

UNIVERSIDAD GALILEO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
MAESTRÍA EN MEDICINA FAMILIAR



**CONDUCTAS ADICTIVAS EN LOS TRABAJADORES DEL CENTRO DE
SALUD DE SAN JUAN ALOTENANGO, EN EL DEPARTAMENTO DE
SACATEPÉQUEZ ANTES Y DURANTE LA PANDEMIA COVID 19 DURANTE
EL PERÍODO DE JULIO A DICIEMBRE, 2021**

INVESTIGACIÓN
PRESENTADA A LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
POR
DRA. ANGELA GORETTI LÓPEZ CALLEJAS

GUATEMALA, DICIEMBRE, 2021

ÍNDICE GENERAL

Introducción	Error! Bookmark not defined.
CAPÍTULO I.....	5
MARCO METODOLÓGICO	5
1.1.Justificación de la investigación.....	5
1.2 Planteamiento del problema	6
1.3. Objetivos de la investigación	7
CAPÍTULO II.....	8
MARCO TEÓRICO.....	8
2. 1 Conductas adictivas.....	8
Adicciones	8
Conducta adictiva.....	8
Sistema cerebral de recompensa.....	8
Características de las personas con adicciones.....	9
Factores de riesgo.....	10
Personales, familiares y sociales	10
Efectos de las adicciones.....	11
Cerebrales.....	11
En la salud en general.....	12
Prevención de las adicciones.....	12
Tratamiento	12
2.2. <i>Trabajadores de salud</i>	13
Trabajador de salud	13
2.3. COVID-19.....	16
Tratamiento y complicaciones.....	20
2.4. <i>Organización para la atención integral en salud</i>	21
Establecimientos de salud	23
Centro de Salud (CS).....	24
Centro de Salud de San Juan Alotenango, Sacatepéquez, Guatemala.....	25
CAPÍTULO III.....	27
MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.....	27
3.1 Métodos de investigación.....	27
Tipo de estudio:.....	27
3.1. Técnicas:.....	27
3.2. Instrumentos:.....	27

3.3 Cronograma de actividades	28
3.4 Recursos	28
3.4.1. Recursos humanos.....	28
3.4.2. Recursos materiales.....	28
3.4.3. Recursos financieros.....	29
Q 200.00.....	29
CAPÍTULO IV.....	Error! Bookmark not defined.
PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS	30
4.1. Resultados:	30
4.2. Discusión:.....	35
CAPÍTULO V.	38
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	38
Conclusiones	38
5.1. Recomendaciones:.....	38
CAPÍTULO VI.....	40
Bibliografía.....	40

INTRODUCCIÓN

Según la National Institute on Drug Abuse (2020), las conductas adictivas son el resultado de un conjunto de factores biológicos y sociales que determinan el riesgo de desarrollar adicciones tales como: inestabilidad familiar, falta de supervisión parental, pocas habilidades para resistir la presión de los pares, experimentación, disponibilidad de drogas, pobreza, etc.

Mundialmente es conocido que la pandemia de COVID 19 no solamente ha afectado la salud física sino también otras esferas como la salud mental y emocional, viéndose especialmente afectado el gremio salubrista, quienes se han visto envueltos en contacto directo con el virus, miedo, ansiedad, tristeza, dolor y angustia por la salud de sus pacientes, la propia y la de sus seres queridos.

Este estado de tensión ha generado una serie de actitudes dañinas para la salud del trabajador, pero que muchas veces le brindan un “escape” de la realidad que vive, y han sido el medio de desahogo del estrés que les atormenta; saliendo a relucir el poco o nulo interés por la salud del propio personal de salud, quién, aunque las circunstancias le exigen, no deja de ser humano y de sufrir las consecuencias de la pandemia.

Este trabajo se realizó con el objetivo de caracterizar al personal del Centro de Salud de San Juan Alotenango, determinar sus actitudes adictivas previo y durante la pandemia de COVID 19, por medio de un estudio descriptivo transversal., obteniendo los siguientes resultados relevantes, el personal de salud es mayoritariamente femenino 87.5%, 62.5% del personal se encuentra en edades entre 25 y 39 años, 50% casado. El 58% del personal manifestó al menos un problema de salud derivado de la pandemia de Covid19, y el 30% indicó no sentirse satisfecho con su situación personal y profesional actual, lo que ha derivado en un aumento del consumo de estimulantes en el 33.3% del personal, seguido por el consumo de alcohol 8.3%, y aunque el aumento del consumo de internet se justifica por trabajo y/o estudio, existen casos de actitudes adictivas al juegos de azar y navegación en redes sociales.

CAPÍTULO I.

MARCO METODOLÓGICO

Justificación de la investigación

El personal de salud es aquel grupo de profesionales de diferentes ámbitos y especialidades cuyo objetivo laboral es procurar la salud de las personas. Es irónico que velen por la salud de los demás, pero no por la propia, y que muchas de nuestras autoridades dejen la salud del personal sanitario en un segundo plano; ¿Cómo decirles a los pacientes visite el psicólogo, hágase un chequeo al menos una vez al año, visite un nutricionista y haga ejercicio, medite, etc., si el propio personal no tiene este tipo de atenciones?

A todo el vasto conjunto de responsabilidades, desde marzo del 2020 se ha venido a sumar la pandemia de COVID 19, que, si bien la población en general la ha sufrido, ¿cuánto más la ha sufrido el personal sanitario? Esta interrogante ha dado origen a diversos estudios que tratan de determinar el impacto que ha tenido la pandemia en la salud del personal, lo cual es muy importante, sin embargo, lastimosamente la mayoría de las personas gira sus ojos a visualizar al personal únicamente hospitalario, intensivista, emergenciólogo; ¿qué pasa con el personal comunitario? ¿el personal comunitario no ha tenido ningún contacto con la pandemia de COVID19 y si ha tenido dicho contacto, no le ha afectado en prácticamente nada?

Es sabido que el personal comunitario es tan valioso como el personal hospitalario, que lo que se observa de casos graves de COVID 19 es apenas la punta del iceberg, que debajo de esos casos existe y ha existido una infinidad de personas positivas al virus que por diversas razones no ha optado por atención hospitalaria y que se le ha brindado atención domiciliar por medio del personal de Centros y Puestos de Salud de la red nacional, tanto para el diagnóstico como para el tratamiento y seguimiento hasta la resolución del caso, sea cual sea ésta.

A raíz del estrés propio de la pandemia de COVID 19, el miedo del personal a enfermar o morir, o peor aún, que a consecuencia de la exposición en el trabajo, algún familiar o amigo se enferme, sumado a lo que exige el ámbito laboral: atención a pacientes positivos de manera directa, visita domiciliar y evaluación del paciente y familia, alta carga de trabajo, llenado de papelería, lidiar con personas alteradas o con pobre comunicación asertiva, hasta el hecho de estar atentos al celular a cualquier hora de día o noche para avisos de defunciones por COVID 19, casos en los

que se debe dar acompañamiento inmediato a la sepultura del difunto, entre muchas otras situaciones; se han generado una serie de problemas emocionales, psicológicos y físicos en el personal de salud, los cuales han quedado relegados para su atención por falta de tiempo o personal adecuado para brindar ese seguimiento.

Consecuente a ello se considera importante valorar el trabajo del personal de salud comunitario ante la pandemia de COVID 19, y cómo ésta ha afectado su esfera de salud en el ámbito personal y laboral, con el fin de determinar un perfil del trabajador sanitario, cómo éste ha canalizado el estrés laboral y personal derivado de la pandemia, en especial orientado al consumo de estimulantes o depresivos, o bien con ciertas conductas que generan adicción como lo son los juegos de azar y apuestas, así también identificar qué áreas han sido las mayormente afectadas, para con ello guiar de una forma más eficiente y efectiva las acciones a la recuperación del bienestar del personal de manera integral.

1.2 Planteamiento del problema

1.2.1 Definición del problema: El estrés personal, laboral y colectivo que ha surgido a consecuencia de la pandemia de COVID 19, en especial en el personal de Salud del Centro de Salud de Alotenango, y cómo éste lo ha canalizado, determinando qué cambios en el consumo de sustancias o inversión de tiempo en juegos o conductas adictivas se han generado a raíz de la pandemia.

1.2.2 Especificación del problema: ¿Cuáles son las conductas adictivas en los trabajadores del Centro de Salud de San Juan Alotenango, en el departamento de Sacatepéquez, antes y durante la pandemia de COVID 19 durante el período de julio a diciembre, 2021?

1.2.3 Conductas adictivas en los trabajadores del Centro de Salud de San Juan Alotenango, en el departamento de Sacatepéquez antes y durante la pandemia COVID 19 durante el período de julio a diciembre, 2021

1.2.3.1. Unidad de análisis:

La Unidad de análisis fue el Centro de Salud de Alotenango

1.2.3.2. Sujetos de investigación:

Personal de salud del Centro de Salud de Alotenango

1.2.3.3 Tamaño de la muestra:

40 trabajadores del Centro de Salud de Alotenango

1.2.3.4. Ámbito geográfico:

Centro de Salud de Alotenango, ubicado en el municipio de San Juan Alotenango, en el Departamento de Sacatepéquez

1.2.3.5. Ámbito temporal:

La investigación se realizó durante el período de julio a diciembre, 2021 y los datos se recolectaron y analizaron de octubre-noviembre de 2021

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo general:

Describir las conductas adictivas en los trabajadores del Centro de Salud de San Juan Alotenango, en el departamento de Sacatepéquez, antes y durante la pandemia de COVID 19 durante el período de julio a diciembre, 2021

1.3.2 Objetivos específicos

1.3.2.1.Caracterizar a los trabajadores del Centro de Salud de San Juan Alotenango mediante instrumento de caracterización

1.3.2.2.Identificar las conductas adictivas prepandemia de COVID 19, de los trabajadores del CS de SJA mediante instrumento de registro de conductas

1.3.2.3.Identificar las conductas adictivas de los trabajadores del CS de SJA durante la pandemia de COVID 19, mediante instrumento de registro de conductas

CAPÍTULO II.

