

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE
SALTA**

Facultad de Artes y Ciencias

Lic. en Psicología

TESIS DE GRADO



**“Estrategias de Afrontamiento en el personal
médico de la Clínica 9 de Julio: haciendo frente a
la pandemia por COVID-19”**

Alumna: Leyendecker, Silvana Inés

Directora: Lic. Blasco, Emilce Carina

AÑO: 2023

AUTORIDADES ACADÉMICAS

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SALTA

Gran Canciller: S. E. R. Mons. Mario Antonio Cargnello Arzobispo de Salta

Rector: Ing. Rodolfo Gallo Cornejo

Vicerrector académico: Mg. Constanza Diedrich

Secretaria General: Mg. Lic. Silvia M. Álvarez

FACULTAD DE ARTES Y CIENCIAS

Decano Facultad Artes y Ciencias: Lic. María Dolores Medina Bouquet

Secretaria académica: Abg. Adriana Ibarguren

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA

Jefe de departamento de Psicología: Lic. Sonia Edith Guijarro Cárdenas

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a mis padres por apoyarme desde el principio hasta el final de esta meta. Agradezco a mi gordito Oscarcito por ser la alegría de mi vida desde que apareció en ella y a mi princesa Annita por cuidarme desde el cielo en cada nuevo paso que doy.

Agradezco a mis amigas y amigos de toda la vida que me acompañaron en cada crisis, cada angustia y cada alegría como si fueran propias.

Agradezco a mi directora, la Lic. Blasco Emilce Carina, y a los Licenciados de @LaTesis, quienes me ayudaron y guiaron en la redacción y construcción de este trabajo de investigación.

Agradezco a mis facu-amigas por cada mate, cada aliento, cada explicación, cada resumen, cada abrazo, cada sonrisa y cada lagrima compartida, sin uds. muchas metas hubieran sido más difíciles, les agradezco no sólo por el apoyo sino también por ser mi familia aparte de ser mis compañeras y ahora colegas.

Agradezco a mis nuevas amigas y amigos que me apoyaron y me alentaron como si los conociera de toda la vida. Compartiendo no sólo cosas del trabajo sino también momentos aparte y dándome consuelo y empujones cuando eran necesarios.

Agradezco al tan amado y odiado Call que me permitió poder sobrellevar de mejor manera la situación, especialmente estos últimos años y el que me permitió conocer a muchas personas que a pesar de la distancia parece que están a mi lado, con cada mensaje, con cada meet eterno y con cada llamada. Gracias por ser un pilar y hacerse sentir tan cerca, aunque estén tan lejos.

Agradezco a cada una de las personas que formaron y forman parte de mi vida, a la familia del corazón que con los años fui formando y que Uds. fueron agrandando, con Uds. este camino se hizo más llevadero.

RESUMEN

En el presente estudio se busca conocer las estrategias de afrontamiento del estrés que utilizó el personal médico en la Clínica 9 de Julio de la ciudad de San José de Metán en contexto de pandemia durante la primera etapa de confinamiento social. Se tomó como participantes a aquellos profesionales médicos que accedieron voluntariamente a participar de la investigación y que se encontraban trabajando en la institución en el período mencionado. Se trata de un estudio mixto. A partir de las entrevistas se pudo identificar los siguientes estresores vivenciados en los dichos de los participantes. De los resultados la Escala EEC-M se pudo apreciar que, si bien los médicos utilizaron tanto estrategias de afrontamiento centradas en el problema como estrategias de afrontamiento centradas en la emoción, tienen en su mayoría predominancia el uso de las primeras aquí mencionadas.

Palabras clave: Estrés, Estresores, Afrontamiento, Estrategias de afrontamiento

ABSTRACT

This study seeks to know the stress coping strategies used by medical personnel at the 9 de Julio Clinic in the city of San José de Metán in the context of a pandemic during the first stage of social confinement. Participants were those medical professionals who voluntarily agreed to participate in the research and who were working at the institution in the aforementioned period. It is a mixed study. From the interviews it was possible to identify the following stressors experienced in the statements of the participants. From the results of the EEC-M Scale, it could be seen that, although the doctors used both problem-focused coping strategies and emotion-focused coping strategies, the majority use the former mentioned here.

Key Words: Stress, Stressors, Coping, Coping strategies.

ÍNDICE

| | |
|--|-----------|
| INTRODUCCIÓN | 1 |
| PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA..... | 3 |
| Pregunta de investigación..... | 3 |
| Objetivo general..... | 3 |
| Objetivos específicos..... | 3 |
| Consecuencias de la investigación..... | 4 |
| Deficiencias del conocimiento | 5 |
| MARCO INSTITUCIONAL | 11 |
| MARCO TEÓRICO | 12 |
| CAPÍTULO I: SARS-CoV-2 | 13 |
| Coronavirus (COVID-19)..... | 13 |
| Sintomatología | 14 |
| Propagación | 15 |
| CAPÍTULO II: PSICOTRAUMATOLOGÍA, TRAUMA Y ESTRÉS..... | 18 |
| Psicotraumatología | 18 |
| Reseña histórica del trauma | 19 |
| Trauma..... | 22 |
| Tipos de trauma..... | 25 |
| Trauma con “T” mayúscula | 26 |
| Trauma con “t” minúscula | 26 |
| Trauma por empatía..... | 26 |
| Trauma complejo | 28 |
| Trauma continuado | 30 |
| Estrés | 31 |
| Clasificación de estrés | 35 |
| Eustrés y distrés | 36 |
| Estrés agudo | 37 |
| Estrés laboral | 39 |
| Trastorno de estrés postraumático | 41 |
| Estrés, personal de salud y COVID-19..... | 46 |
| CAPÍTULO III: ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO | 53 |
| Afrontamiento | 53 |
| Estilos y estrategias | 55 |

| | | |
|---|--------------------|------------|
| METODOLOGÍA..... | ÍNDICE..... | 59 |
| Nivel y tipo de investigación | | 60 |
| Diseño de investigación..... | | 61 |
| Contexto y período | | 62 |
| Población y muestra | | 62 |
| Hipótesis de investigación | | 62 |
| VARIABLES DE ESTUDIO | | 62 |
| Definiciones conceptuales..... | | 63 |
| Definición operacional..... | | 64 |
| Técnicas de recolección de información | | 65 |
| Validez y confiabilidad de la Escala de Estrategias de <i>Coping</i> Modificada (EEC-M) | | 66 |
| Procedimiento de recolección de información..... | | 67 |
| RESULTADOS (Entrevistas y escalas transcriptas)..... | | 71 |
| ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS DE LA INVESTIGACIÓN | | 115 |
| Manifestaciones de estresores en el personal médico en relación a la carga horaria | | 122 |
| Manifestaciones de estresores en el personal médico en relación a la demanda de pacientes..... | | 124 |
| Manifestación de estresores en el personal médico en relación a las muertes | | 126 |
| Manifestaciones de estresores en el personal médico en relación al riesgo de la propia vida y de la vida de su familia/amigos..... | | 127 |
| Manifestación de estresores en el personal médico en relación al desconocimiento sobre la enfermedad | | 128 |
| Manifestaciones de estresores en el personal médico en relación a la falta de insumos médicos y recursos humanos | | 129 |
| Manifestación de estresores en el personal médico en relación a hechos externos al ambiente laboral de carácter social | | 130 |
| Manifestaciones de estresores en el personal médico en relación a los pacientes asintomáticos | | 131 |
| Datos relacionados a las estrategias de afrontamiento arrojados por la Escala EEC-M <i>Coping</i> Modificada..... | | 132 |
| Género de referencia | | 132 |
| Edad de los participantes..... | | 132 |
| Especialidad de los participantes | | 133 |
| Antigüedad en el desempeño del cargo..... | | 133 |
| Estrategias de afrontamiento agrupadas en 12 factores | | 134 |

| | |
|--|------------|
| Tabla de resultados obtenidos en la escala por participante..... | 137 |
| Tabla de frecuencia de cada factor individual..... | 143 |
| Estrategias de afrontamiento según el género de los participantes..... | 147 |
| Estrategias de afrontamiento según la edad de los participantes..... | 148 |
| Estrategias de afrontamiento según especialidad de los participantes..... | 149 |
| Estrategias de afrontamiento según antigüedad de los participantes..... | 149 |
| Prueba t de las estrategias de afrontamiento centradas en el problema y centradas en la emoción..... | 150 |
| DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN..... | 160 |
| BIBLIOGRAFÍA..... | 166 |
| ANEXOS..... | 175 |
| ANEXO I: NOTA DE PRESENTACIÓN..... | 176 |
| ANEXO II: MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO..... | 177 |
| ANEXO III: MODELO DE ENTREVISTA..... | 178 |
| ANEXO IV: ESCALA DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO COPING MODIFICADA (EEC-M)..... | 179 |
| ANEXO V: BAREMO DE LA ESCALA EEC-M <i>Coping</i> MODIFICADA..... | 182 |
| HOJA DE EVALUACIÓN..... | 183 |

ÍNDICE DE FIGURAS

| | | |
|-----------|--|-----|
| Figura 1 | Origen geográfico de los casos importados a diferentes países de América Latina, de COVID-19, al 17 de marzo de 2020..... | 15 |
| Figura 2 | Estadísticas del avance de contagios y muertes por COVID-19 en Argentina hasta el 21 de marzo de 2021..... | 16 |
| Figura 3 | Informe diario de contagios de la ciudad de San José de Metán..... | 17 |
| Figura 4 | Representación del proceso de trauma..... | 22 |
| Figura 5 | Tipos de traumas..... | 25 |
| Figura 6 | Síndrome de adaptación (H. Selye 1936) | 31 |
| Figura 7 | Respuesta biológica ante estrés (H. Selye) | 32 |
| Figura 8 | El estrés como respuesta..... | 35 |
| Figura 9 | Manifestaciones conductuales, afectivas y somáticas ante el estrés..... | 37 |
| Figura 10 | Factores que intervienen en la génesis de la ansiedad por situación traumática | 41 |
| Figura 11 | Primer criterio diagnóstico | 44 |
| Figura 12 | Segundo criterio diagnóstico | 44 |
| Figura 13 | Género de referencia de los participantes | 132 |
| Figura 14 | Especialidad de los participantes | 133 |
| Figura 15 | Antigüedad en el desarrollo de la profesión de los participantes..... | 134 |
| Figura 16 | Estrategias de afrontamiento en el género femenino | 147 |
| Figura 17 | Estrategias de afrontamiento en el género masculino | 148 |
| Figura 18 | Estrategias de afrontamiento más utilizadas según la edad de los médicos de la Clínica 9 de Julio de la ciudad de San José de Metán..... | 148 |
| Figura 19 | Estrategias de afrontamiento más utilizadas según la especialidad de los médicos de la Clínica 9 de Julio de la ciudad de San José de Metán..... | 149 |
| Figura 20 | Estrategias de afrontamiento más utilizadas según la antigüedad en el desempeño de la actividad laboral de los médicos de la Clínica 9 de Julio de la ciudad de San José de Metán..... | 150 |

