



Universidad Nacional de Rosario  
Facultad de Ciencias Médicas  
Escuela de Enfermería

GMD Facultad Cs. Médicas  
Biblioteca  
  
PTE 2143

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y TRASTORNOS PSICOLÓGICOS ENTRE  
LOS TRABAJADORES DE LA SALUD AFECTADOS A LA  
PANDEMIA DEL SARS-CoV-2

Por:

Enf. Gentile, Miriam

Director:

Lic. López, Samuel

Docentes Asesores:

Dra. Simonetti, Graciela

Lic. Beisel, Yanina

Rosario, 08 diciembre de 2020

*Protocolo de Investigación para regularizar la actividad académica Tesina*

## **RESUMEN**

Las situaciones extremas como catástrofes naturales o pandemias, son emergencias sanitarias en las que se ve amenazada la vida de las personas y causan cantidades significativas de enfermos y muertos. Mayormente, se sobrecargan los recursos locales, se ve amenazada la seguridad y el funcionamiento normal de la comunidad, pero sobre todo se ve afectado la respuesta del sistema de salud por la saturación que esto conlleva. Actualmente, con el curso del SARS CoV-2 se evidencia una perturbación psicosocial que puede exceder la capacidad de manejo y respuesta de las personas afectadas. El personal de salud, es uno de los grupos, que se ve afectado al encontrarse en la primera línea de batalla en estas situaciones. Es en estos momentos, cuando las estrategias de afrontamiento que cada persona ha desarrollado a lo largo de su carrera se ponen en juego para dar respuestas a esta crisis, se pueden incrementar los trastornos psicológicos que se presentan como reacción normal ante la situación anormal.

El objetivo de este trabajo es investigar cuál es la relación existente entre las estrategias de afrontamiento que se utilizan y la aparición de trastornos psicológicos ante la pandemia del SARS-CoV-2, en el personal de salud de la UTI según la antigüedad laboral y el género, en un hospital público de la ciudad de Rosario durante los meses de marzo a julio del 2021.

### ***Métodos:***

Se realizará un estudio no experimental, cuantitativo, correlacional, y transversal, mediante dos cuestionarios auto-administrados a los trabajadores de la salud de la Unidad de Terapia Intensiva, que cuenten con más de 1 año de antigüedad, de un hospital público de la ciudad de Rosario, durante los meses de marzo a julio del 2021.

Se realizará un análisis estadístico univariable y correlacional bivivariable, describiendo la relación entre las variables de estudio.

### **PALABRAS CLAVES:**

Estrategias de afrontamiento, Trastornos Psicológicos, Coronavirus, SARS-CoV-2, COVID-19, Pandemia, Personal de Salud, Ansiedad, Depresión, Estrés.

## INDICE GENERAL

Resumen y Palabras Claves	2
Índice General	3
Introducción	
Estado actual de conocimiento o Estado del Arte	4
Planteamiento del problema en estudio	7
Hipótesis y objetivos	8
Marco Teórico	9
Material y Métodos	
Tipo de estudio o Diseño	24
Sitio o contexto de la investigación	24
Población y Muestra	25
Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	25
Personal a cargo de la recolección de datos	30
Plan de análisis	30
Plan de trabajo y Cronograma	33
Anexos	
I. Guía de estudio de convalidación o exploratorio de los sitios	35
II. Instrumento de recolección de datos	
1. Consentimiento Informado	37
2. Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE)	38
3. Cuestionario DAS-21	40
III. Resultados de la prueba piloto del instrumento	41
Bibliografía	42

## INTRODUCCION

A través de la historia, la humanidad se ha visto afectada vez tras vez por diferentes catástrofes a nivel de la salud. Según datos obtenidos de la Organización Mundial de la Salud (2020) y de NatGeo (2020), el mundo se ha enfrentado a grandes enfermedades, como la Peste Bubónica (1347 y 1353) que ocasiono unos 50 millones de muertes en Europa, ya que la medicina, en ese entonces, estaba lejos de poder dar soluciones verdaderas a las enfermedades, por lo que en realidad se centraba en suministrar a los enfermos alivio a su dolor y no a reparar el daño en sí. Durante los años 1817 y 1911 la enfermedad de Cólera amenazaba debido al desconocimiento de su tratamiento, y en pocas horas provocaba la muerte de la persona por deshidratación producida por la diarrea aguda; dejando cada año aproximadamente un total de 143 mil muertos en todo el mundo.

Después de la primera guerra mundial, en 1918 - 1919 la gripe con cepa aviar H1N1, conocida como gripe española, fue la pandemia más grave de la historia. Alrededor de un tercio de la población mundial se infectó (500 millones de personas) y unos 50 millones fallecieron.

El Ébola fue descubierto en 1976, pero fue durante los años 2014 - 2016 cuando ocasionó más muertes que nunca. Llegó a alcanzar una tasa del 50% de letalidad, lo que la volvió la epidemia más letal del S. XXI.

En el año 2009 – 2010 se desató la pandemia de la Gripe A (H1N1/09) con cepa porcina que sorprendió porque afectó principalmente a niños, jóvenes y adultos de mediana de edad. Tuvo una tasa de mortalidad muy baja, se estima que murieron entre 150000 y 575000 víctimas, pero una amplia distribución con el casi 20% de la población mundial infectada. (Crespo Garay, 2020); (OPS, 2020)

Actualmente el mundo padece una nueva pandemia denominada SARS-CoV-2, más conocida como Coronavirus o COVID-19, de la cual hasta el momento no existen estudios totalmente definidos, la misma que hasta ahora lleva infectados a más de 54 millones de personas en todo el mundo y se ha cobrado más de 1,3 millones de víctimas. (Google, 2020).

Todas estas situaciones fueron emergencias sanitarias en las que se vio afectada la vida de las personas y causaron cantidades significativas de víctimas mortales. Pero también trajeron muchos problemas aparejados, como sobrecarga de los recursos locales, crisis económicas, pánico en la población, inseguridad, etc. Se los puede

denominar verdaderas tragedias humanas y por eso es necesario atender la aflicción y las consecuencias psicológicas, ya que estas exceden la capacidad de manejo de la población afectada.

Uno de los grupos más vulnerables es el equipo de salud. Lazarus & Folkman, definieron el afrontamiento como aquellos esfuerzos 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. Las estrategias de afrontamiento que cada persona desarrolla y que utiliza de forma habitual, puede suponer un facilitador o un obstáculo al momento de enfrentar las situaciones de estrés. (Lazarus & Folkman, 1986)

Trabajos recientes de la OPS/OMS demostraron que las pandemias someten a los trabajadores de la salud a niveles muy elevados de ansiedad, depresión y estrés, con jornadas largas en entornos de trabajo intenso y con el temor constante de enfermarse, además de sufrir estigmatización y, en ocasiones, separación de sus familias.

Los trastornos psicológicos más frecuentes son los episodios depresivos y las reacciones de estrés agudo de tipo transitorio. Como efectos tardíos se reportan depresión, trastornos de adaptación y manifestaciones de estrés postraumático. Los trastornos de adaptación se caracterizan por un estado de malestar subjetivo, alteraciones emocionales que afectan a la vida social y dificultad para adaptarse al cambio que significan las pérdidas. (OPS/OMS, 2019)

El estudio realizado por Ramirez-Ortiz, et al (2020) describe las consecuencias de epidemias anteriores entre el personal de salud. Después del brote del SARS-CoV en Taiwán, se evidenció una perspectiva pesimista de la vida en alrededor de un 10% de la población en los meses posteriores al brote, acompañada de una prevalencia de morbilidad psiquiátrica del 11,7%.

Durante la misma época en Singapur, cerca del 27% de los trabajadores de la salud reportaron síntomas psiquiátricos luego de la epidemia. Así mismo, se halló que el 20% de los médicos y enfermeras sufrieron Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT), el análisis mostró que aquellos que percibieron apoyo de supervisores y colegas fueron menos propensos al TEPT.

En esa línea de investigación, un estudio en Hong Kong reportó que el 89% de los trabajadores de la salud que se encontraban en situaciones de alto riesgo informaron síntomas psicológicos. Otro estudio de cohorte realizado en la misma región halló que

en los profesionales de salud había tasas más altas de TEPT en comparación con los sobrevivientes del SARS-CoV (40.7% vs 19%), la incidencia acumulada de trastornos mentales en los sobrevivientes fue del 58.9%, distribuidos así: 44% trastornos depresivos, 47.8% TEPT en algún momento después del brote, 13,3% trastorno de pánico, 6.6% agorafobia y 1.1% fobia social. 30 meses posterior al SARS-CoV. La prevalencia de los trastornos mentales en el último mes fue de 33.3%, siendo el TEPT el diagnóstico más prevalente (25.6%), seguido de los trastornos depresivos (15.6%). Además, el 61% de los sobrevivientes de SARS-CoV que tenían diagnóstico actual de TEPT también sufrían de otros trastornos psiquiátricos.

Otro estudio, realizado en España por Ozamiz-Etxebarria, et al (2020), revela que las investigaciones que llegan de China, primer país afectado, apuntan a que el miedo a lo desconocido y la incertidumbre pueden llevar a evolucionar a enfermedades mentales como pueden ser los trastornos de estrés, ansiedad, depresión, somatización y conductas como aumento de consumo de alcohol y tabaco.

El estudio realizado del 31 de enero al 2 de febrero de 2020 con 1.210 personas en 194 ciudades de China en el cual se administró la *Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés* (DASS-21), tuvo como objetivo hacer una encuesta en línea, usando técnicas de muestreo de *snowball* para entender mejor, entre otras variables, los niveles de impacto psicológico, ansiedad, depresión y estrés en la etapa inicial del brote de COVID-19. El 16,5% de los participantes mostró síntomas depresivos de moderados a graves; el 28,8% síntomas de ansiedad de moderados a graves; y el 8,1% informó de niveles de estrés de moderados a graves. El mal estado de salud se asoció significativamente con un mayor impacto psicológico en los niveles más altos de estrés, ansiedad y depresión.

