

Impacto en la salud mental de los profesionales de enfermería en tiempos de la pandemia COVID-19.

*Caso de Estudio: Hospital Víctor Ramos
Guardia de Huaraz- Perú, 2020 -2021*

Llermé Núñez Zarazú
Edwin Johny Asnate Salazar
Arturo Robinson Amado Oncoy
Silvia Elizabet Reyes Narváez
Nalda Soraya Núñez Zarazú
Verónica Shirley Alberto Veramendi

**IMPACTO EN LA SALUD MENTAL DE LOS
PROFESIONALES DE ENFERMERÍA EN TIEMPOS DE LA
PANDEMIA COVID-19.**

*CASO DE ESTUDIO: HOSPITAL VÍCTOR RAMOS GUARDIA DE
HUARAZ- PERÚ, 2020 - 2021*

**IMPACTO EN LA SALUD MENTAL DE LOS
PROFESIONALES DE ENFERMERÍA EN TIEMPOS DE LA
PANDEMIA COVID-19.**

*CASO DE ESTUDIO: HOSPITAL VÍCTOR RAMOS GUARDIA DE
HUARAZ- PERÚ, 2020 - 2021*

AUTORES

Llermé Núñez Zarazú

Edwin Johny Asnate Salazar

Arturo Robinson Amado Oncoy

Silvia Elizabet Reyes Narváez

Nalda Soraya Núñez Zarazú

Verónica Shirley Alberto Veramendi

Impacto en la salud mental de los profesionales de enfermería en tiempos de la pandemia COVID-19. Caso de estudio: Hospital Víctor Ramos Guardia de Huaraz-Perú, 2020 -2021

Reservados todos los derechos. Está prohibido, bajo las sanciones penales y el resarcimiento civil previstos en las leyes, reproducir, registrar o transmitir esta publicación, íntegra o parcialmente, por cualquier sistema de recuperación y por cualquier medio, sea mecánico, electrónico, magnético, electroóptico, por fotocopia o por cualquiera otro, sin la autorización previa por escrito al Centro de Investigación y Desarrollo Ecuador (CIDE).

DERECHOS RESERVADOS

Copyright © 2022
Centro de Investigación y Desarrollo Ecuador
Guayaquil, Ecuador
Tel.: + (593) 04 2037524
<http://www.cidecuador.com>

ISBN 978-9942-844-74-3
Impreso y hecho en Ecuador

Dirección editorial: Lic. Pedro Naranjo, Msc.
Coordinación técnica: Lic. María J. Delgado
Diseño gráfico: Lic. Danissa Colmenares
Diagramación: Lic. Alba Gil
Fecha de publicación: marzo, 2022



Guayaquil-Ecuador

Este libro ha sido revisado por pares externos

Catalogación en la fuente

Impacto en la salud mental de los profesionales de enfermería en tiempos de la pandemia COVID-19. Caso de estudio: Hospital Víctor Ramos Guardia de Huaraz-Perú, 2020-2021/ Llermé Núñez Zarazú, Edwin Johny Asnate Salazar, Arturo Robinson Amado Oncoy, Silvia Elizabet Reyes Narváez, Nalda Soraya Núñez Zarazú, Verónica Shirley Alberto Veramendi. -- Ecuador: Editorial CIDE, 2022

109 p.: 21 x 29, 7 cm.

ISBN 978-9942-844-74-3

1. Salud Mental 2. COVID 19. 3. Enfermería

Semblanza de los Autores

Dra. Llermé Núñez Zarazú

Enfermera egresada de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, con Doctorado en Enfermería, Maestría en Salud Pública y Maestría en Educación. Docente principal de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Santiago Antúnez de Mayolo. Calificada por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología e Innovación Tecnológica del Perú (CONCYTEC) como Investigadora RENACYT. ORCID 0000-0002-8011-5072

Dr. Edwin Johny Asnate Salazar

Docente de la Universidad Nacional Santiago Antúnez de Mayolo en el Pre Grado y Post Grado, del 2004 a la fecha. Asesor estadístico de tesis de pre grado y post grado de estudiantes de la región en temas de ciencias de la salud, administración, economía e ingeniería. ORCID 0000-0002-4319-8964

Lcdo. Arturo Robinson Amado Oncoy

Licenciado en Enfermería desde el 2016 a la fecha. Estudiante de Medicina en la Universidad César Vallejo desde el 2017 a la fecha. ORCID 0000-0002-8982-6700

Dra. Silvia Elizabet Reyes Narváez

Docente Principal de la Universidad Nacional Santiago Antúnez de Mayolo y realizó investigación en la línea de Salud Pública orientada a los grupos vulnerables. ORCID 0000-0002-9624-1997

Q.F. Nalda Soraya Núñez Zarazú

Química Farmacéutica egresada de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Especialista en Asuntos Regulatorios de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos, Productos Sanitarios y Aseguramiento de la Calidad. ORCID 0000-0002-6389-4609

Mg. Verónica Shirley Alberto Veramendi

Enfermera asistencial del Hospital Víctor Ramos Guardia de Huaraz: Servicio de Emergencia. Docente de la Universidad Nacional Santiago Antúnez de Mayolo de la Escuela Profesional de Enfermería de la Facultad de Ciencias Médicas. Enfermera especialista en Emergencias y Desastres. ORCID 0000-0002-1578-9417

Dedicatoria

Al personal de enfermería de primera línea en la pandemia COVID-19

Agradecimiento

A los enfermeros peruanos y del mundo en la pandemia COVID-19

Contenido

Semblanza de los Autores.....	6
Dedicatoria.....	7
Agradecimiento.....	8
Siglas y Acrónimos.....	11
Prólogo	12
Introducción.....	15

Capítulo 1

COVID 19 y su repercusión en el mundo

El COVID-19.....	21
Repercusiones en el sector salud.....	25

Capítulo 2

COVID-19 y sus efectos en Perú

Perú en época de COVID-19	32
COVID-19 y la Región Áncash.....	36

Capítulo 3

Situación COVID-19 y su impacto en la salud mental de los profesionales de enfermería del Hospital de Huaraz, Áncash-Perú, 2020

Definiciones y bases teóricas del estudio.....	41
La salud mental del enfermero.....	45
Material y métodos.....	46
Resultados del estudio.....	49
Análisis del estudio.....	56

Capítulo 4

Factores de riesgo de estrés, ansiedad, depresión e insomnio en el profesional de enfermería del Hospital Víctor Ramos Guardia en el contexto de la pandemia del COVID-19, Áncash -Perú, 2021

Bases teóricas del estudio.....	63
Factores de riesgo.....	67
Modelos teóricos	68
Material y métodos.....	71
Resultados.....	72
Análisis del estudio.....	77

Capítulo 5

Conclusiones y reflexiones

Conclusiones.....	83
Reflexiones finales.....	84
Referencias	87
Glosario de términos.....	97

Siglas y Acrónimos

COVID-19	Coronavirus Infectious Disease 2019.
CIE-10	Clasificación Internacional de las Enfermedades 10 edición.
DASS-21	Depression Anxiety and Stress Scale–21.
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.
EAI	Escala de Atenas de Insomnio.
ESsALUD	Seguro Social de Salud de Perú.
EPI	Equipos de Protección Individual.
EPP	Equipo de Protección Personal.
ESPII	Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional.
FFAA	Sanidades de las Fuerzas Armadas.
MERS-CoV	Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus.
MINSA	Ministerio de Salud.
OMS	Organización Mundial de la Salud.
OPS	Organización Panamericana de la Salud.
PHQ-9	Patient Health Questionnaire.
PNUD	El Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.
RSI	Reglamento Sanitario Internacional.
RT-PCR	Reverse Transcription - Polymerase Chain Reaction.
SAHS	Síndrome de Apneas-Hipopneas del Sueño.
TEPT	Trastorno de Estrés Postraumático.
UCI	Unidad de Cuidados Intensivos.

Prólogo

No hay duda que en la situación actual en la que nos encontramos, la profesión de enfermería está presente en toda la comunidad. Su contribución a la sociedad es vital para combatir el coronavirus. Han sido protagonistas en las noticias y en las redes sociales, destacando su papel esencial en la actual crisis sanitaria actual: de una manera digna y continúa mostrando una valentía sin precedentes.

La Organización Mundial de la Salud designó el 2020 como el "Año de la enfermera y la partera" en conmemoración del 200 aniversario del nacimiento de Florence Nightingale (1820–1910). En todo el mundo, muchas organizaciones, asociaciones profesionales, sistemas de atención de salud y otras entidades, estaban preparadas para celebrar las numerosas contribuciones de los enfermeros en el avance de la salud y el bienestar de las personas en cada nación, sin tan siquiera imaginar que este también fuera el año de una crisis de salud internacional. Hoy el mundo entero está lidiando con el impacto de la pandemia de coronavirus (COVID-19) y han estado allí en primera línea desde el primer día, sin doblegar ni un momento para brindar una atención de calidad a todos sus pacientes.

A lo largo de la historia, la profesión de enfermería ha desarrollado un papel importante en los tiempos de crisis, brindando atención, cuidados e innovación que han salvado vidas. En esta época de COVID-19 no sería la excepción, debido a que el aporte del personal de enfermería para mejorar la salud de la población en tiempos de dificultad se remonta a los días de Nightingale, fundadora de la enfermería moderna. En 1918, durante la desastrosa pandemia de influenza, las enfermeras se mantuvieron firmes al modelar sus enseñanzas, una auténtica defensora del lavado de manos como medida de prevención de infecciones.

En décadas posteriores, los enfermeros se han hecho presentes y una vez más fueron protagonistas de la salud en primera línea durante algunos de los brotes de enfermedades infecciosas más recientes a nivel mundial, incluida la

gripe porcina H1N1, el ébola, el Síndrome Respiratorio Agudo Severo y el Síndrome Respiratorio del Medio Oriente (MERS). Actualmente, continúan haciendo su labor a nivel mundial para combatir la propagación de COVID-19, desde brindar atención y cuidados directos a pacientes hospitalizados/UCI hasta participar activamente en otras intervenciones a gran escala. Trabajan los enfermeros las 24 horas para proteger y mantener la salud y el bienestar de los pacientes y de la sociedad en general; reflejando su liderazgo de respuesta ante el convaleciente, demostrando profesionalidad y entrega absoluta a través de su conocimiento, experiencia y competencia.

Pero toda esta labor realizada por los profesionales en enfermería, están sometidos a mucha presión por el entorno en el que desarrollan sus funciones, el manejo de situaciones de emergencia y ejecución eficiente, por la enorme responsabilidad, las condiciones laborales y conflictos y cambios constantes en el trabajo (Delgado et al., 2020). Esta carga laboral tiende a causar desgaste, provocando un bajo rendimiento, cansancio y compromete el desempeño laboral de estos expertos; y lo que es aún más grave, la aparición de enfermedades mentales como ansiedad, estrés, distrés, angustia, trastornos de insomnio, depresión, fatiga por compasión, Síndrome de Apneas-Hipopneas del Sueño, Síndrome de Burnout, entre otros, que pueden llegar a afectar permanentemente al profesional que lo padece.

En el caso de Perú, lejos de escapar de la realidad planteada con anterioridad, se considera que fue uno de los países latinoamericanos más golpeados por la Pandemia COVID-19, en donde los hospitales de todos los rincones de la nación estaban abarrotados de personas infectadas por este virus y la capacidad instalada del cuerpo médico y de salud no era suficiente para hacerle frente a esta realidad.

De igual modo, en la Región Áncash hasta junio del 2020 existieron más de 50.000 casos positivos y miles de defunciones según la Dirección Regional de Salud Áncash con sus hospitales: Eleazar Guzmán Barrón de Nuevo Chimbote y Víctor Ramos Guardia de Huaraz, quienes fueron las instituciones de salud designadas por el MINSA para la atención de casos en la región. Por esta

situación, se consideró oportuno realizar en el año 2020 un estudio diagnóstico de la salud mental del cuerpo de enfermería que presta sus servicios en el Hospital Ramos Guardia de Huaraz; y seguidamente para el año 2021 profundizar en los hallazgos más relevantes de trastornos mentales de estos profesionales y su prevalencia en el tiempo.

En mi opinión ambos trabajos de investigación son muy interesantes, con una pericia aplaudible en aras del cumplimiento de los objetivos trazados y que reflejan de una manera científica toda la realidad que viven día a día en el Hospital Ramos Guardia de Huaraz los profesionales de enfermería y la vulnerabilidad psicológica que deben afrontar en pro a perpetuar la salud de los residentes de Áncash.

Para finalizar quisiera exhortar al lector a que se deleite con esta obra, plasmando una frase célebre de enfermería conmovedora y muy acertada:

“No cualquiera puede ser Enfermero, se requiere de fuerza, inteligencia y compasión, cuidar de los enfermos del mundo con pasión y hacer el bien sin importar lo exhausta que estés al final del día.” Donna Wilk Cardillo.

Investigadora Johandry López
Caracas, Venezuela

Introducción

La Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2020) afirma que la pandemia de COVID-19 ha llevado al mundo y a la Región de las Américas a una situación sin precedentes en los 75 años de historia de las Naciones Unidas. El virus está ejerciendo una enorme presión sobre los sistemas socioeconómicos y de salud, mientras las personas luchan por obtener la atención adecuada para preservar de vida. La pandemia de COVID-19 es una amenaza de gran proporción tanto para la salud física como para la salud mental y el bienestar de sociedades enteras.

En otro reporte, la OPS (2020) informa que la transmisión de COVID-19 a los profesionales de salud, está asociada con el manejo y atención de los pacientes infectados con el virus, que puede ocurrir y puede ser amplificada por el incumplimiento de las precauciones estándar y basadas en mecanismos de transmisión, especialmente en entornos sanitarios. En descripción de 138 pacientes infectados por COVID-19 tratados en Wuhan-China, 40 pacientes (29%) fueron identificados como profesionales de la salud, lo que sugiere la vulnerabilidad de estos trabajadores. La Comisión Nacional de Salud de China mostró que más de 3.300 trabajadores de la salud han sido infectados en las fases iniciales de la epidemia.

Pero la pandemia del COVID-19 también produce impacto en la salud mental del personal de salud, el cual no sólo pueden afectar la calidad de atención que brinda el personal de salud, su capacidad de comprensión clínica o sus habilidades en la toma de decisiones, lo que podría dificultar la lucha contra la infección del COVID-19 sino que además pueden tener un impacto significativo en su bienestar y en su calidad de vida. Por tanto, es muy importante proteger la salud mental del personal de salud para el adecuado control de la epidemia y para cuidar su propia salud. Durante las etapas iniciales de las emergencias sanitarias, el personal puede presentar síntomas depresivos, ansiosos y/o similares al Trastorno de Estrés Posttraumático (TEPT), los cuales no sólo repercuten en la atención sino también en su propia salud (Sim y Chua, 2004).

Las reacciones emocionales de los profesionales sanitarios más expuestos pueden obstaculizar su trabajo con las personas infectadas; por ejemplo, el manejo de la ansiedad, el miedo al contagio, los episodios de estrés agudo o el fomento del autocuidado. Entonces el objetivo principal es disponer del mayor número de profesionales y en las mejores condiciones posibles para hacer frente a la pandemia (Chen et al., 2020).

El profesional de enfermería tiene como principal característica la gestión del cuidado, es decir conservar la vida asegurando la satisfacción de las necesidades; y es reconocida como el único cuidador permanente en el proceso asistencial (Muñoz et al., 2015).

La frecuencia de problemas de salud mental en profesionales sanitarios al frente de emergencias causadas por epidemias virales es especialmente elevada (Ricci et al., 2020); en diversos países se observa ansiedad (45%), seguida de depresión (38%), estrés agudo (31%), burnout (29%) y estrés post-traumático (19%). Los análisis de subgrupos informan que los efectos sobre la salud mental se podrían mantener a largo plazo.

Asimismo, refieren que determinados factores aumentan el riesgo de sufrir problemas de salud mental: factores sociodemográficos (mayor riesgo en mujeres y profesionales más jóvenes), factores sociales (falta de apoyo social, experimentar rechazo social o estigmatización) y factores ocupacionales (tareas asistenciales en primera línea, ser profesional de enfermería, no haber recibido formación sobre este tipo de situaciones y tener menor experiencia laboral). A medida que la pandemia de la enfermedad por COVID-19 continúa, los sistemas mundiales de atención de salud se han visto abrumados (Singhal, 2020) lo que lleva a una gran presión psicológica sobre los enfermeros en la atención de pacientes críticos con COVID-19 (Shen et al., 2020).

En la lucha contra la epidemia del Coronavirus (COVID-19), el personal de salud puede experimentar problemas de salud mental tales como estrés, ansiedad, síntomas depresivos, insomnio, negación, ira y temor (Lozano-Vargas, 2020). Muchos factores están contribuyendo a la angustia psicológica de los trabajadores de la salud que brindan atención directa de primera línea a pacientes con COVID-19, como los siguientes: tensión emocional y agotamiento físico,

cuidado de compañeros de trabajo que pueden enfermarse gravemente, escasez de equipos de protección personal, preocupaciones acerca de infectar a miembros de la familia con coronavirus, escasez de ventiladores y otros equipos médicos cruciales, ansiedad por asumir roles clínicos nuevos o desconocidos y acceso limitado a servicios de salud mental para controlar la depresión, la ansiedad y la angustia psicológica (Lai et al., 2020).

En particular, entre el personal médico y de enfermería (994) que trabajaron en Wuhan, el 36,9% tenía alteraciones de salud mental por debajo del umbral, el 34,4% tenía alteraciones leves, el 22,4% tuvo alteraciones moderadas y el 6,2% tuvo alteraciones graves inmediatamente después de la epidemia viral. La carga señalada recayó particularmente sobre las mujeres jóvenes (Kang et al., 2020).

En mayo del 2020 en Wuhan-China en el Hospital Wuhan Pulmonary, se realizó un estudio sobre la alta presión psicológica en los enfermeros de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) que brindaban cuidados a pacientes críticos con COVID-19 encontrándose que los de primera línea, experimentaban una gran carga de trabajo, fatiga a largo plazo, amenaza de infección y frustración con la muerte de los pacientes a quienes cuidaban. También enfrentaban ansiedad o incluso malentendidos entre los pacientes y sus familiares.

En la etapa inicial, los enfermeros de otras regiones fuera de la ciudad de Wuhan, no se comunicaban entre sí y generalmente se sentían solos, además se preocupaban por sus familias y viceversa. Todos estos factores han resultado en una alta presión psicológica entre ellos; por otro lado, se reportó que, de 85 enfermeros, el 59% presentaba disminución del apetito o indigestión, el 55% refirió fatiga, el 45% manifestó dificultad para dormir, el 28% nerviosismo, el 26% llanto frecuente y el 2% pensamientos suicidas, los enfermeros jóvenes sin experiencia en el cuidado de pacientes críticos se enfrentan a una crisis psicológica mayor (Shen et al., 2020).

En Singapur e India encontraron que de 906 profesionales de salud que participaron en la encuesta, el 5,3% presentaron depresión moderada a muy severa, el 8,7% ansiedad moderada a extremadamente severa, el 2,2% moderada

a extremadamente estrés severo, y el 3,8% niveles moderados a severos de angustia psicológica (Muñoz et al., 2015).

En este mismo orden de ideas, en Italia, hallaron en un estudio a nivel nacional sobre salud mental entre los trabajadores de atención médica de primera línea y de segunda línea durante la pandemia por coronavirus, que, de un total de 681 encuestados, el 49,38% padecieron estrés postraumático; el 24,73% síntomas de depresión; el 19,80% síntomas de ansiedad; el 8,27% insomnio; y el 21,90% estrés percibido alto (Chew et al., 2020).

En Jordania, se reportó que el 21,5% de los profesionales de salud presentó ansiedad, lo que refleja que, durante los brotes de la pandemia, las personas se someten a condiciones extremadamente estresantes, lo que resulta un mayor riesgo de desarrollar ansiedad y depresión (Mason y Friese, 2020).

Estudios realizados en Wuhan-China en el Hospital Wuhan Pulmonary, las enfermeras de primera línea que laboran en la unidad de cuidados intensivos, experimentaban una gran carga de trabajo, fatiga a largo plazo, amenaza de infección y frustración con la muerte de los pacientes a quienes cuidan. También enfrentan ansiedad o incluso malentendidos entre los pacientes y sus familiares, además se reportó que, de 85 enfermeras, el 59% presentaba disminución del apetito o indigestión, el 55% refirió fatiga, el 45% manifestó dificultad para dormir, el 28% nerviosismo, el 26% llanto frecuente y el 2% pensamientos suicidas, las enfermeras jóvenes sin experiencia en el cuidado de pacientes críticos se enfrentan a una crisis psicológica mayor (Dalglish, 2020).

