



UNIVERSIDAD DEL SURESTE

“PASIÓN POR EDUCAR”.

**“PROYECTO CAUSAS PRINCIPALES QUE PROVOCAN EFECTOS
PSICOLÓGICOS EN LAS ENFERMERAS (OS) ANTE LA PANDEMIA COVID-
19”**

PARA OBTENER EL GRADO DE:
LICENCIATURA EN ENFERMERIA

Asignatura:

SEMINARIO DE TESIS

PRESENTA

EDWIN DILBERT LOPEZ HERNANDEZ

BAJO LA DIRECCIÓN DE:

Mtro. Iván Alberto Morales Ocaña

VILLAHERMOSA, TABASCO, MARZO DE 2021.

Contenido

Capítulo I.....	3
1.1 Antecedentes del problema	3
1.2. Planteamiento del problema.....	9
1.3. Preguntas de investigación	10
1.3.1. Pregunta general.....	10
1.3.2. Preguntas específicas.....	10
1.4. Objetivos de investigación	10
1.4.1. Objetivo general	10
1.4.2. Objetivos específicos.....	10
1.5. Justificación.....	11
1.6. Limitaciones al estudio.....	11
Capitulo II: Marco teórico.....	12
2.1. Estrés	12
2.2. Estrés laboral.....	15
2.3. El síndrome de burnout.	16
2.4. El modelo de Selye - Síndrome de Adaptación General.	18
2.5. El modelo de Lazarus y Folkman – Teoría Transaccional.	23
Capítulo III: Método de investigación	28
3.1. Enfoque y tipo de investigación	28
3.3. Diseño de investigación	29
3.3.1 Determinación de la población y muestra	29
3.3.3. Confiabilidad y validez	30
Referencias.....	31
Cronograma de actividades	39
Anexo 1	41

Capítulo I

1.1 Antecedentes del problema

A principios de diciembre de 2019, se detectó una neumonía de origen desconocido en la ciudad de Wuhan (China). A raíz de ello, las autoridades sanitarias de China se vieron sorprendidas por una serie de neumonías de origen desconocido que poseía una gran facilidad para su expansión. No se tardó en encontrar cierto paralelismo con las epidemias previas de coronavirus del síndrome respiratorio agudo severo (SARS-CoV) producida en 2003 y del síndrome respiratorio del Medio Oriente (MERS) ocurrida en 2012. Esta nueva epidemia provocaba más fallecimientos, aunque con una menor letalidad. Al virus causante, perteneciente a la familia Coronarividae, se le denominó coronavirus 2 del síndrome respiratorio agudo grave (SARS-CoV-2), y a la enfermedad, COVID-19.

Durante el 18 de diciembre y el 29 de diciembre del 2019, se reportaron los primeros cinco casos, de los cuales cuatro de estos pacientes fueron hospitalizados por presentar síndrome de distrés respiratorio agudo y uno de estos pacientes falleció. La mayoría de los pacientes aseguraron tener relación directa o indirecta con un mercado de alimentos en la provincia de Hubei en Wuhan. Ya para el 1ero de enero del presente año, el mercado de Wuhan había sido cerrado y no existía evidencia clara de transmisión persona a persona.

El 2 de enero, un total de 41 pacientes habían sido hospitalizados y sólo un paciente que presentaba patologías preexistentes serias, había fallecido. El 7 de enero, las autoridades chinas anunciaron que habían identificado un nuevo tipo de coronavirus (Nuevo Coronavirus, 2019-nCoV). Simultáneamente, otros posibles patógenos fueron descartados, incluyendo el coronavirus del Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SARS-CoV), el coronavirus del Síndrome Respiratorio del Medio Este (MERS-CoV), el virus de la

influenza, el virus de la influenza aviar y el adenovirus. A partir de este momento las autoridades a nivel mundial supieron que enfrentaban una nueva amenaza.

El 01 de enero de 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS) solicitó nueva información a las autoridades sanitarias de China para evaluar adecuadamente el riesgo real de la epidemia. En aquel tiempo se consideraron válidas las medidas que previamente se aconsejaban para la gripe y las infecciones respiratorias graves y no se consideró necesario limitar los viajes internacionales.

Para el 12 de enero del 2020, no se habían reportado más casos relacionados y se asumió que el centro de propagación había sido el mercado ya cerrado, o que posiblemente se habían contagiado en el hospital (infección nosocomial). Se le asignó a la enfermedad el nombre de COVID-19, causada por el 2019-nCoV, y se pensó erróneamente que no era altamente contagioso, ya que no había registro de infección persona-persona. Concluyendo que la transmisión era por vías desconocidas durante la estadía hospitalaria. Para este momento, solo se les había realizado pruebas a las personas que presentaban sintomatología. Tan solo diez días después, un total de 571 casos habían sido reportados en 25 diferentes provincias en toda China, mientras que en la provincia de Hubei las muertes habían alcanzado a 17, y se mantenían 95 pacientes en estado crítico. Se realizó un estimado según el Modelo de Enfermedades Infectocontagiosas del Centro de Colaboración de la OMS y la proyección alcanzaba a 4.000 posibles contagiados, pudiendo llegar a casi 10.000.

A partir de ahí, el número de pacientes contagiados fue aumentando exponencialmente en China continental, y para el 30 de enero se habían reportado 9.692 casos en toda China y 90 casos en diferentes países incluyendo Taiwan, Tailandia, Vietnam, Malasia, Nepal, Sri

Lanka, Camboya, Japón, Singapur, la República de Corea, Emiratos Árabes Unidos, Estados Unidos, Filipinas, India, Iran, Australia, Canada, Finlandia, Francia y Alemania.

El primer reporte de caso en el continente americano, surgió el 19 de enero 2020 en el estado de Washington, en Estados Unidos; un paciente masculino de 35 años de edad, con una historia de tos y fiebre, acudió a un centro de salud solicitando atención médica. En sus antecedentes estaba un viaje de visita familiar a Wuhan, China. Asimismo, el 24 de enero se reporta el primer caso de COVID-19 en Europa, específicamente en Bordeaux, Francia, de una paciente con historia reciente de haber visitado China¹⁴. El 26 de febrero del 2020 el Ministerio de Salud de Brasil, reporta el primer caso de COVID-19 en Suramérica; un hombre de 61 años de São Paulo, con historia reciente de viaje a Lombardía, Italia, presentó síntomas leves y fue sometido a cuarentena.

El 11 de marzo, con 118.000 casos reportados en 114 países y 4.291 personas fallecidas, la Organización Mundial de la Salud declara que el brote de la enfermedad del Coronavirus 19 causada por el SARS-CoV2, es considerada una pandemia. En Venezuela, el 13 de marzo, una mujer de 41 años que estuvo de viaje en España, Italia y Estados Unidos, resultó positiva a la prueba de SARS-CoV2 en el Hospital Clínico Universitario.

La mayoría de los casos de COVID-19 ocurren en adultos. Al día de hoy, hay 531.684 casos confirmados en el mundo, con una letalidad de 24.054 casos, lo que equivale a un 4.5%. Esta se tiende a concentrar en adultos mayores. Las definiciones de caso están en permanente revisión. Existen tests disponibles cuya sensibilidad es variable, y se está trabajando aceleradamente en una vacuna en varios centros del mundo.