En la Comunidad Autónoma Vasca, la alarma de coronavirus se disparó en marzo de 2020. En esta región de más de 2 millones de habitantes el primer caso fue detectado el 28 de febrero, pero los casos aumentaron rápidamente. El 13 de marzo el Consejo del Gobierno Vasco declara situación de emergencia sanitaria. El 14 de marzo el Gobierno Español declara el estado de alarma y el confinamiento de toda la ciudadanía en sus casas, creando una situación sin precedentes y donde el impacto psicológico y social de esta pandemia es indiscutible. En cualquier desastre biológico, el miedo, incertidumbre, y la estigmatización son comunes y es, por ello, importante realizar intervenciones médicas y de salud mental apropiadas. Pero, si a todo esto se le suma que esta

pandemia en particular trajo, aislamiento, confinamiento y distanciamiento social, se puede esperar que la sintomatología aumente a medida que pase el tiempo.

En la muestra recogida en la Comunidad Autónoma Vasca los niveles severos y extremadamente severos de estrés, ansiedad y depresión fueron menores que los recogidos en el estudio realizado en China. Llama la atención este dato, teniendo en cuenta que el cuestionario se realizó en fase inicial del brote de COVID-19. Esto podría tener varias explicaciones, por un lado, podría ser que en la Comunidad Autónoma Vasca se tenía más información sobre el virus, ya que llegó un mes y medio más tarde que a China y este conocimiento de la pandemia podría explicar que los niveles de estrés, ansiedad y depresión fueran menores. Por otra parte, también puede ser que cuando se recogió la muestra, los primeros días de la epidemia en España, la población todavía no viera el alcance de la pandemia en su propio territorio, ya que todavía estarían vinculando la epidemia a un problema lejano que afecta a otros, por ejemplo, a China. Sin embargo, se han encontrado medias superiores en los tres niveles de sintomatología (estrés, ansiedad y depresión) después del 14 de marzo, cuando la población comenzó a experimentar el encierro.

El propósito de esta investigación es determinar la relación que existe entre las estrategias de afrontamiento y la aparición de los trastornos psicológicos en el personal de salud para elevar los resultados a las autoridades con la recomendación de desarrollar estrategias dirigidas a la preparación, educación y fortalecimiento de las estrategias de afrontamiento y la salud mental de la población.

### **Planteamiento del problema en estudio**

Por todo lo expuesto el problema que se formula es: ¿Qué relación existe entre las estrategias de afrontamiento que se utilizan y la aparición de trastornos psicológicos ante la pandemia del SARS-CoV-2, en el personal de salud de la UTI según la antigüedad laboral y el género, en un hospital público de la ciudad de Rosario durante los meses de marzo a julio del 2021?

### **Hipótesis y objetivos**

Como hipótesis se puede plantear que:

✓ Las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción influyen en la aparición de los trastornos psicológicos del personal de salud.

✓ Los trastornos psicológicos serán inversamente proporcional, si las estrategias de afrontamiento son positivas o negativas.

✓ A mayor antigüedad mayor estrategias de afrontamiento del personal de salud ante la pandemia.

✓ Los hombres presentan mayores trastornos psicológicos ante la pandemia que las mujeres.

El objetivo general de este estudio es:

Analizar la relación que existe entre las estrategias de afrontamiento que se utilizan y la aparición de trastornos psicológicos ante la pandemia del SARS-CoV-2, en el personal de salud de la UTI según la antigüedad laboral y el género, en un hospital público de la ciudad de Rosario durante los meses de marzo a julio del 2021.

Objetivos específicos:

✓ Caracterizar al personal de salud según antigüedad laboral y género.  
✓ Identificar las estrategias de afrontamiento que presenta cada persona.  
✓ Identificar los trastornos psicológicos que aparecen en el personal de salud por la pandemia del SARS-CoV-2

✓ Relacionar las estrategias de afrontamiento y la antigüedad laboral.  
✓ Relacionar las estrategias de afrontamiento y el género.  
✓ Relacionar las estrategias de afrontamiento y los niveles de trastornos psicológicos.

✓ Identificar diferencias y similitudes entre las estrategias de afrontamiento y trastornos psicológicos, según antigüedad y género del personal de salud.

## **MARCO TEÓRICO**

La enfermedad forma parte de la historia de la humanidad de manera intrínseca. Desde que el ser humano empezó a organizarse en sociedad y a crear núcleos de personas que convivían juntos en un mismo espacio territorial, las enfermedades contagiosas tomaron un especial protagonismo. A medida que la población mundial fue creciendo, cuando una enfermedad se extendía y afectaba a varias regiones del planeta convirtiéndose en una amenaza para la población, se empezaron a documentar las primeras pandemias. Estas pandemias en ocasiones transformaron las sociedades en las que aparecieron y, muy posiblemente, han cambiado o influido decisivamente en el curso de la historia. Todas estas catástrofes dejaron crisis económicas, grandes cantidades de vidas perdidas, y problemas psicológicos a los sobrevivientes. (Pané, 2020).

Una pandemia se puede definir por su alcance, es decir, si se propaga de manera global y tiene una alta incidencia de morbimortalidad en un período de tiempo relativamente corto. Ocurre cuando surge una enfermedad infecciosa nueva, mayormente por la mutación de algún virus que ya existe, pero para la cual las personas no tienen inmunidad contra él. Tampoco tiene tratamiento específico, aunque sí se pueden tratar los síntomas que provoca, según el estado clínico de cada persona. (Ministerio de Salud. Argentina, 2020)

Los coronavirus, son llamados así por la forma de corona que presenta en su superficie, son virus de ARN que pertenecen a la subfamilia *Coronavirinae*, de la familia *Coronaviridae* del orden *Nidovirales*. Tienen cuatro subgrupos principales: alfa, beta, gamma y delta, según su estructura genómica. Los alfa y beta coronavirus infectan solo a los mamíferos, generalmente causan síntomas respiratorios en humanos y gastroenteritis en otros animales. Hasta diciembre de 2019, solo se sabían registrado seis clases de coronavirus diferentes que podían infectar a los humanos. Cuatro de estos han causado síntomas leves, tipo resfriado común en personas inmuno competentes, los otros dos han causado epidemias. En 2002–2003, el coronavirus del síndrome respiratorio agudo severo (SARS-CoV) causó la epidemia de SARS que resultó en una mortalidad del 10%. En el 2012 el coronavirus del Síndrome Respiratorio del Medio Oriente (MERS-CoV) causó una pandemia devastadora con una tasa de mortalidad del 37%. A fines de 2019, con la aparición de un grupo de casos de pacientes con neumonías de características virales, en la ciudad de Wuhan, China, se identificó un nuevo

coronavirus, primero llamado COVID-19. Sin embargo, cuando se secuenció el genoma del COVID-19, se observó que compartía un porcentaje importante (79.5%) de la secuencia genética del SARS-CoV que causó la epidemia antes mencionada. A partir de ello el Comité de taxonomía de virus lo renombró como SARS-CoV-2. El 30 de enero de 2020, la OMS declaró que el brote de COVID-19 era una emergencia de salud pública mundial, y el 11 de marzo lo calificó como una pandemia.

La forma de propagación y transmisión de este virus es de persona a persona a través de gotas respiratorias, que se producen al hablar, toser o estornudar. Las macro gotas tienden a caer al suelo y contagian al ser interceptada por un huésped susceptible. Estas gotas se limitan a una distancia no mayor a 2 metros. Cuando las gotas infectadas caen en el suelo o en distintas superficies, también pueden ser una fuente de contagio. Al tocar estas superficies y luego llevarse las manos a los ojos, nariz o boca una persona se puede infectar; es por eso que se hace hincapié en la higiene diaria y lavado de manos frecuente. Las micro gotas pueden flotar en el aire por horas y moverse a distancias mayores con corrientes de aire. Todos estos motivos dan importancia de uso de mascarillas para reducir la carga viral de los ambientes.

Los síntomas más comunes que se pueden presentar son: fiebre, tos, dolor de garganta, dificultad respiratoria, dolor muscular, cefalea, diarrea y/o vómitos, pérdida brusca de gusto y/u olfato. La presentación clínica se expresa de diversas formas. Algunos pueden cursarlo de forma asintomática, dificultando el control de la propagación. Otros pueden presentar leves síntomas similares a una gripe normal, provocando la eliminación del virus y la memoria inmune. Sin embargo, para otros, puede causar una patología grave cursando con neumonía, síndrome dificultad respiratorio agudo (SDRA), shock séptico, insuficiencia multiorgánica y, finalmente, la muerte. Hasta ahora, se ha evidenciado una tasa de morbilidad muy superior a las epidemias de coronavirus anteriores, pero su mortalidad es mucho menor. (Rios, Risso-Vasquez, & Diaz-Ballve, 2020)

Actualmente el SARS-CoV-2 se propagó en más 190 países, causó más de 54 millones de infectados y más de 1.3 millones de víctimas fatales a nivel mundial. (Google, 2020) Se produjo crisis económicas en todos los países afectados y las personas sufren distintos trastornos por las diferentes decisiones tomadas por los gobiernos. En los países que no tomaron la decisión de la cuarentena, prontamente se vieron golpeados por la saturación del sistema de salud, que trajo como consecuencia la muerte

desbordante de las personas en sus propios hogares, al grado que sus familiares debían sacarlos a las calles por no tener donde dejarlos, y por el miedo de contagio con el cadáver. En los países que si comenzaron con la cuarentena, la situación resultante no fue tan distinta. Pero a esto se le sumo la carga del aislamiento social.

Este confinamiento, hace que aquellas personas que han perdido su empleo puedan experimentar sentimientos negativos y pensamientos de fracaso personal, debido a que siguen midiéndose por los mismos criterios de “éxito social” anteriores a la situación actual. Muchos trabajadores también, se vieron afectados por la temporalidad de sus contratos o por que las características de sus ocupaciones son difícilmente reconvertibles al teletrabajo; esto no hace más que agravar la situación de precariedad que viven, haciendo que el confinamiento pueda ser el detonante de un problema de salud mental, que se puede iniciar con la aparición de la sintomatología depresiva unido a un fuerte sentimiento de infelicidad personal.

