

Presentan: Aranza Fernández Monjaras,
Carlos Eduardo Morales García y Marisol Rabelo
Espinoza.

Asesor: E.E.C.C./C.I. Marcos Jhodany
Arguello Gálvez

Nombre del trabajo: Investigación
científica

Trabajo: previo a la obtención del
título

Comitán de Domínguez Chiapas a 26 de junio de 2021

Tema de investigación

Daños psicoemocionales en pacientes con covid-19 en la clínica respiratoria de Comitán de Domínguez, Chiapas, durante el periodo 24-31 de mayo 2021.

DEDICATORIA

Queremos dedicar esta investigación y agradeciendo infinitamente a nuestros principales pilares que nos motivaron siempre a continuar y culminar nuestra formación en la Carrera de Licenciados en enfermería a nuestros padres y familiares, quienes estuvieron de la mano con nosotros en todo momento y en todo este tiempo. a dios por darnos la oportunidad, capacidad y destreza para forjar tan noble profesión y así mismo poder culminarla de manera satisfactoria.

A nuestro profesor y mentor durante esta investigación a Lic. Marcos Jhodany Gálvez por su paciencia, motivación, dedicación y por brindarnos mucho de sus conocimientos y destreza como profesionista, para nuestra mejora en el desempeño de nuestra noble profesión, hasta culminar.

RESUMEN

En la presente investigación se analiza los posibles casos de daños psicoemocionales en pacientes con covid-19 en la clínica respiratoria de Comitán de Domínguez, Chiapas, en el periodo

Realizamos nuestro instrumento de recolección de datos, a partir de cinco encuestas que se conformaban por nueve preguntas cada una; mismas que fueron aplicadas a los cinco pacientes que se encontraban en su momento internados en la clínica respiratoria de Comitán. A partir de estas obtuvimos los datos que tres de ellos fueron del sexo femenino y dos del sexo masculino. Los resultados que se obtuvieron fueron que el 40% corresponde a la edad de 31 a 70 años y el 20% corresponde a la edad de 71 a 90 años.

Analizamos el estado anímico que ocasiona el Covid-19 en los pacientes que lo padecen y se encontraban internados en su momento a lo que obtuvimos que los factores más predominantes fueron los siguientes: el 60% sufrió estrés mientras que el otro 40% no, el 100% de los pacientes padeció de depresión al encontrarse internados, de misma manera se obtuvo que el 100% de los pacientes internados padeció de ansiedad, mientras que en otra de nuestras encuestas solo el 60% de los pacientes manifestó soledad durante su estancia en la clínica respiratoria, se obtuvo que los lugares públicos fueron aquellos con un alto porcentaje de contagio a lo que corresponde que un 60% de los pacientes que se encontraban internados se contagiaron ahí; mientras que el 20% se contagió en el trabajo y el otro 20% en sus hogares debido a las precarias en las que se encontraban u otros factores de riesgo. Si bien el 100% de los pacientes manifestaron miedo ante su estado crítico, mientras que el 60% de ellos sufrió de insomnio al estar internados, el otro 40% no se vio afectado de esta manera.

Estos fueron los datos y los resultados que obtuvimos para nuestra investigación y aportación a la misma.

ÍNDICE

	PÁGINA
Dedicatoria	
Resumen	
Introducción.....	9
Planteamiento del problema.....	11
Pregunta de investigación.....	16
Objetivo general.....	17
Objetivos específicos.....	18
Justificación.....	19
CAPÍTULO II	
MARCO TEÓRICO	
II.I Antecedentes históricos.....	22
II.II Periodo de incubación.....	24
II.II.I Cuadro clínico.....	25
II.II.II Principales medidas preventivas.....	26
II.II.III Antecedentes epidemiológicos.....	29
II.III Definición.....	34
II.IV Estrés.....	35
II.IV.I Tipos de estrés.....	35
II.IV.II Fases del estrés.....	36
II.IV.III Diagnóstico.....	37

II.IV.IV Alternativas de tratamiento.....	38
II.IV.V Criterios del dsm-5 para el trastorno por estrés postraumático (TEPT).....	42
II.V DEPRESIÓN.....	44
II.V.I Criterios de diagnóstico para la depresión.....	45
II.VI MIEDO.....	45
II.VI.I Tipos de miedo.....	46
II.VII ANSIEDAD.....	47
II.VII.I Síntomas de la ansiedad.....	47
II.VIII SOLEDAD.....	48
II.VIII.I Consecuencias de la soledad.....	49
II.IX INSOMNIO.....	49
II.IX.I Tratamiento para el insomnio	50
II.X IRA.....	51
II.X.I MANEJO DE LA IRA.....	52
II.XI Buenas noticias del COVID-19.....	54
II.XI.I Criterios de casos.....	54
II.XII Sustento teórico.....	56
 CAPÍTULO III	
MARCO TEÓRICO	
III.I Cronograma de actividades.....	62
III.II Cuadro de variables.....	63

III.III Captura de análisis y tabulación	65
CAPÍTULO IV	
IV.I Gráficas y tabulación de datos.....	66
Conclusión.....	76
Sugerencias y propuestas.....	77
Bibliografía.....	78
Anexos.....	85

INTRODUCCIÓN

En diciembre del 2019, la provincia de Hubei en Wuhan, China, se convirtió en el epicentro de un brote de neumonía de causas desconocidas. Un grupo de pacientes se presentó a diferentes hospitales con diagnósticos de neumonía de etiología no conocida. La mayoría de estos pacientes fueron vinculados epidemiológicamente a un mercado mayorista de pescados, mariscos y animales vivos y no procesados en la provincia de Hubei.

La OMS (2020) nos menciona que La COVID-19 también conocida como enfermedad por nuevo coronavirus es causada por el coronavirus 2 del síndrome respiratorio agudo severo (SARSCoV-2), su forma es redonda u ovalada y a menudo polimórfica, tiene un diámetro de 60 a 140 nm, la proteína espiga que se encuentra en la superficie del virus y forma una estructura en forma de barra, es la estructura principal utilizada para la tipificación, la proteína de la nucleocápside encapsula el genoma viral y puede usarse como antígeno de diagnóstico. Tanto el nuevo virus como la enfermedad eran desconocidos antes de que estallara el brote en Wuhan.

Produce síntomas similares a los de la gripe, entre los que se incluyen fiebre, tos, disnea, mialgia y fatiga. También se ha observado la pérdida súbita del olfato y el gusto (sin que la mucosidad fuese la causa). En casos graves se caracteriza por producir neumonía, síndrome de dificultad respiratoria aguda, sepsis y choque séptico que conduce a alrededor del 3 % de los infectados a la muerte, aunque la tasa de mortalidad se encuentra en 4,48 % y sigue ascendiendo. Paules CI, Marston HD, Fauci AS dicen que “Durante la fase sintomática es cuando se produce la liberación máxima de virus por las mucosas respiratorias, aunque esto también puede darse, en menor medida, en una etapa asintomática o en el proceso de recuperación”.

El mundo vive una situación excepcional por el avance de la pandemia producida por el coronavirus 2 del síndrome respiratorio agudo grave y la inédita medida de aislamiento social preventivo y obligatorio utilizada por varios países. Esta situación genera un impacto psicosocial que ha sido insuficientemente abordado. El impacto psicosocial puede exceder la capacidad de manejo de la población afectada; se estima un incremento de la incidencia de trastornos mentales y manifestaciones emocionales, de acuerdo con la magnitud de la epidemia y el grado de vulnerabilidad de la población (entre una tercera parte y la mitad de la población expuesta podrá sufrir alguna manifestación psicopatológica, de acuerdo con la magnitud del evento y el grado de vulnerabilidad). Aunque debe destacarse que no todos los problemas psicológicos y sociales que se presentan podrán calificarse como enfermedades; la mayoría serán reacciones normales ante una situación anormal. Los efectos, generalmente, son más marcados en las poblaciones que viven en condiciones precarias, poseen escasos recursos y tienen limitado acceso a los servicios sociales y de salud. Se hace necesario entonces la evaluación del riesgo psicosocial, el cual se define como la probabilidad de que un evento traumático exceda un valor específico de daños, en términos sociales y de salud mental. Es el resultado de la interacción entre las condiciones externas (amenaza) e internas (vulnerabilidad). Está relacionado también con otros riesgos (ambientales, sanitarios, económicos, entre otros).

La epidemia es el factor externo, con respecto a la población, que representa la potencial ocurrencia de la enfermedad en un gran número de personas. La vulnerabilidad es la condición interna de un sujeto o grupo expuesto a una amenaza epidémica, que corresponde a su disposición intrínseca para ser dañado; por ejemplo, en el orden biológico, el estado del sistema inmunológico. En la valoración del riesgo psicosocial se introduce un tercer elemento, la indignación, que es el conjunto de factores que hace que la población se enoje, esté furiosa o, al menos, preocupada.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La pandemia de coronavirus que afecto al mundo desde su primer caso en Wuhan (Hubei, China) en Diciembre del año 2019 hasta la fecha. Esta situación que vivimos ha tenido un impacto psicosocial en las personas que no ha sido bien abordado del todo, puesto que a partir del inédito aislamiento social obligatorio y preventivo ha erradicado el poder ver que hace falta el potenciar en la sociedad varios aspectos como la resiliencia, el crecimiento personal, relaciones intrafamiliares, empatía, humanismo y una atención especial a grupos vulnerables.

Muchas veces como sociedad dejamos a un lado la importancia de la salud mental o peor aún lo ignoramos totalmente, es por ello que ante una situación como la que actualmente vivimos de esta epidemia infecciosa, los cambios bruscos que esta género en el entorno de manera general, tanto, individual, familiar y social externo se ve muy marcado en el aspecto emocional de las personas.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha equiparado y abordado el tema de salud mental con el bienestar subjetivo, la percepción de la propia eficacia, la autonomía, competencia, dependencia y autorrealización de las capacidades intelectuales y emocionales. Por tanto todas estas incluyen la capacidad individualizada para poder afrontar el día a día de la vida cotidiana, sus tensiones normales, trabajar y servir de una manera productiva, fructífera y eficaz, al mismo tiempo de poder hacer contribuciones a la comunidad.

Podría decirse que como seres humanos estamos programados únicamente a enfrentar las adversidades que se pueden manifestar en nuestra vida cotidiana diaria, pero de manera diferente que por nuestra propia perspectiva diéramos un enfoque más real y más profundo de lo que esto se trata seríamos capaces de poder estar listos para enfrentar y afrontar problemas desconocidos para nuestros ojos.

La serie de dominios o subdominios es un modelo propuesto por Muñoz, a partir de haber realizado un análisis en base a lo considerado por la OMS, se enfoca en la SMP “salud mental positiva”. Estos hacen referencia a las actitudes que se tienen a uno mismo, al nuestro crecimiento y auto actualización, a nuestra integración, nuestra autonomía, nuestra propia percepción a la realidad y nuestra capacidad para tener el dominio de nuestro entorno. Ahora bien cuando se enfrenta a un problema como epidemias, situaciones de desastres y otras emergencias humanitarias estos producen cambios bruscos en las dinámicas relacionadas antes mencionadas, obteniendo un impacto muy marcado en lo que se refiere a la calidad de salud mental sana. Principalmente a partir de implementar el obligatorio aislamiento y cuarentena para evitar la mayor propagación de la enfermedad ha causado un impacto visible en el estado emocional de las personas aun sin poder con certeza el evaluar los efectos que esta pandemia ha generado en la mayoría de la población ya se podría plantear una serie de repercusiones esperadas dándole lugar que se le debe tener la misma atención de prevención. Siendo visto que la pandemia es de gran magnitud implica una enorme perturbación de manera psicosocial, a lo nuevo, lo desconocido lo que todavía no se puede controlar, dando lugar a que la mayoría de la población ya experimenta demasiada angustia y temor dando

inicio al incremento de los trastornos psíquicos. No todos los problemas psicológicos y sociales podrán marcarse como una enfermedad puesto que una parte podrá calificarse como un resultado normal ante una situación anormal desconocida.

A nuestro alcance existen muchos modelos que fomentan la salud mental sana, desde libros que nos ayudan a mejorar nuestros hábitos diarios, de desarrollo personal, metáforas con mensajes marcados en lo que es poder acoplarse a lo nuevo a lo desconocido, enfrentarlo. Pero esto no ha sido suficiente por la falta de enfoque hacia los temas, la escases de conciencia de lo importante y necesario que es mantener una salud mental sana. Hace falta concientizar a la sociedad, dar a ver que no solo se trata de fomentar el aislamiento para prevenir la propagación extrema de la enfermedad si no que al igual, hay que prevenir los problemas psicoemocionales que esta pueda dejar como secuela, fomentar nuevos hábitos que nos permitan como seres humanos tener la capacidad de controlar nuestras emociones ante situaciones problemas o adversidades que generen temor y angustia, poder afrontarlas, saber sobrellevarlo y continuar con nuestra rutina diaria aunque hayan algunos cambios mínimos en esta.

Estos efectos tendrán más impacto y se verán mucho más marcados a la población que se manifiesta más vulnerable como por ejemplo aquellas que viven en condiciones más precarias, es decir, que poseen escasos y bajos recursos y se encuentran limitados al acceso de salud y de igual manera el acceso limitado a servicios sociales. Debido a la magnitud de mortalidad e incertidumbre que genera la actual epidemia infecciosa, la mayoría de efectos

que serán visibles serán sentimientos tales como la ansiedad, preocupación y distintos miedos relacionados con algunos aspectos como su propio estado de salud y el de los familiares, agregando el de amigos cercanos y demás conocidos, el miedo a la seguridad de un puesto de trabajo o la pérdida del mismo, el obtener ingresos para el sustento del hogar y el del día a día , la preocupación de si un familiar se enferma y el no poder cuidarle o que pueda ser atendido, la frustración e incertidumbre de cuánto tiempo más durara esta situación, el aislamiento y la soledad con el sentimiento de haber sido excluido de su círculo familiar y social, la incapacidad del ser contagiado por la negligencia de otros o el mero hecho de no tener el privilegio de poder resguardarse o privarse de salir de casa para seguir manteniendo un sustento económico, la frustración de no poder continuar conectados a la rutina habitual de la vida aquellos problemas de adicción a sustancias dañinas al organismo por la frustración o desesperación de poder o no saber cómo afrontar y llevar la situación y los síntomas depresivos como la desesperanza, cambios en el apetito o alteraciones del sueño entre otras.

