

UACM

Universidad Autónoma
de la Ciudad de México

NADA HUMANO ME ES AJENO

COLEGIO DE CIENCIAS Y HUMANIDADES

LICENCIATURA EN PROMOCIÓN DE LA SALUD

Identificación de los efectos psicoemocionales negativos en personal de enfermería en primera línea de atención a enfermos de COVID-19

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

LICENCIADAS EN PROMOCIÓN DE LA SALUD

PRESENTA:

DEYADIRA YOSELINE OSORIO PEREZ

CLAUDIA BERENICE HERNANDEZ ARMENTA

DIRECTORA

DRA. LUZ MARÍA GÓMEZ ÁVILA

Ciudad de México, febrero de 2025.

SISTEMA BIBLIOTECARIO DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE LA CIUDAD DE MÉXICO COORDINACIÓN ACADÉMICA

RESTRICCIONES DE USO PARA LAS TESIS DIGITALES

DERECHOS RESERVADOS[©]

La presente obra y cada uno de sus elementos está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor; por la Ley de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México, así como lo dispuesto por el Estatuto General Orgánico de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México; del mismo modo por lo establecido en el Acuerdo por el cual se aprueba la Norma mediante la que se Modifican, Adicionan y Derogan Diversas Disposiciones del Estatuto Orgánico de la Universidad de la Ciudad de México, aprobado por el Consejo de Gobierno el 29 de enero de 2002, con el objeto de definir las atribuciones de las diferentes unidades que forman la estructura de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México como organismo público autónomo y lo establecido en el Reglamento de Titulación de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México.

Por lo que el uso de su contenido, así como cada una de las partes que lo integran y que están bajo la tutela de la Ley Federal de Derecho de Autor, obliga a quien haga uso de la presente obra a considerar que solo lo realizará si es para fines educativos, académicos, de investigación o informativos y se compromete a citar esta fuente, así como a su autor ó autores. Por lo tanto, queda prohibida su reproducción total o parcial y cualquier uso diferente a los ya mencionados, los cuales serán reclamados por el titular de los derechos y sancionados conforme a la legislación aplicable.

A los médicos, sanitarios y científicos que trabajaron sin descanso para que, a pesar de los pesares, pudiéramos salir del abismo. No los olvidemos. Ellos nos devolvieron la esperanza.

Ricard Solé, *Todas las muertes*

Los trabajadores de la salud merecen más que “gracias”. Ellos merecen educación y capacitación de buena calidad. Merecen condiciones laborales seguras. Merecen una remuneración decente. Merecen respeto. Merecen todos nuestros esfuerzos para protegerlos e invertir en ellos, juntos.

Tedros Adhanom Ghebreyesus,
Director General de la
Organización Mundial de la Salud

México cerró el 2020 con 2 mil 470 defunciones de personal de salud reconocidas a causa del SARS – CoV-2, lo que lo coloca como uno de los países con más muertes en esta área, por COVID- 19.

Aunque la cifra de fallecimientos del sector salud mexicano, actualizada al 5 de enero [de 2021], está por debajo de las 2 mil 921 en Estados Unidos, reportadas por The Guardian , sí supera, por mucho, a otros países como Brasil (775), Reino Unido (620), India (573), Perú (385) o Italia (279). Además, rebasa la cifra del déficit de trabajadores de salubridad para atender la pandemia que reportó el gobierno federal el 2 de abril, la cual era de 2 mil. Es decir, el número de muertos superó ya el déficit que existía a un mes de iniciada la crisis sanitaria.

Gustavo Ambrosio,
Periodista y escritor de cine y
televisión

Esta pandemia ha magnificado todas las desigualdades de nuestra sociedad, como el racismo sistémico, la desigualdad de género y la pobreza.

Melinda Gates,

The Guardian.

En los momentos de crisis, sólo la imaginación es más importante que el conocimiento.

Albert Einstein.

La información oportuna y basada en pruebas es la mejor vacuna contra los rumores y la desinformación.

Dr. Jarbas Barbosa,

Director de la

Organización

Panamericana

de la Salud.

Dedicatorias

Claudia Berenice Hernandez Armenta

Dedico mi tesis principalmente a Dios, por haberme permitido seguir con salud y vida, para la redacción y conclusión de este proyecto final.

También dedico este trabajo recepcional a mi abuelo José Luis Armenta Villegas, quien siempre procuró que fuéramos individuos de bien y con estudios, con los cuales podríamos forjar nuestro destino.

Dedico esta tesis a mis dos madres, Martha Alicia Armenta Reyes y Felipa de Jesús Reyes Mejía, quienes siempre han procurado mi bienestar, mi desarrollo personal y profesional, brindándome siempre mucho amor, paciencia y comprensión.

A mi tía Erika Janeth Armenta, y a los demás enfermeros, quienes fueron parte fundamental para la comprensión de la realidad laboral en los momentos más críticos de la pandemia COVID-19, en el Hospital Regional Adolfo López Mateos.

Finalmente, a mi compañera de tesis Deyadira Yoseline Osorio Perez, por el apoyo, la comprensión y las aventuras vividas para la realización de esta tesis; además de lo compartido al extenso de la carrera universitaria.

Agradecimientos

Inicialmente quisiera brindarme un reconocimiento por el gran esfuerzo que he implementado a lo largo de mi desarrollo, debido a que ha sido un arduo proceso llegar a la culminación de un paso más en mis estudios y formación profesional. Siempre con la fiel esperanza de ser una receptora de nuevos conocimientos, demostrándome que todos los proyectos y sueños pueden cumplirse, siempre y cuando se les imprima disciplina y hábitos adecuados para poderlos llevar a cabo, aunque suenen complejos a un inicio.

Quiero agradecer a mi madre Martha Alicia, a mis abuelos maternos José Luis y Felipa (llomita), a mi tía Janeth, debido a que, ellos fueron, siguen, y seguirán siendo un ejemplo a seguir para mi persona; han sido personas clave y de gran importancia para mi formación personal y profesional. Aprecio su apoyo emocional, monetario y sus consejos, mismos que podré implementar a lo largo de mi vida. Valoro y estimo a todas aquellas personas que me han apoyado, ofreciéndome su amistad y soportando mis lamentos a lo largo de este proceso. Agradezco a mi hermano por siempre estar presente y al resto de mi familia por su apoyo y amor.

Al mismo tiempo quiero reconocer a nuestra directora de tesis, la Dra. Luz María Gómez Ávila, por todo el apoyo, tiempo y más que nada por la paciencia invertida en este trabajo recepcional y hacia nosotras como estudiantes; hasta la fecha seguimos aprendiendo un sinfín de conocimientos. Particularmente estos aspectos hablan muy bien de ella, como persona y profesora, ya que, la posiciona como una alguien comprometida y dedicada a su labor como docente. Siempre le agradeceré infinitamente su esfuerzo, compromiso y tiempo.

A mis lectores, la Dra. María Eugenia Covarrubias Hernández, el Mtro. Eduardo Flores Soto y el Mtro. Alejandro Martínez Domínguez, quienes aportaron su tiempo, apoyo, conocimiento, orientación y observaciones para propiciar una mejora y poder llegar a la finalización de nuestra tesis.

También quisiera realizar un reconocimiento a mi Alma mater, la Universidad Autónoma de la Ciudad de México, UACM Campus Cuauhtépec, que me permitió realizar y concluir mi carrera universitaria; que me ha acompañado y guiado en todos mis procesos académicos; además de que me permitió estudiar con el apoyo y las facilidades que esta institución ofrece; abriéndonos diversas puertas, a comparación de los impedimentos que hoy en día se llevan a cabo en otras universidades públicas de la Ciudad de México.

Por último, quisiera hacer una mención a mis compañeras, amigas, profesores/as, que me ayudaron a comenzar una disciplina y constancia por el estudio, igualmente para poder aplicarlo a mis estudios y proyectos profesionales futuros.

Dedicatorias

Deyadira Yoseline Osorio Perez

Dedico mi tesis a Dios, por darme la sabiduría, salud y paciencia para la realización de la tesis y el término de esta etapa de mi vida.

Dedico especialmente esta tesis a mis padres Silvia y Crisanto, que siempre han estado a mi lado, brindándome su amor y apoyo incondicional; sin su apoyo y sacrificio este logro no hubiera sido posible.

A mi pareja, Eric, por entender los momentos en los que me ausenté por dedicarme a este proyecto. Su paciencia y apoyo fueron fundamentales para que pudiera concentrarme en mi tesis.

A mi directora de tesis, la Dra. Luz María Gómez Ávila, por su orientación durante todo el proceso. Gracias por su dedicación y motivación constante.

Agradecimientos

Me gustaría agradecer a la Universidad Autónoma de la Ciudad de México (UACM), Campus Cuauhtépec, la cual me abrió sus puertas para forjarme como profesional; igualmente agradezco a cada uno de mis profesores y profesoras, a las instalaciones y oportunidades que me brindó, para cumplir mi meta de ser Licenciada de Promoción de la Salud.

Quiero agradecer de manera especial a la Dra. Luz María Gómez Ávila por aceptar ser nuestra profesora y dirigir nuestra tesis; gracias a sus virtudes y paciencia durante este trabajo, no lo habiéramos logrado tan fácilmente; sus consejos fueron de gran ayuda para escribir esta tesis, puesto que formó parte fundamental en esta etapa; muchas gracias por sus palabras de aliento y orientación.

A mis lectores de tesis, la Dra. María Eugenia Covarrubias Hernández, el Mtro. Eduardo Flores Soto y el Mtro. Alejandro Martínez Domínguez, por sus aportaciones y disponibilidad y el tiempo dedicado para este trabajo; todo lo cual ha enriquecido el producto final de esta tesis.

A mis padres, Silvia Pérez Zúñiga y Crisanto Osorio Monter, por haber forjado a la persona que ahora soy, porque muchos de mis logros se los debo a ustedes; gracias por su amor, paciencia, por los saltos de emoción y apoyo incondicional durante toda mi vida académica; siempre me mantuvieron constante para alcanzar mis sueños y metas. A mis hermanos por sus abrazos, por los miles de porras que siempre me dan para alcanzar mis metas.

También agradezco a mi pareja, Eric García Cruz, que me ha impulsado durante cierta parte de mi vida académica, y ahora, para la culminación de mi tesis; le reconozco su apoyo, comprensión, amor y abrazos durante cada etapa vivida. Valoro el tiempo y los consejos para el desarrollo de mi tesis; asimismo los dirigidos a mi vida personal; eres parte esencial para mi inspiración y motivación.

A Berenice Hernandez Armenta por aceptar realizar la tesis conmigo; gracias por el apoyo, comprensión, risas, amistad durante parte de la carrera y la realización de la tesis. Hoy nos toca cerrar esta etapa juntas.

Resumen

La presente tesis se enfocó en encontrar evidencias sobre la relación entre el trabajo del personal de enfermería en primera línea de atención a pacientes COVID-19, y los efectos psicoemocionales negativos sufridos a causa de ello. Estos trabajadores están adscritos al Hospital Adolfo López Mateos, del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).

El objetivo general de esta investigación fue: identificar los efectos psicoemocionales negativos reportados por el personal de enfermería que se encontró en la primera línea de atención de Covid-19, en el Hospital Regional Adolfo López Mateos, durante la fase de emergencia de la pandemia. Los objetivos específicos se refieren a la indagación del origen, etiología, epidemiología y manifestaciones clínicas del SARS-CoV-2; la presentación de las estadísticas de contagios y decesos causados por la COVID-19; la revisión de estudios nacionales e internacionales acerca de las consecuencias psicoemocionales negativas en personal sanitario que atendió a los contagiados por esta enfermedad; la explicación de los problemas de salud mental más prevalentes en dicho personal sanitario; la descripción de la importancia de la promoción de la salud mental, y la amplia narración de las muestras de subjetividad de los sujetos de la investigación, acerca de las afectaciones de salud física y mental sufridas durante la etapa crítica de la pandemia, a través de la presentación de cinco estudios de caso.

Respecto a los aspectos metodológicos, los criterios de inclusión de los sujetos especificaron que éstos debían haber laborado en la primera línea de atención a enfermos por COVID-19. Los instrumentos de recolección de datos fueron de tipo cualitativo y cuantitativo por medio de: una entrevista estructurada y tres instrumentos de evaluación psicológica estandarizados: el Inventario de Depresión de Beck (BDI), la Escala de Estrés Percibido (PSS) e Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) que evalúan la ansiedad, estrés y depresión. Para analizar, sistematizar y presentar los estudios de caso, se emplearon matrices de Miles y Huberman, y la presentación en extenso de éstos, mediante el enfoque narrativo.

Los resultados arrojados por la investigación permitieron corroborar los hallazgos de los estudios consultados para la construcción del Marco Teórico, mediante la obtención de evidencias de que el trabajo en primera línea de atención a pacientes COVID detonó efectos psicoemocionales negativos en el personal de enfermería del hospital mencionado. Se concluye, además, que las tareas de la promoción de la salud podrían haber sido de gran utilidad en esta fase de la pandemia, y que es necesaria la capacitación en salud mental para poder incursionar en la promoción de la salud mental.

Índice

	Pág.
Resumen	7
Introducción	11
Objetivo General y Específicos	15
1. Marco Teórico	22
1.1 ¿Qué es el SARS-CoV-2?	22
1.1.1 Origen del coronavirus SARS-CoV-2.....	22
1.1.2 Agente etiológico: estructura viral, replicación viral.....	27
1.1.3 Epidemiología.....	32
1.1.4. Patogénesis y manifestaciones clínicas.....	39
1.1.5 Estadísticas a nivel mundial y nacional.....	45
1.2 Evidencias de impactos psicoemocionales negativos causados por la COVID- 19 en personal hospitalario en primera línea de atención a Contagiados	48
1.2.1 A nivel internacional.....	51
1.2.1.1 Batalla-Martín et al. (2020). El impacto en la salud mental de los profesionales sanitarios durante la COVID-19.....	52
1.2.1.2 Dosil et al. (2020). Impacto psicológico de la COVID-19 en una muestra de profesionales sanitarios españoles.....	54
1.2.1.3 Gu et al. (2020). Factors associated with mental health outcomes among health care workers in the Fangcang Shelter Hospital in China.....	57
1.2.1.4. Lai et al. (2020). Factos associated with mental health outcomes among health care workers exposed to Coronavirus Disease 2019.....	59
1.2.1.5 Carranza et al. (2021). Preocupación por el contagio de la COVID-19 y carga laboral como predictores del malestar psicológico durante la emergencia sanitaria en personal de Salud de Perú.....	60
1.2.1.6 Danet (2021). Impacto psicológico de la COVID-19 en profesionales sanitarios de primera línea en el ámbito occidental. Una revisión sistemática.....	61
1.2.1.7 Hidalgo et al. (2021). El efecto psicológico de la COVID-19 en el personal de salud.....	65
1.2.1.8 Martín y Pacheco (2021). Impacto psicológico en profesionales del ámbito sanitario durante la pandemia COVID-19.....	67

1.2.1.9	Peñafiel et al. (2021). Impacto psicológico, resiliencia y afrontamiento del personal de salud durante la pandemia por COVID-19.....	70
1.2.1.10	Lucumi-Pérez (2022). Impacto de la pandemia COVID-19 en la salud mental de los trabajadores del sector salud.....	71
1.2.2	En México.....	75
1.2.2.1	Juárez-García et al. (2021). Psychosocial Factors and Mental Health in Mexican Healthcare Workers during the COVID-19 Pandemic.....	77
1.2.2.2	Martínez-Arriaga et al. (2021). Resiliencia asociada a factores de salud mental y sociodemográfico en enfermeros mexicanos durante COVID-19.....	81
1.2.2.3	Lucas-Hernández et al. (2022). Estrés, ansiedad y depresión en trabajadores de salud durante la pandemia por COVID-19.....	83
1.2.2.4	López-Salinas et al. (2023). Prevalence of Depression, Anxiety, Post-traumatic Stress, and Insomnia Symptoms among Frontline Healthcare Workers in a COVID-19 Hospital in Northeast México.....	87
1.3	Descripción de los trastornos psicoemocionales más frecuentes, causados por la pandemia por COVID-19.....	90
1.3.1	Estrés	90
1.3.1.1	Estrés postraumático	93
1.3.1.2	Estrés agudo	96
1.3.1.3.	Estrés crónico	99
1.3.2	Ansiedad	99
1.3.3.	Depresión	102
1.4	La necesidad de impulsar la promoción de la salud mental.....	104
2.	Marco Contextual	110
2.1	El Hospital Adolfo López Mateos del ISSSTE.....	110
2.2	Condiciones de trabajo del personal de enfermería en primera línea de atención a enfermos de COVID-19.....	114
3.	Materiales y Métodos	120
3.1	Sujetos de investigación.....	120
3.2	Diseño de investigación	120
3.3	Métodos de investigación	122
3.4	Instrumentos de recolección de datos	124
3.4.1	Cuestionario.....	124
3.4.2	Escala de Estrés Percibido (Cohen et al., 1983)	125
3.4.3	Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)	126
3.4.4	Inventario de Depresión de Beck II (BDI)	126

3.5	Procedimiento	127
3.6	Procesamiento de los datos	128
3.6.1	Matrices de Miles y Huberman.....	128
3.6.2	Los Estudios de Caso.....	130
4.	Resultados	133
4.1	Matrices de Miles y Huberman	134
4.2	Estudios de caso	140
4.3	Análisis global de los resultados	202
	Conclusiones	207
	Referencias	217
	Anexos	226
	Anexo 1: Formato de consentimiento informado	227
	Anexo 2: Guion de entrevista (Cuestionario)	228
	Anexo 3: Inventario de Ansiedad, de Beck.....	233
	Anexo 4: Escala de Estrés Percibido (Cohen, adaptada por Remor)	234
	Anexo 5: Inventario de Depresión, de Beck	235
	Anexo 6: Información sobre los lineamientos gubernamentales acerca de la reconversión hospitalaria, y opinión crítica de un sujeto acerca de la situación en el Hospital Adolfo López Mateos.....	239
	Anexo 7: Muestras de <i>graffiti</i> dedicados a los trabajadores sanitarios en primera línea de atención a pacientes contagiados por COVID-19.....	252

Introducción

En diciembre de 2019, en China, en la provincia de Hubei, se dio a conocer que veintisiete personas padecían de neumonía infecciosa de etiología desconocida. Transcurrido un tiempo, el 7 de enero de 2020, el Ministerio de Sanidad de China comunicó que un coronavirus era el agente patógeno que había atacado a estas personas. Hacia el 24 de enero, en dicho país, se habían reportado 835 casos similares. Poco a poco, se empezó a extender a otras regiones de China, debido a que no hubo un aislamiento social eficaz realizado a tiempo. Progresivamente se registró una gran propagación hacia numerosos países del mundo, como Tailandia, Corea del Sur, Italia, España, y, eventualmente, en prácticamente todas las naciones del orbe (Maguiña, C., Gastelo, R., y Tequen, A. 2020).

En marzo del 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS), declaró a esta emergencia sanitaria como pandemia, originada por el virus SARS-CoV-2, denominándola COVID-19. La atención a los enfermos fue de inmediato ejercida por el personal médico, de enfermería y hospitalario de primera línea, en todos los países afectados. Las investigaciones más recientes mencionan que el virus SARS-CoV-2 se traspasa rápidamente de persona a persona, a través de los aerosoles originados por la emisión de voz, el aliento, la exhalación, la tos y las secreciones respiratorias. Los espacios cerrados son especialmente críticos, ya que el coronavirus puede permanecer “estancado” en el aire, y ser capaz de transmitirse a una distancia de varios metros, permaneciendo activo por horas.

La presente investigación se centró en el estudio de las afectaciones negativas en la salud mental del personal de enfermería a cargo de la atención, en primera línea, a pacientes de COVID, durante el primer año de la pandemia. La formulación del problema fue la siguiente: con el transcurrir del tiempo, el personal sanitario empezó a desarrollar problemáticas de salud, físicas y psicoemocionales, resultantes de la atención en primera línea, y de estar en contacto con situaciones críticas y con decesos numerosos e inevitables, en largas jornadas de trabajo (Dosil,

M., Ozamaiz, N., Redondo, I., Jaureguizar, J. y Picaza, M., 2020). Es preciso señalar que, hasta el momento, la información con respecto a las afectaciones psicoemocionales que el personal de enfermería ha desarrollado como consecuencia de la atención directa de enfermos de COVID-19, se ha encontrado limitada en lo que se refiere a lo acontecido en la Ciudad de México, tomando en cuenta que en algunas ciudades de otros países sí se han llevado a cabo investigaciones con dicho objeto de conocimiento.

Grajales, R., Meléndez, R., Castro, A. y Valencia, F. (2020) mencionan que la exposición a este virus siempre es más alta en el personal de salud, debido a que tienen mayor contacto con pacientes contagiados. Se ha observado, en diversos estudios, que el personal de salud ha sido sumamente afectado por la COVID-19, debido a que las medidas para evitar el contagio han resultado insuficientes, generando entre el personal de salud efectos psicoemocionales, de los cuales, tres son los más frecuentes y comunes: estrés, ansiedad y depresión, repercutiendo sobre su bienestar físico, mental y social, a corto, mediano y largo plazo. Es importante resaltar que no sólo se debería garantizar la salud física, sino que también se tendría que contemplar el cuidado de la salud mental de estos sectores laborales Montes-Berges, B. y Ortúñez-Fernández, M. E. (2021).

Por otro lado, en un estudio realizado en China por Lijun Kang y colaboradores (en Grajales et al., 2020), donde el objetivo era conocer el impacto en la salud mental y la percepción psicológica que se originan entre el personal de primera línea de atención a la COVID-19, se obtuvieron los siguientes resultados: se tenían ligeras alteraciones en la salud mental, afectando más a las mujeres que a los hombres. Posteriormente, cuando el incremento de contagios disminuyó, el personal de salud continuaba experimentando estrés, depresión y angustia.

Diferentes investigaciones que se han realizado en otros países como Estados Unidos, Canadá, Suecia y Australia han encontrado que los profesionales de salud que están en primera línea en atención de la pandemia COVID-19 han tenido que presenciar fallecimientos de numerosos pacientes, así como de amigos, familiares cercanos o compañeros de trabajo. En el caso de México, además, el

personal de salud registró una de las más altas cifras en el mundo, en cuanto a fallecimientos en ese sector laboral: Martínez, P. (2021) reportó, de acuerdo con información proporcionada por Centros de Control y Prevención de Enfermedades (CDC), una institución del gobierno estadounidense, que, en los primeros 18 meses de la pandemia, por lo menos 4 mil 57 trabajadores de la salud fallecieron en nuestro país. Éstos pertenecían a distintas áreas: médicos generales o de diversas especialidades, personal de enfermería, odontólogos, laboratoristas, y otros empleados adscritos a unidades médicas.

Asimismo, este personal estuvo expuesto o ha sido víctima de agresiones verbales y físicas por parte de personas desinformadas o mal informadas, temerosas de que les transmitieran el virus, propiciando así que los trabajadores de la salud, entre ellos, los de enfermería, hayan experimentado estrés, ansiedad, depresión e insomnio, los cuales han registrado una mayor prevalencia en las mujeres, tal como ya se ha mencionado (Martín, E. y Pacheco, T. 2021).

De igual manera, Martin y Pacheco mencionan cómo la COVID-19 ha afectado al personal de salud en su vida familiar, de un modo tan profundo, que incluso, durante el primer año de la pandemia, algunos debieron tomar la decisión de mudarse de casa, para así proteger a sus seres queridos del contagio; a consecuencia de ello, el personal de enfermería tuvo que reducir todo tipo de contacto social, causando que los profesionales de salud experimentaran situaciones más deprimentes (Pacheco y Martin, 2021).

Asimismo, Danet, A. (2021) indica que estas problemáticas de salud psicoemocional ya se habían presentado en los profesionales de salud en otras epidemias, tales como las causadas por SARS-CoV-1 (2003), H1N1 (2009), MERS-CoV (2012) y ébola (2014); emergencias sanitarias cuyos resultados en la salud mental del personal sanitario fueron ansiedad, depresión, estrés postraumático, llevando a un aumento en el absentismo laboral.

De manera adicional a las demandas excesivas sobre el estado psicoemocional del personal sanitario, hay que tomar en cuenta que otra cuestión a la que éste se

enfrenta está relacionada con: Las largas jornadas de trabajo.

- Insuficiencia o deficiencias de insumos y material de seguridad, los cuales son una parte fundamental para su protección (cubrebocas, caretas, equipo biomédico, entre otros), indispensables para ingresar y trabajar en áreas COVID-19 (Dosil et al., 2020).

La detección de este problema de estudio motivó la realización de la presente investigación, enfocada en los impactos psicoemocionales negativos experimentados durante el primer año de la pandemia, por el personal de enfermería que estuvo laborando en la primera línea en atención del COVID-19, en el Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos del ISSSTE, ubicado en la Alcaldía Benito Juárez de la Ciudad de México.

Es importante resaltar que tal hospital estuvo trabajando de manera híbrida, es decir, donde un sector del hospital se dedicó a pacientes COVID-19 y la otra parte se destinó a atender el resto de las especialidades, aunque muchas de las consultas quedaron suspendidas.

La Ciudad de México (CDMX) fue una de las entidades más afectadas, a nivel nacional, por el número de contagios y defunciones ocurridas por COVID-19. La entidad que ocupa el primer lugar en dichas cuestiones ha sido el Estado de México, que es también la más poblada de la República Mexicana. La fecha de corte de la información estadística para la presente tesis fue la primera semana de junio de 2023. La Plataforma de Información Geográfica de la UNAM sobre COVID-19 en México (Universidad Nacional Autónoma de México, 2023) reportó, el 5 de junio de dicho año, que en la semana previa se habían contabilizado 701 casos de contagio a nivel nacional, con 5 defunciones. Para dicha fecha, el portal datos.covid-19.conacyt.mx reportó un total de 44,213 decesos acumulados, ocasionados por tal patología, en la Ciudad de México. La cifra oficial de muertos, estimada oficialmente por el Gobierno de México, hasta la mencionada fecha, es de 334,167, a nivel nacional. Esto es, de acuerdo con dichas cifras oficiales, en la Ciudad de México, hacia el final del primer semestre de 2023, se han registrado alrededor del 13.2% de todos los decesos reportados oficialmente.

Esta tesis se ha enfocado en la etapa de “emergencia de salud global” de la COVID-19, sucedida en 2020 y 2021. La Organización Mundial de la Salud (5 de mayo de 2023) declaró el fin de la emergencia de salud global, reconociendo que, hasta ese día, el total de fallecimientos por la COVID-19, a nivel global, era de casi 7 millones.

Durante la etapa de emergencia, la ocupación hospitalaria fue un indicador que el Gobierno de la Ciudad de México (CDMX) utilizó para clasificar a los hospitales que atendían a infectados por COVID-19. Este indicador presentó las siguientes categorías:

- Buena, que refiere de 0% a 49%;
- Media, del 50% a 89%;
- Crítica, del 90% a 100%.

Dicho indicador se actualizó continuamente durante la etapa crítica. El hospital ISSSTE Lic. Adolfo López Mateos, hasta el día 26 de octubre del 2021, se encontraba con una ocupación hospitalaria dentro del rango “buena” (Histórico de Capacidad Hospitalaria, 2021).

Teniendo como problema de estudio lo anteriormente señalado, esta investigación se realizó en función de los siguientes objetivos:

Objetivo general:

Identificar los efectos psicoemocionales negativos reportados por el personal de enfermería que se encontró en la primera línea de atención de COVID-19, en el Hospital Regional Adolfo López Mateos, durante el primer año de la pandemia.

Objetivos específicos:

- Explicar las generalidades acerca del SARS-CoV-2: origen, agente etiológico, epidemiología, patogénesis y manifestaciones clínicas.
- Brindar un estimado acerca de las estadísticas de casos de contagios y decesos a causa de la COVID-19, hasta el primer semestre de 2023.

- Proporcionar datos sobre las evidencias surgidas de la investigación, a nivel nacional e internacional, acerca de los impactos psicoemocionales sufridos por el personal sanitario en primera línea de atención a pacientes contagiados por SARS-CoV-2.
- Explicar cuáles son las características principales de los problemas de salud mental más frecuentes en personal sanitario con atención a pacientes con COVID-19: estrés, ansiedad, depresión.
- Explicar la importancia de la promoción de la salud mental.
- Describir las afectaciones en la salud psicológica, física, y en la vida personal, social y profesional, que ha experimentado el citado personal de enfermería, como consecuencia de la atención a pacientes de COVID-19, por medio de cinco estudios de caso.

Justificación

La principal razón que motivó la realización de esta investigación fue el interés por profundizar en el conocimiento acerca de los impactos que la pandemia del COVID-19 ha generado entre el personal de salud, llamando la atención especialmente el desgaste y consecuencias negativas, a nivel psicoemocional, que éste ha sufrido.

Otro factor que motivó el interés hacia este problema de estudio fue la escasez de investigaciones sobre el mismo, referida a hospitales mexicanos. Se observó que la información concerniente a aspectos emocionales en el personal de enfermería de primera línea de atención a COVID-19 era poca e inexacta. Se encontraron, en contraste, estudios, programas, investigaciones e intervenciones dirigidas al personal médico de otros países, como Colombia, Canadá, Estados Unidos, entre otros. Por ejemplo, se halló que, dentro de las muchas repercusiones que el COVID-19 pudo generar, una de las de mayor impacto fue la psicoemocional, misma que se observó con mayor frecuencia en el personal sanitario que estuvo frente a la pandemia del COVID-19, derivando en trastornos psicológicos, situaciones que alteraron la estabilidad emocional, relacionados con circunstancias como: números incontables de pacientes con diagnósticos positivos o por confirmar, largas jornadas de trabajo y la escasez de insumos y protección entre otros (Torres, V., Farias, J.D., Reyes L.A. y Guillen, C. 2020). Mientras que, en otro estudio, realizado en Wuhan, China, se aplicó un cuestionario al personal de enfermería, por medio del cual se trató de identificar síntomas que aludieron a cuestiones que alteraban la salud mental como: depresión, ansiedad y angustia Torres et al., (2020). Los resultados arrojaron que estos trastornos de salud mental sí se acentuaron en los sujetos de estudio.

La Organización de las Naciones Unidas ONU, (2020) ha mencionado que el personal de salud ha estado expuesto a factores estresantes extraordinarios, por lo cual, es importante que a este grupo de personas se les brinde atención psicológica, no solamente con el objetivo de respetar dignamente sus derechos humanos, si

no, en una consideración utilitarista y pragmática: si tiene una buena salud mental, podrán prestar una mejor calidad de la respuesta a la atención de los pacientes (ONU, 2020).

Preguntas de investigación

Las preguntas que orientaron esta investigación fueron las siguientes:

- ¿Qué son el SARS-CoV-2, y la COVID-19?
- ¿Cuántos decesos se pueden atribuir, a nivel nacional y mundial, a este agente patógeno?
- ¿Qué evidencias experimentales aporta la literatura especializada acerca de los impactos psicoemocionales experimentados por el personal sanitario en primera línea de atención a pacientes COVID?
- ¿Qué indicadores de efectos psicoemocionales negativos se pueden identificar en el personal de enfermería, como resultado de haber laborado en la primera línea de atención a COVID-19, del ISSSTE Lic. Adolfo López Mateos?
- ¿Qué impactos psicológicos, y qué repercusiones personales, laborales y sociales, referidos a la fase de emergencia de la pandemia, reporta el mencionado personal de enfermería?

En cuanto a los aspectos metodológicos, esta investigación se clasifica de tipo descriptiva, con un enfoque mixto, ya que se emplearon instrumentos de recolección de datos tanto cuantitativos como cualitativos, para acceder a una mejor comprensión del fenómeno estudiado. Se eligió trabajar con este tipo de enfoque, para hacer visibles las manifestaciones de la subjetividad de los individuos, de acuerdo con los siguientes postulados:

El sentido subjetivo se entiende como la expresión compleja del sujeto, que incluye lo emocional y lo simbólico de su psique, y que se produce en sus relaciones y acciones dentro

de un contexto social y cultural [...] Se interesa por la conciencia, las representaciones, los significados y sentidos del sujeto producto de sus relaciones e interacciones sociales. De allí que se interese por la afectividad, la felicidad, el bienestar psicológico, la interacción social, los imaginarios y las representaciones sociales, la construcción de identidad y el desarrollo humano en interacción con los otros y su contexto próximo, ya sea social, sociocultural o comunitario (Palomino-Leyva, M. y Arteaga-Gómez, M. 2013, pp. 36-37).

Las manifestaciones de la subjetividad y la captación de las experiencias personales de los sujetos de investigación fueron estudiadas a través de un estudio de casos múltiples, cuyas características serán explicadas en el capítulo dedicado a los Materiales y los Métodos. La organización de la información y el aparato crítico fueron trabajados de acuerdo con estilo de la séptima edición de las Normas APA (American Psychological Association, 2019).

A continuación, se presenta una síntesis de los contenidos de cada capítulo de esta tesis, con el objetivo de ofrecer una vista general del trabajo:

El Capítulo 1 está dedicado a la exposición del Marco Teórico de toda la investigación. Comprende temas con relación a la COVID-19 y a sus diversos aspectos biológicos, epidemiológicos y clínicos. Asimismo, aborda temas como la descripción de los trastornos psicoemocionales con mayor incidencia en la etapa crítica de la pandemia, como el estrés, la ansiedad y depresión. Además, presenta una especie de “estado de la cuestión o del arte”, acerca de los impactos negativos sufridos por el personal de primera línea de atención al COVID-19, a través de la revisión de diversos estudios realizados sobre esta problemática, tanto en México como en otros países. Este capítulo cierra con un apartado de especial interés para esta tesis, que comprende la importancia de la promoción de la salud en la

salud mental.

Posteriormente, se encontrará el Capítulo 2, que comprende el Marco Contextual de la investigación; es decir, la descripción del contexto geográfico y social en el que tuvo lugar el objeto de estudio; dentro de esto también se incluyen las condiciones de trabajo en las que se encontraba laborando el personal enfermeril en primera línea de atención a enfermos de COVID, en la etapa más crítica de la pandemia. Esta información se obtuvo abordando las expresiones de la subjetividad de los sujetos de investigación (narración de experiencias individuales), así como por medio de las fuentes electrónicas consultadas.

El Capítulo 3 es acerca de los Materiales y Métodos; en él se localizan temas con relación a los enfoques metodológicos empleados, y al diseño de investigación, el cual abarca: las características de los sujetos de investigación, la conformación de la muestra y los criterios de inclusión. También se realiza una descripción de los instrumentos de recolección de datos, de naturaleza cualitativa y cuantitativa, tales como los instrumentos de evaluación psicológica estandarizados para detectar presencia de estrés, ansiedad y depresión. Se detalla acerca de otro instrumento, éste, de carácter cualitativo y diseñado especialmente para esta investigación: una entrevista estructurada, para recolectar las muestras de subjetividad de los informantes, con especial énfasis en los efectos psicoemocionales de sus labores durante la fase de emergencia de la pandemia. Igualmente, se explican los procedimientos de procesamiento, sistematización y análisis de los datos obtenidos.

El Capítulo 4 presenta, con amplitud, los Resultados de esta investigación. Contiene el desarrollo de elementos sistematizadores de los datos, como las matrices de Miles y Huberman, y el desarrollo en extenso de los estudios de caso, tratados con un enfoque narrativo, con la finalidad de dar visibilidad a las experiencias personales de cada sujeto. El capítulo concluye con el cierre del análisis global de los resultados.

Posteriormente se encontrarán las Conclusiones de este trabajo de investigación, seguidas por la lista completa de referencias (fuentes bibliográficas) utilizadas. Por último, se encuentran los anexos, los cuales presentan los instrumentos de recolección de datos, así como diversos testimonios gráficos que habitantes de distintos países plasmaron en forma de *grafiti*, para agradecer el trabajo del personal de salud en primera línea de atención a pacientes con COVID-19.

1. Marco Teórico

1.1 ¿Qué es el SARS-CoV-2?

A través de los siguientes apartados, se presentará la información relativa al origen del coronavirus SARS-CoV-2, sus características etiológicas y de replicación viral, así como lo relativo a su patogénesis y a sus manifestaciones clínicas, con el objetivo de ofrecer al lector un panorama amplio sobre el agente viral causante de la pandemia por COVID-19. De igual manera, se brindará información sobre los aspectos epidemiológicos involucrados.

Por medio de la información recopilada en las siguientes secciones, se dará respuesta a la siguiente pregunta de investigación: ¿Qué son el SARS-CoV-2 y la COVID-19?

1.1.1 *Origen del Coronavirus SARS-CoV-2*

Los denominados coronavirus son agentes infecciosos que están presentes en animales y humanos. Los coronavirus en humanos pueden causar desde resfriados comunes hasta enfermedades respiratorias (o sistémicas) graves.

Los primeros coronavirus que se estudiaron como agentes patógenos para el ser humano se dieron a conocer en la literatura médica, en el año de 1960. Una investigación en Inglaterra expuso el caso de una persona que presentaba síntomas de una gripe muy diferente a la causada por los virus y resfriados estudiados en esos años; más adelante, diferentes virólogos nombrarían a esta nueva cepa como *coronavirus* (Ruiz-Bravo, A. y Jiménez-Valera, M. (2020).

Durante el año 1966, se dieron a conocer los coronavirus CoV-E229, HCoV-OC43, a HCoV-NL63 y HKU1. El contagio por ellos se manifiesta como un resfriado común; sin embargo, son responsables del 2% al 18% de las infecciones respiratorias en vías altas. Se estima que la mayoría de las personas que se infectan con estos virus no presentan algún síntoma (Dabanch, J. 2021).

En el año de 1971, se redactó el primer informe de la Comisión Internacional para la taxonomía del virus (ICTV), donde inicialmente se propuso a los coronavirus como un género. En el Tercer Informe, del año 1975, se estableció oficialmente como la familia *Coronaviridae* (Ruiz y Jiménez, 2020).

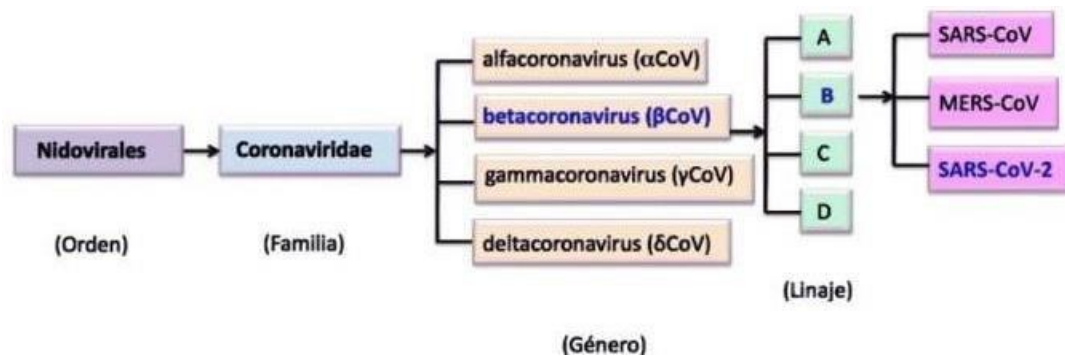
Los coronavirus se clasifican por las características genéticas preponderantes. Algunas de las más relevantes son: el tamaño del genoma, que es de aproximadamente 30,000 pares de bases nitrogenadas o nucleótidos; los coronavirus son virus de gran tamaño, de ácido ribonucleico (ARN). Debido a esto, tienen una “capacidad de codificación expansiva” (es decir, se pueden replicar rápidamente). Los genes se expresan de diferentes formas no estructurales y tienen distintas actividades enzimáticas, las cuales se realizan en la poliproteína replicasa-transcriptasa (Santos, N. y Salas, R. 2020).

El orden *Nidovirales* se propuso en el año de 1966, cuando se ubicó la familia *Coronaviridae*. Este nombre, *Nidovirales*, se deriva de los ácidos ribonucleicos mensajeros 3' anidados. Algunas de las características que están presentes dentro de la familia de los *Nidovirales* son el número, tipo y tamaño de las proteínas estructurales (Santos y Salas, 2020).

Para comprender mejor la clasificación de los coronavirus, en la siguiente figura se muestra su organización y clasificación:

Figura 1

Clasificación taxonómica de los coronavirus



Nota. Se observa un esquema con la clasificación de los coronavirus, como; orden, familia, genero, linaje. Tomado de Santos y Salas (2020, p. 3).

En el informe 25 y 26 del ICTV, del año 2009, se determinaron cuatro géneros de la familia Coronavirus, tal como se muestra en la figura anterior:

- *Alphacoronavirus*
- *Betacoronavirus*

- *Gammacoronavirus*
- *Deltacoronavirus*

De los cuales, *Alphacoronavirus* y *Betacoronavirus* infectan a animales, causando enfermedades como gastroenteritis, y, en humanos, provocan enfermedades respiratorias. Los *Gammacoronavirus* y *Deltacoronavirugs* infectan a aves y a algunos mamíferos.

Dos enfermedades de las más sobresalientes que se asocian al coronavirus, y cuya mención también se pueden observar en la figura 1, son *Severe Acute Respiratory Syndrome* (SARS) y *Middle East Respiratory Syndrome* (MERS) (Ruiz y Jiménez, 2020).

El *Severe Acute Respiratory Syndrome* (Síndrome Respiratorio Agudo Severo, SARS-CoV) apareció en el 2002 en la provincia china de Guangdong. Dentro del informe 22 de la ICTV el SARS fue incluido como parte la familia Coronavirus y del género Betacoronavirus.

El primer hospedero fue un murciélago. Al transmitir el virus a poblaciones humanas, se originó un brote de neumonía severa que ataca al tracto respiratorio superior, afectando en su mayoría a personas mayores de 60 años. Se declaró como una pandemia, dejando 774 fallecimientos, y 8,096 casos, con una letalidad del 10%. Fue en el año 2003 que se logró controlar el brote del SARS, debido a las estrategias de salud pública (ver tabla 1) (Dabanch, 2021).

En 2012 apareció el brote *Middle East Respiratory Syndrome* (Síndrome Respiratorio del Oriente Medio, MERES-CoV) en Arabia Saudita. Al igual que el SARS, es de la familia de Coronavirus y del género Betacoronavirus. Está asociado a neumonías graves en personas adultas y con problemas cardiovasculares. Cuenta con una letalidad del 35 al 45%, dejando aproximadamente 2.494 casos, y 858 fallecimientos, SARS y MERES son brotes que están asociados a la familia Coronavirus (tabla 1).

En la siguiente tabla (1) se muestran los niveles de evidencia de estas dos enfermedades. (Ruiz y Jiménez, 2020; Dabanch, 2021).

Tabla 1

Niveles de evidencia del SARS y MERES

Tabla 1. Center for Evidence Based Medicine, Oxford. Niveles de evidencia

	SARS-CoV	MERS- CoV	SARS-CoV-2
Familia	Coronaviridae	Coronaviridae	Coronaviridae
Subfamilia	Coronavirinae	Coronavirinae	Coronavirinae
Genero	Betacoronavirus	Betacoronavirus	Betacoronavirus
Hospedero natural	Murciélagos	Murciélagos	Murciélagos
Hospedero intermediario	Civeta	Camello	¿Pangolín?
Zona geográfica de origen	Guangdong, China	Arabia Saudita	Wuhan, China
Año de emergencia	2002 hasta 2003	2012 a la fecha	Diciembre 2019 a la fecha
Manifestación clínica	Síndrome respiratorio agudo severo	Síndrome respiratorio agudo severo	Asintomáticos a Síndrome respiratorio agudo severo

Nota. En la tabla se muestra la comparación de aspectos como: la familia, subfamilia, género, hospedero natural, hospedero intermediario, zona geográfica de origen, año de emergencia y manifestación clínica de los virus: SARS-CoV, MERS-CoV y SARS-CoV-2. Tomada de Dabanch (2021, p.16).

El 31 de diciembre de 2019, las autoridades de salud en China dan a conocer que en *Huanan Seafood Wholesale Market* (mercado mayorista de mariscos de Huanan), en donde se comercializan principalmente productos del mar y animales terrestres vivos, se registran 27 personas con un brote de una neumonía desconocida.

El 7 de enero del 2020 el Centro de Control de Enfermedades (CDC) de China dio a conocer la primera información sobre el responsable de este nuevo brote de neumonía, recabando los primeros datos de pacientes afectados por este nuevo virus. Posteriormente, lograron determinar que las secuencias genéticas eran muy similares a las de SARS-CoV (Dabanch, 2021).

Este brote comenzó rápidamente a expandirse por Tailandia, Japón y Corea, provocando un problema sanitario a nivel mundial, atribuido a un virus desconocido, por lo que la información se actualizaba conforme se estudiaban los primeros casos

y contagios. Este brote atacaba principalmente a personas adultas, de entre 30 a 79 años, teniendo una letalidad, en principio, de un 2.3% (Díaz-Castrillón, F. y Toro-Montoya, A. 2020).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), el 11 de febrero del 2020, dio a conocer la información sobre el nuevo Coronavirus, reconociéndolo como causante de la enfermedad COVID-19. Por otro lado, el Comité Internacional de Taxonomía lo presentó como SARS-CoV-2. El 11 de marzo se declaró pandemia mundial; para ese día ya se contaba con 118,000 casos confirmados y 4.291 fallecidos, por lo que la OMS pidió a todos los países que se tomaran las medidas necesarias para controlar su expansión, cuyas características y velocidad de transmisión no se veían desde hacía tiempo (Dabanch, 2021).

El SARS-CoV-2 se trasmite de manera muy fácil de persona a persona; el periodo de incubación es de 5 hasta 14 días; el periodo de transmisibilidad comienza de 24 a 48 horas antes de tener algún síntoma. Se estima que una persona infectada que no toma las medidas pertinentes puede llegar a contagiar a dos o tres individuos. Sin embargo, desde la variante ómicron, y con las subvariantes BA.4 y BA.5, se ha registrado mayor poder infectivo y reinfectivo (Vela, A. 2022). Algunos de los síntomas son (debe recordarse que los síntomas pueden variar, de acuerdo con la variante o subvariante causante del contagio):

- Fiebre
- Tos
- Dolor abdominal
- Diarrea
- Pérdida de los sentidos del gusto y del olfato
- Dolor torácico
- Fatiga

Aproximadamente el 80% de las personas no presentan alguno de los síntomas mencionados; el 15% llega hasta una hospitalización. Sin embargo, a inicio de la pandemia, se incrementó este porcentaje conforme al aumento de los contagios por variantes mutadas (Dabanch, 2021).

Después de algunos meses del registro de los primeros contagios, se comenzaron a realizar estudios donde se encontró que el virus no tenía ninguna similitud con otras pandemias registradas mundialmente, como lo son la influenza aviar, el Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SARS) y el Síndrome Respiratorio del Medio Oriente (MERS). Por tal motivo, el virus se registró como nuevo; clasificándose en la familia Coronavirus, tomando el nombre de *Novel Coronavirus de 2019* (2019-nCoV) (Díaz-Castrillón y Toro-Montoya, 2020).

1.1.2 Agente Etiológico: Estructura Viral y Replicación Viral

El coronavirus está formado por una estructura esférica con un diámetro aproximado de 120 nanómetro (nm), una longitud cerca de 30,000 pares de nucleótidos; se encuentra formado por un genoma de RNA con polaridad positiva; tiene una envoltura de lipoproteína, en donde se localizan cuatro principales proteínas estructurales (Figura 3):

- *Glicoproteína S*
- *Glicoproteína M*
- *Glicoproteína E*
- *Glicoproteína N* (Dabanch, 2021).

La glicoproteína S es la encargada de dar la forma de corona al virión, las espigas S (abreviatura de “espícula”, en inglés) se proyectan aproximadamente de 17 a 20 nanómetros (nm) cada una, tiene una masa de alrededor de 180 kilodalton (kd), manteniendo una secuencia de señal N- terminal, siendo la más antigénica y externa. Una de sus funciones, considerada como fundamental, es la infección viral, ya que los receptores hacen un reconocimiento de la proteína enzima convertidora de angiotensina (ECA2), ayudando a la entrada del virus al citoplasma de la célula hospedera (Santos y Salas, 2020).

La glicoproteína M es responsable de mantener su estabilidad y estructura; se ubica en la membrana de la envoltura del virión; es la más pequeña y se encuentra de manera abundante. Tiene una masa aproximada de 25 a 30 kd, cuya

función principal es ensamblar al virus dentro de la célula infectada para producir nuevos viriones (Santos y Salas, 2020).

La glicoproteína *E* es muy variable entre los coronavirus; está presente en pequeñas cantidades. Tiene una masa de 8 kd. Esta proteína es la encargada de facilitar el ensamblaje, liberación del virus y es necesaria para infectar a nuevas células (Santos y Salas, 2020).

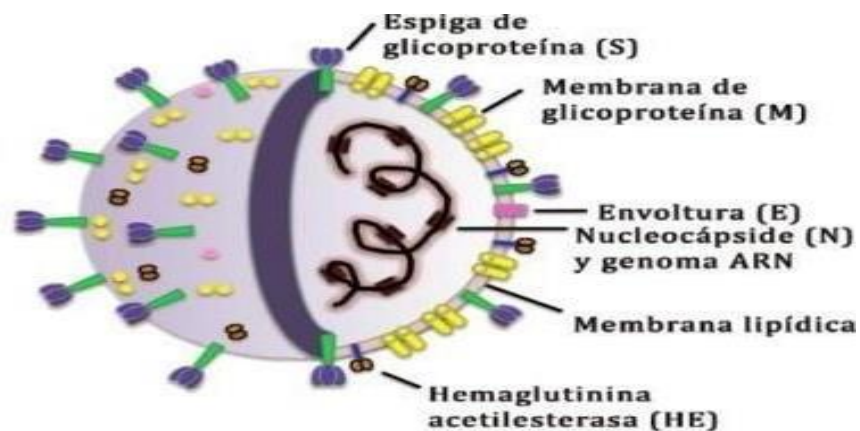
La glicoproteína *N* se encuentra en la nucleocápside (cápside que alberga material genético); tiene un peso de 50 Kd, se encuentra conformada por dos dominios: N- terminal y C-terminal, los cuales se unen al ácido ribonucleico *in vitro*, participando en:

- La replicación
- La transcripción
- El empaque del genoma viral

Lo cual dificulta el ciclo reproductivo propio de la célula hospedera (Santos y Salas, 2020).

Figura 2

Esquema del coronavirus



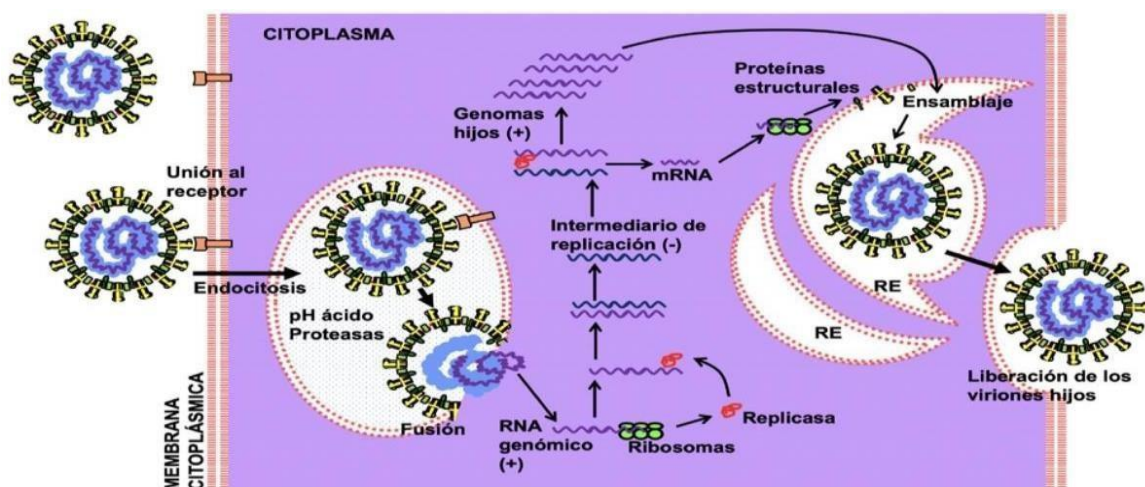
Nota. En la figura se puede observar un esquema del coronavirus, con sus características y la localización de las glicoproteínas *S*, *M*, *E* y *N* en la membrana lipídica. Tomado de Santos y Salas (2020, p. 3).

Estas proteínas se consideran relevantes dentro de la estructura del coronavirus; sin embargo, ésta contiene algunas otras proteínas denominadas accesorias, como lo son: ORF3a, ORF6, ORF7a, ORF7b, ORF8, ORF9b y ORF14.9, las cuales no se consideran indispensables para el ciclo replicativo. Su función es interactuar con las proteínas del hospedero para diferentes vías de señalización. De igual forma, estas proteínas apoyan a la patogénesis del SARS-CoV representando una ventaja para la adaptación de los virus a los hospederos (Santos, G., Cortez, P., Vallejo, V. y Reyes, J. 2020).

La replicación viral comienza con la unión del virión y con los receptores que se localizan en la superficie de la célula, donde la glicoproteína S del SARS-CoV-2 se une al receptor celular (enzima convertidora de angiotensina 2); esta interacción induce a la endocitosis del virión, el pH ácido y las proteasas endosomiales catalizan las subunidades de la glicoproteína S y modifican la S2 para que actúe como proteína de fusión, facilitando la unión de las dos bicapas lipídicas, la envoltura del virión y la membrana de la vesícula endocítica, liberando el núcleo cápside en el citoplasma de la célula infectada (Figura 3) (Ruiz-Bravo y Jiménez-Valera, 2020).

Figura 3

Proceso del ciclo replicativo



Nota. En la figura se puede observar paso a paso el proceso de replicación viral de Coronavirus. Las flechas indican el nombre de cada proceso. Tomado de Ruiz-Bravo y Jiménez-Valera (2020, p. 68).

Para entender a detalle el proceso del SARS-CoV-2 dentro del citoplasma, con los detalles y técnicos especializados, se ha preferido dar voz a los autores Ruiz-Bravo y Jiménez-Valera (2020, p. 67), mediante la siguiente gran cita textual:

Una vez en el citoplasma se inicia la traducción del RNA genómico, que al ser de polaridad positiva actúa como un mRNA. Se traducen los ORFs 1a y 1b, próximos al extremo 5', con lo que la célula fabrica las poliproteínas pp1a (4.382 aminoácidos) y pp1ab (7.073 aminoácidos). Dos de los componentes de las poliproteínas tiene actividad proteasa y catalizan la escisión de las propias poliproteínas en proteínas individuales, entre ellas la replicasa del virus, considerada como un RNA-polimerasa dependiente de RNA, junto con algunas otras proteínas accesorias. Tomando como molde el RNA genómico, la replicasa fabrica la molécula complementaria completa (RNA genómico de polaridad negativa), que a su vez será tomada como molde (el denominado intermediario de replicación) para sintetizar las numerosas copias de genomas destinados a la progenie viral; y también RNAs subgenómicos, que se tomarán como moldes para los mRNAs correspondientes a los genes que codifican para las cuatro proteínas estructurales, de las cuales S y M son glicosiladas en el aparato de Golgi.

La correcta distribución subcelular de las proteínas estructurales es necesaria para el ensamblaje de los componentes de los viriones hijos, que incluye la encapsidación selectiva de las copias de RNA genómico (los RNAs de polaridad negativa que se han sintetizado para actuar como moldes no son encapsidados); y los viriones hijos emergen del retículo endoplásmico en el interior de vesículas que se fusionan con la membrana citoplásmica, liberando la progenie viral. La infección conduce finalmente a la muerte de la célula, posiblemente por apoptosis; en cultivos celulares pueden observarse efectos citopáticos: redondeamiento de las células, que mueren y se desprenden de la monocapa.

En pocas palabras:

- Al ingresar al citoplasma, el coronavirus actúa como un virus de ácido ribonucleico mensajero.
- Produce “moldes” del virus, para su replicación.
- Estos “moldes” determinan a las proteínas *S*, *M*, *N* y *E*, como explicamos en líneas anteriores.
- Las copias se fusionan con la membrana de la célula; se liberan los virus replicados.
- Las células infectadas mueren.

La Figura 3 ilustra gráficamente, con claridad, este proceso de replicación.

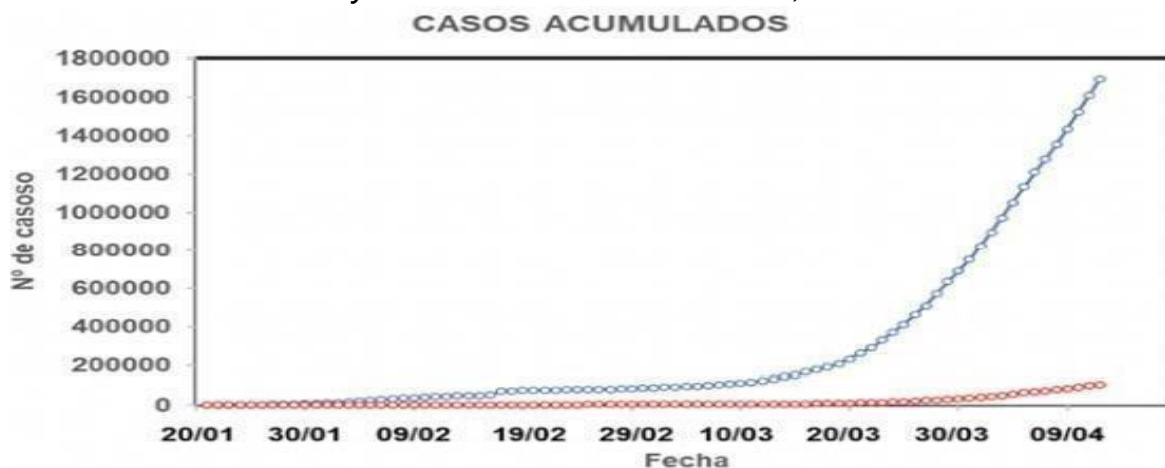
1.1.3. Epidemiología

Como se ha indicado, en diciembre de 2019 se tomó registro, por primera vez, de un virus, que más tarde recibiría la denominación de SARS- CoV-2, y, que eventualmente causaría la pandemia por COVID-19. Desde su transmisión a partir de un organismo animal al ser humano, ha tenido un gran impacto en las sociedades, además sobre la salud física y mental, sobre lo económico, así como sobre la ciencia, la tecnología, y aspectos socioculturales. La Organización Mundial de la Salud, el 11 de marzo del 2020, la categorizó como pandemia. Tal como fue señalado en apartados anteriores, inicialmente se tenía conocimiento de que los primeros casos se vieron reflejados en los trabajadores de una ciudad de China, que laboraban en el *Huanan Seafood Wholesale Market* (mercado mayorista de mariscos de Huanan), zona donde se venden diferentes tipos de carnes de animales silvestres vivos. Los primeros estudios que se refirieron al virus lo reportaron como un patógeno que provocaba un padecimiento tipo neumonía grave, el cual se expandía de manera rápida, prevaleciendo en un rango de edad de 30 a 79 años (Díaz-Castrillón y Toro- Montoya, 2020) reiterando los datos citados antes en este escrito.

