

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO ANTE EL TRASTORNO DE ESTRÉS  
AGUDO EN SIETE INTEGRANTES DEL PERSONAL DE LA SALUD DEL ÁREA DE  
CUIDADOS INTENSIVOS, DE DIFERENTES HOSPITALES EN LA CIUDAD DE  
MEDELLÍN, EN SITUACIÓN DE PANDEMIA COVID-19

Presentado por:

MARIA CAMILA MONTOYA MUNERA – ID: 594823  
MARISA IVANA VERGARA VALENCIA - ID: 609470

Profesor:

JOSE WILSON VILLA HERNANDEZ

Asignatura:

OPCIÓN DE GRADO II

CORPORACIÓN UNIVERSITARIA MINUTO DE DIOS  
UNIMINUTO – SECCIONAL BELLO  
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES  
PSICOLOGÍA  
BELLO, COLOMBIA  
2021

## Tabla de Contenido

<b>LISTA DE FIGURAS .....</b>	<b>5</b>
<b>RESUMEN .....</b>	<b>6</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>8</b>
<b>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....</b>	<b>10</b>
RESEÑA HISTÓRICA DE LOS VIRUS DE MAYOR IMPACTO .....	10
PLAGA DE ATENAS: (430 - 426 A.C) 25% MUERTES.....	11
PESTE DE ANTONINA: (165 - 180) 5 MILLONES DE MUERTOS .....	11
PLAGA JUSTINIANO: (541 - 543) 50 MILLONES DE MUERTOS .....	12
VIRUELA JAPONESA: (735 - 737) 1 MILLÓN DE MUERTOS .....	12
PESTE NEGRA: (1.347 - 1.351) 200 MILLONES DE MUERTOS .....	12
VIRUELA: (1520) 56 MILLONES DE MUERTOS .....	13
GRANDES PESTES DEL SIGLO XVII Y XVIII: (1.600 - 1.800) 3 MILLONES 600.000 MIL MUERTOS .....	13
CÓLERA (1817) 1 MILLÓN DE MUERTOS.....	13
TERCERA PESTE: (1855) 12 MILLONES DE MUERTOS .....	14
GRIPE RUSA: (1889 – 1890) 1 MILLONES DE MUERTOS .....	14
FIEBRE AMARILLA: (FINALES DEL SIGLO XIX Y PRINCIPIOS DEL XX) 150 MIL MUERTOS .....	15
APROXIMADAMENTE.....	15
GRIPE ASIÁTICA: (1957- 1958) 1,1 MIL MILLONES DE MUERTOS .....	15
GRIPE DE HONG KONG: (1968-1970) 1 MILLÓN DE MUERTOS .....	15
VIH/SIDA: (1981 - ACTUAL) 25/35 MILLONES DE MUERTOS.....	16
SARS-COV: (2002 - 2003) 800 MIL APROXIMADAMENTE .....	16
GRIPE PORCINA: (2008 - 2010) 200 MIL MUERTOS .....	16
MERS: (2012) 858 MUERTOS.....	17
ÉBOLA: (2013-2016) 11.300 MUERTOS.....	17
SARS-COV2: (2019 - ACTUALIDAD) 2'997.000 MUERTOS PARA EL 15 DE ABRIL DEL 2021 .....	17
<b>PREGUNTA PROBLEMATIZADORA .....</b>	<b>22</b>
<b>ANTECEDENTES .....</b>	<b>23</b>
<b>OBJETIVOS .....</b>	<b>30</b>
OBJETIVO GENERAL: .....	30
OBJETIVOS ESPECÍFICOS: .....	30
<b>JUSTIFICACIÓN .....</b>	<b>31</b>
<b>MARCO REFERENCIAL.....</b>	<b>32</b>

EPIDEMIAS .....	32
ENDEMIAS.....	32
PANDEMIAS.....	33
VIRUS .....	34
CORONAVIRUS - COVID19.....	35
ENFERMEDAD.....	35
TRASTORNO DE ESTRÉS AGUDO (TEA) .....	36
ESTRÉS .....	42
FACTORES ESTRESORES EN EL PERSONAL DE LA SALUD .....	43
ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO .....	47
PERSONAL SANITARIO.....	51
MÉDICOS.....	52
PERSONAL DE TERAPIA RESPIRATORIA.....	52
ENFERMEROS O JEFES DE ENFERMERÍA .....	52
AUXILIARES DE ENFERMERÍA .....	53
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI).....	53
<b>METODOLOGÍA .....</b>	<b>55</b>
MÉTODO .....	55
PARADIGMA DE LA INVESTIGACIÓN .....	55
DISEÑO DEL MÉTODO.....	56
TIPO DE INVESTIGACIÓN .....	56
MUESTRA.....	56
<i>Criterios de selección</i> .....	56
<i>Criterios de exclusión</i> .....	57
TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN .....	57
INSTRUMENTOS .....	60
ANÁLISIS DE LOS DATOS .....	61
<b>CONSIDERACIONES ÉTICAS .....</b>	<b>63</b>
CONSENTIMIENTO INFORMADO .....	64
<b>RESULTADOS .....</b>	<b>65</b>
ESCALA DE ESTRATEGIAS DE COPING MODIFICADA .....	65
ANÁLISIS DE RESULTADO ESCALA DE ESTRATEGIAS DE COPING MODIFICADA (EEC-M) .....	67
DISCUSIÓN ESCALA DE ESTRATEGIAS DE COPING MODIFICADA (EEC-M).....	70
ESTRATEGIA DE AFRONTAMIENTO MÁS Y MENOS IMPLEMENTADA POR LA MUESTRA POBLACIONAL ENCUESTADA. ....	70
INVENTARIO DE SALUD MENTAL, ESTRÉS Y TRABAJO (SWS) .....	71
ANÁLISIS DE RESULTADO INVENTARIO DE SALUD MENTAL, ESTRÉS Y TRABAJO (SWS) .....	72
DISCUSIÓN INVENTARIO DE SALUD MENTAL, ESTRÉS Y TRABAJO (SWS).....	74

OPCIÓN DE GRADO II	4
OBSERVACIONES EN CAMPO.....	75
<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>76</b>
<b>LISTA DE REFERENCIAS .....</b>	<b>77</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>83</b>
ANEXO 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	83

### Lista de Figuras

ANEXO 1 CONSENTIMIENTO INFORMADO .....	83
GRAFICO 1 RESULTADOS POR LA MEDIA ESCALA DE ESTRATEGIAS DE COPING MODIFICADA (EEC-M).....	67
GRAFICO 2 INVENTARIO DE SALUD MENTAL, ESTRÉS Y TRABAJO (SWS).....	74
TABLA 1 RESEÑA HISTÓRICA DE LOS VIRUS DE MAYOR IMPACTO .....	11
TABLA 2 SÍNTOMAS DEL ESTRÉS AGUDO SEGÚN EL (MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, 2011) .....	21
TABLA 3 BANDA DE CALIFICACIÓN PARTIR DEL INVENTARIO DE SALUD MENTAL, ESTRÉS Y TRABAJO (SWS).....	60
TABLA 4 ESTADOS DESCRIPTIVOS DE LA ESCALA DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DE COPING MODIFICADA, (EEC-M).....	66
TABLA 5 RESULTADOS ESCALA DE ESTRATEGIAS DE COPING MODIFICADA (EEC-M).....	66
TABLA 6 TENDENCIA DE USO DE LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTOS UTILIZADAS POR LA MUESTRA POBLACIONAL ENCUESTADA.....	71
TABLA 7 RESULTADOS INVENTARIO DE SALUD MENTAL, ESTRÉS Y TRABAJO (SWS).....	72
TABLA 8 RESULTADOS POR PARÁMETROS DEL INVENTARIO DE SALUD MENTAL, ESTRÉS Y TRABAJO (SWS).....	72

## Resumen

La población mundial se enfrentó en el año 2020 a una nueva y amenazante situación biológica, teniendo la obligación de confrontar y donde lejos de aportar seguridad, ha contribuido a elevar los niveles de ansiedad, incertidumbre y miedo, sumando a esto que la mayor parte de la responsabilidad para darle control y solución a este virus recae en ellos, dejando de lado su salud mental, pero también teniendo en cuenta que es la primera pandemia que se registra a nivel psicológico.

El objetivo de esta investigación es describir cuales son las estrategias de afrontamiento ante el trastorno de estrés agudo de 7 integrantes que hacen parte del personal de salud en el área de cuidados intensivos (UCI) en la ciudad de Medellín, al estar involucrados en actividades de atención ante la pandemia del COVID- 19. Con este fin, la pregunta de investigación es la siguiente: ¿Cuáles son las estrategias de afrontamientos utilizadas ante el trastorno de estrés agudo de siete integrantes que hacen parte del personal de la salud en área de cuidados intensivos (UCI) de la ciudad de Medellín, al estar involucrados en actividades de atención ante la pandemia del COVID- 19?

La pregunta de investigación se responde a través de la información recogida. Con metodología descriptivo y explicativo, método enfoque cuantitativo, para reconocer las estrategias de afrontamiento más utilizadas por el personal se esgrimió la (Escala de Estrategias de Afrontamiento de Coping – Modificada) y para identificar el estrés agudo se usó (El inventario de Salud Mental, Estrés y Trabajo).

Los cuales arrojaron como resultados que, las estrategias más utilizadas por el personal ante una situación estresantes fueron, en un 85% la solución de problemas, el apoyo social y la evitación cognitiva. En los resultados obtenidos a raíz del inventario de salud mental, estrés y trabajo, se da cuenta que, los evaluados presentan un alto índice de estrés laboral, inconformidad y poca cohesividad organizacional, casi el 71% de la población evaluada marca una tendencia a presentar estrés en la actualidad.

Se destaca la importancia del acompañamiento psicológico para mejorar la calidad de vida de las personas, partiendo del anterior proyecto principalmente para el área de salud, nos sirve como preparación de proyectos y propuestas para futuras vivencias catastróficas y estresantes, ya que anteriormente las grandes pandemias que han marcado la historia humana no se han documentado desde la rama de la psicología.

**PALABRAS CLAVES:** Personal de salud, estrategias de afrontamiento, estrés agudo, virus, unidad de cuidados intensivos, pandemia.

### Abstract

The world population faced in 2020 a new and threatening biological situation, having the obligation to confront and where, far from providing security, it has contributed to raising the levels of anxiety, uncertainty and fear, adding to this that most of the responsibility for giving control and solution to this virus lies with them, leaving aside their mental health, but also taking into account that it is the first pandemic that is recorded on a psychological level.

The objective of this research is to describe which are the coping strategies for acute stress disorder of 7 members who are part of the health personnel in the intensive care area (ICU) in the city of Medellín, by being involved in activities to address the COVID-19 pandemic. To this end, the research question is the following: What are the coping strategies used in the face of acute stress disorder of seven members who are part of the health personnel in the intensive care area (ICU) of the city of Medellín, involved in COVID-19 pandemic response activities?

The research question is answered through the information collected. With descriptive and explanatory methodology, quantitative approach method, to recognize the coping strategies most used by the staff (Coping Coping Coping Strategies Scale - Modified) and to identify acute stress was used (The Mental Health, Stress and Work Inventory).

The results showed that, in 85% of cases, the strategies most commonly used by staff in a stressful situation were problem solving, social support and cognitive avoidance. In the results obtained from the inventory of mental health, stress and work, it is realized that the evaluated

have a high index of work stress, nonconformity and lack of organizational cohesiveness, Almost 71% of the evaluated population shows a tendency to present stress at present.

The importance of psychological support to improve the quality of life of people, based on the previous project mainly for the health area, serves us as preparation of projects and proposals for future catastrophic and stressful experiences, because previously the great pandemics that have marked human history have not been documented from the branch of psychology.

**KEYWORDS:** health personnel, coping strategies, acute stress, virus, intensive care unit, pandemic.

### Planteamiento del problema

A lo largo de la historia humana se han presentado diferentes virus que llegan a ser clasificados como epidemias, endemias o pandemias, según los parámetros y características establecidas.

### Reseña histórica de los virus de mayor impacto

Virus/enfermedad	Años	%Muertos	Promedio de Habitantes
<i>Plaga de Atenas</i>	430 - 426 A.C	25%	No registra
<i>Peste de Antonia</i>	165 – 180	5 Millones	300 Mil Millones
<i>Plaga Justiniano</i>	541 – 543	30/50 Millones	60/100 Mil Millones
<i>Viruela Japonesa</i>	735 – 737	1 Millón	3Millones
<i>Peste Negra</i>	1347 – 1351	200 Millones	400/600 Millones
<i>Viruela</i>	1520	56 Millones	62 Millones
<i>Grandes prestes del Siglo XVII</i>	1600 – 1800	3 Millones	8 Mil Millones
<i>Grandes prestes del Siglo XVIII</i>	1600 – 1800	600 Mil	1 Mil Millones
<i>Cólera</i>	1817 - 1923	1 Millón	1,9 Mil Millones
<i>Tercera Peste</i>	1855	12 Millones	1,3 Mil Millones
<i>Gripe Rusa</i>	1889 - 1890	1 Millón	1,7 Mil Millones
<i>Fiebre Amarilla</i>	finales del siglo XIX y principios del XX	150 Mil APROX	1,6 Mil Millones
<i>Gripe Española</i>	1918 - 1920	50 Millones	1,7 Mil Millones
<i>Gripe Asiática</i>	1957 - 1958	1,1 Mil Millones	1,3 Mil Millones
<i>Gripe Hong Kong</i>	1968 - 1970	1 Millón	3,7 Mil Millones
<i>VIH/SIDA</i>	1981 - Actual	25/35 Millones	No registra
<i>SARS-COV</i>	2002 – 2003	800 APROX	6 Mil Millones
<i>Gripe Porcina</i>	2008 – 2010	200 Mil	6,8 Mil Millones
<i>MERS</i>	2012 – actual	858 Mil	7 Mil Millones
<i>Ébola</i>	2013 – 2016	11.300	6,9 Mil Millones

SARS(COV-2)	2019 - actual	766.080 vigente	7.8 Mil Millones
Epidemia			
Pandemia			

**Tabla 1** Reseña histórica de los virus de mayor impacto

### **Plaga de Atenas: (430 - 426 A.C) 25% muertes**

Originada al comenzar el segundo año de la guerra, parece ser una epidemia atribuida a la bacteria Salmonella entérica, viajó desde Etiopía (África) a Atenas (Grecia) en los barcos de mercancías y de guerra, recalando primero en El Pireo y después instalándose en la ciudad alta extendiéndose como una epidemia, así como lo cita (Gutiérrez y Giménez, 2018).

### **Peste de antonina: (165 - 180) 5 millones de muertos**

Dicha peste nace en los años 165 al 180 D.C y se da en un periodo de 15 años aproximadamente. Este afecta a todo el Imperio Romano y se habla de dos versiones donde se origina dicha peste; la primera versión es la más difundida por la historia Augusta y Amiano Marcelino, su origen se da a raíz de un viaje de la campaña oriental del año 165 propio de la ciudad Seleucia, donde un combatiente había profanado el templo de Apolo y se da al destapar un cofre del cual habría salido un vapor pestilente. La otra versión está casi perdida y en el olvido, se habla que la peste se originó en Egipto siendo propagada por las demás regiones y llegando a diversos lugares. Sin duda el gran movimiento demográfico, sobre todo de soldados que volvían de la campaña oriental, parece haber sido el principal factor propagador de esta peste, como lo refiere (Sáez, 2015).

