

ANGUSTIA, TEMOR Y MIEDO: EXPERIENCIAS DE TRABAJADORES DE UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS EN RISARALDA, COLOMBIA, DESDE LA PERSPECTIVA FILOSÓFICA DE SØREN KIERKEGAARD

DISTRESS, FEAR AND DREAD: EXPERIENCES OF INTENSIVE CARE UNIT WORKERS IN RISARALDA, COLOMBIA, FROM THE PHILOSOPHICAL PERSPECTIVE OF SØREN KIERKEGAARD

ANGÚSTIA, TEMOR E MEDO: EXPERIÊNCIAS DOS TRABALHADORES DE UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA EM RISARALDA, COLÔMBIA, A PARTIR DA PERSPECTIVA FILOSÓFICA DE SØREN KIERKEGAARD

Omar Alberto Alvarado Rozo¹

Piedad Rocío Lerma Castaño²

Gustavo Monsalve Morales³

Dignora Inés Páez Giraldo⁴

Wílmer Uriel Avellaneda Torres⁵

DOI: 10.5294/pebi.2024.28.2.4

PARA CITAR ESTE ARTÍCULO / TO REFERENCE THIS ARTICLE / PARA CITAR ESTE ARTIGO

Alvarado OA, Lerma PR, Monsalve G, Páez DI, Avellaneda WU. Angustia, temor y miedo: experiencias de trabajadores de unidades de cuidados intensivos en Risaralda, Colombia, desde la perspectiva filosófica de Søren Kierkegaard. *Pers Bioet.* 2024;28(2):e2824. DOI: <https://doi.org/10.5294/pebi.2024.28.2.4>

- 1 <https://orcid.org/0000-0002-1103-3962>. Universidad Nacional Abierta y a Distancia, Colombia. omar.alvarado@unad.edu.co
- 2 <https://orcid.org/0000-0002-9546-8436>. Fundación Universitaria María Cano, sede Neiva, Colombia. piedadrociolermacastano@fumc.edu.co
- 3 <https://orcid.org/0000-0001-6918-3755>. Universidad Nacional Abierta y a Distancia, Colombia. gustavomonsalvem@gmail.com
- 4 <https://orcid.org/0000-0001-9248-1937> Universidad Nacional Abierta y a Distancia, Colombia. dignora.paez@unad.edu.co
- 5 <https://orcid.org/0000-0003-4861-9390> Universidad Nacional Abierta y a Distancia, Colombia. wilmer.avellaneda@unad.edu.co

RECEPCIÓN: 19/11/2023

ENVÍO A PARES: 21/11/2023

APROBACIÓN POR PARES: 10/09/2024

ACEPTACIÓN: 15/10/2024

RESUMEN

Propósito: El estudio analizó la angustia, el temor, el miedo y las experiencias vividas de un grupo de trabajadores de la salud en unidades de cuidado intensivo del departamento de Risaralda, Colombia, durante la pandemia de COVID-19. Desde la perspectiva filosófica de Søren Kierkegaard, se busca entender cómo estas emociones se relacionan con la libertad de existir y la búsqueda de significado en situaciones de crisis, conceptos centrales en la obra de Kierkegaard. **Metodología:** estudio cualitativo, de carácter fenomenológico hermenéutico, mediante entrevistas estructuradas y grupos focales, en una muestra de 30 profesionales de la salud que laboraban en las unidades de cuidados intensivos. **Resultados:** se identificaron reacciones emocionales o categorías existenciales de los profesionales de la salud frente al miedo, el temor y la angustia que surgieron en los momentos críticos de acompañamiento en la pandemia por la COVID-19. **Conclusión:** se sugiere seguir escuchando al personal médico, en la dinámica de atención pospandemia, porque hay procesos de búsqueda de sanación y resiliencia, los cuales pueden ser interpretados a la luz de la filosofía de Kierkegaard sobre la existencia y la ética.

PALABRAS CLAVE (FUENTE: DECS): COVID-19; ansiedad; cuidados críticos; agotamiento psicológico; miedo; salud mental.

ABSTRACT

Purpose: The study analyses the distress, fear, anxiety, and lived experiences of a group of healthcare workers in intensive care units in the department of Risaralda—Colombia, during the COVID-19 pandemic. From Søren Kierkegaard's philosophical perspective, the research seeks to understand how these emotions are related to the freedom of existence and the search for meaning in times of crisis, central concepts in Kierkegaard's work. **Methodology:** A qualitative, hermeneutic phenomenological study, conducted through structured interviews and focus groups in a sample of 30 health professionals working in intensive care units. **Results:** The study identified emotional reactions or existential categories among healthcare professionals in response to fear, dread, and anguish that arose during critical moments of patient care throughout the COVID-19 pandemic. **Conclusion:** It is suggested to continue listening to the medical staff in the post-pandemic care process as they are undergoing processes in search of healing and resilience, which can also be interpreted in the light of Kierkegaard's philosophy on existence and ethics.

KEYWORDS (SOURCE: DECS): COVID-19; anxiety; critical care; psychological exhaustion; fear; mental health.

RESUMO

Objetivo: Neste estudo, analisaram-se a angústia, o temor, o medo e as experiências vividas por um grupo de profissionais de saúde em unidades de terapia intensiva em Risaralda, Colômbia, durante a pandemia da covid-19. A partir da perspectiva filosófica de Søren Kierkegaard, busca-se entender como essas emoções estão relacionadas à liberdade de existir e à busca de significado em situações de crise, conceitos centrais na obra de Kierkegaard. **Metodologia:** estudo qualitativo, fenomenológico hermenêutico, por meio de entrevistas estruturadas e grupos focais, com uma amostra de 30 profissionais de saúde que trabalham em unidades de terapia intensiva. **Resultados:** Identificaram-se reações emocionais ou categorias existenciais dos profissionais de saúde diante do medo, do temor e da angústia que surgiram nos momentos críticos vivenciados durante a pandemia da covid-19. **Conclusão:** Sugere-se continuar ouvindo a equipe médica no contexto do atendimento pós-pandemia, pois há processos de busca por cura e resiliência que podem ser interpretados à luz da filosofia de Kierkegaard sobre a existência e sobre a ética.

PALAVRAS-CHAVE (FONTE: DECS): covid-19; ansiedade; cuidados críticos; exaustão psicológica; medo; saúde mental.

INTRODUCCIÓN

Con la llegada de la pandemia de la COVID-19, se evidenciaron en Colombia grandes falencias en el sistema de salud, reflejadas en la limitación de recursos, la escasez de equipos de protección personal y una infraestructura poco desarrollada. A ello se sumó el incremento de pacientes con ventilación mecánica, el aumento de las horas de trabajo y las restricciones sin precedentes, incluidos el distanciamiento social, la cuarentena y el aislamiento (1).

Lo anterior generó nuevos retos y desafíos que pusieron a prueba la capacidad intelectual, ética y moral de los trabajadores en las unidades de cuidados intensivos (UCI), los cuales experimentaron una variedad de emociones, como temores, incertidumbre, fatiga, ansiedad, estrés, síntomas depresivos y síntomas de agotamiento severos, entre otros (2-6).