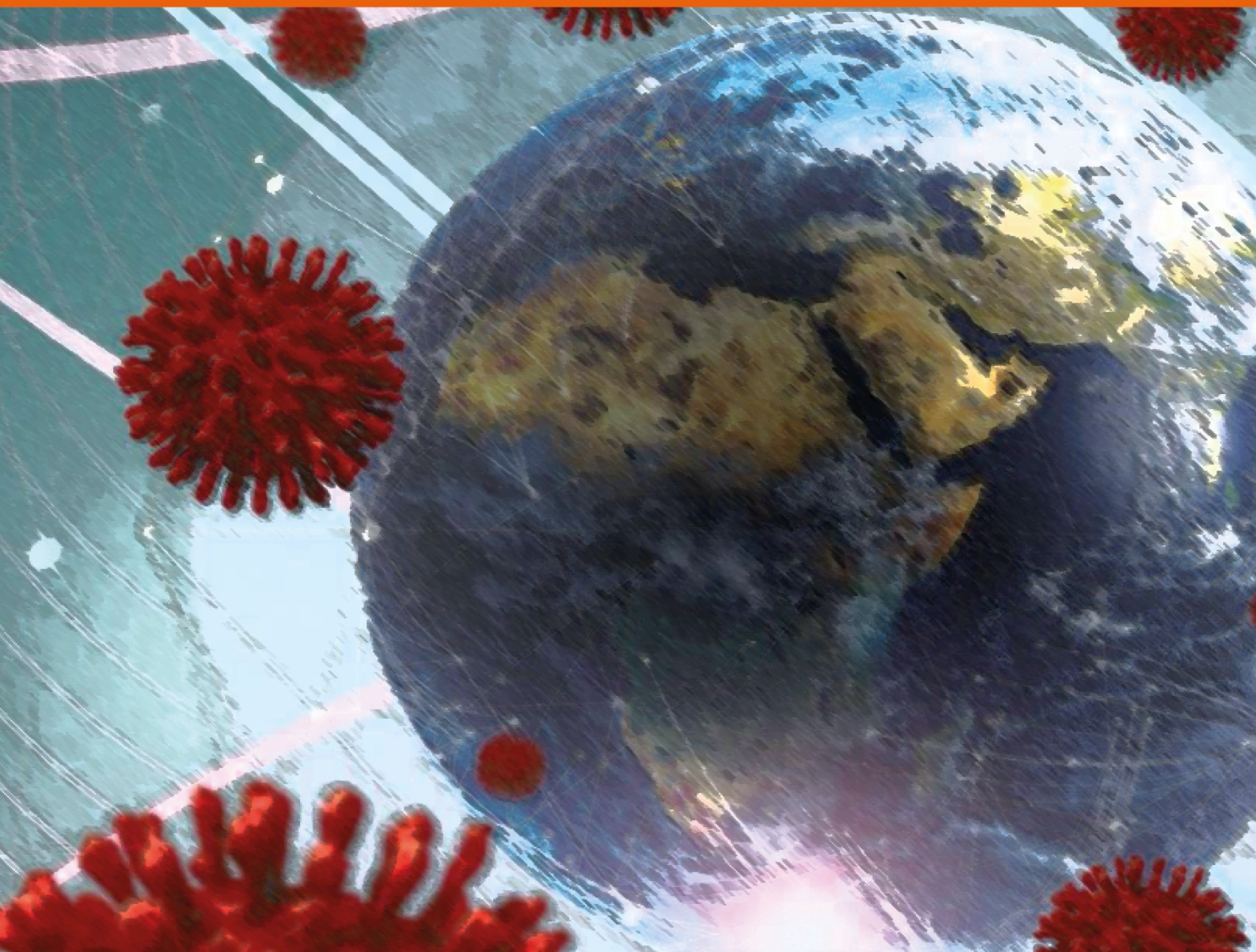
Por su parte, en España, se realizó un análisis sobre el impacto psicológico de la cuarentena en los trabajadores de la salud, donde se concluyó que los profesionales de la salud experimentan estrés agudo, síntomas depresivos, estrés postraumático y alcoholismo crónico (Naser et al., 2020).

Mientras que en Cuzco-Perú, se observó que el profesional de enfermería que estaba en contacto directo con pacientes diagnósticos por COVID-19, tuvieron una prevalencia de depresión del 30,8% y ansiedad en un 41,8% y estrés de 34,1%; además la relación con el afrontamiento de evitación podría generar problemas posteriores con la salud del personal (Gómez y Fumadó, 2021).

Es por ello que el presente libro tuvo como objetivo reflejar a través de investigaciones realizadas de forma continua durante los años 2020 y 2021 la realidad psicológica de los profesionales de enfermería que laboran en el Hospital Víctor Ramos Guardia de Huaraz, originadas por las situaciones crudamente afrontadas en tiempos de COVID-19.

CAPÍTULO 1

COVID-19 y su repercusión en el mundo



Capítulo 1

El COVID-19 y su repercusión en el mundo

El COVID-19

El 31 de diciembre de 2019, el municipio de Wuhan en la provincia de Hubei, China, informó sobre un grupo de casos de neumonía con etiología desconocida. El 30 de enero de 2020, con más de 9.700 casos confirmados en esta nación y 106 casos confirmados en otros 19 países, el director general de la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró que el brote era una Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII), aceptando los consejos del Comité de Emergencia del Reglamento Sanitario Internacional (RSI). El 11 de febrero, siguiendo las mejores prácticas de la Organización Mundial de la Salud para nombrar nuevas enfermedades infecciosas humanas, la OMS denominó a la enfermedad COVID-19, abreviatura de "enfermedad por Coronavirus 2019"-por sus siglas en inglés (OMS, 2020).

El documento técnico del Ministerio de Sanidad de España (2020) resume muy bien los conocimientos acumulados sobre el COVID-19 desde su inicio que se exponen en los siguientes párrafos.

Mencionan que los coronavirus son una familia de virus que causan infección en los seres humanos y en una variedad de animales, incluyendo aves y mamíferos como camellos, gatos y murciélagos. Se trata de una enfermedad zoonótica. Los coronavirus que afectan al ser humano (HCoV) pueden producir cuadros clínicos que van desde el resfriado común con patrón estacional en invierno hasta otros más graves como los producidos por los virus del Síndrome Respiratorio Agudo Grave (por sus siglas en inglés, SARS) y del Síndrome Respiratorio de Oriente Próximo (MERS-CoV).

El modo en el que pudo transmitirse el virus de la fuente animal a los primeros casos humanos es desconocido, probablemente por el contacto directo con los animales infectados o sus secreciones. Los hurones, los felinos (gatos, tigres y leones), los visones y los hámster son susceptibles a la infección y pueden desarrollar la enfermedad y también los perros en mucha menor medida.

La vía de transmisión entre humanos se considera similar a la descrita para otros coronavirus a través de las secreciones de personas infectadas, principalmente por contacto directo con gotas respiratorias de más de cinco micras (capaces de transmitirse a distancias de hasta dos metros) y las manos o los fómites contaminados con estas secreciones seguido del contacto con la mucosa de la boca, nariz u ojos. El SARS-CoV-2 se ha detectado en secreciones nasofaríngeas y saliva.

La permanencia de SARS-CoV-2 viable en superficies de cobre, cartón, acero inoxidable, y plástico es de 4, 24, 48 y 72 horas respectivamente, a 21-23 °C y con 40% de humedad relativa. Pero a 22 °C y 60% de humedad, se dejó de detectar el virus tras 3 horas sobre superficie de papel, y de uno a dos días sobre madera, ropa o vidrio y más de 4 días sobre acero inoxidable, plástico, billetes de dinero y mascarillas quirúrgicas.

El período de incubación mediano es de 5-6 días, con un rango de uno a 14 días. El 97,5% de los casos sintomáticos se desarrollan en los 11,5 días tras la exposición. 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 una semana y de 2-8 semanas hasta que se produce el fallecimiento. Hay un porcentaje de personas que describen síntomas prolongados y recurrentes, durante meses, aunque de momento no hay cohortes de casos que describan claramente la evolución de la enfermedad.

La gravedad de una enfermedad depende de diferentes factores: por una parte, factores intrínsecos de la persona (susceptibilidad) y del agente causal (virulencia) y por otra parte de otros factores extrínsecos que podrían modificar la historia natural de la enfermedad (demográficos, de acceso y calidad de la asistencia sanitaria, tratamientos, vacunas efectivas, etc.). La medición de la gravedad depende de los criterios que se establezcan para cada enfermedad y de los sistemas de vigilancia epidemiológica y su capacidad para detectar casos.

La definición de gravedad es variable en función, entre otras cosas, del conocimiento de la enfermedad y de la experiencia previa. Ante una enfermedad desconocida como COVID-19, los criterios de gravedad no estaban definidos al principio de la epidemia ni homogeneizados. Un criterio comúnmente utilizado es la necesidad de ingreso hospitalario y/o en la UCI. En enfermedades emergentes, los primeros casos detectados son generalmente, aquellos que contactan con el sistema sanitario debido a su curso grave y por tanto, el primer conocimiento de la enfermedad da una visión de mayor gravedad.

Así, en la serie hospitalaria de Wuhan con los primeros 99 pacientes ingresados, el 31% precisaron cuidados intensivos, mientras que posteriormente, con 1.099 casos ingresados, sólo fue del 5%, lo que ejemplifica el efecto descrito. A medida que se multiplican los casos, en un contexto de alta transmisión y se produce una saturación del sistema asistencial hospitalario, se puede favorecer otro tipo de asistencia: como el manejo extra-hospitalario, en domicilios o en áreas paramédicas, y por tanto estos casos pueden ser clasificados como no graves en función de los criterios adoptados. Al mismo tiempo, cuando el sistema se va recuperando, se añaden los diagnósticos de los casos más leves, lo que modifica de nuevo la percepción de la gravedad.

En el informe de la misión de la OMS (2020) en China se describen los síntomas y signos más frecuentes 55.924 casos confirmados por laboratorio, que incluyen: fiebre (87,9%), tos seca (67,7%), astenia (38,1%), expectoración (33,4%), disnea (18,6 %), dolor de garganta (13,9%), cefalea (13,6%), mialgia o artralgia (14,8%), escalofríos (11,4%), náuseas o vómitos (5 %), congestión nasal (4,8%), diarrea (3,7%), hemoptisis (0,9%) y congestión conjuntival (0,8%). También se han descrito otros síntomas relacionados con distintos órganos y sistemas:

Neurológicos: en un estudio con 214 pacientes ingresados en un hospital de Wuhan, el 36% tenían síntomas neurológicos: mareo (17%), alteración del nivel de conciencia (7%), accidente cerebrovascular (2,8%), ataxia (0,5%), epilepsia (0,5%) y neuralgia (2,3%). También se han descritos casos de síndrome de Guillain-Barré.

Cardiológicos: la enfermedad puede presentarse con síntomas relacionados en el fallo cardíaco o el daño miocárdico agudo, incluso en ausencia de fiebre y síntomas respiratorios.

Oftalmológicos: en una serie de 534 pacientes confirmados en Wuhan, se detectaron en 20,9% ojo seco; 12,7% visión borrosa; 11,8% sensación de cuerpo extraño y, 4,7% congestión conjuntival (el 0,5% la presentaron como primer síntoma).

Otorrinolaringológicos: los síntomas más frecuentes son dolor facial, obstrucción nasal, disfunción olfatoria y del gusto. La frecuencia con la que presentan la hiposmia, anosmia y la hipogeusia-disgeusia están descritas entre el 5% y el 65% de los casos según las series, siendo en muchos casos el primer síntoma. La pérdida de gusto y olfato fueron los síntomas que mejor predijeron la enfermedad, entre los referidos por los casos con sospecha de COVID-19 que utilizaron una aplicación de móvil de uso masivo en Reino Unido y EEUU.

Dermatológicos: se han observado manifestaciones muy variadas, desde erupciones tipo rash (principalmente en el tronco), erupciones urticarianas vesiculosas similares a varicela púrpura, en los dedos de manos y pies, lesiones acro-cianóticas parcheadas de pequeño tamaño, a veces confluentes y en ocasiones con ampollas. Estas lesiones son similares a la perniosis (sabañones) y aparecen con más frecuencia en niños y adolescentes sin otros síntomas.

Hematológico: se describen mayor incidencia de fenómenos trombóticos asociados a los casos de COVID-19 que se manifiestan como infarto cerebral, isquemia cardíaca, muerte súbita, embolismos, trombosis venosa profunda. También se observa una mayor incidencia de sangrados.

Ahora bien, los cursos clínicos de la enfermedad se ven afectado por la capacidad diagnóstica y de vigilancia en distintos momentos de la epidemia. En la experiencia del brote de China, 80% de los casos confirmados tuvieron sintomatología leve a moderada (incluyendo casos de neumonía leve), 13,8% tuvieron un curso clínico grave (disnea, taquipnea ≥ 30 /min, saturación $O_2 \leq 93\%$,

PaO₂/FiO₂ ≤300 y/o infiltrados pulmonares de ≥50% de los campos radiológicos en 24-48%) y 6,1% presentaron un curso crítico (insuficiencia respiratoria, shock séptico y/o fallo multiorgánico).

En este momento se desconoce si COVID-19 dejará secuelas en los supervivientes. Por analogía con SARS, en un seguimiento de personas recuperadas de la enfermedad, 4,6% (± 6,4%) mostraban signos de fibrosis pulmonar. La fibrosis pulmonar puede desarrollarse tras un proceso inflamatorio pulmonar y es común tras SDRA, y también se relaciona con procesos fibroproliferativos relacionados con la edad o con enfermedades autoinmunes. Debido a estos factores, el desarrollo de fibrosis pulmonar como secuela en los casos recuperados de COVID-19, podría tener un impacto importante.

A nivel del mundo, al 15 de agosto del 2020, existían 21.160.276 de infectados y 764.646 fallecidos; mientras que en América se registraban la mitad de casos con 11.300.000 contagiados, 410.500 muertos y una letalidad de 3,64%. En la región de las Américas en Estados Unidos hay 5.075.678 casos y 162.282 muertes, luego sigue Brasil con 101.752 fallecidos y 3.057.470 infectados Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2020).

Repercusiones en el sector salud

Ante millones de personas en todo el planeta e incluso de muchos gobernantes, el COVID-19 tomó al mundo por sorpresa, es decir, la aparición de esta nueva enfermedad respiratoria, altamente transmisible y virulenta para la cual no existen contramedidas adecuadas, convirtiéndose de esta manera en una pandemia global sin precedentes.

Este virus ha tenido un alcance tan importante en el globo terráqueo que ha provocado pánico, desestabilización total de la seguridad nacional y la economía mundial, debido a que el planeta no estaba preparado para una pandemia tan agresiva, con una propagación tan rápida que acabara vertiginosamente con la vida de millones de seres humanos y con pocos sobrevivientes, los cuales presentan graves afecciones que las mantendrán a lo largo de su existencia.

Asimismo,

los gobiernos, los científicos, los medios de comunicación, la salud pública, los sistemas sanitarios y los profesionales de la salud de muchos países se enfrentan a una quiebra de la confianza pública que amenaza su capacidad para actuar de forma eficaz (OMS, 2020 p. 15).

Dicho de otra manera, el COVID-19 le refleja al mundo la escasa capacidad de respuesta frente a un fenómeno planetario, con impactos negativos globales y de alta intensidad.

Por la naturaleza del virus, su primera repercusión fue directamente en los sistemas de salud de todos los países que han sido afectados antes o después del 30 de enero del 2020, en mayor o menor medida. La mayoría de las naciones revelaron su alta fragilidad y se vio desbordada ante las oleadas de personas infectadas, pues no tenían los equipos sanitarios suficientes para atenderlas, ni los medicamentos y equipos necesarios para curarlas y tampoco en un principio se contaba con vacunas para impedir el contagio.

Pero el impacto del COVID-19, además de su efecto directo, ha alcanzado a otras enfermedades a causa de las perturbaciones en los servicios de salud. El director general de la OMS, ha advertido que el virus está provocando un colapso que deriva en la muerte de pacientes de otras enfermedades que en circunstancias normales podrían haberse prevenido. El rápido aumento de la demanda de instalaciones y profesionales sanitarios amenaza con dejar algunos sistemas de salud sobrecargados e incapaces de funcionar eficazmente (Adhanom, 2020).

Según una encuesta de la misma OMS (2020) a la que respondieron 103 países y que se realizó entre mediados de mayo y principios de julio del 2020, en el 67% de los países había interrupciones en los servicios de planificación familiar y de anticoncepción, más de la mitad de los países había experimentado perturbaciones en los servicios de atención prenatal y más de un tercio había registrado desajustes en los servicios de parto.

Por eso, ante esta crisis, el director de la OMS, Tedros Adhanom, ha solicitado a los servicios de salud esenciales a continuar con su trabajo: “Los bebés todavía están naciendo, las vacunas deben ser administradas, y la gente todavía necesita tratamiento para salvar vidas en una serie de otras enfermedades” (Gail, 2020). Todo este cuadro revela porqué y cómo la emergencia sanitaria global causada por la actual pandemia de COVID-19 está suponiendo para los profesionales de la salud uno de los mayores desafíos a los que se hayan podido enfrentar; no sólo por su exposición directa y cotidiana al virus y el riesgo de contagiarse, sino también por el estrés laboral, la falta de medios adecuados tanto materiales como humanos para la lucha contra el virus, sumado a la situación de cuarentena, podrían causar estragos importantes de salud mental y física (Ricci et al., 2020; Ruiz et al., 2017).

Con el objetivo de conocer mejor el alcance y repercusión de esta problemática mundial, se realizó una revisión bibliográfica exhaustiva cuyos hallazgos se presentan a continuación.

En el artículo titulado “Impacto psicológico del COVID-19 en una muestra de profesionales sanitarios españoles”, mencionan que después de que se decretó el estado de alarma en España en marzo del 2020 por el brote del virus COVID-19, el personal sanitario ha estado viviendo altos niveles de estrés por la sobrecarga de trabajo; determinándose que los factores de desestabilización fueron: síntomas de estrés, ansiedad, depresión e insomnio, observándose mayores niveles entre las mujeres y profesionales de salud de mayor edad. Entre las variables se encontró el que estuvieron en contacto con el virus, o miedo en el trabajo lo cual desencadenó una mayor sintomatología.

El estudio se realizó a través de correo -encuesta online- a 421 profesionales de salud, concluyendo que en una situación crítica el colectivo de profesionales sanitarios situados en primera línea, está expuesto a determinados riesgos y estresores, lo que contribuye a que desarrollen una sintomatología psicológica diversa. Por lo tanto, se recomienda ofrecerles ayuda psicológica para reducir el impacto emocional del COVID-19 y asegurar no sólo su estado de salud mental sino un adecuado cuidado que dispensan (Dosil et al., 2020).

Lai et al. (2020) en el artículo titulado “Factores asociados con los resultados de salud mental entre los trabajadores de la salud expuesto a la enfermedad por coronavirus 2019” sostiene que los trabajadores de salud (médicos y enfermeros) que trataron a pacientes (hospitales equipados con clínicas de fiebre o sala para pacientes con COVID-19) expuestos al coronavirus 2019 en China durante seis días, se estresaron psicológicamente.

En la encuesta realizada a 1.830 trabajadores de salud, en 34 hospitales pertenecientes a la provincia de Wuhan, una provincia de Hubei y una provincia fuera de Wuhan, 1.257 completaron dicha encuesta; observándose que el 60,8% eran enfermeras y 39,2% médicos, el 64,7% tenían entre 26 y 40 años y el 76,7% de todos los participantes eran mujeres. Del 60,5 % que trabajaron en hospitales en Wuhan (China), el 41,5% eran trabajadores de atención médica de primera línea; estos trabajadores informaron presentar síntomas de depresión (50,4%), ansiedad (44,6%), insomnio (34,0%) y angustia (71,5%).

Las enfermeras mujeres trabajadoras de atención médica de primera línea, reportaron grados más severos de todas las mediciones de salud mental (depresión, ansiedad y angustia). Otro hallazgo importante fue la comparación de los trabajadores de Wuhan con la provincia de Hubei (fuera de Wuhan) y aquellos fuera de la provincia de Hubei. Los trabajadores de la salud en Wuhan informaron síntomas más graves de depresión, ansiedad, insomnio y angustia que los trabajadores fuera de la provincia de Hubei, quienes mostraron tener menos riesgo de sufrir angustia. Por lo tanto, el proteger a los trabajadores de la salud es un componente importante de las medidas de salud pública para abordar la epidemia de COVID-19 por lo que se recomienda intervenciones para promover el bienestar mental en los trabajadores de la salud expuestos a COVID-19 de forma inmediata, particularmente en las mujeres, enfermeras y trabajadores de primera línea.

Samaniego (2020) en la publicación titulada “Sintomatología asociada a trastornos de salud mental en trabajadores sanitarios en Paraguay: efecto COVID-19”, aseveran que la enfermedad por COVID-19 ha repercutido en la salud mental de las personas que brindan atención a los infectados, aparte del colapso

del sistema sanitario y la muerte de miles de personas. Mediante una encuesta online a 126 profesionales sanitarios del Paraguay, de los cuales el 83% son mujeres con una edad promedio en la muestra de 32 años, se encontró que los porcentajes de participantes que reportaron síntomas clasificables como moderados y severos fueron: depresión (32,2%), ansiedad (41,3%), insomnio (27,8%), distrés (38,9%) y fatiga por compasión (64,3%).

Así mismo las mujeres y los de menor edad presentaron un riesgo mayor de presentar síntomas. De acuerdo a los datos obtenidos, estos aportan clara evidencia a la necesidad de establecer estrategias de prevención o intervención para abordar los problemas de salud mental en los profesionales de salud que se dediquen a tratar la sintomatología de pandemias o casos emergentes de salud sanitaria.

Cai et al. (2020) presenta el artículo “Impacto psicológico y estrategias de afrontamiento del personal médico de primera línea en Hunan entre Enero y marzo de 2020 durante el brote de la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) en Hubei, China”, donde se señalan los resultados del cuestionario empleado a 534 personal médico de primera línea: médicos, enfermeras y otro personal del hospital en Hunan, adyacente a la provincia de Hubei (donde surgió el brote del COVID-19) en las cuales el personal médico mostraba síntomas de mayor estrés que el personal médico de Hunan, debido a la preocupación por su seguridad así como el de sus familiares.

Este impacto psicológico fue sobrellevado gracias al reconocimiento continuo de la parte administrativa del hospital y gobierno chino a su personal médico. También les proporcionó disminución de la ansiedad, el suministro constante de pautas para el control de infecciones, contar con equipos especializados e instalaciones para el manejo de la infección por COVID-19 por lo que se concluyen que estos factores pueden alentar al personal médico a trabajar durante el futuro de pandemias.

En la investigación titulada “Impacto psicológico en trabajadoras sanitarias involucradas en el brote de COVID-19 en Wuhan: estudio en cruz

seccional”, se señala que, el brote del virus planteó una amenaza sin precedentes así como un gran desafío a los trabajadores de salud en Wuhan (China), especialmente en las mujeres (71,8% de trabajadores de salud) las cuales tuvieron que enfrentar el dilema de equilibrar el trabajo con el cuidado de su familia y, entre el cuidado familiar y la evitación de contacto con miembros de la familia. Para este estudio se utilizó una encuesta a 5.137 mujeres, siendo efectiva a 4.369 personas: médicos, enfermeras y técnicos en todos los departamentos clínicos del Hospital de Tongji (Wuhan) durante ocho días, encontrándose que las mujeres presentaban depresión, ansiedad y síntomas de estrés agudo (Li et al., 2020).

Además, la percepción de amenaza a contraer el COVID-19 era mayor en los médicos (46,4%), enfermeras (40,5%) que técnicos médicos (26,8%). Las personas que tenían hábitos de ejercicios (15,4%) presentaban menor riesgo de ansiedad, depresión y estrés a diferencia de las que no realizan ninguna rutina de ejercicios; las mujeres que trabajaban en las salas de aislamiento de pacientes con COVID-19 presentaron mayor estrés que las que trabajaban en otras áreas. Según este análisis, los administradores del hospital deberían trabajar con psicólogos para dar soporte emocional al personal de mujeres trabajadoras de salud a fin de abordar mucho mejor los problemas psicológicos y contribuir a una buena intervención, proporcionando óptimos resultados a largo plazo (Li et al., 2020).

