



Etnografía de la culpa en tiempos del COVID-19

Ethnography of guilt in times of COVID-19

Patricio Trujillo-Montalvo

Instituto de Salud Pública, Pontificia Universidad Católica del Ecuador (PUCE) /

PSTRUJILLO@puce.edu.ec

RESUMEN

El COVID-19, un nuevo virus de la familia Coronaviridae, causante de una neumonía atípica, apareció de forma repentina y generó una crisis global, con efectos graves en las economías y en los sistemas sanitarios. Además generó repercusiones negativas en el ámbito psicosocial, que en muchos países se presentan como afectaciones a la salud mental que se expresan como miedo, estrés, frustración, ansiedad, angustia y sufrimiento. En Ecuador, el gobierno ha romantizado a los trabajadores de la salud mediante los medios de comunicación, colocándoles al nivel de héroes que enfrentan la primera línea de la pandemia; sin embargo, la realidad es otra: el personal se enfrenta a trabajos precarizados, poca protección y bioseguridad, además de la estigmatización social, miedo y culpa de ser portadores del virus y contaminar a sus familias. Mientras se les dice héroes, cientos son despedidos debido a los recortes exigidos por el Fondo Monetario Internacional (FMI). Este artículo presenta relatos etnográficos que narran experiencias de seres humanos fuertemente marcados por la muerte, por el sentimiento de pérdida, los trabajadores de la salud, quienes han tenido que reorganizar sus vidas y sentidos sobre terribles experiencias de impotencia y culpa, cuando su trabajo, su experiencia y toda su formación no fueron suficientes para salvar vidas.

Palabras claves: culpa, trabajadores de salud, romantización, pandemia, etnografía.

ABSTRACT

COVID-19, a new virus of the Coronaviridae family that causes atypical pneumonia, appeared suddenly, generating a global crisis, with serious effects on economies and health systems. In addition to negative effects at the psychosocial level that in many countries are presented as mental health effects expressed in fear, stress, frustration, anxiety, anguish and suffering. In Ecuador, the government, using the media, has romanticized health workers in Ecuador, placing them at the level of heroes who face the first line of the pandemic, however, the reality is different, reflected in precarious jobs, little protection and bio-security, adding with social stigmatization, fear and guilt of being carriers of the virus and contaminating their families. While calling them heroes, they are laying off hundreds due to cuts demanded by the International Monetary Fund (IMF). This article presents ethnographic accounts that narrate the experiences of human beings strongly marked by death, by the feeling of loss such as health workers, who have had to reorganize their lives and senses about terrible experiences of impotence and guilt, when their His work, experience and all his training were not enough to save lives.

Keywords: guilt, health workers, romanticization, pandemic, ethnography.

Fecha de recepción: 29 de mayo de 2020
Fecha de aprobación: 15 de octubre de 2020

La pandemia provocada por el COVID-19, un nuevo virus de la familia *Coronaviridae*, causante de una neumonía atípica, ha generado impactos negativos en ámbitos como el económico y en la salud pública. Poco se profundiza sobre la pospandemia y sus efectos psicosociales que, en muchos países se presenta como afectaciones a la salud mental de las poblaciones.¹ La cuarentena y el aislamiento social han provocado frustración, a causa de la incertidumbre por no saber qué sucederá en un futuro cercano; también ansiedad, por el miedo al contagio, y un sostenido sufrimiento frente a la pérdida de seres queridos, a quienes no se los puede despedir. Para médicos, enfermeras, auxiliares, que están trabajando en situaciones extraordinarias en un momento extraordinario como el que estamos viviendo como humanidad, se suma un sentimiento de culpa el cual ha generado cuestionamientos morales de los servidores de salud, provocados por la impotencia de mirar de primera mano la muerte, a esto se suman los episodios de estigmatización social que han sufrido.

La Organización Mundial de la Salud (OMS)² estimó para 2020 un incremento de la incidencia de varios trastornos, y considera que la mitad de la población expuesta al COVID-19 podría sufrir alguna manifestación psicopatológica. El estudio resalta la importancia de investigar los potenciales efectos negativos en la salud mental de las poblaciones que las pandemias de gran magnitud, como la que vivimos, podrían generar, puesto que ello implicaría una

perturbación psicosocial que excedería la capacidad de manejo de los sistemas de salud. Alerta que uno de los grupos con mayor riesgo de ver afectada su salud mental serían precisamente los trabajadores de la salud, puesto son los que están atendiendo las emergencias.

