



UNIVERSIDAD DEL SURESTE

“PASIÓN POR EDUCAR”.

**“PROYECTO 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.

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.

Planteamiento del problema

Ya hace más de un año del comienzo de la pandemia que tomo al mundo entero de sorpresa, el cual provoco complicaciones de salud en el individuo, sin importar el sexo, edad, raza o estatus económico; así es, estamos hablando del covid-19, esta patología que tuvo sus orígenes en el lejano Wuhan china, que sin embargo tuvo una propagación rápida por el mundo,

La pandemia del covid-19 azoto con fuerza a la población mundial, provoco que la población en general se contagiara y sufriera los signos y síntomas característicos de esta

enfermedad, de la misma forma provoco que las instituciones de salud mundial sufrieran un colapso en el aspecto de atención, ya que fueron rebasados en los números de casos. Esta problemática tuvo como consecuencia que el personal de salud (doctores, enfermeros, camilleros) tuvieran de redoblar esfuerzos para lograra atender a toda la población infectada.

A largo de lo que va la pandemia el personal de salud a trabajando a machas forzadas para lograr la atención de todo individuo infectado por el virus y así salvaguardar su vida. Pero esto ha traído como consecuencia que el personal de salud tenga un impacto psicológico negativo, ya que la suma de varios aspectos como el miedo a contagiarse, el estrés que provoca el atender a un alto numero de pacientes, la depresión que provoca el ver morir tan gente si poder hacer nada.

Estas emociones han sido el detonante en el personal de salud para crear un desequilibrio psicológico en ellos, siendo que el personal de enfermería sea el mas afectado porque son las personas que conviven mas tiempo con el paciente. Esta situación ha sido actualmente visto en cada una de las instituciones de salud en donde la pandemia ha estado presente.

México no ha sido la excepción, ya que el personal de los hospitales no solo ha estado combatiendo los estragos de la pandemia, sino que al mismo tiempo ha estado resolver la manera de como atender a toda la gente contagiada con los pocos recursos materiales y humanos con los que cuenta, estos se suman a las causas detonantes para que se genere un impacto psicológico en el personal de salud de México.

Los efectos psicológicos en el personal de enfermería ante la pandemia del COVID- 19, es un tema muy importante a tratar ya que la población tiene la idea errónea de que los enfermeros y enfermeras son personas que no se casan y solo están para atender a personas enfermas dejando a lado sin tiene sentimientos o emociones como cualquier persona.

Por eso es importante dar a conocer como las profesiones de la salud también ha sufrido con esta pandemia actual y de la misma forma informar a estos profesionales de salud puede recurrir a alternativas para mejorar su salud psicológica que ayude a mejorar su experiencia laboral.

Preguntas de investigación

Pregunta general

¿Cómo prevenir el impacto psicológico en el personal de enfermería provocado por la pandemia del covid-19?

Preguntas específicas

- ¿Cuáles son los métodos de relajación que benefician a la salud mental del personal de enfermería?
- ¿Cómo modificar la forma de trabajar del personal de enfermería para beneficiar su salud mental?

Objetivos de investigación

Objetivo general

Determinar las medidas de prevención en contra del impacto psicológico en el personal de enfermería provocado por la pandemia del covid-19.

Objetivos específicos

- Identificar las posibles causas principales por las que ocurre los problemas psicológicos en el personal de enfermería.
- Determinar métodos de relajación que coadyuven a la mejora de la salud mental.
- Comparar la salud psicológica de los integrantes del personal enfermería.

Cronograma de actividades

meses Semanas	1				2				3				4				5			
	1	2	3	4	1	3	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Actividades																				
Realización del:																				
<ul style="list-style-type: none"> • Planteamiento del problema • Justificación • Referencias 																				
Realización de:																				
<ul style="list-style-type: none"> • Antecedentes del problema • Preguntas de investigación 																				

<ul style="list-style-type: none">• Objetivos de investigación																					

1. 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>
2. 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>
3. 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/>
4. 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/>
5. 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>
6. Calyeca Sánche, 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>

7. 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&lng=pt
8. 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
9. 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
10. 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/>
11. L., R. (2020, febrero). *Coronavirus, una historia en desarrollo*. scielo.
https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872020000200143
12. 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

13. 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/>
14. 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>
15. 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>
16. 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>
17. 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%20principios%20de%20diciembre%20de,gran%20facilidad%20para%20su%20expansi%C3%B3n.>
18. 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&lng=es

19. 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](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0718-48082020000100103&script=sci_arttext)

20. 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/>