Zhang (2020) en su publicación “Salud mental y problemas psicosocial de los trabajadores de la salud médica durante la epidemia de COVID-19 en China”, concluyeron que el personal médico tuvo mayor porcentaje de problemas de salud mental que el personal no médico. El estudio se realizó en 2.182 chinos, después de ocho semanas del brote epidémico del COVID-19 en Wuhan, a través de una encuesta en línea durante 17 días, periodo de mayor vulnerabilidad después de la angustia de enfrentar esta Pandemia. Los trabajadores de salud médica presentaron durante la epidemia de COVID-19 altas tasas de prevalencia de insomnio severo, ansiedad, depresión, somatización y síntomas de trastorno obsesivo-compulsivo.

Una de las razones de la angustia psicológica fue que los trabajadores sentían no estar seguros en su trabajo, al inicio por la insuficiente comprensión

del virus, luego por la falta de conocimiento de prevención y control a largo plazo, estar expuestos a pacientes con COVID-19, escasez de equipos de protección médica y exposición continua a eventos críticos de la vida como la muerte. Los trabajadores de la salud no médicos que tenían enfermedades orgánicas tuvieron un factor de riesgo de insomnio, depresión y síntomas obsesivo-compulsivo. Se emitieron una serie de recomendaciones (condiciones de trabajo cuantitativo, adecuado equipo de protección médica, descanso adecuado) para promover programas de atención y recuperación para los trabajadores de salud médica como el potenciamiento de la resiliencia y el bienestar psicológico debido a sus problemas psicosociales y factores de riesgo para desarrollarlos.

Zhuo (2020) en su publicación “Estrés y sueño: una encuesta basada en rastreadores de sueño punibles entre médicos y personal de enfermería en Wuhan durante la Pandemia de COVID-19”, afirman que la pandemia de COVID-19 afectó en forma significativa la salud de sueño del personal médico y de enfermería (treinta personas, 26 completaron la encuesta) que trabajaron en Hospital del Niño de Wuhan, Hospital Central de Wuhan y otros hospitales designados por COVID-19-2019 entre enero y marzo 2020 produciéndoles claros signos de insomnio, apnea del sueño comórbida, atribuible al estrés. Se tuvo particular cuidado de que este personal incluido en el estudio sea evaluado clínicamente por psiquiatras de Shanghai para Wuhan antes de trabajar en estos hospitales. Los resultados obtenidos del estudio revelaron que la incidencia de comorbilidad moderada a severa del SAHS (Síndrome de Apneas-Hipopneas del Sueño) en pacientes con insomnio fue de 38,5%, el cual fue medido a través de los oxímetros de pulso que monitoreaban la respiración de los participantes al dormir.

Continuando con Huang (2020) concluye en su trabajo de investigación “Una encuesta de salud mental del personal médico en hospitales de neumonía por coronavirus de nuevo tipo” que, en la epidemia de la nueva neumonía por coronavirus, el personal médico clínico de primera línea tiene mayor incidencia de trastornos de ansiedad y estrés. Se realizó una autoevaluación a 246 personal médico clínico durante ocho días, siendo efectiva la encuesta en 230 personas de los cuales el 18,7% eran hombres, 81,3% mujeres, edad 20 a 59 años, 30,4%

médicos, 69,6% enfermeras, 77,0% casados, 23,0% solteros, 64,3% graduados universitarios y menores, 35,7% universitarios y superiores, 58,7% con títulos primarios, 30,4% con títulos intermedios, 10,9% con títulos senior.

En el resultado del estudio, la incidencia de ansiedad del personal médico fue de 23,04%; la incidencia de ansiedad severa, moderada y leve fueron 21,7%, 4,78% y 16,09% respectivamente. La incidencia de ansiedad femenina es mayor que la de los hombres (25,67% vs. 11,63%). La incidencia de ansiedad entre el personal de enfermería es mayor que la de los médicos (26,88% vs. 14,29%). La incidencia del trastorno de estrés entre el personal médico fue del 27,39%. Al final determinaron que las instituciones médicas deben fortalecer la capacitación en habilidades psicológicas del personal médico, prestando mayor énfasis al personal de enfermería femenino.

Por todo lo antes expuesto es imperante que los gobiernos y autoridades sanitarias procuren unas medidas contundentes y perdurables en el tiempo, que den cabida a acciones urgentes que estén dirigidas a proteger la salud mental de los profesionales sanitarios al frente de la lucha contra COVID-19, pero para poder lograrse ese fin último es necesario no solamente disponer de un sistema de salud robusto y resiliente, que permita hacer frente a este desafío o a retos futuros; sino que también es algo que sin duda se les debe a los profesionales sanitarios por los inmensos sacrificios que están haciendo para brindar la atención necesaria a todos los pacientes que conforman una nación.

CAPÍTULO 2

COVID-19 y sus efectos en Perú



Capítulo 2

COVID 19 y sus efectos en Perú

Perú en época de COVID-19

En Perú, el 05 de marzo se confirmó el primer caso importado por COVID-19, en una persona con historial de viajes a España, Francia y República Checa. Desde esa fecha hasta el 1º de julio de 2020 se han informado 288.477 casos positivos de COVID-19 y 9.860 defunciones (Accinelli, 2020).

Así mismo, el coronavirus en Perú, ha generado un daño considerable y aún no se saben las dimensiones que pueda alcanzar. A nivel económico se estima que el nivel de pobreza en este país para el presente año, aumentará a 29,5 %, niveles similares al año 2011, es decir 10 años de retroceso estimado. La población económicamente activa (PEA) comparada con el año 2019 disminuyó en 23,6 %, que equivale a 1.241.300 personas que han perdido su trabajo formal (Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza, 2020).

Además, como en otros países, también ha mostrado serias deficiencias en el sector salud, dejando profundas y duras enseñanzas que son dignas de ser analizadas, aprendidas y enfrentadas para cimentar un futuro más prometedor y eficiente que resguarde adecuadamente la salud de la población peruana de manera integral.

Es por ello que, bajo el liderazgo del Ministerio de Salud, se ha logrado incrementar la capacidad de respuesta del sistema de salud mediante la integración de EsSALUD, Sanidad de las FFAA y el sistema privado, lo cual ha permitido triplicar el número de camas en la unidad de cuidados intensivos (UCI), y contar con más equipos y personal médico capacitado para la atención.

En la lucha contra la pandemia, el sector salud ha implementado cuatro estrategias importantes:

- a) Promoción y prevención social a través del distanciamiento social, aislamiento de los casos positivos, uso de mascarillas y lavado de manos.
- b) Atención especializada a través del seguimiento epidemiológico y la ampliación de la oferta hospitalaria y de cuidados intensivos.
- c) Fortalecimiento de la atención de salud en el primer nivel mediante la implementación de telemedicina, tele orientación y la conformación de equipos de respuesta rápida.
- d) Estrategia de inmunización masiva. A la fecha, el 39,15 % de la población ya se encuentra completamente vacunada y se espera alcanzar la inmunidad de rebaño sin que ello signifique disminuir las estrategias sociales de prevención (Sala Situacional COVID-19 Perú, 2021).

No obstante, existen puntos críticos que requieren ser atendidos a fines de diseñar estrategias más efectivas en aras de controlar la pandemia como, por ejemplo: el abordaje en la salud estuvo concentrada en las zonas urbanas, en los hospitales y en su capacidad instalada en función de las camas mas no se tuvo una estrategia desde el inicio para zonas rurales y se detuvieron las prestaciones en el primer nivel de atención al comienzo de la pandemia.

Otro factor que debe ser aleccionador es la saturación de los servicios de salud con disminución del personal de salud en cantidad y calidad; con una débil inclusión de la participación social y comunitaria. Aunado al aumento de los problemas de salud mental en la población con efectos negativos en especial del personal de salud, la ausencia de una estrategia comunicacional bien planificada para el cambio de comportamiento de la población.

De igual forma, se presenta un retroceso en los avances de los principales indicadores de salud como inmunizaciones, salud materna, salud neonatal, salud sexual y reproductiva, anemia, etc. Y, por último, la postergación de otras intervenciones de salud claves como la prevención y tratamiento del dengue, VIH, TBC, neoplasias y enfermedades crónicas, así como el insuficiente presupuesto destinado a salud (Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza, 2020).

Por otra parte, se puede decir que, como parte de la estrategia de salud, se viene coordinando con los gobiernos regionales y locales una respuesta descentralizada al COVID-19. En Lima se habilitaron dos torres de la Villa Panamericana para albergar a personas contagiadas (con capacidad para 900 personas) que no requieran atención de urgencia, así como el Hospital de Ate, implementado con 50 camas UCI para recibir a pacientes en casos más delicados. De igual forma, se ha replicado esta medida implementando un “Hospital COVID-19” por cada región y laboratorios para el procesamiento de las pruebas en 12 regiones del país.

A partir de la declaración de cuarentena, el país ha tomado diversas medidas para disminuir el impacto de los principales afectados por esta crisis, como aquellos quienes viven en condiciones de pobreza y extrema pobreza, trabajadores informales, personas que no tienen vivienda, adultos mayores y mujeres en condición de vulnerabilidad (OPS, 2020).

COVID-19 y la Región Áncash

En la Región Áncash a la fecha existen 44.061 casos positivos y 1.909 defunciones según la Dirección Regional de Salud Áncash. Y los hospitales Eleazar Guzmán Barrón de Nuevo Chimbote y Víctor Ramos Guardia de Huaraz son los hospitales designados por el MINSA para la atención de casos en la región (PNUD, 2020).

En junio de 2020, el Gobierno Regional de Áncash hizo un llamado para recibir cooperación técnica en el manejo de la emergencia por COVID-19 a la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) y al Programa Mundial de Alimentos (WFP).

En virtud de la presión sobre los sistemas de salud, la escasez mundial de suministros para enfrentar la pandemia, el impacto económico y social en las comunidades, se diseñó e implementó un proyecto interagencial que permite vigorizar las capacidades de la región en su respuesta a la emergencia y brindar protección social a las personas afectadas por la enfermedad y a sus familias.

El proyecto se apoyó en los 9 pilares establecidos por la Organización Mundial de la Salud y sus acciones se estructuraron en dos grandes componentes: desde la OPS/OMS, fortalecer las estrategias locales de respuesta e incrementar la vigilancia epidemiológica con un adecuado manejo de casos; y desde el WFP, brindar soluciones relacionadas con la seguridad alimentaria de los más vulnerable.

El trabajo articulado entre autoridades políticas y sanitarias permitió implementar soluciones conjuntas a un serio problema de salud pública. Los resultados y lecciones que se presentan en este documento, permitirán a otros departamentos y regiones contar con herramientas para mejorar las capacidades de respuesta en salud frente a emergencias sanitarias.

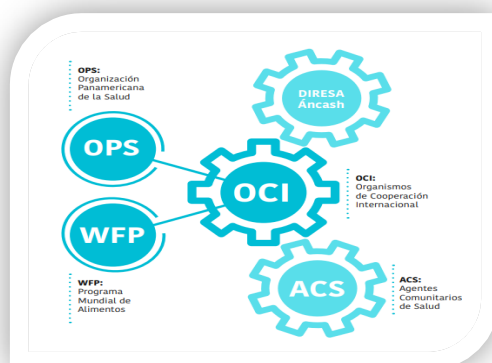
Dentro de los objetivos trazados están en primer lugar, la contención de la propagación de los casos de COVID-19 en la región Ancashina y, en segundo lugar, la reducción del incremento del número de muertes ocasionadas por esta enfermedad.

Para llevarlos a cabo se contó con la participación de actores nacionales e internacionales de gran prestigio para la implementación de las acciones desde el primer nivel de atención de salud; y la forma de cómo lograrlos están desagregadas de la siguiente manera:

- ✓ Fortaleciendo capacidades del primer nivel de atención de la DIRESA Áncash, a través de sus redes y micro redes de salud.
- ✓ Gestionando e implementando medidas urgentes de contención de la propagación de la infección y fortalecimiento de capacidades del GORE Áncash.
- ✓ Garantizando la seguridad alimentaria de los pobladores que se encuentran en cuarentena y aislamiento social y que no cuentan con recursos suficientes.
- ✓ Mejorando el sistema de información para el rastreo, vigilancia y control de casos.

Figura 1.

Actores del Proyecto en Áncash de Cooperación Técnica en el manejo de la emergencia por COVID-19



Nota. Adaptado de Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020). Actualización epidemiológica nuevo coronavirus (COVID-19). <https://www.paho.org/es/documentos/vigilancia-global-enfermedad-causada-por-infeccion-humana-con-nuevo-coronavirus-covid-19>

El trabajo en conjunto de la Organización Panamericana de la Salud, el Programa Mundial de Alimentos, el Estado y la sociedad civil ha sido muy valioso debido a que se estableció una dinámica cercana, fluida y de permanente retroalimentación con la DIRESA Áncash, que permitió que el personal de salud aproveche de la mejor manera la asistencia técnica.

El componente tecnológico del proyecto fue innovador y muy útil. La introducción de herramientas tecnológicas, como la Sala de Situación Interactiva y el aplicativo móvil Alerta COVID, han permitido tener información en tiempo real del comportamiento de la enfermedad en la región.

A raíz de la implementación de un plan de trabajo con la participación activa de los agentes comunitarios de salud fue determinante, porque reforzaron los mensajes de conductas saludables, la vigilancia sanitaria y fueron el nexo entre la comunidad y el servicio de salud.

Y por último la entrega de bonos y kits de higiene permitió que la población vulnerable pueda mantener una cuarentena en aislamiento con las necesidades básicas cubiertas.

CAPÍTULO 3

Situación COVID-19 y su impacto en la salud mental de los profesionales de enfermería del Hospital de Huaraz, Áncash - Perú, 2020



Capítulo 3

Situación COVID-19 y su impacto en la salud mental de los profesionales de enfermería del Hospital de Huaraz, Áncash-Perú, 2020

En virtud de lo esbozado en páginas previas, el SARS-COV-2 responsable del COVID-19 vino a cambiar toda la dinámica del quehacer diario de los trabajadores sanitarios y los profesionales de la salud, debido a que esta enfermedad altamente mortal ha sido nueva en la historia de la humanidad, aumentando el número de afectados de una manera exponencial sin diferenciar raza, estrato social, nacionalidad, preferencia sexual, ni religión.

De acuerdo a la situación dada por el coronavirus, es común que muchos de los pacientes regresan unos días después al empeorar los síntomas del COVID-19. Por otra parte, si los afectados tenían otras enfermedades previas, se observan síntomas como niveles bajos de oxigenación o de presión arterial y para ello se requieren de equipos especiales para disminuir el tiempo de enfermedad. En el caso de presentar una neumonía y dificultades para respirar se les debe intubar, lo cual genera secuelas tanto físicas como psicológicas.

Otro punto importante a considerar es la situación en cuanto a la dotación e insumos para poder brindar una atención de óptima calidad debido a que dependerá de lo que se cuente en cada país y en cada región de la misma. Otro tema son las largas jornadas laborales en las que se contemplan 8, 10, 12 horas en el hospital casi sin parar, asumiendo el riesgo del contagio en esos lapsos de tiempo, culminando los turnos de guardias exhaustos, pero con el pesar de que los pacientes aún siguen llegando a estos centros de atención en grandes masas. Así como un sin número de situaciones que afectan de manera física y psicológica a cualquier ser humano por más preparado y facultado que esté ante escenarios apremiantes.

Para los profesionales de salud y para los pacientes son circunstancias que generan altos niveles de estrés y desencadena una serie de conflictos, ya que por un lado los médicos y enfermeros quieren prestar los mejores cuidados posibles, pero a la vez deben protegerse para no llevar el virus a sus hogares, y procurar no adquirir esta enfermedad letal.

Este tipo de caso ha sido replicable en todos los rincones del globo terráqueo y en el caso del Hospital Víctor Ramos Guardia de Huaraz, ubicado en el departamento de Áncash-Perú, los profesionales de salud que laboran allí no escapan de esta cruda y conmovedora realidad de la región, es por ello que se realizó una investigación denominada “*Salud mental de los enfermeros en el área COVID-19 del Hospital de Huaraz, 2020*”.

Dicha investigación tuvo como objetivos principales la comparación de la salud mental (ansiedad, depresión, estrés e insomnio) de los enfermeros que laboraban en el área COVID-19 respecto a otras áreas y determinar los factores de salud, familiares y sociodemográficos de estos problemas de salud mental. En cuanto a las definiciones y basamentos teóricos asumidos en la presente investigación se tiene lo siguiente:

Definiciones y bases teóricas del estudio

Salud mental del personal sanitario

En la lucha contra el COVID-19 los profesionales de la salud de Wuhan se enfrentaron a una enorme presión debido al 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 (Kang et al., 2020). Por su parte, la Dirección Regional de Salud Ancash (DIRESA, 2020) considera que en esta lucha contra la epidemia del Coronavirus (COVID-19), el personal de salud puede experimentar problemas de salud mental tales como estrés ansiedad, síntomas depresivos e insomnio.

La depresión: es una enfermedad frecuente en todo el mundo, y se calcula que afecta a más de 300 millones de personas. La depresión es distinta de las variaciones habituales del estado de ánimo y de las respuestas emocionales breves a los problemas de la vida cotidiana. Puede convertirse en un problema de salud serio, especialmente cuando es de larga duración e intensidad moderada a grave, y puede causar gran sufrimiento y alterar las actividades laborales, escolares y familiares evidenciando tristeza, cambios en el sueño y apetito.

Ansiedad: ocurre cuando algunos cambios o sensaciones corporales son interpretados como síntomas de alguna enfermedad. Se caracteriza por interpretaciones catastróficas de sensaciones y cambios corporales, creencias disfuncionales acerca de la salud y la enfermedad, y malos mecanismos adaptativos. En el contexto de la pandemia de COVID-19, las personas con altos niveles de ansiedad por la salud son susceptibles de interpretar sensaciones corporales inofensivas como evidencia de que se encuentran infectados, lo que incrementa su ansiedad, influye en su capacidad para tomar decisiones racionales y en su comportamiento. Esto ocasiona conductas desadaptativas, como acudir frecuentemente a los centros de salud para descartar la enfermedad, excesivo lavado de manos, retraimiento social y ansiedad por comprar.

Estrés: la pandemia de la enfermedad del coronavirus 2019 (COVID-19) puede resultar estresante para las personas. El estrés es peligroso cuando interfiere con la habilidad de vivir una vida normal por un período extenso de tiempo. La persona puede sentirse "fuera de control" y no tener idea de lo que debe hacer, aún si la causa es relativamente insignificante. Esto a su vez puede causarle que esté continuamente fatigado, no se pueda concentrar o esté irritable en situaciones normalmente tranquilas. El estrés prolongado puede aumentar cualquier problema emocional que haya surgido de eventos traumáticos e incrementar pensamientos suicidas o catastróficos.

Insomnio: se estima que de 50 a 60 % de la población adulta reporta problemas del sueño, de los cuales los médicos identifican solo un 10 %. Se trata de un síntoma, no de una enfermedad y se manifiesta por dificultad en el inicio, despertar temprano, fraccionamiento o mala calidad del sueño. Las personas

desempleadas, divorciadas, viudas, separadas, con altos niveles de estrés, turnos de trabajo nocturnos, despertares nocturnos frecuentes y bajo nivel socioeconómico, así como los pacientes que toman múltiples fármacos tienen una alta prevalencia de insomnio.

El sueño es uno de los pilares de un estilo de vida saludable, por lo que es vital incluirlo en la historia clínica e interrogar los hábitos de sueño. Su adecuado abordaje y el uso correcto de las herramientas previamente expuestas permitirán hacer un diagnóstico oportuno e identificar, en caso de existir, las causas orgánicas que generen o empeoren la alteración del sueño. Por insignificante que parezca, el corregir la privación de sueño de un paciente puede mejorar mucho su calidad de vida, por ende, contribuyendo a su salud integral.

Estos problemas de salud mental no solo pueden afectar la calidad de atención que brinda el personal de salud, su capacidad de comprensión clínica o sus habilidades en la toma de decisiones, lo que podría dificultar la lucha contra la infección del COVID-19, sino que también pueden tener un impacto significativo en su bienestar y en su calidad de vida. Por tanto, es muy importante proteger la salud mental del personal de salud para el adecuado control de la epidemia y para cuidar su propia salud. Durante las etapas iniciales de las emergencias sanitarias, el personal puede presentar síntomas depresivos, ansiosos y similares al Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT), los cuales no solo repercuten en la atención sino también en su propia salud (Lozano-Vargas, 2020).

Las reacciones emocionales de los profesionales sanitarios más expuestos puedan obstaculizar su trabajo con las personas infectadas; por ejemplo, el manejo de la ansiedad, el miedo al contagio, los episodios de estrés agudo o el fomento del autocuidado. Entonces el objetivo principal es disponer del mayor número de profesionales y en las mejores condiciones posibles para hacer frente a la pandemia (Chen et al., 2020).

Ahora bien, la frecuencia de problemas de salud mental en profesionales sanitarios al frente de emergencias causadas por epidemias virales es especialmente elevada, en diversos países se observa ansiedad (45%), seguida de

depresión (38%), estrés agudo (31%), burnout (29%) y estrés post-traumático (19%). Los análisis de subgrupos informan que los efectos sobre la salud mental se podrían mantener a largo plazo. Asimismo, refieren que determinados factores aumentan el riesgo de sufrir problemas de salud mental: factores sociodemográficos (mayor riesgo en mujeres y profesionales más jóvenes), factores sociales (falta de apoyo social, experimentar rechazo social o estigmatización) y factores ocupacionales: tareas asistenciales en primera línea, ser profesional de enfermería, no haber recibido formación sobre este tipo de situaciones y tener menor experiencia laboral (Ricci et al., 2020).

De la experiencia en China, plantea un plan de intervención psicosocial en el personal de salud basados en equipos interdisciplinarios. Algunas medidas generales pueden ser horarios de trabajo más cortos, periodos de descanso regulares y turnos rotativos para aquellos que trabajan en áreas de alto riesgo.

Asimismo, refieren que la mejor forma de prevenir problemas mentales en el personal de salud es brindar un espacio adecuado para que puedan descansar y aislarse momentáneamente de sus familias, ofrecer una adecuada alimentación y suministros diarios, facilitar información sobre la enfermedad y sobre las medidas de protección, desarrollar reglas detalladas y claras para el uso y manejo de los equipos de protección, aconsejar sobre técnicas de relajación y manejo del estrés, y fomentar las visitas de los consejeros psicológicos a las áreas de descanso del personal de salud para escuchar sus dificultades y brindarle el apoyo necesario.