Un estudio realizado en la Argentina para explorar los sentimientos y expectativas que genera el COVID-19 agrupa diversos sentimientos generados por la pandemia, donde destacan principalmente la incertidumbre, el miedo y la angustia. La *incertidumbre* expresa un sentimiento generalizado de preocupación en la población. Por un lado, este sentimiento se vincula a una situación incierta, propia del contexto de pandemia, que es indefinida y que no permite planificación. También, genera además en algunas personas un sentimiento de impotencia, resignación, desconcierto, de falta de control sobre la situación. Por otro lado, la incertidumbre debe ser comprendida también vinculada a las consecuencias sociales y económicas que supone la medida del aislamiento para la vida cotidiana, social y laboral.

El *miedo* aparece como segundo subtema relevante. Este sentimiento se expresó en un gradiente que incluía desde expresiones de temor, ansiedad, hasta pánico por parte de algunas personas, aspecto que también se vincula a efectos en el bienestar integral de las personas encuestadas. Así algunas personas solo pudieron responder esta pregunta con la palabra miedo y temor, y otras personas sólo sentimientos asociados al miedo en su respuesta: *Temor, nerviosismo, peligro, pánico, miedo al contagio*, miedo por la salud de personas cercanas y algunas personas en grupos de riesgo explicaron su miedo en relación a dicho factor.

La angustia aparece e incluye sentimientos que van desde la tristeza, el aburrimiento, hasta la depresión. En ocasiones este sentimiento se vincula a otras

personas, como por ejemplo los seres queridos, o hacia personas en situación de exclusión social.

Otro aspecto relevante de este estudio está vinculado con el género. Fueron las mujeres participantes quienes manifestaron en mayor medida los sentimientos de miedo, angustia junto con sentimientos de responsabilidad, cuidados y valorización de la interdependencia, afectos y la posibilidad de introspección y reflexión que la pandemia generaría. Esto podría explicarse por la socialización de género, que vincula de forma diferencial a las mujeres con lo afectivo, los cuidados y la expresión de emociones mientras que la socialización de género masculina obstaculiza su expresión en determinados contextos resultado de guiones culturales heteronormativos que moldean los cuerpos de las personas. Una revisión previa apunta a que estas diferencias de género pueden verse también influenciadas por el contexto y sus presiones como podría ser la situación de pandemia. En ese sentido, podría comprenderse que los encuestados varones hayan manifestado más sus sentimientos de vulnerabilidad y angustia en el segundo momento de toma de datos. Este resultado, podría indicar también que las consecuencias del aislamiento social en la vida de las personas pueden ser cada vez más adversas si se mantienen en el tiempo. (Johnson, Saletti-Cuesta, & Tumas, 2020)

El personal de salud no está exento a todos estos sentimientos, más bien se le suman las preocupaciones de enfrentarse al peligro en primera línea. Si bien, se destaca al personal como elemento clave para la contención de la pandemia y recibe el reconocimiento por parte de las autoridades sanitarias y de la gente, la tensión que sufren se ve reflejada por las redes sociales y los medios de comunicación por la falta de equipos de protección personal suficientes, protocolos pocos definidos y la sobrecarga de trabajo por la falta de personal.

Según los últimos datos registrados, los casos confirmados en personal de salud corresponde al 4,5% (54.786) del total de personas infectadas (Ministerio de Salud Argentina, 2020), generando inquietud frente al posible contagio, especialmente, el miedo a contagiar a la familia, el atender a sus propios pares y la mortalidad de los pacientes. Todo esto supone un riesgo para la salud mental y emocional del personal sanitario, que puede tener un impacto negativo en su calidad de vida general.

Se debe tener especial consideración al personal que trabaja en área crítica. La unidad de terapia intensiva (UTI) se caracteriza como área cerrada y con personal

sumamente especializado que se encuentra diariamente al cuidado del paciente crítico, que por las patologías que presentan deben atenderse con capacidad y prontitud.

Los pacientes críticos son aquellos que se encuentran en una situación de inestabilidad fisiológica en la cual pequeños cambios funcionales pueden llevar a un serio deterioro global, con daño orgánico irreversible o muerte. El monitoreo, intermitente o continuo, está destinado a detectar estos cambios precozmente, a fin de proveer un tratamiento adecuado y restablecer una situación fisiológica más estable, previniendo de tal modo el daño orgánico o la muerte. Presentan necesidades especiales de monitoreo y soporte vital que debe ser provistos por un grupo humano con los conocimientos básicos, habilidades técnicas, tiempo necesario y presencia física permanente para que dichos cuidados sean en forma inmediata y adecuada. Este cuidado debe ser continuo y preventivo por naturaleza, asegurando que el paciente sea manejado de una manera eficiente, humana y segura, utilizando recursos finitos de modo de asegurar una alta calidad de cuidado y una evolución óptima. (Lovesio, 2008).

En esta unidad uno de los retos más importante que afrontan los profesionales es la cercanía con el dolor y la muerte, lo cual está cargado de incertidumbre en el cuidado y pronóstico de los pacientes, en la evolución de la enfermedad y dicha incertidumbre genera inseguridad, miedo al fracaso y sensación de ineficacia. Es por esto que se necesita una amplia experiencia y madurez mental por las grandes implicaciones éticas y morales ante situaciones extremas.

Esta pandemia modificó drásticamente todo aspecto de la rutina diaria. Para casi todos los profesionales de la salud, esto es completamente nuevo. Son circunstancias que generan mucho estrés para todos los trabajadores e incluso para los pacientes. El equipo de salud está expuesto a un sufrimiento intenso ante una muerte en aislamiento, que deja a las familias desconsoladas por no poder acompañar a sus seres queridos. El riesgo de infectarse durante la atención, o transmitirlos a familiares y amigos, hace que los trabajadores experimenten miedo, pena, culpa y agotamiento. Es difícil, sobre todo cuando es un colega el que enferma y requiere intubación. En ese momento se pone al descubierto la propia mortalidad.

Luego de usar por horas un equipo de protección que es incómodo, que limita la movilidad y la comunicación y, que la seguridad que produce es incierta, se termina el guardia exhausto.

Los recursos de afrontamiento que tengan cada uno, determinará el impacto mental y emocional que presenten durante esta pandemia.

El afrontamiento es definido como aquellos esfuerzos 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. (Lazarus & Folkman, 1986). De esta definición se entiende al afrontamiento como un proceso; que se limita a enfrentar demandas que exceden al individuo y requieren movilización, excluyendo a las conductas y pensamientos automatizados que no requieren esfuerzos. Este proceso incluye cualquier cosa que el individuo haga o piense, independientemente de los resultados que obtenga ya que los esfuerzos están enfocados a manejar las demandas; esto significa que se puede minimizar, evitar, tolerar o aceptar las condiciones estresantes, en vez de intentar dominarlas.

El afrontamiento del estrés es un concepto que posee un gran interés en el ámbito de la psicología clínica y la psicopatología, por eso es importante diferenciar dos conceptos que podrían parecer similares: los estilos de afrontamiento y las estrategias de afrontamiento. Para algunos autores los estilos de afrontamiento se refieren a predisposiciones personales para hacer frente a las situaciones y son los responsables de las preferencias individuales en el uso de unos u otros tipos de estrategias de afrontamiento, así como de su estabilidad temporal y situacional. A su vez, las estrategias de afrontamiento serían los procesos concretos que se utilizan en cada contexto y pueden ser altamente cambiantes dependiendo de las situaciones desencadenantes. Otros, definieron los estilos de afrontamiento como disposiciones generales que llevan a la persona a pensar y actuar de forma más o menos estable ante diferentes situaciones, mientras que las estrategias de afrontamiento se establecerían en función de la situación. Más recientemente otros autores han considerado que ambos conceptos son complementarios, siendo los estilos de afrontamiento formas estables o consistentes de afrontar el estrés, mientras que las estrategias de afrontamiento serían acciones y comportamientos más específicos de la situación. (Castaño & Leon del Barco, 2010)

Lazarus y su grupo elaboraron diversos instrumentos psicométricos basados en entrevistas o auto informes para evaluar el afrontamiento. Sus escalas de evaluación fueron construidas sobre la base de descripciones de lo que la gente *piensa* y *hace* en sus esfuerzos para hacer frente a las transacciones de estrés. Han sido empleadas por

varios autores, pero no hay un claro acuerdo respecto a los factores o dimensiones que pueden obtenerse mediante análisis factorial de los ítems. En el ámbito de la investigación del estrés psicosocial el *Ways of Coping Questionnaire* (WCQ), fue el cuestionario pionero para obtener información sobre las estrategias de afrontamiento empleadas por los individuos. A partir de este cuestionario sugirieron como más estables, las siguientes dimensiones: 1. Confrontación, 2. Distanciamiento, 3. Autocontrol, 4. Búsqueda de apoyo social, 5. Aceptación de la responsabilidad, 6. Escape-evitación, 7. Planificación de solución de problemas, y 8. Re-evaluación positiva. Como puede observarse, existen dimensiones que corresponden al afrontamiento focalizado en el problema (confrontación y planificación de solución de problemas). Otras son del tipo focalizado en la emoción (distanciamiento, autocontrol, aceptación de la responsabilidad, escape-evitación y revaloración positiva). La restante dimensión, búsqueda de apoyo social, posee componentes de ambos tipos de focalización (problema y emoción), por lo que puede ser considerada como una modalidad de afrontamiento intermedio.