Aún se desconocen muchos detalles relacionados con la infección por COVID-19. Lo que está claro es que se trata de un virus enormemente contagioso. Entre las personas con alto

riesgo de contraer la infección por COVID-19, se incluyen las que tienen contacto cercano con una persona sintomática que tiene infección confirmada por laboratorio, y que no usa las precauciones recomendadas ni guarda el distanciamiento. COVID-19 se transmite de persona a persona vía gotas de origen respiratorio que produce una persona infectada cuando tose o estornuda. También es posible el contacto con fómites, pero se piensa que no es una ruta primaria de transmisión. Se ha visto que las personas infectadas son más contagiosas cuando están más sintomáticas, si bien alguna diseminación puede ser posible antes de presentar síntomas. Datos de Wuhan, muestran que COVID-19 tiene un periodo medio de incubación de 5.2 días y que cada caso transmite la infección a un promedio de otras 2,2 personas.

Los síntomas más comunes incluyen fiebre y tos. La dificultad respiratoria es más característica de neumonía. En cuanto a características de laboratorio, se describe que la linfopenia puede ser común en pacientes con neumonía por COVID-19.

En pacientes con sospecha de infección por COVID-19 el manejo inicial depende de la severidad de la enfermedad. Este comienza con oxígeno suplementario, uso restrictivo de fluidos y administración de antimicrobianos empíricos por una eventual coinfección bacteriana. Se desaconseja la administración de corticoides. Los pacientes sintomáticos respiratorios deben ser aislados y estrechamente monitoreados debido a la posibilidad de progresión rápida y fulminante de la falla respiratoria, que suele acompañarse de signos y síntomas de sepsis. Se describe también en pacientes jóvenes cuadros de disfunción cardíaca severa que son de rápida evolución y generalmente fatales.

La ventilación mecánica en estos pacientes, según reporte de especialistas que han manejado ya numerosos de casos en China, Italia y España, y otros países, dan cuenta de un requerimiento de oxígeno importante por la hipoxemia, PEEP moderado a alto y una respuesta generalmente muy favorable a las maniobras de reclutamiento. En caso de deterioro respiratorio, la ventilación en posición prono debe instaurarse precozmente, en ciclos largos de 48 a 72 h. Son pacientes que van a permanecer en ventilación mecánica por 15 días al menos, lo que está imponiendo una sobrecarga enorme en los sistemas de salud por varias razones: el manejo ventilatorio de estos pacientes es logísticamente complejo, dada la extrema rigurosidad que hay que cumplir con las precauciones de contacto y aislamiento respiratorio, el cuidado que debe tenerse con procedimientos que generen aerosol, partiendo desde la intubación orotraqueal hasta maniobras de aspiración, etc., y los desafíos que representa manejar pacientes pronados.

Otro aspecto fundamental asociado con la sobrecarga de los sistemas sanitarios tiene que ver con asuntos del personal sanitario. La tensión permanente de estar en riesgo de contraer la infección por COVID-19 durante el manejo de los pacientes críticos, la misma incomodidad que genera portar los elementos de protección personal por varias horas, y muchas veces la imposibilidad de estar en contacto con familiares fuera del hospital, ha comenzado a generar un aumento del burnout, stress y trastornos emocionales.

El personal de enfermería de los lugares en el que la pandemia ha azotado con más fuerza se encuentran presionados por la experiencia única que están viviendo, estresados y con sentimientos asociados (miedo, ansiedad, enojo, frustración), la salud mental es tan importante como la física para mantenerse en equilibrio. De hecho, un estudio que incluyó 34 hospitales chinos reportó que el personal de salud (médicos y enfermeras) sufría

angustia (71.5%), depresión (50.4%), ansiedad (44.6%) e insomnio (34%). En la encuesta realizada en trabajadores de la salud se hace notar la carga psicológica del personal comprometido en la atención de pacientes con COVID-19.

La preocupación en el personal de salud es similar: miedo a contagiarse y miedo al contagio de familiares, amigos o compañeros. Lo anterior conlleva renuencia al trabajo, dejando de lado el interés económico y pensando en la renuncia laboral como medida desesperada en esta pandemia. La falta de profesionalismo o vocación no son las razones, sino que sencillamente faltan equipos de protección personal (EPP), insumos, medicamentos específicos, equipos para ventilación mecánica e, incluso, la ausencia de un espacio físico «áreas específicas» disponibles para la atención de pacientes COVID-19.

El gran número de casos sospechosos y confirmados y la carga abrumadora de trabajo, por supuesto que también influyen, aunque son situaciones del día a día en hospitales públicos, incluso antes de la pandemia de COVID-19.

1.2. Planteamiento del problema

La pandemia del covid-19 ha hecho cambios en los ámbitos políticos, sanitarios y sociales, ya que esta pandemia se ha establecido como una emergencia sanitaria en la que se ha visto un alto índice de contagios a nivel mundial generando una crisis de salud, que el ser humano no había vivido antes.

La salud mental de la población en general y de ciertos grupos de población vulnerable, se han visto seriamente afectadas durante la pandemia del COVID 19, esto por los altos niveles de estrés, que a su vez trae como resultado consecuencias psicosociales. Uno de los grupos de población vulnerable son aquellas personas que han estado colaborando en primera línea en el manejo de los pacientes con COVID 19, dentro de este grupo vulnerable podemos hacer mención de los médicos, los enfermeros y los paramédicos; para este grupo vulnerable el sentirse estresado ha sido una de las experiencias más comunes vividas durante lo que va de la pandemia.

Dentro de este grupo de población vulnerable se ha visto que las personas experimentan episodios de miedo, pena, frustración, culpa, agotamiento y ansiedad, lo cual genera una situación de desequilibrio emocional.

A partir de esta problemática que se ha generado la pandemia en el aspecto de la salud mental del personal de enfermería, y considerando que una buena salud mental es de gran importancia para que un enfermero o enfermera pueda brindar una atención de calidad optima hacia el paciente, se consideró el realizar este estudio de investigación con el fin de determinar las causas detonantes de la situación planteada.

1.3. Preguntas de investigación

1.3.1. Pregunta general

¿Cuáles son las principales causas que generan un impacto psicológico negativo en el personal de enfermería durante la pandemia del covid-19?

1.3.2. Preguntas específicas

- ¿Qué efectos y resultados han provocado la pandemia COVID 19 en personal de enfermería?
- ¿Cuáles son los métodos y técnicas que ayudan a la mejora de la salud mental del personal de enfermería?

1.4. Objetivos de investigación

1.4.1. Objetivo general

Determinar las principales causas que generan un impacto psicológico negativo en el personal de enfermería durante la pandemia del covid-19.

1.4.2. Objetivos específicos

- Determinar los principales efectos y resultados en la salud mental en el personal de enfermería durante la pandemia del COVID 19
- Mostrar métodos o técnicas que coadyuven a la mejora de la salud mental del personal de enfermería.

1.5. Justificación

La enfermedad del COVID 19 ha tenido como consecuencia, cambios económicos, sociales y principalmente en la salud y el bienestar del individuo, claro ejemplo son los efectos psicológicos presentes en el personal de enfermería de las distintas instalaciones de salud, este sector poblacional es la más afectada psicológicamente; ya que han sido los que han combatido en primera línea contra la pandemia.