Hay algunos grupos poblacionales que pueden ser más proclives a sufrir malestar psicológico generado en el contexto de la COVID-19, como los profesionales sanitarios de primera línea, que se enfrentan a una sobrecarga de trabajo, al riesgo de contagio y a la necesidad de tomar decisiones de vida o muerte. En China, por ejemplo, se han notificado tasas elevadas de depresión (50%), ansiedad (45%) e insomnio (34%) en el personal sanitario y, en el Canadá, el 47% de los profesionales de la salud han referido que necesitan apoyo psicológico.³

El presente artículo recaba una serie de relatos sobre experiencias de seres humanos fuertemente marcadas por la muerte, por los sentimientos de pérdida, angustia y culpa. Los trabajadores de la salud en el mundo entero han tenido que reorganizar sus sentidos del ser ante sus experiencias de impotencia cuando su trabajo, experiencia y toda su formación no fueron suficientes para salvar vidas. Los testimonios son convertidos en narraciones etnográficas y se concentran en dos ciudades diametralmente opuestas: Nueva York y Guayaquil, espacios diferentes, pero donde muchos médicos, enfermeras y otros trabajadores de la salud, con el transcurso de la pandemia y de la crisis sanitaria, hoy por hoy no encuentran el sentido a su vida, luego de observar impotentes la muerte de miles de pacientes en hospitales colapsados por el COVID-19.⁴

¹ J. Huarcaya-Victoria, "Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de COVID-19", *Revista Perú de Medicina Experimental y Salud Pública*, vol. 37, núm. 2 (2020), 327-334, acceso el 18 de abril de 2021, <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2020.372.5419>.

² Organización Mundial de la Salud, "Protección de la salud mental en situaciones de epidemia", 2020, <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Pandemia%20de%20influenza%20y%20Salud%20mental%20Esp.pdf>; Organización Mundial de la Salud, *Coronavirus disease (COVID-2019) situation reports*. acceso el 18 de abril de 2021, <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports>; Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud, *COVID-19. Recomendaciones*, 11 de marzo de 2020, acceso el 18 de abril de 2021, https://www.paho.org/arg/index.php?option=com_docman&view=download&alias=453-covid-19-recomendaciones&category_slug=2019-ncov-1&Itemid=624, 4.

³ Organización Mundial de la Salud, "Aumentar sustancialmente las inversiones para evitar una crisis de salud mental", 14 de mayo de 2020, acceso el 18 de abril de 2021, <https://www.who.int/es/news-room/detail/14-05-2020-substantial-investment-needed-to-avert-mental-health-crisis>

⁴ Este artículo utiliza testimonios de médicos y trabajadores de la salud que fueron entrevistados entre los meses de abril y mayo del 2020, dentro del proyecto: Impactos a la Salud Mental en y la Postpandemia, del Instituto de Salud Pública, Pontificia Universidad Católica del Ecuador, mayo de 2020. Los nombres e identidad de los informantes se los protege de acuerdo al Código de Ética de la Asociación Americana de Antropología (AAA), acceso el

Culpa, ansiedad y búsqueda del ser

Sebastián trabaja como médico en el Presbyterian Hospital de Nueva York, junto a sus compañeros vivieron de cerca el impacto de la pandemia en la ciudad, su sitio de trabajo cambió de un día al otro de manera radical, también su cotidianidad, la forma del ver el mundo, su ser como profesional de la salud, pero sobre todo como ser humano. Él es psiquiatra, atiende a sus colegas que no han logrado superar el insomnio, el estrés y la ansiedad que les provocó el sentimiento de culpa, el cuestionamiento moral interno que les genera saber si hicieron todo lo que se debía hacer para salvar a un paciente. “Llega un momento en que no se puede hacer nada, te sientes impotente, culpable de no poder salvar una vida, de que a lo mejor no se hizo todo lo posible, culpable, además, porque quizá podrías ser un factor e contaminación para tu círculo cercano, familia o comunidad” (entrevista, mayo de 2020).

Al igual que en muchas partes del mundo, también en Nueva York la falta de materiales de bioseguridad, el miedo que generaba un posible contagio, así como el desconocimiento de un tratamiento adecuado para los pacientes, han contribuido a que los médicos se sientan impotentes, desamparados y su salud mental se encuentre afectada.