Los informes de los países afectados por la pandemia arrojaron alta prevalencia de la carga cognitiva psicológica, especialmente los trabajadores de las UCI. Por ejemplo, en Italia, el 49,38 % de 681 médicos encuestados manifestó síntomas de estrés postraumático; el 24,73 %, síntomas de depresión; el 19,8 %, síntomas de ansiedad; el 8,27 %, insomnio; y el 21,90 %, estrés percibido alto (7).

De acuerdo con el estudio realizado por Azoulay et al. (4), la prevalencia de la ansiedad en las regiones de Europa Central, Europa del Este, Asia y Escandinavia estaba en el rango del 30 % al 40 %; en Australia y Nueva Zelanda, América del Sur, América del Norte, el Reino Unido y Sur de Europa, se ubicaba en el rango del 50 % al 60 %; y en la India, Europa Central y del Este, Asia y

Escandinavia, se hallaba entre el 30 % y el 40 %. Oriente y África, por su parte, estaban en un rango de > 60 %.

En cuanto a la depresión, Europa Central, Australia y Nueva Zelanda, Escandinavia y Europa del Este estaban en el rango del 20 % al 40 %; el Reino Unido, América del Norte, Asia, América del Sur, Sur de Europa y Oriente Medio, en el rango del 30 % al 50 %; y África, en el 80 %.

Con relación al agotamiento severo, Australia, Nueva Zelanda, India, Europa Central y Escandinavia se ubicaron en el rango del 20 % al 40 %; y Europa del Este, América del Norte, Asia, América del Sur, el Reino Unido, Sur de Europa y Oriente Medio, en el rango entre 50 % y 70 %.

Ecuador reportó episodios como colapsos, angustia y depresión que afectaron al 90 % de los trabajadores (8). Brasil reportó alteraciones en la salud mental del personal de salud y de estudiantes de medicina en formación (9). Lima, Perú, generó un diálogo partiendo de las intervenciones de diversos estudios que han demostrado la eficiencia de programas que mejoran y acompañan la actividad clínica, y su impacto positivo en quienes se aplican. Estos programas comprendían técnicas de afrontamiento activo, búsqueda de soporte social, así como el impacto negativo que estrategias como la evitación, la religiosidad, la percepción del riesgo y el estrés *per se* de la situación (10).

En Colombia se presentaron fenómenos como la percepción, por parte del personal médico, de ser discriminado al considerarse parte de una colectividad potencialmente enferma. Así, se reportó que 2 de cada 5 médicos se sintieron relegados en nuestro país. En un estudio de la Universidad de Cartagena se concluye que 7 de cada 10 médicos presentaron síntomas de ansiedad y estrés

laboral, y el 40 % manifestó miedo al COVID-19 (11). Esta enfermedad generó temor y sufrimiento en la población, y dejó a los más vulnerables en posiciones de riesgo, discriminación, marginación y exclusión. En tal sentido, la COVID-19 puede forjar un efecto devastador, más allá de las muertes físicas que se han dado. Ante ello, se genera para el profesional de la salud un sentimiento de ser prescindible o descartable. Esto sucede al afrontar la crisis solo, desde su dimensión médica, sin hacer adecuada evaluación de los aspectos relativos a la dignidad y el trato humano (12).

En la perspectiva teórica del filósofo danés Søren Kierkegaard, gestor del pensamiento existencialista, se considera al individuo como finito, afrontando las experiencias subjetivas, que no logra alcanzar el saber por medio de las ideas, sino solo mediante el acercamiento a la verdad de su existencia. Kierkegaard relaciona el fenómeno de la tragedia antigua con su género dramático griego y su contexto actual, referenciado por la melancolía y la tristeza, donde aflora la desesperación, aunada al surgimiento del aislacionismo como una respuesta a la descomposición política y social (13). De acuerdo con lo anterior, el presente estudio busca determinar las categorías existenciales de un grupo de trabajadores de las UCI del departamento de Risaralda, Colombia, frente al miedo, el temor y la angustia que surgieron en los momentos críticos durante la pandemia por la COVID-19, desde la perspectiva filosófica de Søren Kierkegaard.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio cualitativo fenomenológico hermenéutico, en el que la fenomenología se centra en los objetivos y temáticas del significado de la experiencia humana, a través de las vivencias y narraciones de los

trabajadores de UCI, de los elementos que resultan significativos para ellos y de cómo comprenderlo. Este tipo de investigaciones no parte de cero, pues se conocen la literatura, los elementos del método de la fenomenología y el tema central de la investigación, con el cual abordamos el fenómeno que anima el ejercicio investigativo. Así mismo, se partió de la escucha de las experiencias vividas por los individuos (14). Desde la hermenéutica, se buscó comprender el fenómeno relatado y dar sentido a las experiencias de los trabajadores de las UCI.

Dentro el proceso de la metodología se realizaron entrevistas a profundidad y encuentros con grupos focales que generaron narrativas del personal de la salud en unidades temáticas, para luego integrar temas centrales, iniciar un proceso descriptivo y lograr una interpretación hermenéutica de la información.

Husserl propone dos principios de la fenomenología: la *epojé*, como primer principio, es la capacidad para poner en paréntesis de manera natural el acercamiento al fenómeno que se focaliza, con capacidad de escuchar en sí misma la realidad presentada frente a lo que se piensa o se valora dentro del acontecimiento a estudiar. El segundo principio consiste en convertir la situación estudiada en conciencia y configurar una nueva condición de hacer el momento en conocimiento (15).

En el ejercicio de comprensión fenomenológica se toma como referente a Van Manen, con la fenomenología hermenéutica, donde el estudio se interesa primordialmente por el significado esencial de los fenómenos, así como por el sentido y la importancia que estos tienen (16).

En ese sentido, el principio fundamental es la reducción que percibe y describe las experiencias espontáneas para

comprender el fenómeno de los trabajadores de UCI en la escucha de la lógica del temor y el miedo frente a las decisiones que se reflejan en minutos vitales que marcaron experiencias que son leídas en el ejercicio investigativo.

El presente estudio fenomenológico hermenéutico describe las categorías angustia, temor, miedo y experiencias vividas, en un grupo de trabajadores de las UCI durante la pandemia de la COVID-19, enfoque apropiado para indagar las experiencias vividas del fenómeno estudiado (17).

La investigación reflejará claramente algunas indagaciones constantes: ¿está el personal de salud preparado en estos difíciles momentos para dirimir confrontaciones de carácter ético legal? ¿Cómo sobreponerse ante la tragedia y la angustia de ver limitados sus esfuerzos? ¿Qué hacer cuando el mundo interno del personal de salud cobra mayor importancia que su violento medio externo? Estas cuestiones llevan a una pregunta final en el campo fenomenológico: ¿Cuáles son el significado, la estructura y la esencia del rol del médico de UCI ante los fenómenos del miedo y el temor en la toma de decisiones durante la crisis de la COVID-19 y su impacto en la vida? (17).

A partir de estas preguntas que se realizan frente al fenómeno, analizamos el mismo alcance y el propósito de la investigación, con el camino fiel de la descripción de las narraciones de los interlocutores o las mismas interpretaciones que pueden surgir por parte del grupo investigador. De este proceso surge una toma de decisión entre lo descriptivo y la misma interpretación. Allí se expone un proceso para explorar las narraciones como fuente primaria de encuentro con

las percepciones estudiadas o la capacidad de empezar a interpretar desde una visión hermenéutica en la que existe todo un proceso de elaboración interpretativa de experiencias de los mismos participantes (17).

