

Elementos para comprender la discriminación y agresiones en contra de personal sanitario durante la pandemia de COVID-19

Elements to understand acts of aggression and discrimination towards the healthcare personnel during the COVID-19 pandemic

Ana-Ruth Díaz-Victoria¹

Forma de citar: Díaz-Victoria AR. Elementos para comprender la discriminación y agresiones en contra de personal sanitario durante la pandemia de COVID-19. Salud UIS. 2020; 53(3): 319-325. doi: <https://doi.org/10.18273/revsal.v52n3-2020012>



Resumen

A raíz de la pandemia de COVID-19 provocada por el SARS-CoV 2, en tan solo seis meses de su existencia se han adoptado distintas medidas de protección y atención a la población mundial. Los trabajadores de la salud han realizado grandes esfuerzos para combatir la enfermedad a nivel hospitalario. De forma paradójica, se han identificado actos de discriminación y agresión en contra del personal sanitario, que incluyen la negación de servicios, amenazas, daño físico y patrimonial, principalmente. El propósito de este trabajo es describir algunos elementos que permitan comprender el comportamiento social de discriminación que sufren los trabajadores sanitarios. Se describe el estado de la salud mental en la población general y del personal intrahospitalario durante la pandemia, así como los antecedentes de agresiones al personal de salud previos a esta condición, que permiten tener un panorama general desde distintas perspectivas, con el fin de establecer lineamientos generales útiles para su prevención.

Palabras clave: COVID-19; Salud mental; Discriminación; Agresión; Personal sanitario.

Abstract

Within six months only of its existence as result of the ongoing pandemic of COVID-19 caused by the SARS-CoV2, various safety measures have been applied in order to offer both protection and attention to the worldwide population. Healthcare professionals have been making great efforts to fight the disease on a hospital care level but paradoxically, acts of aggressive discrimination have been presented towards the health personnel, which mainly include: denying services, threats, and physical damage as well as patrimonial. This paper's purpose is to describe some of the elements that help understand the mass social discriminative behaviour showing up towards healthcare workers. Healthcare personnel and general population's mental health states during this pandemic are both described, as well as background checks of aggression towards healthcare workers predating the present pandemic, allowing a bigger picture to be examined, with the intention of establishing new general guidelines to prevent future acts of discrimination.

Keywords: COVID-19; Mental health; Discrimination; Aggression; Healthcare personnel.

1. Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía "Manuel Velasco Suárez", Unidad de Cognición y Conducta. México.

Correspondencia: Ana Ruth Díaz Victoria. Dirección: Av. Insurgentes Sur No. 3877 Colonia La Fama, Ciudad de México. C.P. 14269. México. Teléfono: (+52) 5556063822, ext. 1016. Correo electrónico: ardiazvictoria9@gmail.com

Introducción

En el mes de diciembre del 2019 fue reportada en la ciudad de Wuhan, China, la presencia de una enfermedad que provocaba una afectación respiratoria aguda asociada a coronavirus, llamada “enfermedad por coronavirus 19 (COVID-19)”. El grupo de estudio de coronavirus del Comité Internacional de Taxonomía de los Virus lo denominó como “SARS CoV 2”¹.

Este cuadro se extendió rápidamente a lo largo del continente asiático y europeo, convirtiéndose, debido a su extensión geográfica y temporalidad, en una pandemia. Hacia el final del mes de enero de 2020 llegó al continente americano, incorporando nuevos miles de contagios y decesos.

Después de la tercera semana de junio (a casi seis meses después de su origen) la Organización Mundial de la Salud ha documentado más de 9,000,000 casos confirmados y casi medio millón decesos a causa de la enfermedad producida por el SARS CoV 2. Aunado a ello, ha habido un cambio sustancial en la forma de conducirse en el mundo entero desde el punto de vista de la economía, salud, educación y medio ambiente en prácticamente todos los países del planeta, por lo que forma parte de la agenda mundial.

