

## Artículos

### **Nudo en la garganta: Narrativas de personal sanitario con atención a pacientes con COVID-19**

### **Lump in the Throat: Narratives of Health Personnel Caring for Patients with COVID-19**

Ma. del Rocío Figueroa-Varela y Karen Eugenia Rangel-Delgado

Universidad Autónoma de Nayarit  
Secretaría de Salud en Nayarit

#### **Resumen**

La salud mental del personal sanitario quedó afectada ante la sobrecarga derivada de la atención a pacientes por COVID-19. Se entiende que no había conocimientos sobre la enfermedad ni sistemas laborales preparados para atender la pandemia. La problemática de salud mental de un grupo de 8 profesionales de enfermería (6 mujeres y 2 hombres), laborando en una institución de salud estatal, fue atendida a través de un grupo de ayuda mutua creado como dispositivo de contención emocional. Se analiza la información co-creada por el proceso grupal de 10 sesiones a través de las narrativas desde un enfoque relativista, con los ejes temáticos del malestar emocional ante las incertidumbres y las agresiones; el deber ser y las disyuntivas morales; el coraje impulsor ante la desorganización institucional, la sobrecarga emocional y la recuperación de estrategias y recursos. Se discuten las implicaciones del proceso narrado por el grupo constituido como una estrategia efectiva para la mejora en la salud mental de los participantes y la necesidad de tener dispositivos virtuales ante necesidades o circunstancias como las detonadas por una pandemia, así como la fortaleza del proceso grupal.

*Palabras clave:* análisis narrativo, COVID-19, grupos de ayuda mutua, dispositivo virtual, personal de enfermería, salud mental

#### **Autores**

Ma. del Rocío Figueroa Varela

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0858-383X>

Karen Eugenia Rangel Delgado

ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-8702-4222>

Autor para correspondencia: Ma. del Rocío Figueroa Varela e-mail: [rocio.figueroa@uan.edu.mx](mailto:rocio.figueroa@uan.edu.mx)

### Abstract

The mental health for workers in healthcare was affected by the overload derived from care for COVID-19 patients. It is recognized that there was no knowledge about the disease or labor systems prepared to deal with the pandemic. Mental health problems among of a group of eight nursing workers (6 women and 2 men) employed at a state health institution was addressed through a mutual help group created as an emotional support network. The information co-created by the group across 10 sessions was analyzed through narratives using a relativistic approach, with the thematic axes of emotional discomfort in the face of uncertainties and aggressions; need to be and moral dilemmas; courage to overcome institutional disorganization; emotional overload and the recovery of strategies and resources. The implications of the process narrated by the group resulted in an effective strategy for improving the mental health of the participants and the need to have virtual services to cope with needs or circumstances such as those triggered by a pandemic as well as the strength of the group process are discussed.

*Key words:* narrative analysis, COVID-19, mutual aid groups, virtual service, nursing staff, mental health

**DOI** <https://doi.org/10.36793/psicumex.v14i1.430>

**Recibido** 15– Marzo- 2021

**Aceptado** 02 – Noviembre - 2021

**Publicado** 31 – Enero - 2024



## Introducción

La salud mental es un reto de salud pública. Se estima que más de un billón de personas en el mundo sufren de un desorden mental. Esto cuesta alrededor de \$2.5 trillones de dólares al año y se teme una brecha más profunda en la atención, ya que, debido a la pandemia por COVID-19 surgida en 2020, se incrementó la necesidad de soporte económico y el apoyo psicosocial necesario (The Lancet Global Health, 2020).

Una pandemia tiene muchas caras, pues si bien se puede comparar con desastres naturales, guerras u otras circunstancias adversas para la humanidad, la diferencia estriba en que las otras emergencias son localizadas, no tienen alcance mundial y las personas tienen algunos mecanismos para poder escapar o sobrevivir, pues se reconoce al “enemigo” a enfrentar; en tanto que en una pandemia, como la de COVID-19, enfermedad poco conocida en su momento y con un nivel de letalidad importante, implica la lucha contra algo que está donde sea y es transmitida por personas que ni siquiera saben que tienen la enfermedad (Fiorillo y Gorwood, 2020). Gavin et al. (2020) destacan que las medidas de distanciamiento social y de confinamiento para detener una pandemia como la mencionada y que fueron implementadas mundialmente en los países interfieren en la dinámica de todas las familias, de tal suerte que se disminuye la interacción social y se incrementan estresores por la reclusión de la familia.

Ahora bien, en el caso de la enfermedad de COVID-19, esta ha sido atendida en centros sanitarios donde trabajan personas susceptibles de enfermarse, contagiar a su familia y fallecer; esto genera estrés sobre todo en los llamados profesionales de primera línea de atención, que están directamente atendiendo a personas infectadas. En estudios con personal de enfermería sobre el estrés producido en algunas epidemias anteriores se ha encontrado que el profesionalismo del personal en un episodio epidémico propicia la intención de dar atención directa a pesar de los riesgos que se corren; sin embargo, también se encuentran altos índices de estrés y percepción de sobrecarga laboral (Namhee et al. 2015).



## Marco teórico

El quebranto a la salud mental es uno de los efectos directos de la epidemia por COVID-19, pues hay afectaciones psicosociales (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2020). Por ello, desde un inicio se alertó sobre la atención a quienes podrían estar más afectados, considerando que el personal sanitario en contacto directo con pacientes era susceptible de sufrir sobrecarga de estrés originado por laborar en centros hospitalarios o sanitarios en donde no se contaba con los recursos o infraestructura, además del desconocimiento inicial de la propia enfermedad en sus signos, síntomas, tratamiento o proceso de infección. A esto se sumaba, atravesar por el duelo de perder colegas y el temor de enfermar a sus propios familiares, así como el estigma de la sociedad en relación a su trabajo. Estos y otros aspectos les confrontaron a los profesionales con el dilema moral entre dar sus servicios profesionales con óptima calidad o autoprotegerse y no atender a estos pacientes (Dzau et al. 2020).

Además, Maben y Bridges (2020) comentan que no solo fue la problemática derivada de la atención de los pacientes lo que afectaba la salud mental del personal sanitario, sino también, en el caso de las enfermeras, se incrementó el volumen e intensidad del trabajo. Además, fue necesario aprender con rapidez nuevos protocolos para atender a una enfermedad, que previos al COVID-19 se desconocían, todo lo cual se adicionó a un estrés ya existente originado por ser un personal que puede ser ignorado o infravalorado sistemáticamente. Asimismo, Abdelhafiz y Alorabi (2020), enfatizan el estigma en la comunidad al atender a pacientes con COVID-19. Por ello, el personal sanitario se conflictuó, sufrió estrés y malestar emocional, como ansiedad, depresión, trastornos del sueño; especialmente, en el personal de enfermería que trabajaba en la primera línea de atención a pacientes (Fukuti et al. 2020).

En México, se reportaron varios incidentes que dieron cuenta del estigma de cuidar pacientes con COVID-19, lo cual provocó agresiones continuas y discriminación, reportándose agresiones verbales y físicas al personal de salud en diversas comunidades y contextos (Bedoya, 2020; Centro Estatal de Vigilancia



Epidemiológica y Control de Enfermedades, 2020; García, 2020). Esto generó un foco rojo de atención ante la violencia que puede afectar la salud mental de este personal, estimándose que además de crisis emocionales, pudieron presentar otras problemáticas de corte psicosocial e incluso psicopatológico (OPS, 2020). Y también, hubo una alerta de que las mujeres, dado los roles estereotipados de género, tenían una sobrecarga o vivieron violencia de género que impactó directamente en su salud (Manrique de Lara y Medina Arellano, 2020).

Ante este panorama, se necesitan esfuerzos especiales de parte de los gobiernos para que, ante una amenaza global como lo fue la pandemia de COVID-19, se establezcan medidas que generen confianza en las instituciones, difusión de la información médica basada en hechos científicos y el apego a las medidas establecidas para contener una pandemia (Sibley et al. 2020). No solo en los aspectos médico-biológicos, sino también en las afectaciones psicosociales y de salud mental de su personal.

Según algunos investigadores, para apoyar al personal sanitario, es necesario que la gobernanza se enfoque en atender diversos tipos de necesidades: 1) *básicas*, en donde se apoye con transportación, hospedaje y alimentos a menores costos, recalándose la importancia de dotar de equipo de seguridad personal; 2) *comunicaciones*, en donde se establezcan fuentes de información especializada y confiable, con sistemas de conferencias continuas para disminuir miedo y ansiedad en la población, emociones detonantes de agresiones; 3) *apoyo psicosocial y de salud mental* mediante redes de grupos de apoyo y estrategias de manejo de crisis, dado que ante el desastre, las necesidades y reacciones son individuales y 4) *flexibilidad en los turnos y métodos de trabajo*, especificando con claridad las cadenas de mando y las expectativas de roles (Ripp et al. 2020; Walton et al. 2020).