Este estudio busca determinar las causas principales y posibles secuelas psicológicas de la pandemia del Covid19 en la salud mental del personal de enfermería, ya que al generarse problemas de salud mental en el enfermero puede llegar a ocasionar deficiencias en diferentes ámbitos laborales como por ejemplo: en la calidad de atención, en la capacidad de comprensión clínica o en la habilidad de toma de decisiones, lo que dificultara que el enfermero brinde un atención de calidad a los pacientes con COVID 19 u otros padecimientos.

Por tal motivo, es importante el conocer las causas detonantes que provocan que salud mental del personal de enfermería se vean comprometidas durante la atención de pacientes contagiados por la pandemia mundial del COVID 19.

1.6. Limitaciones al estudio

La pandemia actual del COVID 19 implica una limitación para la recopilación de información mediante encuestas o entrevistas directas hacia el personal de salud del centro de salud y hospital de palenque.

Capítulo II: Marco teórico

2.1. Estrés

El término ‘estrés’ deriva del latín *stringere*, que significa “provocar tensión”. Esta palabra se utilizó por primera vez en el siglo XIV, y a partir de entonces se empleó en diferentes textos en inglés como *stress*, *stresse*, *strest* y *streisse*. Lazarus & Folkman

(1986) señalan que el término fue empleado a partir del siglo XIV para referirse a experiencias negativas, tales como adversidades, dificultades y tensión, entre otras.

Sandin (1995) señala que, a partir de este marco de referencia general, el concepto de estrés va a aplicarse de forma diferente según el sesgo del científico. Así, mientras que los enfoques fisiológicos y bioquímicos consideran el estrés en términos de respuesta, las orientaciones psicológicas y psicosociales, al poner más énfasis en la situación estimular, han tendido a asumir el estrés como un fenómeno externo focalizado en el estímulo.

Existen, por lo tanto, dos tipos de perspectivas: las que enfatizan el componente de respuesta fisiológica y las que enfatizan el componente externo (estresor). Posteriormente, se propuso un nuevo componente, que serían los factores psicológicos o subjetivos (cognitivos) que median entre los agentes estresantes y las respuestas fisiológicas de estrés, con lo que se llega a los modelos interaccionales.

Hablar de “la respuesta de estrés” equivale a decir que la persona se encuentra estresada.

Parece que la respuesta de estrés está esencialmente unida a la presencia de algún tipo de respuesta del organismo que es etiquetada como “de estrés”.

Esta respuesta puede dividirse en dos aspectos fundamentales: la respuesta fisiológica y la respuesta emocional. La respuesta emocional del estrés está caracterizada por síntomas de ansiedad, irritación, ira y cólera, preocupación, tristeza, pánico, y estados de desesperanza, los cuales son de naturaleza transitoria. El ingrediente principal de la respuesta emocional del estrés es de naturaleza cognitiva debido al hecho de que el estímulo externo deberá ser percibido como estresante. El modelo descrito por Lazarus y Folkman propone que, en respuesta a un estímulo externo de naturaleza estresante, el individuo evalúa cognitivamente la posible amenaza que este evento representa y los recursos propios o capacidad para responder a dicho estímulo. Este proceso de evaluación cognitiva primario y secundario determina la forma e intensidad de la reacción emotiva en relación al estímulo externo. Es importante mencionar que la evaluación cognitiva por parte de un individuo generalmente varía dependiendo de los rasgos de personalidad, autoeficacia percibida, experiencia previa con el estímulo estresante, y nivel de soporte social. Por lo tanto, la respuesta emocional del individuo puede variar aun cuando las condiciones de estímulos estresantes pudieran ser semejantes. Investigadores interesados en la respuesta emocional del estrés fijan su interés en eventos estresantes de carácter universal. Seleccionan situaciones de estrés que generalmente afectan psicológicamente a la gran mayoría de personas. Entre este tipo de eventos encontramos las situaciones de divorcio, encarcelamiento, exámenes académicos, pérdida de seres queridos, cuidado permanente de familiares con discapacidad física, diagnóstico de enfermedades terminales, dificultades financieras y otras que típicamente causan distrés emocional. Es importante indicar que la respuesta emocional del estrés puede también variar debido a los diferentes estilos de afrontamiento y disponibilidad económica. Finalmente, merece destacar que la

respuesta emocional del estrés es básicamente de naturaleza transitoria y temporal, en todo caso nos estamos refiriendo a un proceso de estrés agudo.

La respuesta fisiológica del estrés, fue descrita inicialmente por Walter Cannon en 1915 al referirse a la respuesta del animal dentro de laboratorio de experimentación ante una situación de amenaza o presión externa. Cannon en su obra *Cambios Corporales in Situaciones de Dolor, Hambre, Temor y Rabia* explica en forma detallada que la respuesta fisiológica del estrés nos permite reaccionar ante una situación de emergencia con todo nuestro potencial físico, superar el peligro, y lograr un proceso de adaptación frente a las circunstancias que nos rodea. Este principio de homeostasis fue el concepto central en el modelo de estrés descrito por Cannon en 1932 con la publicación de su obra: *La Sabiduría del Cuerpo*, refiriéndose a la estabilidad de los sistemas fisiológicos que mantienen la vida. Este proceso de adaptación fue descrito con mayor detalle por Hans Selye en 1936 denominándolo *El Síndrome de Adaptación General*. Selye caracterizó el síndrome de adaptación general como una respuesta fisiológica representada por tres fases definidas. La primera fase denominada *Reacción de Alarma*, en la cual las glándulas adrenales producen adrenalina y cortisol con el propósito de restaurar la homeostasis. Dicha restauración de la homeostasis inicia la segunda fase llamada *Resistencia*, en la cual la adaptación del organismo llega a un estado óptimo. Si el estresor persiste, se inicia una tercera fase conocida como *Agotamiento*, en la que el organismo abandona el proceso de adaptación y culmina en la enfermedad o muerte.

El aspecto común de todas estas formulaciones es la noción de que la persona tiende a responder al estímulo estresante con hiperreactividad de alguna modalidad fisiológica.

Estas situaciones, tienen base en distintos estresores que son de tipo ambiental, que se manifiestan de manera fisiológica, de esta manera, según Elliot y Eisdorfer (1982) citado en Ospina (2016), se proponen cuatro categorías de estresores:

- **Estresores agudos:** Son aquellos eventos o situaciones que tienen corta duración y que por lo general son externos.
- **Secuencias estresantes:** Estas tienen una duración más prolongada y se asocian a eventos de la vida, que se salen de lo cotidiano.
- **Estresores intermitentes:** Son conjuntos de estresores agudos, que se presentan con cierta regularidad.
- **Estresores crónicos continuos:** Se definen como las situaciones que generan niveles de activación permanente y que son constantes en la vida cotidiana de la persona. (Ospina, 2016, p.11)

2..2. Estrés laboral

El estrés laboral es una manera específica de estrés que ocurre netamente en un contexto de trabajo, en donde, se identifican una serie de situaciones que podrían actuar de manera aislada o en conjunto con estresores. Las fuentes típicas del estrés consideradas por Martínez Selva, son:

- Las condiciones físicas del trabajo: Temperatura, espacio físico, mobiliario, ruido, pureza del aire e instrumentos de trabajo.

