



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

---

---

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

CARRERA EN ENFERMERÍA

**“AFECTACIÓN FÍSICA Y MENTAL DE LA  
SALUD DEL PERSONAL DE  
ENFERMERÍA DEL HOSPITAL GENERAL  
BALBUENA POR LA PANDEMIA DE  
COVID-19”.**

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:  
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

P R E S E N T A:

GUZMAN LOPEZ STEPHANY NICOLLE

DIRECTOR DE TESIS:

MTRA. KARINA GARCÍA RANGEL



*Ciudad de México, Diciembre 2021.*



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**  
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA  
UNIDAD DE ADMINISTRACIÓN ESCOLAR  
CARRERA DE ENFERMERÍA  
FORMATO F-3  
**DESIGNACIÓN SINODO**



SUSTENTANTE: **GUZMAN LOPEZ STEPHANY NICOLLE**

TITULO DEL TRABAJO:

**“AFECTACIÓN FÍSICA Y MENTAL DE LA SALUD DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL GENERAL BALBUENA POR LA PANDEMIA DE COVID-19”**

MODALIDAD: **TESIS**

DIRECTOR: **GARCIA RANGEL KARINA**

ÁREA:

Le comunico que el jurado que le examinará con motivo de su examen profesional estará formado por los siguientes

<b>SINODALES</b>	<b>FECHA DE INGRESO A LA UNAM</b>
MTRA. DE LA PEÑA LEON BELINDA (Presidente)	1997-03-17
MTRA. GARCIA RANGEL KARINA (Vocal)	2012-10-01
MTRA. TREJO NIÑO GABRIELA (Secretario)	2008-04-01
DRA. ALBERTO BAZAN MARIA ELENA (Suplente)	2008-08-11
MTRA. ZAMORANO OROZCO MARIA GUADALUPE (Suplente)	2011-03-14

**ATENTAMENTE**  
**"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"**  
CDMX, a 6 de Octubre de 2021

  
DR. VICENTE JESÚS HERNÁNDEZ ABAD

DIRECTOR DE LA FACULTAD DE ESTUDIOS  
SUPERIORES ZARAGOZA



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**  
**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA**  
**UNIDAD DE ADMINISTRACIÓN ESCOLAR**  
**CARRERA DE ENFERMERÍA**  
**FORMATO F-4**



**VOTO DE APROBACIÓN**

**DR. VICENTE JESÚS HERNÁNDEZ ABAD**  
**DIRECTOR DE LA FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA**

Presente

**Distinguido señor director:**

Con respecto al trabajo denominado:

**"AFECTACIÓN FÍSICA Y MENTAL DE LA SALUD DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL GENERAL BALBUENA POR LA PANDEMIA DE COVID-19"**

realizado por el (la) alumno **GUZMAN LOPEZ STEPHANY NICOLLE** como prueba escrita en la modalidad de: **TESIS**, para sustentar su examen profesional, me permito comunicarle que después de haberlo revisado, he decidido otorgar mi **VOTO DE APROBACIÓN**, en vista de que reúne los requisitos establecidos por la Legislación Universitaria.

Del mismo modo, me doy por enterado de haber sido incluido en el Jurado del Examen Profesional que sustentará el mencionado alumno.

Aprovecho la ocasión para reiterarle a usted las seguridades de mi más alta y distinguida consideración académica.

**A T E N T A M E N T E**  
**"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"**  
CDMX, a 7 de Octubre de 2021

**MTRA. DE LA PEÑA LEON BELINDA**

Presidente



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**  
**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA**  
**UNIDAD DE ADMINISTRACIÓN ESCOLAR**  
**CARRERA DE ENFERMERÍA**  
**FORMATO F-4**



**VOTO DE APROBACIÓN**

**DR. VICENTE JESÚS HERNÁNDEZ ABAD**  
**DIRECTOR DE LA FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA**  
Presente

Distinguido señor director:

Con respecto al trabajo denominado:

**"AFECTACIÓN FÍSICA Y MENTAL DE LA SALUD DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL GENERAL BALBUENA POR LA PANDEMIA DE COVID-19"**

realizado por el (la) alumno **GUZMAN LOPEZ STEPHANY NICOLLE** como prueba escrita en la modalidad de: **TESIS**, para sustentar su examen profesional, me permito comunicarle que después de haberlo revisado, he decidido otorgar mi **VOTO DE APROBACIÓN**, en vista de que reúne los requisitos establecidos por la Legislación Universitaria.

Del mismo modo, me doy por enterado de haber sido incluido en el Jurado del Examen Profesional que sustentará el mencionado alumno.

Aprovecho la ocasión para reiterarle a usted las seguridades de mi más alta y distinguida consideración académica.

**ATENTAMENTE**  
**"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"**  
CDMX, a 7 de Octubre de 2021

**MTRA. GARCIA RANGEL KARINA**

Vocal



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**  
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA  
UNIDAD DE ADMINISTRACIÓN ESCOLAR  
CARRERA DE ENFERMERÍA  
FORMATO F-4



**VOTO DE APROBACIÓN**

**DR. VICENTE JESÚS HERNÁNDEZ ABAD**  
DIRECTOR DE LA FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

Presente

Distinguido señor director:

Con respecto al trabajo denominado:

**"AFECTACIÓN FÍSICA Y MENTAL DE LA SALUD DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL GENERAL BALBUENA POR LA PANDEMIA DE COVID-19"**

realizado por el (la) alumno **GUZMAN LOPEZ STEPHANY NICOLLE** como prueba escrita en la modalidad de: **TESIS**, para sustentar su examen profesional, me permito comunicarle que después de haberlo revisado, he decidido otorgar mi **VOTO DE APROBACIÓN**, en vista de que reúne los requisitos establecidos por la Legislación Universitaria.

Del mismo modo, me doy por enterado de haber sido incluido en el Jurado del Examen Profesional que sustentará el mencionado alumno.

Aprovecho la ocasión para reiterarle a usted las seguridades de mi más alta y distinguida consideración académica.

**ATENTAMENTE**  
**"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"**  
CDMX, a 7 de Octubre de 2021

*Trejo Niño G.*

MTRA. TREJO NIÑO GABRIELA

Secretario



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**  
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA  
UNIDAD DE ADMINISTRACIÓN ESCOLAR  
CARRERA DE ENFERMERÍA  
FORMATO F-4



**VOTO DE APROBACIÓN**

**DR. VICENTE JESÚS HERNÁNDEZ ABAD**  
DIRECTOR DE LA FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

Presente

Distinguido señor director:

Con respecto al trabajo denominado:

**"AFECTACIÓN FÍSICA Y MENTAL DE LA SALUD DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL GENERAL BALBUENA POR LA PANDEMIA DE COVID-19"**

realizado por el (la) alumno **GUZMAN LOPEZ STEPHANY NICOLLE** como prueba escrita en la modalidad de: **TESIS**, para sustentar su examen profesional, me permito comunicarle que después de haberlo revisado, he decidido otorgar mi **VOTO DE APROBACIÓN**, en vista de que reúne los requisitos establecidos por la Legislación Universitaria.

Del mismo modo, me doy por enterado de haber sido incluido en el Jurado del Examen Profesional que sustentará el mencionado alumno.

Aprovecho la ocasión para reiterarle a usted las seguridades de mi más alta y distinguida consideración académica.

**ATENTAMENTE**  
**"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"**  
CDMX, a 7 de Octubre de 2021

**DRA. ALBERTO BAZAN MARIA ELENA**

Suplente



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**  
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA  
UNIDAD DE ADMINISTRACIÓN ESCOLAR  
CARRERA DE ENFERMERÍA  
FORMATO F-4



**VOTO DE APROBACIÓN**

**DR. VICENTE JESÚS HERNÁNDEZ ABAD**  
DIRECTOR DE LA FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

Presente

Distinguido señor director:

Con respecto al trabajo denominado:

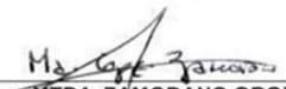
**"AFECTACIÓN FÍSICA Y MENTAL DE LA SALUD DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL GENERAL BALBUENA POR LA PANDEMIA DE COVID-19"**

realizado por el (la) alumno **GUZMAN LOPEZ STEPHANY NICOLLE** como prueba escrita en la modalidad de: **TESIS**, para sustentar su examen profesional, me permito comunicarle que después de haberlo revisado, he decidido otorgar mi **VOTO DE APROBACIÓN**, en vista de que reúne los requisitos establecidos por la Legislación Universitaria.

Del mismo modo, me doy por enterado de haber sido incluido en el Jurado del Examen Profesional que sustentará el mencionado alumno.

Aprovecho la ocasión para reiterarle a usted las seguridades de mi más alta y distinguida consideración académica.

**ATENTAMENTE**  
**"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"**  
CDMX, a 7 de Octubre de 2021

  
MTRA. ZAMORANO OROZCO MARIA  
GUADALUPE  
Suplente



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**  
**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA**  
**UNIDAD DE ADMINISTRACIÓN ESCOLAR**  
**CARRERA DE ENFERMERÍA**  
**FORMATO F-5**



**OFICIO DE FECHA DE EXAMEN**

**QFB GRACIELA ROJAS VÁZQUEZ**  
**JEFA DE LA UNIDAD DE ADMINISTRACIÓN ESCOLAR**  
 Presente

Le comunico que al alumno: **GUZMAN LOPEZ STEPHANY NICOLLE** con número de cuenta **314152530** de la carrera **ENFERMERÍA** se le ha fijado el día **2 de Diciembre de 2021** a las **14:00 hrs.**, para presentar la réplica oral de su examen profesional, que tendrá lugar en esta facultad, ante el siguiente jurado:

CARGO	NOMBRE	FIRMA
PRESIDENTE	MTRA. DE LA PEÑA LEON BELINDA	
VOCAL	MTRA. GARCIA RANGEL KARINA	
SECRETARIO	MTRA. TREJO NIÑO GABRIELA	
SUPLENTE	DRA. ALBERTO BAZAN MARIA ELENA	
SUPLENTE	MTRA. ZAMORANO OROZCO MARIA GUADALUPE	

El título del trabajo escrito que se presenta es:

**"AFECTACIÓN FÍSICA Y MENTAL DE LA SALUD DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL GENERAL BALBUENA POR LA PANDEMIA DE COVID-19"**

En la modalidad de: **TESIS**

**ATENTAMENTE**  
**"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"**  
 CDMX, a 16 de Noviembre de 2021

**DR. VICENTE JESÚS HERNÁNDEZ ABAD**  
 DIRECTOR DE LA FACULTAD DE ESTUDIOS  
 SUPERIORES ZARAGOZA

## **AGRADECIMIENTOS**

En primera instancia, quiero agradecer a Dios, quien me ha permitido llegar hasta este momento tan anhelado y esperado en mi vida, el término de mi carrera universitaria. Quiero agradecer a toda mi familia, por no dejarme caer, por sostenerme, por el esfuerzo, apoyo y amor incondicional que me han brindado toda la vida, en especial a mis padres Evelyn y Miguel, a mi hermana Michelle, a mis abuelos, Raúl, Julia y Angélica, quienes han sido unos segundos padres y madres para mí; también, dentro de mi familia, están incluidas mis mascotas, “Galleta”, “Dona” y “Bambi”, quienes me han dado su amor y han sido de mucho apoyo emocional en este largo camino, y en especial, gracias a “Chiquita” por esperarme y cuidarme en esas largas noches sin dormir, por darme su amor en esos días llenos de estrés e incluso lágrimas.

Gracias a mis compañeros de servicio social que me apoyaron y animaron a seguir adelante con este proyecto; gracias a mis amigos, quienes son contados con los dedos de las manos, pero que son sinceros y me han brindado un gran apoyo moral y emocional en este camino. En especial, gracias a mi mejor amiga Betzabeth, por estar conmigo en los mejores y peores momentos de la vida, celebrando triunfos, aprendiendo juntas de los fracasos y sobre todo, por no dejarme caer nunca.

Gracias a mi asesora en este gran proyecto, la maestra Karina García Rangel, quien me ayudo a llevar a cabo este sueño y me brindó su apoyo, sabiduría y tiempo, sin ella, hubiera caminado a ciegas en este mundo de la investigación. Gracias a las profesoras que forman el sínodo que me acompaña en este día tan importante y que me han brindado su ayuda y apoyo en este proyecto tan importante.

Gracias al ADMV, que al leer estas palabras, sabrá que son para él, gracias por su amor y apoyo. Este triunfo, no solo es mío, también es de todos los antes mencionados; gracias a la UNAM por permitirme ser de sangre azul y piel dorada.

# ÍNDICE

<b>1. INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>17</b>
<b>2. JUSTIFICACIÓN.....</b>	<b>19</b>
<b>3. MARCO REFERENCIAL.....</b>	<b>22</b>
<b>4. MARCO CONTEXTUAL.....</b>	<b>26</b>
<b>4.1 PANDEMIA DE COVID 19 EN EL HOSPITAL GENERAL BALBUENA.....</b>	<b>27</b>
<b>4.2 CARACTERÍSTICAS DEL PERSONAL.....</b>	<b>29</b>
▶ 4.2.1 HOSPITAL GENERAL BALBUENA Y EL COVID 19.....	29
▶ 4.2.2 ESPECIALIDADES Y SERVICIOS DONDE LABORA EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL GENERAL BALBUENA.....	29
▶ 4.2.3 HOSPITAL GENERAL BALBUENA COMO HOSPITAL ESCUELA.....	29
▶ 4.2.4 JORNADAS LABORALES PARA EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL GENERAL BALBUENA.....	30
▶ 4.2.5 PERSONAL DE ENFERMERÍA QUE LABORA EN EL HOSPITAL GENERAL BALBUENA.....	30
▶ 4.2.6 ESCOLARIDAD DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA QUE LABORA EN EL HOSPITAL GENERAL BALBUENA.....	30
▶ 4.2.7 EDADES DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA QUE LABORA EN EL HOSPITAL GENERAL BALBUENA.....	32
▶ 4.2.8 PERSONAL DE ENFERMERÍA QUE LABORA EN EL HOSPITAL GENERAL BALBUENA EN LAS ÁREAS COVID.....	32
▶ 4.2.9 PERSONAL DE ENFERMERÍA QUE LABORA EN EL HOSPITAL GENERAL BALBUENA EN LAS ÁREAS DE HOSPITALIZACIÓN DONDE HAY PACIENTES SOSPECHOSOS Y/O POSITIVOS DE COVID 19.....	33
▶ 4.2.10 PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL GENERAL BALBUENA QUE HA ENFERMADO Y/O MUERTO DE COVID 19.....	34
<b>5. MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>36</b>
<b>5.1 COVID 19.....</b>	<b>36</b>
▶ 5.1.1 CONCEPTO.....	36
▶ 5.1.2 ETIOLOGÍA.....	37

▶ 5.1.3 FACTORES DE RIESGO.....	38
▶ 5.1.4 SIGNOS Y SÍNTOMAS.....	40
▶ 5.1.5 EPIDEMIOLOGÍA.....	41
▶ 5.1.6 DIAGNÓSTICO.....	43
▶ 5.1.7 TRATAMIENTO.....	45
▶ 5.1.8 COMPLICACIONES.....	62
▶ 5.1.9 CONSECUENCIAS.....	63
<b>5.2 SALUD MENTAL.....</b>	<b>64</b>
▶ 5.2.1 CONCEPTO.....	64
▶ 5.2.2 FACTORES DE RIESGO.....	64
▶ 5.2.3 PROMOCIÓN Y PROTECCIÓN DE LA SALUD.....	65
▶ 5.2.4 CUIDAR NUESTRA SALUD MENTAL EN TIEMPOS DE PANDEMIA.....	66
▶ 5.2.5 EPIDEMIOLOGÍA.....	68
▶ 5.2.6 SALUD MENTAL EN TIEMPOS DE PANDEMIA POR COVID 19.....	69
<b>5.3 DESGASTE EMOCIONAL.....</b>	<b>72</b>
▶ 5.3.1 CONCEPTO.....	72
▶ 5.3.2 ETIOLOGÍA.....	72
▶ 5.3.3 SIGNOS Y SÍNTOMAS.....	73
▶ 5.3.4 MANEJO Y TRATAMIENTO.....	74
<b>5.4 ANSIEDAD.....</b>	<b>74</b>
▶ 5.4.1 CONCEPTO.....	74
▶ 5.4.2 ETIOLOGÍA.....	74
▶ 5.4.3 FACTORES DE RIESGO.....	76
▶ 5.4.4 SIGNOS Y SÍNTOMAS.....	77
▶ 5.4.5 CLASIFICACIÓN.....	79
▶ 5.4.6 EPIDEMIOLOGÍA.....	82
▶ 5.4.7 DIAGNÓSTICO.....	83
▶ 5.4.8 TRATAMIENTO.....	86

▶ 5.4.9 COMPLICACIONES.....	88
▶ 5.4.10 CONSECUENCIAS.....	88
<b>5.5 ESTRÉS.....</b>	<b>89</b>
▶ 5.5.1 CONCEPTO.....	89
▶ 5.5.2 ETIOLOGÍA.....	90
▶ 5.5.3 ESTRÉS LABORAL.....	91
▶ 5.5.4 FACTORES DE RIESGO.....	96
▶ 5.5.5 SIGNOS Y SÍNTOMAS.....	98
▶ 5.5.6 FASES DEL ESTRÉS.....	99
▶ 5.5.7 TIPOS DE ESTRÉS.....	101
▶ 5.5.8 EPIDEMIOLOGÍA.....	102
▶ 5.5.9 DIAGNÓSTICO.....	103
▶ 5.5.10 TRATAMIENTO.....	104
▶ 5.5.11 COMPLICACIONES.....	107
▶ 5.5.12 CONSECUENCIAS.....	108
<b>5.6 DEPRESIÓN.....</b>	<b>109</b>
▶ 5.6.1 CONCEPTO.....	109
▶ 5.6.2 ETIOLOGÍA.....	109
▶ 5.6.3 FACTORES DE RIESGO.....	113
▶ 5.6.4 SIGNOS Y SÍNTOMAS.....	114
▶ 5.6.5 CLASIFICACIÓN.....	115
▶ 5.6.6 EPIDEMIOLOGÍA.....	116
▶ 5.6.7 DIAGNÓSTICO.....	117
▶ 5.6.8 TRATAMIENTO.....	118
▶ 5.6.9 COMPLICACIONES.....	120
▶ 5.6.10 CONSECUENCIAS.....	121
<b>5.7 SUICIDIO.....</b>	<b>121</b>
▶ 5.7.1 CONCEPTO.....	121

▶ 5.7.2 ETIOLOGÍA.....	122
▶ 5.7.3 FACTORES DE RIESGO.....	123
▶ 5.7.4 SIGNOS Y SÍNTOMAS.....	125
▶ 5.7.5 EPIDEMIOLOGÍA.....	126
▶ 5.7.6 DIAGNÓSTICO.....	127
▶ 5.7.7 TRATAMIENTO.....	128
▶ 5.7.8 CONDUCTAS AUTODESTRUCTIVAS.....	129
<b>6. MARCO METODOLÓGICO.....</b>	<b>134</b>
<b>6.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....</b>	<b>134</b>
<b>6.2 OBJETIVOS.....</b>	<b>139</b>
▶ 6.2.1 GENERALES.....	139
▶ 6.2.2 ESPECÍFICOS.....	139
<b>6.3 HIPÓTESIS.....</b>	<b>140</b>
<b>6.4 METODOLOGÍA.....</b>	<b>141</b>
<b>6.5 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.....</b>	<b>147</b>
<b>6.6 ESTADO DEL ARTE.....</b>	<b>154</b>
<b>6.7 MARCO ÉTICO –LEGAL.....</b>	<b>188</b>
▶ 6.7.1 PRINCIPIOS DE ÉTICA.....	188
▶ 6.7.2 CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS.....	189
▶ 6.7.3 LEY GENERAL DE SALUD.....	190
▶ 6.7.4 DECLARACIÓN DE HELSINKI.....	192
<b>7. RESULTADOS.....</b>	<b>193</b>
<b>7.1 GRÁFICAS.....</b>	<b>193</b>
<b>8. DISCUSIÓN.....</b>	<b>207</b>
<b>9. CONCLUSIONES.....</b>	<b>209</b>
<b>10. SUGERENCIAS.....</b>	<b>212</b>
<b>11. CRONOGRAMA.....</b>	<b>213</b>
<b>12. BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>218</b>
<b>13. ANEXOS.....</b>	<b>232</b>

**13.1 INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCION DE DATOS DE LA INVESTIGACION QUE SE LLEVARA ACABO DENTRO DE LAS INSTALACIONES DEL HOSPITAL GENERAL BALBUENA..... 232**

- ▶ ANEXO I. Consentimiento Informado para el personal de enfermería que acceda a participar en la investigación dentro del Hospital General Balbuena. ....232
- ▶ ANEXO II. Instrumento de Recolección de datos para el personal de enfermería que acceda a participar en la investigación dentro del Hospital General Balbuena.....232

## **ÍNDICE TABLAS**

- ▶ **Tabla 1. Escolaridades que se manejan dentro del personal de enfermería en el Hospital General Balbuena..... 31**
- ▶ **Tabla 2. Contagios y defunciones por COVID 19 en el Hospital General Balbuena.. 35**
- ▶ **Tabla 3. Casos de COVID-19 en México ..... 43**
- ▶ **Tabla 4. Clasificación de los trastornos de ansiedad y sus características ..... 81**
- ▶ **Tabla 5. Diagnósticos diferenciales del trastorno de ansiedad por enfermedad ..... 85**

## **ÍNDICE FIGURAS**

- ▶ **Figura 1.1 Relación de las variables..... 146**

## ÍNDICE GRÁFICAS

- ▶ **Gráfica 1: Edad del personal de enfermería por sexo. .... 193**
- ▶ **Gráfica 3: Estado civil del personal de enfermería y número de hijos..... 195**
- ▶ **Gráfica 4: Sobrepeso (IMC 25-29.9)..... 196**
- ▶ **Gráfica 5: Tiempo laborado por el personal de enfermería dentro del hospital y servicio actual donde se encuentran laborando. .... 197**
- ▶ **Gráfica 6: Nivel de Estrés en el personal de enfermería. .... 198**
- ▶ **Gráfica 7: Nivel de Ansiedad en el personal de enfermería ..... 199**
- ▶ **Gráfica 8: Nivel de Afectación del Trabajo en Equipo del personal de enfermería. 200**
- ▶ **Gráfica 9: Nivel de Afectación de la Salud Mental del personal de enfermería. .... 201**
- ▶ **Gráfica 10: Nivel de Depresión en el personal de enfermería..... 202**
- ▶ **Gráfica 11: Nivel de Desgaste Emocional en el personal de enfermería. .... 203**
- ▶ **Gráfica 12: Nivel de Conductas Autodestructivas en el personal de enfermería... 204**
- ▶ **Gráfica 13: Nivel de Tendencias al Suicidio en el personal de enfermería..... 205**

## 1. INTRODUCCIÓN.

El término de salud mental, en psiquiatría se considera que es un equilibrio y adaptación que permiten al individuo interactuar en su medio propiciando su bienestar individual y social; en psicología se le relaciona con la autorrealización del individuo. Juntando lo antes mencionado, se podría decir que la salud mental se refiere a la manera en que los individuos se relacionan con el medio ambiente y social que lo rodea para hacer frente a las diversas situaciones que se presentan en la vida cotidiana. La enfermería, como una ciencia humana, y como personal de salud que está en mayor contacto con los individuos, mira y valora al ser humano como un todo, conformado por cuatro aspectos que fueron antes mencionados, lo miran como un ser bio-psico-social-espiritual, se le da la misma importancia a la salud física y a la salud mental. No obstante, aunque se ha mencionado que el personal de enfermería cuida y valora al ser humano en cuatro esferas, para así, poder ayudar a que estos cumplan sus necesidades, muchas veces parece olvidarse que ellos también son seres humanos con necesidades que cumplir y se olvidan incluso, de cuidar su salud física y sobre todo, de cuidar su salud mental.

Durante el mes de diciembre del 2019, se inició en China, en la provincia de Hubei (ciudad Wuhan) se reportó un grupo de 27 casos de neumonía de etiología desconocida, con siete pacientes graves. El primer caso fue descrito el 8 de diciembre 2019, el 7 de enero 2020 el Ministerio de sanidad de China identifica un nuevo coronavirus (nCoV) como posible etiología, para el 24 enero en China se habían reportado 835 casos (534 de Hubei) y con el correr de las semanas se extendió a otras partes de China, luego en numerosos países del mundo, debido a lo cual la Organización Mundial de la Salud (OMS), la declara desde marzo 2020, como una nueva pandemia mundial. Por toda la situación generada por la pandemia de COVID 19, el sector salud fue de los más afectados, e incluso, se podría decir que fue el que más lo resintió, ya que al pasar de los días, los contagios cada vez eran más y más en distintas partes del mundo, y como era desconocido, no se sabía a qué se estaban enfrentado, además, que día con día se aprendía algo nuevo acerca del virus que lo provocaba, como nuevas manifestaciones clínicas, nuevas vías de contagio, etc.

Los principales miembros del sector salud que se comenzaron a ver afectados con la pandemia de COVID 19, fueron los médicos, enfermeras, paramédicos e incluso el personal de intendencia, y todo tipo de persona que trabajaba dentro de unidades hospitalarias; el mayor peso fue sobre sobre todo, para los médicos y enfermeras que se encontraban laborando en todas las unidades hospitalarias del país, ya que eran personal de primera línea; sin embargo, el personal que sufrió las mayores consecuencias, fue todo el personal de enfermería, puesto que era el personal que se encontraba mayor tiempo en contacto con los pacientes, y que estaba en un contacto directo. Lo que nadie pareció notar, fue los daños provocados en la salud mental, como estrés, angustia, ansiedad, angustia, desgaste emocional, depresión, suicidio, etc., en toda la población, pero que era con mayor impacto en el personal de salud.

Las afecciones mentales comenzaron cuando los contagios aumentaron y la situación en el país debido a la pandemia comenzó a salirse de control, dando como resultado miles de contagios en todo el país, miles de muertes y colapso de las unidades hospitalarias, entre otras situaciones; y es que este último, el colapso junto con la gran demanda de trabajo fue el principal detonante de los problemas de salud mental en el personal de salud. Desgraciadamente, a pesar de todos los daños que se han visto los cuales fueron provocados por el COVID 19 en el personal de salud, específicamente en el personal de enfermería, existen pocos estudios a nivel mundial relacionados con las afecciones mentales que esta ha provocado, y en México son aún más escasos, especialmente en los hospitales de la Ciudad de México.

El Hospital General Balbuena, era anteriormente un hospital de trauma, y durante la pandemia, se convirtió en un hospital híbrido, es decir, aceptaba a todo tipo de pacientes, incluidos los sospechosos o positivos de COVID 19, dentro de este los contagios se hicieron presentes en todas las áreas, y la sobrecarga se hizo presente en el hospital, es por eso, que es sumamente importante, poder detectar las afecciones que la pandemia provocó en el personal de enfermería del Hospital General Balbuena. En la presente investigación, se muestra cómo es que la pandemia de COVID-19, afectó la salud física y emocional del personal de enfermería del Hospital General Balbuena; en el capítulo 3, se habla acerca de la base de las diversas pandemias y epidemias que se han vivido en el país a lo largo de la historia de México; en el capítulo 4, se habla acerca del marco contextual, en donde se explica la historia y datos del hospital, tales como servicios con los que cuenta, ubicación, inicios de la pandemia de COVID 19 en el hospital, características del personal como lo son las especialidades que maneja el personal dentro del hospital, jornadas laboradas, número de personal según la plantilla, escolaridades del personal de enfermera, edades del personal, contagios y defunciones del personal por COVID 19, etc.

En el capítulo 5, se muestra el marco teórico, el cual, consiste en una recopilación de antecedentes, investigaciones previas y consideraciones teóricas en las que se sustentara la investigación aquí presentada, en él se abarcan todos los temas necesarios, como lo es el COVID 19, la salud mental, el desgaste emocional, ansiedad, estrés, depresión, suicidio. En el capítulo 6, se habla acerca de la investigación que se realizó, en él se muestra el planteamiento del problema, objetivos, hipótesis, metodología de la investigación, variables, investigaciones relacionadas o similares, marco ético legal, etc. En el capítulo 7, se muestran los resultados y graficas obtenidas en la investigación; en el capítulo 8 se muestra la discusión de la investigación; en el capítulo 9 se muestran las conclusiones finales de la investigación; en el capítulo 10 se muestran algunas sugerencias derivadas de la investigación realizada; en el capítulo 11 se muestra el cronograma de la investigación; en el capítulo 12 se muestra la bibliografía utilizada en la investigación y para finalizar, en el capítulo 13, se muestran los anexos, los cuales son el consentimiento informado y el instrumento de recolección de datos.

## 2. JUSTIFICACIÓN.

La pandemia de COVID 19, trajo consigo una gran crisis en muchos aspectos de la vida cotidiana, como en lo social, económico, y especialmente en cuanto a materia de salud. Desde inicios de la pandemia, en diciembre del 2019, hasta el mes de febrero del 2021, al rededor del mundo se han presentado, más de 113 millones de contagios por COVID 19, mientras que en México, según la secretaria de salud, desde los inicios de la pandemia en diciembre de 2019, hasta el mes de marzo del 2021, se han presentado poco más de 2, 167, 729 casos positivos de COVID 19 y poco más de 215, 451 defunciones por COVID 19.<sup>1</sup>

En México en 2018 fallecieron 2.078 personas en promedio, cifra que este año podría verse incrementada por la cifra de muertes por coronavirus. La tasa de letalidad (fallecidos respecto a confirmados) es del 8,88%.<sup>2,3</sup>

El impacto de la pandemia causada por el virus SARS-CoV-2 va más allá del espectro de manifestaciones clínicas propias de la enfermedad, las cuales pueden variar desde un curso asintomático, a la presencia de tos, fiebre o escalofríos, dificultad para respirar, diarrea y náuseas; hasta neumonía grave con síndrome de dificultad respiratoria aguda y muerte.<sup>4</sup>

La aparición de este nuevo virus ha cambiado radicalmente y en muy poco tiempo el modo de vida y la economía de prácticamente todo el mundo, enfrentando a la humanidad a una realidad a la que no estamos preparados. Y que ha dejado estragos no solo en los pacientes, sino también en el personal responsable de atender a los enfermos. Dentro de las repercusiones más importantes de esta pandemia se encuentra el impacto a la salud mental del personal sanitario que atiende a pacientes con COVID-19, debido al riesgo de desarrollar desde trastornos psicológicos hasta enfermedades mentales.<sup>4</sup>

De acuerdo a algunos estudios que se han realizado en algunas partes del mundo acerca del impacto psicológico, emocional y mental que la pandemia por COVID 19 ha generado en los profesionales sanitarios que han estado trabajando en primera línea ante este virus, las afecciones que con mayor frecuencia se han presentado, son estrés, ansiedad, depresión, etc. lo que puede llevar incluso al suicidio.

Desgraciadamente, en México, los datos científicos basados en evidencias e intervenciones de salud mental dirigidos a los trabajadores de la salud, son escasos.

Dentro de las variables que pueden contribuir a la carga emocional del personal del área de salud se encuentran el número exponencialmente creciente de casos sospechosos y confirmados, las largas y extenuantes horas de trabajo; la escasez cada vez mayor de equipo de protección personal (EPP) que va acreciendo con el tiempo, la gran cobertura y difusión por parte de los medios de comunicación y redes sociales, la falta hasta el momento de un tratamiento específico.<sup>4</sup>

La angustia de convertirse en un paciente más y ver cómo compañeros de trabajo son contagiados y ocupan camas en las unidades de cuidados intensivos (UCI), la necesidad de tomar decisiones difíciles como la utilización de recursos cada vez más escasos en pacientes igualmente necesitados, brindar la mejor atención médica posible a pacientes gravemente enfermos en un sistema de salud colapsado. Mantener el equilibrio entre las propias necesidades mentales y físicas y las de los pacientes, la angustia de ser un foco de infección para familiares y seres queridos, así como la difícil tarea de equilibrar los deseos propios con el deber. <sup>4</sup>

De acuerdo con las pocas investigaciones que se han realizado acerca del impacto que ha tenido la pandemia de COVID 19 en la salud mental del personal sanitario, los datos han revelado, que un porcentaje alto de estos profesionales, señalan sufrir algunos síntomas de ansiedad, estrés, depresión, suicidio, entre otros, pero estos son los que se han presentado con mayor frecuencia; las prevalencias de ansiedad, depresión y estrés encontrados, fueron superiores a los de estudios previos a la pandemia de COVID-19.

En algunas ocasiones se sigue manejando la idea de que la enfermera solo es la ayudante del médico, y el personal médico se llevan todo el crédito o incluso la comprensión y no es así, ya que todos, ya sean enfermeros, médicos, paramédicos, personal de trabajo social e incluso el personal de intendencia, se encuentran trabajando en primera línea, la diferencia es que el personal médico y de enfermería, son los que están en primera línea.

Para ser más específicos, no existen estudios que exploren el impacto psicológico de la pandemia en el personal de enfermería, porque a pesar de que se ha demostrado que enfermería es una ciencia y que se puede ejercer de manera autónoma e independiente, porque cuentan con el conocimiento científico para realizar las intervenciones y procedimientos en beneficio de los pacientes. Esta sería la principal fortaleza del estudio, poder identificar las implicaciones y las principales afecciones psicológicas, emocionales y mentales que se presentan en el personal de enfermería que se encuentra trabajando en primera línea con pacientes confirmados y sospechosos de COVID 19, ya que es necesario reducir el impacto psicológico que se ha generado en el personal de enfermería debido a la pandemia, puesto que para poder estar bien con los demás, es importante estar bien consigo mismo.

El personal de salud, hablando un poco más en específico acerca del personal de enfermería, por tratar con el dolor y padecimiento de otros seres humanos, las largas jornadas laborales que ejercen y el contacto con los pacientes de COVID 19 y otras patologías, son propensos a desarrollar estrés, angustia, depresión y fatiga por compasión. Si bien la prevalencia de estos en el personal de salud varía, se sabe que los índices son altos; los cambios al estilo de vida por el encierro y distanciamiento social generan para la sociedad en general una carga psicológica importante.

En el caso del personal de salud, se agrega a lo anterior la transición abrupta de la práctica clínica diaria por la exigencia de enfrentarse a una enfermedad hasta ahora desconocida, bajo condiciones extremas de trabajo; con largas jornadas utilizando equipo de protección personal (estrictamente necesario) al que no están acostumbrados; el temor constante de contagiarse o contagiar a los suyos ; la angustia y frustración de verse rebasados por el número de pacientes, escasez de recursos y evolución de la enfermedad. Todos estos factores pondrán a prueba hasta el límite la salud mental de los trabajadores de la salud. <sup>4</sup>

Debido a lo anterior es importante hacer un estudio que revele, la afectación física y mental de la salud del personal de enfermería del Hospital General Balbuena por la pandemia de COVID-19”.

### 3. MARCO REFERENCIAL.

Antes de empezar, es necesario aclarar dos conceptos muy importantes, puesto que son las bases del tema que se tocará, estos dos conceptos son *epidemia* y *pandemia*. En primer lugar, se entiende por *epidemia* a toda enfermedad que se propaga por un periodo de tiempo y región determinada, que afecta a más personas de lo esperado. Mientras que una *pandemia* es la propagación mundial, de una nueva enfermedad; una vez, que se tienen en claro estos dos conceptos podemos proceder a hablar de las epidemias y pandemias que han afectado a los seres humanos.<sup>5</sup>

A lo largo de la historia, han existido diversas epidemias y pandemias que han afectado a los seres humanos de distintas maneras, siendo así, las más frecuentes, aquellas que afectan el estado de salud de las personas y las relaciones sociales.<sup>(1)</sup> Para los indígenas prehispánicos, todos los males físicos y sociales eran producto de la voluntad de los dioses hacia el hombre: una maldición o castigo.<sup>5</sup>

Algunas de las epidemias y pandemias más importantes o devastadoras que se han presentado en México a lo largo de su historia y diferentes etapas han sido las que se mencionan a continuación.<sup>6</sup>

#### ***Llegada de los españoles***

- 1520. Viruela. Costó la vida de miles de indígenas, entre ellos Cuitláhuac, hermano de Moctezuma.

#### **Siglo XVI**

- 1545. “Cocoliztli” (salmonela) síntomas febriles, problemas gastrointestinales, debilidad, dolor abdominal, sangre en la heces. Después de cinco años mató al 80 por ciento de la población (15 millones de personas). Episodio considerado una de las peores epidemias, después de la peste negra que mató a 25 millones de personas en Europa en el siglo XIV.
- 1555. “Dios castigó a la Nueva España con plagas trabajosas: viruela, sarampión, hambre, guerra, opresión, tributos, esclavitud y trabajo en las minas”.
- 1596. Epidemia mixta de sarampión, paperas y tabardillo.
- *Enfermedades que los esclavos portaban*: diarrea, disentería, neumonía, paludismo, fiebre amarilla, amibiasis, lepra, sífilis y tripanosomiasis.

## **Siglo XX**

- 1902-1903. La epidemia de la peste negra, de la variedad “bubónica” se manifestó en el puerto de Mazatlán. Se presume que el virus lo portaban unos marineros que venían a bordo del vapor Curazao procedentes de San Francisco, California. Se infectaron 824 personas, de las cuales fallecieron 582.
- 1918. Influenza española dejó 500 mil muertos en México. Las medidas preventivas: evitar cines, teatros y lugares de reunión mal ventilados, estornudar o toser con un pañuelo, prohibición de escupir en el suelo, adoptar saludo higiénico, realizar 20 respiraciones profundas por la nariz, hacer ejercicio tres horas a la semana para destruir gérmenes
- 1948-1955. Poliomielitis, se registraron mil 100 casos. Se erradicó por medio de la vacunación.

Y dos de las pandemias más importantes que se han vivido en los últimos años, y que todos pueden recordar con mayor facilidad, son las que se han vivido durante el siglo XXI. <sup>6</sup>

## **Siglo XXI**

- 2009. Influenza A/H1N1. Virus de origen porcino. La Gloria, Perote, Veracruz.
- Presencia de casos en Oaxaca, San Luis Potosí y el estado de México. La enfermedad se diseminó en Estados Unidos y Canadá, España, Inglaterra y Nueva Zelanda. Este número siguió creciendo hasta llegar a 74 países el 11 de junio de 2009, día en que la OMS declaró que el mundo se encontraba ante una pandemia.
- En total, la Organización Mundial de la Salud reconoció, al final de 2009, casi 16 mil muertes en todo el mundo. En México, al término de ese año se habían acumulado casi 70 mil casos confirmados y alrededor de mil muertes.

Y la más actual, que estamos atravesando incluso en estos días, es la pandemia provocada por el SARS-COV-2 (COVID 19).

- 2019. COVID 19. Provocada por un nuevo tipo de coronavirus llamado SARS-COV-2; los coronavirus son virus con una apariencia exterior de corona. Son zoonóticos, es decir, pueden transmitirse entre animales (dromedarios, murciélagos, etc.) y humanos. El SARS-CoV-2 puede infectar las vías respiratorias superiores e inferiores. Se transmite principalmente por el contacto directo con las secreciones respiratorias (gotículas generadas con la tos o estornudos) o con mucosas de nariz, boca u ojo de una persona infectada. <sup>7</sup>

El COVID 19, ha generado muchos contagios y muertes alrededor de todo el mundo, al ser una enfermedad “nueva” género muchas dudas e incertidumbre en diversos aspectos desde el momento en que comenzó a esparcirse por todo el mundo. La situación actual que se está viviendo con la pandemia provocada por el SARS-COV-2 (COVID 19), ha afectado a toda la población debido a todas las afecciones que ha traído consigo en todos los aspectos de la vida, ya que la pandemia ha afectado a todos a nivel social, económico, familiar y de salud, siendo esta última, la más afectada, ya que no solo se afectó la salud física de la población, sino que también se vio afectada la salud emocional y mental, causando afecciones o alteraciones psicológicas o mentales, sin embargo, a la salud mental, no todos le dan la importancia necesaria.

Las alteraciones emocionales o psicológicas en los profesionales de la salud, siempre han estado presentes por el ambiente laboral y la carga de trabajo a la que siempre están sometidos en comparación con el resto de la población. Los profesionales de la salud alrededor de todo el mundo, resultaron tener una mayor incidencia en cuanto a problemas o desequilibrios emocionales o psicológicos debido a la carga de trabajo que ha incrementado desde que comenzó la pandemia. Además, algunos aspectos que favorecieron estas alteraciones emocionales fueron el aislamiento, el distanciamiento de los seres queridos y la muerte o el contagio de personas cercanas.

Las alteraciones que con mayor frecuencia se han presentado en el personal de salud, según diversos estudios han sido la ansiedad, el estrés, el miedo o temor a lo desconocido, depresión e incluso, en algunos casos más graves, el suicidio.

El estrés no es algo que pertenece solo a la persona o al ambiente, ni es tampoco un estímulo o una respuesta, sino que más bien es una relación dinámica entre la persona y el ambiente. Esto significa que la persona no es una víctima pasiva del estrés, y que su forma de interpretar los acontecimientos y la manera de valorar sus propios recursos y posibilidades para enfrentarlos, determina en gran medida la magnitud de la experiencia de este.<sup>8</sup>

La ansiedad es una parte de la existencia humana, todas las personas sienten un grado moderado de la misma, siendo ésta una respuesta adaptativa. Según el Diccionario de la Real Academia Española (vigésima primera edición), el término ansiedad proviene del latín *anxietas*, refiriendo un estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo, y suponiendo una de las sensaciones más frecuentes del ser humano siendo ésta una emoción complicada y displacentera que se manifiesta mediante una tensión emocional acompañada de un correlato somático.<sup>9</sup>

La depresión mayor es un trastorno mental que se caracteriza por una tristeza profunda y una pérdida del interés; además de una amplia gama de síntomas emocionales, cognitivos, físicos y del comportamiento. Gran parte de la población que padece la depresión mayor se presenta una ideación suicida, intentos de autolesión o suicidio.<sup>10</sup>

Suicidio es el acto de matarse en forma voluntaria y en él intervienen tanto los pensamientos suicidas (ideación suicida) como el acto suicida en sí. En el suicida se detectan: a) los actos fatales o suicidio consumado; b) los intentos de suicidio altamente letales aunque fallidos, con intención y planeación del suicidio; y c) los intentos de baja letalidad, generalmente asociados a una situación psicosocial crítica.<sup>11</sup>

El impacto que ha tenido la pandemia de COVID-19, y sus implicaciones en la vida y actividades cotidianas, están siendo un reto importante para el personal sanitario, que a menudo se enfrenta a una gran sobrecarga de trabajo, en condiciones psíquicamente exigentes, y con la sensación de disponer con pocos medios para protección propia y atención hacia los pacientes, pocos apoyos, poca o nula comprensión y admiración por parte de las instituciones hospitalarias donde laboran y de la población en general.

El miedo es una respuesta natural frente a la amenaza por el contagio de COVID-19, todo lo antes mencionado, en conjunto, despierta sentimientos de vulnerabilidad o de pérdida de control, y preocupaciones sobre la salud personal, la de la familia, sobre el aislamiento, sobre la carga de trabajo, entre otras situaciones. Cabe señalar que hasta el momento, en México, no se cuentan con estudios que exploren el impacto psicológico de la pandemia en el personal sanitario.<sup>4</sup>

## 4. MARCO CONTEXTUAL.

El Hospital General “Balbuena” surgió durante el año de 1933 inicialmente como el puesto de socorro “Balbuena”. El 24 de abril de 1962 fue inaugurado como Hospital de Urgencias y Traumatología “Balbuena”, se le conocía como puesto de socorro “CRUZ VERDE” por el presidente en ese entonces Lic. Adolfo López Mateos, iniciando su funcionamiento el 1 de mayo de 1962. <sup>13</sup>

El Hospital General Balbuena, se encuentra ubicado en Cecilio Robelo y Sur 103, Col. Aeronáutica Militar. Venustiano Carranza, C.P. 15970, en la Ciudad de México. Existen diversas vías de transporte que hacen que el hospital sea de fácil acceso para toda la población; se puede llegar al hospital general Balbuena a través de las rutas 4 (estación Hospital Balbuena) y 5 del metrobus (estación Moctezuma), también se puede llegar por las líneas 1 (estación Balbuena o Moctezuma), 4 (estación Fray Servando) y B (estación San Lázaro) del metro; y a través de algunas rutas de autobús. <sup>13</sup>

El Hospital General Balbuena es un hospital de trauma y una unidad de segundo nivel de atención, perteneciente a la red de hospitales de la Secretaría de Salud del Gobierno de la Ciudad de México; es prestador de servicios médicos, quirúrgicos y de urgencias. El Hospital General Balbuena surgió por la necesidad de brindar un servicio de atención de urgencias a la populosa zona oriente de la ciudad; en poco tiempo se convirtió en uno de los hospitales con mayor demanda de servicios traumatológicos debido a su cercanía con los barrios de La Candelaria de los Patos y Tepito, así como los mercados de La Merced y La Lagunilla; todos éstos caracterizados por su importante actividad comercial e incidencia delictiva. El paciente promedio que se recibe dentro del hospital es el paciente adulto locatario de la Alcaldía Venustiano Carranza, sin embargo, se reciben pacientes y se le brinda atención a personas provenientes de cualquier alcaldía de la ciudad de México e incluso, a pacientes provenientes del estado de México. <sup>12</sup>

El hospital General Balbuena cuenta con los servicios de Cirugía maxilo facial, Cirugía general, Cirugía laparoscópica, Endoscopia, Anestesiología, Cirugía plástica y reconstructiva, Consulta externa, Ginecoobstetricia, Medicina interna, Neurocirugía, Odontología, Oftalmología, Ortopedia y traumatología, Terapia intensiva adultos, Urgencias adulto, Urgencias obstétricas, Anatomía patológica, Banco de sangre, Diálisis peritoneal, Electroencefalograma, Inhaloterapia, Laboratorio, Nutrición, Psicología, Rayos X, Tomografía. <sup>12</sup>

En el Hospital General Balbuena, el personal de enfermería que labora en dicha unidad, se encuentra distribuido en 3 turnos (matutino, vespertino y nocturno guardia A y guardia B), dando así un total de 310 enfermeros y enfermeras, los cuales presentan diversas categorías y niveles académicos. De todo el personal de enfermería, de los tres turnos, 4 son auxiliares de enfermería, 158 son enfermeros generales técnicos, 54 son licenciados en enfermería, 5 son licenciados en enfermería no titulados, 7 son licenciados en enfermería y obstetricia, 78 son enfermeros especialistas, 4 son enfermeros con maestría. <sup>12</sup>

#### ► 4.1 PANDEMIA DE COVID 19 EN EL HOSPITAL GENERAL BALBUENA. <sup>14</sup>

A inicios de marzo del año 2020, la Ciudad de México se encontraba en semáforo epidemiológico color naranja, posteriormente, conforme avanzaban los días y los contagios en la ciudad, a finales del mismo mes, la Ciudad de México pasó a semáforo rojo. El día 09 de marzo del año 2020, se presentó el primer caso de COVID 19 en el Hospital General Balbuena, dando así como resultado, que el 19 de mayo del mismo año, el Hospital General Balbuena se convierte en hospital híbrido, aceptando a pacientes sintomáticos o en su caso, siendo sospechosos y positivos al nuevo coronavirus, COVID 19.

El hospital, tuvo como respaldo, 3 unidades de terapia respiratoria, sin embargo, los casos también comenzaron a surgir de manera espontánea y aleatoria en los diferentes servicios que se encuentran dentro del hospital, teniendo así, más casos de los que se comenzaron a contemplar al inicio. Las terapias, se encuentran distribuidas de la siguiente manera:

- 1. Unidad de terapia respiratoria 1.** Ubicada en la planta baja en el área de urgencias, que anteriormente (antes de la pandemia de COVID 19) funcionaba como la unidad de trauma choque del área de urgencias. Dicha unidad, tiene una capacidad de 7 camillas, teniendo que extenderse al área de observación con 8 camillas más, debido al alto índice de pacientes que ingresaban.
- 2. Unidad de terapia respiratoria 2.** Ubicada en el primer piso, en el área de medicina interna, para ser específicos en los 3 cuartos separados y en el penúltimo cubículo que cuenta con 6 camas y que anteriormente (antes de la pandemia de COVID 19) estaba destinado para pacientes del sexo femenino.
- 3. Unidad de terapia respiratoria 3.** Ubicada en el tercer piso, que anteriormente (antes de la pandemia de COVID 19) funcionaba como el servicio de ginecología. Dicho servicio, es el más grande de las 3 terapias respiratorias, puesto que está conformada por 27 camas, de las cuales 6 son de terapia intensiva y 21 de medicina interna.

Dichas áreas, estuvieron funcionando hasta finales de agosto, puesto que a para finales de dicho mes, se regresa a ser hospital de trauma, cerrando solamente el tercer piso (área respiratoria 3) y el primer piso (área respiratoria 2), sin dejar de atender pacientes sospechosos o confirmados de COVID 19.

Pero debido al aumento de casos, la alta demanda de la ocupación hospitalaria en otras unidades médicas y al reactivarse el semáforo rojo en la CDMX, el Hospital General Balbuena se convierte de nuevo en hospital híbrido el 14 de diciembre del 2020, abriendo nuevamente las unidades de terapia respiratoria 2 y 3 y así poder brindar la atención necesaria a los pacientes infectados por SARS-COV-2.

Estas áreas de terapia respiratoria continúan brindando atención a los pacientes sospechosos o confirmados de COVID 19 hasta la actualidad. Durante estos dos episodios, en que el hospital general balbuena ha atendido a pacientes sospechosos o confirmados de COVID 19, la coordinación de enseñanza de enfermería no tiene una cifra exacta o estimada acerca de los pacientes atendidos con COVID 19, de las defunciones, los pacientes recuperados, etc. Dicha información es confidencial, y solamente ciertas personas tienen acceso a ella, por lo tanto, la institución no brindó la información antes mencionada.

El Hospital General Balbuena tomó diversas medidas de seguridad ante la pandemia de COVID 19 para proteger a su personal y a su población, y algunas de las más importantes fueron reforzar las medidas de seguridad dentro y fuera del hospital para evitar contagios en el personal de salud y la propagación del virus. Otra de ellas, fue retirar a la mayoría o en su totalidad, al personal de salud que fuera vulnerable al contagio de COVID 19 para evitar que se contagiaran y poner en riesgo su vida. Desde que inicio la pandemia, hasta la actualidad, el personal de salud, está en constante capacitación acerca del equipo de protección personal (EPP) y el manejo de pacientes con COVID 19 y se sigue recibiendo y atendiendo a pacientes sospechosos o confirmados de COVID 19.

## ► 4.2 CARACTERÍSTICAS DEL PERSONAL.

### ► 4.2.1 HOSPITAL GENERAL BALBUENA Y EL COVID 19.

- El Hospital General Balbuena, como su nombre lo dice, es un hospital general, el cual, como se mencionaba anteriormente, era un hospital de trauma, que recibía a todo tipo de población con cualquier padecimiento para brindarle una atención oportuna a dichos pacientes o al menos, una valoración e intervención inicial.
- En la actualidad, debido a la contingencia sanitaria que se está viviendo en México y en todo el mundo, se convirtió en un hospital híbrido, y esto quiere decir que recibe a todo tipo de paciente con cualquier padecimiento, incluso pacientes sospechosos y/o positivos de COVID 19.

### ► 4.2.2 ESPECIALIDADES Y SERVICIOS DONDE LABORA EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL GENERAL BALBUENA.

- Debido a que el hospital, es un hospital que recibe a todo tipo de población con padecimientos diversos, el Hospital General Balbuena cuenta con diversas especialidades y servicios, tales como: Cirugía maxilo-facial, Cirugía general, Cirugía laparoscópica, Endoscopia, Anestesiología, Cirugía plástica y reconstructiva, Consulta externa, Ginecoobstetricia, Medicina interna, Neurocirugía, Odontología, Oftalmología, Ortopedia y traumatología, Terapia intensiva adultos, Urgencias adulto, Urgencias obstétricas, Anatomía patológica, Banco de sangre, Diálisis peritoneal, Electroencefalograma, Inhaloterapia, Laboratorio, Nutrición, Psicología, Rayos X, Tomografía.

### ► 4.2.3 HOSPITAL GENERAL BALBUENA COMO HOSPITAL ESCUELA.

- Aunque debido a la contingencia y a otras circunstancias ajenas a ella, algunos de los servicios no se están brindando, o algunos de ellos no están brindando atención al 100% o con toda su capacidad; gracias a las necesidades, requerimientos y demandas del hospital, dentro de este existe personal sumamente capacitado en todas las áreas, desde las áreas administrativas hasta las áreas del personal sanitario.
- Cabe mencionar, que el Hospital General Balbuena es además de todo, un hospital escuela, esto quiere decir que acepta a personal sanitario que aun está en formación, aceptando así a médicos internos, médicos pasantes, residentes de diversas especialidades; hablando de manera más específica, del personal de enfermería, este hospital acepta a estudiantes de diversas universidades para realizar prácticas hospitalarias en los diversos servicios, de acuerdo a los semestres o módulos correspondientes con el programa de estudios de dichas universidades.

- Aunque debido a la pandemia de COVID 19, las practicas hospitalarias quedaron suspendidas hasta nueva indicación y dependiendo de la evolución del semáforo epidemiológico en la Ciudad de México, así como de la evolución del COVID 19 en el país; pero además de los estudiantes, el Hospital General Balbuena acepta a pasantes de enfermería de diversas instituciones educativas para realizar el servicio social con una duración de 12 meses rotando por diversos servicios del hospital para que así, se pueda continuar con la formación de los futuros profesionales de la salud.

▶ **4.2.4 JORNADAS LABORALES PARA EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL GENERAL BALBUENA.**

- En el hospital, hablando exclusivamente del personal de enfermería, existen tres turnos para laborar, y estos son el turno matutino con jornadas laborales de 8 horas, el turno vespertino con jornadas laborales de 8 horas y por último el turno nocturno, que se divide en guardia A y guardia B, con jornadas laborales de 12 horas.
- Aunque cabe mencionar, que existe personal de “jornada acumulada” el cual, es personal que solamente labora fines de semana y días festivos o bien, que solo acuden a laborar 3 días a la semana y trabajan en el turno matutino o vespertino.

▶ **4.2.5 PERSONAL DE ENFERMERÍA QUE LABORA EN EL HOSPITAL GENERAL BALBUENA.**

- En el área de enfermería, el total de los y las enfermeras que existe actualmente en los 3 turnos (matutino, vespertino, nocturno A y nocturno B) actualmente en 2021, es de aproximadamente 310 profesionales de enfermería, de los cuales, 207 se encuentran activos y laborando en los diferentes servicios de hospitalización y áreas respiratorias.

▶ **4.2.6 ESCOLARIDAD DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA QUE LABORA EN EL HOSPITAL GENERAL BALBUENA.**

- En el Hospital General Balbuena, la plantilla del personal de enfermería se maneja por escolaridad, es decir, dentro del Hospital General Balbuena en los tres turnos, existen Auxiliar de Enfermería, Enfermera General Técnica, Licenciada en Enfermería, Licenciada en Enfermería no titulada, Licenciada en Enfermería y Obstetricia, Enfermeras Especialistas y Enfermeras con Maestría. También se encuentran los pasantes de enfermería que realizan servicio social y los estudiantes de posgrado o postécnico de algunas instituciones que llegan a realizar algunas prácticas hospitalarias en algunos de los servicios del hospital. Todo el personal, se encuentra distribuido dentro del Hospital General Balbuena, de la siguiente manera:

**Tabla 1. Escolaridades que se manejan dentro del personal de enfermería en el Hospital General Balbuena**

<b>Escolaridad</b>	<b>Turno Matutino</b>	<b>Turno Vespertino</b>	<b>Turno Nocturno</b>
Auxiliar de Enfermería	2	1	1
Enfermera General Técnica	82	46	30
Licenciada en Enfermería	16	18	20
Licenciada en Enfermería no titulada	1	4	0
Licenciada en Enfermería y Obstetricia	3	2	2
Enfermeras Especialistas	38	16	24
Enfermeras con Maestría	2	1	1
<b>TOTAL</b>	<b>144</b>	<b>88</b>	<b>78</b>

► **4.2.7 EDADES DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA QUE LABORA EN EL HOSPITAL GENERAL BALBUENA.**

- La edad del personal de enfermería que labora en el Hospital General Balbuena oscila entre los 20 y los 65 años, dando así como resultado, que desde que inicio la pandemia de COVID 19, a principios del 2020, se retirara el personal de enfermería mayor de 60 años y más, debido a que eran una de las poblaciones más vulnerables.

► **4.2.8 PERSONAL DE ENFERMERÍA QUE LABORA EN EL HOSPITAL GENERAL BALBUENA EN LAS ÁREAS COVID.**

- Como se ha mencionado anteriormente, el Hospital General Balbuena, en la actualidad es un hospital híbrido que atiende a todo tipo de paciente con cualquier padecimiento, incluso a los sospechosos y/o confirmados de COVID 19, para eso, como se explicó antes, se adaptaron áreas respiratorias, también conocidas como “áreas COVID” ubicadas en la planta baja, así como en el primer y tercer piso del hospital.
- A estas áreas, el personal de enfermería entra con el EPP (equipo de protección personal) proporcionado por la institución hospitalaria; estos equipos se manejan en el hospital como “Equipo de vía aérea” que es el que se utiliza para pacientes confirmados de COVID 19 (consta de un overol, bata quirúrgica desechable, botas quirúrgicas, gorro quirúrgico, un par de guantes estériles y un cubre bocas de alta eficiencia tipo concha) y el segundo es el “Equipo de medicina Interna” que se utiliza para pacientes sospechosos de COVID 19 (consta de un uniforme quirúrgico desechable, bata quirúrgica desechable, botas quirúrgicas, gorro quirúrgico desechable, un par de guantes y un cubre bocas de alta eficiencia tipo concha), además, al personal se le proporcionaron careas faciales y googles para su protección.
- Sin embargo, el personal de enfermería del hospital general Balbuena que entra a áreas COVID, ha invertido dinero de su bolsillo para comprar insumos del EPP (equipo de protección personal) de mejor calidad para su propia protección, y un ejemplo de ello, es que compran cubre bocas de alta eficiencia N95 o mascarillas y cartas faciales con filtros o de alta calidad. La institución no les niega al personal los insumos necesarios para su protección, siempre que se tienen, pero desgraciadamente no se cuenta con todo el material o equipo necesario para una mejor protección del personal durante la pandemia de COVID 19. El personal que labora en las áreas COVID, es incierto, pues todo depende del número de pacientes, la demanda de trabajo y del personal disponible o con el que se cuenta en dichas áreas. Un ejemplo de ello, es que en el área respiratoria 1 ubicada en la planta baja en el área de urgencias, que anteriormente (antes de la pandemia de COVID 19) funcionaba como la unidad de trauma choque del área de urgencias.

- Dicha unidad, tiene una capacidad de 7 camillas, teniendo que extenderse al área de observación con 8 camillas, debido a la capacidad con la que esta cuenta, el índice de enfermeras que entraba durante una jornada laboral de 8 o 12 horas era de 3 a 4 enfermeras. Aunque este índice podía variar, dependiendo del turno y del personal con el que se cuenta para laborar.
- En la unidad de terapia respiratoria 2, ubicada en el primer piso, en el área de medicina interna, para ser específicos en los 3 cuartos separados y en el penúltimo cubículo que cuenta con 6 camas y que anteriormente (antes de la pandemia de COVID 19) estaba destinado para pacientes del sexo femenino, debido a la capacidad con la que esta cuenta, el índice de enfermeras que entraba durante una jornada laboral de 8 o 12 horas era de 1 a 2 enfermeras. Aunque este índice podía variar, dependiendo del turno y del personal con el que se cuenta para laborar.
- En la unidad de terapia respiratoria 3, ubicada en el tercer piso, que anteriormente (antes de la pandemia de COVID 19) funcionaba como el servicio de ginecología. Dicho servicio, es el más grande de las 3 terapias respiratorias, puesto que está conformada por 27 camas, de las cuales 6 son de terapia intensiva y 21 de medicina interna, debido a la capacidad con la que esta cuenta, el índice de enfermeras que entraba durante una jornada laboral de 8 o 12 horas era de 4 o 5 enfermeras generales y 2 enfermeras intensivistas. Aunque este índice podía variar, dependiendo del turno y del personal con el que se cuenta para laborar.