Ruiz-Bravo y Jiménez-Valera, (2020) mencionan que la pandemia comenzó en China, durante noviembre de 2019. Su propagación tuvo lugar a una gran velocidad; fue por ello que la Organización Mundial de la Salud (OMS), intervino en su evaluación y seguimiento. Para el 20 de enero de 2020, se reportaban 60 casos de contagios, ubicados en la región de origen, Wuhan, mientras que, a nivel país, China ya había contabilizado un total de 278 casos. Cabe mencionar que ya existían contagios fuera del país, como en Tailandia, con dos registros; al igual que en Corea del Sur y Japón. Para el 23 de enero, Estados Unidos había reportado ya un caso. El 25 de enero se detectaron los tres primeros contagios en Francia; mientras que, para el primero de febrero, España ubicó a su primer afectado. Los registros de contagios y decesos de las fechas 25 febrero al 31 de marzo acumularon un máximo de 9,222, lo cual puede observarse en la tabla 2.

Tabla 2

Casos confirmados y decesos a causa de Covid-19, del 20/01/20 al 09/04/20



Nota. En la gráfica se pueden observar los datos de las fechas 20 de enero al 09 de abril del 2020, donde los casos de contagio se registran de color azul, mientras que los fallecimientos aparecen en color rojo, reportados por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Tomado de Bravo y Valera (2020, p.69).

Inicialmente, se habían detectado 59 casos en China. De ellos, no se tenía un diagnóstico exacto o similar al de los virus o adenovirus conocidos, como SARS-CoV o MERS-CoV, por lo que no se tenía toda la información certera, que se refiriera a una enfermedad que se transmitiera de humano a humano o algún antecedente que el personal de salud hubiera reportado previamente. Posteriormente, el Centro de Control de Enfermedades de la República Popular de China notificó que el agente causal que producía dicha patología en los casos registrados era un nuevo coronavirus, del cual no se tenía conocimiento profundo (Delgado, M., Tortolo, I., Abreu, J., Prince, J., Tápames, E. y Carnot, D., 2020).

Así mismo, se llevaron a cabo indagaciones para determinar el origen del agente etiológico. Fue gracias a la colaboración de diferentes centros de investigación, como la Escuela de Salud Pública de Shanghái, la Universidad de Ciencia y Tecnología de Huazhong y el Centro de Wuhan para el Control y

Prevención de Enfermedades, entre otros, que se obtuvo como resultado la secuenciación del genoma central del SARS-CoV-2 (Ruiz-Bravo y Jiménez-Valera, 2020). Samper, E. (2022, párr. 3 y 4) reporta que en 2022 se ha logrado la confirmación del origen de este coronavirus, en el mercado de animales silvestres de Wuhan: un equipo internacional de investigadores logró comprobar que originalmente se registraron ahí dos linajes del SARS-CoV-2, y que ocurrió una transferencia zoonótica (de animales a humanos):

El equipo de virólogos y biólogos evolutivos implicados en la investigación es internacional e independiente realizó un extenso trabajo de campo en la ciudad para identificar los primeros casos de COVID-19 y rastrear el origen de los contagios. También estudiaron la movilidad de las personas que acudieron al mercado de Huanan y a otros lugares de la ciudad (a partir del análisis de datos de localización de redes sociales) y tomaron muestras en múltiples zonas de este lugar.

Todos los datos apuntan a que dos linajes diferentes de SARS-CoV-2 saltaron de animales vivos del mercado de Huanan a personas entre finales de noviembre y comienzos de diciembre de 2019. Entre ambos fatídicos saltos probablemente transcurrió una semana. Desde ahí, el nuevo coronavirus se extendió por Wuhan, más tarde por China y, con el tiempo, por todo el mundo.

Ruiz-Bravo y Jiménez-Valera (2020) indican que la transmisión del SARS-CoV-2 se lleva a cabo mediante el contacto de un individuo con otro, por medio de las secreciones que una persona infectada puede emitir a través de un estornudo,

al toser o hablar, ya que cuando ocurren dichos actos, la carga viral que se encuentra en los fluidos corporales expulsados puede recorrer una distancia de un metro o más. Se trata de pequeñas gotitas, encontrándose en la saliva en altas cantidades. Inicialmente, se afirmó que las gotitas expulsadas del organismo infectado cuentan con un tamaño variable: las mayores son $>5 \mu\text{m}$, con una durabilidad en el aire no mayor a 17 minutos; posteriormente caen al suelo o en las superficies de los objetos. Las partículas menores $<5 \mu\text{m}$ son aquellas que duran más tiempo en el aire y se convierten en aerotransportables (aerosoles), y, por ende, logran alcanzar radios más extensos; a consecuencia de ello se observa una mayor capacidad infectiva. Hoy se sabe que el virus es aerotransportado, y que puede permanecer activo flotando en el aire, por varias horas, manteniendo activa su capacidad de contagio.

Marcos, F., Adana, M., Rodríguez, I. y Grau, S. (2020) aseveran que los mecanismos de transmisión del SARS-CoV-2, pueden llevarse a cabo por medio de las vías de transmisión como: gotas respiratorias (grandes), y por vía aérea (microgotas o aerosoles). Estos mecanismos se describen a continuación:

- Transmisión por gotas respiratorias y por contacto:

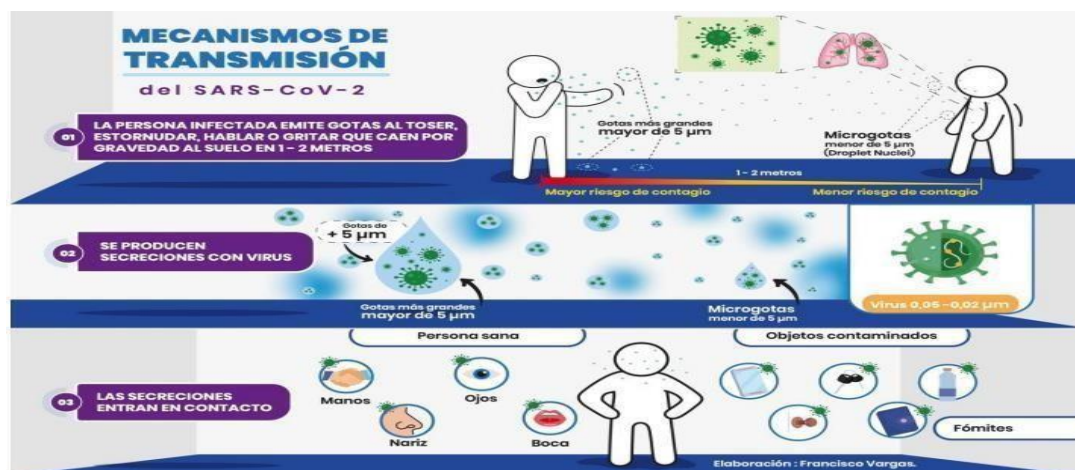
El contagio del SARS-CoV-2 puede ocurrir por medio del contacto, ya sea directo, indirecto o estrecho con las personas portadoras del virus. Los individuos pueden contagiar, por medio de secreciones portadoras del coronavirus, procedentes del cuerpo humano, como la saliva y gotas respiratorias emitidas al ejercer las acciones de estornudar, toser, hablar o cantar. La transmisión por gotas respiratorias se clasifica en dos tipos, como:

- Gotas respiratorias grandes (*respiratory droplets*): su tamaño oscila entre 5 y $10 \mu\text{m}$. La gravedad causa que las gotas caigan al suelo, en un rango de 1 a 2 metros.
- Gotas respiratorias pequeñas (*droplet nuclei*), o también son llamados aerosoles, con un tamaño por debajo o igual a $5 \mu\text{m}$ (Marcos et al., 2020).

Lewis, D. (2022) menciona que la transmisión directa puede ocurrir cuando un individuo presenta indicios de estar cursando la enfermedad COVID-19, como son toser, estornudar y tener fiebre, expulsando gotas o secreciones respiratorias, que funcionan como vehículo o vector para el virus. La distancia es importante: si es menor a un metro, esto hace susceptibles de infección a aquellas personas que se encuentran próximas, ya que la infección puede ocurrir con mayor rapidez, y la carga viral puede ser mayor. Por otro lado, en el primer año de la pandemia se postuló la hipótesis de la existencia de la transmisión por contacto indirecto; ésta sería llevada a cabo cuando un individuo es susceptible; es decir, que no cuenta con las medidas de protección necesarias. Al tocar objetos o superficies contaminadas (fómites), se podría contraer el virus (figura 4). No obstante, en la actualidad se sabe que esta segunda vía de transmisión ha registrado un insignificante número de casos. Lewis (2022) afirma que a la Organización Mundial de la Salud le tomó dos años reconocer que este virus se transmite de manera aérea, lo cual condujo a errores en las medidas de cuidado.

Figura 4

Diferentes mecanismos de transmisión del SARS-CoV-2



Nota. En la imagen se puede observar los mecanismos de transmisión que se pueden llevar a cabo de forma indirecta, que también se conoce por contagiarse por entrar en contacto con un objeto o superficie contaminada. Tomado de Marcos et al. (2020, p.8).

Marcos et al. (2020) refieren diferentes formas de contagio derivadas del virus COVID-19, enlistadas a continuación:

- Transmisión aérea o por aerosoles

La transmisión por aerosoles tiene lugar a través de gotas pequeñas o microgotas, menores de 5 μm . La suspensión de éstas en el aire puede ocurrir durante horas, especialmente en espacios que no están bien ventilados.

- Transmisión por fómites

Como se mencionó, en el primer año de la pandemia se mantuvo la hipótesis de la transmisión del virus a través de fómites, esto es, que podría llevarse a cabo de manera indirecta. Su transmisión ocurriría por el contacto de las superficies contaminadas. Esto se explicó, aludiendo a que es posible que por medio de la prueba de Reacción en Cadena de la Polimerasa (PCR), se pueda identificar el virus del SARS-CoV-2, la cual se ha realizado en superficies u objetos que han estado expuestos al virus por horas o días. Cabe resaltar que aspectos como la temperatura y los diferentes tipos de superficies influyen en la variación de la existencia o nula presencia del virus (Marcos et al., 2020). Sin embargo, en 2023 se informó que la probabilidad de transmisión del virus por este medio es muy baja (Short, K. & Cowling, B. 2023).

- Otras vías de transmisión

Es preciso mencionar que el virus del SARS-CoV-2 ha sido detectado en diversos fluidos del cuerpo humano, como la orina, la sangre y la leche materna, además de las heces (Marcos et al., 2020). No obstante, Elósegui, J., García, A., Risquez, A., Quintana, M. y Montes, J. (2021) reportan que no hay evidencias acerca de que el SARS-CoV-2 se transmita desde la madre al producto, a través del líquido amniótico.

El Ministerio de Sanidad de España (2021) refiere que otro tipo de transmisión es la vertical su trasmisión tiene lugar desde la madre al hijo y ocurre cuando se tiene contacto en las primeras horas del alumbramiento, en donde el recién nacido presenta síntomas del SARS-CoV-2. Se piensa que la transmisión

pudo haber sucedido por medio de fluidos infectados de la madre.

Sin embargo, es relevante mencionar que ciertos estudios informan que se han detectado proteínas propias del virus del SARS-CoV-2 en el saco vitelino y las células fetales mononucleares. Está involucrado con el reporte de 15 casos con dichas características, en los cuales los recién nacidos han presentado la sintomatología de la COVID-19.

En cuanto a la duración de la enfermedad, el tiempo promedio, desde que se contrae u adquiere la enfermedad, hasta la recuperación, se estima en dos semanas, solo cuando la enfermedad ha sido leve. Cuando la enfermedad se presenta con mayor gravedad, su duración se extiende de 3 a 6 semanas, durante las cuales la sintomatología puede incluir una amplia serie de manifestaciones, además de la hipoxia (ausencia de oxígeno en los tejidos). Cuando la enfermedad se exagera, suele existir una prolongación de los síntomas, pudiendo conducir incluso a la muerte. También se tiene conocimiento de que al menos 50% de los afectados por COVID-19 pueden pasar varias semanas o meses experimentando síntomas recurrentes; a estos periodos se les conoce como “COVID-19 persistente” o “Long COVID” (Ministerio de Sanidad de España, 2021).

Otro elemento para mencionar son los factores de riesgo, mismos que propician que la enfermedad COVID-19 se considere como una enfermedad oportunista, y que puede resultar más grave en presencia de comorbilidades. Un estudio ha proporcionado datos que fueron obtenidos a través de pacientes internados en un hospital ubicado en Nueva York: la muestra total de pacientes fue de 5,700 sujetos, de los cuales, 57% padecía hipertensión. Un 42% presentaba otra comorbilidad, como la obesidad; mientras que 34% restante sufría de diabetes. Dichas patologías se consideran enfermedades crónico-degenerativas. También es preciso mencionar que se hallaron otras problemáticas de salud, como las enfermedades cardiovasculares, enfermedades pulmonares crónicas, todas las cuales representan posibilidades mayores para desarrollar complicaciones de la enfermedad sistémica COVID-19 (Gil, R., Bitar, P., Deza, C., Dreyse, J., Florenzano, M., Ibarra, C., Jorquera, J., Melo, J., Olivi, H., Parada, M., Rodríguez, J. y

Undurraga, A. 2021).

Como resultado del estudio anterior, se encontró que las personas que padecían alguna comorbilidad tenían 6 veces más probabilidades de ser hospitalizados, mientras que la tasa de mortandad fue 1200% más alta que en aquellos que no padecían alguna enfermedad crónica. Otro factor que ha sido analizado es la edad: en el estudio realizado en el mencionado hospital de Nueva York, la tasa de mortandad a causa de la COVID-19 tuvo los siguientes resultados; 15% de la población con edad de 80 años falleció. De 70 a 79 años se registró el porcentaje de 8%. De 60 a 69 contaba con un 1.3%, y, por último, se tiene el rango de edad de 50 a 59 años, con 1.3% (Gil et al., 2021).

1.1.4 Patogénesis y Manifestaciones Clínicas

Dabanch (2021) menciona que para que la patogénesis de la COVID-19 dé inicio se necesita: una célula huésped a la cual el SARS-CoV-2 pueda infectar. Las células huéspedes cuentan con receptores de membrana angiotensina 2. Los receptores de membrana angiotensina 2 (ACE2), tienen la función de intervenir en procesos biológicos como la homeostasis y la respuesta pre inflamatoria. Estos receptores se encuentran localizados en diferentes órganos como: los pulmones, el corazón, los riñones, la vía biliar, el hígado e intestinos. Cabe resaltar que la ACE2 se encuentra en mayor cantidad en las células alveolares tipo 2, monocitos, macrófagos y células endoteliales, los cuales se sitúan en los pulmones.

El proceso de la enfermedad se inicia cuando la enzima ACE2, que se encuentra ubicada en los receptores de membrana de la célula huésped, realiza un reconocimiento del virus SARS-CoV-2. Este virus cuenta en su superficie con una glicoproteína, denominada S; la S significa “spike”, o espícula, en español. Las espículas son las estructuras que brindan su aspecto característico a los coronavirus. La función de la glicoproteína S es mediar en la infección del virus atacante por medio de las subunidades S1 y S2, que son divididas por medio de la proteasa transmembrana, donde la S1 está encargada de que exista la unión entre

los receptores de la célula huésped y el virus SARS-CoV-2. Mientras que la S2 tiene la misión de permitir la fusión e ingreso a la célula por medio del transporte de membrana o endocitosis (Dabanch, 2021).

Por otra parte, en un determinado grupo de personas infectadas, 80% de ellas suelen ser pacientes asintomáticos, lo que quiere decir, que sus síntomas son leves; mientras que el 20% restante de la población tendrá probabilidades de desarrollar un cuadro clínico agravado. El virus SARS-CoV-2, siendo un virus oportunista, elude al sistema de reconocimiento inmune, además, de que obstaculiza la producción y activación del interferón, el cual no puede realizar su trabajo, mismo que consiste en impedir la replicación viral. De la misma forma, la replicación en un órgano en específico, como serían los pulmones, consigue provocar una respuesta inflamatoria en gran escala. Como resultado de la respuesta inflamatoria (que ha sido descrita como “tormenta inflamatoria”) los linfocitos logran migrar, ocasionando un daño intersticial, además de que se desencadena la producción de proteínas citoquinas. Detonando una sucesión de diferentes daños en la actividad del sistema de coagulación, inhibición de la fibrinólisis, con inducción a la coagulación y aumento constante del dímero D, troponina y fibrinógeno. Dichos daños conllevan diversas repercusiones en los sistemas orgánicos, tales como la dificultad para respirar, trastornos hemáticos, además de falla orgánica múltiple; originalmente se les conoce como las principales causas de muerte por COVID-19 (Dabanch, 2021).

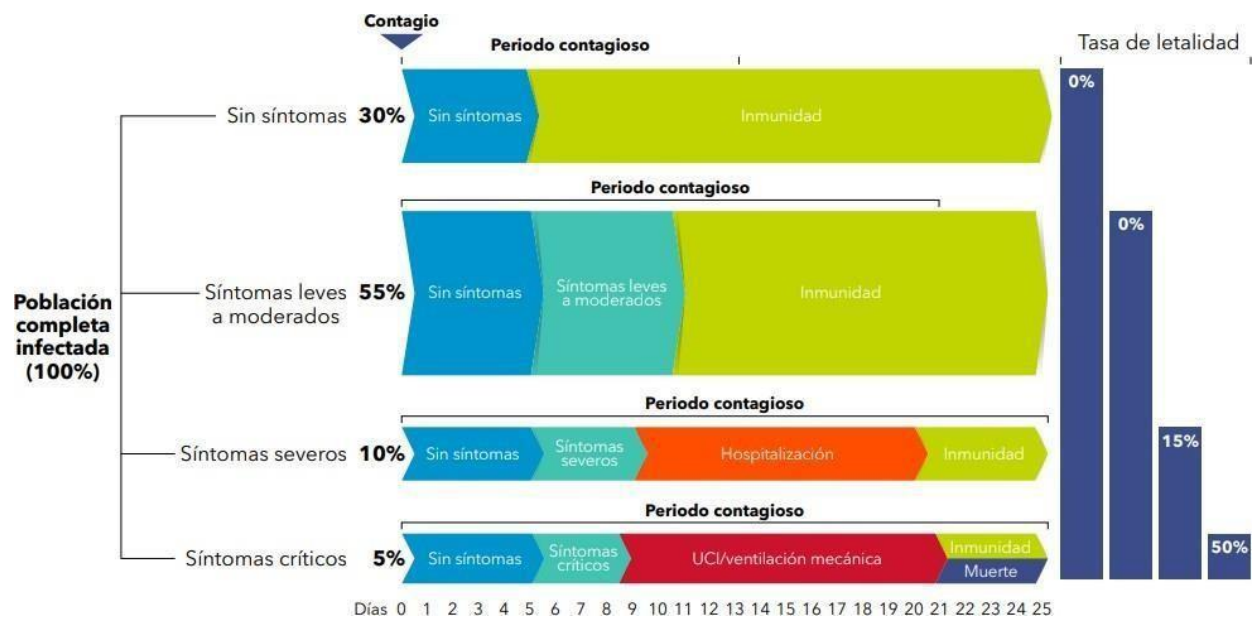
Díaz-Castrillón y Toro-Montoya, (2020) mencionan que el recorrido que una infección por COVID-19 realiza puede potencialmente desembocar en una variedad de escenarios de distintos niveles de gravedad y repercusiones: sus síntomas suelen variar de persona a persona, desde las manifestaciones asintomáticas, hasta lo más grave; que sería el presentar una neumonía grave y requerir una ventilación asistida observada en la figura 5. Para afinar las cifras ya proporcionadas anteriormente: en una determinada población infectada, habitualmente un 30% no presentará síntomas y desarrollará cierta inmunidad; mientras que un 55% se encuentra en un periodo de sintomatología moderada.

Aproximadamente un 10% de la población se expone a síntomas severos, que pueden conducir a la hospitalización. Dentro del proceso pueden obtener la inmunidad posteriormente a haber cursado la enfermedad. Otro aspecto del periodo contagioso es la existencia de ciertos sectores de la población que, además de sufrir los síntomas críticos, puede llegar a requerir de apoyo de ventilación mecánica y, en situaciones exacerbadas, podrían agravarse al punto de llegar a la muerte.

Por otra parte, es necesario subrayar que la presencia de los síntomas que permanecen como moderados, suelen presentarse en niños, adolescentes y adultos jóvenes, mientras que los síntomas que son graves se presentan en aquella población adulta mayor, que presentan comorbilidades como: diabetes, hipertensión arterial, enfermedad cardiovascular y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) (Díaz-Castrillón y Toro-Montoya, 2020).

Figura 5

Manifestaciones clínicas derivadas del COVID-19



Nota. Se describen aquí las diferentes manifestaciones de los síntomas causados por el SARS-CoV-19. Tomado de Díaz-Castrillón y Toro-Montoya, (2020, p.194).

Los síntomas que tienen relación con las manifestaciones clínicas pueden referirse a los síntomas más comunes, como la tos y fiebre, que se presentan en la mayoría de los pacientes. En una evolución no favorable, la fiebre se presenta alta y persistente, y la tos puede contener sangre, a consecuencia de una lesión en los pulmones y/o bronquios, denominándose esto como hemoptisis. También se puede hallar fatiga, mialgias, cefalea, disnea (dificultad para respirar) presentándose esto último solo en los casos más graves. Otros síntomas pueden ser los que afectan de manera directa al tracto respiratorio, como lo es dolor de garganta, congestión nasal y un exceso de mucosidad (rinorrea). Por otro lado, las problemáticas en el tracto gastrointestinal suelen ser; náuseas, vómito, diarrea y anorexia; la última puede presentarse en 1 de 4 casos (Díaz-Castrillón y Toro-Montoya, 2020).

Cabe señalar que la COVID-19 podría traer consigo complicaciones como neumonía, el síndrome de dificultad respiratoria del adulto (SDRA), miocarditis, coagulación prolongada, daño renal, infecciones bacterianas, hasta llegar a un choque séptico (Díaz-Castrillón y Toro-Montoya, 2020).

También es necesario nombrar otros tipos de síntomas que se han hallado en diferentes sistemas, mismos que fueron encontrados por medio de un estudio aplicado a un total de 214 personas, según el Ministerio de Sanidad de España, (2021), que se encontraban en un hospital de Wuhan, China. Entre dichos síntomas, se identificaron los siguientes:

- Neurológicos: De los pacientes hospitalizados, 17% presentaban mareos; 7% contaban con afectaciones de la conciencia; neuralgia, con 2.3%. Se registraron síntomas de mayor riesgo y alteración, como la ataxia (alteración del sistema nervioso el equilibrio y coordinación) y epilepsia ambos con un porcentaje del 0.5%.
- Cardiológicos: Se observaron casos que presentaron daños agudos en el miocardio y falla cardiaca.
- Oftalmológicos: El hospital de Wuhan en China detectó a 534 pacientes que padecían alguna problemática en los globos oculares; como ojo seco, con un porcentaje de 20.9%; visión borrosa, con 12.7%, por último, congestión

conjuntival, con 4.7%.

- Otorrinolaringológicos: Las problemáticas más relevantes en estos órganos en específico, suele ser el dolor facial, obstrucción nasal, alteraciones en la parte del gusto. Es necesario precisar que cuando la enfermedad se agrava existe la presencia de hiposmia (existe una limitación de la capacidad para detectar olores) y anosmia (inhabilidad para oler), además de encontrar disgeusia (síndrome que se da en la lengua caracterizado por dolor y ardor) e hipogeusia donde el sentido del gusto se ve comprometido, reduciendo su funcionalidad.
- Dermatológicos: Las problemáticas reportadas fueron variadas, y se pueden encontrar de manera dispersa en el cuerpo, además de que su detección se dio en niños y adolescentes. Ejemplo de ello son las erupciones torácicas, similares a la urticaria y lesiones acro-cianóticas y lesiones acro-cianóticas que presentan una similitud con la varicela, además se puede encontrar en los dedos de las manos y pies (Ministerio de Sanidad de España, 2021).

Otra investigación, llevada a cabo por Domínguez, K., Rodríguez, E., Maya, S., Rodríguez, J., Rosaldo, J., García, E., Mejía, W., Jiménez, A., Rodríguez, R., Colín, E., Serratos, J., Ramírez, B., Trejo, I., Rangel, L., Valderrábano, R., Villalobos, C., Avendaño, A., Orozco, A., Báez, L., Rojas, A. y Benítez, T. (2020), cita que existen pocos registros que indiquen que los infantes hayan tenido alguna problemática en la piel a causa del virus de la COVID-19. Las afectaciones se observan en adultos, manifestándose como dermatosis infecciosa acompañada de fiebre, además de vasculitis (inflamación de los vasos sanguíneos) y urticaria (salpullido). Dichos casos son consecuencia de un mal manejo del tratamiento, nervios, tensiones entre otros.

Se debe agregar que en la misma investigación de Domínguez et al. (2021), se mencionan problemáticas en la dermis de la población diagnosticada con COVID-19, que van desde prurito, hasta lesiones que dañan la piel de manera significativa, mismas que se enlistan a continuación:

- Exantema eritematoso (sarpullido).
- Erupción urticariforme (bultos rojos o rosas en la piel).
- Erupción vesiculosa¹
- Lesiones acroisquémicas²
- Púrpura petequiral³

Una mención aparte merece las consecuencias de tipo hematológico: existe una mayor prevalencia de diferentes problemáticas que tienen relación con la COVID-19, como la isquemia cardiaca, trombosis venosa profunda, sangrados prolongados, embolismos, al punto de representar un riesgo de muerte. Estas manifestaciones pueden aparecer semanas o meses después de que la persona se ha recuperado de COVID-19, como lo han estado reportando diversas investigaciones (Figuerola, J., Salas, D., Cabrera, J., Alvarado, C. y Buitrago, A. 2020).

Domínguez et al. (2020) mencionan que existen problemáticas de tipo renal a causa de la enfermedad COVID-19. Su manifestación se encuentra en entre el 3% y 9% de los contagiados, manifestándose en forma de una insuficiencia renal, además de otros padecimientos, como la albuminuria y proteinuria⁴, o incluso, infartos renales. Se presenta un escenario nada favorable, que incluso puede incrementar de manera importante el riesgo de muerte. Se desconoce por completo el mecanismo que el virus del SARS-CoV-2 utiliza para provocar secuelas en los riñones; sin embargo, se conoce, el daño que éste ocasiona en el órgano, como:

¹ Una erupción vesiculosa es una serie de lesiones caracterizada por la aparición de vesículas y pústulas en la piel. Las vesículas presentan un aspecto abombado, como una burbuja, que se encuentra llena de líquido, y que también recibe el nombre de ampolla cutánea. Las pústulas son lesiones de la piel, inflamadas, que presentan pus.

² Manifestaciones asociadas a la infección por SARS-CoV-2, que se presentan como vesículas y pústulas, que tienen un color rojo o púrpura y que suelen ser graves, debido a que hay baja circulación de sangre y oxígeno en ellas.

³La púrpura es una enfermedad que se presenta con hemorragias en la piel. Y que las petequias son manchas rojas asociadas a dichas hemorragias.

⁴ "La albuminuria es un signo de enfermedad renal y significa que el paciente tiene exceso de albúmina en la orina. La albúmina es una proteína que se encuentra en la sangre. Un riñón sano no permite que la albúmina pase de la sangre a la orina, mientras que un riñón dañado sí deja pasar algo de albúmina a la orina. Entre menos albúmina haya en la orina, mejor. Algunas veces, a la albuminuria se le conoce también como proteinuria", de acuerdo con el Instituto Nacional de Diabetes y Enfermedades Digestivas y Renales de Estados Unidos (2016, párr. 2).

- a) Sepsis debido a la presencia de células citosinas debido a la respuesta inflamatoria sistémica secundaria.
- b) Trauma celular directo debido a la presencia del virus.
- c) Se ha encontrado el virus del SARS-CoV-2 en áreas específicas del tejido renal; ya que el riñón cuenta con receptores de Angiotensina 2 (ACE2), en altas cantidades en el borde del cepillo de las células tubulares. Se puede referir que el SARS- CoV-2 mantiene tropismo hacia el riñón.

A manera de cierre de este apartado, cabe destacar que la presente investigación fue llevada a cabo durante los meses en que no se contaba aún con vacunas contra COVID-19, por lo que en este escrito no se tocan aspectos relacionados con qué son las vacunas, las diferentes plataformas que éstas utilizan, ni los grados de inmunidad que producen éstas.

1.1.5 Estadísticas a nivel mundial y nacional

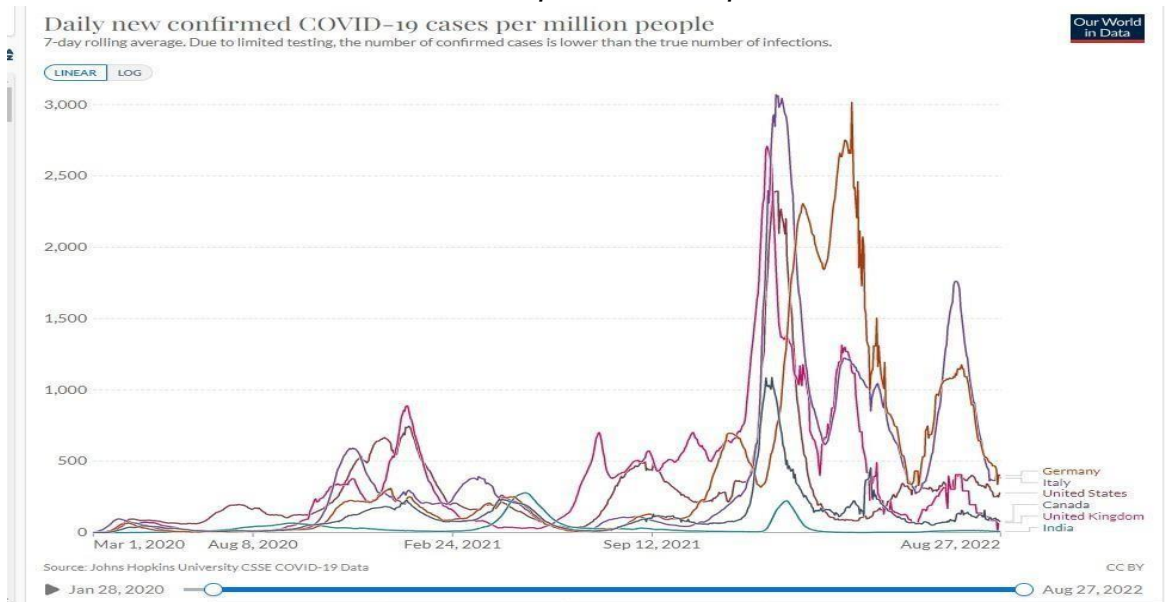
A través de la información proporcionada en esta sección, se está dando respuesta a la pregunta de investigación: ¿Cuántos decesos se pueden atribuir, a nivel nacional y mundial, a este agente patógeno?

Todas las siguientes estadísticas fueron tomadas del sitio ourworldindata.org, ya que éste cuenta con la confiabilidad avalada por la Universidad de Oxford y por la Universidad Johns Hopkins, la cual, desde el inicio de la pandemia, ha hecho un seguimiento muy estricto de las cifras a nivel mundial y por países.

La tabla 3 muestra los casos nuevos confirmados, por millón de personas, hasta el 27 de agosto de 2022 (gráfica tomada de Our World in Data 2022): <https://ourworldindata.org/>.

Tabla 3

Casos nuevos diarios, confirmados por millón de personas, hasta el 27/VIII/2022

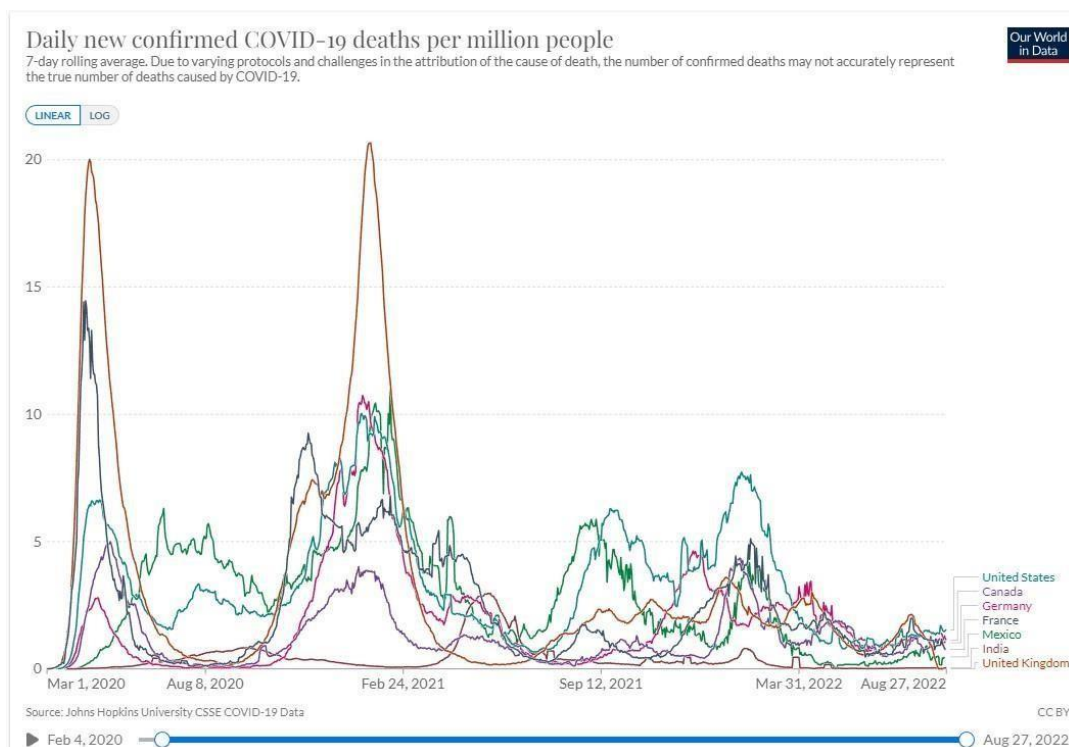


Nota. El sitio *ourworldindata.org* reporta, hasta el 25 de agosto de 2022, un total de 600 millones 453 mil contagios, con un estimado de aproximadamente 6.6 millones de decesos, a nivel mundial. El sitio advierte que estos números pueden presentar una subestimación, debido a que algunos países no practican todas las pruebas necesarias, o incurren en un reporte menor de casos.

En cuanto a México, se calcula que un total cercano a 7 millones de contagios ha ocurrido, hasta finales de agosto de 2022. La cifra oficial de fallecimientos se ubica en 329,000, aproximadamente. Sin embargo, la prestigiada publicación *The Lancet*, estimó, hacia mayo de 2022, que la cifra real de éstos estaría rondando 798,000. Tabla 4 muestra las estadísticas acerca de los decesos por COVID- 19, México, actualizadas hasta el 27 de agosto de 2022.

Tabla 4

Cifras de decesos por COVID-19, por millón de personas, en México y otros países



Nota. Gráfica tomada del sitio ourworldindata.org (<https://ourworldindata.org/covid-deaths>)

En agosto de 2023, la cifra de muertes por COVID, reportadas oficialmente, ascendió a 334,518, tal como puede apreciarse en la siguiente tabla:

Tabla 5

Número de decesos por COVID, en México, reportados oficialmente, hasta el 13 de agosto de 2023

Cumulative confirmed COVID-19 deaths by world region

Due to varying protocols and challenges in the attribution of the cause of death, the number of confirmed deaths may not accurately represent the true number of deaths caused by COVID-19.

Table Chart

Total confirmed deaths due to COVID-19 deaths

Country/area ↓	↑↓ Aug 13, 2023	↑↓ Dec 19, 2023
Marshall Islands	17	17
Martinique	1,104	1,104
Mauritania	997	997
Mauritius	1,054	1,056
Mayotte	187	187
Mexico	334,518	334,938
Micronesia (country)	65	65
Moldova	12,125	12,159
Monaco	67	67
Mongolia	2,284	2,284
Montenegro	2,654	2,654
Montserrat	8	8
Morocco	16,297	16,298
Mozambique	2,249	2,250
Myanmar	19,494	19,494
Namibia	4,098	4,103

Nota. tabla tomada de: Our World in Data (2023),

[https://ourworldindata.org/grapher/cumulative-covid-](https://ourworldindata.org/grapher/cumulative-covid-deathsregion?tab=table&time=2023-)

[deathsregion?tab=table&time=2023-](https://ourworldindata.org/grapher/cumulative-covid-deathsregion?tab=table&time=2023-)

[083.latest&country=MWI~KOR~GLP~COK~FIN~MLT~EST~TCA](https://ourworldindata.org/grapher/cumulative-covid-deathsregion?tab=table&time=2023-083.latest&country=MWI~KOR~GLP~COK~FIN~MLT~EST~TCA)

1.2. Evidencias de Impactos Psicoemocionales Negativos causados por la COVID-19 en Personal Hospitalario de Primera Línea de Atención a Contagiados

En este apartado se presentarán, de manera sintetizada, evidencias aportadas por investigaciones realizadas en diversas partes del mundo, acerca de los impactos negativos, en la esfera psicoemocional, que han sufrido los trabajadores sanitarios que se han encontrado en la primera línea de atención a contagiados por COVID. Con estos datos se da respuesta a la pregunta de

investigación: ¿Qué evidencias experimentales aporta la literatura especializada acerca de los impactos psicoemocionales experimentados por el personal sanitario en primera línea de atención a pacientes COVID?

Se hace énfasis en que estos impactos fueron más intensos durante el primer año de la pandemia, cuando los diferentes gobiernos, los servicios de salud, las instalaciones hospitalarias, no estaban preparadas adecuadamente para atender una pandemia. Al ser un virus de reciente aparición, los virólogos, infectólogos y otros investigadores no contaban con información concluyente acerca de las características del virus, las vías de contagio, los medicamentos eficaces para tratar la infección, etc. Por otra parte, tampoco se contaba con vacunas contra este coronavirus.

El primer año de la pandemia de COVID-19 impuso condiciones extraordinarias en muchas áreas de las sociedades humanas, a nivel planetario: hubo repercusiones negativas sobre la atención sanitaria, las esferas económica, social, política, y por supuesto, en salud mental Rodríguez, C. (2021, p. 583) define a la pandemia como una “guerra biológica contra un virus”, que, además de haber afectado las áreas mencionadas, también ha ejercido un impacto de grandes dimensiones en lo psicológico: ansiedad, depresión, estrés post traumático, que han afectado a millones de personas en el mundo entero, constituyendo otro tipo de “pandemia” (metafóricamente hablando): la pandemia de trastornos mentales, como la denominó el articulista Paul Daley, del periódico británico *The Guardian* (citado en Rodríguez, 2021).

Para la población de diversos puntos del mundo, resultaron de enorme dificultad las medidas de confinamiento que se impusieron durante los primeros meses de la pandemia. El temor a contagiarse, en una situación en la cual no se tenían tratamientos médicos totalmente efectivos contra la COVID-19, y en la cual no se disponía de vacunas, y contando con sistemas de atención sanitaria insuficientes, o precarizados, como en la mayoría de los países latinoamericanos, se reforzaba por el miedo a morir o a la muerte de seres queridos. El cual fue un reto de proporciones nunca vistas en el último siglo y medio de historia constituyendo

un reto sin precedentes para la salud mental, tanto de individuos como de sociedades enteras (Rodríguez, 2021), con afectaciones especialmente severas para los trabajadores sanitarios encargados de atender a los pacientes contagiados por SARS-CoV-2:

Los profesionales de la salud son una población de alto riesgo para el desarrollo del trastorno por estrés postraumático o cuadros ansioso-depresivos. Las extenuantes jornadas de trabajo, la presión asistencial debido al desbordamiento de los hospitales, la falta de recursos materiales para llevar a cabo su trabajo, el miedo al contagio por la escasez de sistemas de protección, la necesidad de tomar decisiones que tienen un impacto decisivo sobre la vida de las personas y la resonancia emocional del sufrimiento ajeno, están poniendo al límite la salud mental de nuestros sanitarios y, en especial, de aquellos profesionales que trabajan en las unidades de cuidados intensivos. Un trauma se define como una experiencia que constituye una amenaza para la integridad física o psicológica de la persona. Con frecuencia suele estar asociado a vivencias de confusión, desconcierto, horror, hipervigilancia, restricción afectiva y/o sensación de desapego. La exposición a la situación traumática puede ser directa o indirecta. Presenciar situaciones de enfermedad o muerte puede tener el mismo impacto traumático, como es el

caso del personal sanitario que vive, día tras día, la dureza de la situación de los pacientes que sufren esta enfermedad. Pero el trastorno por estrés postraumático no es el único cuadro que podrán presentar los profesionales sanitarios. El estrés psicológico mantenido está generando ya cuadros de ansiedad y estados depresivos que necesitan ser atendidos (Rodríguez, 2021, p. 584).

Cabe señalar que en el apartado 1.3 de esta tesis, con el título “Descripción de los trastornos psicoemocionales causados por la pandemia por COVID-19”, y sus correspondientes subapartados, se ofrecerá la exposición extensa acerca de algunas de dichas afectaciones psicológicas, como el estrés, la ansiedad y la depresión. Sin embargo, previamente, vamos a presentar algunas de las numerosas evidencias sobre las afectaciones negativas en la salud mental del personal sanitario que ha atendido a los contagiados por este coronavirus. Para ello, se llevó a cabo una revisión de diversos reportes de investigación y revisiones sistemáticas, la mayoría de los cuales provienen de otros países. Desafortunadamente, en México no existen suficientes datos o estudios que puedan aportar un panorama claro acerca de este problema, a nivel estatal o nacional.

1.2.1. A Nivel Internacional

La pandemia, como ya se ha mencionado, tuvo su origen en China. En dicho país tuvieron lugar las primeras investigaciones acerca de las afectaciones en la salud mental en los trabajadores sanitarios a cargo de atender a los contagiados por SARS-CoV-2. A continuación, presentaremos los hallazgos de algunos reportes de investigación internacionales, en torno a estas evidencias de investigación. El reporte de las investigaciones se ha organizado de manera cronológica, según el año de publicación, y, posteriormente, en orden alfabético.

1.2.1.1. Batalla-Martin, D., Campoverde, K. y Broncano-Bolzoni, M. (2020). El impacto en la Salud Mental de los Profesionales Sanitarios durante la COVID-19

El objetivo de esta revisión sistemática, realizada por Batalla-Martin et al. (2020) fue estudiar el impacto sobre la salud mental en los profesionales de la salud de primera línea de atención a los contagiados por COVID-19. La búsqueda de las investigaciones se llevó a cabo por medio de varias bases de datos. La recopilación incluyó investigaciones publicadas en el lapso de diciembre de 2019 a mayo del 2020.

El método de investigación, como ya se mencionó, fue implementar una búsqueda en diferentes plataformas de investigación académica como: *PubMed*, *Medline*, *Web of Science* y la base datos para enfermería *CUIDEN*. Asimismo, los criterios de inclusión para la búsqueda incluyeron palabras en específico como: SARS-CoV-2, salud mental, enfermera, insomnio, ansiedad, personal, trabajadores de la salud y revisión (Batalla-Martin et al., 2020).

Batalla-Martin et al. (2020) especifican que su búsqueda arrojó un total de 22 investigaciones, que agrupaban tanto estudios cuantitativos como cualitativos. El origen de la mayoría de los reportes de investigación fue la región asiática, con países tales como China, Taiwán, Singapur y la ciudad de Shanghái. El resto de las investigaciones provinieron de diferentes ubicaciones como Italia, Barcelona, Arabia Saudí, Reino Unido y Brasil. En resumen, esta revisión sistemática permitió considerar a un total de 11,118 sujetos, todos ellos del sector sanitario: enfermeras, médicos, auxiliares de enfermería, técnicos y estudiantes de enfermería (Batalla-Martin et al., 2020).

La revisión sistematizada encontró coincidencias entre los resultados aportados por las diferentes investigaciones examinadas, respecto al impacto psicológico sufrido por los sujetos: por ejemplo, las 22 investigaciones reportaron haber hallado los siguientes problemas psicoemocionales en el personal de salud:

ansiedad, estrés, depresión, insomnio y *burnout*⁵. La ansiedad fue la principal afección psicológica, habiendo sido reportada en 17 de los 22 artículos. A continuación, se mencionan algunos de los instrumentos de recolección de información y los resultados obtenidos por la investigación en cuestión que lo utilizó:

- Escala para trastorno de ansiedad generalizada (GAD-7): Con una muestra de 1257 participantes, el 44.6% presentó ansiedad.
- Escala de autoevaluación de ansiedad de Zung (SAS): 4.98% de la muestra reportó niveles de ansiedad de medios a altos.

Otros instrumentos de evaluación de la ansiedad empleados fueron: Inventario de ansiedad de Beck (BAI); Inventario de Ansiedad de Hamilton; Escalas de depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21).

Por otra parte, respecto a la depresión, dicho trastorno fue reportado en 12 de las 22 investigaciones analizadas. Algunos de los resultados e instrumentos utilizados se observan a continuación:

- Inventario de Depresión de Hamilton (HAMD).
- Cuestionario sobre salud del paciente -9 (PHQ-9): De una muestra de 5,062 individuos, 13.14% sufre de depresión.
- Cuestionario sobre salud del paciente -4 (PHQ-4): De una muestra de 2,182 personas, 12.2% sufre depresión.
- Escala de autoevaluación de Zung (SDS).

Se debe agregar que otra afección reportada fue el estrés, ubicada en 13 investigaciones de las 22 mencionadas. Los instrumentos utilizados se indican a continuación:

- Escala revisada del impacto del suceso (IES-R).
- Escala del estrés percibido (PSS).

⁵ El Síndrome de Burnout es “Una respuesta al estrés laboral crónico integrado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional, así como por la vivencia de encontrarse agotado”.

- Cuestionario de síntomas (SRQ-20).
- Cuestionario de Stanford sobre reacciones ante el estrés agudo (SASR).

En conclusión, Batalla-Martin et al. (2020) mencionan que los profesionales de salud que laboran en distintas jerarquías del círculo hospitalario tuvieron importantes efectos sobre la salud mental debido a sus labores cotidianas en la atención a pacientes COVID-19. Se resalta que estas afecciones deberían ser tratadas en el momento de ser diagnosticadas para evitar peores consecuencias a futuro.

1.2.1.2. Dosil et al. (2020). Impacto Psicológico de la COVID-19 en una Muestra de Profesionales Sanitarios Españoles

Dosil et al. (2020) refieren que la pandemia COVID-19 fue una crisis destructiva para el personal sanitario de primera línea de atención; debido a ello, enfrentaron diversas complicaciones tales como: cargas excesivas de trabajo, preocupaciones por su seguridad; dispositivos y equipos precisos e incómodos; dificultades y restricciones en sus relaciones interpersonales, como el nulo contacto con familiares y amigos; realizar actividades sobre las cuales carecían de conocimientos suficientes. A consecuencia de la atención que el personal de primera línea tuvo hacia pacientes contagiados de COVID-19, los trabajadores desarrollaron afecciones somáticas y mentales como: ansiedad, depresión, estrés postraumático y traumatización vicaria⁶.

El objetivo de la investigación llevada a cabo por Dosil et al. (2020) fue identificar los diferentes grados de las variables de estrés, ansiedad, depresión y mala calidad del sueño en el personal sanitario de primera línea de atención, a causa del cuidado a pacientes expuestos al virus del SARS-CoV-2, que laboraron en una comunidad de Vasconia-Navarra.

La muestra de investigación fue obtenida por medio del método “bola de

⁶ Es un cambio psicológico, social en aquellos profesionales que se entregan de manera comprometida con asistir a personas que hayan vivido un acontecimiento traumático (Rivillas, C. 2015).

nieve”, que es un muestreo no probabilístico. Los criterios de selección para la conformación de la muestra fueron: contar con edad entre 18 y 74 años; ser profesional sanitario de distintos espacios de trabajo públicos y privados del Departamento de Salud de Vasconia-Navarra. La muestra se integró por 421 profesionales sanitarios, de los cuales, 338 eran mujeres, con edad promedio 42,6 años. En tanto, en el caso del sexo masculino, estuvo representado por 83 sujetos, con edad promedio de 47,4 años.

Respecto a los métodos y materiales, Dosil et al. (2020) usaron diferentes instrumentos de recolección de datos. Diseñaron uno para obtener datos demográficos, sobre antecedentes personales de salud, grado de exposición al SARS-CoV-2 y reporte de sentimientos de temor por asistir al trabajo. Las escalas estandarizadas para evaluar afectaciones psicoemocionales que fueron utilizadas las cuales son:

Escala de Depresión Ansiedad y Estrés, versión española, con 21 ítems en escala de Likert, con respuestas graduadas: “no me ha ocurrido”, “me ha ocurrido mucho” o “la mayor parte del tiempo”.

- La escala de insomnio de Atenas (AIS), en su versión española, la cual se enfoca en medir la dificultad del sueño con base a la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10). Contempla temas como: la cuantificación total del sueño, despertares nocturnos, calidad del sueño e impacto del insomnio en contraste con el aprovechamiento del día. La evaluación consta de 3 ítems, puntuados de 0 a 3; la puntuación más alta hace referencia a un deterioro importante del sueño.

Dosil et al. (2020) mencionan que el cuestionario fue enviado por vía electrónica los integrantes de la muestra. Para el análisis y procesamiento de los datos recolectados, se utilizaron diversos softwares estadísticos, como: Estadísticas para Windows (IBM y SPSS) y Armonk, estudiando las variables sociodemográficas; mientras que para valorar niveles de ansiedad, depresión, insomnio y estrés se empleó la estadística de análisis multivariado de la varianza (MANOVA).

Los resultados de esta investigación arrojaron que los profesionales de salud que participaron en la investigación padecían afecciones como: estrés, con 46.7%; ansiedad, 37%; depresión, 27.4% y problemas de sueño, con 28.9%. Los sujetos de sexo femenino mostraron niveles superiores de ansiedad y estrés.

Los resultados del cuestionario mostraron que 71.5% de los sujetos reportaron haber estado en contacto con pacientes infectados por el virus SARS-CoV-2. 44.4% de la muestra mencionó haber experimentado miedo al contagio.

En síntesis, Dosil et al. (2020) reportaron que los profesionales de salud presentan mayor ansiedad e insomnio por convivir con alguna persona con enfermedades crónicas. Asimismo, el personal que ha estado en presencia de individuos contagiados por COVID-19 presentan niveles elevados de ansiedad, al igual que de estrés e insomnio. Por último, los profesionales sanitarios mencionan haber sentido terror en áreas laborales, y refieren haber presentado depresión, ansiedad y estrés en esos espacios.

Por otro lado, el personal sanitario reportó haber constatado que la población no cumplía con las medidas básicas de protección ante la pandemia del COVID-19, como lo fueron el confinamiento y el uso adecuado de cubrebocas. Debido a ello, mencionaron haber padecido altos niveles de depresión, ansiedad y estrés. Estos mismos trastornos psicoemocionales fueron reportados por el personal de primera línea de atención a infectados por la COVID-19, y, que, a su vez, presentaban enfermedades crónico-degenerativas.

Las conclusiones de esta investigación indicaron que los profesionales de salud identificaron que el haberse expuesto a la pandemia del SARS-CoV-2 fue un evento destructivo, que se añadió a los factores habituales en su trabajo, caracterizado por presencia de múltiples estresores: largas jornadas de trabajo, convivencia hostil, trabajo mal remunerado, falta de insumos y equipo para laborar, entre otras situaciones. Esto ha dado por resultado el desarrollo de importantes problemas psicológicos y físicos exposición a zonas de radiación, cambios bruscos de temperaturas, insomnio, ansiedad y sobrepeso entre otros. Los sujetos que experimentaron niveles de temor más altos en su trabajo fueron quienes

padecieron grados más severos de ansiedad y depresión. Una conclusión relevante, respecto a los problemas de salud mental, indica:

Es necesario reducir el impacto psicológico del personal sanitario (especialmente mujeres y personas de mayor edad), y para ello, siguiendo las medidas que están funcionando en China, se recomienda aportar formación sobre la COVID-19, reforzar medidas de seguridad y garantizar las necesidades básicas del personal, tales como alimento y sueño. Para ello, se recomienda proveer áreas de descanso y facilitar visitas periódicas de profesionales de la salud mental o asistencia psicológica telefónica. Será importante sostener estos servicios durante el tiempo, ya que la sobrecarga de trabajo se mantiene y es preciso evitar y tratar posibles casos de estrés postraumático causados por esta pandemia.

1.2.1.3. Gu, Y. y Xu, G. (2020). Factors Associated with Mental Health Outcomes among Health Care Workers in the Fangcang Shelter Hospital in China

Gu et al. (2020) llevaron a cabo una investigación en línea, con el objetivo de evaluar los problemas de salud mental en trabajadores sanitarios en los centros de atención a COVID-19 en la localidad de Fangcang, en febrero de 2020. Los instrumentos de investigación fueron llenados de manera anónima. Se contó con la participación de 522 sujetos de estudio, de los cuales 112 eran médicos; 410 pertenecían al personal de enfermería. Los instrumentos de recolección de datos utilizados fueron: formato de información demográfica (sexo, edad, ocupación en el sector sanitario, estado civil, grado educativo, título técnico, tipo de hospital y años de servicio en la atención sanitaria). Para evaluar los síntomas de estrés post

traumático se utilizó una versión revisada de la Escala de Eventos de Impacto. Para evaluar el nivel de ansiedad, se empleó la Escala de Desorden de Ansiedad Generalizada. Para la detección y valoración de los síntomas depresivos, se recolectaron los datos mediante el Cuestionario de Salud del Paciente, de nueve reactivos. La intensidad del insomnio fue evaluada mediante el Índice de Severidad del Insomnio. Finalmente, se utilizó la Escala de Estrés Percibido, para evaluar la percepción global del estrés.

En síntesis, los resultados arrojados por esta investigación demostraron que un 25.3% de los sujetos sufrieron de síntomas de estrés post traumático. 51% experimentaba síntomas de ansiedad. Aún más alta fue la cifra de quienes estaban cursando con síntomas depresivos: 58%. El insomnio se registró entre 14.8% de los participantes, mientras que el 39.1% de ellos manifestó un elevado grado de estrés. El personal de enfermería de sexo femenino fue el que expresó mayor severidad en ansiedad, depresión, insomnio y estrés post traumático (25.9% del total de la muestra de sujetos femeninos, contra 17.1% del total de los sujetos masculinos). Otro dato relevante es que los sujetos con más años de estudio o mayor tiempo en el servicio sanitario manifestaron mayores índices de insomnio severo.

En resultados globales, éstas fueron las tasas de incidencia de cada uno de los problemas de salud mental hallados en esta investigación:

- Estrés post traumático: 25.3%
- Ansiedad: 51.0%
- Depresión: 58.0%
- Insomnio: 14.8%
- Estrés percibido: 39.1%

Tal como puede notarse, los impactos psicoemocionales negativos sufridos por personal sanitario en primera línea de atención a pacientes con COVID-19 fueron severos y frecuentes. Podrá verse a continuación, que, en otras investigaciones y revisiones sistemáticas, existe una gran coincidencia entre el tipo de afectaciones psicoemocionales y la prevalencia reportada en este tipo de población, lo cual contribuye a corroborar estos hallazgos, a nivel internacional.

1.2.1.4. Lai, J., Simeng, M., Wang, Y. (2020). Factors Associated with Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019

Esta investigación tuvo como sujetos de experimentación a 1257 trabajadores sanitarios, de 34 hospitales de China, en primera línea de atención a pacientes con COVID-19. Se llevó a cabo durante los meses de enero y febrero de 2020. La muestra se obtuvo aleatoriamente y se contó con el consentimiento de los sujetos elegidos, en la cual 38.4% fueron médicos y el restante 61.6% fueron enfermeras. Los instrumentos de recolección de datos empleados fueron: instrumentos validados y adaptados en versiones para población china, como una escala sobre desorden de ansiedad generalizada, un índice sobre severidad del insomnio, y una escala sobre el impacto de los eventos vividos. Estos instrumentos se utilizaron para detectar los niveles de depresión, ansiedad, insomnio y estrés. También se recolectaron datos demográficos sobre los sujetos.

Los resultados obtenidos por esta investigación pueden sintetizarse de la siguiente forma: 50.4% de la muestra presentó síntomas de depresión; 34% presentó insomnio; 71.5% experimentaba estrés. Los síntomas más severos fueron reportados por el personal de enfermería, que se encontraba en primera línea de atención a pacientes con COVID, especialmente, los que trabajaban en Wuhan (epicentro de la pandemia). Estos síntomas severos se referían a depresión, ansiedad, insomnio y estrés. En resultados globales, Lai et al. (2020) reportaron que 70% del total de la muestra experimentaron ansiedad, depresión, insomnio y estrés. Los impactos psicoemocionales negativos manifestados por estos trabajadores incluían: sentimientos de vulnerabilidad, pérdida de control, preocupación acerca de la propia salud y por ser factores de contagio para otras personas (compañeros de trabajo, familiares y otros individuos cercanos), aislamiento; percepción constante de peligro; presión y preocupación por escasez de material médico.

1.2.1.5. Carranza, R., Benito, O., Zuñiga, D. y Solis, R. (2021). Preocupación por el Contagio de la COVID-19 y Carga Laboral como Predictores del Malestar Psicológico durante la Emergencia Sanitaria en Personal de Salud de Perú

En la ciudad peruana de Puno, se llevó a cabo la investigación de Carranza et al. (2021). El objetivo del estudio fue determinar si las cargas de trabajo y la inquietud por contagiarse de COVID-19 tenían un impacto psicológico negativo en el personal de salud. Para ello, se conformó una muestra de 367 trabajadores de la salud, de los cuales 278 eran mujeres y 89 hombres. El tipo de investigación fue un estudio predictivo transversal y los sujetos se eligieron por medio de un muestreo probabilístico intencional.

Se utilizaron tres instrumentos de recolección de información: la Escala de malestar psicológico de Kessler (KG) y la Escala de preocupación por el contagio de la COVID-19, que mide el temor adaptada y diseñada por profesionales peruanos.