Nos llaman héroes por hacer un trabajo, al cual muchos fueron desprotegidos, sin los equipos de bioseguridad necesarios, en muchos casos precarizados, al inicio de la pandemia en marzo, los hospitales no estaban preparados, no sabíamos la gravedad de esta enfermedad. Aquí en Nueva York el punto más alto de estrés y ansiedad se vio cuando una directora de la unidad de cuidados intensivos de un conocido hospital se suicidó porque no soportó la muerte de cientos de sus pacientes, a ese punto de ansiedad (entrevista, mayo 2020)

Sebastián nos relata que sus colegas presentaron muchos síntomas asociados a ansiedad, estrés, falta de sueño, así como los profundos deseos de renunciar y de no ir más a los hospitales; fueron cuadros que muchos

trabajadores de salud presentaron entre los meses de marzo, abril y mayo, en el pico más alto de la crisis sanitaria. En Nueva York, el personal de salud durante la pandemia por COVID-19 reportó que 57 % presentaba síntomas de estrés agudo, 48 % depresión y un 33 % ansiedad; para afrontar esta situación, un 59 % de los entrevistados tuvieron que aumentar sus actividades físicas y más del 33 % buscaron terapia individual en línea. Alrededor del mundo fue similar, por ejemplo: datos en la ciudad de Wuhan, China, donde inició la pandemia, los médicos y enfermeras que fueron los trabajadores de primera línea presentaron síntomas de depresión en un 50.4 %, ansiedad (44.6 %), insomnio (34 %) y angustia (71.5 %).⁵

¿Cómo entender los sentidos del ser, de pertenencia, de angustia y de dolor de un ser humano? Para Michael Jackson,⁶ la producción de los sentidos del ser, son el resultado de una relación dinámica entre ciertas circunstancias —sobre las que tenemos poco control— y nuestra capacidad de vivir; de tal relación se formarán nuestras experiencias, nuestro mundo de la vida. Este investigador se ha dedicado a entender a los seres humanos desde la antropología existencial. Afirma que todos necesitamos crear sentidos de pertenencia, integrarnos, lo que implica una lucha cotidiana por vivir dando la cara a la adversidad y a la pérdida. Una lucha para hacer que la vida valga la pena de ser vivida, que dé sentido a episodios como la muerte, a una lucha contra la nada, contra una vida sin esperanza, sin provecho, inútil.⁷

Sebastián considera que una vida sin provecho es lo que sienten sus pacientes médicos luego del trauma que les dejó los episodios vividos por el colapso

⁵ J. Lai, Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J., Wei, N., Wu, J., Du, H., Chen, T., Li, R., Tan, H., Kang, L., Yao, L., Huang, M., Wang, H., Wang, G., Liu, Z., y Hu, S., “Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019”, *JAMA Network Open*, vol. 3, núm. 3, e203976, acceso el 18 de abril de 2021, <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3976>.

⁶ Michael Jackson, *Existential anthropology: Events, exigencies, and effects* (Nueva York: Berghahn, 2005).

⁷ C. Rivadeneira, “Con las manos en la basura: las minadoras de Quito-Ecuador, vidas significativas entre la explotación y el desecho” (tesis doctoral, Flacso: Quito, 2020).

18 de abril de 2021, http://sgpwe.izt.uam.mx/files/users/uami/lauv/codigo_de_etica_AAA_def.pdf.

de los hospitales producto de la pandemia del COVID-19, una vida inútil, un cuestionamiento moral de culpa que ha causado ansiedad y mucho estrés entre los trabajadores sanitarios.

En Nueva York, quienes murieron en un mayor porcentaje fueron los que llamamos trabajadores esenciales, aquellos que debían trabajar en dos o tres sitios para ganar un mejor sueldo y regresaban a sus casas donde contaminaron a sus familias, muchos eran médicos y enfermeras, he visto como tienen serios problemas en su salud mental por haber contagiado a sus hijos o padres. No deben decirles héroes. La pandemia también evidenció otra cara de la enfermedad social, la desigualdad existente en una metrópoli que se creía intocable y segura. En esta ciudad, los lugares más afectados estaban segmentados en grupos étnicos, por ejemplo, Queens, donde la mayoría de infectados y muertos fueron latinos; Brooklyn, donde en cambio hay un alto porcentaje de infectados de la comunidad judía; Harlem, donde hay más afroamericanos y latinos; los caucásicos, que son la población blanca, viven en la parte más ordenada, limpia y bonita de la ciudad, los *Upperside*, ellos salieron a sus casas de campo por lo que tienen un bajo porcentaje de contaminación y muertes; por supuesto, también tienen los mejores seguros médicos (entrevista, mayo de 2020).