► **4.2.9 PERSONAL DE ENFERMERÍA QUE LABORA EN EL HOSPITAL GENERAL BALBUENA EN LAS ÁREAS DE HOSPITALIZACIÓN DONDE HAY PACIENTES SOSPECHOSOS Y/O POSITIVOS DE COVID 19.**

- En el servicio de urgencias y los servicio de hospitalización como lo son medicina interna, ortopedia, cirugía general, neurocirugía, cirugía plástica reconstructiva, comenzaron a salir pacientes sospechosos y/o confirmados de COVID 19 y para ello se estableció un protocolo a seguir para un mejor manejo de dichos pacientes, y así evitar o disminuir de alguna manera la propagación del virus. Para que a un paciente se le tomara como sospechoso de COVID 19, tenía que ser por sintomatología, es decir, que presentara uno o más signos y síntomas de COVID 19, posterior a ello, se le realizaba una prueba rápida y/o una tomografía. Como medida de seguridad, se aislaba el cubículo donde se encontraba el paciente sospechoso, una vez realizado este protocolo, se consultaban los resultados del paciente sospechoso, si este resultaba positivo, se trasladaba a uno de los cuartos separados que se encuentran dentro de los servicios de hospitalización, o a su vez, si se contaba con disponibilidad de camas en la terapia respiratoria 3, se realizaba su transferencia, si de lo contrario no había disponibilidad en la terapia respiratoria antes mencionada, se quedaba el paciente confirmado en el cuarto separado.

- Para seguir con el protocolo del manejo de los pacientes sospechosos y/o confirmados de COVID 19, cuando un paciente salía positivo, los pacientes que se encontraban en el mismo cubículo, eran tomados como sospechosos y ese cubículo se cerraba y se les realizaba la prueba rápida de COVID 19.
- Dependiendo de los resultados, se tomaba una decisión, si algún otro resultaba positivo se realizaba el mismo protocolo antes descrito; si todos resultaban negativos, el cubículo se mantenía aislado por 5 días más, y si los pacientes presentaban algún síntoma durante esos 5 días, se realizaba una segunda prueba rápida, si no presentaban sintomatología, se reabría ese cubículo.
- De igual manera, el personal que labora en las áreas de hospitalización entraba a los cubículos con pacientes sospechosos y/o confirmados de COVID 19 con el EPP (equipo de protección personal) necesario.
- El personal que entraba a laborar en dichos cubículos o cuartos separados, era en una jornada laboral de 8 o 12 horas, dependiendo del turno y del personal con el que se cuenta para laborar.
- Cabe mencionar, que aunque el hospital cuenta con 3 áreas respiratorias, debido a que la terapia respiratoria del tercer piso es la que cuenta con un mayor número de camas, ahí era donde se transferían a los pacientes de la terapia respiratoria 1, terapia respiratoria 2 o a su vez, a los pacientes que resultaran positivos en cualquier otro servicio del hospital.

► **4.2.10 PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL GENERAL BALBUENA QUE HA ENFERMADO Y/O MUERTO DE COVID 19.**

- Desde los inicios de la pandemia de COVID 19, se retiró al personal más vulnerable para así, evitar que se contagiaron o que tuvieran complicaciones de su estado de salud que pudieran causar su muerte.
- Sin embargo, a pesar de haber tomado ciertas medidas para protección y seguridad del personal, el personal de enfermería que se encontraba en primera línea y el personal activo que se quedó laborando en los diversos servicios del hospital, no estuvo exento de contagios o defunciones, ya que algunos de ellos se contagiaron y lograron recuperarse, pero otros, desgraciadamente perdieron la vida, dando así como resultado que desde que inicio la pandemia de COVID 19 el número de contagios o defunciones fuera la siguiente:

**Tabla 2. Contagios y defunciones por COVID 19 en el Hospital General Balbuena.**

<b>FECHA</b>	<b>N° de contagios de COVID 19</b>	<b>N° de defunciones por COVID 19</b>
Del 01 de Abril del 2020 al 30 de Agosto del 2020.	<b>54 contagios de COVID 19</b>	<b>2 defunciones por COVID 19</b>
Del 01 de Octubre del 2020 al 31 de Diciembre del 2020.	<b>21 contagios de COVID 19</b>	<b>2 defunciones por COVID 19</b>
Del 01 de Enero del 2021 al 31 de Enero del 2021.	<b>6 contagios de COVID 19</b>	<b>0 defunciones por COVID 19</b>

## 5. MARCO TEÓRICO.

### 5.1 COVID 19.

#### ▶ 5.1.1 CONCEPTO.

- Los coronavirus, son virus que surgen periódicamente en diferentes áreas del mundo, circulan entre humanos y animales (bovinos, cerdos, roedores, gatos, perros, dromedarios, pájaros, murciélagos y pangolines). Responsables de causar una gran variedad de enfermedades, como el resfriado común y enfermedades diarreicas (en los lactantes) hasta casos de infecciones respiratorias agudas (IRA) desde leves a graves. Los coronavirus que infectan a los animales pueden evolucionar y transmitirse a las personas en forma de zoonosis, convirtiéndose en nuevas cepas como el Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SARS) de Asia en febrero 2003 y el Síndrome Respiratorio de Oriente Medio (MERS-COV), descrito por primera vez en Arabia Saudita en 2012 y muy recientemente el Nuevo Coronavirus COVID-19 descubierto en Wuhan China.<sup>15</sup>
- Los Coronavirus son muy difíciles de cultivar en laboratorio, por lo que son pocos los que se han logrado identificar. El primer Coronavirus fue aislado en pollos en 1937 por Beaudette y Hudson. Posteriormente en 1950 se describe el Rinovirus causante del resfriado común, en 1965 Tyrrell y Bynoe logran reproducir el primer coronavirus in vitro, utilizando cultivos de tejido ciliado embrionario de tráquea humana. Hoy en día se conocen hasta 50 coronavirus con secuencias nucleotídicas parciales de ARN polimerasa dependientes de ARN. A estos se agrega el nuevo Coronavirus Chino 2019, COVI19.<sup>15</sup>
- El coronavirus SARS-CoV-2 es un nuevo tipo de coronavirus que puede afectar a las personas y que se detectó por primera vez en diciembre de 2019 en la ciudad de Wuhan, provincia de Hubei, en China. Este es el causante de la enfermedad COVID-19 <sup>16</sup>, la cual, es una enfermedad infecciosa.<sup>17</sup>
- El COVID 19 se ha manifestado de diversas maneras y ha causado enfermedades respiratorias, digestivas y sistémicas que afectan la salud de los seres humanos, éste pertenece a la familia Betacoronavirus, puede infectar neumocitos tipo 2 y células epiteliales bronquiales ciliadas. Estudios demuestran que son virus de ARN monocatenarios fáciles de mutar, lo cual le da la capacidad de adaptarse rápidamente a nuevos cuerpos, es por eso que se volvió una pandemia.<sup>18</sup>

### ► 5.1.2 ETIOLOGÍA.

- El coronavirus SARS-CoV-2 es un nuevo tipo de coronavirus que puede afectar a las personas y que se detectó por primera vez en diciembre de 2019 en la ciudad de Wuhan, provincia de Hubei, en China. Este es el causante de la enfermedad COVID-19 <sup>16</sup>, la cual, es una enfermedad infecciosa. <sup>17</sup>
- Igual que en otros brotes causados por coronavirus, la fuente primaria más probable de la enfermedad producida por el SARS-CoV-2 es de origen animal. En este momento se desconoce cuál es el reservorio natural y el posible transmisor del virus a los humanos, puesto que no se ha podido detectar en ningún animal vinculado con el momento y el lugar de origen de la pandemia. <sup>19</sup>
- La mayoría de los pacientes que se encontraban en las fases iniciales de este brote informaron de un vínculo con el mercado de mariscos de Huanan en el sur de China, un mercado de animales vivos o "mercado mojado", lo que sugiere un origen zoonótico del virus. Una evaluación inicial de la dinámica de la transmisión en los primeros 425 casos confirmados determinó que el 55% de los casos anteriores al 1 de enero de 2020 estaban vinculados al mercado, mientras que solo el 8.6% de los casos posteriores a esa fecha tenían alguna vinculación con el mercado. Esto sugiere que la propagación de persona a persona se estaba produciendo entre contactos cercanos desde mediados de diciembre de 2019. <sup>20</sup>
- En lo que respecta a su posible origen ancestral, el virus más cercano es el Bat CoV RATG13, aislado años antes de un murciélago de herradura en Yunnan, al sureste de China. Los murciélagos, por otra parte, albergan gran diversidad de coronavirus. Por esta razón, la hipótesis más aceptada actualmente sobre el origen ancestral del SARS-CoV-2 es que un virus de murciélago haya podido evolucionar hacia el SARS-CoV-2 a través de hospedadores intermediarios. <sup>19</sup>
- El hallazgo de coronavirus muy relacionado en pangolines decomisados por la policía en las provincias chinas de Guangxi y Guangdong ha llevado a sugerir que estos animales pudiesen ser dicho huésped intermediario, aunque la posición filogenética de la secuencia de Información científica-técnica. <sup>19</sup>

### ► 5.1.3 FACTORES DE RIESGO.

- Las personas que han estado en contacto con un caso probable o confirmado tienen un mayor riesgo de infección. <sup>20</sup>
  - *Se pueden manejar las siguientes definiciones para los casos* <sup>21</sup>
    - **Caso sospechoso:** persona de cualquier edad que en los últimos 7 días haya tenido, al menos, dos de los siguientes signos y síntomas: tos, fiebre o cefalea, acompañados de al menos uno de los siguientes signos o síntomas: Disnea (dato de gravedad), Artralgias, Mialgias, Odinofagia-ardor faríngeo, Rinorrea, Conjuntivitis, Dolor torácico, y en menores de cinco años la irritabilidad puede sustituir a la cefalea.
    - **Caso de infección respiratoria aguda grave:** toda persona que cumpla con la definición de caso sospechoso de enfermedad respiratoria leve y, además, tenga dificultad para respirar y esté hospitalizado.
    - **Caso confirmado:** persona que cumpla con la definición operacional de caso sospechoso y que cuente con diagnóstico confirmado por laboratorio de la Red Nacional de Laboratorios de Salud Pública reconocidos por el InDRE.
- Las personas que residen o trabajan en una zona de alto riesgo de transmisión (p. ej., entornos residenciales cerrados, entornos humanitarios), las personas que residen o viajan a una zona de transmisión comunitaria y las personas que trabajan en un entorno sanitario (incluidos los centros de salud y los domicilios) en cualquier momento en el plazo de los 14 días anteriores al inicio de los síntomas corren un mayor riesgo de infección. <sup>20</sup>
- Las personas de edad avanzada corren un mayor riesgo de contraer infecciones y enfermedades graves. Si bien la edad es un factor de riesgo independiente, el riesgo en las personas de edad avanzada también está relacionado en parte con la probabilidad de que los adultos de edad avanzada sean más propensos a presentar comorbilidades. <sup>20</sup>
- Los hombres presentan un mayor riesgo de infección y enfermedad grave. La hipótesis es que esto puede deberse a la presencia de andrógenos, a un menor nivel de anticuerpos contra el coronavirus del síndrome respiratorio agudo grave (SARS-CoV-2), en comparación con las mujeres, a que las mujeres presentan una respuesta inmunitaria más fuerte en comparación con los hombres, o a una mayor prevalencia del consumo de alcohol y del tabaquismo. <sup>20</sup>

- Las personas que se encuentran en un centro de cuidados/ institución hospitalaria por largos tiempos o de larga duración corren un mayor riesgo de contraer infecciones y enfermedades graves.<sup>20</sup>
- Las personas con comorbilidades presentan un mayor riesgo de padecer enfermedades graves, y cuantas más comorbilidades, mayor es el riesgo.<sup>20</sup> Las mujeres embarazadas presentan un mayor riesgo de padecer una enfermedad grave.<sup>20</sup>
- Los fumadores presentan un mayor riesgo de padecer enfermedades graves o críticas. Los pacientes con cualquier antecedente de tabaquismo presentan un riesgo significativamente mayor de padecer una enfermedad grave o crítica, el avance de la enfermedad, la necesidad de ventilación mecánica y la mortalidad intrahospitalaria.<sup>20</sup>
- Las personas con cáncer corren un mayor riesgo de sufrir infecciones y enfermedades graves, ya que es probable que un mayor riesgo de infección se deba a los tratamientos inmunosupresores y/o a las visitas recurrentes al hospital.<sup>20</sup>
- Las personas con un estado de inmunocompromiso debido a un trasplante de órgano sólido presentan un mayor riesgo de padecer una enfermedad grave.<sup>20</sup>
- Las personas con síndrome de Down presentan un mayor riesgo de padecer enfermedades graves. Esto puede deberse posiblemente a la presencia de una disfunción inmunitaria, una cardiopatía congénita o una patología pulmonar.<sup>20</sup>
- Las personas inmunodeprimidas pueden presentar un mayor riesgo de padecer una enfermedad grave.<sup>20</sup>
- Los niños con ciertas afecciones subyacentes pueden presentar un mayor riesgo de padecer una enfermedad grave; estas afecciones incluyen la obesidad, la diabetes, el asma y las enfermedades pulmonares crónicas, la inmunosupresión, la anemia de células falciformes y la enfermedad renal crónica.<sup>20</sup> Las personas con enfermedades autoinmunitarias pueden presentar un mayor riesgo de infección y enfermedad grave.<sup>20</sup>
- Las personas del grupo sanguíneo A pueden presentar un mayor riesgo de infección y mortalidad, y las del grupo sanguíneo B pueden presentar un mayor riesgo de infección. El grupo sanguíneo O parece proteger contra la infección. Las personas que son Rh-positivas mostraban más vulnerabilidad a la infección en comparación con las personas Rh-negativas.<sup>20</sup>

#### ▶ 5.1.4 SIGNOS Y SÍNTOMAS.

- La COVID-19 afecta de distintas maneras en función de cada persona. La mayoría de las personas que se contagian presentan síntomas de intensidad leve o moderada, y se recuperan sin necesidad de hospitalización: <sup>22</sup>
  - ▶ **Los síntomas más habituales son los siguientes:** Fiebre, Tos seca, Cansancio.
  - ▶ **Otros síntomas menos comunes son los siguientes:** Molestias y dolores, Dolor de garganta, Diarrea, Conjuntivitis, Dolor de cabeza, Pérdida del sentido del olfato o del gusto, Erupciones cutáneas o pérdida del color en los dedos de las manos o de los pies.
  - ▶ **Los síntomas graves son los siguientes:** Dificultad para respirar o sensación de falta de aire, Dolor o presión en el pecho, Incapacidad para hablar o moverse.
- Otro documento que maneja la OMS, menciona que los signos y síntomas que se pueden presentar son variables, y estos se presentan de la siguiente manera y con la siguiente frecuencia: <sup>26</sup>
  - Fiebre (83%-99%).
  - Tos (59%-82%).
  - Cansancio (44%-70%).
  - Anorexia (40%-84%).
  - Disnea (31%-40%)
  - Mialgias (11%-35%).
- También se han descrito otros síntomas inespecíficos, como:
  - Dolor de garganta.
  - Congestión nasal.

- Cefaleas.
- Diarrea.
- Náuseas y vómitos.
- Se han descrito anosmia (pérdida del olfato) y ageusia (pérdida del gusto) antes del inicio de los síntomas respiratorios.

- Las personas mayores, y los pacientes inmunodeprimidos en particular, pueden presentar síntomas atípicos, como cansancio, disminución del estado de alerta, reducción de la movilidad, diarrea, pérdida de apetito, síndrome confusional agudo y ausencia de fiebre.
- A los síntomas de la COVID-19 pueden superponerse otros síntomas, como disnea, fiebre, síntomas gastrointestinales o cansancio, debidos a las adaptaciones fisiológicas o a eventos adversos del embarazo o a otras enfermedades, como el paludismo.

#### ▶ 5.1.5 EPIDEMIOLOGÍA.

##### → **Transmisión de animal-animal y animal-humano.** <sup>19</sup>

- El modo en el que pudo transmitirse el virus de la fuente animal a los primeros casos humanos es desconocido. Todo apunta al contacto directo con los animales infectados o sus secreciones. En estudios realizados en modelos animales con otros coronavirus se ha observado tropismo por las células de diferentes órganos y sistemas produciendo principalmente cuadros respiratorios y gastrointestinales, lo que podría indicar que la transmisión del animal a humanos pudiera ser a través de secreciones respiratorias y/o material procedente del aparato digestivo.
- Los hurones, los felinos (gatos, tigres y leones), los visones y los hamsters son susceptibles a la infección y pueden desarrollar la enfermedad y también los perros en mucha menor medida.
- En este momento hay muy pocos casos descritos de posible transmisión desde los animales a los humanos por lo que no parece que la enfermedad en animales tenga una gran contribución en la pandemia, cuyo motor es claramente la transmisión humano-humano.

→ **Transmisión de humano-humano.** <sup>19</sup>

- Con la evidencia científica acumulada, se considera que SARS-CoV-2 puede transmitirse de persona a persona por diferentes vías, siendo la principal mediante el contacto y la inhalación de las gotas y aerosoles respiratorios emitidos por un enfermo hasta las vías respiratorias superiores e inferiores de una persona susceptible.
- También se puede producir el contagio por contacto indirecto a través de las manos u objetos contaminados las secreciones respiratorias del enfermo con las mucosas de las vías respiratorias y la conjuntiva del susceptible. La transmisión vertical a través de la placenta también es posible, aunque poco frecuente. Otras vías de transmisión son muy improbables.

→ **Periodo de incubación.**

- El periodo de incubación mediano es de mediano es de 5,1 días (IC 95% 4,5 a 5,8) a los 11,7 días (IC95% 9,7 a 14,2) el 95% de los casos sintomáticos han desarrollado ya sus síntomas. Se pudo conocer que la transmisión de la infección comenzaba 1-2 días antes del inicio de síntomas. <sup>19</sup>
- Aunque la OMS, menciona que según la media, las personas que se contagian empiezan a presentar síntomas en un plazo de 5 a 6 días desde que se infectan, pero pueden tardar hasta 14. <sup>8</sup> Esto sugiere un esto sugiere un periodo de cuarentena ideal mínimo de 14 días. <sup>23</sup>

→ **Duración de la enfermedad.** <sup>19</sup>

- El tiempo medio desde el inicio de los síntomas hasta la recuperación es de 2 semanas cuando la enfermedad ha sido leve y 3-6 semanas cuando ha sido grave o crítica.
- El tiempo entre el inicio de síntomas, hasta la instauración de síntomas graves como la hipoxemia es de 1 semana, y de 2-8 semanas hasta que se produce el fallecimiento.

→ **Número de casos de COVID 19 en México.** <sup>1</sup>

- Según la secretaria de salud, hasta el mes de abril, los casos de COVID 19 en México, se encuentran de la siguiente manera:

**Tabla 3. Casos de COVID-19 en México**

Confirmados	Negativos	Sospechosos	Defunciones	Recuperados	Activos
2,328,391 acumulados	3,776,831 acumulados	433,453 acumulados	214,947 acumulados	1,850,680 acumulados	23,934 acumulados

→ **Tasa de ataque secundario.** <sup>19</sup>

- La tasa de ataque secundario varía según el contexto en el que se produzca la transmisión. En general se puede decir que en ambientes cerrados, con mucho contacto interpersonal la transmisión es mayor: convivientes familiares, eventos sociales y centros sociosanitarios residenciales.
- En China, la transmisión predominante fue la intrafamiliar, incluyendo amigos con un íntimo contacto con los casos: entre el 78 y el 85% ocurrieron de esta manera con una contagiosidad intensa persona-persona.

▶ **5.1.6 DIAGNÓSTICO.**

→ **RT-PCR.** <sup>24</sup>

- La reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa (RT-PCR, por sus siglas en inglés) por ahora es la prueba considerada como el estándar de oro para la detección de infección por SARS-CoV-2, debido a que una prueba positiva en un paciente enfermo tendrá una razón de verosimilitud muy alta; sin embargo, su sensibilidad es limitada, de accesibilidad variable y difiere entre cada país, hospital y laboratorio comercial.
- La frecuencia de falsos negativos va de 2 a 22%, esto dependerá de variables como: muestra insuficiente, temporalidad del muestreo en una etapa muy temprana o tardía de la enfermedad, error de laboratorio o kit, sitio de muestreo (por ejemplo: nasal, oral, lavado bronquioalveolar, entre otros).

- No se cuenta con una prueba suficiente para excluir la infección por SARS-CoV-2 en muestras obtenidas por hisopado simultáneo nasal y faríngeo cuya sensibilidad dependerá del tipo de prueba y método de recolección de la muestra.
- Por otro lado, lograron aislar ARN de SARS-CoV-2 en heces, sin embargo, esto no es suficiente para afirmar que sea una vía de transmisión, sobre todo porque los pacientes carecían de síntomas gastrointestinales o diarrea.
- El abordaje diagnóstico se realizó generalmente en etapas tempranas debido al antecedente de contacto con un caso confirmado, incluso se identificó que altas cargas virales tenían mayor capacidad de transmisión durante los primeros días de inicio de la sintomatología.

→ **PRUEBAS SEROLÓGICAS.** <sup>24</sup>

- Con respecto a las pruebas serológicas que identifican la presencia de anticuerpos (por ejemplo: IgG, IgM) de SARS-CoV-2, inicialmente la FDA estableció que su utilidad era limitada debido a que era necesario una evaluación exhaustiva, ya que un resultado negativo no excluiría la infección y requeriría un seguimiento con pruebas diagnósticas moleculares, incluso una prueba serológica positiva podía resultar de una infección previa o actual por otros coronavirus tales como HKU1, NL63, OC43 o 229E.
- Sin embargo, desde el mes de abril, existen en el mercado americano más de 70 pruebas serológicas (hasta ahora se ignora la proporción de falsos positivos y falsos negativos), así como la duración en la persistencia de anticuerpos IgG e IgM, incluso se desconoce si existe una respuesta humoral que confiera inmunidad ante una segunda infección.

→ **DIAGNÓSTICO RADIOLÓGICO.** <sup>24</sup>

- La tomografía computada (TAC) de tórax es un método de rutina para el diagnóstico de neumonía, ya que se caracteriza por ser sencillo, práctico y fácil de realizar. Los primeros reportes describieron en pacientes con COVID-19 imágenes típicas tales como opacidades en vidrio despulido, consolidación multifocal en parches y/o cambios intersticiales con distribución periférica.
- Teniendo como referencia RT-PCR, la TAC es una herramienta diagnóstica con alta sensibilidad, baja especificidad, moderado valor predictivo positivo y negativo que va alrededor de 97, 25, 65 y 83%, respectivamente.

- En casos con RT-PCR negativa, 70% tendrán una TAC sospechosa con imágenes típicas caracterizadas por un patrón de vidrio esmerilado. Se deben considerar algunos diagnósticos diferenciales por el tiempo de evolución ( $\leq 4$  semanas), como: otras infecciones virales como influenza, bacterias atípicas, edema pulmonar, reacción farmacológica, hemorragia pulmonar, daño agudo pulmonar por inhalación, neumonía eosinofílica aguda y neumonía intersticial aguda.
- También hay entidades crónicas ( $\geq 4$  semanas) que se deben descartar, tales como: enfermedad pulmonar intersticial, neumonía organizada, neumonía eosinofílica crónica, vasculitis, adenocarcinoma de pulmón, fibrosis focal o proteinosis alveolar pulmonar.
- Es así que considerando los diagnósticos previos y excluyendo los menos probables, podría definirse como caso altamente sospechoso en aquéllos con RT-PCR negativa pero con TAC positiva, después de un análisis exhaustivo de la sintomatología, hallazgos radiológicos y cambios en TAC posteriores. Por lo tanto, la TAC de tórax es una herramienta con alta sensibilidad y práctica para el diagnóstico y seguimiento de casos en zonas altamente endémicas.

#### → ESCALA PRONÓSTICA. <sup>24</sup>

- Se estima que entre 5-33% de los pacientes con infección por SARS-CoV-2 requerirán manejo en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). En México no todos los hospitales cuentan con áreas para el cuidado de pacientes críticos, es por ello que la implementación de una escala pronóstica puede ser una herramienta útil en la identificación de sujetos con características clínicas, de laboratorio e imagen que requieran ser derivados oportunamente a la UCI.
- El diagnóstico molecular con RT-PCR se considera el estándar de oro; sin embargo, su sensibilidad está por debajo del 80%. Sin duda, las circunstancias epidemiológicas, la sospecha clínica, RTPCR y los estudios de imagen son complementarios a la hora de establecer un correcto diagnóstico.

#### ▶ 5.1.7 TRATAMIENTO.

- Actualmente no hay evidencia clínica que permita recomendar un tratamiento específico de la infección causada por SARS-CoV-2 en pacientes con sospecha o confirmación. Sin embargo, con los conocimientos actuales se pueden hacer ciertas recomendaciones para su manejo.

→ **Recomendaciones para el tratamiento de la infección por SARS-CoV-2, agente causal de COVID-19 según la secretaria de salud mexicana.** <sup>25</sup>

- Las recomendaciones incluidas en este documento sobre el tratamiento de la infección por SARS-CoV-2, agente causal de COVID-19, son el resultado de una revisión de la literatura disponible hasta ahora y se basa en datos obtenidos de ensayos clínicos y otros tipos de estudios clínicos, publicados o en prensa, que han tenido revisión de pares por comités editoriales de revistas científicas reconocidas.
- Es importante considerar que aún hay muchos ensayos clínicos activos y, por tanto, las recomendaciones emitidas por el panel de profesionales clínicos expertos en bioética y en investigación en infectología, neumología y terapia intensiva, se actualizarán conforme se tengan mejores evidencias científicas, seguramente en las próximas semanas o meses, al concluir la conducción y el análisis de los resultados de cientos de estudios clínicos nacionales e internacionales.

*Intervenciones farmacológicas en personas con COVID-19:*

- El tratamiento actual de las personas con COVID-19 es la prevención de la infección y las medidas de salud pública para su control y, en los casos graves, el soporte de las funciones respiratorias, con oxígeno suplementario y ventilación mecánica, y cardiovasculares.
- Es importante reconocer que no hay medicamentos, biotecnológicos ni otras formas terapéuticas que hasta ahora hayan demostrado ser eficaces en cualquiera de las etapas de la enfermedad y, por tanto, que hayan sido aprobadas por la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) de México o la FDA de los EEUU (U.S. Food and Drug Administration).
- Por ello, es especialmente importante la realización de actividades de investigación que generen información esencial para el diagnóstico, el tratamiento y el entendimiento de los brotes así como la identificación de los grupos de riesgo, la transmisibilidad de persona a persona, el contagio al personal de salud y la letalidad, entre otras cosas. En este sentido, la Medicina basada en evidencia representa un principio fundamental de la práctica médica actual.
- Por todo lo antes mencionado, hacemos un llamado para que el uso de tratamientos farmacológicos contra COVID 19, cuyo uso no está sustentado en evidencia científica suficiente en cuanto a su seguridad y eficacia, se lleven a cabo con la mayor responsabilidad posible y siguiendo las siguientes recomendaciones:

- Hasta el momento no existe ningún tratamiento profiláctico o preventivo con evidencia demostrada para COVID-19, por lo que cualquier intervención en este sentido se deberá llevar a cabo bajo un protocolo de investigación. Para el caso de pacientes ambulatorios, no se recomienda prescribir tratamiento alguno, excepto paracetamol, para el control de síntomas correspondientes.
- Deben interrogarse los antecedentes patológicos y el uso crónico de fármacos por los pacientes, y acentuarse la importancia de dar continuidad a sus tratamientos de manera continua y regular, para mantener el control adecuado de padecimientos crónicos como la diabetes y la hipertensión arterial.
- En los pacientes ambulatorios, se debe informar y orientar al paciente en el reconocimiento de los datos y síntomas de alarma, y sobre qué hacer y dónde acudir en caso de que la persona los presente.
- Actualmente, no hay más tratamiento para las expresiones clínicas graves y críticas de COVID-19 que el soporte respiratorio y hemodinámico. El análisis preliminar reciente de un estudio con asignación aleatoria de evaluación del tratamiento contra COVID-19 (Recovery, por su acrónimo en inglés) conducido en el Reino Unido, muestra que la mortalidad en el grupo de pacientes graves y críticos que recibió el corticoesteroide dexametasona fue menor, comparada con la del grupo con solamente el tratamiento de soporte estándar.
- En las personas con infección por SARS-CoV-2 el estado inflamatorio se acompaña de hipercoagulabilidad.
- Los enfermos con COVID-19 sintomáticos:
  1. Generalmente hospitalizados, tienen mayor riesgo de tromboembolismo venoso y posiblemente arterial.
  2. En pacientes críticos se agrega trombosis de pequeños y medianos vasos principalmente en pulmón en el contexto de un proceso proinflamatorio conocido como inmutrombosis.
  3. Todos los pacientes hospitalizados con diagnóstico de COVID-19 requieren profilaxis antitrombótica, ya que todos cumplen con criterios de Padua e Improve que se asocian a un beneficio ya establecido con el uso de profilaxis.

4. El riesgo de trombosis incrementa con la severidad de la enfermedad con una incidencia 3-6 veces mayor que en pacientes sin COVID-19, a pesar de la utilización de dosis profilácticas de heparina. Están pendientes los resultados de estudios que comparan diferentes dosis de heparinas, así como el uso de antiagregantes.
- No se recomienda el uso de los siguientes medicamentos: Arbidol, Oseltamivir, Ivermectina, Azitromicina, Nitazoxanida, Factor de transferencia, Colchicina, Antioxidantes, Nanomoléculas de cítricos, Dióxido de cloro.
  - Tampoco se recomienda el uso de inmunoglobulina intravenosa ni de interferones.
  - La utilización de otros fármacos deberá realizarse bajo un ensayo clínico controlado, registrado y aprobado por comités de ética e investigación en la Institución en donde se trata el paciente, de acuerdo con la normativa vigente.
  - Algunos de los fármacos que se están utilizando en protocolos de investigación son; Remdesivir, Favipiravir, Lopinavir/ Ritonavir, Cloroquina e Hidroxicloroquina, Baricitinib (combinado con Remdesivir), Tocilizumab, Sarilumab, Anakinra, Plasma Convaleciente, Heparinas a diversas dosis.
  - El Panel no recomienda el uso de baricitinib, a menos que sea en un ensayo clínico controlado debidamente autorizado por los comités de investigación y de ética en investigación correspondientes, por su amplio efecto inmunosupresor.
  - La Dexametasona se recomienda bajo estricto seguimiento de control de infecciones y farmacovigilancia, y siempre de acuerdo con los criterios descritos en el estudio original:
    1. Pacientes hospitalizados por infección confirmada por SARS-CoV-2 o con sospecha clínica de COVID-19, que requieran de oxigenación suplementaria o estén en ventilación mecánica.
    2. Sin antecedentes o contraindicaciones que representen riesgo para recibir Dexametasona.
    3. En dosis de 6 mg una vez al día durante 10 días. El tratamiento se suspenderá antes de los 10 días si el paciente es egresado del hospital.

4. No se deberá prescribir Dexametasona a pacientes ambulatorios o aquellos que no requieran de oxigenación suplementaria.
  5. Se debe obtener el consentimiento informado por escrito en donde se expliquen claramente los riesgos y beneficios esperados de la administración del tratamiento, en un lenguaje que sea entendible para la persona en tratamiento y sus familiares.
- El uso de anticoagulantes se centra en la discusión sobre la dosis de heparina a utilizar con base en el riesgo trombótico, tomando en cuenta el riesgo hemorrágico, la funciones renal y hepática, así como la cuenta plaquetaria. Se recomienda su aplicación bajo los siguientes criterios:
    1. No existe evidencia de la utilidad de los anticoagulantes (orales o parenterales) ni de los antiagregantes plaquetarios para prevenir trombosis en individuos con COVID-19 de curso leve y tratamiento ambulatorio.
    2. Los pacientes que se encuentren recibiendo anticoagulantes o antiagregantes por algún padecimiento de base cuando se contagian con SARS-CoV-2 deberán de continuarlos.
    3. Todos los pacientes hospitalizados deben recibir tromboprofilaxis desde el momento de su ingreso bajo la siguiente recomendación:
      - ▽ Enoxaparina (o bien otras heparinas de bajo peso molecular o heparina no fraccionada). Ajustar de acuerdo con el peso:
        1. Menos de 80 Kgs: 40 mg s.c cada 24 horas.
        2. Más de 80 kg: 60 mg s.c. cada 24hs.
        3. Más de 100kg: 40mg s.c. cada 12 hs.
        4. En insuficiencia renal con depuración de creatinina entre 15 y 30 ml/min, disminuir dosis a la mitad. Por debajo de 15 ml/min considerar heparina no fraccionada.
        5. En pacientes con coagulopatía Inducida por Sepsis (SIC)  $\geq 4$  o en terapia intensiva, intubados sin sospecha de trombosis, considerar enoxaparina a dosis intermedias S. C. (1mg/kg al día), o bien otras heparinas de bajo peso molecular o heparina no fraccionada.

6. En pacientes con trombosis confirmada en cualquier localización o con sospecha de tromboembolia pulmonar por: Sobrecarga de ventrículo derecho; Caída súbita de saturación de oxígeno, o; Inestabilidad hemodinámica más incremento de dímerosD; Utilizar enoxaparina a dosis de anticoagulación terapéutica: (1 mg/kg cada 12 horas), o bien otras heparinas de bajo peso molecular o heparina no fraccionada.
  7. Si no es posible realizar angio-TAC para la confirmación de tromboembolia pulmonar, se podrá optar por Eco Doppler de las extremidades inferiores y Ecocardiograma para la aproximación diagnóstica.
  8. Al momento del alta hospitalaria se recomienda: o Pacientes sin trombosis: evaluar y personalizar el riesgo tromboembólico y hemorrágico y eventualmente continuar con trombopprofilaxis con una heparina de bajo peso molecular, en el caso de enoxaparina con una dosis de 40 mg cada 24 horas de 7 días a 30 días.
  9. No sobre la duración óptima. o Pacientes con sospecha o corroboración de trombosis: continuar con dosis terapéuticas de anticoagulante por tres meses. Considerar cambio a dosis terapéuticas de anticoagulantes directos como apixabán o rivaroxabán (sin dosis de carga si ya recibieron por lo menos 5 días de heparina).
  10. Siempre considerar las contraindicaciones al uso de anticoagulantes: o Hemorragia reciente. o Trombocitopenia de  $< 30.000/\mu\text{L}$  mm<sup>3</sup>.
  11. Las alteraciones del TTPa y TP no contraindican la utilización de trombopprofilaxis farmacológica.
  12. En caso de tener contraindicación para la trombopprofilaxis farmacológica realizar trombopprofilaxis mecánica con compresión neumática si está accesible. Las medias elásticas no han demostrado prevenir trombosis.
- En caso de no existir acceso a algún ensayo clínico aprobado:
    - Abstenerse de utilizar medicamentos en los cuales no existe evidencia alguna de su efectividad en el tratamiento de COVID-19 y/o que representen algún riesgo para la salud e integridad del paciente.
    - No utilizar combinaciones de fármacos con poca evidencia de su eficacia, ya que esto aumenta la posibilidad de presentar efectos adversos y aumenta los riesgos a la salud.

→ En caso de que se usen medicamentos con bajo nivel de evidencia científica, se deberá informar de forma correcta y completa, verbal o mediante la lengua que use la persona bajo tratamiento y/o su familiar directo, y deberá ser debidamente documentado por medio de un “Formato de Consentimiento Informado” lo siguiente:

1. La limitada evidencia del uso de estos medicamentos en su padecimiento.
2. Los riesgos y efectos adversos que podrían ocasionar. Dicho documento de consentimiento debe ser independiente de consentimientos informados aplicados para protocolos de investigación específicos.

- Será imperativo, llevar un registro detallado de la información clínica de cada caso, que permita evaluar la seguridad del tratamiento administrado.
- Será obligatorio llevar a cabo las acciones de farmacovigilancia y reporte de eventos adversos en forma estricta de acuerdo con la normativa vigente.
- Es de suma importancia que antes de utilizar fármacos de los que no exista evidencia alguna de su efectividad en el tratamiento de COVID-19, se revisen y consideren específicamente las posibles interacciones de los fármacos utilizados con otros que reciba la persona bajo tratamiento.
- La mayor parte de medicamentos que son empleados actualmente carecen de esta evidencia, por lo que su utilización fuera de ensayos clínicos es altamente cuestionable por diversas razones.
- En caso de usos fuera de indicaciones basadas en evidencia debe haber procesos claros y documentados de consentimiento informado, evaluación de interacciones farmacológicas, vigilancia y reporte de eventos adversos.

→ **Según la Organización Mundial de la Salud, el tratamiento para COVID 19 debe de ser de acuerdo a los signos y síntomas y a la gravedad de estos.**<sup>26</sup>

#### Manejo de la COVID-19 leve: tratamiento sintomático.

- Los pacientes con enfermedad leve pueden presentarse en servicios de urgencias, consultas externas o centros de atención primaria, o ser detectados durante actividades de telemedicina o de extensión comunitaria, como las visitas a domicilio.

- Para contener la transmisión del virus, se recomienda que los casos sospechosos o confirmados de COVID-19 leve se aíslen de acuerdo con la ruta asistencial establecida para la COVID-19. El aislamiento puede hacerse en un centro sanitario designado para la COVID-19, en un centro comunitario o en el domicilio del paciente (autoaislamiento).
- Se recomienda que los pacientes con COVID-19 leve reciban tratamiento sintomático, como antipiréticos analgésicos, y nutrición y rehidratación adecuadas.
- Se informará a los pacientes con COVID-19 leve sobre los signos y síntomas de complicaciones que deben llevarlos a buscar atención urgente.

**Observación:**

- ▽ Los pacientes con factores de riesgo de enfermedad grave deben ser objeto de un estrecho seguimiento, dado que su estado puede deteriorarse. Si los síntomas empeoran (mareos, dificultad para respirar, dolor torácico, deshidratación, etc.), deben buscar atención urgente a través de la ruta asistencial establecida para la COVID-19.
- No se recomienda el tratamiento ni la profilaxis con antibióticos en pacientes con COVID-19 leve.

Manejo de la COVID-19 moderada: tratamiento de la neumonía.

- Los pacientes con enfermedad moderada pueden presentarse en servicios de urgencias, consultas externas o centros de atención primaria, o ser detectados durante actividades de telemedicina o de extensión comunitaria, como las visitas a domicilio.
- Recomendamos que los casos sospechosos o confirmados de COVID-19 moderada (neumonía) sean aislados para contener la transmisión del virus.
- Es posible que los pacientes con enfermedad moderada no requieran intervenciones de emergencia ni hospitalización, pero el aislamiento es necesario en todos los casos sospechosos o confirmados.
  - El lugar de aislamiento (centro sanitario, centro comunitario o domicilio del paciente) dependerá de la ruta asistencial establecida para la COVID-19.
  - La elección del lugar se hará caso por caso y dependerá de la presentación clínica, la necesidad de tratamiento de apoyo, los posibles factores de riesgo de enfermedad grave y las condiciones existentes en el domicilio, en particular la presencia de personas vulnerables en el hogar.

→ En pacientes con alto riesgo de deterioro se prefiere el aislamiento en el hospital.

- No se recomienda la prescripción de antibióticos a los casos sospechosos o confirmados de COVID-19 moderada, a menos que haya sospecha clínica de infección bacteriana.

#### **Observación:**

- ▽ Son pocos los pacientes con COVID-19 que sufren infecciones bacterianas secundarias. En una revisión sistemática reciente de pacientes hospitalizados con COVID-19, solo el 8% sufrió coinfecciones bacterianas o fúngicas durante el ingreso.
- Se recomienda una estrecha observación de los pacientes con COVID-19 moderada para detectar signos o síntomas de progresión de la enfermedad. Debe haber mecanismos para un seguimiento estrecho en caso de que se necesite intensificar la atención médica.

#### **Observaciones:**

- ▽ A los pacientes tratados en el domicilio y a sus cuidadores se les informará de los signos y síntomas de las complicaciones (dificultad para respirar, dolor torácico, etc.) y de que si presentan alguno de esos síntomas deben buscar atención urgente a través de la ruta asistencial establecida para la COVID-19.
- ▽ Por el momento no hay evidencias para orientar el uso de pulsioxímetros en el domicilio. Se puede considerar la posibilidad de utilizar plataformas alternativas, como la atención a domicilio, telefónicas, por telemedicina o en la comunidad, que ayuden a efectuar el seguimiento.
- ▽ En pacientes hospitalizados se registrarán regularmente los signos vitales (incluida la pulsioximetría) y, de ser posible, se utilizarán escalas de alerta médica temprana que faciliten la detección precoz del deterioro del paciente y la intensificación de su tratamiento.

#### *Manejo de la COVID-19 grave: tratamiento de la neumonía grave.*

- Todas las áreas en las que se puedan atender pacientes graves deben estar equipadas con pulsioxímetros, sistemas de administración de oxígeno en funcionamiento e interfaces desechables, de un solo uso, para administrar oxígeno (cánulas nasales, máscaras de Venturi y máscaras con bolsa reservorio).

- Se recomienda la administración inmediata de oxigenoterapia suplementaria a todo paciente con signos de emergencia o sin signos de emergencia pero con SpO<sub>2</sub> < 90%.

**Observaciones:**

- ▽ En adultos con signos de emergencia (obstrucción respiratoria o apnea, disnea grave, cianosis central, choque, coma o convulsiones) se realizarán inmediatamente maniobras de permeabilización de las vías respiratorias y se administrará oxigenoterapia durante la reanimación para lograr una SpO<sub>2</sub> ≥ 94%.
- ▽ Una vez estabilizado el paciente, el objetivo será una SpO<sub>2</sub> > 90% en adultos no gestantes y ≥ 92%-95% en embarazadas. Para administrar el oxígeno se utilizarán los dispositivos adecuados (por ejemplo, cánulas nasales para caudales de hasta 5 L/min; máscaras de Venturi para caudales de 6-10 L/min, y máscaras faciales con bolsa reservorio para caudales de 10-15 L/min).
- ▽ En los adultos, las técnicas de posicionamiento (por ejemplo, sedestación con respaldo alto) pueden ayudar a optimizar la oxigenación y a reducir la disnea y el gasto energético. En pacientes despiertos que respiran espontáneamente, el decúbito prono también puede mejorar la oxigenación y la relación ventilación/perfusión, pero no hay evidencias al respecto y debe aplicarse en el marco de un protocolo de ensayo clínico para evaluar su eficacia y seguridad.
- ▽ En adultos con gran producción de secreciones, retención de secreciones o tos débil, la desobstrucción de las vías respiratorias puede ayudar a eliminar las secreciones. Las técnicas incluyen el drenaje por gravedad y los ciclos activos de respiración. Se evitarán en la medida de lo posible los dispositivos de insuflación-exsuflación mecánica y respiración con presión inspiratoria positiva.
- ▽ La aplicación de las técnicas debe adaptarse a cada paciente, siguiendo las directrices disponibles.
- Los pacientes serán observados de cerca para detectar signos de deterioro clínico, como la insuficiencia respiratoria de progresión rápida y el choque, y responder inmediatamente con intervenciones de apoyo.

**Observaciones:**

- ▽ Los pacientes hospitalizados con COVID-19 requieren una vigilancia regular de los signos vitales (incluida la pulsioximetría) y, a ser posible, se utilizarán escalas de alerta médica temprana que faciliten la detección precoz del deterioro del paciente y la intensificación de su tratamiento.

- ▽ Se harán pruebas hematológicas y bioquímicas, electrocardiograma y radiología torácica en el momento del ingreso y, según esté indicado por la clínica, para vigilar las complicaciones, como el SDRA, las lesiones hepáticas, renales y cardíacas agudas, la coagulación intravascular diseminada o el choque.
- ▽ La aplicación de tratamientos de apoyo oportunos, eficaces y seguros es la piedra angular del tratamiento de los pacientes con manifestaciones graves de la COVID19.
- ▽ Los pacientes con COVID-19 serán observados para detectar signos o síntomas que indiquen la presencia de tromboembolias venosas o arteriales (accidentes cerebrovasculares, trombosis venosa profunda, embolia pulmonar o síndrome coronario agudo) y proceder de acuerdo con los protocolos hospitalarios diagnósticos (como pruebas de laboratorio o radiológicas) y terapéuticos.
- Los líquidos se administrarán con cautela a pacientes con COVID-19 sin hipoperfusión tisular y respuesta a los líquidos.

**Observación:**

- ▽ El tratamiento con líquidos intravenosos debe ser cauteloso en pacientes con COVID-19. La reposición agresiva de líquidos puede empeorar la oxigenación, especialmente en entornos con escasa disponibilidad de ventilación mecánica.

*Manejo de la COVID-19 crítica: síndrome de dificultad respiratoria aguda (SDRA).*

- La mortalidad de los pacientes hospitalizados y en estado crítico ha variado sustancialmente en diferentes series de casos a lo largo de la pandemia. Las siguientes recomendaciones están en consonancia con las normas internacionales vigentes para el tratamiento del SDRA por cualquier causa.

→ **Recomendaciones para pacientes adultos y pediátricos con SDRA leve tratados con sistemas no invasivos u oxigenoterapia de alto flujo por vía nasal (HFNO).**

- En pacientes seleccionados con COVID-19 y SDRA leve se puede intentar la HFNO o la ventilación no invasiva (VNI) con presión positiva continua (CPAP) o presión positiva de dos niveles.

**Observaciones:**

- ▽ Los pacientes con insuficiencia respiratoria hipoxémica e inestabilidad hemodinámica, insuficiencia multiorgánica o estado mental alterado no deben recibir HFNO ni VNI en lugar de otras opciones como la ventilación invasiva.

- ▽ Los pacientes en los que se intente la HFNO o la VNI deben estar en un entorno monitorizado y ser atendidos por personal con experiencia en el uso de estas técnicas y capaz de realizar una intubación endotraqueal, que no debe retrasarse en caso de deterioro agudo del paciente o de que no mejore después de un intento breve (aproximadamente una hora).
- ▽ Los sistemas de HFNO para adultos pueden suministrar un flujo de gas de 60 L/min y una fracción inspiratoria de oxígeno (FiO<sub>2</sub>) de hasta 1,0. En general, los circuitos pediátricos solo suministran hasta 25 L/min, y para recibir un flujo adecuado muchos niños necesitarán un circuito para adultos. Cuando se considere la posibilidad de administrar HFNO o VNI fuera de los entornos asistenciales habituales, es importante que se evalúe la capacidad de suministro de oxígeno para garantizar que se puedan mantener los mayores caudales que requieren estos dispositivos.
- ▽ Debido a la incertidumbre sobre el potencial de aerosolización, la HFNO y la VNI, incluida la CPAP con burbujeo, deben utilizarse adoptando precauciones contra la transmisión por el aire mientras no se completen nuevas evaluaciones de su seguridad.
- ▽ Si estas intervenciones se realizan fuera de habitaciones individuales de UCI con sistemas de ventilación adecuados, la agrupación de los pacientes que las necesiten en salas designadas para este fin facilitará la aplicación de las precauciones contra la transmisión por el aire, velando por que todo el personal que entre lleve EPI adecuado y se garantice una ventilación ambiental apropiada.
- ▽ En comparación con la oxigenoterapia convencional, la HFNO puede reducir la necesidad de intubación.
- ▽ Por lo general, los pacientes con hipercapnia (exacerbación de la enfermedad pulmonar obstructiva, edema pulmonar cardiógeno), inestabilidad hemodinámica, insuficiencia multiorgánica o estado mental alterado no deben recibir HFNO, aunque empiezan a aparecer datos que indican que puede ser segura en pacientes con hipercapnia leve a moderada que no esté empeorando. No hay directrices basadas en evidencias sobre la HFNO, y los informes sobre su uso en pacientes infectados por otros coronavirus son limitados.
- ▽ Las directrices sobre la VNI no hacen ninguna recomendación sobre su uso en la insuficiencia respiratoria hipoxémica (aparte del edema pulmonar cardiógeno, la insuficiencia respiratoria postoperatoria y la VNI precoz en pacientes inmunodeprimidos) ni en enfermedades víricas pandémicas (estudios sobre el síndrome respiratorio agudo severo y la gripe pandémica).

- ∇ Los riesgos incluyen el retraso de la intubación, los grandes volúmenes corrientes y las presiones transpulmonares perjudiciales. Los escasos datos existentes indican que la tasa de fracasos es alta en pacientes con otras infecciones víricas, como el síndrome respiratorio de Oriente Medio, que reciben VNI.

→ **Recomendaciones para pacientes adultos y pediátricos con SDRA que necesitan intubación y ventilación mecánica invasiva.**

- Se recomienda que se reconozca con prontitud la insuficiencia respiratoria hipoxémica aguda progresiva cuando un paciente con dificultad respiratoria no responda a la oxigenoterapia convencional, y que se esté preparado para proporcionarle oxigenoterapia avanzada/asistencia ventilatoria.

**Observación:**

- ∇ Los pacientes pueden seguir teniendo dificultad para respirar o hipoxemia incluso cuando se les suministra oxígeno a través de una mascarilla con bolsa reservorio (caudales de 10- 15 L/min, que es normalmente el flujo mínimo necesario para mantener inflada la bolsa; FiO<sub>2</sub> 0,60-0,95). La insuficiencia respiratoria hipoxémica en el SDRA suele deberse al desajuste de la ventilación-perfusión intrapulmonar o a cortocircuitos, y generalmente necesita ventilación mecánica.
- Se recomienda que la intubación endotraqueal la realice un profesional capacitado y experimentado, tomando precauciones contra la transmisión por el aire.

**Observación:**

- ∇ Los pacientes con SDRA, especialmente los niños pequeños, los obesos y las embarazadas, pueden desaturarse rápidamente durante la intubación. Lo preferible es la preoxigenación con FiO<sub>2</sub> del 100% durante cinco minutos, y el uso de una mascarilla con bolsa reservorio. A ser posible, se evitará la ventilación con ambú para reducir la exposición a aerosoles. La intubación de secuencia rápida es apropiada tras una evaluación de las vías respiratorias en la que no se identifiquen signos de dificultad para la intubación.

→ **Recomendaciones para pacientes adultos y pediátricos con SDRA y ventilación mecánica.**

- Se recomienda la ventilación mecánica con volúmenes corrientes bajos (4- 8 ml/kg de peso corporal previsto) y presiones inspiratorias bajas (presión de meseta < 30 cm H<sub>2</sub>O).

### **Observación con respecto a los adultos:**

- ▽ La aplicación de ventilación mecánica con volúmenes corrientes bajos y presiones inspiratorias bajas es una recomendación firme de unas directrices clínicas para pacientes con SDRA y también se sugiere su uso en pacientes con insuficiencia respiratoria de origen septicémico que no cumplan los criterios de SDRA.
- ▽ El objetivo inicial es un volumen corriente de 6 ml/kg de peso corporal previsto, pero se permiten valores de hasta 8 ml/kg de peso corporal previsto si se producen efectos secundarios indeseables (por ejemplo, asincronía o  $\text{pH} < 7.15$ ). Se tolera la hipercapnia permisiva. Hay protocolos de ventilación. Puede ser necesaria sedación profunda para controlar el impulso respiratorio y lograr el volumen corriente deseado.
- En adultos con SDRA grave ( $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 150$ ) se recomienda la ventilación en decúbito prono durante 12-16 horas al día.

#### **Observaciones:**

- ▽ La ventilación en decúbito prono se recomienda para pacientes adultos, de preferencia durante 16 horas al día, y es una posibilidad que hay que tener en cuenta en niños con SDRA grave, pero requiere recursos humanos y conocimientos técnicos suficientes para que se lleve a cabo con seguridad.
- ▽ Hay pocas evidencias sobre el posicionamiento en decúbito prono en embarazadas con SDRA, pero es una posibilidad al principio del embarazo; en el tercer trimestre puede ser beneficioso el decúbito lateral.
- Los líquidos se administrarán con cautela a pacientes con SDRA sin hipoperfusión tisular y respuesta a los líquidos.

#### **Observaciones con respecto a adultos y niños:**

- ▽ Lo mismo se ha recomendado en otra directriz internacional. El principal efecto es acortar la duración de la ventilación. Hay un protocolo de muestra para la aplicación de esta recomendación.
- En pacientes con SDRA moderado o grave se sugiere que se pruebe una presión positiva final de la espiración (PEEP) más alta en lugar de una PEEP baja, pero ponderando los beneficios y los riesgos. En la COVID-19, sugerimos que la PEEP sea individualizada y que durante el ajuste se monitorice al paciente para comprobar los efectos (beneficiosos o perjudiciales) y la presión de distensión.

### **Observaciones:**

- ▽ Al ajustar la PEEP hay que tener en cuenta los beneficios (reducción del atelectotrauma y mejora del reclutamiento alveolar) y los riesgos (sobredistensión teleinspiratoria que lesiona el pulmón y aumenta la resistencia vascular pulmonar). Hay tablas para orientar el ajuste de la PEEP en función de la FiO<sub>2</sub> necesaria para mantener la SpO<sub>2</sub>.
- ▽ Una intervención conexas consiste en maniobras de reclutamiento mediante episodios de CPAP alta (30-40 cm H<sub>2</sub>O), incrementos progresivos de la PEEP con presión de distensión constante, o alta presión de distensión; las consideraciones sobre los beneficios y los riesgos son similares.
- ▽ En una guía de práctica clínica se han recomendado condicionalmente tanto una PEEP más elevada como las maniobras de reclutamiento. Con respecto a la PEEP, la guía tomó en consideración un metaanálisis de datos de pacientes individuales de tres EAC.
- ▽ Sin embargo, un EAC posterior con PEEP alta y maniobras de reclutamiento de alta presión prolongada mostró daños, lo que sugiere que se debe evitar el protocolo utilizado en este EAC.
- ▽ Se sugiere que los pacientes sean monitorizados para identificar a aquellos que responden a la aplicación inicial de una PEEP mayor o a un protocolo diferente de maniobras de reclutamiento y detener estas intervenciones en aquellos que no respondan. En pacientes con SDRA moderado-grave (PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> < 150) no se debe utilizar sistemáticamente el bloqueo neuromuscular mediante infusión continua.

### **Observación:**

- ▽ En un ensayo clínico se observó que esta estrategia mejoraba la supervivencia en adultos con SDRA moderado-grave (PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> < 150) sin causar debilidad significativa, pero los resultados de un ensayo reciente a mayor escala revelaron que el uso del bloqueo neuromuscular con la estrategia de PEEP alta no producía beneficios en términos de supervivencia cuando se comparaba con una estrategia de sedación ligera sin bloqueo neuromuscular.
- ▽ Aun así, se puede considerar el bloqueo neuromuscular intermitente o continuo en pacientes con SDRA, tanto adultos como niños, en determinadas situaciones, tales como la hipoxemia o hipercapnia refractarias o la asincronía en la ventilación a pesar de la sedación, de modo que no se pueda limitar de manera fiable el volumen corriente.

- Se evitará desconectar al paciente del respirador, pues se pierde la PEEP, se produce atelectasia y se aumenta el riesgo de infección para el personal sanitario.

#### **Observaciones:**

- ▽ Para la aspiración de las vías respiratorias se utilizarán catéteres en línea, y cuando sea necesaria la desconexión (por ejemplo, en caso de transferencia a un respirador de transporte) se pinzará el tubo endotraqueal.
- ▽ Se evitará la hiperinsuflación manual y se utilizará en su lugar la hiperinsuflación por el respirador, siempre que esté indicada.
- ▽ En pacientes con secreciones excesivas o dificultad para eliminarlas se puede considerar la posibilidad de aplicar técnicas de desobstrucción de las vías respiratorias, que solo se deben llevar a cabo si se consideran apropiadas desde el punto de vista médico.

→ **Recomendaciones para pacientes adultos y pediátricos con SDRA en los que la estrategia de ventilación neumoprotectora no logra una oxigenación y ventilación adecuadas.**

- En entornos con acceso a la oxigenación por membrana extracorpórea (OMEC) se puede considerar la derivación a este tratamiento en pacientes con hipoxemia refractaria (por ejemplo, una razón  $\text{PaO}_2:\text{FiO}_2 < 50$  mm Hg durante tres horas o una  $\text{PaO}_2:\text{FiO}_2 < 80$  mm Hg durante más de seis horas) pese a la ventilación neumoprotectora.

#### **Observación con respecto a los adultos:**

- ▽ En un EAC interrumpido precozmente sobre la OMEC en adultos con SDRA no se encontró ninguna diferencia estadísticamente significativa con respecto al resultado primario (mortalidad a los 60 días) entre la OMEC y el tratamiento médico convencional (incluidos el decúbito prono y el bloqueo neuromuscular).
- ▽ Sin embargo, el resultado secundario compuesto, consistente en la combinación de la mortalidad con el fracaso del tratamiento, fue significativamente mejor con la OMEC, y un análisis bayesiano post hoc de este EAC reveló que es muy probable que, bajo una serie de supuestos, la OMEC reduzca la mortalidad.
- ▽ En un estudio de cohortes de pacientes con síndrome respiratorio de Oriente Medio, la OMEC se asoció a una reducción de la mortalidad en comparación con el tratamiento convencional.

- ∇ La OMEC es un tratamiento que requiere muchos recursos y solo debe ofrecerse en centros especializados con un volumen de casos suficiente para mantener los necesarios conocimientos especializados, la cantidad de personal y la capacidad para aplicar las medidas de PCI.

Antivíricos, inmunomoduladores y otros tratamientos complementarios para la COVID-19.

- Recomendamos que no se administren los siguientes fármacos como tratamiento ni profilaxis de la COVID-19, a no ser en el contexto de ensayos clínicos:
  - ∇ Cloroquina e hidroxiclороquina (con o sin azitromicina).
  - ∇ Antivíricos, tales como: Lopinavir/ritonavir, Remdesivir, Umifenovir, Favipiravir.
  - ∇ Inmunomoduladores, tales como: Tocilizumab, Interferón- $\beta$ -1<sup>a</sup>, Plasmaterapia.
- La bibliografía publicada sobre los fármacos mencionados es en su mayor parte de carácter observacional, con escasos ensayos clínicos, y no aporta evidencias de gran calidad a favor de ninguno de ellos. Además, se han descrito importantes efectos secundarios:
  - Cloroquina e hidroxiclороquina, con o sin azitromicina: todos ellos pueden prolongar el intervalo QT, y juntos pueden aumentar el riesgo de cardiotoxicidad.
  - Lopinavir/ritonavir: los efectos adversos más frecuentes son gastrointestinales.
  - Remdesivir: complicaciones gastrointestinales, elevación de las enzimas hepáticas, erupciones cutáneas, disfunción renal e hipotensión.
  - Umifenovir: diarrea, náuseas.
  - Favipiravir: prolongación del intervalo QT.
  - Interferon- $\beta$ -1a: pirexia, rabdomiólisis.
  - Tocilizumab: infecciones de las VRS, nasofaringitis, cefaleas, hipertensión, aumento de la alanina-aminotransferasa, reacciones en el punto de inyección.

- Esta recomendación no ha cambiado y está en consonancia con anteriores documentos de orientación de la OMS y otras directrices internacionales. Fuera de los ensayos clínicos, deben cumplirse los siguientes criterios para acceder a tratamientos en investigación:
  - ▽ Que no haya ningún tratamiento de eficacia comprobada.
  - ▽ Que no sea posible iniciar estudios clínicos inmediatamente.
  - ▽ Que haya datos preliminares, como mínimo de estudios de laboratorio o en animales, que respalden la eficacia y la seguridad de la intervención y que un comité asesor científico debidamente cualificado haya sugerido su uso fuera de los ensayos clínicos tras un análisis favorable de los riesgos y beneficios.
  - ▽ Que haya recursos suficientes para garantizar que los riesgos se puedan reducir al mínimo.
  - ▽ Que se obtenga el consentimiento informado del paciente.
  - ▽ Que se supervise el uso de la intervención en casos de emergencia y los resultados se documenten y compartan oportunamente con la comunidad médica y científica.