El método de recolección de datos, para facilitar que los trabajadores de la salud pudieran participar en la investigación, fue la opción digital, lo cual también funcionó como una medida de seguridad ante la pandemia. Para ello, se implementaron cuestionarios de manera virtual y fueron contestados mediante las herramientas de Google Forms y la aplicación de WhatsApp. Los resultados fueron analizados bajo los siguientes estadísticos descriptivos: media, desviación estándar, curtosis, asimetría, T de Student, análisis de correlación de Pearson y análisis de regresión lineal.

Carranza et al. (2021) reportaron que las diferencias en el malestar psicológico derivadas de la preocupación por la COVID-19 y la carga laboral no arrojaron diferencias notables entre hombres y mujeres. Con respecto a los resultados de análisis de correlación directa y estadísticamente significativa entre las variables de estudio, mencionan que la preocupación por la COVID-19 y las cargas laborales demuestran altas puntuaciones de malestar psicológico en el personal de salud, expresadas estadísticamente como: $r = 0,508$ y $r = 0,449$.

Los datos obtenidos por esta investigación concluyeron que aspectos como la sobrecarga de trabajo, la preocupación por el contagio de la COVID-19, contribuyeron notablemente a las grandes afecciones psicológicas que los profesionales de salud de Puno desarrollaron. Cabe mencionar que algunos profesionales de salud ya contaban con antecedentes como: frustración, discriminación, exposición a pacientes difíciles, cansancio, nulo contacto con sus familias. Todos estos fueron aspectos que afectaron progresivamente sus estados de salud; es por ello, que, a manera de medida de prevención, la investigación concluye que es necesario mantener una atención constante sobre los problemas psicológicos del personal de salud, con la finalidad de evitar problemáticas que afecten su integridad y bienestar físico a corto, mediano y largo plazo (Carranza et al., 2021).

1.2.1.6. Danet (2021). Impacto psicológico de la COVID-19 en Profesionales Sanitarios de Primera Línea en el Ámbito Occidental. Una Revisión Sistemática

El objetivo de esta revisión sistemática fue:

Conocer el impacto psicológico entre el personal sanitario de primera línea en la asistencia a pacientes con SARS-CoV-2 y compararlo con el resto de los profesionales sanitarios, a través de una revisión sistemática de la producción científica en el ámbito occidental. La revisión se realizó en las bases PubMed, Scopus y Web of Science y se seleccionaron 12 artículos (Danet, 2021, p. 449).

Respecto a los métodos de investigación empleados, Danet (2021) indica que la búsqueda de literatura científica incluyó un proceso de selección, preselección, elección y análisis de reportes de investigación. Los que se ajustaron a los criterios de selección de la revisión sistemática fueron 12 artículos, provenientes de países como Italia, España, Turquía, Reino Unido, Rumania, Serbiay Estados Unidos. Los criterios temáticos para la selección de los reportes de investigación fueron:

1. Contexto (situación epidemiológica de pandemia de SARS-COVID-19).
2. Agentes (personal que laboró en la pandemia).

3. Resultados (impactos y efectos en la salud física y emocional).
4. Ámbito (funcionarios de la salud y unidades que prestaron sus servicios durante la emergencia sanitaria provocada por el SARS-CoV-2).

Los artículos seleccionados correspondieron a estudios descriptivos transversales, cuyos sujetos se desempeñaron como personal de primera línea de atención sanitaria a pacientes COVID. El análisis de los datos en estos 12 artículos fue de tipo cuantitativo. En información global sobre los sujetos, éstos reunieron los criterios de selección estipulados para la revisión sistemática: ser profesionales de primera línea de atención a SARS-CoV-2; presentar alteraciones sistémicas como estrés, depresión, ansiedad, alteraciones del sueño y *burnout*, derivadas del trabajo con pacientes contagiados.

Los instrumentos utilizados para la recolección de datos, reportados en los 12 artículos seleccionados fueron heterogéneos entre los artículos. Se emplearon los siguientes:

- Escala de depresión, ansiedad y estrés (DASS-21).
- Escala para el trastorno de ansiedad generalizada (GAD).
- Inventario de ansiedad Estado- Riesgo (STAI).
- Índice de severidad del insomnio (ISI)
- Índice de calidad de sueño de Pittsburg (PSQI).
- Index de Burnout de Maslach (MBI).

En cuanto a aquellos que se enfocaron en la exploración de la percepción sobre la COVID-19 y aspectos de salud, se utilizaron:

- Cuestionario sobre la salud del paciente (PHQ)
- Cuestionario de salud (SF- 36)
- Cuestionario de percepción de la enfermedad (IPQ).
- Los instrumentos empleados para la recolección de datos relativos a las estrategias de afrontamiento y medidas de apoyo fueron:
 - Instrumentos de elaboración propia.
 - Cuestionario de regulación emocional cognitiva (CERQ).

Algunos de los resultados reportados por esta investigación sistemática fueron los siguientes:

- Estrés: se constató una afectación importante en el personal de primera línea de atención, sobre todo en áreas como: Servicio de Urgencias, Especialidad de Neumología, Unidad de Cuidados Intensivos, Geriátrica y otras unidades. Los porcentajes de estrés variaron desde 37% hasta 78%, siendo 54% el promedio general de estrés reportado por los profesionales de primera línea de atención a pacientes con COVID-19. Por lo consiguiente, los profesionales sanitarios de primera línea de atención reflejaron altos niveles de estrés, de acuerdo con lo hallado en 11 de los 12 estudios revisados (Danet, 2021).
- Estrés psicológico: los resultados mostraron niveles diversos en este indicador, que fluctuaban entre los leves, moderados, elevados y en extremo elevados. El personal de enfermería obtuvo puntajes que se situaron entre elevados y muy elevados.

En cuanto al estrés postraumático, se detectó que el personal de sexo femenino sufrió una mayor prevalencia de éste. De igual manera, el personal de enfermería fue el más susceptible a experimentarlo. Las variables personales que intensificaron el nivel de estrés fueron: presencia de enfermedades crónico-degenerativas o de afectaciones preexistentes en la salud mental; mayor exposición al contagio; soltería, baja remuneración económica y residir en zonas con mayor exposición al virus (Danet, 2021).

- Ansiedad: El personal sanitario de primera línea de atención a la COVID-19 sí presentó síntomas de ansiedad. Ejemplo de ello fueron los porcentajes registrados en diferentes lugares: Italia: 20%; con un área sobresaliente en predominancia (72%). Región de Vasconia – Navarra: 37%; Turquía: 52%.

Danet (2021) menciona que los profesionales de primera línea de atención señalaron haber sufrido de mayor ansiedad debido a la atención que brindaban tratamiento a pacientes contagiados con SARS-CoV-2. Las mujeres fueron más proclives a presentar esta afección, con 21%.

- Depresión: El personal sanitario de primera línea de atención que laboró en pandemia del COVID-19, presentó niveles de depresión dentro de un amplio rango. Así, por ejemplo, en el estudio llevado a cabo Turquía, se encontró que el 65% reportó afecciones por este trastorno, con el 20% padeciendo depresión grave o extremadamente grave. Una situación similar se registró en el Reino Unido, donde 64% de los profesionales afirmaron en algún momento haber experimentado ánimo bajo, aflicción y depresión.
- Alteraciones del sueño: Se halló que entre el 8% y el 55% del personal sanitario de Italia experimentó alteraciones del sueño; mientras que el de España puntuó 29%. Por último, y con mayor porcentaje, se encontró que en el Reino Unido se registró el 72%.
- *Burnout*: Un grupo del personal de enfermería procedentes de Italia, comunicó haber tenido altos niveles del síndrome de desgaste, reportando altos niveles (32%), y medios (36%). Asimismo, refirieron presentar decaimiento y despersonalización, con porcentajes altos y moderados. Los factores que determinaron la presencia de elevados niveles de *burnout* fueron: cargas laborales excesivas, ser personas jóvenes, sexo femenino.

La revisión sistemática llevada a cabo por Danet (2021, pp. 456-457) arribó a las siguientes conclusiones:

La revisión de los estudios realizados en el ámbito occidental reflejó niveles variables de estrés, ansiedad, depresión, alteración del sueño y burnout en la población de profesionales sanitarios de diferentes países de Europa y EE. UU., con presencia de síntomas más frecuentes e intensos entre el personal de primera línea, así como entre las mujeres y la categoría de enfermería [...] Ante el mayor riesgo y exposición a problemas de salud mental entre las mujeres, tanto en situaciones de pandemia como a nivel general, y teniendo

en cuenta la alta feminización del sector sanitario en el ámbito occidental, la planificación y diseño de medidas de apoyo e intervenciones para disminuir el impacto psicológico, ampliamente documentado en los últimos meses, tendría que incluir la perspectiva de género. Además, ante la evidencia de que la mayoría de los profesionales acepta y demanda estas intervenciones, para optimizar los resultados sería necesario un abordaje individualizado, que tuviera en cuenta variables de tipo sociodemográfico, el rol profesional, contacto directo con pacientes o antecedentes de salud mental, recordando que las medidas de protección y apoyo psicológico son necesarias pese a la levedad de los síntomas.

1.2.1.7. Hidalgo, S., Vargas, R. y Carvajal, L. (2021). El Efecto Psicológico de la COVID-19 en el Personal de Salud

Durante 2020 y 2021, diversos países, como Irlanda, Ghana, Francia, China y España, realizaron múltiples investigaciones en torno a las afectaciones psicoemocionales sufridas por el personal sanitario que ha estado atendiendo a contagiados por SARS-CoV-2. En el estudio (que constituye una revisión sistemática) que da título a este apartado, se analizaron 15 investigaciones que se centraron en el impacto psicológico sobre los trabajadores de la salud que se encuentran en la primera línea de atención a contagiados por COVID-19 (Hidalgo, Vargas, y Carvajal, 2021). El objetivo de este trabajo fue “evidenciar el impacto que ha tenido la pandemia COVID-19 sobre la psicología del personal de salud” (p. 706).

El método empleado por estos autores fue: revisión de 15 artículos de investigación experimental, 5 de ellos en castellano y los restantes en inglés, generados en diferentes países. Los artículos se obtuvieron mediante la consulta

de diferentes motores de búsqueda de información médica. El tema de búsqueda fue “el impacto psicológico de la COVID-19 en los trabajadores de salud”.

Dentro de los hallazgos que reporta esta revisión sistemática, aquí se destacarán algunos que nos parecieron de gran importancia para los objetivos de nuestra investigación. El estudio realizado por Cabarkapa (en Hidalgo et al., 2021), menciona que los trabajadores de salud son un grupo vulnerable por el alto riesgo a contraer el virus del COVID-19, generando un aumento de estrés laboral, así como temor de infectar a los núcleos familiares de los trabajadores sanitarios.

El estrés y ansiedad son situaciones que deben ser atendidas y controladas, ya que provocan un bajo rendimiento, dificultad para la toma de decisiones y resolución de problemas, desencadenando en un déficit de respuesta a situaciones y procedimientos que presentan un alto riesgo (Hidalgo et al., 2021).

Una de las investigaciones consideradas en esta revisión sistemática, llevada a cabo por De Kock, coincide en que la alta presencia de estrés y ansiedad disminuyen la moral de los trabajadores, hacen aumentar el ausentismo laboral, reducen los niveles de satisfacción laboral y afectan negativamente la calidad de la atención al paciente (en Hidalgo et al., 2021).

Otro estudio, realizado por Surrati, tuvo lugar en Arabia Saudita. Se halló que el personal de salud que tenía información inadecuada acerca del control de infecciones sufrió un aumento en trastornos mentales, como ansiedad y depresión, revelando así una relación importante entre el nivel de capacitación laboral y el grado de estrés experimentado (en Hidalgo et al., 2021).

En una investigación implementada por Martin, se menciona que el personal de salud se enfrentó a diversas situaciones tales como fallecimientos, sucesos traumáticos, agresiones verbales y físicas, lo cual incrementó drásticamente los niveles de ansiedad, angustia, problemas de sueño y estrés postraumático (en Hidalgo et al., 2021).

La saturación de información proveniente de diversos medios provocó estados emocionales negativos, como el miedo y el sentimiento de inseguridad,

debido a la poca información certera que se tenía sobre la COVID-19. Éstos fueron factores que aumentaron los niveles de estrés, poniendo en riesgo el bienestar de los trabajadores de salud, y a su vez, el de sus pacientes (Hidalgo et al., 2021).

La atención a la salud mental siempre ha sido considerada como un factor secundario, dejando de lado el bienestar de las personas que realizan labores complicadas, pero a raíz de la crisis sanitaria por la COVID-19, se menciona que se debería atender como una prioridad, como un apoyo para todo el personal de salud, con el abordaje de temas como la estabilidad emocional y la fortaleza ante situaciones de crisis mental causadas por condiciones sanitarias de alto riesgo. Se destaca la necesidad de atender puntos relacionados con la acumulación de estrés y los trastornos de ansiedad o depresión (Hidalgo et al., 2021).

Dentro de esta revisión sistemática, se concluyó con la indicación, que es de gran importancia la creación de espacios, donde; los trabajadores pudieran expresarse y recibir el apoyo terapéutico necesario si se padecen algunos de los trastornos mencionados. Es necesario crear e implementar protocolos que ayuden a mantener una buena salud mental en el lugar de trabajo (Hidalgo et al., 2021).

1.2.1.8. Martín y Pacheco (2021). Impacto Psicológico en Profesionales del Ámbito Sanitario durante la Pandemia Covid-19

El objetivo de esta revisión sistemática fue analizar las consecuencias negativas, a nivel psicológico, sufridas por el personal sanitario que ha estado interviniendo durante la pandemia de la COVID-19. El método empleado se basó en la revisión bibliográfica de artículos científicos obtenidos mediante la búsqueda en motores académicos como *Scopus*, *PsycINFO*, *Web of Science* y *Google Scholar*. El criterio para la selección de los artículos fue que las investigaciones hubieran tenido como sujetos a trabajadores de salud en atención a pacientes COVID-19. Se excluyeron aquellos artículos que constituían revisiones sistemáticas; por lo tanto, sólo se tomaron 17 investigaciones experimentales que se publicaron entre diciembre de 2019 y agosto de 2020, en países como China, Italia y Paraguay (Martín y Pacheco, 2021).

Esta revisión sistemática encontró que los profesionales de salud experimentaban una percepción de amenaza constante, debido al alto riesgo de contagio por el virus de la COVID-19. Estas condiciones ejercieron una severa repercusión en la salud mental de los trabajadores, que registraron afectaciones como ansiedad, depresión y cansancio emocional. El hecho de estar en contacto frecuente con personas contagiadas elevó permanentemente los niveles de estrés del personal sanitario.

Como ejemplo de esto último puede mencionarse una de las investigaciones revisadas en este análisis sistemático: el estudio realizado por Giusti et al. (2020, en Martín y Pacheco, 2021), la cual tuvo a 330 profesionales sanitarios como sujetos. Los resultados arrojaron que 71.2% de ellos presentó altos niveles de ansiedad; 26.8%, depresión; 31.3%, niveles moderados de ansiedad; 34.3%, estrés y 36.7%, trastorno de estrés postraumático. También se analizó el nivel de *burnout*: se destacó que 35.7% presentaba cansancio emocional moderado, y 31.9% registró altos niveles de cansancio emocional. El 14% reportó niveles moderados de despersonalización, mientras que 12.1% puntuó con niveles altos de tal problema (Martín y Pacheco, 2021).

Otro de los estudios tomados en cuenta en esta revisión sistemática fue llevado a cabo en China. Se compararon las consecuencias psicológicas por la pandemia del COVID-19 entre personal de salud que estuvo atendiendo a pacientes contagiados, en comparación con personal que no estuvo laborando en la primera línea de atención. Los resultados mostraron que el personal que atendió directamente a los pacientes COVID presentó un incremento en los niveles de depresión, insomnio y estrés. Esto se debe a que eran partícipes de manera más continua de la angustia de los pacientes. Además, estos trabajadores dejaron de tener contacto frecuente con sus familias y amigos. En contraste, el personal que no laboró directamente en las áreas críticas de atención a pacientes COVID no sufrió un incremento drástico en estas afectaciones psicoemocionales (Martín y Pacheco, 2021).

Martín y Pacheco (2021) citan la investigación de Kackin et al. (2020), quienes realizaron una entrevista semiestructurada a 10 enfermeras que atendieron en primera línea de atención a pacientes COVID-19. Encontraron que las

enfermeras reportaban tristeza y estrés, ya que presenciaban diariamente fallecimientos de contagiados; cumplían largas jornadas de trabajo, y también presentaban ansiedad ante la rápida propagación del virus y la soledad por el aislamiento. Incluso reportaron la necesidad de abandonar sus hogares para no exponer a sus seres queridos al contagio por este coronavirus.

La investigación realizada por Song et al. (2020, reportada por Martín y Pacheco, 2021), en provincias de China, se realizó mediante cuestionarios aplicados en línea, a 14,825 médicos y enfermeras que estaban atendiendo a pacientes COVID-19. El objetivo fue explorar las consecuencias negativas sobre la salud mental de este personal sanitario. Se encontró que 25.2% de los participantes presentaban síntomas depresivos, y que 9.1% desarrollaron trastorno de estrés postraumático. Se mostró que los varones eran más propensos a presentar síntomas depresivos y trastorno por estrés. Otro hallazgo fue que los participantes de menor edad tenían mayor riesgo de sufrir depresión y trastorno por estrés.

En cada uno de los estudios analizados por Martín y Pacheco (2020) se hizo notorio que el personal de salud presentaba impactos psicoemocionales negativos: ansiedad, sintomatología depresiva, estrés, insomnio, fatiga y síndrome de *burnout*. El aislamiento obligatorio eliminó la posibilidad de interactuar con su círculo social, generando esto una mayor ansiedad.

Dentro de las conclusiones de esta revisión sistemática se menciona que se necesitan, de manera urgente, programas de intervenciones psicológicas dirigidos al personal de salud, para proteger su bienestar y salud mental. Esto redundaría en la realización más eficiente de sus actividades laborales y se evitarían problemas de salud mental a corto y a largo plazo. Así mismo, es necesario diseñar e implementar diversas intervenciones que fomenten el apoyo social entre los equipos de trabajo, y trabajar sobre recomendaciones acerca de actividades significativas con la familia y amigos, tendientes a mejorar el estado emocional del personal sanitario (Martín y Pacheco, 2021).

Los hospitales deben garantizar las condiciones de trabajo adecuadas para preservar la salud de las personas, por ejemplo, mediante algunas medidas tales como la implementación de jornadas de trabajo que contemplen los descansos

periódicos. También es importante asignar áreas específicas donde los trabajadores de salud puedan relajarse y así disminuir la tensión. Se menciona que se deben tomar en cuenta las necesidades especiales de los trabajadores sanitarios, y que el diseño e implementación de acciones de cuidado psicológico y físico debe hacerse con apoyo de la “Pirámide de Necesidades” propuesta por el psicólogo humanista Abraham Maslow, pues se hipotetiza que esto podría reportar mayores beneficios para el personal de salud (Martín y Pacheco, 2021).

1.2.1.9. Peñafiel-León, J., Ramírez-Coronel, A., Mesa-Cano, I. y Martínez-Suárez, P., (2021). Impacto Psicológico, Resiliencia y Afrontamiento del Personal de Salud durante la Pandemia por COVID-19

El objetivo de esta investigación fue detectar el impacto psicológico, la resiliencia y las estrategias de afrontamiento empleadas por los profesionales de salud en un hospital ecuatoriano, durante las etapas más críticas de la pandemia por COVID-19, así como identificar las características sociodemográficas y la relación entre la edad, ansiedad (estado/rasgo), depresión (estado/rasgo), miedo al COVID-19, malestar psicológico, resiliencia, y medidas de afrontamiento (Peñafiel-León et al., 2021).

El diseño de investigación fue transversal, siguiendo un enfoque cuantitativo. Los sujetos fueron 90 trabajadores de salud, con edades de entre 18 a 65 años. Se excluyó al personal con enfermedades crónicas, personas vulnerables y embarazadas. Algunos instrumentos de recolección de datos fueron: una encuesta sociodemográfica por medio de la cual se evaluó el nivel de ansiedad estado-rasgo, así como una escala para detectar la depresión como estado o como rasgo, que también es útil para evaluar el nivel de afectación (Peñafiel-León et al., 2021).

La escala de miedo al coronavirus se empleó como instrumento para evaluar los temores a la COVID-19. También se utilizó una escala para determinar el malestar subjetivo, así como una evaluación del nivel de resiliencia, y, finalmente, una escala para evaluar las estrategias de afrontamiento ante situaciones estresantes en el entorno laboral (Peñafiel-León et al., 2021).

Dentro de los hallazgos se reportó que 96% del personal que laboró en ese hospital era de sexo femenino, y sólo el 4% restante, de sexo masculino. La edad promedio de los sujetos se situó en 32 años. 55% eran enfermeras, 21% eran médicos, 24% eran auxiliares de enfermería. Se pudo observar que el estado de ansiedad estuvo presente en el 32% de todos los sujetos, y, como rasgo de personalidad, en 28%. La depresión, como un estado, alcanzó a 50% de la muestra, y como rasgo de personalidad, a 36% (Peñafiel-León et al., 2021). El 38% de los sujetos que sufrían de ansiedad o depresión reportó que estas afectaciones psicoemocionales se debían a la falta de equipamiento de protección para trabajar con enfermos COVID. Se encontró que las estrategias de afrontamiento empleadas por estos trabajadores no fueron suficientes para atenuar el malestar psicológico. El porcentaje de depresión que se reportó en esta investigación fue muy similar al que ha sido identificado por otros estudios, a nivel internacional, lo cual demostraría que este trastorno psicoemocional prevaleció como una constante en el personal sanitario, en varios países (Peñafiel-León et al., 2021).

La conclusión de esta investigación destaca la recomendación de realizar estudios empíricos sobre el bienestar psicológico, la depresión, la calidad de vida y las estrategias de afrontamiento entre los trabajadores de salud, durante las emergencias sanitarias. Es necesario prestar atención a los aspectos emocionales y realizar estudios de intervención psicoeducativa. Así mismo, brindar tratamiento psicológico a los trabajadores de salud para cuidar de su salud mental y restablecer su estabilidad en el trabajo. Se precisa el fortalecimiento de las estrategias de afrontamiento y resiliencia ante las crisis sanitarias (Peñafiel-León et al., 2021).

1.2.1.10. Lucumi, M. (2022). Impacto de la Pandemia COVID 19 en la Salud Mental de los Trabajadores del Sector Salud.

El objetivo principal de esta revisión sistemática de documentos científicos fue “analizar el impacto que tiene la pandemia COVID-19, en la salud mental de los trabajadores del sector salud” (Lucumi 2022, p. 2). El método que se empleó para llevar a cabo esta investigación fue de tipo documental.

Esta revisión sistemática se centró en la búsqueda de evidencias que relacionaran el alto impacto de la pandemia COVID-19 con las afectaciones sobre la salud mental de los trabajadores sanitarios. Un criterio de selección de los artículos fue que éstos fueran vigentes y con una antigüedad máxima de 10 años con relación a la familia del coronavirus. Se analizaron 30 artículos provenientes de estudios científicos, tesis doctorales, informes de dependencias gubernamentales de salud y protección a nivel nacional e internacional. Éstos se ordenaron conforme al año de publicación, autor, país, tipo de documento, objetivos y resultados (Lucumi 2022).

Dentro de los resultados se encontró que los impactos emocionales de la COVID-19, a corto plazo, desencadenan desesperación, ansiedad, irritabilidad, preocupación, trastornos del sueño y dificultad en la concentración. Se presenta vulnerabilidad en los trabajadores sanitarios, ya que las condiciones laborales son inseguras. La ansiedad produce síntomas como dolor de pecho, aumento de la frecuencia cardíaca y sudoración, lo que puede detonar un trastorno de ansiedad que afecta directamente la calidad de vida de una cantidad elevada de trabajadores de salud (Lucumi 2022).

El insomnio es otro factor que forma parte del impacto psicológico a corto plazo, ya que la duración prolongada de las jornadas de trabajo interfería con el tiempo para el descanso y reducía la calidad de sueño. Esto se añadía a otros factores negativos, tales como: falta de apetito, consumo de tabaco y dolores de cabeza. Todos estos elementos mencionados dificultaron la capacidad para concentrarse y mantener en un nivel correcto las habilidades durante la jornada laboral (Lucumi 2022).

Según esta revisión sistemática, los trastornos que se desarrollaron a mediano y largo plazo en el personal de salud fueron: estrés, trastorno depresivo, ansiedad, síndrome de *burnout*. Los trabajadores se encontraban en un círculo vicioso entre riesgos psicosociales y biológicos (Lucumi 2022).

El personal de salud tiene la responsabilidad de llevar a cabo las medidas pertinentes para salvaguardar la vida de los pacientes, y, a su vez, tomar todas las precauciones necesarias para evitar contagiarse mientras se intenta realizar las actividades de forma profesional y correcta. Durante las etapas más difíciles de la

pandemia por COVID-19, el personal de salud desarrolló un alto nivel de estrés y ansiedad debido a la exposición a pacientes fallecidos y a los riesgos de contagio, durante la atención de los enfermos (Lucumi 2022).

Se ha encontrado un alto índice de cuadros de depresión. Se ha reportado un aumento de los síntomas depresivos durante la pandemia de la COVID-19, debido a que el personal sanitario ha tenido un mayor contacto ininterrumpido con individuos contagiados o recontagiados; así mismo se ha generado una carga psicológica al enfrentarse, durante el primer año de la pandemia, a un virus nuevo y en muchos aspectos desconocido, derivando todo esto en angustia y miedo a contagiarse y contagiar a sus familiares.

La ansiedad es otro de los trastornos mentales que ha aumentado entre el personal de salud. Es originado por la frecuente exposición a presiones físicas y psicológicas. Esto, a su vez, ha incrementado la prevalencia de adicciones, como el tabaquismo; e incluso, ha provocado la ocurrencia de intentos de suicidios.

El síndrome de *burnout* aumentó debido a las exigentes condiciones de trabajo, largas jornadas laborales, sobrecarga laboral y exacerbación del agotamiento emocional (Lucumi 2022).

Con lo anterior se puede ver que la pandemia por COVID-19 ha afectado de manera negativa a los trabajadores de salud, ocasionando un incremento en su nivel de riesgo psicosocial. Se menciona que los factores estresantes se desprenden de que los sucesos sociales adversos han influido en su vida de manera negativa.

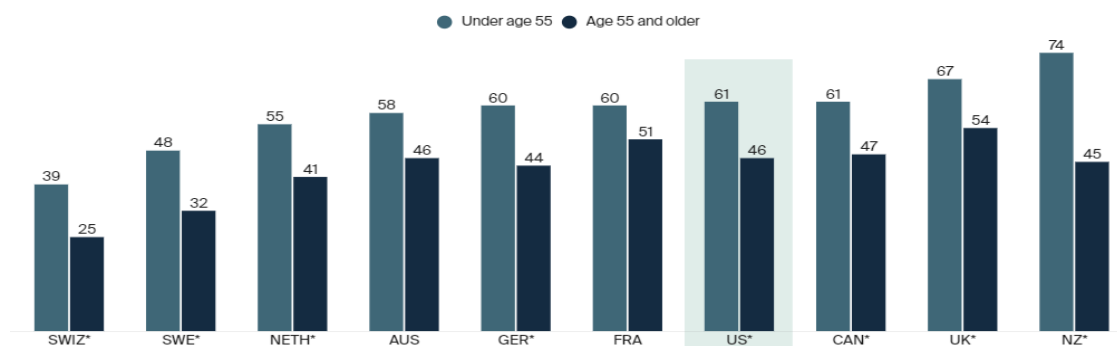
Dentro de la conclusión se menciona que es importante replicar este tipo de investigaciones dentro del personal de salud, ya que servirían como base para dar un mejor tratamiento y su vez crear estrategias de terapia psicológicas con el objetivo de evitar o disminuir los niveles de estrés y otros impactos psicoemocionales negativos (Lucumi 2022).

Se debe estudiar con mayor profundidad el síndrome de *burnout*, ya que se constató un aumento de manera significativa a causa de las condiciones tan difíciles de trabajo en el sector sanitario. De igual manera, es necesario brindar herramientas que protejan la salud física y mental del personal lo cual posibilitaría que su servicio tuviera mayores probabilidades de ofrecer una atención adecuada a los pacientes (Lucumi 2022).

Para cerrar este apartado, se presenta una gráfica que permite apreciar una perspectiva internacional sobre las afectaciones en salud mental reportadas por personal médico, en 10 países de altos ingresos económicos: Suiza, Suecia, Países Bajos, Austria, Alemania, Francia, Estados Unidos, Canadá, Reino Unido y Nueva Zelanda, durante los años de la pandemia por COVID-19. La gráfica reúne los resultados arrojados por la *Encuesta de Política de Salud Internacional de Médicos de Atención Primaria del Fondo de la Mancomunidad de Naciones (Commonwealth Fund International Health Policy Survey of Primary Care Physicians)*, realizada en 2022 (citada en Gunja, M., Gumas, E., Williams, R., Dotty, M., Shah, A. y Fields, K. 2022). En la gráfica puede observarse que aún en estos países con altos ingresos económicos, donde se supondría que la atención a la salud contaría con mayores recursos monetarios, y, por ende, menor saturación, y posiblemente, mejor calidad en el servicio, los médicos en atención primaria han experimentado problemas de salud mental durante la pandemia. Suiza fue el país con los menores porcentajes: 25% de los médicos mayores de 55 años reportó estrés emocional, y 39% de los menores de tal edad. A pesar de ser los porcentajes más bajos de este estudio, en realidad, son muy altas estas cifras. Compárese esto con los resultados arrojados en los otros países del estudio.

Gráfica 1

Porcentaje de médicos en atención primaria que reportaron estrés emocional desde el inicio de la pandemia por COVID-19



Nota. Gráfica tomada de Gunja, M., Gumas, E., Williams, R., Dotty, M., Shah, A. & Fields, K. (2022), s.p., <https://doi.org/10.26099/j2ag-mx88>). La primera columna de cada grupo representa a los médicos de menos de 55 años de edad; la segunda, a los médicos mayores de 55. Los síntomas que se englobaron en el concepto “estrés emocional” fueron: ansiedad, gran tristeza, enojo, sentimientos de desesperación.

En concordancia, presentaremos algunos datos sobre la salud mental del personal de salud en México, durante la pandemia. Debe advertirse que no se ha generado una cantidad alta de investigaciones sobre este tema, y que, por tal razón, la información que se presenta aquí es muy limitada.

1.2.2. En México

La doctora en análisis experimental del comportamiento, Silvia Morales Chainé (en Badillo, D. 2021), ha reportado que, de acuerdo con el análisis de los cuestionarios que se han administrado a los usuarios de los servicios psicológicos de la Universidad Nacional Autónoma de México, se han obtenido resultados que indican una alta prevalencia de estrés agudo, ansiedad, violencia intrafamiliar y consumo de sustancias psicoactivas como medio de “enfrentamiento” del contexto pandémico. Además, se reportaron numerosos casos de pérdida de familiares, inestabilidad económica y problemas de salud física y mental:

Las cifras a enero pasado [2021] muestran que una de cada cuatro personas que ingresan a la estrategia reportan condiciones de violencia, 11% reporta tristeza profunda, distanciamiento y enojo; 13% uso abusivo de alcohol y aumento en el consumo de tabaco o de otras sustancias psicoactivas; 65% tiene pensamientos negativos asociados a la muerte; 8% ansiedad generalizada que se debe atender, y otro 3% está pasando desde estrés agudo, a situaciones más severas.

Hasta enero, se han dado más de 140,000 servicios, de los cuales 15,000 corresponden a personal de salud, 79,000 a comunidad universitaria y 18,000 a comunidad abierta.

En el segundo nivel de atención, el individual, se habían dado más de 15,000 servicios atendiendo estrés agudo, postraumático, ansiedad y consumo de sustancias psicoactivas y en el tercer nivel de atención a más de 5,400 personas por violencia, depresión y de autolesión y suicidio.

Por su parte, Bernardo Ng, presidente de la Asociación Psiquiátrica Mexicana, compartió con *El Economista* los adelantos de un estudio realizado a partir de las respuestas de cuestionarios de alrededor de 1,000 seguidores de la página de Facebook de la asociación. Si bien no es una muestra representativa de toda la población del país, expone información relevante. El estudio refleja que ha habido un aumento en el consumo de bebidas alcohólicas que involucra a alrededor de 15% de las personas.

Los datos, que serán incluidos en el análisis que realiza la Asociación Psiquiátrica Mundial, denominado “Estudio de resultados colaborativos sobre salud y funcionamiento en tiempos de infección (Coh-Fit)” [...] exponen que, entre agosto y septiembre, en México, 75% reportaba, por lo menos, un síntoma de depresión; 55% ansiedad, 30% estaban consumiendo alcohol (Badillo, D. 2021, s.p.).

Estos datos se refieren a la población en general. Cuando se realiza la búsqueda de información acerca de los impactos psicológicos negativos, causados por la pandemia, en trabajadores del sector salud en México, se confirma lo que Juárez-García, A., Camacho-Ávila, A., García-Rivas, J. y Gutiérrez-Ramos, O. (2021), indican: no se cuenta con información suficiente sobre esta problemática.

A continuación, se revisarán los resultados de las escasas investigaciones en torno a esta cuestión, para proporcionar una idea de la prevalencia de los problemas de salud mental entre los trabajadores sanitarios en nuestro país, durante la pandemia.

1.2.2.1. Juárez-García et al. (2021). Psychosocial Factors and Mental Health in Mexican Healthcare Workers during the COVID-19 Pandemic

Juárez-García et al. (2021) destacan varias de las declaraciones que la Organización Mundial de la Salud ha hecho respecto a la salud mental durante la pandemia:

- a) Que es necesario que los países destinen mayores recursos a la atención de la salud mental, sobre todo, en el contexto de la pandemia por COVID;
- b) Que uno de los sectores más vulnerable son los profesionales de la salud que atienden a pacientes COVID, los cuales no solamente están expuestos a mayores riesgos de contagio, sino a sobrecargas de trabajo y a demandas

psicoemocionales críticas;

- c) Que ningún país estaba del todo preparado para atender a la enorme cantidad de enfermos por este agente infeccioso, pero que las carencias se acentuaron en los países de ingresos económicos bajos y medios. En específico, en Latinoamérica, el número de contagios y decesos fue muy alto en toda la región, y los trabajadores de salud se cuentan entre los más vulnerables de todo el mundo: “hacia el 23 de agosto de 2020, solamente en México, 97,632 profesionales se habían contagiado en este sector y 1,410 habían muerto de COVID-19” (Juárez-García et al., 2021, p. 229). Esta cifra será contrastada al final de esta sección, mediante datos más recientes.

Estos investigadores subrayan que existen muy pocas investigaciones acerca de la salud mental del personal de salud en México. Habiendo notado estas carencias, el objetivo de este estudio fue: “identificar los niveles de estrés, *burnout*, ansiedad y depresión, y su posible relación con los estresores psicosociales negativos y los recursos psicosociales positivos, en una muestra de trabajadores de la salud en México, durante la pandemia por COVID” (Juárez-García et al., 2021, p. 230).

En aspectos metodológicos, esta investigación contó con una muestra de 269 trabajadores de la salud, provenientes de diversos hospitales de los estados de Morelos, Estado de México, Aguascalientes, Guerrero, Hidalgo, Michoacán, San Luis Potosí, Oaxaca, Puebla, Yucatán y la Ciudad de México. Se llevó a cabo una investigación no experimental, con un diseño correlacional. La muestra no se conformó azarosamente, sino mediante una estrategia de “bola de nieve”, a través de correos electrónicos, redes sociales y otros medios virtuales. El estudio tuvo lugar entre junio y julio de 2020.

Los instrumentos de recolección de datos fueron versiones validadas para evaluar el agotamiento emocional (*burnout*), el estrés negativo, la ansiedad y la depresión. Se prefirieron versiones “ultracortas” de los instrumentos, como, por ejemplo, el Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ), que sólo contiene 4 reactivos.

Otros instrumentos empleados fueron cuestionarios sociodemográficos cortos, diseñados por los autores de esta investigación. También se utilizaron preguntas sobre el trabajo con pacientes COVID, y sobre el estado de salud de los sujetos. Se exploraron también algunos factores psicosociales, con técnicas de análisis mixtas (cualitativas / cuantitativas). Los aspectos cuantitativos fueron analizados mediante programas estadísticos.

Los resultados obtenidos por esta investigación pueden sintetizarse en los siguientes puntos:

- 24.5% de los trabajadores de esta muestra sufren de alguna enfermedad crónica.
- 14.5% habían sido diagnosticados con COVID-19 en algún momento.
- 55.8% habían perdido a algún familiar o persona cercana debido a esta enfermedad.
- En cuanto a la salud mental, 56.9% demostraron síntomas de depresión.
- 74.7% mostraron síntomas de ansiedad.
- 49.8% tenían síntomas de agotamiento emocional (*burnout*).
- 46.8% reportaron haber experimentado estrés negativo.
- Los factores psicosociales más tensionantes en esta muestra fueron: “falta de material o de equipo médico”, “enfermedad o muerte de colegas”, “estado de los pacientes”, “contagio de familiares”, “contagio de uno mismo”, “muerte”, “temor generalizado”, “sobrecarga de trabajo”.
- Se demostró una alta correlación entre el trabajo en primera línea de atención a pacientes COVID, y los problemas de salud antes mencionados: $r_s = 0.74$.

Los autores de este estudio concluyen que las limitaciones de esta investigación estuvieron vinculadas con el hecho de la imposibilidad de llevar a cabo una exploración detallada de los datos de interés, debido a las condiciones impuestas por la pandemia. Sin embargo, es muy relevante que los autores mencionen que sus hallazgos son congruentes con estudios similares que se han hecho en otras partes del mundo, los cuales han contado con muestras de mayor

tamaño. Se enfatiza en que deben adoptarse programas para tratar la salud mental del personal de salud que atiende a pacientes COVID.

Antes de concluir con este apartado, presentamos la siguiente gráfica, en donde se muestran estadísticas de agosto de 2022, sobre el número de decesos entre trabajadores de la salud en México.

Gráfica 2

Defunciones acumuladas confirmadas y sospechosas por COVID-19, en personal de salud, hasta el 3 de agosto de 2022



Nota. La gráfica fue tomada de la cuenta de *twitter* de la Dra. Ximenez-Fyvie, A.L.

@Iximenezfyvie 2022.

En esta gráfica puede observarse que los fallecimientos entre personal sanitario, relacionadas con COVID-19, hasta principios de agosto de 2022, durante la quinta ola de contagios en México, ascendía a 4,820 personas. Es decir, supera en casi 300% las cifras señaladas por Juárez-García et al., correspondientes a julio de 2020.

A continuación, se revisarán dos investigaciones realizadas con trabajadores de la salud, también llevadas a cabo en nuestro país, en torno a las afectaciones negativas sobre su salud mental, durante la pandemia.

1.2.2.2 Martínez, R., González, L., Navarro, N., De la Roca, J. y Reynoso, O. (2021). Resiliencia asociada a factores de salud mental y sociodemográficos en enfermeros mexicanos durante COVID-19.

El objetivo de esta investigación fue estudiar el nivel de resiliencia de enfermeros mexicanos. El diseño de investigación fue estudio trasversal. Mediante un muestreo de bola de nieve se invitó a colegios de enfermería y universidades de México; a su vez, ellos invitaron a más personas a participar. El instrumento de recolección de datos fue un cuestionario en línea, el cual estuvo abierto del 14 de abril de 2020 al 15 de junio del mismo año. Los únicos criterios que se establecieron fueron: que los sujetos residieran en México, que fueran mayores de edad, y que se desempeñaran como enfermeros titulados, o estudiantes de enfermería en prácticas profesionales (Martínez et al., 2021).

Los instrumentos de recolección de datos fueron: para evaluar la resiliencia, se empleó el "Inventario de resiliencia", el cual está conformado por 16 ítems, con 5 opciones de respuesta (que están graduados desde "nada" hasta "totalmente"). El instrumento puede categorizar a los sujetos en alguna etiqueta "diagnóstica": personas con actitud positiva, con sentido del humor, con perseverancia, religiosidad, autoeficacia, optimismo y orientación hacia la meta. La salud mental fue evaluada mediante un cuestionario general de salud, conformado con 4 subescalas cada una conformada con 7 ítems de síntomas somáticos, ansiedad e insomnio, disfunción social y depresión (Martínez et al., 2021).

Quinientos cincuenta y seis trabajadores de enfermería participaron en las respuestas de la encuesta virtual. De éstos, 80% fueron mujeres y 20 % hombres. Respecto a la edad, el sector más numeroso fue el rango de entre 26 a 36 años, que registró 38.3% de la muestra total. Estado civil: 60.8% solteros. Escolaridad: 37.6% licenciados en enfermería. Carga laboral: 36.9% trabajó más de 40 o más horas a la semana. La afectación psicoemocional más prevalente fue la ansiedad-insomnio, con 21%. El 96% de la muestra no había recibido atención psicológica y 53.3% buscó por iniciativa propia información para el auto cuidado de la salud mental (Martínez et al., 2021).

Se encontraron algunos contrastes interesantes entre los grupos de edad, por ejemplo: las personas menores de 25 años fueron menos resilientes, en comparación con las personas de entre 26 a 35 años. El estado civil también fue un factor que influyó en la resiliencia, ya que las personas solteras fueron menos resilientes que las personas casadas o en unión libre. Respecto a la escolaridad, los estudiantes presentaron menos resiliencia en relación con los licenciados en enfermería y especialistas. En cuanto a las horas de trabajo, se encontró que los que trabajaban más de 40 horas tenían menos sentido del humor que las personas que trabajan menos de 24 horas a la semana (Martínez et al., 2021).

En la subescala de resiliencia se encontró que la depresión y la disfunción social fueron muy frecuentes, lo cual se manifestó a través de indicadores como: baja actitud positiva, baja perseverancia, baja autoeficacia, bajo optimismo y baja orientación hacia la meta.

Dentro de las conclusiones de esta investigación, Martínez et al. (2021, p. 14) destacan lo siguiente:

La pandemia actual ha presentado grandes retos en el personal de enfermería a nivel mundial. En este estudio se encontró que los problemas de salud mental, como la ansiedad e insomnio, la depresión, la disfunción social y los síntomas somáticos, se asocian con una menor resiliencia. Este hallazgo sugiere el importante rol que juega la resiliencia como protector para problemas de salud mental. Asimismo, encontramos que quienes tenían más edad, vivían en pareja y tenían una escolaridad más alta, fueron quienes presentaron significativamente mayor resiliencia. Esto permite la identificación de los grupos de riesgo para orientar las estrategias en salud mental en enfermeros. Además, es

necesario que existan en los hospitales y en los distintos niveles de atención en salud, departamentos de atención a la salud mental de los trabajadores, en especial los que estén en contacto con pacientes de riesgo de muerte, o alta incidencia de mortalidad.

Es importante destacar que, tanto en las investigaciones extranjeras como en las mexicanas, es una constante el llamado a reforzar la atención psicológica en el personal de salud. Es necesario crear e implementar programas de salud mental que incluyan estrategias de resiliencia, incluyendo el reconocimiento de emociones, fomentar la espiritualidad, reflexividad, autoeficacia, optimismo, humor, actitud positiva, perseverancia y actitud hacia la meta (Martínez et al., 2021).

1.2.2.3. Lucas-Hernández, A., González, V., López-Flores, A., Kammar- García, A., Mancilla-Galindo, J., Vera-Lastra, O., Jiménez-López, J. y Peralta-Amaro, A. (2022) Estrés, Ansiedad y Depresión en Trabajadores de Salud durante la Pandemia por COVID-19

Lucas-Hernández et al., (2022) mencionan que la pandemia por COVID-19 ha dejado en evidencia precariedades sociales, políticas y económicas, así como problemas de salud físicos y emocionales que tanto el personal médico como la población en general presentaron. El personal médico se encontró en constante riesgo debido al contacto con pacientes infectados, la ansiedad por saber de sus familiares, jornadas prolongadas de trabajo, además de la exigencia de toma de decisiones éticas concernientes a su labor.

Los profesionales de salud suelen presentar problemas derivados de sus empleos, que se manifiestan en afecciones como: estrés, ansiedad, depresión. Como parte de su formación, no cuentan con un entrenamiento mental o tratamiento oportuno, dirigido a manejar las problemáticas de salud mental.

Los autores de esta investigación subrayan que en México han sido escasas las investigaciones acerca de las afectaciones psicoemocionales que la etapa crítica

de la COVID-19 provocó en trabajadores de salud. Por ello, su investigación tuvo por objetivo: “determinar la presencia de estrés, ansiedad y depresión durante la pandemia de COVID-19 en los trabajadores de la salud de un hospital de tercer nivel” (Lucas-Hernández et al., p. 556).

La investigación fue llevada a cabo entre mayo de 2020 y febrero de 2021, en el Hospital de Especialidades Doctor Antonio Fraga Mouret, en el Centro Médico Nacional La Raza. Respecto a los materiales y métodos empleados, la investigación fue de tipo observacional, transversal, descriptiva. Los criterios de inclusión de los sujetos fueron: ser mayores de edad de edad; laborar en el hospital de especialidades como enfermeras, técnicos, químicos, auxiliares de oficina y personal de servicios básicos, entre otros; otorgar su consentimiento para participar como sujetos de investigación. El criterio de exclusión fue: ser trabajador sin contacto directo o indirecto con pacientes infectados por COVID-19.

En cuanto a los instrumentos para la recolección de datos, se emplearon diferentes escalas e inventarios, tales como:

- Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), compuesto de 21 ítems, aplicado para análisis de sintomatología ansiosa.
- Inventario de Depresión de Beck (BDI-II), orientado a la evaluación de la depresión.
- La prueba de estrés laboral, dirigida a evaluar estrés en general, que arroja una clasificación de niveles de estrés: sin estrés, con estrés leve, medio, alto y grave.
- Estudio realizado por el Instituto Nacional de Psiquiatría, enfocado al estudio problemas en salud mental, orientado a profesionales sanitarios de México.

La muestra se conformó por 537 sujetos, en la cual, 207 fueron de sexo masculino (38.5%), y el restante 61.5% estuvo representado por 330 sujetos de sexo femenino. La media de edad de los participantes fue de 34 años.

Las encuestas fueron enviadas por correo electrónico, para facilitar el proceso de recolección de datos. Respecto a los resultados obtenidos, en la tabla 6

se han recopilado datos demográficos de los sujetos, así como de presencia de padecimientos crónicos y adicciones a sustancias.

Tabla 6

Información demográfica y de salud de los sujetos

Clasificación por estado civil de los sujetos	
Estado civil	Número de sujetos
Solteros	305
Casados	134
En unión libre	74
Viudos	4
Divorciados	20

Clasificación por especialidades médicas de los sujetos	
Especialidad médica	Número de sujetos
Médicos residentes	192
Enfermeros, ambos sexos	179
Técnicos auxiliares de oficina	75
Personal de servicios básicos de salud	60
Químicos	12
Médicos de base	10
Nutriólogos	9

Clasificación por patologías presentadas por los sujetos	
Patología o dependencia de alguna sustancia	Número de sujetos
Sin comorbilidades	453
Consumo de alcohol	427
Consumo de tabaco	110
Diabetes	17
Hipertensión arterial sistémica	21
Asma	16
Alteraciones tiroideas	11

Trastornos psiquiátricos con tratamiento	56
Con diagnóstico previo de COVID, al momento de la encuesta	180

Nota. Tabla de elaboración propia, integrada con datos proporcionados por Lucas-Hernández et al., (2022).

Los resultados obtenidos de las escalas e instrumentos empleados en la investigación permitieron constatar que el personal médico sufrió de estrés, ansiedad y depresión durante la etapa crítica de la pandemia por SARS-CoV-2. Para entender con mayor claridad estos hallazgos, a continuación, se ofrece una clasificación integrada por datos de este estudio.

Tabla 7

Grados de estrés, ansiedad y depresión en trabajadores de la salud obtenidos de muestra total (n=537)

Variable	Opciones	n	%
Estrés	Sí	446	83.1
	No	91	16.9
Grado de estrés	Leve	168	31.3
	Medio	174	32.4
	Alto	96	17.9
	Grave	8	1.5
Ansiedad	Sí	180	33.5
	No	357	66.5
Grado de ansiedad	Leve	159	29.6
	Moderada	125	23.3
	Grave	72	13.4
Depresión	Sí	240	44.7
	No	297	55.3
Grado de depresión	Leve	102	19.0
	Moderada	108	20.1
	Grave	30	5.6

Nota. Tabla tomada de Lucas-Hernández et al., (2022, p. 559).

En conclusión, la investigación encontró que los profesionales sanitarios fueron muy propensos a desarrollar problemas de salud mental, tales como estrés, depresión y ansiedad. Los sujetos del sexo femenino tuvieron mayor prevalencia respecto al desarrollo de estos trastornos mentales. Los profesionales sanitarios con

estado civil de soltería reportaron altos grados de estrés. Lucas-Hernández et al., (2022) llevaron a cabo una comparación entre los resultados obtenidos por esta investigación, y los reportados por algunas investigaciones internacionales. Los autores indicaron que existen coincidencias entre los resultados de investigaciones similares, llevadas a cabo en países como India, Egipto, Colombia, Singapur y Etiopía. Los investigadores finalizan con la recomendación de prestar atención al estado de salud mental que los profesionales sanitarios a cargo de tratar a pacientes con COVID.

1.2.2.4 López-Salinas, A., Arnaud-Gil, C., Saucedo-Martínez, D., Ruiz- Lozano, R., Martínez-Reséndez, M., Góngora-Cortés, J. y Torre-Amione, G. (2023). Prevalence of Depression, Anxiety, Post-traumatic Stress, and Insomnia Symptoms among Frontline Healthcare Workers in a COVID-19 Hospital in Northeast Mexico

Durante la construcción de este Marco Teórico, esta investigación fue la de más reciente publicación (mayo de 2023), tomando como contexto un hospital mexicano. Sin embargo, debido a que este reporte de investigación no es de acceso libre, sólo se proporcionarán aquí los detalles más generales que aparecen en el *abstract* (resumen) del mismo.

La investigación tuvo como objetivo “determinar la prevalencia de síntomas de salud mental y factores asociados entre trabajadores de la salud en primera línea de atención expuestos a pacientes con COVID-19” (López-Salinas et al., 2023, párr.1). Los autores expresan que este tipo de personal se encuentra en un alto riesgo de desarrollar trastornos psicológicos.

Entre los materiales y métodos mencionados, se especifica que los sujetos de investigación fueron médicos residentes, médicos en entrenamiento y personal de enfermería a cargo de pacientes con COVID-19, que laboraban en un hospital del sector privado de Monterrey, México. Se aplicó una encuesta en línea, la cual fue administrada entre agosto y noviembre de 2020. Con el objetivo de detectar presencia de síntomas de depresión, ansiedad, estrés post traumático e insomnio, se aplicaron varios instrumentos de evaluación, tales como:

- Cuestionario de salud del paciente (PHQ)
- Evaluación del desorden de ansiedad generalizado (GAD)
- Escala revisada sobre los impactos de un evento (IES-R)
- Índice de severidad del insomnio (ISI)

Los investigadores indicaron que el procesamiento de los datos se efectuó con técnicas estadísticas, empleando el análisis multivariado, con la finalidad de identificar si existía una relación de asociación entre las variables.

Los resultados más relevantes reportados por este estudio fueron los siguientes:

- En cuanto a datos demográficos de la muestra: 43.5% eran médicos con trabajo de planta en el hospital. 19.8% estuvo constituido por médicos residentes y en entrenamiento. 36.6% era personal de enfermería.
- En esta muestra de trabajadores de la salud, 36% demostraron tener síntomas de depresión.
- Respecto a la ansiedad, 24% de los sujetos presentaron síntomas de este trastorno.
- En cuanto al estrés post traumático, el 23% de la muestra reportó haberlo sufrido.
- En torno a los síntomas de insomnio, 24% de los sujetos cursó con manifestaciones de este problema.
- El personal de enfermería, así como los médicos residentes y los médicos en entrenamiento registraron mayores cifras de depresión e insomnio que los médicos de planta.

En concordancia con estos datos, las conclusiones de esta investigación señalan que el personal de enfermería, así como los médicos residentes y en entrenamiento fueron los más afectados en su salud mental durante la etapa de emergencia de la COVID-19. Se enfatiza que es necesario que el personal sanitario en primera línea de atención de urgencias epidémicas cuente con apoyo en salud mental, especialmente diseñado para ellos, en previsión de potenciales brotes

epidémicos futuros.

A manera de cierre de esta sección, es menester mencionar que el 23 de mayo de 2023, se presentó la sesión mensual sobre Ética y Bioética, organizada por el Hospital Médica Sur. En dicha sesión, con la temática de “Ética y Salud Mental”, la Dra. María Elena Medina-Mora dedicó unos minutos a hablar de la salud mental de los trabajadores sanitarios mexicanos, durante la etapa de emergencia de la pandemia. La siguiente captura de pantalla fue tomada de dicho evento, y muestra estadísticas importantes acerca de los problemas de salud mental reportados en una muestra de 5,938 trabajadores sanitarios de nuestro país, durante la fase 2 de la pandemia.

Figura 6

Monitoreo de salud mental de personal de salud en el país. Fase 2 de COVID-19: Problemas prioritarios y poblaciones de mayor riesgo

Salud Mental						
Monitoreo de salud mental de personal de salud en el país						
FASE 2 de COVID-19: Problemas prioritarios y poblaciones en mayor riesgo						
Problemas de salud mental	No labora en Centro COVID-19 n=2,218	Labora en Centro COVID-19 n=3,720	Atiende a pacientes COVID-19 n=1,389	Mujer n=4,420	Hombre n=1,518	Total n= 5,938
Insomnio, n (%)	909 (41)	1,721 (46.3)**	723 (52.1)**	2,084 (47.1)**	546 (36)	2,630 (44.3)
Depresión, n (%)	598 (27)	1,252 (33.7)**	524 (37.7)**	1,464 (33.1)**	386 (25.4)	1850 (31.2)
Estrés postraumático, n (%)	558 (25.2)	1,187 (30.9)**	521 (37.5)**	1,406 (31.8)**	339 (22.3)	1745(29.4)
Ansiedad de salud y somatización, n (%)	275 (12.4)	652 (17.5) **	306 (22)**	720 (16.3)*	206 (13.6)	926 (15.6)
Pensamientos y deseos de muerte, n (%)	298 (13.4)	520 (14)	222 (16)*	608 (13.8)	210 (14)	818 (13.8)
Uso nocivo de alcohol, n (%)	260 (11.7)	471 (12.7)	167 (12.02)	440 (9.9)	291 (19.2)**	731 (12.3)
Ansiedad generalizada, n (%)	164 (7.4)	465 (12.5)**	219 (15.8)**	533 (12.1)**	96 (6.3)	629 (10.6)
Incremento uso tabaco, n (%)	203 (9.2)	301 (8.1)	140 (10.1)*	308 (7)	196 (12.9)**	504 (8.5)
Uso otras drogas, n (%)	155 (2.9)	303 (8.1)*	125 (8.9)*	319 (7.2)	139 (9.2)*	458 (7.7)
Alto riesgo de burnout, n (%)	36 (1.6)	284 (7.6)**	227 (16.3)**	249 (5.6)	71 (4.7)	320 (5.4)

**p<0.001

* p<0.05

ROBLES ET AL., 2020

Nota. Captura de pantalla tomada de la conferencia Magistral “El reto de la Psicología ante los problemas emergentes de salud”, dictada por la Dra. María Elena Medina-Mora Icaza (Médica Sur, 23 de mayo de 2023).

1.3. Descripción de los Trastornos Psicoemocionales más Frecuentes, Causados por la Pandemia por COVID-19

En el apartado anterior se ofreció un breve estado del arte acerca de las investigaciones sobre los efectos negativos en la salud mental del personal sanitario en primera línea de atención a pacientes con COVID-19. Se mencionaron diversos trastornos mentales, tales como estrés, ansiedad y depresión, constituyendo éstos las afectaciones más frecuentes en este tipo de sujetos. A continuación, se brindará una exposición acerca de cada uno de estos padecimientos, con la finalidad de cubrir uno de los objetivos particulares de la presente tesis: Explicar cuáles son las características principales de los problemas de salud mental más frecuentes en personal sanitario con atención a pacientes con COVID-19: estrés, ansiedad, depresión.

1.3.1 Estrés

El estrés es un fenómeno psicoemocional que ha sido definido de diversas maneras. En 1930, el médico Hans Selye mencionó que el estrés es un conjunto de reacciones fisiológicas ocasionadas por alguna situación física o mental, donde el organismo responde con un mecanismo de defensa en (Ávila, J. 2014).

El Instituto Nacional de la Salud Mental de Estados Unidos (2020) considera el estrés es una respuesta física y mental a diferentes acontecimientos que las personas afrontan; es normal que toda persona padezca esto, pero si se prolonga más de un mes, o si su intensidad es demasiado alta, pueden llegarse a presentar problemas físicos, psicológicos o psiquiátricos.

Capdevila, N. y Segundo, M. (2005) consideran al estrés como una respuesta natural del organismo respecto a la percepción de peligro, la cual provoca tensión, miedo, angustia. Forma parte de la vida diaria de las personas, pero en exceso causa problemas en la salud física y mental. En este último caso, el estrés puede manifestarse como una condición patológica. Ávila (2014) el estrés es causado por la sociedad, estilos de vida que llevan los individuos, teniendo como resultados distintos desórdenes físicos o mentales. Esto va a depender del tipo de estrés.

Mundialmente esta enfermedad va en aumento, sin importar la edad, género, condición económica o étnica.

Ávila (2014) refiere que el estrés es una carga de tensión necesaria para el organismo, de acuerdo con el ritmo de vida de cada individuo, cuyo contexto se encuentra en constante cambio. Afecta a la salud orgánica y mental e impacta en el desempeño académico y/o laboral, las interrelaciones sociales, los procesos afectivos y cognitivos, ocasionando desórdenes fisiológicos y psicológicos. En lo físico, se presentan síntomas como:

- Palpitaciones
- Taquicardia
- Sudoración
- Fatiga física (Gálvez, J. 2005).