Es cierto que la población que se verá más afectada por esta epidemia infecciosa que vivimos en nuestra actualidad serán aquellos que sean de escasos recursos no solo de manera económica si no de manera general, limitados a servicios tanto sociales como de salud, son la población más vulnerable. Los problemas emocionales que esta epidemia deja ver más marcados, son tales como la ansiedad, la depresión generados desde el mero hecho del aislamiento social, la frustración y la incertidumbre que dejó a no solo por los casos de millones de muertes de personas, sino también el no poder tener con certeza cuando esta llegara a su fin o por lo menos pasara a ser una de las enfermedades endémicas como las conocidas que escuchamos en nuestro entorno. Estas son solo algunas que podemos pensar como una idea inmediata de lo que la mayoría de las personas manifestarían pero el problema

mayor son las que ni siquiera tomamos en cuenta que podrían afectar a nuestra población.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es el impacto psicoemocional en la recuperación de los pacientes con SARS-CoV-2 (COVID-19) en la clínica respiratoria de Comitán de Domínguez, Chiapas durante el periodo 24- 31 de mayo 2021?

OBJETIVO GENERAL

Conocer el impacto psicoemocional en la recuperación de los pacientes con SARS-CoV-2 (COVID-19) en la clínica respiratoria de Comitán de Domínguez, Chiapas durante el periodo 21-31 de mayo 2021.

OBEJTIVOS ESPECÍFICOS

- 1.-Identificar el impacto psicoemocional en el recuperación de los pacientes con SARS-CoV-2 (COVID-19) en la clínica respiratoria de Comitán de Domínguez, Chiapas durante el periodo 21-31 de mayo 2021.
- 2.- Investigar los principales daños psicoemocionales que presentan los pacientes con COVID-19 en la clínica respiratoria de Comitán de Domínguez, Chiapas durante el periodo 21-31 de mayo 2021.
- 3.- Conocer las causas por la que se presentan los daños psicológicos en pacientes con COVID-19 en la clínica respiratoria de Comitán de Domínguez, Chiapas durante el periodo 21-31 de mayo 2021.

JUSTIFICACIÓN

El proyecto tiene como finalidad lograr identificar los daños psicoemocionales que se desarrolla en los pacientes con COVID-19 en la clínica respiratoria de Comitán de Domínguez, Chiapas, con el propósito de dar a conocer los daños que se genera, como podemos tratarlo y prevenirlo. Esta enfermedad ha terminado con la vida de muchas personas realmente muy cercanas como familiares, conocidos, amigos, compañeros de trabajo y un sinnúmero de personas.

Las personas que sufren de este padecimiento y se encuentran internadas en la clínica respiratoria sufren de depresión, ansiedad, miedo, temor, dolor, que los lleva a no querer seguir luchando, no poder descansar correctamente, provocando también un decremento mayor en su salud, dando lugar a un comportamiento irritable con el personal médico y familiares.

Desgraciadamente el ambiente de la clínica quizá no es el mejor, estando internado lo único que se observa alrededor es a más pacientes con dolores, preocupaciones y en casos extremos intubados, se ve al personal afectado por no poder hacer más de lo que se puede, el ambiente no es favorable, por lo que los pacientes toman una actitud negativa, decadente, de ira, son muchos sentimientos encontrados que se reúnen y acaban con la salud del paciente.

Hace pocos meses se ha optado por incluir medidas de relajación como la musicoterapia, incluso en la ciudad de Tuxtla Gutiérrez ha ingresado un perrito

vestido adecuadamente al área de los pacientes con COVID-19, proporcionando así a los pacientes un ambiente de relajación.

En la clínica respiratoria de Comitán de Domínguez, Chiapas muchos familiares piden de favor al personal de enfermería que les entreguen cartas a los pacientes, o inclusive que les marquen por teléfono, esto con la intención de que los pacientes no se sientan solos, que sepan que tienen el apoyo de sus seres queridos.

Elegimos esta investigación porque es preocupante la situación respecto a COVID-19, pero más que preocuparnos debemos ocuparnos y hacer algo al respecto. Al identificar los daños psicoemocionales que se desarrollan en los pacientes con COVID-19 se podrá para mejorar la recuperación y la estancia de los pacientes en la clínica respiratoria, esto será de mucha ayuda tanto para el personal de enfermería como para los médicos.

El presente trabajo permitirá mostrar los daños y el impacto que se genera en los pacientes hospitalizados y puede profundizar en los conocimientos teóricos sobre el COVID-19. Los motivos que nos llevaron a investigar el impacto y daños producidos en los pacientes hospitalizados con SARS-CoV-2 se enfocan en lograr un aumento en la mejoría de los pacientes, por medio de terapias alternativas que aumenten sus ganas de vivir, de salir adelante, evitar daños permanentes psicológicos y poder hacer que la sociedad entendamos que no es una enfermedad fácil, no es una simple gripe, si no que es una enfermedad que deteriora física y mentalmente.

La recuperación de los pacientes requiere de mucho apoyo, tanto del personal de salud como de los familiares, pero principalmente del paciente, si el paciente no quiere luchar y se encuentra en una posición negativa, de ataque a las personas que lo rodean será muy difícil que pueda recuperarse sin dejar daños psicológicos permanentes, es una tarea muy difícil pero no imposible.

Aquí es donde realmente veremos la vocación del personal de salud, tanto médicos como enfermeros, requiere mucha paciencia, amor, humanismo, empatía, ponerlos en el lugar del paciente, y pensar que sentiría si fuera yo el que esta acostado, con dolor, mil pensamientos en la cabeza, muchas veces preocupaciones económicas, familiares, pensar si se recuperará o no.

Yang, S., & Cho, S. (2017), nos menciona que en China, se estudiaron las relaciones entre los estresores y el estilo de afrontamiento utilizado frente al SARS con el ajuste psicológico, encontrando que la presencia de estresantes y un estilo de afrontamiento evitativo predijeron la presencia de sintomatología, en tanto un afrontamiento de tipo activo predijo una mayor satisfacción con la vida al controlar los estresores.

La manera en la que el paciente afronte la enfermedad y los estresores que se encuentren a su alrededor serán puntos clave para su recuperación, si el paciente cuenta con una actitud positiva su recuperación será más satisfactoria siempre con la compañía del personal médico.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

II.I ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Wang, C., Horby, P. W., Hayden, F. G., & Gao, (2020) nos mencionan que

En diciembre del 2019, la provincia de Hubei en Wuhan, China, se convirtió en el epicentro de un brote de neumonía de causas desconocidas. Un grupo de pacientes se presentó a diferentes hospitales con diagnósticos de neumonía de etiología no conocida. La mayoría de estos pacientes fueron vinculados epidemiológicamente a un mercado mayorista de pescados, mariscos y animales vivos y no procesados en la provincia de Hubei.

Wang, C., Horby, P. W., Hayden, F. G., & Gao, (2020) afirman que

El gran crecimiento económico de las regiones del sur de China, llevó a una alta demanda de proteína animal, incluyendo animales exóticos, como culebras, civetas, pangolines y murciélagos. Las deficientes medidas de bioseguridad en los mercados de alimentos, han permitido que los virus se transmitan entre animales y desde animales a humanos. A esta transmisión de enfermedades de animales a humanos se les conoce con el término de zoonosis. Durante la epidemia del SARS en 2002-2003, la rápida diseminación global se vio favorecida por el desconocimiento inicial en relación al manejo de los pacientes contagiados y el tráfico aéreo internacional. Lo mismo ha sucedido en esta ocasión con el SARS-CoV2.

La OMS (2020) nos menciona que

La COVID-19 también conocida como enfermedad por nuevo coronavirus es causada por el coronavirus 2 del síndrome respiratorio agudo severo (SARS-CoV-2), su forma es redonda u ovalada y a menudo polimórfica, tiene un diámetro de 60 a 140 nm, la proteína espiga que se encuentra en la superficie del virus y forma una estructura en forma de barra, es la estructura principal utilizada para la tipificación, la proteína de la nucleocápside encapsula el genoma viral y puede usarse como antígeno de diagnóstico. Tanto el nuevo virus como la enfermedad eran desconocidos antes de que estallara el brote en Wuhan.

OMS (2020) afirma que

Produce síntomas similares a los de la gripe, entre los que se incluyen fiebre, tos, disnea, mialgia y fatiga. También se ha observado la pérdida súbita del olfato y el gusto (sin que la mucosidad fuese la causa). En casos graves se caracteriza por producir neumonía, síndrome de dificultad respiratoria aguda, sepsis y choque séptico que conduce a alrededor del 3 % de los infectados a la muerte, aunque la tasa de mortalidad se encuentra en 4,48 % y sigue ascendiendo. Paules CI, Marston HD, Fauci AS dicen que “Durante la fase sintomática es cuando se produce la liberación máxima de virus por las mucosas respiratorias, aunque esto también puede darse, en menor medida, en una etapa asintomática o en el proceso de recuperación”.

II.II Período de incubación

Serra Valdés MA (2020) afirma que

Según los datos preliminares, el período de incubación más frecuente se ha estimado entre 4 y 7 días con un promedio de 5 días, habiéndose producido en un 95 % de los casos a los 12,5 días desde la exposición. Sin embargo, sobre la base del conocimiento de otros Betacoronavirus, MERS-CoV y SARS-CoV, y con los datos de los casos detectados en Europa en este brote, se considera que podría ser desde 1 hasta 14 días. Se informa que un caso tuvo un período de incubación de 27 días.

Song Z, Xu Y, Bao L (2020) nos dice que

La Organización Mundial de la Salud recomienda el aislamiento por 14 días más luego del alta hospitalaria debido a que últimos estudios han presentado datos de que se puede transmitir el virus después de los primeros 14 días. Lo anterior se pone en evidencia en una publicación de investigadores chinos, aparecida en febrero que comprobó que el período puede prolongarse hasta los veinticuatro días.

Cabrera Gaytán DA, Vargas Valerio A, Grajales Muñoz C. (2020) menciona que

Según los primeros artículos no existía evidencia respecto a la transmisión a partir de pacientes asintomáticos o durante el periodo de incubación. Inicialmente se describió un caso de transmisión a partir de una paciente asintomática en Alemania, si bien posteriormente se comprobó que la información era incorrecta y ha sido corregida por las autoridades alemanas. Ramos C. Belasco AGS, Fonseca CD (2020) nos comentan que “La información referida anteriormente sobre la no transmisión de los pacientes asintomáticos no

coincide con la opinión de los autores, ya que el desconocimiento del padecimiento de la enfermedad posibilita su transmisión a partir de la realización de actividades cotidianas y otros elementos que bajo otras condiciones pueden considerarse normales, como el hecho de estornudar, tocar superficies y posteriormente tocarse la cara o viceversa, también aquellas personas jóvenes que padecen de rinitis alérgica o faringitis crónica, cuya sintomatología es relativamente normal para su patología de base pueden enmascarar la presencia de la enfermedad, etc.”

II.II.I Cuadro Clínico

Calvo C. y Ramos C. (2020) afirman que

Con respecto a las características clínicas de los casos confirmados de COVID-19 en la ciudad de Wuhan, China, una cohorte retrospectiva de 41 pacientes demostró que la edad promedio fue de 49 años, con una prevalencia masculina. Se consideraron signos y síntomas importantes de COVID-19: fiebre (98 %), tos seca (76 %), disnea (55 %), mialgia o fatiga (44 %) y linfopenia (63 %).Centers for disease control and prevention (2020) mencionan que“ Las personas infectadas pueden estar asintomáticas o presentar un cortejo de signos y síntomas muy variados que oscilan desde leves a muy graves según las características de cada persona”.

El inicio de COVID-19 se manifiesta principalmente como fiebre, pero en ocasiones solo se presentan escalofríos y síntomas respiratorios dado por tos seca leve y disnea gradual, además de fatiga e incluso diarreas. Otros síntomas muy frecuentes según ha registrado la Organización Mundial de la Salud (OMS), son expectoración (33 %), odinofagia (14 %), cefalea (14 %), mialgia o artralgia (15 %), náuseas o vómitos (5 %), congestión nasal (5 %).

Paules CI, Marston HD, Fauci AS (2020) menciona que

Afortunadamente, en el 80 % de los casos por COVID-19 la enfermedad es leve, hasta el punto de confundirse con gripes o resfriados. Sin embargo, un 15 % de los pacientes muestra síntomas graves que requieren hospitalización y un 5 % desarrolla síntomas muy graves que deben tratarse en unidades de cuidados intensivos. Los autores alertan sobre la importancia de la detección temprana de los pacientes en etapa asintomática debido a que el cuadro clínico puede tener una evolución tórpida inesperada y llevar al paciente a la muerte, aunque tenga una carga viral baja que no represente peligro inminente para su vida, es necesario que sea evaluado como corresponde.

Algunos de los infectados, confirmados a partir de la realización de la prueba pueden ser asintomáticos, por lo que los autores aconsejan que las personas que tuvieron contacto cercano con estos pacientes deben ser aisladas y ser monitoreadas por un tiempo determinado para descartar la infección.

II.II.II Principales medidas preventivas

World Health Organization (2020) afirma que

Ante esta situación mundial la principal labor es la preventiva, la OMS, ha publicado medidas para reducir la transmisión del virus. Son similares a las que se han recomendado para prevenir la infección por otros coronavirus e incluyen: Lavarse frecuentemente las manos con agua y jabón al toser o estornudar, cubrirse la boca y la nariz con la sangría o fosa cubital (la concavidad que forma la cara interna del brazo al flexionarlo por el codo).

Hussin A, Rothan E, Siddappa N, Byrareddy T. (2020) mencionan que

Mantener al menos un metro de distancia de otras personas, particularmente aquellas que tosan, estornuden y tengan fiebre. Evitar tocarse los ojos, la nariz y la boca. Ir al médico en caso de fiebre, tos y dificultad para respirar, llamando con antelación si se encuentra en zonas donde se está propagando el virus o si se las han visitado en los últimos 14 días. Permanecer en casa si empieza a encontrarse mal, aunque se trate de síntomas leves como cefalea y rinorrea leve, hasta que se recupere si se encuentra en zonas donde se está propagando el virus o si han sido visitados en los últimos 14 días.

Palacios Cruz M (2020) afirma que

Para reducir las posibilidades de infectarse, las organizaciones sanitarias recomiendan evitar el contacto cercano con personas enfermas; lavarse las manos frecuentemente con agua y jabón; no tocarse los ojos, la nariz o la boca con las manos sin lavar y practicar una buena higiene respiratoria.