#### ► 5.1.8 COMPLICACIONES. <sup>19</sup>

- **Síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA):** es la complicación más grave que comienza tras el inicio de la disnea. En los casos graves y críticos, el tiempo entre el inicio de la enfermedad hasta que se presenta disnea es de 5 días, para precisar hospitalización, 7 días y entre el inicio de la enfermedad hasta presentar SDRA, 8 días.
- **Cardíacas:** arritmias, lesión cardíaca aguda, shock, cardiomiopatía.
- **Tromboembólicas:** tromboembolismo pulmonar, accidente cerebro vascular (incluso en menores de 50 años sin factores de riesgo).
- **Respuesta inflamatoria excesiva:** similar al síndrome de liberación de citoquinas con fiebre persistente, elevación de marcadores inflamatorios (dímero D, ferritina) y citoquinas proinflamatorias. Se asocia a los casos en estado crítico y al fallecimiento.

- **Otras complicaciones inflamatorias:** síndrome de Guillain-Barré a los 5-10 días del inicio de los síntomas. En niños se ha descrito un síndrome inflamatorio multisistémico similar a la enfermedad de Kawasaki y un síndrome de shock tóxico.
- **Infecciones secundarias:** no parecen complicaciones comunes pero se han descrito en algunas series. En pacientes inmunodeprimidos con SDRA se han descrito casos de aspergilosis invasiva sin que se conozca la frecuencia de esta complicación.
- **Complicaciones de los casos de COVID 19 en pacientes hospitalizados:** SDRA, fallo renal, fallo multiorgánico, ventilación mecánica, diálisis, circulación extracorpórea, muerte.

#### ► 5.1.9 CONSECUENCIAS.

- Este problema trae consecuencias no solo para la salud, sino también en el orden económico, social y psicológico, a nivel local e internacional. <sup>27</sup>
- Los trabajadores del ámbito de la salud se encuentran en contacto constante con pacientes que presentan un diagnóstico positivo de Covid-19 o casos sospechosos, esto puede tener efectos a nivel emocional, con la presencia de estados de pánico, temor a contraer la enfermedad o contagiar a otros, por otro lado, los trabajadores no solo presentan estrés a nivel laboral por miedo al contagio, sino también dentro del hogar, debido a que deben cumplir con diferentes quehaceres. <sup>28</sup>
- Resistir una cuarentena podría incitar aburrimiento, ira, angustia mental, soledad, cuadros de ansiedad, depresión y estrés, sumándole la carga laboral y al miedo incesable de contagio, y podría llegar hasta causar insomnio, temores, crisis de pánico, hipocondrías (asociado lo fisiológico con lo mental), desarrollando así enfermedades psicológicas causadas por la pandemia Covid-19, estos síntomas podrían presentarse tanto en el puesto de trabajo, así como en el hogar. <sup>27</sup>
- La clase trabajadora es la más afectada, dentro de esta, se encuentran los trabajadores de primera línea que se llevan la peor parte, ya que, son la fuerza laboral que soporta el mayor riesgo de contraer Covid-19, sumándole la carga familiar, y por otra parte, están los trabajadores de diferentes áreas en general, que se encuentran con la incertidumbre de ser despedidos y quedarse sin recursos para subsistir, debido al repliegue económico impuesto por el virus y por último está quién tiene las posibilidades y puede trabajar en casa y quién no. <sup>29</sup>

## **5.2 SALUD MENTAL.**

### **► 5.2.1 CONCEPTO.**

- Según la ley General de Salud, en su artículo 72, se entiende por salud mental “el estado de bienestar que una persona experimenta como resultado de su buen funcionamiento en los aspectos cognoscitivos, afectivos y conductuales, y, en última instancia, el despliegue óptimo de sus potencialidades individuales para la convivencia, el trabajo y la recreación”.<sup>30</sup>
- Mientras que la Organización Mundial de la Salud, define a la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. La salud mental es, según esta definición, un componente fundamental de la salud. Una buena salud mental permite a las personas hacer frente al estrés normal de la vida, trabajar productivamente y realizar su potencial contribuyendo a sus comunidades.<sup>31</sup>
- Aunque la salud mental es un componente esencial de la salud, existen brechas críticas de tratamiento (es decir, personas con enfermedad mental grave que no reciben tratamiento) que llegan hasta el 73,5% en los adultos y el 82,2% en los niños y adolescentes. En el 2014, la Organización Panamericana de la Salud y sus Estados Miembros adoptaron el Plan de acción sobre salud mental para guiar las intervenciones de salud mental a realizar en la Región de las Américas entre el 2015 y el 2020. El Plan identifica cuatro líneas estratégicas:  
  1. Formular e implementar políticas, planes y leyes en el campo de la salud mental para lograr una gobernanza apropiada y eficaz.
  2. Mejorar la capacidad de respuesta de los sistemas y servicios de salud mental, a fin de proporcionar una atención integral y de calidad en el ámbito comunitario.
  3. Elaborar e implementar programas de promoción y prevención en el ámbito de los sistemas y servicios de salud mental, con particular atención al ciclo de vida.
  4. Fortalecer los sistemas de información, la evidencia científica y las investigaciones.

### **► 5.2.2 FACTORES DE RIESGO.**

- La salud mental individual está determinada por múltiples factores sociales, psicológicos y biológicos. Por ejemplo, las presiones socioeconómicas persistentes constituyen un riesgo bien conocido para la salud mental de las personas y las comunidades. Las pruebas más evidentes están relacionadas con los indicadores de la pobreza, y en particular con el bajo nivel educativo.

- La mala salud mental se asocia asimismo a los cambios sociales rápidos, a las condiciones de trabajo estresantes, a la discriminación de género, a la exclusión social, a los modos de vida poco saludables, a los riesgos de violencia y mala salud física y a las violaciones de los derechos humanos. <sup>32</sup>
- También hay factores de la personalidad y psicológicos específicos que hacen que una persona sea más vulnerable a los trastornos mentales. Por último, los trastornos mentales también tienen causas de carácter biológico, dependientes, por ejemplo, de factores genéticos o de desequilibrios bioquímicos cerebrales. <sup>32</sup>
- Algunos ejemplos de factores que pueden desencadenar alteraciones en la salud mental, son: <sup>33</sup>
  - La inseguridad
  - La desesperanza
  - El rápido cambio social
  - Los riesgos de violencia
  - Los problemas que afecten la salud física
  - También puede verse afectada por factores y experiencias personales, la interacción social, los valores culturales, experiencias familiares, escolares y laborales.
- La salud mental puede asociarse también a: <sup>34,35</sup>
  - Características de la persona como los “estilos de afrontamiento”: la competencia (incluidos el afrontamiento eficaz, el dominio del entorno y la autoeficacia) y la aspiración son características de una persona mentalmente sana, que se muestra interesada por su entorno, participa en actividades motivadoras y busca su propia proyección por medios personalmente significativos.

### ► 5.2.3 PROMOCIÓN Y PROTECCIÓN DE LA SALUD. <sup>32,35</sup>

- La promoción de la salud mental consiste en acciones que creen entornos y condiciones de vida que propicien la salud mental y permitan a las personas adoptar y mantener modos de vida saludables.
- Entre ellas hay una serie de acciones para aumentar las posibilidades de que más personas tengan una mejor salud mental.

- Un ambiente de respeto y protección de los derechos civiles, políticos, socioeconómicos y culturales básicos es fundamental para la promoción de la salud mental. Sin la seguridad y la libertad que proporcionan estos derechos resulta muy difícil mantener un buen nivel de salud mental.
- Las políticas nacionales de salud mental no deben ocuparse únicamente de los trastornos mentales, sino reconocer y abordar cuestiones más amplias que fomentan la salud mental como la incorporación de la promoción de la salud mental a las políticas y programas de los sectores gubernamental y no gubernamental. Además del sector de la salud, es esencial la participación de los sectores de la educación, el trabajo, la justicia, el transporte, el medio ambiente, la vivienda o la asistencia social.

► 5.2.4 CUIDAR NUESTRA SALUD MENTAL EN TIEMPOS DE PANDEMIA.<sup>36</sup>

- A medida que los países han ido aplicando medidas para restringir los movimientos con el fin de reducir el número de infecciones por el virus de la COVID-19, cada vez más personas estamos cambiando radicalmente nuestra rutina cotidiana. Las nuevas realidades del teletrabajo, el desempleo temporal, la enseñanza en casa y la falta de contacto físico con familiares, amigos y colegas requieren tiempo para acostumbrarse.
- Adaptarnos a estos cambios en los hábitos de vida y enfrentarnos al temor de contraer la COVID-19 y a la preocupación por las personas próximas más vulnerables es difícil, y puede resultar especialmente duro para las personas con trastornos de salud mental.
- Afortunadamente, son muchas las cosas que podemos hacer para cuidar nuestra salud mental y ayudar a otras personas que pueden necesitar más apoyo y atención.
- Confiamos en que los siguientes consejos y recomendaciones resulten útiles:
  - **Mantenerse informado.** Escuche los consejos y recomendaciones de las autoridades nacionales y locales. Recorra a fuentes informativas fiables, como la televisión y la radio locales y nacionales, y manténgase al día de las últimas noticias de la Organización Mundial de la Salud (@WHO) en las redes sociales.
  - **Levantarse y acostarse todos los días a una hora similar.**
  - **No descuidar su higiene personal.**
  - **Tomar comidas saludables en horarios fijos.**

- **Hacer ejercicio de forma habitual.**
- **Establecer horarios para trabajar y para descansar.**
- **Reducir la exposición a noticias.** Intentar limitar la frecuencia con la que ve, lee o escucha noticias que le causen preocupación o tensión. Informarse de las últimas noticias a una hora determinada, una o dos veces al día en caso necesario.
- **Evitar el alcohol y las drogas.** Limitar el consumo de bebidas alcohólicas o evítelas por completo. No empezar a consumir alcohol si nunca lo había hecho. Evitar utilizar el alcohol y las drogas para enfrentarse al miedo, la ansiedad, el aburrimiento o el aislamiento social. El abuso del alcohol está asociado a un mayor riesgo de infecciones y a un peor resultado del tratamiento.
- **Utilizar adecuadamente las redes sociales.** Emplear sus cuentas en redes sociales para promover mensajes positivos y esperanzadores. Corrija cualquier información errónea que vea.
- No hay que discriminar, el miedo es una reacción normal en situaciones de incertidumbre. Pero, a veces, este miedo se expresa de un modo que resulta hiriente para otras personas. Se debe de recordar:
  - No discriminar a las personas por miedo a la propagación de la COVID-19.
  - No discriminar a las personas que crea que puedan estar infectadas por el coronavirus.
  - No discriminar a los profesionales sanitarios. Los trabajadores de la salud merecen nuestro respeto y gratitud.
- Si las personas padecen un trastorno de salud mental:
  - Si recibe tratamiento por un trastorno de salud mental, es imprescindible que continúe tomando su medicación según las instrucciones y que se asegure de poder reabastecerse de medicamentos. Si la persona acude periódicamente a un especialista en salud mental, averigüe cómo seguir recibiendo su ayuda durante la pandemia.
  - Mantenerse en contacto con sus seres queridos y sepa a quién puede pedir ayuda si su salud mental empeora.

→ Si la persona recibe tratamiento por un trastorno relacionado con el consumo de alcohol o drogas, tenga en cuenta que el brote de COVID-19 puede fomentar los sentimientos de miedo, ansiedad y aislamiento, lo que a su vez puede aumentar el riesgo de recaída, abuso de sustancias, abandono del tratamiento o incumplimiento de las pautas de tratamiento. No deje de tomar la medicación prescrita.

#### ► 5.2.5 EPIDEMIOLOGÍA. <sup>37</sup>

- De acuerdo con la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México (ENEP), se estima que los trastornos mentales afectan a casi el 30 por ciento de la población. Además, 3 millones de personas son adictas al alcohol, 13 millones son fumadores y hay más de 400 mil adictos a psicotrópicos. Se ha documentado que entre el 1 y 2% de la población adulta ha intentado suicidarse y la tasa de suicidios consumados tiene una tendencia al alza, en este sentido en la actualidad, el suicidio es la segunda causa de muerte entre los 15 y los 29 años (OMS, 2018).
- El panorama actual de la salud mental indica que los trastornos más frecuentes es el trastorno de ansiedad, déficit de atención, esquizofrenia, trastorno bipolar, depresión y el uso de sustancias, así como los intentos suicidas. Un dato aún de mayor interés es que de cada cinco personas que padecen un trastorno sólo uno recibe un tratamiento (ENEP), y una persona con un trastorno mental visita cinco médicos antes de ver a un psiquiatra, de acuerdo con la Asociación Psiquiátrica Mexicana (APM).
- Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS) refiere en 2020 la depresión será la segunda causa de mortalidad prematura y de discapacidad en el mundo, y la primera en países en vías de desarrollo como México, esto a pesar de que en casi el 50 por ciento de los casos es posible identificar los trastornos mentales antes de los 14 años.
- México, al igual que otros países de ingreso medio-alto, destina en promedio el 2.4 por ciento de su gasto en salud a la salud mental, mientras que la OMS recomienda que se invierta entre el 5 y el 10 por ciento del gasto en salud. Por otro lado Recientemente, la Organización de las Naciones Unidas, ONU, reconoció la creciente importancia de la salud mental como un asunto de interés público, al incluirla en los Objetivos Globales del Desarrollo Sostenibles.

#### → **Expectativa de vida.**

- México es un país con más de 119 millones de habitantes en donde las expectativas de vida, se presume, han aumentado 15.2 años en las últimas cuatro décadas, llegando a la actualidad a una edad promedio de 76.1 años, aunque esto resulta variante entre hombres y mujeres, y entre cada región.

- No obstante, un estudio científico sobre la esperanza de vida para 2040 realizado por el Instituto de Medición y Evaluación de la Salud (IHME, por sus siglas en inglés) en 195 naciones, señala que México es uno de los países latinoamericanos con menos esperanza de vida para ese año. Uruguay, 79.3 años; Argentina, 78.8 años; Brasil, 78.5 años; y México, 78.3 años.

→ **Índice de mortalidad**

- Datos del INEGI 2018, señalan que las principales causas de defunción en México (88.6 por ciento), son por enfermedades y problemas relacionados con la salud, entre las cuales destacan las enfermedades del corazón (141 mil 619), la diabetes (106 mil 525), el cáncer (84 mil 142), enfermedades del hígado (38 mil 833), enfermedades cardiovasculares (35 mil 248) y las enfermedades pulmonares (22 mil 954) mientras que el 11.4% (80 mil 400) fallece por causas externas, principalmente accidentes (36 mil 215), homicidios (32 mil 079) y suicidios (6 mil 559). Parte de las muertes relacionadas con la salud, se debe al aumento de los factores de riesgo, incluyendo el consumo de sustancias legales e ilegales (alcohol, tabaco y marihuana) el sedentarismo, la ingesta de alimentos altos en contenido calórico no nutritivo y a la reducción en la prevalencia de las enfermedades transmisibles.

► 5.2.6 SALUD MENTAL EN TIEMPOS DE PANDEMIA POR COVID 19. <sup>38</sup>

- La pandemia actual por la enfermedad del coronavirus (COVID-19) originado en Wuhan, provincia de Hubei de la República Popular China, se ha extendido a muchos países. El 30 de enero de 2020, el Comité de Emergencia de la Organización Mundial de la Salud (OMS) catalogó a este brote como una emergencia de salud global basada en las crecientes tasas de notificación de casos en China y otros países.
- Debido a la alta contagiosidad del virus y al número cada vez mayor de casos confirmados y muertes en el mundo, las emociones y los pensamientos negativos se extienden amenazando la salud mental de la población. Según la experiencia de epidemias y pandemias pasadas, se conoce que los pacientes y el personal de salud pueden padecer situaciones de miedo a la muerte y presentar sentimientos de soledad, tristeza e irritabilidad. Inicialmente el brote del SARS-CoV-2 en China causó alarma y estrés en la población general.
- El miedo a la enfermedad se podría explicar por la novedad e incertidumbre que genera; el creciente número de pacientes y casos sospechosos suscitaron la preocupación del público por infectarse. El miedo se exacerbó por los mitos y por la desinformación en las redes sociales y medios de comunicación, a menudo impulsado por noticias erróneas y por la mala comprensión de los mensajes relacionados al cuidado de la salud.

- Luego de la declaración de emergencia en China, un estudio reveló un incremento de las emociones negativas (ansiedad, depresión e indignación) y una disminución de las emociones positivas (felicidad y satisfacción). Esto generó un comportamiento errático entre las personas, lo cual es un fenómeno común, ya que existe mucha especulación sobre el modo y la velocidad de transmisión de la enfermedad, actualmente, sin un tratamiento definitivo.
- Además, la cuarentena incrementa la posibilidad de problemas psicológicos y mentales, principalmente por el distanciamiento entre las personas. En ausencia de comunicación interpersonal, es más probable que los trastornos depresivos y ansiosos ocurran o empeoren. Por otro lado, la cuarentena reduce la disponibilidad de intervenciones psicosociales oportunas y de asesoramiento psicoterapéutico de rutina. Los siguientes problemas de salud mental que surgirán con mayor frecuencia durante la pandemia son: ansiedad, depresión y estrés.

→ **SALUD MENTAL EN EL PERSONAL DE SALUD.**

- En la lucha contra la COVID-19, los profesionales de la salud de Wuhan se enfrentaron a una enorme presión debido a un alto riesgo de infección y falta de protección adecuada ante una posible contaminación, aislamiento, incremento de la demanda de trabajo, frustración, cansancio por las largas jornadas laborales, falta de contacto con sus familiares y trato con pacientes que expresan emociones negativas. El personal encargado de los recursos humanos de los servicios de salud debe ser consciente de las consecuencias mentales que podrían generarse en este contexto.
- Durante las etapas iniciales de las emergencias sanitarias, el personal de salud puede presentar síntomas depresivos, ansiosos y similares al TEPT (trastorno de estrés postraumático), los cuales no solo repercuten en la atención y toma de decisiones (las principales herramientas de lucha contra la COVID-19), sino también en su bienestar. Al respecto ya han sido publicadas algunas investigaciones empíricas.
- Huang et al, estudiaron la salud mental del personal de salud de primera línea en la pandemia de COVID-19, entre el 7 y el 14 de febrero de 2020, para lo cual aplicaron la escala de autoevaluación de ansiedad (SAS, por sus siglas en inglés) y la escala de autoevaluación de trastorno de estrés postraumático (PTSD-SS, por sus siglas en inglés) a un total de 230 profesionales de la salud. Los investigadores descubrieron que la incidencia de ansiedad en el personal médico fue del 23,1% y que fue mayor en el personal femenino.

- La incidencia de trastornos por estrés fue del 27,4%, la cual también fue mayor en el personal femenino. realizaron un estudio trasversal en 1257 profesionales de la salud de 34 hospitales de China, entre el 29 de enero y el 3 de febrero de 2020, con la finalidad de estudiar los niveles de depresión, ansiedad, insomnio y reacción al estrés. El personal encuestado informó la presencia de síntomas depresivos (50,4%), ansiosos (44,6%), insomnio (34,0%) y reacción al estrés (71,5%).
- Además, el personal de enfermería, las mujeres, los trabajadores de atención médica de primera línea que atendían directamente a los pacientes sospechosos de tener la COVID-19 y el personal médico que trabaja en Wuhan informaron grados más severos de problemas en su salud mental.
- De todas estas variables, trabajar en la primera línea de diagnóstico, tratamiento y atención de pacientes con la COVID-19 fueron las que se asociaron significativamente con un mayor riesgo de síntomas depresivos, ansiosos, insomnio y reacción de estrés.
- Otro problema al que pueden estar expuestos los profesionales de la salud es el trauma vicario o indirecto, que consiste en la afectación involuntaria de estos profesionales a desarrollar síntomas similares a los de sus pacientes, víctimas de algún trauma. Los síntomas pueden ser la pérdida de apetito, fatiga, insomnio, irritabilidad, atención deficiente, miedo y desesperación,
- Para abordar este problema, Li et al realizaron un estudio en 526 enfermeras (234 enfermeras de primera línea y 292 enfermeras de segunda línea) y 214 personas de la población general. Los resultados de este estudio evidenciaron que los niveles de trauma vicario fueron significativamente más bajos en las enfermeras de primera línea.
- Además, los puntajes fueron mayores en la población general en comparación con las enfermeras de primera línea, lo cual podría deberse a que estas profesionales son voluntarias y tienen una mayor preparación psicológica y más conocimiento de la pandemia que las demás enfermeras o la población en general.
- En general, podemos mencionar que las profesionales, las enfermeras y quienes trabajan directamente con casos sospechosos o confirmados de COVID-19 tienen mayor riesgo de padecer de problemas de salud mental. Si se desea contener adecuadamente la pandemia, se debe propiciar el cuidado de la salud mental del personal de salud.

## **5.3 DESGASTE EMOCIONAL.**

### **▶ 5.3.1 CONCEPTO. <sup>39</sup>**

- El agotamiento emocional es un estado al que se llega por sobrecarga de esfuerzo. En este caso no hablamos solo de excesos laborales, sino de cargar con la responsabilidad de asumir conflictos, responsabilidades o estímulos de tipo emocional o cognitivo. El agotamiento emocional es un estado al que se llega por sobrecarga de esfuerzo.
- El agotamiento emocional no se da únicamente en el ámbito laboral; también es muy común entre parejas y sobre todo, en quienes cuidan de personas dependientes. Al agotamiento emocional no se llega de un momento a otro.
- Se trata de un proceso que se incuba lentamente, hasta que hay un punto en que la persona se desploma. Ese quiebre lo sumerge en la parálisis, la depresión profunda o la enfermedad crónica. Se produce un colapso en la vida de la persona, porque literalmente ya no aguanta más.
- Aunque el agotamiento emocional se experimenta como cansancio mental, suele estar acompañado de una gran fatiga física. Cuando sobreviene hay una sensación de pesadez, de imposibilidad de seguir adelante. Se cae entonces en una inercia de la que es difícil salir.
- Más allá de lo que podamos pensar, este es un fenómeno psicológico muy frecuente. Estudios como el llevado a cabo por el doctor Jordi Fernández-Castro de la Universidad Autónoma de Barcelona, nos señala que es un hecho muy común en muchos entornos laborales, como por ejemplo, en enfermería.

### **▶ 5.3.2 ETIOLOGÍA. <sup>39</sup>**

#### **→ Las causas del agotamiento emocional.**

- El agotamiento emocional se origina porque hay un desbalance entre lo que damos y lo que recibimos. Quienes son víctimas de este se caracterizan porque entregan todo lo que pueden de sí mismos, bien sea en el trabajo, en el hogar, en la pareja o en cualquier terreno.
- Por lo general, esto ocurre en ámbitos en donde hay una gran exigencia, que a su vez, aparentemente, demanda grandes sacrificios.

- Lo usual es que la persona agotada carezca de tiempo para sí misma. Tampoco recibe el reconocimiento, el afecto o la consideración suficientes. Se espera de ella que “rinda” todo el tiempo. Como si no tuviera necesidades, o como si fuera más fuerte que el resto y pudiera aguantarlo todo.

► 5.3.3 SIGNOS Y SÍNTOMAS. <sup>39</sup>

→ **Los primeros síntomas del agotamiento.**

- Antes de que aparezca el agotamiento emocional propiamente dicho, se presentan algunos indicios que lo anuncian. Se trata de señales a las que, por lo general, no se les da mucha importancia. Si se le otorgara, podrían tomarse medidas a tiempo.
- Los síntomas iniciales del agotamiento emocional son:
  - ▽ *Cansancio físico.* La persona se siente fatigada con frecuencia. Desde que abre los ojos experimenta como si fuera excesivamente arduo lo que le espera en el día.
  - ▽ *Insomnio.* Por contradictorio que parezca, una persona con agotamiento emocional tiene dificultades para dormir. Siempre tiene problemas que le dan vueltas en la cabeza y hace que sea difícil conciliar el sueño.
  - ▽ *Irritabilidad.* Hay molestia y pérdida del autocontrol, con cierta frecuencia. La persona agotada se ve de mal humor y es demasiado sensible a cualquier crítica o gesto de desaprobación.
  - ▽ *Falta de motivación.* Quien sufre de agotamiento emocional comienza a actuar mecánicamente. Como si estuviera obligado a hacer lo que hace todo el tiempo. No siente entusiasmo, ni interés por sus actividades.
  - ▽ *Distanciamiento afectivo.* Las emociones comienzan a ser cada vez más planas. Como si en realidad no sintiera prácticamente nada.
  - ▽ *Olvidos frecuentes.* La saturación de información y/o de estímulos da lugar a fallas en la memoria. Se olvidan con facilidad las pequeñas cosas.
  - ▽ *Dificultades para pensar.* La persona siente que se confunde con facilidad. Cada actividad le implica un mayor gasto de tiempo que antes. Se razona lentamente.

### ► 5.3.4 MANEJO Y TRATAMIENTO. <sup>39</sup>

#### → **Las salidas para el agotamiento emocional.**

- La mejor manera de superar el agotamiento emocional es, por supuesto, descansando. Hay que encontrar tiempo libre para relajarse y estar tranquilos. Las personas que se exigen demasiado pasan años sin, por ejemplo, tomar vacaciones.
- Esto no se debe hacer; tarde o temprano solo conduce a la fatiga. Así que es bueno tomarse unos cuantos días para dedicarlos al descanso.
- Otra solución es la de trabajar por construir una actitud diferente frente a las obligaciones diarias. Cada jornada debe incluir tiempos para dedicarlos a los compromisos y también tiempos para descansar y realizar actividades que resulten gratificantes. Hay que dejar de lado las obsesiones de perfección o de cumplimiento.
- Finalmente, es muy importante sensibilizarnos frente a nosotros mismos. Para esto, nada mejor que dedicar un rato al día para estar a solas. Respirar, reconectarnos con lo que somos y lo que deseamos. Es fundamental desarrollar una actitud de comprensión y bondad con nosotros mismos.

## 5.4 ANSIEDAD.

### ► 5.4.1 CONCEPTO.

- Es una respuesta emocional que da el sujeto ante situaciones que percibe o interpreta como amenazas o peligros. <sup>40</sup>
- La ansiedad es la más común y universal de las emociones, es una sensación o un estado emocional normal ante determinadas situaciones y que constituye una respuesta habitual a diferentes situaciones cotidianas estresantes.
- Tan solo cuando sobrepasa cierta intensidad o supera la capacidad adaptativa de la persona, es cuando la ansiedad se convierte en patológica y provoca malestar significativo con síntomas que afectan tanto al plano físico, como al psicológico y conductual. <sup>41</sup>

### ► 5.4.2 ETIOLOGÍA. <sup>40</sup>

- Existen distintos cuadros clínicos en los que la ansiedad es el síntoma fundamental.

- Entre ellos estaría el trastorno por crisis de angustia, en el que la ansiedad se presenta de forma episódica como palpitaciones, sensación de ahogo, inestabilidad, temblores o miedo a morir; el trastorno de ansiedad generalizada, existiendo un estado permanente de angustia; el trastorno fóbico, con miedos específicos o inespecíficos.
  - El trastorno obsesivo-compulsivo, con ideas “intrusitas” y desagradables que pueden acompañarse de actos rituales que disminuyen la angustia de la obsesión (lavarse muchas veces por miedo a contagiarse, comprobar las puertas o los enchufes, dudas continuas); las reacciones de estrés agudo o postraumático; y los trastornos de adaptación a situaciones vitales adversas. A continuación se mencionaran algunos enfoques sobre la ansiedad:
- **La ansiedad es la activación del sistema nervioso**, consecuente con estímulos externos o como resultado de un trastorno endógeno de las estructuras o de la función cerebral. La activación se traduce como síntomas periféricos derivados del sistema nervioso vegetativo (aumento del tono simpático) y del sistema endocrino (hormonas suprarrenales), que dan los síntomas de la ansiedad. Por otro lado, los síntomas en estimulación del sistema límbico y de la corteza cerebral que se traducirán en síntomas psicológicos de ansiedad.
- **Teoría Psicodinámica.** Su creador fue Freud. Dijo que la angustia es más un proceso biológico (fisiológico), respuesta del organismo ante la sobreexcitación derivada del impulso sexual -libido- para posteriormente llegar a otra interpretación en donde la angustia sería la señal peligrosa en situaciones de alarma. Según esta teoría, la angustia procede de la lucha del individuo entre el rigor del súper yo y de los instintos prohibidos, ello, donde los estímulos instintivos inaceptables para el sujeto desencadenarían un estado de ansiedad.
- **Teorías Conductistas.** Se basa en que todas las conductas son aprendidas y en algún momento de la vida se asocian a estímulos favorables o desfavorables adoptando así una connotación que va a mantenerse posteriormente. Según esta teoría, la ansiedad es el resultado de un proceso condicionado de modo que los sujetos que la padecen han aprendido erróneamente a asociar estímulos en un principio neutros, con acontecimientos vividos como traumáticos y, por tanto, amenazantes, de manera que cada vez que se produce contacto con dichos estímulos se desencadena la angustia asociada a la amenaza.
- La teoría del aprendizaje social dice que se puede desarrollar ansiedad no solo a través de la experiencia o información directa de acontecimientos traumáticos, sino a través del aprendizaje observacional de las personas significativas al entorno.

- **Teorías Cognitivistas.** Considera la ansiedad como resultado de “cogniciones” patológicas. Se puede decir que el individuo “etiqueta” mentalmente la situación y la afronta con un estilo y conducta determinados. Por ejemplo, cualquiera de nosotros podemos tener una sensación física molesta en un momento determinado, si bien la mayoría de nosotros no concedemos ningún significado a esta experiencia. No obstante, existen personas que interpretan ello como una señal de alarma y una amenaza para su salud física o psíquica lo cual provoca una respuesta neurofisiológica desencadenando así la ansiedad.

→ La ansiedad implica al menos 3 sistemas de respuesta: <sup>42</sup>

- a) *Subjetivo - cognitivo:* Experiencia interna, percepción, evaluación subjetiva de los estímulos.
- b) *Fisiológico - somático:* Activación del sistema nervioso autónomo.
- c) *Motor-conductual:* Escape y evitación.

▶ 5.4.3 FACTORES DE RIESGO. <sup>43</sup>

- Se está descubriendo, que tanto los factores genéticos como los ambientales contribuyen al riesgo de desarrollar un trastorno de ansiedad. Aunque los factores de riesgo para cada tipo de trastorno de ansiedad pueden variar, algunos factores de riesgo generales para todos los tipos de trastornos de ansiedad incluyen:

→ Rasgos temperamentales de timidez o inhibición del comportamiento en la infancia

→ Exposición a eventos ambientales o de vida, negativos y estresantes en la primera infancia o la edad adulta. Antecedentes de ansiedad u otras enfermedades mentales en familiares biológicos.

→ Algunas condiciones de salud física, como problemas de tiroides o arritmias cardíacas, cafeína u otras sustancias / medicamentos, pueden producir o agravar los síntomas de ansiedad; un examen de salud física es útil para evaluar un posible trastorno de ansiedad.

▶ **Estresores.** <sup>40</sup>

→ Cooper y Marshall (1978) identifican 40 factores estresantes que agrupan en 7 categorías:

1. Factores intrínsecos al puesto y condiciones de trabajo.
2. Rol en la organización.
3. Relaciones sociales en el trabajo.
4. Desarrollo de la carrera.
5. Estructura y clima organizacional.
6. Fuentes extra-organizacionales como los problemas familiares.
7. Características personales.

→ Pratt y Barling en 1988 conceptualizaron los estresores en función de cuatro dimensiones ortogonales: especificidad del momento en que se desencadenan, duración, frecuencia y severidad. En función de estas 4 dimensiones es posible distinguir cuatro tipos de estresores:

- **Estresores agudos.** Siempre tienen un comienzo o desencadenamiento definido, corta duración, ocurren con poca frecuencia y presentan alta intensidad. Por ejemplo, se puede hablar de ser despedido de la empresa como estresor agudo.
- **Estresores crónicos.** No tienen un inicio tan definido, se repiten con frecuencia, pueden tener una duración corta o larga y pueden ser de baja o elevada intensidad. Un ejemplo puede ser la inseguridad en el trabajo.
- **Los pequeños estresores de la vida diaria.** Tienen un comienzo definido, son de corta duración, ocurren con alguna frecuencia y son de baja intensidad (quedar atrapado en un atasco de tráfico).
- **Los desastres.** Tienen un comienzo especificado, pueden ser de corta o larga duración, ocurren con muy poca frecuencia.

#### ▶ 5.4.4 SIGNOS Y SÍNTOMAS.<sup>40</sup>

- Los síntomas característicos de los Trastornos de Ansiedad difieren de los sentimientos habituales de nerviosismo e inquietud en que se manifiestan externamente como reacciones desproporcionadas y/o injustificadas ante estímulos o situaciones ambientales cotidianas, reacciones que escapan del control voluntario de la persona, tienen un carácter intenso y recurrente, generan incomodidad y malestar e interfieren significativa y negativamente en la vida de la persona en múltiples niveles.

- El panorama de respuestas de ansiedad agrupadas en los tres sistemas de respuesta humana (*síntomas subjetivos, cognitivos o de pensamiento*) son los siguientes:

### **1. Preocupación**

- Inseguridad.
- Miedo o temor.
- Aprensión.
- Pensamientos negativos (inferioridad, incapacidad).
- Anticipación de peligro o amenaza.
- Dificultad de concentración.
- Dificultad para la toma de decisiones
- Sensación general de desorganización o pérdida de control sobre el ambiente

### **2. Motores u observables.**

- Hiperactividad.
- Paralización motora.
- Movimientos torpes y desorganizados.
- Tartamudeo y otras dificultades de expresión verbal.
- Conductas de evitación fisiológicas o corporales.

### **Algunos otros son:**

- *Síntomas cardiovasculares*: palpitaciones, pulso rápido, tensión arterial alta, accesos de calor.
- *Síntomas respiratorios*: sensación de sofoco, ahogo, respiración rápida y superficial, opresión torácica.
- *Síntomas gastrointestinales*: náuseas, vómitos, diarrea, aerofagia, molestias digestivas.
- *Síntomas genitourinarios*: micciones frecuentes, enuresis, eyaculación precoz, frigidez, impotencia.
- *Síntomas neuromusculares*: tensión muscular, temblor, hormigueo, dolor de cabeza tensional, fatiga excesiva.
- *Síntomas neurovegetativos*: sequedad de boca, sudoración excesiva, mareos.

#### ► 5.4.5 CLASIFICACIÓN.

##### → **Clasificación de los tipos de trastornos de ansiedad.** <sup>40</sup>

- Trastorno de Ansiedad por la Separación: Es la ansiedad excesiva por la separación de un ser querido del hogar o de aquellos a quienes se está ligado. La persona puede desarrollar una preocupación excesiva al punto de que puede ponerse reacio o negarse a ir a la escuela, estar solo o dormir solo. Las pesadillas repetitivas y las quejas acerca de síntomas físicos (tales como el dolor de cabeza, dolor de estómago, náusea o vómitos) pueden ocurrir.
- El Trastorno de Ansiedad Generalizado: Es la ansiedad excesiva y preocupación sobre los eventos o actividades, tal como el asistir a la escuela o trabajo.
- El Trastorno de Pánico: Es la presencia recurrente e inesperada de ataques de pánico y preocupaciones persistentes acerca de tener los ataques. Los ataques de pánico se refieren a la ocurrencia repentina de temores intensos, miedo o terror, a menudo asociados con sentimientos de desgracia inminente. También puede sentirse corto de respiración, con palpitaciones, dolor de pecho o incomodidad, sensaciones de ahogo y asfixia y el temor de “volverse loco” o perder el control.
- Las Fobias: Son los temores persistentes e irracionales de un objeto específico, actividad o situación.

→ Además, existen criterios universales para los trastornos de ansiedad (TA), los cuales se encuentran recogidos en las 2 clasificaciones de trastornos mentales más importantes: <sup>42</sup>

1. *El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, cuarta edición revisada (DSM-IV-TR) de la Asociación Americana de Psiquiatría.
  2. Y la *Clasificación internacional de las enfermedades*, décima versión (CIE-10) de la Organización Mundial de la Salud.
- El DSMIV-TR enumera 12 TA y en la CIE-10 los trastornos neuróticos (ansiedad) se agrupan en los trastornos relacionados con el estrés y somatomorfos (Tabla 4).
  - Cabe mencionar, que existen 2 tipos de ansiedad: <sup>42</sup>

## **1. Ansiedad fisiológica**

- Mecanismo de defensa frente a amenazas de la vida diaria.
- Reactiva a una circunstancia ambiental.
- Función adaptativa.
- Mejora nuestro rendimiento.
- Es más leve.
- Menor componente somático.
- No genera demanda de atención psiquiátrica.

## **2. Ansiedad patológica:**

- Puede bloquear una respuesta adecuada a la vida diaria.
- Desproporcionada al desencadenante.
- Función desadaptativa.
- Empeora el rendimiento.
- Es más grave.
- Mayor componente somático.
- Genera demanda de atención psiquiátrica.

**Tabla 4. Clasificación de los trastornos de ansiedad y sus características**

<b>CIE-10</b>	<b>DSM-IV-TR</b>	<b>Características</b>
<i>Trastorno de ansiedad generalizada</i>	<i>Trastorno de ansiedad generalizada</i>	Ansiedad crónica y preocupaciones de carácter excesivo. Requiere duración de mínimo 6 meses para realizar el diagnóstico
	<i>Fobia simple</i>	Nerviosismo o temor marcado, persistente y excesivo o irracional de forma inapropiada en presencia de un objeto o situación concreta, con ansiedad anticipatoria. Tipo animal, ambiental, sangre-inyecciones-daño, situacional, otros
	<i>Fobia social</i>	Ansiedad exagerada en las situaciones en las que una persona es observada y puede ser criticada por otros. Hay ansiedad anticipatoria. Síntomas frecuentes son el enrojecimiento y temblor. En menores de 18 años requiere la persistencia de los síntomas por 6 meses
<i>Trastorno de angustia</i>	<i>Trastorno de angustia con agorafobia</i>	Ascenso rápido de una ansiedad extrema y miedo a un resultado catastrófico. Las crisis son recidivantes e inesperados que causan un estado permanente de preocupación, con ansiedad anticipatoria y comportamientos de evitación (agorafobia)
	<i>Trastorno de angustia sin agorafobia</i>	Crisis de angustia recidivantes e inesperadas que provocan un estado permanente de preocupación
<i>Trastorno anancástico (obsesivo-compulsivo)</i>	<i>Trastorno obsesivo-compulsivo</i>	Obsesiones (provocan ansiedad o malestar significativo, son intrusas, persistentes e inapropiadas), y/o compulsiones (con el propósito de prevenir o aliviar la ansiedad, pero no proporcionar placer o gratificación)
<i>Trastorno mixto ansioso-depresivo</i>		Paciente presenta gran variedad de síntomas de ansiedad y depresión
<i>Reacción de estrés agudo</i>	<i>Trastorno por estrés agudo</i>	Síntomas parecidos al trastorno por estrés post-traumático que se dan inmediatamente después de un acontecimiento altamente traumático. Para el diagnóstico los síntomas deben durar al menos 2 días pero menos de 1 mes
<i>Trastorno por estrés post-traumático</i>	<i>Trastorno por estrés post-traumático</i>	Re-experimentación de acontecimientos altamente traumáticos, síntomas debidos al aumento de la activación y comportamiento de evitación de los estímulos relacionados con el trauma. Inicia desde unas pocas semanas hasta 6 meses de haber experimentado el trauma
<i>Trastorno de adaptación</i>		Alteraciones emocionales que interfieren con su actividad social y aparece tras un cambio biográfico significativo o un acontecimiento vital estresante.
<i>Trastornos disociativos</i>		
	<i>TA debido a una enfermedad médica</i>	Síntomas prominentes de ansiedad que se consideran secundarios a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad subyacente
	<i>TA inducido por sustancias</i>	Síntomas prominentes de ansiedad que se consideran secundarios a los efectos fisiológicos directos de una droga, fármaco o tóxico
<i>Trastornos somatomorfos</i>		
<i>Otros trastornos neuróticos</i>	<i>TA no especificado</i>	Aquellos trastornos que presentan ansiedad o evitación fóbica prominentes y no reúnen los criterios diagnósticos específicos o no se dispone de una información adecuada

#### ► 5.4.6 EPIDEMIOLOGÍA.

- De acuerdo algunos estudios realizados, la pandemia ha afectado de manera significativa a la población en diversos aspectos, y uno de los más importantes es en la afectación de la salud mental. Según con la encuesta realizada a 800 personas de 18 años o más por teléfono móvil, 29% de las personas se identificaron con síntomas depresivos y el 32.4% de la población presentó síntomas severos de ansiedad, a quienes se les proporcionó un número de contacto para recibir atención psicológica. <sup>44</sup>
- Además, la afectación de la salud mental, en estos tiempos, se debe mayormente a la situación actual de la pandemia; la encuesta generó información sobre los impactos del COVID en diversos aspectos de la vida cotidiana. La afectación ha sido mayormente en el bienestar de la población mexicana en los rubros de empleo y desocupación, ingreso, seguridad alimentaria y salud mental. Respecto al último, el estudio alertó que el aislamiento, las presiones económicas y la incertidumbre pueden tener graves consecuencias en la salud mental de la población. <sup>44</sup>
- Del 32.4% de la población que presentó síntomas severos de ansiedad, las mujeres representaron un porcentaje mayor (37.4%), frente al 27% en los hombres, mientras que la población de mayores niveles socioeconómicos presentó menores niveles de ansiedad. Un 46.3% de los encuestados señaló que cree "muy probable o probable" que se infecte de COVID-19 y 49.7% tiene una "preocupación muy alta" (8 o más en una escala del 0 al 10) de que su salud se vea afectada por el coronavirus. <sup>44</sup>
- El 37.7% de los hogares comentó que uno o más de sus integrantes perdió su empleo o alguna fuente de ingresos, mientras que el 30.1% consideró "muy probable o probable" que alguien de su hogar pierda su empleo. Se expuso que la situación afecta a personas en situación de pobreza y vulnerabilidad en mayor grado, pero no solo a ellos, sino a los casi 100 millones de personas que tienen algún tipo vulnerabilidad. <sup>44</sup>

#### → **Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica.** <sup>41</sup>

- *Existen problemas orgánicos que pueden agravar o presentar síntomas de ansiedad:*
  1. **Endocrinológicos:** hipo o hipertiroidismo, hipoglucemia, insuficiencia adrenal, hiperadrenocorticismos, feocromocitoma, menopausia.
  2. **Cardiovasculares:** insuficiencia cardíaca, insuficiencia coronaria, arritmias, prolapso mitral.

3. **Respiratorio:** asma, EPOC, neumonías, trastornos de ventilación.
4. **Alteraciones metabólicas:** diabetes mellitus, porfiria, hipoxia, hipocapnia, hipoglucemia, hiperpotasemia, hipercapnia, hiponatremia.
5. **Neurológico:** neoplasia, encefalitis, disfunción vestibular, epilepsia temporal, migrañas.
6. **Intoxicaciones:** por plomo.
7. **Hematológicas:** anemia, déficit de B12.
8. **Otras:** infección urinaria en ancianos, síndrome de fatiga crónica, cáncer.

- Los síntomas físicos que predominan en su presentación, a partir de la historia clínica, de la exploración física o de las pruebas de laboratorio demuestran que las alteraciones son la consecuencia fisiológica directa de una enfermedad médica. Estas alteraciones no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., trastorno adaptativo con ansiedad en el que el agente estresante es una enfermedad médica grave).

→ **Ámbitos o escenarios en donde se presenta la ansiedad y, en especial, el ambiente laboral.** <sup>40</sup>

- Es importante mencionar que la ansiedad no es propia de un escenario, ya que se puede manifestar en los hogares, eventos sociales, deportivos y en empresas, etc. Resulta importante tomar en cuenta la existencia de una serie de estresores externos que intervienen y pueden complicar la situación, como lo son:

▽ Relaciones familiares, problemas legales, problemas económicos, etc.

▶ **5.4.7 DIAGNÓSTICO.**

→ **Las quejas con que suelen los pacientes suelen consultar con más frecuencia son las somáticas:** <sup>45</sup>

- Dolor de cabeza de predominio occipital y dolorimiento y tensión muscular difusa en otras áreas del cuerpo.
- Molestias torácicas como opresión precordial, ahogo, palpitaciones y taquicardia.

- Molestias digestivas como sensación de estorbo al tragar, náuseas, meteorismo, diarrea y dolores abdominales.
- Dificultad para conciliar el sueño; Mareos; Sudoración.

→ **También pueden presentar las siguientes quejas psíquicas:** <sup>45</sup>

- Preocupación excesiva.
- Dificultad para concentrarse, problemas para memorizar, olvidos.
- Irritabilidad.
- Temor a que algo grave esté por sucederle (enfermarse, morir, enloquecerse o perder el control).
- Nerviosismo, sobresaltos.

→ **¿Cómo diagnosticar?** <sup>46</sup>

- Estos pacientes aseguran que sufren una enfermedad médica que aún no se ha detectado y no se les puede convencer de lo contrario. Perseveran en la idea a pesar de que las evaluaciones y explicaciones médicas demuestren lo contrario. La evolución suele ser episódica y estos episodios pueden, a veces, estar separados por meses o años.
- Para ser diagnosticado, un paciente debe presentar, por al menos 6 meses, preocupación por padecer o contraer una enfermedad, con síntomas somáticos inexistentes o leves si están presentes. En caso de existir una afección médica (o riesgo de contraerla), la preocupación del paciente es claramente excesiva o desproporcionada.
- El paciente, además, presenta un grado elevado de ansiedad sobre su estado de salud y presenta comportamientos excesivos relacionados con la misma (por ejemplo, comprueba repetidamente si en su cuerpo existen signos de enfermedad) o presenta evitación (por ejemplo, evita visitas al hospital o al médico).
- La preocupación relacionada con la enfermedad no puede explicarse mejor por otro trastorno psiquiátrico como un trastorno de síntomas somáticos, un trastorno de pánico, un trastorno de ansiedad generalizada, un trastorno dismórfico corporal, un trastorno obsesivo compulsivo o un trastorno delirante de tipo somático. Durante el diagnóstico, se debe especificar si el trastorno se acompaña de solicitud de asistencia médica (el paciente utiliza frecuentemente los servicios de salud, visita con regularidad al médico, o se realiza pruebas diagnósticas) o si la evita.

→ **Diagnóstico diferencial.** <sup>46</sup>

- En la tabla 3 se presentan de manera somera los diagnósticos diferenciales a tener en cuenta.

**Tabla 5. Diagnósticos diferenciales del trastorno de ansiedad por enfermedad**

<b>Enfermedades médicas</b>	La presencia de una enfermedad médica no excluye la posibilidad de la coocurrencia de un trastorno de ansiedad por enfermedad. Si la enfermedad médica está presente, la ansiedad es claramente desproporcionada en pacientes afectados de trastorno de ansiedad por enfermedad.
<b>Trastorno de síntomas somáticos</b>	El trastorno de síntomas somáticos es diagnosticado cuando síntomas somáticos significativos están presentes. Por el contrario, los pacientes con trastorno de ansiedad por enfermedad tienen síntomas somáticos mínimos y están principalmente angustiados por la creencia de estar enfermos.
<b>Trastornos de ansiedad</b>	En el trastorno de ansiedad generalizada, los pacientes afectados se preocupan por diversos eventos, situaciones o actividades de la vida diaria, y no solo por su salud. En el trastorno de pánico, los pacientes afectados pueden estar preocupados por la creencia de que las crisis de pánico reflejen una enfermedad de base; no obstante, aunque estos pacientes pueden presentar ansiedad relativa a su salud, la misma es típicamente aguda y episódica.
<b>Trastorno obsesivo compulsivo</b>	Los pacientes con trastorno de ansiedad por enfermedad pueden tener pensamientos intrusivos acerca de estar enfermos y estos podrían estar asociados a comportamientos compulsivos (por ejemplo, buscar asistencia y reaseguro). No obstante, en el trastorno de ansiedad por enfermedad las preocupaciones están usualmente enfocadas en padecer una enfermedad, mientras que en el trastorno obsesivo compulsivo, los pensamientos intrusivos se enfocan en miedos a contraer una enfermedad en el futuro.
<b>Trastornos psicóticos</b>	Los pacientes con trastorno de ansiedad por enfermedad no son delirantes y pueden reconocer la posibilidad de que la enfermedad temida no existe. Sus ideas no tienen la rigidez ni la intensidad observadas en los delirios somáticos que ocurren en los trastornos psicóticos (por ejemplo, trastorno delirante de tipo somático, esquizofrenia, trastorno depresivo mayor con síntomas psicóticos).

#### ► 5.4.8 TRATAMIENTO <sup>46</sup>

→ **El tratamiento se basa los siguientes principios:**

1. Establecer una firme alianza terapéutica con el paciente.
  2. Educar al paciente acerca de las manifestaciones de su padecimiento.
  3. Ofrecer al paciente reaseguramiento constante.
  4. Optimizar la habilidad del paciente para enfrentarse a los síntomas, antes que tratar de eliminarlos.
  5. Evitar realizar pruebas diagnósticas innecesarias.
- La herramienta terapéutica más poderosa es el propio médico y su habilidad para prestar atención, preocupación e interés hacia el sufrimiento del paciente. Esto puede ayudar a romper el círculo patológico de interacciones mal adaptativas entre el paciente y su médico, así como a evitar que el paciente recorra de un médico a otro.

→ **Psicoterapia e intervenciones psicosociales:**

- Estudios clínicos controlados sugieren que la terapia cognitivo conductual es eficaz en el tratamiento del trastorno de ansiedad por enfermedad. Asimismo, la terapia de grupo ha demostrado ser beneficiosa. En ambas modalidades, el objetivo es cambiar el centro de la atención desde la búsqueda de una enfermedad médica inexistente a la aceptación de las raíces psicológicas del problema; y como paso siguiente abordar, buscar y modificar la percepción o conducta que sostiene el trastorno.
- Diversos estudios han demostrado la valía que posee la educación del médico en el manejo de un paciente con trastorno de ansiedad por enfermedad u otro trastorno de síntomas somáticos. Las intervenciones psicosociales dirigidas por médicos (psiquiatras o internistas/médicos de familia entrenados) son la base para un tratamiento exitoso.
- Se debe animar a los pacientes a mantenerse activos, limitando así el efecto que el trastorno podría tener en su calidad de vida y su funcionamiento diario. El médico debe ofrecer un reaseguramiento constante al paciente y comprender que muchas veces el paciente será reticente a aceptar explicaciones sobre la ausencia de una enfermedad.

- Finalmente, la familia del paciente no debe preocuparse en demasía por los síntomas expresados por el paciente (evitando así conductas de reforzamiento de los mismos). La familia debe ser instruida para ofrecer contención y apoyo constantes al paciente.

→ **Recomendaciones farmacológicas:**

- La farmacoterapia es utilizada como adyuvante de la psicoterapia y de la psicoeducación. Los objetivos de la farmacoterapia son reducir síntomas comórbidos y trastornos concurrentes (por ejemplo, depresión), prevenir complicaciones y, en algunas circunstancias, reducir los síntomas hipocondríacos.

→ **Los agentes farmacológicos que pueden utilizarse son:**

- Antidepresivos: aquellos con evidencia para el tratamiento de trastornos depresivos o ansiosos concurrentes con un trastorno de ansiedad por enfermedad son todos los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS, fluoxetina, paroxetina, citalopram, escitalopram, fluvoxamina, sertralina), un inhibidor de la recaptación de noradrenalina y serotonina (IRNS, venlafaxina) y dos) tricíclicos (clomipramina e imipramina) . Las dosis son las usuales para un trastorno depresivo o de ansiedad.
- Beta bloqueantes: Los síntomas de hiperactividad autonómica asociada a la significativa ansiedad que presentan los pacientes afectados pueden ser manejados con propanolol (10-40 mg/día).
- Benzodiacepinas: Las benzodiacepinas pueden ser utilizadas para manejar síntomas intensos de ansiedad en estos pacientes. Se destaca que las mismas deben ser indicadas con sumo cuidado, debido al riesgo aumentado que tienen los pacientes con trastorno de ansiedad por enfermedad de abusar de las mismas.
- Antipsicóticos: Los antipsicóticos han demostrado ser eficaces para reducir la morbilidad asociada a este trastorno, en particular en presencia de ansiedad comórbida intensa o preocupaciones hipocondríacas que imitan obsesiones o delirios. Los antipsicóticos con mayor evidencia a la fecha son la risperidona y la olanzapina.

#### ► 5.4.9 COMPLICACIONES.<sup>30</sup>

- De acuerdo al reporte de Pruthi (2018) la ansiedad se relaciona con enfermedades más graves como:
  - Abuso de sustancias.
  - Problemas para dormir (insomnio).
  - Problemas digestivos o intestinales.
  - Dolor de cabeza y dolor crónico.
  - Aislamiento social.
  - Problemas en el trabajo.
  - Mala calidad de vida.
  - Suicidio

#### ► 5.4.10 CONSECUENCIAS.<sup>30</sup>

- Beck (2013) afirma que la ansiedad interfiere directamente en el campo adaptativo, afectivo, emocional, ante la amenaza que se presenta, y ya de forma general en el ámbito social y en el funcionamiento laboral de la persona es decir en la vida cotidiana, también el miedo o la ansiedad interfieren en la satisfacción y en el disfrute de la vida plena, incluso en el manual para diagnosticar ansiedad se encuentra en uno de los criterios que si la ansiedad interfiere significativamente en la rutina normal de la persona, funcionamiento ocupacional, o en las actividades sociales y relacionales los mismos que son consecuencia del trastorno.
- Pruthi (2018) asegura que la ansiedad interfiere con las actividades cotidianas, puede durar un largo tiempo, y la persona que la padece tiende a evitar acudir a ciertos lugares incluso dejar de presentarse a trabajar. Además asocia a la ansiedad como un factor de riesgo para la presencia de enfermedades como:
  - Trastornos respiratorios, como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) o el asma.
  - Uso inadecuado de sustancias o abstinencia.
  - Abstinencia del alcohol, de medicamentos contra la ansiedad (benzodiazepinas) o de otros medicamentos.
  - Dolor crónico o síndrome de intestino irritable.

- Diabetes; problemas cardíacos
  - Problemas de tiroides, como el hipertiroidismo.
  - Disminución de las defensas; tumores poco frecuentes que producen hormonas de reacción de “luchar o huir”.
- Según García, de la Fuente, Sáiz, García, y Bobes (2020), la pandemia ha causado una emergencia sanitaria a nivel mundial, desarrollando enfermedades o síntomas psicológicos en las personas que están expuestas al contagio, como los son el personal de hospitales, caracterizados por ser el personal de primera línea. Entre estas enfermedades está la ansiedad, que puede estar asociada con un mayor consumo de sustancias como alcohol y tabaco, esto podría ser una conducta evitativa para tratar de reducir dicha sintomatología, la persona sin saber puede estar presentando un cuadro de ansiedad transitorio debido a todo lo antes mencionado.

## **5.5 ESTRÉS.**

### ▶ 5.5.1 CONCEPTO.<sup>47</sup>

- El estrés puede ser definido como una amenaza real o supuesta a la integridad fisiológica o psicológica de un individuo que resulta en una respuesta fisiológica y/o conductual. En medicina, el estrés es referido como una situación en la cual los niveles de glucocorticoides y catecolaminas en circulación se elevan (*Bruce McEwen, 2000*).
- Según la definición de Chrousos y Gold (1992) se puede definir al estrés como un estado de falta de armonía o una amenaza a la homeostasis.
- La respuesta adaptativa puede ser específica, o generalizada y no específica; así, una perturbación en la homeostasis resulta en una cascada de respuestas fisiológicas y comportamentales a fin de restaurar el balance homeostático ideal.
- Labrador (1992) hace referencia al estrés como un proceso interactivo complejo, que está determinado, principalmente, por la discordancia entre las demandas del medio y los recursos del sujeto para enfrentarlo, es decir, por la valoración realista o alterada, que la persona ejecuta sobre los estímulos o situaciones de su medio y su capacidad para controlarlos.

### 5.5.2 ETIOLOGÍA.

- En general, puede señalarse la existencia de dos grandes fuentes primordiales del estrés. En primer lugar, se encuentran los agentes estresantes que proceden de circunstancias externas como del ambiente, la familia, el trabajo, el estudio, entre otras. En segundo lugar, está el estrés producido por la persona misma, es decir, por sus propias características de personalidad y por su manera personal de enfrentar y solucionar los problemas; por otra parte, los factores que producen estrés no siempre son conocidos, pueden ser ignorados, subestimados, inconscientes y manifiestos exclusivamente después de un diálogo o un análisis.<sup>8</sup>
- Las angustias, las fobias y las obsesiones provocan estrés. Su origen es frecuentemente inconsciente y va de la mano con antiguos traumatismos físicos o psico-afectivos. Los trastornos mentales, las depresiones y la neurosis son a la vez una fuente de estrés y la consecuencia de circunstancias causantes de este, las cuales pueden ser conscientes o generalmente inconscientes y se remontan hasta la infancia; la frustración, estar atento constantemente de un asunto, el temor, el recelo, el sentimiento de insatisfacción, la ausencia de motivación y de sentido de la vida son otras causas del origen inconsciente de una tensión psicológica permanente.<sup>8</sup>
- Friedman y Rosenman (1959) establecieron la distinción entre dos tipos de personalidades, a las que denominaron el tipo A y el tipo B; además, consecutivamente se indica un tipo C, las cuales se explican a continuación:<sup>8</sup>
  - **El tipo A es extrovertido**; concierne a las personas que expresan su respuesta al estrés por medio de reacciones descomunales. El menor disgusto se convierte en irritabilidad y en excesos significativos y desproporcionados de cólera en relación con los factores estresantes. Este tipo de personalidad responde a personas ambiciosas e impulsivas que viven continuamente bajo tensión, asumen una actitud de competencia con el medio y con sí mismas ambicionando siempre hacer más y ser mejores, son perfeccionistas. Estas personas disponen un sentido agudo de la realidad, son impacientes crónicos, tienen dificultades para relajarse, se sumergen en sus trabajos, sacrificando otras áreas de su vida, como la familiar y la afectiva.
  - **Las personas con el tipo de personalidad C, son introvertidas y obsesivas.** Conciernen a las personas que interiorizan su reacción al estrés. Simulan ser resignadas y tranquilas, pero se trata de falsas calmas, ya que padecen en silencio.

→ **El tipo de personalidad B es intermedio**, se trata de la forma ideal de comportamiento. Incumbe a los sujetos que dominan de manera apropiada y natural su estrés, reaccionan con serenidad, con sensatez y con una buena perspectiva de la situación, poseen un carácter optimista. Este tipo de personalidad se encuentra en un grupo minoritario, mientras que los tipos A y C son más frecuentes entre la población.

- Por otro lado, Ávila (2014) en su tesis doctoral detalla varios factores que generan estrés, aludiendo que existen ciertas condiciones que provocan estrés en una persona y que para otra puede resultar intrascendentes, también explica que cada sujeto posee una tolerancia distinta a los problemas y un umbral del estrés diferente. Se han investigado los diversos desencadenantes, teniendo como resultado diez categorías de estresores: <sup>48</sup>

- Situaciones que obligan a procesar información velozmente.
- Estímulos ambientales perjudiciales.
- Sensaciones de amenaza.
- Alteración de las funciones fisiológicas (enfermedades, adicciones, etc.).
- Aislamiento y confinamiento.
- Bloqueo de intereses.
- Presión grupal.
- Fracaso.
- No alcanzar objetivos proyectados.
- Relaciones sociales complejas o frustradas.

