, el escaso acercamiento a la información actualizada, la ausencia de tratamientos definidos, la carencia de equipos de ventilación mecánica y espacios en la unidad de cuidados intensivos requeridos para atender el aumento de personas críticamente enfermas, así como los cambios significativos en su vida social y familiar diaria.<sup>1, 12, 13</sup>

No obstante en Dinamarca, el personal empezó a realizarse la prueba de coronavirus cuando presentaron síntomas de leves a moderados y en cuanto desarrollaron sospechas de una posible infección, esto en función de proteger a los pacientes, colegas y ciudadanos con comorbilidades por el riesgo de contagio por COVID-19, por lo tanto, se mantuvieron alejados del trabajo hasta estar seguros de que no contribuirían a la propagación del virus, sin embargo, esta distancia tuvo un impacto respecto a un dilema en términos de sentirse responsables e hipocondríacos al mismo tiempo. Las pruebas tuvieron un impacto crucial para el personal de salud, sin embargo, causó una ambivalencia en torno a la respuesta de la prueba; si el resultado de la prueba era positivo, esperaban algún tipo de inmunidad y así permitirles ir a trabajar después de un período de cuarentena sin volver a infectarse. Si, por otro lado, el resultado de la prueba era negativo fundaba preocupaciones y temores de que muchos se contagiaran al mismo tiempo y que no habría nadie para cuidar a los pacientes enfermos o ciudadanos vulnerables.<sup>14</sup>

Además, los que trabajaron en hospitales refirieron que el acceso a las pruebas fue fácil y sencillo, el proceso constó de notar síntomas, enseguida lo comentaron con su jefe y se les hizo la prueba, no obstante los que trabajaron en la atención primaria argumentaron problemas importantes a la hora de tener acceso a la prueba, pues su experiencia fue de no ser tomados en serio, lo que produjo una especie de impotencia, también relataron las frustraciones de perder un tiempo valioso

esperando llegar a la prueba; mismo que podría haber sido útil para continuar con su trabajo. El entorno social de este personal fue alterado por el riesgo de enfermarse, en consecuencia cambiaron rutinas de la vida cotidiana empleando distanciamiento de familiares y amigos en el sentido de que estos no entendían la magnitud del peligro de infectarlos.<sup>14</sup> Asimismo los que fueron expuestos al virus se enfrentaron al estigma y la discriminación, en algunas partes del mundo esto representó una seria amenaza para su vida de tal forma que la OMS hizo un llamado a los diversos mandatarios del ámbito de la atención de la salud para que abordaran la seguridad y las persistentes amenazas en contra del personal.<sup>15</sup>

En Alemania el virus fue considerado como enfermedad de naturaleza ocupacional para el personal de salud razón por la que debía informarse al proveedor del seguro de accidentes o a la oficina de comercio a nivel estatal federal. Esto no reemplazó ni afectó la obligación de informar a la oficina de salud pública de conformidad con la Ley de Protección contra Infecciones. Sin embargo, debe mencionarse como advertencia que la enfermedad ocupacional (DO) con número 3101, bajo la cual se registró el COVID-19, solo aplicó para cuatro grupos: trabajadores empleados en las áreas de salud, bienestar, laboratorios y aquellos con actividades sujetas a un riesgo elevado de infección comparable al de la asistencia sanitaria. En todas las demás situaciones, se llevó a cabo una revisión para determinar si el caso constituía un accidente de trabajo. La obligación de informar se aplicó a partir del momento del diagnóstico o cuando existía una sospecha razonable de una determinada enfermedad. Para este virus, se informó después del contacto con pacientes o materiales infecciosos cuando los síntomas típicos aparecían dentro del contexto temporal apropiado: tos, fiebre, alteración de los sentidos del olfato y el gusto, etc. Los informes correspondientes establecieron la opción para beneficios de acuerdo con el Reglamento de Enfermedades Profesionales. Informar el contacto sin indicios de una enfermedad correspondiente no fue obligatorio y, por lo general, no establecía la elección para los beneficios. Solo registraron si se habían realizado una prueba y cuál era el resultado de ésta, positivo o negativo. No se documentó el tipo de test realizado, inicialmente solo tuvieron disponibles los hisopos orales-nasales y las de reacción en cadena de la polimerasa (PCR). Las de anticuerpos ya

se encontraban disponibles. La progresión de la enfermedad se clasificó como grave si tuvieron la necesidad de hospitalización.<sup>16</sup>

En consecuencia, de esta situación se derivaron contagios y muertes de los trabajadores de la salud, los casos aumentaron en países y territorios de la Región de las Américas, por esta razón la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS / OMS) instaron a las naciones a reforzar la atención de los servicios sanitarios en todos sus niveles así como proveer al personal con los insumos e instrucciones convenientes, para brindar una respuesta efectiva y pertinente ante la pandemia en el sistema de salud.<sup>17</sup>

### **Contexto nacional**

Previo a la declaración de emergencia sanitaria, en México se realizaron modificaciones legales a la Ley General de Salud, creando un modelo de salud pública encaminado fundamentalmente a personas que necesitaban de acceso a los servicios de salud y medicamentos, así el 29 de noviembre de 2019 se publicó en el Diario Oficial de la Federación (DOF) la exclusión de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, encargada de operar el Seguro Popular y con ello la creación del Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI), dentro de las modificaciones se encontraron las siguientes: *“El INSABI será una corporación descentralizada, con identidad legal y usufructos propios, en coordinación con la Secretaría de Salud, fomentará gestiones encaminadas a conseguir una óptima unificación y articulación de los organismos públicos del Sistema Nacional de Salud. Se reemplazó el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos por el Fondo de Salud para el Bienestar.”*<sup>18</sup>

Estas se hicieron vigentes a partir del 1 de enero de 2020, en virtud de asegurar servicios de salud gratuitos, medicinas, exámenes de laboratorios y demás recursos relacionados a todas aquellas personas sin seguro social, incluyendo a los extranjeros, sin tomar en cuenta su estatus migratorio, los recursos se asignaron a la atención de enfermedades que provocan gastos catastróficos y a las necesidades de infraestructura en los estados con mayor marginación social.<sup>18</sup> Este cambio sirvió

de apoyo a la población ante el inminente panorama de emergencia sanitaria, en un sentido socioeconómico.

En México, el primer caso de COVID-19 se confirmó el 27 de febrero de 2020 en la Ciudad de México, al día siguiente se confirmaron dos casos más, con ello comenzó la primera fase, es decir, que la infección fue importada de otro país y no hubo infección local; la cifra de infectados con el virus fue limitado por lo que no se implementaron medidas estrictas de salud, solo exceptuaron acciones con el propósito de divulgar medidas preventivas.<sup>19</sup> En presencia del virus en el país, el gobierno federal estableció medidas de prevención que se implementaron para la disminución y control de los riesgos para la salud que implicó la enfermedad por el SARS-CoV-2, en este contexto se publicaron el 24 de marzo de 2020 en el DOF intervenciones comunitarias como "Jornada Nacional de Sana Distancia", el estornudo de etiqueta, lavado de manos, el saneamiento continuo de espacios de uso público, se anularon especialmente algunas actividades económicas, se restringieron las reuniones en masa, se sugirió mantenerse en casa a la población en general, especialmente a los ancianos y las personas con padecimientos crónico degenerativos como hipertensión arterial, diabetes, enfermedad cardíaca, entre otras o con algún padecimiento o tratamiento farmacológico causante de supresión del sistema inmunológico, mujeres en estado de gestación o puerperio inmediato, estos mismos durante ese tiempo y a manera de autorización continuaron con un salario.<sup>20</sup>

Desde el 26 de marzo que se detuvo el trabajo no fundamental del gobierno federal, excluyendo las vinculadas con las de asistencia en seguridad, salud, energía y limpieza. Las personas con síntomas y diagnóstico confirmado hicieron uso de cubrebocas para eludir la transmisión, en cuanto al personal de atención a la salud comenzó a usar equipo de protección personal (EPP).<sup>19</sup> Aun con las medidas preventivas que permitieron paliar la diseminación del virus en la población y el desarrollo de casos confirmados, además de defunciones por la enfermedad, se implementaron acciones extraordinarias publicadas el 27 de marzo de 2020 en el DOF para salvaguardar la integridad y la salud ante la situación de emergencia las cuales consistieron en: hacer uso de todos los recursos humanos del ámbito de la

salud así como de asistencia social de los sectores público, social y privado efectivos en las zonas perjudicadas; adquisición de recursos materiales necesarios, a nivel nacional o internacional, requeridos para desafiar la emergencia sanitaria, sin los menesteres de llevar a cabo los procesos de licitación pública.<sup>21</sup>

En México hasta el día 16 de septiembre de 2022 estaban confirmados 7, 059, 936 de casos totales y 329,767 defunciones totales por COVID-19. Los datos reportados entre el 28 de febrero cuando se confirmó el primer caso y el 23 de agosto de 2020, revelaron un total de 97,632 casos confirmados entre el personal de salud de los cuales el 60% fueron mujeres. Del total de estos, el 42% concernió a enfermería, el 28% a otras profesiones de la salud, el 27% a los médicos, el 2% a los especialistas de laboratorio y el 1% a los dentistas. Durante el mismo período se reportaron 1320 defunciones, lo que representó el 1,4% de los casos confirmados; del total de muertes, el 70% fueron hombres trabajadores del área de la salud. En este sentido, un informe de Amnistía Internacional del 3 de septiembre documentó que México fue la nación con una considerable cifra de decesos de personal de salud, a causa del COVID-19 que en cualquier otro país, Estados Unidos ocupó el segundo lugar con 1077 muertes y el tercero Reino Unido con 677.<sup>6</sup>

El 7 de abril de 2020 informaron que como parte de una respuesta integrada a la problemática nacional presentada por los casos de infección, surgió la necesidad de realizar reconversión de los hospitales donde el objetivo fue optimizar infraestructuras, recursos humanos y materiales, además de la creación de Centros de Atención Temporal para hacer frente a la pandemia ocasionada, con el propósito de atender pacientes en las proximidades y fuera de las infraestructuras sanitarias de las diversas organizaciones de salud en los tres niveles de gobierno, los cuales intervinieron en la prevención, control y seguimiento del SARS-CoV-2, evitando con esto el abarrotamiento hospitalario y con ello, brindar una óptima atención durante el proceso de salud enfermedad.<sup>22</sup>

En relación con lo anterior y para reforzar la atención a la población perjudicada por la enfermedad, la Secretaría de Educación, Ciencia, Tecnología e Innovación (SECTEI) de manera conjunta con la Secretaría de Salud (SEDESA) coordinó la integración de recursos humanos al servicio de la salud con un alto nivel de

conocimientos y competitivos para colaborar en la atención médica a las personas frente a la enfermedad por lo que consideró adecuado efectuar la contratación de profesionales de la salud: médicas, médicos, enfermeras y enfermeros, así como pasantes de las mismas ramas para que prestaran sus servicios en las unidades de la SEDESA, de manera temporal, conforme a los requerimientos de atención y de acuerdo con el perfil profesional del aspirante.<sup>23</sup> En este contexto la pandemia provocó que las instituciones de salud experimentaran una gran transformación, convirtiéndose en centros COVID. Particularmente, el Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, (unidad donde se realizó la presente investigación) brinda atención a nivel nacional e internacional a pacientes con enfermedades cardiovasculares, sin embargo, a causa del aumento de casos en el país, se estableció en esta unidad, un triaje para diagnóstico de la enfermedad donde los pacientes positivos, previa prueba de confirmación, fueron derivados a los centros asignados. Entre el 18 de marzo y el 7 de octubre, se evaluaron un total de 2059 pacientes, todos fueron reportados al departamento de epidemiología de acuerdo con la normativa oficial para el registro de casos reales, el primer caso admitido fue el 11 de abril, a partir de entonces y hasta el 7 de octubre, ingresaron en el hospital un total de 304 casos, de los cuales el 40% requirió soporte ventilatorio mecánico, con una mortalidad global del 32,5%.<sup>24</sup> En este sentido los trabajadores de la salud enfrentaron la enfermedad de manera análoga, pero con diversas experiencias relacionadas con la afección a la salud de los mismos, la escasez de los recursos materiales y humanos, la exposición al virus, la alteración del equilibrio entre el trabajo, la vida cotidiana, el miedo a exponerse y con ello infectar a los miembros de la familia, así como la falta de comunicación con los mismos, muerte, entre otras, estas fueron una constante durante la emergencia epidemiológica.

## 1.2 Estudios antecedentes

Proteger a los profesionales sanitarios de las enfermedades infecciosas fue fundamental no solo por constituir la primera línea de atención contra los patógenos de alta amenaza, sino también para reducir la transmisión secundaria en el sistema sanitario, su entorno social y familiar. Baiwen Qi et al.<sup>25</sup> indicaron claramente que se debía implementar una política de precauciones avanzadas para garantizar la prevención adecuada de infecciones, en comparación con los pacientes normales, era más probable que los trabajadores de la salud infectados buscaran una consulta médica en la etapa inicial debido a su mayor experiencia profesional, los factores de riesgo de enfermar por SARS-CoV-2 en los trabajadores de la salud pudieron atribuirse a la falta de conocimiento cuando surgió la enfermedad por primera vez, lo que provocó una deficiente política institucional de control de infecciones. Una mejor formación académica, un autodiagnóstico más temprano y un estado psicológico más racional hubieran hecho que los profesionales de la salud tuvieran un resultado más favorable durante la pandemia, un brote nosocomial entre los profesionales de la salud pudo ser el resultado del desconocimiento del riesgo de transmisión al inicio de la epidemia y del bajo grado en las medidas de precaución, debían optimizarse los esfuerzos adicionales para prevenir y controlar el COVID-19 entre los profesionales de la salud.