Ante las necesidades emergentes por la epidemia, los sistemas de salud iniciaron con diversas estrategias. En China, Cheng et al. (2020) reportan un programa de apoyo de pares e intervención en crisis para apoyar al personal de salud utilizando medios digitales. En estas actividades documentadas, informan



del alto valor del apoyo grupal por pares, al conformarse un grupo estable de profesionales de salud, los cuales desarrollaron sentido de cohesión y apertura para implementar incluso nuevas estrategias de atención en sus servicios. Esto concuerda con lo ya informado por Worrall et al. (2018) y Watson (2017) acerca de que las intervenciones en personal sanitario a través de grupos de apoyo tienen múltiples beneficios, como incrementar la esperanza, afrontamiento, redes sociales de soporte y percepción de control de problemática, disminuyendo estigmas y sensación de aislamiento; y también ofrecen un sentido de cohesión social en la organización laboral, aun cuando sean en formato virtual las acciones implementadas.

En Japón, uno de los reportes sobre los dispositivos de atención de apoyo a la salud mental al personal de enfermería durante la pandemia expuso que, ante un diagnóstico de riesgo de psicopatología en un centro hospitalario, se implementaron intervenciones psicoterapéuticas breves y de primeros auxilios psicológicos, resultando en una disminución de las preocupaciones de este personal y del estrés físico y mental. Además, resaltó la necesidad sentida por el personal de comunicarse en forma asertiva con pacientes a través de sus equipos de protección (Kameno et al. 2021). En otras latitudes como Egipto, ante estas necesidades de apoyo para los trabajadores de salud, se establecieron programas como el de primeros auxilios psicológicos, en donde se reportaron efectos positivos para afrontar el estrés, así como para promocionar la resiliencia ante experiencias traumáticas (Shah et al. 2020).

En Inglaterra, se establecieron estrategias informáticas a través de paquetes didácticos digitales, en donde se ofrecían lineamientos para ofrecer contención emocional y disminuir el estigma social, el apoyo de pares y estrategias de autocuidado, así como de manejo de emociones, todo esto asesorado por expertos en salud mental (Blake et al. 2020). Por otro lado, se hicieron profusión de campañas informáticas en donde se ofrecían sugerencias para manejar el estrés y fomentar la resiliencia, basadas, por lo general, en diversos estudios previos de los efectos del estrés en la salud mental durante pandemias, así como de los aspectos a



considerar para manejar los dilemas morales que pudieran suscitarse durante y posterior al manejo de pacientes con COVID-19 (Greenberg et al. 2020; Heath et al. 2020).

En Estados Unidos de América se implementaron dispositivos, como el realizado por Walton (2020), en donde se intervenía con sesiones psicoeducativas para identificar malestar emocional y estrategias para afrontarlo enfatizando el apoyo entre el mismo equipo de trabajo. En otro estado de esa nación, se reportó el establecimiento de un dispositivo multinivel que iba desde un cribado de tipo anónimo hasta llegar al otorgamiento de servicios de atención especializada, tanto al personal necesitado de ello como a sus familiares, dando cuenta de los esfuerzos inter e intrainstitucionales para apoyar la salud mental del personal (Miotto et al. 2020).

Finalmente, en una revisión sistemática realizada por Maben y Bridges (2020), se comenta que, por el contrario, en muchas ocasiones, a pesar de tener servicios de apoyo psicosocial, el personal sanitario no acudía a ellos e incluso rechazaba el apoyo ofrecido, reportando que no necesitaban de servicios psicológicos, aun cuando indicaran sufrir malestar psicosocial, identificando que les inquietaba más la salud de sus familiares, así como la preocupación que les originaba su trabajo, dado el riesgo de infección. Consideraban como medidas para mejorar su salud mental el descansar más, tener equipo de protección adecuado y capacitación para manejar la ansiedad y el pánico experimentado en la atención de los pacientes.

En México, en el estudio de Robles et al. (2020) sobre los problemas de salud mental en trabajadores de salud, se encontró que las enfermeras tenían un alto riesgo de *burnout* y de ansiedad somatizada, pero en lo general, al detectarse problemáticas específicas en el personal, se aceptaba la derivación a servicios de salud mental. Además, informaron de algunas estrategias desarrolladas para apoyar su trabajo, tales como la creación de videos de apoyo para atender a pacientes hostiles o agitados, así como del uso y manejo del equipo de protección. Si bien se reportan estrategias de telepsicología para atención en duelo, fue para la



población mexicana en general y no específicamente para personal de salud, por ejemplo, la aplicación de Duelo Covid (Plataforma Duelo COVID, 2020).

En otro estudio realizado en la ciudad de Guadalajara, Jalisco, se señala que el personal de enfermería presentó niveles de miedo al COVID más altos que otras categorías de personal de salud, entendiéndose este miedo por ser trabajadoras de primera línea de interacción con los pacientes, y por la asignación a otras actividades derivadas de su profesión (García-Reyna et al. 2020). Al respecto, Cárdenas (2020) narra la experiencia de ser enfermera en un centro sanitario público, recalca que, dado lo intempestivo y desconocido de la pandemia, ocasionó que se les pusiera a dar atención sin tener la suficiente preparación o capacitación, sin equipo necesario y en un inicio, se tuvieron que organizar en forma grupal para adquirir y transmitirse en forma informal los saberes adquiridos, tanto en la atención a pacientes como en la protección para sí mismas y sus familias. Considera que lo más desgastante fue observar la incertidumbre, ansiedad y miedo de los pacientes; todo ello propició un cansancio y desgaste, incluso de sus relaciones familiares, optando por la desensibilización como una forma de defensa ante un escenario de muertes continuas.

El sistema de salud mexicano, al estar fragmentado, sigue las directrices normativas emitidas por la Secretaría de Salud, pero en relación con el personal, cada institución tiene un sistema específico de contratación y manejo. Por ello, algunas instituciones como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) crearon estrategias de estímulos y cobertura específicos para paliar la sobrecarga de la atención a pacientes con COVID-19 (IMSS, 2020). Si bien se realizó una jornada conjunta por varias instituciones de salud para dotar de personal de enfermería y médico (Gobierno de México, 2020), y se ofrecieron empleos de tipo temporal para este gremio, no se unificaron criterios para la organización y administración de personal.



## **Propósito del presente estudio**

Dado los antecedentes descritos, y conforme avanzaba la epidemia en nuestro país, surgió la necesidad de apoyo para la salud mental en trabajadores en un centro sanitario de Tepic, Nayarit; era un grupo de personal solicitante de asesoría en forma continua para resolver su problemática a través de redes informales. Estas solicitudes de apoyo dieron paso a la integración de un grupo que fungió como soporte psicoemocional y contención emocional. Por lo tanto, surgieron una serie de cuestionamientos que dieron origen a este trabajo: ¿Qué acciones se han implementado para la atención a la salud mental del personal de enfermería que está en primera línea en atención a pacientes con COVID-19?, ¿Cómo están viviendo sus contextos laborales, familiares y personales ante una epidemia que origina situaciones críticas de estrés? Por lo tanto, se planteó el objetivo de describir el proyecto desarrollado como un grupo de apoyo para personal de enfermería facilitado por profesionales de la salud mental, y, a través de la recuperación de sus narrativas, describir las experiencias vividas como personal de primera línea en la atención a pacientes con COVID-19.

Ya que en una pandemia es indispensable resolver la atención a la población enferma, es común que se olviden las necesidades de atención a la salud mental de los proveedores y trabajadores de la salud. Por ello, es indispensable aportar sobre los dispositivos implementados como respuesta ante un efecto colateral de la pandemia, como son las afectaciones a la salud mental; y según lo indagado, esta fue la única estrategia sistematizada de corte grupal y virtual realizada en nuestro contexto institucional estatal. La información derivada de esta experiencia puede impactar en la mejora de los diseños de intervención telepsicológica, la administración de personal ante situaciones de crisis futuras y los programas de difusión de información basada en evidencia científica.



## **Metodología**

### **Diseño de investigación**

Este documento es la recuperación de un proceso de intervención psicológica que se realizó en forma emergente, por lo tanto, no se hizo previamente un diseño de investigación como tal, sino que, al tener acceso a la información y al proceso de integración y apoyo grupal, se consideró valiosa la documentación del mismo. Por ello, se detalla a continuación cómo se organizó e implementó este dispositivo de apoyo y, posteriormente, las estrategias de análisis utilizadas.

**Infraestructura y organización.** Para este proyecto se solicitó el apoyo de una psicoterapeuta experimentada en la facilitación de grupos de apoyo. Además, se integró a una psicóloga que laboraba en la institución de la que dependía el centro hospitalario público con atención a pacientes con COVID-19. Ella fungió inicialmente como puente para difundir la apertura del grupo y en las sesiones era cofacilitadora del grupo. Ambas contaban con entrenamiento específico en tanatología, intervención en crisis y primeros auxilios psicológicos. Las sesiones se organizaron a través de una plataforma virtual de forma semanal, con una hora y media de duración.