Algunas situaciones que provocan estrés son las siguientes, según Capdevila y Segundo (2005):

- Consumo de drogas: ocasiona síntomas de ansiedad debido a los efectos secundarios, un ejemplo de este es el síndrome de abstinencia que ocurre en casos como; la cafeína, alcohol, nicotina, descongestionantes, antidepressivos, cocaína y anfetaminas.
- Dieta deficiente: El bajo consumo de vitamina B12 contribuye a un aumento de los casos de percepción de estrés.
- Situaciones específicas: exámenes, presentaciones laborales, escolares, entre otras, pueden llegar a producir comportamientos anormales. Afrontamiento de problemas personales, familiares, sociales, económicos, de contexto político.
- Rememoración de eventos traumáticos: la tensión aparece después de algunas situaciones traumáticas como, por ejemplo; agresión física o sexual, desastre natural. Se le denomina estrés post traumático.
- Alergias: incrementan el nivel de estrés, ya que aumentan la actividad del sistema inmunológico, y activan mecanismos de sobrecarga respiratoria y cardiovascular.

- Enfermedades diversas: el desequilibrio por algún padecimiento médico deriva en el debilitamiento para el cuerpo; por ejemplo: procesos infecciosos agudos, enfermedades crónico-degenerativas, traumatismos, entre otros.
- Esfuerzo intenso o prolongado: El desgaste energético excesivo deriva en el desgaste físico y mental contribuyendo al aumento de estrés.
- Factores ambientales: El clima, contaminación y altitud juegan un papel importante para el impacto negativo sobre las emociones, estados de ánimo, así como padecimientos médicos derivados de los factores ambientales adversos, los cuales repercuten en el aumento de estrés.

Selye (en Capdevila y Segundo, 2005) menciona que la experimentación del estrés se compone 3 fases:

- Reacción de alarma: Se detona cuando el organismo se altera fisiológicamente por la activación de las glándulas hipotálamo e hipófisis. El cerebro, al sentirse amenazado o en riesgo, estimula al hipotálamo, liberando la hormona conocida como adrenocorticotropa (ACTH). Así mismo, otro mensajero viaja desde el hipotálamo hasta las glándulas suprarrenales, activando la secreción de adrenalina. Se ponen en marcha otras hormonas del estrés, como el cortisol.
- Estado de resistencia: Las personas que están en constante estrés generan un sistema de adaptación disminuyendo su capacidad de respuesta; dentro de esta etapa se tiende hacia un “equilibrio adaptativo” u homeostasis. La capacidad de soportar esta fase no se presenta por igual en todas las personas, y las que no la soportan suelen transitar hacia la siguiente fase.
- Fase de agotamiento: El organismo, al estar en constante estado de alerta y defensa, es incapaz de adaptarse, perdiendo y desgastando capacidades fisiológicas.

Algunos de los síntomas del estrés se muestran en la siguiente tabla:

Tabla 8

Síntomas del estrés

Manifestaciones físicas y psicológicas comunes

- Conversación acelerada
- Cansancio, reducción de rendimiento, trastornos del sueño
- Afectación del sistema inmunitario
- Trastornos gástricos (gastritis, diarrea o estreñimiento, úlceras)
- Dolores de cabeza, tensiones musculares
- Trastornos de la concentración y afectaciones cognitivas
- Inseguridad y miedo
- Aumento de la presión sanguínea, aceleración del pulso cardíaco
- Hipersensibilidad, erupciones cutáneas

Nota. Se observan los síntomas más comunes que pueden presentar las personas al sufrir de estrés. Tomado de Capdevila y Segundo (2005, p.100).

1.3.1.1. Estrés Post Traumático

Es un trastorno que se manifiesta después de un acontecimiento, situación amenazante o catastrófica. Algunos ejemplos son: muerte violenta de algún ser cercano, catástrofes naturales, ser víctima de situaciones provocadoras de miedo intenso. Las circunstancias generadoras de tensión pueden ser de corta o larga duración (Instituto Mexicano del Seguro Social, 2011).

El Centro Nacional para el Trastorno por Estrés Postraumático de Estados Unidos, menciona que 7 de cada 100 personas presentan este trastorno en algún momento de su vida. Las mujeres son las más expuestas a padecerlo, pero en general puede sufrirlo cualquier persona, sin importar su edad o género (Instituto Nacional de la Salud Mental de Estados Unidos, 2020).

Asociación Americana de Psiquiatría DSM-V (2014), menciona algunos criterios importantes para el diagnóstico del trastorno de estrés postraumático (TEPT) en niños mayores de 6 años, adolescentes y adultos, como lo son los siguientes:

a) Las personas presentan experiencias directas con algunos sucesos traumáticos, fallecimiento de algún familiar cercano, amenazas violentas o violencia sexual.

b) Síntomas por sucesos traumáticos que pueden ser algunos de los siguientes: recuerdos recurrentes o involuntarios de algún acontecimiento; sueños angustiosos los cuales están relacionados al suceso vivido; reacciones disociativas, donde las personas sienten o actúan como si el suceso se repitiera (pérdida de conciencia del entorno presente); malestar psicológico intenso a causa de la exposición a factores internos o externos por sucesos traumáticos; reacción fisiológica intensa.

c) Estímulos relacionados con el suceso traumático; intentos por evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca de lo sucedido; evitación de las personas, lugares, conversaciones y actividades que estén relacionados con el acontecimiento.

d) Estado de ánimo y alteraciones negativas cognitivas relacionadas con el suceso, lo cual puede complicarse después de lo acontecido y presentar algunas de las siguientes características:

- No recuerdan el momento importante del suceso traumático; se le conoce como “amnesia disociativa”.
- Expectativas negativas sobre uno mismo, los demás o las circunstancias.
- Percepción distorsionada recurrente sobre los hechos, generando que las personas se sientan culpables o culpen a terceros.
- Estado emocional negativo, donde las personas sienten miedo, terror,

vergüenza, entre otras.

- Disminución importante del interés hacia algunas actividades.
- Sentimiento de desapego.
- Dificultad en el desarrollo de emociones positivas.

e) Presentan un estado de alerta alto. Algunas de las características más relevantes son:

- Comportamiento irritable, agresividad verbal y física hacia otras personas u objetos.
- Comportamiento autodestructivo
- Hipervigilancia
- Sobresaltos
- Problemas de concentración
- Alteración de sueño

f) Síntomas presentes por más de un mes de alguno de los puntos anteriores.

g) Deterioro en el ámbito laboral, social u otra área.

h) Dificultad en la relación hacia los padres o familiares cercanos a los niños (DSM-V, 2014).

El trastorno por estrés postraumático se puede tratar con ayuda de un profesional de la salud mental por medio de la psicoterapia y/o con medicamentos; una parte importante de la recuperación es el apoyo de la familia y amigos; sin embargo, se debe de tomar en cuenta que cada persona reacciona de forma diferente a los distintos tipos de estímulos y medidas terapéuticas (Instituto Nacional de la Salud Mental Estados Unidos, 2020).

La psicoterapia puede darse personalmente o en grupo, con un tiempo mínimo de 6 a 12 semanas; su objetivo primordial es apoyar a las personas para identificar los síntomas y establecer un control sobre ellas.

1.3.1.2. Estrés Agudo

Barnhill, J. (2020) menciona que el trastorno de estrés agudo se origina a causa de un evento que puede ser directo o indirecto, como: percepción de amenaza de muerte, accidentes o ser testigos de acontecimientos ocurridos a otras personas, teniendo como resultado un trauma para los individuos involucrados.

Miller, L. y Smith, A. (2010) refieren que el estrés agudo suele ser uno de los más comunes en situaciones con una exigencia exorbitante; refiriendo eventos del pasado, presente y del mismo futuro, donde el sujeto se encuentra involucrado emocionalmente. Mencionan que el estrés agudo, en pequeñas cantidades suele ser adecuado, pero sobrepasando esas cantidades se convierte en un factor dañino y perjudicial para el organismo. El estrés agudo es un proceso fisiológico-emocional durante el cual, se experimentan diversos momentos desagradables derivados del acontecimiento estresor. Si su intensidad rebasa las capacidades de afrontamiento del individuo, pueden ocurrir trastornos mentales en los cuales existe una desconexión o falta de seguimiento entre pensamientos, recuerdos, razonamiento (a esto se le llama disociación). Pueden tener lugar los principales síntomas como: despersonalización, pérdida de memoria, entumecimiento de miembros, y, a mediano y largo plazo, búsqueda de aislamiento. Además, en un término no mayor a 4 semanas posteriores al evento estresor, se perciben los siguientes signos:

- Agonía emocional: una mezcla de diferentes emociones, como: enojo, irritabilidad, ansiedad y depresión, emociones propias del estrés.
- Problemas musculares: Tensión extrema y dolores en los músculos de diferentes áreas del cuerpo, experimentando dificultades en tendones y ligamentos.
- Problemas estomacales e intestinales: acidez, flatulencias, diarrea, y el síndrome del colon irritable, derivando en estreñimiento.
- Sobreexcitación: se manifiesta en problemas de la presión sanguínea como: un ritmo cardíaco inusual, transpiración de las palmas de las manos y pies, nariz y torso, mareos, dolor de tórax y dificultad para respirar (Miller y Smith,

2010).

Por otro lado, según la Asociación Americana de Psiquiatría DSM-V (1995), los síntomas pueden aparecer durante o inmediatamente de manera posterior a haber vivido el trauma, el proceso habitual dura entre 2 y 15 días. Si el estrés agudo llega a persistir después de un mes, se puede estar hablando de un estrés agudo con tendencia a volverse crónico, con la permanencia de los síntomas. Si ya se contaba con tratamiento psicológico o psiquiátrico, y los síntomas no se atenúan; el tratamiento debería ser reevaluado y modificado. Para que se pueda tener un acercamiento al diagnóstico y tratamiento, se deben tener en cuenta: la intensidad, duración e inmediación de la exposición a la situación traumática. Es importante mencionar que existen factores como: antecedentes familiares, experiencias durante la etapa infantil, trastornos de personalidad, que tienden a influir en la “predisposición” para experimentar estrés agudo.

La Asociación Americana de Psiquiatría, en el DSM-5 (2013), refiere ciertos factores asociados con el trastorno del estrés agudo, clasificándolos de la siguiente manera:

- A. Exposición a la muerte, lesiones graves, violencia sexual de manera real o amenazante. De igual manera, también puede darse la siguiente taxonomía:
 - 1. Experiencia directa hacia el evento o suceso.
 - 2. Presencia ante el suceso o evento traumático, o conocimiento de que le ocurrió a otras personas.
 - 3. Entendimiento de que el evento o suceso le ocurrió a un familiar, amigos o conocidos.
 - 4. Reproducir de manera mental, constantemente, los eventos que causan algún trauma.
- B. Existencia de nueve o más síntomas de las siguientes taxonomías; categoría de intrusión, estado de ánimo negativo, separación y evasión; los síntomas tienden a agravarse posteriormente al evento o situaciones

traumáticas. Examinaremos brevemente cada uno de estos síntomas (pág. 268):

- **Síntomas de intrusión**

- a) Recuerdos intrusivos, es decir: involuntarios y espontáneos llenos de dolor, desconsuelo, inquietud o agobio, propios del suceso o evento traumático.
- b) Sueños agobiantes resultantes del evento traumático, conexiones recurrentes de los sucesos por medio del sueño (pág. 168).
- c) Reacciones disociativas: se refieren a que la persona afectada revive el momento estresante, mediante recuerdos o situaciones que los detonan, y que llegan a repetirse constantemente (pág. 169).
- d) Malestar psicológico y físico intenso, producido por estímulos o reacciones del cuerpo, situación derivada por observar elementos internos o externos asociados al trauma o evento (pág.169).

- **Estado de ánimo negativo**

- a) Pobre o nula capacidad o voluntad de poder experimentar emociones o sensaciones positivas (pág. 169).

- **Síntomas disociativos (separación)**

- a) Sentido de la realidad alterado, ya sea del propio ambiente o del individuo en sí (pág.169).
- b) Inhabilidad de poder recordar un momento o el propio suceso o evento traumático, derivado de algún problema de memoria, trauma cerebral, ingesta de algún estupefaciente. (pág. 169)

- **Síntomas de evitación**

- a) La voluntad de evitar recordar o traer a la mente eventualidades, relacionadas con el evento traumático, que traen consigo dolor, tristeza o aflicción (pág. 169).
- b) Esfuerzo por evitar espacios, personas, actividades, memorias u objetos enlazados al trauma, que alteran la percepción o interpretación que realiza el

individuo (pág. 169).

Síntomas de alerta

- a) Variaciones del sueño, incapacidad de poder conciliar, o terminar un periodo prolongado de sueño (pág. 169).

1.3.1.3. Estrés Crónico

Según Santana, Y., Berasategui, Y., Hernández, Y. y Rodríguez, R. (2014), el estrés crónico es resultado de la unión de hechos o ideas de situaciones estresantes o inquietantes, derivadas de un momento o acontecimiento, en el cual las personas llegan a experimentar síntomas físicos como: temblores, sudoración excesiva. Entre los síntomas psicológicos se encuentran: la capacidad intelectual y creativa disminuyen, además de experimentación de pesimismo. De igual manera se puede presentar insomnio, disminución de la energía y del deseo sexual. Se deja de lado el cuidado personal y el aspecto físico y de la alimentación, y posteriormente, se pueden llegar a dañarlas relaciones interpersonales.

Por otro lado, Moscoso, M. (2014) refiere que el estrés crónico se halla relacionado con procesos donde el ser humano se encuentra o se encontró en episodios demandantes o llenos de presión. Las personas que lo experimentan califican a estos momentos como “interminables” o “eternos”. El estrés crónico ha tenido mayor prevalencia en ciertas poblaciones, como: las que se encuentran en vulnerabilidad de algún tipo, sufren de pobreza, o de bajo nivel educativo. Al igual, en aquellas personas que tienen bajo su cuidado, por tiempos prolongados, a personas con alguna enfermedad, discapacidad o a adultos mayores. También se ha verificado la incidencia de estrés crónico en la población que sufre conflictos en sus lugares de trabajo, en situaciones locales o nacionales amenazantes, o que sufren de enfermedades crónicas degenerativas, entre otras circunstancias.

1.3.2. Ansiedad

La ansiedad es un trastorno mental caracterizado por perturbaciones psicoemocionales y biofisiológicas, caracterizadas por el miedo excesivo de algunas situaciones, reales o imaginarias. Hoy en día es muy común que las personas

tengan o hayan tenido en algún momento de su vida este padecimiento (Martínez, M. y López, D. 2011).

Diversas investigaciones mencionan que la ansiedad surge por situaciones ambiguas y se puede llegar a constituir una patología, cuando se presenta como desproporcionada, durante largos periodos. Es un trastorno que presenta síntomas fisiológicos importantes, tales como: frecuencia cardiaca elevada, presión arterial elevada, tensión muscular. Estas son afectaciones que son comunes también ante situaciones de estrés. Algunas de sus diferencias se muestran en la siguiente tabla.

Tabla 9

Comparación entre ansiedad fisiológica y ansiedad patológica

<i>Ansiedad Fisiológica</i>	<i>Ansiedad Patológica</i>
Mecanismo de defensa frente a amenazas de la vida diaria	Puede bloquear una respuesta adecuada a la vida diaria
Reactiva a una circunstancia ambiental	Desproporcionada al desencadenante
Función adaptativa	Función desadaptativa
Mejora nuestro rendimiento	Empeora el rendimiento
Es más leve	Es más grave
Menor componente somático	Mayor componente somático
No genera demanda de atención psiquiátrica	Genera demanda de atención psiquiátrica

Nota. Se muestra la comparación entre la ansiedad fisiológica y patológica, involucrando la gravedad, tiempo de duración, así como requerimiento de atención médica, entre otras. Tabla tomada de Navas, W. y Vargas, M. (2012, p. 498).

Estos síntomas dificultan la vida diaria de las personas y con el tiempo pueden agravarse de forma paulatina, al estar expuestos a situaciones como estrés, exámenes o un conflicto familiar. Algunas investigaciones mencionan que el trastorno por ansiedad podría contar con factores genéticos; desarrollarse por el entorno o por haber sido víctima de algún hecho traumático (Instituto Nacional de la Salud Mental de Estados Unidos, 2022).

El DSM-5 (2013) clasifica el trastorno por ansiedad de la siguiente manera:

- Trastorno de ansiedad por separación
- Trastorno de ansiedad social (fobia social)
- Trastorno de pánico
- Agorafobia
- Trastorno de ansiedad generalizada
- Trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos
- Trastorno de ansiedad debido a otra afección médica
- Otro trastorno de ansiedad especificado
- Otro trastorno de ansiedad no especificado (Guía de Consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5, 2013).

Algunos de los síntomas comunes son los siguientes:

- Preocupación excesiva
- Sentimientos nerviosos
- Dificultad para relajarse
- Problemas para concentrarse
- Dificultad para dormir
- Sentirse fatigado
- Dolor muscular
- Movimientos nerviosos
- Sentimientos irritables
- Sudoración (Guía de Consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5, 2013).

El trastorno de ansiedad generalizada es el más común de los trastornos relativos a la ansiedad. Se refiere a la duración de la ansiedad en periodos de más de seis meses y tiene una relación con alguna problemática social, actividad laboral o escolar, o contextos familiares complicados, presentando los siguientes síntomas: preocupación incontrolada, inquietud, fatiga, dificultad para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular, problemas de sueño. Es importante enfatizar algunos

puntos en torno a este trastorno: la ansiedad causa problemas fisiológicos, emocionales, cognitivos, en lo social, lo laboral u otras áreas; esta alteración normalmente no está ocasionada por el consumo de alguna sustancia (Guía de Consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5, 2013).

Finalmente, debe hacerse alusión a que el trastorno de ansiedad abarca una gran gama de manifestaciones y clasificaciones, las cuales no serán desarrolladas a profundidad en este trabajo, por apartarse de los objetivos del mismo. Sólo cabe mencionar que otros tipos de trastornos de ansiedad son los siguientes; el inducido por sustancias/medicamentos; el causado por alguna afección médica, con manifestaciones fisiológicas originarias; y el trastorno de ansiedad no especificado, cuando médicamente no es posible atribuir el padecimiento a una situación o circunstancia determinada con exactitud, que permita un diagnóstico más “refinado” (Guía de Consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5, 2013).

1.3.3. Depresión

Según el DSM-5 (2013) refiere los trastornos depresivos, también conocidos como “trastornos de desregulación disruptiva del Estado de ánimo”, ya que son patologías que se dividen en dos aspectos: el trastorno de depresión mayor y el trastorno depresivo persistente. A continuación, se profundiza en la explicación sobre ambos.

El trastorno de depresión mayor: es un trastorno depresivo persistente, que puede cursar con distimia (un tipo de depresión moderada, pero prolongada); se caracteriza con la presencia de síntomas como: ánimo abatido, tristeza, sentimientos de vacío e irritabilidad, además de cambios somáticos y cognitivos que afectan al individuo. La patología se desarrolla por un desbalance químico cerebral. A veces el origen es social, por un contexto negativo severo o persistente. Sin embargo, este trastorno depresivo también puede ser inducido por una sustancia y/o medicamento; de igual manera puede desencadenarse debido a una afección médica importante. El trastorno depresivo mayor sobresale entre los demás, ya que es recurrente, con episodios específicos con una prolongación de al menos dos semanas, lo cual implica cambios en la cognición, e incluso, puede generar

condiciones neurodegenerativas.

Por otro lado, tenemos al trastorno depresivo persistente (distimia): de igual manera se compone de variaciones en el estado de ánimo, alcanzando un curso de al menos dos años en adultos, y de uno, en infantes.

El DSM-5 (2014) presenta un listado de características del trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, que se presenta en niños y adolescentes, paralelamente a la depresión:

- a) Ataques de cólera graves, la mayoría de las veces se presentan de manera repetitiva, agreden de manera verbal y física, además de dañar propiedades ajenas.
- b) Los ataques de cólera no concuerdan con el desarrollo de la patología.
- c) La frecuencia de los ataques de cólera, suelen observarse tres o más veces por semana.
- d) Los estados de ánimo son persistentes e irritables, duran casi todo el día y se dan entre los ataques de cólera.
- e) Los individuos han estado experimentando los puntos a) y d) durante 12 meses o más, y no han estado más de tres meses sin experimentar los síntomas anteriores.
- f) Los puntos a) y d) tienen mayor presencia en diferentes entornos como: la casa, escuela y con compañeros.
- g) La primera valoración no se realiza antes de los 6 años ni posterior a los 18 años.
- h) Los acontecimientos refieren que los puntos a) y e) inician antes de los 10 años.
- i) No existe un ciclo específico donde los criterios sintomáticos no se hayan presentado en más de un día; su prolongación se ha dado solamente en episodios maníacos e hipomaniacos.
- j) Los comportamientos no son propios del trastorno de depresión mayor y no existe otra enfermedad que los explique; por ejemplo, no hay ninguno de los siguientes: trastorno del espectro autista, trastorno por

estrés post traumático, trastorno por ansiedad de separación, y trastorno depresivo persistente (distimia).

- k) No se puede inculpar los síntomas de efectos fisiológicos derivados de la ingesta de alguna sustancia u alguna enfermedad médica o neurológica.

Hemos mencionado este tipo de trastorno por haberlo considerado como un dato interesante. Sin embargo, la prevalencia del trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo habitualmente se registra en infantes y adolescentes; no puede mencionarse lo mismo de la comunidad en general, por lo cual, no se espera encontrar este tipo de trastorno en los sujetos de investigación de esta tesis.

De esta manera, estamos concluyendo el Marco Teórico, con el cual hemos buscado dar respuesta a varias de las preguntas de investigación que guiaron nuestra investigación.

1.4. La necesidad de impulsar la promoción de la salud mental

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022, párr. 2-4) menciona que la salud mental es:

Un estado de bienestar mental que permite a las personas hacer frente a los momentos de estrés de la vida, desarrollar todas sus habilidades, poder aprender y trabajar adecuadamente y contribuir a la mejora de su comunidad. Es parte fundamental de la salud y el bienestar que sustenta nuestras capacidades individuales y colectivas para tomar decisiones, establecer relaciones y dar forma al mundo en el que vivimos. La salud mental es, además, un derecho humano fundamental. Y un elemento esencial para el desarrollo personal, comunitario y socioeconómico.

La salud mental es más que la mera ausencia de trastornos mentales. Se da en un proceso complejo, que cada persona experimenta de una manera diferente, con diversos grados de dificultad y angustia y resultados sociales y clínicos que pueden ser muy diferentes.

La OMS (2022) indica que la salud mental puede ser afectada por diversos trastornos, que pueden dar lugar a reducción o pérdida de la funcionalidad en las esferas psicológica y social, debido a que dichas alteraciones suelen caracterizarse por niveles elevados de estrés, angustia, sufrimiento, que incluso pueden conducir a “conductas autolesivas” (párr. 3). Existe una amplia variedad de determinantes de la salud mental, que van desde factores individuales, hasta las grandes estructuras sociales, políticas y económicas, que pueden actuar como protectores o como riesgos respecto a la salud mental. Entre los diversos elementos individuales que la OMS enlista se encuentran las condiciones fisiológicas y psicológicas de cada persona, su carga genética particular, sus capacidades de gestión emocional, la exposición a circunstancias adversas y el consumo de sustancias psicoactivas. Los determinantes estructurales incluyen condiciones tales como los contextos sociales, políticos, económicos y ambientales, que se manifiestan, por ejemplo, en situaciones como la pobreza material y cultural, la violencia, las inequidades, las condiciones medioambientales nocivas.

Respecto a las condiciones protectoras de la salud mental, la OMS señala que (2022, párr. 8) “Los factores de protección se dan [...] durante toda la vida y aumentan la resiliencia. Entre ellos se cuentan las habilidades y atributos sociales y emocionales individuales, así como las interacciones sociales positivas, la educación de calidad, el trabajo decente, los vecindarios seguros y la cohesión social, entre otros”.

Entre los factores de riesgo para la salud mental, la OMS (2022, párr. 10) destaca que hay “amenazas locales”, que ponen en peligro a individuos, familias y

sus comunidades. También existen amenazas de proporciones globales, las cuales afectan a la totalidad de la población, como serían las crisis económicas, las “emergencias humanitarias”, la migración forzada, la crisis climática en aumento, y, especialmente importante para este trabajo, los brotes de enfermedades. Justamente este último caso está relacionado con la pandemia por COVID-19.

Respecto a la promoción de la salud mental, la OMS (2022) señala que las intervenciones de este campo de conocimiento tendrían que enfocarse en la identificación de los determinantes en todos los niveles: personal, social y estructural. A partir de esta detección, se tendrían que diseñar intervenciones con el objetivo de incrementar la resiliencia de individuos y comunidades, proponer estrategias para la reducción de los riesgos, e igualmente, proponer medidas para crear contextos que funcionen como determinantes protectores de la salud mental.

La OMS (2022, párr. 12-15) indica que las intervenciones de estas dimensiones requieren que se involucren las autoridades encargadas de diversas cuestiones, tales como:

[...] Educación, trabajo, justicia, transporte, medio ambiente, vivienda y protección social. El sector de la salud puede contribuir de modo significativo integrando los esfuerzos de promoción y prevención en los servicios de salud, y promoviendo, iniciando y, cuando proceda, facilitando la colaboración y la coordinación multisectoriales.

[...Es necesario implementar...] políticas y leyes que promuevan y protejan la salud mental [...] poniendo en marcha programas escolares y mejorando la calidad de los entornos comunitarios y en línea. Los programas de aprendizaje socioemocional en las escuelas son de las

estrategias de promoción más eficaces para cualquier país, independientemente de su nivel de ingresos.

Para los contenidos de esta tesis, la siguiente declaración de la OMS (párr. 16) es de importancia especial: “La promoción y protección de la salud mental en el trabajo es una esfera de interés creciente, que puede favorecerse mediante la legislación y la reglamentación, estrategias organizacionales, capacitación de gerentes e intervenciones dirigidas a los trabajadores”. De acuerdo con la información que se recolectó en esta tesis, obtenida a partir de las entrevistas con los sujetos de investigación, se pudo constatar que actualmente no existen programas de promoción de la salud mental dirigidos a los trabajadores de salud del Hospital Adolfo Ruiz Mateos, por lo cual, se confirma lo que la OMS (2022, párr.19) indica: que existe un:

Enorme déficit de atención de diversas afecciones de salud mental, como la depresión y la ansiedad [y que] los países deben encontrar formas innovadoras de diversificar y ampliar la atención para estas afecciones, por ejemplo, mediante servicios de asesoramiento psicológico no especializado o de autoayuda digital.

Las autoras de esta tesis pensamos que los promotores de la salud deberíamos contar con la formación académica necesaria para poder desempeñarnos en los “servicios de asesoramiento psicológico no especializado” que son mencionados por la OMS (2022).

En la siguiente tabla, se han agrupado las “vías de transformación” que la OMS (2022) propone para desarrollar el “Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2030” de manera acelerada. Todos los Estados Miembros de la OMS establecieron su compromiso para implementar este plan, cuyo objetivo se centra en la aplicación de estrategias de promoción y prevención para el mejoramiento de

la salud mental, impulsando la investigación científica, los sistemas de atención integral, y la gobernanza más efectiva.

Tabla 10

Las tres vías de transformación para mejorar la salud mental, según la OMS (2022)

Vías de transformación	<ul style="list-style-type: none">• Aumentar el valor que otorgan a la salud mental las personas, las comunidades y los gobiernos, y hacer que todas las partes interesadas, de todos los sectores, se comprometan en favor de la salud mental e inviertan en ella;• Actuar sobre las características físicas, sociales y económicas de los medios familiares, escolares, laborales y comunitarios en general a fin de proteger mejor la salud mental y prevenir las afecciones de salud mental, y• Fortalecer la atención de salud mental para que todo el espectro de necesidades en la materia sea cubierto por una red comunitaria y por servicios de apoyo accesibles, asequibles y de calidad (párr. 23).
Necesidades pendientes de atención	<ul style="list-style-type: none">• Promoción de la salud mental• Protección de los derechos humanos• Empoderamiento de los afectados en salud mental• Formulación de un enfoque multisectorial para atender los problemas de salud mental• Establecer liderazgos estratégicos• Implementar entornos humanitarios• Impulsar la investigación científica• Impulsar los apoyos técnicos• Crear herramientas para responder eficazmente a los retos en salud mental de las poblaciones (párr. 24-25).

Nota. Tabla elaborada con datos proporcionados por la OMS (2022, párr. 23-25).

A partir de la información presentada en la tabla anterior, es posible identificar que los promotores de salud, con una formación académica adecuada, podrían intervenir para trabajar en las tres vías de transformación para la mejora de la salud mental, propuestas por la OMS. A continuación, procederemos a revisar el Marco Contextual, que aborda datos importantes sobre el sitio en el cual se llevó a cabo la investigación: el Hospital Adolfo López Mateos, del ISSSTE.

2. Marco Contextual

Un marco contextual tiene por objetivo ofrecer la descripción del contexto geográfico y social dentro del cual se desarrolla el fenómeno de estudio, a fin de proporcionar elementos adicionales para su comprensión. Tal como lo señalan Blaxter, L., Hughes, C. y Tight, M. (2000, p. 35):

Poner en contexto algo significa hacerlo comprensible para otros; señalar antecedentes o situaciones previas, agregar datos, como: el lugar donde ocurrió, los actores principales [...] Contextualizar un trabajo de investigación, de manera similar, es abordar el lugar y coordenadas del objeto de estudio, caracterizar el ambiente humano, social, económico, político y cultural que lo condiciona.

De acuerdo con tal definición, a continuación, se presenta el marco contextual de esta investigación. En él se ofrecen detalles acerca del contexto geográfico y laboral propio del fenómeno de estudio abordado.

2.1. El Hospital Adolfo López Mateos del ISSSTE

La administración del Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos diseñó un Modelo Proactivo de atención integral en el año 2019, con la finalidad de mostrar servicios enfocados a la alta especialidad, atención afectiva, global y humanista de las necesidades de los usuarios. Con la participación de los trabajadores, las especialidades y los departamentos, el modelo se diseñó desde una mirada proactiva con miras a obtener resultados de excelencia (Hospital Regional ISSSTE Lic. Adolfo López Mateos. 2019). En la siguiente figura puede apreciarse el proceso de intervención que se observa en esta unidad hospitalaria.

Figura 7

Proceso de intervención y redes de apoyo para una adecuada salud



Nota. Figura tomada de Hospital Regional ISSSTE Lic. Adolfo López Mateos (2019).

El modelo proactivo está estructurado con la finalidad de optimizar los beneficios en la operación del hospital. Se busca que los usuarios cuenten con una atención integral, haciendo efectivo su derecho a la salud, mediante la observancia de los siguientes principios (ISSSTE Lic. Adolfo López Mateos 2019):

- Equidad: Todos los asegurados y derechohabientes cuentan con las mismas oportunidades en el ejercicio de su derecho a la salud.
- Seguridad: El modelo está a favor de la reducción de riesgos de los pacientes, por medio de acciones dirigidas a mejorar el desempeño en su cuidado, siendo ésta una de las principales prioridades.
- Calidad: Para que este aspecto se lleve a cabo es necesario seguir

textualmente normas y procedimientos expresamente estipuladas por el modelo, con el fin de obtener el mayor costo-beneficio en los temas generales de salud.

- **Integralidad:** El modelo debe ser capaz de tener conciencia de todos los problemas y resolver la mayoría de ellos, con la ayuda de servicios preventivos, protección específica, promoción de la salud, atención curativa, ambulatoria, física y rehabilitación.
- **Eficacia:** Garantizar que las propuestas o intervenciones dirigidas a la salud, resuelvan los problemas propuestos, obteniendo resultados satisfactorios.
- **Eficiencia:** Se enfoca en realizar adecuadamente las actividades con la ayuda de servicios y recursos disponibles.
- **Universalidad:** Tiende a sustentarse con la definición de salud según la Organización Mundial de la Salud (OMS), mencionando que la salud es un estado mental de completo bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de afecciones o enfermedades. Es por ello que todas las personas tienen el derecho de recibir atención médica consiguiendo la universalidad de todos los servicios.

El Hospital Adolfo López Mateos del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), fue nombrado así en honor al presidente de los Estados Unidos Mexicanos fundador de éste. Fue inaugurado el 17 de noviembre de 1970; inició sus actividades como hospital con atención a 41 especialidades médicas, tales como: cirugía pediátrica, laparoscópica y maxilofacial; terapia intensiva; biología de la reproducción; geriatría y oftalmología, entre otras. Inicialmente brindaba atención a una población de 93 mil derechohabientes. El 1 de marzo de 1971 se categorizó como Hospital General. Actualmente, el Hospital Regional Adolfo López Mateos se encuentra en el tercer nivel de atención, y ofrece atención a un millón 288 mil 222 afiliados. Cuenta con la siguiente estructuración:

- 68 especialidades y subespecialidades
- 252 camas censables
- 8 quirófanos

- Una plantilla de recursos humanos en la que se incluyen 2030 empleados
Como personal médico, se encuentran:
 - ❖ 456 médicos.
 - ❖ 801 miembros de enfermería (Órgano de difusión del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, 2021).

Este hospital está ubicado en la Av. Universidad 1321, colonia Florida, Alcaldía Álvaro Obregón, código postal 01030 Ciudad de México (Figura 8).

Figura 8

Ubicación geográfica del Hospital Regional López Mateos



Nota. La imagen fue obtenida de Google Maps.

https://www.google.com.mx/maps/place/ISSSTE+Hospital+Regional+Lic.+Adolfo+L%C3%B3pez+Mateos/@19.3588444,-99.1755852,17z/data=!3m1!4b1!4m6!3m5!1s0x85d1ffa34b0fe143:0xd277d1f229188cf18m2!3d19.3588394!4d-99.1730103!16s%2Fq%2F1tdkbf02?hl=es-419&entry=ttu&_ep=EgoyMDI1MDEyOS4xIKXMDSoASAFQAw%3D%3D

2.2. Condiciones de Trabajo del Personal de Enfermería en Primera Línea de Atención a Enfermos de COVID-19

La información para formular este apartado fue tomada de las respuestas obtenidas que los sujetos de investigación proporcionaron a través de las entrevistas que las investigadoras llevaron a cabo. Los sujetos opinaron si existían o no los protocolos sobre cómo actuar ante la situación de emergencia por COVID-19 dentro de su área o en el hospital. A medida que la pandemia fue avanzando y aumentó el número de pacientes admitidos, se asignaron zonas para atender a aquellos con resultados positivos a COVID, o con probable COVID. Los servicios a los usuarios que presentaban alguna otra enfermedad continuaron brindándose con normalidad.

En torno al tema de la capacitación para combatir la pandemia, los sujetos valoraron que, a inicio de la pandemia recibieron una capacitación que consideraron no formal a su punto de vista. Sin embargo, mencionaron que les brindaron la información necesaria para la colocación y retiro del EPP (Equipo de Protección Personal). En las figuras 9 y 10 se encontrarán los detalles acerca de la utilización correcta de estos materiales.

El personal de enfermería entrevistado manifestó haber trabajado de acuerdo con sus conocimientos previos y las experiencias del día a día. Indicaron que la atención a esta enfermedad, durante el período de emergencia, trajo situaciones cambiantes, sujetas a diversas variables. Se adaptó un área de *triage* con la finalidad de reducir la saturación del hospital y sus diferentes áreas enfocadas a la atención de la COVID-19. El procedimiento de *triage* se refiere a lo siguiente:

El *triage* es un sistema de puntuación que permite priorizar la atención de pacientes con base en la clasificación de su agudeza y gravedad clínica. A su vez, permite reconocer los recursos que deben disponerse

para cada uno de los pacientes según la severidad de su padecimiento [...] El *triage* es un método decisivo para una atención efectiva de los pacientes que pasan por un incidente mayor ya que su objetivo es priorizar, en función de la agudización y gravedad clínica. Proporciona un método de distribución de recursos en la atención médica según las necesidades de cada paciente. Se aplica con el propósito de definir el orden en que los pacientes recibirán tratamiento y transporte en función de su condición, pronóstico y disponibilidad de recursos. A pesar de que el *triage* tiene como principal objetivo la clasificación de pacientes, otras funciones que han sido descritas son: la identificación de pacientes en situación de riesgo vital, asegurar la priorización en función del nivel de clasificación, decidir el área más apropiada para atenderlos, aportar información acerca del proceso asistencial, disponer de información para familiares, mejorar el flujo de pacientes y la congestión del servicio, entre otros. (Herrera-Almanza, L., Hernández-Martínez, A., Roldán-Tabares, M., Hernández-Restrepo, F., Thowinson-Hernández, M. Coronado-Magalhaes, G., Cuartas-Agudelo, Y. y Martínez-Sánchez, L. 2022, pp. 322- 323).

Los sujetos también indicaron que un día normal durante la etapa crítica de la pandemia por COVID-19 planteaba procesos difíciles. Al principio, no se tenía certeza sobre los síntomas y las vías de contagio. Refieren que se tenían que “preparar mental y físicamente”. Las primeras tareas del personal de enfermería, al arribar al hospital, consistían en colocarse el EPP, lo cual incluía: colocarse una bata, guantes, cubrebocas, *goggles* (gafas de protección), botas, para así dirigirse al área que les asignaba. No se les permitía tomar agua ni comer durante la mayor parte del tiempo de su jornada laboral.

Los sujetos explicaron que estar en el área COVID les generaba nerviosismo, estrés, lo cual se agudizaba cuando se encontraban con pacientes intubados, ya que su responsabilidad era vigilar que no se presentara una broncoaspiración (ahogamiento). Además, se encontraban a cargo del suministro oportuno y correcto de los medicamentos. Los sujetos describieron que estos días fueron laboral y emocionalmente muy complicados.

Los datos referidos por los sujetos de investigación permiten apreciar que, las medidas de seguridad como insumos y el material de protección entregados por el hospital carecían de ciertos aspectos para considerarlos adecuados. La unidad médica proporcionó la cantidad de acuerdo las necesidades considerando fueran suficientes, pero, en realidad las cantidades fueron incorrectas. Por tal razón, el personal tomó la iniciativa de hacer compras externas para tratar de contar con una mayor seguridad, por medio de equipo aislante, que incluía *goggles*, trajes que cubrían todo el cuerpo, caretas y guantes. Los sujetos califican como “medio” el nivel de las medidas de seguridad, protección e insumos que les otorgaba el hospital.

Figura 9

Colocación del Equipo de Protección Personal (EPP)

¿Cómo me coloco el EPP?

Colocación del Equipo de Protección Personal (EPP) para otorgar atención a pacientes con COVID-19

Verifica
Que tu Equipo de Protección Personal (EPP) esté completo y listo para su uso.

Procura
Realizar la colocación de tu EPP con la supervisión de algún colega, si recibes observaciones, atiéndelas para tu seguridad.

Cuidate
El uso correcto del EPP y todas las medidas de prevención tienen como finalidad tu bienestar y seguridad.

- 1** 

Retira todos los aditamentos personales (joyas, reloj, teléfono celular, bolígrafos, etc.)
- 2** 

Realiza higiene de manos con agua y jabón o solución a base de alcohol.
- 3** 

Coloca bata de manga larga impermeable desechable o bata de algodón.
- 4** 

Coloca el cubrebocas quirúrgico o el respirador N95 o equivalente.
- 5** 

Coloca la protección ocular (goggles o careta).
- 6** 

Coloca gorro desechable (Opcional).
- 7** 

Coloca el par de guantes desechables.

Notas

1. No use tela adhesiva para sujetar los guantes.
2. La bata desechable o de algodón deben ser cambiadas entre cada paciente con el fin de reducir el riesgo de infecciones.

La Secretaría de Salud ha adoptado estas recomendaciones basándose en la evidencia científica disponible. El material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita, ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de este material.

 **GOBIERNO DE MÉXICO** | **SALUD**
SECRETARÍA DE SALUD

 [gob.mx/salud](https://www.gob.mx/salud)

Nota. La figura muestra el protocolo a seguir de una adecuada colocación del EPP dirigida a todo el personal de primera línea de atención (Gobierno de México, 2020, p.28).

Figura 10

Retiro correcto del Equipo de Protección Personal (EPP)

¿Cómo me retiro el EPP?

Retiro correcto del Equipo de Protección Personal (EPP) al salir de la atención de pacientes con COVID-19

- 

Realiza la desinfección de los guantes con solución a base de alcohol
- 

Retira los guantes de forma lenta y segura
- 

Realiza higiene de manos con solución a base de alcohol
- 

Retira la bata de forma lenta y cuidadosa
- 

Realiza higiene de manos con solución a base de alcohol
- 

En caso de traer gorro, retíratelo, asegurandote que no toques la cara externa del mismo y que no toque tu piel.
- 

Realiza higiene de manos con solución a base de alcohol
- 

Retira lentamente los goggles o careta, asegurando que no toque tus ojos o área periorbital
- 

Realiza higiene de manos con solución a base de alcohol
- 

Retira la mascarilla quirúrgica o el respirador N95
- 

Realiza higiene de manos con agua y jabón o con soluciones a base de alcohol

La Secretaría de Salud ha adoptado estas recomendaciones basandose en la evidencia científica disponible. El material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita, ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de este material.



GOBIERNO DE MÉXICO

SALUD

SECRETARÍA DE SALUD

[f](#) [t](#) [i](#) [v](#) [gob.mx/salud](#)

Nota. La figura muestra los pasos para retirar correctamente el EPP para evitar propagación del COVID-19 (Gobierno de México, 2020, p.29).

Cabe señalar que, en contraste con las carencias reportadas por los sujetos de investigación, la sanitización debería haber sido una medida de seguridad importante que abarcara desde la entrada o recepción hasta los consultorios, salas de esperas, áreas asignadas para la hospitalización de los pacientes con COVID-19, por lo cual, todos los trabajadores deberían haber contado con la información y capacitación para el empleo del EPP, suficientes recursos materiales y equipo de protección para prevenir el contagio (Elizarrarás-Rivas, J., Cruz-Ruiz, N., Elizarrarás-Cruz, J., Robles-Rodríguez, P., Vásquez-Garzón, V., Herrera-Lugo, K. y Guevara-López, U. 2020).

3. Materiales y Métodos

3.1. Sujetos de Investigación

En la fase de investigación empírica se empleó una estrategia metodológica de estudios de caso. La técnica utilizada para conformar la muestra fue de tipo no probabilístico. En este caso, se realizó dicho muestreo no probabilístico de carácter intencional, para lo cual se determinaron algunas características que los sujetos necesariamente debían cumplir para poder ser incluidos en el estudio. La muestra fue delimitada de acuerdo con los intereses de la presente investigación, los cuales constituyeron los **criterios de inclusión** para los sujetos:

- 1) Ser personal de enfermería del Hospital Regional “Adolfo López Mateos”;
- 2) Haber trabajado en primera línea de atención a pacientes COVID-19 durante la etapa de emergencia de la pandemia.

El **muestreo** fue por conveniencia Otzen T. y Manterola, C. (2017), en el cual se incluyó a los individuos que aceptaron participar y tener accesibilidad y disponibilidad para otorgar la información solicitada (éste fue el tercer criterio de inclusión, el cual fue registrado a través del consentimiento informado).

Conformación de la muestra: ésta constó de cinco sujetos de investigación que reunieron los criterios de inclusión mencionados antes. Cuatro de los sujetos fueron de sexo femenino, y uno de sexo masculino, pertenecientes todos al mismo turno de trabajo dentro del mencionado hospital.

3.2 Diseño de investigación

Investigación transversal, descriptiva y exploratoria. El diseño de investigación empleado fue de tipo transversal, el cual tiene como característica que los instrumentos de recolección de datos (cuestionario y escalas de evaluación psicológica) sólo fueron aplicados en una sola ocasión. Esto permitió recolectar la información sobre las variables de estudio implicadas, sin repetir la aplicación de los instrumentos.

La investigación fue de tipo descriptiva, es decir, sólo se recolectó la información sobre las variables en cuestión, que, en este caso, fueron: los efectos psicoemocionales negativos en personal de enfermería en primera línea de atención a pacientes COVID. No se manipularon experimentalmente las mencionadas variables de estudio; por lo tanto, no se trató de una investigación experimental, sino descriptiva Padilla, J. (2021).

La investigación también se puede clasificar como exploratoria, que, según lo indicado por Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2014), cuenta con la finalidad de estudiar una variable, o varias de ellas, en un contexto que ha sido poco explorado, y, por ende, los conocimientos sobre este son limitados o escasos. Esto significa que, habitualmente, las investigaciones exploratorias suelen llevarse a cabo en el caso de nuevos objetos o problemas de investigación.

De acuerdo con el párrafo anterior, en este caso, las variables a explorar fueron: los efectos psicoemocionales negativos sufridos por el personal de enfermería que atendió a pacientes COVID. La comunidad fueron los trabajadores enfermeros del Hospital Regional “Adolfo López Mateos”. El evento o situación poco conocida fue la etapa de emergencia de la pandemia por COVID-19, como evento generador de estrés o malestar psicológico; el momento específico se ubicó en la etapa de emergencia por la pandemia (años 2020-2021). El problema de investigación abordado en esta tesis resultó ser novedoso en esos momentos.

En cuanto a las investigaciones transversales, éstas se caracterizan por:

- La aplicación de los instrumentos de recolección de datos en un momento determinado, sin una repetición posterior.
- No se manipulan las variables; sólo se describe cómo se manifestaron.
- Permite observar varias características de los sujetos, en un lapso de tiempo determinado (Padilla 2021).

Se eligió llevar a cabo una investigación transversal por las ventajas que ésta ofrece, y que son estipuladas por Padilla (2021):

- Es una investigación “económica”, que puede evaluar factores diversos de riesgo.
- No hay “pérdidas” durante el procedimiento (“pérdidas” se refiere a deserción de los sujetos experimentales).

Es una investigación con enfoque cualitativo, empleando la técnica de estudios de caso. Para la triangulación de los datos, se utilizaron tres instrumentos de evaluación psicológica estandarizados, los cuales se describirán posteriormente en este mismo apartado.

3.3 Métodos de investigación

Para la conformación del Marco Teórico, se llevó a cabo una investigación documental, la cual abarcó la búsqueda de literatura científica sobre las temáticas que integran dicha sección de esta tesis. Otorgando el sustento teórico-conceptual de toda la investigación. Se empleó el buscador electrónico *Google Académico*.

Para la redacción del Marco Contextual, se realizó una doble investigación. Por una parte, se emplearon buscadores académicos para recabar la información sobre el Hospital Regional “Adolfo López Mateos” (Plan de Trabajo 2019, Lineamientos Generales de trabajo, entre otros documentos). Y para describir las condiciones de trabajo del personal de enfermería en primera línea de atención a pacientes COVID, se recurrió a las respuestas brindadas por los sujetos de investigación en uno de los instrumentos de recolección de datos (el cuestionario).

Para la parte empírica de esta investigación, se tomó la decisión de emplear técnicas de tipo cualitativo, específicamente, los estudios de caso. A diferencia de las de tipo cuantitativo, que se centran en datos numéricos, para los objetivos de la presente investigación interesaba más explorar los aspectos subjetivos de las vivencias personales de cada sujeto de investigación. Esto se encuentra de acuerdo con lo expresado por Guevara, G., Verdesoto, A. y Castro, N. (2020, p. 167): “El método de estudio de caso implica un análisis profundo y el estudio de individuos o grupos. Además, conduce a una hipótesis, y así el alcance de la investigación de un fenómeno”.

En la presente investigación, la hipótesis se planteó de manera cualitativa, no cuantitativa, tal como se muestra: los trabajadores del personal de enfermería en primera línea de atención a pacientes COVID, en el Hospital Regional “Adolfo López Mateos”, presentarán afectaciones psicoemocionales negativas a causa de dicha situación. En momentos iniciales de la investigación se desconocía la intensidad de dichas afectaciones, pero se esperaba encontrar manifestaciones elevadas de estrés, depresión, ansiedad y estrés post traumático, de acuerdo con la literatura científica revisada.

En lo que se refiere a los diferentes tipos de estudios de caso, Vicente-Colomina, A., Santamaría, P. y González-Ordi, H. (2020, p. 70) mencionan varios, de los cuales se eligió el estudio de caso sistemático o naturalístico, que se caracterizan:

Son estudios de caso clínicos rigurosos metodológicamente, en la medida en que siguen un formato estructurado, en el que se incluye tanto la información verbal aportada por el participante como los instrumentos de evaluación cualitativa o cuantitativa y algún tipo de análisis de los resultados de la intervención.

En el caso de esta investigación los informes verbales fueron recolectados a través de la aplicación de un cuestionario, y la información cuantitativa se recogió a partir de instrumentos de evaluación psicológica, con la finalidad de poder triangular los datos. Los estudios de caso empleados en esta investigación adoptaron la modalidad descriptiva o narrativa, en la cual se obtuvo la información verbal de cada sujeto de investigación, expresada con sus propias palabras, que manifiestan extensamente su visión personal del problema de investigación. Es especialmente útil porque deja ver la complejidad de cada caso particular, lo cual se perdería al trabajar con grupos control y experimental, mediante un abordaje cuantitativo.

Los estudios de caso resaltan la importancia que los fenómenos vivenciados por los sujetos representan subjetivamente, y para ello, tienen particular relevancia los relatos anecdóticos aportados por ellos.

De esta manera, los estudios de caso se emplearon con el objetivo de mostrar las manifestaciones de la subjetividad de cada individuo. El estudio de la subjetividad permite apreciar la singularidad de las experiencias personales: “El sentido subjetivo se entiende como la expresión compleja del sujeto, que incluye lo emocional y lo simbólico de su psique” (Palomino-Leyva, M. y Arteaga-Gómez, M. 2013, p.36).

3.4. Instrumentos de recolección de datos

La recolección de datos se llevó a cabo por medio de los siguientes instrumentos:

- Cuestionario, diseñado por las investigadoras.
- Escala de Estrés Percibido (PSS), de (Cohen, S., Kamarck, T. y Mermelstein, R., 1983).
- Inventario de Ansiedad de Beck (BAI).
- Inventario de Depresión de Beck (BDI)

3.4.1. Cuestionario

El cuestionario fue diseñado para evaluar el grado de afectación psicoemocional por la COVID-19. Está conformado por tres categorías de análisis:

- Primera categoría de análisis. Descripción de actividades laborales en la primera línea de atención a pacientes COVID-19. Integra 11 preguntas.
- Segunda categoría de análisis. Detección de efectos psicoemocionales relacionados con laborar en la primera línea de atención a pacientes COVID-19. Contiene 13 preguntas.
- Tercera categoría de análisis: consecuencias sociales del trabajo en primera línea de atención. Engloba 14 preguntas.

En total, el cuestionario comprende un total de 38 preguntas, que se responden de manera abierta. El formato de este cuestionario se puede consultar

en los anexos de esta tesis.

Debe aclararse que inicialmente, este cuestionario constituía a la entrevista semiestructurada. Sin embargo, debido a que los sujetos de investigación no disponían de tiempo para efectuar las entrevistas, a causa del exceso de trabajo por estar enfrentando una nueva “ola de contagios” por COVID, se optó por entregar el cuestionario, para que los sujetos pudieran responderlo cuando contaran con el tiempo necesario para ello.

3.4.2. Escala de Estrés Percibido (Cohen, et al., 1983)

Con la escala de estrés percibido la versión utilizada adaptada al español, de la autoría de Eduardo Remor.

Ésta se enfoca en evaluar el estrés. Hace referencia a los pensamientos y sentimientos del sujeto durante los meses más difíciles de la pandemia en relación con su trabajo. Consta de 14 frases, las cuales presentan una escala Likert de 5 opciones de respuesta: “nunca”, “casi nunca”, “de vez en cuando”, “a menudo” y “muy a menudo”, que cubren los rangos de 0 a 4, siendo 0 “nunca”, y 4, “muy a menudo”. El formato de este instrumento puede ser consultado en la sección de anexos de esta tesis.

Para la obtención de los resultados Cohen et al. (1983, s.p.) menciona que puede hacerse uso de lo siguiente:

La puntuación total de la PSS se obtiene invirtiendo las puntuaciones de los ítems 4, 5, 6, 7, 9, 10 y 13 (en el sentido siguiente: 0= 4, 1=3, 2=2, 3=1 y 4=0) y sumando entonces los 14 ítems. La puntuación directa obtenida indica que a una mayor puntuación corresponde un mayor nivel de estrés percibido.

3.4.3. *Inventario de Ansiedad, de Beck (BAI)*

Padrós, F., Montoya, K., Bravo, M., Martínez, M. (2020) describen que el Inventario de ansiedad elaborada por Aaron T. Beck, está constituido por 21 reactivos, los cuales pueden puntuarse de 0 a 4, donde 0 es “nada en absoluto” y 4 “muy intensamente”. Estas puntuaciones se utilizan para evaluar la intensidad de la ansiedad, la cual se manifiesta en sentimientos, emociones o síntomas corporales, en relación con el grado de afectación causado por la ansiedad.

El Inventario de Ansiedad de Beck está dirigido a poblaciones clínicas, y poblaciones generales (adolescentes y adultos); su estudio se orienta a edades de 13 años en adelante; su aplicación se lleva a cabo en un tiempo de 10 a 15 minutos, ya sea de manera individual o grupal. El formato de este instrumento puede ser consultado en la sección de anexos de esta tesis.

Los resultados se obtienen mediante la puntuación total; ésta puede fluctuar desde 0 hasta 63 puntos. Los baremos indican:

- Ansiedad mínima: 0 a 7 puntos;
- Ansiedad leve: 8 a 15 puntos;
- Ansiedad moderada: 16 a 25 puntos;
- Ansiedad grave: 26 a 63 puntos.

3.4.4. *Inventario de Depresión, de Beck II (BDI)*

El Consejo General de Consejos Oficiales de Psicólogos (2013) indica que el Inventario de Depresión de Beck-II, (BDI-II) de Aaron T. Beck, en su adaptación española de 2011, se enfoca a la evaluación de los niveles de depresión. Su aplicación se ha ajustado a la población en general, con edades de 13 años y más (adolescentes y adultos). Puede ser aplicado de manera grupal o individual, con un tiempo estimado de 5 a 10 minutos.

Consta de 21 afirmaciones, en forma de ítems de una escala de tipo Likert. Los reactivos están clasificados en grupos tales como: “tristeza”, “pesimismo”, “fracaso”, “pérdida de placer”, “sentimientos de culpa”, “sentimientos de castigo”, “disconformidad con uno mismo”, “autocrítica”, “pensamientos o deseos suicidas”,

“llanto”, “agitación”, “pérdida de interés”, “indecisión”, “desvalorización”, “pérdida de energía”, “cambios en los hábitos de sueño”, “irritabilidad”, “cambios en el apetito”, “dificultad de concentración”, “cansancio y fatiga” y “pérdida de interés en el sexo”. El formato de este instrumento puede ser consultado en la sección de anexos de esta tesis.

Los reactivos cuentan con una escala de calificación de 0 a 3 puntos, a excepción de las preguntas: 16 (“cambios en los hábitos de sueño”) que va de 0 a 3b, y 18 (“cambios en el apetito”), que abarca de 0 a 3b. Estos reactivos cuentan con 7 opciones de respuesta cada uno.

La puntuación se obtiene mediante la suma de los puntajes otorgados por el sujeto en los 21 reactivos, donde 0 es la mínima puntuación y 63 es la máxima. La clasificación de acuerdo con los puntajes indica la intensidad de la depresión, empleando cuatro grupos:

- Mínima (0 a 13 puntos),
- Leve (14 a19);
- Moderada (20 a 28);
- Grave (29 a 63).

Si el sujeto hubiera elegido varias opciones en algún reactivo, deberá considerarse la más alta.

3.5. Procedimiento

La elección de los sujetos de investigación se realizó mediante la proximidad de éstos con las investigadoras. En este caso, una de ellas tiene parentesco con una enfermera que laboró en la primera línea de atención del COVID-19 en el Hospital Adolfo López Mateos. Por medio de ella se pudo acceder a los 4 sujetos de investigación restantes.

Inicialmente, se tenía la intención de entrevistar a los cinco sujetos de investigación. Sin embargo, debido a las cargas de trabajo de éstos, no fue posible proceder de esa manera. Sólo se logró hacer una entrevista. El resto de los datos se obtuvo mediante la auto aplicación del cuestionario que fue diseñado como formato para la entrevista semiestructurada. En estos casos, se contactó a los

sujetos vía telefónica. Durante estas conversaciones, las investigadoras expusieron los objetivos de la investigación y los fines del estudio, y solicitaron su participación a través de proporcionar los datos requeridos en el cuestionario y los instrumentos de evaluación psicológica.

Cabe subrayar que en el lapso en que se recolectaron los datos, la Ciudad de México se encontraba en una ola de contagios por COVID-19, de modo que los sujetos no se hallaban disponibles presencialmente para proporcionar la información. Por lo tanto, el procedimiento observado fue el siguiente:

- a) En el caso de un sujeto: se realizó de manera presencial una entrevista y las escalas de medición en el domicilio de una de las investigadoras. Se proporcionó la carta de consentimiento informado. El sujeto solicitó que la entrevista no fuera grabada. La duración de ésta tomó un tiempo aproximado de 1 hora 40 minutos; mientras que el tiempo destinado para las escalas de medición sólo requirió aproximadamente 10 minutos.
- b) En el caso de los 4 sujetos investigación restantes, éstos acordaron que, por seguridad de ellos y de las investigadoras, se trabajaría de manera no presencial. Estos sujetos recibieron el cuestionario y las escalas de evaluación psicológica por medio de correos electrónicos, en diciembre de 2021. Los sujetos entregaron estos formatos en versión impresa, que contenía sus respuestas, a la enfermera que fungió como contacto entre ellos y las investigadoras, entre diciembre de 2021 y enero de 2022.

3.6. Procesamiento de los datos

Para la sistematización de la información obtenida por medio de los cuestionarios y los instrumentos de evaluación psicológica (escalas), se realizó el procesamiento por medio de dos herramientas que se emplean en metodología cualitativa: Estudios de caso y Matrices, de Miles y Huberman.

3.6.1 Matrices de Miles y Huberman

Miles, M., Huberman, M. y Saldaña, J. (1994, p. 108) indican que algunos de los mayores problemas de las investigaciones de corte cualitativo están relacionados con la gran cantidad de datos que se recaban:

Textos extensos, no reducidos, en la forma de transcripciones de entrevistas, notas de campo, documentos, y otros similares, resultan engorrosos porque [los datos] se encuentran dispersos a lo largo de numerosas páginas, y no es fácil apreciarlos como un todo. [Los datos] se presentan como secuenciales, no simultáneos, lo cual torna difícil el examinar dos o tres variables a la vez. Comparar cuidadosamente algunos textos extensos revista una considerable dificultad. Si su ordenación es pobre, se pueden volver muy voluminosos y hacernos sentir sobrecargados por la monotonía. Las mismas objeciones se aplican con una fuerza aún mayor para los lectores de los reportes finales. Ellos precisan, si no es que merecen, una entrega concisa de los datos que se han analizado. En esta cultura con alto predominio de la información visual, mostrar, más que decir, puede producir un impacto más efectivo y memorable en nuestras audiencias.