La Escala de Estrategias de Coping (EEC) fue desarrollada por Chorot y Sandín (1997) con la finalidad de obtener una prueba psicométrica que evaluara un amplio espectro de formas de afrontamiento del estrés. La construcción de la escala se llevó a cabo según criterios teórico-rationales, y tomando como base el cuestionario de Lazarus y Folkman (1984) y los trabajos sobre evaluación del afrontamiento de Moos y Billings (1982). Se tomó como marco teórico de referencia la organización que hacen estos últimos autores sobre las dimensiones generales del afrontamiento (i.e., afrontamiento centrado en la evaluación, en el problema, y en la emoción), así como las diferentes categorías asociadas a estas tres dimensiones (tres dimensiones más específicas por cada dimensión general). La EEC definitiva incluía 90 elementos que evaluaban las 9 dimensiones básicas siguientes: 1. Análisis lógico (p.ej., intentar analizar las causas del problema), 2. Redefinición cognitiva (p.ej., pensar que las cosas podrían ser peores), 3. Evitación cognitiva (p.ej., intentar olvidarse de todo), 4. Búsqueda de información o consejo (p.ej., pedir consejo a algún amigo), 5. Acciones de solución de problemas (p.ej., hablar con las personas responsables), 6. Desarrollo de refuerzos alternativos (p.ej., iniciar nuevos estudios), 7. Regulación afectiva (p.ej., refugiarse en la lectura), 8. Aceptación resignada (p.ej., aceptar las cosas como son, pues se trata de mala suerte), y 9. Descarga emocional (p.ej., comportarse de forma agresiva). Estas dimensiones se agrupaban en 3 dimensiones más generales del afrontamiento centradas en a) la

evaluación cognitiva (incluía las dimensiones 1-3), b) el problema (dimensiones 4-6), y c) la emoción (dimensiones 7-9). Adicionalmente, y de forma no excluyente, podían obtenerse las dimensiones de evitación-escape y búsqueda de apoyo social. (Sandín & Chorot, 2003)

Una descripción de las diferentes formas de afrontamiento que suele utilizar la gente para afrontar el estrés se encuentra en el Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE) que Sandín y Chorot realizaron a través de revisiones hechas al EEC. El afrontamiento, con independencia de cuál sea la naturaleza del estresor, sirve, bien para cambiar la situación de la que emergen los estresores, bien para modificar el significado de la situación para reducir su grado de amenaza, o bien para reducir los síntomas del estrés. Por tanto, podría decirse que el afrontamiento constituye el elemento esencial que emplea el individuo para hacer frente al estrés, pudiendo dirigir su acción tanto a los estresores (tratando de eliminarlos o reducir su nivel de amenaza) como a sus propias respuestas fisiológicas, psicológicas o sociales.

La versión actual del CAE presenta las siguientes dimensiones de afrontamiento: 1) focalizado en la solución del problema; 2) auto focalización negativa; 3) reevaluación positiva; 4) expresión emocional abierta; 5) evitación; 6) búsqueda de apoyo social, y 7) religión. (Belloch, Sandín, & Ramos, 2009)

La *focalización en la solución del problema* (FSP) se da cuando el individuo analiza las causas y concreta un plan de acción para hacer frente a la situación amenazante. La FSP abarca el análisis de cuáles pueden ser las causas del problema, el seguimiento de una serie de pasos, el establecimiento de un plan de acción, la recopilación de información usando como fuente a las personas implicadas, la puesta en marcha de soluciones específicas y la reflexión acerca de todos los pasos a seguir.

La *auto focalización negativa* (AFN) es aquella estrategia caracterizada por sentir que es incapaz de solucionar el problema (indefensión), auto convencerse de sus aspectos negativos, no hacer nada ya que las cosas suelen ser malas, resignarse y asumir la propia incapacidad para resolver el problema. La *reevaluación positiva* (REP) consiste en aceptar las cosas como son y enfrentarlas mediante ver los aspectos positivos del problema, descubrir que en la vida hay gente buena, relativizar el problema, pensar que podría haber sido peor, asumir que es posible sacar algo bueno de todo eso y que hay cosas más importantes que el problema.

La *expresión emocional abierta* (EEA) hace referencia a la utilización de comportamientos hostiles tales como irritarse, agredir a alguien, descargar el mal humor con los demás, luchar y desahogarse emocionalmente, e insultar a otros. Por tanto, se trata de una estrategia usada para expresar emociones de forma abierta, precisamente para neutralizarlas o aliviar tensiones.

La *evitación* (EVT) hace referencia a la distracción del sujeto para evitar pensar en el problema. Se trata de una variable de huida o de escape de la situación. Puede consistir en practicar un deporte, salir a la calle o volcarse en el trabajo para olvidar.

La *búsqueda de apoyo social* (BAS) se describe como los esfuerzos por buscar ayuda, orientaciones y consejos de otras personas ante situaciones estresantes, pedir información y contar los sentimientos a familiares y amigos. El apoyo social interactúa en los procesos de estrés, reduciendo, eliminando o simplemente modificando la percepción de los estresores. Finalmente, la *religión* (RLG) es utilizada para afrontar aceptar las cosas como son pero esperar y confiar en Dios. Estas respuestas incluyen asistir a la iglesia, solicitar ayuda espiritual, confiar en que Dios remedie el problema, poner velas o rezar.

Una segunda forma de agrupar a estas dimensiones en grado más generales son: afrontamiento racional y afrontamiento focalizado en la emoción.

El afrontamiento racional, o dirigido al problema, tienden a aparecer cuando las condiciones son evaluadas como susceptibles de cambio. No solo se focaliza en la solución del problema, sino que también abarca la búsqueda de apoyo social, la reevaluación positiva y religión.

El afrontamiento emocional surge cuando el individuo evalúa que no se puede hacer nada para modificar las condiciones lesivas, y se tratan de procesos cognitivos encargados de disminuir el grado de trastorno emocional. Se centra en el auto focalización negativa, la expresión emocional abierta y, la evitación. (Sandín & Chorot, 2003)

La efectividad de las estrategias de afrontamiento depende de las necesidades de la persona. La edad y los antecedentes culturales de una persona influyen en estas necesidades. Por esta razón ninguna estrategia de afrontamiento funciona para todos o para cada factor estresante. La misma persona puede afrontar de diferente manera de una vez a otra. En situaciones estresantes la mayoría de las personas utilizan una combinación de estrategias de afrontamiento centradas en los problemas y centradas en

las emociones. En otras palabras, cuando una persona está en condiciones de estrés, obtiene información, toma medidas para cambiar la situación y regula las emociones ligadas al mismo. En algunos casos las personas evitan pensar sobre la situación o cambian la manera en la que piensan sobre ella sin cambiar la situación real en sí misma. El tipo de estrés, las metas de las personas, sus creencias sobre sí mismos y el mundo, y los recursos personales determinan cómo afrontan las personas el estrés.

La pandemia que se vive hoy en día pone riesgo la vida de un gran número de personas y el sistema sanitario está sobrecargado. Esto constituye, desde el punto de vista de la salud mental, una perturbación psicológica que puede exceder la capacidad emocional de respuesta en el personal de salud. Las estrategias de afrontamiento pueden resultar insuficientes y producir un desequilibrio e inadaptación psicológica.

Los trastornos psicológicos más frecuentes son: episodios de ansiedad, depresión y estrés (tanto episodios agudos transitorios, como de efecto tardío con manifestación de estrés post traumático).

La ansiedad es una emoción normal que se experimenta ante situaciones amenazadoras. Se puede distinguir del miedo ya que este es cognitivo, o sea, es la valoración intelectual de un estímulo amenazante; y la ansiedad es la respuesta emocional a esa apreciación. Se puede evidenciar con los siguientes signos y síntomas: sensación de boca seca, dificultad para respirar, temblores, preocupación por enfrentar situaciones que produzcan pánico o hacer pasar el ridículo, palpitaciones y aumento de la frecuencia cardíaca sin haber realizado ejercicios físicos, y tener miedo sin razón.

Si bien la ansiedad es una de las reacciones adaptativas más comunes que aparecen ante determinadas situaciones que la persona las vive como estresantes, cuando esto no se consigue y dicha emoción es excesiva, es cuando se convierte en patológica, provocando malestar significativo en la persona que la padece. (Ministerio de Salud. Perú, 2020).

Es difícil poner una línea precisa entre la ansiedad normal y anormal. La normalidad se determina por estándares sociales. Puede haber diferencias entre países o culturas dentro de una misma región. Así que para determinar si la respuesta ansiosa de un individuo es normal o si puede ser considerada anormal o patológica debe estar fuera de proporción a la situación que la crea, y debe interferir con el funcionamiento social, ocupacional u otras áreas importantes. (Townsend, 2011)

La ansiedad se puede manifestar en cuatro niveles:

La ansiedad leve produce un ligero estado de alerta que mejora la percepción, el aprendizaje y las capacidades productivas. La mayoría experimentan este tipo de ansiedad, que produce un sentimiento de ligera inquietud que lleva a buscar información y plantearse preguntas.

La ansiedad moderada aumenta el estado de alerta hasta un punto en el que la persona expresa sentimientos de tensión, nerviosismo o preocupación. Las capacidades conceptuales están estrechadas. La atención se centra más en un aspecto particular de una situación que en las actividades periféricas.

La ansiedad intensa consume la mayor parte de las energías de la persona y precisa una intervención ya que hay una disminución adicional de la percepción. La persona, no logra centrarse en lo que está ocurriendo realmente, sino solo en un detalle específico de la situación que genera la ansiedad.

La angustia es un nivel de ansiedad abrumador y aterrador que hace que la persona pierda el control. Se experimenta con menos frecuencia que otros niveles de ansiedad. La percepción de una persona con angustia se puede afectar hasta tal grado que la persona distorsione los hechos. (Berman & Snyder, 2013)

Los trastornos de ansiedad interfieren con el normal funcionamiento de las personas, presentándose como desproporcional a lo que la desencadena en comparación a las vivencias previas o a las de otras personas. Muchas veces estas personas evitan buscar ayuda por miedo al rechazo, estigma hacia los problemas de salud mental, o negación del malestar que presentan que puede asociarse a conductas que amortiguan la ansiedad, como el consumo de alcohol u otras sustancias, atracones de comidas, etc. Por tal motivo, es importante que estas personas reciban atención por parte del equipo de salud mental de una manera empática y comprensiva, resguardando la confidencialidad y respeto. (Ministerio de Salud. Perú, 2020)

La depresión es una reacción frecuente ante hechos que parecen sobrecogedores o negativos. Se puede evidenciar por sentimientos de extrema tristeza, pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, cansancio exagerado ante un esfuerzo mínimo. Si empeora, la persona tiene gran dificultad para desarrollar sus actividades personales, familiares, sociales y laborales en forma normal. Los síntomas y signos de la depresión y la gravedad del problema varían entre las personas, algunos pueden ser: disminución de la atención y concentración (dificultad para tomar la iniciativa para hacer las cosas); pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad (valer muy

poco como persona); la idea de culpa y de ser inútil (no sentir ilusión ni entusiasmo por nada); una perspectiva pesimista del futuro; pensamientos y actos suicidas, o de autoagresiones (la vida no tiene sentido); trastornos del sueño (insomnio o incremento del sueño); pérdida del apetito o incremento del mismo.