MARCO TEÓRICO

2. 1 Conductas adictivas

Adicciones

En el estudio de las adicciones se involucran factores biológicos, psico-lógicos y sociales, contrario a lo que en muchas ocasiones se cree, una adicción es una enfermedad que no únicamente abarca la esfera física de la persona, sino también la psicológica, emocional y social, por lo tanto, su tratamiento también debe ser integral.

En general las personas desarrollan conductas adictivas por diferentes motivos, por ejemplo: sentirse bien, sentirse mejor, mejor desempeño, presión social, por curiosidad. (National Institute on Drug Abuse, 2020)

En las situaciones de consumo de drogas, generalmente la persona opta por el consumo de forma voluntaria y con la idea de que es algo controlable, sin embargo, con la práctica continua se va disminuyendo la capacidad de autocontrol, lo que sucede también en otro tipo de adicciones. La pérdida del autocontrol es el sello distintivo de la adicción

Conducta adictiva

La drogadicción se define como un trastorno crónico y recurrente caracterizado por la búsqueda y el consumo compulsivos de la droga pese a sus consecuencias negativas. Se la considera un trastorno cerebral porque genera cambios funcionales en los circuitos del cerebro que participan en la recompensa, el estrés, la motivación y el autocontrol, lo que conlleva a la realización compulsiva de la actividad y sentirlo como una necesidad física, a lo que el organismo se va adaptando.

Dentro de las características de una adicción o conducta adictiva hay diferentes elementos, un fuerte deseo o sentimiento de compulsión para llevar a cabo la conducta; la capacidad disminuida para controlar la conducta; malestar y estado de ánimo alterado cuando la conducta es impedida, y persistir en la conducta a pesar de saber que tiene consecuencias nocivas.

Sistema cerebral de recompensa

El sistema de recompensa está compuesto por dos estructuras cerebrales fundamentales llamadas, área tegmental ventral ATV y el núcleo accumbens NAc, éstos se relacionan estrechamente con la amígdala cerebral, la corteza cerebral, el hipocampo y el hipotálamo.

Básicamente el sistema cerebral de recompensa está conformado por el sistema límbico, el sistema reptiliano y la neocorteza cerebral, jugando un rol fundamental en el proceso de desarrollo de una adicción y su posterior mantenimiento.

Existen reforzadores naturales de conductas, como la alimentación, la sed, el miedo, un abrazo, el cariño, relaciones sociales, etc., que hacen que estos sistemas neuronales produzcan momentáneamente mayor cantidad de neurotransmisores, en especial dopamina. Gracias a este sistema se forma un patrón de conducta del organismo, éste sabe qué hacer y cómo reaccionar para lograr el objetivo deseado, en este caso principalmente la sensación de placer. Los reforzadores pueden clasificarse en diferentes categorías, sin embargo, las más generales son naturales y artificiales, ambos inciden sobre los mismos sistemas neuronales.

Cuando se habla de los reforzadores naturales nos estamos refiriendo a situaciones como la alimentación, la reproducción, la socialización, etc.

Otras situaciones actúan como reforzadores artificiales, tales como consumo de drogas, conducción a altas velocidades, utilización de pantallas, consumo no controlado de comida, etc., también se liberan estos neurotransmisores sin embargo su acción se altera. En el caso de consumo de sustancias, los neurotransmisores se producen en cantidades fuera de lo normal, son reciclados de forma inadecuada, y la cantidad de receptores para ellos puede alterarse; dichas situaciones llevan a que el organismo perciba la “necesidad” de consumo de la sustancia o la práctica de la conducta cada vez en mayores cantidades lo que conduce a la práctica de la conducta sin control.

Debido a lo anterior la estructura y funcionamiento cerebral va cambiando, y cuando se realizan estudios de imágenes cerebrales a personas adictas, se identifican cambios en ciertas zonas cerebrales que son importantes en la toma de decisiones, el aprendizaje, memoria, el buen juicio y control de impulsos.

Características de las personas con adicciones

No todas las personas tienen la misma probabilidad de desarrollar una adicción, por diversos factores; es decir, no existe un único determinante para desarrollar una adicción, sino que la suma de varios factores de riesgo va acrecentando la probabilidad de desarrollarla.

Los factores influyentes en el desarrollo o no de drogadicción pueden ser biológicos o genéticos, y ambientales. Dentro de los factores biológicos se puede encontrar la genética, sexo y trastornos mentales, mientras que dentro de los factores ambientales se encuentran; un hogar caótico y

abuso, consumo y actitud de los padres, influencia de los compañeros, la actitud de la comunidad y el mal desempeño académico.

A través de varios estudios, se ha podido determinar una serie de factores predisponentes y protectores para el desarrollo de adicciones. Así como existen factores de riesgo para desarrollar una adicción, también existen los factores protectores que ayudan a disminuir la probabilidad de desarrollarla.

En el caso de las adicciones a drogas, el NIH ha consensuado la tabla que a continuación se presenta

Tabla1. Factores de riesgo y protección para el consumo y el uso indebido de drogas y la drogadicción

Factores de riesgo	Factores de protección
Comportamiento agresivo en la niñez	Autoeficacia (autoconfianza en la capacidad de autocontrol)
Falta de supervisión parental	Apoyo y vigilancia parental
Pocas habilidades para resistir la presión de los pares	Relaciones positivas
Experimentación con las drogas	Buenas calificaciones en la escuela
Disponibilidad de drogas en la escuela	Políticas antidrogas de la escuela
Pobreza en la comunidad	Recursos comunitarios

Fuente: National Institute on Drug Abuse. (junio de 2020).

Factores de riesgo

Personales, familiares y sociales

Según la National Institute on Drug Abuse (2020), existen factores personales que no se pueden modificar, y que por lo tanto son indiscutiblemente influyentes en la severidad de la situación de adicción, dichos factores biológicos incluyen la genética; que puede llegar a influir hasta en un 60% en el desarrollo de una adicción, la edad; puesto que entre más joven se inicia la conducta adictiva peores son los resultados debido a la inmadurez física, cerebral y emocional, o etapa de desarrollo en que se encuentra la persona, así como el sexo y la raza a la que pertenece.

Otro grupo de factores, llamados sociales o ambientales, también son fuertemente influyentes en la situación, en su conjunto podemos mencionar:

- Ambiente familiar: es especialmente importante durante la niñez, el tener familia, especialmente nuclear, que consume drogas o tiene conductas adictivas aumenta considerablemente el riesgo de que un niño desarrolle problemas adictivos.

La familia es el primer agente de socialización y formación de los hijos, en ella se aprenden roles, se generan dinámicas y se dan vínculos importantes para el desarrollo integral de cada miembro, ya sea para fortalecer o debilitar conductas que pueden ser perjudiciales o adictivas en los jóvenes.

El internet y otros medios de comunicación, fruto de las actuales tecnologías, han abierto a niños y adolescentes las puertas del mundo adulto y global, del planeta reservado, protegido del “sueño” de los pequeños; algunos también –han “sido entrados”– en un universo incontrolable como es el narcotráfico, la prostitución y la delincuencia, con tal de “ser alguien”, “pertenecer” a algo, “tener más”, propósito que en definitiva se va de sus manos y nunca logra lo que se pretendía.

- Escuela: la influencia de los pares es indiscutiblemente importante durante la etapa de la adolescencia, aún más si el adolescente tiene problemas académicos o dificultades sociales e incluso se ha verificado influencia determinante en el consumo de drogas, de pares hacia adolescentes sin factores de riesgo.

Efectos de las adicciones

Cerebrales

El cerebro que es expuesto a drogas se ajusta a ellas y tiene una menor producción de neurotransmisores en el sistema recompensa (National Institute on Drug Abuse, 2020), por ejemplo, en el caso de consumo de cocaína, los receptores de dopamina están drásticamente reducidos, lo que provoca que la persona cada vez necesite más y más estímulo para lograr las reacciones deseadas. En general el cerebro expuesto a drogas u otro tipo de acciones adictivas es menos capaz de experimentar placer con circunstancias naturales en cantidades “normales”, necesitan cada vez más y más “dosis” para lograr esa sensación de placer, esto a su vez sirve como un refuerzo del comportamiento. Finalmente, la persona es casi incapaz de sentirse motivada, alegre, animada, aún con el consumo de drogas o realización de acciones adictivas, se vuelve “tolerante”.

En la salud en general

En el caso de las personas adictas a drogas, sumado a los problemas cerebrales ocasionados por las mismas, existen otro tipo de problemas físicos como daño renal, pulmonar, enfermedades cardíacas, neoplasias, enfermedades dentales, infecciones de transmisión sexual, inmunosupresión, problemas mentales y emocionales; en el caso de embarazadas, trastornos fetales; puede afectar también la esfera social provocando accidentes, toma de decisiones no adecuadas, en el peor de los casos, la muerte.

Prevención de las adicciones

A nivel mundial existen diversos programas encaminados a la prevención de las adicciones, en especial la drogadicción, dichos programas han sido desarrollados en base a resultados de una serie de estudios científicos realizados, con el objetivo de reducir lo más posible el consumo de drogas y el desarrollo de adicciones.

Los programas de prevención han aportado positivamente a la protección, reducción e incluso eliminación del riesgo de consumo de drogas según las edades para las cuales están dirigidos, según el National Institute on Drug Abuse, los 3 programas más reconocidos son:

- Programas universales: enfocados en los factores de riesgo y de protección comunes en una población.
- Programas selectivos: dirigidos a grupos de niños y adolescentes expuestos a ciertos factores que aumentan el riesgo de consumo de drogas.
- Programas indicados: hechos especialmente para jóvenes que ya han iniciado el consumo de drogas.

Tratamiento

El tratamiento de una adicción no constituye una cura en sí, sino un proceso de recuperación, manejar la adicción de forma satisfactoria. Durante el proceso se puede dar algún episodio de recaída, y similar al tratamiento de otras enfermedades crónicas, cuando eso sucede es pertinente consultar al especialista para modificar el tratamiento si fuera pertinente.

El tratamiento depende de la situación en particular, pero generalmente conlleva la participación médica con terapia farmacológica, terapia conductual y acompañamiento psicológico, en conjunto con un buen entorno familiar y/o social.