### **Modelo desarrollado de intervención**

**Formación de grupo.** El dispositivo fue creado inicialmente como medio de contención emocional. Un grupo de trabajadores tuvo la iniciativa de solicitar apoyo a las autoridades institucionales, al iniciar a trabajar en el servicio COVID y que les implicaba gran malestar emocional, por lo que se contactó con las investigadoras para crear un programa de apoyo. El personal sanitario fue invitado en forma personal a través de la gestión con la dirección de la institución, quienes en sus redes de comunicación informaron de la apertura de las sesiones grupales y se les enviaba por dicho medio la información para la integración en la plataforma virtual de las charlas psicoeducativas de manejo del estrés. Integrar al grupo fue uno de los problemas que se presentó, dado que si bien inició la invitación con sesiones iniciales de psicoeducación, al



finalizar este evento, se ofrecía la posibilidad de integrarse al grupo de apoyo, pero había reticencias propias para integrarse, coincidiendo con lo reportado por Cheng et al. (2020); dado que consideraban el solicitar apoyo como propio de personas débiles y comentaban cosas como “yo puedo sola”. O bien, desconfiaban de las personas en un primer acercamiento, tomando la idea cultural de “no tengo por qué estar platicando lo que me sucede con gente que no conozco”. Así también, aducían argumentos sobre la sobrecarga laboral percibida, y cómo las sesiones eran en tiempo fuera de su horario de trabajo, por lo que preferían descansar o hacer labores domésticas.

**Estrategias de integración y facilitación del grupo.** La cofacilitadora enviaba mensajes semanales al grupo para recordar la sesión, enviando los datos para la sesión de acceso. Se utilizaron estrategias de integración grupal en forma inicial, y se siguió el Protocolo para el Desahogo Psicoemocional propuesto por Arumir (2009). También se incluyó la propuesta de Álvarez et al. (2020), en donde se consideran, principalmente, las técnicas de primeros auxilios psicológicos, intervención en crisis, *debriefing* y *defusing*, así como algunos elementos derivados de la terapia cognitivo-conductual, con especial énfasis en la reestructuración de pensamiento y la entrevista motivacional.

De acuerdo con las necesidades grupales, también se incluyeron intervenciones psicoeducativas sobre temáticas de autocuidado y *mindfulness*. El manejo del grupo en lo general se basó en los lineamientos para el establecimiento y operación de un grupo de ayuda mutua de tipo abierto, utilizando las herramientas principales de escucha activa, empatía y validación. Se propició que, a través del grupo, se establecieran o compartieran estrategias para la resolución de la problemática grupal o individual (Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado [ISSSTE], 2008; Secretaría de Salud, 2016; Self Help Alliance, 2013; World Bank Group, 2020). La sesión se desarrollaba inicialmente con una temática específica de acuerdo con los intereses planeados previamente o con técnicas de gestión emocional; paso



seguido, se hacían las retroalimentaciones a las técnicas y al proceso que se estaba viviendo, estableciendo acuerdos y compromisos a nivel personal y grupal como despedida para finalizar la sesión.

La facilitadora y cofacilitadora del grupo tenían reuniones fuera de la sesión, en las cuales trabajaban en conjunto para compartir experiencias, hacer ajustes en la dinámica del trabajo según las necesidades vertidas por el grupo, y para el intercambio de material bibliográfico. En caso necesario, según la necesidad percibida por integrantes del grupo, acudían con la cofacilitadora para asesoría individual mediante llamada telefónica.

### **Participantes**

El grupo se conformó el 4 de junio de 2020, con una participación de 8 personas (2 hombres y 6 mujeres), mismas que continuaron regularmente en forma semanal, si bien la intervención grupal fluctuó entre 5 a 8 personas por sesión durante las 10 sesiones que se reportan, en el periodo del 4 de junio al 17 de septiembre 2020. El grupo dejó de tener sesiones semanales en el mes de diciembre de 2020, pero aún continuaron con sesiones solicitadas según sus necesidades. Todas las personas eran profesionales de enfermería y en forma usual estaban asignadas al servicio de urgencias o terapia intensiva en diferentes turnos y al inicio de la pandemia se les pidió que se integraran al servicio COVID abierto para atender a población infectada. Contaban con estudios de licenciatura en enfermería y un rango de antigüedad entre 8 a 20 años de experiencia. Una de ellas tenía especialidad en urgencias y otra en administración en servicios de salud. Todas las personas estaban casadas y con hijos. Dos de ellas eran jefas de servicio.

### **Herramienta metodológica**

Para tener el contexto de estas narrativas, según los reportes de Gobierno del Estado de Nayarit (2021), estas sucedieron en el periodo de la primera ola de la pandemia, cuando tuvo su crecimiento mayor en casos activos y se reiniciaba la apertura de algunas actividades después de haberse decretado el cierre de todas las no esenciales por dos semanas en el mes de abril (Cancino, 2020). Estas narrativas se obtuvieron



de las sesiones virtuales que fueron grabadas a través de la plataforma en que se desarrollaron después de haberse pedido el consentimiento para ello, asegurando la confidencialidad de la información vertida. En cada sesión se hacía énfasis en que dieran el consentimiento para la grabación. Durante la transcripción se tomaron notas sobre los elementos que surgían en la participación tanto del grupo como por las facilitadoras. La información después fue analizada por la investigadora principal y se envió a la coautora para validación de información y de temáticas emergentes.

Al ir recuperando las grabaciones de las sesiones se decidió hacer un análisis de esta intervención, iniciando un estudio cualitativo desde la estrategia de observación participante (Vitorelli et al. 2014) y el enfoque epistémico de las narrativas relativistas, en donde se entiende la no existencia de una realidad social independiente del sujeto que intenta acceder a ella, sino que es múltiple; por ende, el significado no se ubica en la mente individual, sino en las relaciones que lo crean (Domínguez de la Ossa y Herrera González, 2013). Desde el sentido construccionista de las narrativas, derivado de este posicionamiento epistémico relativista, se entiende que los relatos de las vivencias encuentran la posibilidad de afrontar y superar adversidades o configurar valoraciones e identidades (Walsh, 2004, citado en Domínguez de la Ossa y Herrera González, 2013).

**Análisis de información.** No se hizo un análisis de la intervención psicológica a través de métodos positivistas, en virtud de que no se consideró de inicio más que la atención emergente sin evaluación del impacto. Sin embargo, de inmediato se manifestó la riqueza de la información vertida en el grupo formado, la cual podía dar respuesta a cuestiones más profundas que solo una contención emocional o una psicoeducación.

El modelo de análisis de la información fue la reducción inicial de los relatos, estructurándoles a través de representaciones, coincidencias y divergencias, con los cuales se conformaron los ejes temáticos, recuperando las viñetas representativas, así como las notas de las bitácoras levantadas al hacer las



transcripciones de las sesiones. Así, los ejes temáticos fueron apareciendo en los relatos de las experiencias compartidas. Se utilizaron cuadros de doble entrada en el programa Word, en donde se colocaban las viñetas representativas de las categorías. Al finalizar, los ejes temáticos fueron nombrados como: 1) malestar emocional ante incertidumbre y agresiones; 2) entre el deber ser y las disyuntivas morales; 3) el coraje impulsor ante las carencias de recursos que les lleva a la organización gremial ante la desorganización institucional; 4) sobrecarga emocional y agotamiento ante la multiplicidad de roles; 5) recuperación de estrategias y recursos.

En los resultados no se identifican quienes vertieron los comentarios, puesto que al ser expresados dejan de ser narrativas personales para ser asumidas por el grupo, asintiendo o aclarando las narraciones desde su propia vivencia, de allí la riqueza de la técnica utilizada, que lleva a una co-creación de narrativas en donde se dan nuevos significados a las experiencias (Payne, 2010). Con el fin de identificar la fiabilidad y validez del análisis realizado se solicitó a dos integrantes del grupo de apoyo que leyeran los análisis e interpretación de las transcripciones de las sesiones; mismas personas que identificaron e incluso aportaron elementos adicionales para conjuntar el análisis.

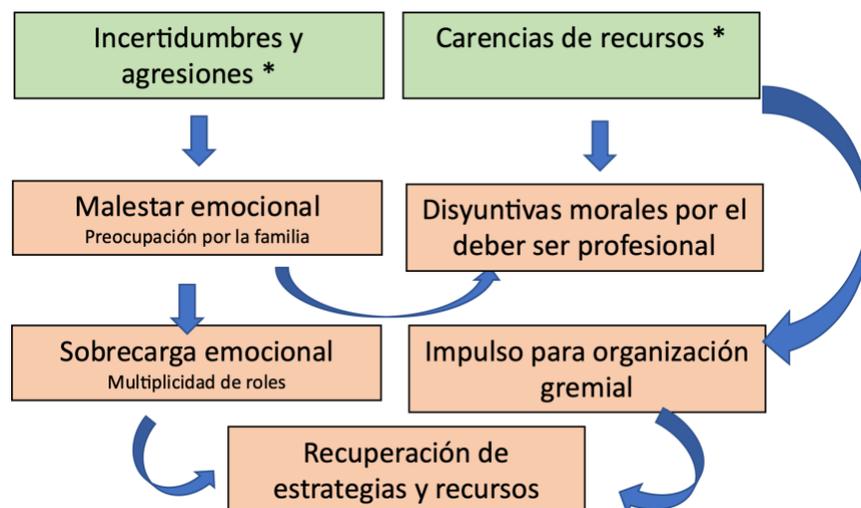
## Resultados

En la Figura 1 se puede revisar en forma esquemática la emergencia de las categorías de análisis de las narrativas recapturadas de las grabaciones. Posteriormente, de acuerdo con las categorías descritas, se realiza el análisis. Cabe señalar que en las transcripciones se respetó el lenguaje de las personas, por ello se podrá revisar que se utiliza el genérico masculino en la mayoría de las viñetas, aun cuando la mayoría de las participantes fueron mujeres.