Belasco AGS, Fonseca CD y Serra Valdés MA (2020) mencionan que

Se recomienda a las personas que ya estén infectadas que se queden en casa, excepto para recibir atención médica, llamar con antelación antes de visitar a un proveedor de atención médica, usar una mascarilla facial (especialmente en público), tapar la tos y los estornudos con un pañuelo desechable, lavarse las manos regularmente con agua y jabón y evitar compartir artículos personales del hogar. Dependiendo de la legislación de cada país, el contagio intencionado del virus está penado de acuerdo con el ordenamiento jurídico de donde ocurra el hecho.

Carlos WG, Cruz CSD, Cao B, Pasnick S, Jamil S. Novel Wuhan (2020) mencionan que

Los autores coinciden con que todas las personas que hayan tenido contacto con pacientes que hayan sido catalogados como probables o confirmados de COVID-19, deben ser monitorizadas durante 14 días desde el último contacto que tuvieron con ellos sin protección o que no se cumplieron las medidas higiénico-sanitarias pertinentes en el momento, además de limitar los traslados a lugares fuera de su lugar de residencia para evitar una posible propagación. En general, el uso de máscaras solo se ha recomendado cuando existe exposición con pacientes con enfermedades respiratorias, como en hospitales y consultorios. Los autores no apoyan la idea anterior debido a que puede haber pacientes asintomáticos portadores de la COVID-19 que se convierten en focos transmisores, por eso recomiendan el uso de máscaras protectoras en todo lugar donde haya casos confirmados de COVID-19. Se deben seguir estrictamente los lineamientos del uso de las máscaras, pues la mala manipulación y contacto de las manos con los ojos y con el lado externo de la máscara aumentan los riesgos.

Cabrera S, Martínez Clavel L, Hernández Roman M (2020) afirman que

Entre tanto, numerosos laboratorios de investigación en la actualidad continúan buscando un tratamiento que elimine la infección por este virus, ya sea con medicamentos que ya formen parte de la industria farmacéutica y sean empleados para otras enfermedades, o bien buscando nuevas alternativas más específicas del virus.

II. II. III ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS

A. Du Toit, Outbreak of a novel coronavirus, Nat. Rev. (2020)

L.L. Ren, Y.M. Wang, Z.Q. Wu, Z.C. Xiang, L. Guo, T. Xu, et al., (2020) nos mencionan que 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.

Bogoch, A. Watts, A. Thomas-Bachli, C. Huber, M.U.G. Kraemer, K. Khan, (2020), H. Lu, C.W. Stratton, Y.W. Tang (2020) afirman que

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).

Who.int. World Health Organisation. (2020)

C. Huang, Y. Wang, X. Li, L. Ren, J. Zhao, Y. Hu, et al. (2019) mencionan que

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.

Lu, H. (2020) afirma que

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.

Rothan H., Byrareddy S. (2020).

Wang, W., Tang, J., & Wei, F. (2020) afirman que

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, Canadá, Finlandia, Francia y Alemania.

Folha de S. Paulo. (2020) nos menciona que

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 China. El 26 de febrero del presente año 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. La OMS (2020) nos menciona que “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”. Johns Hopkins (2020) afirma que “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”.

Zhang, T., Wu, Q., & Zhang, Z. Afirman que

Identificar el huésped intermedio entre el murciélago y el humano es una tarea importante para evitar posibles epidemias en el futuro. Un estudio realizado el 18 de febrero, asegura haber encontrado una estrecha relación entre un virus detectado en dos pangolines malayos que habían sido encontrados muertos por el equipo de Rescate del Centro de Vida Silvestre de Guangdong el 24 de

octubre en China. El equipo reportó haber detectado la presencia de un coronavirus parecido al SARS-CoV en muestras de pulmón de estos animales, los cuales presentaban un líquido espumoso en sus pulmones y fibrosis pulmonar. El estudio concluye, basado en el análisis genético de las muestras, que el pangolín era portador de un coronavirus parecido a SARS-CoV2, por lo que podría haber sido un pangolín el huésped intermedio entre los murciélagos y los humanos.

W.G. Carlos, C.S. De la Cruz, B. Cao, S. Pasnick, S. Jamil, Novel wuhan nos dicen que

Sin embargo, la ruta más importante de transmisión es la ruta de persona a persona. Inicialmente la mayoría de los pacientes identificados se habían vinculado directa o indirectamente al mercado de Wuhan, pero algunos casos de personas no vinculadas al mercado, incluyendo familiares de los enfermos fueron reportados. La evidencia sugería que la transmisión persona a persona era posible. De la misma manera que el SARS-CoV, el SARS-CoV2 se transmite persona a persona por contacto directo o indirecto con secreciones respiratorias o fómites al estornudar o toser. El virus también ha sido aislado en heces humanas. Debido a que los pacientes con COVID-19 pueden presentar tos, entre otros síntomas, la mejor manera de evitar la propagación de la enfermedad COVID-19 es el aislamiento de los pacientes que presenten los síntomas.

El principal problema de este tipo de enfermedades virales de alcance global, es que son procesos dinámicos con posibles ciclos de repetición, como se vio entre enero de 1918 y diciembre de 1920 con la Gripe Española (causada por el virus H1N1), la cual produjo tres brotes durante este período. La Gripe española se estima que causó entre 25 a 50 millones de muertes, arrojando más pérdida

de vidas en 25 semanas que el VIH-Sida en 25 años. De los soldados norteamericanos que murieron durante la primera guerra mundial, la mitad pereció producto de la Gripe Española y no por las balas del enemigo. La desnutrición, los hospitales desbordados en su capacidad, la mala higiene y las súper infecciones produjeron la mayoría de las víctimas fatales.

Zhou, P., Yang, X.-L., Wang, X.-G., Hu, B., Zhang, L., Zhang, W.,... Shi, Z. -L. (2020) confirman que

De igual manera, es importante entender que los virus han existido y seguirán existiendo en sus reservorios naturales. El coronavirus Sars-CoV-2, es el séptimo coronavirus que ha infectado a humanos. Las variaciones en el comportamiento y actividades humanas diversas, el consumo de animales salvajes, la venta de animales salvajes vivos y muertos en el mismo mercado, la urbanización de zonas rurales y el contacto directo con animales (huéspedes naturales de estos virus), es en parte la causa de estos brotes. Es necesario evitar futuras zoonosis virales, y la manera más efectiva es mantener las barreras entre los animales reservorios y la sociedad.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

II.III DEFINICIÓN

OMS (2020) menciona que

La COVID-19 es la enfermedad infecciosa causada por el coronavirus que se ha descubierto más recientemente. Los estudios realizados (incluida la información preliminar disponible sobre el virus de la COVID-19) indican que los coronavirus pueden subsistir en una superficie desde unas pocas horas hasta varios días. El tiempo puede variar en función de las condiciones (por ejemplo, el tipo de superficie, la temperatura o la humedad del ambiente). Si cree que una superficie puede estar infectada, límpiela con un desinfectante común para matar el virus. La OMS menciona que “todavía hay mucho por aprender sobre la forma en que la COVID-2019 afecta a los humanos, pero parece que las personas mayores y las que padecen afecciones médicas preexistentes (como hipertensión arterial, enfermedades cardíacas o diabetes) desarrollan casos graves de la enfermedad con más frecuencia que otras”.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

II.IV ESTRÈS

OMS (2007) define

El estrés como el conjunto de reacciones fisiológicas que prepara el organismo para la acción. En términos globales se trata de un sistema de alerta biológico necesario para la supervivencia. Cualquier cambio o circunstancia diferente que se presente ante nuestras vidas, como cambiar de trabajo, hablar en público, presentarse a una entrevista o cambiar de residencia, puede generar estrés. Aunque también dependerá del estado físico y psíquico de cada individuo. Un determinado grado de estrés estimula el organismo y permite que éste alcance su objetivo, volviendo al estado basal cuando el estímulo ha cesado. El problema surge cuando se mantiene la presión y se entra en estado de resistencia. Cuando ciertas circunstancias, como la sobrecarga de trabajo, las presiones económicas o sociales, o un ambiente competitivo, se perciben inconscientemente como una amenaza, se empieza a tener una sensación de incomodidad. Cuando esta sensación se mantiene en el tiempo, se puede llegar a un estado de agotamiento, con posibles alteraciones funcionales y orgánicas.

II.IV.I TIPOS DE ESTRÈS

Orlandini (1999) Menciona que

El **estrés agudo** es la forma de estrés más común este surge de las exigencias y presiones del pasado reciente y las exigencias y presiones anticipadas del futuro cercano.

El **estrés agudo episódico** es cuando se padece estrés agudo con mucha frecuencia. La gente afectada asume muchas responsabilidades y no puede organizar la cantidad de exigencias ni presiones; por lo tanto reacciona de forma descontrolada, muy emocional, y suele estar irritable, y sentirse incapaz de organizar su vida.(Orlandini, 1999)

El **estrés crónico** es un estado constante de alarma surge cuando una persona nunca ve una salida a una situación deprimente. Es el estrés de las exigencias y presiones implacables durante períodos aparentemente interminables que en algunos casos también pueden provenir de experiencias traumáticas de la niñez que se mantienen presentes constantemente. El peor aspecto del estrés crónico es que las personas se acostumbran a él, se olvidan que está allí e incluso las personas se desgastan hasta llegar a una crisis nerviosa final y fatal. Los síntomas de estrés crónico son difíciles de tratar.

II.IV.II FASES DEL ESTRÉS

Melgosa (1999) afirma que

El estrés tiene 3 fases:

Fase de alarma o huida, en esta fase el cuerpo se prepara para producir el máximo de energía que se da cuando enfrentamos una situación difícil, con los consecuentes cambios químicos.

El cerebro, entonces, envía señales que activan la secreción de hormonas, que mediante una reacción en cadena provocan diferentes reacciones en el organismo, como tensión muscular, agudización de los sentidos, aumento en la frecuencia e intensidad de los latidos del corazón, elevación del flujo sanguíneo.

Fase de resistencia, que es cuando se mantiene la situación de alerta, sin que exista relajación. El organismo intenta retornar a su estado normal, y se vuelve a producir una nueva respuesta fisiológica, manteniendo las hormonas en situación de alerta permanente.

Fase de agotamiento, sucede cuando el estrés se convierte en crónico, y se mantiene durante un período de tiempo que varía en función de cada individuo. Esta última fase es la que más problemas ocasiona, pues si la activación, la tensión, los estímulos y demandas estresantes no disminuyen, el nivel de resistencia termina por agotarse, apareciendo de nuevo la alarma y en consecuencia los problemas tanto físicos como psicológicos. Esta fase provoca debilidad, se descansa mal, aparece sensación de angustia y deseo de huida.

Fisiológicamente el efecto que tiene la respuesta estrés en el organismo es profundo. El organismo, amenazado por las circunstancias se altera fisiológicamente por la activación de una serie de glándulas, especialmente en el hipotálamo y la hipófisis ubicadas en la parte inferior del cerebro, y por las glándulas suprarrenales localizadas sobre los riñones en la zona posterior de la cavidad abdominal.

II.IV.III DIAGNÓSTICO

Vásquez y cols (2008) Menciona que

De la misma manera que no hay una única respuesta ante situaciones estresantes, tampoco las consecuencias son siempre las mismas, aunque hay una serie de enfermedades y trastornos físicos y psicológicos que suelen afectar a las personas que padecen el estrés.

Todos estos signos y síntomas son importantes para poder obtener un diagnóstico del estrés. En la actualidad es difícil diagnosticar el estrés,

pero **existen una serie de indicadores** para determinar en qué nivel de estrés se encuentra una persona:

Un nivel indicador es el **nivel cognitivo**, se caracteriza por pensamientos y sentimientos de miedo y aprensión. La persona da vueltas a las cosas, no encuentra solución a sus problemas, se preocupa por cuestiones sin importancia y no sabe solucionar pequeños problemas, que se convierten en una obsesión. Se crea una sensación de inseguridad y aparecen dificultades en la concentración, lo que conlleva a una falta de atención.

Otro nivel indicador es el **nivel fisiológico**. El estrés se manifiesta con gran variedad de síntomas físicos como dolores de cabeza, hipertensión, debilidad, alteraciones del sueño, sensaciones de ahogo, aumento de la sudoración, molestias en el estómago, enfermedades en la piel, tensión generalizada, dolor de cuello, de espalda, dolor de pecho que simula infarto de corazón, etc.

Y el último nivel indicador es el **nivel motor**. Se producen acciones observables como llorar con facilidad, aumenta la frecuencia de hábitos compulsivos como comer, fumar o beber alcohol, aparecen tics nerviosos, problemas sexuales, comportamientos extraños y sin finalidad, y por último el deseo de huida para evitar la situación que provoca la sensación de estrés.

II.IV.IV ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO

Ros (2007) menciona que

Existen **4 puntos fundamentales** para el tratamiento del estrés: alimentación, fisioterapia en el que se maneja el ejercicio físico, relajación y por último la fitoterapia.

La **alimentación** es un factor importante en la vida diaria en la que se debe tener una dieta adecuada que es aquella que tiene una cantidad adecuada en calorías, comidas nutritivas, ensaladas, frutas y granos, estos alimentos contienen nutrientes, vitaminas, minerales, enzimas y otros compuestos que pueden ayudar a nuestro organismo a dominar el estrés.

Cuando el estrés se da de manera prolongada hace que las reservas de nuestro cuerpo se agote rápidamente provocando que el organismo sea más vulnerable; por eso tener una alimentación adecuada es importante, ya que si una persona no tiene un adecuado balance en la alimentación puede llegar a sentirse débil y tener una disminución en sus defensas.

El ejercicio físico es una buena forma de afrontar el estrés porque es una forma saludable de dejar salir la energía contenida y la tensión del organismo debido a que el ejercicio obliga al cerebro a producir endorfinas, que son potenciadores naturales del estado de ánimo, y que se generan con el movimiento del cuerpo, logrando así olvidar frustraciones y otras tensiones.

La práctica de **actividad física** pone en funcionamiento al organismo de forma diversa, pero esta se debe realizar de forma adecuada para que ayuden a la prevención de enfermedades ya que los beneficios que da el hacer ejercicio son a diferentes niveles por ejemplo a nivel cardiovascular, respiratorio, metabólico, articular, muscular y psicológico. A nivel muscular y articular mejora la movilidad, la amplitud de movimiento, mayor tono muscular, elasticidad, también coordinación. A nivel cardiovascular podremos lograr un mejor aporte sanguíneo en el organismo logrando así incrementar la energía y la oxigenación corporal. Es también importante mencionar que tiene un efecto muy positivo a nivel psicológico porque ayuda a distraer nuestra mente lo cual influye sobre la memoria y procesos cognitivos y se mejora la capacidad subjetiva de afrontar el estrés.