- La distribución temporal del trabajo: Duración, velocidad, distribución horaria y trabajos por turnos. La exigencia en el cumplimiento de tareas en un tiempo limitado es un importante factor estresor.
- La carga de trabajo y la sobrecarga: Es una fuente considerable de estrés. La carga cuantitativa llega a ser equivalente al estrés cotidiano, equivale a estar con mucho trabajo, sin embargo, la sobrecarga cuantitativa es mucho más subjetiva, implica juicios de valor acerca de lo que alguien está capacitado para asumir.
- Al nivel ocupacional: Se tiene un estresor enfocado a las tareas, que se desempeñan. La falta de definición de las tareas lleva a la ambigüedad del rol.
- Las relaciones sociales: Son otro factor desencadenante, conlleva conflictos personales.

El estrés laboral es todo un proceso escalonado, que se origina con pequeños síntomas como el cansancio hasta llegar al absentismo, accidentes laborales y hasta el abandono de la profesión.

2.3. El síndrome de burnout.

El término burnout surge a mediados de los años setenta del siglo pasado en la literatura científica para explicar el proceso de deterioro en la atención y los cuidados observado en las organizaciones de servicios, ya sean de salud, educativas u otras. El primero en describirlo fue Herbert Freudenberger, quien en 1974 introduce el término en referencia a la observación realizada sobre los voluntarios que trabajaban con toxicómanos, quienes manifestaban una pérdida progresiva de energía, llegando hasta el agotamiento, y

presentando síntomas de ansiedad y de depresión, así como desmotivación en el trabajo y agresividad con los pacientes al cabo de un año de trabajo.

Freudenberger describió a estas personas como poco comprensivas, menos sensibles, y agresivas en su trato con los pacientes e incluso les daban un trato distante y cínico; y describió el síndrome como una experiencia de agotamiento, decepción y pérdida de interés por el trabajo que surge en los profesionales que prestan un servicio directo a personas, como consecuencia del ejercicio diario de la profesión.

Un antecedente histórico del síndrome de burnout se puede encontrar en un estudio de Schwartz y Will en el que describen un estado de baja moral y distanciamiento, con respecto a los pacientes, experimentado por enfermeras de un servicio de psiquiatría, aunque no utilizan exactamente el término de burnout para denominarlo. En un contexto no clínico el primero en usar el término parece ser el novelista Thomas Mann, quien, en 1901, en su novela “The Buddenbrooks”, se refiere a este concepto.

En la obra se relata la decadencia de una familia y las características del síndrome se encuentran implícitos en las características del personaje principal, un senador, del cual toma el nombre su obra. Otro antecedente se encuentra en la obra “A burnout case” del novelista inglés Graham Green, publicada en 1961, la cual fue traducida al español con el título de “un caso acabado”. En esta obra Green narra la historia de un arquitecto famoso y de éxito, atormentado espiritualmente que decide abandonar su profesión y retirarse a la selva africana en el Congo. A lo largo de la novela el personaje se presenta como alguien que hastiado ha abandonado su vida anterior y rechaza volver a ella.

A pesar de tratarse de un sujeto con éxito social se encuentra insatisfecho con su trabajo y ha perdido el interés por éste y por el resto de cosas. El aspecto faltante para poder encuadrar el caso presentado por Green dentro del actual concepto de burnout es el aspecto concerniente a las relaciones con otras personas en el ambiente de trabajo.

2.4. El modelo de Selye - Síndrome de Adaptación General.

La respuesta de estrés fue descrita por Selye como una respuesta inespecífica del organismo ante la presencia de un evento desencadenante que atenta contra la homeostasis o el equilibrio del organismo. Esta respuesta del organismo ante el estresor sostenida en el tiempo, fue denominada por Selye Síndrome General de Adaptación (SGA).

En 1963 el médico Hans Selye desarrolla su teoría acerca de la influencia del estrés en la capacidad de adaptación y enfrentamiento del sujeto al padecimiento de lesiones y enfermedades. Descubrió de esta manera que, ciertos pacientes compartían sintomatología similar, la misma que atribuyó a la respuesta del organismo ante el estrés.

A Hans Selye se le considera uno de los padres del estudio del estrés, y en especial de la influencia del estrés en la adaptación a las consecuencias de las enfermedades. El autor propuso un modelo de respuesta del organismo ante el estrés que consta de tres fases. Cada una de estas etapas se caracteriza por una serie de cambios y reacciones fisiológicas en el organismo que nos permiten detectar las señales que indican amenaza o peligro.

- Fase 1. Alarma. El organismo interpreta que se encuentra ante una situación que le provoca estrés y comienzan los primeros cambios fisiológicos, emocionales y cognitivos que nos preparan para actuar y afrontar la situación, bien sea a través de

una reacción de “lucha” o de “huída”. En esta primera etapa las glándulas endocrinas liberan hormonas, especialmente adrenalina y cortisol. La primera, aumenta los latidos del corazón y el ritmo respiratorio, incrementa la tensión muscular, se dilatan las pupilas, hacen más lenta la digestión e incrementa la alerta sobre la atención a diferentes estímulos. La función de la adrenalina es preparar rápidamente al cuerpo humano para la acción de combatir una situación que percibimos como amenazante y escapar del peligro. El cortisol eleva el nivel de azúcar en la sangre y disminuye la respuesta inmunológica para ahorrar energía. Cuando la persona se enfrenta a la situación y es consciente de que los recursos de afrontamiento no son suficientes para superar los hechos, es entonces cuando se inicia el estrés y comienza la etapa de alarma.

- Fase 2. Resistencia. Durante la fase anterior se ha producido en el organismo un desgaste de energía debido a la cantidad de reacciones metabólicas puestas en marcha para combatir el estrés y la sensación de peligro. En la etapa de resistencia el organismo trata de recuperarse y volver a su equilibrio u homeostasis, pero el estímulo estresante continúa y sigue debilitando los recursos necesarios para combatir el estrés, con lo que el cuerpo permanece en alerta y no puede reparar los daños. Con frecuencia la persona se muestra con menor tolerancia a la frustración, mayor irritabilidad, aparecen dificultades para dormir y sensación de cansancio o fatiga.
- Fase 3. Agotamiento. La exposición prolongada al estrés agota las reservas de energía del cuerpo y puede llevar a situaciones extremas de debilitamiento del sistema inmune, con lo que el sujeto se hace más vulnerable a contraer

enfermedades. Es habitual que aparezcan sentimientos de indefensión, infelicidad, enfermedades psicosomáticas, cuadros depresivos o adicciones con o sin sustancias. Si la magnitud del acontecimiento estresante no supera la capacidad de respuesta normal, el organismo no sufrirá consecuencias. Sin embargo, si los recursos de este organismo son insuficientes, si no puede hacer frente a la cantidad de estrés que debe gestionar, pueden aparecer problemas de todo tipo. El organismo entra entonces en un círculo vicioso, el sistema de adaptación se agota y las consecuencias del estrés son cada vez más perjudiciales. Existen criterios que permiten determinar si una persona ha alcanzado o no la fase de los daños. En primer lugar, aparece la irritabilidad, luego aparece el insomnio, el dolor de cabeza, la dificultad para concentrarse, problemas de memoria, etc.

