

Experiencia del personal de salud frente a la COVID-19 en las zonas rojas de Santiago de Cuba

Experiences of the Health Personnel Confronting COVID-19 in the Red Zones of Santiago de Cuba

Yorkys Santana González^{1*} <https://orcid.org/0000-0001-6645-3385>

Maricelys Manzano García¹ <https://orcid.org/0000-0001-9786-4726>

Luis Eugenio Valdés García² <https://orcid.org/0000-0003-1613-4305>

Osmany Soler Nariño³ <https://orcid.org/0000-0001-8239-5306>

Yaser Bring Pérez³ <https://orcid.org/0000-0001-5184-9678>

Rodolfo Hernández Despaigne³ <https://orcid.org/0000-0002-8204-823X>

Elvis Raúl Leonard Danger⁴ <https://orcid.org/0000-0003-3022-9933>

¹Universidad de Oriente, Facultad de Ciencias Sociales. Santiago de Cuba, Cuba.

²Instituto Finlay de Vacunas. Santiago de Cuba, Cuba.

³Universidad de Oriente, Facultad de Ciencias Sociales, Departamento de Sociología. Santiago de Cuba, Cuba.

⁴Hospital Materno Mariana Grajales. MINSAP. Santiago de Cuba, Cuba.

* Autor para la correspondencia: yorkyss@uo.edu.cu

RESUMEN

Introducción: En Cuba, la lucha contra la COVID-19 ha sido tarea de todos los que están relacionados a la atención sanitaria, con su consagración continua, exponiendo sus capacidades y habilidades profesionales en el tratamiento y atención especializadas a los pacientes hospitalizados.

Objetivo: Valorar las principales vivencias del personal de salud que trabajó en las zonas rojas, en los centros de aislamiento con casos sospechosos y positivos a la COVID-19.

Métodos: Estudio descriptivo. Para realizar el análisis de las vivencias se aplicaron las técnicas de entrevista y observación. Se trabajó con una muestra de 43 sujetos, de ellos se

seleccionaron 17 médicos, 10 enfermeras, siete técnicos y nueve del personal de servicio que participaron en los centros de aislamiento.

Resultados: Las vivencias del personal de salud que laboraron en las zonas rojas se basaron en la expresión de los sentimientos, emociones, relaciones interpersonales, percepción de riesgo y vivencias únicas durante la labor realizada. Los principales sentimientos y emociones fueron: alegría, cooperación, altruismo, apoyo, gratitud, admiración, compromiso y las negativas fueron: miedo, ansiedad, estrés, depresión, rechazo y desesperanza en menor medida. Las relaciones interpersonales se desarrollaron en colaboración y aprendizaje grupal, la percepción de riesgo fue alto por la carga viral de la enfermedad.

Conclusiones: Las vivencias de los sujetos investigados se expresaron en manifestaciones negativas al principio del tratamiento con los pacientes y evolucionaron hasta la conversión a estados positivos que permitieron elevar la calidad del trabajo realizado.

Palabras clave: personal de salud; zonas rojas; centros de aislamiento; vivencias.

ABSTRACT

Introduction: In Cuba, the fight against COVID-19 has been a task for everyone related to healthcare, with their continuous consecration, showing their professional capacities and skills in the specialized treatment of and care for hospitalized patients.

Objective: To assess the main experiences of the health personnel who worked in red zones, in isolation centers, with suspected or positive cases of COVID-19.

Methods: A descriptive study was carried out. The interview and observation techniques were used to analyze the experiences. The sample consisted of 43 subjects, of whom 17 physicians, 10 nurses, 7 technicians and 9 service employees who participated in isolation centers were selected.

Results: The experiences of the health personnel who worked in the red zones were based on the expression of feelings, emotions, interpersonal relationships, perception of risk, and unique experiences during the work performed. The main feelings and emotions were joy, cooperation, altruism, support, gratitude, admiration, commitment; while the negative ones were fear, anxiety, stress, depression, rejection, and hopelessness to a lesser extent. Interpersonal relationships were developed in collaboration and group learning, while the perception of risk was high due to the viral load of the disease.

Conclusions: The experiences of the studied subjects were expressed through negative events at the beginning of involvement with patients, and evolved until conversion to positive states that allowed raising the quality of the work performed.