La **fisioterapia** es una de las mejores alternativas de tratamiento ya que se aplican diferentes técnicas manuales, una de ellas es la masoterapia en la que

Se tiene diferentes técnicas especializadas como, puntos de presión llamados puntos gatillos, masaje de drenaje, amasamiento y otros. **La masoterapia o masaje terapéutico** es una técnica que se utiliza para que haya mejor irrigación sanguínea, mejor circulación de la linfa, para mejorar contracturas, mejor movimiento y de esta manera lograr relajar al paciente. Con la manipulación correcta de puntos clave en el cuerpo se logra favorecer la liberación de endorfinas, sustancias que nos dan una sensación de bienestar que ayudan a combatir el dolor y de esta manera relajar al cuerpo. Las endorfinas son las mismas sustancias que se liberan al reír; por lo que ayuda a combatir la depresión y los estados de ánimo negativos.

También actúa a nivel del sistema nervioso, elimina el insomnio, y eleva el rendimiento, aumenta la conciencia de sí mismo, relaja la mente, favorece la concentración y la claridad mental, desbloquea emociones atrapadas entre los tejidos y sensibiliza profundamente.

La **fitoterapia**, ha sido transmitida de generación en generación para aliviar dolencias por lo cual el uso de plantas se ha ido incrementando en los últimos años. Esta es una terapia natural importante para aliviar diversos malestares en el que cada planta tiene un efecto específico en el organismo, en el caso del estrés existen plantas específicas que ayudan a relajar el organismo, poder tener un buen descanso y sueño y de esta forma controlar los nervios.

II.IV.V CRITERIOS DEL DSM-5 PARA EL TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (TEPT)

(APA, 2013) Define

El trastorno por estrés postraumático como:
A. Exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza, en una (o más) de las formas siguientes:

1. Experiencia directa del suceso(s) traumático(s).
2. Presencia directa del suceso(s) ocurrido a otros.
3. Conocimiento de que el suceso(s) traumático(s) ha ocurrido a un familiar próximo o a un amigo íntimo. En los casos de amenaza o realidad de muerte de un familiar o amigo, el suceso(s) ha de haber sido violento o accidental.
4. Exposición repetida o extrema a detalles repulsivos del suceso(s) traumático(s) (p. ej., socorristas que recogen restos humanos; policías repetidamente expuestos a detalles del maltrato infantil).

Nota: El Criterio A4 no se aplica a la exposición a través de medios electrónicos, televisión, películas o fotografías, a menos que esta exposición esté relacionada con el trabajo.

B. Presencia de uno (o más) de los síntomas de intrusión siguientes asociados al suceso(s) traumático(s), que comienza después del suceso(s) traumático(s):

1. Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso(s) traumático(s).
2. Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño está relacionado con el suceso(s) traumático(s).
3. Reacciones disociativas (p. ej., escenas retrospectivas) en las que el sujeto siente o actúa como si se repitiera el suceso(s) traumático(s). (Estas reacciones se pueden producir de forma continua, y la expresión más extrema es una pérdida completa de conciencia del entorno presente.)
4. Malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).
5. Reacciones fisiológicas intensas a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).

C. Evitación persistente de estímulos asociados al suceso(s) traumático(s), que comienza tras el suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por una o las dos características siguientes:

1. Evitación o esfuerzos para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s).
2. Evitación o esfuerzos para evitar recordatorios externos (personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos, situaciones) que despiertan recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s).

D. Alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo asociadas al suceso(s) traumático(s), que comienzan o empeoran después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:

1. Incapacidad de recordar un aspecto importante del suceso(s) traumático(s) (debido típicamente a amnesia disociativas y no a otros factores como una lesión cerebral, alcohol o drogas).
2. Creencias o expectativas negativas persistentes y exageradas sobre uno mismo, los demás o el mundo (p. ej., “Estoy mal,” “No puedo confiar en nadie,” “El mundo es muy peligroso,” “Tengo los nervios destrozados”).
3. Percepción distorsionada persistente de la causa o las consecuencias del suceso(s) traumático(s) que hace que el individuo se acuse a sí mismo o a los demás.
4. Estado emocional negativo persistente (p. ej., miedo, terror, enfado, culpa o vergüenza).
5. Disminución importante del interés o la participación en actividades significativas.
6. Sentimiento de desapego o extrañamiento de los demás.

7. Incapacidad persistente de experimentar emociones positivas (p. ej., felicidad, satisfacción o sentimientos amorosos).

E. Alteración importante de la alerta y reactividad asociada al suceso(s) traumático(s), que comienza o empeora después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:

1. Comportamiento irritable y arrebatos de furia (con poca o ninguna provocación) que se expresan típicamente como agresión verbal o física contra personas u objetos.
2. Comportamiento imprudente o autodestructivo.
3. Hipervigilancia.
4. Respuesta de sobresalto exagerada.
5. Problemas de concentración.
6. Alteración del sueño (p. ej., dificultad para conciliar o continuar el sueño, o sueño inquieto).

F. La duración de la alteración (Criterios B, C, D y E) es superior a un mes.

G. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

H. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., medicamento, alcohol) o a otra afección médica.

Especificar **si:**

Con síntomas disociativos: Los síntomas cumplen los criterios para el trastorno de estrés postraumático y, además, en respuesta al factor de estrés, el individuo experimenta síntomas persistentes o recurrentes de una de las características siguientes:

1. Despersonalización: Experiencia persistente o recurrente de un sentimiento de desapego y como si uno mismo fuera un observador externo del propio proceso mental o corporal (p. ej., como si se soñara; sentido de irrealidad de uno mismo o del propio cuerpo, o de que el tiempo pasa despacio).

2. Desrealización: Experiencia persistente o recurrente de irrealidad del

entorno (p. ej., el mundo alrededor del individuo se experimenta como irreal, como en un sueño, distante o distorsionado).

Nota: Para utilizar este subtipo, los síntomas disociativos no se han de poder atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., desvanecimiento, comportamiento durante la intoxicación alcohólica) u otra afección médica (p. ej., epilepsia parcial compleja).

Especificar **si:**

Con expresión retardada: Si la totalidad de los criterios diagnósticos no se cumplen hasta al menos seis meses después del acontecimiento (aunque el inicio y la expresión de algunos síntomas puedan ser inmediatos).

II.V DEPRESIÓN

Lang UE, Borgwardt S (2013). Mencionan que

La depresión mayor es un trastorno mental que se caracteriza por una tristeza profunda y una pérdida del interés; además de una amplia gama de síntomas emocionales, cognitivos, físicos y del comportamiento. Estos síntomas incluyen el llanto, la irritabilidad, el retraimiento social, la falta de libido, la fatiga y la disminución de la actividad, la pérdida del interés y el disfrute de las actividades en la vida cotidiana, además, de los sentimientos de culpa e inutilidad. También, se encuentran a la baja los sentimientos de autoestima, existe una pérdida de la confianza, sentimientos de impotencia, y en una gran parte de la población que padece la depresión mayor se presenta una ideación suicida, intentos de autolesión o suicidio.

II.V.I CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO PARA LA DEPRESIÓN

Asociación Americana de Psiquiatría (2005) Afirma que

Pr Presencia de 5 o más de los siguientes síntomas, diariamente durante un período de 2 semanas, de los cuales uno de ellos debe ser el 1 o el 2:

- Estado de ánimo depresivo o irritable (tristeza profunda).
- Significativo aumento o pérdida de peso (cambio de > 5% en un mes).
- Insomnio o hipersomnia.
- Agitación o retardo psicomotor.
- Fatiga o pérdida de energía.
- Sentimientos de inutilidad o de culpa excesiva.
- Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse.
- Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio.

II.VI MIEDO

André C. (2006) Menciona que

El miedo es una de las emociones básicas y también considerada una emoción primaria y universal. El miedo es una emoción que genera grandes consecuencias sobre el organismo y que se ha encontrado en personas de todas las culturas que se han estudiado. El miedo nace en nuestro cerebro, que origina la reacción de alarma del organismo. La principal estructura cerebral encargada de la respuesta de miedo es la amígdala. Miedo es una respuesta

emocional, fisiológica y conductual normal ante situaciones que implican peligro para el sujeto. Es una respuesta diferenciada ante un objeto o situación específica. Es un fenómeno evolutivo y transitorio, frente a una amenaza exterior conocida (p. ej., un intruso, un coche sin frenos).

II.VI.I TIPOS DE MIEDO

Capafons, J. I. (2001) Menciona que

- **El miedo funcional**, que se activa ante un peligro real y nos ayuda a sobrevivir. El miedo funcional es adaptativo porque permite adaptar nuestra conducta a las situaciones, en nuestro beneficio. Este miedo, es útil porque hace que estemos alerta ante una situación que conlleva algún riesgo y actuar en nuestro beneficio en circunstancias peligrosas. Por ejemplo, el que nos hace no caminar por en medio de la autopista o por el borde de un abismo, o el que nos hace ir al médico.
- El miedo disfuncional es aquel que entorpece nuestra vida y nuestro desempeño normal. No es adaptativo ni útil para nosotros. Por ejemplo, cuando existe un fuerte miedo a los aviones y no se utiliza ese transporte, con la consecuencia de duplicar el tiempo del desplazamiento, además de disminuir la comodidad. Ese miedo no se debe únicamente a un peligro real, sino al conjunto de experiencias y creencias que forman el filtro cognitivo de una persona, a través del cual se observa y se interpreta la realidad.

II.VII ANSIEDAD

Ayuso, 1988; Bulbena (1986)

La ansiedad es una parte de la existencia humana, todas las personas sienten un grado moderado de la misma, siendo ésta una respuesta adaptativa. Según el “Diccionario de la Real Academia Española” el término ansiedad proviene del latín *anxietas*, refiriendo un estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo, y suponiendo una de las sensaciones más frecuentes del ser humano, siendo ésta una emoción complicada y displacentera que se manifiesta mediante una tensión emocional acompañada de un correlato somático. En general, el término ansiedad alude a la combinación de distintas manifestaciones físicas y mentales que no son atribuibles a peligros reales, sino que se manifiestan ya sea en forma de crisis o bien como un estado persistente y difuso, pudiendo llegar al pánico; no obstante, pueden estar presentes otras características neuróticas tales como síntomas obsesivos o histéricos que no dominan el cuadro clínico.

La actividad física estructurada ha sido utilizada con eficacia en el tratamiento de pacientes con ansiedad. Se cree es equivalente a la terapia farmacológica y psicoterapéutica, mas no existe suficiente investigación que lo avale, sin embargo, personas que hacen ejercicio padecen menores cifras de ansiedad y depresión que la población general y pacientes que padecen un trastorno de ansiedad, el entrenamiento físico, un subconjunto de la actividad física, ha reducido los síntomas de la ansiedad y los trastornos relacionados con el estrés.

II.VII.I SÍNTOMAS DE LA ANSIEDAD

Mayo Clinic Q (2020) Afirman que

Los signos y síntomas de la ansiedad más comunes incluyen los siguientes:

- Sensación de nerviosismo, agitación o tensión

- Sensación de peligro inminente, pánico o catástrofe
- Aumento del ritmo cardíaco
- Respiración acelerada (hiperventilación)
- Sudoración
- Temblores
- Sensación de debilidad o cansancio
- Problemas para concentrarse o para pensar en otra cosa que no sea la preocupación actual
- Tener problemas para conciliar el sueño
- Padecer problemas gastrointestinales (GI)
- Tener dificultades para controlar las preocupaciones
- Tener la necesidad de evitar las situaciones que generan ansiedad

II.VIII SOLEDAD

Montero M, Sánchez-Sosa J. (2001) Menciona que

Definida como la ausencia de compañía, se entiende como la combinación de las posibilidades entre soledad física, soledad emocional y soledad intencional.

La necesidad de quedarse en casa y limitar el contacto con los demás es importante en este momento, pero puede hacer que las personas se sientan solas y aisladas. La soledad puede afectar la salud mental y física. La necesidad de quedarse en casa y limitar el contacto con los demás es importante en este

momento, pero puede hacer que las personas se sientan solas y aisladas. La soledad puede afectar la salud mental y física.

La National Council on Aging (NCA) comenta que la soledad y el aislamiento social son diferentes, pero están relacionados. La soledad es el sentimiento desalentador de estar a solas o separado. El aislamiento social es la falta de contactos sociales y el tener pocas personas con las que se puede interactuar con regularidad. Puede vivir solo y no sentirse solo o aislado socialmente o, por el contrario, puede sentirse solo mientras está con otras personas.

II.VIII.I CONSECUENCIAS DE LA SOLEDAD

- Depresión y ansiedad.
- Emociones negativas: sensación de abandono y vacío, miedos, incertidumbre...
- Pensamientos negativos: las personas solas tienden a ser excesivamente críticas con ellos mismos y con los demás
- Generar relaciones dependientes o “tóxicas” debido a la necesidad desesperada de sentirse aceptado y no estar solos.
- Dificultades para entablar relaciones sociales o profundizar en ellas.
- Baja autoestima y percepción negativa de uno mismo.
- Problemas físicos: problemas de atención y concentración, problemas del sueño y alimentación, reducción en la mielinización cerebral (inhibiendo la facultad de ser flexibles y tolerantes...).

II.IX INSOMNIO

Benca RM. (2005) Menciona que

El insomnio es un trastorno del sueño consistente en la imposibilidad para iniciar o mantener el sueño, o de conseguir una duración y calidad de sueño adecuada para restaurar la energía y el estado de vigilia normal. El problema del insomnio se ha asociado a una disminución del rendimiento

laboral y un incremento de la tasa de accidentes de automóvil, y una mayor propensión a padecer enfermedades médicas.

Los criterios diagnósticos del insomnio primario son:

- Latencia del sueño >30 min
- Tiempo total de vigilias nocturnas >30 min
- Tiempo total de sueño nocturno <6,5 horas
- Afectación diurna: somnolencia excesiva y disminución del rendimiento intelectual
- Características anteriores presentes >3 veces por semana
Duración del insomnio >1 mes

II.IX.I TRATAMIENTO PARA EL INSOMNIO

Morin CM, Espie CA. Insomnia. (2004). Afirmna que

- **Terapia de control del estímulo.** Este método ayuda a eliminar los factores que condicionan tu mente para oponer resistencia al sueño. Por ejemplo, podrías aprender a establecer un horario constante para acostarte y levantarte, a evitar las siestas, a usar la cama solamente para dormir y mantener relaciones sexuales, y a salir de la habitación si no puedes conciliar el sueño antes de los 20 minutos, y a regresar a la cama cuando estés somnoliento.
- **Técnicas de relajación.** La relajación muscular progresiva, la biorregulación y los ejercicios de respiración son maneras de reducir la ansiedad a la hora de acostarte. Poner en práctica estas técnicas puede ayudarte a controlar la respiración, la frecuencia cardíaca, la tensión muscular y el estado de ánimo para que puedas relajarte.