2.2.Trabajadores de salud

Trabajador de salud

Se entiende por recurso humano o trabajador de salud aquel personal operativo, clasificado como profesional, técnico, auxiliares, administrativos y otros que desempeñan labores relacionadas a la atención en salud en beneficio de los pacientes.

Según la OMS, en el 2006, la misión de los recursos humanos en salud es aumentar la eficiencia, calidad y equidad de los servicios de salud por medio de una fuerza de trabajo bien formada, bien distribuida y retribuida que tenga la capacidad de satisfacer las necesidades de salud de toda la población y que esté comprometida con la entrega de los mejores servicios sanitarios. Para entrar en materia del personal de salud, es importante conocer el contexto general de Guatemala.

Guatemala es un país situado en Centro América, multicultural y multilingüe, considerado en vías de desarrollo, con un alto porcentaje de población joven y económicamente activa, con más del 50% de la población; según datos proyectados en el año 2012 muestran una alta movilización de la población del área rural hacia las áreas urbanas por diversos motivos, el mayor sin lugar a duda es la búsqueda de mejores oportunidades de trabajo.

En cuanto a la situación epidemiológica, las mayores causas de morbimortalidad siguen siendo infecciones respiratorias y gastrointestinales, las cuales se solventarían al mejorar situaciones como la higiene, el hacinamiento, calidad del agua, manejo de drenajes y opción a servicios básicos, un agregado más sería la educación, ya que el país aún maneja una tasa bastante alta de analfabetismo, lo que provoca un círculo vicioso de deterioradas situaciones de salud.

Es importante mencionar también que la salud materno-infantil es una prioridad del sistema de salud, sin embargo, continúa con deficiencias bastante notables, dentro de los datos relevantes tenemos que la mayoría de los partos ocurren en el domicilio y son atendidos por comadronas o algún familiar; la tasa de fecundidad es alta, y únicamente el 36.5% de los partos rurales ha sido atendido médico. Dentro de las explicaciones a esto se encuentra el hecho de la dificultad del acceso a los servicios de salud, en especial en el área rural, bien sea por disponibilidad o falta de contextualización de los servicios a cada grupo cultural.

Así como todos estos problemas de salud, hay muchos otros, todos los cuales están a cargo del poco personal de salud que presta servicios en el país, el cual es bien sabido que es escaso y se encuentra mal distribuido, según datos de la *Caracterización del recurso médico* del año 2008 (el último encontrado), la razón de densidad de los recursos humanos en salud es para Guatemala de

12.5 por 10,000 habitantes. Según datos del Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala, para el año 2013 se encontraban colegiados activos 11, 625 profesionales, lo que reducía la razón a 11.64 médicos por cada 10,000 habitantes, sumado a esta situación tenemos que la distribución de personal por departamento no es equitativa. Para dicha fecha, se encontraba una distribución de 30 médicos por cada 10,000 habitantes en la capital, mientras que en el interior del país asciende a menos de 1 médico por cada 10,000 habitantes; mientras que la meta mundial es de al menos 25 médicos por cada 10,000 habitantes.

Dentro del personal de salud contamos con las siguientes profesiones que de una u otra forma desde su desempeño, colaboran a mejorar la salud del país:

Médico

Según la Real Academia de la Lengua Española (2020), se refiere así a la persona legalmente autorizada para profesar y ejercer la medicina mediante el diagnóstico y tratamiento de la patología, pueden ser generales o especialistas según sus estudios de especialización. En el sistema de salud guatemalteco existen diversas categorías, sin embargo, en los Centros y Puestos de salud generalmente se cuenta con un médico general o bien familiar destinado a dar consulta externa general, a un nivel más superior se cuenta con al menos un médico Coordinador de distrito de salud, por lo general con preparación en Salud Pública.

Enfermeros/as

Según el Consejo Internacional de Enfermeras (2021), un enfermero/a es aquella persona autorizada para ejercer la enfermería, se dedica especialmente al cuidado del paciente tanto en sus necesidades personales como de salud, en algún hospital o centro de salud como a domicilio. También se encargan de fomentar la salud, la gestión de situaciones de salud y educación en salud. En el sistema de salud pública guatemalteco se cuenta con enfermeros y enfermeras con grado de licenciatura, técnicos y auxiliares de enfermería, teniendo cada uno diferentes atribuciones, generalmente son los auxiliares de enfermería quienes brindan la atención directa a los pacientes y a la comunidad, estando los enfermeros técnicos y con grado de licenciatura a cargo de actividades administrativas de los diferentes programas que se atienden en la red de salud.

Laboratoristas

Según la Real Academia de la Lengua Española (2020), es la persona que se encarga de realizar los análisis clínicos en un laboratorio, no todos los servicios de salud cuentan con un laboratorio

y por ende con laboratorista. Cuando se encuentra disponible en el primer nivel de atención, se encarga de realizar pruebas de VIH, VDRL, Hepatitis B, hematocrito y hemoglobina, heces, orina, baciloscopias y pruebas de embarazo y otras pruebas según existencia en el servicio. Al menos en el primer nivel de atención no se encarga de las pruebas diagnósticas de COVID 19.

Técnicos en salud e Inspectores de saneamiento ambiental

Son profesionales que están capacitados para trabajar en el ámbito de la salud por medio de acciones de promoción de la salud especialmente en el primer nivel de atención, algunas de sus funciones abarcan la elaboración de planes de acción en pro de la salud de la comunidad, monitoreo de actividades como estado de salubridad del agua, de los comercios, del transporte, del ambiente, de algunos animales, entre otros (Dirección de Área de Salud de Alta Verapaz 2019). En relación con la pandemia de COVID 19, se han involucrado en diversos ámbitos, entre los que están búsqueda de casos confirmados, apoyo en la realización de pruebas diagnósticas, desinfección de área de realización de pruebas, y vigilancia del cumplimiento de normas de salud en comercios y velatorios, así como acompañamiento de sepelios de pacientes víctimas de COVID 19.

Nutricionista

Es un profesional especialista en nutrición, que ayuda a las personas a construir hábitos de alimentación saludables para mejorar la salud y prevenir enfermedades, también observan los efectos del ambiente en la calidad y seguridad de los alimentos, y en cómo afectan la salud. (Instituto Nacional del Cáncer de Estados Unidos 2021). En el marco de la pandemia de COVID 19 se han involucrado en la atención de call center para seguimiento de salud de pacientes positivos, así como jornadas de vacunación contra el virus.

Gestores

Es un trabajador de salud que no necesariamente tiene una formación académica en un área de salud, pero que desempeña el rol de búsqueda, detección y seguimiento de casos de COVID 19 de parte del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala, el puesto laboral surgió a finales del año 2020 a raíz de la pandemia de COVID 19 y la alta carga de trabajo que se venía desempeñando por servidores de salud.

Trabajador social

Según la Federación Internacional de Trabajadores Sociales (2021). Es un profesional que desempeña la labor de promover el cambio y desarrollo social, la cohesión social y el

fortalecimiento y libertad de las personas; durante la pandemia de COVID 19 han fungido también diversos roles como atención de call center para seguimiento de pacientes positivos, jornadas de vacunación y gestiones interinstitucionales en pro del mejoramiento de los pacientes positivos y sus familias.

Psicólogo

Según la definición que da el Instituto Terapéutico de Madrid, un Psicólogo es aquel profesional experto en la conducta humana, el cambio del comportamiento, que enseña recursos psicológicos a las personas para solucionar los problemas de la vida cotidiana, para así facilitar su adaptación al contexto en el que viven y sentirse bien a corto, medio y largo plazo. Durante la pandemia de COVID 19 han fungido como tal, brindando apoyo emocional y psicológico a los pacientes positivos dando prioridad a aquellos que más urgencia presentan debido al alto número de pacientes positivos, así como que algunas ocasiones a algún trabajador de salud que en su momento presente alguna situación especial en gravedad y urgencia.

Digitadores y estadígrafos

Parte administrativa del personal de salud, encargados de la transcripción a digital de todos los datos que surgen diariamente derivados del ejercicio laboral de la diferentes disciplinas, así como de brindar datos estadísticos cuando así se soliciten, durante la pandemia la carga de trabajo de todo el personal de salud ha aumentado y por ende los datos a ingresar al sistema nacional, brindando apoyo también al registro de personas pre y post vacunación contra COVID 19, y todos los datos que surgen derivado de la pandemia.

Es de hacer notar que, si bien todo el personal de salud ha estado especialmente anuente al apoyo al combate contra la pandemia de COVID 19, el personal ha seguido llevando a cabo sus funciones primariamente asignadas, lo cual ha provocado una gran carga laboral a todos y cada uno de los trabajadores.

2.3. COVID-19

Según datos de la Organización Mundial de la Salud en febrero de 2020, el síndrome respiratorio agudo severo coronavirus 2 (SARS-CoV-2), el séptimo coronavirus humano, fue descubierto en Wuhan, provincia de Hubei, China, durante la reciente epidemia de neumonía en enero de 2020. Desde entonces, el virus se ha extendido por todo el mundo y, al 20 de mayo de 2020,

había infectado a 4.806.299 personas y ha causado 318.599 muertes. El SARS-CoV-2 causa neumonía grave con una tasa de letalidad del 2,9%. Los otros cuatro coronavirus humanos, OC43, NL63, HKU1 y 229E, generalmente causan enfermedad autolimitada con síntomas leves.

Origen del SARS-CoV-2

Desde el descubrimiento del nuevo coronavirus, SARS-CoV-2, los científicos han debatido su origen. Se ha especulado que el SARS-CoV-2 es producto de manipulaciones de laboratorio. Sin embargo, los datos genéticos no apoyan esta hipótesis y muestran que el SARS-CoV-2 no se derivó de una columna vertebral de virus previamente conocida.

El análisis de genomas y la comparación con genomas de coronavirus previamente conocidos indican que el SARS-CoV-2 presenta características únicas que lo distinguen de otros coronavirus: afinidad óptima por el receptor de la enzima convertidora de angiotensina 2 (ACE2) y un sitio de escisión polibásico en la unión de picos S1 / S2 que determina la infectividad y el rango de hospedadores. (Wu F, Zhao S, Yu B y col. 2020)

Las estimaciones del antepasado común más reciente del SARS-CoV-2 fechan la epidemia entre finales de noviembre de 2019 y principios de diciembre de 2019, lo que es compatible con los primeros casos notificados, se considera que hubo una transmisión humana inadvertida después del evento zoonótico y antes de la adquisición del sitio de escisión de la furina polibásico.