ÍNDICE DE TABLAS

| | | |
|----------|---|-----|
| Tabla 1 | Clasificación de la sintomatología del nuevo SARS-CoV-2..... | 14 |
| Tabla 2 | Sintomatología del trauma por empatía..... | 27 |
| Tabla 3 | Diferencias conceptuales entre desgaste por empatía y fatiga por compasión..... | 28 |
| Tabla 4 | Alteraciones presentes en el trauma complejo..... | 29 |
| Tabla 5 | Lesiones de estrés en diferentes órganos..... | 39 |
| Tabla 6 | Sintomatología presente según el tercer criterio diagnóstico..... | 45 |
| Tabla 7 | Sintomatología según el cuarto criterio diagnóstico..... | 46 |
| Tabla 8 | Cantidad de casos y muertes por COVID-19 a nivel nacional..... | 48 |
| Tabla 9 | Cantidad de casos y muertes por COVID-19 a nivel provincial..... | 49 |
| Tabla 10 | Afecciones frecuentes encontradas en los profesionales de la salud por causa de la pandemia..... | 51 |
| Tabla 11 | Unidades de análisis relacionadas con los estresores detectados en el participante S1..... | 116 |
| Tabla 12 | Unidades de análisis relacionadas con los estresores detectados en el participante S2..... | 117 |
| Tabla 13 | Unidades de análisis relacionadas con los estresores detectados en el participante S3..... | 118 |
| Tabla 14 | Unidades de análisis relacionadas con los estresores detectados en el participante S4..... | 119 |
| Tabla 15 | Unidades de análisis relacionadas con los estresores detectados en el participante S5..... | 120 |
| Tabla 16 | Unidades de análisis relacionadas con los estresores detectados en el participante S6..... | 121 |
| Tabla 17 | Edad de los participantes..... | 133 |
| Tabla 18 | Frecuencias estadísticas de los 12 factores de la escala EEC-M..... | 136 |
| Tabla 19 | Resultados obtenidos en los 12 factores de la escala EEC-M por el participante S1..... | 137 |
| Tabla 20 | Resultados obtenidos en los 12 factores de la escala EEC-M por el participante S2..... | 138 |
| Tabla 21 | Resultados obtenidos en los 12 factores de la escala EEC-M por el participante S3..... | 139 |
| Tabla 22 | Resultados obtenidos en los 12 factores de la escala EEC-M por el participante S4..... | 140 |
| Tabla 23 | Resultados obtenidos en los 12 factores de la escala EEC-M por el participante S5..... | 141 |
| Tabla 24 | Resultados obtenidos en los 12 factores de la escala EEC-M por el participante S6..... | 142 |
| Tabla 25 | Frecuencias estadísticas del factor SP de los 6 participantes..... | 143 |
| Tabla 26 | Frecuencias estadísticas del factor BAS de los 6 participantes..... | 143 |
| Tabla 27 | Frecuencias estadísticas del factor ESP de los 6 participantes..... | 143 |
| Tabla 28 | Frecuencias estadísticas del factor REL de los 6 participantes..... | 144 |
| Tabla 29 | Frecuencias estadísticas del factor EE de los 6 participantes..... | 144 |
| Tabla 30 | Frecuencias estadísticas del factor BAP de los 6 participantes..... | 144 |
| Tabla 31 | Frecuencias estadísticas del factor RA de los 6 participantes..... | 145 |
| Tabla 32 | Frecuencias estadísticas del factor EC de los 6 participantes..... | 145 |

| | | |
|----------|--|-----|
| Tabla 33 | Frecuencias estadísticas del factor RP de los 6 participantes..... | 146 |
| Tabla 34 | Frecuencias estadísticas del factor EDA de los 6 participantes..... | 146 |
| Tabla 35 | Frecuencias estadísticas del factor NEG de los 6 participantes..... | 146 |
| Tabla 36 | Frecuencias estadísticas del factor AUT de los 6 participantes..... | 147 |
| Tabla 37 | Estadísticas para una muestra..... | 151 |
| Tabla 38 | Tabla t de estrategias de afrontamiento centradas en el problema y estrategias de afrontamiento centradas en la emoción..... | 151 |
| Tabla 39 | Medida de las estrategias de afrontamiento centradas en el problema en relación con el género de los participantes..... | 152 |
| Tabla 40 | Prueba t de estrategias de afrontamiento centradas en el problema en relación con el género de los participantes..... | 152 |
| Tabla 41 | Media de las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción en relación con el género de los participantes..... | 153 |
| Tabla 42 | Prueba t de las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción en relación con el género de los participantes..... | 153 |
| Tabla 43 | Media de las estrategias de afrontamiento centradas en el problema en relación con la especialidad de los participantes..... | 154 |
| Tabla 44 | Tabla t de las estrategias de afrontamiento centradas en el problema en relación con la especialidad de los participantes..... | 154 |
| Tabla 45 | Media de las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción en relación con la especialidad de los participantes..... | 155 |
| Tabla 46 | Prueba t de las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción en relación con la especialidad de los participantes..... | 155 |
| Tabla 47 | Media de las estrategias de afrontamiento centradas en el problema en relación con la edad de los participantes..... | 156 |
| Tabla 48 | Prueba t de las estrategias de afrontamiento centradas en el problema en relación a la edad de los participantes..... | 156 |
| Tabla 49 | Media de las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción en relación a la edad de los participantes..... | 157 |
| Tabla 50 | Prueba t de las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción en relación a la edad de los participantes..... | 157 |
| Tabla 51 | Media de las estrategias de afrontamiento centradas en el problema en relación a la antigüedad en el desarrollo de la actividad profesional de los participantes..... | 158 |
| Tabla 52 | Prueba t de las estrategias de afrontamiento centradas en el problema en relación a la antigüedad en el desarrollo de la actividad profesional de los participantes..... | 158 |
| Tabla 53 | Media de las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción en relación a la antigüedad en el desarrollo del ejercicio profesional de los participantes..... | 159 |
| Tabla 54 | Prueba t de las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción en relación a la antigüedad en el desarrollo de la actividad profesional de los participantes..... | 159 |

INTRODUCCIÓN

A lo largo de la historia de la humanidad, el ser humano se vio obligado a enfrentar diversas situaciones de salubridad, pasando por pandemias, endemias y epidemias. Así, por ejemplo, a mediados del siglo XIV, “entre los años 1346 y 1353, una terrible enfermedad barrió Asia Occidental, Oriente Medio, el norte de África y Europa causando pérdidas de población catastróficas y generalizadas, tanto en las zonas rurales como en ciudades pequeñas y grandes” (Benedictow, 2011, p. 17). Dicha epidemia recibió el nombre popular de “Peste negra” o “Muerte negra”. Debido a los estragos ocasionados por la misma, Benedictow (2011) afirma que era considerada hasta hace algunos años atrás como el mayor desastre demográfico jamás sufrido en la historia de la humanidad.

La humanidad se encontraba atravesando por una nueva pandemia originada por el virus SARS-CoV-2 mejor conocido como Coronavirus o COVID-19. El 30 de enero del año 2020 se catalogó la enfermedad producida por este virus como epidemia, provocando cierta preocupación internacional y específicamente el 11 de marzo del correspondiente año, la Organización Mundial de la Salud (OMS) caracterizó a la patología como pandemia mundial debido a la magnitud y rapidez de su propagación.

Como todo nuevo suceso, al principio, el conocimiento que se tenía acerca de dicha enfermedad era muy escaso por lo que es posible pensar que el miedo, la incertidumbre, la falta de tratamientos o vacunas para contrarrestarlo, la cantidad de casos y muertes producidas por el COVID-19, el desconocimiento acerca de los síntomas propios de la enfermedad y la duración de los mismos han generado que la población en ocasiones se vea desbordada en cuanto a sus capacidades para afrontar dichos acontecimientos, despertando a su vez una lucha por la supervivencia.

En este sentido, cabe señalar que el modo en que cada persona percibe y hace frente a un suceso o acontecimiento puede ser muy diferente. Echeburúa *et al.*, (2005) mencionan que hay personalidades que resisten más al estrés o al trauma que otras y que un suceso se vuelve traumático cuando desborda o supera la capacidad de respuesta que el individuo tiene, al grado de sentirse sobrepasado e incapaz de hacer frente a la situación. Para algunas personas ciertas situaciones pueden tener más impacto que otras, generando agotamiento, trauma, estrés, trastorno de estrés postraumático, ansiedad, etc.

Selye (1926 como se citó en Barrio *et al.*, 2006) fue el primero en utilizar el concepto de estrés, este lo definía como una respuesta de adaptación que el ser humano presenta ante cualquier demanda que se ejerce sobre él. Partiendo de lo aquí mencionado, se considera necesario hablar de las diferentes clasificaciones de estrés, a saber: el

“eustrés” y el “distrés”. El “eustrés” tiene una función adaptativa que lleva a las personas a enfrentar las situaciones que se le presentan, “es el nivel de activación del organismo necesario y óptimo para llevar a cabo nuestras actividades cotidianas” (MC Mutual, 2018, p. 8). El “distrés”, para MC Mutual (2018) es una respuesta de activación del organismo excesiva e inadecuada, tanto a nivel físico como psicológico, suele prolongarse hasta generar consecuencias negativas en las personas; en este tipo de estrés juegan un papel importante los recursos o estrategias de afrontamiento y las demandas del entorno de cada individuo.

Respecto a esto último, el concepto de afrontamiento es definido por Lazarus y Folkman (1991) como aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales que se desarrollan para manejar las demandas específicas tanto externas como internas que son percibidas como desbordantes o excesivas con respecto a los recursos o capacidades de la persona.

El trabajo tomó diferentes conceptos que permitieron el desarrollo del mismo, entre los cuales se puede mencionar, la psicotraumatología, el trauma y lo expresado por diversos autores con respecto a los conceptos referentes a estrés y afrontamiento.

Se adoptó la metodología mixta (Hernández Sampieri *et al.*, 2014) para la recolección y análisis de información, a partir de la cual se aplicaron entrevistas semiestructuradas y la Escala de Estrategia de *Coping* Modificada desarrollada originalmente por Chorot y Sandín (1993) y validada por Londoño *et al.*, (2006). Se elaboró en un ámbito hospitalario con el personal médico de la Clínica 9 de Julio de la ciudad de San José de Metán. Cabe destacar aquí también que se seleccionó dicha institución para llevar a cabo el presente ya que no se encontraron estudios realizados en dicha población en ese contexto.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Pregunta de investigación

- ¿Cuáles son las estrategias de afrontamiento del estrés que utilizó el personal médico de la Clínica 9 de Julio de la ciudad de San José de Metán en contexto de pandemia durante la primera etapa de confinamiento social?

Objetivo general

- Conocer las estrategias de afrontamiento del estrés que utilizó el personal médico de la Clínica 9 de Julio de la ciudad de San José de Metán en contexto de pandemia durante la primera etapa de confinamiento social.

Objetivos específicos

- Identificar cuáles fueron los principales estresores a los que se vio expuesto el personal médico de la Clínica 9 de Julio de la ciudad de San José de Metán en contexto de pandemia durante la primera etapa de confinamiento social.
- Determinar el tipo de estrategias de afrontamiento del estrés -afrontamiento centrado en el problema o centrado en la emoción- que utilizó el personal médico de la Clínica 9 de Julio de la ciudad de San José de Metán de manera predominante durante la pandemia en la primera etapa de confinamiento social.
- Evaluar si existieron diferencias en el tipo de estrategias de afrontamientos -afrontamiento centrado en el problema o centrado en la emoción- teniendo en cuenta el género, la edad, la antigüedad en el desempeño del cargo y la especialidad del personal médico de la Clínica 9 de Julio de la ciudad de San José de Metán en contexto de pandemia durante la primera etapa de confinamiento social.

Consecuencias de la investigación

Para realizar la siguiente investigación se respetaron todas aquellas consideraciones del Código de Ética de la Federación de Psicólogos de la República Argentina (Fe.P.R.A) (2013) relacionadas a las disposiciones éticas y legales establecidas. A su vez, se ejecutó según lo acordado por las normas éticas para la investigación y con las leyes tanto nacionales como provinciales vigentes.

Con respecto a las leyes antes mencionadas, se tomó en primer lugar la ley que regula el ejercicio profesional de la psicología a nivel nacional, Ley N° 23.277 (1985), la misma enuncia que se considera “la enseñanza e investigación” como parte del ejercicio profesional, incluyendo en esto la investigación psicológica (Art. 2, inc. b). Asimismo, se tuvo en cuenta la Ley provincial N° 6.063 (1983) del ejercicio profesional, la cual regula el ejercicio de la Psicología en la Provincia de Salta y también establece las directivas correspondientes a la investigación psicológica en dicha provincia.

Al respecto, se tomaron como referencia especialmente los Artículos N° 2, 15, 85, 86 y 89, en los cuales se hace referencia al ejercicio profesional del psicólogo en cuanto a la aplicación de técnicas, a los deberes del psicólogo y al secreto profesional. La presente ley enuncia que el investigador debe “proteger a los examinados asegurándoles que las pruebas y resultados se utilizarán de acuerdo a las normas éticas o profesionales” (Art. 15, inc. c).