Las Matrices de Miles y Huberman se enfocan la organización de datos obtenidos a partir de entrevistas, grabaciones y observaciones de campo, entre otros instrumentos, según lo postulado por estos dos autores (citados en Rodríguez et al., 1999). Las matrices son una herramienta para la presentación de los resultados de investigación de corte cualitativo: exponen fragmentos de textos, citas, frases, síntesis o figuras simbólicas de forma clasificada y organizada, permitiendo al lector acceder a la información mediante patrones sistematizados establecidos en los datos. Posteriormente, esta sistematización puede utilizarse para hacer una interpretación. En palabras de Miles, Huberman y Saldaña (1994, p. 109), las matrices son: “esencialmente,

“la intersección” de dos listas, organizadas en filas y columnas”.

Su diseño consiste en tablas de doble entrada; dentro de las columnas se colocan los fragmentos de la misma categoría. Para el apartado de las filas se sitúan los diferentes sujetos, situaciones y casos, entre otros (Rodríguez, et al., 1999). En síntesis, las matrices permiten categorizar la información específica, posibilitando que el lector observe la relación y comparación entre los datos recolectados.

Para esta investigación, las matrices de Miles y Huberman fueron de gran utilidad, ya que su estructura permitió sistematizar los datos cuantitativos; en este caso los obtenidos por medio de los cuestionarios y los instrumentos de evaluación psicológica.

Cabe mencionar que estas matrices también permiten englobar la información cuantitativa arrojada por los instrumentos de evaluación psicológica.

3.6.2. Los Estudios de Caso

Los estudios de caso son una herramienta metodológica adecuada para la descripción detallada de la información subjetiva brindada por los sujetos de investigación. Permite recolectar datos tales como: perfil sociodemográfico, características socioculturales y familiares, reportes sobre experiencias e interpretaciones personales.

Según Vicente-Colomina et al., (2020), los estudios de caso pueden constituir una evidencia científica óptima para estudiar en detalle la expresión de la subjetividad de los sujetos. Para la estrategia metodológica utilizada en esta investigación, se empleó su versión descriptiva de los estudios de caso, conforme con lo indicado por Vicente-Colomina et al., (2020, p. 70):

Dentro del abanico de estudios que se basan en el análisis de un único caso o de una unidad, se pueden diferenciar al menos cuatro tipos de acuerdo con sus características metodológicas y con el contexto de la

intervención: los diseños experimentales de caso único, los estudios o informes de caso clínico (o narrativos), los estudios de caso sistemático y los estudios de caso basados en la evidencia.

Vicente-Colomina et al., (2020) realizan algunas recomendaciones sobre buenas prácticas para la mejora de la calidad de los estudios de caso; para esta investigación fue de importancia contemplar algunas de ellas, como:

- Recopilación y sistematización de los resultados.
- Representación de los casos apoyándose en evidencia científica.
- Medidas estandarizadas del síntoma principal desde la posición del sujeto de investigación.
- Incorporar medidas objetivas de resultados de las diferentes variables.
- Incluir la narración secuencial obtenida de las vivencias de los sujetos.
- Incluir características relevantes del sujeto de investigación y de su contexto.
- Asegurar el consentimiento informado.

Martínez, C. (2006) también expone que los estudios de caso son una herramienta de investigación de gran utilidad, ya que presentan un enfoque que permite examinar y registrar información importante acerca de los sujetos de investigación y de cómo éstos experimentan personalmente los fenómenos de estudio, puesto que su finalidad es la obtención de información verbal extraída por medio de formularios y cuestionarios.

En cuanto a la obtención de la información para concretar los estudios de caso (Chetty, 1996, en Martínez, 2006) menciona que puede hacerse uso de metodologías cuantitativas y cualitativas por medio de la recolección de información que puede llevarse a cabo mediante entrevistas, observación directa, registros de archivos, entre otros. En el caso de esta investigación, como ya se expuso anteriormente, la información fue recabada a través de un cuestionario y de instrumentos de evaluación psicológica.

En el siguiente capítulo, se exponen los resultados más importantes de la etapa empírica de esta investigación, mediante tres recursos metodológicos:

- a) Matrices, de Huberman y Miles
- b) Estudios de caso
- c) Interpretación global de los resultados.

4. Resultados

Este capítulo se ha organizado en tres apartados, a través de los cuales se determinará si la hipótesis cualitativa de esta tesis pudo ser confirmada. Cabe recordar que la hipótesis cualitativa fue: Los trabajadores del personal de enfermería en primera línea de atención a pacientes COVID, en el Hospital Adolfo López Mateos, presentarán afectaciones psicoemocionales negativas a causa de dicha situación.

El primer apartado está dedicado a la presentación sistematizada de los datos recolectados por el cuestionario, mediante el empleo de diversas matrices, que siguen el patrón de los postulados de Miles y Huberman (en Rodríguez et al., 1999) al respecto de esta herramienta de procesamiento de los datos. El segundo apartado presentará los estudios de caso, en un formato acorde a lo señalado por De Vicente et al., (2020), de corte descriptivo-narrativo, que constituyen extensas exploraciones de la subjetividad de los sujetos de investigación, y que incluyen sus propias palabras, interpretaciones, anécdotas, experiencias. En las narraciones hechas por los sujetos se han conservado sus palabras textuales, por lo cual, se encontrará el término “sic” en muchas ocasiones. Al respecto:

La palabra **sic** (del latín *sic*, ‘así’) es un adverbio latino que se utiliza en los textos escritos para indicar que la palabra o frase que lo precede es literal o textual, aunque sea o pueda parecer incorrecta. Proviene de la frase latina *sic erat scriptum*, ‘así fue escrito’ [...] Puede ir entre paréntesis o entre corchetes y como no es abreviatura no lleva punto (Castellano Actual, 2018, párr. 1).

En estos estudios de caso, la palabra “sic” se agregó entre corchetes cuando los sujetos expresaron algún error gramatical (faltas de concordancia de número o género, por ejemplo), o frases que no estaban correctamente formuladas.

El tercer apartado contiene un análisis global de los resultados, el cual permite encontrar algunas de las similitudes y contrastes entre las experiencias reportadas por los sujetos, en torno a su trabajo como trabajadores de salud en la primera línea de atención a pacientes COVID durante la etapa de emergencia de la pandemia, y cómo esto pudo haber ejercido impactos psicoemocionales negativos en ellos.

4.1. Matrices de Miles y Huberman

Matriz 1

Descripción de actividades laborales en la primera línea de atención a pacientes con COVID-19

Sujeto	Descripción de actividades laborales
Brenda	"Mentalizarse" antes de ingresar al área de trabajo acerca de la posibilidad de contagiarse o de enfrentar paro cardiorrespiratorio de pacientes. Colocación del equipo de seguridad. Aprender acerca de los tratamientos "sobre la marcha".
Erika	Verificar que el turno anterior hubiera dejado todo en orden. Asignar 10 a 12 pacientes por enfermero/a; revisar signos vitales y medicamentos; colocarse el equipo de seguridad; no consumir alimentos o bebidas por largo tiempo; vigilar a pacientes; evitar broncoaspiraciones; administrar medicamentos.
Claudia	Consumo de alimentos. Colocación del equipo de seguridad. Recibir asignación sobre el área de trabajo a cubrir. Implementar técnicas para sustituir medicamentos o técnicas faltantes.
Agustín	"Mentalizarse" acerca de enfrentar un día complicado. Colocarse equipo de protección. Observar a los pacientes más graves. Evitar ingerir alimentos o bebidas; evitar acudir al sanitario.
Marcela	Protegerse antes de ingresar a su área de trabajo colocando el cubrebocas, careta (EPP); no consumir alimentos o bebidas por largo tiempo y jornadas de trabajo por 12 horas.

Matriz 2

Capacitación para atender a pacientes con COVID-19

Sujeto	Identificación de la capacitación necesaria
Brenda	Plática sobre utilización del equipo de seguridad.
Erika	No hubo capacitación; sólo instrucciones sobre la utilización del equipo de protección.
Claudia	No se recibió capacitación; sólo instrucciones sobre colocación y retiro del equipo de seguridad.
Agustín	No hubo capacitación formal por parte del hospital. Una plática sobre el equipo de seguridad y su colocación.
Marcela	No hubo capacitación; sólo instrucciones sobre colocación y retiro del equipo de seguridad, otorgaron información sobre reconversión hospitalaria y sintomatología de pacientes.

Matriz 3

Sobrecarga de trabajo y reacciones emocionales experimentadas por el personal de enfermería

Sujeto	Identificación de sobrecarga de trabajo y reacciones emocionales experimentadas
Brenda	Sí se registró sobrecarga y aumento del nivel de exigencia. Cansancio, extenuación, constante estado de estrés, incertidumbre, preocupación.
Erika	Sí se registró sobrecarga y complicaciones. Desesperación por ver morir a tanta gente.
Claudia	Sí se registró sobrecarga. Nerviosismo, estrés.
Agustín	Sí se registró sobrecarga y exceso de trabajo. Demasiado estrés, estado de alerta continuo, nerviosismo, tristeza, preocupación, impotencia.
Marcela	Sí se registró sobrecarga y exceso de trabajo. Agotamiento, estrés y desesperación.

Matriz 4

Descripción del estado psicoemocional durante el trabajo en la etapa crítica de la pandemia

Sujeto	Estado psicoemocional durante el trabajo en etapa crítica de la pandemia
Brenda	Intensas afectaciones psicoemocionales. Demasiado estrés, tristeza, depresión, enojo, desesperación, coraje.
Erika	Tristeza, angustia, desorden emocional, impotencia, tensión, "situación brutalmente desesperante".
Claudia	Nerviosismo, estrés, preocupación.
Agustín	Estrés, tristeza, preocupación constante, miedo. Afecciones somáticas.
Marcela	Demasiada preocupación y miedo de contagiarse. Estrés y desgaste físico.

Matriz 5

Afectaciones en la salud personal

Sujeto	Afectaciones en la salud personal
Brenda	Parálisis facial por estrés.
Erika	Opresión fuerte en el pecho; dificultad para respirar; vértigo.
Claudia	Secuelas cardiovasculares; miedo y complicaciones psicológicas.
Agustín	Estrés constante, preocupación, problemas físicos [no mencionó cuáles].
Marcela	Fatiga al subir y bajar escaleras y dolor de cabeza.

Matriz 6

Requerimiento de apoyo psicoterapéutico y técnicas de contención psicoemocional

Indicador / Sujeto	Brenda	Claudia	Érika	Agustín	Marcela
Búsqueda de ayuda psicológico	Sí	No	No	No	No
¿Dónde se atendió?	Apoyo particular	No se atendió debido a falta de tiempo	No se atendió: "Trámites engorrosos"	No se atendió	No se atendió
Técnicas de contención implementadas o alternativas	Ejercicios de relajación y Meditación	Realización de actividad física	Pláticas con familiares y compañeros	Pláticas con familiares y práctica de la lectura	Realización de actividad física

Matriz 7

Repercusiones sociales al laborar en la primera línea de atención a pacientes con COVID-19

Sujeto	Adaptaciones a la convivencia familiar, social y laboral
Brenda	Implementación de medidas preventivas para no contagiarse; no sufrió agresiones, pero observó algunas fuera del hospital y sí tuvo problemas con compañeros.
Claudia	Adaptó una habitación sólo para ella; no sufrió agresiones; no hubo conflicto directo con compañeros.
Érika	Se mudó de casa; no sufrió agresión; no hubo conflicto directo con compañeros.
Agustín	Se mudó, adoptó diversas medidas de seguridad; no presentó ningún percance, pero observó algunas por parte de sus compañeros de área; no hubo conflicto directo con compañeros.
Marcela	Adopción de diversas medidas de seguridad; no sufrió alguna agresión; no hubo conflicto directo con compañeros.

Matriz 8

Importancia del personal de enfermería de primera línea de atención a pacientes con COVID-19

Indicador/ Sujeto	Brenda	Claudia	Érika	Agustín	Marcela
¿Se valoró su trabajo como enfermero/a?	No	No	No	No	No
Valoración personal acerca de su trabajo	Experimentó satisfacción	Experimentó satisfacción	Experimentó tranquilidad y acumuló experiencia	Experimentó satisfacción	Experimentó algunos momentos complicados y otros agradables
Importancia de la enfermería concedida por los Usuarios	La sociedad reconoció la importancia de este trabajo	Percibió mayor responsabilidad debido a su trabajo	La sociedad reconoció la importancia de su trabajo	La sociedad debería haber sentido mayor empatía hacia ellos	No hubo un reconocimiento unánime

Matriz 9

Importancia del trabajo de la Promoción de la Salud durante la pandemia de la COVID-19

Sujeto	¿Qué aportaciones podrían haber hechos los promotores de la salud para el trabajo del personal de enfermería en primera línea de atención a COVID?
Brenda	Enfatizar en la importancia de la atención a nivel primario, para ayudar a sensibilizar a la población; seguimiento a las personas que contrajeron COVID- 19.
Claudia	Enfatizar en la importancia de la atención a nivel primario; educar y difundir temas de salud a la población.
Érika	Enfatizar en la importancia de la atención a nivel primario, otorgando información para sensibilizar a la población; seguimiento de personas que contrajeron COVID-19.
Agustín	Enfatizar en la importancia de la atención a nivel primario; desarrollar investigaciones sobre la pandemia; realizar talleres y conferencias sobre temas de salud nuevos.
Marcela	Enfatizar en la importancia de la atención a nivel primario; educar y difundir temas de salud a la población.

Matriz 10

Puntajes obtenidos en el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), catalogados por puntuación y el nivel de gravedad

Sujeto	Puntuación obtenida	Gravedad de ansiedad
Brenda	22 puntos	Ansiedad moderada
Claudia	31 puntos	Ansiedad grave
Érika	30 puntos	Ansiedad moderada
Marcela	45 puntos	Ansiedad grave
Agustín	30 puntos	Ansiedad moderada

Matriz 11

Puntajes obtenidos en la Escala de Estrés Percibido (PSS), catalogados por puntuación y nivel de gravedad

Sujeto	Puntuación obtenida	Gravedad de estrés percibido
Brenda	21 puntos	Estrés moderado
Erika	27 puntos	Estrés elevado
Claudia	29 puntos	Estrés elevado
Marcela	21 puntos	Estrés moderado
Agustín	27 puntos	Estrés elevado

Matriz 12

Puntajes totales en el Inventario de Depresión de Beck (BDI), catalogados por síntomas psicoemocionales y somáticos

Sujeto/ Puntajes	Brenda	Erika	Claudia	Agustín	Marcela
Para síntomas cognitivo-psicológicos (psicoemocionales)	3	3	6	2	3
Para síntomas somático vegetativos (orgánicos)	3	5	4	4	4
Puntuación total	6	8	10	6	7
Nivel de depresión detectado	Sin depresión	Sin depresión	Depresión leve	Sin depresión	Sin depresión

4.2. Estudios de Caso

4.2.1. Sujeto de Investigación 1: Brenda

4.2.1.1. Categoría de Análisis I: Descripción de Actividades Laborales en la Primera Línea de Atención a Pacientes con COVID-19

En lo que respecta a lo que implica una pandemia, y la opinión del sujeto Brenda sobre cómo debería haber reaccionado un hospital en condiciones de atender a los contagiados, ésta mencionó:

Desde la experiencia que hemos tenido estos dos últimos años que hemos estado así [una pandemia], implica una enfermedad que desconocemos la mayoría de la gente; que es nueva ante la sociedad, que es un reto para todos los que estamos en este ámbito. Si hablamos de una pandemia en términos de salud, ¿qué necesita un hospital para enfrentarla? Necesita bastante conocimiento y empatía, tanto los trabajadores como los mismos pacientes que la estamos viviendo, ya que la situación fue algo que nos sobrepasó a todos. Una situación que nunca tuvimos respuestas [sic], y que muchas veces el hospital con el desconocimiento de la nueva

enfermedad atendimos conforme nos iba llegando la información; el problema es que no siempre son las medidas necesarias y con ello conlleva irnos actualizando día a día; muchas veces los hospitales nos hemos visto bastante rezagados ante esta situación.

En torno a las razones por las cuales este sujeto laboró en la primera línea de atención a pacientes COVID, ella manifestó que el Hospital Adolfo López Mateos es uno de los más grandes del área metropolitana, y por ello, era necesario que atendiera a este tipo de usuarios. Aclara que no fue una decisión propia, sino debido a que ella pertenecía al área de soporte del hospital:

No es que haya sido una cuestión de gusto, ni porque me hubiera querido exponer a que me fuera a contagiar, pero me gustaba estar en esa área porque podía ayudar en situaciones de emergencia, que de alguna manera se podían ayudar a los pacientes que se encontraban aislados; es algo que a mí me gusta y disfruto es algo que me deja sentirme bien conmigo misma.

En lo tocante a la preparación que el hospital siguió para atender a este tipo de pacientes, el sujeto indicó que se establecieron zonas de atención especial para ellos, tanto para usuarios con resultado positivo en la prueba COVID, como para aquellos que tenían probabilidad de obtener positivos. Se destinó el equipo pertinente, pero su colocación llevo un proceso. Hubo que separar las áreas de pacientes con padecimientos metabólicos que no presentaran síntomas de COVID, de acuerdo con las recomendaciones institucionales.

Acerca de si el personal de enfermería recibió algún tipo de capacitación para desempeñarse en esta área, el sujeto Brenda deja entrever la premura con que se tomaron las medidas: *Recibimos capacitación en cuanto equipo y respiro [sic] sobre instalación y retiro de equipos de protección. Realmente enfrentarnos a la enfermedad fue conforme a la información nos fue llegando, y pues teníamos que irnos actualizarnos conforme a la marcha. Las experiencias te van enseñando qué poder realizar y qué no, obviamente basándonos en las recomendaciones que nos proporcionaba el sector salud en general. Lo más importante de esta enfermedad es que va cambiando día a día; es una enfermedad que día a día presenta nuevos*

síntomas, nuevos tratamientos y los pacientes cada uno es diferente. Es la pequeña gran diferencia de otras ciencias que, como la medicina o la arquitectura, suelen acoplarse de manera diferente a cada humano, no a todos los pacientes se les trataba de la misma manera. Siempre era diferente; no podíamos tratar a los pacientes de la misma forma; teníamos que tratarlo conforme viéramos en él, porque otros tenían la enfermedad más agravada que otros.

Sobre la rutina laboral que seguía en la etapa previa a la pandemia, y si en dicho lapso experimentaba algún factor tensionante, la enfermera señaló que el trabajo con pacientes sí implica estar en un constante estado de estrés, que aumenta cuando éstos se encuentran delicados. Existe la incertidumbre de si puede agravarse súbitamente. Previamente a la pandemia, se tenía un conocimiento suficiente sobre diversas enfermedades y sus respectivos tratamientos; se conocían los protocolos, pero *esto no limitaba el cuidado de los pacientes [sic], que ya no sientas un estrés después de cierto tiempo, pues al final del día tu cuerpo no lo siente, ya es un estrés cotidiano que no llega a afectarte con tanta facilidad, ya que no es lo mismo estar en tu casa, sin la preocupación de que te vayas a contagiar, a estar expuesto en el hospital día y noche.*

En contraste con lo anterior, la rutina de trabajo descrita por la enfermera Brenda, de acuerdo con cómo ésta ocurría durante la etapa crítica de la pandemia, ella expresó que cree que el hospital no registró sobrecarga, pero que el nivel de exigencia sí se incrementó. En su respuesta puede notarse el grado de preocupación que se experimentaba, como personal de salud, al estar enfrentado a situaciones de vida o muerte:

Antes de entrar sí era toda una preparación mental, física, porque no sabes a lo que te vas a enfrentar allí adentro. [En los] inicios de pandemia era muy complicado, porque no contábamos con el conocimiento de ningún síntoma en sí, solamente teníamos el conocimiento que era una enfermedad que se agravaba en un día, entonces entrabas con ese estrés de no saber si algún paciente te iba a caer en paro cardiorrespiratorio; en cuanto tú entraras, eso era lo que teníamos mentalizado todos; que, en cualquier momento, que cualquiera nos podía caer en

paro... Y afuera, pues era la colocación del equipo: la mascarilla, gafas de seguridad, una bata, guantes y botas. Al final del día sí era muy extenuante: sí se salía con mucho cansancio de un área COVID; pero realmente nosotros, o yo en lo personal, agradecía mucho en que un paciente no me cayera en paro [sic].

En cuanto a la calidad de atención que el hospital pudo brindar a este tipo de pacientes, el sujeto reconoce que, si pudiera otorgar una calificación numérica respecto a ésta, le otorgaría un 7, debido a que se contaba con limitantes de conocimiento y de recursos. Admite que nunca se enfrentaron a sobrecarga; sin embargo, sí implicaba un gran cansancio. Resalta algunos retos enfrentados, por ejemplo, en la colaboración con el personal que llegaba de otros estados del país, el cual en ocasiones se negó a apoyar en estas condiciones:

Ya que muchos de ellos no querían entrar a áreas COVID; otros tanto llegaban tarde o no iban; situaciones que recaían en conflictos en el mismo personal, porque al final del día alguien tenía que realizar el trabajo que ellos no querían hacer; y a ello terminábamos realizándolo nosotros, personal de la misma institución. En donde podría exponer que tuvimos un altercado con un compañero que provenía de la costa; obviamente la ciudad [la Ciudad de México] lleva un ritmo bastante acelerado comparado al que se puede vivir en costa o en otras áreas metropolitanas, ubicadas a lo largo de la república, lo que recae de nuevo a la forma de trabajo: donde nosotros, en una jornada laboral, podemos atender 30 pacientes, a la vez cuando ellos no. Entonces, compaginar esos tipos de trabajo, esas formas de trabajar, pues sí llega a ser ciertamente extenuante y muy cansado.

Al evaluar la calidad de las medidas y equipos de seguridad con que contaba el personal sanitario, el sujeto revela que éste no era suficiente o de la mejor calidad, y que, por protección propia, algunos tuvieron que hacer gastos monetarios personales para obtener un grado de seguridad más alto:

Yo siempre tuve la idea de que el hospital otorgaba lo que nos podía dar y no lo que el sistema de salud daba; porque, por ejemplo, el hospital cumplía con darnos batas, caretas de seguridad, botas, guantes, una mascarilla KN; era el equipo

programado, el cual el hospital nos aportaba. Obviamente, por seguridad, en mi caso, nos colocábamos material que era comprado por nosotros de manera externa, como una mascarilla, un overol... Sin embargo, es importante mencionar que el hospital sí nos brindó los recursos; la problemática aquí era que al hospital no le llegaban los suficientes para la distribución entre los trabajadores; muchas veces nos comentaban que lo que nos proporcionaban, [era] lo que se necesitaba y lo que estaba recomendado por la OMS. Lo que se adquiría por fuera era para nuestra comodidad; era porque necesitábamos más protección.

El sujeto Brenda narra que los problemas más fuertes que tuvo que encarar durante la pandemia tuvieron que ver con los estados emocionales negativos que experimentaban los pacientes, y el esfuerzo que el personal de enfermería tenía que hacer por tratar de alejarlos del pesimismo. Asimismo, relata sus experiencias cercanas con estar expuesto cotidianamente a las probabilidades de muerte de los enfermos:

La desesperación y desesperanza que los pacientes llegaban a tener... desgraciadamente enfermería es una profesión que lleva mucho ojo clínico y, cuando se es constante en un trabajo, el ojo clínico llega a afinarse demasiado. Cuando vives todos los días la misma enfermedad, que fue lo que nos pasó en COVID, que no observábamos otra enfermedad que no fuera esa; el decirle a un paciente que se tranquilizara, que iba a salir a adelante, que le echara ganas... realmente era un problema muy fuerte, porque no podíamos asegurar nada... la desesperanza de que un paciente nos comentara que ahí se iba a morir, era una cuestión que les daba para abajo, porque se nos iban, realmente sí morían. Y enfrentar la muerte no es bonito, y estar esperando a ver a qué hora se muere alguien es una cuestión que, hasta cierto punto, no se le desea a nadie, ni a los pacientes, familiares, y personal médico que está al pendiente de sus seguimientos.

El sujeto manifiesta que los factores emocionales de los pacientes que tienen que ser hospitalizados después de haber recibido las vacunas anti-COVID representan las diferencias más grandes entre éstos y los que fueron atendidos antes de que éstas hubieran sido aplicadas: *Tienen como mayor esperanza;*

nosotros logramos relacionarlo con que cuentan probablemente con el esquema completo de la vacuna COVID-19. Muchos nos mencionaban que ya se habían vacunado 3 [dosis] y que creían que podían salir con facilidad del contagio que habían contraído; además de que decían que también ya habían tenido otros contagios: ya tenían otro tipo de pensamientos, con mayor seguridad. Simplemente, con el hecho de observar cuánta gente hay por las calles sin protección alguna.

Las recomendaciones que la enfermera emitió para la población en general expresan un nivel de cautela que es similar al que la OMS ha emitido en diversos momentos de la pandemia, y que permite apreciar que ella tiene conocimientos teóricos y empíricos sobre la evolución del virus:

Tal vez suene absurdo y redundante, pero mi recomendación sería que se sigan protegiendo. Que estemos vacunados no nos exonera de que volvamos a enfermarnos; de que la enfermedad siga avanzando con las tantas variantes que siguen habiendo; [quienes se contagien] pueden tener el mismo cuadro principal, pero los efectos secundarios pueden llegar a ser diferentes. La población aflojó mucho las medidas de seguridad, creyendo que por el estar vacunados ya no pasaría gran cosa, pero realmente no lo sabemos, ya que es una enfermedad que no se conoce al 100%, y que sigue habiendo nuevos descubrimientos, nuevos síntomas. Entonces, la población no sector salud todavía no logra filtrar bien el conocimiento; pareciera que les cuesta creer que todos estamos inmersos en la pandemia.

4.2.1.2 Categoría de Análisis II: Detección de Efectos Psicoemocionales Relacionados con Laborar en la Primera Línea de atención a Pacientes con COVID-19

Referente a las consecuencias en salud mental que el sujeto de investigación desarrolló durante sus jornadas de trabajo, éste narra que tuvo estrés y nerviosismo, derivados de observar a los pacientes, ya que éstos presentaban ansiedad y desesperación por estar aislados:

Sí, yo personalmente sí lo sentí mucho [efectos psicoemocionales], porque yo soy muy apegada a los pacientes; [soy] de esas personas que quiere dar lo mejor

de mí con cada paciente; que sepan los pacientes que estoy para ellos, y en la pandemia era muchísimo más [las afectaciones emocionales], porque no se sintieran solos, ya que al final del día ellos estaban aislados; ellos podían pasar semanas enteras aislados sin ver a su familia, cuestión que en nosotros no se veía ya que nosotros podíamos entrar y salir del hospital, situación que no se podía observar de igual manera [sic]. La parte de verlos con tanta desesperación, la ansiedad que ellos mismos presentaban; la falta de conocimiento [de la pandemia]; para mí sí fue demasiado estresante no saber cómo poderlos ayudar.

En lo que respecta a los factores dentro del área laboral que produjeron mayor tensión, nerviosismo, tristeza o preocupación, la informante Brenda explica que presentó mucha tristeza, depresión y enojo a causa de sus compañeros y pacientes a su cargo:

Me causó mucha tristeza y desesperación los pacientes [sic], y me causaban mucho enojo y coraje mis compañeros, ya que lidiar con cada persona suele ser muy complicado; los pacientes sanos suelen ser más complicados que los enfermos y trabajar con compañeros donde la razón y los pensamientos no son iguales [sic] llegan a haber un choque de energías e ideologías de trabajo; son cuestiones que llegan a ser muy desesperantes.

En torno a las afectaciones en la salud personal originadas del cuidado a pacientes, y la búsqueda de apoyo para mitigar dichas consecuencias, el sujeto menciona haber presentado estrés, lo cual le generó afectaciones importantes y la motivó para la decisión de buscar ayuda profesional:

Sí, me dio una pequeña parálisis facial del estrés; me duró como quince días, no era algo muy notorio porque lo llegué a atender a tiempo, teniendo que asistir con una psicóloga para aprender a manejar mis emociones y el estrés que me generaba entrar al área COVID; como comentaba, soy muy apegada a las personas; con mis terapias traté de no sentirme tan involucrada con los pacientes.

Respecto a una situación de mayor dificultad que se haya vivido en la pandemia, la enfermera narra una situación con un paciente, en la cual su familia

estaba hospitalizada. Ella reflexionaba que esto le podía suceder a su propia familia también:

Una señora [paciente] que era muy alegre, realmente era muy positiva, cuando me tocaba cuidarla, ella me decía que ella iba a salir adelante porque “tengo a mis hijos”; entonces en una guardia posterior, ella ya no estaba; eso fue muy triste. Luego, en otra ocasión, a una compañera [y a mí] nos tocó enterarnos de que tenía a sus dos papás, y, a su hermano, los habían internado ahí en el hospital donde trabajábamos; eso me recordó mucho a mi familia; me sentía muy triste de verla cómo estaba, sólo el pensar que podrías tener a tu familia internada y que, pasado el tiempo, saber que tus papás fallecieron la misma noche; es una situación muy, pero muy complicada, desgarradora.

Sobre si el “Hospital Adolfo López Mateos” brindó algún servicio de apoyo psicológico, la enfermera Brenda describe que sí se los otorgaron, explicando que la ayuda brindada fue un proceso muy riguroso y tardado; ante el cual su elección fue preferir llegar a su casa que estar esperando para realizar trámites con el objetivo de recibirla atención por parte del hospital:

Sí, se supone que teníamos un área que nos ayudaba [servicio de apoyo psicológico], si en dado momento sentíamos que había una recaída o afectación psicológica podíamos acudir, pero como todo trámite, aquí en México, era regido bajo un sistema burocrático, el cual en su momento era muy complicado esperar que logran atendernos [sic]. Entonces, nosotros, como personal, no asistíamos, porque, o era tan repentino que se nos murieran, que cayeran en paro, que tuviéramos que intubar a los pacientes; todo eso era devastador, agotante. Sin mentir, podría decir que en esta pandemia me tocó presenciar las muertes de lo que llevo laborando [sic]; quiero entender que, por ello, implementaron esa área de atención psicológica; y muchos, y me incluyo, ya no querías ir a tomar terapia o algún consejo que te ayudara a restablecer o crear una resiliencia; lo único que se quería en ese momento era regresar a casa. Que te trajeran con tanta vuelta y vuelta también era fastidioso.

En lo que respecta a las técnicas implementadas para sobrellevar las cargas emocionales, la enfermera indica que el psicólogo privado al que ella acudía le proporcionó algunos consejos y técnicas, las cuales ejecutó en su jornada laboral obteniendo adecuados resultados:

Sí, por lo mismo de que me dio la parálisis que ya comentaba, la psicóloga [en servicio privado] me recomendó realizar ejercicios de relajación, haciendo énfasis en mentalizarme antes de realizar mi jornada laboral o lo que me produjera estrés; me decía que todo era pasajero y que debía mediar mi forma de relacionarme con los pacientes; es por ello que puedo decir que las técnicas de meditación y relajación me sirvieron mucho en estos tiempos.

Acerca de si hubo o no desarrollo de problemáticas derivadas del trabajo, la informante menciona que el estrés fue la mayor de sus dificultades en los momentos más críticos de la pandemia:

Actualmente yo creo que no [desarrollo de problemas]; al regresar a un modo híbrido observamos pacientes que no eran COVID; entonces podría decirse que ya está relajado; ahorita en el servicio en el que estoy está más o menos relajado, ya no nos estresamos tanto por lo mismo, porque es allí donde no funcionamos como enfermeras o enfermeros [sic].

En torno a las manifestaciones emocionales expresadas en los momentos más cruciales de la pandemia y vividas en el semáforo epidemiológico en rojo, el sujeto Brenda manifestó sentir miedo, ya que en los comienzos de la pandemia no contaban con los conocimientos suficientes para atender a los pacientes, a diferencia del semáforo epidemiológico verde, período durante el cual se sentía tranquila por contar con la información, para brindar atención a los pacientes, además de tener las herramientas para no contagiarse:

Yo me siento más relajada, porque los periodos más fuertes de la pandemia fueron al principio, en cuanto a las olas de contagio [curvas de contagio] contábamos con el conocimiento, sabíamos por los medios de comunicación o por los ingresos que se registraban en el hospital; en comparación de ahorita ya tienes

un mayor conocimiento del tratamiento básico, y eso en realidad te da cierta tranquilidad, ya que sabes qué es lo que puedes hacer o no [protocolo de seguridad] y que de todo eso me va a ayudar; no que al principio, no teníamos ni idea de qué hacer con los pacientes, la mayoría del tiempo estábamos en blanco; la gran diferencia de esto, ya si nos dicen que vayamos a área COVID ya no tenemos tanto temor; nos cubrimos bien, nos colocamos nuestra protección: guantes, bata, botas, caretas de protección, todo; aunque sude, no importa; pero ya entras sin miedo a una área COVID a [diferencia de] como lo hacías antes.

En lo que refiere a los motivos de satisfacción en torno al cuidado en la primera línea de atención a pacientes COVID, la enfermera narra haber presenciado una serie de eventos con un paciente en específico; mencionando que su diagnóstico no era muy alentador, teniendo como pronóstico una alta probabilidad la muerte. Sin embargo, al transcurrir el tiempo, la enfermera observó mejoras en su estado de salud, lo cual le produjo sorpresa y satisfacción:

Había un caso en particular de un paciente que presentaba muchas comorbilidades, ya que era diabético e hipertenso y era obeso, ya que pesaba 125 kilos, al cual teníamos que colocar en posición de decúbito, con apoyo del ventilador, catéter central; todas esas cuestiones dificultaban la manipulación del paciente, por lo que tuvimos que pedir ayuda a un camillero, para poderlo mover sudamos mucho ya que pesaba demasiado; nos tardamos más de una hora en cambiarle las sábanas, en terminar todo con él y dejarlo lo mejor posible. Nos volvió a tocar esa área después de dos o tres semanas; nos percatamos que el mismo señor estaba ahí completamente diferente, ya que había bajado bastante de peso y ya hablaba, con algunos detalles neurológicos; después de un tubo endotraqueal ya se movía un poco más, ya no tenía el apoyo del ventilador, obteniendo un mejor movimiento de sus miembros [brazos y piernas] y, a mi consideración, fue muy lindo además de sorprendente, ver que los pacientes salieran de eso, que salieran de un apoyo ventilatorio, y te daba demasiada emoción saber que las personas estaban mejorando, ya que era muy común que pacientes que tuvieran tubo [apoyo ventilatorio] fallecieran.

Respecto a los mayores desafíos afrontados como enfermera de primera línea de atención a la pandemia, la enfermera Brenda sostiene haber tenido que trabajar “demasiado” con los pacientes, ya que expresa que, además de brindarles atención y cuidados, también les ayudaba a recuperar la confianza perdida a causa de su enfermedad:

Volverles a dar esperanza a los pacientes, ya que había pacientes que ya se sentían muy desolados, estarlos convenciendo de que le echaran ganas fue bastante complicado; es bueno mostrarles empatía ya que es una situación muy desalentadora que no quisieran salir adelante [situación clínica]; mi trabajo consistía en otorgarles los cuidados de enfermería y darles esa esperanza como probablemente un familiar lo haría.

En lo que atañe a las expectativas respecto al rumbo que la pandemia tomaría para el año 2022, el sujeto argumenta que existen ciertas cuestiones nada responsables por parte de la población, lo cual afecta negativamente al trabajo brindado por el personal de salud. Expresa qué es lo que le parecería correcto que los usuarios realizaran:

Que la gente entienda que no se debe auto medicar [medicación sin consejo médico]; que valoren el trabajo que otorga la profesión de enfermería; que observen que un hospital se basa en las enfermeras; mi expectativa sería que la gente entienda que el cuerpo humano y la vida es lo único que tenemos ahorita [sic], y que no podemos desperdiciarla por un capricho que es el no ponerse un cubre bocas; que se quiten ese estigma de que no pasa nada; si realizan una reunión con un número x [determinado] de personas, que no pasa nada; si cada 8 días salgo y tomo; que la gente esté consciente de su propio cuerpo y de sus propias limitaciones, ya que no todas las personas somos iguales; esa sería mi expectativa que la gente esté consciente de sus salud y lo que ello conlleva.

En lo que respecta al enfrentamiento que el gobierno de México presentó ante la pandemia de COVID-19, la trabajadora narra que el gobierno afrontó la pandemia de manera errónea, puesto que tardó demasiado en reaccionar, ya que todo se fue ensayando conforme el transcurso de la pandemia:

Yo pienso que México estuvo pésimamente preparado, porque fuimos unos de los últimos países en donde llegó la pandemia, tuvimos demasiado tiempo desde que se declaró pandemia mundial para prepararnos, capacitar a toda la gente y determinar qué hospitales iban a ser apoyo para la pandemia COVID-19; contábamos con la idea de que la pandemia no llegaría y que fuera como la influenza, que fue solamente en México y en otros países del mundo en el 2011; es por eso que creo que México enfrentó muy mal la pandemia; aparte de que no había mucha información, nunca se nos capacitó, nunca se nos dijo que debíamos prepararnos; ya cuando teníamos encima los contagios y hospitalizaciones fue cuando empezamos a realizar todos los protocolos, a armar todas las medidas posibles de seguridad, repercutiendo en todo lo que estamos viviendo hoy en día.

4.2.1.3. Categoría de Análisis III: Consecuencias Sociales del Trabajo en Primera Línea de Atención a Pacientes con COVID-19

En torno a los cambios en la convivencia familiar que se tuvieron que adoptar a consecuencia de su trabajo en primera línea de atención a COVID, el sujeto describe que, dentro de su núcleo familiar se tomaron muchas medidas de protección para no contagiarse; declara que los integrantes de su familia eran mal vistos socialmente por el hecho de exagerar el cuidado; incluso, dentro de su hogar, tenían una habitación específica para pasar el periodo de aislamiento, por si alguien salía contagiado:

Fue más estricta [cambios en la convivencia]; en mi familia tenemos varios integrantes con la profesión de enfermería de varias generaciones; pero por lo mismo de que somos enfermeras, tenemos ese “mal” como familia; no le damos la importancia a una enfermedad; por el conocimiento sabemos que se puede resolver muy rápido; ya que si hacemos esto o aquello podemos resolverlo. Algo que notamos muy fuerte aquí, porque como comenté, tomamos algo o damos algo [medicamentos] de lo cual nosotras ya contamos con el conocimiento, y ya está; no se hace tanto “pancho”; pero con la pandemia sí fue algo diferente. porque éramos y seguimos siendo más exigentes en cuanto al cuidado para no contagiarnos; cargábamos el gel, sanitizante; no agarras a nadie, no tocábamos nada, y, pues

muchos integrantes de mi familia sí se molestaban porque éramos demasiado, un poco exigentes, en cuanto al tema más de lo normal, no éramos tan permisivas y siempre teníamos presente el no contagiarnos. Así, con las medidas de protección, la mayoría de mi familia se contagió de COVID y las adaptaciones [periodo de aislamiento] fueron igual, tuvimos que adecuar lugares para que se cumpliera la cuarentena, y eso fue lo que nos ayudó, porque fueron 11 integrantes de mi familia que se contagiaron en menos de 15 días; sí fue una situación muy complicada, pero, gracias a Dios, pudimos salir de esa situación que nos tenía en pendiente todo el tiempo [sic].

Respecto a si llegó a ser víctima de alguna agresión por ser enfermera de primera línea de atención a COVID, la trabajadora Brenda explica que a ella nunca la agredieron, porque acudían por ella a su trabajo; pero sí se enteró y observó agresiones en otros lugares; por ejemplo, fuera del hospital, por el hecho de portar el uniforme:

Personalmente yo no sufrí de ninguna agresión, porque realmente cuidamos mucho esa parte; por ejemplo, empezó la pandemia y yo le comenté a mi marido que me fuera a recoger y que me dejara a la entrada del hospital, porque yo observaba las agresiones que se vivían en los hospitales o en áreas aledañas del mismo. También cuando comenzaron las agresiones era específico el ataque; a mí, en lo personal, no me gustaba portar el uniforme fuera de la institución de trabajo; entonces, los más allegados saben que soy enfermera; vecinos o personas alejadas desconocen mi trabajo, porque creo que esta situación se salió de control; fue por desconocimiento e ignorancia de las personas que sienten contar con todo el conocimiento y que todos los demás estamos mal, y yo creo que ellos, por no leer, por no enterarse, no querían creer en la enfermedad y así no era la situación.

En lo que respecta a la convivencia entre compañeros no asignados a primera línea de atención en la pandemia COVID-19, la enfermera narra que tuvo ciertos conflictos con sus compañeros, porque ellos contaban con diferentes perspectivas del trabajo realizado en el área COVID:

Eran situaciones muy graciosas, cómicas, porque ellos decían que nosotras o nosotros no hacíamos nada, que a veces nos metíamos a “hacer patos” [sic] al área COVID, y realmente ellos no sabían lo complicado que era estar con un montón de cosas encima: el overol, las botas, las gafas, que te quedaban marcadas en la cara, o que no puedas respirar; y lo único que quieres hacer es poder tomar un vaso de agua, tomar un poco de aire fresco; era lo que nosotras les decíamos a ellos [compañeros no asignados a primera línea de atención], que ellos podían hacerlo; que dijeran o hablaran cuando estuvieran en el área, hasta que no estuvieran experimentando tal situación, no podían decir [opinar] nada.

En lo que concierne a la convivencia y si hubo una afectación con compañeros vinculados a primera línea de atención COVID, la informante explica que tuvo que lidiar con compañeros muy egoístas; sus enfrentamientos siempre fueron por individualizar el trabajo ya que no había compañerismo:

Con uno que otro, que no me gusta su manera de trabajar, siempre era “tú dedícate a lo tuyo y yo a lo mío” y ya, pero eran roces en general; intentábamos entre todos llevarnos lo más tranquilo posible; entre nosotros nos dedicamos a cuidar los pequeños momentos de felicidad que se podían tener, porque vivir tragedias en el área COVID era muy común.

Referente a cómo afectó la convivencia con personas, amigos, familiares y conocidos externos al hospital la enfermera expresa que, dentro de su núcleo social, las personas lo tomaban a la ligera, por lo que decidió contarles ciertos aspectos de su vida laboral para sensibilizarlos y cambiar la idea que tenían sobre la pandemia:

Era muy complicado, porque sí había personas que me decían que no estaba grave la enfermedad; a mí nunca me tocó una persona que me dijera que no existía, solamente me decían que no parecía tan grave; entonces a mí me daba un poco de coraje por todo lo que yo había vivido, el estrés, las muertes; y eso me incitaba a decirles que ellos o ellas no podían decir nada, porque a ti no te ha tocado que un paciente se te vaya de las manos; que el último aliento de una persona lo hayas escuchado tú; que voltees y en un momento estaba vivo o viva y de repente ya no lo esté; ya después de que yo les decía todo eso ya no me decían

nada porque no les gustaba cómo les respondía.

Respecto al reconocimiento que la sociedad brindó al personal de primera línea de atención en la pandemia, el sujeto Brenda narra que los derechohabientes no valoraban su labor como enfermera, argumentando que era el trabajo propio de la profesión, y que era su obligación atenderlos, siendo escaso el reconocimiento por parte de la población:

Yo creo que no, porque se les pasó muy rápido la emoción [de llamarlos “héroes de la pandemia”] y hasta cierto punto contradictorio: primero nos querían, luego vinieron las agresiones y decían “es tu trabajo”; y sí, realmente ese es mi trabajo y no pienso en negarlo, y con mucho gusto yo hago mi trabajo, pero no se me hace válido que también esté exponiendo a mi familia, a los míos, por alguien que no quiere cuidarse. Muchos me dicen: “yo pago mis impuestos y por eso me debes atender”, lo que nos lleva a la famosa frase “¡Por mí comes!”, y hay infinidad de personas que me lo han dicho, y la verdad, sí es algo molesto para mí; y hay veces que me burlo y les digo que me aumenten el sueldo porque con lo que me dan no me alcanza; y también en otras ocasiones les digo “desde que entraron a urgencias hasta tal día que están internados ya se gastó todo lo que ha invertido en mí, no vaya a creer que le debo dinero”, y así muchas veces me los quito de encima, por lo que pienso que enfermería siempre ha sido desvalorizada; aunque estemos ahí cuidando a los pacientes [se tiende a pensar que] el único que sabe es el médico, cuando muchas veces nosotros logramos sacar al médico del apuro.

Referente a la importancia que tiene el haberse desempeñado como enfermera en primera línea de atención, la enfermera manifiesta haberse sentido muy satisfecha por la atención que proporcionó a los pacientes:

Satisfacción, a mí me dio mucha satisfacción saber que podía hacer algo por mi gente, por esas personas [pacientes] que a lo mejor no tenían la esperanza de vida, y que, a lo mejor con un chiste absurdo, con ponerles música o escucharlos; simplemente estaban más tranquilos y eso me otorgaba mucha satisfacción.

En lo que concierne a la importancia que se le otorgó al personal de primera línea de atención, la informante describe que, por su ocupación como enfermera de primera línea de atención a pacientes contagiados, siempre estuvo presente en todos los procesos de la pandemia, a diferencia de otras especialidades u ocupaciones:

La enfermería siempre estuvo en área COVID, turno tras turno, hora tras hora; no había momento, en el que las enfermeras no se vieran involucradas en el área COVID; pudo haber faltado un doctor, aquellos que realizaban limpieza, la falta de inhalo terapia, probablemente el de nutrición, pero enfermería no, debía estar presente; esa es la importancia de enfermería, mal conocida, porque ellos creen que siempre debes estar ahí, pero aun estando sentada, comiendo, debes de dejar tus alimentos para ir a atender a los pacientes.

Sobre su opinión acerca de si el gobierno de la Ciudad de México manejó correctamente la pandemia, la enfermera explicó que no se actuó de la mejor forma, ya que, en el transcurso de la pandemia, fueron cambiando los protocolos de seguridad:

No, aun con los conocimientos que las personas tenían de otros países, no supieron atenderla, a comparación de otras uniones u potencias como Estados Unidos; iban cambiando los protocolos muy seguido; no nos indicaban lo que podíamos y no hacer [trabajo durante la pandemia], porque había momentos en donde los protocolos decían que te colocaras bata quirúrgica, dos pares de guantes, googles, careta, cubrebocas, y después salieron con que “siempre no”, con que portaras cubrebocas, bata, guantes y googles era más que suficiente, y muy en el fondo me cuestionaba: “¿me voy a meter así?”, cuando sabíamos que el virus se pega en toda la ropa, encontrándose por todos lados, haciendo referencia a que si no lo vives no puedes hablar de la situación, y pues nuestras autoridades del sistema de salud, muy pocos están relacionados con la profesión de una enfermera; muy pocas veces hay personal que entra en una área de salud o que viene de trabajos donde conoce las necesidades básicas de un hospital, como el simple hecho de conocer el medicamento más básico que puede ser un omeprazol;

pacientes que llevan varios días internados y se le están suministrando medicamento tras medicamento; yo creo que esa parte de desinformación por no vivirlo realmente nos afectó mucho; siempre hemos sabido que los hospitales y cualquier institución “maquilla” toda la información, pero realmente los que vivimos desde adentro podemos observar las inconsistencias.

Acerca de si los promotores de salud podrían haber desempeñado algún papel importante durante la pandemia, la enfermera Brenda argumenta que sí: podrían haber ayudado a que la población fuera más sensible ante la pandemia e, incluso, otorgar un seguimiento a las personas que tuvieron COVID:

Yo creo que sí, pero si la población no se deja enseñar no se va a poder, entonces eso complicaba mucho la cuestión de aprendizaje de la sociedad [atención primaria]; y creo que sí, porque a veces hay que ser muy insistentes con las personas, por la buena no logran entender. El trabajar en un seguimiento de pacientes post-COVID hubiera sido interesante, ya que tenemos muy pocos registros de estos pacientes; creo conveniente que todo hubiera sido en la atención primaria, pero un seguimiento de los pacientes saliendo del hospital sería adecuado, ya que no se lograron ver los efectos secundarios que tuvimos; se tiene conocimiento de los efectos secundarios básicos: daño neurológico, psicológico, emocional, depresión; pero qué tanto afectó la depresión, qué tanto daño neurológico causó el COVID; yo creo que esta parte sí era necesaria, pero como comenté: a la gente se le complica entender lo que a los profesionales de salud les dicen, y es muy poco probable que hagan caso y que cambien su ideología.

En lo que concierne al apoyo que los promotores de salud podrían haber brindado al trabajo de enfermería, el sujeto indica que se podrían haber evitado hospitalizaciones y el desarrollo de diferentes enfermedades; con la ayuda de la atención de primer nivel, así el trabajo de enfermería tendría cierta disminución en su carga:

Es que, aun así, con todas las campañas de salud que logran impartir, yo creo que como mencioné, a la gente no es muy fácil hacerlos cambiar de parecer; una atención de primer nivel, yo creo que podría ser importante; una capacitación

de las personas a una autodetección temprana de la enfermedad, sería muy bueno; enseñarle a un diabético: recalcar mes con mes que ellos son lo que tienen que ir por la insulina, interpretar signos de alarma; una hiperglucemia o hipoglucemia, son datos principales, son como los niños chiquitos se les debe de enseñar; yo creo que valorarían más el trabajo, porque no sólo consiste en decidir “no me pongo la insulina”; uno todo preocupado porque tiene como 500 de glucosa, y se les pregunta [a los pacientes] cuando llegan: “¿saben lo que les puede ocasionar con eso?”. Todo empieza desde primer nivel, creo que no deberían de surgir tantos pacientes internados por una descompensación diabética, cuando todo pudo haberse evitado desde primer nivel; ahí es donde los promotores de salud deberían estar combatiendo y estar haciendo hincapié a ese tipo de problemáticas [de salud pública].

En torno a la opinión que los medios de comunicación tenían hacia el personal sanitario de primera línea de atención como “héroes de la pandemia”, la informante Brenda expone que el personal del sector salud era la principal “cara” de la pandemia, como ejemplo de las buenas o malas acciones, a causa del cuidado que brindaban a los pacientes contagiados:

Creo que a alguien tenían que echarle la responsabilidad, alguien debía de dar la cara ante la sociedad y quien terminó siendo fue el Sector Salud, quien era responsable de que la pandemia saliera o no adelante. El sector salud manejó de acuerdo a su criterio la pandemia, colocando en alto si algo salía bien; y cuando salía mal, lo más fácil era echar la culpa a los médicos, enfermeras y a la demás estructura médica, ya que ellos eran los responsables y de ahí se fueron agarrando los medios de comunicación, para así poder transformar la información y la gente ciegamente creía en ellos; y a la vez, con el paso del tiempo, el sector salud se sentía importante, se sentían adorados: conocí a muchos [enfermeros y enfermeras] que comentaban “éste es mi momento de brillar”, lo que nos llevó a pensar que lo que el gobierno quería, era otra cara a quien pudiera abofetear si algo salía mal; pero nadie se ponía a pensar sólo un poco que nosotros trabajamos bajo las órdenes del gobierno, y que ellos son quienes recortaban el presupuesto para todos los tratamientos.

Al término de la entrevista, el sujeto decidió no plantear ninguna pregunta ni agregar algún comentario para las investigadoras.

4.2.2. Sujeto de Investigación 2: Érika

4.2.2.1 Categoría de Análisis I: Descripción de Actividades Laborales en la Primera Línea de Atención a Pacientes con COVID-19

Respecto a una pandemia, la enfermera Erika explicó que ésta es una problemática grave de salud; sus repercusiones se enfocan en lo social, lo económico y el sector salud; argumenta que la pandemia puede ser atendida con los conocimientos idóneos enfocados en la atención sanitaria:

Una pandemia implica grandes impactos en todos los aspectos, ya sean psicológicos, la salud, económicos, entre otros; en cuanto a cómo debería de actuar un hospital: debería de estar preparado para todos los aspectos que se necesiten, ya sea más camas, tomas de oxígeno, medicamentos, personal sanitario, instancias médicas donde se pueda atender a la población enferma; lo más importante es que estén capacitados para atender a pacientes contagiados; así debería de haber reaccionado un hospital.

Sobre los motivos del por qué se encuentra en primera línea de atención, la enfermera explica que tuvo que acatar esa orden para no ser sancionada con un acta administrativa:

Me encuentro laborando en la primera línea de atención, con pacientes contagiados por COVID, porque nuestros jefes inmediatos tuvieron que acatar órdenes, al igual que nosotros, como enfermeros; si no realizaba el trabajo o no obedecía, era muy probable las sanciones, como actas administrativas, que fueron las más mencionadas entre compañeros [sic].

Acerca de cómo se preparó el hospital para brindar atención a los pacientes contagiados a causa de la pandemia, el sujeto menciona que fue un proceso muy rápido de estructuración; la atención se focalizó en los pacientes COVID:

Fue un proceso muy rápido; de pronto comenzaron a dividir y cerrar algunos servicios de salud; no puede decirse que fue una cuestión de retirarles el servicio a la demás población, sino que, en su momento, eran demasiadas personas que se tenían que atender; como resultado nació el área dedicada a enfermos por COVID-19.

Respecto a si recibieron alguna capacitación para poder atender a pacientes contagiados por COVID, la informante Erika explica: *Como tal no, fue en el transcurso de la pandemia, ya que, aunque la pandemia no surgió de un día para otro, muchos países no estaban preparados, y lo mismo ocurrió para nosotros [en la Ciudad de México]; sin embargo, nos ayudaron en cuanto al equipo de protección personal [EPP]: cómo colocar y quitar el traje para no esparcir el virus cuando se ingresaba al área COVID. Ésta fue la única capacitación.*

En lo que concierne a un día normal de trabajo antes de la pandemia, la enfermera describe que se tenían que realizar diversas actividades enfocadas a la atención y cuidado de los pacientes; sin embargo, no hace referencia a si algún factor laboral le generaba alguna tensión o nerviosismo:

Un día normal era llegar a recibir pacientes, checar que los del turno anterior nos dejarán todo en orden; posteriormente, se realizaba la asignación de pacientes, que normalmente eran entre 10 y 12 pacientes por enfermero en el área; lo siguiente era checar signos y medicamentos, además del cambio de camas con cada uno de los pacientes. Normalmente entre estos pacientes había uno que se encontraba grave, por lo que podrías destinar más tiempo de lo normal. Cuando terminaba la jornada laboral, se tenía que preparar todo para el siguiente turno.

En torno a cómo se desarrollaba un día normal de trabajo en pandemia, la enfermera narra que era muy complicada la colocación de EPP; también lo era el no poder ingerir agua o algún alimento; por otro lado, una de las actividades con mayor complicación fue el estar con pacientes intubados, ya que requerían mayor atención:

Un día normal en pandemia eran los días más complicados, ya que teníamos que recibir de igual manera [a pacientes] pero ya en área COVID; la diferencia más importante fue la preparación para entrar en área COVID, ya que teníamos que colocarnos (EPP): el traje, las botas, dobles guantes, lentes, careta, cubrebocas; no podía tomar, comer ninguna bebida o alimento; teníamos que dejar pasar la mayoría del turno para poder tomar un poco de agua o comer algo rápido y ligero. Los pacientes eran otra situación; había demasiados y muchos de ellos se encontraban intubados; y cuando un paciente se encontraba así, traía consigo más trabajo: teníamos que vigilar que no se bronco aspirara, además de administrar sus medicamentos; la verdad, un día normal [comparado con] uno en pandemia era muy complicado.

Acerca de la calificación a la atención que el hospital ofreció a pacientes contagiados por COVID, el sujeto declara: *En un inicio, califico al hospital con un 8; en el transcurso del tiempo, la puntuación cambiaría por un 7.*

Referente a cómo calificaría las medidas de seguridad, protección e insumos proporcionados al personal de enfermería de primera línea de atención a COVID, el sujeto Erika informa que el hospital otorgó los insumos básicos; sin embargo, menciona que algunos enfermeros tomaron la decisión de adquirir mayor protección de seguridad:

Yo calificaría al hospital con un 8, por el material proporcionado como guantes y botas; los encargados de los insumos siempre estuvieron al pendiente de que no hicieran falta, pero no se otorgaron los trajes que protegían del COVID; es por ello que fue decisión del personal adquirir mayor protección, como los googles y el traje completo; esos equipos de protección fueron de gran ayuda, por tales motivos, yo le concedería un 8 al equipo, materiales e insumos proporcionados por el hospital.

Sobre los problemas más fuertes que afrontó como enfermera durante la pandemia, refiere que el principal fue presenciar la muerte de pacientes, así como enfrentar la falta de medicamentos para sus tratamientos: *el problema más fuerte*

fue el ver morir a tanta gente, ya que cuando se dieron los picos más altos se contaba con muy poco personal de salud que pudiera apoyar. También los medicamentos clave para el seguimiento de los tratamientos; toda esa desesperación que se vivía y se sentía en el área COVID fue de los problemas más graves.

La enfermera expone que hubo cambios en los pacientes antes y después de la aplicación de la vacuna contra COVID; argumenta que ciertos pacientes que contaban con alguna comorbilidad tenían la idea de que era muy poco probable que los dieran de alta, a causa de la complicación de sus enfermedades y el COVID. En contraste, cuando se empezó a administrar la vacuna, los pacientes ingresaban con mayor confianza, pero bajando las medidas de prevención:

Es importante mencionar que el 80%, si no es que el 90% de la población mexicana, tiene algún padecimiento o comorbilidad, cuestiones que afectaron a todas esas personas que tenían alguna enfermedad; de igual manera, se sentía la desesperanza, obviamente quien tuviera alguna enfermedad como hipertensión, EPOC, diabetes, obesidad, las probabilidades de poder salir del hospital era casi imposibles, ya que su salud se observaba más comprometida y muchos de ellos lo sabían, tenían que cuidarse, y los que caían en el hospital la desesperanza era notoria [sic], porque ellos no tenían conocimiento de si podían o no vivir. Ahora podría decirse que, como la mayoría cuenta con el esquema de vacunación contra el COVID- 19, su ingreso al hospital ya no es tan problemático, disminuyendo la probabilidad de agravar su salud; como ya contaban con la vacuna las medidas de protección se redujeron y llegaban al hospital sin ninguna preocupación de lo que pudiera pasar.

En lo que refiere a las recomendaciones proporcionadas a la población cuando el semáforo epidemiológico llegó a encontrarse en verde, la enfermera apunta que se deben de seguir acatando las normas impuestas por la Secretaría de Salud:

Recomendaría seguir realizando lo ya indicado por la Secretaría de Salud,

que es: seguir protegiéndonos, continuar usando cubrebocas, la predominancia de la sana distancia. La cuestión no es seguir las medidas de seguridad, la preocupación es que la gente haga caso omiso a estas recomendaciones.