La CEPAL, en un estudio reciente⁸ resalta lo problemático de la desigualdad en el continente americano. Señala que, debido a los efectos directos e indirectos de la pandemia, es muy probable que las tasas de pobreza, pobreza extrema y las brechas de desigualdad social aumenten aún más en el corto plazo, haciendo un mundo más complejo donde pocos acumularán mucha más riqueza y poder.

Guayaquil, caos y muerte en los pasillos de hospitales

En el mismo continente, pero en una región distinta, otra ciudad de América era azotada de manera ineluctable por el coronavirus. El 29 de febrero de 2020, Ecuador anunció el primer caso del denomi-

nado coronavirus en la ciudad de Guayaquil; la instauración de una cuarentena obligatoria y la paralización de todas las actividades laborales a excepción de las esenciales, marcaron el inicio de una nueva realidad en el país.

La llegada del COVID-19 evidenció nuevamente los problemas en los hospitales de la ciudad, destrozándolo en un par de semanas; al 30 de agosto, había más de 14 000 infectados y cerca de 2 000 muertes, a decir de los registros oficiales. Según datos de prensa, sólo en los primeros 15 días de abril se registraron 6 703 decesos en mi provincia. Pero en los datos del Registro Civil, entre los meses más complejos de la crisis —marzo y abril—, más de 18 000 fallecidos fueron registrados.

Este subregistro fue demostrado en países como en los Estados Unidos, en donde se estima que hasta un 21 % de las muertes en exceso podrían haber sido provocadas por COVID-19.⁹ Ecuador se ubicaría como el país de Latinoamérica con mayor tasa de casos confirmados por cada 10 000 habitantes; y la ciudad de Guayaquil podría ser la de mayor número de contagios y muertos per cápita, así como el área con más infectados y muertes entre los servidores sanitarios, a quienes románticamente la prensa local y el gobierno les ha llamado héroes sin capa.¹⁰

Anthony Faiola, en un artículo periodístico del diario estadounidense *The Washington Post*,¹¹ relata con detalles los testimonios de guayaquileños que vivieron escenas nunca vistas: familias desesperadas con personas muertas en sus casas esperando días

⁹ S., Woolf, Derek A. Ch., Roy T. Sabo, Weinberger, D., y Hill, L., "Excess Deaths From COVID-19 and Other Causes", *JAMA*, núm. 217 (2020), 5-7.

¹⁰ Nodal, "Ecuador: 80 profesionales de la salud fallecidos por Covid-19 en Guayas", *Nodal. Noticias de América Latina y el Caribe*, acceso el 18 de abril de 2021, <https://www.nodal.am/2020/04/colapso-sanitario-en-ecuador-guayas-registra-80-profesionales-de-la-salud-fallecidos-por-covid-19/>.

¹¹ Anthony Faiola, "Bodies lie in the streets of Guayaquil, Ecuador, emerging epicenter of the coronavirus in Latin America", acceso el 18 de abril de 2021 https://www.washingtonpost.com/world/the_americas/coronavirus-guayaquil-ecuador-bodies-corpse-streets/2020/04/03/79c786c8-7522-11ea-ad9b-254ec9993bc_story.html.

⁸ CEPAL, "América Latina y el Caribe ante la pandemia del COVID-19 Efectos económicos y sociales, 2020" [informe especial], acceso el 18 de abril de 2021, https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/45337/4/S2000264_es.pdf.

para las autoridades levantarán los cadáveres, cuerpos que aparecían en las aceras, quemados en las calles, acumulados en camiones y pasillos de hospitales, botados al río.

En un solo día —nos relata Jorge, guayaquileño, estudiante de posgrado que trabajó en el hospital del Guasmo Sur de la ciudad de Guayaquil— todo el sistema de salud público y privado colapsó.

Atendimos más de 200 enfermos graves diarios, quienes en la misma noche se iban muriendo, no teníamos espacio para guardar cadáveres, la morgue tenía capacidad sólo para 20 cuerpos, encontramos muertos hasta en el baño. Fueron días de terror que difícilmente podré quitarlos de mi mente y que se repiten constantemente en mis sueños, no he descansado desde esos días, mi mente no puede dejar de pensar en esos rostros y en estas familias que no pudieron despedirse de sus padres o abuelos, me atormenta el llanto de las personas y la impotencia de no poder haber hecho todo lo posible para salvarles, puesto que no teníamos todos los instrumentos, respiradores ni medicamentos (entrevista, mayo de 2020).