Keywords: health personnel; red zones; isolation centers; experiences.

Recibido: 21/05/2021

Aceptado: 14/06/2021

Introducción

La pandemia de COVID-19 ha traído, con alta probabilidad, la peor crisis sanitaria desde la Segunda Guerra Mundial. Esta crisis ocasiona millones de personas infectadas y cientos de miles de muertes en escasas semanas, y pone de manifiesto sistemas de salud colapsados, profesionales sanitarios extenuados e insuficiencia o inexistencia de recursos sanitarios.⁽¹⁾

El impacto sanitario de esta pandemia ha sido extraordinario, obliga a los países a generar recursos e improvisar medicina de campaña y medidas de contención de la transmisión, inclusión de profesionales en lugares y centros de aislamiento para la atención especializada de las personas contagiadas. El número de personas afectadas y fallecidas a causa de la COVID-19 aumenta cotidianamente. Como dato importante, un porcentaje elevado de los afectados ha sido el personal sanitario, que ha prestado un servicio impecable sin eludir responsabilidad ni escatimar esfuerzo.⁽²⁾

Los equipos de salud desempeñan un papel fundamental a la hora de moderar el impacto de una pandemia dado que, para prevenir y gestionar las emergencias sanitarias se requiere una fuerza laboral de salud adecuada, bien distribuida, motivada y apoyada.⁽³⁾

La Sociedad Internacional de Enfermedades Infecciosas describe que en cualquier enfermedad grave debe analizarse y generar reportes que permitan conocer la casuística y guiar el manejo de los profesionales que trabajan en este reto clínico.⁽³⁾ Es importante conocer los predictores de mortalidad y desenlaces desfavorables en los pacientes infectados. Ello tiene incidencia directa en la decisión de hospitalización, manejo médico, determinación del personal de salud calificado y decisiones terapéuticas.

En Cuba se reportan como casos confirmados las personas que presentan una prueba de RT-PCR (*Real Time Polymerase Chain Reaction*) positiva, que es el test más confiable hasta el

momento. El test se les realiza también a los sospechosos sometidos a vigilancia, cuando presentan síntomas, asintomáticos, cuando refieren antecedentes epidemiológicos de interés, como haber sido contactos con casos positivos. Su positividad dependerá del momento durante la ejecución de la prueba, del tratamiento del personal de salud y sus acciones, desde la toma de muestra hasta su informe.⁽⁴⁾

En el caso de Cuba, desde el primer momento de aparición de la pandemia, se tomaron las medidas necesarias para enfrentarla. La lucha contra la COVID-19 ha sido tarea de todos los que están relacionados a la atención sanitaria, cada uno desde su posición, con su consagración continúa, exponiendo sus capacidades y habilidades profesionales en el tratamiento y atención especializadas a los pacientes hospitalizados.⁽⁵⁾

Las medidas adoptadas en Cuba incluyen, entre otras, el aislamiento de los casos confirmados con la COVID-19 y el personal de salud que los atiende, el cierre de las escuelas y universidades, la prohibición de reuniones masivas y eventos públicos, el aislamiento social con restricción de la alta movilidad de las personas, la limitación de los desplazamientos locales y nacionales. Estas intervenciones se hacen para controlar la epidemia y minimizar las defunciones por esta enfermedad, que ya en el mundo alcanza una cifra de 597 583 hasta el 19 de julio de 2020.⁽⁶⁾

Los médicos cubanos han realizado múltiples acciones para trabajar con los sospechosos y los casos positivos diagnosticados, lo cual permite determinar los síntomas y en cada caso se logra diagnosticar un nuevo agente infeccioso e improvisar (de ser necesario) con tratamientos alternativos o novedosos, familiarizarse con métodos para contener la expansión de esa enfermedad y aprender a ser rigurosos con las medidas de aislamiento y distanciamiento social, que la misma epidemia ha impuesto.⁽⁷⁾

Los conocimientos técnicos pueden ser una gran esperanza para el enfrentamiento en esta enfermedad, la cual proporciona un sentimiento de vulnerabilidad y dependencia. La preparación de los profesionales juega un papel decisivo, primero se realizan adecuados diagnósticos y tratamientos; posteriormente, se hace sentir a los pacientes que importan y por último evita la iatrogenia. Estas formas de actuar coadyuvan a una recuperación efectiva de las personas contagiadas y ubica al personal de salud en posición favorable para futuros tratamientos.⁽⁸⁾

En los diversos artículos revisados de varios autores^(9,10,11,12) se pudo constatar que se evalúan las diferentes formas de interactuar y combatir la enfermedad, pero no se explican las formas y acciones realizadas por el personal de salud, desde sus vivencias en los centros

de aislamientos con los sospechosos y pacientes positivos a la COVID-19 ingresados en estos lugares.