Otra preocupación de los trabajadores fue la familia, de acuerdo con Lorenzo y Carrisi,<sup>26</sup> su estudio desafió la noción de que el personal de salud propagaba la infección por SARS-CoV-2; ya que los trabajadores experimentaron una tasa de contagio menor que sus familias y no representaban un riesgo importante de transmisión para los familiares. Gibson et al.<sup>27</sup> en su estudio sugirieron que más de una tercera parte de las personas en ocupaciones de atención sanitaria que laboraron directamente con personas enfermas tuvieron un riesgo elevado de complicaciones relacionadas con el COVID-19 si se enfermaban, además, una cuarta parte de los trabajadores de la salud de mayor riesgo tenían múltiples comorbilidades de alto riesgo, lo que aumentó aún más la probabilidad de resultados

desfavorables, más de la mitad de los trabajadores de la salud trabajaron en entornos con altos niveles de exposición al virus.

Li Ran et al.<sup>28</sup> en su estudio encontraron que el COVID-19 estuvo relacionado con el departamento expuesto, el horario de trabajo y la higiene de las manos, es decir, el personal trabajó generalmente muchas horas, con una semana laboral promedio que excedió las 54 horas, así la jornada laboral moderada benefició la salud y la seguridad de los trabajadores sanitarios, mientras que el trabajo prolongado (> 10 horas / día) aumentó el riesgo de infecciones respiratorias. Salari et al.<sup>29</sup> demostraron claramente que la porcentaje del estrés, la ansiedad y la depresión entre el personal sanitario de primera línea que atendieron a personas con COVID-19 fue alto. Por lo tanto, las autoridades de estos y los responsables de tomar decisiones, a nivel nacional e internacional, debieron tomar medidas para reducir estos trastornos en el personal que atendió a pacientes infectados, esto pudo haber aumentado la productividad del personal, acelerar medidas para controlar la pandemia y proporcionar procedimientos de tratamiento más efectivos para los pacientes.

En el estudio de Rivera et al.<sup>30</sup> donde determinaron como identificar conductas preventivas ante la pandemia y las principales preocupaciones del personal de salud como pacientes, hallaron que la primordial preocupación expresada por el personal fue la propagación de la enfermedad en el medio ambiente, especialmente a familiares y personas mayores con las que tuvieron un contacto cercano, la segunda más frecuente fue el deterioro clínico o las secuelas, también identificaron como un factor importante los efectos psicológicos del encierro, como la soledad, la falta de información verificada y los sentimientos de abandono, finalmente, las preocupaciones sobre el regreso al trabajo, tan pronto como los síntomas disminuían o después, por ejemplo, cuando el resultado de la prueba se volvió negativo, se identificó como otro factor de estrés relacionado con el regreso a laborar.

Taylor et al.<sup>31</sup> sustentaron que el miedo y la evitación de los trabajadores sanitarios fueron parte de un patrón más amplio de estigmatización, es decir, las personas que

tuvieron tendencia a estigmatizar (temer y evitar) a los trabajadores sanitarios también lo hicieron con los extranjeros, evitaron las droguerías, las farmacias y por extensión a los trabajadores de esas tiendas, el rechazo, el ostracismo social (exclusión) y la evitación han sido características notables de pandemias y brotes pasados, como durante el brote de SARS. También mencionaron que los historiadores de pandemias señalaron que los sobrevivientes, como los funcionarios de salud pública y los líderes políticos tienden a olvidar las lecciones aprendidas de pandemias anteriores. El problema de la estigmatización hacia los trabajadores sanitarios relacionado con el COVID-19 fue una lección que no se ha aprendido, animar a los trabajadores sanitarios no fue suficiente, lo que se requería eran campañas de educación pública claras y sensatas sobre los riesgos que los trabajadores de la salud representaron para el público.

De Wilton et al.<sup>32</sup> capturaron datos sobre el comportamiento de búsqueda de atención médica de los trabajadores de salud, las instalaciones de autoaislamiento y los plazos de regreso al trabajo del personal sanitario presuntamente infectado, el modo más común en la búsqueda de atención médica durante la enfermedad fue el asesoramiento informal y la práctica general, dos pacientes acudieron a urgencias y requirieron oxigenoterapia durante el ingreso hospitalario, una minoría tuvo acceso a la monitorización de las saturaciones de oxígeno durante su enfermedad, y de los que comentaron los niveles obtenidos, reportaron cifras por debajo del 94% durante su enfermedad, dos encuestados llegaron hasta un 85%, en reposo o con esfuerzo. Solo los que tuvieron dificultad para respirar en reposo o dificultad para respirar por el esfuerzo buscaron asesoramiento médico formal. En particular, nueve encuestados informaron una combinación de dificultad para respirar con saturaciones inferiores al 94% en reposo; de estos la mitad no buscó ningún consejo de salud formal, otros no se sintieron capaces de distanciarse de manera efectiva de los miembros del hogar mientras estuvieron enfermos (como se define un acceso a un dormitorio y / o baño separados), los contactos cercanos (definidos como aquellos con los que se comparte la cama la noche anterior al inicio de los síntomas) con frecuencia se sintieron mal durante los 14 días posteriores al inicio de los síntomas. El tiempo para regresar al trabajo fue diferente, con un número

significativo de encuestados que requirieron más de 7 días de baja laboral antes de regresar. Nueve requirieron más de 3 semanas de baja laboral, además, el 20% sintió que regresaban al trabajo antes de sentirse listos.

## 2. Problematicación

El personal de salud que trabajó en situaciones de emergencia epidemiológica semejante a la pandemia reportó experimentar una serie de problemas que incluyeron: a) falta de preparación dentro del sector de atención sanitaria y social debido a la inexistencia de políticas, protocolos de control y gestión de la pandemia lo que causó pánico y miedo, ya que no imaginaban el alcance que tendría, b) sentimiento de incertidumbre como preocupaciones de seguridad, ansiedad, estrés, fatiga, c) desafíos éticos, d) horarios extensos de trabajos o turnos no planificados por la demanda excesiva de sus servicios, razón principal por la que el personal comenzó a enfermar y a ausentarse, ya que tenían más contacto cercano y frecuente con pacientes infectados, lo que condujo a, e) desgaste emocional y disminución de organización en el lugar de trabajo.<sup>8,11,12,15,32,52.</sup>

En este contexto, los trabajadores de la salud temían que el virus pudiera afectarlos a ellos y sus familias, especialmente cuando veían que otros proveedores de atención médica se infectaron, tuvieron la necesidad de alquilar habitaciones en hoteles, departamentos o quedarse en su mismo centro de trabajo con el fin de no llevarse el virus a casa, bañarse en el centro de trabajo antes de retirarse, entre otras medidas de autocuidado hubo quienes compraron parte de su EPP, también comenzaron a realizarse pruebas diagnósticas dentro de sus centros laborales en cuanto empezaban a presentar algún tipo de síntoma relacionado a la enfermedad, sin embargo, no todos tenían acceso en tiempo y forma lo que llevaba a que hicieran uso de servicios privados y con ello hacer uso de sus propios recursos económicos.<sup>11, 10, 14</sup>

Mientras que en tiempos de pandemia a la población general se le sugirió resguardarse en casa para reducir la diseminación de este virus, los trabajadores de la salud debían continuar laborando<sup>11</sup> ante tal circunstancia, el entorno social de este personal se vio alterado por el riesgo de enfermarse, cambiaron rutinas de la vida cotidiana como distanciarse de familiares y amigos para prevenir contagios; se limitó el acceso a la educación presencial, cultura e incluso se vulneró la seguridad familiar y social llegando a enfrentar el estigma y la discriminación.<sup>14</sup>

Otro aspecto a considerar, fue la escasez de personal ya sea por vulnerabilidad o porque optó no regresar al trabajo, el número de vacantes aumentó y, por lo tanto, la demanda de los trabajadores de primera línea. Aún después de la contratación de nuevos empleados, existieron desafíos relacionados con las incidencias por desconocimiento de protocolos administrativos dirigidos a la atención especializada a los enfermos por COVID-19; uso y manejo de material y equipo, lo que afectó las relaciones entre los trabajadores de primera línea consideramos importante indagar acerca de este tema, sin embargo, para el desarrollo de la presente investigación no se abordó. La carencia de trabajadores de la salud fue un problema mundial con impactos potencialmente dañinos en el sistema sanitario creando un ambiente estresante e indeseable dentro de las instituciones, como trabajo con poco personal.<sup>33</sup>

El interés sobre el impacto de una crisis sanitaria en el personal ha sido una constante ya que se ha prestado especial atención a la evaluación y cuidado del estado mental de los trabajadores de la salud en las epidemias previas, incluidas las de influenza A H1N1 (2009) y SARS-CoV-1 (2003), pero hasta el momento, el enfoque principal ha sido el aspecto mental y en menor grado, el contexto familiar y social,<sup>14</sup> cabe destacar que la población estudiada a través del presente, no manifestó la necesidad de atención psicológica. En relación con lo anterior nuestra pregunta de investigación es la siguiente:

### **Pregunta de investigación**

¿Cómo fue la trayectoria de los trabajadores de salud infectados por COVID-19 desde que se conocieron infectados hasta su retorno laboral?

### 3. Justificación

Un creciente trabajo de investigación habla del impacto psicológico de la pandemia y sus consecuencias,<sup>8, 11, 12, 15.</sup> sin embargo, de la experiencia con el entorno familiar y social que vivieron día a día los trabajadores de la salud infectados por COVID-19 desde el inicio de síntomas, el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación hasta su regreso a laborar fue un tema muy escaso en la literatura.<sup>8,13,14,26,30.</sup> En México no existen estudios que documenten dicha trayectoria, en este sentido se debe considerar que, ante una emergencia sanitaria, el personal de salud forma parte de la primera línea de atención, ya que estos desempeñan un papel crucial en la gestión de recursos humanos y materiales, así como de superación ante las adversidades.

Conocer las experiencias familiares y sociales que vivieron los trabajadores de la salud proporcionará información valiosa para la capacitación en casos de emergencia sanitaria con la que se podrán implementar medidas efectivas garantizando la seguridad y minimizando el impacto negativo en futuras generaciones. Para comprender la experiencia será necesario analizarla a través del trabajador y con ello descubrir información oculta que de otra manera no se revelaría.

La importancia de analizar la trayectoria es posicionarla como parte fundamental en el conocimiento de nuevas experiencias vividas por los trabajadores de una institución de salud ante una situación de pandemia, por ello se buscó una perspectiva amplia desde un enfoque cualitativo fenomenológico interpretativo para describir la experiencia desde su contexto original.

## **4. Objetivos**

### **4.1 Objetivo general**

- Analizar la trayectoria de los trabajadores de una institución de salud, infectados por COVID-19 desde el inicio de síntomas hasta su retorno al ambiente laboral.

### **4.2 Objetivos Específicos**

- Describir la búsqueda de atención para enfrentar la enfermedad por COVID-19 de trabajadores de una institución de salud.
- Describir la experiencia de los trabajadores de una institución de salud infectados por COVID-19 en su entorno familiar y social.
- Describir la experiencia de los trabajadores de una institución de salud recuperados de COVID-19 en el retorno a su campo laboral.

## **5. Marco teórico**

### **5. 1 Trayectoria de la enfermedad**

Para desarrollar el marco teórico de este estudio se consideraron tres teorías: la 1) la propuesta por Peláez, en esta se destaca la calidad de vida de los niños con artritis idiopática juvenil y familiares cercanos, y como esta se vio profundamente afectada por la enfermedad, se enfoca en una secuencia de eventos sociales y culturales que tradicionalmente se han interpretado solo en circunscripción médica, es decir, trabaja no sólo sobre los eventos fisiológicos, sino también en lo íntimamente relacionado con como un individuo define su enfermedad, dado que un enfermo puede definir dicha trayectoria de manera diferente a familiares y médicos. Las etapas que conforman la teoría de la trayectoria de la enfermedad son: la percepción de síntomas como la etapa de prediagnóstico de la peregrinación, es decir, la búsqueda de atención; contingencias las cuales están relacionadas con factores agravantes y antecedentes socioculturales como: la pobreza la migración, la violencia familiar, en otras palabras, los componentes de la enfermedad se basan en el contexto en el que se encuentran el paciente y su red de apoyo; horizontes temporales que reflejan el curso del padecimiento, se asemejan a los cambios transitorios de las experiencias de la enfermedad en el entorno clínico; por último el impacto en la red de apoyo en el paciente y la red de apoyo se relaciona a las consecuencias de la discapacidad física como el aislamiento social y pérdida de independencia.<sup>34</sup>

La 2) De Wiener y Dodd, denominada trayectoria de la enfermedad, la cual establece perspectivas para un mejor entendimiento de la dinámica que ejerce la variación de la enfermedad dentro del entorno variable de la vida, en esta incluye no sólo los elementos reales de la enfermedad, sino también la estructura total de la labor hecha al extenso curso de la enfermedad; es hipotéticamente diferente al recorrido de la enfermedad ya que esta no se restringe a la persona que padece la enfermedad. La estructura total esta constituida por la persona enferma, la familia y los trabajadores de la salud que la atienden. Los distintos participantes en la