## Figura 1

Esquema de categorías de análisis de narrativas de personal de enfermería en atención a pacientes con COVID-19 y principal problemática detectada



Fuente: elaboración propia. \* Principal problemática detectada

### Malestar emocional ante incertidumbre del manejo de servicio y agresiones percibidas

Como se indicó, se partió de la solicitud de atención de un grupo de trabajadores, quienes inicialmente solicitaron asesoría al expresar sobrecarga emocional ante la reciente apertura del servicio de atención a pacientes con COVID-19 y, que estaban dispuestos a participar en el grupo de apoyo mutuo. Desde el inicio de la sesión, el grupo manifestó un número importante de síntomas, como tener trastornos del sueño, rumiaciones, creencias irracionales, somatizaciones como cefaleas, contracturas musculares y muchos síntomas de estrés: “soy incapaz de controlar las preocupaciones”, “trabajo bajo presión porque tenemos pacientes graves”; “siento que tengo dificultades para sentir afecto”; “... para recordar los casos, no me quiero acordar de ellos, no quiero ni acordarme cómo están”.



Sabían y conocían que hay profusión de información sobre el COVID-19, pero ellas y ellos evitaban hasta la información oficial, “no veo ni leo nada, todo hace que el miedo se haga más grande”. En todo el grupo se expresó el miedo al contagio y, más que a ellos, a transportar el virus a sus casas y familiares. En todo el grupo coincidieron en sentir que están laborando “con un nudo en la garganta”, mismo que no se deshace al salir de su centro de trabajo, sino que los acompaña en su vida familiar, incluso se traduce en pesadillas constantes.

No conocer la enfermedad les enfrentó a una situación de alto estrés, cargado de angustia y miedo que les atenazaba desde que se les informaba que tendrían que acudir al servicio de COVID-19, lo cual implicaba afrontar una situación no solo de riesgo, sino de nuevos procedimientos y protocolos que incluían una nueva vestimenta: “me voy para atrás” (cuando le informan del servicio, aludiendo a recibir una impresión desagradable) y “le doy vueltas de cómo voy a actuar”; “Cuando ... me iba a bajar a COVID sentí mariposas en el estómago; estrés y miedo”; “no sabía ni cómo vestirme” (uso del equipo de protección al entrar el servicio); “se necesita el apoyo de otros para vestirme... porque eso de no saber cómo cambiarte, desvestirme” (es muy estresante, asiente en común todo el grupo).

Ahora bien, fueron relevantes las temáticas de las agresiones sufridas, esto lo vivían con dolor e impotencia, ya que relataron varios incidentes de discriminación por parte de la población, sobre todo, cuando portaban el uniforme que les ubicaban como personal de enfermería. Incluso sufrieron de discriminación por trabajadores de su mismo centro de trabajo al ser “personal COVID”; sin embargo, lo que les causó más dolor fue cuando sus familiares también recibían estas agresiones por ser parientes de personal sanitarista:

“Yo he sufrido una agresión, una agresión que me partió el alma... a mis hijos... mi hijo lloraba...me decía mamita no te vayas a morir y yo tampoco me quiero morir... unos vecinos más pequeños nos gritaron: mi papi y mi mami no nos dejan jugar con



ustedes porque son hijos de una enfermera y las enfermeras tienen COVID y los va a matar y nos va a matar a todos... Mi hijo tiene mucha angustia...”;

“cuando me ven que voy al hospital de uniforme la combi [transporte de servicio público] no me quiere subir”;

“Salimos cansadas, agotadas y sí, con la marca en la cara [debido al uso de goggles o gafas de seguridad], siento feo que la gente te vea como algo feo, que se quiten a tu paso”;

“que nos discriminen incluso aquí en tu centro de trabajo porque nos dijeron ustedes no pueden entrar a este baño porque vienen contaminadas... y nos teníamos que aguantar [el sanitario se había descompuesto]..... Esto ha ocasionado mucho malestar en nosotras”.

### **Entre el deber ser y las disyuntivas morales**

El grupo compartió su preocupación por que el virus les enfrentaba a lo desconocido, una nueva enfermedad de la que no se conocían protocolos de atención o lineamientos de tratamiento con certidumbre. El servicio de COVID rápidamente fue sobresaturado, y en su trato con pacientes se sentían desmoralizadas/os, agotadas/os, y consideraban no estar ofreciendo un servicio con la calidad que ellas y ellos creían debería darse. Esto les confrontó con su *ethos* profesional, del cual habían sentido orgullo, sobre todo indicaron la necesidad de seguir protocolos para disminuir los eventos adversos en donde se comprometía la evolución de cada paciente. Aunado a esto, se sobrecogían porque no se podía atender a la totalidad de pacientes, les dolía que hubiera fuera de este servicio personas que, desde su perspectiva, necesitaran instrumentos médicos como los respiradores, pero a los cuales no se podía acceder por la sobresaturación del servicio.



Asimismo, no sabían cómo apoyar a las y los pacientes, de los cuales percibían también su miedo, ansiedad y aislamiento. A esto se adicionaba la vivencia de su propio miedo y se sumaba su desgaste profesional. Por otro lado, deseaban apoyar el servicio, dado que revisaban las grandes necesidades de personal calificado ante la contratación de personal novel. No obstante, también reconocían que estar en un servicio de COVID era extenuante; por consiguiente, el cambio en la organización de turnos de trabajo les conflictuaba ante la disonancia de desear seguir en el servicio, o bien, solicitar, como muchos otros profesionistas, que no se les integrara al servicio COVID.

Un tema muy confrontativo emocionalmente fue encontrar en los servicios de salud a familiares de las personas internadas, de tal forma que podían estar presentes al momento de su muerte (p.ej. entre progenitores e hijas/os) y no sabían cómo manejar las emociones de las pérdidas en estas personas. Todos estos aspectos se ejemplifican en las siguientes viñetas:

“Extraño estar en la trinchera [en el servicio COVID] ..., me hace falta estar allá al frente y siento coraje, muchas ganas de llorar”; “Siento tristeza, coraje, no lo puedo nombrar, enclaustrada”; “Soy como una extraña ante ellos [los pacientes] me marco mi nombre en la ropa [para identificarse]. Es mucha tristeza no poder tocarlos, sentir su piel. Porque lo tocamos con un bonche de guantes”; “yo hacía otra forma de hacer mi trabajo y comunicarme con los pacientes”; “ toda una noche no pude dormir por la preocupación, el equipo no me deja ver, es desesperante cuando el goggle se empaña”; “es claustrofóbico”, “no se pueden hacer bien los procedimientos, tomar presión y demás, les decimos a los pacientes no tenga miedo, no va a pasar nada, pero ellos dicen: si, pues sálgase de allí de ese trajecito”; “porque ellos mueren de miedo”, “el miedo de los pacientes se siente y eso hace que se pongan peor”; “Cuando bajé fue muy horrible, no estaba



preparada, sudo mucho [bajo el equipo de protección personal] y eso me hizo sentirme mal, me caía el sudor en mis ojos y fue algo muy muy feo, entonces me calmé para seguir. Pero esto es triste”; “es muy feo cuando llegan esposos o padres e hijos al servicio y uno se muere y allí están viendo”; “el otro día se murió el esposo y no sabía cómo calmar a la señora”.

### **El coraje impulsor para la organización gremial ante la desorganización institucional**

En las sesiones era común la referencia de identificar lo que llamaron desorganización institucional. Esto es, consideraban a la institución como sorprendida por la pandemia, de tal suerte que sus recursos e infraestructura fueron reordenados, pero con una carencia de planeación e instrumentación de estrategias eficaces. Afirmaron que tuvieron que comprar complementos a los equipos proporcionados en el trabajo, con el fin de preservar su salud. Según comentaron, también se contrató personal, mismo que generó fricciones al interior del gremio de enfermería, dada la diferencia de sus horarios laborales y su remuneración, pero más aún, se hacía referencia a que las autoridades no habían realizado los elementos mínimos de capacitación para la atención a población con una enfermedad de alto riesgo de infecto-contagiosidad, ni para el personal ya laborando, ni mucho menos para las nuevas contrataciones.

Otra fuente de conflicto fue la relación con sus autoridades inmediatas, percibidas como lejanas de la problemática que vivían. Expresaron discrepancias en el servicio con el personal médico, pues consideraban que no había el mismo involucramiento en la atención de las necesidades de los pacientes como lo hacía el personal de enfermería. Además, se hizo patente la carencia de recursos, y si bien entendían su finitud, su desesperación e impotencia se acrecentaba en la medida en que se incrementaba la sobresaturación del servicio.