Las vivencias de este personal de salud constituyen informaciones necesarias para el enfrentamiento a nuevas pandemias con características similares. Los diferentes proceder en estas situaciones de enfrentamiento a la enfermedad resultan para Cuba una escuela sin precedentes.

Los médicos cubanos que laboran en los centros de aislamiento deben cumplir un conjunto de protocolos para el tratamiento diario de los pacientes con COVID-19,⁽¹³⁾ los cuales generan gran carga emocional, tales como estrés, cansancio, malestar, inseguridad y miedo al contagio; además de estar aislados de su seno familiar, solo con comunicación vía telefónica con su familia. A esto se suman las 12 horas ininterrumpidas de vigilancia constante durante su servicio dentro de las zonas rojas. Estas situaciones generan vivencias diferentes a la labor sistemática que desarrollan en sus centros laborales en tiempo de no pandemia.

Cada personal de salud es responsable de sus pacientes, esa responsabilidad puede llevar a que se culpen por no haber podido hacer más, por las personas que no pudieron salvarse. Estas imágenes se quedan en la memoria y pueden no procesarse simplemente con el paso del tiempo, porque además se producen en medio de un estrés continuado en el que el profesional afronta situaciones extremas.⁽¹⁴⁾

El objetivo de este artículo fue valorar las principales vivencias del personal de salud que trabajó en las zonas rojas, en los centros de aislamiento con casos sospechosos y positivos a la COVID-19.

Métodos

Estudio cualitativo. Para realizar el análisis de las vivencias se aplicaron las técnicas de entrevista y observación a varios miembros del personal de salud que laboraron en las zonas rojas de los centros de aislamiento, donde estuvieron ingresados los casos sospechosos y positivos a la COVID-19 de la provincia Santiago de Cuba, desde el 28 de marzo hasta el 6 de junio de 2020.

El total de personal de Salud Pública que laboró en este período en las zonas rojas fue de 168 personas. Se trabajó con una muestra de 43, de ellos: 17 médicos, 10 enfermeras, 7 técnicos y 9 personal de servicio que participaron en las zonas rojas de los centros de

aislamiento y vigilancia, durante el enfrentamiento a la pandemia de COVID-19. La edad media aritmética de este personal es de 36 años.

El 51 % de las personas encuestadas pertenecían al sexo femenino, tomando en cuenta el rol de la mujer en el país dentro de la dinámica familiar, pues además de trabajadoras, son madres, amas de casa, sin embargo, ante situaciones de emergencias, como la presencia de la pandemia, su respuesta fue admirable.

De los médicos entrevistados el 58,82 % (17) eran especialistas de segundo grado y 41,18 % especialistas de primer grado y el 100 % de los enfermeros que laboraron en estas zonas rojas eran licenciados en enfermería, lo cual garantizaba la calidad en el servicio prestado a los pacientes en las zonas rojas.

La selección de la muestra se realizó bajo los siguientes criterios de inclusión: haber estado en las zonas rojas de los centros de aislamiento, ser personal de Salud Pública, no presentar problemas psiquiátricos, estar de acuerdo con participar en la investigación, haber trabajado con casos positivos durante el enfrentamiento a esta enfermedad y haber estado dos veces en zonas rojas como mínimo.

Las técnicas aplicadas (entrevista y observación) se realizaron durante la etapa de aislamiento final (primera quincena de junio de 2020) que tuvo el personal de salud que laboró en las zonas rojas. Las preguntas se realizaron directamente con cada sujeto, las respuestas se recogieron de forma independiente para cada uno; se procesaron los porcentajes por cantidades de respuestas y de forma cualitativa.