En cuanto al secreto profesional, se afirma que el mismo es de gran importancia ya que “el psicólogo está obligado a conservar como secreto todo cuanto vea, oiga o descubra en el ejercicio de su profesión y no debe divulgarlo” (Ley N° 6.063, 1983, Art. 89). Dicha ley antes mencionada, establece que revelar el secreto profesional sin justa causa es considerado un delito en el Art. 156 del Código Penal. Se aseguró a los participantes que toda la información que se obtuvo durante la investigación se trabajó en total confidencialidad y respetando la integridad de toda persona involucrada, tomando los recaudos necesarios a la hora de presentar los resultados de la propuesta de investigación, buscando que los mismos no impliquen consecuencias desfavorables o algún riesgo para aquellos que participaron de la misma.

El Código de Ética de la Federación de Psicólogos de la República Argentina (2013), antes mencionado, establece que

La investigación psicológica se efectuará en acuerdo con las normas éticas establecidas para la investigación y con las leyes nacionales y provinciales pertinentes; se planificará y realizará, enmarcada en proyectos de investigación de

instituciones reconocidas; respetará las pautas de diseño, desarrollo y validación propias del conocimiento científico; será coherente con las valoraciones propias del paradigma utilizado; estará abierta a control de instituciones públicas dedicadas a (o relacionadas con) la investigación científica. (Art. 4.2)

Se informó a los participantes de la investigación sobre los objetivos de la misma, aclarando, como ya se mencionó anteriormente, que la información que pudo surgir de las entrevistas se utilizó con fines investigativos. Por este motivo, se obtuvo el consentimiento informado de las personas que conformaron la muestra y se les indicó que además de ser anónimo contaban con la libertad de retirarse en el momento que así lo desearan. El modelo del Consentimiento Informado utilizado en la investigación figura en el Anexo II.

Por último, toda la bibliografía utilizada en la presente investigación se guió por las normas propuestas por la Asociación Psicológica Americana (2019), con el fin de respetar así los derechos de autor tanto de los textos como de los artículos que se emplearon a lo largo de todo el trabajo.

Deficiencias del conocimiento

A continuación, se presentarán diversos trabajos de investigación relacionados al tema que se pretendió estudiar en la presente investigación.

A nivel provincial y nacional, los trabajos de investigación encontrados fueron tomados como antecedentes bibliográficos para la misma ya que permitieron profundizar en los diferentes conceptos que se utilizaron para su desarrollo.

El primer trabajo que se tomó como referencia es la tesis final de grado de Blasco (2013) titulada “Tratamiento de experiencias traumáticas desde el modelo psicoterapéutico EMDR” fue abordado desde un enfoque cualitativo apoyándose en el marco teórico EMDR propuesto por la Dra. Francine Shapiro. Blasco buscó conocer y analizar el tratamiento EMDR que reciben los pacientes entre 18 a 40 años que acuden al Centro de Psicoterapia (CePSi). La conclusión a la cual llegó la autora es que, para tratar cada caso particular se debe tener en cuenta las necesidades y demandas de cada paciente que solicita terapia. Se consideró relevante esta investigación debido a que permite ahondar en lo referente a trauma y trastorno de estrés postraumático.

Otro trabajo de investigación encontrado en diversas fuentes de búsqueda a nivel mundial que puede relacionarse con el presente estudio es el de Arango Palomino *et al.*, (2020), quienes presentaron un trabajo de tesis titulado “Estrés postraumático en personal de salud” en la Facultad de Humanidades, Escuela Académica profesional de psicología

de la Huancayo, Perú. Dichos autores se plantearon como objetivo analizar toda la literatura que encontraron disponible acerca del trastorno de estrés postraumático en el personal de salud, ahondando en su sintomatología, así como también en las diferentes afecciones y factores de riesgo que puedan presentar dichos profesionales. Los resultados a los que arribaron fueron que aquellos profesionales que se encuentran en atención primaria son más propensos a desarrollar TEPT, los autores también nombran factores de riesgo que pueden potenciar el cuadro de TEPT, entre ellos podemos mencionar las horas de trabajo de los profesionales y el tipo de actividades que realizan. Dicha investigación se consideró relevante para la presente investigación ya que nos permitió ahondar acerca del TEPT y a su vez se centró en una población similar a la elegida, que es el personal de salud.

Otro trabajo de tesis que se tuvo en cuenta en el presente estudio es el perteneciente a Encinas Barrionuevo (2021), presentado en la Universidad Católica de Santa María en la Facultad de Medicina de Arequipa, Perú. El estudio denominado “Trastorno de estrés postraumático: incidencia y factores asociados en personal de salud en el contexto de la pandemia por COVID-19 en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa 2021” tuvo como objetivo principal establecer la incidencia y los factores asociados a un cuadro de TEPT en los profesionales de salud del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza en el contexto de la pandemia por COVID-19. Se trató de un estudio correlacional con 280 trabajadores de la salud de la institución antes mencionada el cual permitió llegar a la conclusión de que existe una relación significativa entre los antecedentes epidemiológicos de COVID-19 y los factores sociodemográficos con respecto a la frecuencia de síntomas de TEPT del personal de salud que laboran en la institución ya mencionada. Se toma como antecedente este estudio ya que permitió ahondar en lo referente a trastorno de estrés postraumático en personal de salud durante la pandemia por COVID-19 en una población similar a la elegida.

También se tuvo en cuenta la tesis doctoral de Ochoa Martelo (2020) titulada “Frecuencia de estrés postraumático en el personal de salud, a raíz de la emergencia sanitaria por COVID-19 en Colombia durante el período de confinamiento de abril a julio 2020”, presentada en la Universidad Simón Bolívar, Facultad de Ciencias de la Salud de Barranquilla, Colombia. Dicho trabajo de tesis doctoral tuvo como objetivo determinar, a través de una medición basal y otra posterior realizada a los 3 meses, cuáles fueron los casos de TEPT en el personal de salud que trabajó durante la pandemia por COVID-19 en Colombia. Se trató de un estudio cuasiexperimental del cual participaron 417 personas,

la conclusión a la cual arribó el autor luego de realizar dicho trabajo de investigación es que más de la mitad del personal de salud estudiado presenta gran probabilidad de que los síntomas que presentaron durante el estudio correspondieran a TEPT. Se consideró el trabajo de tesis doctoral antes mencionado como referencia bibliográfica ya que permitió ahondar acerca de la presencia de sintomatología propia de un cuadro de TEPT en una población similar a la elegida en el presente trabajo de investigación y en contexto de pandemia.

Solórzano Vélez y Tejeda Díaz (2021) en su artículo científico titulado “Impacto de la pandemia COVID-19 en la salud mental del personal que labora en el centro de salud Chone Tipo C”, el cual fue publicado en la Revista Científica Mundo de la Investigación y el Conocimiento. Dichas autoras presentaron un trabajo de investigación de enfoque cuantitativo, cuyo objetivo era describir el impacto que tuvo la pandemia en la salud mental del personal sanitario que trabaja en la institución ya mencionada. El estudio fue conformado por una muestra de 70 profesionales y los resultados obtenidos empleando la escala de depresión, ansiedad y estrés (DASS-21) fueron que la mayoría de estos profesionales no manifiestan tener niveles de estrés, ansiedad y depresión, más si de insomnio, pero el mismo no parece tener consecuencias físicas o mentales. El presente estudio se tomó en cuenta para la investigación ya que se realizó con una población similar y se estima que permitió ahondar en lo referente al estrés generado en el personal de salud en el contexto de pandemia.

Monterrosa Castro *et al.* (2020), presentaron un artículo científico para la Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud titulado “Estrés laboral, ansiedad y miedo al COVID-19 en médicos generales colombianos”. El objetivo del presente artículo fue determinar la presencia de síntomas relacionados con estrés laboral, ansiedad y miedo al COVID-19 en médicos generales, se trató de un estudio transversal cuyos resultados arrojaron que un tercio de los entrevistados presentaron estrés laboral leve y el 6% alto o severo. A su vez, se identificaron síntomas de ansiedad en un 72,9% en médicos que trabajan en capitales y por último que el 37,1% de los profesionales presentó miedo al COVID-19. El presente estudio científico se tomó en cuenta como antecedente ya que permitió conocer cuáles son las consecuencias en la salud mental de una población similar a la seleccionada para la investigación durante el contexto de pandemia.

Otro trabajo que se tuvo en cuenta para la presente investigación es el trabajo de tesis perteneciente a la autora Mendoza Amaya (2021) titulado “Trastorno de estrés postraumático en personal de salud de primera línea frente a la pandemia del COVID-

19”, publicado en la Universidad Privada Antenor Orrego (UPAO) ubicada en Trujillo, Perú. El objetivo principal del estudio mencionado fue determinar cuál era la frecuencia del TEPT en el personal sanitario que durante el período del mes de noviembre del año 2020 se encontraba en primera línea frente a la pandemia del coronavirus. La autora realizó un estudio descriptivo de corte transversal para poder responder la pregunta de investigación, llegando a la conclusión de que el 16% del personal de salud, que se encontraba trabajando en primera línea frente a la pandemia, presentó síntomas de Estrés Postraumático. El estudio antes mencionado se consideró relevante ya que aborda temas como el TEPT en profesionales de la salud e incluye la situación de pandemia mundial por la cual la población mundial se ve afectada.

Yenny Ferleidy (2021) presentó en la Universidad Antonio Nariño el trabajo de tesis de grado titulado “Estrategias de afrontamiento y niveles de estrés asistencial en el personal de salud del Hospital La Misericordia de Calarcá”. El objetivo del trabajo de investigación aquí mencionado fue establecer cuáles fueron las estrategias de afrontamiento y los niveles de estrés asistencial presentados por el personal de salud del Hospital La Misericordia de Calarcá Quindío. Se trató de un estudio cuantitativo de enfoque analítico, empírico y descriptivo. El resultado al cual se arribó indica que la mayoría de los trabajadores se encuentran en un nivel medio de estrés y, a su vez, mencionó que las estrategias de afrontamiento más utilizadas por los mismos son centradas en la emoción y centradas en el problema, entre las cuales se puede destacar la reevaluación positiva y la solución de problemas. Se consideró relevante el presente trabajo de investigación ya que aborda un tema y población similar al que se pretendió investigar en el presente trabajo.

Acevedo Mena y Amador Jiménez (2021) presentaron un artículo científico en la Revista Torreón Universitario de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua titulado “Estrés, estrategias de afrontamiento y experiencia académica en estudiantes universitarios en tiempos de pandemia del COVID-19. La experiencia de Nicaragua y Chile”. El objetivo del estudio aquí mencionado fue analizar el estrés, estrategias de afrontamiento y la experiencia académica de aquellos estudiantes que acudieron a la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua (UNAN-Managua) y la Universidad Católica de Chile (UC), durante el primer semestre del año 2020, en el transcurso de la pandemia por COVID-19. Se trata de un estudio cualitativo, con un diseño fenomenológico de corte transversal y alcance descriptivo. La conclusión a la cual arribaron ambos autores fue que aquellos estudiantes que asistieron durante el

período de tiempo mencionado a la UC presentaron manifestaciones de estrés de mayor gravedad que los estudiantes de la UNAN-Managua, las estrategias de afrontamiento implementadas por ambos grupos fueron acatar las medidas sanitarias recomendadas en cada país lo que afectó el modo de desarrollo académico en uno de los grupos ya que los estudiantes de la UC cursaron el semestre de manera virtual mientras que los estudiantes de la UNAN-Managua lo hicieron de forma presencial. El artículo aquí mencionado fue tomado como antecedente para el presente trabajo de investigación ya que aborda dos temas similares al elegido para el mismo, como son el estrés y las estrategias de afrontamiento durante el primer período de la pandemia por COVID-19.

Jiménez Vargas y Lavao Osorio (2020) presentaron su trabajo de tesis de grado titulado “Estrategias de afrontamiento y confinamiento por COVID-19” en la Pontificia Universidad Javeriana de Bogotá, Colombia. El objetivo principal del presente fue conocer y comparar las estrategias de afrontamiento implementadas por aquellas personas con diagnóstico positivo de COVID-19 y de las personas con familiares con dicho diagnóstico frente al confinamiento social, preventivo y obligatorio. Se trató de una investigación cualitativa de tipo fenomenológico-hermenéutico. La conclusión a la cual se llegó es que las estrategias de afrontamiento utilizadas se despliegan teniendo en cuenta la evaluación inicial de las demandas y los recursos con los que cuenta la persona, determinando si las mismas se centrarán en el problema o la emoción. Dicho trabajo de tesis de grado se toma como antecedente ya que, si bien abarca una población diferente a la seleccionada para la presente investigación, permite ahondar en las estrategias de afrontamiento utilizadas durante el confinamiento por COVID-19.