Muchas personas experimentan breves períodos de depresión en respuesta a episodios estresantes muy intensos; sin embargo, la depresión prolongada es preocupante y puede precisar tratamiento.

Durante los episodios de depresión grave, la persona puede presentar una considerable inhibición psicomotora o angustia y agitación marcada, importantes sentimientos de pérdida de la autoestima, inutilidad o de culpa que generan un alto riesgo de suicidio.

En caso de depresión extrema pueden incluir síntomas psicóticos, pudiendo aparecer ideas delirantes, alucinaciones o estupor depresivo. Las alucinaciones o ideas delirantes pueden ser congruentes o no con el estado de ánimo.

En el caso de presencia de síntomas en el personal de salud es necesario realizar una evaluación integral de la salud mental. (Ministerio de Salud. Perú, 2020) (Berman & Snyder, 2013)

El estrés es la situación en la cual la persona experimenta cambios en el estado de equilibrio normal. Un agente estresante es cualquier episodio o estímulo que provoca estrés. Cuando una persona se enfrenta a los agentes estresantes, las respuestas se denominan estrategias o respuestas de afrontamiento.

Hay diversas fuentes de estrés. Se pueden clasificar como agentes estresantes internos o externos, y agentes estresantes del desarrollo o situacionales. Los agentes estresantes internos se originan dentro de la persona, por ejemplo por una infección o sentimientos de depresión. Los agentes estresantes externos se originan fuera del individuo, por ejemplo, una muerte en la familia o la presión por parte de los iguales. Los agentes estresantes del desarrollo se producen en momentos predecibles durante la vida de un individuo (según la etapa de crecimiento). Los agentes estresantes situacionales son impredecibles y se pueden producir en cualquier momento de la vida. El estrés situacional puede ser positivo o negativo. Los siguientes son ejemplos de estrés situacional: muerte de un familiar, matrimonio o divorcio, nuevo trabajo, enfermedad. El grado de los efectos positivos o negativos puede depender en cierta medida de la fase del desarrollo del individuo.

Las consecuencias del estrés pueden ser físicas, emocionales, intelectuales, sociales y espirituales. Normalmente los efectos son mixtos, porque el estrés afecta a la persona en conjunto. Físicamente puede amenazar a la homeostasis fisiológica de la persona. Emocionalmente puede producir sentimientos negativos o no constructivos sobre el propio yo. Intelectualmente puede influir en las capacidades perceptivas y de resolución de problemas de la persona. Socialmente puede alterar las relaciones de una persona con los demás y, espiritualmente el estrés puede poner a prueba las propias creencias y valores. (Berman & Snyder, 2013)

El estrés agudo es un trastorno transitorio de una gravedad importante que aparece en un individuo sin otro trastorno mental aparente, como respuesta a un estrés físico o psicológico que remite en horas o días. La aparición y la gravedad van a depender de la vulnerabilidad y la capacidad de adaptación individual. Los síntomas más característicos son estado de embotamiento con reducción del campo de la conciencia, incapacidad para asimilar estímulos, estrechamiento de la atención y desorientación. De este estado se puede pasar a un grado mayor de alejamiento de la circunstancia o a una agitación e hiperactividad. También están presentes los signos vegetativos de ataques de pánico, como son taquicardia, sudoración y rubor. Estos síntomas suelen aparecer a los pocos minutos del acontecimiento estresante y desaparecer en dos o tres días. (Ministerio de Salud. Perú, 2020)

El trastorno de estrés postraumático se describe como el desarrollo de los síntomas característicos, luego de la exposición a un evento de estrés traumático extremo que involucra una amenaza personal a la integridad física o la integridad física de otros. Los síntomas se pueden presentar después de vivir situaciones que exponen a la persona a la muerte inesperada o violenta, daño grave, o amenaza de muerte o lesiones de un miembro de la familia u otra persona cercana. Estos síntomas se relacionan con eventos que estresarían mucho a cualquiera. El individuo puede experimentar el trauma o en presencia de otras personas. Los ejemplos de algunas experiencias que pueden producir este tipo de respuesta incluye la participación en combate militar, asalto personal violento, experimentar desastres naturales o causados por el hombre, sobrevivir a accidentes automovilísticos graves o diagnosticado con una enfermedad letal.

Los síntomas característicos incluyen re experimentar el evento traumático, un nivel elevado sostenido de ansiedad o excitación, o una respuesta generalizada

enlentecida o entumecida. Los recuerdos indeseables o pesadillas del evento son comunes. Los síntomas de depresión son comunes en este trastorno y pueden ser lo bastante graves como para garantizar un diagnóstico de trastorno depresivo. En el caso de un trauma que amenace la vida compartido con otras personas, los sobrevivientes con frecuencia describen sentimientos dolorosos de culpa sobre la sobrevivencia cuando otros murieron o sobre las cosas que tuvieron que hacer para sobrevivir. El abuso de sustancias es común.

El cuadro completo de síntomas debe presentarse por más de un mes y causa interferencia significativa con el funcionamiento social, laboral o de otras áreas.

El trastorno se presenta a cualquier edad. Los síntomas pueden empezar a los tres meses después del trauma, o posponerse varios meses o incluso años. (Townsend, 2011)

Atender la salud mental y el bienestar psicosocial en estos momentos de pandemia es tan importante como cuidar la salud física. No es una carrera de velocidad, sino, más bien, es una maratón de mucha resistencia que requiere autocuidado permanente. Por esto, la OPS realizó 7 recomendaciones de autocuidado.

Cuidar de las necesidades básicas: comer regularmente sano y balanceado, mantenerse hidratado y dormir al menos 8 horas. No hacerlo pone en riesgo la salud mental, física y la capacidad de atención de los pacientes.

Descansar: realizar actividades que reconforten, divertidas y relajantes. Evitar el uso de alcohol, tabaco y drogas. Hacer pausas activas en el trabajo con la mayor frecuencia posible. Tomar un descanso adecuado derivará en una mejor atención a los pacientes.

Mantener el contacto con compañeros y colegas: observar, escuchar y respetar las diferencias entre compañeros. Mantener conversaciones constructivas, identificar errores y deficiencias sin juzgar a las personas. Todos nos complementamos por lo que los elogios son motivadores, poderosos y reductores del estrés. Conformar un grupo de autoayuda para conversar en un espacio seguro e imparcial, al menos una vez a la semana, sobre las preocupaciones y angustias. Si un colega está en riesgo de sufrir un problema mental, poner la alerta al líder del grupo. La capacidad de resolver problemas es una habilidad profesional que genera una gran sensación de logro.

Mantenerse en contacto con seres queridos: cada vez que pueda o se sienta abrumado, ponerse en contacto con amigos o familiares a través del teléfono y otros medios virtuales. Ellos son un sostén fuera del sistema de salud.

Autoobservación de emociones y sensaciones: vigilar y observar las emociones a lo largo del tiempo. Si se presenta sensaciones permanentes de tristeza, agotamiento, insomnio, desesperanza, inapetencia u otros, busque la ayuda de un superior. Es normal sentir sensaciones desagradables por momentos, ya que consisten en una señal de defensa ante el peligro. Reconocer los signos del estrés y parar para atenderlos es parte del autocuidado.

Limitar la exposición a los medios de comunicación: limitar las consultas privadas o del trabajo que lo saquen del descanso. Las imágenes visuales y mensajes preocupantes aumentan el estrés y pueden reducir la efectividad y bienestar en general.

Conformar grupos de ayuda mutua y/o autoayuda: Un grupo de autoayuda se conforma de manera voluntaria entre colegas con el propósito de ventilar las emociones como confusión, inquietud, descontrol, miedo, culpa, tristeza, insensibilidad e irritabilidad, que nos están generando agobio. Las actividades se llevan a cabo en un ambiente de confianza y confidencialidad entre personas que están compartiendo circunstancias similares. El grupo debe ser voluntario, establecer un horario de encuentro regular, horarios claros de inicio y cierre, el liderazgo se rota por sesiones, es confidencial, se lleva a cabo en un espacio privado. Si el grupo observa que algún miembro está en riesgo de sufrir un problema en su salud mental, se pone la alerta. Compartir las emociones con personas que transmiten seguridad y confianza ayuda a regularlas. (Organización Panamericana de la Salud, 2020)

## **MATERIALES Y MÉTODOS**

### **Tipo de estudio o Diseño**

La estrategia metodológica será de tipo cuantitativo, no experimental, correlacional, según el momento de ocurrencia prospectivo de corte transversal, y se realizará desde marzo a julio del 2021.

Según Hernández Sampieri (2014) el diseño cuantitativo utiliza la recolección de datos para probar la hipótesis en base a la medición numérica y el análisis estadístico para establecer los patrones de comportamiento. El alcance del estudio será correlacional, ya que tiene como finalidad poder medir la relación entre las distintas variables de estudio. Será de corte transversal, porque tendrá un solo momento de recolección de datos. Y su propósito es evaluar, con la mayor exactitud posible, el grado de vinculación de las variables: Estrategias de afrontamientos y Trastornos Psicológicos, según la antigüedad laboral y el género.

Durante todo el proceso de investigación se aplicaron los principios bioéticos de Respeto por la dignidad humana, Beneficencia y Justicia.

### **Sitio o contexto de la investigación**

Para la selección del sitio se aplicó un instrumento de Convalidación de sitio el cual responde al 1er control de validez interna. Cuenta con las características necesarias para realizar la investigación, como son: unidad de terapia intensiva (UTI) con atención de pacientes con SARS-CoV-2, la cantidad de personal de salud es numerosa y cumple un rol destacado, y cuentan con una antigüedad laboral mayor a 1 año. (ANEXO 1)

El efector elegido es un hospital público de la red municipal, brinda una atención de tercer nivel de complejidad. Funciona como hospital general de agudos y centro de emergencias y trauma de alta complejidad, con capacidad de resolución de cuadros traumáticos y no traumáticos y de patologías agudas clínico-quirúrgicas.

Reconocido como hospital escuela, interviene en la capacitación de profesionales del área de salud de diferentes disciplinas.

Ubicado en un punto estratégico de la ciudad, se posiciona como hospital regional por su relación directa con rutas, autopista y accesos directo a la ciudad, dando respuesta no sólo a los rosarinos sino también a pacientes de localidades vecinas. Se convierte así en el hospital de referencia del sur de Santa Fe, del nodo Rosario.