Las entrevistas fueron aplicadas en los centros de descanso, donde estaban 15 días después de salir de la zona roja. La entrevista contenía 16 preguntas, 13 se referían a los cinco indicadores de la variable vivencias y 3 responden a datos demográficos. La técnica de observación se aplicó durante la visita a los centros, evaluando las condiciones del lugar, las principales manifestaciones no verbales durante la entrevista y las principales acciones realizadas por este personal durante su labor.

Las principales variables utilizadas en la entrevista fueron:

Casos sospechosos: son pacientes con manifestaciones clínicas de IRA (Infección Respiratoria Aguda) y antecedentes epidemiológicos de contactos con casos positivos o pacientes que hayan visitado lugares con transmisión de la enfermedad.

Zonas rojas: son áreas específicas dentro de los centros de aislamiento y hospitales, con restricciones de acceso, donde fueron ingresados los contactos de casos positivos,

sospechosos y confirmados a la COVID-19. El acceso de entrada y salida del personal de salud eran 14 días (laboraban 14 días en las zonas rojas, descansaban 14 días en centros de aislamiento en observación epidemiológica y 14 días en sus hogares). Dentro de dos de los centros de aislamiento (Escuela de Capacitación de Salud y Hospital Ambrosio Grillo) se formaron dos tipos de zonas: las rojas y verdes (con función de habilitar logísticamente las zonas rojas).

Vivencia constituye la unidad de la personalidad y del entorno tal como figura en el desarrollo. Debe ser entendida como la relación interior del individuo como ser humano, con uno u otro momento de la realidad. Es algo intermedio entre la personalidad y el medio y revela lo que significa el momento dado del medio para la personalidad.⁽¹⁵⁾

Los indicadores que se tuvieron en cuenta para evaluar la vivencia en la entrevista fueron:

- Atención personalizada a los pacientes en el enfrentamiento con la enfermedad.
- Vivencias de la capacitación sobre la pandemia.
- Uso de recursos para la seguridad.
- Uso del tiempo ocio durante la actividad.
- Vivencia de los sentimientos y emociones expresados por el personal de salud en esta actividad.

Se utilizó el procesador estadístico Excel 2016 para el análisis porcentual y el análisis de contenido para las valoraciones de los sujetos entrevistados.⁽¹⁶⁾

La investigación fue encargada por la dirección del consejo de defensa provincial y los entrevistados estuvieron de acuerdo con las entrevistas realizadas y con la publicación de los resultados.

A los participantes se les presentó un consentimiento informado en el cual se daba cuenta de los objetivos de la investigación, contexto, posibilidad de finalizar la entrevista de forma anticipada, así como aspectos de confidencialidad. Este documento fue aceptado y firmado por cada uno de los sujetos entrevistados. De este modo se protege la confidencialidad y no señalar nombres reales de los entrevistados e informarles sobre quién tendrá acceso a las entrevistas y por cuánto tiempo; ambas acciones respetadas en la ejecución de la investigación.

Resultados

El 88,37 % del personal se mantuvo en función de la atención personalizada a los casos positivos y sospechosos, con rigor y profesionalidad, con sus miedos y ansiedades ante la posibilidad real de contagiarse. Las vivencias de estos trabajadores de salud pública eran valoradas de forma positiva e instructiva, arriesgada, estresante y peligrosa (por todos los riesgos que supone trabajar con esta enfermedad). Se muestra cuando refieren: “yo sabía que estaba en riesgo, pero lo importante era lo que aprendía cada día y la experiencia en sí misma”, “me sentía a veces con ganas de salir de allí y aislarme en una isla para no contagiarme”.

Las necesidades de seguridad y protección generaban alternativas de solución para las manifestaciones de los pacientes ante los tratamientos (los cuales en múltiples ocasiones sufrían efectos secundarios como vómitos, diarreas y expresaban su malestar explícitamente).

El 65,11 % de la muestra recibió capacitación sobre la labor real que realizaría allí durante el enfrentamiento a la COVID-19 con pacientes sospechosos o positivos en el centro de aislamiento. Los individuos que no recibieron la capacitación fueron esencialmente del personal de servicio y técnicos de salud. La preparación y capacitación general que poseían los profesionales que laboraban en las zonas rojas impidió que hubiera más muertes en la provincia, fortalezas en tratamiento clínico, constante búsqueda de información para tratar la enfermedad y análisis de cada caso. Referían: “me veía forzada por esta nueva enfermedad a todos los días buscar mayor información sobre la misma y alternativas para controlarla”.