Osorio Mejía (2021) en su trabajo de tesis de grado titulado “Estrategias de afrontamiento del personal de la salud del hospital San Juan de Dios de Cartago frente al COVID-19” presentado en la Universidad Antonio Nariño Sede Cartago tuvo como objetivo conocer cuáles fueron aquellas estrategias de afrontamientos relacionadas con la salud mental del personal sanitario del hospital San Juan de Dios de Cartago que se encontraba frente al COVID-19. Se trata de una investigación cualitativa con un diseño narrativo. La autora concluyó en que las estrategias de afrontamiento implementadas por el personal de salud son aquellas relacionadas a la resolución del problema y que los aspectos más afectados para los mismos fueron los de factor social debido al miedo al contagio y el rechazo tanto de familiares como de otros miembros de la sociedad y sobre todo el factor laboral a causa del incremento de pacientes producto de la pandemia. El

trabajo de tesis de grado mencionado se consideró para la presente investigación ya que permitió ahondar sobre un tema y población similar al propuesto.

Por todo lo aquí expuesto, relacionado con el material nombrado, la investigadora considera que la realización del presente trabajo de investigación resulta novedosa y a su vez aporta conocimiento sobre la población aquí mencionada, ya que si bien, se encontraron trabajos con similar temática y en poblaciones con características similares, no se encontró ningún estudio específico las sobre las estrategias de afrontamiento del estrés que utilizó el personal médico de la Clínica 9 de Julio de la ciudad de San José de Metán en contexto de pandemia durante la primera etapa de la misma.

Se sustentó en diferentes conceptos, entre los cuales es posible mencionar psicotraumatología, trauma y lo expresado por diversos autores con respecto a los conceptos referentes a estrés y afrontamiento.

La investigadora trató de identificar cuáles fueron los principales estresores a los que se vio expuesto el personal médico seleccionado como población durante esta primera parte de la pandemia, a su vez se evaluaron cuáles fueron las estrategias de afrontamiento empleadas por los mismos para hacer frente a este acontecimiento.

Cabe destacar, asimismo, la relevancia del estudio al tratarse de una problemática abordada en una institución perteneciente al interior de la provincia de Salta, como lo es la ciudad de San José de Metán, ya que la atención sanitaria en estos contextos presenta ciertas particularidades con respecto a la Capital salteña, como, por ejemplo, escasez de entidades y profesionales de la salud y menores recursos destinados a esta cuestión.

MARCO INSTITUCIONAL

La clínica 9 de Julio, Área Operativa N° XIX, es un organismo sanitario que depende del Ministerio de Salud de la Provincia de Salta. Dicha Área Operativa abarca también las localidades de Lumbreras, Río Piedras, Juramento, El Pastero, Metán Viejo, El Durazno, Yatasto y Nogalitos. La institución se encuentra ubicada en la calle Arenales N° 56, en la Ciudad de San José de Metán.

Tiene como finalidad, ofrecer servicios de salud en base a conocimientos científicos y valores de equidad, compromiso social, universalidad, responsabilidad profesional, solidaridad e innovación continua, a su vez ofrece que dichos servicios sean regidos respecto a los principios éticos de la institución, los cuales contribuyen al logro de objetivos institucionales y a la satisfacción de expectativas y necesidades de salubridad de la población. Busca brindar la mejor calidad de atención posible a sus concurrentes, tratando de alcanzar la máxima cobertura factible.

Dicha institución tiene como propósito realizar actividades de prevención, promoción de salud y buscar herramientas oportunas que permitan un mejor diagnóstico de los pacientes, pudiendo así generar un tratamiento temprano y oportuno para las enfermedades que presenten los mismos.

La clínica 9 de Julio fue inaugurada en Agosto del año 1996, se trata de un establecimiento de complejidad nivel 2, es decir, es una institución de salud con especialización en servicios básicos, entre los cuales podemos encontrar: clínica médica, terapia intensiva, hemoterapia, cirugía general, pediatría, maternidad, ginecología y obstetricia, consultorio febril, guardia, consultorios externos. También cuenta con la infraestructura necesaria para la realización de exámenes complementarios y diagnósticos básicos. Asimismo, incluye atención ambulatoria para diferentes especialidades como pueden ser: traumatología, neurología, cardiología, entre otras.

MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO I: SARS-CoV-2

Debido a la situación de pandemia mundial por SARS-CoV-2, Coronavirus o COVID-19 por la cual la humanidad entera se encontraba atravesando, se considera de suma importancia para la presente investigación ahondar sobre la misma ya que se buscó conocer cuáles son las estrategias de afrontamiento del estrés que utilizó el personal médico de la clínica 9 de Julio de la ciudad de San José de Metán en contexto de pandemia durante la primera etapa del confinamiento social.

Coronavirus (COVID-19)

Los inicios de esta nueva enfermedad, después devenida en pandemia mundial, tuvieron lugar en la Ciudad de Wuhan, ubicada en la provincia de Hubei en la República Popular de China. Según diversos autores (Bozovich *et al.*, 2020; Castro, 2020; Guanche Garcell, 2020; Herrera, 2020) a fines de diciembre del año 2019 se conocieron los primeros casos de dicha patología. Se hizo público el reporte de un grupo de 27 pacientes que padecían de una neumonía de causa desconocida, la cual estaba vinculada epidemiológicamente a un mercado de mariscos y animales silvestres. Tomando lo mencionado por Herrera (2020) el nuevo patógeno fue identificado como un nuevo coronavirus del síndrome respiratorio agudo severo SARS-CoV-2.

Maguiña Vargas *et al.*, (2020) mencionan que pertenece a la familia Coronaviridae y al orden Nidovirales, cuyas cepas suelen desencadenar la gripe común, es decir que “este nuevo virus tiene predilección por el árbol respiratorio” (p. 125). Dicha enfermedad comenzó a expandirse rápidamente y con ello su letalidad, los autores antes mencionados afirman que

En el 2003 surgió la primera mutación, el SARS que se inició en China, con más de 8.460 pacientes en 27 países y una letalidad de 10%, luego en el año 2012 apareció otra cepa mutante de coronavirus en Arabia Saudita, el MERS-CoV. (p. 125)

Esto también es afirmado por Rodríguez Morales *et al.*, (2020) quienes confirman que “la nueva cepa de SARS-CoV-2 está “detrás del SARS-CoV, el cual causó epidemias en China durante el período de 2002-2003 y el MERS-CoV, que afectó a Arabia Saudita y países vecino en el período entre 2012-2013” (p. 3-4). A su vez, en lo referente a esta cepa actual dichos autores describen que la letalidad causada por COVID-19 “durante los primeros meses de su aparición, oscila entre 2-3%, con un 10% de la población afectada presentando manifestaciones clínicas graves” (p. 3).

Este tipo de virus se distinguen en cuatro géneros: alfa, beta, delta y gamma; en el género alfa y beta se encuentran aquellos virus que infectan a los humanos, generando desde gripes o resfriados comunes hasta infecciones severas, como ser el MERS y SARS. (Maguiña Vargas *et al.*, 2020). El SARS-CoV-2, Coronavirus o COVID-19 presenta, según lo conocido hasta el momento, un período de incubación estimado entre 2 a 14 días y repite “casi el 80% de la secuencia genética de su predecesor el SARS-CoV” (Maguiña Vargas *et al.*, 2020) mutando también su patogenicidad.

Sintomatología

Como se mencionó anteriormente esta enfermedad afecta principalmente el árbol respiratorio, normalmente suele presentarse de forma leve o moderada, llegando incluso a agravarse cuando se “genera una respuesta inmune anormal de tipo inflamatorio con incremento de citoquinas, lo que agrava al paciente y causa daño multiorgánico” (Maguiña Vargas *et al.*, 2020, p. 125). Tomando lo mencionado en un artículo publicado por World Health Organization (s.f.), los síntomas tardan en aparecer entre 5 a 6 días desde que la persona se infecta y se los puede clasificar en comunes, menos comunes y graves, a continuación, se hará presentación de la Tabla 1 elaborada por la investigadora teniendo en cuenta lo mencionado en dicho artículo anteriormente nombrado.

Tabla 1

Clasificación de la sintomatología del nuevo SARS-CoV-2

| Síntomas comunes | Síntomas menos comunes | Síntomas graves |
|--|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ✓ Fiebre. ✓ Tos seca. ✓ Cansancio. ✓ Pérdida del gusto y el olfato. | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Diarrea. ✓ Conjuntivitis. ✓ Sarpullido o decoloración en los dedos. | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Dificultad respiratoria. ✓ Dolor o presión en el pecho. ✓ Pérdida en la capacidad del habla o del movimiento. |

Fuente: elaboración propia.

Si bien, la mayoría de las personas infectadas pueden presentar una sintomatología leve, hay que tener en cuenta ciertos factores de riesgo que pueden generar la complicación del cuadro. A modo de ejemplo es posible mencionar los siguientes padecimientos como agravantes:

- Cáncer.

- Obesidad.
- Enfermedades respiratorias previas.
- Enfermedades que involucran el sistema inmunológico, etc.

Propagación

Para Herrera (2020), a mediados del año 2020, precisamente el 11 de marzo del correspondiente año, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró formalmente la enfermedad de Coronavirus, SARS-CoV-2 como Pandemia Mundial, debido al alto grado de contagios hasta ese momento, el cual alcanzó los 118.000 casos en 114 países. En la Figura 1, el autor antes mencionado, pretende mostrar los casos importados a Latinoamérica hasta el 17 de marzo del año 2020.



Figura 1. Origen geográfico de los casos importados a diferentes países de América Latina, de COVID-19, al 17 de marzo de 2020. Fuente: Herrera (2020)

Con el objetivo de brindar cierta referencia de la magnitud y rapidez de la propagación del nuevo SARS-CoV-2 se mencionarán tanto los casos y las muertes registradas desde el 5 de marzo del año 2020 hasta el 30 de Diciembre del correspondiente año. Se presentará dicha información a nivel mundial, en Argentina, a nivel provincial y por último las estadísticas correspondientes al Departamento de San José de Metán.

Para poder ejemplificar lo ya mencionado en el párrafo anterior se tomaron en cuenta diversas estadísticas realizadas en buscadores de internet, llegando a la conclusión que, en el período antes mencionado, a nivel mundial, se registraron 81.933.397 personas contagiadas con un total de 1.791.033 muertes (RTVE, s.f.). En Argentina, la cantidad de individuos contagiados se elevó a un total de 1.613.928 y 43.163 muertes (Gobierno de la Nación Argentina, s.f.), de los cuales 22.308 personas residen en la Provincia de Salta con un total de 1.023 muertes por este virus (Gobierno de Salta, s.f). Basándonos en lo mencionado por World Health Organization (2020) respecto a la población global

afectada por este nuevo virus “casi la mitad de estos casos (48%) y muertes (55%) continúan notificándose en la Región de las Américas con los Estados Unidos de América, Brasil y Argentina representando el mayor número de nuevos casos y muertes en la región”¹ (p. 1).

Se tomaron las fuentes aquí mencionadas para elaborar la siguiente figura que intenta graficar los casos y muertes a causa de la enfermedad producida por Covid-19 durante los períodos del 3 de marzo del año 2020 al 21 de marzo del año 2021.