### ▶ 5.5.3 ESTRÉS LABORAL.

- En el área laboral, para Reig, Vindel, y Toval (1995) los elementos que determinan la presencia de estrés son: trabajo con gran demanda de atención y responsabilidad, amenaza de demandas de trabajo, inadecuado liderazgo, rotación de turnos, excesivas jornadas laborales, excedentes actividades físicas corporales que intervienen de forma perjudicial en la productividad laboral y bienestar del sujeto, manifestándose a través de síntomas físicos, emocionales, cognitivos y del comportamiento. <sup>49</sup>
- Morata, y Ferrer (2004) consideran que el exceso de trabajo en términos cualitativos y cuantitativos forman, sin lugar a dudas, una significativa fuente de estrés. Si el exceso, desde la perspectiva cuantitativa, es entendido como la sobrecarga de tareas a desarrollar por un trabajador; en su enfoque cualitativo, son las demandas excesivas que se requieren del trabajador en función de las habilidades, destrezas, conocimientos y, en general, competencias que posea dicho individuo. <sup>50</sup>

- Mamani, Obando, Uribe, y Vivanco (2007) señalan que existen otros elementos externos en el trabajo que tienen estrecha relación con las inquietudes del trabajador que provienen de situaciones familiares o de su vida personal, concurriendo sus elementos culturales, su alimentación, sus facilidades de transporte, la residencia, la salud y la seguridad en el empleo.<sup>51</sup>

#### ▽ 5.5.3.1 TRABAJO EN EQUIPO. <sup>52</sup>

##### → *¿Qué es el trabajo en equipo?*

- Una organización es efectiva cuando el trabajo en equipo es efectivo en cualquier organización, empresarial o no, éstas no pueden prescindir del trabajo grupal; el Trabajo en Equipo es un concepto que encierra en sí mismo la cohesión, la unión y la transformación de una organización, es sinónimo de productividad, competitividad y logro de objetivos, basándose fundamentalmente en la necesidad de mejoramiento continuo y cambios que se dan dentro de las estructuras organizacionales para dar cumplimiento a la misión y visión establecida y que permita orientar el comportamiento de los individuos con el fin de alcanzar la máxima calidad y productividad.
- Un equipo es un conjunto de personas que se necesitan mutuamente para actuar, esta aseveración nos permite expresar sin temor a equivocarnos que, todos los equipos son grupos, pero no todos los grupos son equipos, el término de equipo implica el aprovechamiento del talento colectivo, producido por cada persona en su interacción con las demás.
- En el trabajo en equipo son básicas la cooperación de la comunicación y la información entre sus miembros, porque en esta nueva y novedosa dinámica de trabajo requiere de la colaboración, el reconocimiento mutuo y el compañerismo en el trabajo, incluye además, la organización de los roles de dicho equipo, establecer unas dinámicas de trabajo que garanticen la autoestima del trabajador y la estabilidad laboral.
- Asimismo, realizar una gestión de equipo adecuada y seguir las siguientes recomendaciones:
  - ▽ Escuchar lo que los demás tengan que decir, tanto si parece una buena idea o mala. (Recordar los principios de la buena escucha).
  - ▽ Si hay algo que no se entiende o no ha quedado claro, explicar la duda.

- ▽ Escuchar lo que los demás tengan que decir, tanto si parece una buena idea o mala. (Recuerde que todas las ideas son válidas).
- ▽ Buscar los aspectos positivos de las ideas y acciones. (No refutar las ideas emitidas por otros).
- ▽ Enfocar las opiniones hacia las ideas y no las personas al comentar algo que funciona o no funciona. (Despersonalizar las ideas).
- ▽ Enriquecer el trabajo y las ideas del resto del equipo de trabajo. (no “matar” las ideas).
- ▽ Luchar por las ideas propias si son correctas, pero sin exceso, si la oposición es fuerte hay que aprender a ceder (Recuerde el término consenso).

→ ***Importancia de Trabajo en Equipo.***

- El trabajo en equipo esta designado como un modelo de gestión que permite evidenciar resultados de una manera eficaz y eficiente, si es un equipo funcional se convierte en un patrón de imitar, estará finamente ligado a un positivo liderazgo, de lo contrario nos encontramos ante un grupo de trabajo en el que se cumplan resultados pero a largo plazo.
- El trabajo en equipo, hay dos o más personas que interactúan y se influyen entre sí, con el propósito de alcanzar un objetivo común en las organizaciones; es en éstas donde radica su importancia, enunciadas de la siguiente forma:
  - ▽ Un beneficio doble: por un lado permite optimizar y agilizar los procesos de elaboración pues la gestión del tiempo es mejor y los resultados son de mayor calidad.
  - ▽ Una mejora del clima laboral, ya que las obligaciones se convierten en retos compartidos que incitan a trabajar en armonía; a la vez que se comparten vivencias y experiencias día tras día.
  - ▽ Beneficios de los trabajos colaborativos, tanto a nivel individual como grupal, entre ellos:
    1. Las habilidades y talentos se complementan.
    2. Crece la confianza de tu entorno en ti y aprendes a confiar en los demás.
    3. Aumenta el aprendizaje pues son compartidos los conocimientos entre unos y otros.

4. Aumenta la felicidad en el trabajo compartiéndose el éxito de los objetivos del trabajo en equipo.
  5. Se incrementa el sentimiento de pertenencia.
  6. El sentimiento de soledad disminuye y de aislamiento.
- El beneficio entonces es favorable no solo para la organización sino para el equipo, pues se genera un ambiente de confianza, respeto y colaboración apropiado a cada ámbito bien sea laboral o personal.
  - En los equipos de trabajo, establecen una serie de reglas que permiten tener claros los comportamientos y roles de los miembros, estas permiten a cada individuo integrarse con los demás y responder apropiadamente causando una fuerza que integra al grupo y su cohesión se traduce en la colaboración y el sentido de pertenencia al interior y exterior del mismo compartiendo valores, actitudes y normas de conducta, al lograr el trabajo en equipo se genera la sinergia pertinente con la finalidad de brindar un servicio de calidad tanto al cliente interno como externo.
  - El trabajo de un equipo tiene varios principios que le sirven de guía:
    - ▽ **Principio de cooperación:** El bienestar del equipo, este permite elevar el nivel de producción y productividad lográndose a través de la cooperación y genera una competencia constructiva satisfactoria; la cooperación es necesaria para lograr la objetividad del grupo.
    - ▽ **La pertenencia al grupo:** Está ligado directamente a la acción cooperativa del grupo, ello proporciona un nivel adecuado de identificación, ya que “Sentirse que se es parte de...”, favorece la tarea por realizar y facilita la superación de sentimientos de agresión, hostilidad, e indiferencia, que se presentan como obstaculizadores del trabajo conjunto.
    - ▽ **Pertinencia:** Saber lo que hacemos; esté dentro del contexto de la labor del grupo es importante en la medida que posibilita esclarecer lo que le corresponde a cada miembro como deber y obligación.
    - ▽ Así, a la vez que se armoniza el esfuerzo cooperativo, se distribuyen adecuadamente los recursos humanos y materiales, se homologa un lenguaje común dentro de la disparidad de conocimientos científicos internos, y se favorece la crítica constructiva, la autocrítica la interacción grupal y la organización; todo eso, sin lugar a dudas favorece la realización de la tarea.

- ▽ **Comunicación:** A medida que el equipo viabiliza la comunicación, se posibilita el intercambio de criterios, lo cual facilita la toma de decisiones y la realización de acciones concretas.
- ▽ La comunicación debe ser clara, espontánea, procurando al máximo solo guardar los secretos profesionales indispensables; en resume, deben de evitarse las comunicaciones a medias, además el lenguaje verbal debe ser preciso, y el extra verbal conviene hacerlo evidente en el momento oportuno; de una adecuada comunicación se deriva un óptimo proceso de retroalimentación que facilitará el proceso necesario para el análisis y tratamiento de situaciones determinadas.
- ▽ **La toma de decisiones y liderazgo:** En el trabajo de equipo constantemente se debe tomar decisiones para el logro de los objetivos, por ello, la toma de decisiones debe partir de una adecuada recolección de información, discusión, comunicación y evaluación de tareas por parte de los miembros del equipo. El compartimiento de la toma de decisiones con los otros miembros, la tarea se hace más fácil y efectiva.

→ **Características del trabajo en equipo:**

- ▽ Es una integración armónica de funciones y actividades desarrolladas por diferentes personas.
- ▽ Su implementación requiere que las responsabilidades sean compartidas por sus miembros.
- ▽ Necesita que las actividades desarrolladas se realicen en forma coordinada; además necesita que los programas que se planifiquen en equipo apunten a un objetivo común.
- Aprender a trabajar de forma efectiva como equipo requiere su tiempo, dado que se han de adquirir habilidades y capacidades especiales necesarias para el desempeño armónico de su labor.
- Estamos en condiciones de exponer que el trabajo en equipo se basa en las “5 c”:
- ▽ Complementariedad: cada miembro domina una parcela determinada del proyecto. Todos estos conocimientos son necesarios para sacar el trabajo adelante.
- ▽ Coordinación: el grupo de profesionales, con un líder a la cabeza, debe actuar de forma organizada con vista a sacar el proyecto adelante.

- ▽ Comunicación: el trabajo en equipo exige una comunicación abierta entre todos sus miembros, esencial para poder coordinar las distintas actuaciones individuales, el equipo funciona como una maquinaria con diversos engranajes; todos deben funcionar a la perfección, si uno falla el equipo fracasa; la responsabilidad en el éxito de la comunicación recae en que el emisor oriente adecuadamente su mensaje.
- ▽ Confianza: cada persona confía en el buen hacer del resto de sus compañeros. Esta confianza le lleva a aceptar anteponer el éxito del equipo al propio lucimiento personal. Cada miembro trata de aportar lo mejor de sí mismo, no buscando destacarse entre sus compañeros sino porque confía en que estos harán lo mismo; sabe que éste es el único modo de que el equipo pueda lograr su objetivo.
- ▽ Compromiso: cada miembro se compromete a aportar lo mejor de sí mismo, a poner todo su empeño en sacar el trabajo adelante.
- Por otro lado otros autores caracterizan a los equipos eficientes por:
  - ▽ *Ambiente de apoyo*: Un ambiente propicio, con posibilidades de apoyo; los integrantes se ayudan entre ellos para su propia creación, para definición de sus roles y su posterior crecimiento sobre bases de colaboración, confianza y compatibilidad.
  - ▽ *Claridad de sus funciones*: Un equipo de trabajo no es capaz de trabajar como tal hasta después que sus integrantes conocen las funciones de aquellos con quienes interactúan.
  - ▽ *Metas superiores*: Los gerentes tienen la responsabilidad de mantener a los equipos de trabajo orientados a la tarea global. Está definido por especialistas del tema que las políticas de control y los sistemas de recompensas fragmentan el esfuerzo individual y desalientan el trabajo en equipo.
  - ▽ *Liderazgo adecuado*: Algunas tareas en equipo presentan curvas de desempeño similares al ciclo de vida de un producto; para prevenir estancamientos, es necesaria la entrada de nuevos miembros y la relación adecuada líder - equipo de trabajo.

#### ▶ 5.5.4 FACTORES DE RIESGO. <sup>53</sup>

- Una situación de riesgo es una tarea (en sentido amplio) caracterizada por la presencia de uno a más factores de riesgo de un mismo tipo de daño, en este caso el estrés. Por factor de riesgo, ha de entenderse como una condición de trabajo que, cuando está presente (o cuando supera cierta magnitud, si es cuantificable) eleva significativamente la probabilidad de aparición del daño al que se refiere.

- Controlar un riesgo consiste, precisamente, en eliminar (o reducir a niveles aceptables) los factores de riesgo presentes, para evitar que una situación potencial de riesgo se convierta en efectiva. No debe confundirse con eliminar el riesgo, que es evitar las situaciones potenciales que lo comportan.

- Las situaciones potenciales de riesgo del estrés más frecuentes son:

→ **Los estresantes Psicosociales (mentales y sociales).**

- ▽ Estos son el resultado de una interacción entre el comportamiento social y la manera en que nuestros sentidos y nuestras mentes interpretan estos comportamientos.
- ▽ En otras palabras, el estrés social se determina por el significado que se le asignamos a los eventos de nuestras vidas.
- ▽ Aquí debemos, por ende, comprender que como cada persona tiene un patrón diferente, también su estrés será diferente. Algunos ejemplos de estos tipos de estresantes que con frecuencia surgen durante el transcurso de nuestra vida son: desengaños, conflictos, cambios de trabajo, pérdidas personales, problemas económicos, presión de tiempo, jubilación, dificultades para tomar decisiones, cambios en la familia, etc.

→ **Los estresantes Bioecológicas (funciones orgánicas y medio ambiente).**

- ▽ Las causas bioecológicas se originan de toda actividad derivada de nuestras funciones normales y anormales de los órganos y sistema del organismo humano, incluyendo los que produce el ejercicio, y aquellos estresantes que surgen de nuestro ambiente físico o ecológico.
  1. Funciones Orgánicas (factores biológicos). Aquí se incluyen todo tipo de enfermedad causadas por bacterias, virus, sustancias tóxicas (drogas, nicotina, alcohol), deficiencias alimenticias (de vitaminas, sales, entre otros), obesidad, el hambre, la sed y todo tipo de estímulo químico- fisiológico que cause dolor.
  2. Actividad Física/Ejercicio. Representan cualquier tipo de actividad física, ejercicio o deportes. Son aquellos estresores que demandan al cuerpo una mayor cantidad de energía para realizar un esfuerzo deportivo o actividad física, como lo son el correr, nadar, recortar la grama, entre otros.
  3. Factores Ambientales. Son condicionamientos del medio físico que nos obligan, de vez en cuando a una reacción de estrés, tales como: calor, frío, ruido, estímulos ópticos, la contaminación del aire, entre otras.

→ **Los estresantes de Personalidad (manejo de ansiedad/distrés).**

- ▽ Se originan de la dinámica del propio individuo, su percepción sobre sí mismo, y el significado que le asigna a las situaciones estresantes, y que se manifiestan en actitudes y comportamientos de riesgo que resultan en alteraciones psíquicas y somáticas. Es por eso que algunas personalidades parecen ser más propensas al estrés que otras.

▶ **5.5.5 SIGNOS Y SÍNTOMAS.** <sup>54</sup>

- Melgosa (1995) ubica las respuestas al estrés, en tres grandes categorías: cognitivas, emotivas y conductuales. A continuación se explican:

→ **Área cognitiva (ideas y pensamientos).**

- ▽ Los sujetos tienen dificultad para mantenerse concentrados en una actividad y muestran una habitual pérdida de atención. La retención memorística disminuye, tanto en la memoria a corto plazo como a largo plazo. Los problemas que requieren una reacción inmediata y espontánea se solucionan de una forma imprevisible.
- ▽ Cualquier dificultad que necesite actividad mental tiende a remediarse con un gran número de equivocaciones. Por lo general, los sujetos se consideran incapaces de valorar acertadamente un acontecimiento presente y tampoco pueden acertar al visualizarla en el futuro. Además, la forma de pensar no sigue patrones lógicos y coherentes dentro de un orden, sino que se muestra desorganizada.

→ **Área emotiva (emociones y sentimientos).**

- ▽ Los sujetos experimentan problemas para mantenerse relajados, tanto emocional como físicamente. Aparte de los desajustes físicos reales, comienzan a sospechar de nuevos padecimientos (hipocondría), surgen rasgos como el desarrollo de la impaciencia, la intolerancia, el autoritarismo y la falta de respeto por otros individuos.
- ▽ Los principios morales que gobiernan la vida de las personas se ablandan y se tiene poder propio mínimo. Hay un incremento de desánimo y una declinación del deseo de vivir. También se ve afectada la autoestima, por pensamientos de insuficiencia y de inferioridad.

→ **Área conductual (comportamientos y actitudes).**

- ▽ En el lenguaje se exhibe una incompetencia para dirigirse verbalmente a un conjunto de individuos de manera apropiada, puede darse tartamudez y una disminución de la fluidez verbal.

- ▽ Los individuos perciben la escasez de entusiasmo por las afinidades predilectas, así como por sus entretenimientos preferidos. Es usual la falta de asistencia laboral y escolar, así como un incremento del consumo de alcohol, tabaco, café u otras drogas. El nivel de energía aprovechable varía de un día para otro. Los patrones de sueño cambian.
- ▽ Por lo común, padecen de insomnio y, a veces, se llega a una exagerada necesidad de descansar. Respecto a las relaciones interpersonales, se acrecienta la propensión a la desconfianza, tienden a inculpar a otros sujetos o a atribuirles responsabilidades propias. También se dan cambios en la conducta, tales como reacciones extrañas y la manifestación de tics, inclusive pueden aparecer ideas suicidas e intentos por realizarlas
- Mamani, y et al (2007) sustentan que los cambios conductuales se derivan del crecimiento de los niveles de estrés pudiendo incluir estados de nerviosismo, agotamiento corporal, tensión física y problemas cardíacos.<sup>30</sup>

#### ► 5.5.6 FASES DEL ESTRÉS. <sup>55</sup>

- Selye fue quien generó inicialmente un modelo biológico del estrés, concibiéndolo como un sistema de fases. Él identificó tres fases en la respuesta fisiológica al estrés que son componentes del Síndrome General de Adaptación:
  - ▽ **Fase 1 (reacción de alarma):** indica que en la primera exposición a un estresor, la resistencia fisiológica en realidad disminuye un poco, mientras el organismo reúne sus fuerzas para la resistencia. Esta etapa se caracteriza por una baja resistencia ante los agentes productores de tensión.
  - ▽ **Fase 2 (resistencia):** depende mucho de la fuerza y la capacidad del individuo. Esta etapa se caracteriza por manifestaciones clínicas (físicas) y mentales.
  - ▽ **Fase 3 (agotamiento):** es la incapacidad de afrontar la tensión (estresor) por más tiempo, ocurre un desbalance homeostático (equilibrio interno) y fisiológico en el cuerpo, el organismo colapsa y cede ante la enfermedad. Como resultado del estrés continuo durante esta etapa, pueden surgir una variedad de enfermedades psicosomáticas, tales como: hipertensión, ataque al corazón, apoplejía o derrame cerebral, úlceras, trastornos gastrointestinales, asma, cáncer, migraña, alteraciones dermatológicas, entre otras condiciones.
- Apartando por ahora el contenido o significado de una situación estresante, se pueden señalar algunas de las características que más comúnmente suelen presentar y que parecen contribuir a la condición estresante de una determinada situación:

- ▽ **Cambio o novedad de la situación:** el mero cambio en una situación habitual puede convertirla en amenazante (por ejemplo, regresar a la casa en la noche y escuchar ruidos extraños). Una situación nueva resultará más estresante cuanto mayor sea la asociación que exista entre situaciones anteriores similares a ella y amenazas o daño.
- ▽ **Falta de información:** se produce un cambio, no hay información de lo que puede pasar, cuál es la demanda o qué se puede hacer para afrontarlo (por ejemplo, una enfermedad inesperada y de la cual no sabemos nada). Es importante la cantidad de información no solo en términos absolutos, sino en términos relativos o de predictibilidad.
- ▽ **Predictibilidad:** vinculada al grado en que se puede predecir lo que va a ocurrir (por ejemplo, enfrentarse a una persona desagradable en la calle sin poder predecir qué va a hacer). Las situaciones ambiguas son más estresantes que aquellas donde resulta fácil predecir lo que va a suceder, aunque sea amenazante.
- ▽ **Incertidumbre:** probabilidad de que un evento ocurra, sea o no predecible (por ejemplo, no se sabe la certeza con que un tumor extirpado pueda reproducirse). Hunter (1979), estudiando 4 grupos de mujeres cuyos maridos habían peleado en Vietnam (desaparecidos en combate, prisioneros de guerra, muertos en combate y que habían regresado a casa tras participar en la guerra), encontró que la adaptación de esas mujeres era peor a medida que aumentaba el grado de incertidumbre en cada situación. La incertidumbre puede provocar dilatados procesos de valoración que crean sentimientos de desesperanza, y finalmente, confusión.
- ▽ **Ambigüedad de la situación estresora:** hace referencia a si la situación es clara o suficiente para ser interpretada (por ejemplo, exceso de datos que no permite saber qué hacer con ellos). Puede producirse por falta de información o por exceso de ella y puede convertirse en una fuente amenazante.
- ▽ **Inminencia de la situación estresora e incertidumbre:** en dependencia del intervalo de tiempo desde que se predice una situación hasta que ocurre. Mientras más inminente es un acontecimiento, es valorado como más estresante. Si no se sabe en qué momento preciso se va a producir (incertidumbre), aumenta la respuesta de estrés (por ejemplo, cuándo exactamente comenzará un ataque que se está viendo desde hace algún tiempo como inminente). Esto es relativo, en función de las habilidades que se tengan para evaluar la situación y seleccionar respuestas adecuadas.
- ▽ **Falta de habilidades o conductas para enfrentar y manejar la situación:** enfrentarse a una situación para la que no se dispone de conductas eficaces, implica también indefensión (por ejemplo, ante el reencuentro con una persona significativa, cuando no sabemos cómo reaccionar).

- ▽ *Alteración de condiciones biológicas del organismo*: como el consumo de sustancias (té, café, tabaco, anfetaminas, alcohol), condiciones ambientales extremas (frío, calor, ruidos, humedad), la realización o no de ejercicios. Una persona de cierta edad, necesitada de tranquilidad, puede alterarse muy fácilmente con una música de alto volumen en una discoteca.
- ▽ *Duración de la situación de estrés*: mientras más duradera sea la situación, mayores consecuencias negativas tiene para la persona, pudiendo provocar trastornos psíquicos o psicofisiológicos como depresión, hipertensión, insomnio, entre otros.
- Lazarus y Folkman (1986), mencionan que el estrés laboral se ocasiona cuando la persona contempla que las demandas laborales son superiores o exceden sus recursos de adaptación ante dicha situación. Por lo tanto, el estrés laboral hace referencia a un proceso de interacción complejo establecido por las características del empleado y del entorno de trabajo.

▶ 5.5.7 TIPOS DE ESTRÉS. <sup>55</sup>

- Se han establecido dos tipos o formas de estrés. Uno de estos es positivo (Eustrés) y el otro es negativo (Distrés):

→ ***Eustrés.***

- ▽ Representa aquel estrés donde el individuo interacciona con su estresor pero mantiene su mente abierta y creativa, y prepara el cuerpo y la mente para una función óptima. En este estado de estrés, el individuo deriva placer, alegría, bienestar y equilibrio, así como experiencias agradables y satisfactorias.
- ▽ La persona con estrés positivo se caracteriza por ser creativo y motivado, es lo que lo mantiene viviendo y trabajando. El individuo expresa y manifiesta sus talentos especiales y su imaginación e iniciativa en forma única/original. Se enfrentan y resuelven problemas.

→ ***Distrés.***

- ▽ Este tipo de estrés produce una sobrecarga de trabajo no asimilable, la cual eventualmente desencadena un desequilibrio fisiológico y psicológico que termina en una reducción en la productividad del individuo, la aparición de enfermedades psicosomáticas y en un envejecimiento acelerado. Es todo lo que produce una sensación desagradable.

- ▽ La vida cotidiana se encuentra repleta de los estresantes negativos, tales como un mal ambiente de trabajo, el fracaso, la ruptura familiar, un duelo, entre otros.
- ▽ Un mismo estrés puede ser positivo para unos y negativo para otros, como lo puede ser la promoción profesional. Esto implica que cada persona responde de diferentes maneras ante los estresantes. Un estrés en principio positivo puede convertirse en nocivo en dependencia de su intensidad.
- ▽ Si bien el ambiente físico puede ser un generador de estrés, es en el ambiente social donde se dan la gran mayoría de las situaciones que lo provocan.
- ▽ Mientras algunos autores han considerado los cambios vitales, pérdidas de personas o relaciones importantes, nueva situación laboral o nacimiento de un hijo, por poner unos ejemplos, como los desencadenantes del estrés, otros señalan que los acontecimientos diarios, pequeñas contrariedades, al ser más frecuentes y próximos a la persona, pueden alterar en mayor medida la salud. Es posible que ambos tipos se relacionen y determinen de forma mutua.

#### ► 5.5.8 EPIDEMIOLOGÍA.<sup>56</sup>

- De acuerdo con una encuesta, casi tres cuartas partes de la población mexicana sufre de estrés al menos una vez en el transcurso de cada semana, lo cual podría ser perjudicial para su salud. El 58% de los mexicanos admite haber tenido problemas de salud a causa del estrés, estado de cansancio mental que puede derivar en otros problemas de salud y que, por tanto, puede afectar la calidad de vida de las personas, de acuerdo con los resultados de la encuesta “Estrés, sus causantes y consecuencias en la salud”, realizada por el Centro de Opinión Pública de la Universidad del Valle de México (UVM).
- El estudio revela que los problemas de salud ocasionados por el estrés son: dolor de cabeza (56%), cansancio (44%), falta de energía (38%) y colitis (34%). Además, 22% de los participantes también indica haber sufrido depresión; la mayoría de quienes presentaron este último padecimiento son jóvenes de entre 18 y 24 años (24%) y en igual porcentaje, personas de 35 a 44 años. La gastritis y colitis son problemas que afectaron en mayor porcentaje a mujeres en 64 y 69%, respectivamente.
- Entre los principales síntomas que la población identifica al sentirse estresado, se encuentra el dolor de cabeza y tensión muscular, con casi el 50%, mientras que el cansancio, irritabilidad y ansiedad dijo padecerlo, el 41%, 36% y 33%, además de dificultad para dormir, en 28%. En otros datos, el 67% de los mexicanos encuestados considera que el estrés necesita tratamiento, 21% piensa que no lo necesita y 13% lo desconoce.

- Entre aquellos que opinan que el estrés requiere ser atendido, la mitad estima que se debe acudir con un psicólogo o terapeuta, 25% mediante la ocupación en alguna actividad, 18% con medicamentos y 15% más a través de charlas con amigos y familiares.
- De acuerdo con el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), algunas medidas para prevenir el estrés son realizar actividades que la persona disfrute y llevar a cabo técnicas de relajación.
- Sin embargo, según los resultados de la encuesta, únicamente 41% de los participantes se toma tiempo para relajarse con alguna frecuencia, en tanto que un porcentaje mayor, 48% realiza con asiduidad actividades que disfruta.
- Algunas actividades que los mexicanos realizan para reducir el estrés son, realizar ejercicio o actividad física, escuchar música y ver televisión, entre el 20% y 17%. En otros casos menos saludables, 13% respondió que fumar, y 7% más, comer.

► 5.5.9 DIAGNÓSTICO. <sup>48</sup>

- De la misma manera que no hay una única respuesta ante situaciones estresantes, tampoco las consecuencias son siempre las mismas, aunque hay una serie de enfermedades y trastornos físicos y psicológicos que suelen afectar a las personas que padecen el estrés.
- Todos estos signos y síntomas son importantes para poder obtener un diagnóstico del estrés. En la actualidad es difícil diagnosticar el estrés, pero existen una serie de indicadores para determinar en qué nivel de estrés se encuentra una persona:
  - ▽ **Un nivel indicador es el nivel cognitivo**, se caracteriza por pensamientos y sentimientos de miedo y aprensión. La persona da vueltas a las cosas, no encuentra solución a sus problemas, se preocupa por cuestiones sin importancia y no sabe solucionar pequeños problemas, que se convierten en una obsesión. Se crea una sensación de inseguridad y aparecen dificultades en la concentración, lo que conlleva a una falta de atención.
  - ▽ **Otro nivel indicador es el nivel fisiológico**. El estrés se manifiesta con gran variedad de síntomas físicos como dolores de cabeza, hipertensión, debilidad, alteraciones del sueño, sensaciones de ahogo, aumento de la sudoración, molestias en el estómago, enfermedades en la piel, tensión generalizada, dolor de cuello, de espalda, dolor de pecho que simula infarto de corazón, etc.

- ▽ **Y el último nivel indicador es el nivel motor.** Se producen acciones observables como llorar con facilidad, aumenta la frecuencia de hábitos compulsivos como comer, fumar o beber alcohol, aparecen tics nerviosos, problemas sexuales, comportamientos extraños y sin finalidad, y por último el deseo de huida para evitar la situación que provoca la sensación de estrés.
- Los médicos también deben comprobar que los síntomas no sean consecuencia del uso de un fármaco o de otro trastorno.

▶ 5.5.10 TRATAMIENTO.<sup>48</sup>

- El tratamiento va a depender de la persona, la afectación y/o repercusiones que se hayan presentado en su salud y sus decisiones para manejar la situación. Lo más común, es que se usen estos dos tratamientos:
  - ▽ **Psicoterapia.** En la literatura la psicoterapia cognitivo conductual focalizada en el trauma es la herramienta terapéutica más frecuentemente recomendada. Sin embargo, existen intervenciones menos específicas pero útiles para apoyar a estos pacientes. La psicoeducación es una herramienta ampliamente disponible y de utilidad para disminuir la sintomatología.
  - ▽ Explicar a los pacientes sus síntomas, normalizar la vivencia y respuesta al evento traumático, e infundir esperanza de recuperación son intervenciones que redundan en un alivio para estas personas.
  - ▽ **Farmacoterapia.** Si bien existen distintos grupos de medicamentos que se han utilizado para el manejo de estos pacientes, pensando tanto en el alivio sintomático como en la disminución de la progresión del cuadro a un trastorno por estrés, como regla general se debe tratar de evitar el uso de fármacos y potenciar el apoyo y las intervenciones psicoterapéuticas.
- Además, existen 4 puntos fundamentales para el tratamiento del estrés: alimentación, fisioterapia en el que se maneja el ejercicio físico, relajación y por último la fitoterapia.
  - ▽ **La alimentación** es un factor importante en la vida diaria en la que se debe tener una dieta adecuada que es aquella que tiene una cantidad adecuada en calorías, comidas nutritivas, ensaladas, frutas y granos, estos alimentos contienen nutrientes, vitaminas, minerales, enzimas y otros compuestos que pueden ayudar a nuestro organismo a dominar el estrés.

- ▽ Cuando el estrés se da de manera prolongada hace que las reservas de nuestro cuerpo se agote rápidamente provocando que el organismo sea más vulnerable; por eso tener una alimentación adecuada es importante, ya que si una persona no tiene un adecuado balance en la alimentación puede llegar a sentirse débil y tener una disminución en sus defensas.
- ▽ **El ejercicio físico** es una buena forma de afrontar el estrés porque es una forma saludable de dejar salir la energía contenida y la tensión del organismo debido a que el ejercicio obliga al cerebro a producir endorfinas, que son potenciadores naturales del estado de ánimo, y que se generan con el movimiento del cuerpo, logrando así olvidar frustraciones y otras tensiones.
- ▽ **La práctica de actividad física** pone en funcionamiento al organismo de forma diversa, pero esta se debe realizar de forma adecuada para que ayuden a la prevención de enfermedades ya que los beneficios que da el hacer ejercicio son a diferentes niveles por ejemplo a nivel cardiovascular, respiratorio, metabólico, articular, muscular y psicológico. A nivel muscular y articular mejora la movilidad, la amplitud de movimiento, mayor tono muscular, elasticidad, también coordinación. A nivel cardiovascular podremos lograr un mejor aporte sanguíneo en el organismo logrando así incrementar la energía y la oxigenación corporal. Es también importante mencionar que tiene un efecto muy positivo a nivel psicológico porque ayuda a distraer nuestra mente lo cual influye sobre la memoria y procesos cognitivos y se mejora la capacidad subjetiva de afrontar el estrés.
- ▽ **La fisioterapia** es una de las mejores alternativas de tratamiento ya que se aplican diferentes técnicas manuales, una de ellas es la masoterapia en la que se tiene diferentes técnicas especializadas como, puntos de presión llamados puntos gatillos, masaje de drenaje, amasamiento y otros. La masoterapia o masaje terapéutico es una técnica que se utiliza para que haya mejor irrigación sanguínea, mejor circulación de la linfa, para mejorar contracturas, mejor movimiento y de esta manera lograr relajar al paciente. Con la manipulación correcta de puntos clave en el cuerpo se logra favorecer la liberación de endorfinas, sustancias que nos dan una sensación de bienestar que ayudan a combatir el dolor y de esta manera relajar al cuerpo.
- ▽ Las endorfinas son las mismas sustancias que se liberan al reír; por lo que ayuda a combatir la depresión y los estados de ánimo negativos. También actúa a nivel del sistema nervioso, elimina el insomnio, y eleva el rendimiento, aumenta la conciencia de sí mismo, relaja la mente, favorece la concentración y la claridad mental, desbloquea emociones atrapadas entre los tejidos y sensibiliza profundamente.

- ▽ **La fitoterapia**, ha sido transmitida de generación en generación para aliviar dolencias por lo cual el uso de plantas se ha ido incrementando en los últimos años. Esta es una terapia natural importante para aliviar diversos malestares en el que cada planta tiene un efecto específico en el organismo, en el caso del estrés existen plantas específicas que ayudan a relajar el organismo, poder tener un buen descanso y sueño y de esta forma controlar los nervios. Algunas plantas medicinales que ayudan a relajar el cuerpo son:
- **Hierbaluisa**: La hierbaluisa tiene muy buenas propiedades relajantes, se utiliza tanto para problemas de estrés, ansiedad, insomnio o nerviosismo en general. También se consume por sus propiedades digestivas, es decir, elimina los gases intestinales, y antiespasmódica, por lo que ayuda a conseguir una buena digestión y evitar o aliviar los cólicos.
  - **Valeriana**: Las flores de valeriana son el remedio más popular para el tratamiento del estrés. Tiene efectos Tranquilizantes, especialmente indicada para el descanso y para conciliar el sueño. También se recomienda para aliviar los dolores producidos por la menstruación.
  - **Albahaca**: Es un aromatizante ideal para ensaladas, quesos o pastas y contiene propiedades digestivas, ya que relaja el sistema nervioso local. Es decir, tomar una infusión de albahaca o una ensalada con albahaca resulta un buen remedio para calmar los "nervios en el estómago".
  - **Tila**: La tila es un extraordinario remedio contra el nerviosismo. Se suele utilizar en forma de infusión de sus flores, y combina muy bien con la valeriana, con la hierbaluisa o la manzanilla.
  - **Espino blanco**: Sobre todo, podemos destacar su acción cardiovascular, ya que actúa como hipotensor y mejorando la circulación sanguínea gracias a que ayuda al corazón a bombear la sangre con más fuerza. Pero también cabe destacar su efecto sedante del sistema nervioso simpático (actos voluntarios), por lo que se suele administrar para casos leves de ansiedad, nerviosismo o incluso tos nerviosa.
  - **Amapola**: Los alcaloides de la amapola son rhoeadina, rearrubina y reage-nina, se encuentran en alta concentración en sus pétalos y tallo y tienen propiedades sedantes, por lo que es muy utilizada en casos de insomnio, ansiedad, depresión, nerviosismo, etc.

- *Melisa*: También es conocido como toronjil. Su nombre "melisa" proviene del griego, que significa "abeja". Su propiedad predominante es la relajante, por lo que se utiliza comúnmente en casos de estrés, problemas de insomnio o ansiedad. Tiene también efectos antiespasmódicos, es decir, que viene muy bien en caso de esfuerzos físicos, para aliviar la tensión muscular, y también para aliviar los espasmos del aparato digestivo.
  - *Lavanda*: Su olor es muy agradable. Alivia y relaja los nervios. Indicado en casos de tensión, insomnio, estrés o ansiedad. También tiene propiedades antiespasmódicas, antisépticas y diuréticas se suele utilizar en aceite esencial puro, es decir, su extracto puro y de alta concentración.
  - *Azahar*: Sus flores tienen propiedades sedantes y antiespasmódicas y está especialmente indicado para personas que padezcan estrés y ansiedad así como irritabilidad, con la ventaja de que no tiene efectos secundarios.
- Estas son solo algunas de las muchas plantas medicinales que se encuentran en la naturaleza que hoy podemos utilizar para combatir el estrés.

#### ► 5.5.11 COMPLICACIONES. <sup>57</sup>

- Los cambios en el cuerpo que ocurren durante los momentos de estrés pueden ser muy beneficiosos cuando ocurren por corto tiempo. Pero cuando esto sucede por mucho tiempo, la producción excesiva de las hormonas de estrés puede perjudicar su salud.
- El estrés crónico a largo plazo causa desgaste y deterioro del cuerpo; las consecuencias a la salud pueden incluir:
  - Sistema digestivo: Dolor de estómago, se incrementa la actividad del colon, lo cual puede producir diarrea.
  - Obesidad: Aumento del apetito, lo cual contribuye al incremento de peso. El sobrepeso o la obesidad conlleva un riesgo de contraer diabetes o enfermedad cardiovascular.
  - Sistema inmunitario: Debilitamiento del sistema inmunitario y, por consiguiente, puede sufrir más resfriados y otras infecciones.
  - Sistema nervioso: Ansiedad, depresión, pérdida de sueño y falta de interés en actividades físicas. La memoria y la capacidad de decidir pueden verse afectadas.

→ Sistema cardiovascular: Aumento de la presión sanguínea, frecuencia cardiaca y grasa en la sangre (colesterol y triglicéridos). También elevación del nivel de glucosa en la sangre especialmente de noche, y aumento del apetito. (Todos esos efectos son factores de riesgo para enfermedades cardíacas, aterosclerosis, derrames, obesidad y diabetes.)

#### ▶ 5.5.12 CONSECUENCIAS.

- El estrés es una condición, en la cual, el individuo padece diferentes desordenes, muchas veces derivados por la inadecuada adaptación al medio social, que pueden agudizarse con los estados de tensión constantes, motivo por el cual, el organismo responde con una serie de trastornos fisiológicos y psicológicos, muchos de estos, pueden controlarse en función de la gravedad o del tipo de estrés que se padece, involucrando una serie de cambios en el estilo de vida que se lleva. <sup>48</sup>
- El estrés, sobre todo el crónico o distrés, tiene diferentes consecuencias en la vida del sujeto y perjudica, muchas veces, su salud emocional y física, lo cual también afecta otros contextos de su existencia, tales como las relaciones interpersonales, el desempeño laboral y académico y la vida familiar. <sup>8</sup>
- Existen categorías de eventos vitales estresantes comunes, como son: enfermedad prolongada, enamoramiento, embarazo no deseado, matrimonio, muerte del cónyuge o de un familiar cercano, desintegración familiar, divorcio, promoción laboral con aumento de sueldo, pérdida del trabajo, préstamo o hipoteca, jubilación, adquisición de una vivienda, vacaciones, problemas legales graves, etc. <sup>8</sup>
- Los resultados negativos del estrés, en el área laboral, están encasillados en: efectos fisiológicos, dificultad para respirar, incremento del ritmo cardíaco, tensión muscular; efectos cognitivos, preocupaciones, dificultad para tomar de decisiones, sensación de desconcierto; y efectos motores, tartamudeo, hablar rápido, temblores. <sup>8</sup>
- Hidalgo (2000) indica que el estrés es, el motivo directo e indirecto, de la producción de accidentes laborales, así como otros efectos perjudiciales para la salud de los empleados, en el área laboral, social y familiar de la persona expuesta al estrés. Si las exigencias del acontecimiento sobrepasan los recursos de la persona, tenderá a ocasionar una situación de estrés y como resultado de esto, enfermedades, suicidios y ausentismo profesional. <sup>8</sup>

## 5.6 DEPRESIÓN.

### ▶ 5.6.1 CONCEPTO. <sup>30</sup>

- Según Beck (2002), define la depresión como el resultado de una interpretación errónea a una situación o acontecimiento que el paciente afronta. La depresión es un trastorno mental frecuente, se caracteriza por la presencia de tristeza, anhedonia, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración (OMS, 2017).

### ▶ 5.6.2 ETIOLOGÍA.

- La depresión no es provocada por un solo factor; lo habitual es que en ella intervengan varios elementos. Aunque la causa exacta de la depresión no está clara, la investigación ha mostrado que en muchos casos puede ir asociada a una carencia o desequilibrio de varios neurotransmisores, incluyendo la serotonina y la noradrenalina. No está claro por qué algunas personas se deprimen y otras no. <sup>58</sup>
- En algunos casos sucede sin razón aparente, y en otros se ve desencadenada por un acontecimiento determinado, por un hecho negativo, o por la suma de una serie de golpes psicológicos o traumáticos para el individuo. Las personas cuyos parientes cercanos han sufrido depresión, son más propensas a tener esta enfermedad. Por otra parte, la depresión afecta aproximadamente al doble de mujeres que de hombres. <sup>58</sup>
- Según la OMS (2020), quienes han atravesado circunstancias vitales adversas (desempleo, luto, traumas psicológicos) son más propensos a sufrir depresión.
- A su vez, ésta puede generar más estrés y disfunción o empeorar la situación vital de quien lo padece. ***Es por esto, que la depresión es el resultado de interacciones complejas entre factores biológicos, psicológicos y sociales.*** <sup>30</sup>
- Guadarrama, Escobar, y Zhang, consideran que la depresión tiene muchas causas, entre las cuales están: factores genéticos; factores químicos (alteraciones de neurotransmisores); factores psicosociales, como experiencias adversas en la infancia, dificultades cotidianas y crónicas, sucesos indeseables en la vida, red social limitada, baja autoestima.
- En la mayoría de los pacientes, la combinación de factores familiares, biológicos, psicológicos y sociales causan los episodios depresivos, los cuales desarrollan su capacidad patogénica a través del tiempo. <sup>59</sup> También se debe considerar:

→ **Factores genéticos:** <sup>30</sup>

- La influencia genética es más marcada en pacientes con formas graves de trastorno depresivo y síntomas de depresión endógena. El riesgo de morbilidad en parientes de primer grado (padres, hermanos o hijos) se ha acrecentado en todos los estudios que se han realizado, y es independiente de los efectos del ambiente o educación. Los marcadores genéticos potenciales para los trastornos del talante han sido localizados en los cromosomas X, 4, 5, 11, 18 y 21.
- En un estudio reciente, se realizaron pruebas para conocer por qué experiencias estresantes llevaron a la depresión a algunas personas pero no a otras. Los resultados arrojaron que un polimorfismo funcional en la región promotora del gen transportador de la serotonina (5-HTT) modificaba la influencia de los eventos estresantes cotidianos en la depresión. En los sujetos que poseen una o dos copias del alelo corto del 5-HTT se evidenciaron más síntomas depresivos, depresión diagnosticable y tendencias suicidas con relación a eventos estresantes en comparación con los individuos con un solo alelo.
- Ese estudio epidemiológico proporciona la evidencia de la interacción genético-ambiental, en la cual la respuesta de un individuo a los estímulos ambientales es dada por la organización genética del mismo.

→ **Alteraciones de neurotransmisores:** <sup>60</sup>

- Existe evidencia que los niveles anormales de serotonina (5-hidroxitriptamina, 5-HT), norepinefrina y dopamina, neurotransmisores aminérgicos, que intervienen en las neuronas del sistema nervioso central, podrían ser significativos en la fisiopatología de la depresión. Algunas de ellas son:

▽ Serotonina.

- La serotonina cumple una importante acción en el talante, conducta, movimiento, evaluación del dolor, actividad sexual, apetito, secreciones endocrinas, funciones cardíacas y el ciclo de sueño-vigilia.
- En los núcleos del rafé se produce la mayor cantidad de serotonina, esencialmente en el noveno núcleo del rafé, que se halla encordado entre la línea media del puente y el bulbo raquídeo, estructuras que forman parte del tallo cerebral. La serotonina es generada a partir del aminoácido triptófano, el cual es trasladado a través de la barrera hemato-encefálica hasta las neuronas por el gran transportador neutral de aminoácidos (LNAA).

- El LNAA también mueve otros aminoácidos: tirosina, valina, leucina e isoleucina por medio de la barrera hematoencefálica. El triptófano debe combatir con estos otros aminoácidos para el transporte en el cerebro.
- Por lo tanto, la cantidad de triptófano transportado depende tanto de su concentración como de la concentración de los otros aminoácidos en el cuerpo, ya dentro de la neurona, se lleva a cabo el proceso de síntesis de serotonina.

#### ▽ Noradrenalina

- El locus coeruleus (LC) es el núcleo del encéfalo, en el tallo cerebral, que produce la noradrenalina (NA); las neuronas del LC envían sus axones principalmente a las estructuras límbicas, que contienen la amígdala, la formación hipocámpica y la corteza prefrontal. El locus coeruleus, es parte de la formación reticular, tiene actividad tónica como marcapaso.
- La actividad de las neuronas del LC incrementa significativamente en la vigilia y en episodios de estrés, en los cuales su actividad neuronal alcanza niveles de intensidad máxima, y de esa manera consigue alertar al organismo lo necesario para sobrevivir. Es lógico aceptar que el estrés crónico produce depresión reactiva, como se observa en los modelos animales de depresión, y que las reservas de NA en el LC obviamente tienden a llenarse, lo que lleva a mantener el estado de depresión reactiva; en el caso de individuos con depresión secundaria al estrés crónico ocurre un fenómeno fisiológico similar.
- La falta de este neurotransmisor o su inestabilidad con la serotonina puede ser la causa de psicosis depresiva unipolar o bipolar; los medicamentos antidepresivos específicos están encaminados a mejorar la actividad de la noradrenalina en la sinapsis.

#### ▽ Dopamina

- La dopamina es una catecolamina que se forma por las neuronas pigmentadas en la parte compacta del Locus níger; y en neuronas de la parte ventral del tegmento mesencefálico; de aquí se origina la vía que está entre la substantianigra y el cuerpo estriado (vía nigroestriada), la vía que va del área tegmental ventral del mesencéfalo hacia el nucleus accumbens del sistema límbico y a la corteza prefrontal (vía mesolímbico-cortical).
- Una tercera vía dopaminérgica se forma de neuronas del túbulo de la hipófisis a la adenohipofisis (vía tuberohipofisaria), sin embargo, esta última únicamente participa en la síntesis de prolactina.

- Este neurotransmisor, en las vías mesocortical y mesolímbica, interviene en el mantenimiento del estado de alerta. Proviene del aminoácido tirosina y la síntesis es por la misma vía que para la noradrenalina
- *La serotonina y la noradrenalina tienen fuerte dominio en los patrones de conducta y función mental, mientras que la dopamina está implicada en la función motriz. Estas tres sustancias son esenciales para un funcionamiento normal del cerebro; por esta razón, dichos neurotransmisores han sido el foco de estudios neurocientíficos durante muchos años.*
- Harvey, McEwen, y Stein, consideran importante la interacción de estos tres neurotransmisores, puesto que desde hace 50 años existe la nominada “hipótesis de las monoaminas en la depresión”, que se ha utilizado para exponer los efectos benéficos de los antidepresivos tricíclicos y de los inhibidores de la monoaminoxidasa (MAO).
- En su forma inicial la hipótesis planteó que la depresión era originada por un déficit funcional de las monoaminas, noradrenalina y serotonina en sitios claves del cerebro, mientras que la manía era provocada por el exceso funcional de éstas; y que los agentes antidepresivos ejercían su efecto facilitando la neurotransmisión monoaminérgica a través del incremento de los niveles de las monoaminas en las terminales sinápticas.<sup>61</sup>
- La clínica psiquiátrica identifica los trastornos de personalidad asociados con la depresión, como la personalidad ciclotímica, la personalidad histriónica y la personalidad obsesivo-compulsiva.<sup>30</sup>
- La depresión no solo forma parte de un problema médico, sino también de un fenómeno social.<sup>62</sup> Entre las causas sociales que contribuyen en la aparición del trastorno se encuentran: la separación matrimonial, el divorcio, pertenecer a clases inferiores, la situación socioeconómica no favorable, la inestabilidad laboral, el aislamiento social, los conflictos en el área familiar o laboral.<sup>30</sup>
- En lo referente a los estresores laborales, han hecho hincapié en algunos como: el elevado número de horas laborales, la cantidad de turnos nocturnos.<sup>63</sup>
- También consideran como elementos dañinos para la salud mental de los trabajadores del área de salud las requerimientos o demandas psicológicas relacionadas con la atención a los pacientes, y los años de experiencia adquiridas en los servicios de urgencias.<sup>30</sup>

- Algunas investigaciones también han demostrado que la presión laboral está asociado con la depresión y al agotamiento emocional en el personal de salud, debido a que su trabajo se caracteriza por la insuficiente autonomía y grandes exigencias psicológicas.<sup>30</sup>

▶ 5.6.3 FACTORES DE RIESGO.<sup>58</sup>

- Existe un amplio grupo de factores de riesgo identificados para la depresión, son factores personales, cognitivos, sociales, familiares y genéticos, cuya presencia puede aumentar el riesgo de padecer una depresión aunque se desconoce el peso de cada uno de ellos en relación a las circunstancias y al momento de la vida en que se desarrollan.
- Los más significativos son los siguientes:
  - Antecedentes personales y/o familiares de depresión.
  - Acontecimientos vitales adversos: Pérdida de empleo, perdida de seres queridos, mascotas, aislamiento, soledad, divorcio, etc.
  - Situaciones de estrés continuo.
  - Problemas para relacionarse con otras personas.
  - Situaciones conflictivas en el entorno (por ejemplo, el trabajo u hogar).
  - Haber sufrido traumas físicos o psicológicos (maltrato físico, abuso sexual).
  - Padecer una enfermedad física seria o problemas crónicos de salud.
  - Problemas económicos.
  - Abuso de sustancias (alcohol, drogas, psicofármacos).
  - Factores genéticos.
  - Tras el parto, algunas mujeres son más vulnerables a la depresión. Los cambios hormonales y físicos junto con las nuevas responsabilidades con el recién nacido pueden ser difíciles de asumir.

→ Tener una personalidad con alguna cualidad extrema (inseguridad, dependencia, hipocondría, perfeccionismo, autoexigencia) predispone a padecer depresiones.

#### ▶ 5.6.4 SIGNOS Y SÍNTOMAS. <sup>30</sup>

● Según la Asociación Americana de Psiquiatría (2014) los síntomas de la depresión son:

→ Estado de ánimo depresivo.

→ Disminución importante del interés o el placer en casi todas las actividades.

→ Apetito aumentado o disminuido, o pérdida importante (no relacionada con la dieta) o incremento en el peso corporal (p. ej.  $\geq 5$  % en un mes).

→ Insomnio o hipersomnia.

→ Agitación o inhibición psicomotora.

→ Sensación de fatiga o pérdida de energía.

→ Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva.

→ Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse o para tomar decisiones.

→ Pensamientos recurrentes de muerte (no solo temores a la muerte), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intentos de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

● Por otro lado, Thomen (2020), considera que los síntomas generales de la depresión se dividen en 5 grupos:

##### **1. Síntomas psicológicos de la depresión:**

→ Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día.

→ Sentimiento de inutilidad y/o culpabilidad excesiva o inapropiada.

→ Pensamientos de muerte recurrentes, no únicamente temor a morir, presencia de ideas suicidas recurrentes, sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para realizarlo.

## **2. Síntomas físicos de la depresión:**

→ Alteraciones del sueño como insomnio o hipersomnia.

→ Pérdida o incremento de peso.

→ Movimientos disminuidos, lentos y sin energías.

## **3. Síntomas conductuales de la depresión:**

→ Presencia de una importante disminución del interés o el placer por la realización de actividades sobre las cuales antes se disfrutaba.

## **4. Síntomas cognitivos de la depresión:**

→ Disminución de la capacidad para pensar, concentrarse y/o para tomar decisiones.

## **5. Síntomas sociales de la depresión:**

→ Aislamiento de relaciones personales y en los ambientes en los que se solía frecuentar.

### **▶ 5.6.5 CLASIFICACIÓN. <sup>64</sup>**

- La depresión se clasifica en leve, moderada y grave. Otra clasificación sería: mayor, menor, atípica y distimia.

#### **→ *Depresión mayor***

- Se diagnostica cuando el paciente presenta 5 síntomas o más de los anteriormente citados durante al menos 2 semanas, aunque, por lo general, se prolongan durante meses.

#### **→ *Depresión menor***

- Si el paciente presenta menos de 5 síntomas durante, al menos, 2 semanas.

→ **Depresión atípica**

- Cuando se presenta acompañada de síntomas inusuales, como alucinaciones o delirios.

→ **Distimia**

- Es una forma de depresión crónica leve que puede durar hasta 2 años.
- *Otras formas de depresión son: posparto, trastorno disfórico premenstrual, trastorno afectivo estacional y trastorno bipolar.*

→ **Depresión posparto**

- Es muy poco frecuente, se presenta en mujeres que acaban de dar a luz.

→ **Trastorno disfórico premenstrual**

- Aparecen síntomas depresivos una semana antes de la menstruación y desaparecen después.

→ **Trastorno afectivo estacional**

- Aparece durante el otoño e invierno, probablemente debido a la disminución de la luz solar y desaparece en primavera.

→ **Trastorno bipolar**

- El estado de ánimo se sitúa en ciclos alternativos de manía y depresión.

▶ **5.6.6 EPIDEMIOLOGÍA.**

- En algún momento de su vida, la cuarta parte de la población mundial padecerá un trastorno mental esquizoide, depresión, ansiedad o fobias.<sup>65</sup>
- En México, 15 de cada 100 habitantes sufre depresión, y la cifra podría ser mayor porque algunas personas jamás han sido diagnosticadas y viven hasta 15 años sin saber que tienen esta afección, que se manifiesta por un estado anímico de nostalgia profunda, indicó Alfonso Andrés Fernández Medina, subdirector de Información de la Dirección General de Divulgación de la Ciencia (DGDC) de la UNAM.<sup>65</sup>
- En México, de acuerdo a información de la Organización Mundial de la Salud (OMS), uno de cada cuatro mexicanos entre 18 y 65 años de edad ha padecido algún trastorno mental y sólo uno de cada cuatro pide ayuda.<sup>66</sup>

- De acuerdo con el maestro Josué Napoleón Huerta Hernández, profesor de la Facultad de Psicología de la Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla (UPAEP), la mayoría de las personas piensa que cuando hay un malestar físico inmediatamente acude al médico para su revisión, pero, cuando se presenta un malestar emocional, lo último que se le ocurre a la persona, es solicitar los servicios de un especialista en salud mental como es el caso de los servicios de un psicólogo.<sup>66</sup>
- En el marco del Día Mundial de la Salud Mental, que se conmemora este 10 de octubre, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) también reportó las cifras más recientes: el 67.4 por ciento de los mexicanos tiene sentimientos de depresión algunas veces al año, 9.7 por ciento diario, 11.5 por ciento semanalmente y 11.5 por ciento cada mes.<sup>66</sup>
- La encuesta del INEGI, con datos de 2017, arroja también que los adultos mayores de 65 años son los que más han sentido depresión, le siguen los mexicanos de 50 a 64 años (40.3%), de 30 a 49 años (34.3%), de 15 a 29 años (25.8%) y de 7 a 14 años (14.6%). Por sexo, las mujeres son quienes han tenido mayores sentimientos de depresión, con el 37.8%, mientras que los hombres solo el 26.8%.<sup>66</sup>

#### ► 5.6.7 DIAGNÓSTICO.<sup>58</sup>

- La sospecha clínica, la historia médica y social del enfermo suele aportar pistas de la presencia de depresión. Es importante diagnosticar la depresión debido a la elevada probabilidad de respuesta al tratamiento.
- Al evaluar al enfermo, pregunte por los cuatros síntomas frecuentes de la depresión en las personas adultas mayores: ansiedad, síntomas somáticos, falta de interés en las cosas que antes le agradaban, irritabilidad.
- Pueden existir síntomas psicóticos, ya sea asociados a la depresión, o como la forma de presentación de la misma. Interrogue sistemáticamente en busca de síntomas claves:
  - Sensación de tristeza o irritabilidad.
  - Pérdida de interés por actividades que antes le gustaban (aficiones, sexo, etc.).
  - Sentimientos de cansancio o de poca energía.
  - Variaciones en el apetito o en el peso.

- Variaciones en los patrones de sueño.
  - Dificultad para concentrarse o para tomar decisiones.
  - Visión pesimista del futuro, sin esperanza.
  - Sentimientos de inutilidad o falta de confianza en sí mismo.
  - Se hace reproches a sí mismo o se siente culpable sin causa justificada.
  - Ideas recurrentes de muerte o de suicidio.
- La presencia de cinco de estos síntomas (uno de ellos debe ser: tristeza o anhedonia que es pérdida de placer o pérdida de interés) durante dos o más semanas hace posible el diagnóstico de depresión.
  - La depresión puede coexistir con la demencia en sus etapas tempranas, en cuyo caso puede parecer un claro inicio del cuadro demencial, más que una evolución insidiosa a lo largo de un prolongado período, como es característico por ejemplo, en la demencia de tipo Alzheimer aislada.
  - Las respuestas poco coherentes en la evaluación del estado mental son comunes en la depresión, pero no suelen acompañarse de perturbaciones del lenguaje (disfasias) o síntomas parietales (apraxias).

#### ▶ 5.6.8 TRATAMIENTO. <sup>58</sup>

- Actualmente existen varios tratamientos eficaces contra la depresión que pueden ayudar significativamente a las personas afectadas. La elección del programa terapéutico adecuado es un proceso que ha de individualizarse con especial cuidado en el adulto mayor y que no sólo depende de la gravedad de la depresión, sino también de las preferencias de la persona afectada, casi tanto como de la opinión profesional del médico. Con frecuencia resulta muy beneficiosa la combinación de tratamientos.

#### → **PSICOTERAPIA:**

- Es un tratamiento eficaz para depresiones menos graves. No es lo mismo que charlar de los problemas con los amigos, la familia o la gente de alrededor, pues ellos solo pueden dar apoyo o consejo, escuchándole.

- La psicoterapia es algo distinto, es un tratamiento: es una técnica de conversación utilizada por el especialista para resolver los síntomas de depresión, los problemas de personalidad o carácter o para relacionar qué pudo provocar o empeorar la depresión.
- Esta técnica solo puede ser ofrecida por personal de salud capacitado y preparado. La persona que dirige la psicoterapia no hace charlar al paciente, sino que dirige la conversación de tal forma que ayuda a que desaparezcan sus síntomas.

→ **LOS FÁRMACOS ANTIDEPRESIVOS:**

- Pueden ser útiles para corregir los desequilibrios químicos causantes de una depresión. Hoy en día existe una gran variedad para elegir. En general, los fármacos antidepresivos funcionan aumentando la disponibilidad de neurotransmisores en el cerebro para restaurar el equilibrio químico.
- Los principales tipos de antidepresivos utilizados en las personas adultas mayores son los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), los antidepresivos tricíclicos (ATC), los inhibidores de la monoaminooxidasa (IMAO) y algunos otros antidepresivos nuevos cuyo uso generalmente corresponde al especialista.
- El proceso de selección del fármaco apropiado necesita de una estrecha colaboración entre el médico y el paciente para determinar cuál el más adecuado. Todos los fármacos antidepresivos tienen efectos secundarios que tarde o temprano hacen necesario el ajuste de la dosis o la prescripción de otro fármaco. Esto ocurre con mayor probabilidad con los fármacos tricíclicos y menos frecuentemente con los nuevos medicamentos inhibidores de la recaptación de serotonina o los inhibidores selectivos de la monoamino-oxidasa.
- El tratamiento ha de prolongarse al menos 6 meses después de la remisión de los síntomas. En depresión mayor o episodios recurrentes, la duración mínima del tratamiento debe de ser de un año, teniendo en cuenta que en este último caso puede necesitarse el tratamiento de por vida.

→ **LA TERAPIA ELECTROCONVULSIVANTE (TEC):**

- Puede resultar extremadamente útil en casos de depresión grave. La mayoría de los pacientes la toleran bien, incluidas las personas de edad. La TEC suele producir resultados con mucha rapidez, permitiendo el retorno a una vida más productiva. La modalidad unipolar y la posibilidad de administrarla bajo anestesia general y bloqueo neuromuscular minimizan sus efectos secundarios, su indicación necesita de valoración especializada.

- Este tratamiento tiene indicaciones precisas: fracaso o intolerancia a las medicaciones antidepressivas, depresiones graves con características psicóticas, riesgo grave de suicidio, situaciones somáticas comprometidas por la edad avanzada, necesidad crítica de alcanzar mejoría y pacientes que han mejorado anteriormente con TEC.