Manifestaciones clínicas

Según Wang D, Hu B, Hu C y col. (2019) y Chen N, Zhou M, Dong X y col. (2020), los pacientes con infección por SARS-CoV-2 pueden presentar síntomas que van de leves a graves y una gran parte de la población son portadores asintomáticos. Los síntomas notificados más comunes incluyen fiebre (83%), tos (82%) y dificultad para respirar (31%). En pacientes con neumonía, la radiografía de tórax suele mostrar moteado múltiple y opacidad en vidrio deslustrado.

Los síntomas gastrointestinales como vómitos, diarrea y dolor abdominal se describen en el 2-10% de los pacientes con COVID-19, y en el 10% de los pacientes, la diarrea y las náuseas preceden al desarrollo de fiebre y síntomas respiratorios.

Los pacientes con COVID-19 suelen mostrar una disminución de los recuentos de linfocitos y eosinófilos, valores medios de hemoglobina más bajos, así como aumentos en los recuentos de leucocitos, neutrófilos y niveles séricos de PCR, LDH, AST y ALT. Además, se ha informado que los niveles séricos iniciales de PCR son un predictor independiente del desarrollo de una infección grave por COVID-19.

Aunque el principal objetivo de la infección por coronavirus es el pulmón, la amplia distribución de los receptores ACE2 en los órganos puede provocar daños cardiovasculares, gastrointestinales, renales, hepáticos, del sistema nervioso central y oculares que deben vigilarse de cerca.

Los pacientes que presentan un síndrome de dificultad respiratoria aguda pueden empeorar rápidamente y morir por insuficiencia orgánica múltiple inducida por la llamada "tormenta de citocinas".

El curso de la enfermedad por COVID-19 en los niños es generalmente asintomático o leve en comparación con el observado en los adultos, por razones que aún no se saben con claridad. No obstante, se han notificado casos graves y mortales en niños. Según Lippi G, Plebani M. (2020) los datos de laboratorio clínico en niños son bastante diferentes de los de adultos, como se informó en un metaanálisis reciente que mostró una alteración inconsistente del índice de leucocitos; sin embargo, también se encontraron elevaciones en los niveles de PCR, procalcitonina y LDH en niños con enfermedad grave. Curiosamente, la creatina quinasa-MB estaba elevada en un tercio de los pacientes y esto planteó la sospecha de afectación cardíaca en pacientes pediátricos con COVID-19, como se informó recientemente.

Transmisión del SARS-COV-2

Al igual que con otros virus respiratorios, la transmisión del SARS-CoV-2 se produce con alta eficacia e infectividad principalmente a través de la vía respiratoria. La transmisión por gotitas de saliva es la principal ruta reconocida, aunque los aerosoles pueden representar otra ruta importante. [Declaración sobre la reunión del Comité de Emergencia del Reglamento Sanitario Internacional (2005).

Al igual que el SARS-CoV, la vía oral-fecal puede ser otra vía de transmisión del virus. (Han, Lin Q, Ni Z y col. 2019). Por lo tanto, las aguas residuales pueden tener un papel en la

transmisión del SARS-CoV-2. A la luz de esto, debe considerarse el tratamiento técnico, como los biosorbentes capaces de retener e inactivar el virus. Así también, se ha detectado SARS-CoV-2 en la saliva de personas infectadas (Para KK, Tsang OT, Chik-Yan Yip C, et al 2019); esto se puede atribuir a la presencia de receptores ACE2 en las células epiteliales que recubren los conductos de las glándulas salivales (Chen H, Guo J, Wang C y col. 2020), la infectividad de la orina, aún no se han establecido. (Colavita F, Lapa D, Carletti F y col. 2020)

El ARN del SARS-CoV-2 también se ha detectado en superficies inanimadas, como las manijas de las puertas y la superficie de los teléfonos móviles, en sitios residenciales de pacientes con COVID-19 confirmado. Por tanto, las personas que han entrado en contacto con superficies infectadas podrían infectarse si se tocan los ojos, la boca o la nariz. (Holshue ML, DeBolt C, Lindquist S y col. 2020)

Se debate la transmisión vertical del SARS-CoV-2; una serie de nueve mujeres embarazadas con COVID-19 confirmado no mostró transmisión de madre a hijo. Además, el SARS-CoV-2 no se detectó en la leche materna, lo que indica que el virus no se puede transmitir con la lactancia. (Chen H, Guo J, Wang C y col. 2020)

Período de incubación del SARS-CoV-2

Según Lauer SA, Grantz KH, Bi Q y col. (2020) la determinación del período de incubación de la infección por SARS-CoV-2 es crucial para determinar la duración de la cuarentena, para evaluar la eficacia de la detección de entrada y el rastreo de contactos. Con base en una distribución de Weibull, se calculó que el período medio de incubación es de 6,4 días (intervalo de confianza (IC) del 95%: 5,6 a 7,7), con un rango de 2,1 a 11,1 días⁴⁰. En un estudio de Lauer et al.⁴¹ se calculó que la mediana del período de incubación fue de 5,1 días (IC del 95%, 4,5 a 5,8 días) y que el 97,5% de las personas infectadas desarrollarían síntomas dentro de los 11,5 días (IC, 8,2 a 15,6 días) de la infección. Por tanto, el período de 14 días de seguimiento activo recomendado por las autoridades sanitarias está justificado por la evidencia (Martín, A. V. (2014) (Alpízar Jiménez, L. (2016). En casos particulares, puede ser necesario un seguimiento más prolongado. Se estimó que 101 de cada 10.000 casos (percentil 99, 482) pueden desarrollar síntomas después de 14 días de vigilancia activa o cuarentena. (National Institute on Drug Abuse 2020)

Tratamiento y complicaciones

El tratamiento de COVID-19 es según la clasificación de sintomatología siendo estos los siguientes recomendados por la OMS (2020)

1. *LEVE SIN FACTORES DE RIESGO*: Aislamiento domiciliario con seguimiento telefónico a las 24 horas. Sería recomendable la medición de la temperatura corporal en domicilio.
2. *LEVE CON FACTORES DE RIESGO*: Aislamiento domiciliario con seguimiento telefónico a las 24 horas y revisión en consulta para volver a realizar una exploración física en 48 h. Sería recomendable la medición de la temperatura corporal en domicilio.
3. *MODERADO Y GRAVE*: *Traslado a hospital.*

No existe un tratamiento específico para esta enfermedad hasta la fecha y por lo tanto es fundamental asegurar un tratamiento de soporte precoz. Sin embargo, la OMS (2020) ha publicado una guía de recomendaciones de tratamiento fundamentada en la evidencia tras el tratamiento del SARS, MERS-CoV o gripe grave, que incluye las siguientes medidas:

1. Iniciar precozmente del tratamiento de soporte a los pacientes con síndrome de distrés respiratorio del adulto (SDRA), dificultad respiratoria, hipoxemia o shock.
2. Administrar antimicrobianos empíricos para tratar los posibles agentes etiológicos del SDRA: iniciar dentro de la primera hora de tratamiento especialmente para pacientes con síntomas de sepsis, aunque se sospeche infección por 2019-nCoV. El desescalado o suspensión se realizará en base a los resultados microbiológicos y el curso clínico.
3. Administrar un inhibidor de la neuraminidasa sólo cuando haya circulación local del virus de la gripe u otros factores de riesgo para gripe, como el antecedente de viajes o exposición a virus de la gripe no estacional. El coronavirus no produce neuraminidasa, por tanto, los inhibidores de neuraminidasa no son efectivos para 2019-nCoV.
4. No administrar corticoesteroides sistémicos de forma rutinaria para el tratamiento del SDRA o de la neumonía viral fuera de los ensayos clínicos, a menos que sean indicado por otra razón. Una revisión sistemática de estudios observacionales que utilizaron corticoesteroides en pacientes con SARS no encontró beneficios significativos en la supervivencia, mientras que su uso sí se asoció a efectos adversos como la necrosis avascular, psicosis y diabetes. El uso de corticoides también

se ha relacionado con la mayor incidencia de infección y el retraso en la eliminación del virus de las vías respiratorias inferiores.

5. El tratamiento debe ser adaptado a las condiciones de cada persona y sus comorbilidades.

2.4. Organización para la atención integral en salud

Según el Ministerio de Salud Pública de Guatemala en 2018, determina el Modelo de Atención y Gestión de las Áreas de Salud de la siguiente manera.

Ministerio de Salud de Publica y Asistencia Social de Guatemala.

El Modelo de Atención y Gestión para áreas y distritos de salud, del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) contiene las directrices para fortalecer y desarrollar los procesos estratégicos, sustantivos y de apoyo con enfoque de red integrada de servicios de salud.

El modelo se basa en la gestión por procesos para la atención integral, integrada y continua, la medición y análisis de mejora continua; estructura funcional interrelacionada, para garantizar la gestión eficiente, eficaz, oportuna y sistémica para el funcionamiento óptimo de los servicios de salud, en promoción, prevención, curación, recuperación y cuidados paliativos en la red de establecimientos, haciendo operativos los principios de la Atención Primaria en Salud dirigidos al individuo, familia y comunidad.

En el modelo se definen tres ámbitos operativos de trabajo que son el individual, familiar y comunitario. Para la implementación del modelo las áreas y distritos municipales de salud deben trabajar y gestionar los procesos prioritarios y necesarios.

La integralidad en la atención individual, familiar y comunitaria contempla el abordaje biopsicosocial del individuo como demandante y receptor de la atención, pero también como un actor social y sujeto que toma decisiones respecto a su salud de manera consciente y sistemática. Propone la intersectorialidad para el abordaje de los determinantes sociales y la participación comunitaria como un medio para el mejoramiento de las condiciones de vida de la población; por ende, el modelo responde a las necesidades locales, tomando en consideración: el perfil epidemiológico, las especificidades y necesidades de los grupos poblacionales según etapas del curso de vida, pertinencia cultural y de género.