Cuenta con helipuerto sanitario siendo una vía de transporte rápida y eficiente para atender urgencias médicas o para el traslado de órganos; ya que forma parte del programa Federal de Procuración de Órganos (INCUCAI y CUDAIIO).

Tiene más de 160 camas para internación repartidas en áreas de cuidados críticos intermedios y altos; unidad de terapia intensiva, unidad coronaria, unidad de quemados y área de emergencias primaria.

La UTI se encuentra en el primer piso del edificio, es polivalente, cuenta con 24 camas útiles divididas en cuatro áreas de trabajo y un box para aislados por área. Cada cama cuenta con un panel central de oxígeno, aire comprimido y aspiración y un respirador. Las áreas están divididas por un mostrador en área limpia, donde se encuentra el office de enfermería, y el área sucia, un chatero, modulares donde se encuentran los materiales descartables y stock de materiales textiles y medicamentos. La oficina de la Jefa de servicio se encuentra a mitad de pasillo central, en medio de las áreas; enfrente de esta está la sala de estar y la habitación de los médicos de guardia. Cuenta con una dotación diaria de 48 de enfermeros, 4 médicos y 8 mucamas.

### **Población y Muestra**

La población seleccionada estará compuesta por la totalidad del personal de salud que pertenece al servicio. Se trata de 65 profesionales (enfermeros y médicos) y no profesionales (mucamas) que desempeñan sus tareas en contacto con el paciente o su unidad. En la presente investigación no se realizará muestreo porque se tomará a la población total que cumpla con los criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión/exclusión: Deberán contar con al menos 1 año de antigüedad en el puesto y estar trabajando activamente desde el comienzo de la pandemia, sin haber sido licenciado por comorbilidades.

### **Técnicas e instrumentos para la recolección de datos**

Toda investigación con seres humanos debe llevarse a cabo con el debido respeto y preocupación por los derechos y el bienestar de las personas participantes y las comunidades donde se realiza la investigación. Este respeto y preocupación se manifiestan en los requisitos de obtener un consentimiento informado y de asegurar que los riesgos se minimicen y sean razonables en relación con la importancia de la investigación. La investigación también debe ser sensible a las cuestiones de justicia y

equidad. Esta inquietud se manifiesta a la hora de decidir qué necesidades de salud han de investigarse; cómo se distribuyen los riesgos, las cargas y los beneficios.

Los investigadores tienen el deber de dar a los posibles participantes en una investigación la información pertinente y la oportunidad de dar su consentimiento voluntario e informado para participar en una investigación o de abstenerse de hacerlo.

Esto conlleva la responsabilidad de dar la información relevante al posible participante, asegurarse de que la persona haya comprendido adecuadamente los datos relevantes y haya decidido o rehusado a participar sin haber sido objeto de coacción, influencia indebida o engaño. El consentimiento informado se basa en el principio de que las personas que tienen capacidad de dar un consentimiento informado tienen el derecho de decidir libremente si participar en una investigación. El consentimiento informado protege la libertad de elección de la persona y respeta su autonomía. (OPS; CIOMS. 2016). (ANEXO II-1)

Para la realización de este estudio se utilizarán 2 instrumentos que serán auto-administrados, durante los meses de marzo y abril del 2021. La recolección de datos inicia con una breve y concisa explicación de en qué consisten los instrumentos y como deberán contestarlos; se resaltarán el anonimato de dichos datos y se pedirá la firma del consentimiento informado. Los instrumentos se entregarán en los distintos turnos de trabajo y se dejarán para que con tiempo y dedicación, y sin sentir presión, puedan ser completados. Al final de cada turno serán retirados por la misma autora.

El primer instrumento será el Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE), validado por Sandín & Chorot (2003). El mismo contiene un texto introductorio explicando el propósito del mismo, instrucciones para completarlo y la cantidad de preguntas que contiene. Consta de 1 pregunta, seguida de 42 ítems, que se valoran con una escala tipo Likert en un rango de 5 respuestas que son 0="Nunca", 1="Pocas veces", 2="A veces", 3="Frecuentemente", y 4="Casi Siempre", donde el sujeto valora cuál es la opción que mejor represente el grado en que empleó cada una de las formas de afrontamiento que se indican. El resultado de los 42 ítems evalúa siete estilos básicos de afrontamiento: 1) focalizado en la solución del problema, 2) autofocalización negativa, 3) reevaluación positiva, 4) expresión emocional abierta, 5) evitación, 6) búsqueda de apoyo social, y 7) religión. (ANEXO II-2)

El segundo cuestionario será la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21). Consta de 21 ítems, que también se valoran con la escala de Likert en un rango de

4 respuestas que son 0="No me ha ocurrido", 1="Me ha ocurrido un poco", 2="Me ha ocurrido bastante", y 3="Me ha ocurrido mucho". Los 21 ítems se pueden subdividir en 3 subescalas de 7 ítems cada una, para medir por separado las dimensiones: Depresión, Ansiedad y Estrés. (ANEXO II-3)

Las variables de estudio son:

**Antigüedad laboral:** se refiere al tiempo que lleva trabajado cada persona en la UTI. Es una variable independiente, de tipo cuantitativa, de razón, cuyos indicadores serán: el tiempo que referencia el propio encuestado.

**Género:** variable independiente, cualitativa, nominal y sus indicadores son:

- ✓ Femenino
- ✓ Masculino

**Estrategias de afrontamiento:** estas hacen referencia a los esfuerzos conductuales y cognitivos que lleva a cabo el individuo para tratar las demandas externas o internas generadoras del estrés, como con el malestar psicológico que suele acompañar al estrés. Variable independiente, cualitativa compleja, ordinal; que se evalúa a través de 7 dimensiones, con nivel de medición ordinal para cada una de ellas.

D1 Focalizado en la solución del problema. Los indicadores son:

- Analizar las causas del problema
- Seguir unos pasos concretos
- Establecer un plan de acción
- Hablar con las personas implicadas'
- Poner en acción soluciones concretas
- Pensar detenidamente los pasos a seguir

D2 Autofocalización negativa. Los indicadores son:

- Autoconvencerse negativamente
- No hacer nada ya que las cosas suelen ser malas
- Autoculpación
- Sentir indefensión respecto al problema
- Asumir la propia incapacidad para resolver la situación
- Resignarse

D3 Reevaluación positiva. Los indicadores son:

- Ver los aspectos positivos

- Sacar algo positivo de la situación
- Descubrir que en la vida hay gente buena
- Comprender que hay cosas más importantes
- No hay mal que por bien no venga
- Pensar que el problema pudo haber sido peor

D4 Expresión emocional abierta. Los indicadores son:

- Descargar el mal humor con los demás
- Insultar a otras personas
- Comportarse hostilmente
- Agredir a alguien
- Irritarse con la gente
- Luchar y desahogarse emocionalmente

D5 Evitación. Los indicadores son:

- Concentrarse en otras cosas
- Volcarse en el trabajo u otras actividades
- «Salir» para olvidarse del problema
- No pensar en el problema
- Practicar deporte para olvidar
- Tratar de olvidarse de todo

D6 Búsqueda de apoyo social. Los indicadores son:

- Contar los sentimientos a familiares o amigos
- Pedir consejo a parientes o amigos
- Pedir información a parientes o amigos
- Hablar con amigos o parientes para ser tranquilizado
- Pedir orientación sobre el mejor camino a seguir
- Expresar los sentimientos a familiares o amigos

D7 Religión. Los indicadores son:

- Asistir a la Iglesia
- Pedir ayuda espiritual
- Acudir a la Iglesia para rogar se solucione el problema
- Confiar en que Dios remediase el problema
- Rezar
- Acudir a la Iglesia para poner velas o rezar

**Trastornos psicológicos.** Se puede definir como conjunto de síntomas distintivos que provocan un malestar, discapacidad o riesgo clínicamente significativos para la salud de una persona, cuyo desencadenante no es de origen biológico. Pueden ser ocasionados por situaciones desadaptativas que ocasionan una reacción que no se espera, según el contexto cultural. Las más comunes son Depresión, Ansiedad y Estrés. Variable dependiente, cuantitativa, con nivel de medición ordinal.

D1 Depresión. Los indicadores son:

- No podía sentir ningún sentimiento positivo
- Se me hizo difícil tomar la iniciativa para hacer cosas
- He sentido que no había nada que me ilusionara
- Me sentí triste y deprimido
- No me pude entusiasmar por nada
- Sentí que valía muy poco como persona
- Sentí que la vida no tenía ningún sentido

D2 Ansiedad. Los indicadores son:

- Me di cuenta que tenía la boca seca
- Se me hizo difícil respirar
- Sentí que mis manos temblaban
- Estaba preocupado por situaciones en las cuales podía tener pánico o en las que podría hacer el ridículo
- Sentí que estaba al punto de pánico
- Sentí los latidos de mi corazón a pesar de no haber hecho ningún esfuerzo físico
- Tuve miedo sin razón

D3 Estrés. Los indicadores son:

- Me ha costado mucho descargar la tensión
- Reaccioné exageradamente en ciertas situaciones
- He sentido que estaba gastando una gran cantidad de energía
- Me he sentido inquieto
- Se me hizo difícil relajarme
- No toleré nada que no me permitiera continuar con lo que estaba haciendo
- He tendido a sentirme enfadado con facilidad

Para cumplir con los requisitos de validación de los instrumentos se realizó la prueba piloto con el objetivo de detectar preguntas mal formuladas o que pudieran ser

difícil de comprender. La prueba piloto se realizó en 2 enfermeros, 2 médicos y 2 mucamas que reúnen los mismos requisitos de la población en estudio, en otro servicio que no participará de la investigación. Los resultados de la misma se encuentran en el ANEXO III.

### **Personal a cargo de la recolección de datos**

La persona encargada de entregar y recolectar la información, será la investigadora de este proyecto, que está calificada para contestar si hubiera alguna duda en las preguntas. Se garantizará el anonimato y confidencialidad del personal que participe.

### **Plan de análisis**

Se realizará un análisis estadístico univariable y correlacional bivariable, ya que se describirá la relación entre las mismas. Una vez recogidos los cuestionarios, se agruparán por variable con sus correspondientes dimensiones, tabulándolos y se codificarán las respuestas en escala Likert.