El 93,03 % poseía informaciones y actualizaciones constantes sobre la situación epidemiológica de la provincia, garantizando una labor más eficiente y coherente con la situación contextual dentro de los centros de aislamiento.

El 69,76 % refirió que no poseían todos los recursos esenciales para la protección (gafas y sobretapas) durante la atención a los pacientes sospechosos o positivos en los centros: Escuela de Capacitación de Salud, Hospital “Ambrosio Grillo”, Escuela “Las Marianas” y Escuela “Pepito Tey”. El personal de salud transitó desde los momentos más inseguros y ansiosos en su relación con los pacientes, hasta sentirse ocupados en su labor cotidiana y olvidar el peligro a que estaban sometidos constantemente. La percepción de riesgo de los

sujetos que laboraban en las zonas rojas fue directamente proporcional a la capacidad de mortalidad que tiene la enfermedad, lo cual generó, desde los inicios de tratamiento, el cumplimiento estricto de las normas y medidas de seguridad interna y externa durante el tratamiento.

En los horarios de descanso de los médicos y enfermeros (12 horas de las 24 del día) aparecían expresiones de estrés, incertidumbre, depresión y aburrimiento debido a las interacciones constantes con los pacientes durante su tratamiento, las acumulaciones de cargas estresantes de trabajo, la ausencia familiar, el aislamiento social y las pocas formas de diversión en este tiempo.

“El estar tanto tiempo sin poder salir, solo dedicada al trabajo y la atención a los pacientes me hacía caer en una depresión cuando estaba descansando, solo me ayudaba ver como ellos mejoraban y el descanso que algunos días después tendría”. Estas formas de canalizar las emociones negativas adquiridas durante la tarea, en vez de afectar la propia atención clínica, dinamizaba la tarea en función de tener más pensamientos y valoraciones sobre el qué, cómo y porqué se hacía ante las múltiples manifestaciones de la enfermedad en los pacientes.

El 95,34 % refirió mucha indisciplina por parte de los pacientes, específicamente inconformidades con el tiempo de demora de los resultados de los RT-PCR y el aislamiento dentro del centro.

Las experiencias acumuladas durante esta actividad preparan al personal médico para futuros eventos de este tipo (97,67 %). Las emociones positivas que más se desarrollaron durante la actividad realizada por el personal de salud fueron de cooperación, gratitud, admiración, compromiso con los pacientes y la vida humana y alegría. Estas garantizaban la calidad en la tarea y la búsqueda de nuevas alternativas constante ante las manifestaciones de la enfermedad y su forma de expresión individual en cada paciente, expresiones como: “los pacientes cuando están mejorando enseguida nos brindan una sonrisa y nos agradecen de diversas formas, eso nos ayuda a seguir dando lo mejor de nosotros”.

Los sentimientos y emociones contradictorias también constituyeron la base para tomar decisiones urgentes ante las diferentes formas que se exponía la enfermedad en cada sujeto. Los primeros intercambios con los pacientes mostraban emociones de angustia, estrés, desesperanza, rechazo y miedo ante el trato directo, las cuales iniciaron un proceso de conversión hacia la aceptación, compromiso, empatía y agrado durante el proceso de tratamiento clínico con los pacientes (“al principio ni tocaba a los pacientes y me alejaba como un metro de ellos, luego me di cuenta que eso les afectaba y fui acercándome cada vez más y sus sonrisas lograron que fuera más amistoso”).

Al personal de salud se le aislaba en hoteles después de los 14 días de trabajo para prestarles observación y cuarentena, se le garantiza la disminución de la tensión, malestares y ansiedades que adquirirían durante la actividad en zonas rojas (100 %).

El 88,37 % refirió que tuvieron dificultades con la calidad y cantidad de comida, específicamente en centros de aislamiento como el Hospital “Ambrosio Grillo”, la Escuela de Capacitación de Salud y la Escuela “Pepito Tey”.