Organización para la atención integral en salud

Área de salud

Constituye el nivel gerencial que dirige, coordina y articula la red de servicios de salud de los Distritos Municipales de Salud (DMS) en el territorio bajo su jurisdicción.

Para fines organizativos y de implementación comprenden el conjunto de establecimientos y servicios de salud de diferente capacidad de resolución.

Dirección de área de salud

Es la unidad técnico-administrativa de las áreas de salud que en conjunto con los DMS planifica, programa, organiza, dirige, coordina, supervisa, monitorea y evalúa las acciones de salud de su territorio de influencia.

Está subordinada jerárquicamente a la Dirección General del Sistema Integral de Atención en Salud y es responsable de la gerencia de los Distritos Municipales de Salud que integran el Área de Salud respectiva.

El rol del director del área de salud y sus equipos técnicos son fundamentales para planificar, organizar, programar, ejecutar, supervisar y evaluar la implementación del modelo de atención, en sus ámbitos operativos individual, familiar y comunitario.

Distrito municipal de salud

El Distrito Municipal de Salud constituye el nivel gerencial que coordina y articula la red de servicios de salud bajo su jurisdicción. Es responsable de desarrollar el proceso de planificación, programación, y organización local de los servicios de salud para la atención de las personas, familias y comunidades.

El coordinador de distrito y su equipo son los responsables de optimizar los recursos físicos, materiales, humanos y tecnológicos. La organización consiste en crear condiciones necesarias en la estructura del distrito, para el cumplimiento de las metas y objetivos. Es importante gestionar recursos e insumos necesarios, así como establecer mecanismos de coordinación intersectorial e interinstitucional y de participación social.

Niveles de atención

Los niveles de atención en salud son el conjunto de recursos físicos, materiales, humanos y tecnológicos que son organizados de acuerdo con criterios poblacionales, territoriales, de capacidad de resolución y de riesgo para la salud de grupos específicos. En el primero y segundo

niveles de atención se desarrollan acciones intra y extramuros dirigidas a los individuos, familias y comunidad.

La red de establecimientos debe ser organizada de manera más eficiente con servicios de salud articulados en diferentes niveles de atención, de acuerdo con las necesidades de salud detectadas en la población.

Figura 1. Integración funcional de la red de servicios de salud



Establecimientos de salud

Desarrollan con relación a la población y el ambiente un conjunto de servicios articulados y complementarios de promoción, prevención, curación, rehabilitación y cuidados paliativos, vigilancia epidemiológica y recuperación de la salud con pertinencia cultural y enfoque de género para abordar los problemas de salud y determinantes sociales de la salud, de acuerdo con las normas de atención integral.

De acuerdo con las necesidades locales existentes y factibilidad, los servicios pueden ser categorizados y/o recategorizados a nivel de complejidad que le corresponde.

Los servicios de salud deben organizarse en función de las necesidades de la población, con la finalidad de asegurar el acceso a servicios de salud en forma oportuna con eficiencia y eficacia.

Centro Comunitario de Salud (CCS):

Es el establecimiento de menor complejidad de la red de servicios con intervenciones orientadas prioritariamente a la promoción, prevención, recuperación y vigilancia epidemiológica de la salud y el ambiente. Está destinado a abarcar un sector determinado con una población de más o menos 2,500 habitantes. Las actividades se desarrollan con dos auxiliares de enfermería, quienes deberán rotar mensualmente en acciones intra y extramuros.

Puesto de Salud (PS):

Ubicado en aldeas, cantones, caseríos y barrios de los municipios, sirve de enlace entre la red institucional y el nivel comunitario. Desarrolla acciones intra y extramuros. Cubre una población de más o menos 5,000 mil habitantes.

Centro de Salud (CS)

Es responsable de monitorear el cumplimiento de la regulación, vigilancia, control sanitario y aplicación de regímenes sancionatorios en el territorio bajo su responsabilidad. Atiende emergencias y urgencias, estabiliza y refiere según corresponda a nivel inmediato superior, realiza consulta e interconsultas dentro del marco de funcionalidad de la red de servicios de salud. Se organiza por sectores y territorios.

Centro de Atención Permanente (CAP):

Realiza acciones intramuros durante las 24 horas del día los siete días de la semana, con resolución de parto no complicado, referencia

Está ubicado en centros urbanos de alta concentración poblacional, o comunidades rurales de difícil acceso. Atiende emergencias y urgencias, estabiliza y refiere según corresponda a nivel inmediato superior, atiende y realiza consulta e interconsultas dentro del marco de funcionalidad de la red de servicios de salud. Se organiza por sectores y territorios. Es responsable de monitorear el cumplimiento de la regulación, vigilancia, control sanitario y aplicación de regímenes sancionatorios en el territorio bajo su responsabilidad.

Centro de Atención Integral Materno Infantil (CAIMI):

Son instituciones de salud con atención especializada, ubicados geográfica y estratégicamente en cabeceras municipales, de acuerdo con características poblacionales, epidemiológicas relevantes que inciden en la salud materno neonatal. Por su accesibilidad y capacidad resolutive son considerados establecimientos de referencia.

Realiza acciones intramuros durante las 24 horas los siete días de la semana, con resolución de parto complicado. Realiza referencia de urgencias, consulta e interconsultas dentro del marco de funcionalidad de la red de servicios de salud. Es responsable de monitorear el cumplimiento de la regulación, vigilancia, control sanitario y aplicación de regímenes sancionatorios en el territorio bajo su responsabilidad.

Centro de Atención con Especialidades en Salud (CAES):

Son establecimientos públicos de salud que, además de las acciones que desarrolla un centro de salud, adicionan servicios que le permiten una atención ampliada en las especialidades, subespecialidades de acuerdo con características demográficas, perfil epidemiológico y su categorización como parte de la RISS. Algunos de ellos dispondrán de atención ambulatoria, por citas programadas como apoyo a la continuidad de la atención de los servicios.

Hospitales:

Desarrollan con relación a la población y el ambiente, servicios de salud de mediana y alta complejidad dirigidos a la solución de los problemas de las personas que son referidas por establecimientos de los niveles de atención I y II, según normas de referencia y contra referencia.

Centro de Salud de San Juan Alotenango, Sacatepéquez, Guatemala

Para fines del presente estudio, nos centraremos en un Centro de Salud del Área de Sacatepéquez, específicamente en el Municipio de San Juan Alotenango. Dicho municipio cuenta con una extensión territorial aproximada es de 95 km². Colinda al norte con San Miguel Dueñas y Ciudad Vieja (Sacatepéquez); al este con Palín y Escuintla (Escuintla); al sur con Escuintla; al oeste con Yepocapa y Chimaltenango (Chimaltenango) y Escuintla. Galindo Coronado (2006)

Actualmente el municipio de San Juan Alotenango está reconocido como el distrito número 3 del Departamento de Sacatepéquez, el servicio de salud tiene la categoría de un centro de salud tipo “B”, dentro de la distribución microrregional del área de salud, dicho municipio tiene a su cargo y es centro de referencia de los municipios de Ciudad Vieja (puesto de Salud), San Antonio Aguas Calientes(puesto de Salud), Santa Catarina Barahona(puesto de Salud), y San Miguel Dueñas(puesto de salud). Galindo Coronado (2006)

CAPÍTULO III

MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

3.1 Métodos de investigación

Tipo de estudio:

El tipo de estudio es cuantitativo- descriptivo- transversal. Dada la naturaleza de la información que se recolectó, el estudio tuvo un carácter cuantitativo- descriptivo, puesto que no se indagó profundamente en los componentes individuales de cada una de las actitudes adictivas que presentaron los sujetos de estudio, únicamente se pretendió conocer qué porcentaje de la muestra realiza tales y cuáles actitudes para contar una con una base para la realización de futuros estudios y/o intervenciones profesionales para mejorar la situación en cuestión; dichos resultados se obtuvieron por medio de un cuestionario digital anónimo, de preguntas cerradas, que fue enviado por medio de chat de Whats App a los trabajadores del Centro de Salud, fue contestado de manera individual y anónima, dicho instrumento fue elaborado tomando en cuenta la literatura existente al momento acerca de las actitudes adictivas en las personas, así como los aportes de expertos profesionales en Psicología y Coordinación de personal.

3.1. *Técnicas:*

Se realizó un cuestionario de preguntas cerradas para dar respuesta a cada uno de los objetivos del estudio, teniendo cada objetivo una serie de ítems en el instrumento de recolección de datos.

3.2. *Instrumentos:*

Se elaboró un cuestionario de preguntas cerradas basado en los tests ya certificados internacionalmente: Índice Europeo de Gravedad de la adicción (EuropAsi) sexta Edición, Evaluación y Prevención de la Adicción a Internet, Móvil y Videojuegos (ADITEC) del año 2016, y DSM-5 del año 2014, de los cuales se extrajeron algunos ítems y otros fueron contextualizados al área de investigación. Dicho cuestionario encierra todos los ítems para dar respuesta a cada uno de los objetivos planteados.

3.3 Cronograma de actividades

Actividades	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
Diseño de investigación	X	X				
Revisión bibliográfica			X			
Diseño de instrumentos				X	X	
Validación de instrumentos					X	
Levantamiento de información					X	
Ingreso y procesamiento de datos					X	
Entrega de investigación						X

3.4 Recursos

3.4.1. Recursos humanos

3.2.1.1. Investigador: Dra. Angela Goretti López Callejas

3.2.1.2. Asesor: Dr. Jorge Bolívar Díaz Carranza

3.2.1.3. Sujetos de la investigación: trabajadores del Centro de Salud de San Juan Alotenango

3.4.2. Recursos materiales

3.2.2.1. Transporte: automóvil

3.2.2.2. Equipo de oficina: Laptop, teléfono celular

3.2.2.4. Internet

3.2.2.5. Alimentación

3.2.2.6. Combustible

3.4.3. Recursos financieros

Recurso	Quetzales
Transporte	Q 200.00
Laptop	Q 7000.00
Internet	Q 250.00
Alimentación	Q 30.00
TOTAL	Q 7480.00

CAPÍTULO IV

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

4.1. Resultados:

De todo el personal del Centro de Salud de San Juan Alotenango (n=42), únicamente el 57.14% (n=24) accedió a participar en el estudio; respuesta derivada de múltiples factores, sin embargo, el más influyente fue el tipo de datos que se solicitaban, es bien sabido que este tipo de información trata un tema delicado para muchas personas, desde diferentes ámbitos de su vida.