→ **PLAN DE SEGUIMIENTO.**

- El seguimiento en el consultorio es usualmente insuficiente. Siempre es útil la psicoterapia adyuvante y la psicoterapia mediatizada a través de las actividades sociales y de reactivación física. La prescripción farmacológica debe ir acompañada de un intenso seguimiento de la evolución de los síntomas físicos y psíquicos así como de los posibles efectos secundarios; la falta de respuesta en un plazo razonable (usualmente 3 o 4 semanas) obliga a la referencia a servicios especializados.

▶ 5.6.9 COMPLICACIONES.<sup>67</sup>

- La depresión es un trastorno grave que puede causar efectos devastadores tanto en ti como en tus familiares. La depresión suele empeorar si no se trata y puede derivar en problemas emocionales, de conducta y de salud que pueden afectar todos los aspectos de tu vida. Los ejemplos de las complicaciones relacionadas con la depresión comprenden:

→ *Sobrepeso u obesidad, que pueden derivar en enfermedades cardíacas o diabetes.*

→ *Dolor o enfermedad física.*

→ *Consumo inapropiado de alcohol o de drogas.*

→ *Ansiedad, trastorno de pánico y fobias sociales.*

→ *Conflictos familiares, dificultades en tus relaciones y problemas en la escuela o el trabajo.*

→ *Aislamiento social.*

→ *Sentimientos suicidas, intentos de suicidio o suicidio.*

→ *Automutilación, como por ejemplo cortes.*

→ *Muerte prematura a raíz de enfermedades.*

#### ► 5.6.10 CONSECUENCIAS. <sup>30</sup>

- La depresión es una alteración del estado de ánimo que produce pérdida de interés en la realización de las actividades cotidianas, disminución de la confianza personal, sentimiento de inferioridad, ideas de culpa, falta de concentración, abundancia en el sentimiento de incompetencia y cansancio.
- Los efectos de la depresión no atendida son graduales y de variable intensidad, que van desde el detrimento de la calidad de vida hasta el suicidio.
- Montesó, en su tesis doctoral, menciona que en la depresión leve existe una merma en el interés por la realización de actividades placenteras; en las depresiones más graves, el individuo puede refugiarse en actividades que le resulten en una gratificación inmediata como consumir sustancias, comer o beber en abundancia, las personas se tornan anhedónicas, también se produce una pérdida de vínculos afectivos que inician con la insatisfacción de las relaciones familiares, siendo indiferentes con aquellos que les rodean, culminando con la dispersión de todos los miembros de la familia.
- Toral, Aguilar, y Juárez indican que la depresión afecta en la vida laboral de las personas y determina la disminución en su efectividad en el trabajo, fenómeno conocido como “Síndrome de Burnout” o desgaste profesional.
- En el área de salud, puede considerarse más severo, ya que se pueden darse un mayor número de incidentes o iatrogenias por el carácter de la profesión, también puede causar una deficiente calidad y calidez en la atención de los pacientes, lo cual repercute en el proceso de recuperación.

## 5.7 SUICIDIO.

#### ► 5.7.1 CONCEPTO. <sup>68</sup>

- El Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2008) define el suicidio como "la acción de matarse a sí mismo". Durkheim (2004), en su célebre obra El Suicidio definió a éste como: "todo caso de muerte que resulte, directa o indirectamente, de un acto, positivo o negativo, realizado por la víctima misma, sabiendo ella que debía producir este resultado".
- La Organización Mundial de la Salud (OMS,) a su vez, señala que si bien el suicidio no es necesariamente la manifestación de una enfermedad, los trastornos mentales sí son un factor muy importante asociado con el suicidio.

- Los estudios realizados por la OMS para países tanto en vía de desarrollo como desarrollados revelan una prevalencia total de 80 a 100% de trastornos mentales en casos de suicidio consumado. Y se estima que el riesgo de suicidio en personas con trastornos como la depresión es de seis a 15%; alcoholismo, 7 a 15%; y con esquizofrenia, 4 a 10%.
- Pero también se señala que una proporción importante de las personas que cometen suicidio, muere sin haber consultado a un profesional en salud mental. Por lo tanto, se esperaría que la asociación entre trastorno mental y suicidio sea mucho mayor a lo que señalan estos datos.

► 5.7.2 ETIOLOGÍA. <sup>69,70</sup>

- Las conductas suicidas suelen ser el resultado de la interacción de varios factores.
  - ***El principal factor de riesgo remediable en el suicidio es la Depresión.***
- La duración de un episodio de depresión es el predictor más fuerte de suicidio. Además, el suicidio parece ser más frecuente cuando la angustia grave es parte de la depresión mayor o del trastorno bipolar.
- El riesgo de pensamientos e intentos de suicidio puede aumentar en los grupos de menor edad después de iniciar la administración de fármacos antidepresivos.
- Otros factores de riesgo para el suicidio incluyen los siguientes:
  - La mayoría de los otros trastornos mentales graves
  - Uso de alcohol, drogas ilegales y analgésicos recetados
  - Intentos previos de suicidio
  - Trastornos físicos graves, especialmente en la tercera edad
  - Trastornos de la personalidad; impulsividad
  - El desempleo y las crisis económicas
  - Experiencias infantiles traumáticas; antecedentes familiares de suicidio y/o trastornos mentales

- La muerte por suicidio es más frecuente entre las personas con un trastorno mental que entre los controles de la misma edad y género. Algunas personas con esquizofrenia mueren por suicidio, que es algunas veces, incitado por la depresión, a la cual estos pacientes son propensos. El método de suicidio puede ser extraño y violento. El intento de suicidio entre las personas con diagnóstico de esquizofrenia es más común de lo que se pensaba.
- El alcohol y el abuso de sustancias incrementan la desinhibición y la impulsividad y también empeoran el estado de ánimo, una combinación que puede ser mortal. Aproximadamente entre el 30 y el 40% de las personas que se suicidan han consumido alcohol antes del intento y alrededor de la mitad de ellos estaban intoxicados en ese momento. Los hombres y mujeres jóvenes impulsivos son particularmente susceptibles a los efectos del alcohol; en ellos, niveles moderados de intoxicación pueden conducir a métodos de suicidio más letales
- Sin embargo, las personas con trastorno de alcoholismo presentan mayor riesgo de suicidio, incluso cuando están sobrios. Los trastornos físicos graves, en especial los que son crónicos y dolorosos, contribuyen al 20% de los suicidios en la tercera edad.
- Las personas con trastornos de personalidad son propensas al suicidio, especialmente las que son emocionalmente inmaduras con un trastorno de la personalidad límite o antisocial, porque toleran mal la frustración y reaccionan impetuosamente al estrés con violencia y agresión.
- Algunos factores sociales (p. ej., problemas de pareja, acoso, arresto reciente, problemas judiciales) parecen estar relacionados con el suicidio. Después de estos acontecimientos, el suicidio suele ser el último recurso para estas personas ya en dificultades.
- Las experiencias infantiles traumáticas, sobre todo el estrés por abuso sexual o físico, o la privación de los padres, están asociados con los intentos de suicidio y probablemente con la concreción del acto.
- El suicidio se transmite en las familias, por lo que los antecedentes familiares de suicidio, los intentos de suicidio o los trastornos mentales están asociados con un mayor riesgo de suicidio en personas susceptibles.

### ► 5.7.3 FACTORES DE RIESGO.<sup>71</sup>

- Los factores de riesgo suicida se pueden dividir en fijos y modificables. Evidentemente, un buen tratamiento psiquiátrico difícilmente modificará los riesgos fijos, tales como el intento previo de suicidio, los factores genéticos, los de género, edad y etnia, el estado civil, la situación económica y la preferencia sexual.

- En cambio, los factores de riesgo modificables son, principalmente, la ansiedad y la depresión, sin restar importancia al acceso a los medios para cometer el suicidio, la interrupción de tratamientos médicos, el aislamiento social y las enfermedades crónicas.
- Es de destacar que la discapacidad asociada a los trastornos psiquiátricos suele conducir a pérdida del empleo y pobreza, a la ruptura de las relaciones personales y al aislamiento social, formando así un círculo vicioso. Los factores de riesgo se pueden dividir en:

### **1. Factores psicosociales.**

- Pérdida reciente.
- Pérdida de los padres en la infancia.
- Inestabilidad familiar.
- Abuso sexual, abuso físico, abuso psicológico.
- Rasgos de personalidad: Impulsividad, agresividad, labilidad de humor.
- Historia familiar de trastornos psiquiátricos.
- Depresión, Esquizofrenia, Ansiedad, Enfermedad bipolar, Alcoholismo, Suicidio Aislamiento social o soledad, Desesperanza.
- Estado civil: Viudos, separados/divorciados, solteros, casados.
- Historia previa de hospitalización por autolesiones.
- Tratamiento psiquiátrico anterior.
- No estar viviendo con la familia o no contar con alguien

### **2. Factores biopsiquiátricos.**

- Género masculino.
- Depresión.
- Alcoholismo.
- Drogadicción.
- Esquizofrenia.
- Trastornos de personalidad antisocial.
- Intento de suicidio previo.
- Enfermedades discapacitantes, dolorosas, terminales.
- Incapacidad para afrontar y resolver problemas

#### ► 5.7.4 SIGNOS Y SÍNTOMAS. <sup>72</sup>

- Debido a que las ideas suicidas tienen lugar en la mente de la persona, es importante mantenerse al pendiente de otros indicios que indiquen que dicha persona está teniendo pensamientos continuos sobre la muerte. Los siguientes son indicios y síntomas de las ideas suicidas y deben ser mencionados a los profesionistas de salud mental en caso de que se realice una valoración para evaluar las necesidades de cuidados psiquiátricos:

##### → **Síntomas del comportamiento:**

- Amenazas de conductas autolesivas
- Uso o abuso de drogas y/o alcohol
- Cambios extremos en el estado de ánimo; cambios en el temperamento
- Participar en conductas riesgosas
- Hablar sobre la muerte o escribir sobre este tema
- Aislamiento social o retraimiento
- Conductas autolesivas
- Disminución en el interés por las cosas que anteriormente se disfrutaban

##### → **Síntomas físicos:**

- Aumento o pérdida de peso
- Higiene inadecuada
- Ataques de pánico
- Insomnio o hipersomnia

##### → **Síntomas cognitivos:**

- Pensamientos intrusivos sobre la muerte
- Incapacidad para cumplir con las responsabilidades o los deberes; falta de enfoque
- Afectación de la memoria/ Incapacidad para concentrarse

##### → **Síntomas psicosociales:**

- Irritabilidad
- Incapacidad para sentir placer
- Cambios en el estado de ánimo; estado de ánimo depresivo
- Sentimientos de desesperanza o impotencia
- Agitación
- Niveles de ansiedad elevados

### ► 5.7.5 EPIDEMIOLOGÍA. <sup>73</sup>

- La ONU ha alertado que, en el marco de la crisis, es posible que en 2020 aumenten los suicidios y el abuso de drogas a nivel mundial. Según cifras del organismo, antes de la llegada de la pandemia de COVID-19, los niveles de ansiedad y depresión en el mundo ya eran alarmantes y le costaban a la economía mundial más de un billón de dólares cada año.
- “Las enfermedades mentales, principalmente la depresión y los trastornos por consumo de alcohol, el abuso de sustancias, la violencia, las sensaciones de pérdida y diversos entornos culturales y sociales constituyen importantes factores de riesgo de suicidio”, señala. Además, la depresión ya afectaba a 264 millones de personas en todo el mundo, y las afecciones de salud mental comienzan a manifestarse a muy temprana edad: los 14 años; esta situación deviene en que el suicidio sea la segunda causa de muerte de jóvenes de 15 a 29 años; tras el impacto de la pandemia: la orfandad, la enfermedad, la crisis económica y la falta de acceso a la educación, la estabilidad mental de los jóvenes (y de toda la población) ha pendido de un hilo este 2020.

#### → ***La angustia aumentó con la pandemia.***

- A nivel mundial la crisis de la pandemia ha provocado una mayor vulnerabilidad mental. Según información de Naciones Unidas, hay encuestas que indican que los sentimientos de angustia incrementaron en China, Irán y Estados Unidos. Pero se trata de una situación global.
- Las afecciones neurológicas ocultas también aumentan el riesgo de hospitalización por COVID-19, mientras que el estrés, el aislamiento social y la violencia familiar probablemente afecten a la salud cerebral y al desarrollo de los niños pequeños y los adolescentes.
- El aislamiento social, la reducción de la actividad física y la disminución de los estímulos intelectuales aumentan el riesgo de deterioro cognitivo y demencia en los adultos de más edad, advierte la ONU.

#### → ***Suicidios en México antes del COVID-19.***

- La cifras más recientes del Inegi sobre el suicidio en México son de 2018, cuando se registraron 6,710 muertes por lesiones autoinfligidas. Lo anterior significa una tasa de suicidio de 5.4 por cada 100 mil habitantes, un incremento respecto de 2017, cuando fue de 5.2.

- En los hombres la tasa de suicidios es de 8.9 fallecimientos por cada 100 mil hombres (es decir, 5,454 casos). En las mujeres es de 2 por cada 100 mil mujeres (1,253 casos). En el 88% de los casos fueron por ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación.
- “Las muertes por lesiones autoinfligidas se concentran en el grupo de 30 a 59 años con 46%; le sigue el grupo de jóvenes de 18 a 29 años con 34%, y las niñas, niños y adolescentes de 10 a 17 años con 10 por ciento”, señala el Instituto. “En el grupo de niñas, niños y adolescentes se reduce la diferencia entre hombres y mujeres que fallecieron por lesiones autoinfligidas, ya que 6 de cada diez fueron hombres y cuatro de cada diez, mujeres”.

#### ► 5.7.6 DIAGNÓSTICO. <sup>74</sup>

- Cualquier acto suicida, con independencia de si se trata de un gesto o un intento, debe ser tomado en serio. Cualquier persona que tenga una lesión autoinfligida debe ser evaluada y tratada de sus lesiones físicas.
- Si se confirmó una sobredosis de un fármaco potencialmente mortal, se deben tomar los pasos inmediatos para evitar su absorción y facilitar su excreción, administrar cualquier antídoto y proporcionar un tratamiento de apoyo.
- La evaluación inicial puede ser realizada por cualquier médico, sin embargo, la evaluación psiquiátrica debe realizarse en cuanto sea posible en todos los casos. Debe tomarse la decisión de si la persona necesita ser internada y si es necesario internarla o atarla en contra de su voluntad. Los pacientes que tienen un trastorno psicótico y algunos con una depresión grave y una crisis no resuelta deben ser internados en una unidad psiquiátrica.
- Los pacientes con manifestaciones de trastornos médicos potencialmente confusos (p. ej., delirio, convulsiones, fiebre) pueden necesitar ser admitidos en una unidad médica con las precauciones apropiadas.
- Después de un intento de suicidio, el paciente puede negar la existencia de problemas, porque la depresión profunda que lo llevó al acto suicida puede ser seguida por una elevación del estado de ánimo de corta duración. No obstante, el riesgo de un suicidio en el futuro es alto, a menos que se trate el trastorno del paciente.
- La evaluación médica psiquiátrica identifica algunos de los problemas que contribuyeron con el intento y ayuda al médico a planificar el tratamiento apropiado. Consiste en:
  - Establecer una buena relación y escuchar la narración del paciente.

- Entender el intento de suicidio, sus antecedentes, los episodios que lo precedieron y las circunstancias en las que se produjo
- Indagar sobre los síntomas de los trastornos mentales que están asociados con el suicidio y sobre fármacos que el paciente podría estar tomando para el tratamiento de los trastornos.
- Evaluar completamente el estado mental del paciente, destacando en particular la identificación de la depresión, ansiedad, agitación, crisis de angustia, insomnio grave u otros trastornos mentales, y el abuso de alcohol o de sustancias (que requieren un tratamiento específico además de la intervención de la crisis).
- Entender con todo detalle las relaciones personales y familiares así como las redes sociales, que a menudo son pertinentes en el intento de suicidio y el tratamiento subsiguiente.
- Entrevistar a los miembros cercanos de la familia y a los amigos
- Indagar sobre la presencia de un arma de fuego en la casa.

- ***Manejo de la salud mental.***

- La planificación de seguridad, el primer paso después de la evaluación, es una intervención fundamental y se lleva a cabo para ayudar a los pacientes a identificar los factores desencadenantes de la planificación suicida y desarrollar planes para tratar los pensamientos suicidas cuando ocurren.

▶ 5.7.7 TRATAMIENTO. <sup>69,75</sup>

- Si tienes pensamientos suicidas pero no te encuentras en una situación de crisis, quizás necesites tratamiento ambulatorio. Este tipo de tratamiento puede comprender lo siguiente:
  - *Psicoterapia.* En la psicoterapia, también llamada consejería psicológica o terapia de conversación, explorarás los problemas que te hacen sentir suicida y aprenderás habilidades para ayudarte a controlar las emociones de forma más efectiva. Tú y el terapeuta trabajarán juntos para elaborar el plan y los objetivos del tratamiento.

- *Medicamentos.* Los medicamentos antidepresivos, antipsicóticos y antiansiedad, junto con otros medicamentos para tratar enfermedades mentales, pueden ayudar a reducir los síntomas y hacerte sentir menos suicida.
- *Tratamiento para las adicciones.* El tratamiento para la adicción a las drogas o al alcohol puede incluir la desintoxicación, programas de tratamiento para las adicciones y reuniones de grupos de autoayuda.
- *Respaldo y educación familiar.* Los seres queridos pueden ser fuente de apoyo pero también de conflicto. Si los incluyes en el tratamiento puedes ayudarlos a entender la situación que atraviesas, a brindarles capacidades para enfrentar desafíos y a mejorar la comunicación y las relaciones familiares.

- ***Tratamiento de la depresión y riesgo de suicidio:***

- La combinación de antidepresivos y algún tipo de psicoterapia a corto plazo de eficacia comprobada es el tratamiento ideal para la depresión.
- Las personas con depresión tienen un riesgo importante de suicidio y deben ser cuidadosamente controladas por conductas o ideas suicidas. El riesgo de suicidio puede estar aumentado al comienzo del tratamiento de la depresión, cuando el retardo psicomotor y la indecisión han mejorado pero el estado de ánimo deprimido sólo se ha elevado parcialmente.
- Cuando se comienzan los antidepresivos o cuando se aumentan las dosis, algunos pacientes experimentan agitación, ansiedad y un aumento de la depresión, que pueden aumentar la tendencia suicida.

▶ **5.7.8 CONDUCTAS AUTODESTRUCTIVAS.** <sup>74, 76</sup>

- En un sentido estricto, por tendencia autodestructiva se hace referencia a una serie de conductas que pueden suponer un daño, físico, emocional o psicológico, para la persona quien las lleva a cabo.
- No se debe confundir “tendencia autodestructiva” por “autolesión” como si fueran términos sinónimos. No lo son, pero el segundo se podría englobar dentro del primero. La autolesión, además de los intentos suicidas, se consideran conductas propias de una persona que tiende a la autodestrucción, dado lo claramente perjudicada que se puede ver su integridad física.

- Sin embargo, dentro de la etiqueta de ‘tendencias autodestructivas’ haríamos referencia a todo un conjunto de conductas que pueden ser deliberadas, planificadas, ser producto de un impulso o ser adquiridas como un hábito y realizarse de forma automática. Es decir, hay conductas autodestructivas que pueden ser más sutiles que otras.
- Este tipo de comportamientos tienden a ir en aumento. A veces pudiera parecer que la persona los controla, o que le da la sensación de que realizándolos tiene un mayor control de su ansiedad asociada. Otras pudiera pensarse de que quienes lo realizan solo pretenden llamar la atención, sin embargo, esto puede ser un indicativo de que requieren ayuda y que no se les está dando la adecuada atención e importancia.

→ ***Formas en las que se manifiesta.***

- En función de lo directamente relacionadas que estén con el peligro de muerte de la persona, se habla de dos tipos de conductas autodestructivas.
  - ▽ Por un lado tenemos las conductas autodestructivas directas, que se darían cuando la persona quien tiende a este tipo de actos está realizando acciones que pueden acabar en tragedia, como son los intentos suicidas o las autolesiones.
  - ▽ En cambio, nos referimos a conductas autodestructivas indirectas cuando estas contemplan la muerte o la pérdida de integridad física o mental como un efecto indeseado, aunque sea de forma consciente.
  - ▽ Ejemplos de este tipo de conductas serían el tabaquismo o las adicciones a diferentes sustancias, las cuales dirigen a la persona a una muerte lenta y se engloban dentro de las conductas parasuicidas. También se consideraría conducta autodestructiva indirecta la práctica de deportes de alto riesgo.
- Este tipo de comportamiento suele llevarse a cabo como si fuera un mecanismo para hacer frente a las adversidades de la vida diaria, especialmente cuando el individuo se siente sobrepasado por las mismas.
- Las conductas autodestructivas se pueden manifestar como un mecanismo para mantener alejada a la gente.

### → **Posibles causas detrás de este comportamiento**

- Las posibles causas detrás de la tendencia autodestructiva se pueden remontar, en la mayoría de los casos, a una infancia y adolescencia poco saludables. La persona quien lleva a este tipo de conductas, especialmente en los casos más graves como lo son las autolesiones y las adicciones a sustancias, en muchas ocasiones ha vivido abuso sexual o físico durante su niñez, lo cual se ha cristalizado en forma de trauma que aparece en la adultez en forma de comportamientos disfuncionales.
- Un factor determinante en el tener estilo de personalidad con tendencia autodestructiva es el no recibir el adecuado cuidado por parte del entorno más cercano, ya sea el familiar o el grupo de amigos.
- Hay personas que realizan actos autodestructivos en un intento de llamar la atención y, a la vez, como síntoma del problema psicológico detrás de esta conducta. El consumo de tabaco, especialmente entre adolescentes, podría interpretarse como una búsqueda de ayuda y recibir atención de sus padres.

### → **¿Es posible cambiarlo?**

- No todas las personas quienes realizan este tipo de conductas son conscientes de su tendencia autodestructiva, y a veces hasta le restan importancia. Sea como sea su grado de conciencia del problema, es recomendable que el entorno familiar y seres queridos cercanos le incentiven a acudir a un profesional, sea psicólogo, psiquiatra o médico, para profundizar en el problema y ver cuál es el riesgo para su vida.
- Muchas de estas conductas se deben a un problema psicológico detrás, el cual causa malestar y un alto grado de disfuncionalidad en la vida de la persona. Una conducta autodestructiva es una acción que el individuo realiza para poner en riesgo su vida. Las conductas autodestructivas pueden ser directas o indirectas. Cuando son directas, el individuo tiene como meta principal dañarse a sí mismo; un ejemplo extremo pero muy claro es el suicidio.
- Por otro lado, las conductas indirectas son acciones que contemplan la muerte como un efecto indeseado conscientemente; se trata de pequeños riesgos o conductas de auto-castigo que, al hacerlas constantemente, se transforman en una forma de “muerte lenta”. Algunos ejemplos de este tipo de conductas serían el alcoholismo, el consumo de drogas, el tabaquismo o la práctica de deportes extremos, entre otros.

- Estas conductas son el resultado de un evento que la persona no está pudiendo manejar, generado por un suceso angustiante, a causa de presiones, etc. A pesar de que la depresión es uno de los detonantes principales de este tipo de conductas, hay que tomar en cuenta que la angustia, la ansiedad, el estrés y la falta de confianza en uno mismo, pueden ser igualmente el origen de este lento suicidio.

→ *Asimismo, cabe señalar que las conductas autodestructivas tienden siempre a ir en aumento.*

#### ▶ 5.7.9 CONSECUENCIAS. <sup>77</sup>

- El comportamiento suicida viene determinado por un gran número de causas complejas, tales como la pobreza, el desempleo, la pérdida de seres queridos, una discusión, la ruptura de relaciones y problemas jurídicos o laborales. Los antecedentes familiares de suicidio, así como el abuso de alcohol y estupefacientes, y los maltratos en la infancia, el aislamiento social y determinados trastornos mentales, como la depresión y la esquizofrenia, también tienen gran influencia en numerosos suicidios. Las enfermedades orgánicas y el dolor discapacitante también pueden incrementar el riesgo de suicidio.
- El suicidio es a menudo el acto final de una serie de comportamientos autodestructivos. El comportamiento autodestructivo es especialmente frecuente entre las personas con experiencias traumáticas en su niñez, especialmente las que padecieron abusos o negligencia o el sufrimiento de un hogar monoparental, quizás porque éstas son más propensas a tener mayores dificultades en establecer relaciones profundas y seguras. Los intentos de suicidio son más probables entre mujeres maltratadas, muchas de las cuales también sufrieron abusos de niñas.
- Cuando la idea de culpa es agobiante, la expiación necesaria se traduce en suicidio. Poldinger, luego de una profunda observación del suicida dice que el 80% de los individuos que culminaron en suicidio, ya lo habían anunciado, que el 50% de los suicidas había consultado al médico el mes anterior y que el 25% de los suicidas había hecho la consulta una semana antes.
- En aquellos cuadros depresivos asociados a una manifiesta histeria, en pleno período de estado, hay anuncios e intentos suicidas. Pero, hay casi siempre “anuncios más o menos melodramáticos”.
- El hecho suele producirse, efectivamente, ante un auditorio. Por lo general, el recurso no es idóneo para lograr la muerte.

- El enfermo no se arroja al vacío, ni se dispara un tiro, ni piensa en tirarse a las vías. Elige el corte en el antebrazo, toma fármacos comunes, etcétera. El objeto es llamar la atención, con alto contenido histriónico, y consecutivo a situaciones conflictivas explosivas. Es un intento “utilitario” en el sentido de conseguir algún objetivo en el entorno.
- En cambio los intentos suicidas del deprimido severo, suelen planearse, generalmente en cierto secreto y el cuidado que pone en su ejecución hace que casi siempre culmine en muerte. En su comienzo, el sujeto suele manifestar a quienes le rodean que “es mejor terminar con todo, así no se puede vivir, esto no tiene arreglo, es mejor desaparecer”. Es decir explicita su idea autodestructiva. Pero hasta aquí hay ambivalencia: se piensa en el suicidio, pero se resiste a la idea.
- Sin embargo, el riesgo aumenta, cuando el individuo parece tranquilizarse, cesa la ambivalencia, desaparece la disyuntiva y la lucha interior; generalmente la resolución ha sido tomada y ahora se elabora la ejecución del acto.
- La resolución suicida es, esencialmente un elemento de la esfera afectiva. Por lo tanto, el nivel cultural del sujeto, las apelaciones a su alta capacidad de razonamiento, no tienen sentido. Tampoco debe confiarse, en absoluto, en que la psicoterapia, en esa situación, pueda brindar resultados y en todo caso, implica un riesgo tan alto que no puede ser asumido. La idea suicida no es un razonamiento, sino un sentimiento.

## 6. MARCO METODOLÓGICO.

### 6.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Actualmente, se está viviendo una emergencia sanitaria a nivel mundial, debido a un nuevo tipo de coronavirus llamado “SARS-COV 2”, la cual tuvo sus inicios a finales del año 2019, y que incluso en la actualidad, a pesar de que ha pasado un poco más de un año del primer contagio, sigue cobrando una factura muy grande para el mundo y para la humanidad debido a todos los problemas que ha traído consigo en diversos aspectos, como el gran número de contagios, la crisis financiera, las muertes que ha traído consigo, problemas y/o secuelas de salud física y mental, etc.

El 31 de diciembre de 2019, la Comisión Municipal de Salud de Wuhan (provincia de Hubei, China) notificó un conglomerado de casos de neumonía en la ciudad; posteriormente, se determinó que eran causados por un nuevo coronavirus. Ante esta situación, el 1 de enero de 2020, la OMS estableció el correspondiente Equipo de Apoyo a la Gestión de Incidentes en los tres niveles de la Organización: la Sede, las sedes regionales y los países, y puso así a la Organización en estado de emergencia para abordar el brote. El 4 de enero dio a conocer, a través de redes sociales, la existencia de un conglomerado de casos de neumonía (sin fallecimientos) en Wuhan. El 10 de enero publicó una serie de orientaciones técnicas, con recomendaciones para todos los países, acerca del modo de detectar casos, realizar pruebas de laboratorio y tratar los posibles casos.<sup>78</sup>

Las orientaciones se basan en los conocimientos de los virus existentes hasta ese momento y se remiten a los directores regionales de la OMS para emergencias, a fin de que las distribuyan entre los representantes de la OMS en los países. El 12 de enero de 2020 China hizo pública la secuencia genética del virus causante de la COVID-19; el 13 de enero de 2020 se confirmó, oficialmente, el primer caso registrado fuera de China, en Tailandia. El 14 de enero de 2020 la responsable técnica de la OMS reportó la transmisión limitada del coronavirus entre seres humanos, fundamentalmente a través de familiares, y el riesgo de un posible brote más amplio.<sup>78</sup>

Fue hasta el 22 de enero de 2020 cuando la misión de la OMS a China emitió una declaración en la que afirmó que se había demostrado la transmisión entre seres humanos en Wuhan. El 16 de enero de 2020 las autoridades japonesas confirmaron el primer caso en Japón, en un ciudadano con antecedente de viaje a Wuhan, seguido de la confirmación del primer caso en suelo estadounidense el 21 de enero; el 30 de enero de 2020 el Comité de Emergencias recomendó al Director General de la OMS que el brote constituyera una emergencia de salud pública de importancia internacional (ESPII). El Director General aceptó la recomendación y declaró que el brote por el nuevo coronavirus (2019-nCov) constituía una ESPII. Para ese momento, el informe de situación de la OMS señalaba la existencia de 7818 casos confirmados en todo el mundo, la mayoría de ellos en China y 82 en otros 18 países.<sup>21,78</sup>

Hasta ese momento las defunciones se registraban solo en China, pero el 2 de febrero de 2020 se confirmó la primera muerte fuera de China en un hombre de Filipinas. Entre el 31 de diciembre de 2019 y el 28 de febrero de 2020 se habían notificado 83,631 casos confirmados por laboratorio de COVID-19, incluidas 2858 muertes, en 51 países. La mayoría de los casos (94%) y muertes (98%) se registraban en y dentro de China, en la provincia de Hubei se registraba la mayoría de los casos (83%) y muertes (96%). La cantidad de casos reportados en China y, potencialmente en otros países, quizá mostraba una subestimación, considerando la capacidad de las pruebas diagnósticas y los criterios y el alcance de la definición de caso, junto con la aparición de casos leves y asintomáticos. Ante el crecimiento en la incidencia, el 11 de marzo de 2020 la OMS determinó, en su evaluación, que la situación originada por COVID-19 podía caracterizarse como pandemia.<sup>21,79,</sup>

Los primeros casos confirmados en México se informaron el 28 de febrero de 2020, un caso en la Ciudad de México y el otro en el estado de Sinaloa. Ambos casos tenían antecedentes de viaje a la región de Lombardía en Italia antes del inicio de los síntomas.<sup>79,80</sup>

Según los reportes de la secretaria de salud, desde que inicio la pandemia, hasta el mes de abril del 2021, los contagios de COVID 19 en México, son: 2,328,391 casos confirmados; 3,776,831 casos negativos; 433,453 casos sospechosos; 1,850,680 casos recuperados; 23,934 casos activos y 214,947 defunciones.<sup>1</sup>

La pandemia de COVID 19, ha afectado a los seres humanos alrededor de todo el mundo, y es que el ser humano es un sistema abierto, en un proceso continuo de interacciones con un entorno eternamente cambiante" Morín, reconoce que el ser humano es: "Físico, biológico, síquico, cultural, social e histórico. Es una unidad compleja que hay que restaurarla, de tal manera que cada uno desde donde esté, tenga conocimiento y conciencia al mismo tiempo de su identidad compleja y de su identidad que es común a todos los demás humanos".<sup>81</sup>

Y es que la principal afección que ha tenido el COVID 19, en los seres humanos, ha sido en cuanto al sector salud, y es que la salud, no es solamente la ausencia de enfermedades sino la resultante de un complejo proceso donde interactúan factores biológicos, económicos, sociales, políticos y ambientales en la generación de las condiciones que permiten el desarrollo pleno de las capacidades y potencialidades humanas, entendiendo al hombre como un ser individual y social.

Por otra parte, como se ha mencionado anteriormente, el COVID 19 ha dañado el estado de salud, pero no solamente ha causado daños en la salud física de las personas, sino que también, ha causado daños en la salud mental, y todos lo dejan pasar o lo dejan de lado, ya que piensan que la salud mental, no importa o es algo que todos pueden controlar, sin embargo están equivocados, puesto que la salud mental es igual de importante que la salud física.

Asimismo, hablando de salud mental y de los daños que la pandemia ha generado en ella, es importante resaltar que en la psiquiatría se considera que la salud mental “es el estado de equilibrio y adaptación activa y suficiente que permite al individuo interactuar con su medio, de manera creativa, propiciando su crecimiento y bienestar individual, y el de su ambiente social cercano y lejano, buscando mejorar las condiciones de la vida de la población conforme a sus particularidades”.<sup>82</sup>

De nuevo, haciendo mención acerca de los daños que la pandemia ha provocado en la salud mental de todas las personas alrededor del mundo, tenemos que la salud mental se ha visto afectada de forma muy grave, causando afecciones, que las personas pueden pasar como desapercibidos o que incluso pueden considerar como normales; y es que no solo es el hecho de enfrentarse a una nueva enfermedad que antes era desconocida, sino que también está el hecho de todo lo que la pandemia trajo consigo, como el confinamiento, la crisis económica, los problemas de salud, la pérdida de empleo, etc. Los problemas que se han detectado que afectan con mayor frecuencia a la población en general son, el estrés, la ansiedad, el miedo, depresión y esto, incluso pueden llevar a la muerte.

Y es que, según diversos estudios y encuestas, se ha demostrado, que durante la pandemia, se han incrementado las tasas de ansiedad con las restricciones en las visitas de familiares y la incertidumbre por el pronóstico de la enfermedad en pacientes contagiados dentro y fuera de los centros hospitalarios. Además, han aparecido en algunos pacientes, síntomas afectivos y psicóticos relacionados con los tratamientos farmacológicos de la infección que han determinado un manejo más complejo de estos pacientes.

Otra de las afecciones que se ha presentado con frecuencia, es el estrés, y es que el estrés es algo muy común en la vida de todos los seres humanos, pero últimamente, debido a la pandemia y las situaciones que trae consigo, este estrés, se ha incrementado. Las personas que pueden presentar un mayor nivel de estrés durante una crisis incluyen: Personas mayores y personas con enfermedades crónicas; niños y adolescentes; personas que están ayudando con la respuesta, como los médicos y otros proveedores de atención médica; y personas que tienen problemas de salud mental, incluido el consumo de sustancias.<sup>79,80</sup>

Pero no solamente las personas antes mencionadas, sufren de estrés, puesto que también las personas que se encuentran alrededor o que son cercanas a ellos, sufren de estrés, y es que la enfermedad COVID-1, como se mencionó hace un instante, ha supuesto una fuente de estrés para los familiares, por padecer la propia enfermedad o vivir de cerca la pandemia y porque en ocasiones han tenido la experiencia de sufrir la muerte de un familiar.

Durante el estado de alarma, en muchos casos los familiares no pudieron despedirse ni realizar un proceso de duelo en condiciones normales, con el riesgo de presentar sintomatología emocional que pueda cronificarse en el contexto de un duelo no resuelto.

Además, existen factores de estrés específicos del brote de COVID-19, entre los cuales se incluyen: el riesgo de estar infectado e infectar a otros; los síntomas comunes de otros problemas de salud (por ej., una fiebre) pueden confundirse con el COVID-19 y esto además de estrés puede generar temor; los cuidadores pueden sentirse cada vez más preocupados porque sus hijos estén solos (debido al cierre de las escuelas); el riesgo del deterioro de la salud física y mental de personas vulnerables, como los adultos mayores y las personas con discapacidades.<sup>78, 79,80</sup>

Es importante mencionar, que todo el personal de salud se ha visto afectado por la sobrecarga de trabajo, estrés, etc. sin embargo, el personal de enfermería, ha sido el que ha llevado un poco más esta carga de trabajo, debido a que han sido los que están en primera línea de atención y a que son el personal de salud que está en contacto con mayor frecuencia con todos los pacientes sospechosos o confirmados de COVID 19. Y es que en enfermería, se mira al ser humano como un ser bio-psico-social-espiritual, y se valoran cada una de estas esferas, ya que debe de existir un balance entre las 4, de lo contrario, si una de ellas se ve afectada, las otras tres sufrirán un desbalance o pueden verse comprometidas de alguna u otra manera y esto puede provocar problemas de salud en las personas.

Si bien, como ya se mencionaba, la enfermería observa al ser humano en estas esferas, los profesionales de la salud se olvidan de cuidar su propia salud y de valorarse a sí mismos en estas cuatro esferas, ya que debido a diversos motivos dejan alguna de estas de lado, lo cual causa desbalances y problemas de salud que con el paso del tiempo van empeorando de una o de otra manera y afecta su salud física y mental. Lo antes mencionado, se ha vuelto un poco más evidente durante la crisis sanitaria provocada por la pandemia del virus COVID-19, ya que se ha vuelto a destacar el papel de los profesionales sanitarios como elemento clave para su contención. Así, tanto las autoridades sanitarias como la población en general, reconocen la tarea inmensa que están desarrollando. Sin embargo, la tensión entre los profesionales sale todos los días a la luz a través de diversas noticias en la prensa y en las redes sociales. En general, esta tensión está marcada por la alta presión asistencial recibida, y la falta de medios de protección.<sup>83</sup>

Sin embargo, el impacto de la pandemia causada por el virus SARS-CoV-2 va más allá del espectro de manifestaciones clínicas propias de la enfermedad, las cuales pueden variar desde un curso asintomático, a la presencia de tos, fiebre o escalofríos, dificultad para respirar, diarrea y náuseas; hasta neumonía grave con síndrome de dificultad respiratoria aguda y muerte. La aparición de este nuevo virus ha cambiado radicalmente y en muy poco tiempo el modo de vida y la economía de prácticamente todo el mundo, enfrentando a la humanidad a una realidad a la que no estamos preparados.<sup>4</sup>

Hablando del personal de salud o un poco más específicos, del personal de enfermería, algunos estudios, mencionan que según los últimos datos recabados por el Ministerio de Sanidad, dicen que los casos confirmados en profesionales sanitarios suponen el 14% del total de personas infectadas, generando inquietud entre estos frente al posible contagio. Las condiciones laborales que están afrontando son caracterizadas por la gran presión asistencial y el posible colapso de los sistemas sanitarios, incapaces de asumir una elevada demanda. Esta combinación de ambos factores, riesgo de contagio y presión asistencial, suponen un riesgo para la salud psicoemocional de los profesionales sanitarios. El estrés laboral influye en su salud mental y emocional, y puede tener un impacto negativo en su calidad de vida general.<sup>83</sup>

Por otro lado, haciendo mención de las variables que pueden contribuir a la carga emocional del personal del área de salud, se encuentran el número exponencialmente creciente de casos sospechosos y confirmados, las largas y extenuantes horas de trabajo; la escasez cada vez mayor de equipo de protección personal (EPP) que va acreciendo con el tiempo, la gran cobertura y difusión por parte de los medios de comunicación y redes sociales, la falta hasta el momento de un tratamiento específico y eficaz.<sup>4</sup>

De igual importancia, otro de los problemas que ha afectado la salud emocional del personal de salud, y que se ha presentado con frecuencia, es la angustia de convertirse en un paciente más y ver cómo compañeros de trabajo son contagiados y ocupan camas en las unidades de cuidados intensivos (UCI), la necesidad de tomar decisiones difíciles como la utilización de recursos cada vez más escasos en pacientes igualmente necesitados, brindar la mejor atención médica posible a pacientes gravemente enfermos en un sistema de salud colapsado. Mantener el equilibrio entre las propias necesidades mentales y físicas y las de los pacientes, la angustia de ser un foco de infección para familiares y seres queridos, así como la difícil tarea de equilibrar los deseos propios con el deber.<sup>4</sup>

A decir verdad, y juntando los problemas de salud mental que se han mencionado anteriormente, tenemos que la presión juega un papel muy importante y es que la presión, también incluye sentir frustración a diversas situaciones como sufrir discriminación, estar en aislamiento, interactuar con pacientes con emociones negativas, la pérdida del contacto con la familia y al agotamiento físico y mental. La situación de crisis que enfrenta el personal de salud está causando problemas de salud mental como el estrés, ansiedad, síntomas depresivos, insomnio, negación, ira y temor, etc.<sup>84</sup> Por lo anterior se consideró de gran importancia realizar una investigación que revele cómo es que se ha visto afectado el personal de salud de una institución hospitalaria en la ciudad de México, puesto que dicho tema es nuevo y hasta hace poco era algo desconocido para la sociedad y para comunidad científica y de salud. Debido a esto, surgió la siguiente pregunta de investigación:

***¿Cuál es la afectación física y mental de la salud del personal de enfermería del Hospital General Balbuena por la pandemia de COVID-19?***

## 6.2 OBJETIVOS.

### → 6.2.1 GENERALES.

- Evaluar la afectación física y mental de la salud del personal de enfermería del Hospital General Balbuena por la pandemia de COVID-19 a través de la escala “Efectos emocionales, mentales y físicos en el personal de enfermería provocados por el COVID 19” modificada por Guzmán-López, N. y García-Rangel, K.

### → 6.2.2 ESPECÍFICOS.

- Evaluar el impacto que ha tenido la pandemia de COVID 19 en el personal de salud, específicamente en el personal de enfermería.
- Identificar cuáles son las afecciones físicas y mentales asociadas a la pandemia de COVID 19 que se presentan con mayor frecuencia en el personal de enfermería.
- Establecer la relación (a través de la  $r$  de Pearson) que existe entre el servicio donde labora o laboró el personal de enfermería y la afectación física o mental que presentó debido a la pandemia de COVID 19.
- Valorar la utilidad de la escala “Efectos emocionales, mentales y físicos en el personal de enfermería provocados por el COVID 19” modificada por Guzmán-López, N. y García-Rangel, K.

## 6.3 HIPÓTESIS.

- H<sub>1</sub>. Es posible evaluar la afectación física y mental de la salud del personal de enfermería del Hospital General Balbuena por la pandemia de COVID-19 a través de la escala “Efectos emocionales, mentales y físicos en el personal de enfermería provocados por el COVID 19” modificada por Guzmán-López, N. y García-Rangel, K.
- Ho<sub>1</sub>. No es posible evaluar la afectación física y mental de la salud del personal de enfermería del Hospital General Balbuena por la pandemia de COVID-19 a través de la escala “Efectos emocionales, mentales y físicos en el personal de enfermería provocados por el COVID 19” modificada por Guzmán-López, N. y García-Rangel, K.
- H<sub>2</sub>. Los síntomas de afectación física y mental de la salud del personal de enfermería del Hospital General Balbuena por la pandemia de COVID-19 que se presentan con mayor frecuencia son estrés, ansiedad, depresión e incluso tendencias suicidas.
- Ho<sub>2</sub>. Los síntomas de afectación física y mental de la salud del personal de enfermería del Hospital General Balbuena por la pandemia de COVID-19 que no se presentan con mayor frecuencia son estrés, ansiedad, depresión e incluso tendencias suicidas.
- H<sub>3</sub>. Existe una relación entre el nivel de ansiedad del personal de enfermería del Hospital General Balbuena por la pandemia de COVID-19 y la edad.
- Ho<sub>3</sub>. No existe una relación entre el nivel de ansiedad del personal de enfermería del Hospital General Balbuena por la pandemia de COVID-19 y la edad.
- H<sub>4</sub>. Existe una relación entre el nivel de depresión del personal de enfermería del Hospital General Balbuena por la pandemia de COVID-19 y la edad.
- Ho<sub>4</sub>. No existe una relación entre el nivel de depresión del personal de enfermería del Hospital General Balbuena por la pandemia de COVID-19 y la edad.
- H<sub>5</sub>. Existe una relación entre el nivel de tendencias al suicidio del personal de enfermería del Hospital General Balbuena por la pandemia de COVID-19 y estar laborando o haber laborado en los servicios donde se tiene contacto con pacientes positivos y/o sospechosos de COVID 19.
- Ho<sub>5</sub>. No existe una relación entre nivel de tendencias al suicidio del personal de enfermería del Hospital General Balbuena por la pandemia de COVID-19 y estar laborando o haber laborado en los servicios donde se tiene contacto con pacientes positivos y/o sospechosos de COVID 19.

## 6.4 METODOLOGÍA.

### ► Tipo de estudio.

- En la investigación realizada, se recabaron datos sobre la afectación física y mental de la salud del personal de enfermería del Hospital General Balbuena por la pandemia de COVID 19; dichos datos, fueron comprobados por métodos estadísticos, y de esta manera se logró, obtener resultados específicos acerca de la manera en que la pandemia, afectó la salud física y mental del personal de dicha institución hospitalaria y como fue el impacto en la vida cotidiana de dicho personal. Por lo tanto se considera un estudio cuantitativo, descriptivo, transversal y prolectivo.

### ► Población.

- La población de estudio, fue personal de enfermería operativo y asistencial que labore en alguno de los tres turnos, que son matutino, vespertino y nocturno (guardia A y guardia B) del Hospital General Balbuena que este o haya estado en contacto con pacientes sospechosos o confirmados de COVID 19 en los últimos 12 meses, en los servicios de urgencias, ortopedia, medicina interna, UCI, neurocirugía, cirugía general, cirugía plástica reconstructiva y en las áreas de terapia respiratoria (áreas COVID) aunque hayan cambiado de servicio a inicios del 2021, y que cumplan con los criterios de inclusión.

### ► Muestra.

- La muestra que se utilizó, fue probabilística mixta y estuvo determinada por el cálculo de muestras en poblaciones finitas; debido a que el personal de enfermería se encuentra distribuido en tres turnos (matutino, vespertino, nocturno guardia A y nocturno guardia B) y de manera desproporcional dentro de la unidad desde antes de comenzar el estudio, se tomó una muestra al azar entre el personal que se encontraba activo y laborando para determinar, los individuos que podían ser incluidos en el estudio.

### Fórmula.

- Para el cálculo de tamaño de muestra:

$$n = \frac{N Z\alpha^2 p q}{d^2 (N - 1) + Z\alpha^2 p q}$$

- **N = Total de la población (207)**
- **$Z_{\alpha} = (1.96)^2 = (3.8416)$**
- **p = Proporción esperada (5% = 0.05)**
- **q = 1 – p (1 – 0.05 = 0.95)**
- **d = precisión (5%)**

$$n = \frac{(207) (1.96)^2 (0.05) (0.95)}{(0.05)^2 (207 - 1) + (1.96)^2 (0.05) (0.95)}$$

$$n = \frac{(1982.300210526316) (0.05) (0.95)}{0.697476}$$

$$n = \frac{94.15926}{0.697476}$$

$$\underline{\underline{n = 135 \text{ enfermeros}}}$$

► **Criterios de selección.**

→ **Criterios de inclusión.**

- Personal de enfermería que sea operativo y asistencial.
- Personal de enfermería que labore en alguno de los tres turnos, que son: matutino, vespertino y nocturno (guardia A y guardia B).
- Personal de enfermería que tenga entre 20 y 59 años.
- Personal de enfermería que se encuentre activo y laborando actualmente.
- Personal de enfermería que este o haya estado en contacto con pacientes sospechosos o confirmados de COVID 19 en los últimos 12 meses, aunque hayan cambiado de servicio durante los primeros meses del 2021.
- Personal de enfermería que labora o ha laborado durante los últimos 12 meses en los servicios de urgencias, ortopedia, medicina interna, UCI, neurocirugía, cirugía general, cirugía plástica reconstructiva y en las áreas de terapia respiratoria (áreas COVID).

→ **Criterios de exclusión.**

- Personal de enfermería que tenga funciones administrativas, funciones de jefe o encargado de alguno de los servicios del hospital.
- Personal de enfermería de 60 años y más.
- Personal de enfermería que se encuentre inactivo o de contingencia.
- Personal de enfermería que se encuentre laborando o que haya laborado en los servicios de quirófano, clínica de catéter, clínica de heridas, clínica de APEO, medicina preventiva, CEyE, consulta externa, tococirugía, ginecología y que no haya tenido contacto con pacientes sospechosos o confirmados de COVID 19 durante los últimos 12 meses.

→ **Criterios de eliminación.**

- Personal de enfermería que tenga alguna enfermedad crónica degenerativa, a excepción del sobrepeso.
- Personal de enfermería que no haya estado en contacto con pacientes sospechosos y/o confirmados de COVID 19.

## ► Límites.

### → Lugar.

- Hospital General Balbuena.

### → Espacio.

- Servicios de hospitalización y áreas respiratorias (áreas COVID) del Hospital General Balbuena que hayan presentado pacientes positivos y sospechosos de COVID-19.

### → Tiempo.

- De Noviembre de 2020 a Julio 2021.

### → Recursos.

## 1. Humanos.

### ▽ Investigadora:

- Guzmán López Stephany Nicolle.

### ▽ Asesora:

- Mtra. Karina García Rangel.

## 2. Físicos.

- Instrumentos de valoración.
- Lápices
- Plumas
- Viáticos de la investigadora.

## 3. Financieros.

- Aproximadamente \$2,000 (pesos mexicanos) para viáticos de la investigadora durante el tiempo establecido para la investigación.
- Aproximadamente \$500 (pesos mexicanos) para instrumentos de valoración.
- Aproximadamente \$200 (pesos mexicanos) para lápices y plumas.

## 4. Tecnológicos.

- Conexión a Internet (MODEM con WIFI).
- Computadora (laptop).
- Impresora.

### ► Recolección de datos.

Para la recolección de datos se diseñó el instrumento “Efectos emocionales, mentales y físicos en el personal de enfermería provocados por el COVID 19” mismo que se sometió a validación por un consenso de expertos; para ello, se buscó a 5 expertos, que pertenecieran al área de enfermería o que bien, tuvieran maestría, en algún tema relacionado con el sector salud y el ámbito hospitalario; a cada uno de estos expertos, se les entregó un oficio solicitándoles su apoyo para la validación del instrumento y se les entregó el instrumento para que realizaran la validación cualitativa y cuantitativa de dicho instrumento, el cual, se utilizó para la recolección de datos. A algunos de ellos, se les proporcionó de manera digital y a otros de manera física.

El instrumento, estuvo basado en el modelo del inventario de escalas psicosociales en México 1984-2005 de la facultad de psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México para la evaluación de alteraciones físicas y mentales por la pandemia de COVID 19; está conformado por 105 ítems en escala tipo Likert de 4 opciones de respuesta, que se miden de “nunca (1)” a “siempre (4)” en donde los participantes marcaran la frecuencia con la que han realizado ciertas actividades o la frecuencia con la que se han sentido algunos cambios en su salud física y emocional, o los cambios que han sentido en su entorno; el instrumento y se encuentra categorizado en 9 dimensiones.

La primera dimensión, recaba datos sociodemográficos del participante; la segunda dimensión, comprende la parte del estrés e incluye 16 ítems con cuatro opciones de respuesta que van del “nunca (1)” al “siempre (4)”. La tercera dimensión, comprende la parte de la ansiedad e incluye 6 ítems también con cuatro opciones de respuesta que de igual manera van del “nunca (1)” al “siempre (4)”; la cuarta dimensión, comprende la parte del trabajo en equipo e incluye 17 ítems de igual manera con cuatro opciones de respuesta que van del “nunca (1)” al “siempre (4)”.

La quinta dimensión comprende la parte de la salud mental e incluye 25 ítems también con cuatro opciones de respuesta que de igual manera van del “nunca (1)” al “siempre (4)”; la sexta dimensión, comprende la parte de depresión que incluye 11 ítems con cuatro opciones que van del “nunca (1)” al “siempre (4)”. La séptima dimensión comprende la parte de desgaste emocional que incluye 11 ítems con cuatro opciones que van del “nunca (1)” al “siempre (4)”. La octava dimensión comprende la parte de conductas autodestructivas, que incluye 4 ítems de igual manera con cuatro opciones que van del “nunca (1)” al “siempre (4)”. La novena y última dimensión comprende la parte del suicidio, que incluye 12 ítems también con cuatro opciones que van del “nunca (1)” al “siempre (4)”.

Se aplicó prueba de confiabilidad por método estadístico con el alfa de Cronbach para el instrumento, ya que tiene una escala de tipo Likert, en dicha prueba se obtuvo un valor de  $\alpha = 0.987$ , lo cual indica que se trata de un instrumento confiable. Se realizó una prueba piloto con una población similar a la del estudio.