**Plaga Justiniano: (541 - 543) 50 millones de muertos**

Según la Organización mundial de la salud (OMS) esta es la cuarta pandemia que más muertes ha dejado, en un promedio de 30 a 50 millones de víctimas. Esta plaga se le atribuye a la bacteria *Yersinia Pestis* posiblemente transmitida por las pulgas a partir de las ratas, también se ha relacionado con posibles cambios climáticos de dicha época. Esta nace en África en el año 541, pasando a Constantinopla en el siguiente año, y se extendiéndose posteriormente a toda Europa. La humanidad estuvo a punto de extinguirse por causa de aquella plaga, como lo menciona (Ortiz, 2020).

**Viruela japonesa: (735 - 737) 1 millón de muertos**

También conocida como la epidemia del Templo, comenzó en el año 735 en la ciudad de Dazaifu, Fukuoka, esta epidemia afectó a gran parte de la población japonesa, teniendo grandes repercusiones económicas, religiosas y sociales en todo el país. Se produce y desencadena por un pescador japonés que se encontraba en Corea, para entonces era una enfermedad totalmente desconocida para los americanos, como lo refiere (Tosami, 2020).

**Peste negra: (1.347 - 1.351) 200 millones de muertos**

Fue la pandemia más mortífera y con el impacto más duradero para la historia de la humanidad, esta peste se le atribuye a la bacteria *Yersinia Pestis* transmitida por pulgas que se encontraba en las ratas. Azotó a casi todo el continente europeo, Asia Menor, Oriente Medio y el norte de África. Esta pandemia se esparció por toda Europa usando como medio de transporte los barcos mercantes. Las deficientes condiciones sanitarias de la época, contribuyeron a su propagación, como lo refiere (López y Cardona, 2020).

**Viruela: (1520) 56 millones de muertos**

La viruela es una enfermedad infectocontagiosa producida por un virus de ADN, esta enfermedad se puede transmitir de una persona a otra y se transmite por contacto directo o por fluidos. Es considerada la segunda mayor pandemia de la historia de la humanidad, señala que murió un aproximado del 90% de la población nativa americana. La conquista de América ilustra un papel importante de las enfermedades infecciosas, se conoce que junto a Cristóbal Colón y las sucesivas misiones llegaron la gripe porcina, el tifus, el sarampión y la viruela, como lo menciona (Tosami, 2020).

**Grandes pestes del siglo XVII y XVIII: (1.600 - 1.800) 3 millones 600.000 mil muertos**

Fueron diversas las pestes que azotaron al mundo durante estos siglos, con una primera ola de peste bubónica que dejó un saldo de 3 millones de muertos, más adelante, en el siglo XVIII las pestes volvieron a resurgir y mataron a 600.000 personas. Estas pestes están clasificadas según los años en que surgieron. Para finales del siglo XVII disminuyeron las epidemias de peste bubónica en Europa, se estima un aproximado de 25 pestes en todo el siglo diecisiete. Para el siglo XVIII se estima un aproximado de 27 pestes las cuales ocasionó muchas víctimas, como lo cita (Martinic, 2018).

**Cólera (1817) 1 millón de muertos**

Es una enfermedad bacteriana, generalmente transmitida por el agua, que provoca diarrea y deshidratación severas. El cólera es mortal si no se trata inmediatamente. La evidencia más confiable del cólera fue a partir de los años 1503, con el crecimiento del comercio marítimo entre

continentes. El cólera se propagó a raíz de la mala higiene personal, el abominable saneamiento ambiental, el hacinamiento predominante en vastas regiones, como lo refiere (Mata, 1992).

### **Tercera peste: (1855) 12 millones de muertos**

La tercera pandemia se originó en la provincia de China de Yunnan - Kunming, región suroccidente, dicha peste se extendió a nivel mundial dado al tráfico naval de rutas marítimas entre países como Taiwán, India, Japón, Sudamérica, Sudáfrica y el Oeste de Norteamérica. La tasa de mortalidad fue devastadora y bastante alta. Se sabe poco sobre la fase histórica de la peste -entre la Segunda y la Tercera Pandemia- a pesar de que se describe la transición temporal, geográfica y filogenética de la misma, como lo menciona (Ortega, 2020).

### **Gripe Rusa: (1889 – 1890) 1 millones de muertos**

Ocurrida durante el invierno de los años 1889 y 1890 una de las pandemias cruciales del siglo XIX, considerada la primera pandemia de gripe. La aparición de esta gripe viajó cronológicamente de un lugar a otro, dándose en algunas ciudades con mayor intensidad de brotes epidémicos. La particularidad de esta epidemia fue lo rápido que se extendió por todo el mundo, algunas teorías apuntan a la influencia en su propagación de la amplia red de transporte ferroviario y marítimo existentes en aquel momento. Dicha epidemia no distingue clases sociales pues afectó igualmente a ricos y pobres, como lo cita (García, 2018).

**Fiebre amarilla: (finales del siglo XIX y principios del XX) 150 mil muertos aproximadamente**

La fiebre amarilla es una enfermedad vírica aguda, hemorrágica, transmitida por mosquitos infectados, este virus es endémico de países como África, América Central y Sudamérica, zonas tropicales. Hay varias especies diferentes de mosquitos Aedes y Haemagogus que transmiten el virus, las grandes epidemias de fiebre amarilla se crean cuando el virus es introducido por personas infectadas en zonas con mayor población, con gran densidad de mosquitos. En estas condiciones, los mosquitos infectados transmiten el virus de una persona a otra, como lo refiere la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2019).

**Gripe Asiática: (1957- 1958) 1,1 mil millones de muertos**

La pandemia de gripe asiática fue causada por un virus de la influenza aviar A, H2N2 que incluye genes de hemaglutinina (H2) y de neuraminidasa (N2). Esta pandemia tuvo una rápida propagación dado a dos factores, el incremento de los transportes y vuelos internacionales, a pesar de la mutación sufrida por el virus, cabe recalcar que este fue el menos virulento que el de 1918 dado a que los sistemas de salud estaban más preparados y mejor equipados para enfrentarlo, como lo cita (Barricarte, 2006).

**Gripe de Hong Kong: (1968-1970) 1 millón de muertos**

Es una pandemia que asoló y generó temor a nivel mundial, fue en Estados Unidos donde se registraron los primeros infectados, las personas acudían al hospital dado a fuertes gripas y duraderos en el tiempo, fue así como se fue propagando a diferentes países, ciudades, etc. Fue llamada Gripe de Hong Kong porque descubrieron que el paciente cero surgió de allí. El virus A

(H3N2), con incorporación de material genético de la gripe aviar, fue el responsable de esta pandemia, como lo refiere (Rodríguez, 2019).

### **VIH/SIDA: (1981 - actual) 25/35 millones de muertos.**

El sida es causado por un virus de inmunodeficiencia humana, Si bien existen diferentes cepas que tienen la capacidad de infectar a seres humanos, esta pandemia tuvo sus orígenes en la aparición de una cepa específica, el subgrupo M del VIH-1, en Leopoldville, y son los jóvenes quienes más llegan a padecer de este virus, quizás por sus libertinajes o desinformación. Esta es una de las pandemias que azotan a la humanidad hasta el día de hoy, como lo menciona (Cortés, García, Lantero, González y Suárez, 2006).

### **SARS-COV: (2002 - 2003) 800 mil Aproximadamente**

Es un Síndrome Respiratorio Agudo Severo, de la familia del coronavirus, es una enfermedad surgida en 2002 en China, que da problemas respiratorios y de neumonía. Esta enfermedad se caracteriza por generar fiebre elevada, tos seca, disnea y frecuentemente infiltrados pulmonares e hipoxemia. A raíz de este virus se había pronosticado una posible nueva cepa para un futuro, el que se vive en la actualidad, como lo cita (Cruz, Borja, Hernández y Velázquez, 2003).

### **Gripe Porcina: (2008 - 2010) 200 mil muertos**

Es la segunda pandemia causada por el virus de la gripe H1N1, casi un siglo después de la gripe española se originó cuando los virus de las gripes aviar, porcina y humana se combinaron con un virus de la gripe porcina euroasiática, razón por la que se le conoce como gripe porcina.

Los primeros síntomas son parecidos a la gripe, incluyendo fiebre, escalofríos, tos, dolor de cabeza, dolor de músculos y articulaciones, dolor de garganta y flujo nasal, algunas veces vómito o diarrea. Se estima que un 20% de la población mundial estuvo infectada, como lo refiere (Salinas, 2009).

### **MERS: (2012) 858 muertos**

Este Síndrome Respiratorio de Medio Oriente, señaló que había posibilidades del vínculo con los murciélagos como posibles portadores del virus, pero otros estudios notificaron a los camellos dromedarios como portadores del virus MERS-CoV. Este virus suele propagarse mediante el contacto directo con una persona infectada. Los síntomas incluyen fiebre, tos y dificultad para respirar. Otros síntomas son las náuseas, los vómitos y la diarrea, como lo menciona (Celly y Villamil, 2014).

### **Ébola: (2013-2016) 11.300 muertos**

Es una fiebre hemorrágica viral, para el año 1976 se presentaron 16 brotes que no fueron catalogados como Ébola, pues hasta hace poco que se presentó brotes en masas y se estipulo como tal la enfermedad. Su índice de mortalidad puede alcanzar el 50-60%. El virus puede contraerse por contacto con la sangre o los fluidos corporales de animales infectados, como lo cita (Pizzi, 2014).

### **SARS-COV2: (2019 - actualidad) 2'997.000 muertos para el 15 de abril del 2021**

Este virus es el primero de la familia del coronavirus que se cataloga como pandemia, se reporta a finales de diciembre del 2019, cuando en Wuhan - China ocurrió un caso inexplicado

de neumonía masiva, la OMS ahora llama a la enfermedad COVID-19. Aunque el virus es SARS-CoV. La Comisión Nacional de Salud incluyó este como un tipo de neumonía y enfermedades infecciosas reglamentaria, como lo refiere (Yanping, 2020).

El coronavirus cada vez preocupa más a la población mundial. La enfermedad del Covid-19 afecta de distintas maneras a cada persona. Los síntomas más habituales son: fiebre, tos seca, cansancio, molestias y dolores, dolor de garganta, diarrea, conjuntivitis, dolor de cabeza, pérdida del sentido del olfato o del gusto.

Algunos de estos virus tienen clasificación de epidemias y pandemias, pero al pasar el tiempo y ser vigentes o no tener un tratamiento específico, se convierten en una enfermedad y por ende son catalogados también como endémicos, tal es el caso del Ébola, VIH/SIDA, Cólera, entre otros.

Como lo refiere la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015) Las epidemias, endemias y pandemias son emergencias sanitarias en las que se ve amenazada la vida de las personas de manera endógena y exógena, causando a menudo brotes fulminantes, con altas tasas de letalidad.

Desde la perspectiva de la salud mental y por primera vez se puede indagar una pandemia de gran magnitud, ya que anteriormente las grandes pandemias que han marcado la historia no se han documentado desde la rama de la psicología. Actualmente la enfermedad del Covid-19 implica una perturbación donde la población sufre tensiones y angustias en mayor o menor medida. Viéndose afectado el personal de primera respuesta, ya que están constantemente expuesto a situaciones psicotraumatizantes, estrés, miedo, entre otras emociones debido a su profesión como lo refiere la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020).

Es normal la aparición de algunas enfermedades y afectaciones en el personal sanitario, durante y después de las situaciones vividas y como parte del trauma. Pero, si las reacciones fisiológicas, cognitivas, conductuales, afectivas persisten por largo tiempo y afectan directamente su vida social, laboral y familiar, reduciendo poco a poco su calidad de vida se podría pensar en el desarrollo de otros trastornos y síndromes; siendo el trastorno por estrés postraumático y el síndrome de estrés agudo, los más comunes, como lo cita (Ruiz y Guerrero, 2017).

Como lo mencionan (Ruiz, Guerrero y Esther, 2017) Para los integrantes del área de la salud, una epidemia, endemia o pandemia, puede llegar a ser la vivencia más significativa aún y cuando han sido preparados para atender a la población bajo el juramento hipocrático y las normas Florence Nightingale. El impacto en la salud mental que se tiene lugar no sólo entre aquellos que sufren pérdidas de manera directa, sino incluso entre los que participan en las labores de auxilio ya que vivencian la situación de emergencia, pero también cuyas condiciones del evento pueden estar amenazando su propia integridad física y la de sus compañeros, presentando agresión contra ellos “por ser portadores del virus”, ser denigrados por su profesión, los pensamientos catastróficos que pueden tener frente a lo que viven y cómo creen que pueden afectar a sus familiares, y pérdidas importantes de carácter: físico, psicológico, social o individual. De ahí la importancia de reforzar el apoyo psicológico.

En estos eventos de gran magnitud para el personal de la salud, Ruiz, Guerrero y Esther, (2017) refieren que se puede:

He de destacar que es normal la aparición de algunas de estas reacciones durante o después de que ocurre una situación de emergencia o desastre, y se consideran

parte del proceso de elaboración del trauma, duran unos días o pocas semanas, pero si persisten por más tiempo de lo que se esperaría es necesaria la intervención profesional pues se estaría hablando de un estado crónico (p.254).

La American Psychological Association, (APA, 2014) El Trastorno por Estrés Agudo implica la exposición a un evento o suceso traumático, y origina una serie de síntomas intrusivos, disociativos y de evitación, causando un grave malestar a la persona que lo padece:

Sentimientos intensos e impredecibles: ansiedad, nervios, irritabilidad, cambios de humor constantes (p.2).

Cambios en los patrones de pensamiento y de conducta: alteraciones del sueño (dificultad para dormir, pesadillas) y alimentación (exceso o falta de apetito), dificultad de concentración y en la toma de decisiones, etc (p.2).

Sensibilidad a factores ambientales: Sirenas, ruidos fuertes, olores u otras sensaciones ambientales pueden actuar como estímulos evocadores de los recuerdos del desastre. Estos factores desencadenantes pueden venir acompañados de síntomas de ansiedad y miedo (p.2).

Para el Ministerio de la Protección Social (MPS, 2011) es importante identificar los signos y síntomas del estrés a raíz de eventos catastróficos en el personal de salud, para lograr un reconocimiento temprano y ofrecer atención desde la salud mental.

Según el Ministerio de la Protección Social (MPS, 2011) refiere algunos síntomas principales que se presentan en diferentes aspectos y que se evidencia a lo largo en los profesionales de la salud en situaciones de emergencia estos son:

Psicológicas y emocionales	Comportamentales	Físicas	Cognitivas
Negación	Tendencia a la hiperactividad y el híper alerta	Incremento de la presión arterial	Problemas de memoria
Sensación de frustración combinada con el deseo de controlar o solucionar todo	Incremento del consumo de alcohol, tabaco u otras sustancias psicoactivas	Molestias estomacales, náuseas y diarrea	Incapacidad para dejar de pensar en el desastre
Ansiedad y miedo	Cambios abruptos de actividad	Sudoración o escalofrío	Confusión
Uso de alcohol u otras sustancias psicoactivas	Disminución de la eficacia y la efectividad	Incremento de los latidos cardíacos y la frecuencia respiratoria	Dificultades para hacer cálculos, establecer prioridades y tomar decisiones
Preocupación por su propia seguridad y la de otros	Ataques de rabia y discusiones frecuentes	Disminución de la agudeza auditiva	Dificultad para la elaboración e integración de la experiencia.
Rabia e irritabilidad	Dificultad para comunicarse	Temblor en manos y labios	Desorientación
Cansancio	Exagerado sentido del humor	Temblores musculares	Pérdida de objetividad
Tristeza, duelo, depresión, desánimo	Incapacidad para descansar o “relajarse”	Dolores de cabeza	Dificultades de atención
Sueños desagradables	Cambios en los patrones de sueño	Fatiga	
Sentimientos de agobio, desesperanza	Cambios en las costumbres íntimas y sexuales	Cambios en el deseo sexual	
Sentimiento de aislamiento, de estar perdido o abandonado	Aislamiento social y silencio	Brotos alérgicos artritis	
Cambios en el estilo de vida	Evitación de actividades o lugares que hacen aflorar recuerdos		

Tabla 2 síntomas del estrés agudo según el (Ministerio de la Protección Social, 2011)

**Pregunta problematizadora**

¿Cuáles son las estrategias de afrontamientos utilizadas ante el trastorno de estrés agudo de siete integrantes que hacen parte del personal de la salud en área de cuidados intensivos (UCI) de la ciudad de Medellín, al estar involucrados en actividades de atención ante la pandemia del COVID- 19?