Por esta razón, resultan fácilmente predecibles consecuencias en la salud física y mental de la población, especialmente de los sectores más vulnerables, que pueden incluir aumento de estrés (manifestado por insomnio, enojo, miedo extremo a la enfermedad a pesar de no presentar exposición a ella), conductas de alto riesgo (abuso en el consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias, aislamiento social) y trastornos en la salud mental (estrés postraumático, ansiedad, depresión y somatización, entre otras)².

En contraparte, resulta cada vez más frecuente encontrar eventos que indican discriminación y agresión en contra de los trabajadores de la salud, especialmente aquellos que se encuentran en la primera línea de atención de los pacientes contagiados por el SARS CoV 2.

El propósito de este trabajo es describir algunos elementos que permitan comprender el comportamiento social de discriminación que sufre actualmente el personal sanitario, con el fin de prevenir este tipo de conductas, estableciendo lineamientos generales útiles para los trabajadores de la salud y la población general.

La salud mental en la población durante la pandemia de COVID-19

En virtud de que en China ya ha pasado la fase más grave y aguda de la epidemia, los científicos se han dado a la tarea de dar a conocer los resultados de distintas investigaciones que se han hecho *exprofeso*. La condición de emergencia sanitaria mundial representa un reto para el conocimiento de distintas disciplinas, entre ellas las relacionadas a la salud mental.

Wang, et al.³ realizaron un estudio sobre el impacto psicológico de la pandemia y el estado de la salud mental de pobladores de 194 ciudades de China, incluyendo a 1210 participantes. Debido a las disposiciones gubernamentales de reducir el contacto personal, se aplicó un cuestionario en línea con respuestas anónimas que incluía, además de la información demográfica, síntomas físicos en los últimos 14 días, conocimientos y preocupaciones acerca de COVID-19, medidas de precaución para el COVID-19 aplicadas en los últimos 14 días, información adicional requerida sobre la enfermedad, el impacto psicológico del brote de COVID-19 y el estado de salud mental. Los resultados mostraron que el 53.8 % de la población estudiada reportó un impacto psicológico negativo de la epidemia en grado moderado a severo; el 28.8 % reportó síntomas ansiosos de moderados a severos, el 16.5 % documentó síntomas depresivos de moderado a severos y el 8.1 % determinó tener niveles de estrés de moderados a severos. Cabe señalar que el 84.7 % del grupo estudiado permaneció en casa entre 20 y 24 horas por día, además de que el 75.1 % estaba satisfecho con la cantidad de información recibida acerca de la epidemia.

Estos resultados parecen indicar que el distanciamiento físico a través de la permanencia en el hogar, cuyo objetivo principal es la contención o disminución de contagios, no disminuye el impacto psicológico negativo de la epidemia. En este sentido, Brooks, et al.⁴ realizaron una revisión acerca del impacto psicológico de la cuarentena. Se entiende por “cuarentena” a la separación o restricción del movimiento de personas potencialmente expuestas a un padecimiento contagioso para asegurarse de su evolución y reducir el riesgo de contagio de otras personas. Se diferencia del “aislamiento” en que este último implica la separación de personas que han sido diagnosticadas con un padecimiento contagioso, de aquellas personas no enfermas. Identificaron que los estresores más importantes de la cuarentena se relacionan con factores

como la duración de esta, el miedo de contagio, frustración y aburrimiento, falta de provisiones (generales y médicas) e información inadecuada. Por tal motivo, algunas medidas que pueden mitigar los efectos negativos de la cuarentena están relacionados con el acceso oportuno, rápido y eficiente a la información, para que la población comprenda la situación, que su duración sea lo más corta posible y que existan provisiones suficientes. Por otra parte, los autores enfatizan que la mayor parte de los efectos adversos vienen de la imposición de la restricción de la libertad, por lo que una cuarentena voluntaria, es decir, en la que exista una decisión autónoma de autoaislamiento está asociada con menores niveles de estrés y complicaciones a largo plazo.