- **Restricción del sueño.** Esta terapia reduce el tiempo que pasas en la cama y evita las siestas diurnas, lo que produce la privación parcial del sueño y aumenta tu cansancio la noche siguiente. Una vez que logres dormir mejor, se aumenta gradualmente el tiempo que pasas en la cama.
- **Permanecer despierto de una manera pasiva.** El objetivo de esta terapia para el insomnio aprendido, también llamada intención paradójica, es reducir la preocupación y la ansiedad por lograr conciliar el sueño, y consiste en acostarse e intentar mantenerse despierto en lugar de esperar quedarse dormido.
- **Fototerapia.** Si te duermes muy temprano y luego te levantas muy temprano, puedes usar la luz para retrasar tu reloj interno. Puedes salir al aire libre en las épocas del año en que anochece tarde, o bien usar una lámpara de fototerapia. Habla con el médico sobre sus recomendaciones.

II.X IRA

Spielberger, Johnson, Russell, Crane, Jacobs & Worden, (1985). Mencionan que

La ira es un componente emocional o afectivo que hace referencia a una emoción displacentera formada por sentimientos de intensidad variable, que van desde la irritación a la furia, y que conlleva una experiencia subjetiva con pensamientos y sentimientos característicos, una activación fisiológica y neuroquímica y un determinado modo de expresión o afrontamiento. La ira es un concepto más básico que la hostilidad la cual involucra sentimientos de enfado y resentimiento, y la agresión que es la motivación para dirigir impulsos hacia la destrucción de los objetos o hacia el daño de una persona.

Spielberger et (1985) considera que la experiencia de ira puede estudiarse a partir de dos manifestaciones: ira-estado e ira-rasgo. La primera es la

experiencia temporal de sentimientos subjetivos de tensión, enfado, irritación o furia en respuesta a una serie de eventos. Suele ir acompañada de aumentos en la activación fisiológica. La ira-rasgo, por otro lado, se refiere a la disposición a experimentar episodios de ira de forma frecuente y pronunciada, que puede ser por la percepción de un amplio rango de situaciones como provocadoras, por la predisposición a experimentar conflictos y situaciones negativas más intensas o debido a la interacción de ambos factores.

Existen dos modos fundamentales de expresión de la ira: interna y externa. La ira interna se define como la presencia de sentimientos y pensamientos de enojo, sin que éstos se manifiesten en comportamiento manifiesto, escrutable por cualquier observador.

Danesh (1977) Señala que

La ira interiorizada hacia el sí mismo implica un proceso complejo que a menudo desemboca en sentimientos de culpa y depresión. Los pensamientos y recuerdos de la situación que ha provocado la ira e, incluso, los sentimientos actuales de ira pueden ser reprimidos y no experimentados directamente. La ira externa hace referencia a la tendencia a manifestar abiertamente los sentimientos de ira que se experimentan. Hay dos formas de expresión de la ira externa: una forma comunicativa o asertiva, que incluye expresiones no amenazantes de los sentimientos de ira o formas socialmente adecuadas de expresarla, y una forma agresiva, que incorpora la expresión de ira con el propósito de infligir daño.

II.X.I MANEJO DE LA IRA

- Establecer límites con el paciente
- Abstenerse a discutir los límites con el paciente
- Establecer hábitos

- Establecer coherencia entre los turnos en cuanto al ambiente y rutina de cuidados
- Hablar en voz baja y tono suave
- Evitar preocupar al paciente
- Evitar proyectar una imagen amenazadora
- Evitar discusiones con el paciente
- Medicar si es necesario
- Aplicar sujeciones en muñecas, piernas o tórax si es necesario.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

II.XI Buenas noticias del COVID-19

La OMS (2020) nos menciona que “al décimo día del brote, la Organización Mundial de la Salud y las autoridades chinas ya conocían la secuencia del genoma, identificado como parte de la familia de coronavirus. En contraste con el sida, con la que el mundo se tardó más de dos años en identificar el virus causante de la enfermedad”.

La OMS (2020) nos afirma que

Sólo 3 por ciento de los casos ocurre en menores de 20 años, y la mortalidad en menores de 40 años es solo de 0.2 por ciento. En los más jóvenes, los síntomas son tan leves que puede pasar desapercibido.

II.XI.I Criterios de casos

El Ministerio de Salud Pública de Cuba (2020) nos dice que

Contacto cercano: se refiere a personas que tienen contacto con un paciente confirmado o sospechoso de infección de COVID-19, incluidas las siguientes situaciones: aquellos que viven, estudian, trabajan o tienen otras formas de contacto cercano con un paciente, personal médico, miembros de la familia u otras personas que hayan tenido un contacto cercano con un paciente sin tomar medidas de protección efectivas durante el diagnóstico, tratamiento, enfermería

y visitas, otros pacientes y sus acompañantes que comparten la misma sala con un paciente infectado, aquellos que compartieron el mismo transporte o elevador con el paciente, aquellos que son considerados como tales a través de investigaciones sobre el terreno. Casos sospechosos: aquel paciente que clasifica en uno de estos grupos de criterios: paciente que presenta manifestaciones clínicas respiratorias con historia de ser un viajero o haber estado en contacto con personas procedentes del área de transmisión de la enfermedad o de alguno de los países definidos por las autoridades del MINSAP en los últimos 14 días; que presenta manifestaciones clínicas respiratorias con historia de ser contacto de un caso confirmado en los últimos 14 días; fallecido por una Infección Respiratoria Aguda (IRA) grave sin causa aparente y que cumpla además al menos una de las siguientes condiciones: contacto con personas que hayan padecido la enfermedad o antecedentes de haber viajado en los últimos 14 días a alguno de los países que han reportado casos confirmados. Caso confirmado: Paciente que resulte positivo al estudio virológico para la COVID-19, con o sin sintomatología. Caso confirmado con requerimientos de ingreso en cuidados intensivos: caso confirmado grave que cumple con los criterios de ingresos en la unidad de cuidados intensivos (UCI).

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

II.XII Sustento teórico

Alligood MR. Modelos y Teorías en Enfermería (2015), Menciona que

Teoría de las relaciones interpersonales de Hildegard E. Peplau Esta teoría describe la importancia de la relación enfermera-paciente como un proceso interpersonal significativo, terapéutico. Analiza cuatro experiencias psicobiológicas que obligan a los pacientes a desarrollar respuestas destructivas o constructivas frente a: necesidad, frustración, conflicto y ansiedad. Para Peplau, en la relación enfermera-paciente se identifican cuatro fases, que tienen como punto de partida la orientación y continúa con la identificación, explotación y resolución.³ Orientación: en esta fase, el individuo siente una necesidad y busca atención profesional. La enfermera ayuda al paciente a reconocer y comprender su problema de salud para determinar su necesidad de cuidado. Identificación: aquí el paciente se identifica con las personas que le brindan cuidados. La enfermera favorece la exploración de las sensaciones y la expresión de los sentimientos relacionados con su percepción del problema para ayudar al paciente a sobrellevar la enfermedad y a reforzar los mecanismos positivos de la personalidad que le proporcione la satisfacción que necesita. Explotación: durante esta fase el paciente trata de obtener el máximo de la relación y conseguir los mayores beneficios posibles. Resolución: esta se produce cuando el paciente abandona los viejos objetivos y se traza nuevas metas. En este proceso, el paciente se independiza de la identificación con la enfermera. También Peplau determinó los aspectos cambiantes de la relación enfermera paciente como son:

- Objetivos e intereses totalmente distintos. Son extraños para ambos.
- Juicios individuales sobre el significado del diagnóstico médico, el rol de cada uno en la situación de enfermería.

-Comprensión en parte mutua y en parte individual de la naturaleza del diagnóstico médico.

-Comprensión mutua de la naturaleza del problema, los roles de enfermera y paciente y las necesidades de enfermera y paciente en la solución del problema. Objetivos de salud comunes, compartidos.

-Esfuerzos colaboradores dirigidos a resolver el problema juntos y de forma productiva.

-Entre los principales conceptos y definiciones, la teoría de las relaciones interpersonales describe seis roles de la enfermera: extraño, persona recurso, profesor, líder, sustituto y asesor, que se establecen en correspondencia con las fases de la relación enfermera-paciente.

Rol del extraño: teniendo en cuenta que la enfermera y el paciente no se conocen, este debe ser tratado con respeto y cortesía. La enfermera no debe prejuzgar al paciente, sino aceptarlo como es. El paciente se reconoce como capacitado, a menos que la evidencia indique lo contrario. Rol de la persona recurso: la enfermera ofrece respuestas concretas a las preguntas, sobre todo las referidas a información sanitaria, y explica al paciente el tratamiento. Esta determina el tipo de respuesta apropiada para un aprendizaje constructivo.

Rol docente: es una combinación de todos los restantes. Se origina del conocimiento del paciente y del desarrollo de la capacidad de utilizar la información.

Rol de liderazgo: implica un proceso democrático. La enfermera ayuda al paciente a satisfacer sus necesidades a través de una relación de cooperación y participación activa. Rol de sustituto: el paciente asigna a la enfermera un papel de sustituto. La enfermera, con su actitud, provoca en el paciente sentimientos similares a los generados en una relación anterior. La función de la enfermera consiste en ayudar al paciente a reconocer las semejanzas entre ella

y la persona recordada, posteriormente ayudará a percibir las diferencias entre su función y la de dicha persona recordada.

Rol de asesoramiento: se establecen según el modo en que las enfermeras responden a las peticiones del paciente. Incluye ayudar al paciente a entender lo que le está ocurriendo. Peplau le concede mayor importancia en la enfermería psiquiátrica. La teoría de las relaciones interpersonales parte de dos postulados fundamentales. El aprendizaje de cada paciente cuando recibe asistencia de enfermería es sustancialmente diferente según el tipo de persona que sea la enfermera.

·Estimular el desarrollo de la personalidad hacia la madurez es una función de enfermería y de la formación en este campo. Sus profesionales aplican principios y métodos que orientan el proceso hacia la resolución de problemas interpersonales. De modo que la teoría de Peplau enfatiza en la relación enfermera-paciente para potenciar un desarrollo interpersonal terapéutico. Se basa en la enfermería psicodinámica, a partir del conocimiento de la propia conducta de la enfermera, que le permite ayudar a los demás a identificar sus problemas. En esencia, es la relación interpersonal entre el paciente y la enfermera, que transita por cuatro fases, se evidencia en los cambios de la relación y los roles que desempeña la enfermera, hasta satisfacer la necesidad del paciente y llegar a la resolución del problema.

Se la considera la madre de la Enfermería psiquiátrica. Su principal aportación en este campo es que fundó la Enfermería psiquiátrica moderna con un concepto educador e innovador. Fue defensora de los enfermos mentales y de la educación superior para la formación de las enfermeras. Estas aportaciones supusieron en el momento una gran controversia la cual enfrentó con valentía y determinación.

Fue partícipe de los avances profesionales, educativos y prácticos en la Enfermería y su trabajo puede ser considerado como pionero en el campo de la Enfermería proporcionando a la Enfermería un método significativo para la

práctica auto dirigida en un momento en el que la medicina dominaba el campo de los cuidados sanitarios.

Para desarrollar su teoría, se basó en otras más importantes tal como son: la teoría psicodinámica de las relaciones interpersonales; la teoría psicoanalista, la teoría de las relaciones humanas y el concepto de motivación y desarrollo personal. Se centró en los conocimientos de importantes autores como: Sullivan, Symonds, Maslow y Miller.

Su teoría más destacada fue la de las relaciones interpersonales. Una teoría inmediata que se centra en la relación entre la enfermera y el paciente y que construyó a partir de sus experiencias personales y prácticas, con un enfoque inductivo basado en las observaciones aplicadas de su trabajo clínico y su entorno.

En 1952 publicó su modelo en el que integran las teorías psicoanalíticas, el aprendizaje social, la motivación humana y el desarrollo de la personalidad llamado "*Interpersonal Relations in Nursing*", en el que conceptualiza al paciente como compañero en el proceso Enfermería.

Para llevar a cabo su teoría, se apoyó en los cuidados de la Enfermería psicodinámica. Para ello entendía que era importante nuestra conducta para poder ayudar a los demás, y así aplicar los principios de las relaciones humanas. En su obra "*Relaciones interpersonales en Enfermería*", resalta la influencia de la personalidad de los pacientes en el aprendizaje. Mientras este reciba cuidados, la meta de la Enfermería, por tanto, deberá de apuntar hacia el desarrollo de la maduración personal de ambos.

Para Peplau, " la Enfermería es un instrumento educativo". Una fuerza de maduración que apunta a promover en la personalidad el movimiento de avance hacia una vida creativa, constructiva, productiva, personal y comunitaria".