Se ha demostrado que la confianza es un aspecto clave del bienestar psicológico, ya que ayuda a mejorar la motivación, el rendimiento y la calidad de la atención (Huarcaya, 2020).

Por lo tanto, se debe abordar el cuidado de la salud mental del profesional de enfermería con responsabilidad para que pueda brindar un cuidado a las personas con calidad.

La salud mental del enfermero

El enfermero tiene como principal característica la Gestión del Cuidado, es decir conservar la vida asegurando la satisfacción de las necesidades; y es reconocida como el único cuidador permanente en el proceso asistencial (Indian, 2020; Singhal, 2020); pero su permanencia en el cuidado del usuario lo somete a situaciones estresantes y altamente vulnerable de padecer afecciones físicas y psicológicas, entendiendo que la salud mental es un estado de bienestar por medio del cual los individuos reconocen sus habilidades y son capaces de hacer frente al estrés normal de la vida, y podría ser cualquier cosa que exija una respuesta no específica del cuerpo frente a cualquier demanda.

El cuidado de la salud mental del personal de la salud, en especial de enfermería, es una tarea fundamental para lograr una adecuada atención de la población en el contexto de la pandemia de COVID-19. La salud mental es un proceso dinámico de bienestar, producto de la interrelación entre el entorno y el despliegue de las diversas capacidades humanas, tanto de los individuos como de los grupos y colectivos que forman la sociedad. Implica el proceso de búsqueda de sentido y armonía, que se encuentra íntimamente ligado a la capacidad de autocuidado, empatía y confianza que se pone en juego en la relación con las demás personas, así como con el reconocimiento de la condición, propia y ajena, de ser sujeto de derechos.

En el mundo hay aproximadamente 28 millones de profesionales de enfermería, 30% de los cuales, o unos 8.4 millones, trabajan en la región de las Américas (Gil-Monte, 2006). Los enfermeros y en particular, las direcciones de enfermería, tienen un papel clave en la gestión de los servicios y los cuidados proporcionados en plan de emergencia de la pandemia COVID-19.

Las direcciones de enfermería deben trabajar de forma transversal con otras áreas de conocimiento y se responsabilizan de la práctica clínica y la calidad asistencial de los cuidados para garantizar la seguridad del paciente y de sus profesionales. Esto incluye un amplio abanico de iniciativas y prácticas

asistenciales en beneficio del personal de enfermería. Se da apoyo a las enfermeras de primera línea, tanto trabajando como en cuarentena, garantizando que tienen periodos adecuados de descanso, así como suficientes equipos de protección individual y asistencia psicológica permanente (Martínez, 2020).

Por ello, la Organización Colegial de Enfermería en colaboración con la Asociación Española de Enfermería de Salud Mental (AEESME) y la psicóloga forense, Ana Gutiérrez Salegui, han sugerido pautas para evitar que esta situación, mantenida en el tiempo, pueda acabar suponiendo un impacto psicológico muy grande en los enfermeros que se enfrentan cada día al COVID-19. Las recomendaciones son:

1. Dedicar tiempo con compañeros a desahogarte para verbalizar pensamientos o situaciones vividas.
2. Evitar críticas destructivas que afecten a todo el mundo.
3. Buscar apoyo familiar y social evitando el aislamiento, aunque sea a través de medios digitales y teléfono.
4. Intentar descansar cada 2 horas haciendo respiraciones profundas durante unos minutos que ayuden a la relajación.
5. Repartir otras responsabilidades en casa o a nivel familiar.
6. Llorar y desahogarse es normal, no lo reprimas.
7. Mantener correcta alimentación, buena higiene de sueño y practicar ejercicios de relajación.
8. Al salir del trabajo evitar el exceso de información sobre la pandemia (TV, radio, internet, WhatsApp).
9. Protegerse del desarrollo de problemas psicológicos.
10. Recordar que esto va a pasar. Evitar pensar cuánto queda para que esto pase. (Diario enfermero, 2020).

Material y métodos

La investigación fue de enfoque cuantitativo, descriptivo, de corte transversal y cuya población estuvo conformada por todos los profesionales de enfermería que laboraban en el Hospital Víctor Ramos Guardia Áncash-Perú en

la fecha que se realizó el estudio; dicha información fue suministrada a través de los registros del departamento de recursos humanos, obteniéndose un total de 170 profesionales de enfermería, los cuales se les aplicó los criterios de inclusión y exclusión de la siguiente manera:

- ✓ *Criterios de inclusión del profesional de enfermería:* el enfermero debe laborar en el Hospital Víctor Ramos Guardia en el área COVID-19 o en otra sala del hospital en estudio; también debe formar parte del personal nombrado o contratado en el centro de atención médica; no existe restricción de sexo y por último que haya aceptado participar del estudio y firme el consentimiento informado.

- ✓ *Criterios de exclusión del profesional de enfermería:* el enfermero que haya sido diagnosticado con una enfermedad mental antes del 16 de marzo del 2020, o un profesional de enfermería que se encuentre de vacaciones o con licencia por salud.

En cuanto a la unidad de análisis del estudio, estuvo conformada por cada personal profesional de enfermería y la muestra fue tomada de manera no aleatorizada por conveniencia, el cual estuvo conformada por todos los profesionales que aceptaron responder la encuesta en línea.

Al final la muestra quedó conformada por 110 unidades de análisis distribuidas por 51 enfermeros del área no COVID-19 y 59 enfermeros que laboraban en área COVID-19.

Adicionalmente se empleó como técnica la encuesta y como instrumento el cuestionario auto informado aplicado en línea. El cuestionario estuvo conformado por 45 ítems, de los cuales 16 ítems son preguntas generales, y 29 ítems son preguntas del estudio: 8 corresponden a la escala de Atenas y 21 a la escala del DASS-21, ambas con validez y fiabilidad en el idioma español (Portocarrero, & Jiménez-Genchi, 2005; Ruiz, García-Martín, Suárez, & Odriozola-González, 2017).

La escala DASS-21, consta de 7 ítems para depresión, 7 ítems para ansiedad y 7 ítems para estrés, estas preguntas contienen respuestas tipo Likert (nunca, a veces, con frecuencia y casi siempre).

Por otro lado, el EAI contiene ocho ítems, cada uno con respuestas tipo Likert con puntuaciones entre 0 y 3. En la investigación estas escalas alcanzaron una fiabilidad de 0,93 y 0,88 respectivamente.

Antes de la ejecución del estudio, se aplicó el instrumento a una muestra piloto, lo cual permitió afinar la comprensión léxica y además permitió obtener datos para realizar la prueba de confiabilidad a través del Alfa de Cronbach.

Los datos fueron procesados a través del software estadístico gratuito R studio, el cual permitió realizar un análisis de normalidad de los datos y el análisis inferencial.

Resultados del estudio

Tabla 1.

Características de los enfermeros en el área COVID-19 del Hospital de Huaraz, 2020.

Características de la población		Area no COVID-19		Area COVID-19		Total	
		n	%	n	%	n	%
Sexo	Hombre	11	21.6	15	25.4	26	23.6
	Mujer	40	78.4	44	74.6	84	76.4
	Total	51	100.0	59	100.0	110	100.0
Edad	≤ 30 años	6	11.8	23	39.0	29	26.4
	> 30 años	45	88.2	36	61.0	81	73.6
	Total	51	100.0	59	100.0	110	100.0
Tiene alguna enfermedad crónica	No	43	84.3	55	93.2	98	89.1
	Si	8	15.7	4	6.8	12	10.9
	Total	51	100.0	59	100.0	110	100.0
Estado civil	Casado/Conviviente	42	82.4	28	47.5	70	63.6
	Soltero/a	9	17.6	31	52.5	40	36.4
	Total	51	100.0	59	100.0	110	100.0
Participa activamente en alguna Religión	Si	22	43.1	16	27.1	38	34.5
	No	29	56.9	43	72.9	72	65.5
	Total	51	100.0	59	100.0	110	100.0
Vive con niños o personas > de 65 años o con alguna enfermedad	No	14	27.5	24	40.7	38	34.5
	Si	37	72.5	35	59.3	72	65.5
	Total	51	100.0	59	100.0	110	100.0
Toma algún medicamento tipo antidepresivo o ansiolítico	No	48	94.1	57	96.6	105	95.5
	Si	3	5.9	2	3.4	5	4.5
	Total	51	100.0	59	100.0	110	100.0
Con quienes vive Ud.	Solo/a	4	7.8	11	18.6	15	13.6
	Familia	47	92.2	48	81.4	95	86.4
	Total	51	100.0	59	100.0	110	100.0
Fue diagnosticado con alguna enfermedad mental antes de la pandemia	No	49	96.1	53	89.8	102	92.7
	Si	2	3.9	6	10.2	8	7.3
	Total	51	100.0	59	100.0	110	100.0
Tiempo de servicios	≤ 10 años	23	45.1	51	86.4	74	67.3
	>10 años	28	54.9	8	13.6	36	32.7
	Total	51	100.0	59	100.0	110	100.0
Tiene miedo Usted actualmente	A contagiarme con el COVID-19	9	17.6	5	8.5	14	12.7
	A contagiar con el COVID-19 a un familiar	42	82.4	54	91.5	96	87.3
	Total	51	100.0	59	100.0	110	100.0
En el trabajo cuenta con EPP	Completo	18	35.3	27	45.8	45	40.9
	Incompleto	33	64.7	32	54.2	65	59.1
	Total	51	100.0	59	100.0	110	100.0
Alguien en su círculo social ha tenido COVID-19	Fuera de mi hogar	43	84.3	49	83.1	92	83.6
	Dentro de mi hogar	8	15.7	10	16.9	18	16.4
	Total	51	100.0	59	100.0	110	100.0

Tabla 1.

Características de los enfermeros en el área COVID-19 del Hospital de Huaraz, 2020. (Continuación)

Características de la población		Área no COVID-19		Área COVID-19		Total	
		n	%	n	%	n	%
Alguien en su círculo social ha fallecido de COVID-19	Fuera de mi hogar	48	94.1	59	100.0	107	97.3
	Dentro de mi hogar	3	5.9	0	0.0	3	2.7
	Total	51	100.0	59	100.0	110	100.0
Ha sido diagnosticado con COVID-19	No	40	78.4	40	67.8	80	72.7
	Si	11	21.6	19	32.2	30	27.3
	Total	51	100.0	59	100.0	110	100.0

En la Tabla 1 se observa que el 76,4% del total de profesionales de enfermería son mujeres, además se aprecia que el 74,6% del personal de la salud que trabajan en el área COVID-19 son mujeres y el restante 25,4% son varones.

Asimismo, el 61,0% del total de enfermeros del área COVID-19 tienen edades mayores a 30 años, además se aprecia que 6,8% del total de enfermeros tiene alguna enfermedad crónica.

Por otra parte, la gran mayoría de los enfermeros que trabajan en el área COVID-19 son solteros representado por 52,5%. Además, se aprecia que el 72,9% del total de los enfermeros no participa en ninguna religión.

Además, el 59,3% del total de enfermeros vive con niños o personas mayores de 65 años o con alguna enfermedad y trabaja en el área COVID-19. Solo el 3,4% del total de enfermeros que trabaja en el área COVID-19 toma algún medicamento tipo depresivo o ansiolítico.

También se observa que el 81,4% del total de enfermeros que trabaja en el área COVID-19 viven con su familia, la mayoría de estos profesionales laboran menos de 10 años y tienen miedo a contagiarse con el COVID-19 a sus familiares.

Es preocupante que el 54,2% del total de enfermeros que trabajan en el área COVID-19 manifiestan que trabajan con EPP incompletos. Y, por último, el 83,1% del total de enfermeros que trabajan en el área COVID-19 afirma que

alguien en su círculo social fuera de su hogar ha tenido COVID-19, al mismo tiempo manifiesta alguien fuera de su hogar falleció con el COVID-19. Igualmente se aprecia que el 32,2% del total de enfermeros que trabajan en el área COVID-19 ha sido diagnosticado con el COVID-19.

Tabla 2.

Salud mental de los enfermeros en el área COVID-19 del Hospital de Huaraz, 2020

Variables	Área no COVID-19		Área COVID-19		Total		p	
	n	%	n	%	n	%		
Insomnio	Sin insomnio	29	56.9	40	67.8	69	62.7	0.237
	Con insomnio	22	43.1	19	32.2	41	37.3	
	Total	51	100.0	59	100.0	110	100.0	
Depresión	Sin depresión	39	76.5	45	76.3	84	76.4	0.980
	Con Depresión	12	23.5	14	23.7	26	23.6	
	Total	51	100.0	59	100.0	110	100.0	
Ansiedad	Sin ansiedad	29	56.9	31	52.5	60	54.5	0.650
	Con ansiedad	22	43.1	28	47.5	50	45.5	
	Total	51	100.0	59	100.0	110	100.0	
Estrés	Sin estrés	42	82.4	55	93.2	97	88.2	0.078
	Con estrés	9	17.6	4	6.8	13	11.8	
	Total	51	100.0	59	100.0	110	100.0	

En la Tabla 2 se observa la distribución del comportamiento de la salud mental de los enfermeros que trabajan en el hospital Víctor Ramos Guardia de Huaraz, tanto en el área COVID-19 y no COVID-19; en ella se puede apreciar que el 32,2% de los enfermeros que laboran en el área COVID-19 tienen insomnio, mientras que el 43,1% del total de enfermeros que trabajan en el área COVID-19 padecen de insomnio.

Referente a la depresión se puede encontrar que el 23,7% del total de enfermeros que laboran en el área COVID-19 se sienten deprimidos, mientras que un 23,5% del total de enfermeros que trabajan en el área no COVID-19 también se deprimen. Adicionalmente el estudio refleja que el 47,5% del total de enfermeros que trabajan en el área COVID-19 tienen ansiedad, y en el área no COVID-19 el 43,1%.

En cuanto al estrés se puede decir que el 6,8% del total de enfermeros que trabajan en el área COVID-19 tienen estrés, mientras que el 17,6% del total de enfermeros que trabajan en el área no COVID-19 manifiestan estrés.

Realizando una prueba de diferencia de proporciones usando la prueba chi cuadrado a una confianza de 95%; comparando la proporción de enfermeros que tienen problemas de salud mental en el área COVID-19 y área no COVID-19, se observa que no hay diferencia significativa entre estas proporciones, es decir los enfermeros que trabajan tanto en el área COVID-19 y no COVID-19 tienen proporciones similares de padecer insomnio, depresión, ansiedad y estrés.

Tabla 3.

Diagnóstico de alguna enfermedad mental según depresión en enfermeros en el área no COVID-19 del Hospital de Huaraz, 2020.

Fue diagnosticado con alguna enfermedad mental antes de la pandemia	Sin depresión		Con Depresión		Total	
	n	%	n	%	n	%
No	39	100.0	10	83.3	49	96.1
Si	0	0.0	2	16.7	2	3.9
Total	39	100.0	12	100.0	51	100.0

$X^2=6.765$ $gl=1$ $P=0.009$

En la Tabla 3 se aprecia que el 16,7% del total de enfermeros que trabajan en el área no COVID-19 tienen depresión porque fueron diagnosticados con alguna enfermedad mental antes de la pandemia.

Realizando la prueba estadística chi cuadrado para relacionar dos variables a una confianza de 95%, se aprecia una relación significativa entre la depresión y el haber sido diagnosticado con alguna enfermedad mental antes de la pandemia.

Tabla 4

Medicación antidepresivo o ansiolítico según estrés en enfermeros en el área no COVID-19 del Hospital de Huaraz, 2020.

Toma algún medicamento tipo antidepresivo o ansiolítico	Sin estrés		Con estrés		Total	
	n	%	n	%	n	%
No	41	97.6	7	77.8	48	94.1
Si	1	2.4	2	22.2	3	5.9
Total	42	100.0	9	100.0	51	100.0

$$X^2=5.270_{gl=1} \quad P=0.022$$

En la tabla 4 se presenta que el 22,3% del total de enfermeros que trabajan en el área no COVID-19 tienen estrés porque toma algún medicamento tipo antidepresivo o ansiolítico.

Realizando la prueba estadística chi cuadrado para relacionar dos variables a una confianza de 95%, se observa una relación significativa entre el estrés y el tomar algún medicamento tipo antidepresivo o ansiolítico.

Tabla 5.

Medicación antidepresivo o ansiolítico según insomnio en enfermeros en el área no COVID-19 del Hospital de Huaraz, 2020.

Toma algún medicamento tipo antidepresivo o ansiolítico	Sin insomnio		Con insomnio		Total	
	n	%	n	%	n	%
No	29	100.0	19	86.4	48	94.1
Si	0	0.0	3	13.6	3	5.9
Total	29	100.0	22	100.0	51	100.0

$$X^2=4.202 \text{ gl}=1 \quad P=0.040$$

En la Tabla 5 se presenta que el 13,6% del total de enfermeros que trabajan en el área no COVID-19 tienen insomnio porque toma algún medicamento tipo antidepresivo o ansiolítico. Realizando la prueba estadística chi cuadrado para relacionar dos variables a una confianza de 95%, se aprecia una relación significativa entre el insomnio y el tomar algún medicamento tipo antidepresivo o ansiolítico.

Tabla 6.

Convivencia con personas mayores de 65 años que han sido diagnosticados con alguna enfermedad mental, según depresión de enfermeros en el área COVID-19 del Hospital de Huaraz, 2020.

Variables		Sin depresión		Con Depresión		Total		P
		n	%	n	%	n	%	
		No	15	33.3	9	64.3	24	
Vive con niños o personas > de 65 años o con alguna enfermedad	Si	30	66.7	5	35.7	35	59.3	
	Total	45	100	14	100	59	100	0.039

En la Tabla 6 se presenta que el 35,7% del total de enfermeros que trabajan en el área COVID-19 tiene depresión porque vive con niños o personas > de 65

años o con alguna enfermedad, además se aprecia que el 35,7% del total de enfermeros que trabaja en el área COVID-19 tiene depresión porque fue diagnosticado con alguna enfermedad mental antes de la pandemia.

Realizando la prueba estadística chi cuadrado para relacionar dos variables a una confianza de 95%, se encuentra una relación significativa entre la depresión y el vivir con niños o personas > de 65 años o con alguna enfermedad.

Tabla 7.

Acepción religiosa, convivencia familiar y padecimiento o no de COVID-19, según ansiedad de enfermeros en el área COVID-19 del Hospital de Huaraz, 2020.

Variables	Sin ansiedad		Con ansiedad		Total		P	
	n	%	n	%	n	%		
Participa activamente en alguna Religión	Si	12	38.7	4	14.3	16	27.1	0.035
	No	19	61.3	24	85.7	43	72.9	
	Total	31	100.0	28	100.0	59	100.0	
Con quienes vive Ud.	Solo/a	9	29.0	2	7.1	11	18.6	0.031
	Familia	22	71.0	26	92.9	48	81.4	
	Total	31	100.0	28	100.0	59	100.0	
Ha sido diagnosticado con COVID-19	No	25	80.6	15	53.6	40	67.8	0.026
	Si	6	19.4	13	46.4	19	32.2	
	Total	31	100.0	28	100.0	59	100.0	

En la Tabla 7 se aprecia que el 85,7% del total de enfermeros que trabajan en el área COVID-19 tienen ansiedad y no participa en alguna religión, también se aprecia que el 92,9% del total de enfermeros que trabajan en el área COVID-19 tienen ansiedad porque viven con su familia, además se aprecia que el 46,4%

del total de enfermeros que trabaja en el área COVID-19 tienen ansiedad porque fue diagnosticado con COVID-19.

Realizando la prueba estadística chi cuadrado para relacionar dos variables a una confianza de 95%, se observa una relación significativa entre la ansiedad y el participar en una religión, también se aprecia una relación significativa entre la ansiedad y el vivir con familiares; además se encuentra una relación significativa entre la ansiedad y el haber sido diagnosticado con COVID-19.

Análisis del estudio

Respecto a las características de la población, la mayoría de los profesionales de enfermería que trabajan en el área COVID-19 del Hospital Víctor Ramos Guardia de Huaraz son mujeres. Históricamente la profesión de enfermería es propia de las mujeres, asociándose en muy diversas sociedades y culturas a lo largo del tiempo al acto de cuidar con el género femenino. Se puede decir que la influencia del género en la profesión enfermero, ha provocado una falta de reconocimiento social de la misma, al estar asociado de forma simbólica los cuidados enfermeros a las cualidades intrínsecamente femeninas.

El mayor porcentaje de enfermeros que trabaja en el área COVID-19 viven con su familia, la mayoría de estos profesionales laboran menos de 10 años y tienen miedo a contagiarse con el COVID-19 a sus familiares; porque el estar en contacto directo con los pacientes COVID-19 y ser el contagio directo de persona a persona los hace susceptibles de llevar el virus a su hogar.

Más de la mitad de enfermeros que trabajan en el área COVID-19 manifiestan que trabajan con equipos de protección personal (EPP) incompletos, probablemente por logística insuficiente en la dotación de materiales. Estos datos son semejantes a los hallados en China (Zhang, 2020) donde hallaron que una de las razones de la angustia psicológica del personal de salud era que los trabajadores sentían no estar seguros en su trabajo por la escasez de equipos de protección y por lo tanto, a la exposición continua a eventos críticos de contagio.

La mayoría de enfermeros que trabajan en el área COVID-19 afirman que alguien en su círculo social fuera de su hogar ha tenido COVID-19, además manifiestan que alguien fuera de su hogar falleció con la COVID-19; datos congruentes con la situación actual de la pandemia en el país por el de aumento masivo de contagios y de la tasa de mortalidad a nivel mundial.

También se aprecia que un tercio de enfermeros que trabajan en el área COVID-19 han sido diagnosticado con dicha enfermedad, por pertenecer a un grupo profesional que brindan cuidados directos a los pacientes las 24 horas del día y hay un incremento de carga laboral por el aumento de demanda de pacientes infectados en el área de triage, emergencia, consultorio, hospitalización, cuidados intermedios y la unidad de cuidados intensivos.

Un tercio de los enfermeros que laboran en el área COVID-19 tienen insomnio, mientras que casi la mitad del total de enfermeros que trabajan en el área no COVID-19 padecen de insomnio. Estos datos son semejantes a otros estudios (Singhal, 2020), donde informaron que el personal de salud que labora en áreas COVID-19 presentaron 34% de síntomas de insomnio y en otro estudio hallaron 27,8% de prevalencia de insomnio (Samaniego, 2020).