Por tanto, puede definirse el estrés como un proceso en el que el organismo trata de adaptarse a un cambio en su entorno, por lo que para entenderlo de forma adecuada es necesario valorarlo en su interacción con el mismo.

- Las demandas psicosociales

El primer elemento en el análisis del estrés son las situaciones o demandas psicosociales. Las situaciones estresantes pueden clasificarse en sucesos vitales (experiencias objetivas que amenazan las actividades normales del individuo) y sucesos menores (estrés diario). Estos sucesos menores o contrariedades incluyen situaciones tales como atascos de tráfico, inclemencias del tiempo, discusiones y problemas sociales, etc. Son sucesos de menor impacto que los sucesos vitales, pero de mayor frecuencia.

- Evaluación cognitiva

El segundo elemento es la evaluación o valoración cognitiva es el proceso por el que el individuo da significado (en términos de amenaza para su bienestar) a una situación. Esta valoración se divide en dos procesos: valoración primaria y valoración secundaria.

En la valoración primaria el individuo determina el daño o beneficio potencial de la situación (amenaza; daño o pérdida, desafío y beneficio). En la valoración secundaria el individuo valora sus recursos de afrontamiento y las diferentes opciones de que dispone.

Una segunda valoración o proceso tendría que ver con la reevaluación, esto es con los procesos de feedback que tienen lugar a medida que el individuo se enfrenta a la situación y observa los resultados de su conducta sobre el medio.

- Afrontamiento

El tercer elemento es la respuesta del individuo al estresor o modo de afrontamiento. El afrontamiento puede entenderse como una propiedad relativamente estable del individuo (estilo) o como un proceso. Existen cuatro estilos o modos básicos de afrontamiento:

- Vigilante rígido, caracterizado por la tendencia a buscar información sobre el estresor de manera anticipada (se estresan principalmente por la incertidumbre);
- Evitador rígido: tiende a prestar poca atención a las características amenazantes del estresor debido al malestar que estas generan;
- Flexible, ante una situación de amenaza toleran la incertidumbre y la activación emocional, presentan una clara orientación al problema y un uso flexible de las estrategias de afrontamiento;

- Inconsistente, se estresan tanto por la incertidumbre como por la activación emocional, cuando se alejan del estresor para evitar la incertidumbre aparece la activación emocional y para evitar ésta se aproximan al estresor lo que genera incertidumbre nuevamente.

Por otra parte, la concepción del afrontamiento como un proceso implica: que el afrontamiento es independiente del resultado y dependiente del contexto, y que por lo tanto, no existen estrategias universalmente eficaces; que el afrontamiento depende de la evaluación de las posibilidades de control o influencia sobre el estresor, determinando dos tipos generales de afrontamiento (orientado a la emoción y orientado al problema).

En cuanto a los métodos de afrontamiento, se han clasificado estos intentos de acuerdo con tres dimensiones:

- focalización (en el problema vs. en la emoción);
- método (activo vs. evitación) y
- naturaleza de la respuesta (conductual vs. cognitiva).

También existen otros factores como el apoyo social, variables disposicionales como el hardiness, término que referencia a la dureza o resistencia al estrés. Se trata de un patrón de conducta está caracterizado por el optimismo, el sentido del humor, la sociabilidad y la autoestima, y es una variable potenciadora de la salud. Por otra parte el patrón Tipo A (hostilidad, cinismo, alexitima) y el Tipo C (repositor y con motivación de logro) que estarían asociados a la enfermedad. Todos estos factores tendrían un efecto modulador sobre las reacciones o respuestas de estrés, pudiendo ocurrir estas tanto a nivel fisiológico

(ej., cardiovascular, metabólica, inmunológico) como a nivel psicológico (ej., preocupación, desesperanza y negación) y motor (ej., consumo de sustancias, agresividad).

2.5. El modelo de Lazarus y Folkman – Teoría Transaccional.

Lazarus y Folkman (1986) plantearon que el estrés representa un problema en gran medida individual, tanto en el ámbito psicológico como fisiológico, y un problema colectivo, dada la interrelación de los humanos en la sociedad. El supuesto fundamental de la teoría, es que a pesar de que las personas comparten exigencias similares, éstas se traducen como estresores para el individuo de acuerdo a su particular evaluación cognitiva. Mientras algunos individuos perciben algunas exigencias como amenazas, otros las perciben como oportunidades. Esta teoría tiene sus fundamentos

en supuestos de la psicología cognitiva, ya que sus conceptos centrales son la evaluación cognitiva y el afrontamiento.

Este modelo generado por Richard Lazarus y Folkman en 1986 está centrado en los procesos cognitivos que conllevan las situaciones de estrés. Dicha situación, resulta de la transacción dada entre la persona en función de sus valores, experiencias y metas y en su entorno junto con una situación que posee determinadas características.

Para que el estrés haga merma en el sujeto es necesario que el mismo perciba un desbalance entre las demandas internas junto con las externas y los recursos que tiene a su disposición para superar estas demandas, este proceso es evaluado a través del tiempo en tres tipos de evaluación.

- Evaluación primaria: Medición psicológica del estrés. Se realiza una evaluación del significado de la situación, esto quiere decir que será calificada como una situación fácilmente controlable, cambiante, irrelevante o estresante. En el caso de ser considerada una situación que conlleva estrés, se procede a una evaluación secundaria.
- Evaluación secundaria: Se determinarán los recursos y opciones disponibles del individuo para afrontar dicho contexto. Los resultados de este punto llevarán a la reevaluación.
- Reevaluación: Proceso de feedback. Se desarrolla una estrategia que puede ser orientada al problema o a la regulación emocional.

La propuesta teórica de Lazarus y Folkman (1986) se basó en los supuestos psicológicos de la interacción individuo-ambiente, los procesos de evaluación cognitiva y el proceso de afrontamiento.

En la teoría se combinan a su vez cuatro fundamentos psicológicos: la constitución biológica y social del individuo, los procesos perceptuales, la teoría de acción, y las intervenciones basadas en la perspectiva cognitiva-conductual. A continuación, explicamos estos entendidos. Con relación a la interacción del individuo en el ambiente, Lazarus y Folkman (1986) explicaron que los individuos están determinados por una estructura biológica única. Además, en las diferencias individuales también influyen las de estrato social y las historias o experiencias de vida. A su vez, el sistema social influye en la constitución individual de los valores, compromisos y creencias.

Tanto los factores individuales como los sociales influyen en la evaluación que el individuo hace sobre las situaciones y el significado que les da, de acuerdo a la teoría. Los conceptos de estrés y afrontamiento son dinámicos, es decir, el ajuste entre el individuo y el entorno cambia de manera constante, de un momento a otro y de una ocasión a otra, dadas las múltiples formas de influencia social. “La concordancia nunca es perfecta, puesto que la estructura social no es estática, ni lo es la forma en que se experimenta y se afronta psicológicamente”.