Esta autora describió cuatro fases para conceptualizar el proceso de interrelación personal. Estas fases son: orientación, identificación, aprovechamiento y resolución. En la fase de orientación el paciente percibe una necesidad y busca asistencia. La fase de identificación se caracteriza porque la enfermera explora los sentimientos del paciente. En la fase de aprovechamiento, el paciente intenta sacar el máximo provecho a través de esa relación y por último la fase de resolución en la que deben resolverse las necesidades de dependencia del paciente.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLOGICO

III.I Cronograma de actividades

ACTIVIDADES DE TRABAJO	ENERO					FEBRERO				MARZO				ABRIL				MAYO					JUNIO				JULIO				
	1ª S	2ª S	3ª S	4ª S	5ª S	1ª S	2ª S	3ª S	4ª S	1ª S	2ª S	3ª S	4ª S	1ª S	2ª S	3ª S	4ª S	1ª S	2ª S	3ª S	4ª S	5ª S	1ª S	2ª S	3ª S	4ª S	1ª S	2ª S	3ª S	4ª S	5ª S
ELECCIÓN DEL TEMA																															
PLANTEAMIENTO DEL PROBELMA																															
ELABORACIÓN DE OBJETIVOS																															
JUSTIFICACIÓN																															
ELABORACIÓN DE HIPOTESIS																															
CORRECCIÓN DE TESIS																															
ELABORACIÓN DE MARCO TEÓRICO																															
REVISIÓN DE BIBLIOGRAFÍAS																															
DEFINICIÓN DE VARIABLES																															
ELABORACIÓN DEL CUESTIONARIO																															
PRUEBA PILOTO																															
REALIZACIÓN DEL CUESTIONARIO																															
INTERPRETACIÓN DE DATOS																															
ELABORACIÓN DE CONCLUSIONES																															
REVISIÓN DE TESIS																															

III.II Cuadro de variables

NOMBRE	DEFINICIÓN	DEF. OPERACIONAL	TIPOS DE VARIABLE	ESCALA	ITEMS
COVID-19	Es la enfermedad infecciosa causada por el coronavirus que se ha descubierto más recientemente	22-90 AÑOS	INDEPENDIENTE	NOMINAL	1.-SI 2.-NO
EDAD	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento.	22-90 AÑOS	INDEPENDIENTE	ORDINAL	0-10 11-20 21-30 31-40 41-50 51-60 61-70 71-80 81-90 91-100
ESTRÉS	Sentimiento de tensión física o emocional. Puede provenir de cualquier situación o pensamiento que lo haga sentir a uno frustrado, furioso o nervioso.	22-90 AÑOS	INDEPENDIENTE	NOMINAL	1.-SI 2.-NO SEGÚN DSM V
DEPRESIÓN	Enfermedad o trastorno mental que se caracteriza por una profunda tristeza, decaimiento anímico, baja autoestima, pérdida de interés por todo y disminución de las funciones psíquicas.	22-90 AÑOS	INDEPENDIENTE	NOMINAL	1.-SI 2.-NO
ANSIEDAD	Estado mental que se caracteriza por una gran inquietud, una intensa excitación y una	22-90 AÑOS	INDEPENDIENTE	NOMINAL	1.-SI 2.-NO

	extrema inseguridad.				
SOLEDAD	Sentimiento de tristeza o melancolía que se tiene por la falta, ausencia o muerte de una persona.	22-90 AÑOS	INDEPENDIENTE	NOMINAL	1.-SI 2.-NO
GENERO	Es ser femenino o masculino, son las características de comportamiento, pensamiento, actitud e identidad que se les asignan a los hombres y a las mujeres según la sociedad donde vivan.	22-90 AÑOS	INDEPENDIENTE	NOMINAL	1.-M 2.-F
LUGAR DE CONTAGIO	Espacio donde se transmitió la enfermedad	22-90 AÑOS	INDEPENDIENTE	NOMINAL	1.-TRABAJO 2.-HOGAR 3.-LUGARES PÚBLICO 4.-ESCUELA
MIEDO	Sentimiento de desconfianza que impulsa a creer que ocurrirá un hecho contrario a lo que se desea.	22-90 AÑOS	INDEPENDIENTE	NOMINAL	1.-SI 2.-NO
INSOMNIO	Falta anormal de sueño y dificultad para conciliarlo que se sufre en el momento en que corresponde dormir.	22-90 AÑOS	INDEPENDIENTE	NOMINAL	1.-SI 2.-NO

III.IV Captura de análisis y tabulación

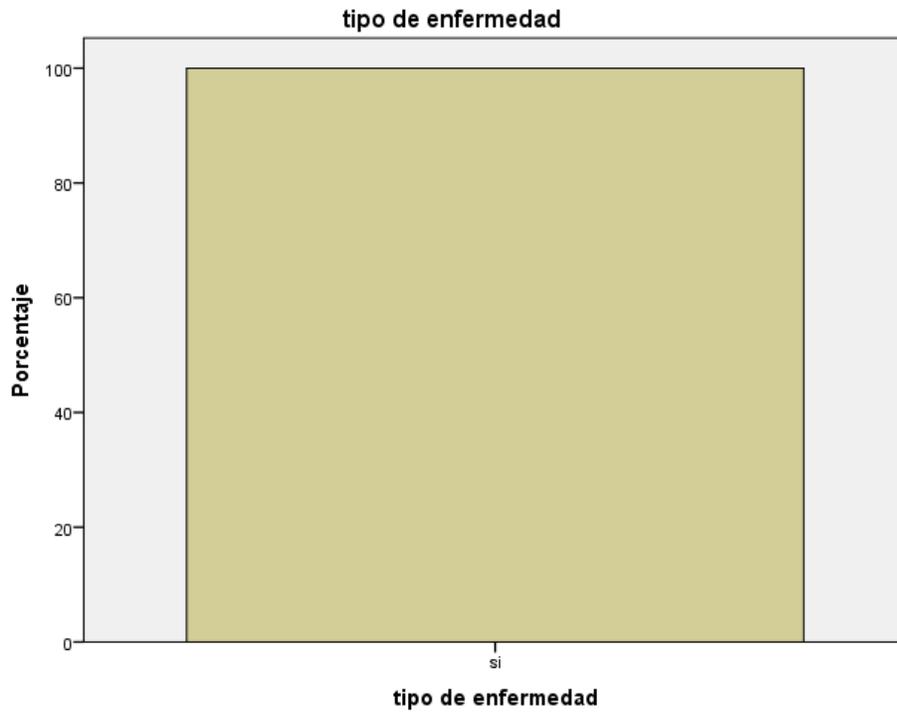
	Nombre	Tipo	Anchura	Decimales	Etiqueta	Valores	Perdidos	Columnas	Alineación	Medida	Rol
1	covid19	Numérico	8	2	tipo de enfermedad	{1.00, si}...	Ninguna	8	Derecha	Nominal	Entrada
2	edad	Numérico	8	2	cuanto años tiene	{1.00, 11-30...	Ninguna	8	Derecha	Ordinal	Entrada
3	estres	Numérico	8	2	padece estres	{1.00, si}...	Ninguna	8	Derecha	Nominal	Entrada
4	depresion	Numérico	8	2	sufre depresion	{1.00, si}...	Ninguna	8	Derecha	Nominal	Entrada
5	ansiedad	Numérico	8	2	padece ansiedad	{1.00, si}...	Ninguna	8	Derecha	Nominal	Entrada
6	soledad	Numérico	8	2	sufre de soledad	{1.00, si}...	Ninguna	8	Derecha	Nominal	Entrada
7	genero	Numérico	8	2	masculino o femenino	{1.00, m}...	Ninguna	8	Derecha	Nominal	Entrada
8	contagio	Numérico	8	2	lugar de contagio	{1.00, trabaj...	Ninguna	8	Derecha	Nominal	Entrada
9	miedo	Numérico	8	2	tiene miedo	{1.00, si}...	Ninguna	8	Derecha	Nominal	Entrada
10	insomnio	Numérico	8	2	sufre de insomnio	{1.00, si}...	Ninguna	8	Derecha	Nominal	Entrada
11											
12											
13											
14											
15											
16											
17											
18											
19											
20											
21											
22											
23											
24											
25											

1

Vista de datos Vista de variables

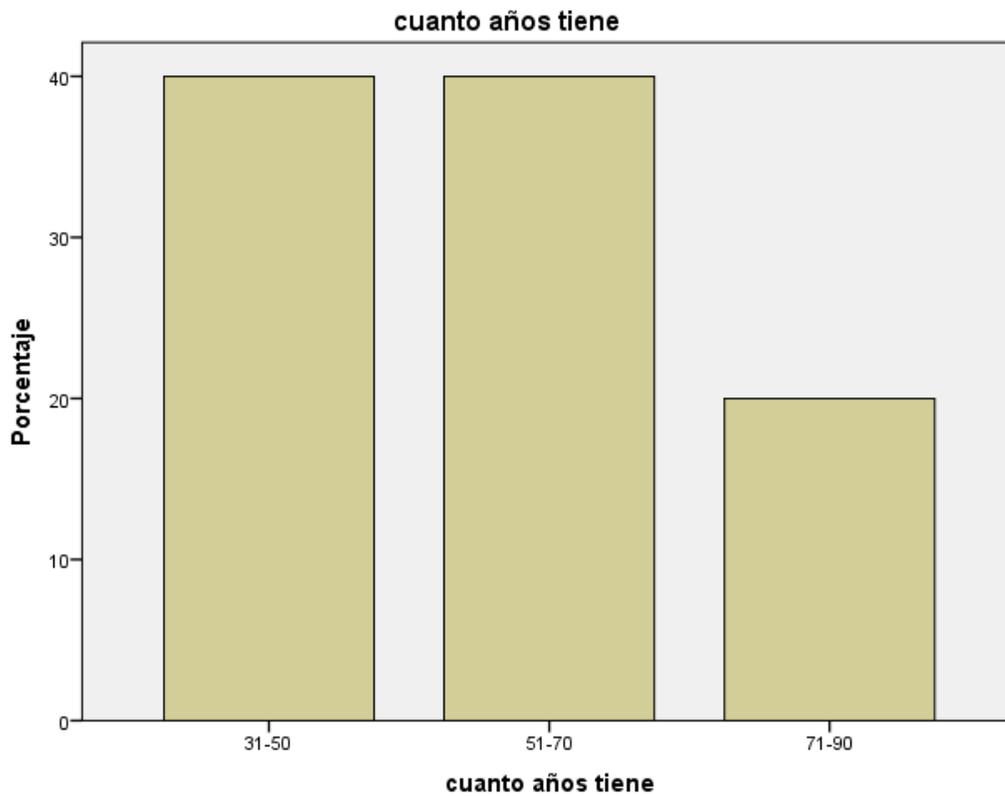
CAPÍTULO IV

IV.I Gráficas y tabulación de datos



En base a las encuestas realizadas, del 100% de las personas encuestadas el 100% tuvieron covid-19, es decir, fue comprobado mediante pruebas que los pacientes tenían esta enfermedad.

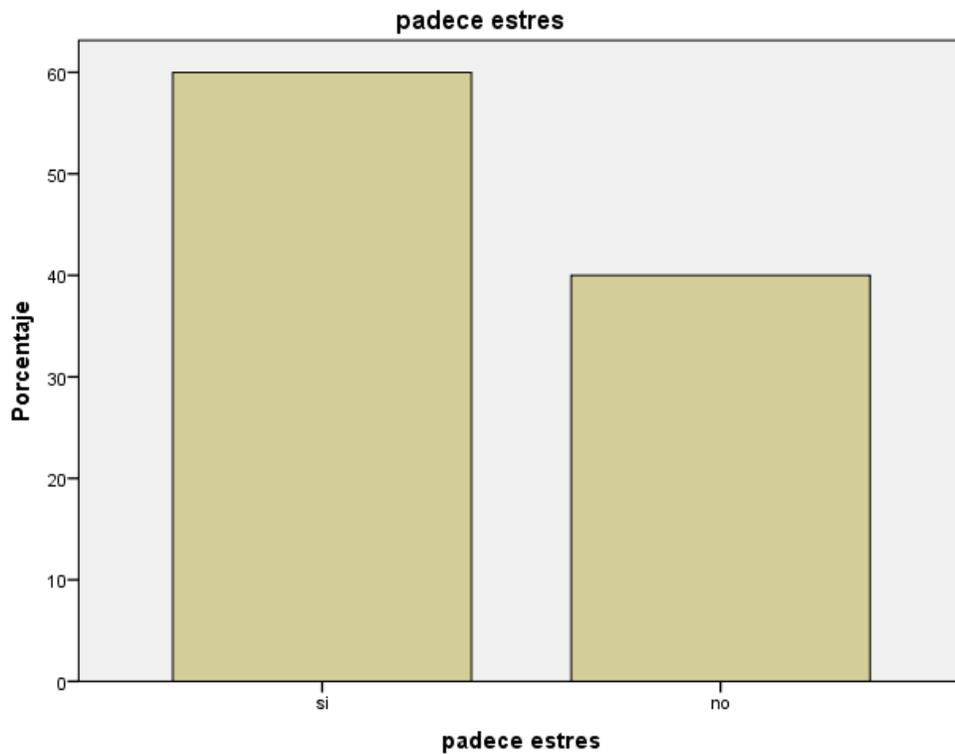
		tipo de enfermedad			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	si	5	100.0	100.0	100.0



Conforme a la primera gráfica que corresponde a las personas encuestadas se obtuvo un porcentaje de que la edad en mayoría de los pacientes que presentaron Covid-19 fue de 31-50 años y 51-70 años.

cuanto años tiene

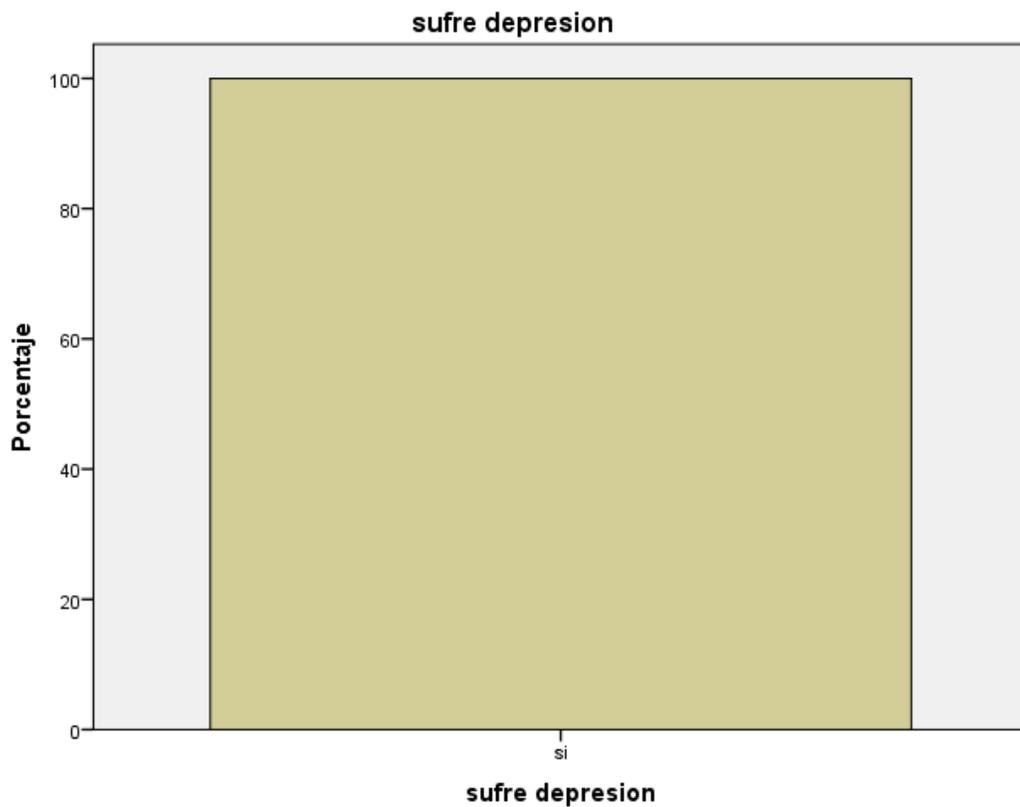
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
31-50	2	40.0	40.0	40.0
51-70	2	40.0	40.0	80.0
71-90	1	20.0	20.0	100.0
Total	5	100.0	100.0	