En cuanto a la depresión, se presentaron casi en un cuarto de los enfermeros que laboran en el área COVID-19 y no COVID-19. Estos datos son semejantes con un estudio realizado en Wuhan (Lai et al., 2020) donde los trabajadores de la salud informaron síntomas graves de depresión.

Casi la mitad de enfermeros que trabajan en el área COVID-19 tienen ansiedad, y en el área no COVID-19 algo menos; resultados congruentes a estudios donde el 44,6% de los trabajadores de salud informaron presentar signos de ansiedad y en otro informaron que el 41,3% de los participantes reportaron síntomas clasificables de moderados a severos de ansiedad (Lai et al., 2020; Samaniego, 2020).

En cuanto al estrés podemos decir que el 6,8% del total de enfermeros que trabajan en el área COVID-19 tienen estrés, mientras que el 17,6% del total de

enfermeros que trabajan en el área no COVID-19 manifiestan estrés. Al parecer la pandemia puede resultar estresante, logrando interferir con la habilidad de vivir una vida normal por un periodo extenso de tiempo (Inchausti et al., 2020).

Pero el análisis estadístico determina que en el estudio no hay diferencia significativa entre padecer insomnio, depresión, ansiedad o estrés entre los enfermeros de las áreas COVID-19 y otras áreas diferentes. Estos datos se evidencian frente a la lucha contra el COVID-19, donde los enfermeros enfrentan una enorme presión debido al alto riesgo de infección, debido al incremento de la demanda de trabajo, frustración, cansancio por las largas jornadas laborales y falta de contacto directo con sus familiares; pues el personal de salud puede experimentar problemas de salud mental tales como estrés, ansiedad, síntomas depresivos e insomnio (Lozano-Vargas, 2020).

En la lucha contra la pandemia por COVID-19 los enfermeros se enfrentan diariamente a situaciones que afectan su bienestar y pueden dificultar el trabajo con los pacientes (Ministerio de la Sanidad, 2020). Un ambiente hospitalario congestionado por pacientes con COVID-19 es un entorno complicado de riesgos laborales de salud mental en el trabajador y la gravedad de la situación, va a depender de la exposición, estrategias de afrontamiento e inmunidad de cada persona. De igual modo el estrés y temor de contagiarse con el coronavirus puede ocasionar riesgos psicosociales (Soares et al., 2020).

Cada persona reacciona de modo distinto ante el impacto psicológico provocado por una epidemia como el COVID-19. El distanciamiento social, la cuarentena y el aislamiento, traen aparejados una serie de reacciones psicológicas que los individuos pueden experimentar en relación a su propio estado de salud. En los resultados se puede observar que la medicación antidepressiva se relaciona significativamente con el estrés, insomnio, la convivencia con personas mayores de 65 años y el diagnosticado depresivo en enfermeros en el área COVID-19. Asimismo, la ansiedad se relaciona significativamente con la participación en alguna religión, convivencia con familiar y tener diagnóstico con COVID-19.

Estos reportes son similares a los encontrados por (Muñoz et al., 2020) donde se encontró que los trastornos de ansiedad y depresión pueden manifestarse o exacerbarse en situaciones de crisis como la COVID-19, estos están asociados a factores como la capacidad de pedir ayuda, la espiritualidad, tener pareja estable, contar con redes de apoyo como la familia o amigos, tener otras habilidades y pasatiempos.

Asimismo, las relaciones interpersonales, tienen una importancia crítica durante los principales eventos de salud, incluidos la cuarentena y el aislamiento. Estos vínculos deben explorarse y aprovecharse para mejorar los resultados de salud mental. De igual manera, existen circunstancias en la vida de los individuos, que pueden propiciar un mayor riesgo psicosocial ante la pandemia de la COVID-19. Entre estas circunstancias se describen, el ser:

- ✓ Dependiente de algunas sustancias adictivas.
- ✓ Personas con soledad o con la ausencia de redes de apoyo.
- ✓ Presentar ausencia de vínculos con los que mantener una comunicación activa.
- ✓ De igual modo vivir con menores de edad o sujetos dependientes de otras personas como un adulto mayor (Asociación de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria, 2020).

Otro estudio respecto a las principales causas de la ansiedad en la atención a pacientes con COVID-19, se pudo encontrar que oscilan entre el hecho de trabajar en hospitalización de COVID-19, la sospecha permanente de tener COVID-19 en cada día de atención, el que los familiares se hayan infectado con COVID-19, ser personal de salud, ser del sexo femenino y consumir algún tipo de medicamento. Barello et al. (2020) refieren que los trabajadores sanitarios que trabajaban durante la epidemia COVID-19 informaron de frecuentes preocupaciones con respecto a su propia salud y el temor de infectar a sus familias.

Sin embargo, en un estudio sobre salud mental reporta datos diferentes, pues antes del aislamiento no se veían con frecuencia, no compartían actividades y ahora se sienten mejor en familia, generan mayor empatía y tienen más

actividades juntos. El aislamiento social obligatorio ha hecho que las personas se extrañen y se preocupen por sus amigos y familiares que no están con ellos (Pacheco et al., 2020).

Con respecto a las variables “*si ha sido diagnosticado con COVID-19*” y “*fue diagnosticado con alguna enfermedad mental antes de la pandemia*”, no se ha encontrado estudios al respecto, de allí la importancia de continuar investigando sobre los factores que producen problemas de salud mental en el personal de enfermería a fin de brindar atención preventiva y oportuna.

CAPÍTULO 4

Factores de riesgo de estrés, ansiedad, depresión e insomnio en el profesional de enfermería del Hospital Víctor Ramos Guardia en el contexto de la pandemia del COVID-19, Áncash - Perú, 2021



Capítulo 4

Factores de riesgo de estrés, ansiedad, depresión e insomnio en el profesional de enfermería del Hospital Víctor Ramos Guardia en el contexto de la pandemia del COVID-19, Áncash-Perú, 2021

A un año de haber iniciado una de las emergencias globales más complejas de la era moderna, los países siguen enfrentando el desafío de mantener adecuados niveles de prestación de servicios de salud, disponibilidad de pruebas diagnósticas, la posibilidad de obtener el acceso a una vacuna lo antes posible y tratar de evitar enfermar por COVID-19 en momentos en que el crecimiento de casos graves sobrepasa la capacidad hospitalaria.

En el caso del departamento de Áncash no es la excepción, ya que, aunque existen lecciones aprendidas que ayudan a abordar mejor la pandemia, son muchos los casos diarios entre los nuevos pacientes y los reincidentes del COVID-19, así como las situaciones que deben enfrentar todas y cada una de los profesionales de enfermería mostrando con experticia sus habilidades y su dedicación mientras sirven valientemente en la primera línea de la pandemia de la COVID-19.

En el caso específico del Hospital Víctor Ramos Guardia de Huaraz- Perú, nunca ha dejado de prestar sus servicios sanitarios en todo momento, brindando atención de servicios especializados en salud a la población local y regional de Áncash, con calidad, calidez, eficiencia, eficacia y tecnología; contando con un personal altamente calificado, con aptitud proactiva ante el cambio para la mejora en forma continua y con una capacidad invaluable de solucionar el problema de salud que pone en riesgo la salud del paciente.

De acuerdo a los resultados obtenidos en el estudio denominado “Salud mental de los enfermeros en el área COVID-19 del Hospital de Huaraz, 2020” se consideró pertinente conocer la situación de los profesionales de enfermería luego de un año de la declaración de la pandemia COVID-19; dicha investigación tiene por nombre “Factores de riesgo de estrés, ansiedad, depresión e insomnio

en el profesional de enfermería del Hospital Víctor Ramos Guardia en el contexto de la pandemia del COVID-19, 2021” y cuyo objetivo es determinar los factores de riesgo del estrés, ansiedad, depresión e insomnio del profesional de enfermería durante la pandemia del COVID-19.

Para poder compartir con el lector los basamentos teóricos por los cuales se estructuró el trabajo de investigación realizado en el hospital para el año 2021, se consideró necesario esbozar lo siguiente:

Bases teóricas del estudio

Estrés

Eby y Brown (2010) refieren, que, como todos los organismos vivos, las personas están expuestas al estrés por agresores físicos, en oposición que los otros, también están estresados por problemas psicológicos. Otros animales pueden experimentar pesar, miedo y otros sentimientos (en respuesta a acontecimientos reales) pero sólo los seres humanos experimentan estrés por la preocupación sobre cosas que no se han producido. Las personas están cada vez más expuestas a agentes estresantes psicológicos crónicos, y esto está modificando el patrón de las enfermedades humanas.

Selye (como se citó en Barrio, 2006) describió el estrés como la respuesta fisiológica a los cambios que experimenta un organismo biológico. Encontró que la respuesta de estrés es una reacción corporal general. Esta reacción fisiológica a un agente estresante se denomina respuesta de lucha o huida. La adrenalina estimula el sistema nervioso simpático para que prepare el cuerpo para luchar contra el origen del peligro o para salir huyendo. Esta respuesta de estrés sólo es adaptativa cuando el agente estresante es una amenaza física.

La exposición crónica a la estimulación del sistema nervioso simpático no es saludable. Aunque el aumento de la glucosa sanguínea es útil en caso de urgencia, una hiperglucemia prolongada produce astenia precoz y aumento del riesgo de diabetes de tipo 2. La respuesta de estrés inhibe la liberación de hormona de crecimiento. Una elevación crónica de la presión arterial puede aumentar el riesgo de accidente cerebrovascular, infarto de miocardio y

nefropatía. La inhibición del sistema inmunitario aumenta el riesgo de infección a corto plazo e inhibe la inmunidad antitumoral a largo plazo (Sapolsky, 2004).

La respuesta de estrés puede llegar a ser perjudicial, especialmente cuando es frecuente e intensa. Sin embargo, los propios agentes estresantes no producen enfermedades directamente. Distintas personas tienen diferentes respuestas a agentes estresantes específicos. El mismo agente estresante potencial puede producir respuestas diferentes en personas diferentes (Porth, 2014).

Lazarus y Folkman (1984) definen el estrés como una relación entre la persona y su entorno. Las personas pueden considerar que una experiencia pone a prueba sus recursos o amenaza su bienestar, lo que haría que el acontecimiento fuera estresante. Es la percepción por la persona del acontecimiento lo que hace que sea estresante. No es el propio acontecimiento lo que determina la intensidad de la respuesta de estrés para la persona, sino que el significado que tiene el acontecimiento para la persona lo que le da su significado. Diversos factores influyen en cómo una persona percibe y reacciona a un agente estresante. Los factores predisponentes incluyen edad, madurez, cultura, experiencias vitales y rasgos de la personalidad.

Ansiedad

Sobre el trastorno de salud mental denominado ansiedad, el DSM-V (American Psychiatric Association, 2014) dice que es la preocupación excesiva (anticipación aprensiva) que se produce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades (como en la actividad laboral o escolar). Al individuo le es difícil controlar la preocupación. La ansiedad y la preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (y al menos algunos síntomas han estado presentes durante más días de los que han estado ausentes durante los últimos seis meses):

- ✓ Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta.
- ✓ Fácilmente fatigado.
- ✓ Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco.
- ✓ Irritabilidad.

- ✓ Tensión muscular.
- ✓ Problemas de sueño (dificultad para dormirse o para continuar durmiendo, o sueño inquieto e insatisfactorio).

La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (por ejemplo: una droga, un medicamento) ni a otra afección médica (por ejemplo: hipertiroidismo).

La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (por ejemplo: ansiedad o preocupación de tener ataques de pánico en el trastorno de pánico, valoración negativa en el trastorno de ansiedad social (fobia social), contaminación u otras obsesiones en el trastorno obsesivo-compulsivo, separación de las figuras de apego en el trastorno de ansiedad por separación, recuerdo de sucesos traumáticos en el trastorno de estrés postraumático, aumento de peso en la anorexia nerviosa, dolencias físicas en el trastorno de síntomas somáticos, percepción de imperfecciones en el trastorno dismórfico corporal, tener una enfermedad grave en el trastorno de ansiedad por enfermedad, o el contenido de creencias delirantes en la esquizofrenia o el trastorno delirante).

Depresión

Se define a la depresión como un síndrome caracterizado por el decaimiento del estado de ánimo, la disminución de la capacidad de experimentar placer y de autoestima, con manifestaciones ideativas, conductuales, cognitivas, vegetativas y motoras, con serias repercusiones sobre calidad de vida y el desempeño socio-ocupacional. La depresión es ubicada por la Organización Mundial de la Salud, como la cuarta causa de discapacidad a nivel mundial y se prevé que para el 2020 será la segunda causa (OMS, 2020).

La depresión provoca en el sujeto un intenso sufrimiento psíquico, que lo lleva a sentir que no vive y, a no querer seguir viviendo, de manera conjunta,

existe una importante discapacidad personal, familiar, social, familiar, vocacional y laboral. Este trastorno promueve y prolonga enfermedades, lo que provoca el empeoramiento de estas, de la calidad de vida y la salud en todos sus campos. Las depresiones se asocian a comorbilidades cardio y cerebro vasculares. Así mismo, resulta frecuente la comorbilidad con otras entidades como la ansiedad y el abuso de sustancias (Alarcón et al., 2012).

Se piensa que son los factores genéticos, psicológicos y ambientales los que interactúan en la inducción y producción de la depresión, así como en la evolución recurrente/crónica de la enfermedad. Estos factores generan cambios bioquímicos y/o estructurales en el sistema nervioso central, promoviendo así una sensibilización para el desarrollo de nuevos episodios depresivos y la estabilización de las condiciones neurobiológicas que llevan a la recurrencia y a la cronicidad.

Insomnio

El insomnio comprende predominante insatisfacción por la cantidad o la calidad del sueño, asociada a uno (o más) de los síntomas siguientes:

- ✓ Dificultad para iniciar el sueño (en niños, esto se puede poner de manifiesto por la dificultad para iniciar el sueño sin la intervención del cuidador).
- ✓ Dificultad para mantener el sueño, que se caracteriza por despertares frecuentes o problemas para volver a conciliar el sueño después de despertar. En niños, esto se puede poner de manifiesto por la dificultad para volver a conciliar el sueño sin la intervención del cuidador.
- ✓ Despertar pronto por la mañana con incapacidad para volver a dormir. (American Psychiatric Association, 2014)

La alteración del sueño causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral, educativo, académico, del comportamiento u otras áreas importantes del funcionamiento. La dificultad del sueño se produce al menos tres noches a la semana. La dificultad del sueño está presente durante un

mínimo de tres meses. La dificultad del sueño se produce a pesar de las condiciones favorables para dormir.

El insomnio no se explica mejor por otro trastorno del sueño-vigilia y no se produce exclusivamente en el curso de otro trastorno del sueño-vigilia (por ejemplo: narcolepsia, un trastorno del sueño relacionado con la respiración, un trastorno del ritmo circadiano de sueño-vigilia, una parasomnia). El insomnio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (por ejemplo: una droga, un medicamento). La coexistencia de trastornos mentales y afecciones médicas no explica adecuadamente la presencia predominante de insomnio.

Factores de riesgo

En los últimos años, muchas investigaciones han dirigido sus esfuerzos al estudio de la depresión y la ansiedad, no sólo por sus altos índices de prevalencia, sino con el objetivo de señalar los factores predisponentes y establecer acciones preventivas. En este sentido, se han realizado múltiples estudios centrados específicamente en el análisis de factores como la edad, las influencias psicosociales, el procesamiento cognitivo, y/o las características individuales de la personalidad; con el objetivo de determinar el inicio o mantenimiento de la ansiedad, la depresión, estrés y el insomnio. Así se puede mencionar entre los factores más importantes lo siguiente:

-El incremento de la carga laboral, la pérdida de seguridad laboral, la falta de suministros para la prestación de servicios, los bajos salarios, la falta de recurso humano de enfermería y el incremento de procesos judiciales, son factores que generan sobrecarga laboral, cansancio y agotamiento físico-mental en este grupo de trabajadores, como consecuencia puede generar ansiedad, insomnio y otros problemas de salud mental (OPS, 2020).

-La inhibición conductual definida por una fuerte tendencia a la introversión, retraimiento, evitación social, inquietud, malestar social e incluso miedo ante personas, objetos y/o situaciones desconocidas, inciertas o cambiantes es considerada como el principal factor reportado. La baja

preparación, conflictos con los compañeros, ambiente de trabajo inadecuado, preocupaciones acerca del desempeño y las competencias en el servicio.

-El ser mujer, debido a la tendencia por recibir y ofrecer mayor soporte emocional e involucrarse en los problemas de otro. Residir en un lugar alejado de la institución de salud puede generar conflictos emocionales (OPS, 2020).

-La autoimagen también es factor, entendida como representación simbólica que una persona hace de su propio cuerpo. Se trata de la fotografía interna que tenemos de nosotros mismos a nivel físico. La imagen corporal también tiene que ver con los sentimientos y emociones que experimenta la persona respecto a cómo percibe su físico, cómo se siente con su cuerpo y dentro de su propio cuerpo.

-Los factores familiares, en cuanto a este tipo de problemas se convierten en factores de riesgo cuando el individuo no cuenta con los recursos suficientes para afrontar y se siente sobrecargado. Los factores familiares, con un 74,3%, generan mucho más estrés y ansiedad que los económicos, con un 49,7%. Como consecuencia, cuatro de cada diez encuestados afirman que el estrés frecuente les genera problemas de rendimiento y concentración en el trabajo.

Modelos teóricos

Del estrés laboral

El estrés laboral desde un modelo transaccional se define como un proceso dinámico de interacción entre la persona y su entorno. Este proceso se inicia cuando un individuo percibe un desequilibrio importante entre las demandas del entorno y su capacidad de respuesta bajo condiciones donde el fracaso en hacer frente a estas demandas tiene consecuencias negativas importantes para él. En este proceso se pueden diferenciar varios componentes. Para que el sujeto perciba la sensación de estrés es necesario que existan unos desencadenantes del proceso de estrés: estresores, los mismos que pueden ser calificados como una exigencia,

situación o circunstancia que altera el equilibrio del individuo e inicia respuestas al estrés (Gil-Monte, 2006).

Otro componente son los procesos de evaluación, que incluyen procesos cognitivos: el individuo evalúa y decide si las condiciones de su entorno constituyen motivo de amenaza a su bienestar y cuál es su capacidad de manejarlos. Las estrategias de afrontamiento que pone en marcha son esfuerzos cognitivos y conductuales cambiantes, que se desarrollan para manejar las condiciones del entorno o las amenazas percibidas. Las eficacias de las estrategias de afrontamiento determinan que se mantengan o desaparezcan los resultados del estrés, si ocurre lo primero se inician las consecuencias del estrés laboral.

De la medida de ansiedad y depresión

Según Lovibond y Lovibond (como se citó en Antúnez y Vinet, 2012) refiere que conceptualmente la depresión y la ansiedad son muy distintas, pero en la práctica clínica e investigación tienden a sobreponerse; siendo creada para este propósito las escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS). Estas escalas en un principio estaban orientadas a medir solo depresión y ansiedad, no obstante, durante el desarrollo del instrumento surgió una nueva escala, que fue llamada "estrés", la cual mediría un conjunto de síntomas que pueden ser diferenciados de la depresión y la ansiedad, como un estado de activación y tensión persistente.

El DASS quedó constituido por tres escalas que miden por separado, depresión, ansiedad y estrés. No obstante, los autores plantean que la discriminación perfecta entre medidas de auto-informes de ansiedad y depresión parece imposible, ya que las correlaciones entre las escalas del DASS no se deberían únicamente a la carga de los factores, sino más bien a la continuidad natural entre los tres síndromes y por ende, a la correlación esperable entre los factores que pueden surgir debido a que existen causas comunes subyacentes a la depresión, la ansiedad y al estrés.

Por esto, varios síntomas que pueden considerarse tradicionalmente como parte de alguno de estos tres síndromes, no están representados en las escalas del DASS, ya que no parecen ser específicos de uno u otro síndrome. De este modo estos autores conceptualizaron la depresión como un trastorno compuesto por síntomas típicamente asociados con estado de ánimo disfórico (como la tristeza, desesperanza, autodepreciación e inutilidad).

Descriptivamente, este síndrome es caracterizado principalmente por una pérdida de la autoestima y el incentivo, asociada a una baja probabilidad de lograr las metas vitales significativas para la persona, entre otros. La ansiedad es descrita en torno a los síntomas físicos de excitación, ataques de pánico, tensión muscular y miedo (temblor o desmayo) destacando los vínculos entre un estado prolongado de ansiedad y una respuesta aguda de miedo; también en esta escala se aborda la ansiedad situacional entendida como uno de los componentes afectivos del proceso de estrés que en conjunto con otras emociones, como la rabia y el miedo, pueden surgir cuando el individuo no consigue dar respuesta a los estímulos dados.

El estrés es descrito como cierta tendencia a reaccionar a los acontecimientos estresantes con síntomas tales como tensión, irritabilidad y activación persistente con un bajo umbral para ser perturbado o frustrado, sugiriéndose que hay una continuidad natural entre los síndromes evaluados por la escala de ansiedad y estrés, siendo el punto de división entre los dos un tanto arbitrario.

De la medida del insomnio

Actualmente se disponen, además de los diarios de sueño, de otros instrumentos de medición de las dificultades para dormir. Basados en diferentes necesidades clínicas y de investigación se han desarrollado varios instrumentos, entre los últimos la Escala de Atenas de Insomnio–EAI (Soldatos et al., 2000), la que tiene su fundamento en los criterios diagnósticos para insomnios no orgánicos de la Clasificación Internacional de las enfermedades 10 edición (CIE-10). Entonces el EAI mide el insomnio en concordancia con la definición que hace

el CIE-10 (OPS, 2020) caracterizándola como una afección que se caracteriza por una cantidad o una calidad insatisfactoria del sueño que persiste por un período considerable. Comprende dificultades para la conciliación del sueño, dificultades para mantenerse dormido y despertar precoz en la fase final del sueño.

Material y métodos

La investigación descrita con anterioridad fue de enfoque cuantitativo, descriptivo, transversal y analítico, en donde la población en estudio estuvo conformada por todos los profesionales de enfermería que laboraban en el Hospital Víctor Ramos Guardia en el año 2021.

Según registros de recursos humanos en mayo del 2021 se encontraron laborando en el hospital un total de 183 profesionales de enfermería y a partir de allí, se procedió a la elección de la unidad de análisis partiendo de los siguientes criterios:

Criterios de inclusión de los profesionales de enfermería en el estudio: profesional de enfermería que labore en el Hospital Víctor Ramos Guardia, sin distinción de sexo, nombrado o contratado en el hospital y que acepte participar del estudio y firme el consentimiento informado.