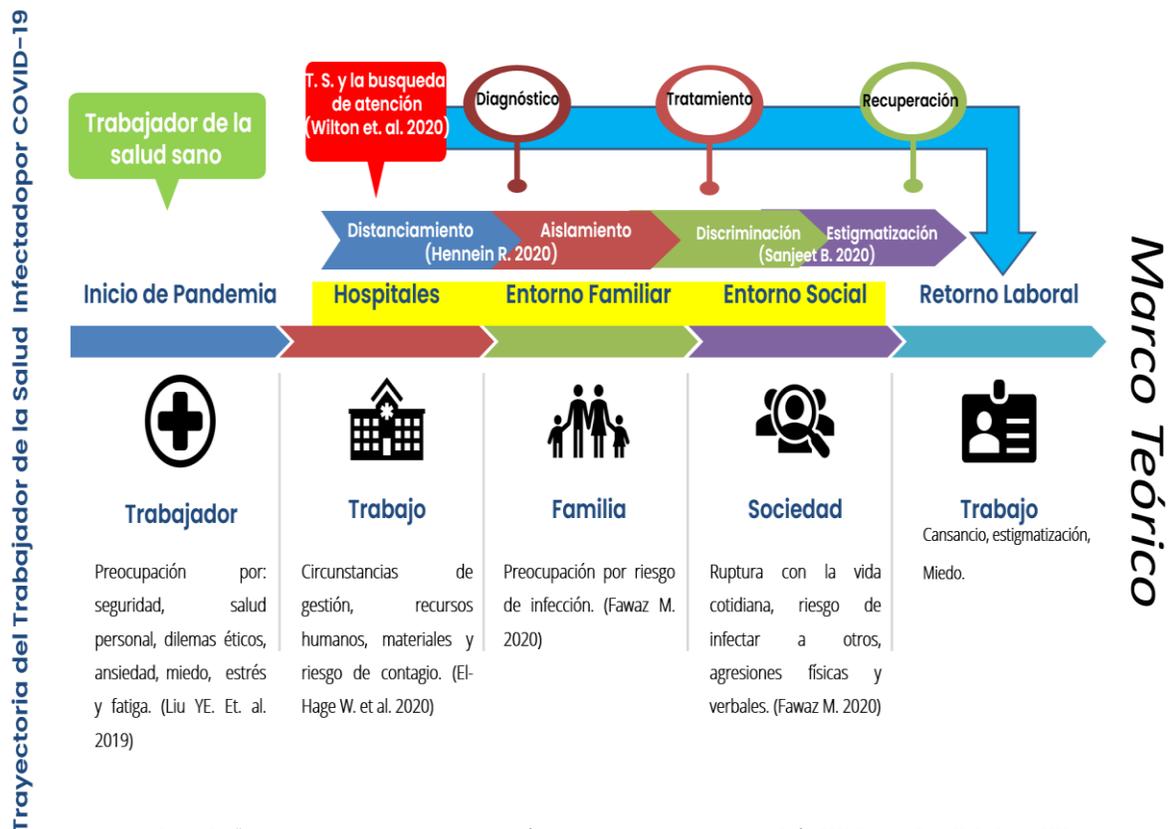
organización de la atención a la salud poseen otras características de trabajo, no obstante, el enfermo es el “trabajador central”. Este marco teórico habría de ser fundamentalmente útil para el entendimiento de las transiciones en la perplejidad y en el control a lo largo de una expectativa más íntegra en las que el significado de estas pueden variar,<sup>35</sup> en este sentido, las autoras hacen mayor referencia al carácter subjetivo de la percepción individual y social de la enfermedad, es decir, la preocupación personal conforme a los síntomas e incluso la experiencia en la atención a la salud.

Por último la 3) De Rangel, la cual propone las trayectorias del proceso salud/enfermedad y los programas sociales de atención a la salud en México en mujeres participantes de programas sociales, los trayectos particulares de salud/enfermedad/atención quedarían constituidos de cinco fases que se diferencian intrínsecamente de la trayectoria: 1) los síntomas o sintomatología referidos como los primeros en ser manifestados; 2) la o las instancias médicas a las que asistieron para establecer una etapa seguida del diagnóstico; 3) diagnóstico, donde se comprueba la enfermedad; 4) tratamientos y cuidadores, los primeros determinados por la institución médica seleccionada para más adelante dar continuidad a un tratamiento, los segundos proporcionados por las personas que intervinieron como cuidadores principales o secundarios en las diferentes etapas de la enfermedad, y; 5) estadio actual, el cual expone el contexto de salud/enfermedad en que se encuentra la persona.<sup>36</sup> Asimismo, se consideraron algunos reportes de la literatura que ofrecieron aportes importantes para construir la trayectoria de la enfermedad particularmente en el personal de salud con diagnóstico de COVID-19. Esta trayectoria se representa en la figura 1.

Los autores concuerdan en que el curso de la enfermedad es variable y modificable al pasar del tiempo en diferentes escenarios, en este contexto se construyó un marco de la trayectoria del trabajador de una institución de salud desde que se conoció infectado hasta su retorno al entorno laboral; nos basamos en los hallazgos reportados en la literatura y el marco teórico ya documentado donde se lograron vincular etapas ya descritas y lo que se desconocía, esto en virtud de que el

trabajador de la salud al haber estado en constante contacto con pacientes infectados tuvieron un alto riesgo de contagio y cuando esto sucedió pasaron de ser personal de atención a la salud a ser pacientes, consecuentemente experimentaron los signos y síntomas de la enfermedad, el contacto con el entorno hospitalario, el impacto familiar y social al verse afectado el desempeño laboral e incluso personal y la incertidumbre respecto de la evolución y pronóstico a corto y mediano plazo, en el entendido de que la pandemia continuó su curso, es en este sentido que la teoría de la trayectoria de la enfermedad brindó la oportunidad de analizar la experiencia vivida del personal de salud, a través de un esquema de diseño propio considerando los hallazgos documentados donde se enlazaron e integraron elementos ya descritos con el fenómeno desarrollado por COVID-19.

Figura 1: Trayectoria del Trabajador de la Salud Infectado por COVID-19



Fuente: Diseño propio con modificaciones a partir de las teorías de la trayectoria de la enfermedad de Peláez 2006, Wiener y Dodd 2018 y Rangel 2009.

Este marco (ver figura 1) propone una trayectoria de la enfermedad basada en el personal de salud y como en la búsqueda de atención médica no difiere del resto de la población, situación que refleja la vulnerabilidad a la que ésta expuesto como trabajador desde una perspectiva fisiológica, social y familiar hecho que aún no está documentado en la literatura. En este contexto retomamos algunas acepciones de los autores como: la percepción de síntomas, contingencias, componentes de la enfermedad, impacto en la red de apoyo, persona enferma, familia y los profesionales de la salud que atienden a trabajadores de la salud, variaciones en la incertidumbre y en el control de la persona enferma.

En el primer apartado (inferior rojo) de la figura representa al trabajador sano en el inicio de la pandemia y cómo este se preocupó por su seguridad, salud personal, dilemas éticos, presenta ansiedad, miedo, estrés y fatiga, seguido por la gestión de recursos humanos y materiales donde ambos fueron un riesgo de contagio ya que dejaban expuestos a los trabajadores de manera más constante a los pacientes infectados por falta de personal y equipos de protección personal, además del riesgo de contagio a la familia y a otros, ruptura con la vida cotidiana, así como la agresión física y verbal causada por la ciudadanía a los trabajadores de la salud. En el segundo apartado (superior azul) describe al trabajador en la búsqueda de la atención y cómo durante el diagnóstico, tratamiento y recuperación presenta una serie de situaciones como lo son distanciamiento social, aislamiento, discriminación y estigmatización, así como al miedo de ser estigmatizados antes de regresar a laborar además de sentirse cansados físicamente como efecto secundario de la enfermedad. En el centro (amarillo) se muestra el contexto de la trayectoria de la enfermedad del trabajador de la salud: entorno al trabajo, familia y sociedad.

## **6. Metodología**

### **6.1 Método**

Se llevó a cabo una investigación cualitativa con enfoque fenomenológico interpretativo, se consideró la propuesta de Merleau-Ponty para este estudio ya que el autor estudió la experiencia de la enfermedad a partir de un cuerpo sano; él habla de un conocimiento encarnado, cuya introspección se suscita en el cuerpo y en las percepciones. El ser humano revela al otro y se manifiesta en el otro en la probidad de su cuerpo y espíritu, aseverando el anteponiendo la realidad sobre la condición, es decir, en el sentir y el alcance de los hábitos individuales y grupales, enlazadas unas en las otras, volviendo inherente la subjetividad y la intersubjetividad,<sup>37,38</sup> de esta manera se pudo profundizar en la trayectoria de la enfermedad.

### **Características de los participantes**

En el estudio participaron nueve trabajadores de una institución de salud de tercer nivel, ubicados en áreas de atención a pacientes COVID. Tres de los participantes correspondían al personal de enfermería, 3 al personal de medicina y tres al personal de intendencia con edades entre 25 y 52 años, con antigüedad laboral entre 1 año y 10 meses y 31 años. Todos los participantes refirieron haber sido diagnosticados con COVID-19, haber transitado por la enfermedad y posterior a su recuperación, haber regresado a su lugar de trabajo. La selección se llevó a través del "*típico ideal*"<sup>39</sup>. El contagio de los participantes, ocurrió entre abril y diciembre del 2020.

## **Recolección de la información**

Para la recolección de la información se llevaron a cabo entrevistas semiestructuradas ocho presenciales en áreas comunes de la misma institución en un horario no laboral lo que se vio reflejado en un ambiente tranquilo para el desarrollo de estas y una por videollamada donde la entrevistada se encontraba en casa, el tiempo de duración en promedio fue de 30 a 50 minutos. Las entrevistas presentaron un grado de mayor flexibilidad, en virtud de que emergieron de preguntas planeadas, que se ajustaron a los entrevistados, por la ventaja de poder adaptarse a los sujetos con enorme capacidad de adecuación que motivo a los participantes, a aclarar términos, identificando ambigüedades y reduciendo formalismos.<sup>40</sup>

## **Instrumento**

Se utilizó una guía de preguntas semiestructuradas (ver anexo 1) que incluyó los siguientes temas: a) la experiencia de ser contagiado por COVID-19 del trabajador de la salud; b) la búsqueda de atención; y c) el retorno a laborar. Durante las entrevistas se fomentó un diálogo que permitió la apertura y expresión libre de ideas de los informantes.

## **Análisis**

Los datos recolectados se analizaron con base en la propuesta por Strauss y Corbin, codificación abierta la cual consistió en extraer la información en diferentes elementos de significado, realizando la transcripción completa de la entrevista, posteriormente se realizó el análisis del texto con el propósito de determinar las palabras clave o frases que conectaron el relato del informador con la vivencia bajo la investigación.<sup>41</sup> La información fue categorizada y posteriormente redactada de forma narrativa.

## **Aspectos ético legales**

La investigación estuvo guiada por la Ley General de Salud en materia de investigación, la NOM-012-SSA3-2012 para la ejecución de proyectos de investigación conforme a lo dispuesto en el artículo 100 de la misma norma a través del consentimiento informado, sin exponer la integridad de las personas haciendo énfasis en el anonimato realizando las entrevistas en un lugar privado y asignando códigos de identificación para resguardar su identidad;<sup>42</sup> para el desarrollo del presente estudio se envió el protocolo al comité de ética de la institución para ser considerado y evaluado, este fue aprobado con el número de registro DIE/TT/20/2021 de acuerdo a la declaración de Helsinki (ver anexo 5);<sup>43</sup> se les dio la libertad de abandonar el proyecto de investigación en el momento que las personas así lo solicitaran según el principio número nueve del Código de Núremberg;<sup>44</sup> se explicó el objetivo del estudio a los participantes verificando la comprensión del mismo, confirmando la voluntariedad de los mismos conforme a los principios éticos del Informe de Belmont.<sup>45</sup> Todos recibieron una carta de consentimiento el cual fue leído y firmado (ver anexo 1). Los datos obtenidos se usaron para efectos de esta investigación, solo tuvieron acceso a ellos los investigadores, la información fue expresada de forma general y el proyecto se guio a partir de la problematización.

## **Rigor metodológico**

Como criterios de rigor se consideró la credibilidad y confirmabilidad. La primera se garantizó ya que se discutieron las experiencias entre dos investigadores, transcripciones de las entrevistas, observaciones y conversaciones prolongadas con los participantes en el estudio<sup>46</sup>, donde se captaron el significado completo y profundo de las experiencias de los participantes, a través de la capacidad de comunicar un lenguaje, pensamientos, emociones y puntos de vista que permitieron expresar las experiencias y la segunda mediante el registro y documentación

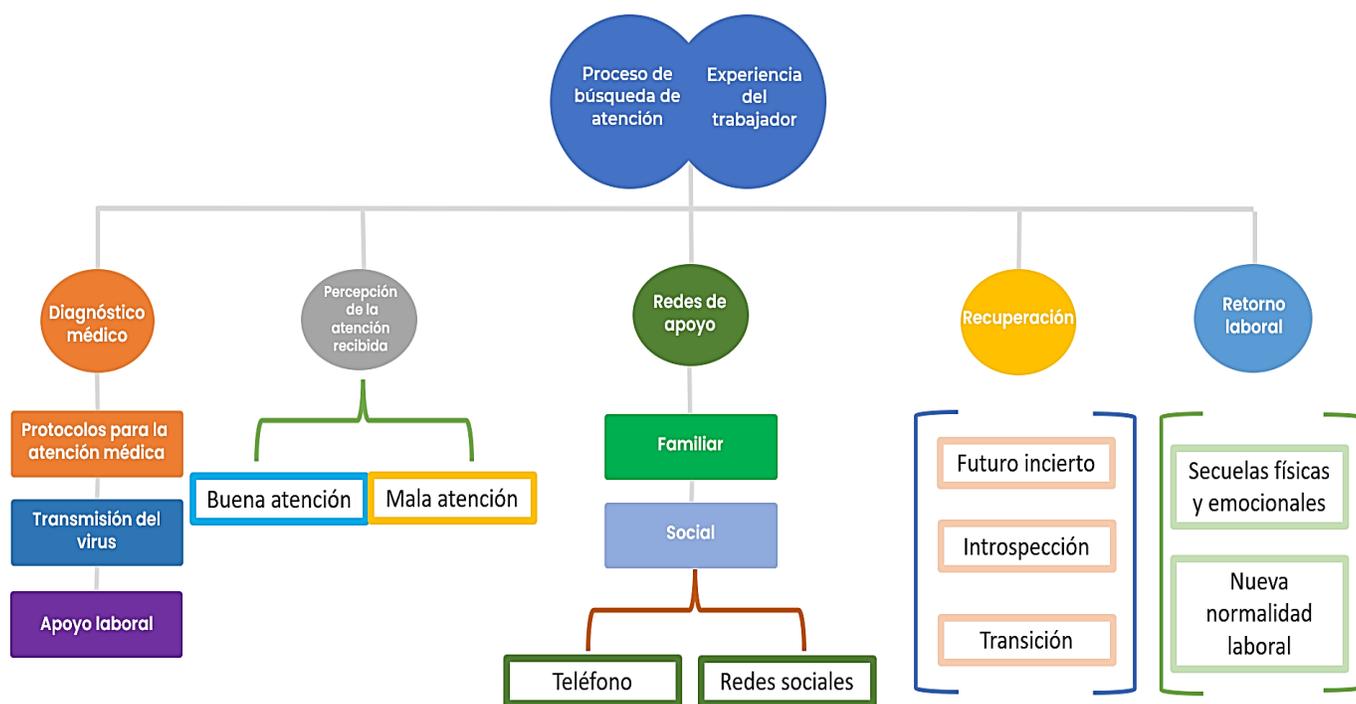
completa,<sup>39</sup> estancias prolongadas de acuerdo a lo permitido por los protocolos de bioseguridad de la institución en el campo, triangulación, auditoría, chequeo con participantes y la reflexión sobre los prejuicios, creencias y concepciones, todo en función de responder a la pregunta de investigación y la problematización descrita.<sup>47</sup>