En términos evolutivos, los sistemas sociales según estos teóricos actúan sobre el individuo creando demandas y proporcionando los recursos que puede y debe utilizar para sobrevivir. Los autores/as plantearon que el reto para la investigación consiste en demostrar cómo la cultura y la estructura social actúan moldeando los valores, compromisos y creencias del individuo. En el fondo estos factores juegan, según ellos, un papel determinante en la generación del estrés, el proceso de afrontamiento y los resultados adaptativos. “A su vez, un sistema social que no sirva para que el individuo se adapte está condenado al fracaso. La aptitud del individuo para enfrentar las demandas depende de los recursos culturales”.

El concepto de evaluación cognitiva en esta teoría de estrés implica una interpretación del individuo, quien significa la situación del ambiente como amenazante, peligrosa o dañina para sí. Es una relación dinámica entre las características del individuo y el entorno. De acuerdo a Lazarus y Folkman “el estrés psicológico es una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus

recursos y que pone en peligro su bienestar”. En otras palabras, el estrés no es una propiedad de la persona o del ambiente, sino que surge ante la evaluación de amenaza entre un tipo de persona y de un ambiente particular.

La evaluación cognitiva, está fundamentada en la percepción del ambiente por el individuo. Dember (1974) señaló que durante la primera revolución cognitiva el estudio de la percepción no se cuestionó de manera profunda. De acuerdo a este autor, el estudio de la percepción durante esta época incluyó los motivos, hábitos y expectativas de las personas. Sin embargo, luego se amplió el alcance de estas áreas y se introdujo el concepto de afrontamiento con un enfoque en la emoción y en el problema, los cuales forman parte de la teoría transaccional.

Frese y Sabini (1985) explicaron a través de la teoría de acción, los pilares del concepto de afrontamiento como un proceso cognitivo. Señalaron que, mediante la acción, los individuos obtienen conocimiento sobre el mundo, porque a través de la misma reciben insumo sobre las situaciones en las cuales actúan. La teoría de acción puntualizó la manera en que creamos planes en ambientes específicos para lograr metas específicas. Estos autores/as incorporaron a la teoría dos modalidades de acción: manejar la emoción y manejar el problema. Lazarus y Folkman (1986) explican que las formas de afrontamiento dirigidas a la emoción tienen más probabilidades de aparecer cuando el individuo evalúa la situación y determina que no puede hacer nada para modificar las condiciones lesivas, amenazantes o desafiantes. Este tipo de afrontamiento incluye estrategias como la evitación, la minimización, el distanciamiento, la atención selectiva, las comparaciones positivas y la extracción de valores positivos de los acontecimientos negativos.

Por otro lado, Lazarus y Folkman (1986) señalaron que las formas de afrontamiento dirigidas al problema, tienden a aparecer cuando el individuo percibe que puede cambiar el entorno. Como estrategia de afrontamiento dirigida al problema identifican la modificación de presiones ambientales, obstáculos, recursos y procedimientos, en vías de cambiar el entorno. Otras estrategias que proponen los autores/as para la modificación cognitiva son la reducción del nivel de aspiraciones, la búsqueda de canales de gratificación distintos, el desarrollo de nuevas pautas de conducta o el aprendizaje de recursos y procedimientos nuevos.

En términos generales, el afrontamiento propone la capacidad del individuo para cambiar su cognición o llevar a cabo acciones para cambiar el entorno. Lazarus y Folkman (1986) añadieron que los recursos o estrategias de afrontamiento pueden buscar la adaptación del individuo al entorno, pero esto no ocurre en todos los casos. Una vez el individuo evalúa la situación como estresante, decide la estrategia de afrontamiento que utilizará para manejar la situación. El afrontamiento implica una modificación cognitiva y conductual que el individuo hace para manejar las exigencias cuando excede sus recursos personales. El afrontamiento es un proceso cambiante a través de la experiencia, es decir, cambian los pensamientos y actos a medida que se desarrolla la interacción. Este proceso de afrontamiento es uno de los supuestos de la psicología cognitiva conductual en torno al humano. Para que ocurra el afrontamiento, el individuo debe percatarse de que tiene los recursos necesarios para afrontar las exigencias del ambiente y actuar.

Capítulo III: Método de investigación

3.1. Enfoque y tipo de investigación

Considerando la pregunta general de esta investigación: ¿Cuáles son las principales causas que generan un impacto psicológico negativo en el personal de enfermería durante la pandemia del covid-19?, el presente estudio será un tipo de investigación cualitativa, ya que el propósito es describir como la pandemia actual del COVID -19 ha provocado efectos psicosociales en el personal de enfermería; esto permitirá un análisis exhaustivo sobre las causas que provocan en el personal de enfermería efectos psicológicos que empeoren su salud mental.

De tal forma esto nos permitirá abordar las causas del impacto psicosocial en la salud mental del enfermero desde un enfoque multidimensional, pero de manera autónoma a partir de la exploración de los aspectos más relevantes y de esta forma describir las experiencias referentes a la salud mental en el personal de enfermería debido al estado de emergencia y confinamiento.

3.2. Sujetos de análisis.

Los sujetos de análisis de esta investigación será los integrantes del personal de enfermería pertenecientes al hospital del niño y la madre del municipio de palenque.

3.3. Diseño de investigación

En esta investigación se utilizará un modelo cualitativo de pauta transversal y descriptivo. Es decir, será de tipo cualitativo ya que se busca describir la relación de la pandemia COVID -19 y la salud mental del personal de enfermería; además la investigación será transversal porque la toma de datos se realizará en un solo momento entre los meses de mayo a junio del 2021. A la vez, el diseño transversal es descriptivo puesto que tienen como objetivo “indagar las principales causas que generan un impacto psicológico negativo en el personal de enfermería durante la pandemia del covid-19”.

3.3.1 Determinación de la población y muestra

La presente investigación involucra a la población perteneciente al área de salud, específicamente los enfermeros y enfermeras, dicha población es perteneciente al hospital del niño y la madre del municipio de palenque.

La muestra con la cual se realizará el estudio, será de tipo no probabilístico, ya que la población que se pondrá en estudio será solo un porcentaje de la población en total existente.

3.3.2 Técnicas e instrumentos para la recolección de datos

Uno de los instrumentos a utilizar serán las encuestas, en la cual se buscará saber mas de los sujetos de estudio y indagar mas sobre las causas que provocan un efecto negativo a la salud mental del enfermero. Por la actual pandemia, se complica el hecho de realizar las encuestas de forma personal, por esta razón se buscará que las encuestas a realizar se hagan

de manera online, y con los resultados obtenidos realizar graficas que ayuden a sintetizar la información; y así comprenderlo mejor.

3.3.3. Confiabilidad y validez

La confiabilidad y validez del instrumento de recolección de datos a usar es confiable, ya que los datos serán obtenidos directamente del sujeto de prueba.