Criterios exclusión de los profesionales de enfermería en el estudio: profesional de enfermería que haya sido diagnosticado con alguna enfermedad mental antes de la pandemia COVID-19 por un profesional de la salud mental o aquellos enfermeros que se encuentre de vacaciones o licencia de salud al momento de efectuar el estudio.

En cuanto a la unidad de análisis estuvo constituida por cada profesional del personal de enfermería del hospital. La muestra fue censal y quedó conformada por 183 unidades de análisis. Se empleó como técnica la encuesta y como instrumento el cuestionario auto informado aplicado en línea.

Asimismo, el cuestionario estuvo conformado por 45 ítems, de los cuales 16 ítems son preguntas generales, y 29 ítems son preguntas del estudio: 8 corresponden a la Escala de Atenas y 21 a la escala del DASS-21, ambas con validez y fiabilidad en el idioma español determinados por Portocarrero et al. (2005) y Ruiz et al. (2017) respectivamente.

La escala DASS-21 consta de 7 ítems para depresión, 7 ítems para ansiedad y 7 ítems para estrés, estas preguntas contienen respuestas tipo Likert (nunca, a veces, con frecuencia y casi siempre). Por otro lado, el EAI contiene ocho ítems, cada uno con respuestas tipo Likert con puntuaciones entre 0 y 3. En la investigación obtuvieron una fiabilidad de 0,967 y 0,893 respectivamente los dos instrumentos. Vale mencionar que los datos fueron procesados a través del software estadístico gratuito R studio, el cual permitió realizar un análisis de normalidad de los datos y el análisis inferencial de regresión logística.

Resultados

Tabla 1.

Datos sociodemográficos de los enfermeros del Hospital VRG de Huaraz, 2021.

Datos sociodemográficos		n	%
Área	No COVID	124	67.8
	COVID	59	32.2
Sexo	Hombre	39	21.3
	Mujer	144	78.7
Edad	18-40 años	128	69.9
	41-60 años	53	29.0
	61 a más	2	1.1
Estado civil	Casado (a)/ Conviviente	101	55.2
	Soltero y otros	82	44.8
Práctica religiosa	Si	53	29.0
	No	130	71.0
TOTAL		183	100.0

De la Tabla 1 se observan los resultados de las características sociodemográficas de los profesionales de enfermería durante la pandemia del COVID-19 y se pudo evidenciar que el 32,2% de los profesionales de enfermería laboran en el área COVID-19, el 78,7% del total de profesionales de enfermería son mujeres, en cuanto a la edad el 69,9% de los profesionales de enfermería tienen edades comprendidas de 18 a 40 años seguido de un 29,9% de los profesionales que sus edades están agrupados entre 41 y 60 años, el 55,2% de los profesionales de enfermería son casados o convivientes, además el 71,0% del total de los profesionales de enfermería no tiene prácticas religiosas.

Tabla 2.

Niveles de salud mental de los enfermeros del Hospital VRG de Huaraz, 2021.

Salud mental		Nivel	n	%
Estrés		Leve	7	3.8
		Moderada	12	6.6
		Severa	9	4.9
		Extremadamente severa	0	0.0
Ansiedad		Leve	6	3.3
		Moderada	34	18.6
		Severa	5	2.7
		Extremadamente severa	21	11.5
Depresión		Leve	2	1.1
		Moderada	12	6.6
		Severa	11	6.0
		Extremadamente severa	6	3.3
Insomnio	Si	66	36.1	
TOTAL			183	100.0

En la Tabla 2 se muestra que el 6,6% del total de profesionales de enfermería tuvieron estrés moderado, un 4,9% estrés severo y un 3,8% del total de profesionales de enfermería estrés leve. En cuanto a la ansiedad el 18,6% del

total de profesiones de enfermería tuvieron estrés moderado, un 11,5% tuvo ansiedad extremadamente severa, el 3,3% ansiedad leve y finalmente un 2,7% del total de profesionales de enfermería tuvo ansiedad leve.

Además, el 6,6% del total de profesionales de enfermería tuvo depresión moderado, seguido de un 6,0% con depresión severa, un 3,3% de los profesionales estuvo con depresión extremadamente severa y un 1,1% de los profesionales estuvo con depresión leve, en cuanto al problema de insomnio, padecieron de esta enfermedad un 36,1% del total de los profesionales de enfermería estudiados en el presente trabajo de investigación.

Tabla 3.

Factores de riesgo para el estrés de los enfermeros del Hospital VRG de Huaraz, 2021.

Modelo: Estrés		No	Si	OR	P-valor
		n (%)	n (%)		
Enfermedad crónica	Ausente	129 (89.0)	16 (11.0)	3.72 (1.56-8.79)	<0.01
	Presente	26 (68.4)	12 (31.6)		
Diagnóstico covid-19 personal	No	119 (89.5)	14 (10.5)	3.31 (1.44-7.64)	<0.01
	Si	36 (72.0)	14 (28.0)		
Contacto casos covid-19	Ninguno	43 (97.7)	1 (2.3)	10.37 (2.10-187.74)	0.02
	Confirmado	112 (80.6)	27 (19.4)		
Hogar con personas vulnerables	No	43 (95.6)	2 (4.4)	4.99 (1.41-31.81)	0.03
	Si	112 (81.2)	26 (18.8)		
Diagnóstico covid-19 social	Familiar/círculo	120 (92.3)	10 (7.7)	6.17 (2.66-15.08)	<0.01
	Hogar	35 (66.0)	18 (34.0)		

Los análisis de regresión logística de la Tabla 3 muestra que los factores de riesgo para el estrés fueron: evaluado con enfermedad crónica (presente, odds ratio [OR]= 3,72, IC del 95% = 1,56 – 8,79; p<0,01); diagnosticado con COVID-19 (Si, OR= 3,31, IC del 95% = 1,44 – 7,64; p<0,01); contacto con casos de COVID-19 (confirmado, OR = 10,37, IC del 95% = 2,10 – 187,74; p<0,05); hogar con

personas vulnerables (Si, OR = 4,99, IC del 95% = 1,41 – 31,81; $p < 0,05$) y que haya un diagnosticado con COVID-19 en el hogar (Hogar, OR = 6,17, IC del 95% = 2,66 – 15,08; $p < 0,01$).

Tabla 4.

Factores de riesgo para la ansiedad de los enfermeros en el Hospital VRG de Huaraz, 2021.

Modelo: Ansiedad		No		Si		OR	P-valor
		n	(%)	n	(%)		
Sexo	Hombre	34	(87.2)	5	(12.8)		
	Mujer	83	(57.6)	61	(42.4)	5.00 (2.00-15.23)	<0.01
Enfermedad crónica	Ausente	100	(69.0)	45	(31.0)		
	Presente	17	(44.7)	21	(55.3)	2.75 (1.33-5.76)	<0.01
Diagnóstico covid-19 personal	No	97	(72.9)	36	(27.1)		
	Si	20	(40.0)	30	(60.0)	4.04 (2.06-8.11)	<0.01
Diagnóstico covid-19 Hogar	Familiar/círculo social	90	(69.2)	40	(30.8)		
	Hogar	27	(50.9)	26	(49.1)	2.17 (1.13-4.19)	0.02

Los análisis de regresión logística de la Tabla 4 refleja que los factores de riesgo para la ansiedad fueron: sexo (Mujer, OR = 5,00, IC del 95%= 2,00 – 15,23; $p < 0,01$); evaluado con enfermedad crónica (presente, odds ratio [OR] = 2,75, IC del 95% = 1,33 – 5,76; $p < 0,01$); diagnosticado con COVID-19 (Si, OR = 4,04, IC del 95% = 2,06 – 8,11; $p < 0,01$) y que haya un diagnosticado con COVID-19 en el hogar (Hogar, OR = 2,17, IC del 95% = 1,13 – 4,19; $p < 0,05$).

Tabla 5.

Factores de riesgo para la depresión de los enfermeros en el Hospital VRG de Huaraz, 2021.

Modelo: Depresión		No		Si		OR	P-valor
		n	(%)	n	(%)		
Sexo	Hombre	37	(94.9)	2	(5.1)	4.67 (1.32-29.72)	0.04
	Mujer	115	(79.9)	29	(20.1)		
Enfermedad crónica	Ausente	126	(86.9)	19	(13.1)	3.06 (1.30-7.04)	<0.01
	Presente	26	(68.4)	12	(31.6)		
Diagnóstico covid-19 personal	No	116	(87.2)	17	(12.8)	2.65 (1.18-5.92)	0.02
	Si	36	(72.0)	14	(28.0)		
Hogar con personas vulnerables	No	42	(93.3)	3	(6.7)	3.56 (1.18-15.45)	0.04
	Si	110	(79.7)	28	(20.3)		
Diagnóstico covid-19 social	Familiar/círculo social	117	(90.0)	13	(10.0)	4.63 (2.08-10.58)	<0.01
	Hogar	35	(66.0)	18	(34.0)		

Los análisis de regresión logística de la Tabla 5 muestra que la depresión los factores de riesgo fueron: sexo (Mujer, OR = 4,67, IC del 95%= 1,32 – 29,72; $p < 0,05$); evaluado con enfermedad crónica (presente, odds ratio [OR] = 3,06, IC del 95% = 1,30 – 7,04; $p < 0,01$); diagnosticado con COVID-19 (Si, OR = 2,65, IC del 95% = 1,18 – 5,92; $p < 0,05$); hogar con personas vulnerables (Si, OR = 3,56, IC del 95% = 1,18 – 15,45; $p < 0,05$) y que haya un diagnosticado con COVID-19 en el hogar (Hogar, OR = 4,63, IC del 95% = 2,08 – 10,58; $p < 0,01$).

Tabla 6

Factores de riesgo para el insomnio de los enfermeros en el Hospital VRG de Huaraz, 2021.

Modelo: Insomnio		No		Si		OR	P-valor
		n	(%)	n	(%)		
Sexo	Hombre	35	(89.7)	4	(10.3)	6.62 (2.48-23.00)	<0.01
	Mujer	82	(56.9)	62	(43.1)		
Enfermedad crónica	Ausente	103	(71.0)	42	(29.0)	4.20 (2.01-9.10)	<0.01
	Presente	14	(36.8)	24	(63.2)		
Diagnóstico covid-19 personal	No	97	(72.9)	36	(27.1)	4.04 (2.06-8.11)	<0.01
	Si	20	(40.0)	30	(60.0)		
Contacto casos covid-19	Ninguno	41	(93.2)	3	(6.8)	11.33 (3.88-48.34)	<0.01
	Confirmado	76	(54.7)	63	(45.3)		
Diagnóstico covid-19 social	Familiar/círculo social	92	(70.8)	38	(29.2)	2.71 (1.41-5.28)	<0.01
	Hogar	25	(47.2)	28	(52.8)		

Los análisis de regresión logística de la Tabla 6 refleja que en el caso del insomnio los factores de riesgo fueron: sexo (mujer, OR = 6,62, IC del 95% = 2,48 - 23,00; $p < 0,01$); evaluado con enfermedad crónica (presente, OR= 4,20, IC del 95% = 2,01 - 9,10; $p < 0,01$); diagnosticado con COVID-19 (Si, OR= 4,04, IC del 95% = 2,06 - 8,11; $p < 0,01$); contacto con casos de COVID-19 (confirmado, OR = 11,33, IC del 95% = 3,88 - 48,34; $p < 0,01$) y que haya un diagnosticado con COVID-19 en el hogar (Hogar, OR = 2,71, IC del 95% = 1,41 - 5,28; $p < 0,01$).

Análisis del estudio

El estudio demostró prevalencia de estrés 15,3%, ansiedad 36,4 %, depresión, 13,7% e insomnio 36,1% en los profesionales de enfermería, lo que puede estar dado porque este es el personal que permanece en primera línea en la atención a pacientes con COVID-19.

El estrés, depresión, ansiedad e insomnio son las patologías psiquiátricas que se presentan con mayor frecuencia en la población general. Según los estudios epidemiológicos de salud mental en el Perú en el año 2018, dan cuenta que anualmente en promedio el 20,7% de la población mayor de 12 años de edad padece algún tipo de trastorno mental en algún momento de su vida, siendo las tasas más altas en las zonas urbanas.

Además, estudios realizados en el Perú por el Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi informan que en el Perú los mayores problemas de salud mental se considera la ansiedad, depresión, alcanzando el 16,4% de depresión y 10,6% de ansiedad generalizada en la ciudad de Lima (MINSa, 2018).

La sobrecarga asistencial y el alto estrés al que se han enfrentado los profesionales sanitarios durante los meses más duros de la epidemia de coronavirus han provocado que el personal de enfermería experimente niveles severos de estrés, ansiedad y depresión e insomnio (Lázaro, 2020). Según una reciente revisión sistemática española, sostienen que durante estos últimos

meses hasta el 45% de los enfermeros presentaron niveles medio altos de ansiedad, depresión y preocupación e insomnio (Lai et al., 2020).

Datos similares se encontró en enfermeros de la ciudad de Cuzco, donde se observa la prevalencia de depresión (30,8%) y ansiedad (41,8%) y estrés (34,1%) (Virto et al., 2020). De igual modo, los resultados identificados en Ecuador aportaron elementos importantes sobre el estado actual de salud mental del personal de salud, mostraron la presencia de conductas ansiógenas y depresivas en todos los profesionales estudiados del total de los mismos, el 46,40 % presentó ansiedad, y en el 34,50 % se identificó sintomatología depresiva de estas; las puntuaciones más altas de ansiedad y depresión se reportaron en el personal de enfermería (Naranjo-Hidalgo y Poveda-Ríos, 2021).

Con respecto a los factores de riesgo, la mayoría de los indicadores estudiados se consideran determinantes para presentar estrés, ansiedad, depresión e insomnio en los profesionales de enfermería, también el padecimiento de enfermedades crónicas, el diagnóstico COVID-19 al personal que labora en el hospital, así como convivir en el hogar con personas vulnerables, mantener contacto con casos COVID-19, la relación entre el sexo y el ser diagnosticado con COVID-19. Estas reacciones son esperadas en situaciones que emanan de la pandemia del COVID-19 y deben ser tomadas como referencia para la organización de los cuidados de la salud mental del personal de la salud y las intervenciones que devienen de ella.

Toda organización e intervención debe ser sensible a las experiencias subjetivas que tienen los trabajadores consecuencia de la situación y, esta consideración comprensiva, debe hacerse explícita en todo momento. El contexto de la pandemia puede causar problemas individuales, como el estrés agudo y/o crónico, la ansiedad, síntomas depresivos e insomnio, así como el incremento de conflictos interpersonales, el debilitamiento de las redes de soporte, entre otros factores que pueden aumentar el riesgo de problemas de salud mental (MINSA, 2020).

Bueno-Ferrán y Barrientos-Trigo (2020) sostienen que los profesionales de enfermería de sexo femenino, además de la utilización de los EPI y la actitud positiva de los compañeros de trabajo, se considera como uno de los factores amortiguadores del estrés más valorados.

Asimismo, los enfermeros puntuaron más alto en estrategias de afrontamiento relacionados con el conocimiento de los mecanismos de transmisión del virus, de las medidas de protección y la actitud positiva en el trabajo; aunque en general, los enfermeros fueron los que más alto calificaron en todas las estrategias de afrontamiento para evitar problemas de salud mental. De igual modo, una de las situaciones que ayuda a los profesionales de enfermería a afrontar mejor la realidad es el contacto con la familia y allegados sea de forma presencial o a través de medios no presenciales, como una forma de no permitir que la situación sea desbordante.

Alonso (2021) calculó el porcentaje de profesionales de primera línea en la muestra que cumplía con criterios diagnósticos encontrando 91,66% de depresión, un 83,33% de ansiedad y un 85,25% de estrés. Asimismo, la muestra de profesionales afirma estar insatisfechos con la calidad y cantidad de sueño, el 80% sufre insomnio crónico y 58,82% de insomnio agudo. Igualmente, el 61,90% de los que, a pesar de no cumplir con criterios temporales, reúnen la sintomatología del trastorno de ansiedad generalizada.

Según la evidencia científica, la presencia de síntomas es más frecuente e intensa entre el personal de primera línea y se asocia no sólo a un contacto prolongado con pacientes infectados por COVID-19, sino también por la complejidad de cuidados. Con respecto al sexo y antecedente de enfermedad crónica, la muestra total la conformaron 52 mujeres (85,25%) y el 19,67% (n=12) de los participantes tenían antecedentes de enfermedad de salud mental, con diagnósticos de ansiedad insomnio, estrés y ataques de pánico. Además, en el personal de salud también se han encontrado problemas de salud mental, especialmente en las profesionales mujeres, el personal de enfermería y aquellos que trabajan directamente con casos sospechosos o confirmados de COVID-19.

Los resultados encontrados guardan similitud con otros estudios en la zona (Núñez, 2021) donde la depresión estuvo asociada a la convivencia con personas vulnerables en el hogar y al diagnóstico positivo a enfermedades de salud mental antes de la pandemia, mientras que la ansiedad se asoció a la convivencia con familiares, la práctica de alguna religión y al diagnóstico personal positivo a COVID-19.

Asimismo, el 76,4% del total de profesionales de enfermería son mujeres y 6,8% del total de enfermeros tiene alguna enfermedad crónica. De los enfermeros que trabaja en el área COVID-19: el 59,3% del total de enfermeros viven con niños, o personas mayores de 65 años, u otros con alguna enfermedad. También afirman que alguien en su círculo social fuera de su hogar ha tenido COVID-19, además manifiestan que alguien fuera de su hogar falleció con el COVID-19 y el 32,2% ha sido diagnosticado con el COVID-19.

Haciendo una comparación con un estudio realizado en Ecuador en el cual se determinó el principal impacto del COVID-19 en la salud mental del personal de enfermería de los diferentes servicios del Hospital Alfredo Noboa Montenegro, se obtuvo como resultado una alta prevalencia de síntomas de ansiedad, depresión y estrés, cuyos resultados son similares al presente estudio. Y entre los factores de riesgo que condicionan la aparición de problemas de salud mental identificados en la investigación se relacionan con el fallecimiento de un familiar por COVID-19.

Sin embargo, ambos estudios difieren en cuanto a la relación entre el género con la depresión y la ansiedad, esto se corrobora tanto en la escala DASS-21 como en el cuestionario PHQ-9, presentando mayor depresión y ansiedad entre el personal de sexo masculino que manifiesta una depresión leve y ansiedad moderada; por su parte las mujeres tienen niveles de depresión y ansiedad bajos en las dos escalas (Pilataxi et al., 2021).

En un hospital del Perú, los problemas de salud mental como estrés y ansiedad están focalizados en los profesionales de enfermería con antecedentes de problemas de salud mental y los que presentan enfermedades crónicas, así

como todos aquellos diagnosticados con COVID-19 concluyendo que existen diversos factores individuales y contextuales que están asociados al impacto de la epidemia COVID-19 en la salud mental de los enfermeros que laboran en los hospitales de Lima (Castro y Gamero, 2021).

Muñoz et al. (2020) refiere que los factores de riesgo relacionados con el estrés es el ser mujer, estar embarazada o tener hijos. Está reportado que las mujeres tienen mayor temor al contagio, tanto a nivel personal como de su familia en comparación con los hombres y ellas son más vulnerables a padecer una sumatoria de factores de riesgo biológicos y sociales para tener alguna afección de salud mental.

Otros factores de riesgo es la exposición a otros eventos adversos en la vida del enfermero como la coexistencia previa de psicopatología y las conductas adictivas, así como también, tener a distintos miembros de la familia con adicciones, trastornos alimenticios, hiperactividad o conductas disociales; todos estos factores inciden en la vulnerabilidad del trabajador, sumándose también la carga emocional de los trabajadores de la salud en su quehacer rutinario. Por lo tanto, la pandemia por COVID-19 es un factor de riesgo de problemas de salud mental en todos y cada uno de los profesionales de enfermería, el cual amerita una evaluación y atención oportuna por parte de los especialistas en salud mental.

CAPÍTULO 5

Conclusiones y reflexiones



Capítulo 5

Conclusiones y Reflexiones

Conclusiones

En virtud de los objetivos planteados que se relacionan con la salud mental del personal de enfermería profesional en el Hospital de Huaraz en el año 2020, se tiene que los profesionales en enfermería que laboraban en un área de atención de pacientes con COVID-19 presentó algún nivel de ansiedad (47,5%), insomnio (32,2%), depresión (23,7%) y estrés (6,8%).

Asimismo, se logró determinar que para el personal de enfermería profesional que trabajaba en un área diferente a la de atención de pacientes con COVID-19 también presentaron algún grado de ansiedad (43,1%), depresión (23,5%), insomnio (43,1%) y estrés (17,6%). Por lo tanto, la salud mental de los enfermeros no es diferente en áreas de atención de COVID-19 y otras diferentes del hospital.

Por otra parte, los hallazgos del estudio reflejaron que la depresión de los enfermeros estuvo asociada a la convivencia con personas vulnerables en el hogar y al diagnóstico positivo a enfermedades de salud mental antes de la pandemia por COVID-19.

Adicionalmente, la ansiedad de los enfermeros estuvo asociada a la convivencia con familiares, a la práctica de alguna religión y al diagnóstico personal positivo de COVID-19. Y para finalizar, el estrés presentado por el cuerpo de enfermeros en estudio, estuvo asociado al consumo de psicofármacos.

En virtud de los resultados esbozados a partir de la investigación del año 2020, se plantea determinar los factores de riesgo del estrés, ansiedad, depresión e insomnio del profesional de enfermería laborante del Hospital Víctor Ramos Guardia en el contexto de la pandemia del COVID-19 tras haber transcurrido un año de experiencia laboral y vivencial. Así en el 2021, los enfermeros presentaron prevalencias de 36,1% de ansiedad, 36,1% de insomnio, 16,9% de depresión y 15,1% de estrés. Los casos severos de problemas de salud mental fueron prevalentes en el 11,5% para ansiedad y 3,3% de depresión.

Los factores de riesgo para la ansiedad y para estrés de los enfermeros en tiempos de la pandemia COVID-19 fueron el contacto de casos, diagnóstico personal o familiar con COVID-19, vivir con personas vulnerables y tener una enfermedad crónica.

En el caso de los factores de riesgo para el insomnio de los enfermeros en tiempos de la pandemia COVID-19 fueron: el contacto de casos, ser mujer, diagnóstico personal o familiar con COVID-19, tener una enfermedad crónica.

Y por último los factores de riesgo para la depresión de los enfermeros en tiempos de la pandemia COVID-19 fueron: el contacto de casos, ser mujer, vivir con personas vulnerables, diagnóstico personal o familiar con COVID-19 y tener una enfermedad crónica.