### Antecedentes

El trastorno de estrés representa una afección de salud mental que algunas personas desarrollan tras vivenciar algún evento traumático. Salas, Sierra, Silva y Torres, para el año (2020) ha desarrollado en la ciudad de Medellín - Colombia, un estudio titulado la salud mental del personal de atención en salud en el contexto de la pandemia por covid-19, cabe resaltar que este estudio aún sigue vigente y tiene como objetivo realizar el diagnóstico de la situación de Salud Mental de los profesionales de la salud en el contexto de la pandemia, para estimar la frecuencia de ansiedad, depresión y trastornos del sueño según sexo, edad y ocupación. La metodología que se ha implementado refiere a un estudio transversal analítico con base en encuestas aplicadas a 711 profesionales, la población estuvo constituida por personal médico, de enfermería y otros profesionales de salud residentes en Bogotá, Medellín y otras ciudades de Colombia. Además, se realizaron mediciones de la salud mental de estos trabajadores de la salud, mediante la aplicación de las escalas: de depresión, ansiedad y trastornos del sueño. Para la recolección de la información se utilizó el envío de encuesta en línea. Como resultados de este estudio inicial se encontró que los profesionales de la salud se identifican con el temor a ser contagiados y contagiar a su familia; ser discriminados y agredidos por estar trabajando en un hospital o clínica donde se atienden los pacientes con COVID-19; el temor de que un compañero de trabajo sea diagnosticado con COVID19 y lo más doloroso pueda morir por la enfermedad causada por el virus. En el estudio se aplicaron escalas validadas sobre los trastornos mentales de ansiedad, depresión, problemas de sueño o insomnio. Del total de la muestra que cerca al 40.0% de los consultados cumplió con los criterios para padecer de algún tipo de trastorno. Los médicos son los más afectados para todos los trastornos estudiados, al presentar el 35,4% ansiedad; el 26,7% depresión y el 13,0% insomnio; seguidos por otros profesionales con el 31,8% ansiedad, el

18,2% depresión, y el 4,5% insomnio. Por su parte, de los enfermeros el 27,8% padece ansiedad, el 16,7% depresión y el 10,5% insomnio. También se identificó que esas afectaciones de la salud mental son a raíz de los factores a los que se ven expuestos como: tener que aislarse de su familia por el trabajo, falta de equipos de protección personal, largas jornadas laborales; cansancio físico y mental; pérdida de la rutina personal; rechazo y agresión por segmentos de la sociedad; y excesiva información médica y no médica relacionada con el coronavirus (Infodemia).

Huarcaya, para el año (2020) en Lima - Perú, se realizó un estudio titulado:

Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de COVID-19, con el objetivo presentar una revisión narrativa de los efectos de la pandemia de COVID-19 sobre la salud mental. El método que se ha implementado refiere a una revisión narrativa estructurada, a partir de instrumentos de búsqueda de todos los artículos publicados desde el 1 de diciembre de 2019 hasta el 24 de marzo de 2020, sobre las afectaciones mentales por el COVID-19 en la población mundial, con un ítems que refiere al personal de salud, donde se refleja resultados para prestar atención al diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud mental y más del personal de la salud que como lo refiere el rastreo de información y la Organización Mundial de la Salud (OMS) estos se están viendo afectados ante; una posible contaminación, aislamiento, incremento de la demanda de trabajo, frustración, cansancio por las largas jornadas laborales, falta de contacto con sus familiares y trato con pacientes que expresan emociones negativas. Durante las etapas iniciales de las emergencias sanitarias, el personal de salud presenta síntomas depresivos, ansiosos y similares al (TEPT) trastorno de estrés postraumático, enfermedades que no solo repercuten en la atención y toma de decisiones (las principales herramientas de lucha contra la COVID-19), sino también en su bienestar.

Lai et al., para el año (2020) en China, realizaron un estudio titulado: Factores asociados con los resultados de salud mental entre los trabajadores de la atención médica expuestos a la enfermedad por coronavirus 2019, con el objetivo de evaluar la magnitud de los resultados de salud mental y los factores asociados entre los trabajadores de la salud que tratan a pacientes expuestos al COVID-19 en China. Este estudio transversal, basado en encuestas y estratificado por regiones recopiló datos demográficos y mediciones de salud mental de 1.257 trabajadores de la salud en 34 hospitales desde el 29 de enero de 2020 hasta el 3 de febrero de 2020. Como resultados se resalta que el personal encuestado informó la presencia de síntomas depresivos (50,4%), ansiosos (44,6%), insomnio, se demostró que entre el 20% y el 49% de los profesionales de la salud experimentaron estigma social relacionado con su trabajo y el temor de la comunidad y familiares de ser contagiados por ellos.

Lastre-Amell, Gaviria, Herazo y Mendinueta en el año (2018) en Barranquilla, Colombia, llevaron a cabo una investigación titulada estresores laborales en el personal de enfermería de unidades de cuidados intensivos, con el objetivo de determinar los estresores laborales que afectan al personal de enfermería que labora en unidades de cuidados intensivo en la ciudad de Barranquilla. Estudio descriptivo-transversal en 212 personas que laboran en el servicio de enfermería en 6 Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), se evaluó en qué medida diversas situaciones representan una fuente de estrés, tensión o irritabilidad en el trabajo actual, mediante el Cuestionario Estresores Laborales para Enfermería (The Nursing Stress Scale). Como resultado, el 66% de los participantes mostraron un nivel crítico de estrés. Entre las diferentes situaciones estresantes que influyen en el nivel de estrés de los participantes están el miedo a cometer un error en los cuidados de un paciente 34,6%; la muerte de un paciente 17,1%; Pasar

temporalmente a otros servicios con falta de personal 3,6% y falta de personal para cubrir adecuadamente el servicio 19,7%.

Abaz, Babbino, Volpi, Orlando y Valdez, para el año (2016) en Buenos Aires, Argentina, realizaron un estudio del estrés postraumático en personal de la salud que ha participado en eventos con víctimas múltiples, con el objetivo de detectar prevalencia de trastorno de estrés postraumático (TEPT) y sus consecuencias en trabajadores de la salud que han participado alguna vez en un evento con víctimas múltiples (EVM). La metodología de trabajo utilizada fue realizar una encuesta auto administrada con previo consentimiento, como instrumento recolector, se realizó una encuesta cerrada, individual y anónima, con diseño transversal, analítico. La población requerida para este estudio fue de 128 profesionales de la salud del área de emergencias de diferentes hospitales de Capital Federal y Gran Buenos Aires, en este estudio predominó el género femenino con un (59%), la media de edad fue 36 años, y la de trabajo en el área de emergencias: 18 años. El (73,43%) manifestaron síntomas de EPT, siendo los más comunes: recuerdos recurrentes (46,87%), dificultad para conciliar el sueño (23,43%), alteración en la concentración (22,65%) e hipervigilancia (26,56%). El 26,56% respondió que la atención de víctimas múltiples afectó su labor. Como conclusiones de este estudio se evidencia que la prevalencia del TEPT es elevada luego de un EVM, y en un buen porcentaje afecta su tarea cotidiana, y genera malestar clínico significativo. En varios casos la terapia es prolongada.

Macías, Madariaga, Valle y Zambrano, en el año (2013) en Barranquilla - Colombia, presentaron un estudio titulado: Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico, esta investigación tiene como objetivo presentar el recorrido teórico que sustentan las estrategias de afrontamiento individual y familiar en situación de estrés psicológico. La metodología de este estudio se realizó mediante una investigación bibliográfica

analítica. Los resultados arrojados en este estudio, resaltan tres estrategias de afrontamiento individual: las estrategias centradas en el problema son utilizadas en condiciones de estrés controlable, las estrategias centradas en las emociones tienden a ser utilizadas cuando se percibe un nivel de estrés incontrolable, como el experimentado ante el peligro de muerte, por último, las estrategias basadas en la evitación tienden a manejarse en aquellos casos en los que la persona asume aplazar el afrontamiento activo por la necesidad de ordenar y hacer acopio de sus recursos psicosociales antes de afrontar activamente la situación. También se presentan estrategias de afrontamiento familiar como: Reestructuración donde la familia tiene la capacidad para redefinir los eventos estresantes para hacerlos más manejables. La evaluación pasiva donde la familia es capaz de aceptar asuntos problemáticos, minimizando su reactividad. Atención de apoyo social. Búsqueda de apoyo espiritual. Movilización familiar. La habilidad familiar para buscar recursos en la comunidad y aceptar ayuda de otros. Finalmente, este análisis teórico resalta la relevancia del abordaje científico de las estrategias de afrontamiento para el estrés tanto individual como familiar, dada su importancia para el bienestar de las personas.

Molina y Rodríguez para el año (2011) en San José, Costa Rica. Realizaron un estudio titulado estrategias de afrontamiento: un programa de entretenimiento para paramédicos de la Cruz Roja. El objetivo se basa en el diagnóstico sobre las estrategias de afrontamiento utilizadas por un grupo de once técnicos en emergencias médicas (TEM) de la Cruz Roja Costarricense. La investigación es de enfoque cualitativo y de tipo fenomenológico, contando con la participación de 11 personas en total, ocho del Comité Metropolitano de Servicios de Emergencia y Rescate (COMSER) y tres del Comité Auxiliar en San Antonio de Belén, Heredia. Los instrumentos utilizados fueron: entrevista semiestructurada, la Escala de Estrategias de Coping-Modificada. Como resultados se evidencio que las estrategias de afrontamiento más utilizadas por los TEM

referente a la liberación del estrés que padecieron en torno a su labor profesional, correspondían el humor negro, la utilización del lenguaje soez, la jocosidad, el centramiento en la labor y la despersonalización, respecto a algunos pacientes, y con respecto a las estrategias de afrontamiento mayormente utilizadas fueron la búsqueda de alternativas, al hablar, mayormente, con personas de mucha confianza como colegas y pareja, la evitación comportamental, que se manifestó como su aislamiento en algunas ocasiones o la excesiva centralización en lo médico y en actividades distractoras. El conformismo se manifestó más como una aceptación de lo vivido, la evitación emocional debido a la falta de espacios para tras laborar libremente sus sentimientos, la evitación cognitiva al, generalmente, recurrir, de manera inconsciente, al humor o a la focalización en lo médico, por medio de la reevaluación positiva buscaron el lado positivo de cada una de sus experiencias vividas, como, por ejemplo, la ayuda al paciente, la satisfacción por la labor realizada o la valoración de la vida.

Cruz, Austria, Herrera, Vázquez, Vega y Salgas para el año (2010) en la ciudad de México, realizaron un estudio el cual se titula Estrategias activas de afrontamiento: un factor protector ante el síndrome de burnout “o desgaste profesional” en trabajadores de la salud. El objetivo fue identificar el efecto de las estrategias de afrontamiento activas sobre el síndrome de burnout. Estudio descriptivo transversal con una muestra por cuotas a 500 trabajadores de la salud, se aplicó el cuestionario Maslach Burnout Inventory versión Human Services, el cual evalúa tres dimensiones: cansancio emocional, despersonalización y realización personal, para medir las estrategias de afrontamiento se utilizó el instrumento de afrontamiento ante riesgos extremos. Como resultados se evidenciaron que el uso de estrategias activas de afrontamiento (solución de problemas, búsqueda de información, análisis de circunstancias para actuar de manera más efectiva) tienen efectos protectores ante el síndrome de burnout entre el personal de salud. EA

(Estrategias activas de afrontamiento) uso de comportamientos relacionados al problema, el análisis de las circunstancias para saber qué hacer, reflexión de posibles soluciones, búsqueda de información, estrategias de anticipación a un desastre, controlar las emociones y circunstancias, así como la búsqueda de apoyo social. EP (Estrategias pasivas de afrontamiento) utilización de estrategias, como retraimiento, tratar de no pensar en el problema, tratar de no sentir nada, ignorar, negar o rechazar el evento, bromear y tomar las cosas a la ligera y aceptación pasiva.

Escribá y Bernabé para el año (2002) en Valencia - España, realizaron una investigación que lleva por título estrategias de afrontamiento ante el estrés y fuentes de recompensa profesional en médicos especialistas de la comunidad valenciana. Un estudio con entrevistas semiestructuradas. Plantean como objetivo identificar las estrategias de afrontamiento ante el estrés que utilizan los médicos especialistas de seis hospitales públicos de la provincia de Valencia, y describir sus fuentes de recompensa y satisfacción profesional. El método utilizado fue un estudio cualitativo realizado por entrevistas semiestructuradas individuales a 47 médicos especialistas de seis hospitales públicos. La investigación se ha desarrollado a través de la técnica de entrevista individual semiestructurada. Arrojando como resultado que las estrategias de afrontamiento referidas con más frecuencia por los facultativos entrevistados, analizadas de manera general, son las centradas en las emociones y en concreto la desconexión conductual y la búsqueda de apoyo social emocional. Sin embargo, ante factores estresantes puntuales concretos de la práctica diaria, las estrategias más frecuentes son las centradas en el problema. Entre ellas esta aceptación, desconexión mental, estrategias dirigidas a paliar los efectos generales del estrés laboral, consumo de fármacos o tabaco, etc....

## Objetivos

### Objetivo general:

Describir cuales son las estrategias de afrontamientos ante el trastorno de estrés agudo de 7 integrantes que hacen parte del personal de salud en el área de cuidados intensivos (UCI) en la ciudad de Medellín, al estar involucrados en actividades de atención ante la pandemia del COVID- 19.

### Objetivos específicos:

Reconocer qué estrategias de afrontamiento son las más utilizadas por el personal de la salud ante el trastorno de estrés agudo por medio de la escala de Coping modificada (EEC-M).

Identificar el trastorno de estrés agudo que presentan 7 integrantes que hacen parte del personal de salud en el área de cuidados intensivos, por medio de la escala de gravedad de los síntomas de estrés agudo - adultos.

### **Justificación**

Para el año 2020, la población del mundo se enfrentó a una nueva y amenazante situación biológica para el milenio, teniendo la obligación de afrontarla y en donde lejos de aportar seguridad, ha contribuido a elevar los niveles de ansiedad, incertidumbre y miedo.

Este trabajo tiene como propósito identificar las estrategias de afrontamiento ante el trastorno de estrés agudo (TEA) de siete integrantes del personal de salud, dedicados al área de unidad de cuidados intensivos (UCI) de diferentes hospitales de Medellín, que evidencian las consecuencias ocasionadas por la emergencia sanitaria que se vive actualmente en la ciudad de Medellín-Antioquia a raíz del COVID-19.

Con la llegada de la enfermedad del COVID-19 a la ciudad de Medellín, las alertas en el sector de la salud se activaron teniendo en cuenta la precariedad del sistema, recargando en ellos la mayor parte de la responsabilidad para darle control y solución a este virus, sumando la presión social, denigración, agresiones físicas y/o psicológicas, repercutiendo esto negativamente en su salud mental y vida diaria.