## 7. Resultados

De acuerdo con los discursos obtenidos de las entrevistas realizadas a los participantes en el proyecto, la trayectoria del trabajador de la salud infectado por COVID-19, destaca el vínculo que hay entre el proceso de búsqueda de atención y la experiencia vivida de los mismos. Emergieron cinco temas: 1. Diagnóstico médico, de este emergieron tres subtemas: protocolos para la atención médica, transmisión del virus y apoyo laboral, 2. Percepción de la atención recibida, 3. Redes de apoyo el cual se integra con dos subtemas: red de apoyo familiar y red de apoyo social, 4. Recuperación y 5. Retorno laboral (Ver figura 2).

Figura 2. Trayectoria del Trabajador de la Salud Infectado por COVID-19

### Trayectoria del Trabajador de la Salud Infectado por COVID-19



Fuente: Diseño propio a partir de los resultados obtenidos de las entrevistas realizadas a los participantes del proyecto realizado.

## Temas

El análisis de los discursos de la trayectoria de la enfermedad de los trabajadores de la salud infectados por COVID-19 permitió describir la experiencia del proceso de búsqueda de atención para enfrentar la enfermedad y su retorno a laborar.

- 1. Tema. Diagnóstico médico.** Se define como la determinación de una enfermedad donde se realiza una evaluación por medio de un examen físico y pruebas de laboratorio mediante el análisis de fluidos corporales o tejidos, para detectar la presencia de anticuerpos específicos como el SARS-CoV-2 o sus antígenos, esto con el fin de mejorar el proceso de decisiones hacia un tratamiento<sup>48 49</sup>, en este sentido, para el diagnóstico médico de los trabajadores afectados por el virus, estos fueron valorados por el equipo de salud en un primer momento en la consulta externa, posteriormente se instaló un triaje en urgencias de acuerdo a los nuevos protocolos establecidos por la institución.

*“Para esto, llegó el viernes y entonces no me gustó ese sudor y la tos empezó a ser progresiva. Inmediatamente, en la mañana, muy temprano acudí a urgencias, [...]. Mi prueba me la hicieron el lunes, tres días después y ahí salí positiva”. (Jade, 52 años)*

*“Sí, yo me hice la prueba el martes, de hecho, vine aquí al hospital a hacérmela. Pero no, el lunes en la tarde yo ya estaba seguro que tenía COVID”. (Topacio, 38 años)*

*“En mi caso, fueron síntomas primero atípicos. Fue primero artralgias, dolores articulares, dolores musculares que eran intermitentes [...] Después, hubo días en los cuales no hubo toda esa sintomatología y yo quedé con anosmia, no olía nada, que fue el primer dato. Entonces, avisé, me hice la prueba, la PCR, salió positiva. [...] Sólo se me dio seguimiento por parte de mi hospital y manejo empírico que fue paracetamol y nada más.” (Lapislázuli, 36 años)*

**1.1 Subtema. Protocolos para la atención médica.** Se entiende como políticas dirigidas a un programa de acción y condicionar su ejecución para la atención médica<sup>48</sup>. Al inicio de la pandemia se llevó a cabo la reconversión hospitalaria para pacientes infectados por COVID-19 y con ello se implementaron nuevos procedimientos para la recepción de estos en urgencias, se desarrollaron procesos como medida imperativa para atender a los trabajadores de la salud contagiados por SARS-CoV-2, estos consistieron en la evaluación de los mismos en el triaje de urgencias para los que presentaban signos y síntomas severos, si la situación lo ameritaba eran hospitalizados en su centro laboral, no obstante, los que tuvieron sintomatología leve a moderada recibieron atención por medio de llamada o mensaje, primero se comunicaron con el jefe inmediato, posteriormente este los canalizó a epidemiología vía red social (whatsapp) donde reportaron de forma escrita su estado de salud, además recibieron indicaciones para el resguardo y vigilancia epidemiológica hasta su recuperación.

*“Reporté en el trabajo y les dije: me siento mal, tengo esto y esto. Tengo fiebre y escalofríos. [...], me dan el número de teléfono de epidemiología, para que le mandara mis datos, y que me mandaran lo que te mandan ahí para que llenes”. (Ónix, 44 años)*

*“Cuando yo empecé con la sospecha del COVID, contacté por whatsapp a mi jefe y me indicó que tenía que buscar a la epidemióloga, y así lo hice. (Diamante, 48 años)*

*“Sí hubo seguimiento porque diario yo tenía que mandar qué síntomas tenía, cómo me sentía y cómo estaba. Entonces, diario, diario, por mensaje a epidemiología, pues estuve mandando mensajes, y así me dieron el seguimiento. Cuando ya no sentí síntomas, que ya estaba mejorando, ya igual lo reporté y ya, ellos mismos me dijeron que ya me podía presentar a*

*trabajar. Ellos fueron los que me dieron el día para ya empezar a trabajar.”*  
**(Cuarzo, 33 años)**

**1.2 Subtema. La transmisión del virus.** Es el mecanismo de transmisión de una enfermedad contagiosa de persona a persona por exposición de agentes virales vía directa o indirecta<sup>48</sup>. En función de lo anterior, el momento del contagio fue determinante para saber si este se dio por falta de autocuidado en el trabajo, falla de los equipos de protección personal para laborar en las diferentes áreas hospitalarias, infección durante el trayecto del hogar al trabajo y viceversa, es importante enfatizar que este proceso fue fuera del ámbito laboral para la mayor parte de participantes a excepción de tres de ellos.

*“Eh quiero pensar que me contagié desafortunadamente por parte de mi esposo [...] o sea, me cuidé todo el tiempo, cuidé a mi familia, me cuidé en el trabajo estuve en atención a pacientes COVID, no pasó nada.”* **(Rubí, 39 años)**

*“Fíjate que fue ya después de casi nueve, diez meses de pandemia, de estar haciendo guardias en terapia intensiva, ya que teníamos un poco más de experiencia [...]. Ya que teníamos un poco de experiencia empecé con síntomas, pero atípicos”.* **(Lapislázuli, 36 años)**

*“Yo empecé con algunos síntomas como de gripa y así. Sin embargo, en ese momento yo estaba en periodo vacacional y pues a mí se me hacía imposible estar contagiada porque pues sí guardé la cuarentena y no salí para nada de casa, entonces se me hacía tan raro. [...] Después resultó que el esposo de mi hermana, que viaja mucho por trabajo, la había contagiado a ella.”*  
**(Diamante, 48 años)**

**1.3 Subtema. Apoyo Laboral.** Es definida como la ayuda y protección brindada a los trabajadores en sus labores de riesgos y factores adversos a la salud.<sup>48,50</sup>. El apoyo laboral otorgado por el centro laboral de los trabajadores respecto al momento en que presentaron sintomatología y de acuerdo a los lineamientos establecidos se les realizaron pruebas de antígenos dentro de las instalaciones,

les enviaron resultados vía red social además se les mandó de resguardo sin realizar descuentos de su salario, ni enviarlos a la seguridad social a tramitar días de incapacidad, el mismo departamento de epidemiología comunicó a la gerencia para evitar dicha situación, es decir, había licencia médica aprobada por la misma administración hospitalaria. En el caso de presentar datos de gravedad eran internados en la misma institución.

*“Yo siempre tuve mi sueldo completo, desde abril hasta agosto. Ya en agosto me incorporé, fueron tres meses, pero nunca fui al seguro a renovar mi incapacidad [...]. Entonces te digo, nunca tuve algún recorte ni nada, eso siempre se me respetó. Nunca fui al seguro a pedir mis incapacidades y eso sí fue una gran ventaja [...] recibí mucho apoyo por parte de los compañeros, y más por parte de enfermería, de intendencia, que fueron con los que más conviví cuando estuve ahí”. (Obsidiana, 42 años)*

*“Sí, a pesar de que me descansaron, es decir, no fui a laborar tres fines de semana, no me descontaron, me pagaron íntegro”. (Ópalo, 25 años)*

*“Pues cuando regresé, ya no era tanto que... Me dejaron de llamar para entrar a áreas COVID, me dejaban solamente en un lugar para que no estuviera tan cerca del área COVID. Siempre me pagaron completo.” (Cuarzo, 33 años)*

- 2. Tema Percepción de la atención recibida.** Proceso por el cual es interpretada la naturaleza y significado de un estímulo sensorial en relación a los protocolos de atención a la salud.<sup>48</sup> Respecto al tratamiento brindado por la institución para el personal con síntomas leves, los participantes refirieron haber incluido la prueba para COVID y el resguardo. Solo un participante necesitó de internamiento debido a su comprometido estado de salud, motivo por el que requirió de oxígeno, antipiréticos y otros medicamentos. De este contexto se derivaron dos posiciones, la primera que trata de la satisfacción en la atención

recibida por algunos participantes que manifestaron haber recibido un “buen trato”, desde la recepción en urgencias, la valoración médica, la toma de muestras de laboratorio, la calidez de atención por parte del personal de salud y el seguimiento por el departamento de epidemiología.

*“Eh, fue buena, nada más que lo que me enojó fue que perdieron mis muestras. Me dijeron: es que no tenemos las muestras. Entonces sí fue como lo que me molestó, que tuve que venir otra vez, a tomarme las muestras. Pero bien, la verdad es que sí me atendieron rápido y bien.” (Topacio, 38 años)*

*“En escala de bueno, malo y regular, yo creo que, bueno. No se me negó nada, solo... De hecho, incapacidad tampoco tuve problema, sólo a nivel epidemiológico fue confuso, porque de repente como que, nada más fue que, el caso era positivo, pero ya el seguimiento después: cero, por parte de epidemiología, y yo creo que la vigilancia del infectólogo, fue cercana porque nos dieron su teléfono y pues yo era la que preguntaba, ¿no? Entonces, tal vez fue por el acercamiento de mí hacia el infectólogo”. (Lapislázuli, 36 años)*

*“Pues yo digo que, como estaban pasando las cosas aquí, que fue al principio, pues era bueno, que hubiera alguien que te pudiera ver o decirte si estabas mal o no. Porque como te vuelvo a comentar, en mi caso, la primera semana, pues y me sentía bien y pensé que era una gripa”. (Cuarzo, 33 años)*

La segunda posición fue la insatisfacción en la atención recibida, otros participantes, percibieron como deficiente la consulta recibida en su centro laboral, además de falta de empatía, es decir, avisaron a su centro laboral que iban a consulta de urgencias y no las estuvieron esperando para atender, además los atendieron

médicos generales no especializados, a otros al estar con síntomas en el centro laboral y con antecedentes de haber convivido con familiares positivos a COVID no les permitían retirarse a sus domicilios hasta que el departamento de epidemiología lo autorizara y en algunas ocasiones tardaron en comunicarse, además no les mandaron ningún tratamiento, en consecuencia, se vieron en la necesidad de buscar consulta en otros centros hospitalarios, quioscos de la CDMX (Ciudad de México) y médicos privados.

*“Sin embargo, tuve la mala suerte, si se puede decir así, de que, aunque el hospital era un hospital COVID [...] la atención del hospital, de mi hospital, no fue buena para mí [...] lamentablemente tuvieron varios errores en la atención hacia mi persona. El primer error fue que, al tener los mismos apellidos, invirtieron las muestras de sangre [...]. El médico que me tomó las muestras, me puncionó ¡Once veces!, porque no le era factible, no podía. Estuvimos casi como unas tres horas esperando la atención, o sea, realmente no me fue muy bien. (Diamante, 48 años)*

*“Su única respuesta era: ok, ok, ok. Esa fue la respuesta que recibimos [...], por parte de epidemiología: ok. Porque eh si preguntabas: me siento mal, ¿qué puedo hacer? Lo único que te decían era: ok. La verdad es que esa respuesta, para mí, por parte de epidemiología, no fue favorable”. (Jade, 52 años)*

**3. Tema Redes de apoyo.** Es el vínculo de relaciones informales, pero cercanas en el hospital y a distancia; ayudaron a los participantes a sentirse integrados tanto en el ámbito familiar como social. Las redes de apoyo familiar y social establecen un origen de recursos humanos y materiales, que logran colocarse en tendencia para contrastar numerosas circunstancias de inseguridad que se exterioricen en las viviendas, como la carencia de recursos económicos, a modo de soporte en momentos de un padecimiento o para el cuidado de los integrantes de la familia.<sup>51</sup>

*“Te digo, yo recalco mucho, le agradezco a enfermería que todos los días iban y me saludaban, todos los colegas se asomaban a saludar, todos enviaban saludos de todos los compañeros y eso evitó que me deprimiera de una manera brutal.” (Obsidiana, 42 años)*

**3.1 Subtema Red de apoyo social.** Amigos, vecinos y compañeros de trabajo fueron solidarios, ofreciendo ayuda, demostraron empatía, afecto, interés, preocupación y se mantuvieron en contacto a través de redes sociales con los portadores de virus y con ello contrastaron el ostracismo social reportado por la literatura, en este sentido los trabajadores decidieron no dar a conocer su estado de salud a los vecinos aledaños por temor a reacciones de violencia, solo uno de los participantes relató su experiencia vivida respecto al tema.