A continuación de acuerdo a la pregunta con la que se encuestó, ¿cuántos pacientes manifestaron estrés estando internados en la clínica respiratoria de Comitán de Domínguez? Se obtuvo un resultado de que el 60% de los pacientes se vieron afectados de esta manera.

padece estrés

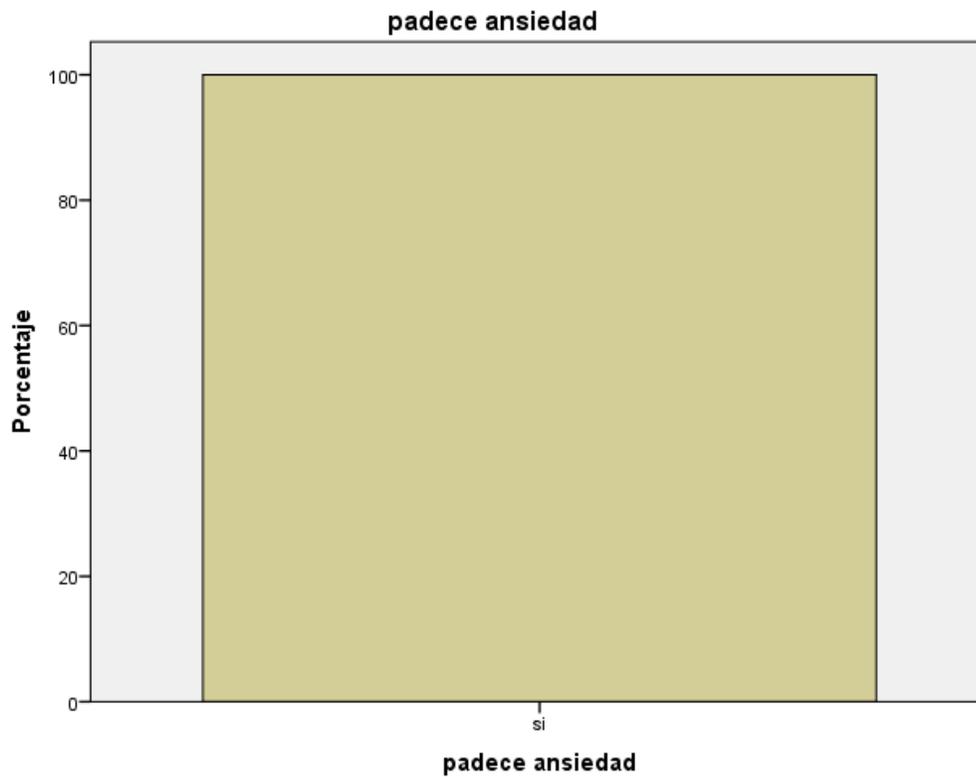
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
si	3	60.0	60.0	60.0
Válidos no	2	40.0	40.0	100.0
Total	5	100.0	100.0	



De acuerdo a la pregunta, ¿cuántos pacientes sufrieron de depresión por Covid-19? Se obtuvo como resultado el 100% de los pacientes padecieron de esta manera.

sufre depresión

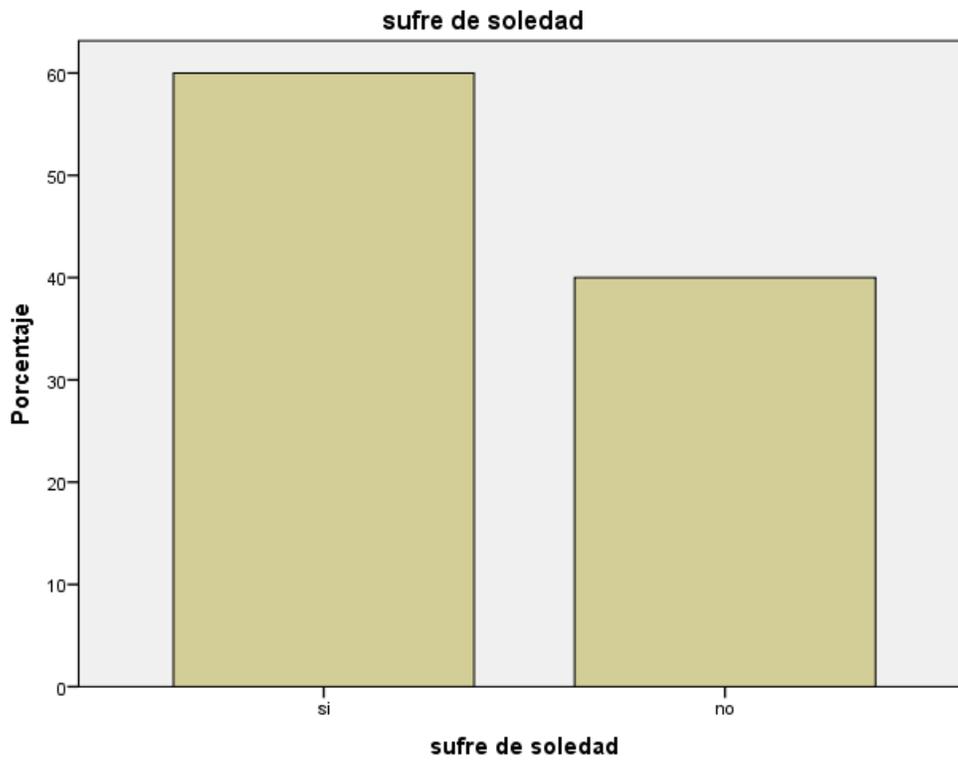
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	si	5	100.0	100.0	100.0



A los encuestados de, ¿cuántos pacientes presentaron Ansiedad por Covid-19?, se obtuvo un porcentaje de que el 100% de los pacientes manifestaron ansiedad durante su estancia en la clínica respiratoria Comitán de Domínguez.

padece ansiedad

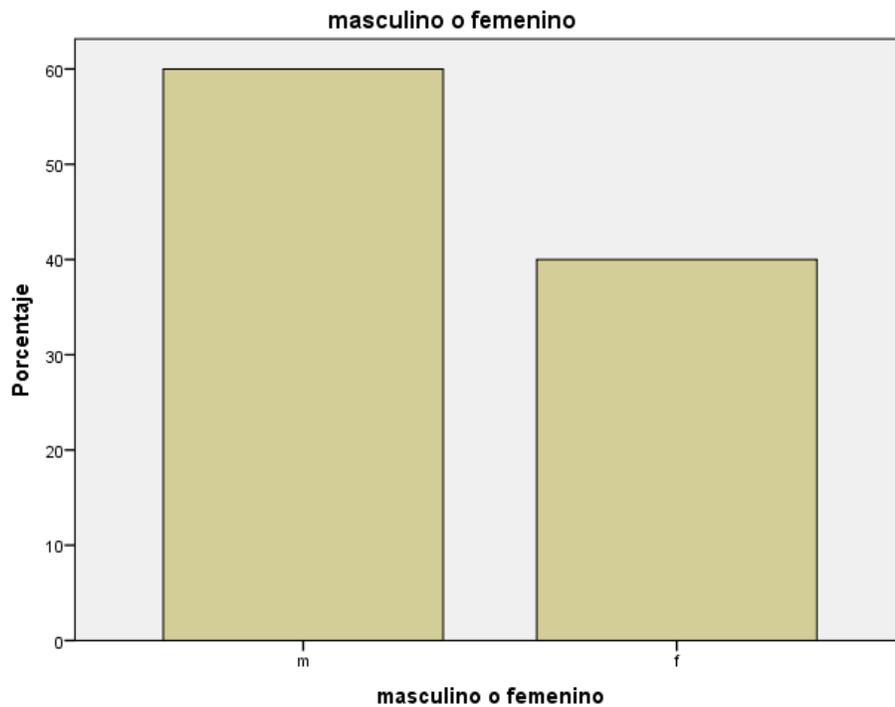
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos si	5	100.0	100.0	100.0



A continuación de acuerdo con las encuestas de ¿cuántos pacientes manifestaron soledad por Covid-19?, se obtuvo un porcentaje de que sólo el 60% de los pacientes se manifestaron de esta manera.

sufre de soledad

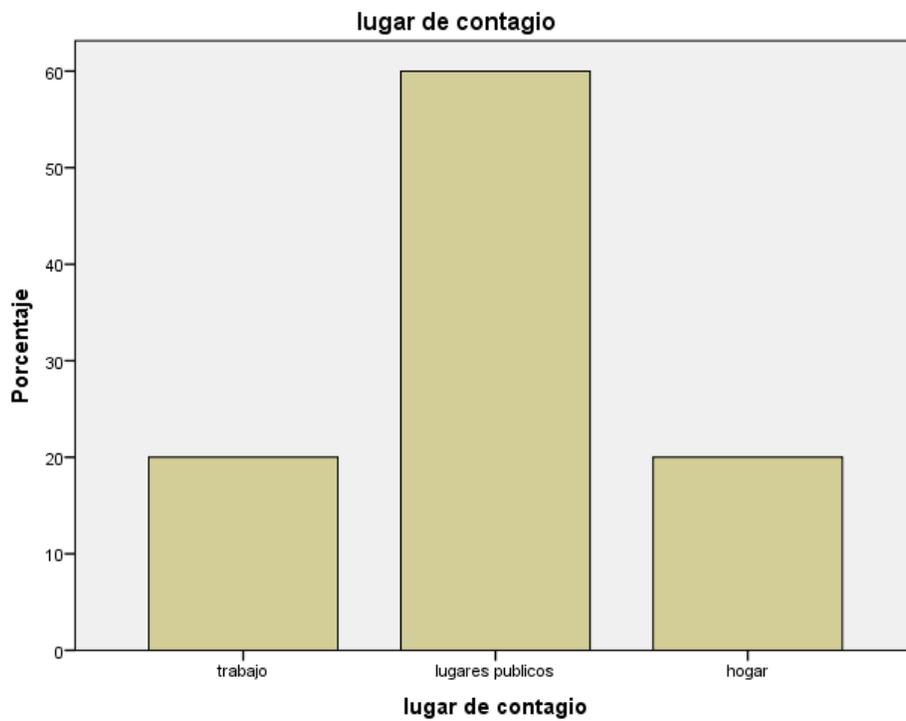
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
si	3	60.0	60.0	60.0
Válidos no	2	40.0	40.0	100.0
Total	5	100.0	100.0	



Conforme a las encuestas realizadas en la Clínica Respiratoria de Comitán de Domínguez, Chiapas del 100% de los pacientes encuestados el 60% pertenecen al sexo masculino, siendo el 40% restante sexo femenino, lo que nos lleva a la conclusión de que el sexo masculino sufrió más contagios por Covid-19.

masculino o femenino

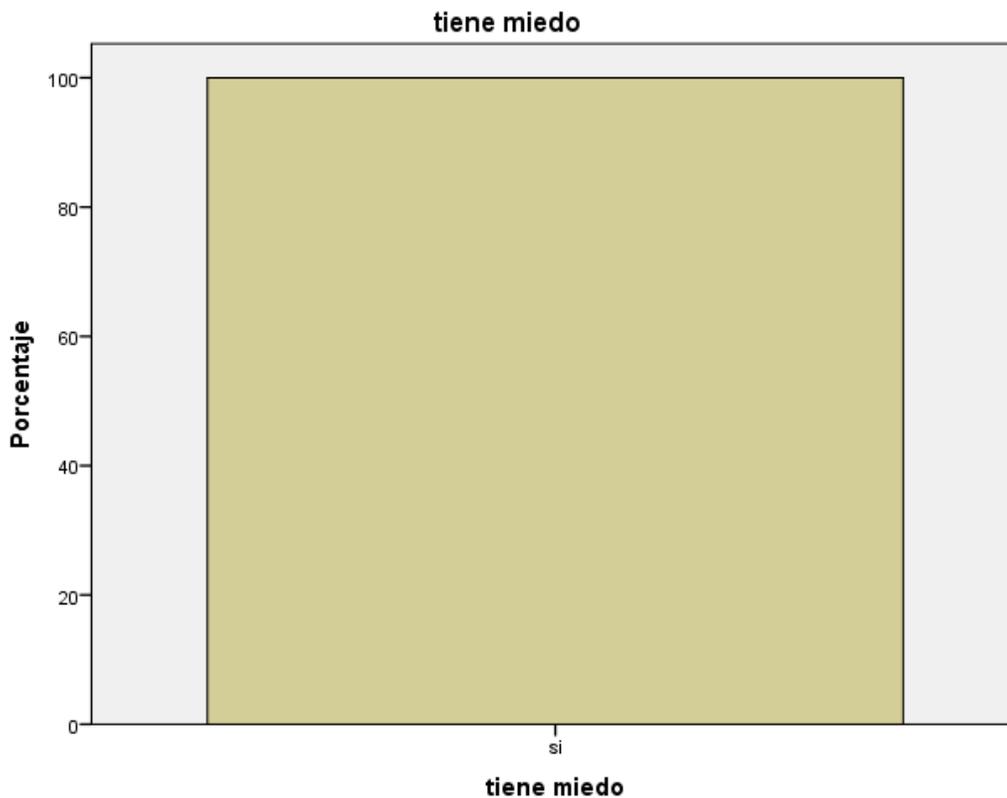
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
m	3	60.0	60.0	60.0
Válidos f	2	40.0	40.0	100.0
Total	5	100.0	100.0	



De acuerdo con las encuestas realizadas a los pacientes con Covid-19 el lugar de contagio con mayor frecuencia con un porcentaje de él 60% fue en lugares públicos, con un 20% cada uno, trabajó y hogar.