Es de suma importancia brindar estrategias de apoyo a la salud mental de esta población, generando conciencia ya que ellos son la primera línea, mayor fuerza laboral en salud a nivel local y mundial, quedando expuestos a una amplia y compleja vivencia debido a las diferentes crisis sanitarias y/o nuevas enfermedades.

## Marco referencial

### Epidemias

Una epidemia es una enfermedad infecciosa que llega a propagarse rápidamente en una población determinada, esta se caracteriza por ser de carácter local ya que su alcance se presenta en una población determinada. Cada enfermedad epidémica requiere procedimientos específicos para la prevención y tratamiento de la población. Las epidemias llegan a tener diferentes comportamientos, por esto se categorizan en dos ciclos, regulares que son enfermedades como la fiebre tifoidea, las enfermedades diarreicas infantiles y la neumonía, que tienen como característica una estrecha relación con las estaciones climáticas anuales. Y las enfermedades de ciclos irregulares donde la duración sintomatológica es mayor a un año, como el sarampión y la escarlatina, como lo cita (Idrovo, 2000).

### Endemias

Las endemias son definidas como brotes de una enfermedad que afecta una región y dan una alerta mundial, estas llegan a ser controladas y se puede predecir el ritmo de contagio. Las endemias no desaparecen y en general son cíclicas. Entre las enfermedades endémicas más reconocidas está la varicela, afección que se da entre los jóvenes y adolescentes, esta puede variar en el ritmo de contagio, como lo menciona (Idrovo, 2000).

## **Pandemias**

Las pandemias son brotes epidémicos, pan es “todos” y demos “personas”, estas afectan regiones geográficas extensas, sus alcances son continentales, sus cifras estadísticas y controles son dirigidas por la Organización Mundial de la Salud como lo refiere (Rosselli, 2020).

La Organización Mundial de la Salud (citada por Rosselli, 2020) establece seis fases para las epidemias:

Fase 1: que corresponde a la Inter pandemia, en esta se identifican e idealmente se vigilan los virus que existen en animales, y puedan llegar a ser un potencial que afecte al ser humanos.

Fase 2: es el momento en que se detectan seres humanos contagiados por alguno de estos virus de animales.

Fase 3: se describen grupos de personas que son afectadas por la enfermedad, especificando las características comunes; en esta fase ya puede haber transmisión de persona a persona, pero aún no es suficiente para generar un brote en la comunidad.

Fase 4: se declara y describe la transmisión comunitaria, de persona a persona, y los países deben notificar las situaciones vivientes a la OMS, para organizar una intervención focalizada.

Fase 5: se reportan comunidades afectadas en por lo menos, dos países de una misma región. Esta fase indica que una pandemia puede ser inminente, y esta declara a la fase 6

Fase 6: ya está la transmisión comunitaria en países de dos o más regiones de la OMS.

## Virus

Según Contreras, Flores, Talavera, Martínez, y López (1994) refieren que:

Los virus son conocidos como “parásitos” de las células, ya que sólo pueden crecer y multiplicarse cuando las invaden. Cuando una célula es invadida por un virus se le conoce como célula hospedera. Los virus pueden introducirse en diversos organismos entre ellos los microorganismos mediante un proceso conocido como infección. En la mayoría de los casos esta infección provoca enfermedades. Los virus pueden tener varios efectos sobre la célula infectada, ya sea que ocasionen una rápida destrucción de la misma o pueden no destruir a la célula y mantenerse por un largo tiempo produciendo más virus o generando retrasos en la aparición de síntomas de una enfermedad (p.3).

Los virus únicamente pueden mantenerse activos y solo pueden sobrevivir si permanecen dentro de una célula viva, necesitan de ella para poder sobrevivir y replicarse. Los virus producidos escapan de la célula e infectan otras más. Dándole continuidad a lo anterior debemos hacer un acercamiento y tener claro cuál es la definición de enfermedad ya que la mayoría de las veces las epidemias, endemias o pandemias, se clasifican como una enfermedad ya que son repetitivas y en ocasiones se mantienen vigentes en la sociedad. Algunas enfermedades son el resultado de la reactivación del virus en el sistema nervioso central después de un período de latencia muy largo como lo cita (Contreras, Flores, Talavera, Martínez, y López, 1994).

## **Coronavirus - COVID19**

El Ministerio de Salud Pública (MSP, 2020) define el COVID-19 como una enfermedad infecciosa causada por el coronavirus sus síntomas clínicos pueden ser leves, moderados o severos y son semejantes a los de otras infecciones respiratorias agudas, como fiebre, tos, secreciones nasales y malestar general. Algunos pacientes pueden presentar dificultad para respirar.

Para las últimas semanas del mes de diciembre del 2019 en Wuhan (China), se informó la ocurrencia de casos de Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG) causada por un nuevo coronavirus (COVID - 19). El 6 de marzo se confirmó el primer caso de Coronavirus (COVID - 19) en Colombia. La (OMS) Organización Mundial de la Salud, es quien está en constante monitoreo en todo el mundo a raíz de este brote como lo cita el Ministerio de Salud Pública (MSP, 2020).

## **Enfermedad**

Según la Organización Mundial de la Salud, OMS, (2009) la definición de enfermedad es la “Alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, por causas en general conocidas, manifestada por síntomas y signos característicos, cuya evolución es más o menos previsible” (p.1).

Los profesionales de la salud hablan de enfermedad cuando un individuo es atacado por alguna causa y en él se dan manifestaciones inusuales que detonan alteraciones y síntomas como; dolores, mareos, fiebre, pulso rápido, enrojecimientos en alguna zona del cuerpo, etc. Dichas

manifestaciones permiten al personal sanitario discrepar una enfermedad de otra como lo refiere la Organización Mundial de la Salud, (OMS, 2009).

### **Trastorno de estrés agudo (TEA)**

La American Psychological Association, El Trastorno por Estrés Agudo implica la exposición a un evento o suceso traumático, y origina una serie de síntomas intrusivos, disociativos y de evitación, causando un grave malestar a la persona que lo padece (APA, 2014).

APA, (2014) define los criterios para el trastorno por estrés agudo:

El DSM-V (APA, 2013) define el trastorno por estrés postraumático como:

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

Experiencia directa del suceso(s) traumático(s).

Presencia directa del suceso(s) ocurrido a otros.

Conocimiento de que el suceso(s) traumático(s) ha ocurrido a un familiar próximo o a un amigo íntimo. En los casos de amenaza o realidad de muerte de un familiar o amigo, el suceso(s) ha de haber sido violento o accidental.

Exposición repetida o extrema a detalles repulsivos del suceso(s) traumático(s) (p. ej., socorristas que recogen restos humanos; policías repetidamente expuestos a detalles del maltrato infantil).

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

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

Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso(s) traumático(s).

Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño está relacionado con el suceso(s) traumático(s).

Reacciones disociativas (p. ej., escenas retrospectivas) en las que el sujeto siente o actúa como si se repitiera el suceso(s) traumático(s). (Estas reacciones se pueden producir de forma continua, y la expresión más extrema es una pérdida completa de conciencia del entorno presente).

Malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).

Reacciones fisiológicas intensas a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).

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

Evitación o esfuerzos para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s).

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

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

Incapacidad de recordar un aspecto importante del suceso(s) traumático(s) (debido típicamente a amnesia disociativa y no a otros factores como una lesión cerebral, alcohol o drogas).

Creencias o expectativas negativas persistentes y exageradas sobre uno mismo, los demás o el mundo (p. ej., “Estoy mal,” “No puedo confiar en nadie,” “El mundo es muy peligroso,” “Tengo los nervios destrozados”).

Percepción distorsionada persistente de la causa o las consecuencias del suceso(s) traumático(s) que hace que el individuo se acuse a sí mismo o a los demás.

Estado emocional negativo persistente (p. ej., miedo, terror, enfado, culpa o vergüenza).

Disminución importante del interés o la participación en actividades significativas.

Sentimiento de desapego o extrañamiento de los demás.

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

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

Comportamiento irritable y arrebatos de furia (con poca o ninguna provocación) que se expresan típicamente como agresión verbal o física contra personas u objetos.

Comportamiento imprudente o autodestructivo.

Hipervigilancia.

Respuesta de sobresalto exagerada.

Problemas de concentración.

Alteración del sueño (p. ej., dificultad para conciliar o continuar el sueño, o sueño inquieto).

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

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

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

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

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

2. Desrealización: Experiencia persistente o recurrente de irrealidad del entorno (p. ej., el mundo alrededor del individuo se experimenta como irreal, como en un sueño, distante o distorsionado).

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

Especificar si: con expresión retardada: Si la totalidad de los criterios diagnósticos no se cumplen hasta al menos seis meses después del acontecimiento (aunque el inicio y la expresión de algunos síntomas puedan ser inmediatos) (p.280 - 281).

Para la clasificación internacional de las enfermedades, también define y refiere el siguiente criterio para el trastorno de estrés agudo, CIE 10, (2018):

Trastorno transitorio de una gravedad importante que aparece en un individuo sin otro trastorno mental aparente, como respuesta a un estrés físico o psicológico excepcional y que por lo general remite en horas o días. El agente estresante puede ser una experiencia traumática devastadora que implica una amenaza seria a la seguridad o integridad física del enfermo o de persona o personas queridas (por ejemplo, catástrofes naturales, accidentes, batallas, atracos, violaciones) o un cambio brusco y amenazador del rango o del entorno social del individuo (por ejemplo, pérdidas de varios seres queridos, incendio de la vivienda, etc.).

Características típicas de reacción a estrés agudo:

En un período inicial: estado de "embotamiento" con alguna reducción del campo de la conciencia, estrechamiento de la atención, incapacidad para asimilar estímulos y desorientación.

Alejamiento de la circunstancia (incluso hasta el grado de estupor disociativo), agitación e hiperactividad (reacción de lucha o de huida).

Signos vegetativos de las crisis de pánico (taquicardia, sudoración y rubor).

Puede existir amnesia completa o parcial para el episodio.

Debe haber una relación temporal clara e inmediata entre el impacto de un agente estresante excepcional y la aparición de los síntomas, los cuales se presentan a lo sumo al cabo de unos pocos minutos, si no lo han hecho de un modo inmediato.

Además, los síntomas:

Se presentan mezclados y cambiantes, sumándose al estado inicial de "embotamiento", depresión, ansiedad, ira, desesperación, hiperactividad o aislamiento, aunque ninguno de estos síntomas predomina sobre los otros durante mucho tiempo.

Tienen una resolución rápida, como mucho en unas pocas horas en los casos en los que es posible apartar al enfermo del medio estresante. En los casos en que la situación estresante es por su propia naturaleza continua o irreversible, los síntomas comienzan a apagarse después de 24 a 48 horas y son mínimos al cabo de unos tres días (p. 328).

## **Estrés**

El estrés es aquella reacción fisiológica del organismo en el que entran en juego diversos mecanismos de defensa para afrontar una situación que se percibe como amenazante, el estrés es una respuesta natural y necesaria para la supervivencia y así poder liberar las sobrecargas de tensión que repercute en el organismo y provoca la aparición de enfermedades y anomalías patológicas que impiden el normal desarrollo y funcionamiento del cuerpo humano, los efectos

del estrés inciden tanto en la salud física y mental. El estrés se caracteriza por una respuesta subjetiva hacia lo que está ocurriendo, como lo cita (Naranjo, 2009).

Para (Naranjo, 2009) existen dos grandes fuentes fundamentales del estrés. El primero se basa en agentes estresantes que provienen de circunstancias externas como del ambiente, de la familia, del trabajo, del estudio, entre otras. Y el segundo factor es producido por la persona misma, es decir, por sus propias características de personalidad y por su forma particular de enfrentar y solucionar los problemas.

A partir de las anteriores revisiones bibliográficas y los antecedentes encontrados, se resaltan los siguientes estresores en el personal de salud.

### **Factores estresores en el personal de la salud**

Para este estudio se identificó por medio de revisión bibliográfica algunos estresores en la personal salud, a raíz de la contingencia sanitaria por el virus del COVID-19, estos estresores son:

**Rechazo social:** En esta categoría se abarca la discriminación, agresión y la frustración.

Para (Salas, Sierra, Silva y Torres, 2020) refieren que la discriminación es uno de los principales estresores para el personal de la salud, ya que son estigmatizados por trabajar en un hospital, los tachan de ser posibles portadores de enfermedad y los señalan por transmitir el COVID-19.

En algunos casos, el personal de la salud es víctima de agresión física y psicológica por estar trabajando en el hospital o clínicas, sus victimarios son población generalizada, familiares

de sus pacientes, pacientes, vecinos, gente que circula por las calles mientras ellos se transportan, como lo mencionan (Salas, Sierra, Silva y Torres, 2020).

Como lo cita (Huarcaya, 2020) resalta que el personal de salud presenta como estresor la frustración de ser discriminados y agredidos por la ciudadanía en general, por trabajar en un hospital, cuando ellos benefician a la sociedad por prestar su servicio.

**Temores:** En esta categoría se abarca el temor al contagio, exposición a la muerte, aislamiento, fallecimiento de un paciente, escasez de recursos.

Para (Salas, Sierra, Silva y Torres, 2020) refiere que el temor al contagio que siente el personal de la salud es personal pero también para con sus familias y compañeros de trabajo, ya que en general se siente el temor de que alguien sea diagnosticado con COVID-19.

Al ser el personal de primera mano que está atendiendo la emergencia sanitaria del país por el COVID-19, los médicos, enfermeros y demás que trabajen en una entidad de salud siente temor por estar expuestos a la muerte ya sea propia, de un familiar, de un compañero o un paciente, como lo menciona (Salas, Sierra, Silva y Torres, 2020).

Según (Huarcaya, 2020) resalta que el personal de salud aún y cuando son los primeros en enfatizar en la importancia del aislamiento social, son también ellos quienes sienten temor de estar aislados de sus seres queridos y no verlos durante largos tiempos, aunque también presentan una confrontación y saben que es mejor no compartir mucho con ellos para cuidar de su salud.

Para (Lastre-Amell, Gaviria, Herazo y Mendinueta, 2018) la labor del personal de salud siempre va a estar como un estresor el temor de ver morir a un paciente, pues esto también

implica que ellos presenten miedo y tensión de cometer un error en los cuidados de un paciente y este se muera.

Según (Salas, Sierra, Silva y Torres, 2020) indica que la escasez de recursos es algo que preocupa al personal sanitario, primero por no tener las condiciones e instrumentos necesarios para atender a sus pacientes, pero también por no tener los materiales para el autocuidado a la hora de la atención.

**Sobrecarga laboral:** En esta categoría se abarca las excesivas jornadas laborales, el agotamiento y la escasez de tiempo. Como lo refiere Alcayaga, (2020) “Se conoce como sobrecarga laboral como el grupo de requerimientos psicofísicos a los que se somete un trabajador en su jornada laboral. Antiguamente, solo se medía el esfuerzo físico y ahora también se evalúa el esfuerzo mental, que genera fatiga” (p. 01).

Para (Salas, Sierra, Silva y Torres, 2020) refieren que las excesivas jornadas laborales para el personal de salud de los hospitales se incrementó, ya que al tener que cubrir la emergencia sanitaria por el COVID-19 no se cuenta con suficiente personal capacitado y se debe realizar más turnos labores.

Según (Huarcaya, 2020) el agotamiento es uno de los estresores del personal de salud, donde el cansancio refleja un mal estado físico y mental por las largas jornadas laborales.

La escasez de tiempo personal para los hobbies o el compartir con los seres queridos se hace notar, ya que, al incrementar las jornadas laborales, incrementa el tiempo de ocupación, según lo mencionado por (Salas, Sierra, Silva y Torres, 2020).