4.2.2.2. Categoría de Análisis II: Detección de Efectos Psicoemocionales Relacionados con Laborar en la Primera Línea de Atención a Pacientes con COVID-19

Acerca de si experimentó tensión, nerviosismo y tristeza a causa de la atención a pacientes contagiados por COVID, la enfermera menciona: *Experimenté tristeza y angustia; presenté un desorden emocional; había circunstancias que estaban fuera de mis manos y no podía controlar; sentía demasiada tristeza por la situación vivida en ese momento.*

Sobre los factores que causaron mayor tensión, nerviosismo, tristeza o preocupación dentro de su área laboral, el sujeto refiere haber sentido mucha tristeza al observar que después de cuidar por varios días a sus pacientes, éstos fallecían. De igual manera, no poder ver a sus familiares, además de la angustia de pensar que se podrían llegar a contagiar:

Si, sentía mucha tristeza, angustia y tensión; una de las diferentes situaciones que me causó tristeza, fue el observar morir a mis pacientes, a los que llevaba más de 15 días atendiendo; ellos contaban su vida y la de sus familiares; era muy triste ver que esas personas iban a fallecer, por lo que ya no podrían volver a ver a sus familias; percibir angustia por estar pensando cuándo te ibas a contagiar, situación que producía demasiado desgaste, ya que aunque estabas protegido, el estar en contacto con pacientes contagiados, la transmisión del virus era latente, situación brutalmente desesperante. La tensión se presentó cuando ya no se podía cuidar a los pacientes, a causa de tener bastantes pacientes intubados, más los que estaban en proceso de recuperación, además de los ingresos; este tipo de situaciones superan a cualquiera que no tuviera alma de plomo; alguien a quien no le importara lo que pudiera suceder [sic].

En lo que respecta a las tensiones experimentadas con pacientes

contagiados dentro de su jornada de trabajo, como nerviosismo, tristeza o preocupaciones, la enfermera Erika explica que, durante los momentos más críticos de la pandemia, presentó malestares físicos, como un fuerte dolor en el pecho y vértigo, el cual, hoy en día, sigue sintiendo en los momentos más complicados:

Como tal una afectación no, lo que presenté fue que en esos tiempos más críticos de la pandemia sentía una opresión en el pecho muy fuerte como si no pudiera respirar; con el tiempo pensé que se quitaría, pero al parecer no sucedió, ya que actualmente sigo con el malestar como si estuviera viviendo una situación de vértigo todo el tiempo; aprendí a vivir con ella. Para disminuir el dolor, salía a tomar aire, respiraba profundo y el dolor en mi pecho empezaba a aminorar.

En lo que concierne a las afectaciones psicoemocionales y la necesidad de buscar apoyo a causa de cuidar pacientes contagiados, el sujeto indica no haber buscado ningún apoyo psicológico; sin embargo, menciona que el “Hospital Adolfo López Mateos” brindó ayuda, pero el proceso del trámite fue muy tardado:

El hospital brindó atención psicológica a todo el personal adscrito a cualquier área; yo creía no utilizarlo [sic]; conocía compañeros que iban y otros que querían ir, pero comentaban que era un poco complicado no poder recibir la atención por los diversos trámites, los cuales se demoraron una eternidad; cuando querían ir, a muchos les pasaba y olvidaban el objetivo por el cual solicitaron el apoyo; algunos enfermeros en forma de burla decían que era una terapia ingresar los documentos.

Acerca de las afectaciones a nivel personal, a causa del cuidado a pacientes contagiados en pandemia, la enfermera explica que presenció la muerte de compañeros de trabajo, lo cual representó situaciones muy dolorosas; incluso refiere que en una ocasión tuvo que cuidar directamente a uno de sus compañeros, el cual, lamentablemente falleció:

Tener que presenciar la muerte de personas [compañeros de trabajo] que conocía de años, como jefes de enfermería, doctores y compañeros muy cercanos; en lo personal fueron momentos muy tristes. Un ejemplo de algo que viví, fue cuando uno de mis compañeros dejó de asistir, y nos preguntamos el porqué de su

ausencia. Un día normal de trabajo, nos distribuimos a los pacientes, a mí me tocó cuidar a nuestro amigo, que estaba muy enfermo, porque se había contagiado de COVID. Al respecto, nuestros jefes no nos comentaron que se encontraba internado en la misma área donde trabajamos, pero, al realizar nuestras actividades, nos percatamos de que nuestro compañero estaba ahí, por lo que lo cuidamos mucho; tuvimos mayor atención en él para que su situación no se fuera a agravar. Posteriormente nuestro amigo y compañero murió; fue muy triste ver que falleciera en su lugar de trabajo.

Respecto a si el Hospital Adolfo López Mateos proporcionó algún servicio de apoyo psicológico a los enfermeros de primera línea de atención a COVID, la informante Erika lo expresa de la siguiente manera: *Como platicué anteriormente, el servicio de apoyo psicológico sí se puso en marcha; lo malo era poder recibir el servicio, ya que era muy tardado, porque son trámites burocráticos que a veces llegan a ser inservibles en esos momentos.*

Concerniente a si la enfermera ha tenido que poner en práctica técnicas para sobrellevar las cargas emocionales, a causa del incremento de trabajo, ella expresa que el dialogar con diferentes personas de su entorno fue la manera de lidiar con las cargas laborales:

Podría mencionar que el platicar con alguien fue mi terapia, aunque desconozco si el dialogar con otras personas sea considerado un tratamiento o terapia; lo hago muy a menudo, con familiares y amigos más cercanos, platico mis problemas más difíciles y los no tan complejos; como resultado de ello, logré concebir una paz interna al momento de hacerlo.

Sobre si han detectado problemas psicosociales en los compañeros de trabajo a consecuencia de la atención a pacientes contagiados por COVID, el sujeto expresa que probablemente sí, debido a observar a muchos de sus compañeros recibir el apoyo psicológico brindado por el hospital:

No puedo hablar por los demás, pero sí puedo mencionar que más de uno de mis compañeros tuvieron alguna afectación en su persona, ya que cuando yo

tomé la decisión de recibir atención psicológica, había muchas personas formadas donde se daban las consultas de apoyo psicológico.

La enfermera indica haber percibido diferentes emociones durante las etapas críticas de la pandemia y dentro del semáforo epidemiológico verde; ella narra que, en los inicios de la pandemia, fue cuando notó mayor presencia de estas emociones:

La diferencia fue muy notoria, ya que cuando comenzó la pandemia, mencioné que padecía de emociones de todo tipo; “era una fiesta mi cabeza” [sic]; cuando el semáforo epidemiológico cambió a verde, en febrero, yo y mis compañeros no seguíamos siendo las mismas personas que estaban en inicio de pandemia [sic], puesto que, con el transcurso del tiempo, hubo un mayor desarrollo de las emociones. El sentimiento más dominante fue el enojo, ya que las personas seguían ingresando al hospital, pero era porque no se cuidaban y caían en la desidia.

En lo que concierne a los motivos de satisfacción obtenidos como enfermera en primera línea de atención, el sujeto Brenda refiere que una de las razones más gratificantes fue el observar a los pacientes ser dados de alta:

Mi máxima satisfacción fue observar que a las personas se les otorgaba el alta, luego de estar mucho tiempo en el hospital; los pacientes querían estar con sus familiares. Como cuidadores primarios, una de las mayores cosas que nos podrían brindar felicidad era que, probablemente, con un poco de nuestra ayuda, los pacientes podrían estar con sus familiares.

En torno a los desafíos que ha enfrentado durante la pandemia, la informante narra que uno de sus mayores retos fue el alentar a los pacientes a salir adelante: *fue hablar con las personas que podían salir del hospital; que contaban con la capacidad de sobrepasar el hecho de haberse contagiado; es por ello que me di a la tarea de atenderlos todos los días.*

En lo que concierne a las perspectivas de las características y rutas de la pandemia COVID para el año 2022, el sujeto asevera que la población debería ser

responsable de sus actos, no incurrir en no cuidarse; asimismo, contar con una mayor concientización sobre lo que es la pandemia por COVID y sus repercusiones:

Bueno, ahorita ya estamos en el año 2022, y lo que yo creía que pasaría no sucedió, yo pronosticaba que regresaríamos a nuestras actividades cotidianas, que la pandemia se mitigaría, aunque sea un poco; que existiría una concientización en la población a causa de sus descuidos.

Respecto a si el gobierno afrontó de manera idónea la pandemia, la enfermera expresa que el gobierno tuvo una inapropiada gestión de la COVID-19, pese a la experiencia con otras pandemias registradas en el país; a causa de ello, todas las actividades y modificaciones tuvieron que realizarse en el “sobre la marcha”:

Yo diría que no, porque en otros países ya se había declarado la pandemia, pero, aun así, [en México] dejaron pasar mucho tiempo, y muchas cuestiones no debieron haber ocurrido; a esto se suma que aquí en México ya se habían registrado otras pandemias; sin embargo, no fue así, pareciera que estaban esperándola y sobre la marcha, solucionar la problemática.

4.2.2.3. Categoría de Análisis III: Consecuencias sociales del trabajo en Primera Línea de atención a Pacientes con COVID-19

Acerca de las consecuencias a causa de la atención brindada a pacientes contagiados por COVID, la enfermera Erika explica que tuvo que adaptarse a otro entorno, el cual no era su casa; consistió en mudarse a un hotel para no contagiar a su familia:

Los cambios fueron varios: tuve que adoptar medidas rigurosas, tomé la decisión de separarme de mi familia; tuve que ir a vivir a un hotel los meses más complicados de la pandemia; tomé esa decisión principalmente para no contagiar a mi familia; hablaba a distancia con ellos y les comentaba que se cuidaran mucho porque todavía había demasiadas personas contagiadas; a mi consideración las medidas que adopté fueron radicales, pero a la vez, necesarias.

Respecto a si en algún momento llegó a ser víctima de agresiones por el hecho de ser enfermera en primera línea de atención, el sujeto narra: *No, nunca recibí alguna agresión, y no conocí a nadie dentro de mi entorno que tuviera o sufriera algún ataque; el único conocimiento que tenía eran que las agresiones se daban en compañeros de otras entidades.*

En lo que atañe a la convivencia con compañeros no adscritos a primera línea de atención, la informante explica que la relación era nula, debido a que los compañeros ajenos al servicio manifestaban que los colegas que laboran en atención a la COVID cubrían negligencias médicas:

La convivencia era nula, porque nuestros compañeros nos hacían burla; decían que no hacíamos nada, que solo entrábamos al área COVID a hacernos tontos; que nosotros encubrimos cosas malas que pasaban en el covitario; como fallecimientos de los pacientes o negligencias médicas; por todo ello, nos fuimos aislando de los compañeros.

En torno a las afectaciones en relación con la convivencia con compañeros adscritos a primera línea de atención, la enfermera narra no haber tenido ningún altercado con sus compañeros, porque se forjó una unión de compañerismo en el ámbito laboral:

En el tema de la relación con compañeros, no hubo afectaciones, porque estuvimos más unidos, ya que conocíamos el dolor, las presiones, la convivencia, y lo más importante: la manera de trabajar en esa sección de contagios; básicamente fuimos una fuerza de trabajo; nos apoyamos unos a los otros.

En contraste con lo anterior, respecto a la convivencia que se estableció entre familiares y amigos ajenos al Hospital Adolfo López Mateos, el sujeto Erika describe que tratar de mantenerse en contacto a distancia, debido a las medidas de seguridad, fue complicado para ciertos integrantes de su familia. El dejar de socializar originó conflictos:

La convivencia en pandemia fue más limitada, ejemplo de esto es que,

aunque yo no estuviera en el hospital, si hubiera respetado el confinamiento, las reglas que la Secretaría de Salud implementó para que todos o la mayoría de la población no se contagiaran [sic]. Mi familia decidió implementar los protocolos de seguridad para no contagiarnos de COVID; sin embargo, había familiares lejanos que querían reunirse con mi familia pese a la pandemia. En lo personal, esa idea nunca fue de mi agrado; les mencioné que dejaran pasar tiempo para que la pandemia disminuyera y se volvieran a juntar; muchos entendían y otros no; fue muy complicado poder hacerlos entrar en razón, a distancia, a los integrantes de mi familia.

Referente a si la sociedad reconoció la labor realizada por el personal de primera línea de atención, la informante Erika expresa que el reconocimiento se enfocó de manera errónea, ya que algunos compañeros no realizaban el trabajo indicado dentro del área COVID, y ejecutaban otras cosas:

La sociedad estaba mal informada sobre lo que sucedía en los hospitales y los enfermeros que prestaban servicio a primera línea de atención. La verdad había compañeros que no iban a trabajar, los mandaban al área COVID y se molestaban y no realizaban lo indicado; a mi consideración, el reconocimiento no fue para todos, solo para ciertas personas y centros hospitalarios; por ello, creo que los reconocimientos estuvieron mal enfocados.

Concerniente a la importancia que la informante concede, a nivel personal, por haberse desempeñado como enfermero en primera línea de atención, el sujeto expone, que haber participado como principal cuidador de pacientes contagiados de COVID le proporcionó tranquilidad y experiencia en los diferentes escenarios de la pandemia:

Haber laborado en el área para pacientes contagiados de COVID a un principio me daba miedo [sic]; sin embargo, el tiempo me hizo reflexionar sobre la problemática, y pensar que las cosas pasan por algo; es por ello que ahorita puedo mencionar que me siento bien al haber tratado a los pacientes y realizado algo por los que hoy en día ya no están.

Sobre la importancia del personal de enfermería a nivel social, la enfermera indica que los enfermeros son muy importantes para el cuidado de los pacientes, así como el resto de las especialidades del sector salud; todos tiene una función determinada:

Los enfermeros juegan un papel muy importante, ya que sin ellos no podrían ser ejecutadas las órdenes que un superior determina; además, el cuidado no sería el mismo; sin embargo, cabe resaltar que todos los mandos y puestos que incorporan un área de salud desempeñan cierto papel importante; todos son puestos de trabajo clave.

En lo que atañe a si el gobierno de la Ciudad de México administró de manera adecuada la pandemia, el sujeto declara que el gobierno enfrentó de manera inconveniente la pandemia COVID, puesto que dejó en descuido necesidades básicas que los hospitales presentaban:

Esta pregunta es similar a si el gobierno manejó la pandemia adecuadamente; a estas alturas sigo pensando que no fue del todo correcta; hubo aspectos que no fueron cubiertos del todo, y podría decir que parte de lo que se vive es resultado de negligencias del gobierno y la población, en conjunto.

Respecto a si cree que los promotores de salud hubieran podido apoyar en el transcurso de pandemia, la enfermera Erika argumenta que sí habrían podido ayudar con información para la concientización de la población hacia la pandemia:

Los promotores habrían desempeñado un papel clave en la pandemia, ya que ellos deberían de realizar e implementar técnicas, las cuales ayudaran a la concientización de la enfermedad del COVID-19; brindar información tiene la finalidad de que los habitantes estuvieran informados [sic] sobre los posibles escenarios que el virus del SARS-CoV-2 podría proporcionar; era decisión de la gente que si quería llevar a cabo la información facilitada. En resumen, la información impartida por los promotores de salud al inicio podría haber sido fundamental para el bienestar y cuidado de la población.

Con relación con lo anterior, el sujeto declara que le gustaría que los promotores de salud ejecutaran acciones para apoyar a los enfermeros de primera línea de atención; ella explica que sí podrían colaborar mediante el seguimiento que tendría que otorgarse a pacientes que hayan sido dados de alta, con la finalidad de implementar un registro previo a la exposición del virus SARS-CoV-2:

Considero que el apoyo no sería con nosotros como enfermeros de primera línea de atención, puesto que recuerdo que el trabajo del promotor de la salud consiste en actuar antes del surgimiento de cualquier enfermedad. Nosotros no manejamos o tratamos con pacientes en ese punto de sus vidas. Sería conveniente que el enfoque o estudio por parte de los promotores se llevara a cabo en estudios post COVID, dado que [las instituciones hospitalarias] pierden el seguimiento de la salud de los pacientes cuando egresan; nosotros, como enfermeros, consideramos complicado cubrir esos temas.

Referente a la opinión que los medios de comunicación tienen sobre que al personal sanitario se les considere “héroes de la pandemia”, la informante menciona que el gobierno intentaba que alguien se hiciera responsable de las consecuencias y afrontamiento de la pandemia; acción que permitió dejar en la mira pública al personal de primera línea de atención:

Yo opino que los medios de comunicación comentan eso, porque querían tener a alguien encargado en relación con el tema COVID, lo cual conllevaba ser responsable de las cosas buenas y las no tanto; no obstante, dudo que fuera adecuado estar en la mira pública en esos momentos críticos de la pandemia, porque, si algo en determinado momento llegaba a salir mal, el personal de salud tendría que entregar cuentas conforme a las decisiones que el gobierno tuviera que tomar.

Finalmente, se le cuestionó a la enfermera sobre si deseaba aportar algún dato que fuera crucial para la investigación. El sujeto Erika indica que la presente investigación debería ser del conocimiento de diferentes puestos hospitalarios; ya que, no se cuenta con el entendimiento de este tipo de estudios en

otro lugar. Expresó que no deseaba hacer ninguna pregunta:

Me parece muy bien que hagan este tipo de trabajos de investigación, yo no tengo el conocimiento de algún documento que se enfoque a la experiencia del personal de primera línea de atención con pacientes contagiados. En lo que a mi concierne, yo decidiría que estos análisis deberían ser del entendimiento del resto del personal sanitario, para que cuenten con el conocimiento de lo vivido en primera línea de atención.

4.2.3. Sujeto de Investigación 3: Claudia

4.2.3.1. Categoría de Análisis I: Descripción de Actividades Laborales en la Primera Línea de Atención a Pacientes con COVID-19

Respecto a qué implica una pandemia y cómo debería un hospital reaccionar ante ella, la enfermera Claudia describe que la pandemia es una problemática que requiere contar con diversos insumos médicos, personal sanitario y conocimientos de la enfermedad, para poder hacerle frente de manera eficaz:

Una pandemia implica diversas cuestiones; requiere de material (insumos), mano de obra, en este caso sería el personal de enfermería, y un espacio adecuado que cuente con los aparatos requeridos para cualquier tipo de eventualidad [complicaciones de la COVID]; de igual manera, se necesita conocimiento previo de la enfermedad que esté presente; una pandemia como tal necesita de diversos recursos los cuales pueden ayudar a que ésta salga adelante o que su desempeño obtenga buenos resultados [sic].

Sobre por qué se encuentra en primera línea de atención con pacientes contagiados por COVID, la informante declara que en su contrato se describen diversas actividades, y una de ellas es apoyar en las crisis sanitarias: *Estoy en esta área porque soy enfermera general; básicamente en mi contrato marca que debo apoyar en cualquier contingencia sanitaria que se presente; otro aspecto fue por órdenes de sus superiores. Referente a cómo se preparó el Hospital Adolfo López*

Mateos para atender a pacientes contagiados de COVID, el sujeto describe que no hubo una adecuada preparación para los diferentes protocolos y medidas de seguridad, debido a que se realizaron durante el transcurso la pandemia, no en anticipación de ésta: *El hospital no tenía conocimiento sobre cómo afrontar una pandemia; es preciso mencionar que la modificación de la infraestructura y la forma de trabajo se estableció conforme la enfermedad [avanzaba].*

En torno a si recibió alguna capacitación para atender a pacientes contagiados, la enfermera Claudia expresa que solo recibió instrucciones sobre la colocación y retiro del equipo personal de protección:

Recibí algunas indicaciones sobre la colocación del uniforme de protección, cómo colocarlo y retirarlo; en particular, no recibimos capacitación alguna, sólo nos mencionaron que debíamos de cuidarnos más, ya que esta enfermedad se transmitía por vía aérea; pero en general tuvimos que manejar la enfermedad como si fuera una neumonía muy grave, con los medicamentos con que se trata dicha enfermedad.

En lo que atañe a un día normal de trabajo antes de la pandemia y si existe algún factor que causara tensión y nerviosismo, el sujeto narra que existen cargas de trabajo las cuales le generaron estrés: *Antes de que la pandemia llegara, un día normal de trabajo consistía en cargas laborales pesadas, pero no del todo, ya que, se podían soportar las cargas de trabajo, el estrés laboral y el generado en el hogar; era algo normal que se trataba con conversaciones con otras personas.*

En lo que respecta a cómo se desarrollaba un día de trabajo durante la pandemia, cómo eran la preparación, las actividades y sobrecarga de trabajo para ingresar al área COVID, la informante explica que antes de llegar a su trabajo ingería sus alimentos; posteriormente procedía a colocarse el equipo de protección, se les asignaba el área de trabajo y los pacientes con mayor gravedad; todas estas actividades le causaban nerviosismo y estrés:

Un día normal durante la pandemia: todo era en torno a los pacientes, debido a que los contagios se realizan de manera muy rápida, algo antes no observado: al llegar al trabajo procuramos comer bien antes de ingresar; lo primero que realizaba era colocarme el equipo de protección con las medidas de seguridad; asimismo se asignan áreas de trabajo y las cuales tenías que acatar. La clasificación de los pacientes se distribuía de manera equitativa; aun así, el exceso de trabajo tenía como resultado nerviosismo y estrés en altas cantidades.

Concerniente a cómo califica la atención brindada por el Hospital Adolfo López Mateos a pacientes contagiados por COVID, la enfermera indica que el hospital no atendió adecuadamente a los pacientes infectados, porque no había suficiente personal sanitario, además de la falta de algunos medicamentos:

Si tuviera que evaluar cuantitativa y cualitativamente al hospital, yo le daría un 8, porque no hubo suficiente personal que pudiera atender a más pacientes contagiados; también porque no se contaba con el material adecuado, como los medicamentos para atender la mayor emergencia sanitaria que había existido desde hace mucho tiempo.

En lo que refiere a la calificación que le brindaría a las medidas de seguridad, protección e insumos proporcionados por el hospital, el sujeto Claudia apunta que hubo diversas áreas de oportunidad en los insumos y materiales, a causa de una distribución monetaria inadecuada: *Yo califico al hospital con un 6, ya que dejaba desprotegida el área COVID; casi todo el tiempo existió una deficiencia en cuanto a insumos y personal; a causa de que los administradores tuvieron una inadecuada distribución de los recursos, para la compra de materiales e insumos médicos.*

Sobre los problemas más fuertes que enfrentó como enfermera durante su trabajo en la pandemia, la informante narra que, a falta de insumos o medicamentos, los enfermeros en primera línea de atención tomaron la iniciativa de sustituirlo con otras cosas para realizar su trabajo:

Anteriormente no tenía problemas sobre los protocolos que llevaba el hospital; sin embargo, durante la pandemia, mis compañeros y yo tuvimos que

implementar técnicas para sustituir cualquier insumo o medicamento que se necesitara, cabe mencionar que no era siempre, pero aun así debíamos sacar el trabajo.

En lo que atañe a las diferencias entre los pacientes que ingresaron al Hospital Adolfo López Mateos cuando no había vacunas, y los que han ingresado cuando éstas ya estaban disponibles, la enfermera expresa haber notado diferentes cambios en los pacientes ingresados antes de la vacuna; la diferencia más notoria fueron las consecuencias de los contagios, como los problemas respiratorios y cardíacos, en contraste con los pacientes que ya habían recibido la vacuna, ya que disminuyeron las complicaciones:

Existieron cambios físicos significativos en los pacientes que ingresaron al hospital; sospechaban que ya no se les daría el alta, debido a ello muchos decidieron dejar el hospital; cabe mencionar que las repercusiones en las personas que eran dadas de alta consistían en secuelas, como: dificultad para respirar, problemas cardíacos, si es que estuvieron intubados, entre otros aspectos; por otro lado, al recibir la vacuna, todo lo anterior se disipó, debido que si ingresaban de nuevo, ya no tenían tanto miedo; ellos mismos mencionan que se sentían protegidos por medio de la vacuna.

Acerca de las recomendaciones que haría a la población durante el semáforo epidemiológico verde, el sujeto Claudia menciona que un plan de acción sería lo ideal; como, por ejemplo, que las compras tendrían que realizarse solamente por un integrante de las familias, y no tener que salir a exponerse todos; además de crear concientización en la población general:

Yo sugeriría que una sola persona por familia realizara las compras, además de tomar en cuenta las recomendaciones que el gobierno implementó para que no aumentaran los contagios; además de que exista una concientización en las personas para que se den cuenta que sus acciones están mal; sin embargo, se necesita estar constantemente en repetir las medidas de seguridad [sic] y solo ciertas personas harían caso.

4.2.3.2. Categoría de Análisis II: Detección de Efectos Psicoemocionales Relacionados con Laborar en la Primera Línea de Atención a Pacientes con COVID-19

En torno a si experimentó tensión, nerviosismo y tristeza a causa de trabajar en primera línea de atención a pacientes contagiados durante la pandemia, la informante asevera que vivió altos grados de nerviosismo, estrés y preocupación referentes a la carga de trabajo y a su estrecha relación con la pandemia:

Sí, presente nerviosismo por la excesiva carga de trabajo debido a la pandemia; sin embargo, como todas las personas logran acostumbrarse a las situaciones más complejas; ciertamente el personal no se sentía del todo bien y me incluyo, era demasiado estrés y preocupación generado por la pandemia.

Referente a los factores que le produjeron mayor tensión, nerviosismo, tristeza o preocupación durante la pandemia, la enfermera manifiesta: *Los síntomas que fueron producidos o desencadenados por los pacientes contagiados por la pandemia del COVID-19, y sus diferentes variables.*

Sobre si sintió afectaciones en su salud personal a causa de su trabajo con pacientes contagiados, el sujeto indica que el virus del SARS-CoV-2 le causó complicaciones a su salud como: secuelas cardiovasculares (trombosis venosa), complicaciones psicológicas y que desarrolló miedo para asistir a su trabajo:

En el transcurso de la pandemia me contagié, fue algo muy doloroso porque tuve que tomar medidas drásticas para no contagiar a nadie, las complicaciones por haberme contagiado fueron haber tenido secuelas cardiovasculares, me daban miedo los trombos; además padecía de complicaciones psicológicas y desarrollé un miedo para integrarme de nuevo a trabajar, porque pensaba que el COVID estaba en todas partes del hospital; sin embargo, por la presión del tiempo no pude asistir a tomar terapia psicológica.

En torno a si tuvo la necesidad de buscar apoyo psicológico, la informante Claudia menciona haber sentido la necesidad de buscar apoyo, pero por diversas

actividades laborales y personales no asistió: *Como comenté en la pregunta anterior, sí tuve la necesidad, sólo que no asistí por falta de tiempo y trabajo [sic].*

Referente a alguna situación difícil que le haya afectado a nivel personal por la atención a pacientes contagiados, el sujeto describe que el observar morir a mucha gente en el hospital, así como ver los diversos cuerpos en patología, fue algo que personalmente le afectó a nivel psicológico:

Una situación que hasta la fecha me causa mucho conflicto psicológico fue haber visto morir a tanta gente, que se apilaran tantísimos cuerpos a la espera de un espacio en patología, porque eran demasiados para poder realizar el trabajo que patología brinda; la verdad es algo que nunca voy a olvidar.

En lo que concierne a que el Hospital Adolfo López Mateos haya implementado algún servicio psicológico dirigido al personal de primera línea de atención a COVID, la enfermera narra que no tiene conocimiento de algún apoyo referente al tema; sin embargo, afirma que la pandemia fue una problemática devastadora para todos en general, y que, si hubo alguna ayuda, ésta debería haber sido más visible:

La verdad no tengo conocimiento sobre el tema; quiero pensar que sí, por todo lo que contrajo la pandemia [sic], ya que fue devastador para más de uno. Si existe algún programa o ayuda, se necesita mencionar que se tuvo que hacer más propaganda para que todas las personas trabajadoras del instituto supieran la localización de la ayuda que se brindaba; para que así las personas pudieran asistir.

Acerca de si lleva a cabo medidas o técnicas para sobrellevar la carga emocional en torno a su trabajo, la informante indica que sí ha buscado técnicas de relajación, como la respiración profunda, pero lo que más le ha funcionado es salir a correr debido a que es algo que le produce relajación:

Sí, he buscado técnicas de relajación como lo básico, respirar; sin embargo, el estrés disminuye, o me siento mejor, al salir a correr; eso me ayuda mucho; me relajó bastante; de alguna manera encuentro esta actividad relajante y es la forma por la cual puedo mencionar que me siento tranquila.

Sobre sí ha observado que sus compañeros desarrollaran problemas de estrés, preocupación, nerviosismo y tristeza derivados de la atención a pacientes contagiados, el sujeto expresa que algunos de sus compañeros desarrollaron patologías por el estrés y la carga de trabajo, a causa de las largas jornadas laborales: *Muchos de mis compañeros si tenían algunas de estas patologías, derivadas del estrés y la carga de trabajo, en este caso, producidas por las largas jornadas que algunos hacían, o porque ayudábamos a compañeros que se encontraban ausentes.*

En lo que se refiere a la diferencia emocional entre las etapas más críticas de la pandemia y cuando el semáforo epidemiológico se ubicó en verde, la enfermera Claudia menciona haber sentido mucha tristeza por el proceso de enfermedad de los pacientes; posteriormente a la etapa crítica de la pandemia el estrés descendió, así como la carga de trabajo:

Mis emociones nunca han sido algo que me preocupe; sin embargo, la pandemia contrajo ciertas cosas en nuestras vidas [sic]; al principio, ver a tantas personas enfermas y así como su deceso fue algo complicado, como personal sanitario. Me daba mucha tristeza ver a sus familiares; era algo devastador, una tristeza que se impregnaba; eso sucedió al inicio de la pandemia. El semáforo cambió a verde, lo cual no debió haber sucedido, ya que a mí consideración agravó los contagios; pero dentro de mi trabajo, bajó la carga laboral.

En torno a los máximos motivos de satisfacción como enfermeros debidos a laborar en primera línea de atención, la informante manifiesta haber sentido orgullo por proporcionar su apoyo y conocimiento a pacientes contagiados: *Mi máximo motivo fue haber participado y ayudado de alguna manera a los pacientes contagiados de COVID-19; haber implementado mis conocimientos fue muy grato.*

Concerniente a los mayores desafíos enfrentados como enfermera durante la atención brindada a pacientes contagiados en pandemia, el sujeto explica que el haber vivido la pandemia en primera línea fue una situación inquietante; expresa que nunca se imaginó todo lo que conlleva una pandemia: *El mayor desafío al que pude haberme enfrentado fue haber presenciado tan de cerca la pandemia; nunca*

en mi vida creí haber podido vivir algo así, y no lo digo como si hubiera sido algo bueno; al parecer fue algo complicado y muy perturbador el haberlo vivido dentro de mi vida laboral.

Acerca de si tiene algunas expectativas sobre el rumbo que tomará la pandemia en el año 2022, la enfermera describe que sigue sin observar una concientización en torno a las medidas de seguridad, pero considera un avance el área de *triage* para evaluar a los enfermos conforme su gravedad:

Estamos en el 2022 y no doy crédito a lo vivido; aunque persiste la pandemia, no existe una concientización de la población, eso quiere decir que no aprendieron la lección y siguen sin utilizar las medidas preventivas de la pandemia. En cuanto al trabajo, ya no existe tanta hospitalización; existe un triage, el cual evalúa la gravedad de la salud del paciente [sic]; aquí se determina si necesita hospitalización o se manda a su casa; como ya no hay tantos que necesiten de atención específica, son mandados a sus domicilios; las cifras de decesos disminuyeron, pero han cambiado tantas cosas y básicamente estas no eran mis expectativas para el 2022.

En lo que toca a si el gobierno enfrentó de manera adecuada la pandemia de COVID-19, aun con los antecedentes de otras pandemias, la informante Claudia indica que el gobierno no tuvo una adecuada confrontación del virus del SARS-CoV- 2: *No tuvo el mejor enfrentamiento en cuanto a la pandemia; yo creía que por haber vivido otras pandemias con igual similitud [sic] debía haber tenido otros resultados, pero no fue así.*

4.2.3.3. Categoría de Análisis III: Consecuencias sociales del trabajo en Primera Línea de atención a Pacientes con COVID-19

En lo que concierne a los cambios que la enfermera tuvo que adoptar en la convivencia familiar debido de trabajar en primera línea de atención, ella menciona que tuvo que aislarse en una habitación alejada del resto de sus familiares, con la finalidad de no exponerlos al virus:

Los cambios que adopté fueron drásticos, ya que tenía miedo de que mi familia se contagiara porque yo estaba expuesta de una manera directa; tomé la decisión de alejarme de mi familia; me tuve que trasladar a un cuarto en el que guardamos cosas viejas, y al que ya casi nadie entra, aunque nos comunicábamos del diario, a mi parecer la convivencia no era igual que antes.

Referente a si llegó a ser víctima de alguna agresión por ser enfermera de primera línea de atención en la pandemia, el sujeto describe no haber sido objeto de agresiones físicas o verbales: *No tuve problemas, sobre alguna agresión, solo observaba que las personas ya no asistían al lugar de trabajo.*

En torno a cómo se afectó la convivencia con sus compañeros de trabajo adscritos a la primera línea de atención, la informante expresa que éstos tenían creencias falsas sobre las labores que se desarrollaban en dicha área:

Esa situación era muy chistosa y divertida, ya que comentan que nosotros no hacíamos nada; decían que en esa área no se trabajaba y que lo único que hacíamos era descansar; pero era mentira, porque si nos dormíamos los pacientes podían morir, ya que había pacientes que estaban muy graves y debíamos estar al pendiente de ellos.

Sobre cómo se afectó la convivencia con compañeros de trabajo adscritos a primera línea de atención, el sujeto Claudia indica que la relación con ellos era empática, y a ellos efectivamente tenían el conocimiento de las diferentes situaciones que se vivían con esos pacientes:

Con los compañeros que estaban en el mismo espacio de trabajo, los sentimientos y pensamientos eran iguales, porque vivían lo mismo; a diferencia del personal que apoyo de otro estado, ya que ellos no querían realizar otras actividades que no les correspondían. Con el tiempo eso derivó en más trabajo para nosotros; en general no se tuvo problema alguno con nuestros compañeros trabajadores del hospital.

En lo que respecta a cómo se vio afectada la convivencia con personas externas al hospital, la enfermera refiere que ella tomó la medida de aislarse de sus

familiares y amigos; asimismo, dejó de asistir a reuniones para no contagiarse:

No hubo afectación alguna; sin embargo, decidí aislarme por cualquier situación [sic]; no quería afectar de alguna manera a mi familia o a los más allegados. De igual manera mi familia decidió tomar las mismas decisiones que yo: se aislaron de las reuniones familiares, de amigos y compañeros, para no contagiarse.

En lo que refiere a si la sociedad ha reconocido la labor realizada por el personal de primera línea de atención a COVID, la informante sostiene que el reconocimiento no fue el adecuado; sólo se les reconoció a ciertas personas, y no realmente al personal que se encuentra en primera línea de atención:

El reconocimiento no fue el adecuado ya que, los medios de comunicación sólo elogiaron a aquellos que estaban en la mira pública; un suceso importante fue una medalla y reconocimiento que se otorgó a cierto personal, lo cual no fue tan agradable para el personal de salud involucrado en la pandemia. Otro aspecto a resaltar es que la población se contagia de manera exponencial y les valía [sic] que nosotros como personal también teníamos familia; por lo que no hubo un reconocimiento general.

Acerca de la importancia de haber desempeñado su labor como enfermera en primera línea de atención, el sujeto Claudia argumenta haber experimentado satisfacción al ayudar con sus conocimientos, aunque al principio tuvo mucho miedo al estar expuesta a los contagios: *Al inicio de la pandemia, debo mencionar que tuve demasiado miedo, siempre pienso que todo acto trae consigo cierto riesgo y al final resulta en temor; siempre te va a preocupar la familia; con el tiempo sentí cierta satisfacción en haber desempeñado mis conocimientos en el trabajo existiera o no la pandemia.*

En lo que concierne a la importancia del personal de primera línea de atención a nivel social, la enfermera sostiene que es una responsabilidad realizar este tipo de labores, ya que se halla en juego la vida de las personas: *Siempre existe esa responsabilidad al brindar tus servicios como enfermera, y más si la vida de un*

ser humano está involucrada; estoy segura que el trabajo siempre va traer consigo responsabilidad al realizar las diferentes labores enfermeras, si no es para la población, será para uno mismo [sic].

En lo que atañe a su opinión sobre cómo el gobierno de la Ciudad de México manejó la pandemia, la informante narra que no hubo una gestión adecuada, debido al poco abastecimiento de insumos médicos y a la insuficiencia personal sanitario; señala que todo ello debería de haber estado preparado de antemano, puesto que México ya había enfrentado pandemias similares:

No hubo un manejo adecuado de todo lo que la pandemia trajo consigo, a pesar de que México ya había pasado por situaciones de igual magnitud; no hubo los insumos ni el personal necesario. Deberían prestar más atención a todo aquello que trae consigo una pandemia, para poder rellenar todos los espacios [material, insumos, personal sanitario e infraestructura], que hasta la fecha persiste el problema por no lograr prevenir esos aspectos [sic].

Respecto a si los promotores de la salud podrían haber desempeñado algún papel importante durante la pandemia, el sujeto describe que su intervención sería adecuada para la prevención de las afectaciones del virus: *Su intervención sería adecuada en las explicaciones de prevención y promoción de la salud, las intervenciones deben ser antes de que las afecciones estén presentes; la información debería de estar dirigida a la población en general, eso incluye al personal médico.*

Concerniente a si le gustaría que los promotores de la salud realizarán alguna aportación para apoyar a los enfermeros de primera línea de atención, la informante Claudia manifiesta que la población debería ser reeducada en cuanto a diferentes temas de salud; expresa que siempre será un reto: *Es importante siempre reeducar a la población en general y a todo tipo de edades; se deben tener en cuenta todas las deficiencias que la población muestra; idear la impartición de los conocimientos siempre será un reto, pero ayudará a combatir enfermedades, propagaciones y demás afecciones que dañan a la población.*

En torno a qué opina sobre el sobrenombre que algunos medios de comunicación le otorgaron al personal sanitario, como “héroes de la pandemia”, el sujeto explica que lo ideal era realizar un estudio para observar quiénes fueron los compañeros que realmente trabajan y quiénes no:

Estoy segura de que en el proceso de pandemia hubo personal que sí intervino, pero otros no; debería de hacerse un estudio de quien realmente sí “dejó todo” en los covitarios, y quién nada más estaba en su casa, puesto que no todos los compañeros laboraron como debió haber sido.

La enfermera Claudia agregó que es muy importante la carrera de Promoción de la Salud, así como la realización de investigaciones como la de la presente tesis. Como conclusión, ella decidió no formular ninguna pregunta:

Es importante que la carrera de Promoción de la Salud tenga mayor presencia en el sector salud; de igual manera es fundamental el estudio de este tipo de temas; por último, es crucial que la población y el gobierno en general tengan en claro quiénes fueron los protagonistas y quienes los antagonistas en el proceso de la pandemia.

4.2.4. Sujeto de Investigación 4: Agustín

4.2.4.1. Categoría de Análisis I: Descripción de Actividades Laborales en la Primera Línea de Atención a Pacientes con COVID-19

Referente a qué es una pandemia, de acuerdo con los conocimientos de este sujeto, y cómo piensa él que un hospital debería atender esta problemática, el informante Agustín menciona lo siguiente:

La pandemia es una enfermedad epidémica que abarca diferentes países; la mayoría de las veces no suele controlarse; se presenta en todos los continentes; el virus del SARS-CoV-2 fue una experiencia que modificó y vulneró cualquier protocolo de salud; observar el indicador de mortalidad por arriba de los niveles normales fue algo complejo de entender, por lo que implicó un reto en nuestras vidas diarias. En cuanto al hospital, siempre debe estar acondicionado en su totalidad, y más en una situación como las pandemias, para poder proporcionar un mejor

servicio y atención hacia la población.

Respecto a por qué se encuentra en primera línea de atención con pacientes contagiados por COVID, el enfermero expone, que el área del hospital se dividió para atender a pacientes COVID y para poder continuar brindando los servicios de urgencia: *La unidad médica a la que estoy adscrito se convirtió en hospital de modalidad híbrida; además, nuestras funciones consisten en cuidar a la población en general y su salud, sin importar sus condiciones.*

En torno a cómo se preparó el “Hospital Adolfo López Mateos” para proporcionar atención médica de manera híbrida, el sujeto indica que, de acuerdo con la Secretaría de Salud, todos los hospitales prepararon un plan de contingencia contra COVID, adaptándose a los recursos que tenía cada uno de ellos:

El hospital Adolfo López Mateos y los demás hospitales que brindan atención a la pandemia del COVID-19 actualmente trabajan bajo el plan de emergencia de la Secretaría de Salud. Con el paso del tiempo trabajamos conforme a los suministros: medicamentos, instrumentos médicos e infraestructura que teníamos en áreas designadas COVID.

En lo que concierne a si recibió alguna capacitación para atender a pacientes contagiados de COVID, el enfermero declara no haber recibido alguna capacitación formal, pero, sí una plática sobre cómo colocar y retirar el equipo de protección personal. Explica que sus compañeros y él trabajaron conforme a sus conocimientos y a los materiales disponibles:

Como mencioné, no hubo una capacitación o aprendizaje formal en cuanto a la atención que debíamos proporcionar a los pacientes enfermos con el nuevo virus SARS-CoV-2; a inicio de la pandemia se trabajó conforme a los materiales y conocimientos con los que ya contábamos; con el pasar del tiempo y la pandemia se observaron cuáles podrían ser las deficiencias; con base a ello, nos expusieron un tipo plática sobre cómo colocarse y retirarse el equipo de protección que son guantes, batas desechables y cubrebocas.

En lo que atañe a cómo era un día normal de trabajo antes de la pandemia y si existía algún estresor laboral, el informante Agustín sostiene que solían ser días “monótonos”, en lo cual profundizó así:

Los días normales, antes de que sucediera la pandemia, podría llamarlos monótonos; sin embargo, existía la parte de que, si realizas un curso o alguna especialidad para poder acceder a una categoría más alta como enfermero, o poder obtener un puesto como jefe de enfermería, debes contar con más estudios o simplemente tener más cursos. Si hablamos de un día normal, se procede en recibir un turno de cinco o más pacientes, de acuerdo con el servicio en el que te encuentres: debes administrar medicamentos, realizar aseos personales, entre otras actividades; posteriormente debes dejar todo en orden para entregar al siguiente turno; a grandes rasgos es lo que normalmente se realiza.

Respecto a cómo era un día normal durante la pandemia, la preparación al entrar al área COVID, actividades desarrolladas y sobrecarga de trabajo, el enfermero describe que, tenía que prepararse mentalmente acerca de que sería un día difícil: *Un día normal en pandemia consiste en mentalizarme que será un día complicado; con demasiado estrés solo por el simple hecho de que tengo que asistir a un lugar, el cual no me genera por ahorita una gratificación, física, mental ni monetariamente, ya que tengo que llegar a mi lugar de trabajo, protegerme con los instrumentos necesarios que son: guantes, botas, caretas, cubrebocas y un traje especial para ingresar al área COVID. Al ingresar, te mentalizas que debes estar al pendiente de todo; lo más importante es observar a los pacientes que se encuentran muy graves. Es importante enfatizar que al acceder ya no sales hasta que termina tu turno, y lo más difícil es que no puedes ingresar alguna bebida para poder refrescarte, por el calor inmenso que hay dentro; no puedes secarte el sudor, y mucho menos puedes ir al sanitario; y lo peor de todo es observar que muchas de las veces no puedes hacer mucho por los pacientes que se encuentran muy graves; con el tiempo son cuestiones demasiado estresantes, tristes, preocupantes y sin dejar de mencionar el exceso de trabajo.*

Acerca de cómo califica la atención que brindó el “Hospital Adolfo López Mateos” a los pacientes contagiados, el sujeto argumenta que no puede brindar una calificación objetiva:

No puedo brindar una calificación puntual o exacta, puesto que, todo fue muy rápido y los procesos tenían constantes cambios; esto quiere decir que el hospital reaccionó de acuerdo con la saturación de pacientes y las necesidades de los enfermeros; fue así, que se creó un cerco de seguridad para combatir la pandemia.

En lo que respecta a cómo califica las medidas de seguridad, protección, insumos y materiales proporcionados al personal de enfermería de primera línea de atención el informante menciona que no fueron las adecuadas:

Las medidas de seguridad, protección e insumos que se nos otorgaron no fueron del todo buenos; las razones por las cuales lo comento porque no eran de buena calidad; además, los que nos proporcionaban eran muy pocos, para estar en medio de la pandemia; esas problemáticas nos orillaron a obtener cierto material comprado por nosotros mismos, puesto que no podíamos seguir en las condiciones en la que nos encontrábamos.

En torno a cuáles fueron los problemas más fuertes que enfrentó como enfermero durante la pandemia, el informante Agustín expresó que tuvo exceso de trabajo:

Los principales problemas derivados de la pandemia que para mí son importantes mencionar, es el nuevo exceso de trabajo que anteriormente no se veía [sic]; la disminución de los insumos, materiales, además de las condiciones de trabajo en las que estábamos sometidos para laborar; lo rápido que la enfermedad transcurría en los pacientes y que muchas veces derivan en una tasa de mortalidad importante; así fue como el sistema de salud estuvo desprevenido ante dicha situación.

Respecto al contraste entre los pacientes contagiados de COVID no vacunados, y los que sí lo están, el sujeto describe que el estado de salud de los pacientes no inoculados se agravaba:

El nivel de salud de pacientes que ingresaron al hospital y que no contaban con la vacuna era crítico; su estado de salud era importante [sic]: fiebre de 38°C, escurrimiento nasal, cefaleas, cuerpo cortado, además, de la pérdida de olfato y gusto; muchas veces iban tan graves que sólo estaban algunas horas en el hospital y fallecían. A partir de que la vacuna se empezó a aplicar todavía existían muchos contagios, hubo una disminución porque se les entregaba un botiquín específicamente para aliviar síntomas de COVID y posteriormente aislarse en sus casas. A diferencia de los pacientes que ingresaban con la vacuna, solamente tenían fiebre, dolor muscular; estos pacientes ya no tenían todos los síntomas, pues ya contaban con la vacuna.

En torno a las recomendaciones ofrecidas a la población cuando las autoridades sanitarias situaron el semáforo epidemiológico en verde, el informante indica que se deberían haber reforzado las medidas sanitarias:

Todavía existen muchos contagios después de la aplicación de la primera dosis de la vacuna contra el virus del SARSCoV-2; es por ello que yo hubiera recomendado a la población en general que se mantuviera en sus hogares, que se colocaran las vacunas que el gobierno ofrecía; mantener una sana distancia si es que salía a realizar las actividades cotidianas. Yo pienso que, con las recomendaciones, las personas seguían siendo demasiado inconscientes tanto para su familia como para el personal de salud [sic].

4.2.4.2. Categoría de Análisis II: Detección de Efectos Psicoemocionales Relacionados con Laborar en la Primera Línea de Atención a Pacientes con COVID-19

En lo que refiere a si experimentó tensión, nerviosismo, tristeza y preocupación durante sus jornadas de trabajo durante la pandemia, el enfermero menciona: *sí, experimenté mucho estrés, más que nada, tristeza y preocupación; la sobrecarga de trabajo y el miedo de contagiarse o contagiar a las familias, todo a consecuencia de la pandemia; fueron muchos factores que influyeron para desarrollar esas problemáticas.*

Sobre qué factores dentro de su área laboral le produjeron mayor tensión, nerviosismo o preocupación en la pandemia, el sujeto Agustín indica que fueron los mismos que mencionó anteriormente.

En torno a si sintió alguna afectación en su salud por trabajar con pacientes contagiados, se perciben algunas contradicciones en las declaraciones del sujeto:

Yo podría decir que no, ya que me considerado una persona que domina las situaciones fuertes o que sabe trabajar bajo presión; es por ello que ahora puedo mencionar que eso ha quedado atrás, debido a que la pandemia y sus circunstancias desafiantes me crearon una preocupación constante, estrés y problemas físicos [sic].

En lo que concierne a las afectaciones y preocupaciones con motivo del cuidado a pacientes contagiados de COVID, y si sintió la necesidad de buscar ayuda psicológica, el informante manifiesta, de forma poco clara:

A inicio de la pandemia creí que era necesario, pero después de pensar el tiempo que iba invertir, decidí no tomarla; pero la situación cambió, a causa del estrés y el exceso de trabajo decidí implementarlo en mi vida diaria, fue así, que decidí seguir con esta ayuda en mi vida laboral como hasta ahorita [sic].

En lo que respecta a alguna situación crítica que haya vivido por atender pacientes contagiados de COVID, el enfermero alude a que los momentos más duros en la etapa de emergencia fueron que:

A lo largo de la pandemia, viví situaciones estresantes que me llevaron a tomar decisiones importantes en mi vida; sin embargo, un momento crítico de la pandemia, se propició con la población infectada, los mandaban a sus casas [sic], o les proporcionaban paracetamol para aliviar algunos de sus síntomas; muchos de ellos iban muy graves. La saturación del hospital fue lo que orilló a los directivos a tomar ciertas decisiones; eso en lo personal fue un episodio de mi vida que no me gustaría volver a vivir.

En torno a si el Hospital Adolfo López Mateos ejecutó algún servicio de sostén psicológico enfocado al personal de primera línea de atención a COVID, el sujeto

Agustín indica que:

El Hospital Adolfo López Mateos proporcionó un psicólogo para que nosotros como trabajadores asistiéramos a dialogar algún problema o incomodidad que nos surgiera; entre compañeros dialogamos sobre ese apoyo proporcionado por el hospital; muchos estaban de acuerdo y otros no tanto, pero por confidencialidad desconozco sus opiniones.

Acerca de si el informante ha buscado tomar alguna medida o técnica para sobrellevar la carga emocional ocasionada por su trabajo, especifica lo siguiente:

En lo personal, decidí realizar actividades en mi casa para distraerme de lo sucedido en el trabajo: hablaba con mi familia, leía y también me sentía bien por tener tiempo a solas, aunque siempre tenía en mente a mi familia; no quería que se fueran a contagiar por algún descuido mío; ésta fue mi mayor prioridad.

En torno a si ha desarrollado algunos problemas por estrés, preocupación, nerviosismo y tristeza, derivados de la atención a pacientes contagiados, el sujeto menciona:

Muchos de mis compañeros tuvieron múltiples afectaciones; algunos de ellos fallecieron en sus casas, y los que seguían en el trabajo, presentaban bastante estrés; sentían una presión en el pecho, como un dolor, sin dejar de mencionar [que] los compañeros que son muy emocionales obtuvieron secuelas psicológicas [sic] originadas de la pandemia.

Referente a cómo se sentía emocionalmente durante la época más crítica de la pandemia y si hay diferencias en cómo con el semáforo epidemiológico en verde, el sujeto explica: *El estrés siempre será un síntoma que persistirá en los trabajos, se presente una pandemia o no; lo que cambiaría serían los grados en los que se presenta; en cuanto a la presión y demás cuestiones ya no sentimos tanta presión y tampoco ya no se muestran tantos decesos, algo que en lo personal fue de gran ayuda; en resumen, eso fue lo más notorio en cuanto a los momentos más críticos de la pandemia y el semáforo epidemiológico verde.*

En lo que concierne a cuáles fueron los motivos de satisfacción como enfermero de primera línea de atención, el informante Agustín describe:

Considero que no hubo máximos motivos; asimismo, creo que debieron de habernos capacitado sobre el cuidado de los pacientes contagiados por COVID-19, un tema fundamental al cual nadie le dio la importancia que necesitaba; probablemente si se hubiera otorgado la capacitación, los insumos y personal médico suficientes la tasa de mortalidad hubiera sido menos [sic], lo más significativo de la pandemia y no sólo en México, sino en todo el mundo.

En lo que se refiere a cuáles fueron los mayores desafíos que enfrentó durante la pandemia como enfermero:

Uno de mis mayores desafíos fue haber proporcionado atención a pacientes infectados del virus SARS-CoV-2, sin conocer realmente la enfermedad, o el diagnóstico correcto, ya que a inicio se desconoció totalmente la enfermedad y la mayor parte del tiempo se diagnosticaba como una neumonía grave, panorama que cambió con el tiempo y la enfermedad se denominó virus del SARS-CoV-2.

Acerca de las expectativas del rumbo que tomaría la pandemia para el 2022, el sujeto narra: *Intuyo que podríamos controlar la pandemia con las medidas correspondientes proporcionadas por el gobierno, con la finalidad de que la población ponga de su parte, ya que realmente es imposible lograrlo si no les importa; solo así, se podría sobrellevar la pandemia.*

Respecto a si cree que el gobierno enfrentó de manera adecuada la pandemia, puesto que, ya se tenían antecedentes de otras epidemias como esta, el informante manifiesta: *Siempre he creído que el gobierno necesita implementar constantemente pláticas, talleres y conferencias para realizar investigaciones [sic] sobre las nuevas enfermedades y así poder mantenerse actualizado, tanto el sistema de salud y la población en general; con el tiempo, ya no se reflejarían tantas muertes por la desinformación e ignorancia de muchos temas de salud; necesitan invertir en más recursos para esas áreas como el sector salud.*

4.2.4.3. Categoría de Análisis III: Consecuencias sociales del trabajo en Primera Línea de atención a Pacientes con COVID-19

En lo que atañe a los cambios que tuvo que adaptar en la convivencia con su familia, a consecuencia de trabajar en primera línea de atención a pacientes contagiados de COVID, el enfermero Agustín expresa: *Los cambios más importantes fueron el tener que adaptarme a vivir en otro lugar que no era mi casa; como mencioné, mi familia siempre fue mi prioridad; otro aspecto fue tener que dormir muy poco, y también invertir más tiempo en el trabajo de lo que debía de haber trabajado [sic].*

En lo que toca a sí llegó ser víctima de alguna agresión por brindar sus servicios en primera línea de atención a COVID, el sujeto informa: *No tuve ninguna agresión; escuché que algunos de mis compañeros vivieron, en sus lugares de trabajo [sic], o mientras se trasladaban a sus centros de trabajo; pero yo en lo personal no viví algo por el estilo.*

Sobre si se registraron afectaciones en la convivencia con sus compañeros de trabajo no adscritos a primera línea de atención, el informante apunta que la convivencia fluyó de manera normal, a causa de que se encontraban ocupados y no entablaban mucha conversación: *La convivencia siguió normal, ya que no había mucha comunicación o diálogo; además que los otros compañeros no asistían a menudo al hospital.*

El enfermero refiere que la relación con compañeros adscritos a primera línea de atención fue grata: *La convivencia con estos compañeros fue más amena, ya que, nos veíamos a diario y teníamos largas jornadas de trabajo, éramos ya una familia que entre nosotros nos apoyamos y tratamos de ayudarnos.*

En torno a cómo se vio afectada la relación con conocidos y familiares, el sujeto Agustín declara que: *Las convivencias empezaron a ser menos: la familia no quería juntarse, porque, en general, sentimos que no era seguro realizar algún festejo o celebración; además de que éramos precavidos en no juntarnos, para no propagar el virus, ya que era una situación extrema para cuidarnos [sic].*

Al cuestionar al informante sobre si la sociedad reconoció de forma idónea su trabajo como personal hospitalario de primera línea de atención, él afirma:

No fuimos reconocidos de manera igualitaria, porque no todos los enfermeros y enfermeras se emplearon de la misma manera; algunos dejaron de ir justificándose con las licencias de enfermedad y maternidad; pero hubo otros que ni siquiera se presentaban al hospital; otros enfermeros adoptaron la mala práctica de checar asistencia sin ningún problema [sic], y, por último, había otros que iban, pero ni siquiera hacían nada; sólo estaban ahí sin realizar alguna actividad.

Concerniente a la importancia que, a nivel personal, le brinda al haberse desempeñado en primera línea de atención, el enfermero expresa: *Fue de mi agrado haber podido estar presente en la pandemia, ayudar de alguna manera; lo que no me gustó tanto fue el haberme separado de mi familia, porque no estuve presente en los momentos más complicados de sus vidas.*

En lo que respecta a la importancia a nivel social que se le reconoció al personal de enfermería en primera línea de atención, el sujeto sostiene que: *A nivel social, considero que las personas necesitan “estar en los zapatos de otros”, para ser un poco más empáticos; poder considerar nuestro trabajo; tal vez, y sólo así, la población en general pudiera tener un poco de solidaridad y comprensión.*

El informante Agustín evalúa si el Gobierno de la Ciudad de México afrontó de manera correcta la pandemia y explica que: *No hubo un adecuado manejo de los centros de trabajo, del personal de salud, ni del material proporcionado por las instituciones; a mi consideración, es muy posible que se necesitara una estrategia [efectiva] para sobrellevar la pandemia. Acerca de si los promotores de salud podrían haber desempeñado algún papel importante durante la pandemia, el enfermero apunta: Los promotores de la salud hubieran podido realizar diversas cosas, antes y después de la pandemia; lo más importante: una intervención del cómo enfrentarla, con información proporcionada por el gobierno; o también investigación el tema en cuestión [sic].*

En torno a si le gustaría que los promotores de salud realizaran en determinado momento una aportación a los enfermeros de primera línea de atención a COVID, el sujeto declara: *Las ramas que componen el campo de salud, como lo es la Promoción de la Salud es importante [sic]; así como las demás, ellos deben estar en constante investigación, por medio de talleres y conferencias impartidas a la población de todas las edades; son clave importante en el sector salud.*

Sobre la opinión que el individuo tiene respecto al sobrenombre que los medios de comunicación les proporcionaron como “héroes de la pandemia”, él indica: *Considero que aquí nadie fue “héroe” de nadie; pienso que aquí sólo se implementó el trabajo necesario, o lo que era nuestro trabajo; creo conveniente que el gobierno debió haber investigado bien quién realmente hizo su trabajo y quién no [sic].*

Referente a si desea agregar algún dato que considere importante para la investigación, el enfermero Agustín informa:

Es más, una retroalimentación, el gobierno debe estar mayormente preparado y no solucionar conforme a la marcha; debe trabajar e ir actualizándose todos los días; debe proporcionar el material necesario a todas las unidades médicas, siempre con el objetivo de tener un mejor sistema de salud y no caer en lo mismo, como sucedió con la pandemia del COVID-19.