En la situación de contingencia sanitaria mundial se han visto políticas distintas para la aplicación del confinamiento de la población, desde el uso de la fuerza pública hasta la opción de dejar totalmente en los ciudadanos la responsabilidad y decisión de mantenerse aislados (como en el caso de Suecia). El modelo de salud pública en México, por ejemplo, se orientó a desalentar la movilidad ciudadana y favorecer la permanencia de la población en sus casas. A través de la “Jornada Nacional de Sana Distancia”, se suspendieron totalmente las actividades escolares, recreativas y laborales no esenciales (todas presenciales). La movilidad se redujo significativamente, aunque las necesidades económicas de un sector de la población (por una desigualdad económica histórica), así como la necesidad de adquirir provisiones, ha conducido a resultados variables en distintas zonas del país.

Con relación a los efectos psicológicos que puede traer consigo esta emergencia sanitaria, Xiang, et al.⁵ han advertido la necesidad de un cuidado riguroso a la salud mental durante y después de la pandemia, ya que asociada a ésta se encuentra morbilidad psiquiátrica diversa, relacionada con depresión, ansiedad, ataques de pánico, agitación psicomotora, síntomas psicóticos, *delirium* e incluso, suicidio.

De manera que el primer nivel de aproximación al problema que nos ocupa se relaciona con la vulnerabilidad psicológica de la población general en esta condición de emergencia. La experiencia específica de cada país ha reconocido dicha vulnerabilidad y establecido formas de intervención que permitan disminuir el impacto psicológico negativo de la pandemia. Algunas de ellas están relacionadas con la evaluación de factores de riesgo (por ejemplo,

características de la salud mental premórbida de las personas, como presencia de trastornos psiquiátricos u otras enfermedades), condiciones mentales antes de la crisis sanitaria, lesiones a sí mismos o a miembros de la familia durante el distanciamiento, circunstancias potencialmente mortales (por ejemplo, el incremento de la violencia doméstica, abuso sexual, homicidios y feminicidios exacerbados por el encierro), pánico, separación de la familia y preocupaciones relacionadas por bajos ingresos económicos, entre otros⁶.

La salud mental en el personal sanitario durante la pandemia de COVID-19

Cuando se habla de personal sanitario se hace referencia a un equipo nutrido de distintas profesiones y ocupaciones que, en conjunto, facilitan y garantizan el bienestar físico y mental de las personas que acuden a una unidad de salud. En dicho grupo se incluyen no únicamente profesionales de distintas áreas de la medicina y enfermería, sino también camilleros, asistentes técnicos y administrativos, trabajadores sociales, psicólogos, ingenieros biomédicos, químicos, personal de limpieza y mantenimiento, dietistas, nutriólogos e inhaloterapeutas, entre otros.

Es importante señalar que, al ser parte también de la población general, comparten características comunes a las mencionadas previamente. Sin embargo, la exclusiva condición de estar atendiendo directamente a personas contagiadas de un padecimiento potencialmente mortal los coloca en una posición de vulnerabilidad física y mental adicional.

Zhang, et al.⁷ investigaron sobre la salud mental y problemas psicosociales del personal sanitario durante la epidemia producida por SARS CoV 2 en China. Su modelo permitió realizar una comparación entre trabajadores sanitarios ($n=927$) y trabajadores no relacionados con el ámbito de la salud ($n=1255$). Los trabajadores del área de la salud mostraron una prevalencia significativamente mayor de insomnio, ansiedad, depresión, somatización y síntomas obsesivo-compulsivos, o un alto riesgo de padecerlos. La presencia de estos síntomas sumado al estado de vida manejado en la atención de pacientes con COVID-19, sugiere que deben hacer frente a un grado mayor de estrés psicológico y sobrecarga alostática. Dicha sobrecarga puede ser diagnosticada a través de la identificación de una fuente de estrés actual, reciente o crónica y el estresor sobrepasa las habilidades de afrontamiento de la persona. Este estresor se relaciona con alteraciones

del sueño, mareos, ansiedad generalizada, irritabilidad, tristeza, dificultades en el funcionamiento social u ocupacional y sentirse abrumado por las situaciones de la vida cotidiana.