## 6.5 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.

Variable	Tipo	Definición conceptual	Definición operacional	Valor	Ítems
<b><i>Pandemia</i></b>	Independiente Cualitativo Nominal	Etimológicamente el vocablo “pandemia” procede de la expresión griega pandêmnonosêma, traducida como “enfermedad del pueblo entero” y se le llama pandemia a la propagación mundial de una nueva enfermedad (Henao L; OMS, 2010) <sup>85,86,87</sup>	Situación de salud actual que se está viviendo en todo el mundo y que pone en riesgo la vida del personal de enfermería; además de condicionar y modificar el estilo de vida, el trabajo, las relaciones personales y sobre todo la salud física y mental del mismo.	*	*
<b><i>Personal de enfermería</i></b>	Independiente Cualitativo Nominal	La enfermería abarca la atención autónoma y en colaboración dispensada a personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o no, y en todas circunstancias.  Comprende la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención dispensada a enfermos, discapacitados y personas en situación terminal (OMS, 2021). <sup>88</sup>	Es aquel que presta un servicio a la sociedad en coordinación con otros profesionales del área de la salud.  Actualmente es el personal de salud más afectado por la pandemia de COVID 19 debido a las jornadas laborales, las altas exigencias y demandas laborales y a la convivencia con los pacientes confirmados y sospechosos de COVID 19.	*	*

<p><b>Sexo</b></p>	<p>Dependiente Cualitativo Nominal</p>	<p>Condición orgánica, masculina o femenina, de los animales y las plantas (Real Academia Española, 2021).<sup>89</sup></p>	<p>Características físicas y biológicas del personal de enfermería que lo identifica como hombre o mujer.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Masculino.</b></li> <li>● <b>Femenino.</b></li> </ul>	<p>Apartado 1 del instrumento Datos sociodemográficos</p>
<p><b>Edad</b></p>	<p>Dependiente Cuantitativo Ordinal</p>	<p>Tiempo que ha vivido una persona o ciertos animales o vegetales (Real Academia Española, 2020).<sup>90</sup></p>	<p>Cantidad de años cumplidos por el personal de enfermería hasta la fecha de aplicación del instrumento.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Menos de 25 años.</b></li> <li>● <b>26 – 29 años.</b></li> <li>● <b>30 – 34 años.</b></li> <li>● <b>35 – 39 años.</b></li> <li>● <b>40 – 44 años.</b></li> <li>● <b>45 – 49 años.</b></li> <li>● <b>50 – 54 años.</b></li> <li>● <b>55 – 59 años.</b></li> <li>● <b>60 o más años</b></li> </ul>	<p>Apartado 1 del instrumento Datos sociodemográficos</p>

<p><b>Escolaridad</b></p>	<p>Dependiente Cualitativo Ordinal</p>	<p>Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente; tiempo que dura la escolaridad (Real Academia Española, 2021).<sup>91</sup></p>	<p>Grado de estudios que tiene el personal de enfermería encuestado hasta la fecha de aplicación del instrumento.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Enfermera técnica.</b></li> <li>● <b>Enfermera general</b></li> <li>● <b>Licenciada en enfermería.</b></li> <li>● <b>Enfermera especialista.</b></li> <li>● <b>Maestría en:</b></li> </ul>	<p>Apartado 1 del instrumento Datos sociodemográficos</p>
<p><b>Estado civil</b></p>	<p>Dependiente Cualitativo Nominal</p>	<p>Condición de una persona en relación con su nacimiento, nacionalidad, filiación o matrimonio, que se hacen constar en el registro civil, y que delimitan el ámbito propio de poder y responsabilidad que el derecho reconoce a las personas naturales (Diccionario panhispánico del español jurídico, 2020).<sup>92</sup></p>	<p>Situación jurídica del personal de enfermería en la familia y en la sociedad hasta la fecha de aplicación del instrumento.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Soltero.</b></li> <li>● <b>Casado.</b></li> <li>● <b>Viudo.</b></li> <li>● <b>Divorciado.</b></li> </ul>	<p>Apartado 1 del instrumento Datos sociodemográficos</p>
<p><b>Número de hijos</b></p>	<p>Dependiente Cuantitativo Ordinal</p>	<p>Se refiere al número de hijos que hombres y mujeres han tenido en algún momento de su vida, incluyendo los nacidos vivos y los hijos que luego fallecieron (Eustat, 2021).<sup>93</sup></p>	<p>Número de hijos que tiene el personal de enfermería hasta la fecha de aplicación del instrumento.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Ninguno.</b></li> <li>● <b>1 a 2 hijos.</b></li> <li>● <b>3 a 4 hijos.</b></li> <li>● <b>5 a 6 hijos.</b></li> <li>● <b>Más de 6 hijos.</b></li> </ul>	<p>Apartado 1 del instrumento Datos sociodemográficos</p>

<p><b>Tiempo laborado</b></p>	<p>Dependiente Cuantitativo Ordinal</p>	<p>Tiempo durante el cual una persona ha estado trabajando de manera ininterrumpida para la misma unidad económica en su trabajo principal, independientemente de los cambios de puesto o funciones que haya tenido dentro de la misma (Ley Federal del Trabajo, 2021).<sup>94</sup></p>	<p>Tiempo en que el personal de enfermería ha laborado dentro de la institución hospitalaria hasta la fecha de aplicación del instrumento.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>6 a 12 meses.</b></li> <li>● <b>1 a 10 años.</b></li> <li>● <b>11 a 20 años.</b></li> <li>● <b>21 a 30 años.</b></li> <li>● <b>Más de 30 años.</b></li> </ul>	<p>Apartado 1 del instrumento Datos sociodemográficos</p>
<p><b>Síntomas o efectos psicofisiológicos del estrés.</b></p>	<p>Dependiente Cualitativo Ordinal</p>	<p>El estrés puede ser definido como una amenaza real o supuesta a la integridad fisiológica o psicológica de un individuo que resulta en una respuesta fisiológica y/o conductual (McEwen, 2000).<sup>95</sup></p>	<p>Efectos que provoca el estrés y que se presentan de manera física y psicológica en el personal de enfermería, llegando a comprometer su estado de salud y que han cobrado mayor impacto y relevancia durante la pandemia de COVID 19.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Nunca.</b></li> <li>● <b>Raramente.</b></li> <li>● <b>Con frecuencia.</b></li> <li>● <b>Siempre.</b></li> </ul>	<p>Apartado 2 del Instrumento Ítems 1 al 17</p>
<p><b>Ansiedad cognoscitivo-somática.</b></p>	<p>Dependiente Cualitativo Ordinal</p>	<p>Reacción emocional que se produce ante situaciones que son interpretadas como una amenaza; reacción emocional más frecuente en situaciones estresantes que comprende respuestas subjetivas, fisiológicas y conductuales (Vindel, 2003).<sup>96</sup></p>	<p>Reacciones emocionales, físicas y conductuales que se presentan en el personal de enfermería y que se asocian en la actualidad, con la pandemia de COVID 19 y la alta demanda de trabajo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Nunca.</b></li> <li>● <b>Raramente.</b></li> <li>● <b>Con frecuencia.</b></li> <li>● <b>Siempre.</b></li> </ul>	<p>Apartado 3 del Instrumento Ítems 18 al 24</p>

<p><b>Trabajo en equipo</b></p>	<p>Dependiente Cualitativo Ordinal</p>	<p>Número reducido de personas con capacidades complementarias, comprometidas con un propósito, un objetivo de trabajo y un planeamiento comunes y con responsabilidad mutua compartida (Katzenbach y K. Smith, 1991).<sup>97</sup></p>	<p>Esfuerzo integrado por un conjunto de enfermeros y enfermeras que comparten ambiente laboral y donde cada uno realiza actividades y tareas para la realización de un proyecto y objetivo en común, el cual es brindar una atención de calidad y seguro al paciente durante la pandemia de COVID 19.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Nunca.</b></li> <li>● <b>Raramente.</b></li> <li>● <b>Con frecuencia.</b></li> <li>● <b>Siempre.</b></li> </ul>	<p>Apartado 4 del Instrumento Ítems 25 al 41</p>
<p><b>Salud mental</b></p>	<p>Dependiente Cualitativo Ordinal</p>	<p>Es el estado de equilibrio y adaptación activa y suficiente que permite al individuo interactuar con su medio, de manera creativa, propiciando su crecimiento y bienestar individual, y el de su ambiente social cercano y lejano, buscando mejorar las condiciones de la vida de la población conforme a sus particularidades (Vidal, y Alarcón, 1986).<sup>82</sup></p>	<p>Bienestar emocional, psicológico y social que permite un estado de equilibrio entre el personal de enfermería y su entorno socio-cultural que garantiza su participación laboral e intelectual para alcanzar un bienestar y calidad de vida durante la pandemia de COVID 19.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Nunca.</b></li> <li>● <b>Raramente.</b></li> <li>● <b>Con frecuencia.</b></li> <li>● <b>Siempre.</b></li> </ul>	<p>Apartado 5 del Instrumento Ítems 42 al 67</p>

<p><b>Trastorno depresivo</b> <b>Mayor</b></p>	<p>Dependiente Cualitativo Ordinal</p>	<p>La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración (OMS, 2021).<sup>98</sup></p>	<p>Es un trastorno mental frecuente; es la reacción a la pérdida de un objeto real o imaginario para el personal de enfermería, que actualmente, debido a la pandemia de COVID 19 se relaciona con la pérdida del estilo de vida, de la salud o de seres queridos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Nunca.</b></li> <li>● <b>Raramente.</b></li> <li>● <b>Con frecuencia.</b></li> <li>● <b>Siempre.</b></li> </ul>	<p>Apartado 6 del Instrumento Ítems 68 al 81</p>
<p><b>Desgaste emocional</b></p>	<p>Dependiente Cualitativo Ordinal</p>	<p>Se le ha identificado como la respuesta a la complejidad en las relaciones de trabajo de las personas y factores de estrés. Se refiere a la falta de recursos emocionales y al sentimiento de que nada se puede ofrecer a otra persona. (Gamboa<sup>99</sup>, Castillo<sup>100</sup>, Quiceno y Vinnacia).<sup>101</sup></p>	<p>Es un estado de cansancio y agotamiento mental y emocional al que llega el personal de enfermería debido a la sobrecarga de trabajo y a la situación actual de la pandemia de COVID 19.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Nunca.</b></li> <li>● <b>Raramente.</b></li> <li>● <b>Con frecuencia.</b></li> <li>● <b>Siempre.</b></li> </ul>	<p>Apartado 6 del Instrumento Ítems 82 al 93</p>

<p align="center"><b>Conductas autodestructivas</b></p>	<p>Dependiente  Cualitativo Ordinal</p>	<p>Acciones que el individuo realiza para poner en riesgo su vida. Las conductas autodestructivas pueden ser directas o indirectas.</p> <p>Cuando son directas, el individuo tiene como meta principal dañarse a sí mismo; las conductas indirectas son acciones que contemplan la muerte como un efecto indeseado conscientemente; se trata de pequeños riesgos o conductas de auto-castigo que, al hacerlas constantemente, se transforman en una forma de “<i>muerte lenta</i>” (Matuk, 2009).<sup>76</sup></p>	<p>Acciones que el personal de enfermería puede llegar a realizar para lastimarse de manera directa o indirectamente e incluso poner en riesgo su vida, debido a trastornos o desbalances mentales que se pueden presentar en el personal por la sobrecarga de trabajo y emociones que genera la pandemia de COVID 19.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Nunca.</b></li> <li>● <b>Raramente.</b></li> <li>● <b>Con frecuencia.</b></li> <li>● <b>Siempre.</b></li> </ul>	<p>Apartado 7 del Instrumento  Ítems 94 al 97</p>
<p><b>Tendencias suicidas</b></p>	<p>Dependiente  Cualitativo Ordinal</p>	<p>Presencia de deseos de muerte y de pensamientos persistentes de querer matarse, que forma parte de la conducta suicida (Doménech, 2005).<sup>102</sup></p>	<p>Deseos y pensamientos constantes de morir o hacerse daño que puede tener el personal de salud debido a desbalances psicológicos y mentales provocados por la situación actual de la pandemia de COVID 19.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Nunca.</b></li> <li>● <b>Raramente.</b></li> <li>● <b>Con frecuencia.</b></li> <li>● <b>Siempre.</b></li> </ul>	<p>Apartado 8 del Instrumento  Ítems 98 al 110</p>

## 6.6 ESTADO DEL ARTE

TITULO	AUTORES	REVISTA	OBJETIVO	METODOLOGÍA	RESULTADOS
<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Cuidar al que cuida: el impacto emocional de la epidemia de coronavirus en las enfermeras y otros profesionales de la salud.</b><sup>83</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Mercedes Bueno Ferrán, Sergio Barrientos-Trigo.</li> </ul>	<p>Enfermería clínica: 1-5, 2020.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● La crisis sanitaria provocada por la pandemia del virus COVID-19 ha vuelto a destacar el papel de los profesionales sanitarios como elemento clave para su contención, que sufren una alta tensión marcada por la presión asistencial y la falta de medios de protección.</li> <li>● Ante esta tensión, resulta relevante analizar el impacto emocional en los profesionales sanitarios de la pandemia de coronavirus y los recursos de afrontamiento para disminuir o atenuar este impacto.</li> <li>● Destacan el estrés, los trastornos del sueño y los síntomas depresivos. Se ofrecen algunas estrategias que han sido utilizadas por profesionales que anteriormente han sufrido la presión del COVID-19 y les han sido de utilidad.</li> <li>● Por último, se señalan algunas recomendaciones cuya eficacia es conocida para el manejo del impacto emocional.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Resulta relevante analizar el impacto emocional en los profesionales sanitarios de la pandemia de coronavirus y los recursos de afrontamiento para disminuir o atenuar este impacto. Destacan el estrés, los trastornos del sueño y los síntomas depresivos. Se ofrecen algunas estrategias que han sido utilizadas por profesionales que anteriormente han sufrido la presión del COVID-19 y les han sido de utilidad.</li> <li>● Por último, se señalan algunas recomendaciones cuya eficacia es conocida para el manejo del impacto emocional; algunas de ellas son el ejercicio físico, respiración diafragmática, desconectar, mantener el apoyo y pedir ayuda.</li> <li>● Así mismo, la OMS ha hecho algunas recomendaciones a los profesionales de la salud para ayudar a lidiar con toda la situación sanitaria a la que se enfrentan y el confinamiento; dichas recomendaciones se tratan específicamente acerca de su estilo de vida y sus estrategias de afrontamiento a la situación de COVID 19. .</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Para finalizar consideramos que es imprescindible que los gobiernos vean a sus trabajadores como personas humanas, y que enfatizen la necesidad de su protección, tanto a través de los equipos de protección necesarios, como de la suspensión de actividades no urgentes, y la facilitación de otros recursos necesarios, tales como la comida y la bebida, el apoyo familiar y el soporte psicológico.</li> <li>● Pues no se puede olvidar que para cuidar hay que cuidarse.</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Impacto psicológico de la COVID-19 en una muestra de profesionales sanitarios españoles.</b> <sup>103</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● María Dosil Santamaría, Naiara Ozamiz Etxebarria, Iratxe Redondo Rodríguez, Joana Jaureguizar Alboniga Mayor, Maitane Picaza Gorrotxategi</li> </ul>	<p>Revista de psiquiatría y salud mental: 1-7, 2020.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● El objetivo del presente trabajo ha sido evaluar los niveles de estrés, ansiedad, depresión y alteraciones del sueño entre el personal sanitario que trata a pacientes expuestos al virus de la COVID-19.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● La muestra estuvo compuesta por 421 profesionales de la salud. La muestra se obtuvo mediante un muestreo no probabilístico por bola de nieve. La edad mínima fue de 18 años y la máxima de 74 años.</li> <li>● Los datos se recogieron mediante un cuestionario online que se les envió a través del correo electrónico.</li> <li>● Se empleó el DASS-21 para evaluar las variables de ansiedad, estrés y depresión, y la EAI para medir las dificultades con el sueño.</li> <li>● Además, se recogieron otras variables descriptivas de la muestra que podrían estar relacionadas con estos niveles de sintomatología psicológica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● El 46,7% de los participantes indicaron sufrir estrés, el 37% ansiedad, el 27,4% depresión y el 28,9% problemas de sueño.</li> <li>● En cuanto a las diferencias por sexo, las mujeres mostraron mayores niveles de ansiedad (<math>t [419] = 2,66, p = 0,008</math>) y estrés (<math>t [419] = 2,21, p = 0,027</math>).</li> <li>● En cuanto a la edad, fueron los mayores de 36 años los que mostraron en mayor medida estrés (32,1%), ansiedad (25,3%), insomnio (21%) y depresión (19,5%).</li> <li>● En lo referido a los datos recogidos en el cuestionario adhoc, el 72,2% de la muestra (<math>n = 298</math>) señaló que no convivía con una persona con enfermedad crónica.</li> <li>● El 71,5% (<math>n = 292</math>) si había tenido contacto con personas infectadas por la COVID-19 y el 44,4% (<math>n = 183</math>) indicó que sentía miedo al contagio.</li> <li>● Con el objetivo de explorar si estas variables estaban relacionadas con los niveles de depresión, ansiedad, estrés e insomnio, se llevó a cabo un MANOVA.</li> </ul>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

					<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los resultados indican que el personal sanitario que vive acompañado de una persona con una enfermedad crónica tiene mayores niveles de ansiedad (<math>F [1,404] = 4,46, p = 0,028, h^2 = 0,013</math>) e insomnio (<math>F [1,404] = 4,40, p = 0,037, h^2 = 0,011</math>), si bien el tamaño del efecto es pequeño.</li> <li>• Por otro lado, aquellas personas que han estado en contacto con personas infectadas por el virus de la COVID-19 muestran mayores niveles de ansiedad (<math>F [4,404] = 7,52, p = 0,06, h^2 = 0,019</math>), estrés (<math>F [1,404] = 6,93, p = 0,009, h^2 = 0,018</math>) e insomnio (<math>F [4,404] = 4,83, p = 0,029, h^2 = 0,012</math>).</li> <li>• Las personas que respondieron sentir miedo en su trabajo fueron también las que mayores niveles de depresión, ansiedad y estrés presentaban, siendo el estrés la variable dependiente con mayor tamaño del efecto (<math>F [1,404] = 23,21, p = 0,001, h^2 = 0,057</math>).</li> </ul>
--	--	--	--	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

					<ul style="list-style-type: none"> <li>● Seguimiento de la ansiedad (<math>F [1,404] = 15,12, p = 0,001, 2 = 0,038</math>) y de la depresión (<math>F [1,404] = 13,29, p = 0,001, 2 = 0,034</math>).</li> <li>● Por último, los y las profesionales que perciben que en general la población no está respetando las medidas que se han impuesto respecto al confinamiento, son las que mayores niveles de depresión (<math>F [1,404] = 17,37, p = 0,001, 2 = 0,041</math>), ansiedad (<math>F [1,404] = 21,08, p = 0,001, 2 = 0,049</math>), estrés (<math>F [1,404] = 20,65, p = 0,001, 2 = 0,048</math>) e insomnio (<math>F [1,404] = 7,93, p = 0,001, 2 = 0,019</math>) presentan, todas ellas con un tamaño del efecto intermedio, excepto el insomnio, que muestra un tamaño pequeño.</li> <li>● Asimismo, se halló que las personas que han estado en contacto con personas infectadas por el virus de la COVID-19 y que conviven con un enfermo crónico, muestran mayores niveles de estrés (<math>F [1,402] = 8,40, p = 0,004, 2 = 0,022</math>), con un tamaño del efecto pequeño.</li> </ul>
--	--	--	--	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Impact on mental health and perceptions of psychological care among medical and nursing staff in Wuhan during the 2019 novel coronavirus disease outbreak: A cross-sectional study.</b><sup>104</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Lijun Kang, Simeng Ma, Min Chen, Jun Yang, Ying Wang, Ruiting Li, Lihua Yao, Hanping Bai, Zhongxiang Cai, Bing Xiang Yang, Shaohua Hu, Kerang Zhang, Gaohua Wang, Ci Ma, Zhongchun Liu.</li> </ul>	<p>Brain, Behavior, and Immunity 87: 11-17, 2020.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Explorar el estado de salud mental del personal médico y de enfermería de Wuhan, así como la eficacia o falta de ella de conectar críticamente las necesidades psicológicas a la hora de recibir atención psicológica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Se reclutaron a médicos y enfermeras que trabajaban en Wuhan, para que participarán en esta encuesta desde el 29 de enero de 2020 hasta el 04 de febrero del 2020. Este estudio fue aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital Renmin de la Universidad de Wuhan.</li> <li>● Los datos se recopilaron a través de Wenjuanxing (www.wjx.cn) con un cuestionario anónimo y autoevaluado que se distribuyó a todos las estaciones de trabajo a través de Internet.</li> <li>● Todos los sujetos dieron su consentimiento informado por vía electrónica antes del registro.</li> <li>● La página de consentimiento informado presentaba dos opciones (sí/no). Sólo los sujetos que eligieron el sí fueron llevados a la página del cuestionario, y los sujetos podían abandonar el proceso en cualquier momento.</li> <li>● Se aplicó un cuestionario, dicho cuestionario consta de seis partes: datos demográficos básicos evaluación de la salud mental, riesgos de exposición directa e indirecta a COVID-19, servicios de salud mental a los que se ha accedido, necesidades psicológicas y estado de salud autopercebido en comparación con el que había antes del brote de COVID-19.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● El análisis de los datos se realizó con el programa IBM SPSS.</li> <li>● Se utilizó el análisis descriptivo para describir los datos generales y los servicios psicológicos a los que se accede actualmente.</li> <li>● En total, 994 participantes, incluidos 183 (18,4%) médicos y 811 (81,6%) enfermeras, completaron la encuesta. El 31,1% trabajaba en departamentos de alto riesgo.</li> <li>● Los participantes tendían a ser mujeres (85,5%), a tener entre 25 y 40 años (63,4%), a estar casados (56,9%), a tener un nivel educativo de licenciatura o inferior (85%) y a tener un título técnico junior (66,3%).</li> <li>● Del total de participantes, el 36,3% había recibido material psicológico, el 50,4% había obtenido recursos psicológicos disponibles a través de los medios de comunicación.</li> <li>● El 17,5% había participado en asesoramiento psicológico de grupo.</li> </ul>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

					<ul style="list-style-type: none"> <li>● El 36% del personal médico presentaba trastornos de salud mental subumbrales (media del PHQ-9: 2,4, GAD-7: 1,5, ISI: 2,8, IES-R: 6,1), el 34,4% presentaba trastornos leves (media del PHQ-9: 5. 4, GAD-7: 4,6, ISI: 6,0, IES-R: 22,9), el 22,4% tenía alteraciones moderadas (media del PHQ-9: 9,0, GAD-7: 8,2, ISI: 10,4, IES-R:39,9) y el 6,2% tenía alteraciones graves (media del PHQ-9: 15,1, GAD-7.</li> <li>● Los que presentaban trastornos graves habían accedido a menos materiales psicológicos y recursos psicológicos disponibles a través de medios de comunicación.</li> <li>● Los servicios de salud mental regulaban la relación entre el riesgo de exposición y las percepciones subjetivas de salud física al afectar la salud mental. En cuanto al contenido de interés, es decir, la atención psicológica el personal médico y de enfermería con trastornos subumbrales era el que más deseaba obtener habilidades para ayudar a aliviar el malestar psicológico de los demás.</li> </ul>
--	--	--	--	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

					<ul style="list-style-type: none"><li>● Mientras que el resto del personal médico y de enfermería quería obtener habilidades de autoayuda. El personal médico y de enfermería con mayores niveles de problemas de salud mental estaban más interesados en las habilidades de autorrescate y mostraban más deseos de buscar ayuda de psicoterapeutas y psiquiatras.</li><li>● El personal médico y de enfermería con trastornos leves prefería obtener dichos servicios de los medios de comunicación, mientras que el personal con cargas más pesadas querían buscar servicios directamente de los profesionales. El número de personas que sufren impactos en la salud mental después de un evento importante suele ser mayor que el número de personas que sufren lesiones físicas, y los efectos en la salud mental pueden durar más.</li><li>● Es necesario reconocer mejor las necesidades de salud mental como un componente importante de la movilización de una respuesta terapéutica a gran escala ante escenarios de crisis repentinas.</li></ul>
--	--	--	--	--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

					<ul style="list-style-type: none"><li>● El personal médico y de enfermería local en el epicentro de una crisis es fundamental para la respuesta general, y la atención de estos cuidadores, ya sea a través de asesoramiento en persona o apoyo similar a través de plataformas digitales como interfaces de teléfonos celulares.</li><li>● En resumen, los resultados demuestran que una parte sorprendentemente grande de los proveedores de atención médica en Wuhan, plagado de virus, padecen trastornos de salud mental.</li><li>● Entre los pasos necesarios para prepararse mejor para futuros brotes de enfermedades infecciosas estaría una mayor inversión en las herramientas de salud mental del arsenal médico de la sociedad para proteger y cuidar a los futuros médicos y enfermeras que se encuentran inesperadamente en la peligrosa línea del frente de respuesta a las enfermedades.</li></ul>
--	--	--	--	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Psicosis del personal de salud en tiempos de COVID-19.</b> <sup>105</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Jesús Sánchez, Karla Peniche, Gerardo Rivera, Eduardo González, Enrique Martínez, Enrique Monares, María Calyeca</li> </ul>	<p>Medicina Critica 34(3): 200-203, 2020.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Se pretende exponer la problemática en el ámbito emocional que aqueja a los trabajadores de la salud en tiempos de COVID-19.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Se realizó una encuesta personal, vía correo electrónico y redes sociales, a 150 participantes del área de la salud, la cual incluyó 10 preguntas que fueron realizadas, basándose en las dudas del día a día de diferentes hospitales donde laboran los autores o donde laboran compañeros y amigos de los mismos.</li> <li>● En el personal entrevistado, el requisito indispensable fue que atendieran pacientes sospechosos o confirmados COVID-19.</li> <li>● Los encuestados fueron médicos y enfermeras; los servicios en los que laboran son: urgencias, piso (hospitalización), UCI (Unidad de Cuidados Intensivos) y quirófano. Incluyendo hospitales públicos y privados.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● El 66.6% considera que el origen del coronavirus y del síndrome respiratorio agudo grave (SARS-CoV-2) es una zoonosis, aunque 26.6% considera que es una guerra entre naciones poderosas y el 2.66% refiere que es un castigo de Dios o que no existe, respectivamente.</li> <li>● La mayoría (63.3%) del personal de salud entrevistado piensa que sólo 25% del personal de sus hospitales se encuentra capacitado para atender pacientes con COVID-19, 24.6% opina que 50%, 8.66% considera que 75% y sólo 3.33% piensa que 100%.</li> <li>● La ansiedad fue el sentimiento más frecuente en 65.33%, pero 17.33% presentó enojo, 9.33% pánico y a 8% le fue indiferente.</li> <li>● La principal carencia según la percepción del personal es el equipo de protección personal (EPP) (54.66%), seguida del equipo tecnológico o ventiladores (26.66%).</li> </ul>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

					<ul style="list-style-type: none"> <li>● El 12% percibió que faltaba recurso humano (médicos, enfermeras, inhaloterapeutas) y 6.66% medicamentos.</li> <li>● La principal preocupación personal de médicos y enfermeras es infectar a algún miembro de su familia con 68%, infectarse 18%, morir 12% y sólo 2% está preocupado por su economía en estos momentos.</li> <li>● Además 65.33% sabe que el nivel socioeconómico es indistinto como factor de riesgo para esta enfermedad, 19.33% considera que el nivel socioeconómico bajo es un factor de riesgo para contagiarse, 10.66 y 3.88% consideran al nivel socioeconómico medio y alto como factor de riesgo.</li> <li>● Entre los entrevistados la principal fuente de información fueron los textos médicos (64%), televisión y radio (20%), redes sociales (14.66%) y 1.33% utilizó como fuente de información a sus compañeros, amigos y familiares.</li> </ul>
--	--	--	--	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

					<ul style="list-style-type: none"> <li>● Así también, 58.66% sabe que la edad para contagiarse es indistinta, el 22.66% considera que la enfermedad afecta al adulto maduro (36 a 59 años), 16% a los mayores de 60 años, 2.66% al adulto joven (18 a 35 años) y no hubo quien opinara que los menores de 18 años tienen menor riesgo de infectarse.</li> <li>● Un porcentaje de 84.66% de los encuestados está de acuerdo que el personal mayor de 60 años, así como con enfermedades crónico degenerativas, inmunodeficiencias o alguna otra condición fuera a casa como medida de protección, pero 15.33% no está de acuerdo con esta medida.</li> <li>● Finalmente, 52% considera que el principal mecanismo de contagio es tocar ojos, nariz y boca con manos contaminadas, 37.77% las gotas de Flügge y aerosoles suspendidas en el aire por tiempo determinado.</li> <li>● El 1.33% piensa que es porque el virus se encuentra suspendido permanentemente en el aire y otro 1.33% cree que se puede contagiar con tan sólo tocar al paciente.</li> </ul>
--	--	--	--	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

					<ul style="list-style-type: none"> <li>● La pandemia de COVID-19 es una crisis de salud que dejará estigmas emocionales, no sólo en la sociedad, sino también en el personal de salud.</li> <li>● La cuarentena y lo que ésta conlleva ha cambiado abruptamente la vida diaria de las personas, pero los hospitales colapsados y la gran cantidad de muertes que se ven diariamente están marcando la vida y las emociones de médicos y enfermeras.</li> </ul>
<p><b>Dificultades y temores de las enfermeras que enfrentan la pandemia de COVID-19 en Brasil.</b> <sup>106</sup></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Vagner Ferreira, Thalise Yuri, Ana Cláudia Pereira.</li> </ul>	<p>Revista Humanidades médicas 20(2):312-333, 2020.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Identificar las dificultades y los temores de las enfermeras que enfrentan la pandemia de COVID-19 en Brasil.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Los participantes fueron 25 profesionales de diferentes servicios de salud (públicos y privados), comprendidos entre las edades de 24 a 48 años, predominantemente mujeres y solteras.</li> <li>● Se realizó un estudio cualitativo y exploratorio en marzo de 2020, en el estado brasileño de Mato Grosso.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● En la Categoría 1, las enfermeras señalaron la dificultad en el campo de la educación, en relación a la desinformación de la población y entre los compañeros de trabajo acerca de los riesgos de infección por COVID-19; medidas preventivas.</li> </ul>

				<ul style="list-style-type: none"> <li>● Este estudio incluyó a enfermeras con un mínimo de 12 meses de trabajo profesional y con vínculo activo en la enfermería. Hubo exclusión de aquellas con más de 60 años debido a ser parte del grupo de mayor riesgo de infección de COVID-19.</li> <li>● La muestra fue no probabilística, intencional, definida por la saturación de datos. Al final, 25 enfermeras participaron del estudio. Las enfermeras fueron invitadas a través de contactos telefónicos, proporcionados por las instituciones de salud.</li> <li>● Después de este contacto, quienes aceptaron participar recibieron individualmente, a través de la aplicación WhatsApp, una pregunta orientadora: “¿En este momento de la pandemia COVID-19, cuáles son sus dificultades y temores?”.</li> <li>● Tuvieron 24 horas para responder enviando un audio; el material generado fue transcrito y analizado por la técnica de análisis de contenido, siguiendo tres etapas. Pre-análisis, exploración del material y tratamiento de resultados: inferencia e interpretación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● El uso apropiado y la utilización racional de los materiales y del Equipo de Protección Individual (EPI); y la dificultad para realizar el diagnóstico diferencial.</li> <li>● En la Categoría 2, las enfermeras expusieron debilidades emocionales en la gestión de exigencias personales e institucionales, especialmente para conciliar los cuidados de rutina con la excepcional atención relacionada a la COVID-19.</li> <li>● Hay presencia de la ansiedad y el temor constante de transmitirla a la familia, además de la incertidumbre acerca de la evolución de la pandemia y sus consecuencias.</li> <li>● Las enfermeras en el estudio manifestaron su deseo de ser protegidas, como una de sus principales prioridades, pero tropiezan con las situaciones antes de la pandemia.</li> </ul>
--	--	--	--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

				<ul style="list-style-type: none"> <li>Surgieron dos categorías: 1) Dificultades en el enfrentamiento de la COVID-19). Los temores de la pandemia COVID-19.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>La escasez de materiales sigue siendo un escenario común en muchos servicios de salud, que utilizan la creatividad y la improvisación para enfrentar las adversidades de trabajo.</li> </ul>
<p><b>Emotional impact of the Covid-19 pandemic on healthcare workers in one of the most important infection outbreaks in Europe.</b> <sup>107</sup></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Juan Erquicia, Laura Valls, Andrés Barja, Sergi Gil, Joan Miquel, Joan Leal-Blanquet, Carlos Schmidt, Josep Checa, Daniel Vega.</li> </ul>	<p>Revista Medicina Clínica;155(10): 434–440, 2020</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Analizar el estado emocional de los trabajadores del Hospital de Igualada (Barcelona), mientras se enfrentaban a uno de los focos de contagio más importantes de Europa.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se envió un correo electrónico con información sobre el objetivo del estudio a todos los trabajadores del Hospital de Igualada (aproximadamente 1100).</li> <li>Los trabajadores que estaban en activo en el momento de la evaluación (entre marzo y abril de 2020) fueron posteriormente identificados de forma transversal y se les entregó un folleto con la información que se les iba a proporcionar, además del consentimiento informado.</li> <li>Para ello algunos de los investigadores del presente estudio se desplazaron al lugar de trabajo de cada uno de los participantes.</li> <li>La muestra inicial estaba formada por 470 trabajadores (el 42,73% del total de trabajadores).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Los participantes en el estudio eran en su mayoría mujeres (73,6%), y el rango de edad estaba entre los 18 y los 64 años.</li> <li>La edad media edad fue similar en hombres y mujeres (mujeres: 39,83 ± 11 años; hombres: 41,24 ± 12,5 años; F (1, 392) = 1,16; p = 0,28).</li> <li>Las medidas utilizadas para evaluar los síntomas de ansiedad, depresión y estrés agudo.</li> <li>(HARS, MADRS y lista de síntomas de TEA) mostraron altas correlaciones con la puntuación total del DASS-21 (r = 0,83; r = 0,79; r = 0,79, respectivamente; todas con un nivel de significación estadística de p &lt; 0,001).</li> </ul>

				<ul style="list-style-type: none"> <li>● Para ser elegibles, los participantes tenían que trabajar en cualquiera de los departamentos del Hospital, pertenecer a cualquier categoría laboral, comprender el propósito del estudio y firmar el consentimiento informado.</li> <li>● Un total de 407 profesionales cumplían estos criterios de inclusión.</li> <li>● Doce participantes fueron descartados debido a errores y/o datos incompletos, con lo que la muestra final del estudio fue de 395 profesionales (35,91% del total de trabajadores del Hospital de Igualada).</li> <li>● Por tanto, el número de trabajadores disponibles en el momento del estudio determinó el tamaño de la muestra.</li> <li>● La participación fue voluntaria y anónima. Se entregó un folleto de los participantes con los cuestionarios.</li> <li>● Por último, se les pidió un número de teléfono para poder contactar con ellos en caso de que sus resultados fueran susceptibles de una evaluación más detallada por parte del Servicio de Salud Mental.</li> <li>● El estudio se llevó a cabo de acuerdo con las recomendaciones de la Declaración de Helsinki para la investigación con seres humanos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Estos resultados sugieren que todas las medidas evaluaron constructos similares, aunque algunas de ellas no fueron diseñadas para ser utilizadas como autoinformes.</li> <li>● El nivel de malestar emocional era más grave en las mujeres que en los hombres, como indican las puntuaciones más altas en el DASS-21 en las mujeres (<math>3,39 \pm 1,55</math>; <math>2,58 \pm 1,54</math>; <math>F(392,1) = 20,69</math>; <math>p &lt; 0,001</math>).</li> <li>● De los 395 participantes en el estudio, el 71,6% (<math>n = 287</math>) de ellos mostraron síntomas de ansiedad, de los cuales el 31,4% (<math>n = 126</math>) tenía una intensidad de ansiedad según el HARS.</li> <li>● En cuanto a los síntomas depresivos evaluados con el MADRS, el 60,3% (<math>n = 242</math>) de los participantes informaron de síntomas de depresión, de los cuales el 12,2% (<math>n = 49</math>) mostraron puntuaciones compatibles con una depresión de moderada a grave (y el 48,1% con depresión leve, <math>n = 193</math>).</li> </ul>
--	--	--	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

				<ul style="list-style-type: none"> <li>● Se utilizaron diferentes instrumentos psicométricos para evaluar el malestar psicológico y los síntomas de ansiedad y depresión.</li> <li>● El DASS-21 (Depression Anxiety Stress Scales) es un instrumento de autoinforme que evalúa la intensidad/frecuencia de 21 síntomas asociados a un estado emocional negativo, durante las 2 semanas anteriores. Consta de 3 subescalas: (i) depresión, que evalúa desesperanza, baja autoestima y bajo afecto positivo; (ii) ansiedad que evalúa la excitación fisiológica, los síntomas musculoesqueléticos y sentimientos subjetivos de ansiedad; (iii) estrés, que evalúa la tensión, la agitación y el afecto negativo.</li> <li>● Se ha utilizado anteriormente para evaluar el impacto emocional asociado a Covid-19 en la población general y en trabajadores sanitarios.</li> <li>● También se utilizaron la Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS) y la MontgomeryAsberg Depression Rating Scale (MADRS) para evaluar ansiedad y los síntomas depresivos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Por otra parte, el 14,5% (n = 59) de los trabajadores mostraban síntomas de TEA según la lista de síntomas adhoc elaborada.</li> <li>● Los participantes en el estudio mostraron diferentes niveles de malestar psicológico en función de la categoría profesional a la que pertenecían.</li> <li>● Los trabajadores del grupo 1 (auxiliares de enfermería auxiliares de enfermería, celadores y técnicos de radiología) mostraron puntuaciones más altas en el DASS-21, seguido del Grupo 2 (formado por diplomados en enfermería).</li> <li>● El resto de profesionales (Grupos 3 y 4) fueron los que menos impacto emocional mostraron, no observándose diferencias entre ellos (Grupo 3 vs. Grupo 4).</li> <li>● La presencia (frente a la ausencia) de algunos estresores laborales y sanitarios (trabajo directo con pacientes de Covid-19, experimentar síntomas, sentirse desprotegido) se asoció con mayores niveles de malestar psicológico.</li> </ul>
--	--	--	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

				<ul style="list-style-type: none"> <li>● La HARS consta de 14 ítems que contemplan diferentes síntomas de ansiedad psíquica y somática. Cada ítem se valora de 0 a 4 según su grado de intensidad, y la puntuación total de la prueba oscila entre 0 y 56 puntos.</li> <li>● El MADRS consta de 10 ítems que evalúan los síntomas depresivos en adultos (por ejemplo, dificultades de sueño, concentración, pesimismo). Cada ítem se evalúa de 0 a 6, y la puntuación total de la prueba oscila de 0 a 60 puntos.</li> <li>● En ambos instrumentos, una puntuación más alta indica mayor gravedad de los síntomas.</li> <li>● Aunque el HARS y el MADRS están diseñados para ser utilizados de forma heteroaplicada (es decir, por un evaluador), teniendo en cuenta las circunstancias excepcionales y el distanciamiento social requerido en este momento, ambos instrumentos se utilizaron de forma de autoinforme.</li> <li>● Por lo tanto, ambas pruebas fueron respondidas por los participantes como una lista de síntomas que debían calificarse según la intensidad percibida.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Por otro lado, tener menores en casa haber estado bajo encierro, o haber sufrido la muerte reciente de una persona cercana debido a Covid-19 fueron los estresores familiares que se asociaron con mayores niveles de malestar emocional en nuestra muestra.</li> <li>● En cuanto al análisis de regresión, se obtuvo un modelo significativo que explica el 24% de la variación de la varianza en el malestar psicológico (<math>R^2 = 0,24</math>, <math>F(12,377) = 9,82</math>, <math>p &lt; 0,001</math>) que mostraron entre ellos (Grupo 3 vs. Grupo 4).</li> <li>● La presencia (frente a la ausencia) de algunos estresores laborales y sanitarios estresores laborales y sanitarios (trabajo directo con pacientes de Covid-19, experimentar síntomas, sentirse desprotegido) se asoció con mayores niveles de malestar psicológico.</li> </ul>
--	--	--	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

				<ul style="list-style-type: none"> <li>● Para facilitar la comprensión de los participantes, los investigadores explicaron claramente el procedimiento a seguir para responderlas.</li> <li>● Un cuestionario ad hoc que consiste en una lista de 18 síntomas asociados al trastorno por estrés agudo (TEA).</li> <li>● Este trastorno se define como una reacción de estrés agudo que se produce de algún acontecimiento traumático y que se inicia entre 3 días y 4 semanas después del acontecimiento.</li> <li>● Los síntomas típicos del TEA son la reexperimentación del evento traumático, la evitación de situaciones que generan angustia asociada al evento traumático, la disociación o la hiperactividad fisiológica.</li> <li>● En la primera sección, se recogieron datos como la edad y el sexo, y datos sobre la situación laboral se recogieron.</li> <li>● La segunda incluía preguntas sobre factores potencialmente estresantes para los participantes, como haber sufrido síntomas, sentirse desprotegido o trabajar en la UCI.</li> <li>● Las respuestas de esta sección se clasificaron como sí o no.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Por otro lado, tener menores en casa haber estado bajo encierro, o haber sufrido la muerte reciente de una persona cercana debido a Covid-19 fueron los estresores familiares que se asociaron asociados con mayores niveles de malestar emocional en nuestra muestra.</li> <li>● Ser mujer (o joven), del Grupo 1 (auxiliares de enfermería de enfermería, camilleros, técnicos de radiología), trabajar en contacto directo con pacientes de Covid-19.</li> <li>● No haber realizado una PCR, la percepción de no tener los elementos de protección necesarios para prevenir la infección (sobre todo en caso de síntomas), y haber vivido la muerte de una persona cercana por Covid-19, fueron factores de riesgo para un mayor grado de malestar emocional en la muestra del estudio.</li> </ul>
--	--	--	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p><b>Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019.</b><sup>108</sup></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Jianbo Lai, Simeng Ma, Ying Wang, Zhongxiang Cai, Jianbo Hu, Ning Wei, Jiang Hui Du, Tingting Chen, Ruiting Li, Huawei Tan, Lijun Kang, Lihua Yao, Manli Huang, Huafen Wang, Gaohua Wang, Zhongchun Liu, Shaohua Hu.</li> </ul>	<p>JAMA Network Open 3(3): 1-12, 2020.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Evaluar la magnitud de los resultados de salud mental y los factores asociados entre trabajadores sanitarios que tratan a pacientes expuestos a COVID-19 en China.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Este estudio transversal, basado en una encuesta y estratificado por regiones estudio recogió datos demográficos y mediciones de salud mental de 1257 trabajadores sanitarios en 34 hospitales del 29 de enero al 3 de febrero de 2020 en China.</li> <li>Los trabajadores sanitarios de los hospitales equipados con clínicas de fiebre o salas para pacientes con COVID-19 fueron elegibles.</li> <li>El grado de síntomas de depresión, ansiedad, insomnio y angustia se evaluó mediante las versiones chinas del Cuestionario de Salud del Paciente de 9 ítems.</li> <li>La escala de Trastorno de Ansiedad Generalizada de 7 ítems, el Índice de Gravedad del Insomnio de 7 ítems y la Escala de Impacto de Sucesos Revisada de 22 ítems, respectivamente.</li> <li>Se realizó un análisis de regresión logística multivariable para identificar los factores asociados a los resultados de salud mental.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Un total de 1.257 de las 1.830 personas contactadas completaron la encuesta, con una tasa de participación del 68,7%. de participación del 68,7%.</li> <li>Un total de 813 (64,7%) tenían entre 26 y 40 años, y 964 (76,7%) eran mujeres. De todos los participantes, 764 (60,8%) eran enfermeras y 493 (39,2%) eran médicos 760 (60,5%) trabajaban en 760 (60,5%) trabajaban en hospitales de Wuhan y 522 (41,5%) eran trabajadores sanitarios de primera línea.</li> <li>Una proporción considerable de los participantes declararon síntomas de depresión (634 [50,4%]), ansiedad (560 [44,6%]), insomnio (427 [34,0%]) y angustia (899 [71,5%]).</li> <li>Las enfermeras, las mujeres, los trabajadores sanitarios de primera línea y los de Wuhan, China, informaron de grados más graves en todas las mediciones de los síntomas de salud mental que otros trabajadores sanitarios.</li> </ul>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

					<ul style="list-style-type: none"> <li>● Por ejemplo, mediana [IQR] de las puntuaciones del Cuestionario de Salud del Paciente entre los médicos frente a los enfermeros: 4,0 [1,0-7,0] frente a 5,0 [2,0-8,0]; P = 0,007; mediana [rango intercuartil {IQR}]</li> <li>● Puntuaciones de la escala de Trastorno de Ansiedad Generalizada entre hombres frente a mujeres: 2,0 [0-6,0] frente a 4,0 [1,0-7,0]; P &lt; .001; mediana [IQR] de las puntuaciones del Índice de Gravedad del Insomnio entre los trabajadores de primera línea frente a los de segunda línea: 6.0</li> <li>● [2,0-11,0] frente a 4,0 [1,0-8,0]; P &lt; 0,001; mediana [IQR] de las puntuaciones de la Impact of Event Scale-Revised entre los en Wuhan frente a los de Hubei fuera de Wuhan y los de fuera de Hubei: 21,0 [8,5-34,5] frente a 18,0 [6,0-28,0] en Hubei fuera de Wuhan y 15,0 [4,0-26,0] fuera de Hubei; P &lt; 0,001).</li> </ul>
--	--	--	--	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

					<ul style="list-style-type: none"> <li>El análisis de regresión multivariable mostró que los participantes de fuera de la provincia de Hubei estaban asociados a un menor riesgo de experimentar síntomas de angustia en comparación con los de Wuhan (odds ratio [OR], 0,62; 95% CI, 0,43-0,88; P = 0,008).</li> <li>Los trabajadores sanitarios de primera línea dedicados al diagnóstico, tratamiento y cuidado de pacientes con COVID-19 se asociaron con un mayor riesgo de síntomas de depresión (OR,1,52; IC del 95%, 1,11-2,09; p = 0,01), ansiedad (OR, 1,57; IC del 95%, 1,22-2,02; p &lt; 0,001), insomnio (OR, 2,97 IC del 95%, 1,92-4,60; P &lt; 0,001), y angustia (OR, 1,60; IC del 95%, 1,25-2,04; P &lt; 0,001).</li> </ul>
<b>Efectos del estrés ocupacional en trabajadores de salud por pandemia coronavirus en Hospitales ecuatorianos.</b> <sup>109</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Elizabeth Mayorga, Mario Rivera, Nicole Pacheco, María Olivarez</li> </ul>	Revista Dilemas Contemporáneos Educación, Política y Valores 67(1): 1-21, 2020.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Determinar el impacto psicofísico en la salud de los profesionales que tratan a pacientes con COVID 19.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se realizó un estudio observacional descriptivo transversal con profesionales de la salud de varias instituciones de salud en las ciudades ecuatorianas de Quito y Ambato.</li> <li>El estudio tuvo lugar la segunda y tercera semana de marzo de 2020.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>La población estudiada fue de 84 trabajadores de la salud, 28 (33,3%) hombres y 56 (66,7%) mujeres, con una media de 42 y 33 años con una derivación estándar (DE) de 14,20 y 10,2 respectivamente.</li> </ul>

				<ul style="list-style-type: none"> <li>● El Cuestionario de conflicto de estrés se administró a 100 profesionales de atención médica de primera línea que brindaban atención a pacientes infectados con COVID-19. El estudio incluyó: médicos, enfermeras, estudiantes de medicina y paramédicos.</li> <li>● La encuesta se diseñó utilizando la primera y segunda parte del Cuestionario de conflicto de estrés (Almirall y Díaz, 1988citado por Castillo, et al. 2012), que se personalizaron para los fines de este estudio.</li> <li>● Finalmente, se realizó una prueba piloto para evaluar el diseño del cuestionario y el método de entrega electrónica.</li> <li>● Se envió un enlace a un cuestionario por correo electrónico a profesionales de la salud en centros médicos (hospitales y centros de salud). El cuestionario se envió a un total de 100 profesionales de la salud.</li> <li>● Los participantes tuvieron dos semanas para enviar el formulario de consentimiento firmado y el cuestionario completado. De los 100 participantes, 84 participantes respondieron, 16 no enviaron su formulario de consentimiento y, por lo tanto, sus datos se descartaron. Al final de las dos semanas, no se aceptaron más cuestionarios.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● De estos, se obtuvieron 44 (67%) y 22 (33%) médicos, 8 (80%) y 2 (20%) enfermeras, 4 (57%) y 3 (43%) estudiantes de medicina, hombres y mujeres, respectivamente.</li> <li>● COVID-19 ha demostrado ser una carga pesada para los sistemas de salud en todo el mundo. Según Rodríguez-Morales, et al (2020), se requirió UCI para aproximadamente el 20% de los pacientes infectados con comorbilidades, y la hospitalización se asoció con una tasa de letalidad&gt;13%.</li> <li>● Solo con esta estadística, está claro que la carga de trabajo tuvo que aumentar en todos los ámbitos para hacer frente a la pandemia.</li> <li>● Este estudio resume el impacto en el profesional de la salud de los hospitales en dos ciudades ecuatorianas debido a COVID-19.</li> <li>● Los resultados muestran que los participantes se dividen en dos grupos: Grupo 1-Asintomático (69.4%) y Grupo 2- Sintomático (31%).</li> </ul>
--	--	--	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

					<ul style="list-style-type: none"> <li>• Primero, los participantes del Grupo 1 afrontaron con éxito el estrés y adoptaron una variedad de mecanismos de afrontamiento. Los dos principales métodos de afrontamiento fueron hablar con personas que conocen o quedarse dormido. Los participantes del grupo 2 no tuvieron tanto éxito y mostraron diversos grados de estrés: leve (56.7%), moderado (30.8%) y severo (11.5%).</li> <li>• En términos de mecanismos de afrontamiento, es importante tener en cuenta que a medida que aumentaba la gravedad del estrés, los participantes tenían más dificultades para conciliar el sueño. Se redujo de 93.3% para Leve, a 62.5% y 66.7% para Moderado y Severo, respectivamente.</li> <li>• Finalmente, los participantes en el grupo de estrés severo mostraron un mayor consumo de tabaco, alcohol y drogas psicotrópicas como mecanismo de afrontamiento en comparación con otros grupos.</li> </ul>
--	--	--	--	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

					<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los resultados apuntan al impacto negativo en la salud física y mental de los profesionales de la salud debido al aumento sustancial en el número de pacientes, recursos agotados como equipos, medicamentos, escasez de personal, etc. necesarios para combatir la pandemia de COVID-19.</li> <li>• Está claro que los profesionales de la salud muestran síntomas de estrés postraumático agudo como resultado directo de la atención a pacientes infectados con COVID-19.</li> </ul>
<p><b>Work stress among Chinese nurses to support Wuhan in fighting against COVID-19 epidemic.</b> <sup>110</sup></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Yuanyuan Mo, Lan Deng, Liyan Zhang, Qiuyan Lang, Chunyan Liao, Nannan Wang, Mingqin Qin, Huiqiao Huang.</li> </ul>	<p>Revista J Nurs Manag; 28: 102-109, 2020.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Investigar el estrés laboral entre las enfermeras chinas que apoyan a Wuhan en la lucha contra la infección por el Coronavirus 2019 (COVID-19) y explorar los factores de influencia relevantes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Una encuesta transversal. Mediante un muestreo conveniente, se seleccionaron enfermeras de Guangxi que apoyan a Wuhan, fueron seleccionadas para llevar a cabo la encuesta.</li> <li>• Los criterios de inclusión fueron los siguientes: enfermeras de Guangxi que participan en la lucha contra el COVID-19, las que han que entrado en la primera línea clínica para participar en las labores de rescate y las que se ofrecieron a participar en este estudio.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De los 180 enfermeros que participaron en la encuesta, 18 eran hombres (10%) y 162 eran mujeres (90%). La edad de estos enfermeros oscilaba entre los 21 a 48 (32,71 ± 6,52) años, y los años de trabajo oscilaban entre 2 y 32 (8,45 ± 3,86) años.</li> <li>• El perfil educativo de los participantes es el siguiente: 34 (18,89%) estudiantes universitarios de primer ciclo, 143 (79,44%) licenciados y 3 (1,67%) con máster.</li> </ul>

				<ul style="list-style-type: none"> <li>● A partir del 21 de febrero de 2020, todas las enfermeras (alrededor de 210) fueron invitadas a participar en este estudio.</li> <li>● La tasa de respuesta fue del 85,71%, lo que dio como resultado en una muestra de 180 enfermeras.</li> <li>● De acuerdo con la revisión de la literatura y la consulta a expertos, se elaboraron cuestionarios de información general y demográfica propios, que incluían el sexo, edad, educación, cualificaciones profesionales, estado civil, estado de fertilidad.</li> <li>● Si los participantes son el único hijo en sus familias, si su familia les apoya, si han recibido formación en conocimientos de prevención y control del SARS-CoV-2, autoevaluación del dominio de los conocimientos de prevención y control del COVID-19, si participan en la formación en habilidades de protección, autoevaluación del dominio de las habilidades de protección, experiencia en departamentos relacionados (por ejemplo, clínica de fiebre, departamento de infecciones, departamento de medicina respiratoria y crítica, departamento de medicina crítica y urgencias).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● La cualificación profesional es la siguiente: 7 (3,89%) enfermeros de primera línea, 102 (56,67%) enfermeros de segunda línea, 59 (32,78%) supervisores y 12 (6,67%) enfermeros jefes adjuntos.</li> <li>● El estado civil de los participantes es el siguiente: 89 (49,44%) casados, 86 (47,78%) solteros y 5 (2,78%) divorciados.</li> <li>● El estado de fertilidad de los participantes es el siguiente: 82 (45,56%) enfermeras son fértiles y 98 (54,44%) no tienen hijos.</li> <li>● La encuesta mostró que la puntuación total de la carga de estrés de 180 enfermeras que colaboraron en la lucha contra el COVID-19 fue de <math>39,91 \pm 12,92</math>, con una de 39,91%, de los cuales la puntuación de la carga de eventos fue de <math>19,32 \pm 6,52</math> puntos, y la puntuación de vulnerabilidad individual fue de <math>20,59 \pm 6,61</math> puntos.</li> </ul>
--	--	--	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

				<ul style="list-style-type: none"> <li>● Si son voluntarios para participar en el trabajo de apoyo, si se arrepienten de haber participado en el trabajo de apoyo, si han realizado el trabajo de apoyo con confianza, el nombre del hospital en el que trabajan, el tiempo que han participado en el apoyo y las horas de trabajo a la semana.</li> <li>● Amirkhan (2012) desarrolló un SOS, y Qian &amp; Leilei (2014) lo introdujeron y llevaron a cabo un encargo cultural. La versión china del SOS tiene una buena fiabilidad y validez. El valor <math>\alpha</math> de Cronbach es de 0,936, y la validez de contenido es de 0,860.</li> <li>● La escala consta de dos dimensiones: carga de acontecimientos (12 entradas) y vulnerabilidad individual 1004  MO et al. (10 entradas), con 22 entradas que utilizan un método de puntuación de 5 puntos, "nunca antes" puntúa con 1 punto y "siempre" puntúa con 5 puntos, con la puntuación total en el rango de 22-110 puntos.</li> <li>● Cuanto más alta sea la puntuación, mayor será la carga de presión. La SAS fue desarrollada por el profesor William W. K. Zung en 1971 y es una herramienta clínica sencilla para analizar la ansiedad subjetiva.</li> <li>● Un total de 20 ítems están presentes en la SAS.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● La puntuación total del SAS fue de <math>32,19 \pm 7,56</math> puntos, superior a la puntuación estándar nacional (<math>29,78 + 0,46</math>), y la diferencia fue estadísticamente significativa (<math>t = 4,27, p &lt; 0,001</math>).</li> <li>● Según el análisis de correlación de Pearson, la puntuación total de la carga de estrés y cada una de las dimensiones se correlacionaron positivamente con el SAS (los valores de r fueron de 0,676, 0,667 y 0,663); es decir, cuanto mayor es la carga de estrés, más alta es la puntuación total de ansiedad y más evidente será el estado de ánimo de ansiedad.</li> <li>● Los resultados mostraron que las diferentes cualificaciones profesionales si los participantes son el único hijo de sus familias, la gravedad de los pacientes, las horas de trabajo a la semana, la dieta y el estado del sueño tenían impacto en las puntuaciones de la carga de estrés de las enfermeras (<math>p &lt; 0,05</math>).</li> </ul>
--	--	--	--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

				<ul style="list-style-type: none"> <li>● Con una escala de 4 puntos, que evalúa la frecuencia de los síntomas. La norma del SAS es la siguiente: '1' indica que no hay o hay poco tiempo, y '4' indica la mayor parte o todo el tiempo.</li> <li>● El valor <math>\alpha</math> de Cronbach es de 0,777, y el coeficiente medio es de 0,757, lo que tiene una buena fiabilidad y validez (Tian, Wang, Li, Wang y Dang, 2019).</li> <li>● La puntuación total del SAS es la puntuación acumulada de cada ítem. El mayor sea la puntuación, más grave será la ansiedad.</li> <li>● La encuesta en línea (a través de una plataforma web de cuestionarios) se envió a los jefes de cada grupo de enfermeras de Guangxi que están apoyando en Wuhan, a quienes se les pidió que la enviaran a las enfermeras.</li> <li>● Los participantes podían rellenar el cuestionario a través de un ordenador o un smartphone que pueden abrir un enlace de la página web o escanear un código de respuesta rápida.</li> <li>● La encuesta en línea se envió a los posibles participantes con una carta de invitación que contenía información sobre la finalidad, el anonimato y la confidencialidad.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Cuando se utilizó la carga de estrés total como variable dependiente, el análisis de un solo factor de la carga de estrés que tenía estadísticamente significativa títulos (enfermera principal = 1, enfermera jefe = 2, enfermera encargada = 3 y enfermera jefe adjunta = 4).</li> <li>● Si los participantes son el único hijo de sus familias (sí = 1, no = 2), la gravedad de los pacientes (sospechoso = 1 leve = 2, común = 3, grave = 4 y crítico = 5), las horas de trabajo semanales (&lt;20 horas = 1, 20-25 horas = 2, 26-30 horas = 3, 31-35 horas = 4 y &gt;35 hr = 5).</li> <li>● Si se adaptaron a la dieta diaria (sí = 1, no = 2), estado del sueño estado del sueño (muy bueno = 1, bueno = 2, medio = 3, no muy bueno = 4 y muy malo = 5) y la puntuación total de SAS (sustituyendo el valor real) variables independientes para el análisis de regresión lineal múltiple.</li> </ul>
--	--	--	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

				<ul style="list-style-type: none"> <li>● El consentimiento estaba implícito si los participantes se conectaban al enlace del sitio web y completaban el cuestionario. Los datos de conteo se expresaron por frecuencia y porcentaje, y los datos de medición se expresaron mediante <math>x \pm s</math>.</li> <li>● Las comparaciones entre dos grupos se realizaron mediante dos pruebas t de muestras independientes t, y las comparaciones entre grupos múltiples se realizaron utilizando el ANOVA de un solo factor.</li> <li>● La correlación entre la carga de estrés y la ansiedad se analizó mediante el análisis de correlación de Pearson, y el análisis de regresión lineal múltiple para el análisis multivariante.</li> <li>● Todos los análisis estadísticos se realizaron con SPSS para Windows 22.0, con una p de dos colas <math>&lt; 0,05</math> para ser considerada estadísticamente significativa.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Los resultados mostraron que el hecho de que los participantes fueran el único hijo de su familia, las horas de trabajo semanales y la ansiedad eran los principales factores que influyen en la carga de estrés del personal de enfermería que colabora en la lucha contra el COVID-19, que pueden explicar el 52,1% de la variación total.</li> </ul>
<p><b>Mental health survey of 230 medical staff in a tertiary infectious disease hospital for COVID-19.</b><sup>111</sup></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Huang Jizheng, Han Mingfeng, Luo Tengda, Ren Ake, Zhou Xiaoping.</li> </ul>	<p>Chinese Journal of Industrial Hygiene and Occupational Diseases 38(3): 192-195</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Investigar la salud mental del personal médico clínico de primera línea en la epidemia de COVID-19 y proporcionar una base teórica para la intervención psicológica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Se utilizaron SAS y PTSD-SS para investigar las puntuaciones y la aparición de trastornos de edad, sexo, ocupación, ansiedad y estrés del personal médico de primera línea.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Al comienzo de la epidemia, los rescatistas clínicos de primera línea sabían muy poco sobre el nuevo coronavirus.</li> </ul>

				<ul style="list-style-type: none"> <li>● El cuestionario se ingresa en la estrella del cuestionario, se distribuye por código QR y se responde por teléfono móvil.</li> <li>● SAS tiene un total de 20 ítems con 4 calificaciones; la puntuación total es menos de 50 puntos como normal, 50-60 puntos como ansiedad leve, 61-70 puntos como ansiedad moderada y &gt; 70 puntos como ansiedad severa. En esta encuesta, SAS Cronbach'α es 0,911, lo que puede reflejar mejor el estado psicológico de los encuestados.</li> <li>● PTSD-SS incluye 5 dimensiones de evaluación subjetiva de eventos traumáticos, experiencia repetida, evitación de síntomas, mayor estado de alerta y función social deteriorada, 24 ítems, cada ítem se puntúa de 1 a 5 puntos; el valor de la puntuación total es más de 50 puntos a juzgar.</li> <li>● Es positivo, cuanto más alta es la puntuación, más grave es el trastorno de estrés [4]. En esta encuesta, PTSD-SS Cronbach'α es 0.965, que tiene buena confiabilidad y validez.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Fueron puestos a trabajar sin suficiente preparación psicológica y reservas de conocimiento, y necesitaban un contacto frecuente con la sangre, los fluidos corporales y los objetos punzantes médicos de los pacientes.</li> <li>● Según la literatura, el número de casos confirmados notificados por el personal médico en todo el país representó el 3,8% (1 716/44 672) de los casos confirmados del país, y las muertes representaron el 0,5% de las muertes del país (5/1 023).</li> <li>● Por lo tanto, el riesgo de exposición ocupacional del personal médico de primera línea es muy alto. Durante las horas de trabajo, el personal médico usa equipo de protección, disnea, estrés mental y fatiga física y mental; durante los descansos, se encuentran aislados en hoteles, y su vida normal está restringida, y no pueden ver a familiares y amigos, y no pueden obtener suficiente apoyo.</li> </ul>
--	--	--	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

					<ul style="list-style-type: none"> <li>● Por tanto, el personal médico tiene que soportar cada vez más estrés físico y mental. La encuesta encontró que la incidencia de ansiedad entre 230 miembros del personal médico era del 23,04%, ligeramente superior a la de Yuan Yuan et al. [8]</li> <li>● La encuesta del personal médico en el distrito de Fengxian, Shanghai (21,38%) también fue más alta que la de Shen et al. [9] Resultados de la encuesta (18,0%).</li> <li>● Las puntuaciones de ansiedad de 230 miembros del personal médico fueron <math>(42,91 \pm 10,89)</math> puntos, que fue superior a las puntuaciones de ansiedad del personal médico de primera línea que trabajó 2 semanas antes y 4 semanas en un determinado departamento durante el SARS [<math>(33,50 \pm 5,82)</math> y <math>(30,29 \pm 5,77)</math> puntos].</li> </ul>
--	--	--	--	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

					<ul style="list-style-type: none"> <li>● La encuesta mostró que la incidencia del trastorno por estrés en el personal médico fue del 27,39%, un poco más alta que la de Zhang Kerang et al.</li> <li>● El personal médico de primera línea (25,8%) en la encuesta de la epidemia de SRAS. La puntuación de trastorno de estrés del personal médico en esta encuesta fue <math>(42,92 \pm 17,88)</math> puntos, que fue más alta que la de Xu Aiping et al.</li> <li>● Los rescatistas de terremotos encuestados puntúan <math>[(34,93 \pm 8,96)</math> puntos]. Por lo tanto, en la nueva epidemia de neumonía por coronavirus, se debe prestar suficiente atención a la salud mental del personal médico clínico de primera línea.</li> <li>● La encuesta encontró que la incidencia de ansiedad entre el personal médico femenino es más alta que la de los hombres, y las puntuaciones de ansiedad y trastorno de estrés de las mujeres también son más altas que las de los hombres.</li> </ul>
--	--	--	--	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

					<ul style="list-style-type: none"> <li>● Las mujeres prestan más atención a la experiencia interior y los sentimientos propios, que están relacionados con los factores biológicos, psicológicos y sociales de las mujeres, y son consistentes con los resultados de otros estudiosos.</li> <li>● La incidencia de ansiedad de las enfermeras es mayor que la de los médicos. Esto puede deberse a que las enfermeras realizan el tratamiento, la enfermería y otras operaciones.</li> <li>● El tiempo de trabajo continuo en la sala de aislamiento es mayor que el del médico y el contacto con el paciente está más cerca, lo que fácilmente puede provocar fatiga y tensión.</li> <li>● La encuesta también encontró que los puntajes de ansiedad del personal médico intermedio son más altos que los del personal médico junior y senior, y las razones de esto deben estudiarse más a fondo.</li> </ul>
--	--	--	--	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

					<ul style="list-style-type: none"><li>● No hubo diferencias estadísticamente significativas en la incidencia y las puntuaciones de los trastornos de ansiedad y estrés entre el personal médico de diferentes edades, estado civil y formación académica, y Wang Ping.</li><li>● Los resultados de la investigación son los mismos.</li><li>● Los estudios han demostrado que durante la nueva epidemia de neumonía por coronavirus, la principal ansiedad y miedo del personal médico no es la infección en sí, sino la sensación de no saber cómo responder cuando los pacientes no están dispuestos a cooperar con el tratamiento y se sienten impotentes frente a ellos, de pacientes críticamente enfermos.</li></ul>
--	--	--	--	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

					<ul style="list-style-type: none"><li>● Por lo tanto, las instituciones médicas deben fortalecer la capacitación en habilidades psicológicas del personal médico para enfrentar mejor los problemas psicológicos como la ansiedad y el pánico de los pacientes, y para controlar mejor la autopsicología del personal médico.</li><li>● Por otro lado, también es necesario incrementar el apoyo social y establecer un grupo de intervención psicológica para brindar asesoramiento psicológico al personal médico con trastornos de ansiedad y estrés lo antes posible. Para el personal de enfermería femenino, se debe prestar especial atención.</li></ul>
--	--	--	--	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## 6.7 MARCO ÉTICO –LEGAL.

- La enfermería como cualquier otra profesión requiere enriquecer su cuerpo de conocimientos, buscar la fuente científica de su hacer profesional, pero además, busca fundamentar su práctica clínica, por lo que sin duda recurre a la investigación sistematizada.
- Los profesionales en general, pero en mayor frecuencia los que pertenecen al área de la salud, optan por elegir seres humanos como objeto de estudio; situación que hace indispensable el uso de lineamientos para la protección de la persona en cuanto a dignidad, derechos y bienestar.