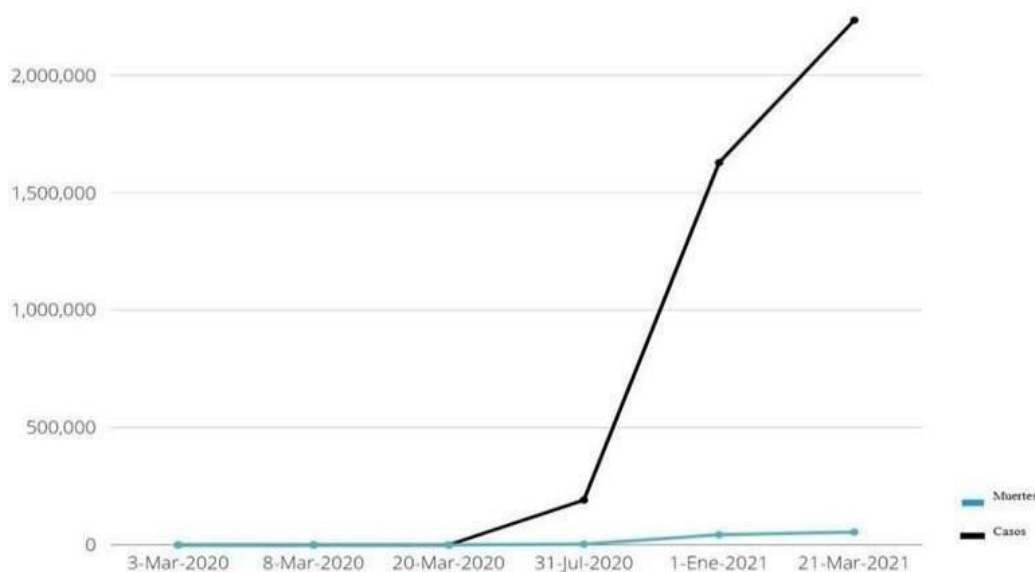


Figura 2. Estadísticas del avance de contagios y muertes por COVID-19 en Argentina hasta el 21 de marzo de 2021. Fuente: elaboración propia

Con respecto al Departamento de San José de Metán, se tomaron dos fuentes, por un lado, lo reportado por el Gobierno de Salta, y, por el otro, “El bueno y el malo”, una fuente local del periodismo del Departamento de San José de Metán, el cual está integrado por El Municipio de El Galpón, el Municipio de Río Piedras, el Municipio de Lumberas y la Ciudad de San José de Metán, el total de individuos contagiados es de 536 hasta el 30 de diciembre del año 2020 y un total de 8 muertes hasta la fecha del 20 de enero del año 2021, ya que no se encontraron fuentes con información anterior a esta fecha.

¹ Traducido por la investigadora de: Nearly half of these cases (48%) and deaths (55%) continue to be reported in the Region of the Americas with the United States of America, Brazil and Argentina accounting for the greatest numbers of new cases and deaths in the region (World Health Organization, 2020, p. 1).

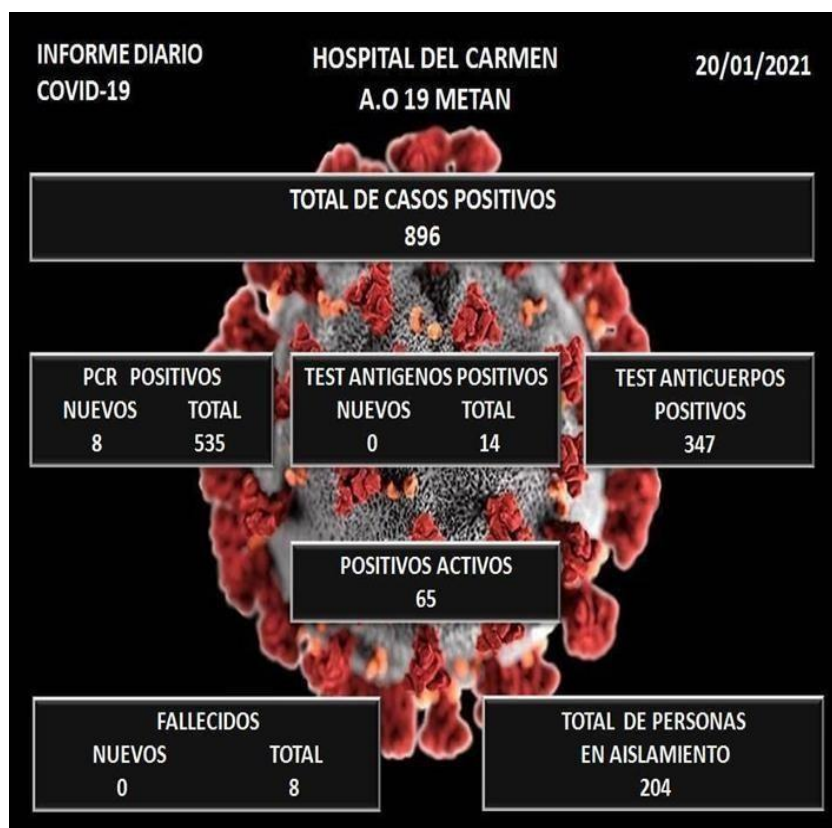


Figura 3. Informe diario de contagios de la ciudad de San José de Metán. Fuente: El bueno y el malo (20 de Enero de 2021)

CAPÍTULO II: PSICOTRAUMATOLOGÍA, TRAUMA Y ESTRÉS

Teniendo en cuenta lo ya mencionado en el capítulo anterior, debido a la situación de salubridad en la cual la humanidad se encuentra, se considera necesario ahondar en diversos términos, como son la “Psicotraumatología”, “trauma” y “estrés”, los mismo se intentó desarrollar por la investigadora a lo largo del presente capítulo. Son considerados como términos esenciales que permitieron profundizar la teoría necesaria para llevar a cabo el presente trabajo de investigación debido a que las diversas situaciones a las cuales puede estar expuesto un ser humano pueden desencadenar diferentes reacciones en los mismos o tener diversas consecuencias, ya que no todas las personas les otorgan el mismo significado ni cuentan con las mismas capacidades para hacerles frente, generando así, situaciones que pueden ser vivenciadas como estresantes o incluso traumáticas.

Psicotraumatología

Por el año 1991, como lo menciona Orengo García (2002), un grupo de psicólogos, psiquiatras, psicoterapeutas y psicoanalistas, fundaron en la ciudad de Friburgo en Alemania el instituto llamado “Instituto de Psicotraumatología”, dicho instituto tenía como propósito ocuparse “de las repercusiones de la traumatización psíquica sobre la génesis y desarrollo de enfermedades, alteraciones psíquicas y psicosomáticas o de conducta” (Orengo García, 2002, p. 6).

Para ahondar en el término “Psicotraumatología” se considera relevante describir primero el término “traumatología”, Dovan (citado por Orengo García, 2002) describe que dicho concepto tiene un carácter programático, expresando que el mismo, no es nuevo en el área de la medicina ya que, este hace referencia a una rama de la cirugía encargada de las heridas originadas por lesiones, “es la disciplina dedicada al estudio de los traumas naturales o producidos por el hombre (...), de sus consecuencias sociales y psicobiológicas y de las reglas predictivas, preventivas y de intervención que se derivan de dicho estudio” (Orengo García, 2002, p. 7). El autor antes mencionado, alega que al hacer referencia específicamente al término “Psicotraumatología” hablamos de una “doctrina planteada interdisciplinariamente sobre las heridas o lesiones psíquicas y sus múltiples consecuencias negativas para los que las sufren”. (p. 6). Para dicho autor, las metas de la Psicotraumatología son similares a las de la traumatología general, aunque gracias al prefijo “psico” se destaca la “finalidad de hacer énfasis en la perspectiva del sujeto que incluye las interacciones entre el mundo somato-psíquico y psicosomático” (p.

7), teniendo como centro de estudio a la persona que puede ser vulnerable de vivenciar diversos sucesos que amenacen su salud tanto física como mental.

El término aquí exployado, tomando lo mencionado por Orengo García (2002), acoge adecuadamente en su significado cuestiones relacionadas con

- Consecuencias de traumas infantiles (considerando tanto tratamientos psicoanalíticos como psicoterapéuticos).
- Exilio.
- Víctimas de guerra o persecución política.
- Violaciones o traumas de índole sexual.
- Impacto del diagnóstico y la comunicación del mismo a personas con enfermedades letales.
- Sobre carga emocional en personal de emergencia en situaciones de catástrofe (como por ejemplo la situación de pandemia producida por el virus SARS-CoV-2 por la cual la humanidad se encontraba atravesando).
- Daños producidos por accidentes laborales o de tráfico.

Para poder explicar con mayor precisión el término planteado autores como Orengo García (2002) y Aburto Baselga (2007) se basan en lo expresado en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV) publicado en el año 1994, el primer autor dice que “en este texto se ligan fuertemente en su significado los conceptos de estrés y trauma, lo que sin embargo desde una perspectiva intuitiva de lo que es el lenguaje común, no está exento de problemas” (Orengo García, 2002, p. 6), esto hace alusión a la diferencia entre el concepto de trauma y estrés que existe tanto para el lenguaje coloquial como para el lenguaje científico, la misma será desarrollada en apartados posteriores. Aburto Baselga (2007) por su parte, toma del DSM-IV (1994) la sección referente a los Trastornos Adaptativos, dicha sección habla de

Acontecimientos “estresantes psicosociales identificables”, categoría abierta a factores múltiples de pérdida o sufrimiento, y a acontecimientos específicos del desarrollo, acercando la lupa psicopatológica a cómo los avatares de la vida humana, que no se consideran extraordinarios en su amenaza, son afrontados por los individuos, y se establecen criterios para discriminar la reacción normal de la patología. (p. 93)

Reseña histórica del trauma

A lo largo de la historia de la psiquiatría se han presentado modificaciones en cuanto a la etiología, punto de vista y discusiones con respecto al trauma.

Si sus causas eran orgánicas, psicológicas o sociales; si el origen de la enfermedad estaba en el suceso traumático en sí mismo o si se necesitaba una vulnerabilidad preexistente; si el trauma era el evento en sí mismo o la interpretación subjetiva que el individuo le otorga. (Cía, 2001. p. 74)

Para poder comprender mejor el concepto de “trauma psicológico” empleado hoy en día, parece fundamental ahondar en la evolución histórica que arribó a tal concepción. Autores como Herman (2004), consideran que el estudio del “trauma psicológico” tiene una historia “contracultural” y se caracteriza por lagunas de tiempo de investigación, por una amnesia episódica, por la acción intermitente de investigación activa y olvido. Esto no se produce como consecuencia de una falta de interés en el tema, sino más bien a un temor de enfrentar y comprobar la vulnerabilidad humana, temor a aceptar la capacidad que posee tanto la naturaleza como el hombre mismo de realizar actos terribles.

El “trauma psicológico”, para Herman (2004), ha tenido tres formas de aparición importantes a lo largo de la historia para poder llegar a la conceptualización actual que se maneja hoy:

- 1- Histeria.
- 2- Trauma de guerra o neurosis de combate.
- 3- Violencia sexual y doméstica.

Dichas presentaciones del trauma, a pesar de surgir en diferentes momentos históricos y en contextos políticos diferentes, lograron el puntapié inicial para poder entender cómo puede generarse un trastorno de estrés y cómo tratar a una persona que padeció experiencias traumáticas.

La primera de estas tres formas de presentación del trauma, hace referencia a la histeria, la cual se expone a fines del siglo XIX, en un contexto político republicano y anticlerical francés, teniendo como principales exponentes a Charcot, Freud y Janet.

El patriarca del estudio de la histeria fue el gran neurólogo francés Jean-Martin Charcot. Su reino era la Salpêtrière, un antiguo y enorme complejo hospitalario que llevaba tiempo siendo el centro de beneficencia de los más desdichados del proletariado parisino: mendigos, prostitutas y locos. (Herman, 2004, p. 29)

Si bien Charcot demuestra en el año 1880 que los síntomas presentes en la histeria eran psicológicos y que podían ser inducidos e incluso aliviados mediante la hipnosis, lo central se fundamentaba en la observación de los síntomas físicos que presentaban las personas histéricas, que eran similares al daño neurológico. Fueron Janet y Freud, junto con Bleuer, quienes dieron más importancia a la palabra individual de las pacientes que

a la mera presentación de la sintomatología, considerando con esto que “la histeria era una condición causada por el trauma psicológico” (Herman, 2004, p.32). Ambos autores llegaron a una misma conclusión, aunque otorgándole un nombre diferente, para Janet era “disociación” y para Freud “doble conciencia”; señalaban que las reacciones emocionales a aquellos acontecimientos traumáticos que resultan intolerables producen un estado alterado de conciencia que desencadenaba a su vez los síntomas presentes en los ataques histéricos.