Referencias

1. Abad, A., & Triana, L. A. (2021). LA SALUD PSICOLÓGICA EN TIEMPOS DEL CORONAVIRUS 19. *Revista Integración Académica en Psicología*, 9(25), 11-22. <https://integracion-academica.org/antecedentes/269-integracion-academica-en-psicologia-volumen-8-numero-23-mayo-agosto-2020>
2. Accensi, B. E. (2010, diciembre). Estrés en los cuidados: una mirada desde el modelo de Roy. Scielo. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962010000300010
3. Acevedo, V. C. A. (2021, 3 febrero). Repositorio Institucional UDCA. Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales. <https://repository.udca.edu.co/handle/11158/3792>
4. Alomo, M. (2020, 25 agosto). *Efectos psicológicos de la pandemia COVID-19 en la población general de Argentina | Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de Córdoba*. Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de Córdoba. <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/med/article/view/28561>
5. Álvarez, A. K. G. (2020, 24 mayo). *Protocolo de atención psicológica a distancia para el personal de salud en trabajo directo con pacientes afectados por COVID-19 | Gutiérrez Álvarez | Anales de la Academia de Ciencias de Cuba*. INFOMED. <http://revistaccuba.sld.cu/index.php/revacc/article/view/865>
6. Andreu-Periz, D. (2020, 5 octubre). Experiencias de vida y soporte percibido por las enfermeras de las unidades de hemodiálisis hospitalaria durante la pandemia de COVID- 19 en España. Scielo. http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S2254-28842020000200004&script=sci_arttext&tlng=pt

7. Arita Watanabe, Beatriz Yasuko. "Modelo para la investigación del proceso del síndrome de burnout." *Psicología y Salud*, vol. 11, no. 1, 2001, p. 73+. Gale OneFile: Informe Académico, . Accedido el 27 Mar. 2021.
8. Betancourt Delgado, M. T., Domínguez Quijije, W. F., Peláez Flores, B. I., & Herrera Velázquez, M. del R. (2020). ESTRÉS LABORAL EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL ÁREA DE UCI DURANTE LA PANDEMIA DE COVID 19: Estrés Laboral durante la Pandemia de Covid. UNESUM-Ciencias. *Revista Científica Multidisciplinaria*. ISSN 2602-8166, 4(3), 41-50.
<https://doi.org/10.47230/unesum-ciencias.v4.n1.2021.308>
9. Brito-Ortíz, J. F. (2019, junio). Factores psicosociales, estrés psicológico y burnout en enfermería: un modelo de trayectorias. Scielo.
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632019000200138Bucci, N. (2012).
10. Broche-Pérez, Yunier. (2021, 5 febrero). *SciELO - Saúde Pública - Consecuencias psicológicas de la cuarentena y el aislamiento social durante la pandemia de COVID-19 Consecuencias psicológicas de la cuarentena y el aislamiento social durante la pandemia de COVID-19*. SCIELO.
<https://www.scielosp.org/article/rcsp/2020.v46suppl1/e2488/es/>
11. Bueno Ferrán, M. (2021, 1 febrero). *Cuidar al que cuida: el impacto emocional de la epidemia de coronavirus en las enfermeras y otros profesionales de la salud*. PubMed Central (PMC). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7229967/>
12. Cabrera, E. A. (2020, 29 junio). *Actividad física y efectos psicológicos del confinamiento por covid-19 | Revista INFAD de Psicología. International Journal*

- of Developmental and Educational Psychology*. REVISTA INFAD.
<https://revista.infad.eu/index.php/IJODAEP/article/view/1828>
13. Calyeca Sánchez, M. (2020, 17 agosto). *Psicosis del personal de salud en tiempos de COVID-19*. Medigraphic. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=94900>
14. Cañarte, F. M. F. (2020, 1 octubre). Efectos del COVID-19 en infantes | RECIAMUC. [reciamuc. https://www.reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/534](https://www.reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/534)
15. Castel, F.H. (2016, mayo). Contrastación entre los modelos de estudio del estrés como soporte para la evaluación de los riesgos psicosociales en el trabajo. Dialnet. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3908567>
16. Castellanos, E. (2020, 1 septiembre). COVID-19 en clave de género. ScienceDirect. <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S021391112030090X>
17. Chacón-Fuertes, F. (2020, 27 julio). *La Psicología ante la Pandemia de la COVID-19 en España. La Respuesta de la Organización Colegial*. SCIELO. http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1130-52742020000200009&script=sci_arttext&tlng=pt
18. Cruz, R. J. C. (2021, 1 febrero). Repositorio Institucional de la Universidad Politécnica Salesiana: Estudio basado en evidencia sobre el impacto psicosocial en la salud mental en poblaciones vulnerables ante la situación de emergencia y el confinamiento por la pandemia del COVID-19 en los meses de marzo a julio del 2020. Universidad Politécnica Salesiana. <https://dspace.ups.edu.ec/handle/123456789/19726>

19. Cuadra-Martínez, D. (2020, agosto). *COVID-19 y comportamiento psicológico: revisión sistemática de los efectos psicológicos de las pandemias del siglo XXI*. SCIELO. https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0034-98872020000801139&script=sci_arttext
20. Espín-Arguello, A. D. P. (2020, 5 diciembre). *Polo del Conocimiento*. polo del conocimiento. <https://polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es/article/view/2029>
21. Ferro, E. Y. (2021, 5 febrero). *SciELO - Saúde Pública - Estudio del impacto psicológico de la COVID-19 en estudiantes de Ciencias Médicas, Los Palacios*. *Estudio del impacto psicológico de la COVID-19 en estudiantes de Ciencias Médicas, Los Palacios*. scielo. <https://www.scielosp.org/article/rcsp/2020.v46suppl1/e2659/es/>
22. Gómez Ortiz, Viviola (2005). Richard Stanley Lazarus (1922-2002). *Revista Latinoamericana de Psicología*, 37(1),207-209.[fecha de Consulta 26 de Marzo de 2021]. ISSN: 0120-0534. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80537112>
23. Guíñez-Coelho, M. (2020, septiembre). *Impacto del COVID-19 (SARS-CoV-2) a Nivel Mundial, Implicancias y Medidas Preventivas en la Práctica Dental y sus Consecuencias Psicológicas en los Pacientes*. scielo. https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0718-381X2020000300271&script=sci_arttext
24. Gutiérrez García J. M. (1999, 20 de julio). Eustrés: un modelo de superación del estrés. *Revista Psicología Científica.com*, 1(3). Disponible en: <http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-170-1-eustres-unmodelo-de-superacion-del-estres.html>

25. Hernández, H. O. L. (2021, 27 enero). *Subordinación laboral, género y enfermería en el contexto del Covid-19*. Bibliotecas javeriana.
<https://repository.javeriana.edu.co/handle/10554/52531>
26. Huarcaya-Victoria, J. (2020, 28 agosto). *SciELO - Saúde Pública - Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de COVID-19 Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de COVID-19*. SCIELO.
<https://www.scielosp.org/article/rpmesp/2020.v37n2/327-334/es/>
27. L., R. (2020, febrero). *Coronavirus, una historia en desarrollo*. scielo.
https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872020000200143
28. Lozano-Vargas, A. (2020, enero). *Impacto de la epidemia del Coronavirus (COVID-19) en la salud mental del personal de salud y en la población general de China*. SCIELO. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S0034-85972020000100051&script=sci_arttext
29. M Koury, J. U. A. N. (2020, 20 marzo). *Reseña histórica del COVID-19. ¿Cómo y por qué llegamos a esta pandemia?* Fundación Acta Odontológica Venezolana.
<https://www.actaodontologica.com/ediciones/2020/especial/art-2/>
30. Maldonado Ruiz, H. (2020, 1 mayo). *Guía técnica para el cuidado de la salud mental del personal de la salud en el contexto del COVID-19*. Gobierno del Perú.
<https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/1091062-guia-tecnica-para-el-cuidado-de-la-salud-mental-del-personal-de-la-salud-en-el-contexto-del-covid-19>
31. Martínez Gómez , J. A. ., Bolívar Suárez, Y., Yanez Peñúñuri , L. Y., & Rey Anacona , C. A. (2020). Tendencias de la investigación sobre síntomas de trastornos