ANÁLISIS DE CONTENIDO

Desde el análisis de contenido —fundamentos fenomenológicos hermenéuticos—, se anexaron, en el software NVivo, de análisis cualitativo, 15 entrevistas: 10 mujeres y 5 hombres, con un rango de edad entre 20 y 56 años (promedio de edad: 32 años), y 3 grupos focales con una participación de 15 personas: 7 hombres y 8 mujeres, con un rango de edad de 26-56 años (promedio de edad: 35 años). Todos los sujetos eran residentes del departamento de Risaralda, Colombia. De ellos, 4 se encontraban ejerciendo la especialidad de cuidado intensivo, 4 eran médicos generales, 9 eran jefes de enfermería, 7 eran terapeutas respiratorios, 4 eran auxiliares de enfermería, 1 era fisioterapeuta y 1 era psicóloga. Las siguientes son las categorías seleccionadas (tabla 1).

RESULTADOS

De acuerdo con los hallazgos en las entrevistas individuales y grupos focales, se lograron identificar 4 categorías principales:

1. *Angustia*: identificada por los entrevistados como la sensación principal en su exposición a la atención de los pacientes en pandemia. Desde un contexto filosófico, Kierkegaard interpreta la angustia como la libertad de existir.
2. *Temor*: los trabajadores sanitarios identificaron el temor —en su exposición a la enfermedad, en el riesgo

de contagio y en su contacto directo con la muerte— como una de las principales sensaciones presentadas en su atención a los pacientes contagiados de forma severa con la COVID-19.

3. *Miedo*: otra categoría narrada por el personal entrevistado, identificada como la experiencia de sentirse rechazado ante la magnitud de la tragedia, la sensación de soledad ante la alta carga emocional recibida.
4. *Experiencias vividas*: categoría enmarcada en la codificación de factores que emergieron durante la

investigación, las repuestas individuales a la pandemia, el aislamiento al que se vieron sometidos los trabajadores de la salud tanto como sociedad y como individuos. Se trata de la relación entre la existencia del otro y la propia.

A partir del programa NVivo se proporciona la tabla de elementos de conglomerados por similitud de palabras. Allí se muestran los coeficientes de correlación de Pearson entre diferentes códigos o categorías, como *experiencias vividas*, *miedo*, *angustia* y *temor* (tabla 2).

Tabla 1. Categorías fenomenológicas

Temas esenciales	Categorías fenomenológicas individuales sintetizadas	Categoría fenomenológica central o universal
Culpa Aprendizaje Consecuencias/secuelas Condiciones de trabajo Familia	Angustia	Categorías existenciales de los profesionales de la salud frente al miedo, el temor y la angustia que surge en los momentos críticos de acompañamiento en la pandemia de la COVID-19.
Muerte Reflexiones Trabajo en equipo Vocación del servicio Soledad	Temor	
Rechazo Pandemia Salud mental Vivencias	Miedo	
Depresión Aislamiento Incertidumbre Existencia	Experiencias vividas	

Fuente: elaboración propia.

Tabla 2. Elementos por conglomerado

Código A	Código B	Coefficiente de correlación de Pearson
Códigos\\Experiencias vividas	Códigos\\Angustia	0,728658
Códigos\\Miedo	Códigos\\Experiencias vividas	0,549587
Códigos\\Miedo	Códigos\\Angustia	0,523082
Códigos\\Temor	Códigos\\Experiencias vividas	0,592219
Códigos\\Temor	Códigos\\Miedo	0,592074
Códigos\\Temor	Códigos\\Angustia	0,533355

Fuente: elaboración propia.

Los coeficientes indican la fuerza y dirección de la relación entre dos variables. Desde ese horizonte se puede realizar la siguiente interpretación de los códigos:

- *Experiencias vividas y angustia*: el coeficiente es 0,728658, lo que indica una correlación positiva fuerte.
- *Miedo y experiencias vividas*: el coeficiente es 0,549587, lo que refleja una correlación positiva moderada.
- *Miedo y angustia*: el coeficiente es 0,523082, esto es, una correlación moderada.
- *Temor y experiencias vividas*: con un coeficiente de 0,592219, hay una correlación positiva moderada.
- *Temor y miedo*: con un valor de 0,592074, la correlación también es moderada.
- *Temor y angustia*: el coeficiente es 0,533355, lo que muestra otra correlación moderada.

En el desarrollo de análisis se puede concluir que las variables muestran correlaciones positivas, lo que indica

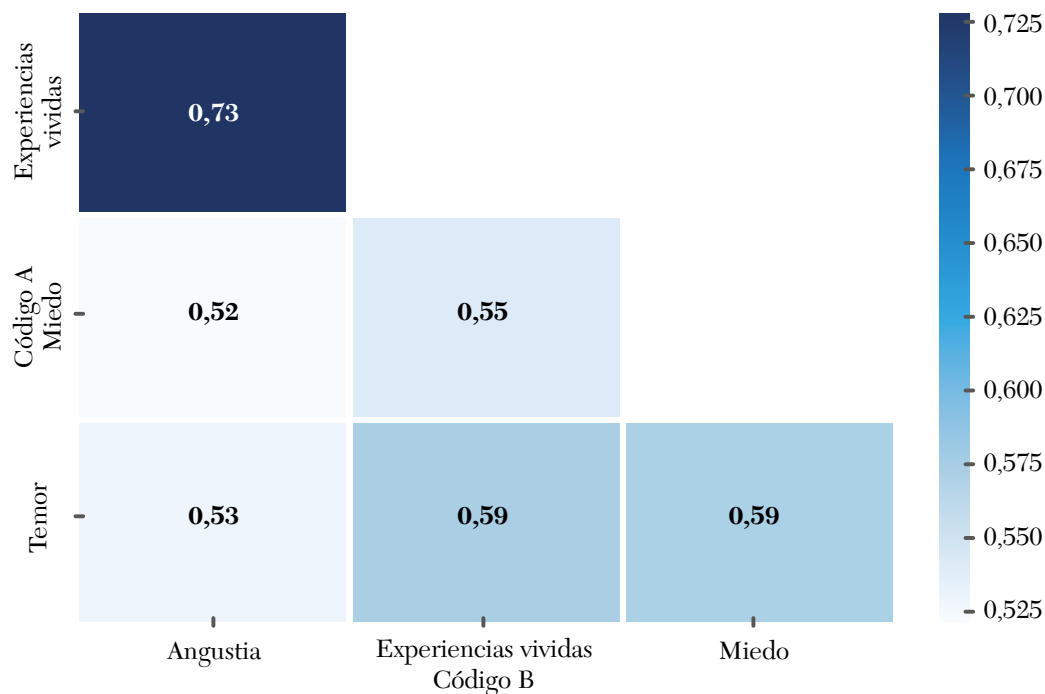
que, a medida que una de las variables aumenta, la otra también tiende a aumentar. Las correlaciones más fuertes son entre experiencias vividas y angustia, lo que sugiere que las personas que han tenido experiencias vividas intensas podrían experimentar mayor angustia (figura 1).

En el mapa de calor se detallan visualmente los coeficientes de correlación de Pearson entre las distintas variables. El color más oscuro indica una correlación más alta, siendo el valor más alto de 0,73 entre experiencias vividas y angustia.