Según 58,13 % de los entrevistados hubo discrepancias entre las zonas verdes y rojas en algunos centros de aislamiento, respecto a utilización de recursos, medios de protección y alimentación en la Escuela de Capacitación de Salud. En estas situaciones se generó dificultades en el intercambio de recursos materiales de protección, seguridad y alimentarios que obstaculizaba el óptimo desempeño de los profesionales de la salud que laboraban en la zona. Ejemplo de estas valoraciones son: “el tener dos administradores, uno en las zonas rojas y otro en la zona verde no permite que se puedan obtener correctamente los recursos que necesitábamos, tanto la comida, como los módulos de vestuario y material médico”.

Las relaciones interpersonales incrementan su intensidad ante situaciones de estrés constante, en las que la vida humana puede correr peligro y es aquí que el personal de salud que laboró en estas zonas basaba sus relaciones en la solidaridad, el altruismo, la cooperación constante, su accionar profesional en cada situación presentada y su interés en función de la recuperación de los pacientes, más que en el beneficio económico que esta tarea podría generarles. La dinámica de estas relaciones dependía de sus objetivos humanistas. Las expresiones lo muestran: “Nosotros nos ayudábamos en cada instante y si había duda preguntábamos y colaborábamos”, “estábamos juntos para apoyarnos cada día y si uno se cansaba el otro le recordaba la misión”.

Discusión

En el estudio realizado las principales manifestaciones de ansiedad y estrés estuvieron asociadas a la percepción de riesgo ante el primer enfrentamiento con este tipo de enfermedad, la cual se convirtió en herramienta psicológica para la búsqueda de alternativas de tratamiento y atención a los pacientes, así como el aumento del cumplimiento de las normas de seguridad y protección para la atención clínica. Estas manifestaciones difieren de las obtenidas en el estudio de Argentina,⁽¹⁷⁾ en que la insuficiente disponibilidad de recursos institucionales, sumada a demandas de una estrategia comunicacional y de

contención del personal, se identificaron como potenciales fuentes de conflictos y falta de cohesión en los equipos de salud.

En las entrevistas realizadas con el personal de salud argentino se identificaron miedo, incertidumbre e inseguridad, vinculados con la percepción de gravedad de la enfermedad, las dificultades de su atención, las condiciones en que se organiza la respuesta en cada lugar, y el riesgo derivado de la propia exposición, temor al contagio y la estigmatización se vieron potenciados por la percepción de estar trabajando sin los resguardos necesarios.⁽¹⁸⁾ En el caso de este estudio las principales manifestaciones de miedo, estrés y temor al contagio se manifestaron en primera instancia por el enfrentamiento a la nueva enfermedad y su letalidad por el contagio, emociones negativas que fueron superándose por la propia seguridad y protección al contar con los medios adecuados para los tratamientos clínicos a los pacientes.

En el caso de este estudio, las condiciones básicas y sanitarias de los centros de aislamiento y atención clínica a sospechosos y pacientes con la COVID-19 estaban garantizadas, lo cual determinó la hospitalización y atención clínica necesaria para la recuperación de 49 de los 51 casos positivos en Santiago de Cuba, a diferencia del estudio⁽¹⁹⁾ realizado en el estado de México en que las limitaciones institucionales del sistema público de salud constituyen condiciones desfavorables que se agudizan ante las restricciones presupuestales recientes en el sector y ante otros desafíos asociados al suministro de medicamentos y las malas estrategias para prevenir y atender la salud pública.

Hasta el mes de abril del 2020, se ha registrado un elevado porcentaje de personal sanitario afectado. En Italia, el 20 % de los afectados son parte del personal de salud, con más de 100 fallecidos. En España esta cifra es del 13 % y en Argentina del 14 %, en la Ciudad de Buenos Aires el 25 % de los infectados corresponden al personal sanitario mientras que en la provincia de Chaco esta cifra es del 52 %.⁽²⁰⁾ No se evidenció en este estudio ningún personal de salud afectado por la COVID-19, y no solo de la muestra, sino también de la totalidad del personal que trabajó con los pacientes.