Ante el caos vivido, poco a poco empezaron a organizarse, por ejemplo en la colaboración entre pares para adquirir las habilidades y poder utilizar los trajes de protección personal. También relataron el tutelaje al nuevo personal contratado. Quienes tenían experiencia previa de estar en servicios de cuidados intensivos empezaron a asesorar sobre procedimientos. En un momento crítico en donde no había recursos de protección suficiente se organizaron y lograron establecer una gestión de sus planteamientos gremiales, logrando mejorar algunos aspectos de la organización del servicio en lo general. Todo ello se revela en las siguientes aportaciones:

“Porque queremos ayudar a los que están adentro ... no nos rajamos. A veces nos tiramos (peleamos) pero ahora nos apoyamos porque estamos solos”; “Los chicos se metieron desnudos (nuevas contrataciones), no iban preparados y solo se colocaron encima el overol de protección...”; “La molestia es porque hay compañeritas que... no han firmado ni siquiera el contrato, no saben ni cómo ni qué hacer y se están arriesgando, tienen hijos pequeños y dicen: si me ‘coviteo’ [Término que utilizan para indicar la infección por el virus COVID-19] qué voy a hacer, quién me va a respaldar, y en esos casos sí estuve mucho platicando con ellas y ellas se desahogan y me hacen sentir mal, porque me doy cuenta que están entrándole como uno...”; “Incluso entendí al médico porque me dice: no me puedo acercar a los pacientes, el overol me quedó chiquito, los guantes solo traigo un par. Yo no me siento seguro, yo no me voy a acercar al paciente. Y dije pues está bien... pues solo le digo cómo van [los pacientes] pero a pesar de eso, yo me quiero quedar allí con los pacientes.”; “Alguien tiene que hacer el trabajo.... tengo que enfrentarlo así. Por eso yo me compré mi equipo, mi esposo incluso me ayudó a comprar todo, para más protección”, “a veces estamos con más pacientes de los que deben estar



allí en el área. ..entonces se recarga todo”; “El servicio sigue como flotando en la organización, ya tenemos muchas semanas de pandemia y pues... no ... no hay cambios , ..., los médicos incluso se quejaron de que las chicas no están capacitadas y no es su culpa ni ellas sabían a qué servicio las contrataban...así que cuando mucho recibieron una capacitación de 20 minutos de cómo cambiarse, pero ahora las chicas han aprendido, han avanzado eso es lo bueno... ellas dicen que se sienten reforzadas cuando entramos nosotras, que saben que les vamos a estar diciendo”; “Aún hay desorganización en el servicio, se envían enfermeras a otros servicios, pero no se voltea a ver las necesidades del servicio COVID”; “No es justo que los pacientes estén llevando eso, de un servicio a otro tengo una paciente que está bien y al día siguiente me la encuentro intubada, cómo es posible, yo me puse a leer las notas y en unas notas decía, que tenía tal cosa y tenía un medicamento y no hay mejoría, pero me doy cuenta que no se le ha puesto el medicamento indicado, y el médico piensa que sí se le ha puesto”; “Es algo incongruente la forma en que nos asignan los horarios, yo prolongo la hora de lo que vamos a salir. Porque no se puede, así como estamos organizadas (desde la línea de administración y autoridad), entonces yo apoyo a las muchachas que se tienen que quedar, porque es imposible que se queden 2 con 11 pacientes”; “Yo he estado de supervisora y sé lo difícil que es estar en ese puesto, pero no abusemos de la necesidad de las niñas”.

“Estamos contentos, se entregó un documento a la administración, pusimos nuestras quejas, nos organizamos y logramos que nos escucharan”; “Pero esta semana fue reconfortante porque nos unimos, ... hicimos un escrito ... todos opinamos sobre las necesidades y se generó un documento con mucha información no con el afán



de atacar sino para compartir lo que vivimos y sobre todo que se enteren que somos un personal que estamos allí y que estaremos si se necesita... pero que también necesitamos de su apoyo”; “Que queremos trabajar en equipo y que si se van a venir los fregadazos fuertes allí vamos a estar también”; “La jefa fue muy accesible, le dijimos de esa falta de acompañamiento y ella se comprometió a estar más con nosotras, y eso me hizo bien, liberé lo que traía, por eso estas guardias han estado bien. No importa...que esté pesadito el trabajo este día, sino que nos sentimos escuchados y eso lo hace sentir bien”.

### **Sobrecarga emocional y agotamiento ante la multiplicidad de roles**

El grupo de participantes informó durante todas las sesiones la compañía permanente del miedo, manifestado en que sentían un nudo en la garganta, el cual era el común denominador ante la situación, ya sea por la empatía hacia sus pacientes atendidos, al enterarse de la carencia de recursos que les confrontaba en la toma de decisiones para su servicio, cuando sus compañeras y compañeros se infectaban por COVID o incluso por no poder asistir a sus propios familiares cuando enfermaban. Asimismo, señalaban la desesperación y desilusión cuando necesitaron de la prueba de COVID por tener síntomas, negándoseles ya sea a ellas o sus familiares. Esto les hacía desconfiar más en la propia información institucional, pues no entendían cómo es que se tuviera un doble discurso, en donde se les reconocía al exterior como héroes o heroínas, pero en el trabajo cotidiano no les apoyaban para tener certeza de su probable infección. Cabe mencionar que en el proceso tres personas fueron infectadas; ninguna de ellas tuvo síntomas graves, pero comentaron, en lo general, que el proceso más difícil fue el distanciamiento físico con la familia como medida de seguridad. Informaron sentirse aislados y con gran incertidumbre sobre las secuelas o afectaciones por la enfermedad.



En relación con su familia y los roles que tenían por cumplir, comentaron sentirse con sobrecarga; los hombres por la fachada de fortaleza que deberían de tener ante su familia, y las mujeres por la tensión de también ser docentes (de los hijos en casa, derivado del proceso de atención a clases virtuales) y cuidadoras del hogar y de las familias con restricción de movilidad por las medidas de cierre de algunos negocios. Esto les generaba incertidumbre e insatisfacción con el rol de cuidado del hogar y de la vida según sus estándares. Estos aspectos se denotan en las siguientes viñetas:

“Yo sí tengo miedo a contagiarme, pero más a traerlo a la familia, afectar a los que amas”; “A veces tenemos pacientes que tienen mucho tiempo allí [área COVID] pero se cansan, ya no quieren nada, quieren ya mejor morir, muchos días sufriendo y nosotras no sabemos ni qué decirles, ni como hablarles, se te hace un nudo en la garganta. Porque dicen ya mejor déjeme y ella (una paciente) recibe muchas cartas de familiares todos los días, y se las leo con un nudo en la garganta”; “Allá afuera te dicen sí bien... están luchando...son personal muy comprometido, pero no te demuestran eso, ... ni siquiera para una palmadita en la espalda”; “Como que no quieren que se sepa que el personal de salud se está contagiando”; “Siento impotencia...de favor pedir o suplicar por una prueba”, “eso es...qué gacho, o sea tú vas como compañera y más porque somos pocos los que entramos a covid de base, no te mereces ni una prueba”; “El sí estaba muy triste [participante del grupo que enfermó por COVID] ... y estaba muy ansioso, decepcionado” [porque no recibió apoyo para su atención].

“Yo como hombre siempre digo [ante la pregunta] ¿cómo te fue? bien, bien, aunque me esté llevando la fregada, porque tengo a mis hijos ... Trato de hacerme fuerte” “y solo pido que no se enferme mi familia, y que proteja a todos lo que



quiero. Incluso digo y si dejo de trabajar, pero no puedo, porque ese es mi sustento”; “La familia, nos necesitan ver bien”; “Es bien raro que mi esposo haga las tareas con los niños, sí me ayuda, pero la mayor parte la hago yo, las tareas, es muy presionante”; “para mí es una semana difícil, yo cumplo varios roles”; “Sin querer piensas en ellos antes que en nosotras mismos” ... “Es muy desgastante, salgo agotada del área. Y luego están los hijos, el esposo, las otras cosas y eso pues bueno ... no, no se adapta uno a esas situaciones, pero pues tiene uno que sobrellevarlo, a veces como hoy salgo cansada, agotada y decepcionada, pero a pesar de eso lo que me digo es que lo que hice es con muchas ganas, con mucho valor”.

### **Recuperación de estrategias y recursos**

Se fue desarrollando el proceso de ayuda grupal, pasando por sesiones de expresión emocional intensa, de enojo hacia lo percibido como desorganización institucional, miedo y preocupación tanto por ellos como por sus familiares, indicios de *burnout* especialmente ante situaciones de alto impacto emocional por los fallecimientos múltiples y carencia de recursos. Después se realizó una dinámica grupal en donde se inició la aceptación y esperanza de que llegara a un término la pandemia. Ahí se observó una disminución de los síntomas físicos y mentales, de tal forma que se mitigaron los trastornos del sueño, ansiedad e irritabilidad. Se encontró una fortaleza en su unión gremial, así como en la conformación de estrategias grupales para afrontar en forma más asertiva una sobrecarga laboral con tantos impactos, y crear una red de capacitación en donde podían dar más cuenta de los eventos centinela (Zárate-Grajales et al. 2017). Además, entendieron cuáles eran los recursos para afrontar estas situaciones, encontrando apoyo en su familia y creencias religiosas. Adicionalmente, se encontró la cohesión grupal de tal forma que podían sentir respaldo



para hacer sugerencias y cambios en los servicios que antes no se hubieran atrevido a realizar. Lo anterior se evidencia en las siguientes declaraciones:

“Conforta saber que sentimos lo mismo, sabemos ahora que es normal lo que estamos sintiendo y eso me hace sentir que tengo un equipo que me apoya, sus lágrimas se agradecen”; “Yo no creía en que un grupo así iba a funcionar, ni me veía aquí” “yo con otras tres terapias [asistencia previa a consulta de psicología], pues les decía mentiritas y luego dejaba de ir”; “ahora siento mucho mejor, me gustó estar aquí compartiendo con el grupo”; “Cuando me contagié de covid se me cerró el mundo pero cuando mi amiga (asistente al grupo) me dijo “ese mundo eres Tú... y tuve muchas llamadas telefónicas y mensajes virtuales... eso me ayudó mucho” (durante el confinamiento)”; “La aceptación tiene que ver con la adaptación”; “del pánico que teníamos, [ya entendemos que] es una realidad ahora, y hay que adaptarnos”; “hay que acostumbrarnos a los nuevos cambios”; “Ahora pienso que..., es una prueba de vida”; “Me siento capaz de resolver esto, ... soy fortalecida y yo soy muy creyente y Dios es quien hace que saque entereza”; “Yo me meto mucho al trabajo y me enfrasco tanto que dejo a la familia. y ahora..., priorizo las cosas de mi vida y ahora la prioridad es la familia”; “Yo me acuerdo de mi Dios, pero no profeso una religión.... Y eso que yo creo que me ve y sabe y me lo reconoce y esa es mi fortaleza”; “.... En los pacientes que están en esas áreas, eso es muy intenso lo que se vive allí, no se puede ni describir. Y yo creo que los que están allí si creen en Dios están piense y piense en lo que creen y tratan de asirse a eso...”; “Con que nosotros sepamos que estamos haciendo las cosas bien, hay que abrazarnos nosotros mismos”; “Y



entonces hay que acercarnos ... reconocernos entre nosotros, como aquí, y apoyarnos en los que sí nos valoramos”.