La segunda forma de aparición del trauma, señalada por Herman (2004), es lo que se conoce como “trauma de guerra o neurosis de combate” (p. 28). Esta concepción tuvo lugar después de la Primera Guerra Mundial y consiguió su punto culmine gracias a la Guerra de Vietnam; el contexto político, en el cual se justificaba, era el del crecimiento de los movimientos pacifistas debido al derrumbamiento del culto que se tenía por la guerra. Como consecuencia de la gran cantidad de bajas psiquiátricas que se presentaron durante el tiempo de guerra se revivió el interés en conocer el porqué del trauma. Al igual que lo sucedido con la histeria, en primer lugar, se atribuyó la génesis a causas físicas para luego reconocer que los síntomas que presentaban aquellos soldados con bajas psiquiátricas se debían a traumas psicológicos, porque “el estrés emocional de estar expuesto de manera prolongada a la muerte violenta era suficiente para crear un síndrome neurótico que se parecía a la histeria en los hombres” (Herman, 2004, p. 45).

En consecuencia, a lo sucedido en la Guerra de Vietnam y gracias a los grupos que se formaron para apoyar a los veteranos de la misma, es que se empieza a dar importancia a las heridas psicológicas que generaban los combates en los soldados. Como resultado, en 1980, la Asociación Psiquiátrica Americana incluye en el manual oficial de desórdenes mentales la categoría de desórdenes de estrés postraumáticos (citado por Herman, 2004); de esta manera, el síndrome de trauma psicológico se presenta por primera vez como un diagnóstico real.

La tercera y última presentación del trauma señalada por Herman (2004), tuvo lugar por el movimiento feminista que se produjo en Europa Occidental y Norteamérica. Se prestó especial atención al estudio de la violencia doméstica y sexual que sufrían las mujeres, así como también la posición subjetiva que tomaban las víctimas ante las situaciones traumáticas. Durante este período de tiempo se desarrollaron grupos de apoyo, que al igual que los grupos de veteranos de guerra, permitieron que sus miembros, en este caso mujeres, tengan un espacio donde puedan dejar de lado la vergüenza, culpa y negación que la incredulidad de la sociedad pueda generar, “el entendimiento por parte

del movimiento feminista de la violencia sexual hizo posible que las víctimas rompieran las barreras de la intimidad, que se apoyaran las unas a las otras y que emprendieran una acción colectiva” (Herman, 2004, p. 57).

Trauma

Como se mencionó en el apartado anterior, para arribar a la noción de trauma que se emplea en la actualidad se tomaron aportes que involucran desde el estudio de la histeria hasta los movimientos feministas que tuvieron lugar en Europa Occidental y Norteamérica. Janet (citado por Bálsamo, 2018) indica que se puede explicar el trauma, afirmando que el terror que el individuo siente se transforma en temor al recuerdo impidiendo la integración del acontecimiento traumático, a su vez, produce la fragmentación de dichos recuerdos traumáticos, apartándolos de la consciencia ordinaria, organizándolos en percepciones visuales, somáticas y hasta en adaptaciones conductuales.

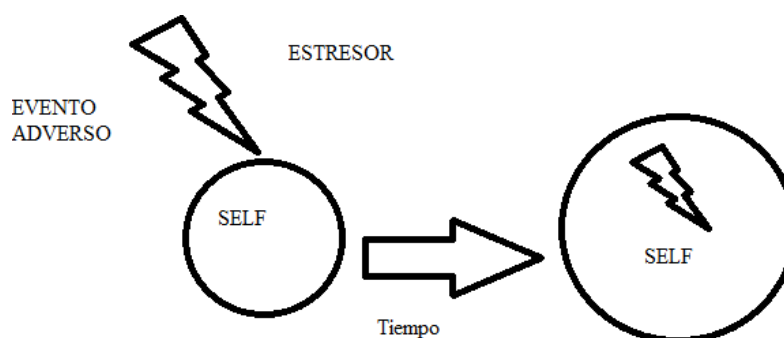


Figura 4. Representación del proceso de trauma. Fuente: Bálsamo (2018)

El primer autor en nombrar el “trauma psíquico” como tal, fue Pierre Janet en el año 1894, el mismo lo define como

el trauma psíquico es el resultado de una exposición a un acontecimiento estresante inevitable que sobrepasa los mecanismos de afrontamiento de la persona. Cuando las personas se sienten demasiado sobrepasadas por sus emociones los recuerdos no pueden transformarse en experiencias narrativas neutras.² (Janet, 1919, p. 5)

² Traducido por la investigadora: Le traumatisme psychique est le résultat d’une exposition à un événement stressant inévitable qui va au-delà des mécanismes d’adaptation d’une personne. Lorsque les gens se sentent trop submergés par leurs émotions, les souvenirs ne peuvent pas être transformés en expériences narratives neutres (Janet, 1919, p. 5).

Herman (2004) además de lo dicho por Janet, considera que el trauma “es la aflicción de los que no tienen poder” (p. 63), ya que cuando se produce una experiencia traumática, la persona que la vive se encuentra en una posición de vulnerabilidad, donde el acontecimiento vivenciado destroza el sistema de protección, arrebatando la sensación de control que por lo general presenta, por lo que se califica como “una experiencia que trastorna, desarticula el yo y genera huecos en la existencia” (La Capra, 2005, p. 63).

A pesar de que el día a día de un ser humano está integrado por acontecimientos positivos y negativos que puedan ser significativos, cuando se hace referencia a acontecimientos traumáticos, por lo general, se refiere a sucesos que implican una amenaza contra la vida o contra la integridad física, ya sea de la propia persona o de sus allegados. Dichos hechos traumáticos se caracterizan por provocar sentimientos de indefensión y terror y causar ciertos tipos de respuesta, como ser huir o luchar; cuando la acción no sirve para nada es que tiene lugar la reacción traumática.

Ante una amenaza el sistema nervioso simpático se activa, sube los niveles de adrenalina y se pone en estado de alerta; esto conlleva a que la atención del individuo en cuestión se enfoque en el suceso, lo que puede provocar la alteración de las percepciones normales. Cuando el suceso desborda la capacidad de tolerancia de la persona el recuerdo queda almacenado en estados disociados de consciencia, donde “la memoria del trauma guarda detalles visuales, a veces auditivos, a veces físicos, a veces emocionales, como si hubiese ocurrido hace poco tiempo” (EMDR Iberoamérica, s.f.). Es decir que el trauma queda registrado y congelado en el cerebro, específicamente en el hemisferio derecho que es el encargado de las emociones.

Herman (2004), señala que los acontecimientos traumáticos producen profundos y duraderos cambios en la respuesta fisiológica llegando incluso a dañar las mismas, donde en lugar de trabajar integralmente sufren un extrañamiento las unas de las otras. El trauma psicológico causa “una disociación de los afectos y las representaciones: el que lo padece siente, desconcertado, lo que no puede representar o representa anestesiado lo que no puede sentir” (La Capra, 2005, p. 64), por eso la elaboración del trauma implica, precisamente, trabajar en la articulación de dichos afectos y representaciones.

Si bien, el trauma psíquico genera diversos síntomas en quienes lo padecen, Herman (2004) recalca que pueden ser catalogados en tres categorías principales:

1. Hiperactivación.
2. Intrusión.
3. Constricción.

La hiperactivación, hace referencia al estado constante de alerta del individuo luego de vivenciar una experiencia traumática, “refleja la persistente expectativa de peligro” (Herman, 2004, p. 66). Este estado de alerta constante fue advertido por Kardiner (citado por Herman, 2004) al observar los síntomas presentes en los veteranos de la Primera Guerra Mundial, señalando que era resultado de una excitación crónica del sistema nervioso autónomo. El aumento de la reacción de alerta se produce tanto en el estado de vigilia como en el sueño, provocando que las personas con trastorno de estrés postraumático tengan dificultades para conciliar el sueño, o mantener el mismo.

El término intrusión para Herman (2004) evidencia la “huella indeleble del momento traumático” (p. 66). Kardiner (citado por Herman, 2004) llamó a esto “fijación del trauma” y señaló que era uno de los rasgos esenciales en las neurosis de combate. Debido a que los acontecimientos traumáticos se almacenan en estados alterados de conciencia estos “no se aglutinan como los recuerdos normales en una narrativa verbal y lineal que es asimilada en la historia de una vida” (Herman, 2004, p. 69), por lo que es vivenciado como si sucediera una y otra vez en el presente a pesar de haber sucedido hace mucho tiempo atrás, impidiendo así que la persona retome el curso normal de su vida. Las personas traumatizadas reviven el recuerdo del acontecimiento traumático tanto en la vigilia como en el sueño, aun sin ser conscientes de ello, esto puede deberse a las alteraciones que el trauma ocasiona en el sistema nervioso central. Muchas veces revivir el trauma brinda la posibilidad de dominarlo, esta intrusión reiterada de la experiencia traumática fue denominada con anterioridad por Freud como “compulsión a la repetición”. Como una situación traumática genera una sensación de vulnerabilidad en quien la vivencia, debido a que sobrepasa su capacidad de afrontamiento, Janet afirmaba que era precisamente la sensación de indefensión lo fundamental para el trauma, “y que la curación exige la restauración de una sensación de eficacia y de poder” (Herman, 2004, p. 75).

La tercera categoría señalada es la de constricción, la cual, para Herman (2004) “manifiesta la respuesta embotadora de la rendición” (p. 66). Ante una situación traumática el sistema de protección del individuo se desactiva o se bloquea completamente dejando a la persona indefensa, como resultado de esto, se produce una alteración en su estado de conciencia que permite el escape de dicha situación. “Estas alteraciones de conciencia son el núcleo de la constricción o embotamiento” (Herman, 2004, p. 77). Pueden manifestarse diversas distorsiones, como ser amnesia parcial, pérdida de sensaciones determinadas o incluso desconectar el suceso de su significado

habitual; para Janet esta amnesia postraumática era producida para mantener los recuerdos dolorosos o intolerables apartados de la consciencia.

Una característica esencial de los trastornos postraumáticos consiste en una dialéctica perpetua entre los estados de intrusión y constricción en busca de un equilibrio. Precisamente “equilibrio es algo escaso en las personas traumatizadas debido a que la inestabilidad que producen estas alteraciones periódicas exagera aún más la sensación de incapacidad de predecir el futuro y de indefensión” (Herman, 2004, p. 85).

Por último, Herman (2004) manifiesta que “el determinante más poderoso del daño psicológico es el propio carácter del acontecimiento traumático (...) y que las características de la personalidad individual cuentan poco en circunstancias de acontecimientos dominantes y abrumadores” (p. 100). Para muchos autores, un trauma puede producir también el abandono y quebrantamiento en los vínculos de las personas que lo vivencian, llevándolos a sentirse abandonados, solos o exiliados. Esto se debe a que el yo fue dañado por el acontecimiento traumático, produciendo que la persona pierda la confianza en sí misma y en otras personas, obligándola a revivir sus luchas anteriores para formar su identidad.

Tipos de trauma

Shapiro (2004) clasifica el trauma en trauma con “T mayúscula” y trauma con “t minúscula”.

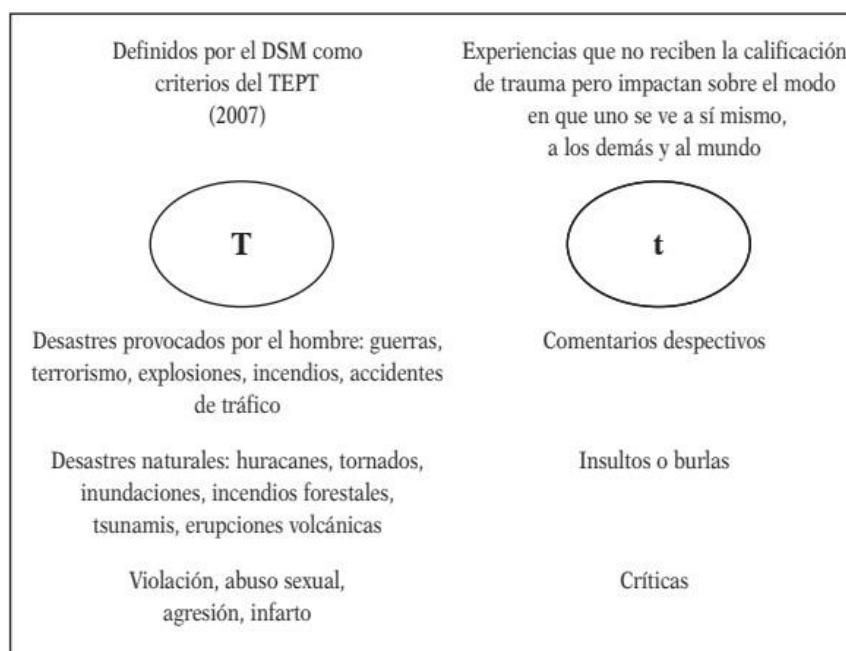


Figura 5. Tipos de traumas. Fuente: Hensley (2010)

Trauma con “T” mayúscula

El trauma con “T mayúscula” es uno de los criterios empleados por el Manual diagnóstico y estadísticos de los trastornos mentales (DSM) para diagnosticar TEPT. Se produce por situaciones o acontecimientos que representan una amenaza para la vida de las personas que por lo general provoca respuestas de desesperanza, temor y horror intenso en quienes las atraviesan, por ejemplo, violaciones, abuso sexual, guerra, entre otros. Se trata de hechos inesperados, ante los cuales la persona carece de recursos para abordar la situación, lo que “ejerce un impacto en sus víctimas en términos de cómo se comportan, cómo piensan y qué es lo que sienten acerca de ellos mismos” (Shapiro, 2004, p. 42), es decir, hay una inundación emocional en las víctimas que puede volverlos susceptibles de sufrir síntomas pronunciados.