Concerniente a si desearía agregar alguna pregunta para las investigadoras, el sujeto reconoce la importancia de las investigaciones enfocadas al tema que aborda la presente tesis: *Por el momento no [desearía hacer preguntas]; me fue interesante realizar esta actividad; agradezco y felicito por la intervención, ya que no cuento con el conocimiento de alguna investigación sobre esto en algún hospital, escuela o instituto, en específico sobre este o algún otro tema similar como lo es la pandemia. Gracias.*

4.2.5. Sujeto de Investigación 5: Marcela

4.2.5.1. Categoría de Análisis I: Descripción de Actividades Laborales en la Primera Línea de Atención a Pacientes con COVID-19

Acerca de qué implica una pandemia y cómo debería de reaccionar un hospital ante esto, la enfermera Marcela explica que: *Un hospital debería de reaccionar, primero, en capacitar a todo el personal, informar continuamente qué variantes surgen de la enfermedad, contar con todo el personal de salud, así como medicamentos, insumos, y tener un espacio en buenas condiciones para atender este tipo de pacientes.*

Sobre los motivos por los cuales se encuentra en primera línea de atención, el sujeto expone que esto se debió a que: *Porque el hospital tuvo una estructuración y lo utilizaron como área COVID, todos los servicios no sólo urgencias; asimismo, los trasladaban a otros servicios dentro del hospital; fueron órdenes que el personal de enfermería atendiera a estos pacientes [sic].*

En lo que concierne a cómo se preparó el “Hospital Adolfo López Mateos” para convertirse en un hospital híbrido, la informante describe: *En un principio fue un hospital híbrido; posteriormente lo acondicionaron y realizaron mantenimiento a todas las tomas de oxígeno; en el transcurso todo lo empezaron a cerrar y todo el hospital Adolfo López Mateos lo prepararon para brindar una atención completa a enfermos de COVID.*

Referente a si recibió alguna capacitación para atender a pacientes contagiados, el sujeto informa que: *Si se brindó capacitación en cuanto a los síntomas de los pacientes y también las medidas de seguridad para los enfermos; para nosotros se nos explicó la colocación y retiro del equipo de protección, como el traje, el acomodo del hospital y las instancias del nuevo acomodo para pacientes.* Sobre un día normal de trabajo antes de la pandemia, y si existe algún estresor como angustia o nerviosismo derivado del cuidado a pacientes contagiados de COVID, la enfermera narra lo siguiente:

Antes de la pandemia todo era normal; yo trabajo en el turno de la noche, el cual se compone de 12 horas; estamos con los pacientes y los atendemos. Al surgimiento de la pandemia, me encontraba en el área de cirugía general; pero posteriormente a la pandemia, tuvimos que dividir la mitad de la guardia a enfermeros y enfermeras [sic]; fue muy agotador utilizar los trajes que otorgó el gobierno; no fueron los adecuados para el tiempo que estábamos encerrados en el área COVID.

Concerniente a la descripción de las actividades de un día normal durante la pandemia, el sujeto Marcela describió que:

Hubo mucha sobrecarga de trabajo, debido a que el personal que mandaron de apoyo, en lugar de bajar la carga de trabajo, ésta aumentó [sic]; ya que sólo se enfocan en realizar sus actividades. Además de que el trabajo nos hacía sudar mucho por las medidas de protección, sólo podíamos resistir dos horas continuas y no las 6 horas que debías estar en el área COVID. Las problemáticas por las cuales no podíamos estar tanto tiempo dentro del área, era porque no podíamos realizar cuestiones como respirar, tomar agua o comer, los cuales son una necesidad que requerimos para realizar nuestras actividades [sic].

En torno a la calificación que le otorgaría a la atención brindada por el Hospital Adolfo López Mateos, el sujeto afirma: *Otorgo una calificación al hospital de entre 8 o 9, porque hacían falta muchas tomas de oxígeno, ya que, eran demasiados pacientes y todas estaban ocupadas y por lo mismo llegaban a ser insuficientes por la cantidad de pacientes.*

Respecto a la calificación que les otorgarían a las medidas de seguridad, protección e insumos ofrecidos al personal de primera línea de atención, la enfermera declara: *Yo califico las medidas de seguridad con un 6, ya que no era un material de buena calidad con el que estaban hechos; nuestra protección se vería vulnerada, en cuanto a los insumos y su calidad le otorgo un puntaje de 8 y 9.*

Sobre las dificultades más fuertes que enfrentó en pandemia a causa de laborar en primera línea de atención, la informante Marcela refiere que: *La ayuda que mandaron de fuera, son las personas con las que más tuvimos problemas [sic], ya que nos proporcionaban demasiado trabajo, debido a que ellos no querían atender a los pacientes, exigían sólo laborar 4 horas y llegaban tarde, cosa o situación que no sucedía en nuestras jornadas laborales. Al estar sólo nosotros, empezábamos una jornada y la seguíamos corrida [sic]; no valoran nuestro trabajo; hemos dialogado entre compañeros y coincidimos [en] que fue la peor ayuda que podríamos haber tenido, porque no nos apoyaron en ese sentido y lo peor de todo, es que a ellos se les reconocía de muchas formas; se les pagó más sueldo que a nosotros, que estuvimos más en áreas COVID.*

En lo que atañe a los cambios que ha notado en el tipo de pacientes antes y después de la vacuna, el sujeto menciona, que: *Sí ha cambiado la sintomatología; se presenta más fuerte en las personas que no están vacunadas; la vacuna les ha ayudado, pero sigue mucho el desconocimiento de la gente en cuanto a la enfermedad y la importancia de la vacuna. Cierta parte de la población actualmente desconoce los síntomas y que está contagiados; saben después de haberse realizado una placa torácica y una prueba COVID.*

Acerca de las recomendaciones que haría a la población durante el cambio al semáforo epidemiológico verde, la enfermera explica:

Ahora deberían de cuidarse mucho más la gente [sic], porque [las personas creen que] la pandemia ya pasó, y que ya no va a volver; yo que estoy en el área hospitalaria, observo que los contagios siguen, y que no deberíamos estar en semáforo epidemiológico verde. Los pacientes aparentemente se encuentran bien o sólo tienen un síntoma u otra enfermedad, pero en si presentan COVID-19; por medio de una placa torácica se muestra un deterioro de los pulmones, podemos verificar si tienen la enfermedad; la población debería tener conocimiento de que la enfermedad ya no se presenta como antes y tener mayor seguridad de protección con o sin ella y tener más cuidado por las fiestas que se aproximan [sic].

4.2.5.2. Categoría de Análisis II: Detección de Efectos Psicoemocionales Relacionados con Laborar en la Primera Línea de Atención a Pacientes con COVID-19

Respecto a si experimentó tensión, nerviosismo, tristeza y preocupación durante su jornada de trabajo, la informante refiere: *Me siento con miedo, porque me contagié de COVID; yo ya no quiero regresar a mi trabajo; cada vez que entraba al hospital me ponía a llorar; quedé muy mal de mí pulmón. Todavía es difícil laborar por la dificultad para poder respirar; a un principio fue el miedo y ahorita es preocupación por observar a mucha gente que no cree en esta enfermedad ni en lo peligroso de ella.*

En torno a qué factores dentro de su área laboral le produjeron nerviosismo y preocupación durante la pandemia, el sujeto Marcela indica: *Al utilizar el traje, sabíamos que no podíamos ir al baño [ni] tomar agua, lo que ocasiona mucho estrés; al momento de realizar las actividades sudabas demasiado, y lo único que deseas en ese momento es tomar un vaso de agua y no se podía; todo eso al final de la jornada te produce demasiado estrés; muchas veces te tienes que quitar la protección y el virus oportunamente se adentra a nuestro organismo [sic].*

En lo que concierne a si ha experimentado alguna afectación en su salud durante el trabajo con pacientes contagiados, la enfermera explica: *Como ya había comentado, me contagié y quedaron secuelas, como fatiga al subir y bajar escaleras, y me es complicado ir a trabajar, llego al punto de la saturación; conozco [a] compañeros que son hipertensos y diabéticos; ellos tuvieron mayor conflicto con la enfermedad; así mismo lidian con el dolor de cabeza; todas las complicaciones pueden llegar a dejar secuelas.*

Sobre si sintió la necesidad de buscar apoyo psicológico debido a estar en primera línea de atención, la informante indica: *Al principio de la pandemia fue lo pesado, todo era aislamiento; no sabíamos si teníamos que estar bien, o tener que pensar si íbamos estar igual que los pacientes; mi experiencia de estar contagiada me ayudó a observar de otra manera a los pacientes contagiados, la angustia de no*

saber cómo están los pacientes dentro y, por otra parte, cómo se encuentran familiares y amigos. Sí nos dieron ayuda psicológica por parte de la institución Adolfo López Mateos, para poder superar todos los miedos, el terror de estar con pacientes contagiados.

En lo que toca a la situación más compleja que le haya afectado a nivel personal concerniente del cuidado a pacientes contagiados, el sujeto apunta: *A principio de la pandemia, los medios de comunicación no decían que era COVID; tuvimos muchos pacientes que tenían el virus y la misma institución mencionaba que era una neumonía atípica; no nos hacían caso, no proporcionaban la protección médica para protegernos y muchos de mis compañeros salían contagiados, lo que ocasionó su internamiento y que incluso algunos fallecieron. Entonces te da miedo saber que estuviste con ese paciente y pensar que estás contagiado. Lo único que te ayudaba en esos momentos es recordar a tu familia.*

Referente a si el Hospital Adolfo López Mateos implementó algún servicio de apoyo psicológico, la enfermera Marcela narra: *Sí lo hizo, la institución lo implementaron [...], porque vieron que [a] muchos compañeros aún les cuesta mucho trabajo manejar situaciones donde se relacionen con pacientes COVID; han manejado mucho las terapias para cuidar la salud mental.*

Acerca de si ha buscado ejecutar alguna técnica o ejercicio para sobrellevar la carga emocional procedente de su trabajo, la informante Marcela refiere: *He tratado, en lo personal, [de] realizar ejercicio hasta donde puedo; en cuanto a mi trabajo, me cuido con los artículos y equipo de protección, los cuales me permiten realizar mi trabajo; también compré por mi cuenta algunos para sentirme más protegida, como trajes, cubrebocas, caretas, ya que el material que el hospital otorgó no era de tan buena calidad; el material que adquirí externo [sic] me ayudó a sentirme en buena condición, además de que realicé bien mi trabajo. Sobre si ha detectado que sus compañeros de trabajo han desarrollado algún problema por atender a pacientes contagiados de COVID, el sujeto expresa: *Sí, a muchos compañeros les daba miedo entrar a áreas COVID; hubo personal que tenían tanto terror de ser contagiados y terminar muertos; muchos de ellos decían que no**

querían estar allí por la enfermedad, y lo que les produjo mayor estrés era permanecer en áreas COVID.

Concerniente al contraste entre sus experiencias emocionales durante la etapa de emergencia de la pandemia y la etapa en semáforo epidemiológico verde, la enfermera describe: *Al principio de la pandemia, todo era terror y miedo al ingresar a las áreas COVID; actualmente ingreso con mayor seguridad, porque ya sé cómo manejarlo y cómo tratar a un paciente con COVID; personalmente me siento segura porque puedo adquirir el equipo de protección que cuida mi integridad como persona.*

En lo que se refiere a los máximos motivos de satisfacción como enfermera en primera línea de atención, el sujeto informa: *Me daba mucha frustración observar a los enfermos que no podían estar con sus familiares; muchas veces los pacientes sólo querían escuchar a algún familiar o amigo por el teléfono; nosotros como personal sanitario sólo realizamos nuestra labor, y eso en lo personal, era muy satisfactorio; asimismo, poderles dar sus medicamentos, debido a que yo lo viví y me hacía recordar cómo me sentía en esos momentos [sic].*

Sobre los mayores desafíos que ha enfrentado como enfermera de primera línea en atención, el sujeto Marcela expone: *A veces no se contaba con material y el medicamento era insuficiente, por lo que teníamos que improvisar para sacar a los pacientes adelante; muchas veces esos aspectos fueron frustrantes, ya que había medicamento que era esencial para varios pacientes y no lo teníamos [sic]; este tipo de situaciones era estresante debido a que te impide otorgar adecuadamente el tratamiento y la atención a los pacientes.*

En lo que concierne a las expectativas que tiene en torno a las características de la pandemia para el año 2022, la enfermera apunta: *Es muy poco probable que México ya cuente con el conocimiento debido para poder sobrellevar la pandemia de COVID, pero a pesar de esto, desgraciadamente no está preparado para enfrentar una enfermedad de esa magnitud [sic], porque sacan vacunas de X [cualquier] variante y a los dos o tres meses ya existe otra variante; el país tiene que*

actualizarse continuamente y debe preparar a la población, ya que les falta demasiada orientación. El gobierno necesita insistir a la población en cuanto a la enfermedad, ya que nunca han dicho que es una enfermedad mortal.

Acerca de si cree que el gobierno tuvo un buen enfrentamiento de la pandemia COVID-19, la informante asevera que no: *No estaba preparado porque no tenía los conocimientos; no tenía el medicamento, ni la mano de obra para trabajar con el virus; podría decirse que fue algo nuevo para todos, fue muy diferente que la influenza que otras enfermedades [sic], y lo más sorprendente es que se veían muertes a diario, lo cual fue distinto a otros años atrás.*

4.2.5.3. Categoría de Análisis III: Consecuencias sociales del trabajo en Primera Línea de atención a Pacientes con COVID-19

En torno a los cambios que tuvo que adoptar hacia su familia, a causa de su trabajo en primera línea de atención, la enfermera indica: *Tuvimos que adoptar medidas de seguridad como: no saludarnos de beso, darnos la mano, ni abrazarnos; utilizamos desinfectante y priorizamos la sana distancia. El trabajo, el cual desempeño, al igual que el de mi marido, es estar en momentos de alto riesgo, ya que los dos somos enfermeros, sólo que en distintas instituciones; eso hizo que nuestras medidas se incrementaran para que mi familia no pasara lo que yo viví. Siempre tienes miedo de que no quieres contagiar a tus familiares directos; además del enojo de observar que las personas no se cuidan, y por ese descuido esas personas enferman a otras.*

Respecto a si en algún momento de la pandemia vivió alguna agresión por laborar en primera línea de atención, el sujeto Marcela expresa: *La población no estaba capacitada; pensaban que el sector salud era el culpable de que la gente falleciera, y no era así, pasaba lo contrario; el sector salud trataba de ayudar a sus familiares, la problemática aquí era que no había medicamentos; nunca se pusieron a ver que el único culpable era el gobierno ya que no nos proveían el material, ni la infraestructura para poder trabajar. Lo único que logré percibir es*

que la gente no quería que estuviéramos, nos evitaban, como pensaban que nosotros éramos los que contagiábamos [sic].

En lo que concierne a cómo se afectó su convivencia con compañeros no adscritos a primera línea de atención, la informante narra: *Fue diferente, porque los que estábamos en primera línea no convivimos con esos compañeros, ya que lo que tratabas de hacer era trabajar y al menos sentarte, quitarte el traje e ir a tomar agua para dejar de sudar; algo que no vivieron los compañeros que no estuvieron adscritos en primera línea, todo era diferente porque ellos tenían su sana distancia y no existía la angustia que te genera el traje y la convivencia con pacientes contagiados [sic].*

Respecto a si tuvo alguna afectación en la relación con compañeros adscritos a primera línea de atención, el sujeto menciona: *Nos hicimos un pequeño equipo porque necesitábamos el apoyo de todo; surgió la necesidad de apoyarse entre el mismo personal de la misma institución, porque los que llegaron de fuera ponían condiciones para poder laborar.*

Sobre cómo se afectó la convivencia con compañeros, familiares y amigos ajenos al hospital, a causa de su trabajo en primera línea de atención, el sujeto manifiesta: *No había convivencias; se cortó de lleno fiestas, convivios y festejos [sic]; se tomaron estas medidas con el fin de evitar los contagios.*

Acerca de si la sociedad reconoció de forma adecuada el trabajo realizado por el personal de primera línea, la informante Marcela refiere: *La sociedad pensaba que tenían todo el derecho de exigir la atención al momento de hospitalizarse, y no entendían que nosotros, como trabajadores, no contábamos con medicamentos ni nada; en este sentido a la población le faltó mucha orientación e información; se les olvidaba que nosotros también tenemos familia, y que somos seres humanos, igual que ellos.*

El sujeto describe la importancia de haberse desempeñado como enfermera de primera línea de atención, y explica: *Siento que fue una experiencia dura, además de bonita, observar que los pacientes salían adelante con nuestro apoyo, y*

a veces les ayudamos más psicológicamente, que con el suministrado de sus medicamentos.

En torno a la importancia que se le otorgó al personal de enfermería a nivel social, la enfermera argumenta: *Faltó que reconocieran a todo el personal que estuvo en primera línea, proporcionarles un reconocimiento a todos y que nos trataran de igual manera; ejemplo de ello fue al personal de salud que llegó de fuera, se les otorga más dinero que al personal que estaba adscrito en el hospital. A nosotros quedaron [sic] que nos darían un bono, lo cual nunca llegó, a algunas instituciones si obtuvieron el apoyo de \$700 pesos, lo cual no nos ayudaría si un familiar falleció de COVID, a causa de algún descuido por parte de nosotros [sic]. En cuanto a las medallas, observamos que hubo personas que no eran médicos y no pertenecían a primera línea de atención a COVID, y obtuvieron esa medalla, lo cual fue muy injusto y mencionado por todo el personal médico.*

En lo que concierne a si cree que el gobierno de la Ciudad de México manejó adecuadamente la pandemia del COVID, la informante indica: *El gobierno no manejó adecuadamente la situación, porque proporcionaban cifras erróneas; no daban la información verdadera; nosotros observamos que se morían 3 o 4 pacientes al día, en un turno, y ellos daban cifras erróneas para no escandalizar a la gente; pero yo creo más convincente hablarles con la verdad para que tenga mayor seguridad [sic] en cuanto a la protección. El gobierno no está preparado para una pandemia; nunca habíamos visto que en un hospital hubiera muchas filas para ingresar cadáveres en patología; logré observar que en un área de urgencias sentabas a un paciente [sic] y en un ratito caían como hojas [habían fallecido]; y fue algo que para nosotros era complejo, porque nunca antes se había visto esto.*

Sobre si cree que los promotores de la salud podrían haber desempeñado algún papel importante, el sujeto Marcela describe: *Sí, ellos tendrían que haber influido más en la información, porque por las medidas de comunicación siempre era un limitante[sic]; su trabajo hubiera influido en haber orientado a la población de persona en persona, aunque, aun así, hay mucha gente que todavía no cree.*

Respecto a si cree que los promotores de salud pueden ayudar en el trabajo de los enfermeros de primera línea de atención, la enfermera indica: *Sería conveniente que informaran en cuanto a la información [sic] del COVID y todas las variantes que se vienen, porque actualmente sólo contamos con una vacuna, y tiempo después ya existe otra variante y así sucesivamente. El trabajo que los promotores de salud desarrollarían sería informar sobre los signos y síntomas que se observan con cada variante, porque muchos se basan en los síntomas principales.*

En lo que concierne a que los medios de comunicación hayan llamado al personal de primera línea “héroes de la pandemia”, la informante declara: *Los medios de comunicación opinan eso, porque salvamos vida; pero no nos trataron como héroes, la gente en los hospitales nos ven como si fuera nuestra obligación, “tú me tienes que atender”; si realmente nos manejan como héroes [sic], nos tratarían de otra forma a todo el personal de salud.*

El sujeto Marcela quiso agregar lo siguiente: *Que todos los hospitales deberían de tener los medicamentos, porque son muy esenciales y no hay material; no hay personal; a veces es el mismo personal, se desgasta y no rendimos igual [sic], pero eso no lo ve el gobierno, ni las instituciones; ellos a veces sólo quieren ver cifras de productividad y no logran ver al personal, que muchas veces se desgasta y se cansa.*

4.3 Análisis Global de los Resultados

El análisis de los resultados globales tuvo como base la hipótesis de investigación: “El personal de enfermería del Hospital Adolfo López Mateos presentará afectaciones psicoemocionales negativas, debido a su trabajo en la primera línea de atención a pacientes contagiados por COVID-19”. Para ello, el análisis se trabajó desde un enfoque metodológico mixto, cuantitativo y cualitativo. Para el uso del método cualitativo se realizó el empleo de una entrevista estructurada, mientras que, para el método cuantitativo fue necesaria la aplicación

de varios instrumentos estandarizados de evaluación psicológica, que dan por resultado valores numéricos: la Escala de Estrés Percibido (PSS), Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) e Inventario de Depresión de Beck- II (BDI-II), ya descritos en el capítulo sobre Materiales y Métodos. Los instrumentos de recolección de datos fueron de gran utilidad para confirmar la hipótesis en relación con los 5 sujetos de investigación. En un análisis general de los resultados, se encontró lo siguiente:

Algunos datos que permiten corroborar que la hipótesis de investigación fue ratificada, son los arrojados en el instrumento de evaluación Escala de Estrés Percibido (PSS) el cual, comprueba la presencia de estados psicoemocionales negativos, como el estrés agudo. Este instrumento permitió analizar la gravedad de este estado en los sujetos estudiados. Los resultados numéricos obtenidos de esta escala indicaron que dos de los sujetos presentaban estrés elevado, mientras que el resto lo presentó en un rango moderado.

Asimismo, es importante mencionar que, a pesar de que los resultados hayan indicado la presencia de estrés moderado, en las evidencias recolectadas por la entrevista estructurada se pudo verificar que las vivencias relacionadas con el estrés de cada sujeto se expresaron por medio de sus propias palabras o frases emitidas, y éstas resultan ser repetitivas entre todos los sujetos. Dichas aseveraciones son resultado de la subjetividad de cada informante, y se reflejan en frases vinculadas con situaciones estresantes, tales como:

- Trabajar con pacientes en estado de gravedad
- Desconocimiento de la enfermedad por COVID-19
- Elevados grados de estrés.
- Desánimo por presenciar los estados negativos de los pacientes
- Colocación y retiro de equipo de protección
- Incomprensión jerárquica y social
- Excesivas cargas de trabajo
- Reconocimiento equivocado y nada igualitario
- Diversos síntomas somáticos: dificultad para respirar, alteraciones del sistema cardiovascular, parálisis facial, dolores de cabeza

- Frases degradantes y despectivas de parte de los usuarios

De igual manera, otro signo del estado psicoemocional negativo pudo ser ratificado en el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), utilizado para evaluar los signos somáticos y emocionales propios de la ansiedad. En esta investigación se demostró que dos de los sujetos se situaron en ansiedad grave, y los restantes, en ansiedad moderada, lo cual, puede ser verificado en la matriz 10, que muestra la puntuación obtenida y gravedad de la ansiedad que experimentó cada uno de los sujetos.

También es importante resaltar la información brindada por los sujetos que experimentaron ansiedad moderada, expresando sus manifestaciones de la subjetividad, derivadas de las vivencias en sus jornadas laborales en la fase más crítica de la pandemia COVID-19. Resaltan, por ejemplo, como factores generadores de exceso de ansiedad; no poder retirar y colocar el equipo de protección, además de presenciar estados negativos de los pacientes por no mejorarse o no estar en contacto con sus familiares, y el atestiguar cotidianamente un número importante de fallecimientos.

Otra de las afecciones resultantes de los estados psicoemocionales de los informantes fue la depresión, indicador que pudo ser analizado con el Inventario de Depresión de Beck- II (BDI-II), mismo que se clasifica en: síntomas cognitivo-psicológicos (psicoemocionales) y síntomas somático-vegetativos (orgánicos). Los resultados conseguidos de los sujetos se clasificaron de la siguiente manera; uno de ellos se situó en depresión; mientras que los sujetos restantes no presentaron este trastorno psicoafectivo.

Cabe resaltar, que, aunque la aplicación del instrumento BDI-II arrojó resultados que no permitieron verificar la experiencia de depresión en varios de los sujetos, esto puede ser cotejado con la matriz 12. Existen varias narrativas que apuntalan las afectaciones sistémicas y descripciones del estado psicoemocional del personal de primera línea de atención debido a la realización de las labores sanitarias en la fase de emergencia de la pandemia COVID-19, localizadas en las matrices 4 y 5, Entre los estados psicoemocionales negativos más frecuentemente mencionados por los sujetos, y que podrían ser síntomas relacionados con

depresión:

- Fatiga
- Cefaleas (dolor de cabeza) constantes
- Tristeza
- Desesperación
- Nerviosismo
- Miedo
- Enojo
- Impotencia
- Preocupación constante
- “Situación brutalmente desesperante”

De acuerdo con lo anterior, los resultados arrojaron que la mayoría de los sujetos de investigación reconocieron haber necesitado de apoyo psicoterapéutico y la aplicación de técnicas de contención psicoemocional, lo que puede ser observado y cotejado en la matriz 6, aunque, solo uno de los sujetos decidió recurrir por apoyo profesional. Las muestras recabadas de las expresiones de la subjetividad, recabadas al extenso de la entrevista, nos muestran que los sujetos decidieron implementar técnicas de contención psicoemocional, como: ejercicios de relajación, actividad física, y conversaciones con familiares y compañeros, con la finalidad de disminuir la afectación psicoemocional causada por la pandemia.

Los informantes, en reiteradas ocasiones, mencionaron la importancia que debió haber tenido la promoción de la salud, verificado con mayor detalle en los relatos expresados con las siguientes frases: “La importancia de la atención a nivel primario; educar y difundir temas de salud”; “apoyo de seguimiento de personas que contrajeron COVID-19”; “realizar talleres y conferencias sobre temas de salud nuevos” y “desarrollar investigación sobre la pandemia”. Es decir, estas expresiones de la subjetividad, en la forma de opiniones y puntos de vista de los sujetos, resaltaron la importancia que debería haber tenido la promoción de la salud en la fase más crítica de la pandemia, y en su seguimiento.

Podemos concluir que estos resultados nos permiten comprobar la hipótesis de investigación ya mencionada: con apoyo de los instrumentos estandarizados de recolección de datos psicológicos, útiles para reflejar una medida cuantitativa de los impactos psicoemocionales negativos. Sin embargo, por estar estandarizados, no son capaces de captar con la suficiente profundidad algunas otras emociones expresadas por los sujetos de investigación y fue por ello que la entrevista permitió recolectar información más detallada y extensa, y apegada a los objetivos y preguntas de esta investigación.

Conclusiones

El desarrollo de esta investigación, a través de todas sus fases, desde la investigación documental para conformar el Marco Teórico y el Marco Contextual, hasta la etapa empírica, con la aplicación de un enfoque mixto (con instrumentos de recolección de datos cuantitativos y cualitativos), y la sistematización de la información, en el capítulo de los Resultados, permitió alcanzar los objetivos planteados, así como dar respuesta a todas las preguntas de investigación formuladas. De igual manera, la reflexión sobre nuestro trabajo recepcional nos fue útil para exteriorizar los alcances y limitaciones propios de este estudio, las cuales serán explicadas a detalle al extenso de este apartado.

Es necesario recordar el objetivo principal de esta investigación, el cual fue: “Identificar los efectos psicoemocionales negativos reportados por el personal de enfermería que se encontró en la primera línea de atención de COVID-19, en el Hospital Regional Adolfo López Mateos, durante el primer año de la pandemia”, el cual puede encontrarse en la parte introductoria de esta investigación.

Referente a los fundamentos teóricos consultados y al estudio y sistematización de la información obtenida a partir de las narraciones de los sujetos de investigación, y de acuerdo con los resultados expuestos en el capítulo precedente, procedemos a exponer sintéticamente algunos de los hallazgos de mayor relevancia:

- Se demostró claramente que los sujetos de investigación presentaron efectos psicoemocionales negativos a causa de su trabajo como personal sanitario en primera línea de atención a pacientes COVID. El estrés fue uno de los padecimientos psicoemocionales que predominaron entre los sujetos de investigación; asimismo, algunos de los factores que propiciaron altos grados de tensión fueron: laborar durante extenuantes jornadas de trabajo; el desconocimiento de la enfermedad COVID-19, la carencia de insumos médicos necesarios y la falta de empatía mostrada por sus jefes y la sociedad.

- Los síntomas referentes a la depresión, clasificados en los indicadores cognitivo-psicológicos (psicoemocionales), enfocados en la tristeza, pesimismo, fracaso, pérdida de placer, sentimientos de culpa, entre otros, fueron expresados reiteradamente por los sujetos, debido a la introspección realizada para recordar los momentos más críticos de la pandemia.
- Los síntomas localizados en lo somático vegetativos (orgánicos) mostraron relación con signos como: la pérdida de energía, agitación, cambios en los hábitos de sueño, cansancio o fatiga; éstos fueron síntomas destacados en los relatos expuestos por los sujetos de investigación, lo cual permitió encontrar indicios de que existió una significativa relación entre los problemas psicoemocionales negativos y la afectación de la calidad de vida del personal de salud.
 - El apoyo psicológico obtenido por los sujetos de investigación, con el objeto de sobrellevar los problemas psicoemocionales, causaron algunas mejoras, las cuales implementaron un progreso en sus condiciones de vida laboral y personal. Cabe señalar que, aunque todos los participantes requerían el apoyo psicoterapéutico, solo uno decidió tomar la iniciativa del apoyo psicológico subsidiado por el mismo trabajador. Mientras que los demás hicieron uso de técnicas de contención emocional, con el fin de aliviar, los impactos emocionales de las situaciones estresantes o angustiantes vividas dentro de sus jornadas laborales. Esto nos permite reafirmar que sí se encontraron evidencias acerca de la relación entre el trabajo desempeñado en la primera línea de atención a pacientes COVID y las afectaciones negativas en la salud, tanto física como psicológica.
- La falta de información sobre la enfermedad, durante la fase crítica de la COVID-19, propició que la población dudara de la existencia del virus SARS-CoV-2.
- Al principio de la pandemia, no se conocían con certeza los mecanismos por los cuales se podía transmitir el virus. Esta situación causó diversas consecuencias y afectaciones en el personal de salud, como el tener que

adoptar diversas medidas extremas de seguridad; por ejemplo, la necesidad de mudarse de casa o acondicionar espacios especiales para ellos en sus hogares, entre otras acciones preventivas, que buscaban evitar la propagación de contagios hacia sus familiares más cercanos. Pero esto también contribuyó a causar impactos emocionales negativos, ya que la cantidad de tiempo y la calidad de las interacciones y convivencia con los seres queridos tuvieron que reducirse.

- Las carencias en cuanto a los insumos y material médico adecuado jugaron un papel relevante en los problemas psicoemocionales. El desabasto fue importante, haciendo que los sujetos tuvieran que exponerse a un constante riesgo en su trabajo. Esto provocó ansiedad y estrés; igualmente, requirió que ellos mismos tuvieran que cubrir ciertos gastos económicos para completar la mayoría de los insumos de protección.
- Las diversas muestras de subjetividad expresadas por los informantes fueron de gran ayuda para evidenciar el apoyo que la promoción de la salud podría haber proporcionado durante la etapa de emergencia de la pandemia; aspectos ciertamente primordiales, como sensibilizar e informar a la población, para disminuir y evitar los contagios. Deseamos resaltar que todas estas acciones podrían haber sido trabajadas desde el primer nivel de atención.
- No sólo los individuos que laboraron como personal de salud durante la etapa crítica de la pandemia sufrieron impactos de grandes dimensiones en el ámbito psicológico: ansiedad, depresión, estrés post traumático, los cuales han afectado a millones de personas en el mundo entero, desde infantes hasta adultos mayores.

Esta investigación nos permitió identificar que los tres problemas psicoemocionales más frecuentes durante la etapa de emergencia de la pandemia fueron los trastornos por estrés, ansiedad y depresión. Debe recordarse que:

- El estrés es un conjunto de reacciones fisiológicas, emocionales y cognitivas, ocasionadas por alguna situación física o mental: el organismo responde con

un mecanismo de defensa ante el peligro, y puede desatar distintos desórdenes fisiológicos y/o psicológicos, lo cual afecta a los procesos afectivos y cognitivos.

- La ansiedad es un trastorno mental caracterizado por perturbaciones psicoemocionales y biofisiológicas; sus síntomas más habituales son frecuencia cardíaca elevada, presión arterial alta, tensión muscular; sentimiento de miedo intenso e incontrolable, insomnio, irritabilidad y fatiga por la hiperactivación de diversos sistemas orgánicos (sistema nervioso, sistema cardiovascular, entre otros).
- La depresión hace referencia a una desregulación disruptiva y, en lo fisiológico, puede estar acompañada por un desbalance químico en el sistema nervioso central; sus síntomas incluyen; ánimo abatido, tristeza o congoja duraderas, sentimientos de vacío e irritabilidad, desesperanza, insomnio o hipersomnia, y otros trastornos somáticos y cognitivos (falta de apetito, incapacidad para prestar atención, abatimiento general, incapacidad para concentrarse; pensamiento lento).
- En cualquiera de estos trastornos afectivos o psicoemocionales, se encuentran involucradas las tres esferas de la salud: lo psicológico, lo fisiológico y lo social.

Por otra parte, el análisis y sistematización de los resultados obtenidos a partir de la información proporcionada por los sujetos de investigación nos permiten afirmar que éstos se encuentran acordes con las evidencias recolectadas a través de la revisión de la literatura científica consultada para la construcción de nuestro Marco Teórico. Es decir, se demuestra que existe una relación entre las labores ejecutadas como personal de salud de primera línea de atención en la etapa de emergencia de la pandemia del COVID-19 y las afectaciones psicoemocionales negativas a causa de ello.

Hay varios puntos que deseamos destacar:

- En la etapa crítica de la pandemia, los virólogos, infectólogos y otros investigadores aún no contaban con información concluyente acerca de las

características del virus, las vías de contagio o los medicamentos eficaces para tratar la enfermedad. Tampoco se tenía acceso a vacunas.

- Las profesiones de atención a la salud física o mental suelen ser, habitualmente, de las que más afectaciones psicoemocionales causan en dichos trabajadores. Se toma como un hecho normal, por lo cual, no se le presta la suficiente atención. Pero tal como lo señalan diversos investigadores, entre ellos, Kar, S., Shankar, A. y Singh, A. (2022), estos profesionales enfrentan diariamente situaciones generadoras de enorme estrés, fuertes cargas de trabajo, presiones y exigencias diversas.
- En el caso de la etapa de emergencia de la pandemia, los trabajadores sanitarios encargados de atender a pacientes contagiados por COVID fueron una población de alto riesgo para el desarrollo del trastorno por estrés postraumático o cuadros ansioso-depresivos, tal como se puede verificar en los diversos reportes de investigación que se citan en esta tesis.
- En dicha etapa de la pandemia, se acentuaron las extenuantes jornadas de trabajo, la presión asistencial debido al desbordamiento de los hospitales, la falta de recursos materiales para llevar a cabo adecuadamente el trabajo sanitario, el miedo al contagio por la escasez o inadecuación de los sistemas de protección. Otro punto generador de una importante cantidad de estrés fue la necesidad diaria de tomar decisiones que tendrían un impacto decisivo sobre la vida de los pacientes, así como la resonancia emocional del sufrimiento ajeno. Podemos afirmar que todo ello puso al límite la salud física y mental del personal de atención sanitaria.

Pasando a otras cuestiones, y a manera de discusión, en cuanto a la evaluación del logro de los objetivos de esta investigación, podemos afirmar que se alcanzaron tanto el objetivo general como los particulares presentados en la Introducción de esta tesis. Verificado a través de los diversos hallazgos teóricos y experimentales que se fueron presentando a lo largo del desarrollo de este trabajo recepcional.

Las aportaciones y alcances de esta tesis se han sintetizado de la siguiente manera:

- Se realizó una revisión en el Repositorio Institucional de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México, en el cual se hallaron algunas investigaciones enfocadas en el estudio de la salud mental, a las condiciones laborales de ciertas profesiones y a la determinación de factores de riesgo en el personal de enfermería.

En primer lugar, se encontró el trabajo recepcional elaborado por Laura Rafael Carmona en el año 2021, con el título *¿Qué perspectivas de salud, salud mental y promoción de la salud tienen algunos psicólogos mexicanos?* El siguiente fue presentado por Jacqueline Victorino Mendoza en el año 2014, con el título *Taller de promoción de salud mental en mujeres jóvenes residentes de la casa hogar “Ayuda y solidaridad con las niñas de la calle I.A.P.”*. Otro trabajo recepcional es el de Eduardo Badillo Cruz elaborado en el año 2015, intitulado *Determinación de factores de riesgo para enfermedades crónicas no transmisibles en el personal de enfermería de la clínica de medicina familiar “Nuevo ISSSTE”*. Por otro lado, se encuentra el Astrolabio elaborado por Roselia Arminda Rosales Flores y Claudia Alicia López Ortiz en el año 2021, titulado *“Somnolencia, salud mental y condiciones laborales en operarios del transporte público de la Ciudad de México”*.

No obstante, los trabajos receptorales y el astrolabio ya mencionado no comprenden el mismo objeto de estudio de la presente tesis; por ello, pensamos que es preciso referir los aspectos que distinguen a esta última:

1.- En las investigaciones mencionadas, no se estudiaron los problemas psicoemocionales con manifestaciones en ansiedad, estrés postraumático y depresión como repercusiones causadas por la COVID-19.

2.- Las investigaciones se centraron en una perspectiva de investigación psicológica enfocada en otros ámbitos, mientras que el estudio de esta tesis analiza a los enfermeros de primera línea de atención a contagiados por COVID-19 y sus

repercusiones psicoemocionales.

3.- Esta investigación es la primera tesis, en la Licenciatura en Promoción de la Salud, en la UACM, en abordar la problemática de los efectos psicológicos negativos en el personal de enfermería, durante la etapa de emergencia de pandemia por COVID-19.

Por otro lado, se ha considerado importante mencionar que las limitaciones de esta investigación corresponden a los aspectos señalados a continuación:

- Una de las mayores limitantes respecto al desarrollo de la investigación fue tratar de recolectar la información, en la fase empírica, en los momentos y más críticos de la pandemia, ya que existían diversas restricciones, como lo fueron las distintas olas de contagios por COVID-19. Causando que se tuviera que reestructurar la estrategia para implementar las entrevistas, ya que las cargas laborales de los sujetos eran excesivas. Esto también derivó en que no se logró contar con un número mayor de sujetos de investigación, ya que la indisponibilidad de tiempo lo imposibilitó. Asimismo, es importante mencionar que, debido a lo anterior, sólo se logró implementar una entrevista de manera presencial, mientras que el resto de ellas fueron enviadas y contestadas por medio del correo electrónico, con lo cual, la herramienta inicial en la cual se había pensado (entrevista semiestructurada), tuvo que ser trabajada como un cuestionario de entrevista estructurada. Comprendemos que puede ser parte de la flexibilidad característica del enfoque cualitativo de investigación, tal como lo señalan Hernández et al. (2014).
- Otro aspecto que fue crucial para el desarrollo del Marco Teórico fue la poca difusión que se tuvo en las investigaciones científicas realizadas en el periodo de indagación, dirigidas al estudio de afectaciones psicoemocionales negativas en los profesionales de primera línea de atención en México; fue de mayor alcance el número de investigaciones sobre esta problemática realizados en otros países. Por medio de buscadores académicos se consiguió encontrar trabajos que abordaran objetos de estudio similares al

de esta tesis. Cabe mencionar que algunos de estos trabajos se encontraban en inglés, por lo cual, pensamos que es pertinente que la licenciatura en Promoción de la Salud dedique un poco más de semestres a las materias que comprenden el idioma del inglés.

- Los resultados de esta investigación, aunque se encuentran acordes a los reportados por estudios similares, tanto en México como en otros países, no pueden ser generalizables a todo el universo del personal de enfermería del Hospital López Mateos, ya que, por ser una investigación en parte cualitativa, no se contó con un número de sujetos grande, ni tampoco, con análisis estadísticos que permitieran realizar esa extrapolación de los resultados.

Además de lo anterior, es preciso indicar que existen ciertas áreas de oportunidad en cuanto a la formación académica en la licenciatura de Promoción de la Salud, como la necesidad de incluir materias sobre promoción de la salud mental en el plan de estudios de esta licenciatura. A causa de la carencia de materias exclusivamente dedicadas al estudio e intervención sobre la salud mental, con el propósito de proporcionar bases teóricas y metodológicas pensamos que es necesaria la implementación de asignaturas, talleres, diplomados, o incluso posgrados que tengan como prioridad la especialización en el sector salud, dirigida a promotoras y promotores de la salud. Queremos llamar la atención sobre perfil profesional del promotor de la salud, el cual contempla el realizar modelos que permitan identificar, diseñar y desarrollar acciones, estrategias, intervenciones y programas, que permitan hacer partícipes a la población de los distintos sectores sociales, en temas de salud educativos; para ello están implementadas asignaturas enfocadas al conocimiento del cuerpo humano, teorías para la comprensión de la realidad social y planeación sobre necesidades y problemas que repercuten en la salud integral de individuos y grupos. Pero es muy visible la necesidad de que se incorporen materias exclusivamente dedicadas a la salud mental, y a la promoción de la salud mental, dentro de la licenciatura; sin embargo, cabe mencionar que las materias de psicología impartidas en el colegio de Ciencias y Humanidades cada vez van obteniendo mayor diversificación, como la que podemos hallar en la carrera de Protección Civil y Gestión de Riesgos la cual es Psicología en caso de desastres,

por lo cual, sugerimos que la materia de psicología tenga una mayor implementación en cuanto a la indagación de los temas de la psicología social y desarrollo humano.

Al realizar esta investigación, también nos percatamos de que existen áreas de oportunidad para el desarrollo académico y profesional de los promotores de salud en relación con nuestro tema de investigación, por ejemplo:

- La investigación de tipo cualitativo nos permitió profundizar de mejor manera en la exploración y comprensión de la subjetividad de los sujetos de investigación, consiguiendo considerar con cierta profundidad aspectos que se denominan “datos suaves” (según Hernández et al., 2014): sentimientos, emociones, experiencias, opiniones, pensamientos, ideas, actitudes, valores, creencias, juicios y evaluaciones y posturas ante la situación que estos trabajadores sanitarios estaban viviendo. Esto permitió tener una mejor visualización de los problemas psicoemocionales que se enfrentaron durante la etapa crítica de la pandemia. La aplicación de instrumentos de evaluación psicológica estandarizados cumplió un papel correcto para triangular los datos.

Finalmente, se pudo observar que los resultados de esta investigación podrían abrir nuevos temas de interés dentro de la Promoción de la Salud, por ejemplo:

- Sería importante tomar en cuenta la investigación sobre la importancia que tiene el primer nivel de atención en salud, donde la promoción de la salud podría realizar diversas asignaciones que permitieran informar, mediante talleres y conferencias a la población, sobre la actualización y seguimiento del tema del COVID-19; esto ayudara a afrontar epidemias para mejorar la calidad de vida de la población en general.
- Puede realizarse un manual que tenga como objetivo apoyar a las personas a manejar su salud mental en sus áreas de trabajo; sería un tema de gran importancia y pertinente para los trabajadores, en particular en las personas del campo laboral de salud.
- Finalmente, es importante que se investigue longitudinalmente sobre el tema

de la salud mental, desde el área de la salud pública, sobre las repercusiones psicológicas de la pandemia del COVID- 19.

Abre un campo de acción para el estudio y la práctica de los promotores de salud, es importante remarcar la importancia de investigar más sobre la salud mental. Con la finalidad de concluir este trabajo de investigación, traemos a colación lo mencionado en el último apartado del Marco Teórico de esta tesis:

- a) La Organización Mundial de la Salud ha indicado que la promoción de la salud podría jugar un papel relevante, si dentro de su área de conocimiento se incluyera la detección de los determinantes sociales de la salud mental en todos los niveles (individual, social y estructural), esta detección sería la base para el diseño de intervenciones de promoción de la salud, que capacitaran a los sujetos y a sus comunidades para tomar acciones y poner en marcha estrategias para disminuir riesgos y para tratar de implementar condiciones que jueguen el papel de determinantes protectores de la salud mental.
- b) Dentro de las “necesidades pendientes de atención” que la OMS menciona, en torno a la salud mental, se encuentra la incorporación de los promotores de la salud en la atención de estos temas. Pero esto necesita que estos estudiantes y profesionales reciban capacitación adecuada en salud mental, para que su intervención sea eficaz y ética.

Dentro del aprendizaje obtenido al extenso de este trabajo recepcional, se puede mencionar que en deducción el promotor de la salud siempre se encontrara directamente vinculado con algún proceso del desarrollo humano, siempre con la ideología de hallar el bienestar, fortaleciendo las creencias y fomentando optimizando la salud. Asimismo, queremos realizar varios agradecimientos a nuestros lectores y al personal de enfermería que laboro en primera línea de atención los cuales no aportaron al desarrollo y conclusión de esta tesis.

Referencias

- Ambrosio, G. (7 de enero, 2021). Una tercera parte del personal de salud fallecido por COVID en México, en el anonimato. *Mexicanos contra la corrupción y la impunidad*. <https://contralacorrupcion.mx/una-tercera-parte-del-personal-de-salud-fallecido-por-covid-en-mexico-en-el-anonimato/>
- American Psychological Association (2023). *Guía Resumen del Estilo APA, 7ª. Edición*. <https://apastyle.apa.org/style-grammar-guidelines/index>
- Asociación Americana de Psiquiatría (1995). *DSM-IV. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. <https://www.cppm.org.ar/wp-content/uploads/2015/06/DSMIV.pdf>
- Asociación Americana de Psiquiatría (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. <https://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-v- guia-consulta-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf>
- Ávila, J. (2014). El estrés un problema de salud del mundo actual. *Revista Con-Ciencia*. 2 (1), 117-125. http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2310-02652014000100013
- Badillo, D. (14 de febrero de 2021). La pandemia de Covid-19 también ha impactado en la salud mental de los mexicanos. *El Economista*. <https://www.eleconomista.com.mx/politica/La-pandemia-de-Covid-19-tambien-ha-impactado-en-la-salud-mental-de-los-mexicanos-20210214-0004.html>
- Barnhill, J. (2020). Trastorno por estrés agudo. *Manual MSD. Versión para profesionales*. <https://www.msmanuals.com/es-mx/professional/trastornos-psiqui%C3%A1tricos/trastorno-de-ansiedad-y-trastornos-relacionados-con-el-estr%C3%A9s/trastorno-por-estr%C3%A9s-agudo>
- Batalla-Martin, D., Campoverde, K. y Broncano-Bolzoni, M. (2020). El impacto en la salud mental de los profesionales sanitarios durante la COVID-19. *Revista de Enfermería y Salud Mental* (16), 17-25. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7544333>
- Blaxter, L., Hughes, C. y Tight, M. (2000). *Cómo se hace una investigación*. Editorial Gedisa. <https://www.terras.edu.ar/biblioteca/37/37BLAXTER-Lorraine-HUGHES-Christina-y-TIGHT-Malcom-Cap-3-Reflexionar-sobre-los-metodos.pdf>
- Cabeza- Martínez, R., Leis- Dolis, V., Avilés- Izquierdo, J., Suárez- Fernández, R. y Lázaro- Ochaita, P. (2007). Erupción vesiculosa en adulto con dermatitis atópica. *Medicina familiar SEMERGEN*. 33 (2). <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-erupcion-vesiculosa-adulto-con-dermatitis->

[13098701#:~:text=Se%20trata%20de%20una%20variante,a%20un%20mal%20estado%20general.](#)

- Capdevila, N. y Segundo, M. (2005). Estrés Causas, tipos y estrategias nutricionales. *Ámbito farmacéutico divulgación sanitaria*, 24 (8), 96-104. <https://www.studocu.com/es-mx/document/instituto-politecnico-nacional/psicologia/estres-causas-tipos-y-estrategias-nutricionales/13511556>
- Carranza, R., Benito, O., Zuñiga, D. y Solís, R. (2021). Preocupación por el contagio de la COVID-19 y carga laboral como predictores del malestar psicológico durante la emergencia sanitaria en personal de salud de Perú. *Revista Colombiana Psiquiatría*, 1-7. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0034745021001116?via%3Dihub>
- Carrascosa, J., Morillas, V., Bielsa, I. y Munera-Campos, M. (2020). Manifestaciones cutáneas en el contexto de la infección por SARS-CoV-2 (COVID-19). *Actas Dermo-sifiliográficas*, 111 (9). <https://www.actasdermo.org/es-manifestaciones-cutaneas-el-contexto-infeccion-articulo-S0001731020302878?covid=Dr56DrLjUdaMjzAgze452SzSlnMN&rfr=truhgiz&y=kEzTXsahn8atJufRpNPulGh67s1>
- Castellano Actual (2018). *Sic*. Departamento de Lengua y Literatura de la Facultad de Humanidades de la Universidad de Piura. <https://www.udep.edu.pe/castellanoactual/sic/>
- Clemente-Herrera, A., Sánchez de la Torre, E., Enríquez-Contreras, M. (2020). Manifestaciones cardiológicas en pacientes con COVID-19. *Medicina Interna México*, 36 (3), 357-364. <https://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2020/mim203k.pdf>
- Cohen, S., Kamarck, T. y Mermelstein, R. (1983). *Perceived Stress Scale (PSS)*. Versión española (2.0). https://www.cmu.edu/dietrich/psychology/stress-immunity-disease-lab/scales/doc/pss_14_europeanspanish_dr_remor_version_2_0.doc
- CONACyT / Centro Geo / Gobierno de México (2023). COVID-19, *Tablero México*. datos.covid-19.conacyt.mx
- Dabanch, J. (2021). Emergencia de SARS-CoV-2. Aspectos básicos sobre su origen, epidemiología, estructura y patogenia para clínicos. *Revista Médica Clínica las Condes*, 32 (1), 14-19. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7849593/>
- Danet, A. (2021). Impacto psicológico de la COVID-19 en profesionales sanitarios de primera línea en el ámbito occidental. Una revisión sistemática. *Elsevier Medicina clínica*, 156 (9), 449-458. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7775650/>
- Delgado, M., Tortolo, I., Abreu, J., Prince, J., Tápames, E. y Carnot, D. (2020). La COVID-19 y los Determinantes Sociales de la Salud. Las Declaraciones de Alma Ata 1978 y Astaná, Kazajistán 2018. *Revista Médica Electrónica*, 42 (5), 1-5. <http://scielo.sld.cu/pdf/rme/v42n5/1684-1824-rme-42-05-2176.pdf>
- Díaz-Castrillón, F. y Toro-Montoya, A. (2020) SARS-CoV-2/COVID-19: el virus, la enfermedad y la pandemia. *Medicina y laboratorio*, 24 (3), 183-205. <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/05/1096519/covid-19.pdf>
- Domínguez, K., Rodríguez, E., Maya, S., Rodríguez, J., Rosaldo, J., García, E., Mejía, W., Jiménez,

- A., Rodríguez, R., Colín, E., Serratos, J., Ramírez, B., Trejo, I., Rangel, L., Valderrábano, R., Villalobos, C., Avendaño, A., Orozco, A., Báez, L., Rojas, A. y Benítez, T. (2020). Recomendaciones sobre el manejo integral del paciente pediátrico con COVID-19, INER- Manifestaciones clínicas de la COVID-19. *Revista Latinoamericana de Infectología Pediátrica*. 33 (1), 11-32. <https://www.medigraphic.com/pdfs/COMPLETOS/infectologia/2020/lips201.pdf>
- Dosil, M. Ozamiz, N., Redondo, I., Jaureguizar, J. y Picaza, M. (2020). Impacto psicológico de la COVID-19 en una muestra de profesionales sanitarios españoles. *Revista de psiquiatría y Salud Mental*, 14, 106-112. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1888989120300604>
- Elizarrarás-Rivas, J., Cruz-Ruiz, N., Elizarrarás-Cruz, J., Robles-Rodríguez, P., Vásquez-Garzón, V., Herrera-Lugo, K. y Guevara-López, U. (2020). Medidas de protección para el personal de salud durante la pandemia por COVID-19. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 43 (4), 315-324. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0484-79032020000400315
- Elósegui, J., García, A., Riskey, A., Quintana, M. y Montes, J. (2021). ¿Existe transmisión materno-fetal del SARS-CoV-2 durante la gestación? *Rev. Clin. Esp.* 221 (2), 93-96. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7274579/#:~:text=No%20existen%20evidencias%20que%20sugieran,madre%20infectada%20al%20%C3%ADquido%20amni%C3%B3tico>.
- Figuroa, J., Salas, D., Cabrera, J., Alvarado, C. y Buitrago, A. (2020). COVID-19 y enfermedad cardiovascular. *Revista Colombiana de Cardiología*. 27(3), 166-174. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-cardiologia-203-articulo-covid-19-enfermedad-cardiovascular-S0120563320300760>
- Gálvez, J. (2005). Trastornos por estrés y sus repercusiones neuropsicoendocrinológicas. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 34 (1), 77-100. <http://www.scielo.org.co/pdf/rcpv/v34n1/v34n1a06.pdf>
- Gil, R., Bitar, P., Deza, C., Dreyse, J., Florenzano, M., Ibarra, C., Jorquera, J., Melo, J., Olivi, H., Parada, M., Rodríguez, J. y Undurraga, A. (2021). Cuadro clínico del COVID-19, presentación clínica del COVID-19. *Revista Médica Clínica Las Condes*. 32(1), 20-29. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864020300912>
- Gobierno de México. (2020). *Lineamiento técnico de uso y manejo del equipo de protección personal ante la pandemia por COVID-19*. https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2020/05/Lineamiento_uso_manejo_EPP_COVID-19.pdf
- Gómez, W. (2022). Condiciones de trabajo de enfermería en tiempos de COVID-19. Sincelejo, Sucre (Colombia). *Horiz. Enferm.*, 33(2): 191-202. <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/09/1392379/8.pdf>
- Google Maps. (s.f). Hospital Regional Adolfo López Mateos. <https://www.google.com.mx/maps/place/ISSSTE+Hospital+Regional+Lic.+Adolfo+L%C3%B3pez+Mateos/@19.3586453,-99.1743702,17.75z/data=!4m15!1m8!3m7!1s0x85d1ffec9eada8c3:0xe62faf12322f1>

[862!2sAv.+Universidad+1321,+Axotla,+%C3%81lvaro+Obreg%C3%B3n,+01030+ Ciudad+de+M%C3%A9xico,+CDMX!3b1!8m2!3d19.3588675!4d99.1736278!16s%2 Fg%2F11rg63h3hx!3m5!1s0x85d1ffa34b0fe143:0xd277d1f229 188cf!8m2!3d19.3588394!4d-99.1730103!16s%2Fg%2F1tdkbf02?entry=ttu](https://www.librosoa.unam.mx/handle/123456789/3201)

Grajales, R., Meléndez, R., Castro, A. y Valencia, F. (2020). *Enfermería y COVID-19: La voz de los protagonistas*. Universidad Autónoma de la Ciudad de México-UNAM, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, Facultad de Artes y Diseño. <http://www.librosoa.unam.mx/handle/123456789/3201>

Gu, Y. y Xu, G. (2020). Factors associated with mental health outcomes among health care workers in the Fangcang shelter hospital in China. *International Journal of Social Psychiatry*, 68(1), 64-72. <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/0020764020975805>

Guevara, G., Verdesoto, A. y Castro, N. (2020). Metodologías de investigación educativa (descriptivas, experimentales, participativas, y de investigación-acción). *Revista científica mundo de la investigación y el conocimiento*, 4 (3), 163 - 173. [https://doi.org/10.26820/recimundo/4.\(3\).julio.2020.163-173](https://doi.org/10.26820/recimundo/4.(3).julio.2020.163-173)

Gunja, M., Gumas, E., Williams, R., Dotty, M., Shah, A. & Fields, K. (2022). *Stressed Out and Burned Out: The Global Primary Care Crisis. Findings from the 2022 International Health Policy Survey of Primary Care Physicians*. The Commonwealth Fund. <https://www.commonwealthfund.org/publications/issue-briefs/2022/nov/stressed-out-burned-out-2022-international-survey-primary-care-physicians>

Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2014). *Metodología de la Investigación*. McGraw-Hill / Interamericana de Editores.