**Infodemia:** La desinformación o abundancia de información sobre un tema, como en este caso por el coronavirus, hace que los niveles de estrés y preocupación aumenten, ya que en la mayoría de los casos muchos hablan, dan información médica y no médica, que no son verídicas, como lo refiere (Salas, Sierra, Silva y Torres, 2020).

**Perturbación emocional:** En esta categoría se abarca la ansiedad, la depresión y los trastornos de sueño como sintomatología a raíz del estrés y como estado de la vida de un individuo en el que siente aberración por sí mismo y por su entorno, como lo cita (Salas, Sierra, Silva y Torres, 2020).

Para (Salas, Sierra, Silva y Torres, 2020) la ansiedad es una de las angustias emocionales que vive el personal de salud al enfrentarse a situaciones que les genera preocupación.

Según (Huarcaya, 2020) resalta la depresión como las afecciones asociadas a los cambios de humor de una persona una de las causas es por estar enfrentando situaciones amenazantes y que generan tensión y estrés.

El trastorno del sueño es un síntoma que se presenta por sueños perturbadores o pesadillas acerca del hecho traumático o amenazante que se vive, como lo menciona (Lai et al., 2020).

A partir de las anteriores revisiones bibliográficas y los antecedentes encontrados, se resaltan las siguientes estrategias de afrontamiento en el personal de salud, ante una situación estresante.

## Estrategias de afrontamiento

Los seres humanos se enfrentan a lo largo de su vida a simultaneas situaciones exteriores que exigen en la persona una respuesta, el objetivo de las estrategias de afrontamiento es analizar cómo se enfrenta el individuo antes algunos elementos estresantes determinados, enfermedades crónicas, estresores cotidianos como un fuerte ritmo de trabajo o sucesos vitales estresantes, como la pérdida del puesto de trabajo o un diagnóstico de infertilidad, existen diversos acontecimientos que pueden causar en el individuo algún malestar y las estrategias de afrontamiento son aquellas respuestas o recursos que se utilizan para mitigar la indisposición, como lo menciona (Vázquez, Crespo y Ring, 2003).

Para Stone y Cols, (son citados por Vázquez, Crespo y Ring, 2003) refieren que “de modo general, el afrontamiento se refiere a la serie de pensamientos y acciones que capacitan a las personas para manejar situaciones difíciles” (p.183).

Según Stone y Cols, (citados por Vázquez, Crespo y Ring, 2003) el afrontamiento:

Consiste, por lo tanto, en un proceso de esfuerzos dirigidos a manejar del mejor modo posible (reduciendo, minimizando, tolerando o controlando) las demandas internas y ambientales. En resumen, el afrontamiento quedaría definido como «aquellos procesos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/ o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo (p.15).

Lazarus y Folkman, (citados por Vázquez, Crespo y Ring, 2003) para distinguir dos tipos de generales estrategias, como las “Estrategias de resolución de problemas: son aquellas

directamente dirigidas a manejar o alterar el problema que está causando el malestar y las estrategias de regulación emocional: son los métodos dirigidos a regular la respuesta emocional ante el problema” (p.20).

El afrontamiento constituye un proceso variante con fines de adaptación, en el que el contexto y el sujeto se relacionan de manera permanente, conjunta y apuntan, además, que los seres humanos varían sus patrones de estrategias de afrontamiento en función del problema y/ o malestar a resolver. Cabe resaltar que cada individuo tiende a la utilización de aquellas estrategias de afrontamiento que domina, ya sea porque los aprendió o algún hallazgo imprevisto dado a alguna situación vivida, como lo menciona (Vázquez, Crespo y Ring, 2003).

Vázquez, Crespo y Ring (citan a Londoño et al., 2006) que desarrollaron en Colombia la Escala de Estrategias de Coping-Modificada (EEC-M) que incluye trece estrategias de afrontamiento: (a) búsqueda de alternativas, (b) conformismo, (c) control emocional, (d) evitación emocional, (e) evitación comportamental, (f) evitación cognitiva, (g) reacción agresiva, (h) expresión emocional abierta, (i) reevaluación positiva, (j) búsqueda de apoyo social, (k) búsqueda de apoyo profesional, (l) religión, (m) refrenar el afrontamiento, (n) espera.

**Búsqueda de alternativas:** Es la secuencia de acciones orientadas a solucionar un problema al tener en cuenta el momento oportuno para analizar e intervenir. También se entiende que son todas aquellas acciones a las que el individuo recurre con el fin de obtener solución a algún problema o dolencia y conocer sus propias causas, con el fin de enfrentarlo e intervenir en cada aspecto, como lo refiere (Londoño et al., 2006).

**Conformismo:** Estrategia cognitiva que busca tolerar el estrés, resignados con la situación. Como su nombre lo dice el individuo busca conformarse con la situación problema, también

pone de manifiesto la incapacidad de la persona para enfrentar problemas y somatizando múltiples enfermedades, como lo menciona (Londoño et al., 2006).

**Control o evitación emocional:** Estrategia cognitivo conductual que busca tolerar la situación estresante por medio del control de las emociones, o bien, evitar expresarlas por la carga emocional o por la desaprobación social que esta conlleva. Esta estrategia trata de controlar lo que la persona siente, de suprimir las emociones para así no dejarse llevar por estas, como lo refiere (Londoño et al., 2006).

**Evitación comportamental:** Estrategia conductual que lleva a cabo acciones que contribuyen a tolerar el problema, a eliminar o neutralizar las emociones generadas. Se busca emprender acciones que hacen la situación problema más tratable. Es importante utilizar herramientas lúdicas y actividades distractoras que jueguen a favor de la persona, pueden realizar su hobby favorito, ejercicio, ir a cine, entre otras, como lo menciona (Londoño et al., 2006).

**Evitación cognitiva:** Estrategia que busca eliminar o neutralizar los pensamientos valorados como negativos o perturbadores a través de la distracción o la negación. La persona al estar enfocada en otras acciones puede hacer que llegue a diferentes alternativas que distraigan parte de la atención a ese problema, como lo refiere (Londoño et al., 2006).

**Reacción agresiva:** Expresión impulsiva de la emoción de la ira dirigida hacia sí mismo, hacia los demás o hacia objetos, que puede disminuir la carga emocional que presenta la persona en un momento determinado, es una especie de catarsis a la que se recurre en ciertos momentos determinados. Esta estrategia puede desencadenar otros posibles problemas en la persona, como lo menciona (Londoño et al., 2006).

**Expresión emocional abierta:** Describe la tendencia a expresar las dificultades para afrontar las emociones generadas por la situación, expresar las emociones y resolver el problema. Mediante esta estrategia se busca tener un escape a las emociones expresarlas abiertamente y ser claros. El poder expresar las emociones le permite al sujeto tener más claridad del problema, como lo refiere (Londoño et al., 2006).

**Reevaluación positiva:** Busca aprender de las dificultades al identificar los aspectos positivos del problema. Principalmente se enfoca en aprender de las situaciones difíciles, identificando las fortalezas del sujeto o aquello positivo que pueda proceder de la situación, se generan pensamientos positivos acerca del problema, el optimismo hace gran parte de esta estrategia, como lo menciona (Londoño et al., 2006).

**Búsqueda de apoyo social:** Refiere al apoyo proporcionado por el grupo de amigos, familiares u otros, centrado en la disposición afectiva de recibir apoyo emocional e información para tolerar o enfrentar la situación problema, como lo refiere (Londoño et al., 2006).

**Búsqueda de apoyo profesional:** Estrategia conductual en la cual se busca el recurso profesional para solucionar el problema o sus consecuencias. Se busca obtener ayuda profesional para tolerar las emociones generadas por el problema, puede ser ayuda psicológica o desde el trabajo social, como lo menciona (Londoño et al., 2006).

**Espiritualidad:** Estrategia cognitivo-conductual expresada a través del rezo y la oración, dirigida a tolerar o solucionar el problema o las emociones que se generan ante el problema. La persona recurre a la divinidad y a la existencia de algún ser supremo en el cual crea para tener fortaleza y así enfrentar el problema, como lo refiere (Londoño et al., 2006).

**Refrenar el afrontamiento:** Con esta estrategia se busca realizar un stop (pausa) ante la situación problema, sin evadir o negar lo que pueda pasar sino posponer una reacción para así dar más claridad al problema, se trata de conocerlo, analizarlo, permitiendo afrontarlo de una mejor manera, como lo menciona (Londoño et al., 2006).

**Espera:** Estrategia cognitivo-conductual que busca esperar a que la situación se resuelva por sí sola con el pasar del tiempo, el individuo no emprende ninguna acción en contra de la situación, en esta estrategia la persona recurre a la esperanza de una solución positiva, como lo refiere (Londoño et al., 2006).

A Continuación se define el cargo y las funciones del personal, que se evaluó para este estudio.

### **Personal sanitario**

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2006) señala y refiere que el personal sanitario son todas aquellas personas que llevan a cabo una tarea que impliquen promover la salud, pero además tengan unos conocimientos certificados en: medicina, enfermería, farmacia, odontología y veterinaria.

Los trabajadores de los sistemas de salud están sometidos diariamente por su profesión a situaciones complejas que producen tensión e inseguridades crecientes. Los trabajadores sanitarios tienen que estar preparados para hacer frente a retos como el envejecimiento de la población, las nuevas enfermedades y el aumento de la carga de las ya existentes o el aumento de los conflictos y la violencia (OMS, 2006).

## **Médicos**

El término médico se usa para enfatizar al profesional que se forma en el ámbito de la medicina. Esta ocupación se basa en el desempeño de tareas encaminadas a promover y restablecer la salud, diagnosticar y curar enfermedades aplicando un cuerpo de conocimiento especializado, siempre de forma ética y competente, y que la práctica profesional se oriente hacia las necesidades de salud y de bienestar de las personas y de la comunidad, como lo menciona (Rodríguez, 2010).

El médico, analiza las enfermedades, la salud, la vida y la muerte. Su objetivo es desarrollar tareas de prevención y ofrecer tratamientos ante los trastornos que alteran el bienestar de los individuos, como lo refiere (Rodríguez, 2010).

## **Personal de terapia respiratoria**

Es una profesión que trabaja con pacientes que sufren de problemas y/o afecciones cardiopulmonares o respiratorios agudos o crónicos. Los terapeutas respiratorios trabajan como parte de un equipo multidisciplinario para diagnosticar, planificar un manejo incluyendo farmacológicos, tratamientos integrativos y evaluaciones cardiopulmonares de un paciente con una patología o afección, como lo menciona (Rodríguez, 2010).

## **Enfermeros o jefes de enfermería**

La enfermería es la ciencia que se dedica al cuidado y atención de enfermos y heridos, así como a otras tareas de asistencia sanitarias, esta forma parte de las conocidas como ciencias de la salud. La/os enfermera/os comparten con otros profesionales de la salud y de otros ámbitos de

servicio público las funciones de planificación, implementación y evaluación para garantizar la idoneidad del sistema sanitario con el fin de promover la salud, prevenir la enfermedad y cuidar de las personas enfermas y discapacitadas, como lo refiere (Torres, 2006).

### **Auxiliares de enfermería**

Se conoce como auxiliar de enfermería a la persona que tiene una titulación técnica en cuidados de enfermería. Los alcances de esta profesión varían según el país, ya que el concepto se utiliza para nombrar diversos grados de capacitación, normalmente estos auxiliares son ayudantes para el personal diplomado en enfermería, además de los médicos, se encargan de administrar medicamentos y acompañar al paciente durante la estadía en el hospital, como lo menciona (Torres, 2006).

### **Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)**

Las unidades de cuidados intensivos también son conocidas como unidades de vigilancia intensiva, unidades de cuidados críticos y refieren a una instalación especial dentro del área hospitalaria que proporciona medicina intensiva. Las (UCI) garantizan condiciones de seguridad, calidad y eficiencia adecuadas para atender pacientes que, siendo susceptibles de recuperación, requieren soporte respiratorio o que precisan soporte respiratorio básico junto con soporte de, al menos, dos órganos o sistemas; así como todos los pacientes complejos que requieran soporte por fallo multiorgánico, como lo menciona el Ministerio de Sanidad y Política Social (MSPS, 2010).

Según MSPS, (2010) refiere que las (UCI):

Se entiende por intensivista a un profesional médico que tiene una especialidad en atención al paciente crítico y las competencias profesionales para desarrollarla. La próxima regulación de las especialidades médicas y el proceso de homologación en la Unión Europea (UE) pueden introducir modificaciones, por lo que este criterio se adecuará a la normativa nacional y de la (UE) vigente en cada momento (p.9).

## **Metodología**

Esta investigación con metodología descriptivo y explicativo, para sondear cuáles son las estrategias de afrontamientos ante el trastorno de estrés agudo de 7 integrantes del personal de la salud en el área de cuidados intensivos (UCI) en la ciudad de Medellín, al estar involucrados en actividades de atención ante la pandemia del COVID- 19, el método de trabajo es de enfoque cuantitativo.

## **Método**

Para esta investigación se refiere un método cuantitativo con su técnica de recolección de datos, esto con la finalidad de que, por medio del uso de herramientas informáticas, estadísticas y/o matemáticas se logre obtener resultados concluyentes y certeros, para cuantificar el problema y entender en dicha población a tratar. Esta investigación permite recoger, procesar y dar un análisis de los datos recopilados en las baterías utilizadas para la investigación, como lo refiere (Hernández, Fernández, y Baptista, 2014).

## **Paradigma de la investigación**

Las investigaciones con enfoque cuantitativo representan un conjunto de procesos, secuencial y probatorio, donde se derivan objetivos y preguntas de investigación, se realiza una respectiva revisión de literatura para la construcción de un marco o una perspectiva teórica. Esta investigación tiene una característica primordial que consiste en la necesidad de medir y estimar magnitudes de los fenómenos o problemas de investigación, como lo refiere (Hernández, Fernández, y Baptista, 2014).

### **Diseño del método**

El diseño de esta investigación transeccionales o transversales, donde su característica básica recolecta datos en un solo momento, en un tiempo único, para analizar la incidencia e interrelación del problema en un momento dado, como lo refiere (Hernández, Fernández, Baptista, 2014).

### **Tipo de investigación**

Estudio explicativo, este tipo de estudio consiste en ir más allá de la descripción de conceptos o fenómenos, dicho estudio está propiamente dirigido a responder las causas de los eventos físicos y sociales que puede vivenciar el individuo, se centra en explicar por qué se da un fenómeno concreto y en qué condiciones se da. El objetivo es crear modelos explicativos en el que puedan observarse secuencias de causa-efecto, como lo menciona (Hernández, Fernández, Baptista, 2014).

### **Muestra**

La población de trabajo en la investigación consta de siete (7) integrantes del personal de salud que están vinculados en el área de trabajo de cuidados intensivos de los diferentes hospitales de Medellín.

### **Criterios de selección**

La población se eligió ya que son el personal de primera mano en la atención de pacientes críticamente inestables, en este caso por el COVID-19.

**Criterio 1:** Personal que atiende pacientes con enfermedad de COVID-19 que está críticamente inestable, en el área de (UCI).

**Criterio 2:** Auxiliar de enfermería y/o jefe de enfermería con diplomado en cuidados intensivos, profesionales de terapia respiratoria y médicos intensivistas.

**Criterio 3:** Personal sanitario que por la situación de los pacientes que se atienden, se encuentran bajo una situación amenazante que desencadene una posible perturbación sintomatología física y/o mental.

### **Criterios de exclusión**

**Criterio 1:** Personal que no esté vinculado a ningún hospital de la ciudad de Medellín.

**Criterio 2:** Personal en mal estado clínico.

**Criterio 3:** Personal que no pertenezca al área UCI.

### **Técnica de recolección de información**

Enfoque cuantitativo: Los datos se obtienen por observación y medición, se utilizan instrumentos que han demostrado ser válidos y confiables en estudios previos.