Se calcularán estadísticas descriptivas como mediana, media y moda, desviación estándar y porcentajes. Los resultados se presentarán en diferentes tablas de doble entrada, lo que permitirá una mejor visualización e interpretación de las diferentes relaciones entre variables y así tener conclusiones más significativas.

Para la variable cuantitativa de antigüedad laboral se utilizará una escala de medición de intervalo, una vez calculadas las medidas de tendencia central, se agruparan las respuestas en rangos a las que se le asignara un código en número para poder ser representada en gráficos de barras que permitirán caracterizar la población en estudio.

Antigüedad Laboral:

- 1 = 1 año a 5 años
- 2 = 5 años a 10 años
- 3 = 10 años a 15 años
- 4 = Más de 15 años

Para la variable cualitativa de género se utilizará una escala nominal.

Género:

- F = Femenino
- M = Masculino

Para el estudio de la variable cuantitativa compleja de Estrategia de Afrontamiento que mide siete dimensiones como estilos básicos de afrontamiento a través de 42 ítems, se utilizará una escala tipo Likert en un rango de 5 respuestas que son 0="Nunca", 1="Pocas veces", 2="A veces", 3="Frecuentemente", y 4="Casi Siempre".

Se suman los valores marcados en cada ítem, según las siguientes subescalas:

- Focalizado en la solución del problema (FSP): 1, 8, 15, 22, 29, 36
- Autofocalización negativa (AFN): 2, 9, 16, 23, 30, 37
- Reevaluación positiva (REP): 3, 10, 17, 24, 31, 38
- Expresión emocional abierta (EEA): 4, 11, 18, 25, 32, 39
- Evitación (EVT): 5, 12, 19, 26, 33, 40
- Búsqueda de apoyo social (BAS): 6, 13, 20, 27, 34, 41
- Religión (RLG): 7, 14, 21, 28, 35, 42.

Es recomendable la utilización de las 7 subescalas del CAE para evaluar, de forma individual, las estrategias de afrontamiento del estrés que se utilizan con mayor frecuencia. Adicionalmente, si se desean medidas más generales del afrontamiento se podrían obtener las subescalas de afrontamiento racional (FSP, REP, BAS y RLG) y afrontamiento emocional (AFN, EEA y EVT) (Sandín & Chorot, 2003)

En cuanto a la variable cualitativa compleja de Trastornos Psicológicos, se utilizará la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21), la cual permite medir cada subescala por separados sumando la puntuación de los ítems correspondientes a cada 1. Pero también puede obtenerse un indicador general de síntomas emocionales sumando las puntuaciones de todos los ítems.

Depresión (ítems: 3, 5, 10, 13, 16, 17 y 21)

- ✓ 5-6 puntos = Depresión Leve
- ✓ 7-10 puntos = Depresión Moderada
- ✓ 11-13 puntos = Depresión Severa
- ✓ 14 o más puntos = Depresión Extremadamente Severa

Ansiedad (ítems: 2, 4, 7, 9, 15, 19 y 20)

- ✓ 4 puntos = Ansiedad leve
- ✓ 5-7 puntos = Ansiedad Moderada
- ✓ 8-9 puntos = Ansiedad Severa
- ✓ 10 o más puntos = Ansiedad Extremadamente Severa

Estrés (ítems: 1, 6, 8, 11, 12, 14 y 18).

- ✓ 8-9 puntos = Estrés Leve
- ✓ 10-12 puntos = Estrés Moderado
- ✓ 13-16 puntos = Estrés Severo
- ✓ 17 o más puntos = Estrés Extremadamente Severo

Toda esta información obtenida se procesará en el programa estadístico GNU PSPP V.1.4.1 para Windows. El programa GNU PSPP es un programa para el análisis estadístico de datos muestreados. Es una alternativa gratuita del programa SPSS, con una interfaz similar, pero presenta características que lo hacen superior. Al ser de software libre, su copia de PSPP no “caducará” ni dejará de funcionar deliberadamente en el futuro. Tampoco hay límites artificiales en el número de casos o variables que puede utilizar. No hay que comprar paquetes adicionales para obtener funciones "avanzadas"; toda la funcionalidad que PSPP admite actualmente se encuentra en el paquete principal.

PSPP es una aplicación estable y confiable. Se puede realizar estadística descriptiva, pruebas T, anova, regresión lineal y logística, medidas de asociación, análisis de conglomerados, análisis factorial y de confiabilidad, pruebas no paramétricas y más. Su backend está diseñado para realizar sus análisis lo más rápido posible, independientemente del tamaño de los datos de entrada.

El PSPP está especialmente dirigido a estadísticos, científicos sociales y estudiantes que requieren un análisis rápido y conveniente de los datos muestreados. (GNU PSPP, 2020).

## Plan de trabajo y Cronograma

Actividades	Marzo	Abril	Mayo		Junio		Julio
			Del 03-21	Del 24 -	14	Del 15 - 28	1
Recolección de datos, mediante los 2 instrumentos de medición							
Tabulación de datos (15 días)							
Análisis e interpretación de los datos (15 días)							
Conclusión e informe final (10 días)							
Impresión y entrega de informe final							

A

N

E

X

O

S

## ANEXO I

### GUÍA DE CONVALIDACIÓN DE SITIO

Para determinarlo se tuvo en cuenta los siguientes ítems:

- ¿La institución cuenta con comité de investigación y docencia?
- ¿Qué autorización se necesita para llevar adelante la investigación?
- ¿Permite el hospital, luego, publicar los datos investigados, ya sea de forma anónima o mencionando su nombre o localización?
- ¿Cuenta con área de internación para pacientes crítico?
- ¿Realiza atención a pacientes con SARS-CoV-2?
- ¿La población es lo suficientemente significativa, en cuanto a tamaño, para llevar adelante la prueba piloto allí mismo?
- ¿Cuál es la dotación del personal de enfermería?
- ¿Cuántos enfermeros trabajan por turno?
- ¿Cuál es la dotación del personal médico?
- ¿Cuántos médicos trabajan por día?
- ¿Cuál es la dotación del personal de mucamas?
- ¿Cuántas mucamas trabajan por turno?
- ¿Cómo se distribuyen según género?
- ¿Es la antigüedad de cada uno de ellos mayor a 1 año?
- ¿El hospital cuenta con apoyo de salud mental a disposición del personal de salud?



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
Universidad Nacional de Rosario

-----Quien suscribe, Esp. Rosana Nores, Profesora Titular de la Actividad Académica  
Tesina de la Escuela de Enfermería de la Facultad de Cs. Médicas de la Universidad  
Nacional de Rosario, certifica que Gentile, Micaela Isaura  
es estudiante de la carrera Licenciatura en Enfermería.

El/la mismo/a deberá relevar datos de la Institución de Salud con el objeto de  
concretar su proyecto de finalización de la carrera de grado.

La identidad de la institución no será divulgada, en dicho proyecto, los datos  
solicitados sólo contribuirán a la planificación de los aspectos metodológicos requeridos, en  
esta actividad académica.

Esperamos contar con su valiosa participación, en la formación de nuevos  
profesionales. Saluda a Ud. muy atentamente.

P/D: A pedido del interesado, se expide la presente constancia en la ciudad de Rosario,  
Provincia de Santa Fe, a los 23 Noviembre 2020

Nores, Rosana

Santa Fe 3100  
Rosario s2000ktr  
Tel. 341 4804558  
Fax 341 4804569  
www.fm.educ.unr.edu.ar

## ANEXO II

### 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha \_\_\_\_\_

Yo \_\_\_\_\_, con documento de identidad \_\_\_\_\_ certifico que he sido informado con claridad para la participación en los cuestionarios que están diseñado para identificar y medir las estrategias de afrontamiento y los trastornos psicológicos que presentan los trabajadores de la salud ante la pandemia del SARS-CoV-2. Se me ha invitado a participar, lo cual acepto en forma libre y voluntaria.

Comprendo que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme del estudio y no hacer la encuesta, cuando lo estime conveniente y sin necesidad de justificación alguna, y que se trata de una intervención sin fin de lucro.

Que se respete la buena fe, la confiabilidad e intimidad de la información suministrada, lo mismo que mi seguridad física y psicológica.

\_\_\_\_\_  
Firma

## 2. CUESTIONARIO DE AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS (CAE)

Antigüedad laboral en UTI:

Sexo:

Instrucciones: En las páginas que siguen se describen formas de pensar y comportarse que la gente suele emplear para afrontar los problemas o situaciones estresantes que ocurren en la vida. Las formas de afrontamiento descritas no son ni buenas ni malas, ni tampoco unas son mejores o peores que otras. Simplemente ciertas personas utilizan unas formas más que otras. Para contestar debe leer con detenimiento cada una de las formas de afrontamiento y recordar en qué medida Ud. la ha utilizado recientemente cuando ha tenido que hacer frente a situaciones de estrés. Rodee con un círculo el número que mejor represente el grado en que empleó cada una de las formas de afrontamiento del estrés que se indican. Aunque este cuestionario a veces hace referencia a una situación o problema, tenga en cuenta que esto no quiere decir que Ud. piense en un único acontecimiento, sino más bien en las situaciones o problemas más estresantes vividos recientemente (aproximadamente durante el pasado año).