El 50% (n=12) del personal de salud se encuentra casado, encontrándose el mayor porcentaje (62.5%) del personal en una edad joven entre 25 y 39 años, manifestando el 75% de los encuestados que son la base de la subsistencia de su familia sin mayor diferencia entre si están casados o solteros

Tabla No. 1 Personal fuente de sostén familiar según edad y estado civil

Estado civil por género	Rangos de edad							Σ	Sostén familiar
	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	≥ 50		
	a	a	a	a	a	a	a		
Casada			1	5	2	2		10	7
Soltera	2	5	2	1	1			11	9
Casado		1					1	2	2
Soltero	1							1	0
Totales	3	6	3	6	3	2	1	24	18

El 58.33% (n=14) de dicho personal manifestó al menos un problema de salud derivado de la pandemia de COVID 19, de dicho porcentaje el 50% refirió ser casado y el 50% ser soltero, aunque el género con menor participación fue el masculino (n=3) el 100% refirió al menos un problema, mientras que, del género femenino participante, el 52.38% manifestó al menos una afección. Si bien el número de participantes por cada programa laboral es diferente, al menos un trabajador de cada disciplina manifestó efectos adversos en su salud, excepto bodega y

mantenimiento, y más del 50% de ellos indicó que necesita tratamiento farmacológico para dicha enfermedad.

Dentro de la satisfacción con la situación personal y profesional actual, el total de médicos indicó no encontrarse satisfecho, encontrando que las demás profesiones manifiestan satisfacción a ese nivel.

Tabla No.2 Padecimiento de problemas de salud derivados de la pandemia y satisfacción con situación actual según estado civil, género y programa laboral

Programa laboral	Situación sentimental				Σ	Al menos un problema de salud derivado de la pandemia	Necesita Tx farmacológico	Satisfecho con situación profesional/personal actual
	Casada	Soltera	Casado	Soltero				
Médico	1		1		2	2	2	0
Saneamiento ambiental		1		1	2	2	1	2
Enfermería	3	5	1		9	4	2	7
Gestores	2	2		1	5	2	1	5
Trabajo Social	2				2	1	1	2
Psicología	1				1	1	1	1
Estadística		1			1	1	0	1
Nutrición		1			1	1	0	1
Bodega y mantenimiento	1				1	0	0	1
Total	10	10	2	2	24	14	8	20

El 33.33% (n=8) manifestó que derivado de la pandemia padece enfermedad física, cifra que comparada con los datos prepandemia (n=2) aumentaron

El 20.83% (n=5) presentó dificultad para conciliar el sueño antes de la pandemia, el porcentaje aumentó a 37.5% (n=9) durante la pandemia. Del personal que manifestó insomnio antes de la pandemia, el 40% (n=2) manifestó tener problemas emocionales o psicológicos, agregándose un compañero más que manifestó dicho problema aunque no insomnio, el porcentaje de problemas emocionales y psicológicos ha aumentado durante la pandemia a 41.66% (n=10), porcentaje que incluye personal que manifiesta insomnio como otros que no, del porcentaje que indica padecer

algún problema emocional o psicológico durante la pandemia, únicamente el 40% (n=4) reconoce necesitar atención psicológica, mientras que el 30% (n=3) indica no sentirse satisfecho con su situación personal y profesional actual.

En cuanto a la capacidad de mantenerse desconectado de internet y redes sociales sin que esto represente alteración del estado del ánimo o angustia, no existe mayor diferencia entre los datos previo a la pandemia como los posteriores. Mientras que los datos que reportan problemas familiares de adicciones sí aumentaron durante la pandemia, los participantes que manifestaron al menos un familiar con problemas adictivos también manifestaron al menos una actitud adictiva que se intensificó durante la pandemia.

Tabla No.3 Comparación situación de salud y actitudes adictivas relevantes antes y durante la pandemia de COVID 19

Estado de salud	Antes de marzo 2020		Después de marzo 2020 a la fecha			
	Masculino	Femenino	Masculino		Femenino	
Enfermedad	1	1	1	*1	7	*7
Insomnio	0	5	1		8	
Problema emocional/psicológico	1	2	2		8	**4
Capacidad de desconectarse e internet	3	18	3		16	
Al menos una actitud adictiva			2		10	
Familiar con problema de adicción	0	1	0		3	

*Tiene tratamiento farmacológico

**Considera necesario recibir atención psicológica

El 33.33% (n=8) indicó que su consumo de estimulantes ha aumentado durante la pandemia, el 75% (n=6) de ellos indica que gasta más de Q41.00 al mes en el consumo personal de los mismos.

Tabla No.4 Gasto y consumo de estimulantes durante la pandemia según género

Género	Gasto personal mensual durante pandemia					Aumentó consumo
	Q. 0 – 10	Q. 11- 25	Q. 26- 40	Q. 41- 55	Q. 56 o +	
Masculino	2	0	0	1	0	1
Femenino	13	0	2	1	5	4
Total	15	0	2	2	5	5

El 8.3% (n=2) respondió que durante la pandemia su gasto en el consumo de alcohol ha aumentado, llama la atención que dichos encuestados pertenecen al género femenino, y que el 12.5% (n=3) indicó que el consumo de alcohol ha interferido en sus relaciones personales y profesionales, se considera relevante también que dichos encuestados no son los mismos que indicaron haber aumentado el consumo de alcohol durante la pandemia y que también pertenecen al género femenino.

Tabla No.5 Consumo de alcohol durante la pandemia

Género	Aumentó consumo	Intento fracasado de controlar el consumo	Consumo perjudica actividades importantes
Masculino	0	0	0
Femenino	2	0	3
Total	2	0	3

El consumo de internet antes de la pandemia, en su mayoría, 75% (n=18), era de menos de dos horas al día, mientras que el 20.8% (n=5) indicó que consumía de 2 a 4 horas diarias de internet. Dicho uso de internet, en el 54.2% se dedicaba a asuntos laborales y/o de estudio y el 33.3% lo dedicaba al entretenimiento.

El 87.5% de los encuestados indicó que previo a la pandemia era capaz de pasar todo el día desconectado de redes sociales. El 100% de los encuestados manifestó que previo a la pandemia

dedicaba de 1 a 3 horas diarias a videojuegos, ese mismo 100% (n=24) indicó que no dedicaba más de 1 hora diaria a juegos de apuestas.

El consumo de internet durante la pandemia ha aumentado, el 37.5% (n=9) indicó que consumía internet de 2 a 4 horas diarias, mientras que el 58.3% (n=14) respondió que su consumo de internet diario era menor de 2 horas, dicho aumento de consumo de internet ha sido derivado a diversas situaciones, sin embargo, se observa un aumento considerable al 91.7% (n=22) que lo han destinado a trabajo y/o estudio.

El 20.8% (n=5) de los encuestados indicó que se pone de mal humor o aburrido cuando no puede conectarse a redes sociales, el mismo porcentaje indica que se relaja y siente alivio hasta perder la noción del tiempo al estar conectado a internet, llama la atención que sólo el 60% (n=3) de los encuestados coincide en estas dos interrogantes.

El 100% (n=24) de los encuestados indicó que durante la pandemia ha dedicado menos de tres horas diarias a videojuegos, 23 encuestados indican que dedican menos de 1 hora diaria, el 12.5% (n=3) indicó que jugar videojuegos le provoca tal exaltación que pierde el sentido del tiempo, llama la atención que el 100% de dicho personal que lo reporta es de género femenino, y una de ellas indica ponerse nerviosa o irritada si debe reducir el tiempo de juego y acude al juego cuando se siente ansiosa, deprimida, culpable y/o enojada.

Tabla No.6 Uso y consumo de redes sociales e internet antes y durante la pandemia de COVID

19

Tiempo	uso antes de marzo 2020	uso marzo 2020 a actualidad	Uso prepandemia	Uso durante la pandemia
Menos de 2 horas	18	14	13	22
2-4 horas	5	9	trabajo/estudio	trabajo/estudio
5 -7 horas	1	1		
8 horas o más	0	0	12 comunicación	14 comunicación
Total	24	24	con familia	con familia

El 25% (n=6) de los encuestados indicó que sus problemas familiares se han intensificado durante la pandemia, mientras que el 45.8% (n=11) considera que las discrepancias entre compañeros de trabajo han aumentado durante la pandemia, llama la atención que ninguno de los compañeros varones indica esta situación.

El 29.2% (n=7) respondió que al menos una persona le ha llamado la atención por su dedicación al consumo de algún estimulante, depresivo o algún juego, de ellos el 57.14% (n=4) indica que necesita apoyo psicológico y el 71.42% (n=5) considera que ha descuidado de alguna forma sus labores, tareas, estudios, familia o amigos por al menos una conducta adictiva incluida en la encuesta.

El 12.5% (n=3) de los encuestados respondió que durante la pandemia al menos un familiar ha manifestado conductas adictivas, mismos encuestados indican al menos un problema adictivo durante la pandemia, especialmente estimulantes, haber sido diagnosticados con una enfermedad física durante la pandemia y estar bajo tratamiento farmacológico por ello, así también reconocen necesitar ayuda psicológica.

Tabla No. 7 Discrepancias en relaciones interpersonales y problemas de salud o actitud adictiva durante la pandemia de COVID 19

Actitudes	Algún problema interpersonal	Aumento de discrepancias familiares	Aumento de discrepancias en trabajo	Manifestó algún problema de salud	Manifestó alguna actitud adictiva	Alguna persona le ha hecho ver su problema adictivo
Sí	14	6	11	14	12	7
No	10	18	13	-	-	-
Total	24	24	24	14	12	7

4.2. Discusión:

Dentro de los factores de riesgo para el consumo de drogas o conductas adictivas se menciona como el más fuerte la mala relación familiar o familias disfuncionales, la presión de grupo y falta

de supervisión de la familia, así como conductas adictivas dentro de la familia y los grupos de pares. (NIH 2020)

Se constató que el 50% del personal se encuentra casado y en edad joven entre 25 y 39 años de edad, por lo que no se puede definir que el estado civil de la persona, en este caso influya determinadamente en el desarrollo de una actitud adictiva, pero sí se puede considerar que el estrés que conlleva el ser el sostén económico familiar, la presencia de familiares con problemas adictivos y el estrés que ha provocado la pandemia, ha sido un determinante para que parte del personal opte por canalizar dicha tensión en algunas actitudes adictivas.