En la figura 2 se comparan los coeficientes de correlación entre los distintos pares de códigos. Aquí se observa que la correlación más alta también es entre experiencias vividas y angustia, mientras que los demás valores se distribuyen entre correlaciones moderadas.

Cada una de las categorías se analizó a partir de las correlaciones que surgen desde las entrevistas y grupos focales analizados por el programa cualitativo en NVivo, por el conglomerado de similitud por palabras con mayor

Figura 1. Mapa de calor de correlaciones



Fuente: generada con ChatGPT con datos de coeficiente de correlación de Pearson del programa NVivo.

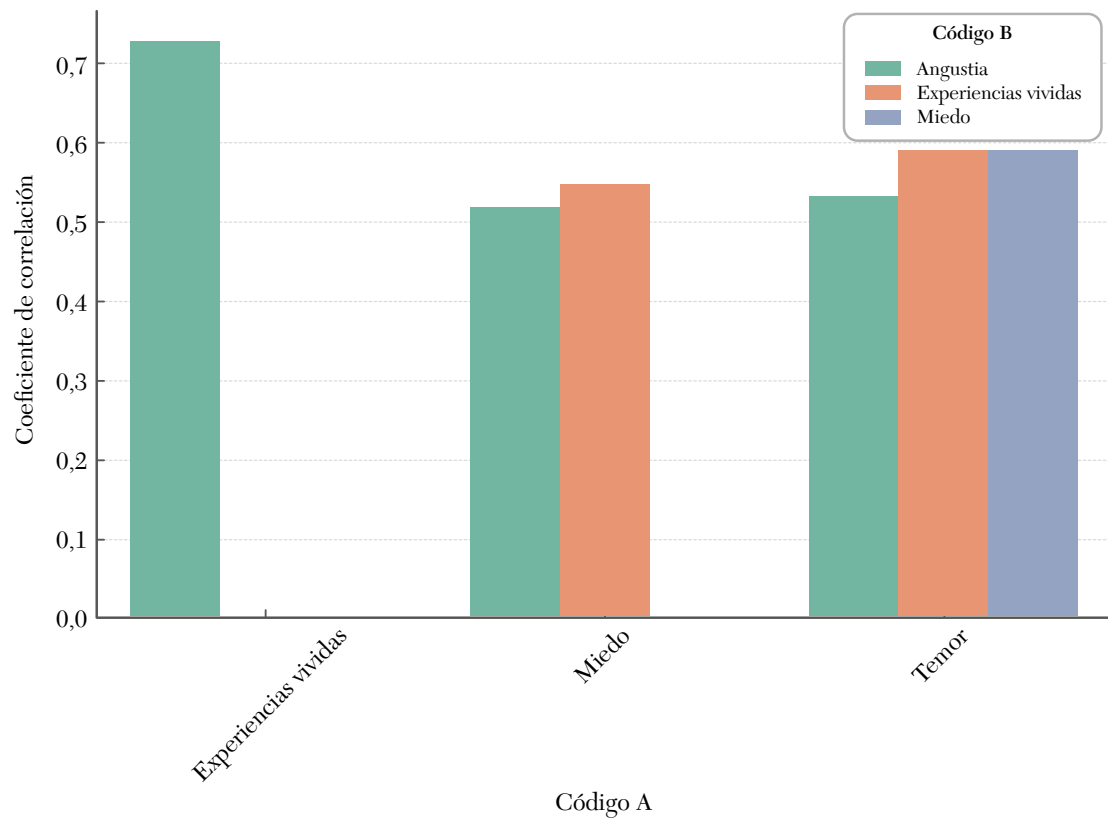
recurrencia, lo que genera categorías con una relación que permea el carácter existencial de los diálogos realizados en los tiempos de pandemia, y que dieron punto de partida para la interpretación hermenéutica.

Categoría de la angustia

Emergieron 5 temas que se desarrollaron en esta categoría. Cada una de las categorías está basada en el análisis de entrevistas y grupos focales desarrollados previamente. Los temas reflejan las experiencias emocionales y existenciales del personal de salud durante la pandemia de COVID-19, para ofrecer una comprensión

profunda de los desafíos y aprendizajes surgidos en este contexto de crisis.

- *Culpa*: los entrevistados, de forma reiterativa, se refirieron a la sensación de culpa durante la atención de los pacientes con COVID-19, con cuestionamientos sobre por qué la persona que atienden cursa una enfermedad potencialmente mortal. Este fenómeno observado fue prácticamente universal, con una mayor proporción en el personal femenino.
- *Aprendizaje*: durante la pandemia, los trabajadores de la salud experimentaron una nueva condición en

Figura 2. Comparación de coeficientes de correlación Pearson

Fuente: generada con ChatGPT con datos de coeficiente de correlación de Pearson del programa NVivo.

el manejo de una patología específica. Durante los primeros casos presentados en la pandemia, nuevos protocolos, tratamientos e, incluso, medios de aislamiento fueron implementados, lo que el personal interpretó como la angustia de desconocer a qué tipos de situación se enfrentaban.

- *Consecuencias y secuelas:* para el personal de salud, la exposición continua a una patología potencialmente mortal condujo a la angustia constante de adquirir la

enfermedad. El contacto directo con pacientes que presentaban secuelas severas derivó en fenómenos de transferencia inevitables. La falta de comunicación debida al volumen de trabajo impidió que terapias dirigidas fueran implementadas.

- *Familia:* la mayor de todas las preocupaciones generadoras de angustia referidas por el personal fue la familia. Relatos de aislamientos severos individuales en las familias de los trabajadores se presentaron.

La angustia de ser fuente de contagio para los seres queridos llevó al aislacionismo y la incomunicación voluntaria del personal de salud. La sensación de ver a la familia en sufrimiento por las labores diarias de los colaboradores, identificada en las entrevistas realizadas, generó en ellos sensación de impotencia, inquietud y ansiedad.

Categoría del temor

Para Søren Kierkegaard, el temor se presenta ante la libertad de existir, al ser conscientes de nuestra propia existencia y entender que somos la mezcla de alma, espíritu y cuerpo, finitud e infinitud, temporalidad e inmortalidad. Para este pensador danés, la repuesta está en la fe. En la investigación se identificaron los siguientes temas en esta categoría:

1. *Muerte*: para los trabajadores de la salud, experimentar la muerte de pacientes ha hecho parte de su labor en las UCI, sin embargo, durante las entrevistas realizadas se evidenció el efecto que la alta mortalidad tuvo en el personal. El acompañamiento en los procesos de muerte de pacientes aislados llevó a asumir en ocasiones sensación de duelo hacia pacientes con estancias prolongadas, generadoras de empatía. La muerte propia como generadora de temor no fue la norma encontrada, pero sí el temor a la muerte de seres queridos durante la pandemia.
2. *Reflexiones*: una de las características principales evidenciadas por los trabajadores de la salud entrevistados fue el manejo del aislamiento individual, con largas horas en soledad, lo que estimuló periodos de reflexión acerca del futuro incierto, la calidad de vida al momento de la pandemia y, sobre todo, la evolución

del virus. Los entrevistados relataron el temor hacia la incertidumbre en un medio laboral hostil.