*“Cuando mi hermana [...], se enteraron de que yo tenía COVID, pues empezaron a verla, a decirle que no se acercara a tal, que no se acercara. Entonces mi hermana sufrió un poquito de acoso [...] Fue en la clínica, [...] me sacaron afuera de la clínica. [...] Cosas así que me parecieron injustas y entonces ese tipo de discriminación, dices: no costean [...] Digo, en cierto punto yo llegaba y pues iba por tortillas, pero ya me tenían mi kilo, no hacía fila y me iba, ¿no? Ese tipo de cosas dices, no tenían porque haber sido, pero pasaban...” (Obsidiana, 42 años)*

*“Justo amigas que... Una, fue por pedidos de uber; dos, con mi pareja, medicamentos [...] el siguiente relevo para el cuidado, fue una de mis amigas, que llevaba despensa y literal, me la dejaba en la puerta y se iba. Sobrevivimos gracias a ella.” (Lapislázuli, 36 años)*

*“Los compañeros de trabajo, de alguna manera, preocupados, enviándome mensajes de aliento, pero preocupados porque... estuvimos cercanos, pero obviamente siempre con la distancia.” (Jade, 52 años)*

**3.2 Subtema Red de apoyo familiar.** La familia nuclear de estos se encontró presente y fortaleció al enfermo de primera línea de atención durante el periodo de cuarentena aun cuando no estuvieron conviviendo en el mismo lugar, recibieron ayuda a distancia y por redes sociales.

*“Pues mi mamá se preocupó y de inmediato fue la que me dijo: guárdate en tu cuarto y yo te atiendo. Mi papá también se preocupó, pero él, ciertamente un poco más reservado, entonces guardó su distancia. Pues me apoyaron, me apoyaron en todo momento”. (Ópalo, 25 años)*

*“Bueno, ahí sí siento que... Pues sí se preocuparon. Era como que más leal su llamado. Entonces si hubo tíos que preguntaron cómo estaba y me ofrecieron su ayuda. Es diferente la manera de expresarse: si necesitas algo, échame una llamada. Por lo menos te da ánimo escuchar esas palabras, de saber que cuentas con alguien si algo pasa [...]. (Ónix, 44 años)*

*“Em, pues la familia de mi mamá, sí. Nos hablaron por teléfono, nos apoyaban luego en la comida, o nos hablaban para ver en qué nos podían ayudar y eso. Pero la familia de mi papá, no. Ellos casi no. Lo que es mi esposa y mi cuñada, también, mi hermana también nos hacía la comida, nos la llevaba, nos preguntaba qué necesitábamos. Ellos, nos llevaban todo para comer”. (Cuarzo, 33 años)*

**4. Tema Recuperación.** Proceso de recuperación total o parcial a la actividad fisiológica normal después de la enfermedad.<sup>48</sup> Durante el proceso de recuperación y mejora del estado de salud de los participantes infectados por COVID-19, les causó incertidumbre por un futuro incierto al desconocer el progreso de la enfermedad, en consecuencia los llevó a planear y delegar funciones para sus familiares, desde los menores de edad para ser independientes, hasta dar indicaciones a los adultos para el cuidado de la familia, no obstante al vencer la enfermedad, experimentaron una transición de

vida y con ello un periodo de evolución donde al haber realizado una introspección, generó una nueva perspectiva de existencia como, cambiar actitudes y aptitudes para sí mismos y su familia con la finalidad de tener una mejor calidad de vida.

*“Si no salgo, no terminé de hacer las cosas bien, y si salgo, tampoco voy a salir queriendo hacer el cambio de todo, pero voy a cambiar algunas cositas. Por ejemplo, no ser enojón con mi hijo.” (Obsidiana, 42 años)*

*“Pues yo creo que... en primer instante, pues aprovechar más el tiempo con la familia y que... pues hay que cuidarse más”. (Cuarzo, 33 años)*

*“Hay que seguir viviendo y no con miedo, porque vivir con miedo es muy difícil. Veo mucha gente que vive con miedo y dices: no, no, no. Es muy extremista”. (Ónix, 44 años)*

**5. Tema Retorno laboral.** Se entiende como la reintegración o continuidad a las actividades laborales de forma segura, escalonada y responsable<sup>52</sup>. El regreso a laborar de los participantes recuperados al inicio fue diverso, ya que en su totalidad dependió del departamento de epidemiología considerando el reporte del estado de salud y resultados negativos de las pruebas realizadas, instó al personal a laborar. Todos los participantes presentaron secuelas desarrolladas por la enfermedad, es decir, alteraciones físicas y emocionales como cansancio y miedo, en este sentido, volvieron a una “normalidad laboral”, donde las actividades a realizar por los trabajadores fueron exactamente las mismas en sus respectivas áreas de trabajo de donde se habían retirado antes de enfermar, áreas COVID, con excepción de dos de ellos que regresaron a otro servicio a laborar.

*“Pues fue difícil en el aspecto de que, pues venía yo más delgado, casi no tenía fuerzas y me sofocaba muy rápido. Igual, pues tenía que hacer todas mis cosas, pero las hacía más lento”. (Cuarzo, 33 años)*

*“Yo me regresé a laborar administrativamente, como si yo no hubiera tenido ninguna enfermedad, pero regresé a hacer exactamente las mismas funciones. Sin embargo, físicamente, como tenía dolor de pecho, ese sí me duró como casi un mes y a pesar de... Fíjate, eso también yo digo que eso también está mal, porque yo entraba a área COVID, me ponía el equipo y todo, inclusive una compañera jefa me vio que yo me sofocaba mucho en el área, ¡Le dije a mi jefe! Y aun así seguí con las mismas actividades, no hubo ningún cambio de área.” (Diamante, 48 años)*

*“Pero, te digo, fue difícil volverte a poner el traje, verte con todavía secuelas pulmonares, ¿no?” (Lapislázuli, 36 años)*

*“Hace como un mes, me mandaron a la terapia de apoyo y en la intensiva. Sí, de repente ya cuando entré, sentí esa ansiedad, y para colmo mi paciente estuvo donde yo estuve al principio, y luego en esa cama. Ya llegué y dije: ay, no”. (Obsidiana, 42 años)*

## 8. Discusión

Los trabajadores que se enfrentaron a la enfermedad tuvieron diferentes vivencias, en las que se identificaron diversos factores asociados que afectaron el estado de salud de los mismos, como: el abastecimiento de los recursos materiales y humanos, la rutina, la gestión, el equipo de protección personal (EPP), la inminencia de exposición al virus como un peligro ocupacional agregado, los periodos de trabajo más prolongados, la variación en el patrón de sueño, la armonía entre el trabajo y la vida cotidiana, el miedo a exponerse y con ello infectar a los integrantes de la familia, así como la falta de comunicación con los mismos, muerte, entre otras.<sup>53, 54, 55, 56</sup> La experiencia vivida de los participantes se analizó desde distintas posiciones, es decir, considerando cómo el contexto de una persona trabajadora del sector salud cambia a partir de la pérdida de la salud. Por lo que se identificaron dos ejes temáticos:

### **1. El proceso de búsqueda de atención: transmisión, diagnóstico médico, protocolos de atención, apoyo laboral y recuperación.**

Como respuesta a los trabajadores de la salud la institución tomó medidas de protección las cuales consistieron en contratación de nuevo personal, abastecimiento de equipos de protección, la implementación de nuevos protocolos de atención y la actualización de los mismos de manera constante. A pesar de las estrategias no se pudo evitar que enfermaran.

Es importante mencionar que algunos de los participantes se contagiaron fuera de su centro laboral, es decir, en sus periodos de descanso, esto en relación con lo que menciona Hennein,<sup>52</sup> puede ser que la familia o círculo social cercano al trabajador de la salud no tomó en serio las precauciones de seguridad como quedarse en casa y el uso de cubrebocas o bien al salir del centro hospitalario el personal tuvo la tendencia de bajar las precauciones de seguridad, ya que en el contexto laboral al ser tan complejo se protegieron al máximo, a diferencia de la vida extrahospitalaria que les brindaba mayor seguridad con la ausencia de personas infectadas. Favorablemente como apoyo ante la situación de emergencia sanitaria en el centro laboral de los participantes les proveían consulta al presentar síntomas

y con ello diagnóstico médico, de acuerdo con los protocolos implementados por el departamento de epidemiología del hospital, como una de las diversas estrategias efectuadas para amortiguar la baja de su personal de forma similar que en otros países como Dinamarca y Alemania.<sup>14, 16</sup>. Es sustancial enfatizar que como sostén económico la autonomía de la administración hospitalaria permitió evitar descuentos salariales independientemente del tiempo de ausencia por la enfermedad, permitiendo que el personal contara con los recursos económicos para el resguardo y sustento en casa, este tema no ha sido documentado de manera explícita en la literatura y es importante abordarlo como parte del apoyo brindado por la institución.

La recuperación de los participantes al pasar enormes vicisitudes expresaron alivio emocional y espiritual por estar vivos, seguros de saber que con las respectivas medidas de seguridad podían trabajar en áreas COVID, agradecidos de poder llevar una vida con nueva normalidad para disfrutar y comenzar de nuevo. Sin embargo, el miedo estuvo presente y si bien permite reaccionar ante un evento real o imaginario que se considera como una amenaza, tanto a nivel físico como psicológico o socioeconómico, garantiza la supervivencia. Si se agregan otros factores, como pérdida de salud de un ser querido, puesto de trabajo o cuarentena, estrés, preocupación e inseguridad, algunos grupos suelen ser más endebles que los demás a los resultados psicosociales de una pandemia, como las personas que se enferman, aquellas con riesgo elevado de contagio, personas con comorbilidades o las que hacen uso de sustancias preexistentes tienen un riesgo inminente de sufrir consecuencias psicosociales contraproducentes; especialmente los trabajadores de la salud <sup>9, 57, 58</sup>.

## **2. Redes de apoyo, percepción de la atención recibida y retorno laboral.**

Durante la pandemia los trabajadores vieron afectadas sus relaciones familiares en su papel como padres, cónyuges e hijos a consecuencia del aislamiento físico pues disminuyeron las interacciones sociales debido a las restricciones relacionadas con el distanciamiento, lo que les dificultó recibir apoyo durante este período de alto estrés, a diferencia de nuestro estudio, los participantes y sus redes de apoyo, ellos

contaron con ayuda familiar aun cuando en algunos casos prefirieron no avisar a sus familiares, se presentó el momento en que tuvieron que comunicar la situación y estos al estar enterados uno o más integrantes, inmediatamente ofrecieron ayuda si no fue económica para todos, si para llevar alimentos o realizar otro tipo de actividades que los enfermos no podían, en contraste con lo reportado por la literatura y medios de comunicación acerca del ostracismo social, también recibieron ayuda por parte de conocidos y amistades cercanas, sin embargo, por parte de los vecinos aledaños se confirmó la estigmatización a los participantes, si bien no les hicieron daño, tampoco les ofrecieron ayuda de algún tipo. Así como lo documentado en Marruecos, India, Malawi y México, los trabajadores de la salud y sus familias, estuvieron expuestos al estigma social y la deshumanización, ya que fueron considerados una fuente de contagio. La discriminación incluso llevó al centro laboral a brindar alojamiento en el albergue institucional, así como a coordinarse con empresas privadas que ofrecieron apoyo para el transporte exclusivo del personal de salud de la zona hospitalaria<sup>59, 15</sup>.

En cuanto a la percepción de la atención recibida, para ésta se consideraron dos vertientes la satisfacción e insatisfacción de acuerdo a las expectativas de los participantes, en este sentido una parte de ellos refieren haber recibido una buena atención desde su llegada al servicio de urgencias, la atención del equipo de salud y la comunicación con el epidemiólogo hasta su seguimiento vía red social, sin embargo, es importante recordar que ese fue el momento más álgido de la pandemia y las instituciones hospitalarias se encontraban saturadas ya que la demanda de atención superaba las expectativas previstas, en consecuencia, la atención a la salud de muchos pacientes, trabajadores o no, de la salud, se vio quebrantada con lo que la calidad de atención disminuyó y por ende no pasó desapercibida para el personal.

Por este motivo otra parte de los participantes refirieron haber recibido una mala atención, al exceder el número de personas por atender en el servicio de urgencias, era de esperar que tuvieran retraso en tiempos de atención, errores humanos al tomar muestras o etiquetarlas, además al no contar con una receta médica tangible

los hizo sentir desprovistos de un buen trato médico, pero se debe considerar que hasta ese momento aún no se contaba con medicamentos efectivos, ni vacunas, todo tratamiento hasta entonces fue empírico.