Para los profesionales de la salud entrevistados, además del trauma difícil de superar producto de la muerte de sus pacientes, está la idea recurrente del miedo que les genera ser posibles portadores también del virus, de contaminar con la enfermedad a sus familias. En Ecuador, según datos del Ministerio de Salud, 2 051 trabajadores de la salud se han infectado con el virus, entre ellos, médicos, enfermeros, auxiliares.¹²

Jorge considera que lo sucedido en su ciudad fue una masacre, producto del abandono tanto del gobierno nacional como de las élites locales que los gobiernan. Guayaquil, el principal puerto del Ecuador, ha sido azotada por enfermedades tropicales como dengue, malaria, chikungunya y zika, que han colapsado sistemáticamente y con distinta tempora-

lidad el débil sistema sanitario público durante décadas.¹³

La romantización de la pandemia

Desde el 14 de marzo de 2020 Ecuador vive un estado de alarma por la crisis sanitaria. La pandemia ha puesto nuevamente en evidencia los graves problemas del sistema de salud del país, los niveles de pobreza, la deficiente infraestructura sanitaria y de servicios básicos, sobre todo en las áreas urbano-marginales y rurales.

A nosotros, los trabajadores de la salud, los medios de comunicación nos han colocado en nivel de héroes sin capa, salvadores, guerreros que enfrentamos la pandemia en primera línea; sin embargo, la realidad es otra y se refleja en los trabajos precarizados, malos sueldos y pocos instrumentos de bioseguridad para nuestra protección, mientras el gobierno nos dice héroes, ha despedido a cientos debido a los recortes exigidos por el Fondo Monetario Internacional (FMI). Con la famosa austeridad ha disminuido la inversión en salud lo que significó el despido de miles de trabajadores sanitarios, la no paga de sueldos, aumento de horas de trabajo, turnos extras, es decir la precarización del trabajo (entrevista, mayo de 2020).

En Ecuador, la puesta en marcha de políticas de corte neoliberal desarrolladas en los últimos años ha disminuido sistemáticamente la capacidad de respuesta del Estado ante las crisis, generando el aumento de las brechas socioeconómicas, la desigualdad, el aumento de la pobreza y la exclusión.¹⁴

La Constitución de la República es muy clara y en su Disposición Transitoria Vigésima Segunda señala de manera mandatoria que el Estado debe destinar al Sistema Nacional de Salud un incremento anual no inferior al 0.5 % del PIB hasta alcanzar al menos el 4 % del presupuesto total, con la finalidad de fortalecer la sa-

¹² Mariela Rosero, “2 273 trabajadores de la salud han sido contratados en esta pandemia”, *El Comercio*, acceso el 18 de abril de 2021, <https://www.elcomercio.com/actualidad/contrataciones-trabajadores-salud-pandemia-covid19.html>.

¹³ P. Trujillo, “Guayaquil y el COVID-19: relato de la enfermedad, el estigma y la desigualdad social”, *Aurora*, núm. 5 (2020), 49-53.

¹⁴ Adriana Rodríguez, “Guayaquil, el coronavirus y la barbarie de la desigualdad”, *Rebelión*, 1 de abril de 2020, acceso el 18 de abril de 2021, <https://rebelion.org/guayaquil-el-coronavirus-y-la-barbarie-de-la-desigualdad/>.

lud pública, la atención primaria y la infraestructura sanitaria (entrevista, abril de 2020).

Las prioridades sobre salud pública implican replantear el actual modelo económico y social, evitar romantizar a los médicos y pensar si, como plantea Rivera,¹⁵ continuamos con un sistema capitalista al servicio del mercado y de las grandes empresas o se apuesta por un sistema con lógicas comunitarias, populares, más humanas, respetando la naturaleza y los ecosistemas.

Bajo la bandera de la austeridad el gobierno nacional entró en contradicciones con la Constitución en los ámbitos estratégicos por excelencia y más sensibles para el desarrollo de los pueblos: la salud y la educación. A pesar de la grave crisis sanitaria en la que nos los voceros del gobierno han culpado y estigmatizado a un segmento de la población, que curiosamente es la más vulnerable y pobre, acusándoles de despreocupados, indisciplinados e ignorantes (entrevista, abril de 2020).