3. *Trabajo en equipo*: durante la pandemia, los entrevistados manifestaron el temor tanto de ser contagiados como del contagio de sus compañeros de trabajo. Se evidenció así la preocupación respecto a la salud de los compañeros de labores. Se refirieron relatos sobre el temor generado ante las modificaciones de los equipos de trabajo relacionadas con incapacidades y renunciaciones. Sin embargo, el trabajo en equipo fue una de las mayores fortalezas que los entrevistados manifestaron.
4. *Vocación del servicio*: a pesar del temor generado en el personal entrevistado, ya sea por las características de su labor o por la exposición a una enfermedad peligrosa, una sensación que resaltó fue la emergencia de la vocación del servicio por encima de cualquier otro sentimiento. Sacrificios individuales significativos, problemas relacionados con el transporte o la economía de los hogares golpeada por la pandemia fueron irrelevantes ante la disposición del personal entrevistado para cumplir con sus labores asignadas.

Categoría del miedo

En la categoría del miedo se identificaron los siguientes temas:

1. *Rechazo*: uno de los temas recurrentes para el personal sanitario entrevistado fue las múltiples ocasiones en que fue objeto de rechazo en su actividad social diaria. Relatos de segregación en conjuntos residenciales, problemas para ingreso a tiendas de víveres y para uso de transporte público, así como las normas locales

que buscaban evitar que el personal de salud saliera de la ciudad y regresara a sus hogares, propuestas de aislamiento selectivo en hoteles para evitar contagios, etcétera. Esta sensación poco solidaria desencadenó en el personal entrevistado el miedo por su propia seguridad y por el desarrollo libre de sus labores.

2. *Pandemia*: durante los primeros meses de la enfermedad, las sensaciones de miedo por parte del personal entrevistado relacionadas con la duración de la pandemia, y con el volumen y la calidad del trabajo superaron con mucho las expectativas, lo que generó miedo a lo desconocido por parte del personal de salud.
3. *Salud mental*: para los trabajadores de la salud, uno de los problemas más relatados fue el relacionado con la salud mental. La sensación transmitida por los entrevistados fue de falta de acompañamiento por parte de los grupos de apoyo de psicología, los cuales fueron direccionados a la atención de los pacientes y sus familias. Fueron comunes los relatos de llanto frecuente, intra y extrahospitalarios, y los fenómenos de depresión reactiva no intervenidos, por ser considerados normales por quienes los padecieron. El miedo a experimentar episodios que afectaran de manera permanente su salud mental fue referenciado por el personal.
4. *Vivencias*: los sujetos entrevistados evidenciaron múltiples historias relacionadas con las interacciones con pacientes críticamente enfermos: ser testigos de muertes no esperadas, fallecimientos de varios miembros de una familia, desenlaces fatales de pacientes jóvenes, etcétera. Estos episodios desencadenaron sensaciones de miedo ante la demostración de la labilidad de la vida humana.

Categoría de experiencias vividas

En esta categoría se destacan aquellos eventos narrados por los entrevistados en los que emergieron preocupaciones no previstas al inicio de la investigación:

1. *Depresión*: en el contexto de la pandemia, múltiples factores fueron identificados por los entrevistados como generadores de distrés emocional. En el caso de los cuadros de depresión, las razones esgrimidas se presentaron un gran espectro, desde episodios aislados de depresión reactivados por factores menores hasta episodios de depresión severa con ideación suicida, los cuales no recibieron la atención requerida en su momento. Durante las entrevistas se presentó, en la mayoría de los casos, llanto ante los relatos de los participantes, lo que denota episodios de depresión no resueltos y, en algunos casos, activos.
2. *Aislamiento*: para los trabajadores de la salud, las medidas de aislamiento obligatorio por parte de las entidades gubernamentales tuvieron un marco diferente. De acuerdo con las entrevistas realizadas, se permitió la libre movilidad en la ciudad, lo cual dejó a algunos trabajadores cierto margen de acción. Sin embargo, la reclusión individual voluntaria fue la norma. Se relataron historias de aislamiento en los domicilios ocupados por otros familiares, consumo de alimentos en solitario con vajillas de uso exclusivo, cambios de ropa en sectores aislados —incluso no adecuados— de las viviendas y traslados de domicilio para evitar contacto con otras personas.
3. *Incertidumbre*: para los trabajadores sanitarios entrevistados, el inicio de la pandemia fue especialmente complicado, debido a la incertidumbre por los eventos relatados. Según ellos, se vieron sorprendidos por

un alud de noticias sobre la llegada de la pandemia a los países europeos, con alta mortalidad, como en los casos italiano y español. En el ámbito local, los entrevistados se refirieron a las noticias de países fronterizos, como Ecuador, en especial la ciudad de Guayaquil, cuyas dramáticas imágenes fueron emitidas por los medios de comunicación locales. Algunas de las personas entrevistadas informaron de un elevado número de renuncias ante la incertidumbre por la evolución pandémica.

4. *Existencia*: uno de los factores que más trascendió en las entrevistas fue la relación entre la propia existencia y el fallecimiento de pacientes que, en concepto de muchos, no padecían mayores comorbilidades que pusieran su vida en riesgo. Seguir sano, a diferencia del paciente con características similares a las de los entrevistados, generó los sentimientos de culpa ya descritos, así como cuestionamientos sobre la relación con sí mismos y su visión sobre la propia mortalidad. Se presentaron casos de trabajadores que discutieron ampliamente con sus familias el rumbo que estas debían tomar en caso de su fallecimiento, así como casos en los que el tema se mantuvo en silencio.

Todo esto se configuró en el tránsito final de la búsqueda de Dios o del estadio religioso planteado por Søren Kierkegaard. La posibilidad de encuentro con la pandemia condujo a la construcción de un hombre con carácter religioso, para el que la *fe* cambió la desesperación por esperanza, y la angustia de la pandemia por la confianza en la gracia de Dios.

Esta búsqueda continua de espiritualidad ha dado lugar a experiencias vividas que moldean la búsqueda de Dios y que se reflejan tácitamente en los siguientes relatos:

Referencia 1. Cobertura⁶ 5,67 %

Pues yo soy muy escéptica a todas esas cosas religiosas, pero definitivamente uno en algunos momentos así tiene que pegarse a algo, porque es duro. O sea, estar ahí es muy duro: ver tantos muertos, tanta gente tan enferma, la época en la que a nivel país estuvimos sin sedantes, sin relajantes. Fue muy duro. Entonces digamos que en algún momento yo decía: “esto es castigo, somos tan malos que Dios nos mandó todo eso a ver si la gente reacciona, si como humanidad reaccionamos a tanto daño que hemos hecho”. Sí, hubo momentos en los que yo decía a Dios ayúdanos acá con todo esto, porque yo creo que solos no, no éramos capaces. Pero sí creo que se fortaleció un poco. Tampoco es que esté pues pegada a Dios, no, pero creo que sí se fortalece un poco esa parte.

Referencia 3. Cobertura 2,78 %

Yo pienso que aumentaron, mi fe creció muchísimo, porque todos los días era tan apegada a Dios y le pedía a Dios de que [sic] ayudara a tantas personas, de que [sic] si no las iba ayudar a recuperar entonces que les diera un descanso lo más pronto posible, y yo sentía que, no sé, definitivamente se aumentó y todos los días le daba gracias a Dios, porque yo no estaba enferma y mi mamá, mi sobrina, mi pareja no estaba enferma, entonces yo decía: “hoy fue un día superado”, viviendo el día a día.