El alcance del estudio refiere a las zonas de la ciudad de Santiago de Cuba y su limitante constituyó la imposibilidad de extenderlo a otras zonas del oriente cubano. Se puede aplicar en otros territorios cubanos y extranjeros, debido a la atención que requiere el personal de salud que se enfrenta a esta pandemia a diario y las muertes que van en aumento cada día en nuestra provincia.

Las experiencias del personal de salud que laboró en las zonas rojas durante el enfrentamiento a la COVID-19 en la provincia de Santiago de Cuba constituyeron una de

las más enriquecedoras y desafiantes para este personal. Situaciones de aislamiento y trabajo continuado con estrés, ansiedad y miedo prepararon al personal para futuros enfrentamientos ante pandemias.

Las emociones y sentimientos expresados en esta etapa garantizaron aumentar la calidad en las relaciones interpersonales y enriquecer sus conocimientos sobre la enfermedad y su tratamiento diferencial.

En conclusión, las vivencias de los sujetos investigados se expresaron en manifestaciones negativas al principio del tratamiento con los pacientes y evolucionaron hasta la conversión a estados positivos que permitieron elevar la calidad del trabajo realizado.

Referencias bibliográficas

1. Serrano Gallardo P. COVID-19: la vulnerabilidad en el ojo del huracán. Revista Enfermería Clínica. 2020 [acceso 24/05/2020];12(2):21-35. Disponible en: <https://static.elsevier.es/covid/1-s2.0-S113086212030317X-main.pdf>
2. Moreno Guillen S. Médico y Paciente. Las enseñanzas de la COVID-19. Revista RIECS. 2020 [acceso 08/06/2020];5(1):4-15. Disponible en: <https://www.riecs.es/index.php/riecs/article/download/215/271>
3. World Health Organization. COVID-19 disease 2019 (COVID-19). Situation Report-78. 2020 [acceso 09/06/2020];2(3):1-13. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331685/nCoVsitrep01Apr2020-eng.pdf>
4. Espinoza Brito A. COVID-19: rápida revisión general. Anales de la Academia de Ciencias de Cuba. 2020 [acceso 08/06/2020];10(2):10-25. Disponible en: <http://revistaccuba.sld.cu/index.php/revacc/article/view/828/844>
5. Hernández-García F, Góngora-Gómez O. Rol del estudiante deficiencias médicas frente a la COVID-19: el ejemplo de Cuba. 2020 [acceso 08/06/2020];21(4):281-2. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Frank_Hernandez-Garcia/publication/341758659_Rol_del_estudiante_de_ciencias_medicas_frente_a_la_COVID-19_el_ejemplo_de_Cuba/links/5ed26fb945851529451bf5dd/Rol-del-estudiante-de-ciencias-medicas-frente-a-la-COVID-19-el-ejemplo-de-Cuba.pdf
6. Datos oficiales de la Organización Mundial de la Salud en tiempo real. OMS. 2020 [acceso 11/06/2020];12-24. Disponible en: <https://temas.sld.cu/COVID-19/COVID-19/>