En Ecuador, la prioridad del gobierno ha sido reducir los presupuestos del área social, incluidos lo de salud, para aumentar la inversión pública en armamento y dotación de guerra, entre 2019 y 2020 se gastó 109.1 millones de dólares en equipamiento para las fuerzas militares y 3.6 millones en material antimotines para la policía. En plena crisis sanitaria, el ministro de Finanzas tomaba la decisión más controvertida en esta pandemia, al cancelar 325 millones de deuda externa a tenedores de bonos 2020, bajo el argumento de disciplina ante el FMI y el Banco Mundial.

Esta política económica claramente ha privilegiado a sectores vinculados a la banca y a las grandes empresas, es decir, al capital sobre la vida de sus héroes sin capa, salvadores y guerreros de primera línea. Las decisiones sobre priorización económica de los gobiernos en la región han debilitado más aún

¹⁵ Alejandra del C. Rivera Alvarado, “La COVID-19 y las desigualdades sociales”, Clacso-Argentina, acceso el 18 de abril de 2021, <https://www.clacso.org/la-covid-19-y-las-desigualdades-sociales/>.

el golpeado sistema de salud pública y las reales posibilidades de enfrentar con éxito esta pandemia.¹⁶

Conclusiones

Los problemas de salud mental, como la depresión, ansiedad, angustia y estrés, son algunas de las mayores causas de sufrimiento; curiosamente, quienes corren un mayor riesgo son los trabajadores sanitarios de primera línea.¹⁷ Las Naciones Unidas,¹⁸ en su informe “COVID-19 and the Need for Action on Mental Health”, profundiza el panorama de la salud mental de la población mundial en la pandemia y alerta de un probable aumento de sufrimiento psíquico como también de un incremento de las tasas de suicidio.

El cuidado de la salud mental se convierte en un elemento fundamental para afrontar la crisis que se está experimentando actualmente.¹⁹ Resulta claro que el virus no sólo ataca nuestra salud física, también aumenta el sufrimiento psicológico debido a la aflicción por la pérdida de seres queridos, la conmoción causada por la pérdida del empleo, el aislamiento y las restricciones a la circulación, las dificultades de la dinámica familiar, la incertidumbre y el miedo al futuro.²⁰

El coronavirus COVID-19 ha tenido impactos y consecuencias lamentables sobre la población ecuatoriana. Según los datos del Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP), de las 28 437 atenciones que

¹⁶ Trujillo, “Guayaquil y el COVID-19...”.

¹⁷ Organización de las Naciones Unidas, “Los servicios de salud mental son parte esencial en todas las respuestas de los gobiernos al COVID-19”, 13 de mayo de 2020, acceso el 18 de abril de 2021, <https://www.un.org/es/coronavirus/articulos/servicios-de-salud-mental-respuesta-gobiernos-covid-19>.

¹⁸ Organización de las Naciones Unidas, “Policy Brief: COVID-19 and the Need for Action on Mental Health”, 13 de mayo de 2020, acceso el 18 de abril de 2021, https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/un_policy_brief-covid_and_mental_health_final.pdf

¹⁹ W. Wahed y K. Safaa, “Prevalence and associated factors of stress, anxiety and depression among medical Fayoum University students”, *Alexandria Journal of Medicine*, vol. 53, núm. 1 (2017), 77-84, acceso el 18 de abril de 2021, <https://doi.org/10.1016/j.ajme.2016.01.005>.

²⁰ A. Medeiros de Figueiredo *et al.*, “Letalidad del COVID-19: ausencia de patrón epidemiológico”, *Gaceta Sanitaria* (abril de 2020), acceso el 18 de abril de 2021, <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.04.001>.

se realizaron hasta mayo de 2020, se pueden identificar cuadros de estrés grave, ansiedad, depresión, crisis de angustia, ira y falta de sueño.

Vivimos una etapa donde los profesionales de salud, que también viven una crisis, trabajan y atienden en tiempos de crisis, ahí recae también la importancia de entender los potenciales problemas en salud mental de todas las poblaciones, incluidos los cuidadores y trabajadores de salud. El COVID-19 llegó en un momento de crisis de la economía global, fragilidad de los sistemas sanitarios, falta de empleo, pobreza y desigualdad social que han puesto en evi-

dencia un injusto modelo de desarrollo y organización social. Ahora sólo queda la búsqueda del sentido común, de poner en una balanza lo que queremos como mundo y sociedad, la prioridad de los gobiernos deberá ser el bien común y la justicia social. Para Sebastián, Jorge, Verónica, Nicolás, Freddy, trabajadores de la salud entrevistados, en tiempos de pandemias la romantización justifica la precarización laboral, la no priorización de la salud y menos aún la importancia de la democratización de una atención pública de calidad.