Cabe mencionar que la percepción de mala atención pudo tener que ver con el hecho de haber contado con personal de nuevo ingreso por parte del Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI), así como el brindado por fundaciones que apoyaron en ese momento de emergencia, es decir, al ser recién llegados era de esperar una diferencia notoria en la atención a la salud por la falta de experiencia para el personal sanitario que recibió trato de ellos, es importante destacar que dichas contrataciones fueron en respuesta a la solicitud de organizaciones internacionales de salud para reforzar la atención en los servicios de salud con el propósito de garantizar una respuesta efectiva y oportuna ante la pandemia.<sup>20, 21,22, 23.</sup>

En relación con la percepción de la atención y de manera muy independiente, cuatro de los participantes entrevistados y de acuerdo a sus necesidades de salud y situación económica solicitaron atención en otros centros de diagnóstico federal y privados porque se encontraban de vacaciones y así agilizaron sus resultados, otros cuatro se atendieron de primera instancia en su centro laboral, de estos últimos solo dos buscaron atención privada por la “mala atención recibida”, otro se atendió en el seguro y terminó internándose en su hospital de trabajo por la severidad de la enfermedad.

Por último, con relación a lo anterior se identificó, aunque no de forma directa la diferencia marcada por los participantes de cómo perciben la atención pública con respecto a la privada, pero al no contar con una experiencia similar en todos los participantes, este no fue más analizado por lo que se propone indagar más en estudios venideros, no sin más mencionar que es importante evaluar los efectos en dicha diferencia.

El retorno laboral fue complejo para los participantes ya que, si bien el departamento de epidemiología les autorizó regresar al trabajo, no fue igual ya que en un inicio con la agresividad del virus y al desconocer tanta información respecto al periodo

de contagio y las pruebas realizadas, hubo quienes tardaron más de un mes y a otros solo les dieron quince días de recuperación, aun así todos continuaron con secuelas de la enfermedad, tanto físicas como emocionales estas fueron desde el agotamiento físico a corto plazo durante la jornada laboral, hasta el shock emocional al regresar a áreas que en algún momento fueron de atención COVID, sin embargo, al no contar con el personal suficiente para la atención de todos los pacientes la institución vio la necesidad de incorporar al personal en sus respectivas áreas.

De las tres teorías documentadas como el constructo de Peláez basado en la trayectoria de la enfermedad de las enfermedades crónicas y al proceso de la búsqueda de la atención; la propuesta de Rangel, acerca de las trayectorias del proceso salud/enfermedad y los trayectos particulares de salud/enfermedad/atención, estos coinciden en el proceso de búsqueda de la salud que a diferencia de la trayectoria de la enfermedad de Winner y Dodd es teóricamente distinta a los dos anteriores, ya que ésta última se centra en la persona enferma, la familia y los profesionales de la salud que la atienden; es importante mencionar algunos de los hallazgos encontrados que contrastaron con nuestros resultados, como la percepción de síntomas, el impacto de las redes de apoyo familiar y social, los profesionales de la salud que atienden durante el proceso de enfermedad, sin embargo, consideramos que es necesario realizar más estudios donde se puedan enlazar las teorías de búsqueda de la atención a la salud con la de Winner y Dodd, ya que la búsqueda de la salud por si sola se enfoca en la relación entre la persona y una institución hospitalaria y pasa por alto las experiencias personales y sociales de la enfermedad.<sup>34, 35, 36.</sup>



## 9. Conclusiones

En el estudio fueron evidentes los cambios en la organización hospitalaria, respecto del resguardo de los trabajadores que ya se conocían con enfermedades crónico-degenerativas, con la finalidad de evitar que enfermaran y en el peor de los casos murieran, el reacondicionamiento de la infraestructura hospitalaria donde se atendieron pacientes infectados de gravedad y de recuperación, albergue para aquellos que no quisieron regresar a casa por el riesgo de contagiar a la familia, así como la adquisición de equipos de protección personal (EPP) para los trabajadores que se quedaron a enfrentar la emergencia sanitaria, la creación de nuevos protocolos para la atención de personas infectadas, la capacitación para el uso correcto de EPP, el establecer horarios específicos de atención en zona de riesgo y la accesibilidad para el aseo personal de los trabajadores, también la contratación de nuevo personal para apoyar al personal de base y la atención brindada por el departamento de epidemiología al personal infectado desde el inicio de la enfermedad hasta su alta para el regreso a laborar, fueron acciones estratégicas para la transformación de un centro de especialidad cardiológico a uno híbrido COVID con la prioridad de resguardar a los trabajadores de la salud.

Es importante destacar que los entornos sociales y familiares, que favorecieron los contagios por COVID-19 de los trabajadores de la salud, la búsqueda de atención médica, por parte de los trabajadores de la salud de diversas categorías, dependió de la percepción subjetiva de cada uno de estos en relación con el conocimiento de causa, es decir, algunos al sentirse enfermos, pero no de gravedad decidieron atenderse de manera privada y resguardarse en casa, otros mientras tanto con sintomatología franca se sometieron a atención médica con tiempos largos de espera y la deficiencia en las acciones de valoración, diagnóstico y tratamiento.

Dentro de los apoyos recibidos por las instituciones, sobresalió la vigilancia que mantuvieron algunos departamentos de epidemiología, así como el papel destacado de la administración hospitalaria a fin de evitar los descuentos salariales por concepto de inasistencias no justificadas conforme a la legislación vigente

posiblemente aplicables a los trabajadores de la salud afectados por COVID-19; paralelamente resaltó la insatisfacción de atención vinculada probablemente con las nuevas contrataciones de personal, la falta de experiencia de este e incapacidad administrativa de las instituciones para resolver con inmediatez y eficiencia las necesidades de salud de la población incluyendo a los trabajadores de la salud.

En cuanto a la experiencia vivida que tuvieron durante la trayectoria de la enfermedad, los trabajadores de la salud experimentaron incertidumbre respecto del futuro inmediato por miedo a la muerte inminente, temor de contagiar a la familia en casa, el rechazo de la sociedad al ser relacionados como transmisores del virus y a las posibles secuelas a corto o largo plazo, que les preocupó desde que se supieron infectados.

Por otro lado, destaca que los participantes en el estudio contaron con apoyo de sus familias para su atención, sin embargo, no obtuvieron buenas experiencias de sus vecinos cercanos, toda vez que se les estigmatizó por considerarlos una fuente de contagio de la enfermedad por COVID-19, luego entonces, el retorno laboral de los participantes fue complejo, con secuelas físicas y diversas situaciones emocionales y sociales por atender.

En el retorno laboral, hubo sentimientos encontrados ya que aún tenían temor al rechazo por parte de los compañeros que estaban laborando y aún no se habían infectado, preocupación por la probabilidad de que pudieran infectar a sus colegas, otros temerosos de regresar a áreas COVID, sin embargo, amigos y compañeros los recibieron con actitud positiva. Otros participantes regresaron más confiados a trabajar a las áreas críticas por los anticuerpos ya generados durante su enfermedad, todos los participantes se mostraron agradecidos de seguir vivos.

Debido a los tiempos con los que se contó para la recolección de datos de participantes, así como por las medidas dispuestas para el aislamiento, la condición de salud y recuperación de los mismos que varió en tiempo no se pudieron analizar situaciones como: los costos de equipos de protección personal, el hospedaje cerca del hospital, los traslados al trabajo, la atención médica privada y la adquisición de ropa personal que no fueran uniformes clínicos ya que por sugerencia de las

instituciones federales se recomendaba ropa de calle para el traslado de la casa al hospital. Es importante mencionar costos sino de forma cuantitativa, si cualitativa ya que están relacionados con el esfuerzo económico realizado por parte de los trabajadores para superar el momento más álgido de contagio; con ellos mismos, sus familias y la sociedad como proveedores de atención a la salud en un momento de pandemia.

Los trabajadores de la salud no solo son importantes para la asistencia en el ámbito hospitalario, también son personas que durante el proceso de búsqueda de atención a la salud necesitan de valoración y atención médica, ya sea para *check up* o tratamiento de enfermedades crónico degenerativas, pero hace falta promoción a la salud de los mismos trabajadores que dan esta atención, se trata de sensibilizarse y comprender que las experiencias y necesidades de cada individuo son diferentes. Ellos experimentaron cargas significativas por la exposición al virus, en este sentido, las intervenciones realizadas por el centro laboral fueron óptimas para la protección y atención de los mismos, el uso de equipos de protección personal y la capacitación para el control de infecciones disminuyeron el riesgo de enfermar. Es importante mencionar que se requiere un equilibrio entre el cuerpo y la mente para conservar la salud y en su respectivo caso recuperarla, es decir, el personal también debe recibir atención integral a la salud de forma oportuna que se vea reflejada en un óptimo proceso de atención del resultado, estructura y accesibilidad.

El presente estudio aporta datos útiles que permitirán reconocer fortalezas y debilidades con áreas de oportunidad para considerar el desarrollo e implementación de estrategias de mejora como lo son cursos monográficos acerca de las pandemias pasadas y la actual, a partir de lo ya documentado, es decir, un *debriefing* a nivel institucional empezando por los lineamientos de reconversión hospitalaria y, considerar el reforzar y estandarizar un código de atención a la salud que vaya más allá de una consulta médica, sino también psicológica la que deberá contemplarse como consecutiva a la primera; en momentos de pandemia se genera ostracismo social y los trabajadores de la salud deben estar preparados ante las dificultades que se puedan presentar para ellos y sus familias derivadas de su

trabajo o un contagio. Lo anterior con la premisa de optimizar, recursos humanos, materiales y líneas de investigación, lo que deberá generar un impacto positivo en la mejora de la práctica clínica, así como en los recursos financieros de la institución en momentos de emergencia sanitaria.

## Recomendaciones

Con base en los discursos obtenidos de los participantes se consideran las siguientes recomendaciones:

- Impulsar y realizar estudios de investigación en donde se dé voz a los trabajadores de la salud con la premisa de optimizar recursos humanos, materiales y líneas de estudio, lo que deberá generar un impacto positivo en la mejora de la práctica clínica, así como en los recursos financieros en momentos de emergencia sanitaria con el fin de sensibilizar y comprender sus condiciones de salud, creando intervenciones para mejorar el proceso de búsqueda de atención de los mismos. Implementar cursos de educación continua que aseguren la actualización constante del conocimiento, la coordinación, toma de decisiones y comunicación efectiva en los diferentes servicios tanto de atención hospitalaria, como administrativas con el propósito de mejorar respuesta ante futuras pandemias.
- Participar en las campañas de salud para fomentar una cultura preventiva en todas las disciplinas favoreciendo una actitud positiva hacia la prevención de riesgos laborales, esto en función de que es importante para cada persona conocer sus límites y condiciones antes de poder brindar atención a otros.
- Fortalecer las unidades preventivas de los diversos institutos de seguridad social, para los chequeos médicos generales optimizando los servicios de detección y diagnóstico oportuno para la prevención de enfermedades así como el fomento de la salud a los trabajadores como mínimo dos veces al año, creando sistemas que faciliten el proceso de atención dando oportunidad de tener libre un día para los estudios y la consulta médica.

- Implementar seminarios para promover temas de pandemias del pasado, presente y futuro, con la intención de documentar temas relacionados que aporten al entendimiento y formación del profesional que será responsable de la salud en el país y el extranjero.
  
- Sensibilizar a las autoridades sanitarias con la intención de hacer comprender la relación persona-trabajador como elemento central que también requiere de tiempo de calidad para atender su salud, a la familia y el rol social, desde una perspectiva humanitaria y no solo administrativa, al atender las necesidades básicas respecto a sus expectativas de atención a la salud se verá reflejado como una optimización de los recursos humanos hecho que tendrá un impacto positivo sobre la atención brindada a los usuarios de los servicios de salud.

## 10. Anexos

### Anexo 1. Consentimiento informado



### **UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO PROGRAMA DE MAESTRÍA EN ENFERMERÍA Consentimiento Informado**

Usted está siendo invitado (a) a participar en esta investigación titulada: trayectoria del trabajador de la salud enfermo por COVID-19, en una institución de tercer nivel de atención a la salud, la cual tiene por objetivo: Analizar la trayectoria de los trabajadores de una institución de salud, infectados desde el inicio de síntomas hasta su retorno al ambiente laboral. En caso de aceptar participar en el estudio se le realizarán algunas preguntas relacionadas con: la experiencia de ser contagiado por COVID-19, la búsqueda de atención y el retorno a laborar; en caso de que usted acepte la entrevista será grabada en audio, esta investigación se considera de bajo riesgo ya que solo se llevarán a cabo registro de datos a través de grabadora de voz y para disminuirlo la información será estrictamente confidencial y anónima, es decir, no será identificado (a), esta se empleará únicamente para fines académicos, su identidad no se publicará durante la realización del estudio, ni una vez que haya sido publicado, su participación es independiente de la institución donde labora. Usted no recibirá un beneficio directo por participar en esta investigación, es posible que lo tenga de forma indirecta colectiva si los resultados de esta se utilizarán como evidencia para favorecer las condiciones sociales y de salud de los trabajadores ante una situación de pandemia. Su participación en el estudio es voluntaria; no tiene ninguna obligación de participar. Tiene derecho a abandonar el estudio en el momento que lo decida informando o no las razones de su decisión, no habrá consecuencia desfavorable para usted.

Yo, \_\_\_\_\_(iniciales) he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos del estudio pueden ser difundidos con fines científicos. Convengo en participar en este estudio de investigación.

Recibiré una copia firmada y fechada de esta forma de consentimiento.