Ante esta circunstancia, Cao, et al.⁸ identificaron una serie de necesidades básicas y de bienestar psicológico para trabajadores sanitarios en un hospital de Beijing, China, durante la pandemia. Sus hallazgos se resumen en los siguientes puntos: a) Condiciones de vivienda (para disminuir el riesgo de contagio a sus familiares, los trabajadores permanecían continuamente en el hospital, con recesos de dos semanas en una estancia temporal, con dormitorios individuales, condición con la que estuvieron satisfechos); b) Tiempo de trabajo (sus horarios laborales se fueron ajustando constantemente, tratando de disminuir el tiempo de exposición y ampliando los horarios de descanso); c) Carga de trabajo (el personal era responsable de atender un gran número de pacientes en poco tiempo, por lo que fue recomendable aumentar el número de participantes del personal sanitario); d) Seguridad médica (los trabajadores se sentían generalmente seguros con los equipos de protección personal y la supervisión en su uso, y cuando hubo escasez de éste, las autoridades del gobierno chino se movilizaron en la producción y logística de distribución para asegurar a los trabajadores de la primera línea de atención); e) Alimentación y sueño (a pesar de que el personal se sentía satisfecho con la alimentación adecuada y el ambiente propicio para el descanso y sueño, el 21.6 % de los participantes tuvieron disminución en el apetito, mientras que casi el 29.7 % manifestó tener dificultades para dormir); f) Emociones (el 6.3 % de los médicos reconoció sentirse preocupado por la posibilidad de infección, pero el 52.6 % del personal de enfermería reportó emociones negativas que incluían preocupación y añoranza por los miembros de su familia, preocupación por la posibilidad de infección y por la sobrecarga de trabajo; finalmente, el personal técnico se mostró emocionalmente estable); g) Estrategias de afrontamiento (se documentaron video-chats o llamadas telefónicas con miembros de la familia, hablar con otros colegas y asistencia psicológica a distancia, así como actividades recreativas); h) Malestar corporal (el 46 % de los participantes refirió cansancio, dolor de garganta, tos, dolor de cuello y espalda, cefalea, náusea y erupciones cutáneas); y finalmente i) la sensación de no tener logros personales, pero este hecho está directamente relacionado con que, hasta el momento, no existe algún medicamento que contribuya a la cura de la enfermedad.

Con lo anterior, se identifica un segundo nivel en el análisis del problema. El personal médico se encuentra en una situación de extrema vulnerabilidad física y psicológica, en comparación con el resto de la población. A pesar de que eventualmente pueden tener las necesidades básicas cubiertas, la experiencia de sobrecarga psicológica puede impactar directa y negativamente sobre el desempeño emocional de cada uno de los trabajadores sanitarios.

Antecedentes de agresiones en el personal de salud

Las agresiones hacia el personal sanitario no representan un problema nuevo. Kuhlen (9) advirtió un incremento de la violencia en los equipos sanitarios, especialmente en aquellos pertenecientes a las áreas de atención de urgencias, ya que son grupos que trabajan en un ambiente de alta intensidad y se encuentran particularmente vulnerables. Los factores que influyen en la aparición de agresiones en contra del personal están relacionados con el temor de los pacientes, especialmente si van a ser sometidos a procedimientos intrusivos o dolorosos, o también cuando el paciente o sus familiares perciben una falta de empatía de su médico tratante. Algunos individuos podrían tener comportamientos más volátiles debido a pensamientos no relacionados con el tratamiento.

En esta misma línea, Ashton, et al.¹⁰ realizaron una meta-síntesis cualitativa sobre las experiencias de violencia y agresión en equipos de trabajo en salas de urgencias. En esta revisión identificaron cuatro aspectos constantes (a los que llamaron “conceptos”). El primero de ellos se relaciona con la inevitabilidad de la violencia y agresión debido a la frecuencia de incidentes y a la percepción de que existen pocas medidas de prevención de estos eventos por parte de las organizaciones para las que trabajan. El segundo aspecto está relacionado con los juicios del personal sobre las razones que los llevan a enfrentar actos de violencia y agresiones, por lo que la capacidad del paciente de actuar de forma racional puede verse reducida en dependencia de las condiciones de salud física o psicosocial y, por tanto, ser legitimada y tolerada por los trabajadores sanitarios. Por ejemplo, no consideran de la misma magnitud una agresión si esta viene de una persona con demencia, alcoholizada, o simplemente porque se encuentra molesta por el tiempo de espera. El tercer concepto se refiere a la sensación de abandono y descuido que tiene el personal de salud debido a la falta de apoyo por parte del equipo y la administración de su unidad hospitalaria cuando se encuentra en una situación de riesgo y peligro potencial.