0	1	2	3	4
Nunca	Pocas veces	A veces	Frecuentemente	Casi siempre

### ¿Cómo se ha comportado habitualmente ante situaciones de estrés?

- |  |   |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|---|
| 1. Traté de analizar las causas del problema para poder hacerle frente               | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Me convencí de que hiciese lo que hiciese las cosas siempre me saldrían mal       | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Intenté centrarme en los aspectos positivos del problema                          | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Descargué mi mal humor con los demás  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Cuando me venía a la cabeza el problema, trataba de concentrarme en otras cosas   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Le conté a familiares o amigos cómo me sentía                                     | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Asistí a la Iglesia   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Traté de solucionar el problema siguiendo unos pasos bien pensados                | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. No hice nada concreto puesto que las cosas suelen ser malas                       | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. Intenté sacar algo positivo del problema   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. Insulté a ciertas personas   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. Me volqué en el trabajo o en otra actividad para olvidarme del problema          | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. Pedí consejo a algún pariente o amigo para afrontar mejor el problema            | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. Pedí ayuda espiritual a algún religioso (sacerdote, etc.)                        | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15. Establecí un plan de actuación y procuré llevarlo a cabo                         | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16. Comprendí que yo fui el principal causante del problema                          | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17. Descubrí que en la vida hay cosas buenas y gente que se preocupa por los demás   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18. Me comporté de forma hostil con los demás  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19. Salí al cine, a cenar, a «dar una vuelta», etc., para olvidarme del problema     | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20. Pedí a parientes o amigos que me ayudaran a pensar acerca del problema           | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 21. Acudí a la Iglesia para rogar que se solucionase el problema                     | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 22. Hablé con las personas implicadas para encontrar una solución al problema        | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 23. Me sentí indefenso/a e incapaz de hacer algo positivo para cambiar la situación  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 24. Comprendí que otras cosas, diferentes del problema, eran para mí más importantes | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 25. Agredí a algunas personas  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 26. Procuré no pensar en el problema   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

27. Hablé con amigos o familiares para que me tranquilizaran cuando me encontraba mal	0	1	2	3	4
28. Tuve fe en que Dios remediaría la situación	0	1	2	3	4
29. Hice frente al problema poniendo en marcha varias soluciones concretas	0	1	2	3	4
30. Me di cuenta de que por mí mismo no podía hacer nada para resolver el problema	0	1	2	3	4
31. Experimenté personalmente eso de que «no hay mal que por bien no venga»	0	1	2	3	4
32. Me irrité con alguna gente	0	1	2	3	4
33. Practiqué algún deporte para olvidarme del problema	0	1	2	3	4
34. Pedí a algún amigo o familiar que me indicara cuál sería el mejor camino a seguir.	0	1	2	3	4
35. Recé.	0	1	2	3	4
36. Pensé detenidamente los pasos a seguir para enfrentarme al problema	0	1	2	3	4
37. Me resigné a aceptar las cosas como eran	0	1	2	3	4
38. Comprobé que, después de todo, las cosas podían haber ocurrido peor	0	1	2	3	4
39. Luché y me desahogué expresando mis sentimientos	0	1	2	3	4
40. Intenté olvidarme de todo	0	1	2	3	4
41. Procuré que algún familiar o amigo me escuchase cuando necesité manifestar mis sentimientos	0	1	2	3	4
42. Acudí a la Iglesia para poner velas o rezar	0	1	2	3	4

### 3. CUESTIONARIO DASS-21

Por favor lea las siguientes afirmaciones y coloque un círculo alrededor de un número (0, 1, 2, 3) que indica en qué grado le ha ocurrido a usted esta afirmación durante la pandemia del SARS-CoV-2. La escala de calificación es la siguiente:

**0: No me ha ocurrido; 1: Me ha ocurrido un poco, o durante parte del tiempo;**

**2: Me ha ocurrido bastante, o durante una buena parte del tiempo; 3: Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo.**

1. Me ha costado mucho descargar la tensión	0	1	2	3
2. Me di cuenta que tenía la boca seca	0	1	2	3
3. No podía sentir ningún sentimiento positivo	0	1	2	3
4. Se me hizo difícil respirar	0	1	2	3
5. Se me hizo difícil tomar la iniciativa para hacer cosas	0	1	2	3
6. Reaccioné exageradamente en ciertas situaciones	0	1	2	3
7. Sentí que mis manos temblaban	0	1	2	3
8. He sentido que estaba gastando una gran cantidad de energía	0	1	2	3
9. Estaba preocupado por situaciones en las cuales podía tener pánico o en las que podría hacer el ridículo	0	1	2	3
10. He sentido que no había nada que me ilusionara	0	1	2	3
11. Me he sentido inquieto	0	1	2	3
12. Se me hizo difícil relajarme	0	1	2	3
13. Me sentí triste y deprimido	0	1	2	3
14. No toleré nada que no me permitiera continuar con lo que estaba haciendo	0	1	2	3
15. Sentí que estaba al punto de pánico	0	1	2	3
16. No me pude entusiasmar por nada	0	1	2	3
17. Sentí que valía muy poco como persona	0	1	2	3
18. He tendido a sentirme enfadado con facilidad	0	1	2	3
19. Sentí los latidos de mi corazón a pesar de no haber hecho ningún esfuerzo físico	0	1	2	3
20. Tuve miedo sin razón	0	1	2	3
21. Sentí que la vida no tenía ningún sentido	0	1	2	3

### ANEXO III

#### RESULTADO DE LA PRUEBA PILOTO

Se realizó la prueba piloto de los instrumentos en dos enfermeros, dos médicos y dos mucamas del mismo hospital seleccionado, en el área de coronaria, ya que por necesidad estructural, desde agosto comenzó a funcionar como una extensión de la UTI. En estos momentos reúne las mismas características de la población de estudio. Esta prueba inició con una breve y concisa explicación de en qué consisten los instrumentos y como deberán contestarlos; se resaltó el anonimato de dichos datos.

Se entregaron los instrumentos, previa firma del consentimiento informado, para que con tiempo y dedicación, y sin sentir presión, puedan ser completados. Se recogieron antes del final del turno de trabajo, preguntado si hubo alguna duda o inconveniente al responder los cuestionarios. Ante la respuesta negativa, no se realizaron ajustes a los mismos.

## **BIBLIOGRAFÍA**

- Antúnez, Z., & Vinet, E. V. (2012). Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21): Validación de la versión abreviada en Estudiantes Universitarios Chilenos. *Terapia Psicológica*, 30(3), 49-55. Obtenido de <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082012000300005>
- Belloch, A., Sandín, B., & Ramos, F. (2009). *Manual de Psicopatología. Volumen II*. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana.
- Berman, A., & Snyder, S. (2013). *Fundamentos de Enfermería: conceptos, proceso y práctica* (9 ed., Vol. 1). Madrid: PEARSON EDUCACIÓN.
- Castaño, E. F., & Leon del Barco, B. (Junio de 2010). Estrategias de afrontamiento del estrés y estilos de conducta interpersonal. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10(2), 245-257. Recuperado el 14 de Julio de 2020, de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=560/560170905004>
- Crespo Garay, C. (nov. de 2020). *Las cinco pandemias más letales de la historia de la humanidad*. Obtenido de National Geographic: <https://www.nationalgeographic.es/historia/2020/11/cinco-pandemias-mas-letales-de-historia-de-humanidad>
- GNU PSPP. (06 de Septiembre de 2020). *GNU Operating System*. Obtenido de <https://www.gnu.org/software/pspp/>
- Google. (11 de Noviembre de 2020). *Google Noticias*. Obtenido de Coronavirus (COVID-19): <https://news.google.com/covid19/map?hl=es-419&gl=AR&ceid=AR%3Aes-419>
- Hernández Sampieri, R. (2014). *Metodología de la Investigación* (Sexta ed.). México: McGraw Hill.
- Johnson, M. C., Saletti-Cuesta, L., & Tumas, N. (2020). Emociones, preocupaciones y reflexiones frente a la pandemia del COVID-19 en Argentina. *Ciência & Saúde Coletiva [online]*, 25, 2447-2456. Obtenido de <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.1.10472020>
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1986). *Estrés y Procesos Cognitivos*. España: Martinez Roca.
- Lovesio, C. (2008). *Medicina Intensiva* (6 ed.). Rosario: Corpus.

- Ministerio de Salud Argentina. (05 de 11 de 2020). *Sala de Situación Covid-19*. Obtenido de Argentina.gob.ar: <https://www.argentina.gob.ar/informes-diarios/noviembre-de-2020>
- Ministerio de Salud. Argentina. (08 de Noviembre de 2020). *Preguntas frecuentes sobre el nuevo Coronavirus Covid-19*. Obtenido de Argentina.gob.ar: <https://www.argentina.gob.ar/coronavirus/preguntasfrecuentes>
- Ministerio de Salud. Perú. (2020). *Guía Técnica para el Cuidado de la Salud Mental del Personal de la Salud en el Contexto del Covid-19*. Perú: MINSA. Obtenido de <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5000.pdf>
- Oganización Panamericana de la Salud (OPS). (12 de 06 de 2020). *Cuidando la salud mental del personal sanitario durante la pandemia COVID-19*. Recuperado el 01 de 12 de 2020, de <https://www.paho.org/es/documentos/cuidando-salud-mental-personal-sanitario-durante-pandemia-covid-19-0>
- OPS. (2020). *Epidemias mundiales e impacto del cólera*. Obtenido de <https://www.who.int/topics/cholera/impact/es/>
- OPS/OMS. (2019). *Protección de la Salud Mental en situaciones de Epidemias*. Unidad de Salud Mental, Abuso de Sustancias y Rehabilitación (THS/MH). Obtenido de <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Pandemia%20de%20influenza%20y%20Salud%20mental%20Esp.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2020). *Depresión*. Obtenido de Temas de Salud: [who.int/topics/depression/es/](http://who.int/topics/depression/es/)
- Ozamiz-Etxebarria, N. e. (2020). Niveles de estrés, ansiedad y depresión en la primera fase del brote del COVID-19 en una muestra recogida en el norte de España. *Cadernos de Saúde Pública*, 36(4). doi:10.1590/0102-311X00054020
- Pané, G. H. (25 de Marzo de 2020). *Grandes pandemias de la historia*. Obtenido de National Geographic: [https://historia.nationalgeographic.com.es/a/grandes-pandemias-historia\\_15178/](https://historia.nationalgeographic.com.es/a/grandes-pandemias-historia_15178/)
- Rios, F., Risso-Vasquez, A., & Diaz-Ballve, L. (23 de 04 de 2020). Enfermedad por coronavirus 2019 (COVI-19). Aspectos de interés para cuidados críticos. Revisión narrativa. *Revista Argentina de Terapia Intensiva*, 1-12. Obtenido de <http://revista.sati.org.ar/index.php/MI/article/view/698>

Sandín, B., & Chorot, P. (2003). Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE): desarrollo y validación preliminar. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica.*, 8(1), 39-54.

Townsend, M. C. (2011). *Fundamentos de Enfermería Psiquiátrica* (4 ed.). México: Mc Graw Hill.