Trauma con “t” minúscula

Para hablar sobre el trauma con “t minúscula” es posible utilizar la siguiente definición, “cualquier suceso que ejerce un efecto negativo duradero en el ser o en la psique” (Shapiro, 2004, p. 42). Este tipo de trauma puede ser más sutil que los ya mencionados traumas con “T mayúscula”, generalmente inician en la niñez y pueden continuar durante la vida adulta de la persona, son traumas constantes “en la naturaleza y se almacenan en nuestra red de memoria de forma dependiente con el estado emocional (Hensley, 2010, p. 38). Suelen ser causados intencionalmente, es decir, que un adulto participa voluntariamente del acontecimiento traumático ante el cual el niño no tiene opciones y se encuentra atrapado e indefenso.

Los recuerdos que las personas presentan del trauma son por lo general confusos, aislados o borrosos debido a la disociación de consciencia que el mismo produce. Repercuten en el sistema de creencias de las mismas afectando la imagen que tienen de sí mismos, su conducta, autoestima, autodefinición y autoconfianza.

Trauma por empatía

En este tipo de trauma se tiene en cuenta, como uno de los principales componentes, el vínculo interpersonal establecido entre el médico y el paciente. Para Mucci (2007) este vínculo como tal se inicia en el momento del encuentro, donde uno toma el rol de “padeciente” y el otro el rol de profesional habilitado para curar al padeciente. Cabe destacar que, al médico, desde su papel, le compete categorizar la enfermedad, lo que implica además de dimensiones orgánicas, dimensiones psicológicas, familiares y sociales. “Ello demanda actitud humanista y neutralidad afectiva, especificidad en los actos médicos y competencia técnica” (Mucci, 2007, p. 69).

El trauma por empatía puede identificarse con diferentes términos, entre los que se encuentran desgaste por empatía (o su terminología en inglés Compassion Fatigue), estrés traumático secundario, victimización secundaria, entre otros. Hace referencia al “malestar sufrido por profesionales o trabajadores involucrados en el manejo de situaciones altamente estresantes, emocionalmente demandantes y/o traumatizantes a nivel secundario” (Acinas, 2012, p. 2), es decir, aquellos profesionales que trabajan con pacientes o personas en situaciones límites.

El término más utilizado suele ser el de “desgaste por empatía”, este concepto se emplea desde 1992 y aún se encuentra en evolución en la psicotraumatología. Charles Figley (citado por Acinas, 2012), en el año 1995, utilizó por primera vez el término antes mencionado, este autor considera que los médicos, psicoterapeutas, enfermeros u otros profesionales que trabajan con el sufrimiento humano pueden vivenciar en su trabajo traumas de “t minúscula”, por lo que son más vulnerables a desarrollar desgaste por empatía o estrés por compasión, debido principalmente a que la empatía es uno de los recursos empleados para poder llevar a cabo su trabajo. También es posible que aquellos traumas que no fueron resueltos por los profesionales sean activados por la situación.

A continuación, se describen algunos de los síntomas que pueden presentarse en aquellos profesionales de la salud que padecen trauma por empatía (Tabla 2), clasificación teniendo en cuenta lo mencionado en el artículo aquí nombrado.

Tabla 2

Sintomatología del trauma por empatía

| Sintomatología | | |
|---|--|---|
| Síntomas intrusivos | Síntomas evitativos | Síntomas de activación fisiológica |
| <ul style="list-style-type: none"> - Pensar y sentirse poco idóneo para el trabajo. - Pensamiento e imágenes asociadas con experiencias traumáticas. | <ul style="list-style-type: none"> - Pérdida de energía. - Automedicación (puede llegar a una adicción) - Evitación de las relaciones laborales y al material traumático. | <ul style="list-style-type: none"> - Ansiedad. - Hiper-alerta. - Impulsividad. - Frustración. |

Fuente: elaboración propia

Los profesionales que trabajan con pacientes o con personas que sufren además de enfrentarse al estrés que refiere una situación laboral deben hacer frente a las emociones o sentimientos que el sufrimiento presente en su trabajo ocasione. Como

consecuencia de esta exposición del trabajador, el residuo emocional puede manifestarse como desgaste por empatía surgiendo como “consecuencia natural, predecible, tratable y prevenible de trabajar con personas que sufren” (Acinas, 2012, p. 8). Se caracteriza por la aparición de tres grupos de síntomas que son la reexperimentación, evitación y embotamiento y la hiperactivación, los cuales coinciden con los presentes en el trastorno de estrés postraumático.

Tabla 3

Diferencias conceptuales entre desgaste por empatía y fatiga por compasión

| | DESGASTE POR EMPATIA/ FATIGA POR COMPASIÓN | BURN- OUT |
|--------------------|---|---|
| EJES | Reexperimentación Evitación y embotamiento psíquico Hiperactivación o hiperarousal | Agotamiento emocional. Baja realización personal. Despersonalización. |
| RELACION CON | T.E.P.T. | Estrés laboral |
| CAUSAS | Relación con esquema cognitivo del profesional. | Relación con condiciones laborales |
| CONCEPTO | Estado | Proceso |
| EVOLUCION | Súbito, rápido, sin señales previas. Abrupto y agudo. | Progresivo, acumulación en el tiempo por contacto intenso. |
| MANIFESTACION | Menos insidioso | Agravamiento posterior |
| NIVEL EMOCIONAL | Sentimiento de indefensión, sensación de aislamiento de apoyos. | Resultado de la extenuación emocional |

Fuente: Acinas, (2012)

Trauma complejo

Si bien, a lo largo de la historia del trauma, diversos autores hablaron de la existencia de un conjunto de desórdenes postraumáticos fue Herman (2004) quien describió y conceptualizó lo que hoy conocemos como “Trastorno de estrés postraumático complejo” o “Trauma complejo”. Para ello, tomó como referencia a aquellas personas que se encontraban sometidas a un control totalitario por períodos prolongados y repetidos, donde por lo general “la víctima esta cautiva, bajo el control del perpetuador” (Calero *et al.*, 2012, p. 7)

Las personas que están expuestas de forma prolongada a situaciones traumáticas pueden presentar síntomas similares a aquellas personas que vivenciaron una única situación traumática, pero también se presentan en este cuadro diagnóstico diferentes síntomas. Para autores como Cía (2001) o Herman (2004) las alteraciones que pueden presentar las personas con este tipo de trastorno pueden ser tanto físicas (somatizaciones) como psíquicas, siendo la disociación de la consciencia uno de los síntomas más característicos, dichas alteraciones serán expuestas en la siguiente tabla elaborada por la investigadora la cual se realizó con la incorporación de lo mencionado por ambos autores.

Tabla 4

Alteraciones presentes en el trauma complejo

| ALTERACIONES PSICOLÓGICAS | | ALTERACIONES INTERPERSONALES | |
|--|---|---|---|
| REGULACIÓN DE LOS AFECTOS | - Disforia. - Inhibición. - Rabia, etc. | PERCEPCIÓN DEL PERPETUADOR | Puede variar desde el deseo de venganza o llegar incluso al “entendimiento” de los motivos del mismo. |
| PERCEPCIÓN DE SÍ MISMO | - Desesperanza. - Vergüenza. - Extrañeza, etc. | RELACIÓN CON LOS DEMÁS | - Aislamiento. - Conductas de riegos. - Ruptura de las relaciones íntimas, etc. |
| CAMBIOS EN EL ESTADO DE CONSCIENCIA | El síntoma más característico de este tipo de trauma es la disociación de la consciencia. | CAMBIOS EN EL SISTEMA DE CREENCIAS | La persona puede perder su fe o presentar sentimientos de desesperanza y desesperación. |

Fuente: elaboración propia

Para Van Der Kolk (2009), el término “trauma complejo” además de describir experiencias traumáticas múltiples y prolongadas, suele exponer también situaciones traumáticas de naturaleza interpersonal o que se produjeron en una etapa de vida temprana de la persona, como es el caso de abuso sexual o físico, guerras, entre otros. Este autor, afirma que las exposiciones se producen con frecuencia dentro del ámbito íntimo de la

persona, incluyendo así negligencia física, emocional y/o educativa, hasta llegar incluso al abandono o maltrato³.

Entre los rasgos más característicos de las personas expuestas a traumas prolongados es posible nombrar en primer lugar la disociación del estado de consciencia y la constricción o la evitación, debido que, a como ya lo mencionó Herman (2004), cuando la víctima ha quedado reducida al objetivo de la mera supervivencia, la constricción psicológica se convierte en una forma esencial de adaptación.

Trauma continuado

Otro tipo de trauma que es posible encontrar en la clasificación hace referencia al conocido como “Trauma continuado”, para dicha clasificación los autores Jarero y Artigas (2019), se basaron el modelo de Sistema de Procesamiento de la Información a Estados Adaptativos (SPIA), propuesto por la Dra. Shapiro.

Cuando la persona atraviesa un único trauma o tiene la posibilidad de poder transcurrir un periodo de seguridad pos-trauma, suelen presentar trastorno de estrés postraumático agudo. Sin embargo, aquellas personas, como puede ser el caso de los médicos, que se encuentran constantemente expuestas a situaciones traumáticas y, por lo tanto, no cuentan con este periodo de seguridad, pueden generar lo que se define como “trauma continuado”.

Berninger (citado por Jarero y Artigas, 2019) menciona que aquellos efectos que fueron acumulados de un trauma anterior pueden ser asociados a aquellas respuestas emocionales severas que aparecen en el siguiente trauma. Por ello las personas con trauma continuado, es decir, aquellas que no presentan un momento de finalización del trauma y el inicio de otra situación traumática, sino que, por el contrario, se trata de una sucesiva de sucesos traumáticos que se entrelazan y se continúan unos a otros, esto se refleja incluso en la narrativa de quienes padecen esta psicopatología. Estos pacientes, como lo mencionan Jarero y Artigas (2019), viven como un único evento, reciente y continuado, un período de múltiples eventos traumáticos. Los autores ya mencionados tienen en cuenta lo dicho por la Dra. Francine Shapiro sobre las redes de memoria, así el trauma continuo establece una red de memoria acumulativa que forma memorias patológicas con información similar a las redes de memoria de un trauma único, la diferencia es que estas

³ Parafraseado y traducido por la investigadora: The traumatic stress field has adopted the term “Complex Trauma” to describe the experience of multiple and/or chronic and prolonged, developmentally adverse traumatic events, most often of an interpersonal nature (e.g., sexual or physical abuse, war, community violence) and early-life onset. These exposures often occur within the child’s caregiving system and include physical, emotional, and educational neglect and child maltreatment beginning in early childhood (see Cook et al, this issue, Spinazzola et al., this issue) (Van Der Kolk, 2009, p. 2).

redes permanecen constantemente en un estado de excitación análogo a la memoria de corto plazo, extendiendo de esta manera el evento traumático al momento presente.