Para la Escala de Estrategias de Coping Modificada (EEC – M), la cual es una validación realizada por Londoño et al. (2006). Esta prueba está constituida por doce factores los cuales miden doce estrategias por medio de 69 ítems. Las opciones de respuesta de esta prueba son: 1. Nunca, 2. Casi nunca, 3. A veces, 4. Frecuentemente, 5. Casi siempre y 6. Siempre. Para este estudio se aplicó la prueba de forma individual.

Para la calificación de esta prueba los ítems se dividen de la siguiente manera:

Factor 1: Solución de problemas (SP) (ítems 10, 17, 19, 26, 28, 37, 39, 51, 68).

Factor 2: Búsqueda de Apoyo social (AP) (ítems 6, 14, 23, 24, 34, 47, 57).

Factor 3: espera (ESP) (ítems 9, 18, 27, 29, 38, 40, 50, 60, 69).

Factor 4: Religión (REL) (ítems 8, 16, 25, 36, 49, 59, 67).

Factor 5: denominado evitación emocional (EE) (ítems 11, 20, 21, 30, 41, 43, 53, 62).

Factor 6: Búsqueda Apoyo profesional (BAP) (ítems 7, 15, 35, 48, 58).

Factor 7: Reacción agresiva (RA) (ítems 4, 12, 22, 33, 44).

Factor 8: Evitación cognitiva (EC) (ítems 31, 32, 42, 54, 63)

Factor 9: Reevaluación positiva (RP) (ítems 5, 13, 46, 56, 64).

Factor 10: Expresión de la dificultad de afrontamiento (EDA) (ítems 45, 52, 55, 61).

Factor 11: Negación (NEG) (ítems 1, 2, 3).

Factor 12: Autonomía (AUT) (ítems 65, 66).

Se solicitó el procedimiento para la calificación e interpretación de la escala de Estrategias Coping Modificada EEC-M, con el manual completo, a través del laboratorio de psicología de la Corporación Universitaria Minuto de Dios seccional Bello.

Para la lectura de la prueba que evalúa el estrés agudo (Gravedad de los síntomas de estrés agudo - Adultos (National Stressful Events Survey Acute Stress Disorder Short Scale [NSESSS]) se presenta el siguiente cuadro, donde se describe cada banda de calificación (muy alto, alto, medio, bajo y muy bajo).

<b>Banda de calificación partir del Inventario de salud mental, estrés y trabajo (SWS)</b>	
<b>Muy Alto</b>	<p>El rango muy alto en la escala de estrés y en la escala de apoyo “bajo” y “muy bajo”, implica el estrés capacitante, el distrés que, si se mantiene durante altos períodos o es recurrente, tendrá consecuencias negativas en la esfera física, psicológica, social y laboral del individuo.</p> <p>Con estas puntuaciones, aun cuando existieran altos niveles de apoyo, estos minimizarán, pero no impedirán, que algún cuadro grave se presente en un futuro próximo. Estas personas pueden funcionar de una manera aparentemente efectiva durante un tiempo determinado en su vida personal, familiar, organizacional y social, pero a la postre se verán afectado por problemas de salud física o psicológica o por conductas de relación inapropiadas, aunadas a una baja calidad de decisiones.</p>
<b>Alto</b>	<p>Un nivel alto de estrés y un nivel alto de apoyos permitirán al individuo enfrentarse con éxito a los requerimientos de su actividad; estará motivado y buscará cumplir con sus compromisos.</p> <p>Esta situación es característica de las personas exitosas (estudiantes, trabajadores, empleados y ejecutivos).</p> <p>Aun así, los niveles de apoyo son menores, su actividad no se verá disminuida considerablemente, siempre y cuando esta situación no persista por largos periodos. Si existen los mencionados apoyos, su productividad se incrementará sensiblemente.</p>
<b>Medio</b>	<p>El punto medio de estrés en una persona, es el nivel de equilibrio, que no necesariamente es el más productivo; sin embargo, le permite afrontar con cierto entusiasmo los retos de la vida diaria. Aun cuando los niveles de apoyo no igual en estos puntajes, no le afectarán de una manera significativa.</p> <p>En caso de que los niveles de apoyo estén por encima del promedio, este tipo de estrés será más funcional y tendrá correlatos con niveles favorables de salud mental y de productividad, aunque sin sobrepasar la media poblacional donde está inserto.</p>
<b>Bajo</b>	<p>Cuando los puntajes totales de estrés se ubican en bajo, indican que la persona reacciona a las exigencias del medio ambiente de una manera ponderada, es decir, aunque no siente ni percibe los estresores externos como amenazantes para su integridad personal o social, su manera de reaccionar le permitirá tener comportamientos funcionales, siempre y cuando esa situación se compense con mayores puntajes en las escalas de apoyos.</p>

<b>Muy Bajo</b>	<p>La ubicación de un individuo, en función del total de sus respuestas a las escalas de estrés del SWS (personal, de trabajo y social) en el nivel muy bajo, significa que esa persona no responde normalmente a las exigencias de la vida diaria, dado que, en condiciones carentes de estrés, el individuo se ubicaría en un cuadro francamente clínico. Esta situación se interpreta como desfavorable a la persona misma y a su entorno social, dado que una persona con índice está bajos en estas escalas implicaría un cierto grado de patología (sociopatía) que deberá atenderse a la brevedad, pues podría implicar una frialdad emocional frente a situaciones vitales, donde su integridad y las de sus congéneres estarían en situación de peligro.</p> <p>Concomitantemente, puntajes muy bajos en las escalas de apoyos, indican que esta persona está bajo una severa situación de desamparo, es decir, se percibe como carente de afecto e interés de quienes lo rodean, lo que implica quería una baja autoestima que puede conducir a un cuadro de estrés y depresión severa.</p>
-----------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Tabla 3 Banda de calificación partir del Inventario de salud mental, estrés y trabajo (SWS)**

Se solicitó el procedimiento para la calificación e interpretación de la prueba Gravedad de los síntomas de estrés agudo - Adultos (National Stressful Events Survey Acute Stress Disorder Short Scale [NSESSS], con el manual completo, a través del laboratorio de psicología de la Corporación Universitaria Minuto de Dios seccional Bello.

### **Instrumentos**

Escala que evalúa las estrategias de afrontamiento (Escala de estrategias de Coping modificada) y la prueba que evalúa el estrés agudo (Gravedad de los síntomas de estrés agudo - Adultos (National Stressful Events Survey Acute Stress Disorder Short Scale [NSESSS])).

Como novedad en el trabajo de grado, se realizó un cambio en cuanto al instrumento que evalúa el trastorno de estrés, por el de inventario de salud mental estrés y trabajo (SWS).

### **Escala de estrategias de Coping modificada**

Dicha escala fue construida con 98 ítems, con opciones de respuesta tipo likert, en un rango de frecuencia de 1 a 6 desde Nunca hasta Siempre. Se construyeron 14 escalas, cada una evaluada a partir de siete enunciados (Londoño et al., 2006).

Los 14 componentes de la escala son: (a) búsqueda de alternativas, (b) conformismo, (c) control emocional, (d) evitación emocional, (e) evitación comportamental, (f) evitación cognitiva, (g) reacción agresiva, (h) expresión emocional abierta, (i) reevaluación positiva, (j) búsqueda de apoyo social, (k) búsqueda de apoyo profesional, (l) religión, (m) refrenar el afrontamiento, (n) espera, según (Londoño et al., 2006).

### **Inventario de salud mental, estrés y trabajo**

Como lo refiere, Gutiérrez y Guido (2017):

El inventario de SWS de Salud Mental, Estrés y Trabajo, cuyas siglas en inglés corresponde a Self, Work y Social (SWS), surgió, en principio, para responder tanto a la necesidad de los profesionales de la salud mental. Tiene fundamento en el modelo teórico sobre Salud mental, estrés y apoyos de Ostermann (1989) y Ostermann y Gutiérrez (1999) que considera, dentro de los contextos sociales, organizacionales y personales particularizados, además de la cultura, la economía y el clima organizacional, aquellas variables negativas de estrés y positivas de apoyos que contribuyen al bienestar (o malestar) y a la salud mental de las personas en situación productiva (p.1-5).

### **Análisis de los datos**

Se aplicaron las siguientes pruebas, escala que evalúa las estrategias de afrontamiento (Escala de estrategias de Coping modificada) la cual responderá al objetivo principal del estudio es cuál es: describir cuales son las estrategias de afrontamientos ante el trastorno de estrés agudo de 7 integrantes que hacen parte del personal de salud en el área de cuidados intensivos (UCI) en la ciudad de Medellín, al estar involucrados en actividades de atención ante la pandemia del

COVID- 19. Y el inventario de salud mental, estrés y trabajo (SWS), el cual dará cuenta de la presencia de la sintomatología del estrés en el personal evaluado.

A partir de lo anterior se analizó la información por medio de tablas de tabulación de información para generar un análisis de comparaciones numéricas y estadísticas, con esta tabulación de datos se identificó los resultados de cada prueba de manera manual con guía de las escalas, para así darle respuesta a los objetivos planteados, generando una interpretación a partir de las medidas de tendencia y su desviación típica, como lo refiere (Tamayo, 2007).

Por último, se graficó los resultados para cada una de las pruebas utilizadas, todo esto con el fin de analizar e interpretar la información recolectada.

### Consideraciones éticas

Teniendo en cuenta los parámetros establecidos para dicho trabajo en la Resolución 8430 del 4 de octubre de 1993 del Ministerio de Salud, se tomarán en cuenta los siguientes artículos:

Artículo 5, se plantea que en las investigaciones donde los seres humanos sean el objeto de estudio deberá prevalecer el respeto a su dignidad y protección de sus derechos y bienestar.

Artículo 8, asegurando que se protegerá la privacidad de los participantes identificándose sólo cuando ellos autoricen o los resultados lo requieran.

Artículo 10, donde se garantiza que los participantes no sufrirán ningún riesgo y como se indica en el artículo 14 y en el código de Nuremberg de 1947, se diligenciará adecuadamente con cada uno de los participantes el consentimiento informado por escrito donde el participante autoriza hacer parte del grupo evaluado (Ministerio de Salud, 1993).

También se acoge a lo reglamentado en el Código Deontológico del Psicólogo de la Ley 1090 del 2006, por tanto, las estudiantes se hacen responsables de todo lo concierne a la investigación reconociendo los límites de sus competencias como psicólogas en formación, aseguran la privacidad de los participantes, estos serán debidamente informados sobre el objetivo de la investigación, el uso que se hará de la información obtenida, los procesos en los que participarán y estarán en la libertad de negarse a seguir participando en la investigación ya que, su participación es voluntaria y no están recibiendo ningún tipo de remuneración (Congreso de la República de Colombia, 2006).

**Consentimiento informado**

Se realizó un consentimiento informado, basado en los parámetros de la resolución 002378 de 2008 del Ministerio de la Protección social y lo que reglamenta la ley 1090 del 2006 donde se fundamenta el código ético y axiológico (anexo 1).

Solo se anexa un consentimiento informado sin firmas e informaciones personales de los participantes, para llevar a cabalidad la Resolución 8430 del 4 de octubre de 1993 del Ministerio de Salud, en especial el artículo 8, donde se asegura que se protegerá la privacidad de los participantes identificándose sólo cuando ellos autoricen o los resultados lo requieran.

## Resultados

En este apartado se presentarán los resultados obtenidos a partir de los datos recolectados, los cálculos estadísticos generados y el análisis realizado, dando cuenta así sobre las estrategias de afrontamiento de la Escala de estrategias de afrontamiento de Coping modificada, (EEC-M) y el inventario de salud mental, estrés y trabajo (SWS), en siete integrantes del personal de la salud del área de cuidados intensivos, de diferentes hospitales en la ciudad de Medellín, en situación de pandemia COVID-19.

Con lo anterior, se busca dar respuesta a la pregunta y objetivos de esta investigación, los cuales pasamos a presentar a continuación:

### Escala de estrategias de Coping modificada

En relación con la Escala de estrategias de afrontamiento de Coping modificada, (EEC-M) implementadas por siete integrantes del personal de la salud del área de cuidados intensivos, de diferentes hospitales en la ciudad de Medellín, se presenta la tabla 3, la cual abarca los percentiles para cada puntuación, las medias y las desviaciones típicas por cada uno de los factores que mide la prueba EEC-M, para así darle paso a la discriminación detallada del análisis de la prueba.

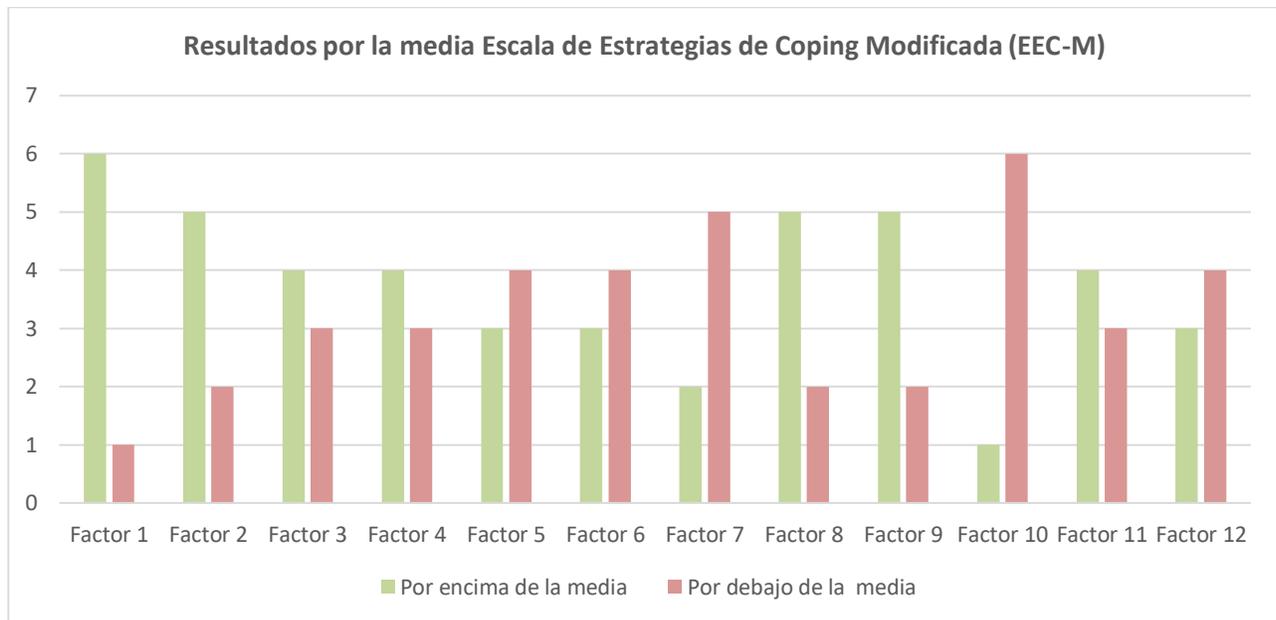
	SP	BAS	ESP	REL	EE	BAP	RA	EC	RP	EDA	NEG	AUT	
• <b>SP: Solución de Problemas</b>	Media	33,5	23,2	22,5	20,7	25	11	12,7	15,9	18,4	14,8	8,8	6,8
	Desv. tip	8,4	8,2	7,5	9	7,6	5,6	5,1	4,9	5,4	4,8	3,3	2,8
• <b>BAS: Búsqueda de Apoyo Social</b>	Percentiles												
	1	14	7	9	7	9	5	5	5	6	5	3	2
	2	17	7	9	7	11	5	5	6	7	6	3	2
• <b>ESP: Espera</b>	3	18	8	10	7	11	5	5	7	8	6	3	2
	4	19	9	10	7	13	5	5	8	9	6	3	2
• <b>REL: Religión</b>	5	20	9	11	7	14	5	5	8	10	7	4	2
	10	23	13	13	8	16	5	6	10	11	8	4	3
• <b>EE: Evitación Emocional</b>	15	25	14	15	10	17	5	7	11	13	9	5	4
	20	26	16	16	12	19	5	8	12	14	10	6	4
• <b>BAP: Búsqueda de Apoyo Profesional</b>	25	28	18	17	14	19	6	9	13	15	11	6	5
	30	29	19	18	15	20	6	10	13	15	12	7	5
	35	30	20	19	16	22	7	10	14	16	13	7	6
	40	31	21	20	18	22	8	11	15	17	14	8	6
• <b>RA: Reacción Agresiva</b>	45	32	22	21	19	23	9	11	15	18	14	8	6
	50	33	22	22	21	24	10	12	15	18	15	8	7
• <b>EC: Evitación Cognitiva</b>	55	34	24	23	22	25	10	13	16	19	16	9	7
	60	35	25	24	22	26	11	14	17	20	16	9	8
• <b>RP: Reevaluación Positiva</b>	65	37	26	25	24	27	12	14	17	21	17	10	8
	70	38	27	26	25	29	13	15	18	22	18	10	8
	75	39	29	27	27	30	15	16	19	22	19	11	9
• <b>EDA: Expresión de la Dificultad de Afrontamiento</b>	80	41	31	28	29	31	15	17	20	23	19	11	9
	85	43	33	30	31	33	17	18	21	24	20	12	10
	90	45	35	32	34	35	19	19	23	25	21	13	10
• <b>NEG: Negación</b>	95	48	37	35	37	39	22	22	25	27,3	22	15	12
	96	49	38	37	38	40	23	23	25	28	22	15	12
• <b>AUT: Autonomía</b>	97	49	40	38	39	41	25	24	26	29	23	15	12
	98	51	41	39	40	41	25	26	28	29	23	16	12