Finalmente, el cuarto concepto fue denominado “héroes heridos”, e implica que la violencia hacia el personal de salud puede producir lesiones físicas en el personal que, a su vez, reducen significativamente su bienestar y disposición hacia el trabajo, conservando también la sensación de temor e impotencia por la posibilidad de que regrese un paciente violento al servicio.

Por su parte, recientemente Bahji¹¹, en una revisión sistemática relacionada con la prevalencia de la intimidación, acoso y discriminación entre médicos residentes, identificaron también que este tipo de prácticas se ha ido incrementando con el paso del tiempo. Además, clasificaron los tipos de intimidación, acoso y discriminación en: verbal, sexual, física, asignación de trabajo como castigo, académica, pérdida de privilegios, represalias y otras, siendo las más frecuentes las cuatro primeras (61.5 %, 28 %, 30 % y 26.9 %, respectivamente). Sorprendentemente, la fuente de intimidación, acoso y discriminación que figura en primer lugar es la que depende de familiares de los pacientes, con una prevalencia del 50.7 %, seguida de enfermeras (47.8 %) y pacientes (41.7 %) como principales generadores de la agresión. Resultados semejantes se pueden encontrar en De Sio, et al.¹² y Nelson¹³.

De esta forma se identifica un tercer nivel de aproximación. Existe un antecedente histórico y cultural de acoso, discriminación y agresión en contra del personal de salud, particularmente cuando los pacientes o familiares se sienten vulnerables o vulnerados.

Las agresiones al personal sanitario durante la pandemia por COVID-19

La rapidez con la que evolucionó la transmisión del SARS Cov2 hasta convertirse en pandemia (por su extensión geográfica transcontinental en un tiempo relativamente corto) colocó en el plano mundial un esquema de vulnerabilidad generalizada. El 30 de enero del 2020, la Organización Mundial de la Salud declaró situación de emergencia internacional de salud pública por el brote de Coronavirus en China.

Estos cambios acelerados que impactaron a distintos niveles empezaron a generar en la población, desde el punto de vista psicológico, ansiedad y una sensación de inseguridad que, asociada al escaso conocimiento sobre el nuevo virus, dio origen a la aparición de rumores, miedo y, en consecuencia, un proceso de estigmatización relacionada con personas que habían resultado positivas a la enfermedad o que habían estado

en contacto con personas enfermas¹⁴. Se observaron experiencias de estigmatización en la población civil de China con respecto a los habitantes de Wuhan, pero también experiencias en otras partes del mundo con respecto a habitantes de origen oriental, que incluyeron manifestaciones de agresión física. En Japón, por ejemplo, ya habían tenido situaciones críticas similares de exposición a agentes no conocidos previamente (dos ataques de bombas atómicas, la pandemia por influenza por H1N1 en el 2009 y el accidente nuclear de Fukushima en el 2011), pero la pandemia por COVID-19 provocó nuevamente un desajuste social, alimentado por información imprecisa de los medios de comunicación y, la falta de información científica sobre el virus y sus consecuencias (2). Esta grave situación discriminación y xenofobia, provocó que Tedros Adhanom Ghebreyesus, director general de la Organización Mundial de la Salud, en su discurso del 14 de febrero del 2020, haya concluido de la siguiente manera¹⁵:

“...permítanme que insista de corazón en que este es un momento para mostrar solidaridad, no para imponer ningún estigma. Hay señales preocupantes de que el mundo no está prestando oído al llamamiento a la unidad y no está apoyando a aquellos que salvan vidas y alivian el sufrimiento en el epicentro de la enfermedad...”