lugar de contagio

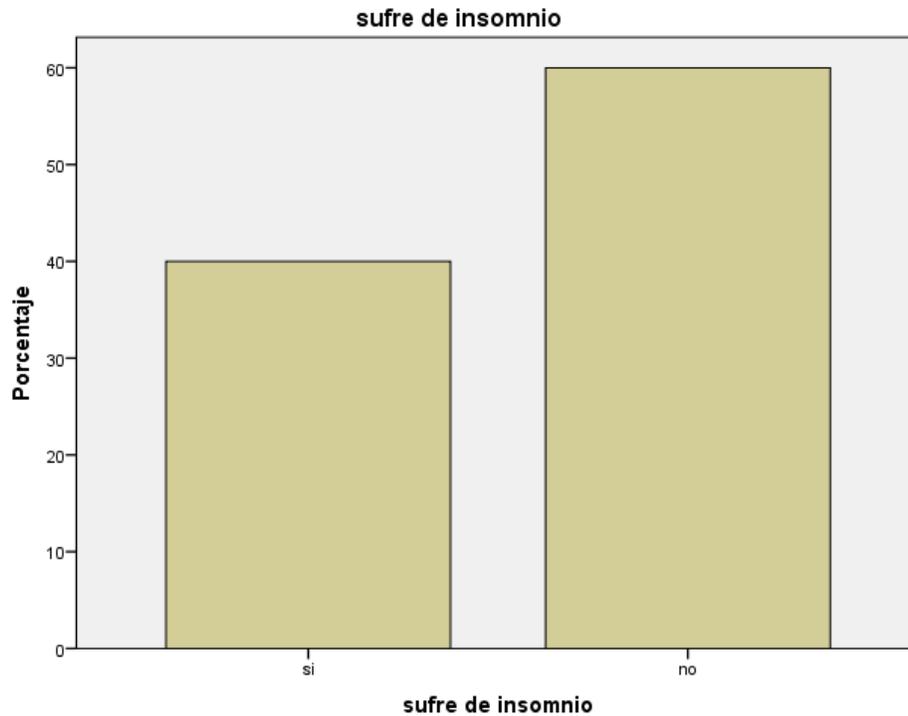
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
trabajo	1	20.0	20.0	20.0
lugares públicos	3	60.0	60.0	80.0
hogar	1	20.0	20.0	100.0
Total	5	100.0	100.0	



De acuerdo a los encuestados, ¿cuántos pacientes con Covid-19 manifestaron miedo?, se obtuvo que sólo el 60% de ellos presentó miedo durante su estancia.

tiene miedo

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos si	5	100.0	100.0	100.0



De acuerdo a los encuestados, ¿cuántas personas con Covid-19 se manifestaron con insomnio? Se obtuvo que sólo el 40% de los pacientes se vieron afectados de esta manera mientras se encontraban internados en la clínica respiratoria de Comitán de Domínguez.

sufre de insomnio

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
si	2	40.0	40.0	40.0
Válidos no	3	60.0	60.0	100.0
Total	5	100.0	100.0	

CONCLUSIÓN

Para culminar este trabajo de investigación, a partir del resultado de nuestro instrumento para recaudar información y porcentajes a lo cual corresponde a nuestras encuestas aplicadas a los pacientes enfermos de Covid-19; se concluyó que el 100% de estos mismos padecieron, sufrieron o manifestaron algún factor que altero y afecto su calidad sana de su estado anímico. De acuerdo con la situación que se vive por la epidemia el impacto que esta provoca a nivel psicosocial, esta excede la capacidad de manejo de la población afectada, estimando un incremento de incidencias en trastornos mentales y manifestaciones emocionales, de acuerdo con la magnitud y el grado de vulnerabilidad de las personas que fueron víctimas, aunque se recalca que no todos los problemas psicológicos pudieron ser calificados como enfermedades, ya que la mayoría se trataron de reacciones normales ante una situación anormal. Como la que padecemos hasta fecha.

Nuestras cinco encuestas aplicadas a los cinco pacientes que se encontraban víctimas del Covid-19, internados en nuestra Clínica respiratoria de Comitán de Domínguez, dejaron ver claramente que hasta entonces únicamente se trató de reacciones ante la situación anormal que les generó el haber contraído la enfermedad, puesto que únicamente se vio porcentajes de un cien por ciento en lo que fue ansiedad, miedo y depresión. Estas consideradas aun como reacciones ante una situación a la que nos encontramos expuestos en donde carecemos y desconocemos rotundamente de que se trata y el porqué. De lo contrario no se obtuvo una enfermedad mental como tal, hasta ahora, debido a la epidemia por Covid-19.

SUGERENCIAS Y PROPUESTAS

- ❖ Alentar a los pacientes internados a que saldrán adelante, no dejarlos solos en ningún momento, acompañarlos en cada etapa y proceso de enfermedad.
- ❖ Al momento de estar internados se puede optar por terapias anti estrés, descansar lo suficiente, terapias de relajación, meditación, en la medida de las posibilidades de cada paciente.
- ❖ Poder tener contacto con los familiares, mediante cartas, llamadas en lo posible, o si se puede mediante una ventana que los divida.
- ❖ Ponerle música, distracciones o reflexiones que los alienten a salir adelante.

PREVENCIÓN

- ❖ Lavarse las manos frecuentemente con agua y jabón al menos 20 segundos, sin olvidar las muñecas.
- ❖ Cubrirse al toser y estornudar con el ángulo interno del brazo.
- ❖ Uso obligatorio del cubrebocas en todo momento.
- ❖ Salir solo por motivos de emergencia, como ir por despensa o trabajo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Yang, S., & Cho, S. (2017). Middle East respiratory syndrome risk perception among students at a university in South Korea, 2015. *American Journal of Infection Control*, 45, e53-e60. doi:https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082020000100103#B12
2. Wang, C., Horby, P. W., Hayden, F. G., & Gao, A novel coronavirus outbreak of global health concern. *The Lancet* [Internet]. 2020 [citado 18 mar 2020]. 35(10223). Disponible en: URL doi:10.1016/s0140-6736(20)301859<https://www.actaodontologica.com/ediciones/2020/especial/art-2/>
3. Who.int. World Health Organisation. 2020. [actualizado 12 enero de 2020, citado 19 mar 202]. Disponible en: URL <https://www.who.int/csr/don/12-january-2020-novel-coronavirus-china/en/>
4. C. Huang, Y. Wang, X. Li, L. Ren, J. Zhao, Y. Hu, et al., Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China, *Lancet* [Internet]. 2020 [citado 19 mar 2020] 395 (10223). Disponible en: URL 497–506, [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30183-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30183-5).
5. Lu, H. (2020). Drug treatment options for the 2019-new coronavirus (2019-nCoV). *BioScience Trends*. [Internet] 2020 [citado 18 mar 2029] 14 (1). Disponible en: URL

doi:10.5582/bst.2020.01020<https://www.actaodontologica.com/ediciones/2020/especial/art-2/>

6. Rothan H., Byrareddy S. The epidemiology and pathogenesis of coronavirus disease (COVID-19) outbreak. Journal of Autoimmunity.[Internet] 2020 [citado 19 mar 2020] 17 (1). Disponible en: URL <https://doi.org/10.1016/j.jaut.2020.102433>

7. Who.int. Transcrito de conferencia de la OMS del 11 de marzo del 2020.[actualizado 20 marzo 2020, citado 20 marzo 2020] Disponible en URL https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/transcripts/who-audio-emergencies-coronavirus-press-conference-full-and-final-11mar2020.pdf?sfvrsn=cb432bb3_2

8. SABER, Q. D. (2020). SOBRE EL CORONAVIRUS. *Recuperado de: http://www. Visionchivilcoy. Com. ar/revistas/revista-abril. pdf. https://www.visionchivilcoy.com.ar/revistas/revista-abril.pdf*

9. Ministerio de Salud Pública de Cuba. Protocolo Nacional MINSAP vs COVID-19. La Habana: MINSAP; 2020 [citado 10/04/2020]. Disponible en: Disponible en: <https://www.salud.msp.gob.cu> [[Links](#)]

10. OMS. Noticias ONU. Los 13 desafíos de la salud mundial en esta década [Internet]. Ginebra: OMS; 13 enero 2020 [Citado 31/01/2020]. Disponible en: Disponible

en: <https://news.un.org/es/search/Los%2013%20desaf%C3%ADos%20de%20la%20salud%20mundial%20en%20esta%20d%C3%A9cada> [Links](#)

11. OMS. Noticias ONU. Retos de salud urgentes para la próxima década [Internet]. Ginebra: OMS; 13 enero 2020 [Citado 31/01/2020]. Disponible en: Disponible en: <https://news.un.org/es/story/2020/01/1467872> [[Links](#)]

12. Cabrera Gaytán DA, Vargas Valerio A, Grajales Muñiz C. Infección del nuevo coronavirus: nuevos retos, nuevos legados. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social [Internet]. 2020 [citado 24/03/2020];52(4):438-41. Disponible en: Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457745483018> [[Links](#)]

13. Ramos C. Covid-19: la nueva enfermedad causada por un coronavirus. Salud Pública Mex [Internet]. 2020 [citado 24/03/2020];62:225-7. Disponible en: Disponible en: <https://doi.org/10.21149/11276> [[Links](#)]

14. Belasco AGS, Fonseca CD. Coronavírus 2020. Rev Bras Enferm [Internet]. 2020 [citado 12/03/2020];73(2):e2020n2. Disponible en: Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020730201> [[Links](#)]

15. Calvo C. Recomendaciones sobre el manejo clínico de la infección por el nuevo coronavirus SARS-CoV2. An Pediatr (Barc) [Internet]. 2020 [citado 30/03/2020];30(20):11. Disponible en: Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2020.02.001> [[Links](#)]

16. Paules CI, Marston HD, Fauci AS. Coronavirus Infections-More Than Just the Common Cold. JAMA [Internet]. 2020 [Citado 23/01/2020];323(8):707-8. Disponible en: Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2759815> [Links]
17. World Health Organization. Prevención y control de infecciones durante la atención médica cuando se sospecha una nueva infección por coronavirus: Guía Provisional. [Internet]. Ginebra: WHO; 2020 [citado 11/03/2020]. Disponible en: Disponible en: [https://www.who.int/publications-detail/infection-prevention-and-control-during-health-care-when-novel-coronavirus-\(ncov\)-infection-is-suspected-20200125](https://www.who.int/publications-detail/infection-prevention-and-control-during-health-care-when-novel-coronavirus-(ncov)-infection-is-suspected-20200125) [Links]
18. Palacios Cruz M. COVID-19, una emergencia de salud pública mundial. Rev Clin Esp [Internet]. 2020 [citado 29/03/2020];220:149-54. Disponible en: Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rce.2020.03.001> [Links]
19. Carlos WG, Cruz CSD, Cao B, Pasnick S, Jamil S. Novel Wuhan (2019-nCoV) Coronavirus. American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine [Internet]. 2020 [citado 24/03/2020];201(4):[about 3 p.]. Disponible en: Disponible en: <https://www.atsjournals.org/doi/abs/10.1164/rccm.2014P7> [Links]

20. Organización Mundial de la Salud. Coronavirus causante del síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS-CoV). [Fecha de consulta: 29 de abril de 2020]. Disponible en: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/middle-east-respiratory-syndrome-coronavirus\(mers-cov\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/middle-east-respiratory-syndrome-coronavirus(mers-cov)).
[[Links](#)]
21. World Health Organization. Coronavirus disease (COVID-19). [Fecha de consulta: 29 de abril de 2020]. Disponible en: <https://who.sprinklr.com/> [[Links](#)]
22. Alligood MR. Modelos y Teorías en Enfermería. España: Elsevier; 2015. <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v32n4/enf19416.pdf>
23. Orlandini A. (1999) El estrés Que es y cómo superarlo. México: La ciencia para todos. 2da. Edición. http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S2310-02652014000100013&script=sci_arttext
24. Ros Fuentes, J.A. (2007). Actividad física + salud. Hacia un estilo de vida activo. Consejería de Sanidad de la Región de Murcia. http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S2310-02652014000100013&script=sci_arttext
25. http://www.psicoterapeutas.com/pacientes/DSM5_criterios_TEPT.html

26. Lang UE, Borgwardt S. Molecular mechanisms of depression: perspectives on new treatment strategies. *Cell Physiol Biochem*. 2013; 31(6):761-777. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-84472017000200073
27. André, C. (2006). *Psicología Del Miedo/The Psychology of the Fear: Temores, Angustias Y Fobias/Fright, Anguish and Phobias*. Editorial Kairós. <https://www.psicologia-online.com/que-es-el-miedo-en-psicologia-4406.html>
28. Ayuso, J. L. (1988). *Trastornos de angustia*. Barcelona: Ediciones Martínez Roca. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482003000100002
29. Mayo Clinic Q and A: Your child's storm anxiety Aug. 25, 2020, CDT <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/anxiety/symptoms-causes/syc-20350961>
30. Benca RM. Diagnosis and treatment of chronic Insomnia: A review. *Psychiatric Serv* 2005 https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272007000200011
31. Morin CM, Espie CA. *Insomnia: a clinical guide to assessment and treatment*. 2004. https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_465_Insomnio_Lain_Entr_compl.pdf

32. Spielberger, C. (1988). State-Trait Anger Expression Inventory professional manual. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-48272010000100006#:~:text=La%20ira%20es%20un%20componente,fisiol%C3%B3gica%20y%20neuroqu%C3%ADmica%20y%20un

ANEXOS

Daños psicoemocionales en pacientes con COVID-19 en la clínica respiratoria de Comitán de Domínguez.

Instrucciones:

1.- ¿Cuál fue la edad de los pacientes que presentaron Covid-19 en la Clínica Respiratoria de Comitán de Domínguez, Chiapas?

- a) 11-20 años b) 31-40 c) 51-60 d) 71-80 e) 91-100

2.- ¿Cuál es el género en el que se presentaron más casos de Covid-19?

- a) Masculino
b) Femenino

3.- ¿De acuerdo a la escala DSM-V los pacientes internados presentaron estrés?

- a) Si b) no

4.- ¿Los pacientes manifestaron cambios en su estado de ánimo (depresión) al estar internados por Covid-19?

- a) Si b) no

5.- ¿Los pacientes presentaron ansiedad al estar internados por Covid-19?

- a) Si b) no

6.- ¿Los pacientes manifestaron soledad al estar internados por Covid-19?

- a) Si b) no

7.- ¿Cuál fue el lugar en el que surgieron más contagios de Covid-19?

- a) Trabajo b) Hogar c) Lugares públicos d) Escuelas

8.- ¿Los pacientes manifestaron miedo a morir al estar internados por Covid-19?

- a) Si b) no

9.- ¿Los pacientes presentaron insomnio al estar internados por Covid-19?

- a) si b) no