“Deberíamos hacer un protocolo para el personal que tiene temor de trabajar con personal covid, porque nosotras ... ya tenemos una rutina y nos protegemos”; ...

“pero esta pandemia se llama paciencia y resistencia”; “La pandemia sigue estando y con el grupo pues aprendo que voy a buscar a alguien que nos apoye. El grupo emocionalmente me sirvió...”; “En un principio decía tengo miedo, y ya reconozco el temor que tenía porque sigue allí, he aprendido que igual el miedo a la enfermedad es porque va a seguir toda la vida, ... va a llegar el momento que se va a hacer el área de servicio de covid, ya rutinario ... y lo vamos a seguir viviendo como cualquier otro”.

## Discusión

La pandemia de COVID-19 fue un evento de alto impacto a nivel mundial, afectando incluso la economía, política internacional y, en lo relativo a la salud, no solo a la física sino también a la salud mental (The Lancet Global Health, 2020). Los altos índices de morbilidad y mortalidad fueron una sobrecarga para los sistemas de salud. Por ello, las respuestas en las entidades federativas mexicanas no generaron confianza en sus instituciones salubristas, elemento clave para detener una pandemia (Sibley et al. 2020) y que, a través de las narrativas del personal de salud, se percibió como una respuesta institucional endeble y desorganizada.

Los resultados de esta intervención indican la necesidad de crear estrategias de apoyo a la salud mental del personal de salud desde el inicio de una catástrofe (Gavin et al. 2020). La estrategia de grupo de autoayuda es una experiencia única en el sentido que dio respuesta a la necesidad de apoyo en salud mental para personal de enfermería (Fukuti et al. 2020), mostrando el valor del acompañamiento por pares, coincidiendo con lo informado en otras investigaciones sobre las estrategias de grupos de apoyo para ofrecer



contención emocional, disminuir estigmas, establecer cohesión laboral y alentar estrategias de afrontamiento positivo y autocuidado, asesorados por expertos en salud mental (Blake et al. 2020; Cheng et al. 2020; Watson, 2017; Worrall et al. 2018).

Un hallazgo interesante fueron las agresiones recibidas por parte de las mismas personas que laboran en su institución, relacionadas con el estigma del trabajo en atención a COVID (Abdelhafiz y Alorabi, 2020), que no había sido reportado anteriormente. Esto es indicativo de la pobre gestión de la información o de la infodemia generalizada (Aleixandre-Benavent et al. 2020) que caracterizó a esta pandemia, lo cual generó un imaginario colectivo reportado también por Bedoya (2020) y García (2020), en donde las agresiones fueron la salida al miedo imperante de recibir ellos o sus familiares estas conductas agresivas, por ser personal de salud. Tales agresiones durante el desarrollo del proceso grupal causaron un cambio en el significado de sus relaciones en la comunidad, trasladando y traduciendo el enojo, al recibir estas agresiones, en otras conductas de malestar emocional, o incluso de apatía ante lo que sucedía en su comunidad.

Las narrativas del personal de enfermería participante en este grupo fueron acordes con lo registrado por Namhee et al. (2015), en el sentido de que el profesionalismo del personal les impulsó a dar atención directa durante la pandemia a pesar de no contar con las condiciones necesarias para hacerlo sin riesgo. No obstante, esto puede llevarles a una sobrecarga importante de estrés y eventual *burnout* (Arrogante y Aparicio-Saldívar, 2020; Maben y Bridges, 2020), puesto que, en el caso del personal de enfermería, se incrementa el volumen de trabajo, o bien, se hace necesario modificar procedimientos para la atención de pacientes, lo cual implica cambios organizacionales en una planta laboral que tiende a ser infravalorada. En el caso de este grupo además se tenía el dilema moral derivado de las cuasifallas, eventos centinela, adversos o incluso de mala atención, que pueden ser detectados o mitigados por una adecuada supervisión del servicio de enfermería (Rodríguez et al. 2017; Zárate-Grajales, 2017), o bien, de la atención a los pacientes y sus familiares.



En este grupo, las narraciones y recreaciones del problema percibido les llevó a una organización que rebasó los límites del propio grupo de apoyo. Como se revisa en las declaraciones analizadas, se asumieron como grupo de asesoría para personal de nuevo ingreso, tanto en lo técnico como en lo laboral, diferenciando síntomas o signos en la evolución de la enfermedad. Fueron saberes que fueron transmitiendo y con esto recibieron un reconocimiento del propio personal de enfermería.

El malestar emocional inicial en las sesiones grupales concuerda con lo reportado por Fukuti et al. (2020), García-Reyna et al. (2020), Nieto-Martínez et al. (2020) y, en especial, con lo narrado por Cárdenas (2020), quien relata su experiencia en el campo de primera línea de atención al igual que el grupo participante. Ambos coinciden en reportar la incertidumbre de trabajar sin previa capacitación que les llevó a crear una red de soporte y otras estrategias necesarias para incluso lidiar con los dilemas morales a los que son expuestos (Heath et al. 2020; Greenberg et al. 2020). Igualmente, se coincide con lo indicado por Robles et al. (2020), en cuanto a que el personal de salud busca el apoyo para su salud mental, aunque hay una resistencia inicial a buscar alternativas que disminuyan su malestar, tal y como lo reportaron Maben y Bridges (2020).

De igual forma, los relatos de los y las participantes concuerdan con lo expresado por Kamenno et al. (2021), dado que las estrategias implementadas y compartidas a través de las interacciones grupales disminuyeron la ansiedad, el estrés y mejoraron la comunicación con los pacientes a través de sus equipos de protección. Además, se generó un sistema de asesoría con personal que no tenía capacitación alguna para el trato con este tipo de pacientes; ante esto, y a partir de sus narrativas desarrollaron co-creaciones (Payne, 2010) que proporcionaban alternativas para la problemática y desarrollaron resiliencia ante experiencias traumáticas (Shah et al. 2020). Cada uno de los y las participantes logró identificar sus recursos y estrategias propias de afrontamiento, basados principalmente en sus creencias religiosas y en la valoración de su familia,



semejante a lo observado por Maben y Bridges (2020). A nivel grupal se tejieron redes sociales de apoyo y colaboración que mejoraron su percepción del ambiente laboral e institucional.

La intersección del género en la problemática volcada en las sesiones debido a la sobrecarga en las mujeres de los roles de cuidado y sustentabilidad del hogar durante la pandemia (Manrique de Lara y Medina Arellano, 2020; Organización Panamericana de la Salud, 2020) fue un punto a discutir entre el grupo, así como aspectos de bioética. Aunque se logra una contención emocional en ellas, en los hombres, por el contrario, se abre una puerta para la expresión emocional, encontrando estilos de relación más fuertes, cohesionados y asertivos que se dispersaron en sus núcleos familiares y en los equipos de trabajo naturales a los que pertenecían.

## Conclusiones

A través de la interacción y co-creación de narrativas, el grupo externó sus emociones, siendo el miedo el de mayor frecuencia (miedo a tocar al paciente, a atenderle, al contagio, a transmitirlo a su familia, a que fallezca algún familiar o incluso ellos mismos). O bien, tristeza, frustración, dolor, coraje, claustrofobia, nostalgia, rechazo, discriminación que sienten por estar en el área COVID. Sin embargo, compartirlo al interior del grupo permitió que conocieran el sentir colectivo, normalizarlo y encontrar estrategias efectivas para afrontarlo. Los ejes temáticos, en donde las narrativas confluían, indican la preponderancia del malestar emocional y la necesidad de reorganización de un sistema laboral, mismo que producía tensiones que aumentaban los riesgos psicosociales en el trabajo. Por ello, el agotamiento se entiende, ya que la pandemia también requirió de una reorganización familiar para las actividades, sobrecargándoles por la multiplicidad de roles a desempeñar, con lo cual las técnicas de autocuidado no siempre podían realizarse.