⁶ Según el programa NVivo para estudios cualitativos, cobertura es el valor de porcentaje de una entrevista en las distintas referencias.

Se aprecia así un gran tránsito en el desarrollo de la pandemia, desde relatos extremadamente fuertes producidos por el miedo, la angustia y la desesperación, hasta la construcción ética y la búsqueda de caminos de esperanza en el diálogo permanente con lo superior e infinito llamado Dios.

DISCUSIÓN

En este estudio fenomenológico hermenéutico se pretendió comprender las categorías existenciales del personal de salud frente al miedo, el temor y la angustia que surgen de los momentos críticos de acompañamiento en la pandemia de la COVID-19. Desde el análisis de los enunciados significativos de las entrevistas y grupos focales, en las respectivas declaraciones, se reconocieron temas transversales o esenciales, como la culpa o los aprendizajes vividos que generaron consecuencias o secuelas en el personal médico: desde las condiciones de trabajo al límite hasta las mismas relaciones familiares. Todo ello se catalogó en una primera categoría llamada *angustia*.

Una segunda categoría fue el *temor*, la cual se identificó en el diálogo de los discursos o eventos continuos sobre la muerte que se desarrollaron en reflexiones permanentes de los equipos de trabajo, con lo que se descubrió una sensación bipartida o tensión entre la vocación de servicio y la soledad.

Como tercera categoría se tiene el *miedo* frente al significado de la pandemia como algo novedoso que se aprendió desde las vivencias e impactos en la salud mental del profesional de la salud.

La cuarta categoría fue las experiencias vividas del personal de salud, al límite de la depresión, el aislamiento

y la incertidumbre, con lo que se generaron diálogos profundos sobre la existencia humana.

Es importante generar, en esta área, investigación de corte cualitativo, como afirman Chapela et al. (18), con el sentido de la escucha a los no escuchados. Por ejemplo, abordar la ansiedad ocasionada por las oleadas de esa mortal enfermedad (la COVID-19) y las carencias en los cuidados médicos que no lograron ser conjuradas, pese a los esfuerzos de quienes se encontraban a la cabeza de los ministerios de salud en los distintos países. García et al. (19) conminan a recopilar datos textuales, secuencias, imágenes o narrativas, con el fin de desarrollar un trabajo de campo útil que facilite la comprensión de un fenómeno determinado. Se considera que la pandemia transformó la investigación cualitativa, e impactó tanto en el diseño del estudio como en la aplicación de los resultados en la práctica clínica. Además, aumentó la intersubjetividad en este tipo de investigación e introdujo cambios en los métodos y técnicas, lo que podría influir en los resultados (20).

Atuesta et al. (21) reportaron que el 68,4 % de los trabajadores de salud en Bogotá manifestó estrés; el 54,4 % desarrolló ansiedad debido a la pandemia; un 43,9 % presentó fatiga; el 31,6 %, depresión; el 5,3 % manifestó haber experimentado pensamientos autodestructivos; el 3,5 %, pensamientos intrusivos; el 1,8 % manifestó haber sentido miedo; y, por último, el 15,8 % de los trabajadores respondió que no desarrolló ningún trastorno de salud mental a raíz de la pandemia de la COVID-19.

Otro estudio realizado desde la subjetividad (22) aborda el centro del análisis del sufrimiento institucional de los sujetos en las dinámicas institucionales e identificó cinco categorías emergentes: 1) cambios en los esce-

narios de trabajo; 2) emociones y actitudes frente a la tarea; 3) vínculos dentro de los equipos; 4) vínculos con las autoridades; y 5) vínculos con la comunidad. Para esta corriente de pensamiento, cuando la trama discursiva se resquebraja, cuando la incoherencia predomina en el mundo cotidiano de los sujetos, aparece el sufrimiento institucional.

Por su parte, Carrión y Maldonado (23) reportaron testimonios de residentes de último año de posgrado que laboraban en UCI y que experimentaron sentimientos de asombro y, posteriormente, incertidumbre, y cuyas narraciones se caracterizaron por una visión negativa marcada por la resignación, el rechazo a las medidas del gobierno, el miedo y la inseguridad, mientras que las visiones positivas fueron de fortaleza, esperanza y oportunidad de actualización profesional.

El informe realizado por Tonelli, Parada y Bravo en 2021 en países como Chile, Colombia, Costa Rica y México identificó factores adicionales, como una sobrecarga laboral para los equipos de salud, los cuales tuvieron que enfrentarse a un sistema hospitalario colapsado, que no contaba con el suficiente personal para dar respuesta a la alta demanda que trajo la pandemia (24), datos similares a los encontrados en el presente estudio.

Con respecto a la tarea fundamental de cuidar al otro, Hudson (25) encontró que durante la pandemia se restringen como nunca los lazos afectivos. El cuidado del otro se da en doble sentido: cuidar a (y cuidarse de) los pacientes, pero también cuidar a (y cuidarse de) los compañeros para evitar contagios. Esto provoca aislamiento, ensimismamiento y pérdida de lazos de cooperación indispensables para atravesar el umbral de riesgo y, mucho más, los periodos de catástrofe. En el relato de las

vivencias también se observan experiencias de cuidado, cargadas de emociones positivas y negativas (26). Muchos de los sentimientos negativos y de disconformidad de los médicos clínicos entrevistados se sustentan en la falta de reconocimiento del esfuerzo, el cansancio y la sobrecarga emocional a los que se enfrentan día a día al ejercer su trabajo. En estos términos, resulta de suma importancia escuchar y atender a quienes cuidaron y protegieron nuestras vidas en los tiempos complicados de la lucha contra la COVID-19 (27).

Otro estudio (28) muestra que la afectación socioemocional de los médicos, de acuerdo con su percepción, se observó en sintomatología mental asociada a la ansiedad, al estrés generado por el miedo y a la incertidumbre, la depresión y el agotamiento físico, que podrían derivar en lo que se conoce como *burnout*, el cual puede verse reflejado en una deficiente atención médica. Por esto es necesario centrar la atención en el desarrollo de las competencias socioemocionales y personales que dan sustento a las competencias profesionales.

En un estudio cualitativo del síndrome de *burnout* durante la pandemia entre profesionales de AP en Cataluña, los encuestados manifestaron síntomas y consecuencias del agotamiento emocional causado por el trabajo; hicieron énfasis en cuestiones organizativas relacionadas (sobrecarga asistencial y mala organización) e informaron que, ante este estado de agotamiento, no recibían atención específica por parte de las organizaciones de las que formaban parte (29).

Para Loza et al. (30), la pandemia provocó a nivel global necesidades emergentes que originaron nuevas formas de realizar consultas médicas, principalmente a través de las tecnologías de la información y la comunicación, lo que

fue una solución para muchos, pero llevó a la exclusión de otros, debido a la brecha tecnológica preexistente. A este fenómeno se sumó que el personal médico afrontó una sobrecarga para informar, mediante llamadas telefónicas y videollamadas, el estado de salud de los pacientes, con lo que entraron en juego modelos bioéticos como el principalismo, el utilitarismo y la bioética centrada en la persona para las decisiones clínicas con base en el respeto de los derechos y la dignidad de las personas (31).