Reflexiones finales

A un año prácticamente ininterrumpido de la pandemia por COVID-19 ha tenido un impacto demoledor en los profesionales de enfermería que trabajan en el Hospital Víctor Ramos Guardia de Huaraz. Y el problema es que no se puede vislumbrar una pronta salida, porque la lucha contra el virus mantiene ocupados a casi el 80 por ciento de los profesionales que se ve obligado a dedicar la mayor parte de su tiempo de trabajo al COVID y no puede prestar la asistencia que desearían al resto de sus pacientes.

El resultado de tantos y tantos meses de desgaste ha tenido consecuencias muy graves para la salud mental de este personal especializado, ya que un porcentaje significativo de ellos reconoce haber sufrido depresión, 3 de cada 10 confirman haber padecido insomnio (36,1%) y algo más de una tercera parte ha tenido episodios graves de ansiedad (36,1%) y otros problemas de salud mental.

Esta es una realidad muy preocupante debido a que ambos estudios demuestran por primera vez y con absoluta evidencia científica, el coste psicológico y emocional que ha provocado la pandemia por COVID-19 para los enfermeros laborantes del Hospital de Huaraz. Así pues, un alto porcentaje de profesionales reconoce que se ha visto afectada su salud mental por la responsabilidad de la pandemia, una huella que ha resultado aún más profunda

entre los profesionales que trabajan en Cuidados Intensivos, Atención Primaria, Sociosanitarias y Urgencias, aunado a la incidencia de contagios COVID entre los propios enfermeros y los resultados ponen de manifiesto que prácticamente la mitad de los profesionales (48%) ha padecido esta enfermedad que tiene en expectativa al mundo desde hace un año y, de todos ellos, un 14,5% ha estado contagiado ya dos o más veces.

La incidencia de COVID-19 en los enfermeros supera ampliamente a la de la población general y demuestra el coste epidemiológico y psicológico que ha representado para los profesionales.

De acuerdo a la experiencia que se tuvo en China con respecto a esta pandemia tan particular, se deben desarrollar planes adecuados de intervenciones psicosociales basados en equipos interdisciplinarios (figura 1). Algunas medidas generales pueden ser horarios de trabajo más cortos, periodos de descanso regulares y turnos rotativos para aquellos que trabajan en áreas de alto riesgo (Li et al., 2020).

Figura 1.

Equipos interdisciplinarios conformados en China para proteger la salud mental del personal sanitario



Nota. Adaptado de Huarcaya, J. (2020). Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de COVID-19. *Rev Perú Med Exp Salud Pública*, 37 (2) <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2020.372.5419>

De acuerdo a experiencias de otros países, se sugiere que la mejor forma de prevenir problemas mentales en el personal de salud es brindar un espacio adecuado para que puedan descansar y aislarse momentáneamente de sus familias, ofrecer una adecuada alimentación y suministros diarios, desarrollar reglas detalladas y claras para el uso y manejo de los equipos de protección, aconsejar sobre técnicas de relajación y manejo del estrés, facilitar información sobre la enfermedad y sobre las medidas de protección y fomentar las visitas de los consejeros psicológicos a las áreas de descanso del personal de salud, para escuchar sus dificultades y brindarle el apoyo necesario (Chen et al., 2020).

También se ha demostrado que la confianza es un aspecto relevante para el bienestar psicológico del personal de enfermería, ya que ayuda a mejorar la motivación, el rendimiento y la calidad de la atención. La experiencia de la pandemia de H1N1 en Japón en el 2009, sugiere que la confianza entre los trabajadores es un elemento crucial para que el personal de la salud esté dispuesto a afanarse durante una crisis de salud pública, ya que fomenta mejores interacciones sociales y cooperación entre los profesionales sanitarios.

Sin embargo es importante resaltar que para lograrse un cambio sustancial es necesaria la intervención de los gobiernos y autoridades sanitarias, para que lleven a cabo acciones urgentes dirigidas a proteger la salud mental de los profesionales de enfermería al frente de la lucha contra COVID-19, no solamente para poder disponer de un sistema de salud sólido y resiliente que permita hacer frente a este desafío, o a vicisitudes futuras; sino que también es algo que sin duda la humanidad le debe a los profesionales sanitarios por la valentía, dedicación y entrega incondicional que realizan día a día en su labor de salvar vidas.

Referencias

- Abbey, S. E. (2002). Somatization and somatoform disorders. En M. Wise y J. Rundell (Eds.), *Textbook of consultation-liaison psychiatry: psychiatry in the medically ill*. (p. 361-392). American Psychiatric Publishing, Inc.
- Accinelli, M. (2020). COVID-19: la pandemia por el nuevo virus SARS CoV-2. *Rev Perú Med Exp Salud Pública* 37(2), 302-311.
- Adhanom, T. (marzo 2020). *El colapso de los sistemas sanitarios por el COVID-19 provoca un aumento drástico de muertes prevenibles*. <https://elglobal.es/politica/el-colapso-de-lossistemas-sanitarios-por-el-covid-19-provoca-un-aumento-drastico-de-muertes-prevenibles/>
- Alarcón, R.D., Mazzotti, G., y Nicolini, H. (2012). *Psiquiatría*. OPS.
- Alonso, A. (2021). *Alteraciones psicológicas en enfermeras y enfermeros de nueva incorporación en época COVID*. [Tesis de licenciatura, Universidad de Valladolid].
- American Psychiatric Association. (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. APA.
- Anales del Sistema Sanitario de Navarra*. (s.f.). Versión impresa. ISSN 1137-6627.
- Anales del Sistema Sanitario de Navarra*. (2007). 30, supl. 3 https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272007000600002#:~:text=Ser%20vulnerable%20implica%20fragilidad%2C%20una,ser%20herido%20of%20C3%ADsica%20o%20emocionalmente.
- Antúñez Z., y Vinet, E. V. (2012). Escalas de depresión, ansiedad y estrés (DASS - 21). Validación de la versión abreviada en estudiantes universitarios chilenos. *Ter Psicol.* 30(3), 49.
- Asmundson, G.J.G., y Taylor S. (2020). How health anxiety influences responses to viral outbreaks like COVID-19: What all decision-makers, health authorities, and health care professionals need to know. *J Anxiety Disord.* 71:102211. doi: 10.1016/j.janxdis.2020.102211.

- Asociación de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria. (2020). *Guía de apoyo psicosocial durante esta epidemia de coronavirus*. OME-AEN. <https://ome-aen.org/guia-de-apoyo-psicosocial-durante-esta-epidemia-de-coronavirus/>
- Barello, S., Falcó-Pegueroles, A., Rosa, D., Tolotti, A., Graffigna, G., y Bonetti, L. (2020). The psychosocial impact of flu influenza pandemics on healthcare workers and lessons learnt for the COVID-19 emergency: a rapid review. *International Journal of Public Health* 65(7), 1205–1216.
- Barrio, J., García, M., Ruiz, I., y Arce, A. (2006), El estrés como respuesta. *International Journal of Developmental and Educational Psychology* 1, (1), 37-48. <https://www.redalyc.org/pdf/3498/349832311003.pdf>
- Bueno Ferrán M., y Barrientos-Trigo, S. (2020). Cuidar al que cuida: el impacto emocional de la epidemia de coronavirus en las enfermeras y otros profesionales de la salud. *Enferm Clin.* 31(1), 535-539. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.05.006>
- Cai H., Tu B., Ma J., Chen L., Fu L., Jiang Y., y Zhuang, Q. (2020). Psychological impact and coping strategies of frontline medical staff in Hunan between January and March 2020 during the outbreak of coronavirus disease 2019 (COVID) in Hubei, China. *Med Sci Monit.* 26, 1-16.
- Cassiani, S. (2020). La situación de la enfermería en el mundo y la Región de las Américas en tiempos de la pandemia de COVID-19. *Rev Panam Salud Pública* 44, 64. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.64>.
- Castro, R., y Gamero, E. (2021). *Factores asociados al impacto de la COVID-19 en la salud mental de los profesionales de enfermería, Lima, 2020*. [Tesis de licenciatura, Universidad María Auxiliadora].
- Chen Q., Liang M., Li Y., Guo J., Fei, D., Wang L., He, L., Sheng, C., Li, X., Wang, J., y Zhang, Z. (2020). Mental health care for medical staff in China during the COVID-19 outbreak. *The Lancet Psychiatry.* 7(4), 15–6.
- Chew N., Lee G., Tan B., Jing, M., Goh, Y., Ngiam, N., Yeo, L., Ahmad, A., Khan, F., Shanmugam, G., Sharma, A., Komalkumar, R., Meenakshi, P., Shah, K., Patel, B., Chan, B., Sunny, S., Chandra, B., Ong, J., Sharmab, V. (2020).

Un estudio multinacional y multicéntrico sobre los resultados psicológicos y los síntomas físicos asociados entre los trabajadores de la salud durante el brote de COVID-19. Elsevier.
<https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.04.049>

Clínica Universidad de Navarra. (2020). <https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/trastornos-sueno>

Coetzee, S., y Klopper, H. (2020). Compassion fatigue within nursing practice: a concept analysis. *Nurs Health Sci.*, 12., 235-243.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1442-2018.2010.00526.x> | Medline

DalGLISH, S. (2020). COVID-19 gives the lie to global health expertise. *Lancet*.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30739-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30739-X).

Delgado, M., Quijije, W., Flores, B., y Velázquez, M. (2020). Estrés laboral en el personal de enfermería del área de UCI durante la pandemia de COVID-19. UNESUM-Ciencias. *Revista Científica Multidisciplinaria* 4(3), 41-50.

Diario Enfermero. (18 de junio de 2020). <https://diarioenfermero.es/tag/salud-mental/>

Dirección Regional de Salud Ancash (DIRESA). (2020). *Sala situacional COVID-19*. DIRESA.

Dosil, M., Ozamiz, N., Redondo, I., Jaureguizar, J., y Picaza, M. (2020). Psychological impact of COVID-19 on a sample of Spanish health professionals. *Rev Psiquiatr Salud Ment*
<https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2020.05.004>

Eby, L., y Brown, N. (2010). *Cuidados de enfermería en salud mental*. (2da. ed.) Pearson.

Gabbard, G. (2004). *Long term psychodynamic psychotherapy: a basic text*. (5ta ed.). American Psychiatric Publishing Inc.

Gail, M. (31 de marzo de 2020). El colapso de los sistemas sanitarios por el Covid-19 provoca un aumento “drástico” de muertes prevenibles
<https://elglobal.es/politica/el-colapso-de-los-sistemas-sanitarios-por-el-covid-19-provoca-un-aumento-drastico-de-muertes-prevenibles/>

- Gil-Monte, P. R. (2006). *El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar*. Ediciones Pirámide.
- Gómez, E., Fumadó, C., y Forero, C. (2020). Impacto psicológico de la cuarentena en los trabajadores de la salud. *BMJ journals: Medicina ocupacional y ambiental*. <https://doi:10.1136/oemed-2020-106587>.
- Hernández, J. (2020). Impacto de la COVID-19 sobre la salud mental de las personas. *Medicentro Electrónica* 24(3), 578-594.
- Huang, J. (2020). Mental health survey of 230 medical staff in a tertiary infectious disease hospital for COVID-19". *Chinese Journal of Occupational Health and Occupational Diseases*, 38. DOI: 10.3760 / cma.j.cn121094-20200219-00063
- Huarcaya, J. (2020). Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de COVID-19. *Rev Perú Med Exp Salud Pública*, 37 (2) <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2020.372.5419>
- Inchausti, F., García-Poveda, N., Javier, A. y Sánchez-Reales, S. (2020). La psicología clínica ante la pandemia COVID-19 en España. *Clínica y Salud* 31(2), 105-107. <https://doi.org/10.5093/clysa2020a11>
- Jenkins, B., y Warren, N. (2012). Concept analysis: compassion fatigue and effects upon critical care nurses. *Crit Care Nurs Q.*, 35, 388-395. <http://dx.doi.org/10.1097/CNQ.0bo13e318268fe09>
- Kang, L., Ma, S., Chen, M., Yang, J., Wang, Y., Li, R., Yao, L., Bai, H., Cai, Z., Yang, B., Hu, S., Zhang, K., Wang, G., Ma, C., y Liua, Z. (2020). Impact on mental health and perceptions of psychological care among medical and nursing staff in 44 Wuhan during the 2019 novel coronavirus disease outbreak: A cross-sectional study. *Brain Behav Immun* 87(3),11-7.
- Lai, J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J., Wei, N., Wu, J., Du, H., Chen, T., Li, R., Tan, H., Kang, L., Yao, L., Huang, M., Wang, G., Liu, Z., y Hu, S. (2020). Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. *JAMA Netw Open* 3(3): e203976.

- Lázaro, A. (2020). *COVID: el miedo a segunda ola agrava la «arrollada» salud mental enfermera*.
<https://www.redaccionmedica.com/secciones/enfermeria/covid-19-segunda-ola-salud-mental-enfermera-8769>
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer.
- Li, G., Miao, J., Wang, H., Xu, S., Sun, W., Fan, Y., Zhang, C., Zhu, S., Zhu, Z. y Wang, W. (2020). Psychological impact on women health workers involved in COVID-19 outbreak in Wuhan: a cross-sectional study. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 91(8), 895-7.
- Lipowski, Z. J. (1988). Somatization: the concept and its clinical application. *The American Journal of Psychiatry* 145(11), 1358-1367.
- López Herrero, R., Sánchez Quirós, B., y Lorenzo López, M. (2020). Manejo del Síndrome de Distrés Respiratorio Agudo (SDRA). *¿Qué hay de nuevo? Revista Electrónica Anestesia R*, 12(8), 3.
<https://doi.org/10.30445/rear.v12i8.848>
- Lozano-Vargas, A. (2020). 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* 83(1), 51-56.
<https://doi.org/10.20453/rnp.v83i1.3687>
- Martínez, G. (2020). *Gestión y liderazgo de los servicios de enfermería en el plan de emergencia de la pandemia COVID-19: la experiencia del hospital clínico de Barcelona*. <https://doi:10.1016/j.enfcli.2020.05.002>
- Mason, D.J., Friese, C.R. (2020). Proteger a los trabajadores de la salud contra COVID-19 y estar preparados para futuras pandemias. *Foro de Salud JAMA* 1 (3): e200353. <https://doi:10.1001/jamahealthforum.2020.0353>
- Mason, D. J., y Friese, C.R. (2020). Protecting health care workers against COVID-19 and being prepared for future pandemics. *JAMA Heal Forum* 1(3), e200353–e200353.
- Mesa de Concertación para la lucha contra la pobreza. (2020). *Informe Nacional sobre el impacto del COVID-19 en las dimensiones económicas, sociales y*

en la salud en el Perú.
<https://www.mesadeconcertacion.org.pe/noticias/mesanacional/informacion-sobre-el-impacto-del-covid-19-en-las-dimensioneseconomica-social-y-en-salud-en-el-peru>

Ministerio de la Sanidad [España]. (2020). *Información científica técnica: enfermedad por coronavirus, COVID-19*. Ministerio de Sanidad.
<https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/ITCoronavirus.pdf>

Ministerio de Salud del Perú. (2020). Sala Situacional COVID-19 Perú.
https://covid19.minsa.gob.pe/sala_situacional.asp

Ministerio de Salud (MINSA). (2020) *Guía técnica para el cuidado de la salud mental del personal de la salud en el contexto del COVID-19*.

Ministerio de Salud (MINSA). (2018). *Lineamientos de política sectorial de salud mental del Ministerio de salud*.

Muñoz, L., Rumie, H., y Torres, G. (2015). Impacto en la salud mental de la (del) enfermera(o) que otorga cuidados en situaciones estresantes. *Cienc. enferm* 21(1),45-53. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532015000100005>.

Muñoz-Fernández, S.I., Molina-Valdespino, D., Ochoa-Palacios, R., Sánchez-Guerrero, O., y Esquivel-Acevedo, J.A. (2020). Estrés, respuestas emocionales, factores de riesgo, psicopatología y manejo del personal de salud durante la pandemia por COVID-19. *Acta Pediatr Méx* 41(1), S127-S136. <https://www.medigraphic.com/pdfs/actpedmex/apm-2020/apms201q.pdf>

Naranjo-Hidalgo, T., y Poveda-Ríos, S. (2021). Conductas ansiógenas y depresivas en el personal de salud de Ecuador ante la emergencia COVID-19. *Rev. Med. Electrón.* 3(5), 1-12.

Naser A., Dahmash E., Rousan R., Alwafi, H., Mohammad, H., Ghoul, I., Abidine, A., Bokhary, M., Al-Hadithi, H., Ali, D., Abuthawabeh, R., Mohammad, G., Alhartani, Y., Al Muhaisen, H., y Dagash, A. (2020). Estado de salud mental de la población general, profesionales de la salud y estudiantes

- universitarios durante el brote de la enfermedad por coronavirus de 2019 en Jordania: un estudio transversal. *MedRxiv*.
<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.04.09.20056374v1>
- Núñez, Ll., Núñez, N., Alberto, V., Asnate, E., Reyes, S., y Amado, A. (2021). La salud mental de los enfermeros en un hospital andino en tiempos de COVID-19. *Revista de Investigación en Salud* 4(11), 242-252.
<https://doi.org/10.33996/revistavive.v4i11.91>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2019). *Preguntas y respuestas sobre la enfermedad por coronavirus (COVID-19)*.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2020). *Actualización epidemiológica nuevo coronavirus (COVID-19)*.
<https://www.paho.org/es/documentos/vigilancia-global-enfermedad-causada-por-infeccion-humana-con-nuevo-coronavirus-covid-19>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2020). *Respuesta a la emergencia por COVID-19 en Perú*.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2020). *Atención al trabajador de salud expuesto al nuevo coronavirus (COVID-19) en establecimientos de salud*.
https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52033/PAHOPHEIMCOVID1920005_sp_a.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2020). *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud-CIE 10*. OPS.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2020). *COVID-19 intervenciones recomendadas en salud mental y apoyo psicosocial (SMAPS) durante la pandemia*.
https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52427/OPSNMHNMC OVID-19200026_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- Pacheco, E., Bravo, D., Pezúa, R., Olarte, M., Espejo, K., Rozas, V., Ortega, M., Contreras, J., Holgado, L., y, Infantas, J. (02-03 de octubre de 2020). *Impacto emocional y respuesta psicológica ante el aislamiento social producto del COVID-19*. En: H. Sánchez y K. Mejía (Eds.), *Investigaciones en salud mental en condiciones de pandemia por el COVID-19*. (pp. 69-84). Universidad Ricardo Palma. [Archivo PDF].
- PAHO. (2020). *Sistema de información COVID-19 para la Región de las Américas*. <https://paho-covid19-response-who.hub.arcgis.com/%7D>
- Pilatáxi, D., Velasco, L., y Fierro, M. (2021). Impacto del COVID-19 en la salud mental del profesional de enfermería. *Gicos* 6(2), 64-76. <http://erevistas.saber.ula.ve/index.php/gicos/article/view>.
- PNUD. (2020). *COVID-19: la Pandemia*. <https://www.pe.undp.org/content/peru/es/home/coronavirus.html>
- Porth, C. (2014). *Fisiopatología*. (9na ed.). Lippincott Williams and Wilkins.
- Portocarrero, A. N., y Jiménez-Genchi, A. (2005). Estudio de validación de la traducción al español de la escala Atenas de insomnio. *Salud Ment.* 28(5), 34-9.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). (2020). *COVID-19*. PNUD.
- Ricci, I., Meneses-Echavez, J.F., Serrano-Ripoll, M. J., Fraile-Navarro, D., Fiol de, M. A., Pastor Moreno, G., Castro, A., Ruiz-Pérez, I., Zamanillo Campos, R., y Gonçalves-Bradley, D. (2020). Impact of viral epidemic outbreaks on mental health of healthcare workers: a rapid systematic review and meta-analysis. *Medrxiv*. <https://doi.org/10.1101/2020.04.02.20048892>.
- Rossi, R., Socci, V., Pacitti, F., Di Lorenzo, G., Di Marco, A., Siracusano, A., y Rossi, A. (2020). Resultados de salud mental entre los trabajadores de atención médica de primera línea y de segunda línea durante la pandemia de la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) en Italia. *JAMA Netw Open*. 3(5), e2010185. <http://doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.10185>

- Ruiz, F., García-Martín, M., Suárez, J., y Odriozola-González, P. (2017). The hierarchical factor structure of the Spanish version of the Depression Anxiety and Stress Scale - 21 (DASS-21). *Int J Psychol Ther* 17(1), 97–105. <https://www.researchgate.net/publication/313351122>
- Sala Situacional COVID-19 Perú. (14 de octubre de 2021). https://covid19.minsa.gob.pe/sala_situacional.asp.
- Samaniego, A. (2020). Sintomatología asociada a trastornos de salud mental en trabajadores sanitarios en Paraguay: Efecto COVID-19. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology* 1(54), 1-19.
- Sanahuja, J. (2020). COVID-19: riesgo, pandemia y crisis de gobernanza global. En: *Anuario CEIPAZ 2019-2020. Riesgos globales y multilateralismo: el impacto del COVID-19*. <https://ceipaz.org/wpcontent/uploads/2020/05/4.2020-AnuarioJose-Antonio.pdf>.
- Sapolsky, R. (2004). *Why zebras don't get ulcers*. (3ra ed.). Holt Paperbacks.
- Shen, X., Zou, X., Zhong, X., Yan, J., y Li, I. (2020). Estrés psicológico de las enfermeras de la UCI en el momento de COVID-19. *Crit Care*. 24(200). <https://doi.org/10.1186/s13054-020-02926-2>
- Sim, K., y Chua, H. (2004). The psychological impact of SARS: A matter of heart and mind. *Cmaj*. 170(5):811–2.
- Singhal, T. (2020). A review of coronavirus disease-2019 (COVID-19). *Indian J Pediatr*. 87 (4), 281-286. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32166607/>
- Soares, J., Fernandes, M. y Castelo, A. (2020). Síndrome del edificio enfermo en tiempos de pandemia por COVID-19. *Revista Cubana de Enfermería*, 36, e3722.
- Soldatos, C., Dikeos, D., y Paparrigopoulos T. (2000). Athens Insomnia Scale: Validation of an instrument based on ICD-10 criteria. *J Psychosom Res.*, 48(6), 555-560.