- mentales durante la pandemia por COVID-19. *Medicina UPB*, 39(2), 24-33.
<https://doi.org/10.18566/medupb.v39n2.a05>
32. Moscoso, M., & Delgado, E. (2015). La teoría del estrés crónico como modelo científico en neurociencia cognitiva. *Revista De Investigación En Psicología*, 18(1), 167-180. <https://doi.org/10.15381/rinvp.v18i1.11786>
33. Moscoso, S. M. (2009, diciembre). De la mente a la célula: impacto del estrés en psiconeuro inmunoendocrinología. Scielo.
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1729-48272009000200008&script=sci_arttext
34. Ortiz, J. F. B. (2015, 22 septiembre). Un modelo estructural de las relaciones entre apoyo social, estrés percibido y burnout en enfermeras mexicanas | Brito Ortiz | *Psicología y Salud*. *Psicología y salud*.
35. Osorio, J. E., & Cárdenas Niño, L. (2017). Estrés laboral: estudio de revisión. *Diversitas*, 13(1), 81-90. <https://doi.org/10.15332/s1794-9998.2017.0001.06>.
36. Palmero, F. (2015, mayo). LA EMOCIÓN DESDE EL MODELO COGNITIVISTA. REME. <http://reme.uji.es/articulos/avillj3022401105/texto.html>
37. Peri, V. L. A. (2016, 9 septiembre). Modelo causal social cognitivo de Burnout en profesionales de la salud de Lima Metropolitana. *Cybertesis*.
<http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/4930>
38. Ramírez-Ortiz, J. (2020, 7 septiembre). *Mental health consequences of the COVID-19 pandemic associated with social isolation | Colombian Journal of Anesthesiology*. SCIELO.
<https://www.revcolanest.com.co/index.php/rca/article/view/930>

39. Ribeiro, B. M. D. S. S. (2021, 25 enero). *Ser docente en el contexto de la pandemia de COVID-19: reflexiones sobre la salud mental*. Scielo.
http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962020000200008&script=sci_arttext&tlng=en
40. Rojas, A. C. N., & Tobón, S. (2005). *Terapia cognitivo-conductual*. Universidad de Manizales. Torrents, R. (2013, junio). *Ansiedad en los cuidados: una mirada desde el modelo de Mishel*. Scielo.
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962013000100013
41. Rojas, A. C. N., & Tobón, S. (2005). *Terapia cognitivo-conductual*. Universidad de Manizales. Torrents, R. (2013, junio). *Ansiedad en los cuidados: una mirada desde el modelo de Mishel*. Scielo.
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962013000100013
- 42.
43. Rojo-Gutiérrez, M. A. (2020, 25 mayo). *COVID-19: La necesidad de un cambio de paradigma económico y social* / *CienciAmérica*. CienciAmérica.
<http://201.159.222.118/openjournal/index.php/uti/article/view/288>
44. Ruiz, A. L. (2020, 6 mayo). *La psicología como ciencia en el afrontamiento a la COVID-19: apuntes generales* / *Lorenzo Ruiz* / *Anales de la Academia de Ciencias de Cuba*. INFOMED.
<http://www.revistaccuba.sld.cu/index.php/revacc/article/view/839>
45. Serrano-Cumplido, A. (2020, 1 agosto). *COVID-19. La historia se repite y seguimos tropezando con la misma piedra*. PubMed Central (PMC).
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7303648/#:%7E:text=A%20princip>

ios% 20de% 20diciembre% 20de,gran% 20facilidad% 20para% 20su% 20expansi%C3
%B3n.

46. Soares, C. B. (2020, 16 septiembre). *Nursing workers: Covid-19 pandemic and social inequalities*. SCIELO. https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342020000100101&script=sci_arttext&tIng=es
47. Uquillas Romo, Viviana Coralía. (2021). Plan de prevención del Síndrome de Burnout en el Personal Quirúrgico de una Institución de Salud. Ecuador :Ambato
48. Urzúa, A. (2020, abril). *La Psicología en la prevención y manejo del COVID-19. Aportes desde la evidencia inicial*. SCIELO. https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0718-48082020000100103&script=sci_arttext
49. Vázquez, A. F. (2020, 14 octubre). *Así son las secuelas psicológicas de la enfermería que lucha contra la pandemia*. EnfermeríaTV. <https://enfermeriatv.es/es/pandemia-y-salud-mental/>
50. Vega, M. J. L. (2020, 4 octubre). *Situación de Enfermería en tiempos de COVID-19: Una mirada panorámica | Journal of America health*. Journal of America health. <http://www.jah-journal.com/index.php/jah/article/view/50>
51. Velázquez, J. R. (2019, 30 junio). El estrés laboral desde una perspectiva relacional. Un modelo interpretativo | Revista Colombiana de Antropología. Revista INCAH. <https://revistas.icanh.gov.co/index.php/rca/article/view/802>

Anexo 1

La encuesta será la técnica de recolección de datos y el cuestionario será el instrumento de la misma, ya que con ella es posible la obtención de datos concretos y fiables sobre el comportamiento de los sujetos de investigación (personal de enfermería); esto porque ellos mismos responderán en base a su experiencia cada una de las preguntas planteadas y además el cuestionario permite que los datos obtenidos puedan ser graficados.

Cuestionario sociodemográfico y clínico:

1. Sexo:

- a) Mujer
- b) Hombre

2. Edad

- a) 20 - 30 años
- b) 31- 40 años
- c) 41-50 años
- d) 51- 60 años
- e) 61 años en adelante

3. Estado Civil

- a) Soltero
- b) Casado
- c) Unión Libre
- d) Divorciado
- e) Otros

4. Hijos:

- a) Si
- b) No

5. Carga horaria de trabajo semanal

- a) Menos de 20 horas
- b) Entre 20 y 30 horas
- c) Entre 30 y 40 horas
- d) Más de 40 horas

6. Ha trabajado con pacientes con Covid-19?

- a) Si
- b) No

7. ¿Ha sentido que su estado emocional se ha visto afectado por la pandemia?

- a) Si
- b) No

8. ¿Se siente bajo presión en su trabajo durante la pandemia?

- a) Si
- b) No

9. Ha presentado algunos de los siguientes síntomas

- a) Temblor
- b) Miedo
- c) Insomnio
- d) Estrés
- e) Ganas de llorar
- f) Tristeza.

10. Ha presentado temor de contagiarse de Covid-19 en su trabajo?

- a) Si
- b) No

11. Ha presentado temor de contagiar a familiares y amigos de Covid-19?

- a) Si
- b) No