Un hallazgo desde la perspectiva filosófica es la descripción de las experiencias vividas y lo que experimenta el personal de la primera línea en la atención de pacientes con COVID-19 en UCI a partir de las teorías existencialistas de Søren Kierkegaard y, específicamente, de los tres estadios descritos a continuación.

- *Estadio estético*: antes de la pandemia, los trabajadores vivían en un estado estético, en busca de placer en su rutina diaria. Sin embargo, la llegada de la pandemia transformó esta experiencia en angustia y desesperación, lo que interrumpió su búsqueda de felicidad.
- *Estadio ético*: la crisis obligó a hacer frente a decisiones éticas y morales complejas que implicaban una profunda responsabilidad. Las decisiones, antes mecánicas, se volvieron profundamente humanas, marcadas por la angustia y la carga emocional.
- *Estadio religioso*: en medio de la adversidad, muchos trabajadores experimentaron un *salto* hacia el estadio religioso, donde la fe y la búsqueda de significado se convirtieron en elementos cruciales para enfrentar la angustia. La fe les permitió encontrar esperanza y reafirmar su vocación de servicio.

Estos estadios reflejan cómo la pandemia generó un movimiento interior en los trabajadores, lo cual confrontó sus emociones y los llevó a buscar un sentido en medio de la crisis, con la angustia como hilo conductor de sus vivencias.

La angustia es una de las categorías transversales en esta investigación y se convirtió en la principal emoción existencial en el personal de la primera línea. Así mismo, la experiencia límite de la pandemia generó un movimiento interior con una particularidad en cada uno de los estadios.

La época de la pandemia fue compleja para todos con las experiencias vividas, pero la angustia siempre se ha mantenido presente en este relato. Al hablar de un tiempo antes, durante y después, en el antes (prepandemia) se identifica el estadio estético con la persona esteta que se configura por la contemplación y el placer de las rutinas y las acciones cotidianas que se pudieran desarrollar en una UCI. Se puede contemplar al sujeto en constante desesperación y angustia en su búsqueda de culminar con éxito todo lo que se propone, girando en un eterno retorno. Pueden existir momentos de felicidad e infelicidad con una cierta tensión marcada por la angustia, lo que genera desesperación en el estado estético. Se crean así espejismos en la manera de vivir, sin concretar el saber vivir en felicidad.

La pandemia representa un giro singular debido a las experiencias narradas, que, aunque incompletas, son extremas en cada uno de los relatos referenciados. Aparece así el estadio ético, con las normas éticas y morales en la toma de decisión, con el trasfondo de la lucha por la vida de miles de pacientes: situaciones nada fáciles que llevaron al personal médico de la primera línea a tomar

decisiones profundamente racionales frente a la opción de un espacio en la UCI, decisiones que dejaron de ser simplemente mecanicistas, para ser profundamente humanas en medio de la desesperación y la angustia.

En este trasegar, los sujetos de la primera línea en las unidades de UCI marcaron un salto al vacío, impulsados por lo que Kierkegaard llamaría la *fe*: un acto de absoluta confianza, que les permitió experimentar el estadio religioso en medio de la incertidumbre y el sufrimiento. Al encontrarse en un estado de excepción (32), al no haber mediación posible, solamente queda una posibilidad, el salto, la pirueta mental hacia el infinito, pero sin perder la perspectiva finita (33). Se llega a la fe experimentando todas las vivencias narradas en este estudio. Finalmente, la fe los llevó, por la alteridad, a afianzar profundamente la vocación del servicio con pasión. El sacrificio del hijo de Abraham se manifestó en la fe arraigada en cada caso positivo y en la búsqueda permanente de la esperanza por la vida de los pacientes. La fe como experiencia individual fue marcada por la misma angustia presente en esta narración. La fe para Søren Kierkegaard es lo que ayuda al individuo a salir de lo inconsolable (34).

Todas las narraciones y vivencias generadas marcaron una descripción textural que conforma las noemas con los que se afianzan las declaraciones específicas con un carácter reflexivo e intuitivo y que, finalmente, se reconoció en los discursos de las entrevistas.

CONCLUSIONES

Los hallazgos de este estudio muestran el profesional de la salud que percibió desde la misma existencia humana las categorías transversales emergentes, como son el temor,

la angustia y el miedo que surgieron de la pandemia y que marcaron el reto significativo de afrontar una de las situaciones límite de este siglo. Surgen así la alteridad y el reconocimiento de la vocación de servicio incondicional por el otro. Igualmente, se presenta un giro en la búsqueda de lo religioso que marcó un proceso introspectivo de reflexión en el límite, viviendo nuevas maneras de concebir la humanidad con un gran sentido ético.

El cuidado de la humanidad durante la pandemia surge desde la angustia, el estrés laboral y el cansancio del personal de salud, con lo que se logra tomar conciencia del otro, gracias a experiencias cargadas de emociones entre la tensión de la alegría y la angustia de la muerte. Las enseñanzas y los aprendizajes marcarán ambientes pedagógicos y didácticos en la formación futura de los profesionales de la salud.

El personal médico debe ser apoyado, en un proceso de atención pospandemia, ya que continúa inmerso en procesos de sanación y resiliencia. Que siga siendo escuchado es una tarea urgente.

REFERENCIAS

1. Mehta S, Yarnell C, Shah S, Dodek P, Parsons-Leigh J, Maunder R, et al. The impact of the COVID-19 pandemic on intensive care unit workers: a nationwide survey. *Can J Anaesth.* 2022;69(4):472-84. DOI: <https://doi.org/10.1007/s12630-021-02175-z>
2. Liu CH, Zhang E, Wong GTF, Hyun S, Hahm HC. Factors associated with depression, anxiety, and PTSD symptomatology during the COVID-19 pandemic: clinical implications for U.S. young adult mental health. *Psychiatry Res.* 2020 Ago;290:113172. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113172>