\_\_\_\_\_  
Firma del participante

\_\_\_\_\_  
Fecha

## Anexo 2. Guía de Preguntas



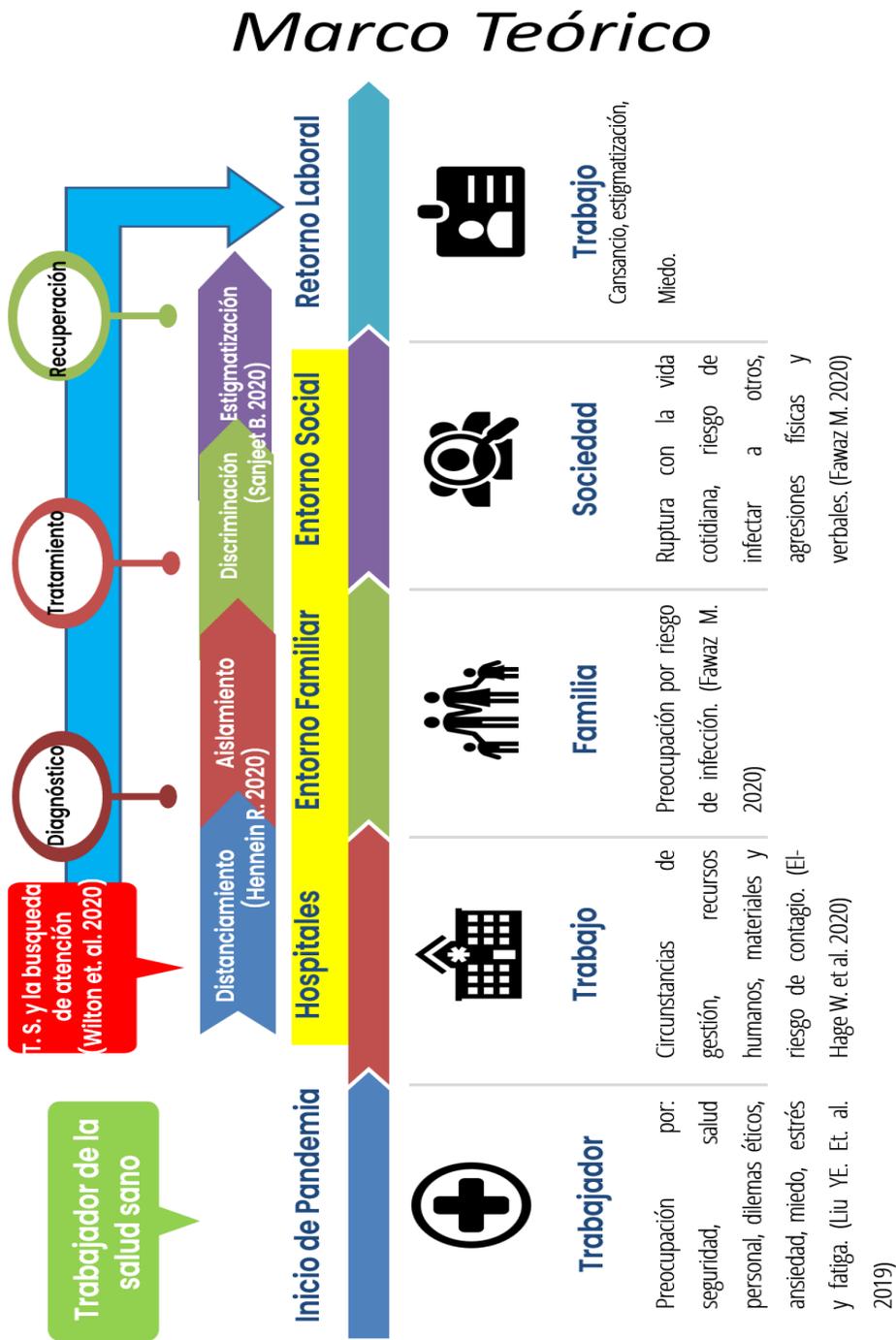
### **UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO PROGRAMA DE MAESTRÍA EN ENFERMERÍA**

#### Guía de preguntas

1. Háblame acerca de tu trabajo (antigüedad, experiencia y tipo de contrato).
2. Cuénteme cómo se enteró que tenía COVID-19.
3. Por favor descríbame ¿qué sucedió desde que lo diagnosticaron hasta que regresó al trabajo? (búsqueda de atención).
4. ¿Qué pensamientos y sentimientos prevalecieron durante la enfermedad?
5. ¿Cómo reaccionó su familia?
6. ¿Cómo reaccionaron sus vecinos?
7. ¿Cómo reaccionaron sus compañeros de trabajo? (colegas, jefe, autoridades institucionales).
8. ¿Qué apoyo recibió en su trabajo?
9. ¿Recibió algún apoyo externo?
10. ¿Cómo fue su regreso a laborar?
11. ¿El COVID-19 le afectó de alguna manera en su rol de trabajador de la salud?
12. ¿Podría contarnos una anécdota de una situación impactante durante su enfermedad?
13. ¿Qué aprendizajes le deja esta experiencia?

Anexo 3. Trayectoria del Trabajador de la Salud Infectado por COVID-19.

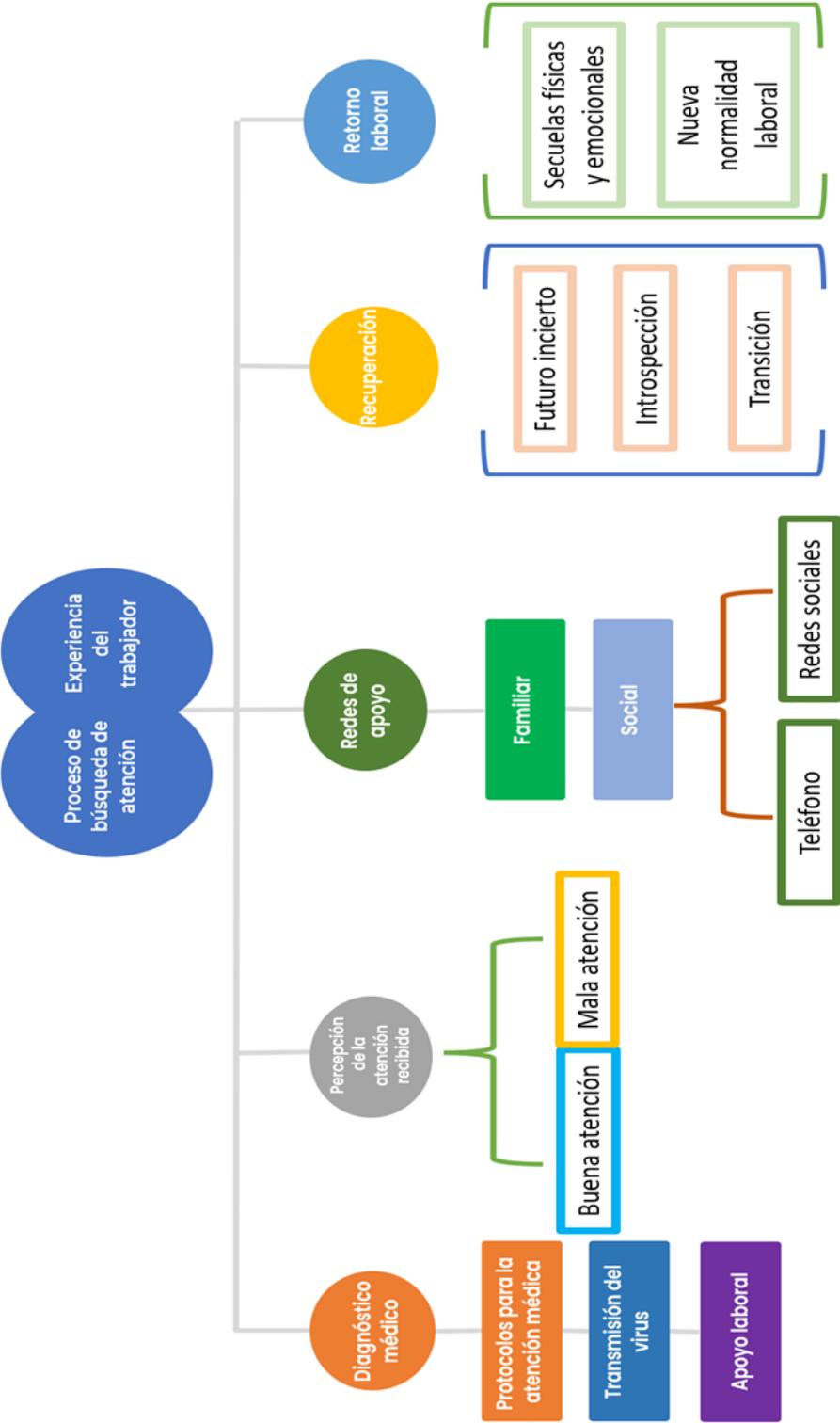
Trayectoria del Trabajador de la Salud Infectado por COVID-19



Fuente: Diseño propio con modificaciones a partir de las teorías de la trayectoria de la enfermedad de Peláez 2006, Wiener y Dodd 2018 y Rangel 2009.

Anexo 4. Resultados de la Trayectoria del Trabajador de la Salud Infectado por COVID-19.

Trayectoria del Trabajador de la Salud Infectado por COVID-19



Fuente: Diseño propio a partir de los resultados obtenidos de las entrevistas realizadas a los participantes del proyecto realizado.

## Anexo 5. Dictamen del Consejo de Investigación en Enfermería



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD



Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez  
*Renacimiento de la excelencia*

### DICTAMEN DEL CONSEJO DE INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA

| Datos del protocolo                  |  |
|--------------------------------------|--|
| Nombre del estudio:                  | Trayectoria del trabajador de la salud infectado por COVID-19. |
| Institución de procedencia:          | Unidad de Posgrado de Enfermería – UNAM                        |
| Sitio donde se realizará el estudio: | Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez               |

Ciudad de México a 26 de abril de 2022.

Lic. Enf. Yazmín Rivera San Martín

Presente.

Por este medio me permito informarle, que su proyecto de investigación con fines de titulación "**Trayectoria del trabajador de la salud infectado por COVID-19.**", ha sido revisado por el Consejo de Investigación en Enfermería en su sesión extraordinaria del día jueves 7 de abril del 2022, y el dictamen fue **aprobado**, por lo que se ha dado número de registro **DIE/TT/20/2021**.

Sin otro particular le envío un cordial saludo.

Atentamente,

  
Mtro. Julio César Cadena Estrada  
Secretario del Consejo de Investigación en Enfermería

Juan Badiano No.1, Col. Sección XVI, CP. 14060, Alcaldía Tlalpan, Ciudad de México.  
Tel: (55) 5573 2911 [www.cardiologia.org.mx](http://www.cardiologia.org.mx)



## Referencias bibliográficas

---

<sup>1</sup> Trilla A. One world, one health: The novel coronavirus COVID-19 epidemic. *Med. Clin. (Barc)*. 2020;154(5):175-177. Disponible en: <https://doi:10.1016/j.medcli.2020.02.002>

<sup>2</sup> ONU: Naciones Unidas México [internet]. México: ONU; 2020. La pandemia por COVID-19 golpeó las Américas en 2020. Disponible en: <https://coronavirus.onu.org.mx/la-pandemia-por-covid-19-golpeo-las-americas-en-2020>.

<sup>3</sup>Informe técnico COVID-19 México. Disponible en: [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/607966/Comunicado Tecnico Diario COVID-19 2021.01.21.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/607966/Comunicado_Tecnico_Diario_COVID-19_2021.01.21.pdf)

<sup>4</sup> OMS: Organización Mundial de la Salud [internet]. México: OMS; 2020. Coronavirus. Disponible en: <https://www.who.int/es/health-topics/coronavirus/coronavirus>

<sup>5</sup> Rothe C, Schunk M, Sothmann P, Bretzel G, Froeschl G, Wallrauch C, et al. Transmission of 2019-nCoV Infection from an Asymptomatic Contact in Germany. *N Engl J Med*. 2020 Mar 5;382(10):970-971. Disponible en: <https://doi:10.1056/NEJMc2001468>.

<sup>6</sup> PAHO. Pan American Health Organization. [internet]. PAHO; 2020. Epidemiological Alert. COVID-19 among healthcare workers. Disponible en: <https://www.paho.org/en/documents/epidemiological-alert-covid-19-among-health-workers-31-august-2020>

<sup>7</sup> Liu Q, Luo D, Haase JE, Guo Q, Wang XQ, Liu S, et al. The experiences of health-care providers during the COVID-19 crisis in China: a qualitative study. *Lancet Glob Health*. 2020;8(6):790-798. Disponible en: [https://doi:10.1016/S2214-109X\(20\)30204-7](https://doi:10.1016/S2214-109X(20)30204-7)

<sup>8</sup> El-Hage W, Hingray C, Lemogn C, Yroni A, Brunault P, Bienvenu T. et al. Les professionnels de santé face à la pandémie de la maladie à coronavirus (COVID-19) : quels risques pour leur santé mentale ?, *L'Encéphale*. 2020;46(3):73-80, Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.encep.2020.04.008>

<sup>9</sup> Rodríguez BO, Sánchez TL. The Psychosocial Impact of COVID-19 on health care workers. *Int Braz J Urol*. 2020;46:195-200. Disponible en: <https://doi:10.1590/S1677-5538.IBJU.2020.S124>

<sup>10</sup> Nyashanu M, Pfende F, Ekpenyong M. Exploring the challenges faced by frontline workers in health and social care amid the COVID-19 pandemic: experiences of frontline workers in the English Midlands region, UK. *J Interprof Care*. 2020. 34(5): 655-661. Disponible en: <https://doi:10.1080/13561820.2020.1792425>.

---

<sup>11</sup> Liu YE, Zhai ZC, Han YH, Liu YL, Liu FP, Hu DY. Experiences of front-line nurses combating coronavirus disease-2019 in China: A qualitative analysis. *Public Health Nurs.* 2020;37(5):757-763. Disponible en: <https://doi: 10.1111/phn.12768>.