7. Pedraza Maryory G. COVID-19: Perspectiva, lo que sabemos y lo que aprendemos. *Interdisciplinary Journal of Epidemiology and Public Health* 3. 2020 [acceso 13/06/2020];3(1):21-34. Disponible en: <https://revistas.unilibre.edu.co/index.php/iJEPH/article/view/6230>
8. Rosales Quiros S, Cuban Gonzales S. El rol del médico en la transmisión nosocomial del SARSCoV-2. *Revista Médica de Costa Rica*. 2020 [acceso 11/06/2020];85(629):56-68. Disponible en: <http://revistamedicacr.com/index.php/rmcr/article/download/286/276>
9. Mirabal Nápoles M, Cadenas Freixas JL. Las sociedades científicas de la salud frente a la COVID-19. *Humanidades Médicas*. 2020 [acceso 15/06/2020];20(2). Disponible en: <https://revistas.unilibre.edu.co/index.php/iJEPH/article/view/6230>
10. Alonso A, Abad O, De Souza LE. Ciencia, salud y solidaridad para salvar vidas: una llamada a la acción contra la COVID-19. *Anales de la Academia de Ciencias de Cuba*. 2020 [acceso 15/06/2020];10(2):87-99. Disponible en: <http://revistaccuba.sld.cu/index.php/revacc/article/view/879/880>
11. Espinosa Brito AD. Acompañando la marcha de la pandemia de COVID-19. Una mirada desde Cienfuegos. *Revista MediSur*. 2020 [acceso 19/06/2020];18(3):313-21. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1727897X2020000300313&script=sci_arttext&tlng=en
12. Bell-Castillo J, Moya-Bell Y, George-Carrión W, George-Bell MJ. Modelo de formación integradora en Covid 19 en la complejidad emergente del contexto. *Revista Maestro y Sociedad*. 2020 [acceso 15/06/2020];32(1):199-210. Disponible en: <https://maestroysociedad.uo.edu.cu/index.php/MyS/article/view/5189>
13. Núñez-Cortés JM. Educación médica durante la crisis por COVID-19. *Educación Médica*. 2020 [acceso 15/06/2020];157:12-25. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7261066/>
14. González A. Vivencias traumáticas durante la infección por SARS-CoV-2: consejos útiles para profesionales de la salud en primera línea de atención. 2020 [acceso 24/05/2020]:1-12. Disponible en: <http://www.clinica-galatea.com/es/bloc/entrevista-profesionales-salud-COVID-19/>
15. Vygotsky L. La crisis de los siete años. En: Segarte, A. *Psicología del desarrollo. Selección de lecturas. Tomo I*. La Habana: Editorial Félix Varela; 1996.
16. Fernández F. El análisis de contenido como ayuda metodológica para la investigación. *Ciencias Sociales*. 2002 [acceso 18/06/2020];96:35-53. Disponible en:

<http://abacoenred.com/wp-content/uploads/2016/01/An%C3%A1lisis-de-contenido-como-ayuda-metodol%C3%B3gica-para-la-investigaci%C3%B3n-Revista-CCSS-2002-pdf.pdf>

17. Ortiz Z, Antonietti L, Capriati A, Ramos S, Romero M, Mariani J, Ortiz F, Pecheny M. Preocupaciones y demandas frente a COVID-19. Encuesta al personal de salud. MEDICINA (Buenos Aires). 2020 [acceso 18/06/2020];80:34-47. Disponible en: <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/111616>

18. Asociación Argentina de Medicina Respiratoria. Neumonología y COVID-19. Bioseguridad en la pandemia. [acceso 24/05/2020];10(21):23-31. Disponible en: https://www.aamr.org.ar/secciones/COVID-19/informe_encuesta_aamr_bioseguridadpdf?utm_source=email_marketing&utm_admin=53331&utm_medium=email&utm_campaign=AAMR_y_COVID_Resultados_de_la_Encuesta; consultado mayo 2020

19. Martínez Soria J, Torres Ramírez C, Orozco Rivera D. Características, medidas de políticas públicas y riesgos de la pandemia del COVID-19. Documento de trabajo, marzo 2020. Dirección General de Investigaciones Estratégica. Gobierno de México. 2020 [acceso 27/05/2020];45-59. Disponible en: <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/111616>

20. Olivar V, Maffey A. El cuidado del personal sanitario. Editado en Centro Respiratorio “Dr. Alberto Álvarez” del Hospital de Niños “Ricardo Gutiérrez”. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina, 2020. 2020 [acceso 24/05/2020];1-15. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es/hogar/salud-de-las-personas-de-edad-avanzada/prestaci%C3%B3n-de-atenci%C3%B3n-sanitaria-a-las-personas-de-edad-avanzada/personal-sanitario-profesionales-de-la-salud>

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Contribución de los autores

Conceptualización: Yorkys Santana González, Maricelys Manzano García.

Curación de datos: Luis Eugenio Valdés García, Osmany Soler Nariño.

Análisis formal: Yaser Bring Pérez, Rodolfo Hernández Despaigne.

Investigación: Yorkys Santana González, Maricelys Manzano García.

Metodología: Luis Eugenio Valdés García, Osmany Soler Nariño.

Administración del proyecto: Yorkys Santana González.

Recursos: Osmany Soler Nariño.

Supervisión: Yorkys Santana González.

Validación: Fernanda Jiménez Sanabria.

Visualización: Luis Eugenio Valdés García.

Redacción-borrador original: Yorkys Santana González.

Redacción-revisión y edición: Luis Eugenio Valdés García.