En el transcurso del desarrollo de la pandemia en América Latina, también se han documentado mediáticamente distintas formas de agresión al personal de salud que atiende a pacientes con COVID-19. Estas agresiones han consistido principalmente en amenazas (en contra del trabajador o su familia), calumnias y teorías conspirativas inverosímiles (como decir que el personal sanitario está matando a los pacientes con la enfermedad o que aprovechan para sacar el líquido de las rodillas y después venderlo), daños patrimoniales (pintas y destrucción de autos y paredes domiciliarias), agresiones físicas directas (arrojar cloro a enfermeras, golpear a distintos trabajadores de la salud) y negación de servicios básicos (transporte y alimentación) por el solo hecho de portar un uniforme de alguna institución hospitalaria. En su expresión más alarmante, algunas poblaciones se han organizado para amenazar o destruir la unidad médica si ésta recibe pacientes sospechosos de estar contagiados de COVID-19.

Desafortunadamente, la replicación de situaciones parecidas es más frecuente, en tanto la cantidad de casos confirmados y hospitalizados es mayor.

Conclusiones

A lo largo del documento se expusieron diversos elementos que contribuyen al análisis y comprensión de las conductas de discriminación y agresión en contra del personal sanitario durante la pandemia de COVID-19. Se trata de un comportamiento generalizado y complejo que ha puesto sobre la mesa de discusión la falta de solidaridad humanitaria.

Ashton (op.cit.) describe una dualidad en el trabajador sanitario, en el que se erige simultáneamente como héroe y víctima de aquellos quienes salva, generando un sentimiento de inadecuación y culpa sobre el rol que está cumpliendo dicho trabajador ante la sociedad y su compromiso galeño.

La Organización Mundial de Salud, a través de la Organización Panamericana de la Salud¹⁶ han establecido algunas consideraciones psicosociales y de salud mental durante el brote de COVID-19. Enfatizan la importancia de que el personal de salud cuide su bienestar psicosocial, ante la posibilidad de que el estrés haga sentir a los trabajadores que no son capaces de hacer su trabajo o que se sientan débiles al manifestar dicho estrés y otros sentimientos que lo acompañan.

Hasta este momento, se identifica una combinación de tres factores principales en las conductas de discriminación y agresión hacia el personal sanitario. El primero de ellos se relaciona con las condiciones específicas de vulnerabilidad psicológica de la población en general, mismas que son incrementadas por el flujo de información (lamentablemente muchas veces impreciso o falso) y la generación de temores que se suman a las condiciones de salud previas a la pandemia. El segundo factor está relacionado con la vulnerabilidad psicológica y física del personal sanitario que, por las características de su trabajo cotidiano en una situación extraordinaria, potencia significativamente la aparición de síntomas psicológicos. Finalmente, el tercer aspecto se vincula con una actitud histórica de agresión a los trabajadores de la salud, por un lado, y a la tolerancia de ellos mismos a las agresiones de los pacientes y familiares, por otro.

Los aspectos que pueden ayudar a prevenir este tipo de conductas involucran a varias esferas de la población y las autoridades. En primera instancia, es fundamental distribuir información objetiva relacionada con el padecimiento, recursos existentes, acciones y políticas que incluyen a todos los sectores de la población. Este punto abarca el compromiso de evitar noticias falsas

que incrementan la incertidumbre y desconfianza en la gente, misma que genera las reacciones de agresión documentadas. Resulta indispensable que las organizaciones laborales se encuentren suficientemente involucradas en los asuntos internos relacionados con la protección y salud de los trabajadores sanitarios (por ejemplo, vigilancia, administración y provisión de equipos personales de protección, alimentación, sueño, estrategias de enlace con sus familiares cuando se encuentran alejados de ellos, atención psicológica y no exceder la carga de trabajo, entre otros).

Finalmente, una de las enseñanzas que ha dejado la pandemia, es que la discriminación se ha incrementado de forma cada vez más nociva como resultado del desarrollo social. El SARS CoV 2 ha mostrado que no conoce barreras relacionadas con el estrato económico, la raza, la condición social o la ideología política. Sin embargo, el estigma, la discriminación y las agresiones al personal sanitario han agravado significativamente los efectos de la pandemia ocasionada por COVID-19 y aún quedan por conocer los efectos a largo plazo. Será necesario establecer medidas de acción que incluyan a la solidaridad, por un lado, y a la empatía por el otro, pero con fundamento en los derechos humanos, establecer nuevas formas de conducta, incluir a los sectores que han sido especialmente vulnerados en esta pandemia (población en situación de calle, pueblos y comunidades indígenas, migrantes, personal sanitario, entre otros) y hacer tangible el hecho de que todos somos iguales.