Según Torre-Muñoz V., Farias-Cortés J.D., Reyes-Vallejo L.A., Guillen-Díaz-Barriga C (2020), la mayoría del personal que ha mostrado afección psicológica derivada de la pandemia han sido mujeres enfermeras, entre 26 y 40 años de edad, que participaban directamente en el diagnóstico, tratamiento y atención de pacientes con COVID 19, dicha información concuerda con la obtenida en el estudio, ya que la mayoría del personal del Centro de Salud es femenino (87.5%) y de edad joven (62.5%) entre 25 y 39 años, extrapolando la responsabilidad de diagnóstico, tratamiento y atención de pacientes con COVID 19, coincide en nuestro medio con la función de los médicos, por lo que la información obtenida vuelve a coincidir en cuanto a la presentación de mayores trastornos psicológicos, emocionales y mayor riesgo de conductas adictivas.

Además de la situación sentimental, es importante, como se mencionó anteriormente, el estado de las relaciones interpersonales, en el caso del personal de salud, el 25% de los encuestados indicó que sus problemas familiares aumentaron durante la pandemia y el 45.8% manifestó que los problemas laborales aumentaron igualmente durante el curso de la pandemia, esto concuerda con el incremento de los problemas de salud física y mental, así como el riesgo de desarrollo actitudes adictivas, las cuales están presentes en el 50% de los trabajadores del Centro de Salud.

El 58.14% manifestó al menos un problema de salud derivado de la pandemia de COVID 19, lo que concuerda con la teoría Ferreira LC, Amorim RS, Melo Campos FM, Cipolotti R 2021), que indica que el impacto de la pandemia en el personal de salud es enorme tanto en la salud física como la psicológica y emocional, por la constante exposición a altas cargas de trabajo, altos niveles de estrés por la cantidad de trabajo como el estar a cargo de la vida y salud de otras

personas, muchas veces en ambientes llenos de dolor, lejos de la familia por cuestiones de protegerla lo más posible de la exposición al virus. En nuestro país, es bien sabido, que la fuerza laboral salubrista es poca, mal distribuida y retribuida, lo que acrecienta la problemática de la salud de la población y del personal de salud, esto se constata en los resultados que indican la nula satisfacción personal y laboral de los médicos del servicio de salud. Todo esto ha llevado a múltiples formas de canalizar el estrés, consciente o inconscientemente, algunas más dañinas que otras.

Algunas de estas vías de canalización del estrés son las actitudes adictivas, que pueden ir desde el “inocente” consumo de estimulantes de venta libre como al uso y abuso de sustancias ilícitas, llegando a comprometer la vida de la propia persona y de quienes le rodean.

Se evidenció que en el personal de salud existe un aumento de actitudes adictivas, a consecuencia de la pandemia de COVID 19, estos resultados están de la mano con la afectación de salud física, emocional y psicológica que reportan los trabajadores, lo que concuerda con la literatura, la cual menciona que la desestabilidad emocional y psicológica es un factor de riesgo para el desarrollo de actitudes adictivas.

La mayor actitud adictiva reportada por el personal fue el consumo de estimulantes, el cual ha aumentado en el 33.33% durante la pandemia; seguido por el consumo de alcohol, en el cual se ha visto un aumento de consumo en el 8.33% durante la pandemia, llamando la atención que los casos reportados son femeninos. Concordando dicha información con la brindada por Osorio Asensio JA, Gómez Flores MI, Palacios Muñoz LA en 2016, quienes mencionan que las drogas lícitas de mayor consumo en estudiantes de medicina fueron café, alcohol y tabaco, y que un alto número de éstos estudiantes tienen problemas psicológicos subyacentes, concordante con lo presentado por Ferreira LC, Amorim RS, Melo Campos FM, Cipolotti R (2021), quienes encontraron que el mayor consumo de drogas y adicción en médicos, durante la pandemia de COVID 19, está en aquellos con problemas psiquiátricos.

Mientras tanto, el uso de internet y redes sociales también ha sufrido aumento en su uso, sin embargo, esto es derivado de trabajo y/o estudio, sin embargo, el 12.5% de los encuestados

indicó que el jugar videojuegos le provoca tal exaltación que pierde el sentido del tiempo, llegando a sentirse irritado si debe reducir el tiempo de juego, es considerable el hecho de que ninguno de los participantes masculinos reportó este hecho.

CAPÍTULO V.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1 Conclusiones

1. La mayoría, 50%, del personal de salud se encuentra en una edad joven, entre 25 y 39 años, mayoritariamente femenino, 87.5%, e igualmente entre estado civil soltero y casado, y el 75% del personal es la base de la subsistencia económica de su familia.
2. El 58.33% del personal manifestó al menos un problema de salud derivado de la pandemia de COVID 19, más del 50% de ellos indicó que necesita tratamiento farmacológico, siendo los programas laborales más afectados el médico, saneamiento ambiental y enfermería, encontrándose el personal médico y de enfermería como los menos satisfechos con su situación personal y profesional actual.
3. Antes de la pandemia de COVID 19, el personal de salud manifestó consumo de estimulantes de venta libre, alcohol, y consumo de internet por tiempo limitado, con generalmente buenas relaciones interpersonales familiares y laborales.
4. El 50% de los trabajadores del Centro de Salud, manifiesta la presencia de actitudes adictivas, las cuales han aumentado a partir de la pandemia de COVID 19, encontrándose que el consumo de estimulantes aumentó en el 33.33%, mientras que el 8.3% indicó que el consumo de alcohol ha aumentado, dicho personal igualmente manifiesta aumento de discrepancias familiares y laborales, con un aumento, aunque leve del consumo de videojuegos y juegos de azar.

4.2 Recomendaciones:

1. Evaluar y tamizar al personal de salud con respecto a afecciones psicológicas, brindándole atención psicológica personalizada al personal que por prioridad no necesite en mayor medida.

2. Continuar periódicamente con la atención psicológica en grupos al personal del Centro de Salud, especialmente dirigida a la prevención y solución de conflictos personales y laborales, así como manejo y canalización de estrés.
3. Brindar reconocimiento al trabajo y labor de cada uno de los miembros del personal de salud, iniciando a nivel local y estimulando el reconocimiento a nivel institucional.
4. Brindar talleres de aprendizaje sobre canalización de estrés y prevención de actitudes adictivas al personal de salud, al menos cada 3 meses.
5. Apoyar y fomentar la realización de estudios sobre el estado de salud del personal sanitario, en todas las esferas que esta confiere.

CAPÍTULO VI.

BIBLIOGRAFÍA

1. Wu F, Zhao S, Yu B y col. Un nuevo coronavirus asociado con enfermedades respiratorias humanas en China. *Naturaleza*. 2020; 579 (7798): 265 - 269. [Crossref], [PubMed], [Web of Science ®], [Google Académico]
2. Informe de situación de la enfermedad por coronavirus de la Organización Mundial de la Salud 2019 (COVID-19). Disponible en: <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200426-sitrep-97-covid-19.pdf> [Google Académico]
3. Wang C, Horby PW, Hayden FG y col. Un nuevo brote de coronavirus que preocupa a la salud mundial. *Lanceta*. 2020; 395 (10223): 470 - 473. [Crossref], [PubMed], [Web of Science ®], [Google Académico]
4. Hui DSC, Zumla A. Síndrome respiratorio agudo severo: características históricas, epidemiológicas y clínicas. *Infect Dis Clin North Am*. 2019; 33 (4): 869 - 889. [Crossref], [PubMed], [Web of Science ®], [Google Académico]
5. Andersen KG, Rambaut A, Lipkin WI y col. El origen proximal del SARS-CoV-2. *Nat Med*. 2020; 26: 450 - 452. [Crossref], [PubMed], [Web of Science ®], [Google Académico]
6. Almazán F, Sola I, Zuñiga S, et al. Sistemas genéticos inversos de coronavirus: clones y replicones infecciosos. *Virus Res*. 2014; 189: 262 - 270. [Crossref], [PubMed], [Web of Science ®], [Google Académico]
7. Nao N, Yamagishi J, Miyamoto H, et al. Predisposición genética para adquirir un sitio de escisión polibásico para la hemaglutinina del virus de la influenza aviar altamente patógena. *mBio*. 2017; 8 (1): e02298. [Crossref], [PubMed], [Web of Science ®], [Google Académico]
8. Huang C, Wang Y, Li X y col. Características clínicas de pacientes infectados con el nuevo coronavirus de 2019 en Wuhan, China. *Lanceta*. 2020; 395 (10223): 497 - 506. [Crossref], [PubMed], [Web of Science ®], [Google Académico]
9. Wang D, Hu B, Hu C y col. Características clínicas de 138 pacientes hospitalizados con neumonía infectada por el nuevo coronavirus de 2019 en Wuhan, China. *JAMA*. 2020; 323 (11): 1061. [Crossref], [PubMed], [Web of Science ®], [Google Académico]