3. Johnson SU, Ebrahimi OV, Hoffart A. PTSD symptoms among health workers and public service providers during the COVID-19 outbreak. *PLoS One*. 2020;15(10):e0241032. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0241032>
4. Azoulay E et al. Symptoms of burnout in intensive care unit specialists facing the COVID-19 outbreak. *Annals of Intensive Care*. 2020 Ago 8;10(1):110. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13613-020-00722-3>
5. Elbay RY, Kurtulmuş A, Arpacioğlu S, Karadere E. Depression, anxiety, stress levels of physicians and associated factors in COVID-19 pandemics. *Psychiatr. Res*. 2020 Ago;290:113130. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113130>
6. Pappa S, Ntella V, Giannakas T, Giannakoulis VG, Papoutsis E, Katsaounou P. Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *Brain Behav Immun*. 2020 Ago;88:901-7. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.026>
7. Rossi R, Socci V, Pacitti F, Di Lorenzo G, Di Marco A, Siracusano A, et al. Mental health outcomes among frontline and second-line health care workers during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic in Italy. *JAMA Netw Open*. 2020 May 28;3(5):e2010185. DOI: <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.10185>
8. Vinueza Veloz AF, Aldaz Pachacama NR, Mera Segovia CM, Pino Vaca DP, Tapia Veloz EC, Vinueza Veloz MF. Síndrome de *burnout* en médicos/as y enfermeros/as ecuatorianos durante la pandemia de COVID-19. *Revista de la Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo*. 2020 Ene 1º;2:1-21. DOI: <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.708>
9. Silva-Gomes RN, Silva-Gomes VT. Pandemia de la COVID-19: síndrome de Burnout en profesionales sanitarios que trabajan en hospitales de campaña en Brasil. *Enferm Clin*. 2021;31(2):128-9. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.10.011>
10. Soto Terrones VA. Relación entre estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en personal médico durante la pandemia COVID-19 [tesis de pregrado]. [Lima]: Universidad de Lima; 2021: 33 pp. Disponible en: <https://repositorio.ulima.edu.pe/handle/20.500.12724/13248>
11. Monterrosa-Castro A, Dávila-Ruiz R, Mejía-Mantilla A, Contreras-Saldarriaga J, Mercado-Lara M, Flores-Monterrosa C. Estrés laboral, ansiedad y miedo al COVID-19 en médicos generales colombianos. *MedUNAB*. 2020 Jul 22;23(2):195-213. DOI: <https://doi.org/10.29375/01237047.3890>
12. Alvarado J. COVID-19: Desafíos filosóficos de un mundo en pandemia: *Rev Filos*. 2020 Dic 28;37(96):109-27.
13. Gordillo Álvarez-Valdés L. Ideología y ética de la voluntad: una base para la reflexión bioética. *Cuad Bioet*. 2015;26(86):51-68.
14. Valles S. M. Técnicas cualitativas de investigación social: reflexión metodológica y práctica profesional. Madrid: Síntesis; 1999. 430 p.
15. Fuster Guillen DE. Investigación cualitativa: método fenomenológico hermenéutico. *Propósitos y Representaciones*. 2019;7(1):201-29. DOI: <https://doi.org/10.20511/pyr2019.v7n1.267>
16. Carabayo RA. La metodología fenomenológico-hermenéutica de M. van Manen en el campo de la investigación educativa: posibilidades y primeras experiencias. *Rev Investig Educ*. 1 de julio de 2008;26(2):409-30.
17. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio M del P. Metodología de la Investigación. México: McGraw-Hill; 2014. 600 pp. Disponible en: https://www.esup.edu.pe/wp-content/uploads/2020/12/2_Hernandez_Fernandez_y_Baptista-Metodologia_Investigacion_Cientifica_6ta_ed.pdf
18. Chapela Mendoza M del C, Martínez Salgado C, Peñaranda Correa F. ¿Por qué necesitamos investigación cualitativa en el campo de las ciencias de la salud?: enseñanzas de la pandemia 2020-2021. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*. 2 de junio de 2022;40(2):e349880-e349880. <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.e349880>
19. García MH, Lineros-González C, Ruiz-Azarola A. Cómo adaptar una investigación cualitativa a contextos de confinamiento. *Gaceta Sanitaria*. 2021 May 1º ;35(3):298-301. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.06.007>

20. Presado MH, Baixinho CL, Oliveira ESF de. Investigación cualitativa en tiempos de pandemia. *Rev Bras Enferm.* 2021 Jun 11;74 Suppl 101:e74. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167.202174suppl101>
21. Atuesta Fajardo LN, Corredor Matiz IA, Monroy Silva MV, Alcalá Zárate LF. Análisis de las condiciones laborales del sector salud a raíz de la pandemia (COVID-19) en Bogotá en el 2021. *EIEI Acofi.* Sep 2022; 1-10. DOI: <https://doi.org/10.26507/paper.2606>
22. Abalo Miller K, Bang C. Dimensión subjetiva de los procesos de trabajo en profesionales de salud en contexto de pandemia: un estudio exploratorio a partir del análisis de dispositivos de apoyo a los equipos de salud en un municipio del Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA). *Psicología, Conocimiento y Sociedad.* 2022;12(1):5-34. DOI: <https://doi.org/10.26864/PCS.v12.n1.1>
23. Carrión Suárez F, Maldonado Guerrero D. Impacto en la salud mental de la pandemia de COVID-19 en residentes del último año del postgrado de emergencias de la PUCE, Quito (abril-2020). *Cuad Med Soc.* 2021;61(3):9-16. DOI: <https://doi.org/10.56116/cms.v61.n3.s1.2021.82>
24. Tonelli P, Parada Lezcano M, Bravo I. La pandemia por COVID 19: el derecho a la salud en tensión. Un estudio cualitativo exploratorio en Chile, Colombia, Costa Rica y México. San José: Flacso; 2021. 204 p. Disponible en: <https://www.flacso.org/node/283>
25. Hudson JP. El personal de salud en la pandemia: trabajar en un umbral de riesgo permanente. *Debates en Sociología.* 2021 Dic 9;(53):11-39. DOI: <https://doi.org/10.18800/debatesensociologia.202102.001>
26. Pérez Toriz JE, Báez Hernández FJ, Flores Merlo M, Nava Navarro V, Morales Nieto A, Zenteno López MA. El significado del cuidado enfermero en el contexto de la pandemia COVID-19. *Sanus: Revista del Departamento de Enfermería de la Universidad de Sonora.* 2020;(16):1-13. DOI: <https://doi.org/10.36789/sanus.vi16.236>
27. Laporta R, Helmbrecht IM. Pandemia y ASPO: percepciones y sentimientos en el sector público de la salud. Un estudio cualitativo. XIV Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires; 2021. Disponible en: <https://www.aacademica.org/000-074/219>
28. Parra Acosta H, Pizarro N, González Carrillo E. Percepción del desempeño ético, socioemocional y académico de médicos de primera línea en la pandemia por COVID-19. *IE Revista de Investigación Educativa de la Rediech.* 2022;13:e1467. DOI: https://doi.org/10.33010/ie_rie_rediech.v13i0.1467
29. Segarra AR, Alcolea García R, Arribas Tutusaús D, Casado Montañés X. Estudio cualitativo de burnout durante la pandemia entre profesionales de la atención primaria en Cataluña. *Medicina General.* 2022;11(6):3. DOI: <https://doi.org/10.24038/mgyf.2022.058>
30. Loza CA *et al.* A qualitative study on the elderly and accessibility to health services during the COVID-19 lockdown in Buenos Aires, Argentina - Part 2. *Medwave.* 2021 May 24;21(4):e8192.
31. Ramírez Borrero ND, Corredor Niño MA, Navas Gutiérrez SE. Recomendaciones bioéticas para la pandemia, una perspectiva personalista. *Pers Bioet.* 2021 Jun 1º;25(1):e2515-e2515. DOI: <https://doi.org/10.5294/pebi.2021.25.1.5>
32. Galván Delgado I. Relegere: una reflexión desde Kierkegaard sobre el confinamiento. *Boletín 25, Sociedad Iberoamericana de Estudios Kierkegaardianos.* 2020 Ene 1º. Disponible en: https://www.academia.edu/44351109/Relegere_Una_reflexi%C3%B3n_desde_Kierkegaard_sobre_el_confinamiento
33. Torralba F. La suspensión de lo ético. *Lectura de Temor y temblor.* En: Guerrero L, coordinador. Søren Kierkegaard: una reflexión sobre la existencia humana. México D.F.: Universidad Iberoamericana; 2009. pp. 139-165.
34. Kierkegaard S. *Temor y temblor.* México: Alianza Editorial; 2014. 248 pp.