Herrera-Almanza, L., Hernández-Martínez, A., Roldán-Tabares, M., Hernández-Restrepo, F., Thowinson-Hernández, M. Coronado-Magalhaes, G., Cuartas-Agudelo, Y. y Martínez-Sánchez, L. (2002). El triage como herramienta de priorización en los servicios de urgencias. *Med Inter Méx*, 38 (2), 322-334. <https://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2022/mim222j.pdf>

Hidalgo, S., Vargas, R. y Carvajal, L. (2021). El efecto psicológico de la COVID-19 en el personal de salud. *Revista Médica Sinergia*, 6 (8), 1-8. <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/706/1265>

Hospital Médica Sur (23 de mayo de 2023). *Sesión Mensual del Seminario Ética y Salud Mental*. Conferencia Magistral: El reto de la Psicología ante los problemas emergentes de salud, a cargo de la Dra. María Elena Medina-Mora Icaza. <https://www.youtube.com/watch?v=FPi4AE43aa0>

Hospital Regional ISSSTE Lic. Adolfo López Mateos. (2019). *Programa de trabajo 2019 - Modelo Proactivo de Salud*. https://consultadelsiglo21.com.mx/doc/Programa_Trabajo_2019_HR_Lopez_Mateo_s.pdf

Instituto Mexicano del Seguro Social. (2011). Diagnóstico y manejo de estrés postraumático. *Guía de Práctica Clínica GPC Catálogo maestro de guías de práctica clínica: IMSS-515-11*. <https://www.imss.gob.mx/node/85152>

- Instituto Nacional de la Diabetes y las Enfermedades Digestivas y Renales NIDDK. (2016). Albuminuria: albúmina en la orina. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., Institutos Nacionales de Salud. <https://www.niddk.nih.gov/health-information/informacion-de-la-salud/enfermedades-rinones/informacion-general/diagnostico/albuminuria-albumina-orina>
- Instituto Nacional de la Salud Mental de Estados Unidos. (2022). *Trastorno por estrés postraumático*. Departamento de salud y servicios humanos de los Estados Unidos. (20-MH-8124S), 1-8. <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/trastorno-por-estres-postraumatico>
- Juárez-García, A., Camacho-Ávila, A., García-Rivas, J. y Gutiérrez-Ramos, O. (2021). Psychosocial factors and mental health in Mexican healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *Salud Mental*, 44(5), 229-240. http://revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental/article/view/SM.0185-3325.2021.030
- Kar, S., Shankar, A. & Singh, A. (2022). Mental health problems among mental health professionals: A neglected issue. *International Journal of Advanced Medical and Health Research* 9(1), 13-17. DOI: 10.4103/ijamr.ijamr_67_22
- Lai, J., Simeng, M., Wang, Y. (2020) Factors Associated with Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. *JAMA Network Open* 2020; 3(3). <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2763229>
- Lewis, D. (2022). Por qué la OMS tardó dos años en decir que el COVID se transmite por el aire. *Nature*. <https://www.nature.com/articles/d41586-022-00925-7#:~:text=It%20took%20many%20months%20for,that%20the%20virus%20is%20airborne.>
- López-Salinas, A., Arnaud-Gil, C., Saucedo-Martínez, D., Ruiz-Lozano, R., Martínez-Reséndez, M., Góngora-Cortés, J. y Torre-Amione, G. (2023). Prevalence of depression, anxiety, post-traumatic stress, and insomnia symptoms among frontline healthcare workers in a COVID-19 hospital in northeast Mexico. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37154100/>
- Lucas-Hernández, A., González, V., López-Flores, A., Kammar-García, A., Mancilla-Galindo, J., Vera-Lastra, O., Jiménez-López, J. y Peralta-Amaro, A. (2022). Estrés, ansiedad y depresión en trabajadores de salud durante la pandemia por COVID-19. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 60 (5), 556-562. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10395996/>
- Lucumi, M. (2022). Impacto de la pandemia COVID 19 en la salud mental de los trabajadores del sector salud. *Repositorio Institucional de la Fundación Universitaria Católica Lumen Gentium* https://repository.unicatolica.edu.co/bitstream/handle/20.500.12237/2316/IMPACTO_PANDEMIA_COVID_19_SALUD_MENTAL_TRABAJADORES_SECTOR_SALUD.pdf?sequence=1

- Maguiña, C., Gastelo, R., y Tequen, A. (2020). El nuevo Coronavirus y la pandemia del Covid-19. *Revista Médica Herediana*. 31 (2), 125-131.
<https://doi.org/10.20453/rmh.v31i2.3776>
- Marcos, F., Adana, M., Rodríguez, I. y Grau, S. (2020). Transmisión del SARS-CoV-2 por gotas respiratorias, objetos contaminados y aerosoles (vía aérea). *Revista Española de Sanidad Ambiental, Asociación Española de Aerobiología*. 1-48.
https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Documento_TRANSMISION.pdf
- Miles, M., Huberman, M. y Saldaña, J. (1994). Análisis de datos cualitativos. SAG
- Martin, D., Espinosa, K. y Bolzoni, M. (2020). El impacto en la salud mental de los profesionales sanitarios durante la COVID-19. *Revista de enfermería salud mental*. 16, 17-25.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7544333>
- Martínez, C. (2006). El método de estudio de caso: estrategia metodológica de la investigación científica. *Revista Pensamiento y gestión*. (20), 165-193.
<https://www.redalyc.org/pdf/646/64602005.pdf>
- Martín, E. y Pacheco, T. (2021). Impacto Psicológico en profesionales del ámbito sanitario durante la pandemia Covid-19. *Revista semestral de psicología de las emergencias y la intervención en crisis*. 1 (20), 71- 89. <https://www.cuadernosdecrisis.com/numeros.php>
- Martínez, M. y López, D. (2011). Trastornos de ansiedad. *Revista neurológica, neurocirugía y psiquiatría*. 44 (3), 101-107. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=70643>
- Martínez, P. (21 de julio de 2021). México acumula 4 mil trabajadores de la salud fallecidos por COVID-19. *Cultura UNAM, Corriente Alterna*.
<https://corrientalterna.unam.mx/nota/mexico-acumula-4-mil-trabajadores-de-la-salud-fallecidos-por-covid-19/>
- Martínez, R., González, L., Navarro, N., De la Roca, J. y Reynoso, O. (2021). Resiliencia asociada a factores de salud mental y sociodemográficos en enfermeros mexicanos durante COVID-19. *Revista Electrónica Enfermería Global*, (63), 1-16.
<https://revistas.um.es/eglobal/article/view/452781/306111>
- Miller, L. y Smith, A. (2010). *Los distintos tipos de estrés*. Asociación Americana de Psicología.
<https://www.apa.org/topics/stress/tipos#>
- Ministerio de Sanidad de España (2021). *Información científica técnica Enfermedad por Coronavirus COVID-19*. Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias. 1-111.
<https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/ITCoronavirus.pdf>
- Montes-Berges, B. y Ortúñez-Fernández, M. E. (2021). Efectos psicológicos de la pandemia COVID-19 en el personal del ámbito sanitario. *Enfermería Global*, 62, 254-268

<https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v20n62/1695-6141-eg-20-62-254.pdf>

- Morales, L. y Hidalgo, L. (2015). Síndrome de Burnout. *Medicina legal de Costa Rica*, 32 (1). https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152015000100014
- Moreira, A., Beltrán, A., Ochoa, M. (2022). Infarto agudo de miocardio asociado a COVID-19. Informe de caso. *Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud*, Universidad Nacional de Chimborazo 16(1). <https://eugenioespejo.unach.edu.ec/index.php/EE/article/view/328>
- Moscoso, M. (2014). El estudio científico del estrés crónico en neurociencias y psicooncología. *Persona Revista de Psicología en la Universidad de Lima*. (17). <https://www.redalyc.org/pdf/1471/147137147003.pdf>
- Navas, W. y Vargas, M. (2012). Trastornos de ansiedad: revisión dirigida para atención primaria. *Revista médica de Costa Rica y Centroamérica*. 69 (604), 409-507. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=38298>
- Organización de las Naciones Unidas (2020). *Informe de políticas: La COVID-19 y la necesidad de actuar en relación con la salud mental*. <https://unsdg.un.org/es/resources/informe-de-politicas-covid-19-y-la-necesidad-de-actuar-en-relacion-con-la-salud-mental>
- Organización Mundial de la Salud (17 de junio de 2022). *Salud mental: fortalecer nuestra respuesta*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Órgano de difusión del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. (2021). Hospital Regional “Adolfo López Mateos”, Medio siglo de velar por la salud de la población. *REVISTA ISSSTE*, Vol. 22. https://issuu.com/intranet_issste/docs/revista_issste_22/20
- Ortiz, F. y Álvarez, S. (2011). Semblanza del México anterior a la creación del Hospital 20 de Noviembre. *Revista de especialidades Médico Quirúrgicas*, 16 (1), 9-19. <https://www.imbiomed.com.mx/articulo.php?id=77128>
- Otzen, T. y Manterola, C. (2017). Técnicas de Muestreo sobre una Población a Estudio. *Revista Int. J. Morphol.* 35 (1), 237-232. https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0717-95022017000100037&script=sci_abstract
- Our World in Data (2022). *Coronavirus Pandemic (COVID-19)*. <https://ourworldindata.org/explorers/coronavirus-data-explorer>
- Padilla, J. (04 de noviembre 2021). ¿Qué es un estudio transversal? La mente es maravillosa. *Revista sobre Psicología, Filosofía y Reflexiones*. <https://lamenteesmaravillosa.com/estudio-transversal/>
- Padrós, F., Montoya, K., Bravo, M., Martínez, M. (2020). Propiedades psicométricas del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI, Beck Anxiety Inventory) en población general de

México. Ansiedad y Estrés, 26 (2-3), 181-187. <https://www.elsevier.es/es-revista-ansiedad-estres-242-articulo-propiedades-psicometricas-del-inventario-ansiedad-S113479372030035X>

Palomino-Leyva, M. y Arteaga-Gómez, M. (2013). Psicología y Subjetividad. Criterio Libre Jurídico, 2013(20), 35-49.

<https://revistas.unilibre.edu.co/index.php/criteriojuridico/article/view/700>

Peñafiel-León, J., Ramírez-Coronel, A., Mesa-Cano, I. y Martínez-Suárez, P. (2021). Impacto psicológico, resiliencia y afrontamiento del personal de salud durante la pandemia por COVID-19. *Revista Redalyc.* 40 (3), 1-17.

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=55969712001>

Pérez, R. (2020). Los retos del personal de salud ante la pandemia del COVID-19: pandemónium, precariedad y paranoia. *Gente Saludable*. Banco Interamericano de Desarrollo.

<https://blogs.iadb.org/salud/es/desafios-personal-salud-coronavirus/>

Rivillas, C. (2015). Visión integradora de la traumatización vicaria. Universitat de les Illes Balears.

<https://dspace.uib.es/xmlui/bitstream/handle/11201/1516/Rivillas%20Bolan%CC%83os%2CCatalina.pdf?sequence=1&isAllowed=y#:~:text=La%20Traumatizaci%C3%B3n%20Vicaria%20se%20plantea,volvi%C3%A9ndose%20en%20muchos%20de%20los>

Rodríguez, C. (2021). Cinco retos de la crisis de COVID-19. *Journal of negative and no positive results.* 5(6), 583-588. <https://scielo.isciii.es/pdf/jonnpr/v5n6/2529-850X-jonnpr-5-06-583.pdf>

Rodríguez, H. (08 de agosto de 2022). Confirmado, la pandemia de COVID-19 surgió en el mercado de Huanan, en Wuhan. *National Geographic España.*

https://www.nationalgeographic.com.es/ciencia/todas-pistas-conducen-a-wuhan-epicentro-pandemia-covid-19_18644

Ruiz-Bravo, A. y Jiménez-Valera, M. (2020). SARS-CoV-2 y pandemia de síndrome respiratorio agudo (COVID-19). *Ars Pharmaceutica.* 61 (2), 63-79.

https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S2340-98942020000200001&script=sci_arttext&tlng=en

Samper, E. (2022)., Boletines de Investigación y Ciencia. *Revista Investigación y Ciencia*, 8 de agosto de 2022. https://www.investigacionyciencia.es/noticias/confirmado-la-pandemia-de-covid-19-se-origin-en-un-mercado-de-animales-de-wuhan-21200?utm_source=Twitter&utm_medium=Social&utm_campaign=tw+web

Santana, Y., Berasategui, Y., Hernández, Y. y Rodríguez, R. (2014). Estrés, el “gran depredador”. *Revista de Información Científica* 84 (2).

<https://www.redalyc.org/pdf/5517/551757261019.pdf>

Santos, G., Cortez, P., Vallejo, V. y Reyes, J. (2020). SARS- CoV-2: generalidades, origen y avances en el tratamiento. *Gaceta medica de México*, 157 (1), 88-93.

https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0016-38132021000100088

- Santos, N. y Salas, R. (2020). Origen, características estructurales, medidas de prevención diagnóstico y fármacos potenciales para prevenir y controlar COVID-19. *Revista Médica Revisado por Pares*. 1-17.
<https://www.medwave.cl/revisiones/revisionclinica/8037.html>
- Secretaria de Salud. (2023). Histórico de Capacidad Hospitalaria. *Portal de datos abiertos*.
<https://datos.cdmx.gob.mx/dataset/capacidad-hospitalaria>
- Short, K. & Cowling, B. (abril de 2023). Assessing the potential for fomite transmission of SARS-CoV-2. *The Lancet Microbe*, 4(6), E380-E381.
[https://www.thelancet.com/journals/lanmic/article/PIIS2666-5247\(23\)00099-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanmic/article/PIIS2666-5247(23)00099-X/fulltext)
- Signos Vitales. El Pulso de México (2020). *La pandemia en México. Dimensión de la Tragedia*. Signos Vitales, Organización Civil.
<https://signosvitalesmexico.org.mx/rb/wp-content/uploads/2020/10/Pandemia-en-Me%CC%81xico-SC-1.pdf>
- Stern, S., Cifu, A. y Altkorn, D. (2021). Púrpura/ petequias en 4e, *Diagnostico basado en los síntomas: Una guía basada en evidencias*. McGraw-Hill Lange.
https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=3069§ionid=26451_0251
- The Lancet (2022). *Global death toll of COVID-19 pandemic may be more than three times higher than official records, estimates of excess deaths indicate*. <https://www.healthdata.org/news-release/lancet-global-death-toll-covid-19-pandemic-may-be-more-three-times-higher-official>
- Torres, V., Farias, J.D., Reyes L.A. y Guillen, C. (2020) “Riesgos y daños en la salud mental del personal sanitario por la atención a pacientes con Covid-19”. *Revista Mexicana de Neurología*, (3), 1-9. <https://www.mediagraphic.com/pdfs/uro/ur-2020/ur203i.pdf>
- Universidad Nacional Autónoma de México. (2023). Plataforma de información geográfica de la UNAM sobre COVID-19 en México. *Coordinación de la Investigación Científica*.
<https://covid19.ciga.unam.mx/>
- Vela, A. (2002). Así son BA.4 y BA.5, las nuevas variantes de ómicron. *National Geographic España*.
https://www.nationalgeographic.com.es/ciencia/asi-son-ba4-y-ba5-nuevas-variantes-omicron_18241
- Vicente-Colomina, A., Santamaría, P. y González-Ordi, H. (2020). Directrices para la redacción de estudios de caso en psicología clínica: PSYCHOCARE guidelines. *Clínica y Salud*, 31(2), 69-76. <https://doi.org/10.5093/clysa2020a6>
- Ximénez-Fyvie, A. L. [@lximenezfyvie]. (2022, 10 de agosto). Personal de Salud en México: defunciones confirmadas y sospechosas por COVID-19. Twitter.
<https://twitter.com/lximenezfyvie>

Anexos

Anexo 1: Formato de consentimiento informado

Anexo 2: Entrevista estructurada

Anexo 3: Inventario de Ansiedad, de Beck

Anexo 4: Escala de Estrés Percibido (Cohen, adaptada por Remor)

Anexo 5: Inventario de Depresión, de Beck

Anexo 6: Información sobre los lineamientos gubernamentales acerca de la reconversión hospitalaria, y opinión crítica de un sujeto acerca de la situación en el Hospital Adolfo López Mateos

Anexo 7: Muestras de *grafiti* dedicados a los trabajadores sanitarios en primera línea de atención a pacientes contagiados por COVID-19.

Anexo 1

Consentimiento informado

Para el cumplimiento de las consideraciones éticas de la entrevista y del tratamiento de los datos personales

Habiendo sido claramente informado/informada acerca de la finalidad de esta entrevista y de los instrumentos de evaluación que se utilizarán (*exprofeso* para propósitos de investigación científica), es mi deseo declarar, por mi propia voluntad, que otorgo mi consentimiento y tengo plena disposición para participar en dicha investigación, teniendo como entrevistadoras a las tesisistas Claudia Berenice Hernandez Armenta y Deyadira Yoseline Osorio Perez, pasantes de la licenciatura en Promoción de la Salud, en la Universidad Autónoma de la Ciudad de México, quienes se hallan llevando a cabo el estudio para construir la tesis denominada: **“Identificación de los efectos psicoemocionales negativos en personal de enfermería en primera línea de atención a enfermos de COVID-19”**. Brindo mi consentimiento para utilizar la información que proporcionaré durante este proceso de investigación. Tengo conocimiento de que se resguardará la confidencialidad de mi identidad. Asimismo, acepto que el audio de la entrevista sea grabado por medios electrónicos. Declaro que, desde un principio, he sido claramente informado/informada acerca de la finalidad de esta entrevista y de los datos recolectados por los instrumentos de investigación, y del uso académico que se hará de ellos.

Atentamente,

Fecha y
lugar:

Pseudónimo:

Firma o huella digital:

Anexo 2

Entrevista estructurada (Cuestionario)

Presentación de las investigadoras

Buen día. Le agradecemos por su disposición y consentimiento para colaborar en nuestra investigación de tesis.

Nuestros nombres son: Claudia Berenice Hernandez Armenta y Deyadira Yoseline Osorio Perez. Somos pasantes de la licenciatura de Promoción de la Salud, en la Universidad Autónoma de la Ciudad de México. En estos momentos nos hallamos trabajando en la elaboración de nuestra tesis, cuyo título es: “Identificación de los efectos psicoemocionales negativos en personal de enfermería en primera línea de atención a enfermos de COVID-19”

Los objetivos de esta tesis son:

Objetivo general:

Identificar los efectos psicoemocionales negativos en el personal de enfermería que se encuentra en la primera línea de atención de Covid-19 del Hospital Regional Adolfo López Mateos.

Objetivos específicos:

- Describir las afectaciones en la salud psicológica, física, y en la vida personal, social y profesional, que ha experimentado el citado personal de enfermería, como consecuencia de la atención a pacientes de COVID-19.
- Realizar recomendaciones orientadas a la atención psicoemocional en el personal de salud del Hospital Adolfo López Mateos.

Le garantizamos que todas las respuestas que usted nos proporcione serán empleadas solamente para los fines de esta investigación, y que la información se tratará bajo la condición de anonimato. Le presentaremos una carta de consentimiento informado, para que usted la lea atentamente; si se encuentra de acuerdo, por favor proporcione un pseudónimo y su firma o huella digital. Vamos a grabar sus respuestas, para poder recuperarlas posteriormente.

Con el objetivo de recolectar los datos que requerimos, le solicitamos atentamente que nos conceda alrededor de 2 horas. Le haremos una entrevista sobre su trabajo como parte del personal de enfermería en primera línea de atención, durante la pandemia por COVID-19. Además, vamos a pedirle que nos responda a tres instrumentos de evaluación.

Vamos a comenzar con la entrevista. Le solicitamos que nos brinde respuestas amplias, detalladas, que ilustren con honestidad las experiencias que usted ha atravesado como enfermero/a en primera línea de atención a la pandemia.

Categoría de análisis I:

Descripción de actividades laborales en la primera línea de atención a pacientes con COVID-19

- 1) Según sus conocimientos, ¿Qué implica una pandemia, y cómo debería reaccionar un hospital que atienda este problema?
- 2) ¿Por qué se encuentra laborando en la primera línea de atención a pacientes contagiados por COVID-19?
- 3) ¿Cómo se preparó el HALM para convertirse en un hospital híbrido, con atención a pacientes contagiados?
- 4) ¿Recibió alguna capacitación para poder atender a pacientes contagiados? Si su respuesta es positiva, describa en qué consistió la capacitación. Si su respuesta es negativa, describa con qué conocimientos cree usted contar para desempeñar sus labores en la primera línea de atención.
- 5) Por favor, describa un día normal de su jornada de trabajo, antes de la pandemia, y si algún factor laboral le causaba tensión, nerviosismo o algún tipo de preocupación.
- 6) Describa un día normal de trabajo durante la pandemia. Preparación para entrar al área COVID, actividades, si experimentó sobrecarga de trabajo.
- 7) ¿Cómo calificaría la calidad de atención que el HALM le pudo brindar a los pacientes contagiados?
- 8) ¿Cómo calificaría las medidas de seguridad, protección, insumos, materiales, proporcionados al personal de enfermería de la primera línea de atención?

- 9) ¿Cuáles fueron los problemas más fuertes que como enfermero/a enfrentó durante su trabajo en la pandemia?
- 10) ¿Qué cambios ha notado en el tipo de pacientes que ingresaron al HALM durante la pandemia, cuando aún no había vacuna, y los que han ingresado ahora que ya se dispone de la vacuna?
- 11) ¿Qué recomendaciones haría a la población en general, ahora que nos encontramos en semáforo epidemiológico verde (noviembre de 2020)?

Categoría de análisis II:

Detección de efectos psicoemocionales relacionados con laborar en la primera línea de atención a pacientes con COVID-19

- 1) Durante sus jornadas de trabajo en la pandemia, ¿Experimentó tensión, nerviosismo, tristeza, preocupación? Por favor, describa cómo se sentía mentalmente durante su trabajo en la pandemia.
- 2) ¿Qué factores dentro de su área laboral le produjeron mayor tensión, nerviosismo, tristeza o preocupación, durante la pandemia?
- 3) Como resultado de las tensiones, nerviosismo, tristeza o preocupaciones que haya experimentado durante su trabajo con pacientes contagiados, ¿Sintió alguna afectación en su salud personal? ¿Cuáles?
- 4) Como resultado de las tensiones, nerviosismo, tristeza o preocupaciones que haya experimentado durante su trabajo con pacientes contagiados, ¿Sintió la necesidad de buscar apoyo psicológico? Si / No, ¿Por qué? En caso positivo, ¿A qué tipo o lugar de apoyo recurrió?
- 5) Por favor, narre la situación más difícil, crítica, o que más le haya afectado, a nivel personal, que le haya tocado vivir en la atención a pacientes contagiados.
- 6) ¿El HALM ha implementado algún servicio de apoyo psicológico para el personal de enfermería en primera línea de atención a la COVID? Si / No, ¿A qué lo atribuye usted?

- 7) ¿Usted ha buscado practicar alguna técnica, ejercicio o medida para sobrellevar la carga emocional que su trabajo le genera? Si / No, ¿Por qué?
¿Cuál/es?
- 8) ¿Ha detectado usted que sus compañeros/as de trabajo hayan desarrollado problemas por estrés, preocupación, nerviosismo, tristeza, derivados de la atención a pacientes contagiados?
- 9) ¿Qué diferencias percibe entre la manera en cómo se sentía usted emocionalmente durante las épocas más críticas de la pandemia (diciembre de 2020 a febrero de 2021) y cómo se siente usted emocionalmente en el semáforo epidemiológico en verde?
- 10) ¿Cuáles fueron los máximos motivos de satisfacción como enfermero/a en la primera línea de atención?
- 11) ¿Cuáles fueron los mayores desafíos que ha enfrentado como enfermero/a durante la atención a pacientes contagiados?
- 12) ¿Qué expectativas tiene usted respecto al rumbo o características que tomará la pandemia en 2022?
- 13) ¿Cree que el gobierno tuvo un mejor enfrentamiento en cuanto a la pandemia Covid-19? Puesto que ya ha enfrentado como la influenza entre otras Si/No
¿Por qué?

Categoría de análisis III:

Consecuencias sociales del trabajo en primera línea de atención

- 1) Como consecuencia de su trabajo en la primera línea de atención a pacientes contagiados ¿Qué cambios tuvo que adaptar en la convivencia con su familia?
- 2) En algún momento de la pandemia, ¿Llegó a ser víctima de alguna agresión por ser enfermero/a de primera línea de atención? Si: por favor, nárrela. ¿Por qué cree usted que sucedieron estas agresiones?
- 3) En general, ¿Cómo se afectó su convivencia con compañeros de trabajo, no adscritos a la primera línea de atención?

- 4) En general, ¿Cómo se afectó su convivencia con compañeros de trabajo, adscritos a la primera línea de atención?
- 5) En general, ¿Cómo se afectó su convivencia con personas (amigos, familiares, conocidos) externos al hospital?
- 6) ¿Cree que la sociedad ha reconocido de forma suficiente la labor realizada por el personal hospitalario en primera línea de atención? Si / No, ¿Por qué?
- 7) Describa la importancia para usted, a nivel personal, de haberse desempeñado como enfermero/a en primera línea de atención.
- 8) Describa la importancia del personal de enfermería en primera línea de atención, a nivel social.
- 9) ¿En su opinión personal, el gobierno de la Ciudad de México manejó correctamente la pandemia? Si / No, ¿Por qué?
- 10) ¿Cree usted que los promotores de la salud podrían haber desempeñado algún papel importante durante la pandemia? Si / No, ¿Cuál?
- 11) ¿Le gustaría que los promotores de la salud realizaran alguna aportación para apoyar el trabajo de los enfermeros/as? Si / No, ¿Qué tipo de aportación cree que podrían realizar?
- 12) ¿Qué opina de que algunos medios de comunicación califiquen al personal sanitario en primera línea de atención como “Héroes de la pandemia”? ¿Por qué opina eso?
- 13) ¿Algo más que usted desee agregar o aportarnos como datos que considere importantes?
- 14) ¿Tiene usted alguna pregunta para nosotras?

Le agradecemos profundamente por su valiosa colaboración, que sin duda nos ayudará a entender mejor la experiencia del personal de primera línea de atención durante la pandemia.

Anexo 3

BAI (Beck, adaptado)

En el siguiente cuestionario hay una lista de sentimientos, emociones o manifestaciones corporales que usted puede haber experimentado, en diferentes grados o niveles. Por favor, piense en las ocasiones en que ha atravesado por situaciones de ansiedad, en su trabajo, durante los meses más difíciles de la pandemia, y de acuerdo con lo que haya experimentado en esos momentos, elija en qué grado o intensidad le han afectado cada una de los siguientes sentimientos, emociones y manifestaciones corporales:

	Sentimiento, emoción o manifestación corporal	0 Nada en absoluto	1 Levemente	2 Moderada- mente	3 Intensa- mente	4 Muy intensa- Mente
1	Torpe o con reacciones lentas.					
2	Acalorado o agitado.					
3	Con temblor en las piernas.					
4	Incapaz de relajarse.					
5	Con temor a que ocurra lo peor.					
6	Mareado.					
7	Con latidos del corazón fuertes y acelerados.					
8	Inestable, con sensación de pérdida de equilibrio.					
9	Atemorizado o asustado.					
10	Nervioso.					
11	Con sensación de bloqueo mental.					
12	Con temblores en las manos.					
13	Inquieto, inseguro.					
14	Con miedo a perder el control.					
15	Con sensación de ahogo.					
16	Con temor a morir.					
17	Con miedo.					
18	Con malestar estomacal.					
19	Con temor a desmayarme.					
20	Con rubor o calor en el rostro.					
21	Con sudor frío o caliente					

Anexo 4

Escala de Estrés Percibido (Cohen, adoptado por Remor)

Versión española (2.0) de la *Perceived Stress Scale (PSS)* de Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983), adaptada por el Dr. Eduardo Remor.

Las preguntas en esta escala hacen referencia a sus sentimientos y pensamientos durante los meses más difíciles de la pandemia, en relación con su trabajo. En cada caso, por favor indique con una "X" cómo usted se ha sentido o ha pensado en cada situación.

	Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo
1-¿ Con qué frecuencia se sintió afectado/a por algo que ocurrió inesperadamente en su trabajo o en su vida personal?	0	1	2	3	4
2-¿ Con qué frecuencia se sintió incapaz de controlar las cosas importantes en su vida?	0	1	2	3	4
3-¿ Con qué frecuencia sintió nervioso/a o estresado/a?	0	1	2	3	4
4-¿ Con qué frecuencia no pudo manejar con éxito los pequeños problemas irritantes de la vida cotidiana?	0	1	2	3	4
5-¿ Con qué frecuencia sintió que podía afrontar efectivamente los cambios importantes que estaban ocurriendo en su vida laboral?	0	1	2	3	4
6-¿ Con qué frecuencia se sintió seguro/a sobre su capacidad para manejar sus problemas personales?	0	1	2	3	4
7-¿ Con qué frecuencia sintió que las cosas iban por mal camino?	0	1	2	3	4
8-¿ Con qué frecuencia sintió que no podía afrontar todas las cosas que tenía que hacer en su trabajo?	0	1	2	3	4
9-¿ Con qué frecuencia sintió que podía controlar las dificultades de su vida?	0	1	2	3	4
10-¿ Con qué frecuencia sintió que tenía todo bajo control?	0	1	2	3	4
11-¿ Con qué frecuencia se sintió enfadado/a porque las cosas que ocurrían estaban fuera de su control?	0	1	2	3	4
12-¿ Con qué frecuencia pensó sobre las cosas que le quedaban pendientes por hacer?	0	1	2	3	4
13-¿ Con qué frecuencia pudo controlar la forma de pasar el tiempo?	0	1	2	3	4
14-¿ Con qué frecuencia sintió que las dificultades se acumulaban tanto que no podía superarlas?	0	1	2	3	4

Anexo 5

Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)

Nombre:.....Estado Civil..... Edad:..... Sexo.....
Ocupación Educación:..... Fecha:.....

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido **las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy**. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito)

1. Tristeza

- 0 No me siento triste.
- 1 Me siento triste gran parte del tiempo
- 2 Me siento triste todo el tiempo.
- 3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

- 0 No estoy desalentado respecto del mi futuro.
- 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
- 2 No espero que las cosas funcionen para mí.
- 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

3. Fracaso

- 0 No me siento como un fracasado.
- 1 He fracasado más de lo que hubiera debido.
- 2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
- 3 Siento que como persona soy un fracaso total.

4. Pérdida de Placer

- 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
- 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
- 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5. Sentimientos de Culpa

- 0 No me siento particularmente culpable.
- 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.

- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- 3 Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de Castigo

- 0 No siento que este siendo castigado
- 1 Siento que tal vez pueda ser castigado.
- 2 Espero ser castigado.
- 3 Siento que estoy siendo castigado.

7. Disconformidad con uno mismo.

- 0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.
- 1 He perdido la confianza en mí mismo.
- 2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
- 3 No me gusto a mí mismo.

8. Autocrítica

- 0 No me critico ni me culpo más de lo habitual
- 1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo
- 2 Me critico a mí mismo por todos mis errores
- 3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos o Deseos Suicidas

- 0 No tengo ningún pensamiento de matarme.
- 1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría
- 2 Querría matarme
- 3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10. Llanto

- 0 No lloro más de lo que solía hacerlo.
- 1 Lloro más de lo que solía hacerlo
- 2 Lloro por cualquier pequeñez.
- 3 Siento ganas de llorar pero no puedo.

11 Agitación

- 0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
- 1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
- 2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto
- 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

12 Pérdida de Interés

- 0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.
- 1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
- 2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
- 3. Me es difícil interesarme por algo.

13. Indecisión

- 0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.
- 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones
- 2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
- 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Desvalorización

- 0 No siento que yo no sea valioso
- 1 No me considero a mi mismo tan valioso y útil como solía considerarme
- 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
- 3 Siento que no valgo nada.

15. Pérdida de Energía

- 0 Tengo tanta energía como siempre.
- 1. Tengo menos energía que la que solía tener.
- 2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado
- 3. No tengo energía suficiente para hacer nada.

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

- 0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
- 1ª. Duermo un poco más que lo habitual.
- 1b. Duermo un poco menos que lo habitual.
- 2a Duermo mucho más que lo habitual.
- 2b. Duermo mucho menos que lo habitual
- 3ª. Duermo la mayor parte del día
- 3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

17. Irritabilidad

- 0 No estoy tan irritable que lo habitual.
- 1 Estoy más irritable que lo habitual.
- 2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.
- 3 Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el Apetito

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- 1ª. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
- 1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
- 2a. Mi apetito es mucho menor que antes.
- 2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual
- 3ª . No tengo apetito en absoluto.
- 3b. Quiero comer todo el día.

19. Dificultad de Concentración

- 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente
- 2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
- 3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o Fatiga

- 0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.
- 1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.
- 2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.
- 3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

21. Pérdida de Interés en el Sexo

- 0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
- 1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.
- 2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.
- 3 He perdido completamente el interés en el sexo.

Puntaje Total:

Anexo 6

Información sobre los lineamientos gubernamentales acerca de la reconversión hospitalaria, y opinión crítica de un sujeto acerca de la situación en el Hospital Adolfo López Mateos

La siguiente información no formó parte de las preguntas de investigación ni de los instrumentos de recolección de datos de la presente tesis, por apartarse de los objetivos de investigación de esta tesis. Sin embargo, las investigadoras decidieron incluirla por considerarla relevante y de interés adicional. Se trata acerca de las medidas propuestas por las autoridades de salud a nivel federal, a propósito de la necesidad de reconvertir los hospitales, para adecuarlos a la atención de pacientes contagiados por COVID-19, durante la etapa de emergencia de la pandemia. Posteriormente, se ha incluido la crítica que uno de los sujetos de investigación brindó espontáneamente acerca de si realmente se observaron esos lineamientos en el Hospital Adolfo López Mateos. El informante solicitó que no se mencionara su nombre. Las investigadoras consideraron que esta crítica contribuye a hacer visibles las condiciones reales de trabajo de los sujetos de esta investigación.

La Preparación Adecuada de un Hospital para Recibir a Pacientes Contagiados por COVID-19

El Gobierno de México (2020), por medio del documento *Lineamiento técnico de uso y manejo del equipo de protección personal ante la pandemia por COVID-19*, dio a conocer las diversas modificaciones en la operación y logística de los hospitales a nivel nacional que se adoptarían a consecuencia de la pandemia COVID-19. Las nuevas directrices estaban orientadas a una reconversión hospitalaria, la cual debería haber cubierto cuestiones tales como: la adecuación de servicios, insumos, recursos humanos e infraestructura, transformaciones dirigidas a la atención de la población sospechosa de haberse contagiado, y los individuos diagnosticados con el virus del SARS-CoV-2.

En cuanto a la atención de los pacientes infectados con el virus del SARS-CoV-2, el Gobierno de México (2020) mencionaba en dicho documento que la atención se apoyaría en el plan de reconversión hospitalaria, el cual, se planeó y ejecutó en fases, diseñadas de acuerdo con los recursos de las unidades médicas. Para lograr estas medidas, se contaba con el apoyo de la Secretaría de Salud federal. Por otra parte, el Comité Evaluador COVID-19 debía haber fungido como una parte fundamental para la adecuación de unidades médicas (reconversión hospitalaria). Esto se puede observar en la Tabla 1. A continuación, se presenta la división y características que se debieron haber reunido con el objetivo de optimizar la operación de las unidades médicas, tal como lo fue equipo e infraestructura:

Tabla 1

Composición del Comité Evaluador COVID-19

Comité COVID			
Jefe Cuidados Intensivos, Hospitalización y Urgencias	Jefe de Laboratorio	Jefe de Farmacia	Jefe Enfermería
Jefe de Trabajo Social	Jefe de Ingeniería Biomédica y Terapia Respiratoria y CEYE	Jefe de Imagenología	Jefe de Servicios Generales y Mantenimiento
Jefe de Epidemiología	Jefe de Enseñanza y Jefe de Calidad	Subdirector Médico y Administrativo	Director General
Jefe de Recursos Humanos			

Nota. Tabla tomada del Gobierno de México (2020, p.18).

Dentro de este documento, se detallan las fases propias de dicha operación:

Fase 1. Capacidad instalada basal y ampliada: Consistía en obtener el mayor provecho de los insumos y personal humano, utilizando en su totalidad las camas de la unidad de cuidados intensivos (UCI), ventiladores, sistema eléctrico y gases medicinales. Para la operación óptima, en esta fase se recomendaba la suspensión de la consulta externa, cirugías programadas (a menos que fueran de urgencia), y, en cuanto al personal adscrito a (UCI) deberían redistribuirse, apoyando la nueva línea de trabajo que es la conversión hospitalaria (en Gobierno de México 2020).

En esta primera fase, las características de infraestructura y equipo que debían haberse reunido fueron, según el comité COVID-19:

- Hospitales con instalaciones hidrosanitarias.
- Hospitales ubicados en zonas urbanas dependiendo de la población.
- Exclusión de unidades médicas con servicios: materno infantil, cardiología, traumatología, pediátricos y oncológicos.
- Unidades médicas que cuenten con cuatro o más camas en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).
- Áreas implementadas para la atención y cuidado de pacientes catalogados COVID-19, como: urgencias, hospitalización, farmacia, UCI e imagenología.
- Capital humano dirigido puntualmente a pacientes contagiados por el SARS-CoV-2: médicos generales, médicos especialistas, enfermeras generales y especialistas, técnicos en radiología e imagen, laboratorio e inhala terapia.
- Insumo sanitario en funcionamiento: ventiladores, monitores, bombas de infusión, rayos X, carro rojo y ultrasonido.
- Cálculo adecuado para el reparto de insumos médicos y capital humano en las diferentes áreas enfocadas al tratamiento por COVID-19.

Fase 2. Reconversión hospitalaria: Debido a las demandas de la fase 1, se instauró la fase 2. Su objetivo fue la clasificación adecuada de los pacientes, y su canalización a las áreas respectivas de la unidad médica, tales como: servicios de terapia intermedia, recuperación quirúrgica, corta estancia y otros. Los servicios deberían haber contado con camas que den cabida a soportar: ventiladores, tomas de oxígeno, aire y presión (Gobierno de México 2020).

Además de las cuestiones de infraestructura y equipo contempladas en la fase 1, se incorporarían los siguientes puntos de acuerdo con el Comité COVID-19 en la fase 2:

- Áreas elegidas por su infraestructura y personal médico, contando con sistemas eléctricos, toma de gases medicinales y sistema de vacío; mientras que la terapia intermedia se convertiría en cirugía ambulatoria, recuperación quirúrgica, cuidados coronarios y hospitalización.

- Valoración y elección del personal médico que se enfocara preferentemente a pacientes enfermos por COVID-19, en áreas precisas de hospitalización como: médicos especialistas, enfermeras especialistas y generales, técnicos en radiología e imagen, laboratorio e inhala terapia.
- La atención debía ser dividida de acuerdo con las necesidades de los pacientes situados en esas áreas.

Fase 3. Expansión: La reconversión hospitalaria correspondiente a la fase 3 señalaba que debían tomarse en su totalidad las camas disponibles en las unidades médicas, respetando la unidad de reanimación. Se mencionaba que podía existir la posibilidad de adaptar espacios públicos no hospitalarios para brindar una atención completa (Gobierno de México 2020).

Las características de infraestructura y equipo recomendadas por el Comité COVID-19, durante la fase 3, fueron:

- Los responsables de las unidades médicas se ocuparían de valorar la infraestructura, la seguridad, disposición de insumos y capital humano, con el objeto de ampliar la atención sin disminuir la calidad de atención.

Por ejemplo, en las tablas 2 y 3 se observa la división del personal médico al extenso, de acuerdo con las fases, por día y semana, tomando en cuenta la asignación del cuidado de pacientes contagiados y enfermos por COVID-19. Cada médico y enfermero/a cuenta con una especialidad, con la intención de establecer un diálogo continuo para un tratamiento óptimo y de buena calidad para los pacientes contagiados (Gobierno de México, 2020).

Tabla 2*Distribución del personal de enfermería en una unidad médica por día y semana*

Camas	Matutino	Vespertino	Nocturno A	Nocturno B	Diurno Especial	Nocturno C	Enfermeras para calcular enfermeras por día y semana
	8 horas	8 horas	12 horas	12 horas	12 horas	12 horas	
1 cama	1 Enf	1 Enf	1 Enf	1 Enf	1 Enf	1 Enf	6 Enf

Nota. Tabla tomada de Gobierno de México (2020, p.23).

Tabla 3*Número de especialistas médicos adscritos a las áreas de reconversión hospitalaria*

Camas	Recursos Humanos	Observaciones
1 a 2 camas de cuidados críticos	1 enfermera especialista o enfermera general con capacitación en cuidados críticos	Enfermeras especialistas en; Terapia Intensiva, Cardiología, Neumología, Neurología, Nefrología y Urgencias (Nivel pos técnico y posgrado)
4 a 6 camas de hospitalización	1 enfermera general o especialista	Enfermeras (nivel técnico o licenciatura) o especializadas
5-8 camas de cuidados críticos	1 Médico especialista	Especialistas en Urgencias, en Terapia Intensiva o en Neumología

Nota. Tabla tomada de Gobierno de México (2020, p.23).

El Doctor Gustavo Reyes Terán, de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y hospitales de especialidad, estableció el 29 de marzo de 2020 en la Ciudad de México el proyecto Reconversión Hospitalaria 2 (Signos Vitales, 2020).

Como resultado, el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) puso en marcha el Plan Operativo Institucional, en respuesta a la alerta epidemiológica, enfocado en la atención de nivel prioritario en pacientes enfermos por COVID-19, así como el cerco epidemiológico y la apertura de la reconversión

hospitalaria, con características como: capacitación, gestión de insumos, reorganización de recursos humanos vulnerables y la adopción de medidas de seguridad.

Descripción de las Actividades Laborales realizadas como Personal de Enfermería en Primera línea de Atención, durante la Etapa Crítica de la Pandemia

El Gobierno de México (2020) realizó una tabla de categorización para la realización de las actividades laborales del personal de salud, tomando en cuenta las condiciones de vulnerabilidad de los pacientes, que podrían complicarse por la COVID-19 la cual se puede visualizar en la siguiente tabla:

Tabla 4

Condiciones de vulnerabilidad entre el personal sanitario

	Personas trabajadoras que NO CUMPLEN con las condiciones de vulnerabilidad regresan a sus actividades , sin importar que el semáforo se encuentre en ROJO
	Personas trabajadoras que SÍ CUMPLEN con las condiciones de vulnerabilidad trabajan en áreas COVID se reincorporarán en semáforo amarillo en áreas NO COVID y en semáforo VERDE a su área de adscripción*.
	Personas trabajadoras que SÍ CUMPLEN con las condiciones de vulnerabilidad. Se reincorporan a partir de semáforo AMARILLO a áreas No COVID excepto Lactancia : se incorpora <i>al final del periodo de incapacidad por maternidad</i> , en cualquier color de semáforo. En semáforo rojo, naranja y amarillo en áreas No COVID. En semáforo verde en cualquier área. Cáncer con quimioterapia en el último mes : se incorpora hasta semáforo VERDE*

Nota. En la tabla se muestra la categorización tomando en cuenta la vulnerabilidad del personal de salud y el semáforo del Covid-19 (Gobierno de México, 2021, p. 36).

El personal que contaba con alguna condición de vulnerabilidad contaba con un protocolo de incorporación a sus actividades después de haberse vacunado:

1.-Podrían regresar a sus actividades 14 días después de haberse colocado la vacuna, sin importar el semáforo epidemiológico.

2.-Tener completa su cartilla de vacunación (Gobierno de México, 2021).

Descripción de las medidas de seguridad, protección, insumos y materiales de trabajo proporcionados a dicho personal de enfermería.

Las Unidades Médicas y Unidades Administrativas deberían haber gestionado y asegurado el abastecimiento de insumos de calidad como el equipo de protección personal (EPP), el cual, está fabricado para garantizar el cuidado y seguridad del personal de salud, y así, disminuir el riesgo de contagio, el EPP está conformado por (Gobierno de México, 2021):

- ❖ Cubrebocas quirúrgico triple capa
- ❖ Respirador N95, FFP2 o equivalente
- ❖ Protección ocular (googles o careta)
- ❖ Gorro desechable (opcional)
- ❖ Bata de manga larga impermeable, desechable o de algodón
- ❖ Guantes (látex o nitrilo) desechables (Gobierno de México, 2020).

El objetivo del uso de los cubrebocas era evitar la transmisión de patógenos aéreos., existen cubrebocas que protegen con diferentes calidades, esto varía por las características como la combinación de letra y número que tiene el cubrebocas. El nivel se divide en números cómo: 95, 99 o 100. Por otro lado, existen tres tipos de filtrado de los cubrebocas que se clasifican en letras como: “N” no resiste a partículas de aceites e hidrocarburos; “R” resiste con capacidad limitada de funcionar en ambientes con presencia de aceites y “P” resiste a prueba de aceites. Es importante que los cubrebocas permitan a las personas poder respirar, los cubrebocas N95 son los más recomendables porque tienen una capacidad de filtración superior a la de los cubrebocas quirúrgicos (Elizarrarás-Rivas et al., 2020).

Los guantes deben ser de nitrilo desechables para garantizar la impermeabilidad, resistencia, flexibilidad y sensibilidad. Se recomienda utilizar doble guante únicamente en áreas de intubación, con uñas cortadas, sin anillos, relojes y pulseras; no se recomienda lavar los guantes para su reutilización (Elizarrarás-Rivas et al., 2020).

La ropa de protección es para cubrir al personal de salud de salpicaduras por fluidos biológicos, bioaerosoles y secreciones procedentes del paciente por COVID- 19, también se puede hacer uso de delantales de protección química con las siguientes características: debe de ser holgada, desechable, manga larga con puño, cubriendo del cuello hasta debajo de la rodilla, cubriendo la parte anterior del cuerpo (Elizarrarás-Rivas et al., 2020).

La protección ocular debe tomar en cuenta la norma para proteger de líquidos o salpicaduras, también se puede usar otro tipo de protector ocular como gafas de montura universal con protección lateral para evitar el contagio con manos o guantes.

Los EPP se deben de colocar antes de iniciar cualquier actividad laboral donde se esté expuesto a contaminarse por COVID-19. Es importante que el personal de salud que esté en primera línea de atención conozca algunos de los protocolos los cuales se muestran en la (imagen 1): (Elizarrarás-Rivas et al., 2020).

Imagen 1

Colocación del Equipo de Protección Personal (EPP)


¿Cómo me coloco el EPP?


Colocación del Equipo de Protección Personal (EPP) para otorgar atención a pacientes con COVID-19


Verifica
Que tu Equipo de Protección Personal (EPP) esté completo y listo para su uso.

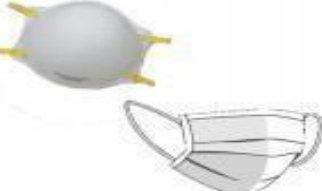
Procura
Realizar la colocación de tu EPP con la supervisión de algún colega, si recibes observaciones, atiéndelas para tu seguridad.


Cuidate
El uso correcto del EPP y todas las medidas de prevención tienen como finalidad tu bienestar y seguridad.


- 


Retira todos los aditamentos personales (joyas, reloj, teléfono celular, bolígrafos, etc.)
- 

Realiza higiene de manos con agua y jabón o solución a base de alcohol.
- 

Coloca bata de manga larga impermeable desechable o bata de algodón.
- 

Coloca el cubrebocas quirúrgico o el respirador N95 o equivalente.
- 

Coloca la protección ocular (goggles o careta).
- 


Coloca gorro desechable (Opcional).
- 


Coloca el par de guantes desechables.

Notas

- No use tela adhesiva para sujetar los guantes.
- La bata desechable o de algodón deben ser cambiadas entre cada paciente con el fin de reducir el riesgo de infecciones.

La Secretaría de Salud ha adoptado estas recomendaciones basándose en la evidencia científica disponible. El material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita, ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de este material.

 **GOBIERNO DE MÉXICO** | **SALUD**
SECRETARÍA DE SALUD

 gob.mx/salud

Nota. La imagen muestra el protocolo a seguir de una adecuada colocación del EPP dirigida a todo el personal de primera línea de atención (Gobierno de México, 2020, p.28).

Por otra parte, el retiro del EPP se realiza cuando se está fuera del área contaminada y después de las actividades laborales, es fundamental que el personal sanitario cuente con el conocimiento del protocolo adecuado para retirar el EPP, ya que, puede representar un foco de contaminación hacia otras áreas o personas dentro del Hospital, por lo que en la siguiente (imagen 2) se muestra los pasos a seguir para el apropiado retiro el EPP (Elizarrarás-Rivas et al., 2020).

Imagen 2

Retiro correcto del Equipo de Protección Personal (EPP)

¿Cómo me retiro el EPP?
Retiro correcto del Equipo de Protección Personal (EPP) al salir de la atención de pacientes con COVID-19

1. Realiza la desinfección de los guantes con solución a base de alcohol.
2. Retira los guantes de forma lenta y segura.
3. Realiza higiene de manos con solución a base de alcohol.
4. Retira la bata de forma lenta y cuidadosa.
5. Realiza higiene de manos con solución a base de alcohol.
6. En caso de traer gorro, retíratelo, asegurándote que no toques la cara externa del mismo y que no toque tu piel.
7. Realiza higiene de manos con solución a base de alcohol.
8. Retira lentamente los goggles o careta, asegurando que no toque tus ojos o área periorbital.
9. Realiza higiene de manos con solución a base de alcohol.
10. Retira la mascarilla quirúrgica o el respirador N95.
11. Realiza higiene de manos con agua y jabón o con soluciones a base de alcohol.

La Secretaría de Salud ha adoptado estas recomendaciones basándose en la evidencia científica disponible. El material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita, ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de este material.

GOBIERNO DE MÉXICO | SALUD SECRETARÍA DE SALUD
gob.mx/salud

Nota. La imagen muestra los pasos para retirar correctamente el EPP para evitar propagación del COVID-19 (Gobierno de México, 2020, p.29).

En relación con lo anterior, era importante que el personal de salud se capacitara de manera continua en las unidades administrativas sobre el uso, reusó, retiro y desecho del EPP. Estas capacitaciones se debieron haber abordado de acuerdo con personal (Gobierno de México, 2020).

La sanitización es una medida de seguridad importante que abarca desde la entrada o recepción hasta los consultorios, salas de esperas, áreas asignadas para la hospitalización de los pacientes con COVID-19, por lo cual, todos los trabajadores deberían haber contado con la información y capacitación para el empleo del EPP, suficientes recursos materiales y equipo de protección para prevenir el contagio; ejemplos de ello sería la supervisión y registro del estado de salud del personal, mediante el registro de la temperatura y síntomas, para así detectar oportunamente si algún trabajador se encontraba enfermo de COVID-19 (Elizarrarás-Rivas et al., 2020).

Opinión crítica de un sujeto de investigación acerca de si las medidas anteriormente mencionadas realmente se implementaron en el Hospital Adolfo López Mateos

Los siguientes párrafos fueron recopilados a partir de información adicional que proporcionó uno de los sujetos de investigación, quien solicitó que ésta permaneciera bajo anonimato. Esta información no fue solicitada por las investigadoras, puesto que excede los objetivos de la investigación. Sin embargo, se consideró importante incluirla, ya que contrasta de forma importante con lo que las autoridades sanitarias federales difundieron sobre la reconversión hospitalaria durante la etapa de emergencia de la pandemia. A continuación, las palabras textuales del sujeto:

En términos generales, no se recibió capacitación formal en las medidas de protección personal ni en el curso general de la enfermedad, por lo que, el personal estaba angustiado, evidentemente ninguno nos habíamos enfrentado a una situación similar.

Respecto a los datos que proporciona el gobierno federal en cuanto al manejo de la contingencia y reconversión hospitalaria, por lo menos en este hospital no se llevaron a cabo tal cual se dice; el gobierno muestra un manejo adecuado con un escenario ideal, lo que me lleva a tocar ciertos puntos:

El llamado comité COVID-19 existía tiempo atrás, pues es el personal que mencionan [en el documento del Gobierno de México -2020-, Lineamiento técnico de uso y manejo del equipo de protección personal ante la pandemia por COVID-19], pero era el encargado de la infraestructura hospitalaria aún sin pandemia.

La fase uno cumplió totalmente lo que menciona, ya que, se ocuparon la totalidad de las camas censables de las áreas de medicina interna, unidad de cuidados intensivos, y se adecuó una parte del área de urgencias para la atención de dichos pacientes, así como un espacio respiratorio.

En cuanto a la consulta externa, todas quedaron suspendidas, así, como las cirugías programadas, que fueron diferidas. Para el tema del personal se creó el INSABI, así como un contrato personal de enfermería, en áreas generales y especialistas. Sin embargo, la fuerza de trabajo del personal de base no cumplía con dicho perfil, pues la demanda era mayor que el personal con dichas características, por lo que en su mayoría la contingencia fue atendida por auxiliares de enfermería y menormente por enfermeros generales y especialistas en terapia intensiva.

Respecto a los médicos que INSABI contrató, tanto médicos internistas como generales, para la atención directa, igualmente [estuvieron] rebasados; en este caso, quienes se encargaban de la labor eran los médicos residentes. Los insumos eran insuficientes, al igual que los ventiladores mecánicos, que estaban en mal estado, en general; la infraestructura no estaba lista para la contingencia.

Con relación al índice enfermera-paciente estaba rebasado, debido a que en turno nocturno había veces que se atendían de 8 a 9 pacientes; dentro de éstos, 2 pacientes se hallaban intubados, y en los demás turnos eran situaciones similares.

No había división del número de trabajo, como lo cita el INER; sólo había un espacio improvisado para la colocación y retiro de protección personal, el cual era delimitado con hule cristal.

Insistiendo en la falta de capacitación en cuanto el autocuidado, como el que se brindaba a los derechohabientes al contagiarse; el personal gozaba de 14 días de licencia médica y posteriormente sólo eran 7 aun con síntomas respiratorios. Al principio, proporcionaron tyvek para pintores [tyvek es el material con que están fabricadas ciertas mascarillas que se utilizan para impedir la aspiración de asbesto, fibra de vidrio, plomo, moho], los cuales eran inadecuados, ya que no protegían contra aerosoles. Posteriormente, se proporcionaron de mejor calidad y se abasteció el equipo de protección personal correcto, aunque previamente el personal enfermeril los adquirió de manera personal, y, tras una pequeña protesta, se abasteció, no en su mayoría, pero algo del material, como el equipo de protección personal, así como medicamentos, principalmente sedaciones y analgesia, que era lo que requerían los pacientes, para poder brindar un tratamiento adecuado.

Todas estas condiciones se han dado por una mala administración, fugas de presupuesto y falta de empatía para con el personal de salud; el país no se encontraba preparado para esto, por tal motivo fuimos de los primeros lugares en defunciones de personal de salud que se encargaba de primera línea de atención a pacientes COVID-19.

Anexo 7

Muestras de *grafiti* dedicados a los trabajadores sanitarios en primera línea de atención a pacientes contagiados de COVID

Imagen 1



A man carrying a sack on his head walks past a graffiti of coronavirus warrior in Mumbai. Photo by Ashish Vaishnav/SOPA Images/LightRocket via Getty Images.

Nota. “Un hombre cargando un saco sobre su cabeza camina al lado de un graffiti sobre un guerrero contra el coronavirus, en Mumbai. Foto de Ashish Vaishnav/SOPA Images/Light Rocket via Getty Images”. Tomado de: Artnet (2023). *Street Artists Around the World Captured a Turbulent Year in Real Time. Incredible street art works capturing the 2020 zeitgeist from around the globe.* <https://news.artnet.com/art-world/street-art-2020-1933692>

Imagen 2



An urban artist painted a mural under a bridge to honor health workers who have given their lives to curb COVID-19 in Mexico City. Photo by Leonardo Casas/Eyepix Group/Bancroft Studios/Future Publishing via Getty Images.

Nota. “Un artista urbano pintó un mural bajo un puente en honor a los trabajadores de salud que dieron sus vidas para frenar la COVID-19 en México. Foto de Leonardo Casas/Eyepix Group / Bancroft Studios / Future Publishing via Getty Images”. Tomado de: Artnet (2023). *Street Artists Around the World Captured a Turbulent Year in Real Time. Incredible street art works capturing the 2020 zeitgeist from around the globe.* <https://news.artnet.com/art-world/street-art-2020-1933692>

Imagen 3



Street art of a medical worker with wings wearing protective mask to illustrate the Coronavirus (COVID-19) pandemic in Mexico City. Photo by Ricardo Castelan Cruz/Eyepix Group/Barcroft Studios/Future Publishing via Getty Images.

Nota. “Arte urbano que muestra a un trabajador médico con alas, usando una mascarilla de protección, para ilustrar la pandemia por coronavirus (COVID-19) en la Ciudad de México. Foto de Ricardo Castelán Cruz / Eyepix Group/ Barcroft Studios / Future Publishing via Getty Images”. Tomado de: Artnet (2023). *Street Artists Around the World Captured a Turbulent Year in Real Time. Incredible street art works capturing the 2020 zeitgeist from around the globe.* <https://news.artnet.com/art-world/street-art-2020-1933692>

Imagen 4



Street art adorning a public wall depicting and honoring front line corona warriors which includes, health care workers, police personnel, journalists, and sanitary workers on July 11, 2020 on the wall of municipal compactor in New Delhi, India. Photo by Pallava Bagla/Corbis via Getty Images.

Nota. “Arte en la calle, adornando un muro público, ilustrando y honrando a los guerreros en primera línea de atención al coronavirus, los cuales incluyen: trabajadores de la salud, personal policiaco, periodistas y trabajadores sanitarios, el 11 de julio de 2020, en una pared del compactador municipal de Nueva Delhi, India. Foto de Pallava Bagla/Corvis, en Getty Images”. Tomado de: Artnet (2023). *Street Artists Around the World Captured a Turbulent Year in Real Time. Incredible street art works capturing the 2020 zeitgeist from around the globe.* <https://news.artnet.com/art-world/street-art-2020-1933692>

Imagen 5



A Palestinian man walks past street art showing doctors mask-clad due to the COVID-19 coronavirus pandemic in the Nusseirat refugee camp in the central Gaza Strip on November 16, 2020. Photo by Mohammed Abed/AFP via Getty Images.

Nota. “Un hombre palestino camina frente a una pintura en la calle, la cual muestra a doctores cubiertos con mascarillas, debido a la pandemia por COVID-19. Campo de refugiados en la Franja Central de Gaza, el 16 de noviembre de 2020. Foto por Mohamed Abed/AFP, en Getty Images”. Tomado de: Artnet (2023). *Street Artists Around the World Captured a Turbulent Year in Real Time. Incredible street art works capturing the 2020 zeitgeist from around the globe.* <https://news.artnet.com/art-world/street-art-2020-1933692>

Imagen 6



deleon_1983 • Seguir



1691 Me gusta

deleon_1983 Los héroes también lloran
Mural dedicado para todo el personal de salud
mexicano.

Nota. Tomado de la cuenta de Pinterest, deleon_1983,

https://www.pinterest.com/pin/streetartpedia-on-instagram-deleon_1983

Imagen 7



*Nota. Fotografía tomada por Yoseline Deyadira Osorio Pérez, en la “Exposición itinerante IMSS: 80 fotografías, 80 historias” que se llevó a cabo en la Terminal 1 del Aeropuerto Internacional Benito Juárez (del 14 de diciembre de 2023 al 26 de enero de 2024). La ficha de la obra no registró al autor de la pintura; sólo se leía: *El personal de enfermería del IMSS. El personal de enfermería del IMSS, arriesgando en ocasiones su propia salud, permanece al servicio del derechohabiente ante cualquier contingencia. El espíritu de servicio es algo que ha caracterizado a nuestro personal de enfermería, quedando demostrado que ante las grandes adversidades de salud podemos contar siempre con su dedicación y profesionalismo.**

Imagen 8



Glynn, Reino Unido. Otro mural en honor a los integrantes del NHS (Servicio Nacional de Salud, por sus siglas en inglés). Foto Afp / Paul Faith

Nota. Las imágenes 8, 9 y 10 fueron tomadas de: La Jornada (10 de mayo de 2020). El coronavirus inspira el graffiti en el mundo. <https://www.jornada.com.mx/galeria/2020/05/10/mundial/el-coronavirus-inspira-el-graffiti-en-el-mundo>

Imagen 9



En la obra más reciente del artista urbano Banksy, denominada "Game Changer", se observa a un niño de rodillas, que juega con una muñeca superheroína: una enfermera con capa, máscara y un delantal con una cruz roja; mientras en un cesto, cerca del niño, se ven los muñecos de Batman y Spiderman, abandonados. De esta forma, el artista inglés rinde homenaje a los profesionales de la salud. "Gracias por todo lo que hacen. Espero que esto iluminará un poco el lugar, aunque sea en blanco y negro", escribió el artista en una nota dirigida al personal del establecimiento. Foto tomada de www.instagram.com/banksy

Imagen 10



Melbourne. Una transeúnte mira el mural en esta ciudad de Australia sobre un trabajador de la salud con alas sosteniendo un globo en el Día Internacional de las Enfermeras, celebrado en el aniversario del nacimiento de Florence Nightingale. Foto Afp / William West