10. Zhu N, Zhang D, Wang W y col. Un nuevo coronavirus de pacientes con neumonía en China, 2019. *N Engl J Med.* 2020; 382 (8): 727 - 733 [Crossref], [PubMed], [Web of Science ®], [Google Académico]
11. Chen N, Zhou M, Dong X y col. Características epidemiológicas y clínicas de 99 casos de neumonía por el nuevo coronavirus de 2019 en Wuhan, China: un estudio descriptivo. *Lanceta.* 2020; 395 (10223): 507 - 513. [Crossref], [PubMed], [Web of Science ®], [Google Académico]
12. Lippi G, Plebani M. El papel fundamental de la medicina de laboratorio durante la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) y otros brotes virales. *Clin Chem Lab Med.* 2020; 58 (7): 1.063 - 1.069. [Crossref], [PubMed], [Web of Science ®], [Google Académico]
13. Wang CZ, Hu SL, Wang L y col. Factores de riesgo tempranos de la exacerbación de la neumonía por coronavirus 2019. *J Med Virol.* 2020. DOI: 10.1002 / jmv.26071 [Referencia cruzada], [Web of Science ®], [Google Académico]
14. Hamming I, Timens, Bulthuis ML, et al. Distribución tisular de la proteína ACE2, el receptor funcional del coronavirus del SARS. Un primer paso para comprender la patogénesis del SARS. *J Pathol.* 2004; 203 (2): 631 - 637. [Crossref], [PubMed], [Web of Science ®], [Google Académico]
15. Renu K, Prasanna PL, Valsala Gopalakrishnan A. Patogénesis de coronavirus, comorbilidades y daño multiorgánico: una revisión. *Life Sci.* 2020; 255: 117839. [Crossref], [PubMed], [Web of Science ®], [Google Académico]
16. Long B, Brady WJ, Koyfman A y col. Complicaciones cardiovasculares en COVID-19. *Am J Emerg Med.* 2020. DOI: 10.1016 / j.ajem.2020.04.048 [Referencia cruzada], [Web of Science ®], [Google Académico]
17. Ruan Q, Yang K, Wang W y col. Predictores clínicos de mortalidad por COVID-19 basados en un análisis de datos de 150 pacientes de Wuhan, China. *Med de cuidados intensivos.* 2020; 46 (5): 846 - 848. [Crossref], [PubMed], [Web of Science ®], [Google Académico]
18. Lang J, Yang N, Deng J y col. Inhibición de la entrada de células del pseudovirus del SARS por la unión de lactoferrina a proteoglicanos de heparán sulfato. *Más uno.* 2011; 6 (8): e23710. [Crossref], [PubMed], [Web of Science ®], [Google Académico]

19. Vicenzi E, Canducci F, Pinna D y col. Coronaviridae y cepa HSR1 de coronavirus asociada al SARS. *Enfermedad infecciosa emergente*. 2004; 10 (3): 413 - 418. [Crossref], [PubMed], [Web of Science ®], [Google Académico]
20. Henry BM, Benoit SW, Santos de Oliveira MH, et al. Anomalías de laboratorio en niños con enfermedad por coronavirus leve y grave 2019 (COVID-19): análisis y revisión combinados. *Clin Biochem*. 2020; 81: 1 - 8. DOI: 10.1016 / j. clinbiochem.2020.05.012 [Crossref], [PubMed], [Web of Science ®], [Google Académico]
21. Sanna G, Serrau G, Bassareo PP, et al. El corazón de los niños y el COVID-19: evidencia actualizada en forma de revisión sistemática. *Eur J Pediatr*. 2020. DOI: 10.1007 / s00431-020-03699-0 [Crossref], [PubMed], [Web of Science ®], [Google Académico]
22. Leung NHL, Chu DKW, Shiu EYC, et al. Eliminación de virus respiratorios al exhalar y eficacia de las mascarillas faciales. *Nature Med*. 2020; 26 (5): 676 - 680. [Crossref], [PubMed], [Web of Science ®], [Google Académico]
23. Han, Lin Q, Ni Z y col. Incertidumbres sobre las rutas de transmisión del nuevo coronavirus de 2019. *Influenza Otros virus Respir*. 2020; 14 (4): 470 - 471 [Crossref], [PubMed], [Web of Science ®], [Google Académico]
24. Zhao S, Lin Q, Ran J y col. Estimación preliminar del número de reproducción básico del nuevo coronavirus (2019-nCoV) en China, de 2019 a 2020: un análisis basado en datos en la fase inicial del brote. *Int J Infect Dis*. 2020; 92: 214 - 217. [Crossref], [PubMed], [Web of Science ®], [Google Académico]
25. Núñez-Delgado A. ¿Qué sabemos sobre el coronavirus SARS-CoV-2 en el medio ambiente? *Sci Total Environ*. 2020; 727: 138647. [Crossref], [PubMed], [Web of Science ®], [Google Académico]
26. Para KK, Tsang OT, Chik-Yan Yip C, et al. Detección constante del nuevo coronavirus de 2019 en la saliva. *Clin Infect Dis*. 2020. DOI: 10.1093 / cid / ciaa149 [Referencia cruzada], [Web of Science ®], [Google Académico]
27. Liu L, Wei Q, Alvarez X, et al. Las células epiteliales que recubren los conductos de las glándulas salivales son células diana tempranas de la infección por coronavirus del síndrome respiratorio agudo severo en las vías respiratorias superiores de los macacos rhesus. *J Virol*. 2011; 85 (8): 4025 - 4030. [Crossref] [PubMed], [Web of Science ®], [Google Académico]

28. Chan VW, Chiu PK, Yee CH y col. Una revisión sistemática sobre COVID-19: manifestaciones urológicas, detección de ARN viral y consideraciones especiales en condiciones urológicas. *World J Urol.* 2020. DOI: 10.1007 / s00345-020-03246-4 [Crossref], [PubMed], [Web of Science ®], [Google Académico]
29. Chen H, Guo J, Wang C y col. Características clínicas y potencial de transmisión vertical intrauterina de la infección por COVID-19 en nueve mujeres embarazadas: una revisión retrospectiva de historias clínicas. *Lanceta.* 2020; 395 (10226): 809 - 815. [Crossref], [PubMed], [Web of Science ®], [Google Académico]
30. Colavita F, Lapa D, Carletti F y col. Aislamiento de SARS-CoV-2 a partir de secreciones oculares de un paciente con COVID-19 en Italia con detección prolongada de ARN viral. *Annals Intern Med.* 2020. DOI: 10.7326 / M20-1176 [Crossref], [PubMed], [Web of Science ®], [Google Académico]
31. Lauer SA, Grantz KH, Bi Q y col. El período de incubación de la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) a partir de casos confirmados notificados públicamente: estimación y aplicación. *Ann Intern Med.* 2020; 172 (9): 577 - 582. [Crossref], [PubMed], [Web of Science ®], [Google Académico]
32. <https://doi.org/10.1080/10408363.2020.1783198>
33. World health Organization. Clinical management of severe acute respiratory infection when novel coronavirus (nCoV) infection is suspected [Internet]. 2020 ene. Disponible en: [https://www.who.int/publications-detail/clinicalmanagement-of-severe-acute-respiratory-infection-when-novel-coronavirus-\(ncov\)-infection-is-suspected](https://www.who.int/publications-detail/clinicalmanagement-of-severe-acute-respiratory-infection-when-novel-coronavirus-(ncov)-infection-is-suspected).
34. Modelo de Atención y Gestión de las Áreas de Salud, Ministerio de Salud Pública de Guatemala. Viceministerio de Atención Primaria en Salud, Dirección General del Sistema Integral Atención en Salud, septiembre 2018.
35. Centro de tratamiento y atención a la salud en el municipio de San Juan Alotenango del departamento de Sacatepéquez, Tesis USAC, Filiberto Galindo Coronado, Guatemala, Octubre 2006.
36. National Institute on Drug Abuse. (junio de 2020). National Institute on Drug Abuse. Obtenido de <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/las-drogas-el-cerebro-y-la-conducta-la-ciencia-de-la-adiccion/prefacio>

37. Martín, A. V. (2014). FARMACOLOGÍA Y TOXICOLOGÍA DEL ALCOHOL ETÍLICO, O ETANOL. An Real Acad Med Cir Vall, 242-248. Disponible en <https://dialnet.unirioja.es>
38. Alpízar Jiménez, L. (2016). Entorno familiar: factor de riesgo o protección para el desarrollo de conductas adictivas en los hijos. *Drugs and Addictive Behavior*, 1(1), 101-112. Disponible en <https://www.funlam.edu.co/revistas/index.php/DAB/article/view/1760/1441>
39. Piedrasanta Dubach, T.U., Bac Guaré M.A., Herrera Flores A.M. (abril de 2008). Caracterización del recurso humano médico en Guatemala. Guatemala, Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas. Disponible en http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_8571.pdf
40. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Organización Panamericana de la Salud. (s.f.). Evaluación de Programas de Recursos Humanos en Salud. Guatemala: Ministerio de Salud Pública. Disponible en https://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2013/evalprogra_instrum4_gua.pdf
41. Real Academia Española. 2020. Diccionario de la Lengua Española. Disponible en <https://dle.rae.es>
42. Consejo Internacional de Enfermeras. Definiciones. Génova 2021. Disponible en <https://www.icn.ch/es/politica-de-enfermeria/definiciones>
43. Dirección de Área de Salud de Alta Verapaz, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. 2019. Técnico en Salud Rural. Disponible en <https://sites.google.com/a/dasavonline.net/www/unidades/tecnicos-en-salud-rural?overridemobile=true>
44. Instituto Nacional del Cáncer de Estados Unidos. Nutricionista, Diccionario del cáncer. Disponible en <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/nutricionista>
45. Federación Internacional de Trabajadores Sociales. 2021. Definición global del trabajo social. Disponible en <https://www.ifsw.org/what-is-social-work/global-definition-of-social-work/definicion-global-del-trabajo-social/>

46. Instituto Terapéutico de Madrid. ¿Qué es un Psicólogo? Disponible en <https://www.itemadrid.net/que-es-un-psicologo/>
47. Ferreira LC, Amorim RS, Melo Campos FM, Cipolotti R (2021) Mental health and illness of medical students and newly graduated doctors during the pandemic of SARS-Cov-2/COVID-19. PLOS ONE 16(5): e0251525. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0251525>
48. Torre-Muñoz V., Farias-Cortés J.D., Reyes-Vallejo L.A., Guillen-Díaz-Barriga C. Riesgos y daños en la salud mental del personal sanitario por la atención a pacientes con Covid-19. Rev. Mex. Urol. 2020; 80(3): pp 1-9. Disponible en <https://www.medigraphic.com/pdfs/uro/ur-2020/ur203i.pdf>
49. Osorio Asensio JA, Gómez Flores MI, Palacios Muñoz LA. PREVALENCIA DEL CONSUMO DE DROGAS LEGALES E ILEGALES EN LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS. Tesis Médico y Cirujano, Universidad de San Carlos de Guatemala. 2016. Disponible en http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_10278.pdf