### → 6.7.1 PRINCIPIOS DE ÉTICA. <sup>112</sup>

- La enfermería se reconoce socialmente como una profesión de servicio, orientada a ayudar, servir y cuidar la salud de las personas. La relación entre enfermera y persona (enferma o sana) es un aspecto de esencial trascendencia para lograr los objetivos y los propósitos de salud.
- Es una relación interpersonal en la cual ambos, el enfermero y la persona, se encuentran para llevar a efecto en conjunto una serie de acciones dirigidas a mantener o recuperar la salud. También es una relación ética, donde los valores de cada uno deben ser conocidos y considerados de igual importancia, lo que exige del personal de enfermería un comportamiento práctico moral. Los profesionales de esta rama, a través de sus acciones, deben tener presentes, entre otros, los siguientes principios:
  - **Principio de beneficencia:** se basa en la necesidad de no hacer daño, de siempre hacer el bien, el personal de enfermería debe ser capaz de comprender al paciente a su cargo, y ver al paciente como el mismo.
  - **Principio de la no maleficencia:** se trata precisamente de evitar hacer daño, evitar la imprudencia, la negligencia. Se debe prevenir el daño físico, mental, social o psicológico.
  - **Principio de la justicia:** encierra en su significado la igualdad, la equidad y la planificación; se basa precisamente en atender primero al más necesitado de los posibles a atender; exige tratar a todas las personas por igual, sin discriminación de raza, etnia, edad, nivel económico o escolaridad; jerarquizar adecuadamente las acciones a realizar; hacer uso racional de los recursos materiales para evitar que falten cuando más se necesiten.

→ **Principio de autonomía:** se define como la capacidad que tiene la persona de tomar decisiones en relación con su enfermedad. Esto implica tener información de las consecuencias de las acciones a realizar. El principio de autonomía también supone respeto por las personas, tratarlas como lo que son. El mantenimiento de la autonomía del paciente supone considerarlo capaz para la toma de decisiones; para eso es necesario establecer una relación interpersonal sin coacción, ni persuasión, donde prevalezcan la información, las dudas y la consideración de los aspectos de su vida cotidiana. El objetivo de la información no es convencer al paciente de la propuesta que se le hace, sino que este pueda tener más argumentos para tomar decisiones relacionadas con su salud.

→ **6.7.2 CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS.**<sup>113</sup>

▶ De acuerdo con lo que establece la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en materia de salud, menciona:

→ ***Título Primero. Capítulo I. De los Derechos Humanos y sus Garantías.***

- **Artículo 1º, párrafo III.** Queda prohibida toda discriminación motivada por origen étnico o nacional, el género, la edad, las discapacidades, la condición social, las condiciones de salud, la religión, las opiniones, las preferencias sexuales, el estado civil o cualquier otra que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas.
- **Artículo 4º, párrafo IV.** Toda Persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución. La Ley definirá un sistema de salud para el bienestar, con el fin de garantizar la extensión progresiva, cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud para la atención integral y gratuita de las personas que no cuenten con seguridad social.

→ ***Título tercero. Capítulo II. Del Poder Legislativo. Sección III. De las Facultades del Congreso.***

- **Artículo 73º, fracción XVI, 2a.** En caso de epidemias de carácter grave o peligro de invasión de enfermedades exóticas en el país, la Secretaría de Salud tendrá obligación de dictar inmediatamente las medidas preventivas indispensables, a reserva de ser después sancionadas por el Presidente de la República.

→ **Capítulo IV Del Poder Judicial. Título Sexto. Del Trabajo y de la Previsión Social.**

- **Artículo 123°, fracción XIV.** Los empresarios serán responsables de los accidentes del trabajo y de las enfermedades profesionales de los trabajadores, sufridas con motivo o en ejercicio de la profesión o trabajo que ejecuten; por lo tanto, los patronos deberán pagar la indemnización correspondiente, según que haya traído como consecuencia la muerte o simplemente incapacidad temporal o permanente para trabajar, de acuerdo con lo que las leyes determinen. Esta responsabilidad subsistirá aún en el caso de que el patrono contrate el trabajo por un intermediario.
- **Artículo 123°, fracción XV.** El patrón estará obligado a observar, de acuerdo con la naturaleza de su negociación, los preceptos legales sobre higiene y seguridad en las instalaciones de su establecimiento, y a adoptar las medidas adecuadas para prevenir accidentes en el uso de las máquinas, instrumentos y materiales de trabajo, así como a organizar de tal manera éste, que resulte la mayor garantía para la salud y la vida de los trabajadores, y del producto de la concepción, cuando se trate de mujeres embarazadas. Las leyes contendrán, al efecto, las sanciones procedentes en cada caso.

→ **6.7.3 LEY GENERAL DE SALUD.** <sup>114</sup>

- ▶ De acuerdo con el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, título segundo de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos, capítulo 1:
  - **ARTÍCULO 13.** En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.
  - **ARTÍCULO 14.** La investigación que se realice en seres humanos deberá desarrollarse conforme a las siguientes bases:
    - Se ajustará a los principios científicos y éticos que la justifiquen.
    - Deberán prevalecer siempre las probabilidades de los beneficios esperados sobre los riesgos predecibles.
  - **ARTÍCULO 16.** En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo solo cuando los resultados lo requieran y este lo autorice.

► **Conforme a lo establecido en el artículo 17, se considera una investigación de riesgo mínimo, sin embargo, por lo establecido en el artículo 21 se presentará oficio del consentimiento informado del participante.**

- **ARTÍCULO 21.** Para que el consentimiento informado se considere existente, el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal deberá recibir una explicación clara y completa, de tal forma que pueda comprenderla, por lo menos, sobre los siguientes aspectos:
  - I. La justificación y los objetivos de la investigación;
  - II. Los procedimientos que vayan a usarse y su propósito, incluyendo la identificación de los procedimientos que son experimentales;
  - III. Las molestias o los riesgos esperados;
  - IV. Los beneficios que puedan observarse;
  - V. Los procedimientos alternativos que pudieran ser ventajosos para el sujeto;
  - VI. La garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento del sujeto;
  - VII. La libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, sin que por ello se creen prejuicios para continuar su cuidado y tratamiento;
  - VIII. La seguridad de que no se identificará al sujeto y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad;
  - IX. El compromiso de proporcionarle información actualizada obtenida durante el estudio aunque ésta pudiera afectar la voluntad del sujeto para continuar participando;
  - X. La disponibilidad de tratamiento médico y la indemnización a que legalmente tendría derecho, por parte de la institución de atención a la salud, en el caso de daños que la ameriten, directamente causados por la investigación, y
  - XI. Que si existen gastos adicionales, éstos serán absorbidos por el presupuesto de la investigación.

- **ARTÍCULO 22.** El consentimiento informado deberá formularse por escrito y deberá formularse por escrito y deberá reunir los siguientes requisitos:
  - I. Será elaborado por el investigador principal, indicando la información señalada en el artículo anterior y de acuerdo a la norma técnica que emita la Secretaría;
  - II. Será revisado y, en su caso, aprobado por la Comisión de Ética de la institución de atención a la salud;
  - III. Indicará los nombres y direcciones de dos testigos y la relación que éstos tengan con el sujeto de investigación;
  - IV. Deberá ser firmado por dos testigos y por el sujeto de investigación o su representante legal, en su caso. Si el sujeto de investigación no supiere firmar, imprimirá su huella digital y a su nombre firmará otra persona que él designe.
  - V. Se extenderá por duplicado, quedando un ejemplar en poder del sujeto de investigación o de su representante legal (*Secretaria General de Salud, 1984*).

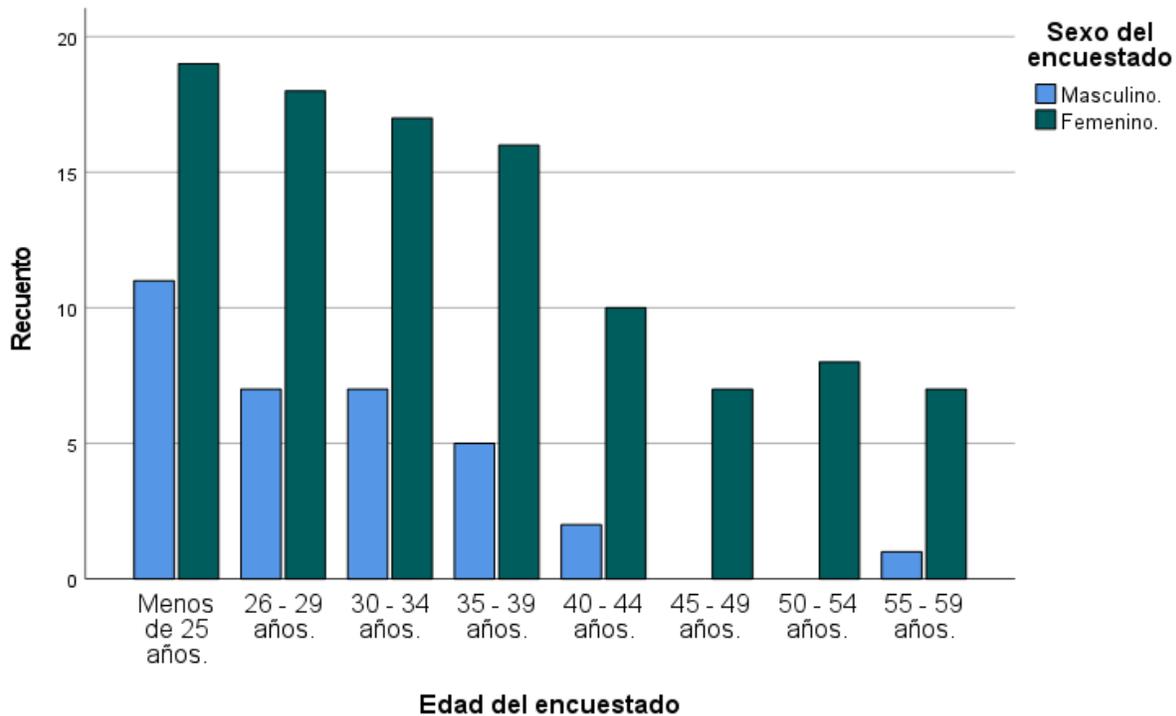
→ **6.7.4 DECLARACIÓN DE HELSINKI.**<sup>115,116</sup>

- ▶ La Asociación Médica Mundial (AMM) ha promulgado la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos para investigación médica en seres humanos, incluida la investigación del material humano y de información identificables.
- En la declaración de Helsinki se encontró dentro de sus principios básicos que el diseño y la ejecución de cada procedimiento experimental en seres humanos deben formularse claramente en un protocolo experimental que debe enviarse a un comité independiente debidamente designado para su consideración, observaciones y consejos. Dicho comité debe ajustarse a las leyes y regulaciones del país en que se lleva a cabo la investigación. El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas (métodos, procedimientos y tratamientos). Incluso, las mejores intervenciones probadas deben ser evaluadas continuamente a través de la investigación para que sean seguras, eficaces, efectivas, accesibles y de calidad. Así mismo todo proyecto de investigación biomédica en seres humanos debe ir precedido de una minuciosa evaluación de los riesgos predecibles en comparación con los beneficios previsibles para el participante o para otros. La preocupación por el interés del individuo debe siempre prevalecer sobre los intereses de la ciencia y de la sociedad.

## 7. RESULTADOS.

### 7.1 GRÁFICAS.

Gráfica 1: Edad del personal de enfermería por sexo.

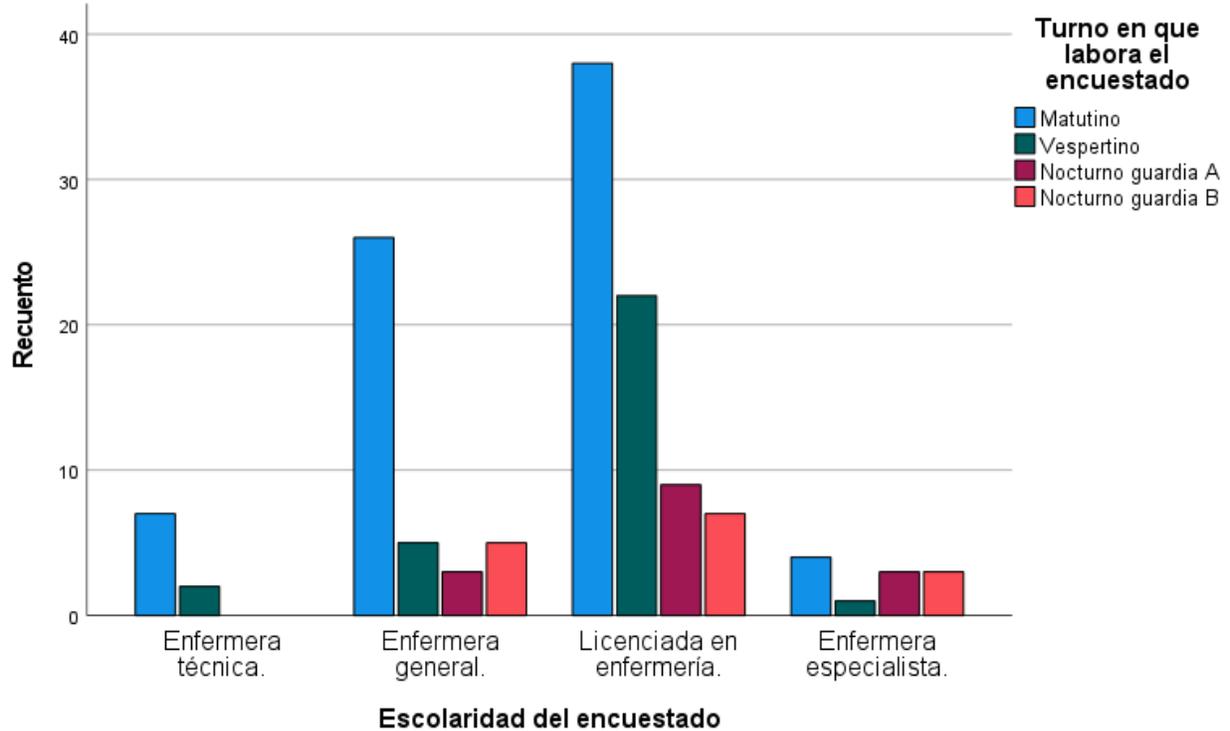


Fuente: Guzmán-López, N; García-Rangel, K. Instrumento de recolección de datos, 2021.

De acuerdo al cálculo de muestras para poblaciones finitas, se consideraron 135 enfermeros y enfermeras que laboraban dentro del Hospital General Balbuena para la muestra, estos enfermeros y enfermeras, se encontraban activos y laborando dentro de los servicios de urgencias, ortopedia, medicina interna, UCI, neurocirugía, cirugía general, cirugía plástica reconstructiva y en las áreas de terapia respiratoria (áreas COVID) y cumplían con los criterios de selección. Se observó que el 76% de la muestra corresponden al sexo femenino y 24% corresponde al sexo masculino.

Además, se observó que un 22% tienen edades menores a 25 años de edad; 19% de 26 a 29 años de edad; 18% de 30 a 34 años de edad, 16% de 35 a 39 años de edad, 9% de 40 a 44 años, 5% de 45 a 49 años, 6% de 50 a 54 años y el 6% restante, de 55 a 59 años (Gráfica 1).

**Gráfica 2: Escolaridad del personal de enfermería y el turno en que labora.**

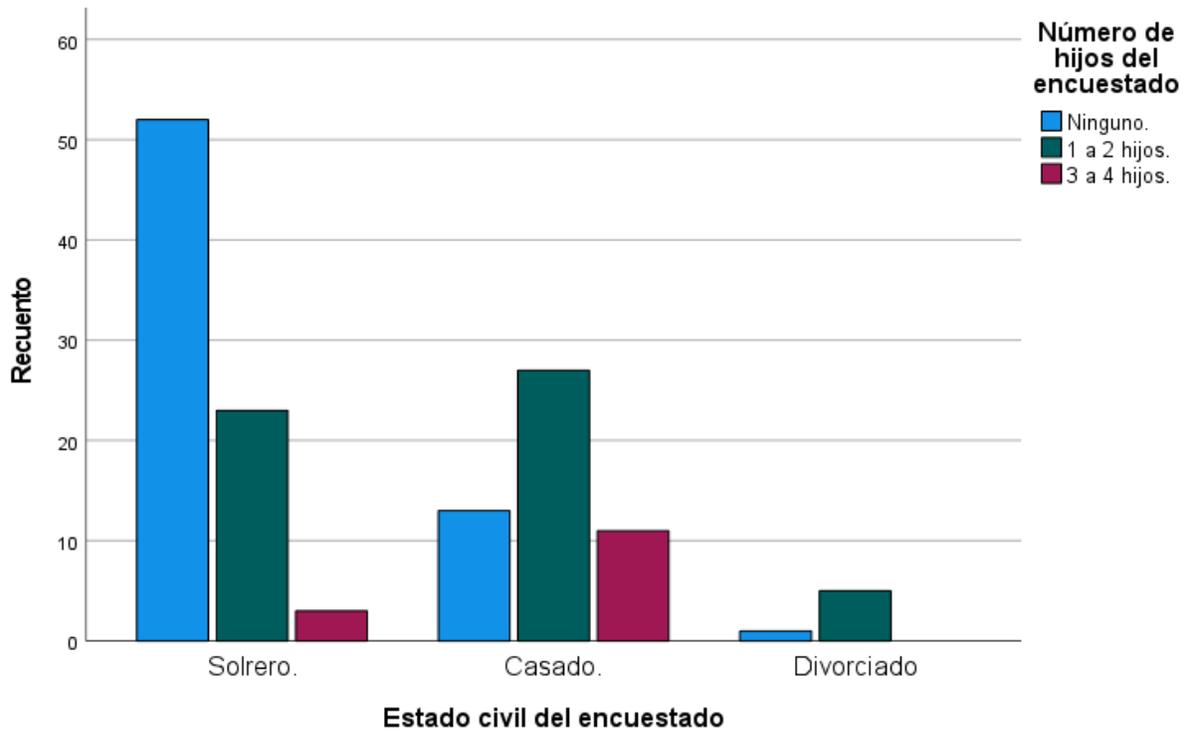


**Fuente: Guzmán-López, N; García-Rangel, K. Instrumento de recolección de datos, 2021.**

Del total de la población estudiada dentro del Hospital General Balbuena, se observó que el 56% de la muestra son licenciados en enfermería, 29% son enfermeros generales, 8% son enfermeros especialistas y el 7% son técnicos en enfermería.

De la misma manera, se observó que el 53% de la muestra pertenecía al turno matutino, 25% pertenecía al turno vespertino, 11% pertenecía al turno nocturno guardia A y el 11% restante, pertenecía al turno nocturno guardia B (Gráfica 2).

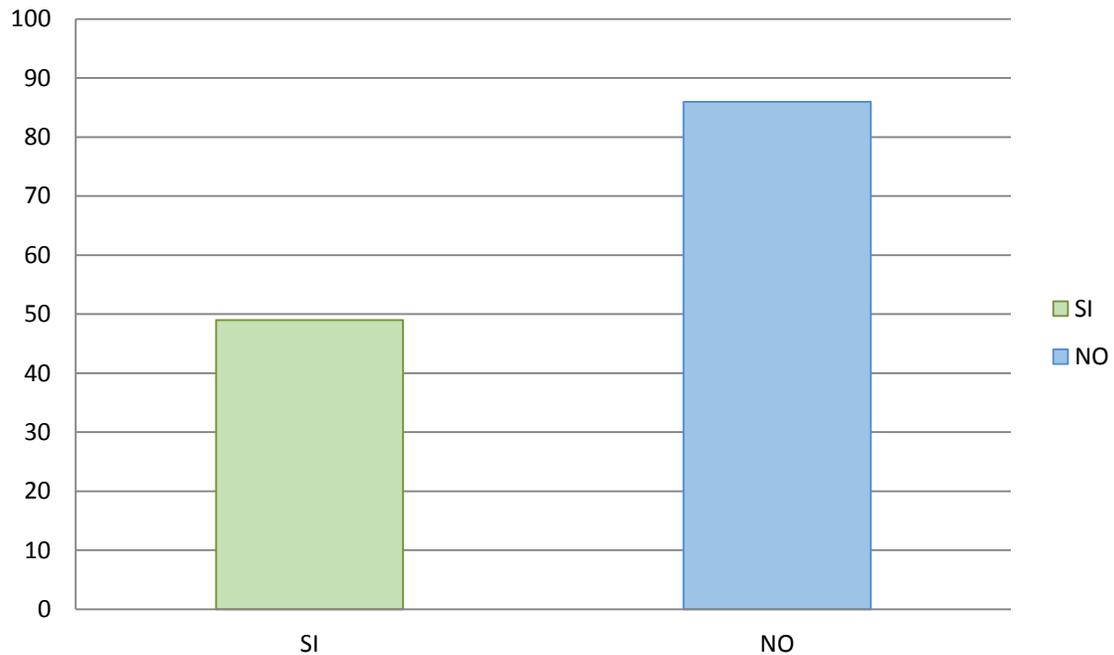
**Gráfica 3: Estado civil del personal de enfermería y número de hijos**



**Fuente: Guzmán-López, N; García-Rangel, K. Instrumento de recolección de datos, 2021.**

De acuerdo a los resultados, de la población estudiada dentro del Hospital General Balbuena, se observó que el 38% de la muestra son solteros sin hijos, 17% son solteros con 1 a 2 hijos, 2% son solteros con 3 a 4 hijos; 10% son casados sin hijos, 20% son casados con 1 a 2 hijos, 8% son casados con 3 a 4 hijos; 1% son divorciados sin hijos y 4% restante, son divorciados con 1 a 2 hijos (Gráfica 3).

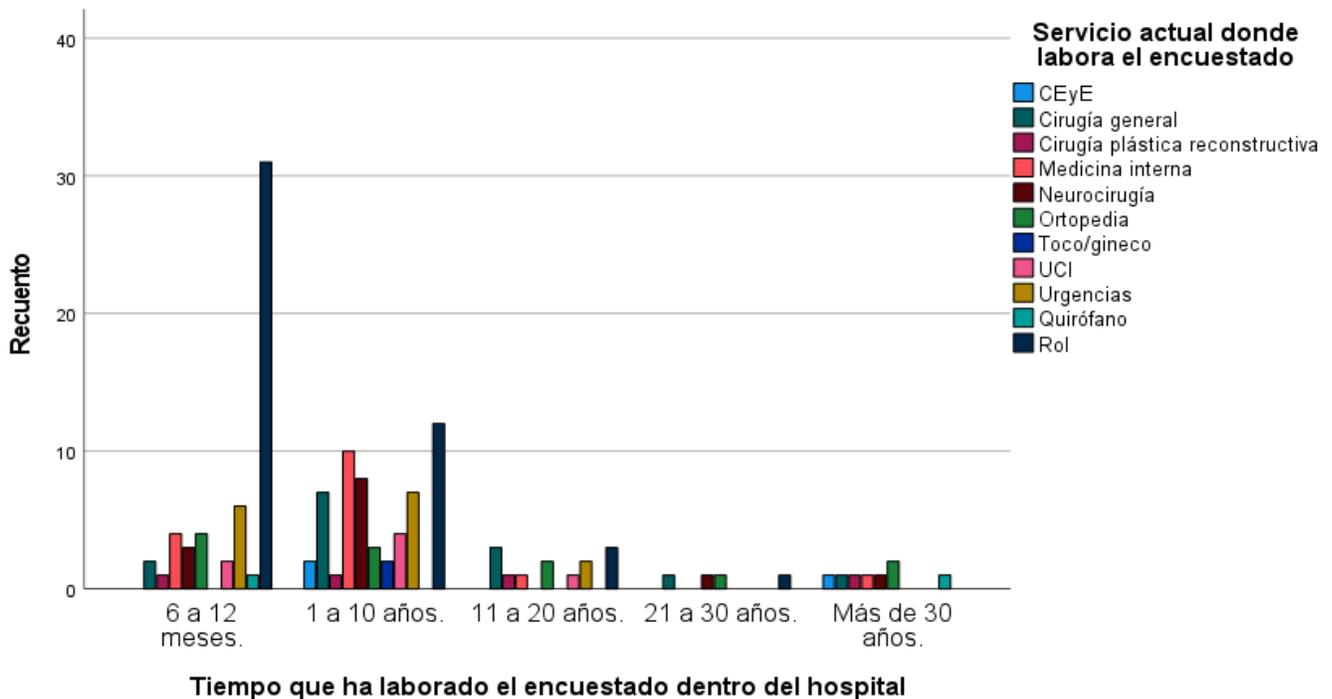
**Gráfica 4: Sobrepeso (IMC 25-29.9)**



**Fuente: Guzmán-López, N; García-Rangel, K. Instrumento de recolección de datos, 2021.**

Del total de la población estudiada dentro del Hospital General Balbuena, los datos arrojaron, que el 36% de la muestra, presenta sobrepeso, mientras que el 64% restante, no presenta sobrepeso (Gráfica 4).

**Gráfica 5: Tiempo laborado por el personal de enfermería dentro del hospital y servicio actual donde se encuentran laborando.**

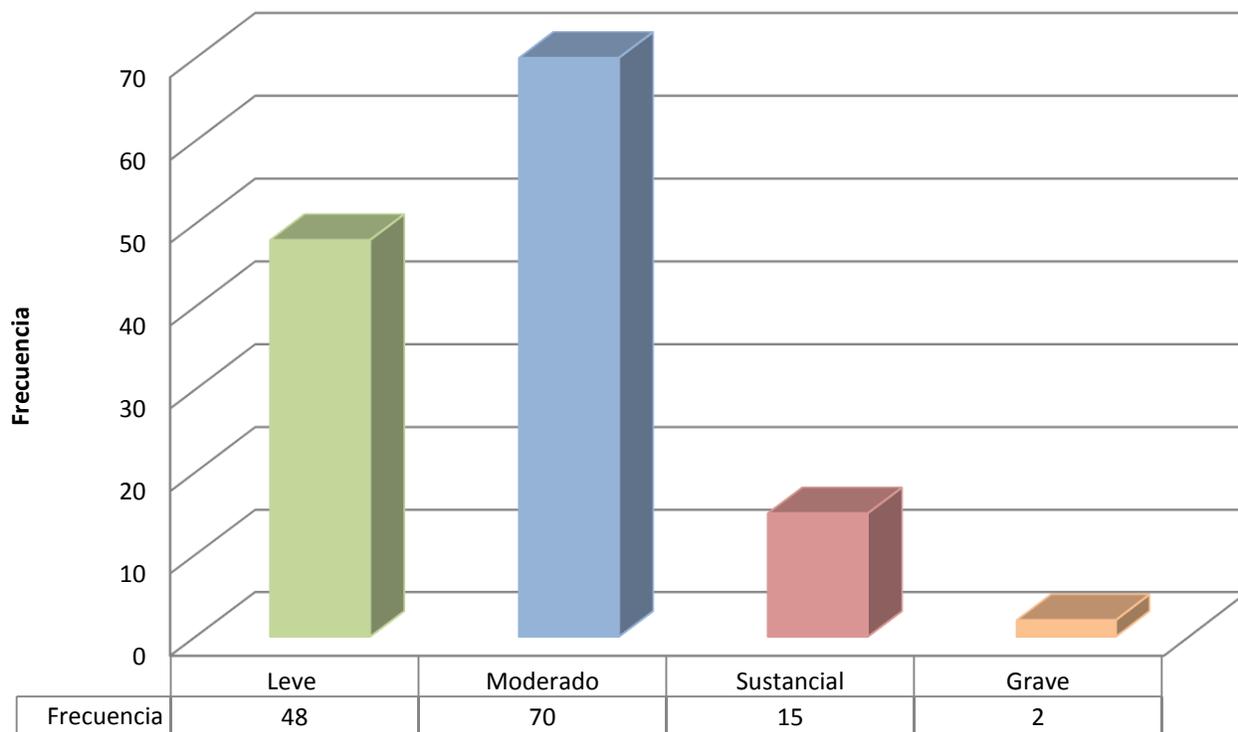


**Fuente: Guzmán-López, N; García-Rangel, K. Instrumento de recolección de datos, 2021.**

Del total de la población estudiada dentro del Hospital General Balbuena, se observó que el 40% de la muestra lleva laborando de 6 a 12 meses, 41% lleva laborando de 1 a 10 años, 10% lleva laborando de 11 a 20 años, 3% lleva laborando de 21 a 30 años y el 6% restante, lleva laborando más de 30 años.

Además, el 2% de la muestra actualmente se encuentra laborando en el servicio de CEyE, 10% en cirugía general, 3% en cirugía plástica reconstructiva, 12% en medicina interna, 10% en neurocirugía, 9% en ortopedia. El 2% en toco/Gineco, 5% en UCI, el 11% en urgencias, 1% en quirófano y el 35% se encuentra laborando en el rol del personal de enfermería del hospital general balbuena

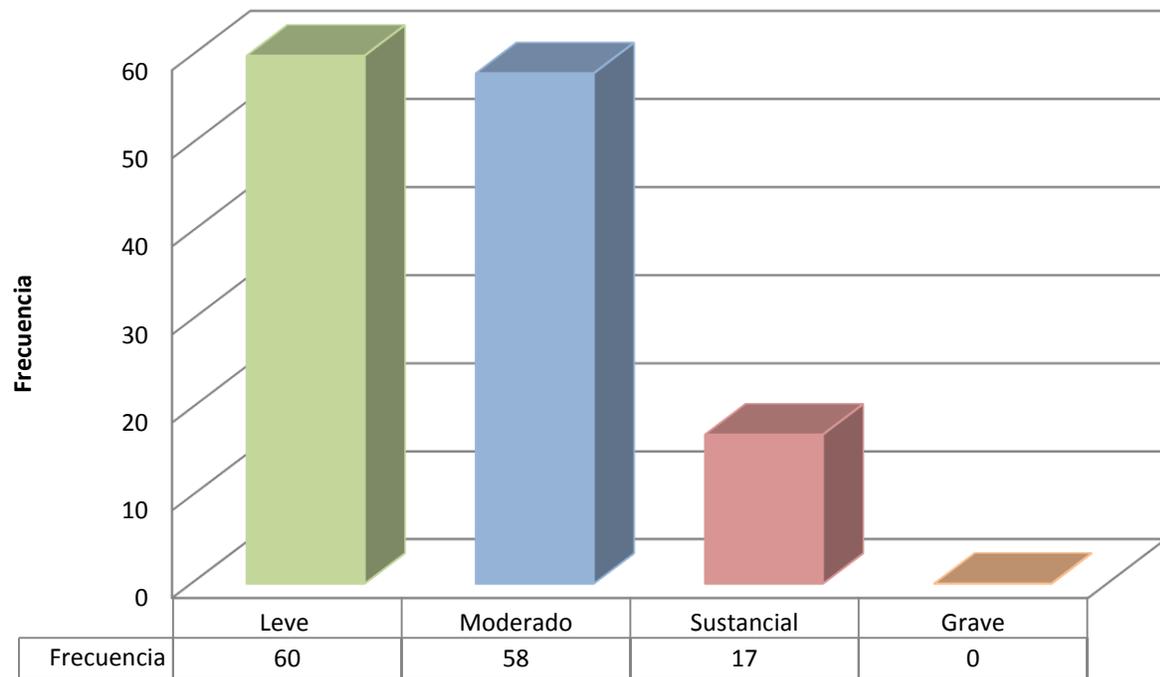
**Gráfica 6: Nivel de Estrés en el personal de enfermería.**



**Fuente: Guzmán-López, N; García-Rangel, K. Instrumento de recolección de datos, 2021.**

Del total de la población estudiada dentro del Hospital General Balbuena, los resultados obtenidos, indican que el 52% de la muestra, presenta un nivel de estrés moderado; 36% un nivel de estrés leve; 11% un nivel de estrés sustancial y por último, el 1% restante, presenta un nivel de estrés grave (Gráfica 6).

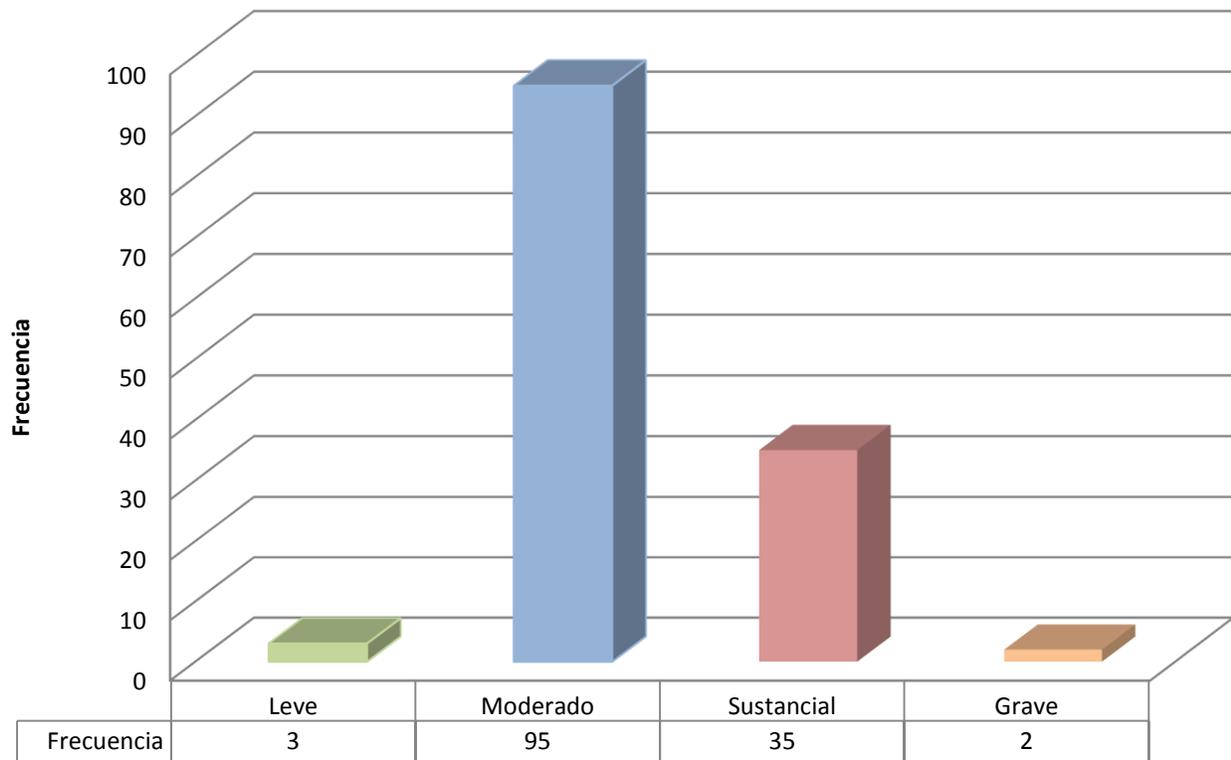
**Gráfica 7: Nivel de Ansiedad en el personal de enfermería.**



**Fuente: Guzmán-López, N; García-Rangel, K. Instrumento de recolección de datos, 2021.**

Del total de la población estudiada dentro del Hospital General Balbuena, los resultados obtenidos, indican que el 44% de la muestra, presenta un nivel de ansiedad leve; el 43% un nivel de ansiedad moderado, y por último, el 13% restante presenta un nivel de ansiedad sustancial. (Gráfica 7).

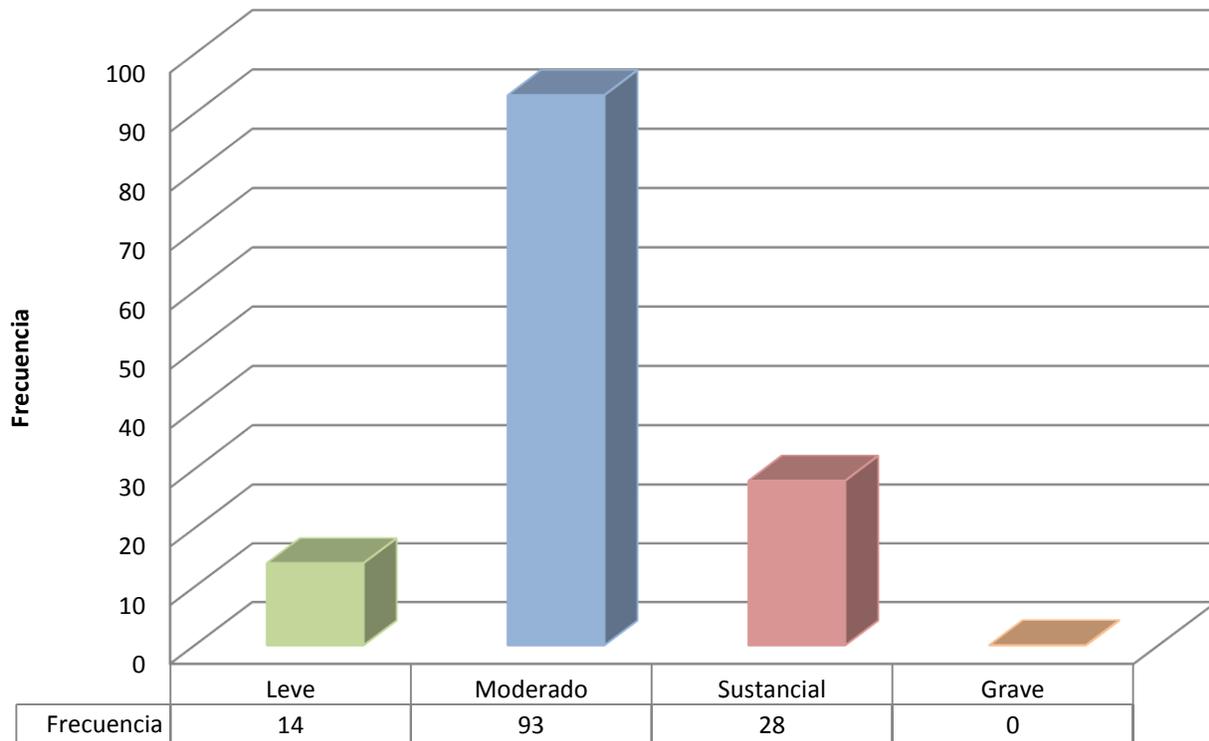
**Gráfica 8: Nivel de Afectación del Trabajo en Equipo del personal de enfermería.**



**Fuente: Guzmán-López, N; García-Rangel, K. Instrumento de recolección de datos, 2021.**

Del total de la población estudiada dentro del Hospital General Balbuena, los resultados obtenidos, indican que el 70% de la muestra, presenta un nivel de afectación del trabajo en equipo moderado; el 26% un nivel de afectación del trabajo en equipo sustancial; 2% un nivel de afectación del trabajo en equipo leve, y por último, el 2% restante de la muestra, presenta un nivel de afectación del trabajo en equipo grave (Gráfica 8).

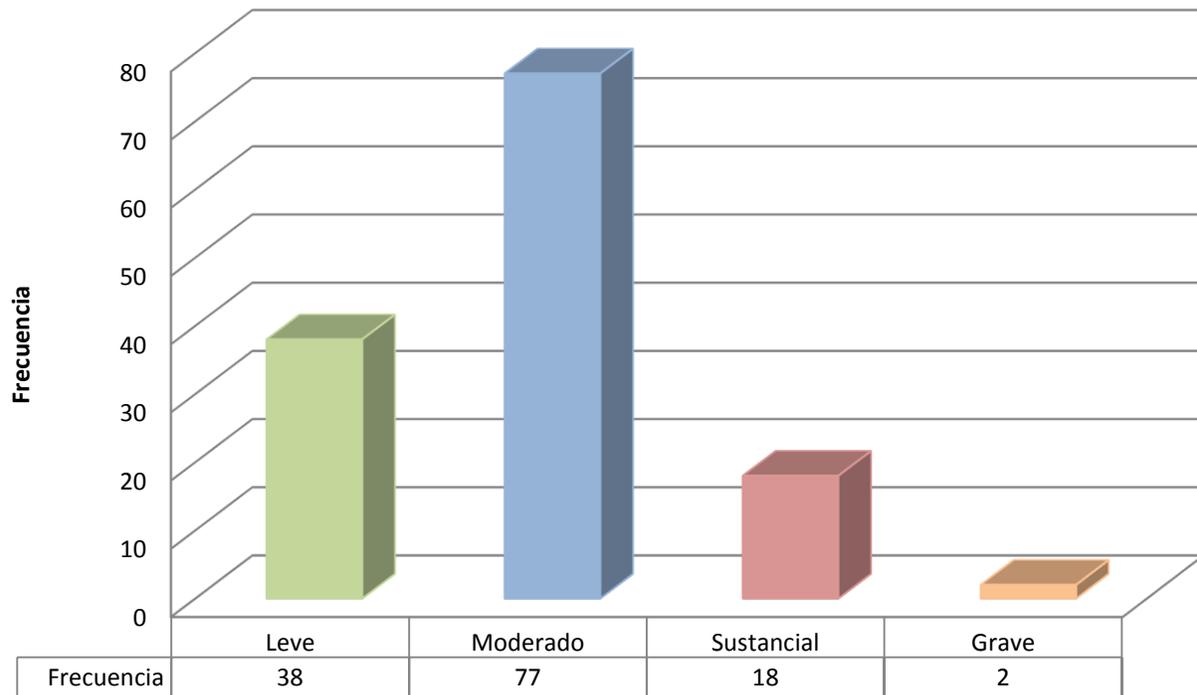
**Gráfica 9: Nivel de Afectación de la Salud Mental del personal de enfermería.**



**Fuente: Guzmán-López, N; García-Rangel, K. Instrumento de recolección de datos, 2021.**

Del total de la población estudiada dentro del Hospital General Balbuena, los resultados obtenidos, indican que el 69% de la muestra, presenta un nivel de afectación de la salud mental moderado; el 21% un nivel de afectación de la salud mental sustancial; el 10% un nivel de afectación de la salud mental leve. (Gráfica 9).

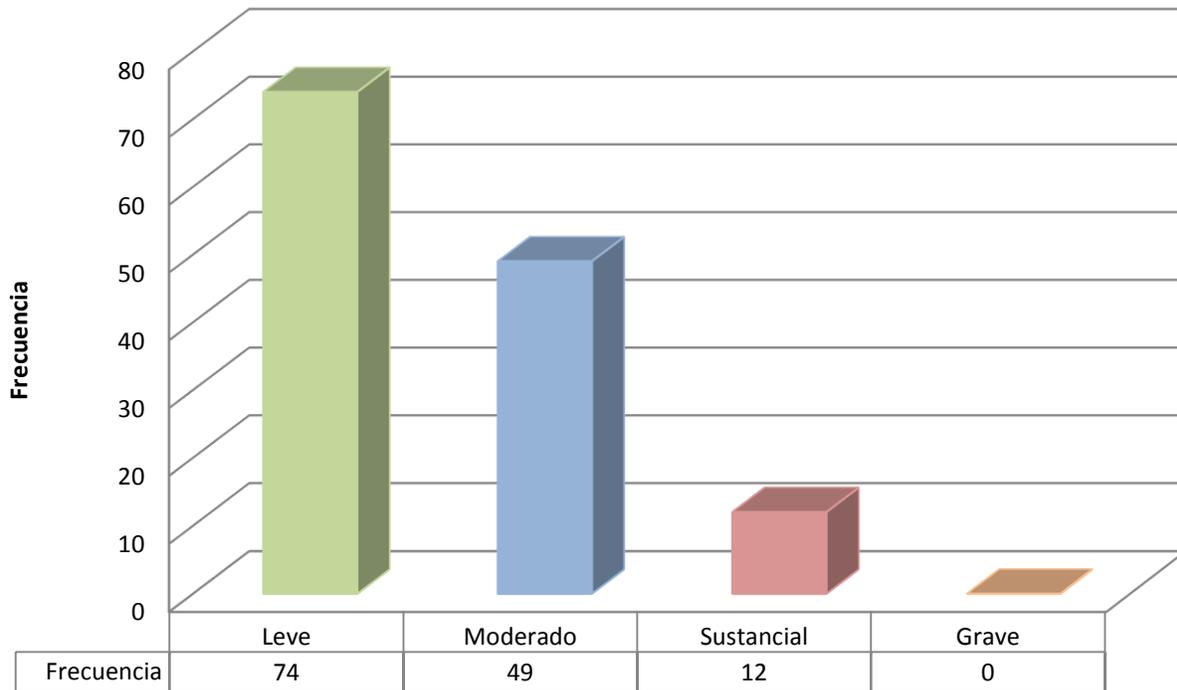
**Gráfica 10: Nivel de Depresión en el personal de enfermería.**



**Fuente: Guzmán-López, N; García-Rangel K. Instrumento de recolección de datos, 2021.**

Del total de la población estudiada dentro del Hospital General Balbuena, los resultados obtenidos, indican que el 57% de la muestra, presenta un nivel de depresión moderado; el 28% un nivel de depresión leve; el 13% un nivel de depresión sustancial, y por último, el 2% restante de la muestra, presenta un nivel de depresión grave (Gráfica 10).

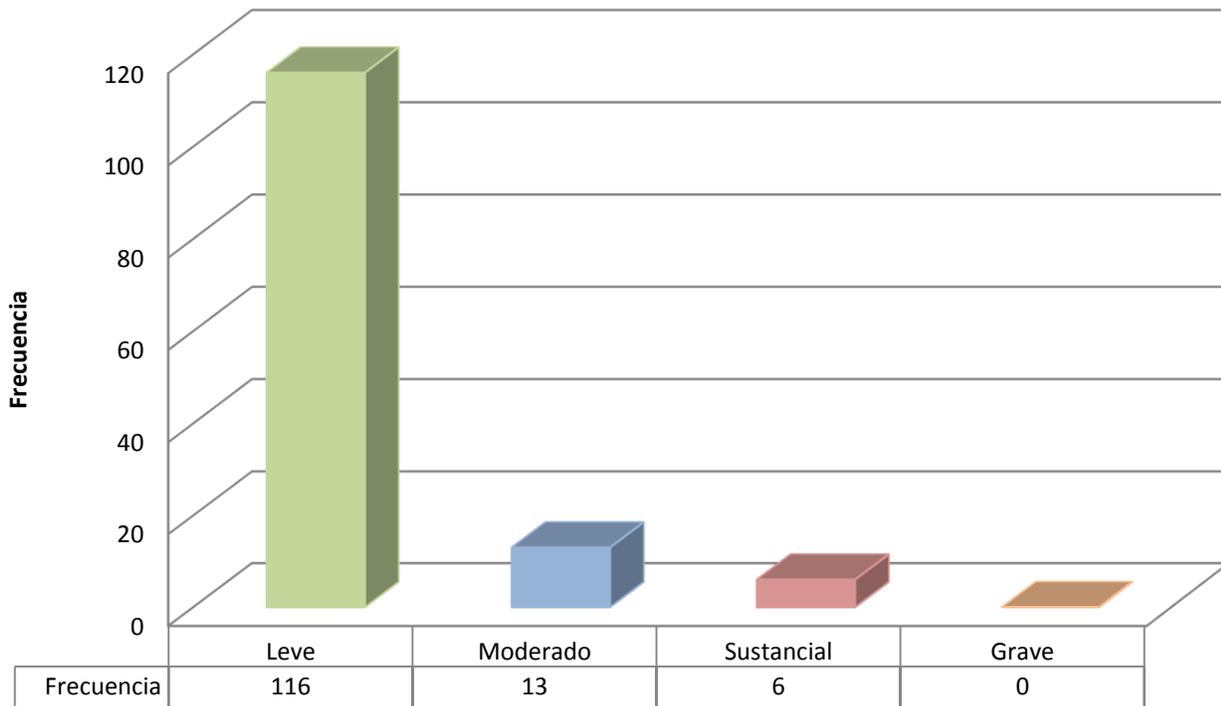
**Gráfica 11: Nivel de Desgaste Emocional en el personal de enfermería.**



**Fuente: Guzmán-López, N; García-Rangel, K. Instrumento de recolección de datos, 2021.**

Del total de la población estudiada dentro del Hospital General Balbuena, los resultados obtenidos, indican que el 55% de la muestra, presenta un nivel de desgaste emocional leve; el 36% un nivel de desgaste emocional moderado, y por último, el 9% restante de la muestra, presenta un nivel de desgaste emocional sustancial. (Gráfica 11).

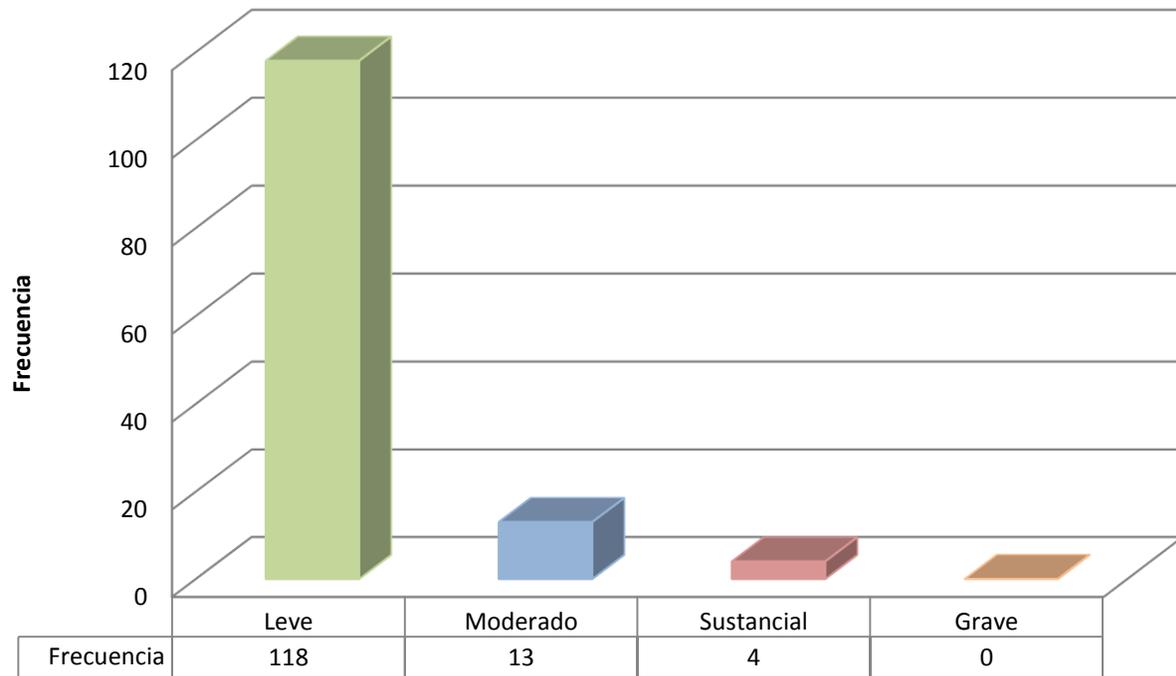
**Gráfica 12: Nivel de Conductas Autodestructivas en el personal de enfermería.**



**Fuente: Guzmán-López, N; García-Rangel K. Instrumento de recolección de datos, 2021.**

Del total de la población estudiada dentro del Hospital General Balbuena, los resultados obtenidos, indican que el 86% de la muestra, presenta un nivel de conductas autodestructivas leve; el 10% un nivel de conductas autodestructivas moderado; el 4% restante de la muestra, presenta un nivel de conductas autodestructivas sustancial (Gráfica 12).

**Gráfica 13: Nivel de Tendencias al Suicidio en el personal de enfermería.**



**Fuente: Guzmán-López, N; García-Rangel, K. Instrumento de recolección de datos, 2021.**

Del total de la población estudiada dentro del Hospital General Balbuena, los resultados obtenidos, indican que el 87% de la muestra, presenta un nivel de tendencias al suicidio leve; el 10% un nivel de tendencias al suicidio moderado; el 3% restante de la muestra, presenta un nivel de tendencias al suicidio sustancial. (Gráfica 13).

De acuerdo al coeficiente de correlación de Pearson, se obtuvo, entre la variable edad y la variable nivel de ansiedad, un valor de  $r$  de -0.172, con una significancia para el nivel de 0.05, lo que nos dice que la relación existe, y esta, es una relación negativa muy débil. Por lo tanto, la hipótesis 3 ( $H_3$ ) de la investigación se acepta. De la misma manera, se midió la relación existente entre la variable edad y la variable nivel de depresión, y aquí, se obtuvo un valor de  $r$  de -0.235, con una significancia para el nivel de 0.01, esto demuestra, que existe una relación, y esta, es una relación negativa muy débil. Por lo tanto, la hipótesis 4 ( $H_4$ ) de la investigación se acepta. Sumado a esto, existe una tercera relación, y esta se midió entre la variable nivel de tendencias al suicidio y estar laborando o haber laborado en los servicios donde se tiene contacto con pacientes positivos y/o sospechosos de COVID 19, y entre estas dos, se obtuvo un valor de  $r$  de 0.172, con una significancia para el nivel de 0.05, lo cual confirma, que la relación existe, y es una relación positiva muy débil. Por lo tanto, la hipótesis 5 ( $H_5$ ) de la investigación se acepta.

## 8. DISCUSIÓN.

En la investigación realizada por Bueno Ferrán y Barrientos Trigo en 2020, se demuestra, que es de suma importancia, utilizar estrategias que han sido utilizadas por profesionales que con anterioridad, han sufrido la presión y los estragos de la pandemia por COVID-19, ya que se concluyó, que los problemas que se presentan en el personal sanitario, con mayor frecuencia son el estrés, los trastornos del sueño y los síntomas depresivos; y recalcan la importancia del autocuidado, porque no se puede olvidar que para cuidar, hay que cuidarse.<sup>83</sup> Lo cual, concuerda con los resultados obtenidos en la presente investigación.

Así mismo, en el estudio realizado por Dosil Santamaría y cols. en 2020, se concluye que los profesionales de la salud, indicaron sufrir estrés, ansiedad, depresión y problemas de sueño, con porcentajes altos; en cuanto a las diferencias por sexo, las mujeres fueron las que mostraron mayores niveles de ansiedad y estrés; los más afectados, fueron los mayores de 36 años.<sup>103</sup> Lo antes mencionado, concuerda en algunos aspectos, con los resultados obtenidos en la investigación realizada con el personal de enfermería dentro del Hospital General Balbuena, puesto que en estos, los profesionales de la salud, presentaron altos niveles de estrés, ansiedad y depresión, sumado a estos, también afectación del trabajo en equipo, afectación de la salud mental y desgaste emocional.

De la misma manera, se concuerda con el trabajo Kang y cols. 2020, donde dice que todo el personal sanitario, presentaba trastornos de salud mental, y que es de suma importancia, que se invierta en la salud mental de la población, y sobre todo, del personal sanitario, puesto que estos últimos, se encuentran en la peligrosa línea frente a las enfermedades.<sup>104</sup>

Sánchez y cols. en 2020, menciona que el personal de salud entrevistado, refería que una pequeña parte del personal y compañeros, se encontraban capacitados para atender a pacientes con COVID 19, la ansiedad fue el sentimiento más frecuente y que una de las carencias más frecuentes que afectaba al personal durante la pandemia, fue el EPP (equipo de protección personal), lo cual, concuerda con la investigación presentada, ya que también, la ansiedad, era uno de los sentimientos que se presentó con mayor frecuencia en el personal sanitario.<sup>105</sup> Se coincide también, con Ferreira y cols. en 2020, menciona en su estudio, que existía una dificultad en el campo de la educación en relación a la desinformación acerca del COVID 19 y medida preventivas y que el personal, presentaba debilidades emocionales, donde predominaba la presencia de ansiedad y el temor constante de contagiar a la familia.<sup>106</sup>

Erquicia y cols. en 2020, también realizaron un estudio, en donde la mayoría eran mujeres, que se encontraban entre los 18 y 64 años, el nivel de malestar emocional era más grave en las mujeres que en los hombres. Las afectaciones principales eran altos niveles de ansiedad, depresión y existían diferentes niveles de malestar psicológico en función de la categoría profesional a la que pertenecía el personal,<sup>107</sup> lo que tiene similitud, con los resultados obtenidos en la presente investigación.

Además, existe una similitud, entre los resultados obtenidos en esta investigación y en la investigación realizada por Lai y cols. en 2020, en la cual, los resultados arrojaron que la población más afectada, oscilaba entre los 26 y 40 años de edad, así como que el personal sanitario con mayor afectación era el personal de enfermería; una proporción considerable de los participantes, declararon síntomas de depresión, ansiedad, insomnio y angustia.<sup>108</sup>

Mayorga y cols. en 2020, obtuvieron resultados similares a los de esta investigación, puesto que su población estudiada oscilaban entre 33 y 42 años, en su mayoría eran mujeres pertenecientes al área de enfermería; los problemas de salud mental que se detectaron con mayor frecuencia fueron los altos niveles de estrés, lo que a su vez, generaba altos índices de dificultad para conciliar el sueño. Sumado a esto, los participantes que indicaron altos niveles de estrés, mostraron un mayor consumo de tabaco, alcohol y drogas psicotrópicas como mecanismo de afrontamiento; todos estos resultados, apuntan al impacto negativo en la salud física y mental de los profesionales de la salud debido a la pandemia de COVID 19.<sup>109</sup>

Por otro lado, Yuan yuan y cols. en 2020, realizaron un estudio, donde igualmente, la población estudiada en su mayoría eran mujeres enfermeras que oscilaban entre los 21 a 48 años y en su mayoría era personal casado y soltero; sumado a esto, eran personal que se encontraba laborando en primera y segunda línea de atención contra el COVID 19, además, que según dicha investigación, demostró que existían diversos factores como la alimentación, horas de sueño, horas de trabajo entre otros, que aumentaban los niveles de estrés, y cuanto mayor es la carga de estrés, más alta es la puntuación total de ansiedad y más evidente será el estado de ánimo de ansiedad<sup>110</sup>, lo cual, también queda demostrado en la investigación aquí presentada.

En 2020, Jizheng y cols. realizaron un estudio, donde los resultados mostraban que el personal sanitario laboraba durante largas horas de trabajo, esto sumado a que el personal sanitario, utilizaba equipo de protección y presentaba disnea, estrés mental y fatiga física y mental, por lo tanto, el personal médico tiene que soportar cada vez más estrés físico y mental, además la incidencia de ansiedad entre el personal sanitario, era de igual manera muy alta; estos resultados, de los niveles de ansiedad y estrés, fueron comparados con los resultados obtenidos en otras investigaciones, y los obtenidos en el estudio de Jizheng y cols. de alguna manera, fueron más altos; además, en el estudio encontró que la incidencia de ansiedad entre el personal médico femenino es más alta que la de los hombres, y las puntuaciones de ansiedad y trastorno de estrés de las mujeres también son más altas que las de los hombres. La incidencia de ansiedad de las enfermeras es mayor que la de los médicos. Esto puede deberse a que las enfermeras realizan el tratamiento, la enfermería y otras operaciones; además, el tiempo de trabajo continuo en la sala de aislamiento es mayor que el del médico y el contacto con el paciente está más cerca, lo que fácilmente puede provocar fatiga y tensión.<sup>111</sup> Los resultados obtenidos, en la investigación presentada aquí, presentan cierta similitud con los antes mencionados.

## 9. CONCLUSIONES.

La pandemia de COVID 19 ha traído consigo diversos cambios en muchos aspectos de la vida cotidiana, y en muchos ámbitos, como lo es lo social, lo económico, y sobre todo, en el ámbito de la salud física y mental de toda la población a nivel mundial, aunque siendo un poco más específicos, se ha visto que la población que ha sentido de manera más grave el impacto de la pandemia en la salud, ha sido el personal sanitario, puesto que estos han sido los que han estado trabajando en primera línea frente a este nuevo virus. Desgraciadamente, se han preocupado solamente por la salud física, dejando la salud mental de lado, parece que han olvidado que para cuidar, deben de cuidarse.

Retomando lo que se comentaba en un inicio, de acuerdo con los resultados obtenidos en la investigación aquí expuesta, se puede concluir que la pandemia de COVID 19, ha causado un gran impacto en la vida del personal sanitario, y que la pandemia, ha afectado de gran manera la salud física y mental del personal de enfermería del Hospital General Balbuena; además, que la afectación se ha visto mayormente en el personal de enfermería, debido a que son los que conviven más tiempo y están en mayor contacto con los pacientes; la afectación se ha hecho más evidente en el personal de enfermería del sexo femenino, y esto, se puede relacionar con la incidencia y predominio de este género, en la profesión de enfermería.