<sup>12</sup> Fawaz M, Samaha A. The psychosocial effects of being quarantined following exposure to COVID-19: A qualitative study of Lebanese health care workers. *International Journal of Social Psychiatry.* 2020;66(6):560-565. Disponible en: <https://doi:10.1177/0020764020932202>

<sup>13</sup> Barranco R, Ventura F. COVID-19 and infection in health-care workers: An emerging problem. *Med Leg J.* 2020 Jul;88(2):65-66. Disponible en: <https://doi: 10.1177/0025817220923694>. Epub 2020 May 22. PMID: 32441196.

<sup>14</sup> Missel M, Bernild C, Daygaran I, Christensen SW, Kikkenborg S. A stoic and altruistic orientation towards their work: a qualitative study of healthcare professionals' experiences of awaiting a COVID-19 test result. *BMC Health Serv Res* 2020. 20;1031. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05904-0>

<sup>15</sup> Sanjeet B. Stigma during the COVID-19 pandemic. *Lancet Infect Dis.* 2020;20(7):782. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30498-9](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30498-9).

<sup>16</sup> Nienhaus A, Hod R. COVID-19 among Health Workers in Germany and Malaysia. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17(13):4881. Published 2020 Jul 7. Disponible en: <https://doi:10.3390/ijerph17134881>.

<sup>17</sup> Agren D. Understanding Mexican health worker COVID-19 deaths. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)31955-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)31955-3/fulltext). Disponible en: [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(20\)31955-3](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(20)31955-3)

<sup>18</sup> Diario Oficial de la Federación. Nota No. 3808. Publica DOF decreto que crea el Insabi y desaparece el Seguro Popular. Disponible en: <http://www5.diputados.gob.mx/index.php/esl/Comunicacion/Agencia-de-Noticias/2019/Noviembre/29/3808-Publica-DOF-decreto-que-crea-el-Insabi-y-desaparece-el-Seguro-Popular>

<sup>19</sup> Suárez V, Suárez M, Oros S, Ronquillo E. Epidemiology of COVID-19 in Mexico: from the 27th of February to the 30th of April 2020. *Rev. Clin. Esp.* 2020;220(8):463-471. Disponible en: <https://doi: 10.1016/j.rce.2020.05.007>.

<sup>20</sup> Diario Oficial de la Federación. DOF. ACUERDO por el que se establecen las medidas preventivas que se deberán implementar para la mitigación y control de los riesgos para la salud que implica la enfermedad por el virus SARS-CoV-2 (COVID-19). Disponible en: [https://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5590339&fecha=24/03/2020](https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5590339&fecha=24/03/2020)

---

<sup>21</sup> Diario Oficial de la Federación. DOF. DECRETO por el que se declaran acciones extraordinarias en las regiones afectadas de todo el territorio nacional en materia de salubridad general para combatir la enfermedad grave de atención prioritaria generada por el virus SARS-CoV-2 (COVID-19). Disponible en: [https://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5590673&fecha=27/03/2020](https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5590673&fecha=27/03/2020)

<sup>22</sup> Gobierno de México. Secretaria de Salud. Guía de Implementación. Lineamientos de Implementación de Centros de Atención Temporal COVID-19 (CAT-COVID19) y Hospitales Móviles (EMT). Disponible en: [https://coronavirus.gob.mx/wpcontent/uploads/2020/04/Lineamientos\\_Centros\\_Atencion\\_Temporal.pdf](https://coronavirus.gob.mx/wpcontent/uploads/2020/04/Lineamientos_Centros_Atencion_Temporal.pdf)

<sup>23</sup> Convocatoria para que profesionales de la salud se incorporen temporalmente, a los servicios de salud de la ciudad de México en apoyo a la atención a la población ante el COVID-19. Gobierno de la Ciudad de México, SECTEI y Secretaria de Salud. Disponible en: <https://bit.ly/2QVU5R3>

<sup>24</sup> Aceituno M. JE, Martínez G. J, Baranda T. F. From a Cardiology Institute to a COVID centre in Mexico: Cardiology Residents in training discuss the transformation of their Cardiology Institute into a COVID centre. *Eur Heart J Digit Health*. 2020;00,1–3. Disponible en: <https://doi:10.1093/eurheartj/ehaa743ehaa743>.

<sup>25</sup> Qi B, Peng H, Shou K, Pan Z, Zhou M, Li R, et al. Protecting Healthcare Professionals during the COVID-19 Pandemic. *Biomed Res Int*. 2020;5;2020:8469560. Disponible en: <https://doi:10.1155/2020/8469560>.

<sup>26</sup> Lorenzo D, Carrisi Ch. COVID-19 exposure risk for family members of healthcare workers: An observational study. *Int J Infect Dis*. 2020;98:287-289. Disponible en: <https://doi:10.1016/j.ijid.2020.06.106>.

<sup>27</sup> Gibson, D.M., Greene, J. Risk for Severe COVID-19 Illness Among Health Care Workers Who Work Directly with Patients. *J GEN INTERN MED*. 2020.;35, 2804–2806. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s11606-020-05992-y>

<sup>28</sup> Ran L, Chen X, Wang Y, Wu W, Zhang L, Tan X. Risk Factors of Healthcare Workers With Coronavirus Disease 2019: A Retrospective Cohort Study in a Designated Hospital of Wuhan in China. *Clin Infect Dis*. 2020;19;71(16):2218-2221. Disponible en: <https://doi:10.1093/cid/ciaa287>.

<sup>29</sup> Salari N, Khazaie H, Hosseinian-Far A, Khaledi-Paveh B, Kazeminia M, Mohammadi M, Shohaimi S, et al. The prevalence of stress, anxiety and depression within front-line healthcare workers caring for COVID-19 patients: a systematic review and meta-regression. *Hum Resour Health*. 2020;17;18(1):100. Disponible en: <https://doi:10.1186/s12960-020-00544-1>.

<sup>30</sup> Rivera IM, Valero UMD, Martínez DS, Fernández GMÁ, Martín RDT, Maldonado RF, et al. Clinical Factors, Preventive Behaviours and Temporal Outcomes

---

Associated with COVID-19 Infection in Health Professionals at a Spanish Hospital. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;16;17(12):4305. Disponible en: [https://doi: 10.3390/ijerph17124305](https://doi.org/10.3390/ijerph17124305).

<sup>31</sup> Taylor S, Landry CA, Rachor GS, Paluszek MM, Asmundson GJG. Fear and avoidance of healthcare workers: An important, under-recognized form of stigmatization during the COVID-19 pandemic. *J Anxiety Disord*. 2020 ;75:102289. Disponible en: [https://doi: 10.1016/j.janxdis.2020.102289](https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102289).

<sup>32</sup> De Wilton A, Kilich E, Chaudhry Z, Bell LC, Gahir J, Cadman J, et al. UCLH COVID-19 Response Team. Delayed healthcare seeking and prolonged illness in healthcare workers during the COVID-19 pandemic: a single-centre observational study. *BMJ Open*. 2020 26;10(11):e040216. Disponible en: [https://doi: 10.1136/bmjopen-2020-040216](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-040216).

<sup>33</sup> Gohar B, Larivière M, Nowrouzi KB, Sickness absence in healthcare workers during the COVID-19 pandemic, *Occupational Medicine*. 2020;70(5):338–342. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/occmed/kqaa093>

<sup>34</sup> Pelaez I, Romero MM, Ramos LL, Caballero R A. Hernández GR. Burgos V. Illness trajectories in Mexican children with juvenile idiopathic arthritis and their parents, *Rheumatology*. 2006. 45(11): 1399–1403. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/rheumatology/ke1122>

<sup>35</sup> Alligood MR., Marriner TA. Modelos y Teorías en Enfermería. 7ª. Ed España: Elsevier; 2018.

<sup>36</sup> Rangel E. JM. Trayectorias del proceso Salud/Enfermedad y los programas sociales de atención a la salud en México. 2009. XXVII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. VIII Jornadas de Sociología de la Universidad de Buenos Aires. Asociación Latinoamericana de Sociología, Buenos Aires.

<sup>37</sup> Perruchoud González, S. (2017). La fenomenología según Merleau-Ponty: un camino descendente. *Revista De Filosofía*, 42(1), 59-76.

<sup>38</sup> Souza M. MC. Los conceptos estructurantes de la investigación cualitativa. *Salud Colectiva [Internet]*. 2010;6(3):251-261.

<sup>39</sup> Rodríguez GG., Gil FJ., García JE. Metodología de la Investigación Cualitativa. Granada España: Aljibe; 1996.

<sup>40</sup> Díaz-B. L. et al. La entrevista, recurso flexible y dinámico. *Investigación en Educación Médica [Internet]*. 2013;2(7):162-167.

---

<sup>41</sup> Strauss A, Corbin J. Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. 1ª. Ed. Editorial Universidad de Antioquia; 2002.

<sup>42</sup> Ley General de Salud. México: Secretaría de Salud; 2012. [Consultado el 16 de Septiembre 2020]. Disponible en: [http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/legis/lgs/LEY\\_GENERAL\\_DE\\_SALUD.pdf](http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/legis/lgs/LEY_GENERAL_DE_SALUD.pdf)

<sup>43</sup> Declaración De Helsinki De La Asociación Medica Mundial Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos (59a Asamblea General, Seúl, Corea, octubre 2008). Disponible en: <https://bit.ly/3oQNRP2>

<sup>44</sup> Ferrer-Colomer M, Pastor García LM. ¿Vigencia del Código de Nüremberg después de cincuenta años? Cuad Biseca [Internet]. 1999; IX(37):103-12. Disponible en: <https://bit.ly/3wHoRMZ>

<sup>45</sup> El Informe Belmont. Principios Y Guías Éticos Para La Protección De Los Sujetos Humanos De Investigación Comisión Nacional Para La Protección De Los Sujetos Humanos De Investigación Biomédica Y Del Comportamiento. Abr 1978. [Consultado el 16 de Septiembre 2020]. Disponible en: <https://bit.ly/3fPPMz8>

<sup>46</sup> Castillo E. Vásquez ML. El rigor metodológico en la investigación cualitativa. Colombia Médica [Internet]. 2003;34(3):164-167.

<sup>47</sup> Hernández Sampieri, Roberto., Carlos Fernández Collado, y Pilar Baptista Lucio. *Metodología De La Investigación*. 6a. ed. --. México D.F.: McGraw-Hill, 2014

<sup>48</sup> Descriptores en Ciencias de la Salud: DeCS [Internet]. Sao Paulo (SP): BIREME/OPS/OMS; 2017 [actualizado 2017 Mayo 18 [Citado 2017 Jun 13]. Disponible en: <http://decs.bvsalud.org/E/homepagee.htm>

<sup>49</sup> PubMed Advanced Search Builder. [Internet]. Estados Unidos: PubMed; S.f [Citado 2020]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/advanced/>

<sup>50</sup> Real Academia Española. Diccionario de la lengua española [Internet]. España: RAE; Actualizado 2020 [Citado 2020]. Disponible en: <https://dle.rae.es/inferir?m=form>

<sup>51</sup> Gobierno de México. Instituto Nacional de las Mujeres [Internet]. México: Gobierno de México; S.f [Citado 2020]. Disponible en: <https://www.gob.mx/inmujeres/que-hacemos>

<sup>52</sup> Gobierno de México. Entornos Laborales Seguros y Saludables Nueva Normalidad [Internet]. México: IMSS. S.f [Citado 2020]. Disponible en: <https://elssa.imss.gob.mx/>

- 
- <sup>53</sup> Hennein R, Lowe S. A hybrid inductive-abductive analysis of health workers' experiences and wellbeing during the COVID-19 pandemic in the United States. PLoS One [Revista en línea]. 2020 [Citado 2020]; 15(10):pp.1-21. DOI:[10.1371/journal.pone.0240646](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0240646)
- <sup>54</sup> Raudenská J, Steinerová V, Javůrková A, Urits I, Kaye DA, et al. Occupational burnout syndrome and post-traumatic stress among healthcare professionals during the novel coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic. NCBI [Revista en línea]. 2020 [Citado 2020]; 34(3): 553-560. DOI: [10.1016/j.bpa.2020.07.008](https://doi.org/10.1016/j.bpa.2020.07.008)
- <sup>55</sup> Nasí C, Marcheti P, Oliverira E, Ressio L, Zerbetto S, et al. Significados das vivências de profissionais de enfermagem no contexto da pandemia da COVID-19 [Internet]. Brasil: Dialnet; 2020 [Citado 2021]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8080806>
- <sup>56</sup> Balde C, Del Barrio PM, Díaz HD, Cuberto RM, Moreno MA. Vivencias del personal de enfermería del Hospital San Juan de Dios de Tenerife en tiempos de COVID-19. Cultura de los cuidados [Revista en línea]. 2021 [Citado 2021]; 25(60). Disponible en: <https://culturacuidados.ua.es/article/view/Vivencias-del-personal-de-enfermer%C3%ADa-del-Hospital-San-Juan-de%20Dios-de-Tenerife-en-tiempos-del-COVID-19>
- <sup>57</sup> Neves BE, Leite QC, Sousa PM, Riveiro TA. Percepções e vivências de enfermeiros sobre o seu desempenho na pandemia da COVID-19. Rev. Rene [Revista en línea]. 2021 [Citado 2021]; 22. Disponible en: [http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1517-38522021000100306](http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-38522021000100306)
- <sup>58</sup> Guimarães M, Ferreira K, Costa GF, Dos Santos SM, Gallash C, et al. Repercussões para saúde mental de profissionais de enfermagem atuantes no enfrentamento à COVID-19: revisão integrativa. Rev. Enferm [Revista en línea]. 2021 [Citado 2021]; 11(70): pp.1-17. DOI: [10.5902/2179769264313](https://doi.org/10.5902/2179769264313)
- <sup>59</sup> Souadka A, Essangri H, Benkabbou A, Amrani L, Anass MM. COVID-19 and Healthcare worker's families: behind the scenes of frontline response. NCBI [Revista en línea]. 2020 [Citado 2021]; 23. DOI: [10.1016/j.eclinm.2020.100373](https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100373)