Tabla 4 Estados descriptivos de la Escala de estrategias de afrontamiento de Coping modificada, (EEC-M)

Con referente a la anterior tabla, se arrojó las siguientes tabulaciones de resultados obtenidos, partir de la identificación de percentiles, medias y desviaciones típicas, por cada participante y factor de la Escala de estrategias de afrontamiento de Coping modificada, (EEC-M).

Resultados Escala de Estrategias de Coping Modificada (EEC-M)												
Participantes	Fac 1	Fac 2	Fac 3	Fac 4	Fac 5	Fac 6	Fac 7	Fac 8	Fac 9	Fac 10	Fac 11	Fac 12
M.U	46	35	25	37	8	5	5	28	28	4	8	7
G.P	44	35	31	39	22	19	11	17	22	8	7	4
S.R	44	28	29	13	34	21	8	20	22	17	13	4
A.B	24	20	21	24	25	7	15	14	15	13	11	6
L.M	40	35	17	14	26	5	9	16	22	6	13	7
D.C	44	35	31	39	22	19	11	17	22	8	7	4
S.M	44	16	17	8	18	7	13	5	14	6	9	10

Tabla 5 Resultados Escala de Estrategias de Coping Modificada (EEC-M)



**Grafico 1 Resultados por la media Escala de Estrategias de Coping Modificada (EEC-M)**

### **Análisis de resultado Escala de Estrategias de Coping Modificada (EEC-M)**

A continuación, se realizará una discriminación detallada de aquellas estrategias de afrontamiento que más puntuaron de acuerdo con las respuestas obtenidas por dichos integrantes. Dichas estrategias están discriminadas en orden descendente según la puntuación.

**Factor 1**, denominado solución de problemas: los integrantes del área de salud que participaron en dicha investigación muestran una tendencia a solución de problemas para atender la dificultad, se resalta que el 85% de la muestra poblacional recurren a dicha estrategia la cual se describe como la secuencia de acciones orientadas a solucionar el problema, considerando el momento oportuno para estudiarlo e intervenir.

**Factor 2**, denominado apoyo social: a través del análisis, los participantes muestran una inclinación a la búsqueda de apoyo social para enfrentar el problema, del 100% el 71% acogen dicha estrategia la cual refiere al apoyo proporcionado por aquel grupo de amigos, familiares u

otras personas, centrado principalmente en la disposición de afecto, recibir apoyo emocional e información para tolerar y/o enfrentar la situación problema o las emociones que el estrés genera.

**Factor 8**, denominado evitación cognitiva: el 71% de la población equivalente está por encima de la media la cual es ( $X=15,9$ ) esto indica que los integrantes del área de salud consideran que por medio de la distracción se evita pensar en el problema. Se refiere que al emplear esta estrategia se busca neutralizar los pensamientos negativos o perturbadores.

**Factor 9**, denominado reevaluación positiva: muestra que el 71% de la población tienen interés por aprender de las dificultades e identificar aspectos positivos. Se define como una estrategia de optimismo contribuyente a tolerar la problemática, al igual generar pensamientos positivos, es una estrategia de afrontamiento activa.

**Factor 3**, denominado espera: el 57% de la población participante de la investigación, indica que los problemas se solucionan positivamente con el tiempo. Esta estrategia se define como una estrategia cognitivo-comportamental, hace referencia a una espera pasiva que contempla una expectativa positiva de la situación problema.

**Factor 4**, denominado religión: marca que el 57% de los participantes, representan una inclinación alta por esta estrategia de afrontamiento que parte de la creencia en un Dios, que le permite a las personas evaluar su intervención. El rezo y la oración se consideran como estrategias para tolerar el problema.

**Factor 11**, denominado negación: los participantes muestran una propensión a la negación como estrategia de afrontamiento, según los análisis el 57% de la población equivalente está por encima de la media que es ( $X=8,8$ ) lo cual indica que con esta estrategia se busca comportarse

como si dicho problema no sucediera. Esta estrategia describe la ausencia de aceptación del problema y su evitación.

**Factor 5**, denominado evitación emocional: el 57% de la población está por debajo de la media ya que no recurren a dicha estrategia, esto indica que hay una baja reacción para evitar las emociones, es decir el individuo tiende a ocultar sus propias afecciones. Esta estrategia se refiere a la movilización de recursos enfocados a inhibir las propias emociones.

**Factor 6**, denominado apoyo profesional: el 57% de los evaluados muestran una baja tendencia al apoyo profesional, como lo es recurrir a los profesionales para una mejor orientación ante la dificultad. Conocer y utilizar los recursos sociales disponibles, mejora el control percibido de la situación.

**Factor 12**, denominado autonomía: el 57% de la población tiende a no usar dicha estrategia de afrontamiento, la cual se refiere a responder ante la dificultad buscando la manera independiente a las soluciones, es decir los participantes no indagaron soluciones de manera autónoma y eventualmente requieren de ayuda.

**Factor 7**, denominado reacción agresiva: el 71% de la muestra estudiada no suelen utilizar dicha estrategia de afrontamiento, esta estrategia hace referencia a la expresión impulsiva de la emoción de la ira dirigida a los demás o hacia sí mismo, los evaluados expresan una reacción positiva ante la dificultad sin necesidad de agredir a los demás o así mismo.

**Factor 10**, expresión de la dificultad: expresión de la dificultad de afrontamiento, con una población muestral del 85% que se encuentra por debajo de la media ( $X=14,8$ ) lo que indica que dicha población tiene una baja tendencia a expresar sus emociones, buscar un apoyo social en el

ámbito profesional y dejar el sentimiento de autoeficacia, para lograr reconocer en su entorno y otros recursos un posible apoyo positivo.

### **Discusión Escala de Estrategias de Coping Modificada (EEC-M)**

A partir de las doce estrategias de afrontamiento planteadas y evaluadas, descritas a través de la Escala de Estrategias de Coping Modificada (EEC-M), escala que se encontró y se le dio uso a raíz del rastreo de los antecedentes, evidencia que el personal de salud evaluado, utilizan: la solución de problemas, el apoyo social y la evitación cognitiva, como las estrategias de afrontamiento más empleadas ante una situación estresantes.

### **Estrategia de afrontamiento más y menos implementada por la muestra poblacional encuestada.**

En función con los análisis anteriores de cada factor de la Escala de Estrategias de afrontamiento de Coping Modificada, se concluye que en base de la muestra poblacional empleada del personal de salud en el área de cuidados intensivos en diferentes hospitales de la ciudad de Medellín, el 85% de la población muestral encuestada indica una tendencia a usar el factor 1, solución de problemas, para así buscar, planificar y entender la situación que genera malestar, lo cual se resalta con en la media obtenida por encima de ( $X=33,5$ ) en un rango de respuesta 1 a 6.

La estrategia con menor frecuencia de utilización fue: el factor 10 de expresión de la dificultad de afrontamiento, con una población muestral del 85% que se encuentra por debajo de la media ( $X=14,8$ ) lo que indica que dicha población tiene una baja tendencia a expresar sus

emociones, buscar un apoyo social en el ámbito profesional y dejar el sentimiento de autoeficacia, para lograr reconocer en su entorno y otros recursos un posible apoyo positivo.

A continuación, se muestra una tabla y gráfica de tabulación, donde se puede identificar la tendencia de uso de las estrategias de afrontamientos utilizadas por la muestra poblacional encuestada:

Tendencia de uso de las estrategias de afrontamientos utilizadas por la muestra poblacional encuestada.		
Estrategias	Utilizada	No utilizada
Solución de problemas	6	1
Apoyo social	5	2
Espera	4	3
Religión	4	3
Evitación emocional	3	4
Apoyo Profesional	3	4
Reacción agresiva	2	5
Evitación Cognitiva	5	2
Reevaluación positiva	5	2
Expresión de la facultad de afrontamiento	1	6
Negación	4	3
Autonomía	3	4

**Tabla 6** Tendencia de uso de las estrategias de afrontamientos utilizadas por la muestra poblacional encuestada.

### Inventario de salud mental, estrés y trabajo (SWS)

A partir de la interpretación del Inventario de salud mental, estrés y trabajo (SWS), se arrojó las siguientes tabulaciones de resultados obtenidos, por cada participante, índice y parámetros de la prueba mencionada anteriormente.

Resultados Inventario de salud mental, estrés y trabajo (SWS)							
Participantes	Índice 1	Índice 2	Índice 3	Índice 4	Índice 5	Índice 6	Índice 7
<b>M.U</b>	30	11	18	23	16	15	50
<b>G.P</b>	31	11	18	15	20	11	34
<b>S.R</b>	25	21	15	18	20	31	36

<b>A.B</b>	55	24	16	13	22	18	31
<b>L.M</b>	13	24	13	10	22	15	28
<b>D.C</b>	33	18	19	22	24	14	41
<b>S.M</b>	23	31	12	16	30	22	33

Tabla 7 Resultados Inventario de salud mental, estrés y trabajo (SWS)

<b>Resultados por parámetros del Inventario de salud mental, estrés y trabajo (SWS)</b>							
<b>Participantes</b>	<b>Índice 1</b>	<b>Índice 2</b>	<b>Índice 3</b>	<b>Índice 4</b>	<b>Índice 5</b>	<b>Índice 6</b>	<b>Índice 7</b>
<b>M.U</b>	Alto	Muy Bajo	Medio	Muy Alto	Muy Bajo	Bajo	Muy Alto
<b>G.P</b>	Alto	Medio	Medio	Bajo	Medio	Muy Bajo	Bajo
<b>S.R</b>	Bajo	Medio	Bajo	Medio	Medio	Muy Alto	Bajo
<b>A.B</b>	Muy Alto	Muy Alto	Muy Bajo	Muy Bajo	Alto	Alto	Muy Bajo
<b>L.M</b>	Muy Bajo	Muy Bajo	Muy Bajo	Muy Bajo	Alto	Bajo	Muy Bajo
<b>D.C</b>	Muy Alto	Bajo	Medio	Muy Alto	Muy Alto	Bajo	Medio
<b>S.M</b>	Bajo	Muy Alto	Muy Bajo	Bajo	Muy Alto	Muy Alto	Bajo
	<b>Muy Alto</b>	<b>Alto</b>	<b>Medio</b>	<b>Bajo</b>	<b>Muy Bajo</b>		

Tabla 8 Resultados por Parámetros del Inventario de salud mental, estrés y trabajo (SWS)

Para la lectura de la prueba, se presenta la tabla 3, donde se describe cada banda de calificación (muy alto, alto, medio, bajo y muy bajo), para realizar la interpretación adecuada pormenorizada de escala, como lo refiere Gutiérrez y Guido, (2017).

### **Análisis de resultado Inventario de salud mental, estrés y trabajo (SWS)**

A raíz de la tabla de la banda de calificación propuesta por Gutiérrez y Guido, autores del Inventario de salud mental, estrés y trabajo, presentan que un indicativo con tendencia “muy alto” y/o “muy bajo” puede presentar afectaciones de salud física, psicológica y conductuales que pueden conllevar a niveles de estrés severo, depresión y ansiedad en las personas.

A continuación, se dará a conocer la descripción e interpretación de cada índice a través de los resultados obtenidos por la prueba ya mencionada:

**Índice familiar**, se observa una población radical en cuanto a los resultados obtenidos, dado a que las respuestas puntuaron entre “alto” y “bajo”, presentado que la vida en el trabajo no puede dissociarse en la vida familiar, afectado, el estrés en ambos ámbitos de la vida cotidiana.

**Índice situacional**, la población evaluada muestra una tendencia rigurosa entre los componentes de “muy alto” “alto” y “bajo”, esto nos indica que se ven afectados determinadamente las acciones y el comportamiento productivo, ya que se ve perturbado el carácter y la tranquilidad personal a raíz de los factores estresores extra organizacionales.

**Índice bienestar**, en este apartado se observa una tendencia equilibrada, la cual les permite afrontar con cierto entusiasmo y armonía los problemas presentados, presentando una sensación de conformidad para proporcionar relaciones sociales funcionales.

**Índice de cohesividad**, la muestra poblacional evaluada, indicó un bajo porcentaje ya que este ítem evalúa, el consenso, confianza y compromiso compartido a través del trabajo en equipo.