Se experimenta, a nivel subjetivo, la adaptación de los propios procesos institucionales, así como la escasez o ambigüedad de información, desorganización y mala administración. Esto les generó sobrecarga de trabajo y estrés, poniendo en riesgo la atención y el cuidado de los pacientes que se encontraban en el área. Se puso de relieve que durante una pandemia es indispensable cambiar aspectos administrativos que agilicen procesos, como la movilización de cuerpos de personas fallecidas, ya que esto no solo implica camas hospitalarias para ocupar, sino también carga emocional, tanto de los pacientes como de los trabajadores que están en el mismo espacio.

Ante la contratación de personal nuevo, si bien fue un recurso extraordinario para afrontar la pandemia (Gobierno de México, 2020), el grupo planteó la necesidad de implementar estrategias de armonización gremial y de estandarización de procesos y protocolos de atención. Esto con el fin de disminuir las cuasifallas, eventos centinela y adversos a través de una administración eficiente del personal, en donde el ambiente laboral sea armónico, se escuche la voz de quienes están en primera línea de atención y recolecte los saberes y experiencias.

La cohesión, confianza y confidencialidad que se generó en los asistentes permitió exponer problemáticas laborales percibidas como abuso profesional y que se compartieran y trabajaran aspectos personales, por ejemplo, abuso sexual, duelos previos a la contingencia o alguna otra problemática. No tener resueltos estos aspectos emocionales contribuía a exacerbar los síntomas ya descritos durante la pandemia. La COVID-19 afectó de distintas maneras a cada persona, institución y equipo de trabajo, no solo a nivel físico y biológico, sino en lo mental, emocional y espiritual, detonando en los profesionales de la salud, comprometidos con su profesión y labor, fatiga por compasión, *burnout*, ansiedad, depresión y, posiblemente, estrés postraumático. Es por ello que este acompañamiento pretende visibilizar la imperiosa necesidad que tiene el personal de salud de ser escuchado, valorado, acompañado y fortalecido, no solo con competencias técnicas, sino también emocionales. Como este virus llegó para quedarse y quizá pueda surgir



otro más, es importante que se tomen en cuenta estos aspectos para fortalecer al personal de salud en enfermedades denominadas por el grupo como de “paciencia y resistencia”.

Es necesario que se establezcan, desde los más alto niveles de gobierno, dispositivos de difusión de información médica basada en hechos científicos (Sibley et al. 2020). Esto incidirá en la disminución de estigmas, en apoyo al personal sanitario, en establecer estrategias de soporte psicosocial y de salud mental mediante redes y grupos de apoyo; así como en flexibilidad de los métodos de trabajo, cadenas de mando y expectativas de roles (Ripp et al. 2020, Walton et al. 2020).

Aunque la estrategia del grupo de apoyo mutuo fue un modelo eficaz de ayuda en la salud mental de este colectivo, se deben tomar en cuenta ciertas limitaciones. Una de ellas es derivada de la propia atención de la telepsicología, ya que la aplicación de herramientas que propicien la atención, aun cuando no se pueda dar en forma presencial, requieren de apoyo tecnológico disponible, seguro y privado (McCord et al. 2020), condiciones que no se pueden generalizar en nuestra población, y que son una limitante durante las sesiones. Cabe precisar que la utilización de esta tecnología necesita de la actualización profesional para lograr una atención con los criterios éticos y de calidad deseados.

Otra de las limitantes planteadas en esta investigación está relacionada con la recuperación de las narrativas de un solo grupo formado para dar atención psicológica. Por ello, los resultados no se pueden generalizar, dado que no se obtuvieron índices del malestar psicoemocional revisado ni tampoco se han documentado las posteriores intervenciones a través de un seguimiento longitudinal.

Este es el primer reporte de una estrategia interinstitucional implementada por una universidad en el estado de Nayarit y el sector salud durante la pandemia por COVID-19 para atender la salud mental de trabajadores. Las narrativas analizadas del proceso grupal contribuyen al desarrollo de la psicología clínica, específicamente, en el desarrollo de las teorías de la telepsicología, psicoterapia y tanatología. Con ello se espera impulsar la creación de mecanismos análogos de atención a población vulnerable o en riesgo.



## Conflicto de intereses

Las autoras declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Financiamiento

Para realizar este estudio no se obtuvo ningún soporte económico, realizándose con recursos propios de las investigadoras.

## Agradecimientos

Tenemos una gratitud enorme a integrantes de este grupo, con quienes se compartió la confianza y empatía para sentirse acompañados durante este proceso muy difícil.

## Referencias

- Abdelhafiz, A. S. & Alorabi, M. (2020). Social Stigma: The Hidden Threat of COVID-19. *Frontiers in Public Health* 8(429). <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.00429>
- Aleixandre-Benavent, R., Castelló-Cogollos, L. y Valderrama-Zurián, J. C. (2020). Información y comunicación durante los primeros meses de Covid-19. Infodemia, desinformación y papel de los profesionales de la información. *Profesional de la Información* 29(4). <https://doi.org/10.3145/epi.2020.jul.08>
- Álvarez, J., Andrade, C., Vieyra, V., Esquivias, H., Merlín, I., Neria, R. y Bezanilla, J. (2020). *Manual operativo del curso emergente para la Brigada de Atención Psicoemocional y Psicosocial a distancia durante la pandemia de la COVID-19 en México*. Secretaría de Salud. [http://inprf.gob.mx/ensenanzanew/archivos/2020/manual\\_brigadas\\_2020.pdf](http://inprf.gob.mx/ensenanzanew/archivos/2020/manual_brigadas_2020.pdf)
- Arrogante, O. y Aparicio-Zaldivar, E. G. (2020). Síndrome de burnout en los profesionales de cuidados intensivos: relaciones con la salud y el bienestar. *Enfermería Intensiva* 31(2), 60-70. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2019.03.004>
- Arumir, R. (2009). *Protocolo para el desahogo psicoemocional del personal que atiende emergencias y desastres en el área de protección civil del Distrito Federal* [tesis de licenciatura]. Universidad Nacional Autónoma de México. [http://www.paginaspersonales.unam.mx/app/webroot/files/2722/Tesis\\_Licenciatura\\_Rodrigo\\_Arumir\\_Garcia.pdf](http://www.paginaspersonales.unam.mx/app/webroot/files/2722/Tesis_Licenciatura_Rodrigo_Arumir_Garcia.pdf)
- Bedoya, J.C.M. (2020). COVID-19: The Pandemic of Abuse Against Health Personnel in Times of Pandemic. *IJEPH* 3(1). <https://doi.org/10.18041/2665-427X/ijeph.1.6276>



- Blake, H., Bermingham, F., Johnson, G. & Tabner, A. (2020). Mitigating the Psychological Impact of COVID-19 on Healthcare Workers: A Digital Learning Package. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 17(9), 2997. <https://doi.org/10.3390/ijerph17092997>
- Cancino, K. (2020, 19 de abril). Nayarit endurece aislamiento social por Covid-19. *Aristegui Noticias*. <https://aristeguinioticias.com/1904/mexico/nayarit-endurece-aislamiento-social-por-covid-19/>
- Cárdenas, M. C. (2020). COVID-19: la lucha invisible contra la ignorancia y el estigma. *Index de Enfermería* 29(1-2), 67-68. [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962020000100016](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962020000100016)
- Centro Estatal de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades. (2020). *Estigma y discriminación por COVID-19. Visión CEVECE, semana 44*. Gobierno del Estado de México. <https://salud.edomex.gob.mx/cevece/documentos/difusion/tripticos/2020/Semana44.pdf>
- Domínguez de la Ossa, E. D. y González, J. D. H. (2013). La investigación narrativa en psicología: definición y funciones. *Psicología desde el Caribe* 30(3), 620-641. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21329176009>
- Dzau, V. J., Kirch, D. & Nasca, T. (2020). Preventing a Parallel Pandemic—A National Strategy to Protect Clinicians’ Well-being. *New England Journal of Medicine* 383(6), 513-515. <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp2011027>
- Fiorillo, A. & Gorwood, P. (2020). The Consequences of the COVID-19 Pandemic on Mental Health and Implications for Clinical Practice. *European Psychiatry* 63(1), e32, 1–2. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32234102/>
- Fukuti, P., Uchôa, C., Mazzoco, M., Corchs, F., Kamitsuji, C., Rossi, L., De Rios, I., Lancman, S., Bonfa, E., Barros-Filho, T. & Miguel, E. (2020). How Institutions Can Protect the Mental Health and Psychosocial Well-Being of Their Healthcare Workers in the Current COVID-19 Pandemic. *Clinics*, 75, e1963. <https://dx.doi.org/10.6061/clinics/2020/e1963>
- García, C. (2020, 1 julio). Más de 200 médicos y enfermeras fueron atacados por el estigma asociado al virus en México. *Saludconlupa.com*. <https://saludconlupa.com/noticias/mas-de-200-medicos-y-enfermeras-fueron-atacados-por-el-estigma-asociado-al-virus-en-mexico/>
- García-Reyna, B., Castillo-García, G. D., Barbosa-Camacho, F. J., Cervantes-Cardona, G. A., Cervantes-Pérez, E., Torres-Mendoza, B. M., Fuentes-Orozco, C., Pintor-Belmontes, K. J., Guzmán-Ramírez, B. G., Bernal-Hernández, A., González-Ojeda, A. & Cervantes-Guevara, G. (2020). Fear of COVID-