- Virto, C., Virto, H., Cornejo, A., Loayza, W., Álvarez, B., Gallegos, Y., y Triveño, J. (2020). Estrés ansiedad y depresión con estilos de afrontamiento en enfermeras en contacto con COVID-19, Cusco-Perú. *Rev. RECIEN*, 9(3), 50-60.
<https://revista.cep.org.pe/index.php/RECIEN/article/view/44/54>
- Wuhan during the 2019 novel coronavirus disease outbreak: A cross-sectional study. (2020). *Brain Behav Immun*, 87(3), 11–7.
- Yoder, E. (2010). Compassion fatigue in nurses. *Appl Nurs Res.*, 23. pp. 191-197.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.apnr.2008.09.003>
- Zhang, W. (2020). Mental health and psychosocial problems of medical health workers during the COVID-19 epidemic in China. *Psychother Psychosom*, (89), 242-250. doi: 10.1159/000507639.
- Zhuo, K. (2020). Stress and sleep: a survey based on wearable sleep trackers among medical and nursing staff in Wuhan during the COVID-19 pandemic. *General Psychiatry*, 33, e100260. doi:10.1136/gpsych-2020-100260.

Glosario de términos

A

Angustia

Ocurre cuando algunos cambios o sensaciones corporales son interpretados como síntomas de alguna enfermedad. Se caracteriza por interpretaciones catastróficas de sensaciones y cambios corporales, creencias disfuncionales acerca de la salud y la enfermedad, y malos mecanismos adaptativos. En el contexto de la pandemia de COVID-19, las personas con altos niveles de ansiedad por la salud son susceptibles de interpretar sensaciones corporales inofensivas como evidencia de que se encuentran infectados, lo que incrementa su ansiedad, influye en su capacidad para tomar decisiones racionales y en su comportamiento. Esto ocasiona conductas desadaptativas, como acudir frecuentemente a los centros de salud para descartar la enfermedad, excesivo lavado de manos, retraimiento social y ansiedad por comprar (Asmundson y Taylor, 2020).

Ansiedad

Sobre el trastorno de salud mental denominado ansiedad, el DSM-V (28) dice que es la preocupación excesiva (anticipación aprensiva), que se produce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades (como en la actividad laboral o escolar). Al individuo le es difícil controlar la preocupación. La ansiedad y la preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (y al menos algunos síntomas han estado presentes durante más días de los que han estado ausentes durante los últimos seis meses): 1. Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta. 2. Fácilmente fatigado. 3. Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco. 4. Irritabilidad. 5. Tensión muscular (American Psychiatric Association, 2014).

Antidepresivo o ansiolítico

Los antidepresivos son medicamentos recetados para tratar la depresión. La depresión es más que sentirse algo triste o "melancólico" durante unos días. Es una enfermedad médica grave y muy común que afecta su estado de ánimo y su salud mental en general. Puede hacerle sentir cansado, desesperanzado, preocupado o temeroso. Puede cambiar su manera de pensar, dormir y alimentarse. La depresión puede hacer que algunas personas piensen en terminar con sus vidas (Biblioteca Nacional de Medicina, 2021).

C

COVID-19

Es la enfermedad causada por el nuevo coronavirus conocido como SARS-CoV-2. La OMS tuvo noticia por primera vez de la existencia de este nuevo virus el 31 de diciembre de 2019, al ser informada de un grupo de casos de «neumonía vírica» que se habían declarado en Wuhan (República Popular China) (OMS, 2021).

Coronavirus

Son una gran familia de virus que pueden provocar enfermedades tanto a animales como a humanos. Se sabe que, en los humanos, todos los virus de esta familia pueden causar infecciones respiratorias, que pueden ir desde un resfriado normal a una enfermedad grave, como son la SRAS, la MERS o el COVID-19. La primera vez que se habló de este tipo de virus fue en la revista Nature el 16 de noviembre de 1968. Los investigadores lo llamaron 'coronavirus' porque la forma del virus al microscopio era como similar al de la corona solar (Biblioteca Nacional de Medicina, 2021).

D

DASS-21

Son las Escalas de Depresión Ansiedad y Estrés (DASS-21), también conocida como escala de autoreporte dimensional que fue diseñada para medir estados emocionales negativos de depresión, ansiedad y estrés. Cada una de las tres escalas tiene siete ítems con formato de respuesta tipo Likert con cuatro alternativas, las que se ordenan en una escala de 0 a 3 puntos. El puntaje de cada escala se calcula con la suma de los puntajes de los ítems pertenecientes a esa escala y varía entre 0 y 21 puntos.

Distrés

El síndrome de distrés respiratorio es una enfermedad pulmonar aguda y difusa que produce hipoxemia, disminución de la compliance pulmonar y aumento del espacio muerto. Existe disparidad de opiniones sobre el manejo de esta patología, por lo que es necesario disponer de guías de práctica clínica donde se organicen las estrategias de tratamiento de acuerdo a la mejor evidencia científica (López et al., 2020).

Depresión

Se define a la depresión como un síndrome caracterizado por el decaimiento del estado de ánimo, la disminución de la capacidad de experimentar placer y de autoestima, con manifestaciones ideativas, conductuales, cognitivas, vegetativas y motoras, con serias repercusiones sobre calidad de vida y el desempeño socio-ocupacional. La depresión es ubicada por la Organización Mundial de la salud, como la cuarta causa de discapacidad a nivel mundial y se prevé que para el 2020 será la segunda causa. La depresión provoca en el sujeto un intenso sufrimiento psíquico, que lo lleva a sentir que no vive y, a no querer seguir viviendo, de manera conjunta, existe una importante discapacidad personal, familiar, social, familiar, vocacional y laboral. Este trastorno promueve y prolonga enfermedades, lo que provoca el empeoramiento de estas, de la calidad de vida y la salud en todos sus campos. Las depresiones se asocian a comorbilidades cardio y cerebro vasculares. Así mismo, resulta frecuente la

comorbilidad con otras entidades como la ansiedad y el abuso de sustancias (Alarcón et al., 2012).

E

Emergencia de Salud Pública de Interés Internacional

Conocida por sus siglas en inglés PHEIC, se refiere cuando el brote de una enfermedad afecta a más de un país y se requiere una estrategia coordinada internacionalmente para enfrentarlo. Además, debe tener un impacto serio en la salud pública y ser "inusual" e "inesperado" (OMS, 2020).

Emociones

En el contexto de la pandemia COVID-19, se debe tener en cuenta las emociones (miedo-ansiedad, ira, tristeza-depresión), que son reacciones psicofisiológicas de los individuos en situaciones relevantes como amenaza, daño, pérdida, éxito, etc. De esta manera, estas reacciones tienen una función preparatoria y adaptativa para que se pueda dar una respuesta adecuada a las demandas del ambiente. Sin embargo, algunas de ellas se pueden transformar en patológicas, debido a un desajuste en su frecuencia, intensidad o adecuación al contexto. Y, cuando este desajuste se mantiene en el tiempo, puede provocar un trastorno psicopatológico.

Enfermedades crónicas

O también conocida como enfermedades no transmisibles, son aquellas de larga duración y por lo general de progresión lenta. Las enfermedades cardíacas, los infartos, el cáncer, las enfermedades respiratorias y la diabetes, son las principales causas de mortalidad en el mundo, siendo responsables del 60% de las muertes. A partir del año 2019 se asocian las enfermedades crónicas con el COVID-19, debido a que se tiene más riesgo de contraer una forma más grave de coronavirus si se padece una enfermedad no transmisible o afecciones previas. (OPS, 2020).

Enfermería

Es una disciplina profesional que abarca cuidados autónomos y en colaboración que se ofrecen a las personas, familias y grupos poblacionales, enfermos o sanos; estos cuidados incluyen la promoción de la salud, la Prevención de la enfermedad y los cuidados de las personas en condición de discapacidad e incluso moribundas (OPS, 2020).

Epidemia

Una epidemia se produce cuando una enfermedad contagiosa se propaga rápidamente en una población determinada, afectando simultáneamente a un gran número de personas durante un periodo de tiempo concreto. En caso de propagación descontrolada, una epidemia puede colapsar un sistema de salud.

Escala Atenas de Insomnio (EAI)

Ella tiene su fundamento en los criterios diagnósticos para insomnio no orgánico de la Clasificación Internacional de las Enfermedades, 10ma. ed. La Escala Atenas de Insomnio consta de ocho reactivos. Los primeros cuatro abordan el dormir cuantitativamente, el quinto reactivo la calidad del dormir y los últimos tres el impacto diurno. El instrumento fue diseñado para evaluar el mes previo; sin embargo, ofrece la posibilidad de ajustar dicho periodo a las necesidades clínicas o de investigación. Ha demostrado tener una consistencia interna y una confiabilidad prueba-reprueba satisfactoria (Portocarrero y Jiménez-Genchi, 2005).

Estrés

Es peligroso cuando interfiere con la habilidad de vivir una vida normal por un período extenso de tiempo. La persona puede sentirse "fuera de control" y no tener idea de lo que debe hacer, aún si la causa es relativamente insignificante. Esto a su vez puede causarle que esté continuamente fatigado, no se pueda concentrar o esté irritable en situaciones normalmente tranquilas. El estrés prolongado puede aumentar cualquier problema emocional que haya surgido de eventos traumáticos e incrementar pensamientos suicidas o catastróficos. (American Psychological Association, 2008).

Estrés laboral

Se define como un proceso dinámico de interacción entre la persona y su entorno. Este proceso se inicia cuando un individuo percibe un desequilibrio importante entre las demandas del entorno y su capacidad de respuesta bajo condiciones donde el fracaso en hacer frente a estas demandas tiene consecuencias negativas importantes para él. En este proceso se pueden diferenciar varios componentes. Para que el sujeto perciba la sensación de estrés es necesario que existan unos desencadenantes del proceso de estrés: estresores, los mismos que pueden ser calificados como una exigencia, situación o circunstancia que altera el equilibrio del individuo e inicia respuestas al estrés. Otro componente son los procesos de evaluación, que incluyen procesos cognitivos: el individuo evalúa y decide si las condiciones de su entorno constituyen motivo de amenaza a su bienestar y cuál es su capacidad de manejarlos. Las estrategias de afrontamiento que pone en marcha son esfuerzos cognitivos y conductuales cambiantes, que se desarrollan para manejar las condiciones del entorno o las amenazas percibidas. Las eficacias de las estrategias de afrontamiento determinan que se mantengan o desaparezcan los resultados del estrés, si ocurre lo primero se inician las consecuencias del estrés laboral (Gil-Monte, 2006).

F

Fatiga por compasión

El término se originó debido a la implicación de la exposición a situaciones traumáticas, a la muerte, a desfiguraciones, a la fragilidad y a la desesperación que enfrentan los profesionales en enfermería, el cual se va acumulando a lo largo de los meses y los años. La fatiga por compasión es un estado en el que la energía compasiva que se ha gastado sobrepasa la capacidad de recuperación. Se origina en el testimonio del sufrimiento y en la impotencia que se siente al no poder hacer más por ayudar, pero, sobre todo, la exposición repetida a acontecimientos traumáticos que sufren pacientes y familias con los que la enfermera ha creado una relación especial con el tiempo conlleva un agotamiento emocional. (MedlinePlus, 2012).

H

Hospital seguro

Se define como un establecimiento de salud cuyos servicios permanecen accesibles y funcionando a su máxima capacidad y en su misma infraestructura inmediatamente después de que ocurre un desastre natural. El término abarca a todos los establecimientos de salud, cualquiera que sea su nivel de complejidad. Es seguro porque cuenta con la máxima protección posible, las vías de acceso al establecimiento de salud y los servicios de suministro de agua potable, energía eléctrica y telecomunicaciones continúan operando, lo que permite garantizar su funcionamiento continuo y absorber la demanda adicional de atención médica (OPS, 2021).

I

Insomnio

Comprende predominante insatisfacción por la cantidad o la calidad del sueño, asociada a uno (o más) de los síntomas siguientes: 1. Dificultad para iniciar el sueño (en niños, esto se puede poner de manifiesto por la dificultad para iniciar el sueño sin la intervención del cuidador). 2. Dificultad para mantener el sueño, que se caracteriza por despertares frecuentes o problemas para volver a conciliar el sueño después de despertar. En niños, esto se puede poner de manifiesto por la dificultad para volver a conciliar el sueño sin la intervención del cuidador. 3. Despertar pronto por la mañana con incapacidad para volver a dormir. 4. La alteración del sueño causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral, educativo, académico, del comportamiento u otras áreas importantes del funcionamiento. La dificultad del sueño se produce al menos tres noches a la semana, durante un mínimo de tres meses a pesar de las condiciones favorables para dormir (American Psychiatric Association, 2014).

M

MERS

El Síndrome Respiratorio de Oriente Medio (MERS por sus siglas en inglés, Middle East Respiratory Syndrome) también está causado por otro coronavirus, en concreto el MERS-CoV. En este caso, involucra también el tracto respiratorio superior y causa fiebre, tos y dificultad para respirar, igual que ocurre con otros trastornos causados por el coronavirus. Este peligroso virus se detectó por primera vez en 2012 en Arabia Saudita y como otros virus de su familia, se transmite de animales a humanos. De hecho, el virus se encontró en camellos.

P

Pandemia

Una pandemia es la afectación de una enfermedad infecciosa de los humanos a lo largo de un área geográficamente extensa, es decir, que se extiende a muchos países o que ataca a casi todos los individuos de una localidad o región. El vocablo que procede del griego *πανδημία*, de *παν* (*pan*, todo) y *δήμος* (*demos*, pueblo), expresión que significa *reunión de todo un pueblo*. Por lo tanto, el término pandemia hace referencia a la afectación geográfica o numérica en cuanto al número de casos afectados y nunca referencia a la gravedad clínica del proceso (OMS, 2021).

Pandemia por COVID-19

La pandemia de COVID-19 fue declarada por la OMS una emergencia de salud pública de preocupación internacional el 30 de enero de 2020 ya que se ha extendido por varios países, continentes y todo el mundo, afectando a un gran número de personas (OMS, 2021).

Personal de la salud

Está compuesto por los profesionales de la salud y personal técnico y auxiliar asistencial de la salud, que participan en el proceso de atención del paciente o usuario de salud. Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica N°139- MINSA/2018/DGAIN.

Personas vulnerables

Ser vulnerable implica fragilidad, una situación de amenaza o posibilidad de sufrir daño. Por tanto, implica ser susceptible de recibir o padecer algo malo o doloroso, como una enfermedad, y también tener la posibilidad de ser herido física o emocionalmente. La vulnerabilidad también puede entenderse como poder ser persuadido o tentado, poder ser receptor, ser traspasable, no ser invencible, no tener absoluto control de la situación, no estar en una posición de poder, o al menos tener la posibilidad de que dicho poder se vea debilitado. Es vulnerable, según el Diccionario de la Real Academia, quien puede ser herido o recibir lesión, física o moralmente.

Trastornos de sueño

No son una patología grave en sí misma, pero tienen serias implicaciones en la vida diaria como el agotamiento físico, bajo rendimiento, sueño diurno, dificultad para cumplir con las obligaciones profesionales, familiares o sociales. Estos trastornos son: insomnio, hipersomnia, narcolepsia, ronquido y apneas del sueño, parasomnias y otros trastornos, síndrome de las piernas inquietas, terrores nocturnos, pesadillas y sonambulismo. Su origen es muy variado. En ocasiones, aparecen como efecto de otras enfermedades y otras, constituyen factores de riesgo que favorecen la aparición de otras patologías (Clínica Universidad de Navarra, 2020).

Profesionales de primera línea

Se considera personal de primera línea el que tiene mayor riesgo de exposición por llevar a cabo actividades la atención directa de pacientes COVID (contacto estrecho y con mayor tiempo de exposición), así como por tener mayor probabilidad de tener contacto con una persona con infección por SARS-CoV2.

Psicofármacos

Proviene de psykh(ē) gr. ‘alma’, gr. cient. ‘mente’ + -o- gr. + pharmako- gr. ‘medicamento’. Cada uno de los fármacos con actividad sobre los procesos mentales, que están indicados para el tratamiento de los trastornos psiquiátricos

y psicológicos. Los principales grupos de psicofármacos son: ansiolíticos e hipnosedantes, antipsicóticos, antidepresivos y antimaníacos.

Profesionales de enfermería

Los profesionales de enfermería están en la línea de acción en la prestación de los servicios y desempeñan una función importante en la atención centrada en las personas y comunidades. En muchos países son líderes o actores clave en los equipos de salud multiprofesionales e interdisciplinarios. Proporcionan una amplia gama de los servicios a todos los niveles del sistema de salud. Hay escasez de enfermeras en la Región de las Américas debido principalmente a la migración de profesionales a otras regiones, a las diferentes condiciones de desarrollo económico de los países, las políticas de recursos humanos en salud y de enfermería, las precarias condiciones de empleo y de trabajo y a la falta de regulación profesional (OPS, 2021).

S

Salud mental

Es un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera, y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”. La Organización Mundial de la Salud enfatiza que la salud mental es “más que la ausencia de trastornos o discapacidades mentales”. La salud mental plena consiste no solo en evitar afecciones activas, sino también en cuidar el bienestar y la felicidad continuos. También hace hincapié en que la conservación y el restablecimiento de la salud mental es fundamental a nivel individual, así como en las diferentes comunidades y sociedades de todo el mundo (OPS, 2004).

SARS-CoV-2

Virus que causa una enfermedad respiratoria llamada enfermedad por coronavirus de 2019 (COVID-19). El SARS-CoV-2 es un virus de la gran familia de los coronavirus. Los coronavirus infectan a seres humanos y algunos animales.

La infección por el SARS-CoV-2 en las personas se identificó por primera vez en 2019. Se piensa que este virus se transmite de una persona a otra en las gotitas que se dispersan cuando la persona infectada tose, estornuda o habla. Es posible que también se transmita por tocar una superficie con el virus y luego llevarse las manos a la boca, la nariz o los ojos, aunque esto es menos frecuente. También se llama Coronavirus 2019-nCoV, coronavirus del síndrome respiratorio agudo grave de tipo 2 y CoV-SRAG-2.

Síndrome de apneas-hipopneas del sueño

Se caracteriza desde el punto de vista fisiopatológico por la repetición de pausas en la respiración durante el sueño, que pueden ser más o menos prolongadas en su duración y que ocurren con mucha frecuencia (en algunos casos, cientos de veces). Se considera que una apnea es significativa cuando su duración supera los 10 segundos y se estima que su número es patológico cuando supera las cinco por hora de sueño. También pueden presentarse episodios de hipopnea, que para que resulten clínicamente significativos deben durar más de 10 segundos y presentarse en número de cuatro por hora de sueño. El síndrome de apnea del sueño puede ser, en cuanto a su patogenia, de origen obstructivo (por oclusión de la vía aérea superior), de origen central (por cese del impulso respiratorio en el sistema nervioso central) o de origen mixto.

Síntomas de trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo

Los síntomas del trastorno de personalidad obsesiva-compulsiva pueden disminuir incluso tras un período tan breve como un año, pero su persistencia (es decir, tasas de remisión y de recurrencia) a largo plazo es menos clara. En las personas diagnosticadas con dicho trastorno tienden a manifestar lo siguiente;

1. Una preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control de sí mismos y de las situaciones interfiere con la flexibilidad, la eficacia y las relaciones con los demás.
2. Son rígidos y tenaces en sus actividades, estos pacientes insisten en que todo se haga de una manera específica para mantener un sentido de control.
3. Los pacientes se centran en normas, detalles minuciosos, procedimientos, horarios y listados y como resultado, se pierde el objetivo principal de un

proyecto o actividad.

4. Ellos también comprueban en repetidas ocasiones los errores, además no hacen un buen uso de su tiempo, a menudo dejan las tareas más importantes hasta el final; no están conscientes de cómo su comportamiento afecta a sus compañeros de trabajo.
5. Cuando se centran en una tarea, estos pacientes pueden descuidar los demás aspectos de su vida debido a que quieren que todo se haga de una manera específica.
6. Tienen dificultades para delegar tareas y trabajar con otros y se dedican a trabajar y a producir en exceso.
7. Cuando a estos pacientes les toca trabajar con otras personas, pueden hacer listas detalladas sobre cómo hacer una tarea y se enojan cuando un compañero de trabajo sugiere una manera alternativa. Pueden rechazar ayuda, incluso cuando están retrasados.
8. La expresión de afecto también está estrechamente controlada. Estos pacientes pueden relacionarse con los demás de una manera formal, rígida o seria. A menudo, hablan solo después de que piensan una frase perfecta que decir. Pueden centrarse en la lógica y el intelecto y ser intolerantes con el comportamiento emocional o expresivo.

Somatización

Desde el punto de vista psicológico la somatización se entiende como un mecanismo de defensa inconsciente mediante el cual una persona sin proponérselo, convierte el malestar emocional en un síntoma físico, desviando así la atención del conflicto psicológico que le genera ansiedades. El que sea inconsciente indica que la persona no produce voluntariamente el síntoma, no se percata de su origen psicógeno, verdaderamente lo experimenta y no busca beneficios externos. En otras palabras, no finge, genuinamente siente. En el contexto clínico la somatización hace referencia a un complejo proceso cognitivo, afectivo y conductual, en el que los pacientes, en respuesta a situaciones vitales estresantes, experimentan y comunican diversos síntomas físicos, los atribuyen a una enfermedad médica y buscan ayuda para aliviarlos (Abbey, 2002; Gabbard, 2004; Lipowski, 1988).

T

Trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo

Se caracteriza por una preocupación generalizada por el orden, el perfeccionismo y el control (sin espacio para la flexibilidad) que en última instancia enlentece o interfiere sobre la realización de una tarea. El diagnóstico se realiza por criterios clínicos. El tratamiento consiste en psicoterapia psicodinámica, terapia cognitivo-conductista e inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS).

Trastorno de estrés postraumático

Es una enfermedad de salud mental desencadenada por una situación aterradora, ya sea que la hayas experimentado o presenciado. Los síntomas pueden incluir reviviscencias, pesadillas y angustia grave, así como pensamientos incontrolables sobre la situación.

Trastorno mental

Es aquella “alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo, que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o el desarrollo que subyacen en su función mental” (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013, p. 58). Se encuentran clasificados en el DSM-V de ahí que, la psicopatología aparecerá cuando las competencias y recursos de afrontamiento de la persona, ante circunstancias concretas, no sean suficiente para hacer frente a los retos que se le presentan, generando un sentimiento de pérdida de capacidad para dirigir su condición de vida y su forma de comportarse.

CIDE
EDITORIAL

The logo graphic for CIDE Editorial, featuring a stylized white bird or wing shape below the text.

ISBN: 978-9942-844-74-3



9789942844743