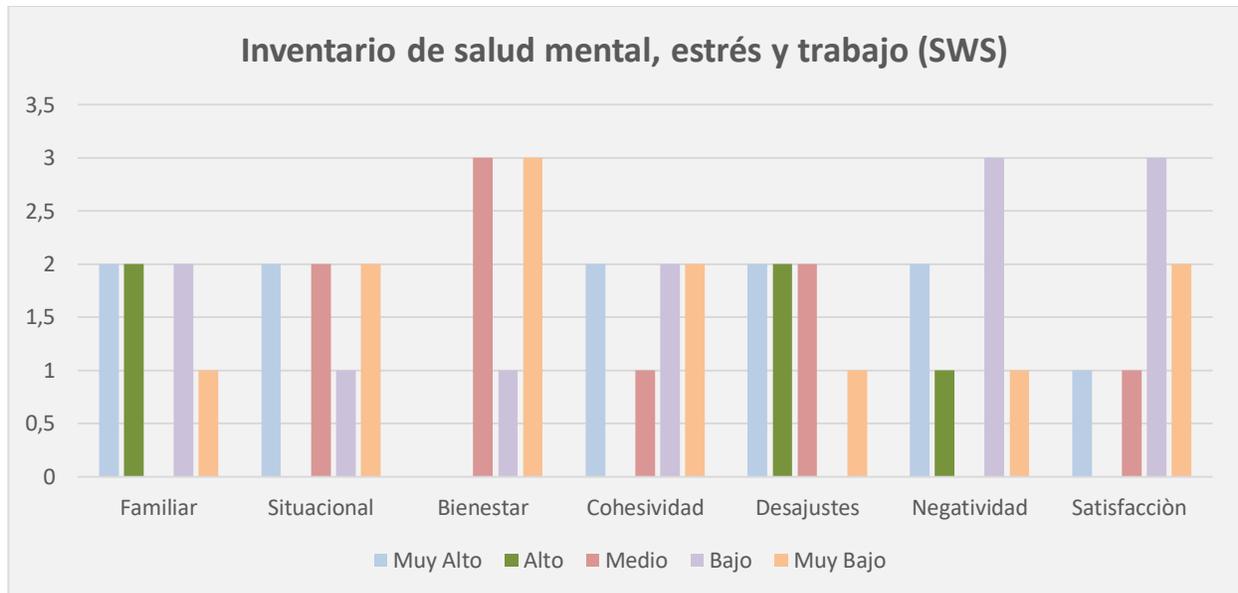
**Índice desajuste**, en los resultados obtenidos, los evaluados arrojaron una tendencia “muy alta” y “alta”, lo cual indica que son personas con bajos niveles de tolerancia, tienen una percepción distorsionada del trabajo en equipo y su organización, tienden a ser pesimistas.

**Índice de negatividad**, la población muestra conductas de incomodidad, inconformidad y fracaso leves, ya que están comprometidos con su trabajo.

**Índice satisfacción**, los evaluados expresan una “muy baja” satisfacción en cuanto a su empleo y sus tareas a desempeñar, lo que indica poco agrado y pasión por las actividades

realizadas. Aunque los empleados lleven a cabo lo que se les exige se resalta que no hay una conformidad suficiente por su trabajo.

Seguidamente se presenta un gráfico de barras donde se muestran los resultados obtenidos y descritos estadísticamente:



**Gráfico 2 Inventario de salud mental, estrés y trabajo (SWS)**

### **Discusión Inventario de salud mental, estrés y trabajo (SWS)**

En los resultados obtenidos a raíz del inventario de salud mental, estrés y trabajo, se da cuenta que, los evaluados presentan un alto índice de estrés laboral, inconformidad y poca cohesividad organizacional, no hubo una tendencia media la cual indica un equilibrio y le permite a la persona afrontar con fervor situaciones de la vida diaria. Por lo que se concluye que, casi el 71% de la población evaluada marca una tendencia a presentar estrés en la actualidad y un 29% lo desarrollará a futuro. Lo que da cuenta también del rastreo hecho en los antecedentes los

cuales apuntan que el trastorno de estrés representa una afección de salud mental que algunas personas desarrollan tras vivenciar algún evento traumático.

### **Observaciones en campo**

El trabajo de campo se define como una estrategia de conocimiento hacia aquella comunidad partícipe de un determinado proyecto. Para un mejor análisis de la población, las pruebas se llevaron a cabo en dos momentos. Durante la aplicación de las pruebas propuestas para efectuar dicha tesis de grado (escala de estrategias de Coping modificada (EEC-M) e inventario de salud mental, estrés y trabajo) se observó a la muestra poblacional, muy dinámicos, pro activos y partícipes, así mismos muy interesados sobre los resultados que estas arrojan. Realizando interrogaciones sobre aquellas preguntas que no comprenden, pero siempre con una actitud positiva para dar respuesta lógica y coherente. Ambas pruebas se aplicaron de manera colectiva, pero en diferentes tandas de grupos, al finalizar se oían comentarios positivos entre ellos.

## Conclusiones

Durante el desarrollo de este proyecto se logra concluir y dar por cumplidos los objetivos propuestos para el presente trabajo de grado, demostrando así que en diferentes situaciones con altos niveles de estrés como lo es la vivencia de una pandemia, el personal de primera línea, en este caso el de salud, se confrontan con su entorno personal, familiar, laboral y social, presentando la necesidad de generar estrategias de afrontamiento que alivianen la producción de la sintomatología del estrés.

Los resultados del presente trabajo dan cuenta de que, la solución de problemas, el apoyo personal, la evitación cognitiva, la reevaluación positiva, esperanza, religión y negación, no son las únicas estrategias de afrontamiento utilizadas, pero sí, las más destacadas por la muestra poblacional partícipes del sistema de salud de diferentes hospitales de la ciudad de Medellín - Antioquia. Presentando así que la población evaluada enmarca un sentimiento de poco respaldo ante situaciones estresantes por las entidades en las cuales laboran.

Finalmente se destaca la importancia del acompañamiento psicológico para mejorar la calidad de vida de las personas, partiendo del anterior proyecto principalmente para el área de salud, ya que desde la perspectiva de la salud mental y por primera vez se puede indagar una pandemia de gran magnitud, que nos sirve como preparación de proyectos y propuestas para futuras vivencias catastróficas y estresantes, ya que anteriormente las grandes pandemias que han marcado la historia humana no se han documentado desde la rama de la psicología.

### Lista de Referencias

- Abaz, Babbino, Volpi, Orlando y Valdez. (2016). Estudio Del Estrés Postraumático En Personal De Salud Que Ha Participado En Eventos Con Víctimas Múltiples. Revista Argentina De Medicina, 1-10.
- APA (Asociación Americana de Psicología-American Psychological Association). (2014, 25 mayo). Recomendaciones de la APA para manejar el estrés agudo. Infocop.
- American Psychiatric Association. (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5° ed.). Trastorno de estrés agudo.
- Barricarte, A. (2006). Gripe aviar. ¿La pandemia que viene? SciELO - Scientific Electronic Library Online, 29(1), 1-3.
- Begoña Martínez-Jarreta, Santiago Gascón, Miguel Ángel Santed y Jesús Goicoechea. (2006). Análisis medicolegal de las agresiones a profesionales sanitarios. Aproximación a una realidad silenciosa y a sus consecuencias para la salud. Escuela Profesional de Medicina del Trabajo., 1-7.
- Blasco y Pérez. (2007). Enfoque cualitativo. eumed, 1-4.
- CIE10. (2018). Clasificación Internacional de Enfermedades 10 (2° ed., Vol. 329). Panamericana.

- Congreso de la República de Colombia. (2006). Diario Oficial N° 46.446. Bogotá, D.C, miércoles 8 de Noviembre de 2006.
- Cortés, A. García, R. Lantero, M. González, R. Suárez, R. (2006). El VIH/SIDA en la adolescencia. Scielo, 1-8.
- Cruz, Borja, Hernández y Velázquez. (2003). Síndrome Agudo Respiratorio Severo (SARS). Medicina critica, XVII(2), 2-25.
- Cruz Valdes, B., Austria Corrales, F., Herrera Kiengelher, L., Vázquez García, J. C., Vega Valero, C. Z., & Salas Hernández, J. (2010). Estrategias activas de afrontamiento: un factor protector ante el síndrome de bornout «o desgaste profesional» en trabajadores de la salud. Neumol Cir Torax, 69, 137-142.
- Escribá-Agüir, V., & Bernabé-Muñoz, Y. (2002). Estrategias de afrontamiento ante el estrés y fuentes de recompensa profesional en médicos especialistas de la comunidad valenciana. Un estudio con entrevistas semiestructuradas. Scielo, 76, 1-10.
- Gutiérrez Giménez, A., & Giménez Pardo, C. (2018). La Peste (plaga) de Atenas. Revista de Investigación y Educación en Ciencias de la Salud (RIECS), 3(2), 61-63.
- Gutiérrez Martínez, R. E., & Guido García, P. (2017). Inventario de salud mental, estrés y trabajo (39.a ed.). El manual moderno S.A de C.V.
- Gordillo Corrales, V., Ferrer Villalobos, M., Burbano, C. E., & Merino Salazar, P. (2019). Agresiones externas a personal sanitario en centros de salud de atención primaria en la ciudad de Ibarra. Espirales, 3, 1-15.

Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2014). Metodología de la investigación (6.<sup>a</sup> ed.). México: McGraw-Hill.

Huarcaya-Victoria, J. (2020). Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de COVID-19. *Rev Perú Med Exp Salud Pública*. 2020; 37(2):327-34., 1-8.

Idrovo, A. J. (2000, 1 julio). Epidemias, endemias y conglomerados: conceptos básicos | Idrovo | Revista de la Facultad de Medicina. Facultad de medicina.

Lai et al.,. (2020). Factores asociados con los resultados de salud mental entre los trabajadores de la salud expuestos a la enfermedad por Coronavirus 2019. *Red JAMA abierta*, 1-12.

Lastre Amell, G., Gaviria García, G., Herazo Beltrán, Y., & Mendiñeta Martínez, M. (2018). Estrés laborales en el personal de enfermería de unidades de cuidados intensivos. *Revista Latinoamericana de Hipertensión*, 13, 1-8.

Mata, L. (1992). El cólera. Historia, prevención y control, 1, 1-21.

Macías, María Amarís; Madariaga Orozco, Camilo; Valle Amarís, Marcela; Zambrano, Javier (2013). Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico. *Psicología desde el Caribe*, vol. 30, núm. 1, enero-abril, 2013, pp. 123-145. Universidad del Norte. Barranquilla, Colombia.

Martinic, Z. (2018). Las epidemias del siglo XVII en la historia demográfica. Departamento de Ciencias Históricas, Universidad de Chile, 1-27.

Ministerio De Sanidad y Política Social. (2010). Las unidades de cuidados intensivos. *Mscbs*, 9.

- Ministerio de la Protección Social, 2011. (2011). Guía de Atención en Salud Mental en Emergencias y Desastres. Ministerio de la Protección Social, 2011, 3-140.
- Ministerio de Salud. (2006). Nuevo coronavirus (COVID - 19). 1-5.
- Naranjo Pereira, M. L. (2009). Una revisión teórica sobre el estrés y algunos aspectos relevantes de éste. Universidad de Costa Rica, 33(2), 1-21.
- OMS. (2006). Personal sanitario. Organización Mundial de la Salud.
- OMS. (2019). Fiebre Amarilla. Organización Mundial de la Salud
- Ortega López, M. C. (2020). La tercera pandemia de peste de 1855 María. Medicina, 1-10.
- López, M., & Cardona A. (2020, julio 17). La peste negra: el enemigo incorpóreo. Medicina, 42(2), 196-210.
- Prieto Ortiz, R. G. (2020). La plaga de Justiniano (541-542). Medicina, 1-14.
- Pizzi, H. L. (2014). Virus del ébola (EVE). Revista de Salud Pública, 1-5.
- Pérez Molina, M. J., & Rodríguez Chinchilla, N. (2011). Estrategia de afrontamiento: un programa de entrenamiento para paramédicos de la Cruz Roja. Revista Costarricense de psicología, 30, 1-18.
- Rodríguez Sendín, J. J. (2010). Definición de ‘Profesión médica’, ‘Profesional médico/a’ y ‘Profesionalismo médico’. Viguera Editores, 1-4.
- Rodríguez. (2019). Gripe de Hong Kong. ArsClinicaAcademica, 5(2), 28-34.

- Rosselli, D. (2020, abril). Epidemiología de las pandemias. ResearchGate. Neurólogo.  
Departamento de Epidemiología Clínica y Bioestadística, Facultad de Medicina,  
Pontificia Universidad Javeriana.
- Ruiz, Alexis Lorenzo; Guerrero Ángeles, Esther Araceli. (2017). Afectaciones psicológicas en personal de primera respuesta: ¿trastorno por estrés postraumático o estrés traumático secundario? *redalyc*, 28(2), 1-15.
- Sáez, A. (2015). La peste Antonina: una peste global en el siglo II d.C. *scielo*, 1-4.
- Salas Carolina, Sierra, G., Silva, J., & Torres, Y. (2020, septiembre). La salud mental del personal de atención en salud en el contexto de la pandemia por covid-19. Universidad Ces.
- Salinas, P. J. (2009). La influenza o gripe porcina a h1n1. De la infección hasta el tratamiento. *Revista de Facultad de Medicina*, 18(1), 1-4.
- Sánchez Contreras, González Flores, T., Martínez, Z. E., & Pacheco López, N. A. (2017). ¿Qué son los microbios? *ciencia*, 68(2), 1-8. (Virus)
- Sara, G. F. (2018). La gripe de 1889-1890 en Madrid. Universidad complutense de Madrid facultad de ciencias políticas y sociología departamento de sociología ii, Madrid, 1-611.
- Tamayo A. (2007). Enfoque cualitativo. *Eumed*, 1-4.
- Tomasi, S. N. (2020). Historia de las pandemias mundiales y la economía. *Magatem*, 1-37.

Torres Esperón, M. (2006). Definición de funciones de enfermería por niveles de formación.

Propuesta para el Sistema de Salud Cubano. Ciencias de la Salud., 1-72.

Vázquez Valverde, C., Crespo López, M., & Ring, J. M. (2003). Estrategias de afrontamiento.

Medición Clínica en Psiquiatría y Psicología, 425-435.

Villamil Jiménez, L. C., & Celly Trujillo, A. I. (2013). Estudio retrospectivo del nuevo

coronavirus MERS-COV 2012-2013. Revista Lasallista de Investigación, 11(2), 71-77.

Yanping, Z. (2020) Grupo de Epidemiología del Mecanismo de Respuesta a Emergencias de la

Neumonía por Nuevo Coronavirus, Centro de China para el Control y la Prevención de

Enfermedades. Análisis de las Características Epidemiológicas de la Neumonía por

Nuevo Coronavirus. Chinese Journal of Epidemiology.

## Anexos

### Anexo 1. Consentimiento informado.

CORPORACIÓN UNIVERSITARIA MINUTO DE DIOS  
SECCIONAL BELLO  
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES  
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Certifico que he comprendido que la información que reciba el/los evaluadores es de carácter confidencial, y que emplearán la información sólo con propósitos de ejercicio académico para el trabajo de grado del programa de Psicología de la Corporación Universitaria Minuto de Dios (Uniminuto). Esto significa que no tendré devolución individual de la información suministrada. No se revelará los nombres de los sujetos participantes de esta investigación. Siguiendo los parámetros de Resolución 002378 de 2008 del Ministerio de la Protección Social y lo que reglamenta la Ley 1090 sobre el ejercicio de la profesión de Psicología. Se me indicó que puedo revocar el consentimiento o desistir de la aplicación de las pruebas (Escala de estrategias de Coping modificada e Inventario de salud mental, estrés y trabajo), cuando lo considere pertinente, sin que ello implique ningún tipo de consecuencia para mí

Se me informa que se realizara un buen seguimiento y se llevaran a cabalidad los objetivos propuestos en el proyecto, a cumplir y acatar los parámetros de trabajo establecidos, a ser transparentes y no alterar los resultados obtenidos, además de cumplir con los parámetros de confiabilidad, confidencialidad y respeto expuestos en el consentimiento informado, realizado con los fundamentos éticos y axiológicos adecuados para el cumplimiento de la ley 1090 de 2006.

Finalmente, se me explicó que este consentimiento será escaneado y entregado en conjunto con los resultados finales de dicha tesis de grado al asesor correspondiente, pero que en ningún momento se revelarán mis datos personales a alguien externo a los evaluadores o al docente.

Una vez leído y comprendido el procedimiento que se seguirá, se acepta el presente consentimiento.

Evaluadoras, María Camila Montoya Múnera y Marisa Ivana Vergara Valencia.

\_\_\_\_\_

Firma del evaluado

\_\_\_\_\_

Firma del evaluador

\_\_\_\_\_

Firma del evaluador

**Anexo 1 Consentimiento informado**