- 19 Scale for Hospital Staff in Regional Hospitals in Mexico: A Brief Report. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 1-12. <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00413-x>
- Gavin, B., Lyne, J. & McNicholas, F. (2020). *Mental Health and the COVID-19 Pandemic*, 37, 156-158. <https://doi.org/10.1017/ipm.2020.72>
- Gobierno de México. (2020, 4 de abril). *México contra el COVID-19. Jornada Nacional de Reclutamiento de Recursos Humanos para la Salud*. <https://www.gob.mx/imss/articulos/jornada-nacional-de-reclutamiento-y-contratacion-de-recursos-humanos-para-la-salud>
- Gobierno del Estado de Nayarit. (2021). *Portal Covid-19*. <https://covid19.nayarit.gob.mx/>
- Greenberg, N., Docherty, M., Gnanapragasam, S. & Wessely, S. (2020). Managing Mental Health Challenges Faced by Healthcare Workers During Covid-19 Pandemic. *BMJ* 368(1211). <https://doi.org/10.1136/bmj.m1211>
- Heath, C., Sommerfield, A. & Von Ungern-Sternberg, B. S. (2020). Resilience Strategies to Manage Psychological Distress Among Healthcare Workers During the COVID-19 Pandemic: A Narrative Review. *Anaesthesia* 75(10), 1364-1371. <https://doi.org/10.1111/anae.15180>
- Instituto Mexicano del Seguro Social. (diciembre de 2020). *Para atención COVID-19 en etapa crítica diciembre-enero-febrero, IMSS garantiza cobertura con personal de salud. No. 821/2020* [comunicado de prensa]. <http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/202012/821>
- Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. (2008). *Guía técnica para la integración de Grupos de Ayuda Mutua*. <https://studylib.es/doc/7054683/gu%C3%ADa-t%C3%A9cnica-para-la-integraci%C3%B3n-de-grupo-de-ayuda-mutua>
- Kameno, Y., Hanada, A., Asai, D., Naito, Y., Kuwabara, H., Enomoto, N. & Yamasue, H. (2021). Individual Psychotherapy Using Psychological First Aid for Frontline Nurses at High Risk of Psychological Distress During The COVID-19 Pandemic. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 75(1), 25-27. doi: 10.1111/pcn.13170
- Manrique De Lara, A. & Medina Arellano, M. (2020). The COVID-19 Pandemic and Ethics in Mexico Through a Gender Lens. *Bioethical Inquiry* 17(4), 613–617. <https://doi.org/10.1007/s11673-020-10029-4>



- Martínez, E. N., Castañón, M. A. H., González, B. G., Rodríguez, V. M. H. y Perales, M. S. (2020). Correlación entre los aspectos personales y laborales con el desgaste profesional de enfermería en un hospital de segundo nivel. *Lux Médica* 15(44), 59-70. <https://doi.org/10.33064/44lm20202798>
- Miotto, K., Sanford, J., Brymer, M. J., Bursch, B. & Pynoos, R. S. (2020). Implementing an Emotional Support and Mental Health Response Plan for Healthcare Workers During the COVID-19 Pandemic. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy* 12(S1), S165-S167. <http://dx.doi.org/10.1037/tra0000918>
- Namhee, O., NamSoo H., Dong, H. R., Sang G. B., Sin K. & Keon-Yeop. (2015). Exploring Nursing Intention, Stress, and Professionalism in Response to Infectious Disease Emergencies: The Experience of Local Public Hospital Nurses During the 2015 MERS Outbreak in South Korea. *Asian Nursing Research* 11(3), 230-236. <https://doi.org/10.1016/j.anr.2017.08.005>
- Organización Panamericana de la Salud. (12 de marzo del 2020). *Consideraciones psicosociales y de salud mental durante el brote de COVID-19* [comunicado]. <https://www.paho.org/sites/default/files/2020-03/smaps-coronavirus-es-final-17-mar-20.pdf>
- Payne, M. (2010). *Terapia narrativa. Una introducción para profesionales* (3ª ed.). Paidós.
- Plataforma Duelo COVID. (2020). <https://www.duelocovid.com/index.aspx>
- Ripp, J., Peccoralo, L. & Charney, D. (2020). Attending to the Emotional Well-Being of the Health Care Workforce in a New York City Health System During the COVID-19 Pandemic. *Academic Medicine* 95(8), 1136-1139. <https://doi.org/10.1097/ACM.00000000000003414>
- Rodríguez, M. R., Sánchez, L. M. S. y Chávez, L. C. J. (2017). Eventos adversos, centinela y cuasifallas en el Servicio de Pediatría de un hospital de tercer nivel. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología* 37(2), 56-64. <https://www.imbiomed.com.mx/articulo.php?id=110050>
- Robles, R., Rodríguez, E., Vega-Ramírez, H., Álvarez-Icaza, D., Madrigal, E., Durand, S., Morales-Chainé, S., Astudillo, C., Real-Ramírez, J., Medina-Mora, M.E., Becerra, C., Escamilla, R., Alcocer-Castillejos, N., Ascencio, L., Díaz, D., González, H., Barrón-Velázquez, E., Fresán, A. Rodríguez-Bores, L., Quijada-Gaytán, J. M., Zabicky, G., Tejadilla-Orozco, D., González-Olvera, J. & Reyes-Terán, G. (2020). Mental Health Problems Among Healthcare Workers Involved with the COVID-19 Outbreak. *Brazilian Journal of Psychiatry* 43(5), 494-503. <https://dx.doi.org/10.1590/1516-4446-2020-1346>



- Secretaría de Salud. (2016). *Estrategia de grupos de ayuda mutua. lineamientos de operación 2016*.  
[http://www.cenaprece.salud.gob.mx/programas/interior/adulto/descargas/pdf/LineamientosGAM\\_2016.pdf](http://www.cenaprece.salud.gob.mx/programas/interior/adulto/descargas/pdf/LineamientosGAM_2016.pdf)
- Self Help Alliance. (2013). *Starting and Maintaining a Peer Support Group Manual*.  
<https://cmhawwselfhelp.ca/wp-content/uploads/2016/10/Starting-and-Maintaining-Peer-Group-Manual-2013.pdf>
- Shah, K., Bedi, S., Onyeaka, H., Singh, R. & Chaudhari, G. (2020). The Role of Psychological First Aid to Support Public Mental Health in the COVID-19 Pandemic. *Cureus* 12(6), e8821.  
<https://doi.org/10.7759/cureus.8821>
- Sibley, C. G., Greaves, L. M., Satherley, N., Wilson, M. S., Overall, N. C., Lee, C. H. & Barlow, F. K. (2020). Effects of the COVID-19 Pandemic and Nationwide Lockdown on Trust, Attitudes Toward Government, And Well-Being. *American Psychologist* 75(5), 618-630.  
<http://dx.doi.org/10.1037/amp0000662>
- The Lancet Global Health. (2020). Mental Health Matters. *The Lancet Global Health* 8(11), e1352.  
[https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30432-0](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30432-0)
- Vitorelli Diniz Lima Fagundes, K., Almeida Magalhães, A., dos Santos Campos, C. C., Garcia Lopes Alves, C., Ribeiro, P. M. & Mendes, M. A. (2014). Speaking of Participant Observation in Qualitative Research in the Process of Health-Illness. *Index de Enfermería* 23(1-2), 75-79.  
<https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962014000100016>
- Walton, M., Murray, E. & Christian, M. D. (2020). Mental Health Care for Medical Staff and Affiliated Healthcare Workers During the COVID-19 Pandemic. *European Heart Journal: Acute Cardiovascular Care* 9(3), 241-247. <https://doi.org/10.1177/2048872620922795>
- Watson, E. (2017). The Mechanisms Underpinning Peer Support: A Literature Review. *Journal of Mental Health* 28(6), 677-688. <https://doi.org/10.1080/09638237.2017.1417559>
- World Bank Group. (2020). *Peer Support Group Facilitator Guide*. Health y Safety Directorate.  
<http://pubdocs.worldbank.org/en/178031585674457717/Peer-Group-Facilitator-Guide.pdf>
- Worrall, H., Schweizer, R., Marks, E., Yuan, L., Lloyd, C. & Ramjan, R. (2018). The Effectiveness of Support Groups: A literature review. *Mental Health and Social Inclusion* 22(2), 85-93.  
<https://ro.uow.edu.au/smhpapers/5441>
- Zárate-Grajales, R.A., Salcedo-Álvarez, R.A., Olvera-Arreola, S.S., Hernández-Corral, S., Barrientos-Sánchez, J., Pérez-López, M.T., Sánchez-Ángeles, S., Dávalos-Alcázar, A.G., Campuzano-Lujano,



G., y Terrazas-Ruíz, C. I. (2017). Eventos adversos en pacientes hospitalizados reportados por enfermería: un estudio multicéntrico en México. *Enfermería universitaria* 14(4), 277-285. <https://doi.org/10.1016/j.reu.2017.08.005>

**Cómo citar este artículo:** Figueroa-Varela, M. del R., & Rangel Delgado, K. E. (2024). Nudo en la garganta: Narrativas de personal sanitario con atención a pacientes con COVID-19. *Psicumex*, 14(1), 1–37,e430. <https://doi.org/10.36793/psicumex.v14i1.430>