Referencias

1. Coronaviridae Study Group of the International Committee on Taxonomy of Viruses. The species severe acute respiratory syndrome-related coronavirus: classifying 2019-nCoV and naming it SARS-CoV-2. *Nature Microbiol.* 2020; 5: 536-544. doi: <https://doi.org/10.1038/s41564-020-0695-z>
2. Shigemura J, Ursano RJ, Morganstein JC, Kurosawa M, Benedek DM. Public responses to the novel 2019 coronavirus (2019-nCoV) in Japan: mental health consequences and target populations. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2020; 74(4): 281-282. doi: 10.1111/pcn.12988
3. Wang C, Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, Ho CS, et al. Immediate Psychological Responses and associated factors during the initial stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the general population in China. *Int J Environ Res Public Health.* 2020; 17(5):1729. doi:10.3390/ijerph17051729

4. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, Rubin GJ. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet*. 2020; 395(10227): 912-920. doi: [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(20)30460-8)
5. Xiang YT, Yang Y, Li W, Zhang L, Zhang Q, Cheung T, et al. Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. *Lancet Psychiatry*. 2020; 7(3): 228-229. doi: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30046-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30046-8)
6. Duan L, Zhu G. Psychological interventions for people affected by the COVID-19 epidemic. *Lancet Psychiatry*. 2020; 7(4): 300-302. doi: [10.1016/S2215-0366\(20\)30073-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30073-0)
7. Zhang W, Wang K, Yin L, Zhao W, Xue Q, Peng M, et al. Mental Health and Psychosocial Problems of Medical Health Workers during the COVID-19 Epidemic in China. *Psychother Psychosom*. 2020; 1-9. doi: [10.1159/000507639](https://doi.org/10.1159/000507639)
8. Cao J, Wei J, Zhu H, Duan Y, Geng W, Hong X, et al. A Study of Basic Needs and Psychological Wellbeing of Medical Workers in the Fever Clinic of a Tertiary General Hospital in Beijing during the COVID-19 Outbreak. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 2020; 1-3. doi: [10.1159/000507453](https://doi.org/10.1159/000507453)
9. Kuhlen BM. Violence in health care settings on rise. *JAMA*. 2010; 304 (5): 511-512.
10. Ashton RA, Morris L, Smith I. A qualitative meta-synthesis of emergency department staff experiences of violence and aggression. *Int Emerg Nurs*. 2017; 39, 13-19. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2017.12.004>
11. Bahji A, Altomare J. Prevalence of intimidation, harassment, and discrimination among resident physicians: a systematic review and meta-analysis. *Can Med Educ J*. 2020; 11(1): 97-123. doi: [10.36834/cmj.57019](https://doi.org/10.36834/cmj.57019)
12. De Sio S, Cedrone F, Buomprisco G, Perri R, Nieto HA, Mucci N, et al. Bullying at work and work related stress in healthcare workers: a cross sectional study. *Annali di Igiene*. 2020; 32 (2): 109-116. doi: [10.7416/ai.2020.2335](https://doi.org/10.7416/ai.2020.2335)
13. Nelson R. Tackling violence against health-care workers. *Lancet*. 2014; 383(9926): 1373-1374. doi: [10.1016/s0140-6736\(14\)60658-9](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(14)60658-9)
14. Ren SY, Gao RD, Chen YL. Fear can be more harmful than the severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 in controlling the corona virus disease 2019 epidemic. *World J Clin Cases*. 2020; 8(4): 652-657. doi: [10.12998/wjcc.v8.i4.652](https://doi.org/10.12998/wjcc.v8.i4.652)
15. World Health Organization Director-General. WHO Director-General's remarks at the media briefing on COVID-2019 outbreak on 14 February 2020. <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-2019-outbreak-on-14-february-2020>
16. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud (2020). Consideraciones psicosociales y de salud mental durante el brote de COVID-19. Comunicado del 12 de marzo del 2020.