Sumado a esto, la sobrecarga de trabajo que ha tenido el personal sanitario desde los inicios del COVID19 en México, ha provocado la necesidad de contar con más capital humano que permita la atención sanitaria hacia los usuarios que lo necesiten; dando así como resultado, que en el Hospital General Balbuena, haya un aumento en la contratación de personal, y que en su mayoría, es personal joven, soltero y sin hijos.

La población que predominó en dicha investigación, era personal que en su mayoría, llevaban entre 6 y 12 meses laborando dentro del hospital y que la mayor parte de estos, eran pertenecientes al rol de enfermería del hospital, lo que daba como resultado, que rotaran por todos o casi todos los servicios con los que cuenta el Hospital General Balbuena, lo que daba como resultado, experimentar la pandemia en absolutamente todo el hospital.

A través de los resultados obtenidos en las pruebas estadísticas, se determinó aceptar la hipótesis de investigación que dice “Es posible evaluar la afectación física y mental de la salud del personal de enfermería del Hospital General Balbuena por la pandemia de COVID-19 a través de la escala “Efectos emocionales, mentales y físicos en el personal de enfermería provocados por el COVID 19” modificada por Guzmán-López, N. y García-Rangel, K.” y se rechaza la hipótesis nula, debido a que gracias a la escala antes mencionada, fue posible evaluar la afectación física y mental del personal.

En cuanto a los síntomas de afectación física y mental de la salud del personal de enfermería del Hospital General Balbuena por la pandemia de COVID-19 que se presentan con mayor frecuencia, de acuerdo a los resultados obtenidos a través de las encuestas, se demostró que estos son estrés, ansiedad, depresión, entre otros, llegando así, a tener también, tendencias suicidas, por lo cual, se acepta la hipótesis de investigación ya planteada.

Si existía o no una relación entre el nivel de ansiedad del personal y la edad, se pudo comprobar a través del coeficiente de correlación de Pearson, en donde se pudo demostrar, que si existe una relación entre el nivel de ansiedad del personal de enfermería del Hospital General Balbuena por la pandemia de COVID-19 y la edad, debido a ello, se acepta la hipótesis de investigación.

La depresión es un tema muy delicado, y esto lo hace un poco difícil de hablar, puesto que muchas veces las personas se niegan a aceptar que tienen algún trastorno depresivo, lo ignoran o incluso no se dan cuenta que lo tienen, ya que las personas que sufren de depresión, muchas veces no lo demuestran o las personas a su alrededor, piensan y le dicen que esta “exagerando” y esto es porque no le damos la importancia debida y necesaria a la salud mental. Es por esto, que se comprobó que la relación entre el nivel de depresión del personal de enfermería del Hospital General Balbuena por la pandemia de COVID-19 y la edad existe, aceptando así, la hipótesis planteada al inicio de la investigación.

Toda la sobrecarga emocional que se ha manejado desde los inicios de la pandemia en todo el mundo, ha sido demasiada, y es que hay muchos factores involucrados en ello, puesto que no solamente son las horas de trabajo, el dolor, el cansancio, el sueño, el hambre, los familiares de los pacientes atendidos, los mismos pacientes, sino que también está la vida personal de los profesionales sanitarios, están los hijos, la familia, los amigos, la pareja, cuestiones económicas, la falta de apoyo o de cariño, entre otros aspectos.

Todo esto, lleva a la persona, a colapsar en algún momento, y esto puede ser en el momento menos esperado, lo que puede llevar a muchas situaciones, que no se pueden o que no saben cómo manejar, y esto resultara en un daño aún más grande, uno en el cual, se puede comprometer incluso la vida. Claro, aunque la sobrecarga de trabajo existe en toda el área hospitalaria, existen algunos servicios en los cuales, la sobre carga de trabajo y las demandas de los pacientes son más grandes en comparación con los otros, aunque con la emergencia sanitaria, en todos aumento esta carga laboral.

Por ello, es que la hipótesis planteada al inicio de la investigación, acerca de que existe una relación entre el nivel de tendencias al suicidio del personal de enfermería del Hospital General Balbuena por la pandemia de COVID-19 y estar laborando o haber laborado en los servicios donde se tiene contacto con pacientes positivos y/o sospechosos de COVID 19, se acepta.

A nivel mundial, los estudios realizados para valorar y medir la afectación de la salud física y mental del personal sanitario son relativamente pocos, y en el país, lo son más; por ello, es que una vez que se logró comprobar todo lo antes mencionado, se determinó que la afectación física y mental que ha causado la pandemia de COVID 19 en el personal de enfermería del Hospital General Balbuena ha sido impactante, puesto que de acuerdo a los resultados que se lograron obtener en la investigación aquí presentada, se puede determinar que los niveles y grados de afectación en la salud física y mental han sido altos y alarmantes.

Los altos niveles de estrés, de ansiedad, de afectación del trabajo en equipo, de afectación de la salud mental y de depresión, son datos que resultan alarmantes, ya que esto indica que no hay una buena relación entre la persona, su salud y el trabajo, además, que el daño a la salud mental está presente aunque sea mínimo; incluso, es importante no olvidar, que el ser humano, es un ser bio-psico-social-espiritual, y que debe de existir un equilibrio en estas 4 esferas, si uno se descompensa, los otros también se verán afectados ya que la salud física va de la mano con la salud mental.

Otro dato alarmante, según los resultados, es la presencia de algunos otros aspectos que no se han considerado importantes, tales como el desgaste emocional, las conductas autodestructivas y las tendencias al suicidio, los cuales, son datos más alarmantes, ya que si lo antes mencionado está presente, nos da indicios de que algo definitivamente está mal y no lo sabemos reconocer, no lo queremos ver o incluso lo ignoramos.

En conclusión, la afectación física y mental de la salud del personal de enfermería del Hospital General Balbuena por la pandemia de COVID-19 es impactante y alarmante, y se debe de buscar la manera de ayudar al personal a que reconozca, que necesita ayuda, ya que aunque sean personal sanitario, se olvidan de sí mismos, de sus necesidades y de que para cuidar de otros, se debe de comenzar por cuidar de uno mismo.

## 10. SUGERENCIAS.

Sería interesante, que después de conocer los resultados de este estudio, las autoridades del Hospital General Balbuena, ponga más atención en la salud física, y sobre todo en la salud mental y emocional del personal de enfermería que labora dentro de esta institución y que además, ya que los resultados que se obtuvieron fueron impactantes y hasta cierto punto, fueron alarmantes, y esto es un foco rojo, hay personal, que necesita ayuda y consciente e inconscientemente la están pidiendo y nadie lo ha sabido ver.

Claro está, que no todo es responsabilidad del hospital y de las autoridades, puesto que, aunque el hospital brinde las herramientas o recursos necesarios el personal de enfermería, debe de poner de su parte y cooperar para trabajar en su salud mental. Volviendo a lo ya antes mencionado, se puedan brindar intervenciones psicológicas de manera oportuna y constante, de manera individual para todo el personal que lo necesite, aunque lo ideal sería que fuera para todos.

Con todo esto, lo que se busca, es que todo el personal esté preparado académicamente y sobre todo, que esté capacitado tanto física como psicológicamente para poder enfrentarse a los nuevos casos de COVID 19, y más ahora, que todo apunta a que existirá una tercer ola de contagios, la cual está afectando a la población más joven y hasta cierto punto, más inconsciente, y sobre todo, enfrentarse a las nuevas variantes que están surgiendo, porque desgraciadamente, la pandemia está lejos de terminar.

Por otro lado, sería conveniente e interesante que se investigara la afectación de la salud física y mental de más personal que labora dentro del hospital, como médicos, estudiantes de medicina o enfermería, pasantes de enfermería, trabajo social, personal administrativo e incluso el personal de intendencia, puesto que la pandemia afecto a toda la población y los antes mencionados, de igual manera se encuentran dentro del ámbito hospitalario, por lo que también su salud debe de haber sufrido alguna afectación, mínima e incluso podría ser grave.

También sería de gran importancia estudiar cómo es la afectación, de la salud física y mental del personal de enfermería del Hospital General Balbuena, en las fechas de noviembre a enero, que es cuando comienzan las infecciones respiratorias y la influenza. E incluso, después de que se comiencen a presentar y tratar de nuevo casos sospechosos o confirmados de COVID 19, durante esta tercera ola de contagios, ya que Balbuena, es un hospital de trauma, que con la emergencia sanitaria, se convirtió en un hospital híbrido, que nunca ha dejado de atender a paciente con COVID 19 y desgraciadamente, el servicio sanitario, puede volver a colapsar, y tener una sobrecarga aun mayor, que la que ya se ha visto durante las otras dos olas anteriores de contagios.





Actividades/Meses	2020								2021																															
	NOVIEMBRE				DICIEMBRE				ENERO				FEBRERO				MARZO				ABRIL				MAYO				JUNIO				JULIO				AGOSTO			
	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
Marco metodológico: Muestra.																	X																							
Marco metodológico: Criterios de selección.																	X																							
Marco metodológico: Límites.																	X																							
Marco metodológico: Recursos.																	X																							
Marco metodológico: Estado del arte.																	X	X																						
Marco metodológico: Marco ético-legal.																	X																							
Referencias.																	X																							
Anexos.																	X																							
Elaboración de cartas de autorización.																	X																							
Elaboración de oficios informativos.																	X																							
Revisión del protocolo de investigación por el asesor.																	X	X																						





## 12. BIBLIOGRAFIA.

1. Gobierno de México [Internet]. México: Secretaria de Salud; 2021 [citado 8 Marzo 2021] Disponible en: <https://datos.covid-19.conacyt.mx/>
2. Expansión [Internet]. México: Datosmacro; 2021 [citado el 8 Marzo 2021] Disponible en: <https://datosmacro.expansion.com/otros/coronavirus/mexico>
3. México tiene la mayor tasa de mortalidad por COVID de América Latina; supera a Panamá y Perú [Internet]. México: El Financiero; 2021 [citado el 8 Marzo 2021] Disponible en: <https://www.elfinanciero.com.mx/nacional/mexico-tiene-la-mayor-tasa-de-mortalidad-por-covid-de-america-latina>
4. Torres V, Farías J, Reyes L, Guillen C. Riesgos y daños en la salud mental del personal sanitario por la atención a pacientes con COVID-19. Rev. Mexicana Urología [Internet]. 2020 Mayo. [citado el 8 Marzo 2021]; 80 (3): 1-10. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/uro/ur-2020/ur203i.pdf>
5. Epidemias históricas en México y en el mundo [Internet]. México: Universidad Nacional Autónoma de México; 2020 [citado el 25 de Abril 2021]. Disponible en: <http://ciencia.unam.mx/leer/950/epidemias-historicas-en-mexico-y-en-el-mundo>
6. Cronología de las epidemias que se han registrado en México [Internet]. México: La jornada; 2020 [citado el 25 de Abril 2021]. Disponible en: <https://ecologica.jornada.com.mx/2020/10/11/cronologia-de-las-epidemias-que-se-han-registrado-en-mexico-9833.html>
7. Nuevo coronavirus SARS-CoV-2 [Internet]. España: Consejo General de Colegios farmacéuticos; 2019 [citado el 25 de Abril 2021]. Disponible en: <https://www.portalfarma.com/Profesionales/campanaspf/Asesoramiento-salud-publica/infeccion-coronavirus-2019-nCoV/Documents/Informacion-poblacion-general-Coronavirus.pdf>
8. Naranjo M. Una revisión teórica sobre el estrés y algunos aspectos relevantes de éste en el ámbito educativo. Rev. Educación [Internet]. 2009 Agosto. [citado el 12 Marzo 2021]; 33(2): 171-190. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/440/44012058011.pdf>

9. Sierra J, Ortega V, Zubeidat I. Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. Rev. Mal Estar e Subjetividade [Internet]. 2003 Marzo. [citado el 12 Marzo 2021]; 3(1): 10-59. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/271/27130102.pdf>
10. Pérez E, Cervantes V, Hijuelos N, Pineda J, Salgado H. Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión Mayor. Rev. Biomed [Internet]. 2017 Agosto. [citado el 12 Marzo 2021]; 28(2): 73-97. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revbio/bio-2017/bio172c.pdf>
11. Gutiérrez A, Contreras C, Orozco R. El suicidio, conceptos actuales. Rev. Salud mental [Internet]. 2006 Septiembre. [citado el 12 Marzo 2021]; 29(5): 66-74. Disponible en: <http://www.inprf-cd.gob.mx/pdf/sm2905/sm290566.pdf>
12. Jefatura de enfermería. Carpeta Gerencial 2021. México. Hospital General Balbuena; 2021. 300 p.
13. Meza L, Ramírez Y, Mejía G, Carballo F, Lujan K, López K. Del puesto de socorro a un centro de concentración de trauma: Historia del Hospital General Balbuena. Rev. Cirujano General [Internet]. 2019 Abril. [citado el 16 Enero 2021]; 41(2): 120-126. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/cg/v41n2/1405-0099-cg-41-02-120.pdf>
14. Coordinación de enseñanza. Antecedentes del COVID 19 en el Hospital General Balbuena. México. Hospital General Balbuena; 2021. 50 p.
15. Matos L, Reyes U, Comas A, et al. Infecciones por Coronavirus y el nuevo COVID-19: Conceptos básicos. Rev Médico-Científica de la Secretaría de Salud Jalisco. [Internet]. 2020 Marzo. [citado el 16 Enero 2021]; 7(1): 9-14. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/saljalisco/sj-2020/sj201d.pdf>
16. COVID 19 [Internet]. España: Clinic Barcelona; 2020 Marzo [citado el 26 Enero 2021]. Disponible en: <https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/enfermedades/covid-19/definicion>
17. Velázquez R. Historia de las infecciones por coronavirus y epidemiología de la infección por SARS-CoV-2 [Internet]. 2020 Mayo. [citado el 26 Enero 2021]; 9(2): 149-159. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/trasplantes/rmt-2020/rmts202c.pdf>

18. Bonilla D, Villamil W, Rabaan A, Rodríguez J. Una nueva zoonosis viral de preocupación global: COVID-19, enfermedad por coronavirus 2019. Rev. Medica de la universidad de Antioquia IATREIA. [Internet]. 2020 Feb [citado el 29 Enero 2021]; 33(2): 107-110. Disponible en: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/iatreia/article/view/341260/20804011>
19. Ministerio de Sanidad. Enfermedad por coronavirus, COVID-19. Ministerio de Sanidad [Internet]. 2020 Enero [citado el 29 Enero 2021]; 1-111. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/ITCoronavirus.pdf>
20. Enfermedad de Coronavirus 2019 (COVID 19). [Internet]. Ministry of Health Singapore; 2021 Enero [citado el 30 Enero 2021]. Disponible en: <https://bestpractice.bmj.com/topics/es-es/3000201/pdf/3000201/Enfermedad%20de%20coronavirus%202019%20%28COVID-19%29.pdf>
21. Ramiro M. Epidemiología del SARS-CoV-2. Acta Pediatr Méx. [Internet]. 2020 Junio [citado el 30 Enero 2021]; 41(1). 8-14. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/actpedmex/apm-2020/apms201c.pdf>
22. Preguntas y respuestas sobre la enfermedad por coronavirus (COVID-19). [Internet]. 2020. Organización Mundial de la Salud (OMS); 2019 [citado el 31 Enero 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public/q-a-coronaviruses#:~:text=sintomas>
23. Díaz F. Toro A. SARS-CoV-2/COVID-19: el virus, la enfermedad y la pandemia. Medicina y laboratorio. [Internet]. 2020 Abril. [citado el 31 Enero 2021]; 24(3): 183-205. Disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/05/1096519/covid-19.pdf>
24. Parra I. COVID-19: Manifestaciones clínicas y diagnóstico. Rev. Mexicana de Trasplantes. [Internet]. 2020 Mayo. [citado el 31 Enero 2021]; 9(2): 160-166. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/trasplantes/rmt-2020/rmts202d.pdf>
25. Recomendaciones para el tratamiento de la infección por SARS-COV-2, agente causal de COVID-19. [Internet]. México: Gobierno de México; 2020 Julio. [citado el 06 Febrero 2021]. Disponible en: [https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2020/07/Recomendaciones\\_para\\_tratamiento\\_SARS-CoV2.pdf](https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2020/07/Recomendaciones_para_tratamiento_SARS-CoV2.pdf)

26. Manejo clínico de la COVID-19. [Internet]. Internacional: Organización Mundial de la Salud; 2020 Mayo. [citado el 06 Febrero 2021]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332638/WHO-2019-nCoV-clinical-2020.5-spa.pdf>
27. Lorenzo A, Díaz K, Zaldívar D. La psicología como ciencia en el afrontamiento a la COVID-19: apuntes generales. Rev. Anales de la Academia de Ciencias de Cuba. [Internet]. 2020. [citado el 06 Febrero 2021]; 10(2): 1-17. Disponible en: <http://www.revistaccuba.sld.cu/index.php/revacc/article/view/839/855>
28. Yagüe C. COVID 19 y prisiones: un desafío no solo sanitario y de seguridad, también humanitario. Rev. General de Derecho. [Internet]. 2020 Mayo. [citado el 06 Febrero 2021]; 33(1): 1-49. Disponible en: [http://www.academia.edu/42680875/COVID\\_19\\_Y\\_PRISIONES\\_UN\\_DESAF%C3%8DO\\_NO\\_S%C3%93LO\\_SANITARIO\\_Y\\_D\\_E\\_SEGURIDAD\\_TAMBI%C3%89N\\_HUMANITARIO](http://www.academia.edu/42680875/COVID_19_Y_PRISIONES_UN_DESAF%C3%8DO_NO_S%C3%93LO_SANITARIO_Y_D_E_SEGURIDAD_TAMBI%C3%89N_HUMANITARIO)
29. Política anticapitalista en tiempos de COVID-19 [Internet]. España: Sinpermiso; 2020 Marzo. [citado el 10 Febrero 2021]. Disponible en: <https://www.sinpermiso.info/textos/politica-anticapitalista-en-tiempos-de-covid-19>
30. Carpio S, San Martín B. Efectos psicológicos asociados a la pandemia COVID-19 en el personal de salud y administrativo del hospital Monte Sinaí de la ciudad de Cuenca. [Master's thesis]. Ecuador: Universidad del Azuay; 2020. 96 p.
31. Etienne C. Salud mental como componente de la salud universal. Rev. Panam Salud Pública [Internet]. 2018. [citado el 10 Febrero 2021]; 42 (40): 1-2. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2018.v42/e140>
32. Salud mental: fortalecer nuestra respuesta [Internet]. Organización Mundial de la Salud (OMS); 2018 Marzo. [citado el 10 Febrero 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
33. Salud Mental [Internet]. Gobierno de México. 2015. [citado el 23 Enero 2021]. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/salud-mental>
34. Finklea J, Coppée G, Hunt V, et al. Enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo. [Internet]. España: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 1998. Chapter 5, Salud mental; [citado el 12 Febrero 2021]; p. 5.1-5.24. Disponible en: <https://www.insst.es/documents/94886/161958/Sumario+del+Volumen+I/18ea3013-6f64-4997-88a1-0aadd719faac>

35. Sandoval J, Richard M. La Salud Mental en México. [Internet]. México: Servicio de Investigación y Análisis, División de política Social. 2005 Marzo. [citado el 12 Febrero 2021]; 48 p. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/SaludMentalMexico.pdf>
36. Cuidar nuestra Salud mental. [Internet]. Organización Mundial de la Salud (OMS); 2020. [citado el 12 Febrero 2021]. Disponible en: [https://www.who.int/es/campaigns/connecting-the-world-to-combat-coronavirus/healthyathome/healthyathome---mental-health?gclid=Cj0KCQiA4L2BBhCvARIsAO0SBdZzUjOWeBP8tTmKxcTjAeAq67SQAkN8T7Rxpan4HnxEewikorFMXLmaAr\\_EEALw\\_wcB](https://www.who.int/es/campaigns/connecting-the-world-to-combat-coronavirus/healthyathome/healthyathome---mental-health?gclid=Cj0KCQiA4L2BBhCvARIsAO0SBdZzUjOWeBP8tTmKxcTjAeAq67SQAkN8T7Rxpan4HnxEewikorFMXLmaAr_EEALw_wcB)
37. Salud en México 2019 ¿A qué prestar atención? [Internet]. México: Psyciencia; 2019 Enero. [citado el 12 Febrero 2021]. Disponible en: <https://www.psyciencia.com/salud-en-mexico-2019-a-que-prestar-atencion/>
38. Huarcaya J. Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de COVID-19. Rev. Peru Med Exp Salud Pública. [Internet]. 2020 Abril. [citado el 16 Febrero 2021]; 37(2): 327-334. Disponible en: <https://scielosp.org/pdf/rpmesp/2020.v37n2/327-334/es>
39. El agotamiento emocional, la consecuencia de exigirse ser fuerte [Internet]. España: Lamente es maravillosa; 2020 Septiembre. [citado el 16 Febrero 2021]. Disponible en: <https://lamenteesmaravillosa.com/el-agotamiento-emocional-la-consecuencia-de-exigirse-ser-fuerte/>
40. Virues R. Estudio sobre Ansiedad. Rev. Psicología Científica. [Internet]. 2005 Mayo. [citado el 16 Febrero 2021]; 7(8): 1-22. Disponible en: <https://www.psicologiacientifica.com/ansiedad-estudio/>
41. Fernandez O, Jimenez B, Alfonso R, et al. Manual para diagnóstico y tratamiento de trastornos ansiosos. Rev. Electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos. [Internet]. 2012. [citado el 16 Febrero 2021]; 10(5): 466-479. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/ms/v10n5/ms19510.pdf>
42. Navas W, Vargas M. Trastornos de ansiedad: Revisión dirigida para atención primaria. Rev. Medica de Costa Rica y Centroamérica. [Internet]. 2012. [citado el 20 Febrero 2021]; 11: 497-507. Disponible en: <https://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/604/art11.pdf>
43. Desordenes de ansiedad [Internet]. EUA: National Institute of Mental Health; 2018 Julio. [citado el 20 Febrero 2021]. Disponible en: <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/anxiety-disorders/index.shtml>

44. 3 de cada 10 mexicanos, con síntomas de ansiedad o depresión por COVID [Internet]. México: Expansión política; 2020 Mayo. [citado el 20 Febrero 2021]. Disponible en: <https://politica.expansion.mx/mexico/2020/05/07/3-de-cada-10-mexicanos-con-sintomas-de-ansiedad-o-depresion-por-covid>
45. Reyes A. Trastornos de ansiedad guía práctica para diagnóstico y tratamiento. [master's thesis]. Honduras: Biblioteca Virtual en Salud; 2005. 151 p. Disponible en: <http://www.bvs.hn/Honduras/pdf/TrastornoAnsiedad.pdf>
46. Torales J. ¡Ayúdeme doctor, estoy muy enfermo! Una actualización de la clásica hipocondría al vigente trastorno de ansiedad por enfermedad. Rev. virtual Soc. Parag. Med. Int. [Internet]. 2017 Marzo. [citado el 28 Enero 2021]; 4(1): 77-86. Disponible en: <http://scielo.iics.una.py/pdf/spmi/v4n1/2312-3893-spmi-4-01-00077.pdf>
47. Daneri M, Muzio R. Psicobiología del Estrés. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires, Facultad de psicología; 2012. 25 p. Disponible en: [https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios\\_catedras/electivas/090\\_comportamiento/material/tp\\_estres.pdf](https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/090_comportamiento/material/tp_estres.pdf)
48. Ávila J. El estrés un problema de salud del mundo actual. Rev. Con-Ciencia. [Internet]. 2014 Julio. [citado el 28 Enero 2021]; 1 (2): 115-124. Disponible en: [http://www.scielo.org.bo/pdf/rcfb/v2n1/v2n1\\_a13.pdf](http://www.scielo.org.bo/pdf/rcfb/v2n1/v2n1_a13.pdf)
49. Reig J, Cano A, Tobal J. El estrés laboral: bases teóricas y marco de intervención. Universidad Complutense de Madrid. [Internet]. 1995 [citado el 25 Enero 2021]; 1 (2-3): 113-130. Disponible en: [https://www.researchgate.net/profile/Antonio-Cano-Vindel/publication/230577109\\_El\\_estres\\_laboral\\_bases\\_teoricas\\_y\\_marco\\_de\\_intervencion\\_Occupational\\_stress\\_theoretical\\_background\\_and\\_intervention\\_framework/links/09e41501afca081a0e000000/El-estres-laboral-bases-teoricas-y-marco-de-intervencion-Occupational-stress-theoretical-background-and-intervention-framework.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Antonio-Cano-Vindel/publication/230577109_El_estres_laboral_bases_teoricas_y_marco_de_intervencion_Occupational_stress_theoretical_background_and_intervention_framework/links/09e41501afca081a0e000000/El-estres-laboral-bases-teoricas-y-marco-de-intervencion-Occupational-stress-theoretical-background-and-intervention-framework.pdf)
50. Morta M, Ferrer V. Interacción entre estrés ocupacional, estrés psicológico y dolor lumbar: un estudio en profesionales sanitarios de traumatología y cuidados intensivos. MAPFRE MEDICINA [Internet]. 2004. [citado el 25 Enero 2021]; 15(3): 49-58. Disponible en: <https://sid.usal.es/idocs/F8/ART8696/estres.pdf>
51. Mamani A, Obando R, Uribe A, et al. Factores que desencadenan el estrés y sus consecuencias en el desempeño laboral en emergencia. Rev. Per Obst Enf [Internet]. 2007. [citado el 27 Enero 2021]; 3(1): 50-57. Disponible en: <https://www.aulavirtualusmp.pe/ojs/index.php/rpoe/article/view/543/415>

52. Ayovi J. Trabajo en equipo: clave del éxito de las organizaciones. Rev. FIPCAEC. [Internet]. 2019 Enero. [citado el 27 Enero 2021]; 4(10): 58-76. Disponible en: <https://docplayer.es/200536110Trabajoen-equipo-clave-del-exito-de-las-organizaciones-teamwork-key-to-the-success-of-organizations.html>
53. Guía para el estrés. Causas, consecuencias y prevención. [Internet]. México: ISSSTE; 2016. [citado el 27 Enero 2021]. Disponible en: <http://hraei.net/doc/2016/guias/Guia-para-el-Estres.pdf>
54. Melgosa J. ¡Sin estrés! 1 ed. España: 192 p.
55. Pérez D, García J, García T, et al. Conocimientos sobre estrés, salud y creencias de control para la Atención Primaria de Salud. Rev Cubana Med Gen Integr. [Internet]. 2014. [citado 31 Enero 2021]; 30(3): 354-366. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v30n3/mgi09314.pdf>
56. El 58% de los mexicanos admite problemas de salud por estrés. [Internet]. México: LaJornada; 2020 Octubre. [citado el 31 Enero 2021]. Disponible en: <https://www.jornada.com.mx/ultimas/sociedad/2020/10/08/el-58-de-los-mexicanos-admite-problemas-de-salud-por-estres-9989.html>
57. El estrés y su salud. [Internet]. EUA: Hormone Health Network; 2010. [citado el 25 Enero 2021]. Disponible en: <https://www.hormone.org/pacientes-y-cuidadores/el-estres-y-su-salud>
58. Organización Mundial de la Salud. Depresión. Guía de diagnóstico y manejo. [Internet]. Cuba: Red de Salud de Cuba; 2005. [citado el 25 Enero 2021]. Disponible en: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/guia08.pdf>
59. Guadarrama L, Escobar A, Zhang L. Bases neuroquímicas y neuroanatómicas de la depresión. Rev Fac Med UNAM. [Internet]. 2006. [citado el 25 Enero 2021]; 49(2): 66-72. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2006/un062h.pdf>
60. Baldwin D, Birtwistle J. An Atlas of Depression. [Internet]. EUA: The Parthenon publishing group; 2002. [citado el 28 Enero 2021]; 107 p. Disponible en: <https://www.academia.edu/30928963/An-Atlas-of-DEPRESSION-David-S-Baldwin?auto=download>

61. Harvey B, McEwen B, Stein D. Neurobiology of antidepressant withdrawal: implications. Rev. Psiquiatría Biol. [Internet]. 2003. [citado el 28 Enero 2021]; 54(10): 1105-1117. Disponible en: [https://www.biologicalpsychiatryjournal.com/article/S0006-3223\(03\)00528-6/fulltext](https://www.biologicalpsychiatryjournal.com/article/S0006-3223(03)00528-6/fulltext)
62. Díaz L, Torres V, Urrutia E, et al. Factores psicosociales de la depresión. Rev. Cubana Med Milit. [Internet]. 2006. [citado 02 Febrero 2021]; 35(3): 1-7. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-65572006000300009](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572006000300009)
63. Gong Y, Han T, Dib W, et al. Prevalence of anxiety and depressive symptoms and related risk factors among physicians in China: a cross-sectional study. PLoS One. [Internet]. 2014 Julio. [citado el 02 Febrero 2021]; 9(7). Disponible en: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0103242>
64. Carretero M. Depresión mayor. Rev. OFFARM. [Internet]. 2007 Septiembre. [citado el 02 Febrero 2021]; 26(8): 109-111. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-depresion-mayor-13109821>
65. De cada 100 mexicanos, 15 padecen depresión. [Internet]. México: Universidad Nacional Autónoma de México; 2019 Junio. [citado el 02 Febrero 2021]. Disponible en: [https://www.dgcs.unam.mx/boletin/bdboletin/2019\\_455.html](https://www.dgcs.unam.mx/boletin/bdboletin/2019_455.html)
66. Uno de cada 4 mexicanos entre 18 y 65 ha padecido un trastorno mental; la depresión es común. [Internet]. México: Sinembargo; 2019 Octubre. [citado el 05 Febrero 2021]. Disponible en: <https://www.sinembargo.mx/10-10-2019/3659368>
67. Bousoño M, Baca E, Álvarez E, et al. Complicaciones de la depresión a largo plazo. Rev. Actas Esp Psiquiatr. [Internet]. 2008. [citado el 05 Febrero 2021]; 36(2): 44-52. Disponible en: [file:///C:/Users/Dell/Downloads/depresion\\_largo\\_plazo\\_109\\_.pdf](file:///C:/Users/Dell/Downloads/depresion_largo_plazo_109_.pdf)
68. Hernández H, Flores R. El suicidio en México. Rev. Papeles de Población. [Internet]. 2011. [citado el 05 Febrero 2021]; 17(68): 69-111. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/112/11219270004.pdf>
69. Conducta Suicida. [Internet]. EUA: Manual MSD, Versión para profesionales; 2018 Enero. [citado el 07 Febrero 2021]. Disponible en: [https://www.msdmanuals.com/es/professional/trastornos-psiqui%C3%A1tricos/conducta-suicida-y-autoagresi%C3%B3n/conducta-suicida#v1605789\\_es](https://www.msdmanuals.com/es/professional/trastornos-psiqui%C3%A1tricos/conducta-suicida-y-autoagresi%C3%B3n/conducta-suicida#v1605789_es)

70. Park CHK, Seong HY, Lee J, et al. Impact of acute alcohol consumption on lethality of suicide methods. Rev. Compr Psychiatry. [Internet]. 2017 Mayo. [citado el 07 Febrero 2021]; 75(1): 27-34. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0010440X16305107?via%3Dihub>
71. Gutiérrez A, Contreras C, Orozco R. El suicidio, conceptos actuales. Rev. Salud Ment. [Internet]. 2006 Septiembre-Octubre. [citado el 07 Febrero 2021]; 29(5): 66-74. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v29n5/0185-3325-sm-29-05-66.pdf>
72. Signos y síntomas del pensamiento suicida. [Internet]. Puerto Rico: Hospital San Juan Capestrano; 2020 Diciembre. [citado el 11 Febrero 2021]. Disponible en: <https://www.sanjuancapestrano.com/trastornos/pensamiento-suicida/>
73. El suicidio en 2020: la pandemia exhibe el abandono a la salud mental. [Internet]. México: México Social; 2020 Septiembre. [citado el 11 Febrero 2021]. Disponible en: <https://www.mexicosocial.org/el-suicidio-en-2020-la-pandemia-exhibe-el-abandono-a-la-salud-mental/>
74. Tendencia autodestructiva: qué es y en qué comportamientos se expresa. [Internet]. España: Psicología y mente; 2019. [citado el 12 Febrero 2021]. Disponible en: <https://psicologiymente.com/clinica/tendencia-autodestructiva>
75. De la Torre M. Protocolo para la detección y manejo inicial de la ideación suicida. [Internet]. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid; 2013. [citado el 12 Febrero 2021]; 36p. Disponible en: [http://www.uam.es/UAM/documento/1446762028628/protocolo\\_ideacion\\_suicida.pdf?blobheader=application/pdf](http://www.uam.es/UAM/documento/1446762028628/protocolo_ideacion_suicida.pdf?blobheader=application/pdf)
76. ¿Qué es una conducta autodestructiva? [Internet]. México: PleniLunia; 2012 Marzo. [citado el 12 Febrero 2021]. Disponible en: <https://plenilunia.com/revista-impresa/que-es-una-conducta-autodestructiva/9247/?cn-reloaded=1>
77. Bastos H. Tratamiento en la emergencia del paciente suicida. Rev. Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica. [Internet]. 2006. [citado el 12 Febrero 2021]; 13(1): 5-15. Disponible en: <https://www.alcmeon.com.ar/13/49/suicida.html>
78. COVID-19: cronología de la actuación de la OMS. [Internet]. Internacional: Organización Mundial de la Salud; 2020 Abril-Junio. [citado el 19 Febrero 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/27-04-2020-who-timeline---covid-19>

79. Coronavirus [Internet]. Internacional: Organización Panamericana de la Salud; 2020. [citado el 19 Febrero 2021]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/coronavirus>
80. Actualización Epidemiológica, Enfermedad por coronavirus (COVID-19). [Internet]. Internacional: Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud; 2021 febrero. [citado el 19 Febrero 2021]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/file/81967/download?token=qSRcrTuD>
81. Guevara B, Evies A, Rengifo J. El cuidado de enfermería: una visión integradora en tiempos de crisis. Rev. Enferm. glob. [Internet]. 2014 Enero. [citado el 17 Febrero 2021]; 13(33): 318-327. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v13n33/ensayo2.pdf>
82. Carranza V. El concepto de salud mental en psicología humanista–existencial. Rev. Ajayu. [Internet]. 2003. [citado el 17 Febrero 2021]; 1(1): 1-19. Disponible en: [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2077-21612003000100001](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-21612003000100001)
83. Bueno Ferrán M, Barrientos Trigo S. Cuidar al que cuida: el impacto emocional de la epidemia de coronavirus en las enfermeras y otros profesionales de la salud. Rev. Enfermería Clínica. [Internet]. 2020 Mayo. [citado el 17 Febrero 2021]; 31(1): 1-5. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1130862120303028?via%3Dihub>
84. Lozano A. Impacto de la epidemia del Coronavirus (COVID-19) en la salud mental del personal de salud y en la población general de China. Rev. Neuropsiquiatr. [Internet]. 2020. [citado el 15 Febrero 2021]; 83(1): 51-56. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rnp/v83n1/1609-7394-rnp-83-01-51.pdf>
85. Henao L. El concepto de pandemia: debate e implicaciones a propósito de la pandemia de influenza de 2009. Rev. Gerenc. Polit. Salud. [Internet]. 2010 Junio. [citado el 25 de Abril 2021]; 9(19): 53-68. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v9n19/v9n19a05.pdf>
86. ¿Qué es una pandemia? [Internet]. Organización Mundial de la Salud; 2010 [citado el 25 de Abril 2021]. Disponible en: [https://www.who.int/csr/disease/swineflu/frequently\\_asked\\_questions/pandemic/es/](https://www.who.int/csr/disease/swineflu/frequently_asked_questions/pandemic/es/)
87. Diccionario Real Academia Española. [Internet]. Madrid: Real Academia Española, 2020. [citado el 25 de Abril 2021]. Disponible en: <https://dle.rae.es/pandemia>
88. Enfermería. [Internet]. Internacional: Organización Mundial de la Salud; 2011. [citado el 21 Febrero 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/topics/nursing/es/>

89. Diccionario Real Academia Española. [Internet]. Madrid: Real Academia Española, 2020. [citado el 21 Febrero 2021]. Disponible en: <https://dle.rae.es/sexo>
90. Diccionario Real Academia Española. [Internet]. Madrid: Real Academia Española, 2020. [citado el 21 Febrero 2021]. Disponible en: <https://dle.rae.es/edad>
91. Diccionario Real Academia Española. [Internet]. Madrid: Real Academia Española, 2020. [citado el 26 de mayo 2021]. Disponible en: <https://dle.rae.es/escolaridad>
92. Diccionario panhispánico del español jurídico. [Internet]. Madrid: Real Academia Española, 2020. [citado el 26 de mayo 2021]. Disponible en: <https://dpej.rae.es/lema/estado-civil>
93. Eustat [Internet]. Madrid: Instituto Vasco de Estadística, 2021. [citado el 26 de mayo 2021]. Disponible en: [https://www.eustat.eus/documentos/opt\\_0/tema\\_639/elem\\_14987/definicion.html](https://www.eustat.eus/documentos/opt_0/tema_639/elem_14987/definicion.html)
94. Glosario de términos laborales [Internet]. México: Ley Federal del Trabajo, 2021. [citado el 26 de mayo 2021]. Disponible en: <http://www.stps.gob.mx/gobmx/estadisticas/Glosario/glosario.htm>
95. Muzio R, Daneri F. Psicobiología del estrés. [Internet]. Argentina: Universidad de Buenos Aires; 2012. [citado el 21 Febrero 2021]; 26 p. Disponible en: [https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios\\_catedras/electivas/09\\_0\\_comportamiento/material/tp\\_estres.pdf](https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/09_0_comportamiento/material/tp_estres.pdf)
96. Carrillo I. Un estudio sobre la ansiedad. [Internet]. México: Universidad Autónoma de Ciudad Juárez; 2006. [citado el 26 Febrero 2021]; 20 p. Disponible en: [http://www3.uacj.mx/DGDCDC/SP/Documents/avances/Documents/2006/Avances%2012\\_4.%20Irene%20Carrillo.pdf](http://www3.uacj.mx/DGDCDC/SP/Documents/avances/Documents/2006/Avances%2012_4.%20Irene%20Carrillo.pdf)
97. Gil D. Trabajo en equipo, una estrategia para la productividad empresarial. [tesis de maestría] Colombia: Universidad cooperativa de Colombia, Facultad de psicología; 2018. 38 p.
98. Depresión. [Internet]. Internacional: Organización Mundial de la Salud; 2021. [citado el 26 Febrero 2021]. Disponible en: [https://www.who.int/mental\\_health/management/depression/es/](https://www.who.int/mental_health/management/depression/es/)

99. Gamboa A, González S, González G. El síndrome de cansancio profesional (Burnout syndrome). Acta pediátr. Costarric. [Internet]. 2008. [citado el 26 Febrero 2021]; 20(1): 8-11. Disponible en: [https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S140900902008000100002](https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S140900902008000100002)
100. Castillo S. El síndrome de "Burn Out" o síndrome de agotamiento profesional. Med. leg. Costa Rica. [Internet]. 2001 Marzo. [citado el 26 Febrero 2021]; 17(2): 11-14. Disponible en: [https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1409-00152001000100004](https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152001000100004)
101. Quiceno J, Vinaccia. Burnout: "Síndrome de Quemarse en el Trabajo (SQT)". Act Colombiana de psic. [Internet]. 2007 Noviembre. [citado el 26 Febrero 2021]; 10(2): 117-125. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/acp/v10n2/v10n2a12.pdf>
102. Doménech E. Actualizaciones en psicología y psicopatología de la adolescencia. [Internet]. España: Universidad Autónoma de Barcelona: Servei de publicacions; 2005. Capítulo 6, Conductas suicidas en la adolescencia; [citado el 26 Febrero 2021]; p.347-365. Disponible en: [https://books.google.com.mx/books?id=RLvVz7ueZEQC&pg=PA349&redir\\_esc=y#v=one\\_page&q&f=false](https://books.google.com.mx/books?id=RLvVz7ueZEQC&pg=PA349&redir_esc=y#v=one_page&q&f=false)
103. Dosil M, Ozamiz N, Redondo I, Jaureguizar J, Picaza M. Impacto psicológico de la COVID-19 en una muestra de profesionales sanitarios españoles. Rev de Psiquiatría y salud mental [Internet]. 2020 Mayo. [citado el 12 Marzo 2021]; 30(20): 1-7. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-psiquiatria-salud-mental--286-pdf/S1888989120300604>
104. Kang L, Simeng M, Chen M, et al. Impact on mental health and perceptions of psychological care among medical and nursing staff in Wuhan during the 2019 novel coronavirus disease outbreak: A cross-sectional study. Rev. Brain, Behavior, and Immunity. [Internet]. 2020 Marzo. [citado el 05 de Marzo 2021]; 87(1): 11-17. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0889159120303482?via%3Dihub>
105. Sánchez J, Peniche K, Rivera G, et al. Psicosis del personal de salud en tiempos de COVID-19. Rev. Med Crit. [Internet]. 2020. [citado el 05 de Marzo 2021]; 34(3): 200-203. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medcri/ti-2020/ti203e.pdf>
106. Ferreira V, Yuri T, Pereira A. Dificultades y temores de las enfermeras que enfrentan la pandemia de COVID-19 en Brasil. Rev. Hum Med. [Internet]. 2020. [citado el 05 de Marzo 2021]; 20(2): 312-333. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/hmc/v20n2/1727-8120-hmc20-02-312.pdf>

- 107.** Erquicia J, Valls L, Barja A, et al. Emotional impact of the Covid-19 pandemic on healthcare workers in one of the most important infection outbreaks in Europe. *Rev. Med Clin.* [Internet]. 2020 Noviembre. [citado el 05 de Marzo 2021]; 155(10): 434-440. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2387020620304988>
- 108.** Lai J, Ma S, Wang Y, Cai Z, Hu J, Wei N, et al. Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. *JAMA Netw* [Internet]. 2020 Marzo. [citado el 8 Marzo 2021]; 3(3): 1-12. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2763229>
- 109.** Mayorga E, Rivera M, Pacheco N, et al. Efectos del estrés ocupacional en trabajadores de salud por pandemia coronavirus en Hospitales ecuatorianos. *Rev. Dilemas Contemporáneos, Ed. Pol y Val.* [Internet]. 2020. [citado el 11 de Marzo 2021]; 67(1): 1-21. Disponible en: <https://www.dilemascontemporaneoseduccionpoliticayvalores.com/index.php/dilemas/article/view/2457/2502>
- 110.** Mo Y, Deng L, Zhang L, et al. Work stress among Chinese nurses to support Wuhan in fighting against COVID-19 epidemic. *Rev. Revista J Nurs Manag.* [Internet]. 2020 Marzo. [citado el 11 de Marzo 2021]; 28 (1): 102-109. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/jonm.13014>
- 111.** Huang JZ, Han MF, Luo TD, Ren AK, Zhou XP. Mental health survey of 230 medical staff in a tertiary infectious disease hospital for COVID-19. *Zhonghua Lao Dong Wei Sheng Zhi Ye Bing Za Zhi.* [Internet]. 2020 Marzo [citado el 12 Marzo 2021]; 38(3): 192-195. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32131151/>
- 112.** Mora Guillart L. Los principios éticos y bioéticos aplicados a la calidad de la atención en enfermería. *Rev. Cubana Oftalmol.* [Internet]. 2015 Abril-Junio. [citado el 12 de Marzo 2021]; 28(2): 228-233. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/oft/v28n2/oft09215.pdf>.
- 113.** Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. [Internet]. México: Cámara de diputados del H. Congreso de la unión; 2021 Febrero. [citado el 12 de Marzo 2021]. Disponible en: [http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/1\\_190221.pdf](http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/1_190221.pdf)
- 114.** Ley General de Salud. [Internet]. México: Cámara de diputados del H. Congreso de la unión; 2021 Febrero. [citado el 12 de Marzo 2021]. Disponible en: [http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142\\_190221.pdf](http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142_190221.pdf)

- 115.** Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. [Internet]. Francia: Asociación Medica Mundial; 2017 Marzo. [citado el 12 de Marzo 2021]. Disponible en: <https://www.wma.net/es/polices-post/declaracion-dehelsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-sereshumanos/>
- 116.** Manzini J. Declaración de Helsinki: Principios de éticos para la investigación médica sobre sujetos humanos. Acta Bioethica. [Internet]. 2000. [citado el 12 de Marzo 2021]; 6(2): 321-334. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/abioeth/v6n2/art10.pdf>

## 13. ANEXOS.

### ▶ 13.1 INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCION DE DATOS DE LA INVESTIGACION QUE SE LLEVARA ACABO DENTRO DE LAS INSTALACIONES DEL HOSPITAL GENERAL BALBUENA.

- ANEXO I. Consentimiento Informado para el personal de enfermería que acceda a participar en la investigación dentro del Hospital General Balbuena.
- ANEXO II. Instrumento de Recolección de datos para el personal de enfermería que acceda a participar en la investigación dentro del Hospital General Balbuena.

→ **ANEXO I.**



Universidad Nacional Autónoma de México  
Facultad de Estudios Superiores Zaragoza  
Carrera en Enfermería  
Hospital General Balbuena



**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROYECTO DE INVESTIGACIÓN EDUCATIVA “AFECTACIÓN FÍSICA Y MENTAL DE LA SALUD DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL GENERAL BALBUENA POR LA PANDEMIA DE COVID-19”.**

Yo, \_\_\_\_\_, enfermero (a) del Hospital General Balbuena, y de \_\_\_\_ años de edad, acepto de manera voluntaria que se me incluya como sujeto de estudio en el proyecto de investigación denominado “*AFECTACIÓN FÍSICA Y MENTAL DE LA SALUD DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL GENERAL BALBUENA POR LA PANDEMIA DE COVID-19*”, que tiene como objetivo, identificar la afectación física y mental de la salud del personal de enfermería del Hospital General Balbuena por la pandemia de COVID-19 (SARS-COV 2) durante los últimos 12 meses, y que es realizado por Stephany Nicolle Guzmán López, pasante de la licenciatura en enfermería de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza.

También manifiesto, haber recibido y comprendido en su totalidad la información sobre dicho proyecto, riesgos si es que los hubiera y beneficios directos e indirectos de mi participación en el estudio, y en el entendido de que:

- Se me explicara en que consiste el estudio, así como los fines por los cuales se está llevando a cabo.
- Mi participación como enfermero no repercutirá en mis actividades ni evaluaciones programadas dentro del servicio donde me encuentro laborando actualmente.
- No habrá ninguna sanción para mí, en caso de no aceptar la invitación a dicho estudio.
- No hare ningún gasto, ni recibiré remuneración alguna por la participación en el estudio.
- Se guardara estricta confidencialidad sobre los datos obtenidos, producto de mi participación en dicha investigación.
- Puedo solicitar, en el transcurso del estudio, información actualizada sobre el mismo, al investigador responsable.
- En caso de sentirme amenazado, en peligro o incomodo durante el estudio, ´puedo retirarme del proyecto sin ningún problema.

**Lugar y fecha:** \_\_\_\_\_

**Nombre y firma del participante:** \_\_\_\_\_

→ **ANEXO II.**



Universidad Nacional Autónoma de México  
Facultad de Estudios Superiores Zaragoza  
Carrera en Enfermería  
Hospital General Balbuena



**EFFECTOS EMOCIONALES, MENTALES Y FÍSICOS EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA PROVOCADOS POR EL COVID 19.**

*Guzmán-López, N. y García-Rangel, K.*

- **INSTRUCCIONES:** Por favor, lea cada uno de los siguientes enunciados y luego de que lo haya comprendido, coloque una "X" en el número que mejor indique su sentir en cuanto a cada afirmación durante los últimos 12 meses, no existen respuestas correctas o incorrectas.

**1. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS.**

<b>Nombre:</b>			
<b>Edad:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Menos de 25 años.</li> <li><input type="radio"/> 26 – 29 años.</li> <li><input type="radio"/> 30 – 34 años.</li> <li><input type="radio"/> 35 – 39 años.</li> <li><input type="radio"/> 40 – 44 años.</li> <li><input type="radio"/> 45 – 49 años.</li> <li><input type="radio"/> 50 – 54 años.</li> <li><input type="radio"/> 55 – 59 años.</li> <li><input type="radio"/> 60 o más años</li> </ul>	<b>Turno:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Matutino.</li> <li><input type="radio"/> Vespertino.</li> <li><input type="radio"/> Nocturno Guardia A.</li> <li><input type="radio"/> Nocturno Guardia B.</li> </ul>
<b>Sexo:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Masculino</li> <li><input type="radio"/> Femenino</li> </ul>	<b>Estado civil:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Soltero</li> <li><input type="radio"/> Casado</li> <li><input type="radio"/> Viudo</li> <li><input type="radio"/> Divorciado</li> </ul>
<b>Escolaridad:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Enfermera técnica.</li> <li><input type="radio"/> Enfermera general.</li> <li><input type="radio"/> Licenciada en enfermería.</li> <li><input type="radio"/> Enfermera especialista.</li> <li><input type="radio"/> Maestra en:</li> </ul>	<b>Servicio actual:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> CEyE</li> <li><input type="radio"/> Cirugía general</li> <li><input type="radio"/> Cirugía plástica reconstructiva</li> <li><input type="radio"/> Medicina Interna</li> <li><input type="radio"/> Neurocirugía</li> <li><input type="radio"/> Ortopedia</li> <li><input type="radio"/> Terapia respiratoria 1</li> <li><input type="radio"/> Terapia respiratoria 3</li> <li><input type="radio"/> Toco/Gineco</li> <li><input type="radio"/> UCI</li> <li><input type="radio"/> Urgencias</li> <li><input type="radio"/> Quirófano</li> <li><input type="radio"/> Rol</li> </ul>

¿Padece alguna de las siguientes enfermedades?	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	Diabetes
	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	Hipertensión
	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	Sobrepeso (IMC 25 – 29.9)
	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	Obesidad (IMC > 30)
¿Cuántos hijos tiene?	<input type="radio"/> Ninguno <input type="radio"/> 1 a 2 hijos. <input type="radio"/> 3 a 4 hijos. <input type="radio"/> 5 a 6 hijos <input type="radio"/> Más de 6 hijos.		
Tiempo que ha laborado en el Hospital General Balbuena:	<input type="radio"/> 6 a 12 meses. <input type="radio"/> 1 a 10 años. <input type="radio"/> 11 a 20 años. <input type="radio"/> 21 a 30 años. <input type="radio"/> Más de 30 años.		
Servicios por los que ha rotado durante los últimos 12 meses (puede arcar varios):	<input type="radio"/> CEyE <input type="radio"/> Cirugía general <input type="radio"/> Cirugía plástica reconstructiva <input type="radio"/> Medicina Interna <input type="radio"/> Neurocirugía <input type="radio"/> Ortopedia	<input type="radio"/> Terapia respiratoria 1 <input type="radio"/> Terapia respiratoria 3 <input type="radio"/> Toco/Gineco <input type="radio"/> UCI <input type="radio"/> Urgencias <input type="radio"/> Quirófano <input type="radio"/> Otro	

## 2. SPE.

NO.	ÍTEM	Nunca 1	Raramente 2	Con frecuencia 3	Siempre 4
1	Me he sentido con sudoración excesiva.				
2	Me he sentido con insomnio.				
3	Me he sentido con ansiedad.				
4	Me he sentido con cambios en mi apetito.				
5	Me he sentido con dolor de cabeza.				
6	Me he sentido con una necesidad frecuente de orinar.				
7	Me he sentido con náuseas.				
8	Me he sentido con tensión muscular.				
9	Me he sentido con una incapacidad para relajarme.				
10	Me he sentido con cansancio.				
11	Me he sentido inferior respecto a los demás.				
12	Me he sentido con temblores.				
13	Me he sentido con mareos.				
14	Me he mordido las uñas frecuentemente.				
15	Me he sentido con problemas intestinales.				
16	Me he sentido con cambios de humor.				

### 3. ACS.

NO.	ÍTEM	Nunca 1	Raramente 2	Con frecuencia 3	Siempre 4
17	Me he sentido con cambios en el patrón de sueño.				
18	Me he sentido muy irritable.				
19	Me he sentido en peligro constantemente.				
20	Me he sentido con dificultad para concentrarme.				
21	Me he sentido con sensación de "ahogo".				
22	Me he sentido con problemas para hablar y expresarme con los demás.				

### 4. TE.

NO.	ÍTEM	Nunca 1	Raramente 2	Con frecuencia 3	Siempre 4
23	Me he sentido sin un líder dentro del equipo de trabajo.				
24	Me he sentido cómodo (a) y por buen camino con mi líder y equipo de trabajo.				
25	Me he sentido sin unión en mi equipo de trabajo.				
26	Me he sentido bien al realizar adecuadamente mi trabajo.				
27	Me he sentido productivo al ayudar a mis compañeros.				
28	Me he sentido con iniciativa, propongo ideas y actividades.				
29	Me he sentido bien con la organización y trabajo del equipo.				
30	Me he sentido proactivo (a) al compartir mis conocimientos con el equipo.				
31	Me he sentido tranquilo (a) ya que si existen diferencias, se resuelven de la mejor manera.				
32	Me he sentido comprendido (a) ya que existe la escucha activa dentro del equipo de trabajo.				
33	Me he sentido satisfecho (a) con el ambiente ya que es tranquilo y relajado.				
34	Me he sentido relajado (a) ya que cuando trabajamos en equipo nos dividimos las tareas equitativamente.				
35	Me he sentido apoyado (a) ya que todos cumplen con las actividades/tareas asignadas.				
36	Me he sentido intranquilo (a) con el equipo de trabajo ya que me parece tóxico.				
37	Me he sentido libre de debatir con confianza y llegar a acuerdos.				
38	Me he sentido incómodo (a) con un compañero (a) que pone tenso el ambiente.				
39	Me he sentido cómodo (a) con las reglas que existen dentro del equipo de trabajo.				

## 5. SM.

NO.	ÍTEM	Nunca 1	Raramente 2	Con frecuencia 3	Siempre 4
40	Me he sentido con pensamientos repetitivos acerca de que me voy a enfermar.				
41	Me he sentido con reacciones físicas desagradables cuando pienso en COVID-19 (por ejemplo, latidos cardiacos muy fuertes, problemas para respirar, sudoración).				
42	Me he sentido con la necesidad de evitar pensar o hablar sobre el COVID 19.				
43	Me he sentido con pensamientos negativos como que si me enfermo o se enferma alguien de mi familia, es por mi culpa.				
44	Me he sentido distante de las personas con quienes convivo normalmente, a partir de que inició el COVID 19.				
45	Me he sentido con dudas sobre mi futuro y siento que es incierto a partir del inicio de la pandemia de COVID 19.				
46	Me he sentido preocupado (a) por mi salud en general.				
47	Me he sentido gravemente enferma de manera física (aunque no me la han confirmado).				
48	Me he sentido con algunas conductas como quedarme en cama, ponerme el termómetro, tomarme el pulso, modificar mi dieta alimenticia, tomar medicación, etc. (aunque no me lo ha indicado un médico).				
49	Me he sentido decaída(o) deprimida(o) o sin esperanzas.				
50	Me he sentido cómodo (a) conmigo mismo (a) y considero que mi estado de salud mental es bueno.				
51	Me he sentido inseguro (a) y me encierro en mí mismo y evito a los demás.				
52	Me he sentido confiado (a) y que puedo manejar cualquier problema que se me presente.				
53	Me he sentido con enojo/molestia conmigo mismo (a).				
54	Me he sentido preocupado (a) acerca del estado de salud de mi familia, amigos o conocidos.				
55	Me he sentido cómodo (a) con mi trabajo y con las actividades que realizo en él.				
56	Me he sentido apoyado (a) y siento que puedo contar con el apoyo de mis compañeros o superiores.				
57	Me he sentido cómodo (a) con el tiempo que trabajo y siento que es acorde al sueldo que recibo y las actividades que realizo.				
58	Me he sentido preocupado (a) por toda la situación que se está viviendo respecto a la pandemia por COVID-19.				
59	Me he sentido con el apoyo de mi pareja, familia y amigos.				
60	Me he sentido con temor/angustia de las personas que están a mi alrededor.				
61	Me he sentido inseguro (a) en el ambiente que me rodea.				
62	Me he sentido con ganas de capacitarme constantemente en mi trabajo para poder mejorar.				
63	Me he sentido con la necesidad de recibir y buscar ayuda psicológica.				
64	Me he sentido agradecido (a) porque siempre hay alguien dispuesto a ayudarme si lo necesito.				

## 6. TDM.

NO.	ÍTEM	Nunca 1	Raramente 2	Con frecuencia 3	Siempre 4
65	Me he sentido con poca energía.				
66	Me he interesado por las cosas tanto como antes.				
67	Me he sentido muy aburrido (a).				
68	Me he sentido triste.				
69	Me he sentido con pérdida de la seguridad/confianza en mí mismo (a).				
70	Me he sentido presionado (a).				
71	Me he sentido solo (a).				
72	Me he sentido estresado (a).				
73	Me he planteado que siempre ocurrirá lo peor.				
74	Me he sentido con ganas de llorar.				
75	Me he sentido con ideas acerca de la muerte.				

## 7. DE.

NO.	ÍTEM	Nunca 1	Raramente 2	Con frecuencia 3	Siempre 4
76	Me he sentido agotado emocionalmente por mi trabajo.				
77	Me he sentido sin la capacidad necesaria para realizar mi trabajo.				
78	Me he sentido molesto(a) por la forma en que he tratado a algunos compañeros.				
79	Me he sentido sin interés en el trabajo.				
80	Me he sentido sin entusiasmo para realizar mi trabajo.				
81	Me he sentido incapaz de involucrarme/resolver las situaciones de mi trabajo.				
82	Me he sentido inútil ante ciertas situaciones del trabajo.				
83	Me he sentido cansado de cuidar mi estado de salud.				
84	Me he sentido cansado de no contar con el equipo necesario para protección personal.				
85	Me he sentido sin pasión para realizar mi trabajo de la misma manera que antes.				
86	Me he sentido estresado durante mi turno en el trabajo.				

## 8. CA.

NO.	ÍTEM	Nunca 1	Raramente 2	Con frecuencia 3	Siempre 4
87	Me he sentido con ganas de consumir o he consumido alguna sustancia (marihuana, benzodiazepinas, cocaínas, anfetaminas, opiáceos, etc.) con la finalidad de sentirme mejor.				
88	Me he sentido con ganas de iniciar, reiniciar o incrementar mi consumo de tabaco.				
89	Me he sentido con ganas de beber alcohol he incluso me he tomado 5 o más cervezas; o 5 o más copas de vino; o 5 o más tragos (derechos) de alcohol; o 5 o más bebidas preparadas (tequila, whiskey, mezcal, ron, etc.) en menos de dos horas.				
90	Me he herido o lastimado intencionalmente.				

## 9. TS.

NO.	ÍTEM	Nunca 1	Raramente 2	Con frecuencia 3	Siempre 4
91	Me he sentido mal y creo que nada bueno me espera.				
92	Me he sentido con pensamientos acerca de que la vida no tiene cosas buenas para ofrecerme.				
93	Siento que mi vida ha sido un fracaso y dudo que cambie en un futuro.				
94	Me he sentido insatisfecho (a) con lo que logrado u obtenido.				
95	Me he intentado quitar la vida.				
96	Me he sentido con dificultad para confiar en las personas.				
97	Me he sentido alejado (a) de mi familia y amigos, e incluso siento que les importa poco lo que suceda conmigo.				
98	Me he sentido mejor estando lejos de mi familia y amigos.				
99	Me he sentido inútil o inservible.				
100	Me he sentido con sensación de haber decepcionado a toda la gente que ha creído en mí.				
101	Me he sentido con pensamientos extraños acerca de que nadie me extrañaría si no estoy.				
102	Me he sentido infeliz, independientemente de donde esté.				