Estrés

El término “estrés” proviene del vocablo griego *stringere* y significa provocar tensión. Diversos autores (Aguado Martín *et al.*, 2013; Gallego Zuluaga *et al.*, 2018; Gálvez Herrer y Mingole Adán, 2011; Nieto Caballero, 2021) toman lo dicho por el Dr. Hans Selye en el año 1935, quien lo define como una respuesta adaptativa que presenta el organismo ante los diferentes estresores que se pueden vivenciar. Selye lo denominó también “Síndrome general de adaptación” el cual se componía por tres etapas:



Figura 6. Síndrome de adaptación. (H. Selye 1936). Fuente: Canales Romero *et al.* (2021)

- Alarma: Ante la presencia de un estímulo considerado como estresante el organismo se prepara “para la respuesta, para la acción, tanto para luchar como para escapar del estímulo estresante” (Mayorga Aldáz *et al.*, 2020, p. 6).
- Resistencia: Si el estímulo estresor continúa “se da lugar a la etapa en la cual el organismo busca adaptarse al agente nocivo (...) y desaparecen los síntomas iniciales” (Cassaretto *et al.*, 2003, p. 36), produciendo un incremento en la calidad de respuesta física y en el estado de alerta del individuo.
- Agotamiento: Esta fase se presenta cuando el estímulo estresor continúa y supera la capacidad de adaptación y resistencia del individuo, excediendo las “capacidades de resistencia y el organismo entra en una fase de agotamiento, con la aparición de trastornos psicósomáticos” (Mayorga Aldáz *et al.*, 2020, p. 7).

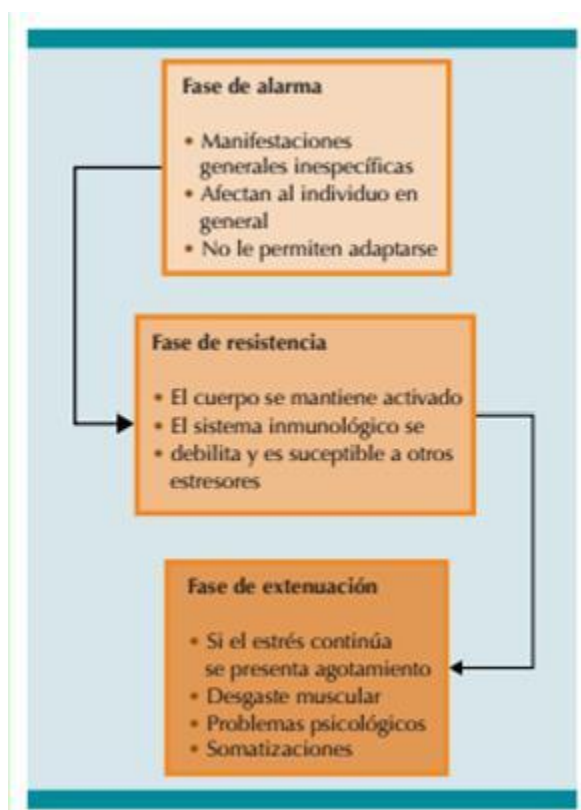


Figura 7. Respuesta biológica ante estrés (H. Selye). Fuente: Muñoz Fernández *et al.* (2020)

El término estrés es un concepto complejo, cuando se hace referencia al mismo por lo general se relaciona con experiencias negativas, la realidad es que “la vivencia del estrés como positivo o negativo va a depender de la valoración que realiza el individuo de las demandas de la situación y de sus propias capacidades para hacer frente a las mismas” (Sierra *et al.*, 2003, p. 38). Por lo general es indispensable para la supervivencia, maduración y desarrollo, ya que “desde siempre el hombre se enfrenta con el estrés y posiblemente gracias a él ha sobrevivido, ya que se ha visto obligado a adaptarse a un mundo en constante transformación” (Barrio *et al.*, 2006, pp. 37-38). Anteriormente se mencionó que es una respuesta adaptativa ante los estresores que se puedan presentar, entendiendo como “estresores” a las “exigencias ante las cuales la persona tiene que enfrentarse y que provocan un intento de superación o resolución del problema” (Hernández Mendoza *et al.*, 2007, p. 161), dichas exigencias llevan a realizar una valoración respecto al reto o amenaza que se pueda presentar. Posteriormente se evalúan cuáles son los recursos o medios disponibles con los cuales se cuenta para hacer frente a las mismas.

Jorques Infante (2015) menciona que el estrés puede proceder de diferentes fuentes teniendo en cuenta diversos sistemas, entre los cuales podemos mencionar:

- Personal
- Familiar
- Social

A su vez, es posible distinguir dos niveles de estresantes psicosociales. Por un lado, se encuentran los acontecimientos vitales mayores, estos “acuden a menudo de forma súbita y requieren un reajuste en el estilo de vida” (Jorques Infante, 2015, p. 32); y los acontecimientos menores (o estrés diario), los mismos tiene un menor impacto en el individuo, pero son más frecuentes.

Una situación estresante desencadena una “activación fisiológica” en la persona, alterando por lo general el funcionamiento biológico del organismo y generando repercusión en la propia conducta. Everly (1989, como se citó en Jorques Infante, 2015), menciona que para responder al estrés existen mecanismos endócrinos y neuronales específicos. Estos mecanismos se producen gracias al Sistema Nervioso, el cuál puede definirse como

Un conjunto de células (nerviosas) que se especializan en la conducción de señales eléctricas, y sus objetivos principales son: captar y procesar de manera rápida la información o estímulos provenientes del entorno, y controlar y coordinar los demás órganos del cuerpo. (Gallego Zuluaga *et al.*, 2018, p. 40)

Para responder a una situación amenazante “el organismo reacciona produciendo cambios neuro-endócrinos a nivel del hipotálamo y de las glándulas hipófisis y suprarrenales” (Pérez Martínez, 2017, p. 20) desencadenando reacciones que preparan al individuo para la huida o afrontamiento de dicha situación. Entre las múltiples funciones que realiza el sistema nervioso podemos nombrar el control del sistema endócrino, el cual es muy importante en el proceso de respuesta del estrés. La respuesta al estímulo viene acompañada de cierto patrón de secreciones hormonales producidas en el eje hipotálamo-pituitaria-adrenal, es decir, inician en el hipotálamo, continúa por la glándula pituitaria y desembocan en la glándula adrenal, la cual segrega cortisol al torrente sanguíneo. Brandan *et al.*, (2010) menciona que “los cambios fisiológicos y conductuales producidos en respuesta al estrés, así como las regiones activas del Sistema Nervioso Central y los mediadores bioquímicos involucrados, dependen del tipo de estresor, su duración e intensidad” (p. 10).

Como se hizo mención en el párrafo anterior, dependiendo del tipo de estresor, así como también de su duración e intensidad, el organismo produce una respuesta ante la situación considerada estresante activando

Las neuronas del tallo cerebral o las áreas del sistema límbico (respectivamente), las cuales inciden sobre neuronas del núcleo paraventricular del hipotálamo (nPV) que sintetizan CRH (hormona liberadora de la corticotropina). Las neuronas CRHérgicas hipofisiotróficas envían sus proyecciones a la eminencia media de donde, en respuesta a un estímulo, se libera el CRH a la circulación portal que llega a la pituitaria y controla la síntesis y liberación de corticotropina (ACTH) que viaja por el torrente sanguíneo a la glándula adrenal liberando glucocorticoides (...). Los glucocorticoides proveen la energía necesaria a los músculos para efectuar la respuesta. (Bravo y De Gortari, 2007 p. 66)

Para profundizar lo ya mencionado, la investigadora hará hincapié tanto en el hipotálamo y en la amígdala, el primero “es considerado como el sitio de la regulación homeostática ya que decodifica señales neuronales originadas en otros sitios cerebrales y señales hormonales provenientes de la periferia” (Joseph Bravo y De Gortari, 2007, p. 68). La amígdala, tomando lo dicho por los autores aquí nombrados, tiene un rol importante en el circuito del estrés y las emociones. Las neuronas hipotalámicas segregan su producto hacia la sangre portal, hacia núcleos ubicados en la médula espinal u otras regiones cerebrales y controlan a su vez, el funcionamiento del sistema nervioso autónomo, el cual se compone por el sistema nervioso simpático y el sistema nervioso parasimpático. “La respuesta coordinada al estrés incluye la secreción de adrenalina de la médula adrenal en respuesta a la estimulación del sistema autónomo” (Brandan *et al.*, 2010, p. 10).

Cuando se produce un fuerte incremento de los niveles de cortisol en el organismo, debido al estresor, se genera un efecto retroalimentador negativo sobre el hipotálamo y la glándula pituitaria, lo que conlleva a la síntesis y liberación de ACTH y CRH. “En caso de un nivel menor al umbral, ocurre el fenómeno contrario de incremento en la síntesis y liberación de estas hormonas” (Joseph Bravo y De Gortari, 2007, p. 66). Estos efectos de

retroalimentación tanto positivos como negativos constituyen la base de la homeostasis del organismo.

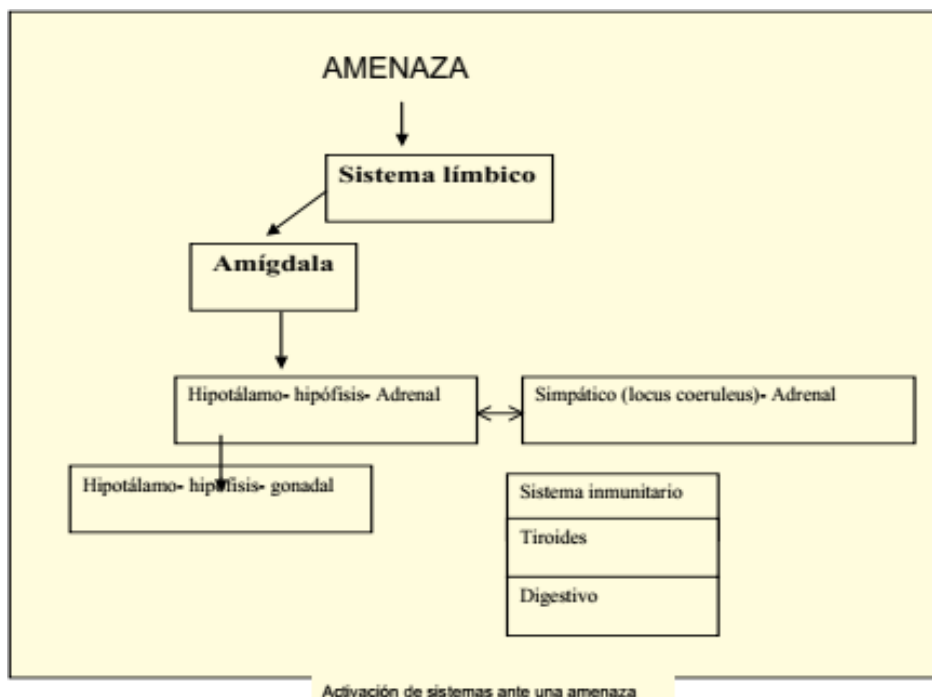


Figura 8. El estrés como respuesta. Fuente: Barrio *et al.* (2006)

En resumen, según Lazarus y Folkman (1986) el estrés psicológico se puede definir como “una relación particular entre la persona y el entorno, evaluado por aquella como amenazante o que desborda sus recursos y que pone en peligro su bienestar” (p. 43). Jorques Infante (2015) considera el estrés como una señal adaptativa que desencadena una respuesta inmediata por parte del organismo, su vivencia negativa o positiva depende de la valoración que realice el individuo sobre la situación y a su vez sobre sus propias capacidades. Cuando la percepción de estrés “excede su capacidad puede provocar la aparición de consecuencias negativas sobre el funcionamiento fisiológico” (Jorques Infante, 2015, p. 23) es así que Selye (1930) diferencia entre eustrés y distrés, dichos términos serán desarrollados posteriormente. Jorques Infante (2015) menciona que cuando se produce un exceso puede incluso llegar a alterar el estilo de vida de la persona, manteniendo o provocando conductas que no son saludables y que incluso pueden predisponer al individuo a la enfermedad.

Clasificación de estrés

En el apartado anterior se buscó profundizar acerca del concepto de estrés, se mencionó que el mismo es una respuesta de adaptación y por ende necesario para la vida, ya que ayuda al individuo a sobrevivir. Sin embargo, cuando la persona se enfrenta a

estresores crónicos o a aquellos que superen sus capacidades para afrontarlo “también puede alterar el estilo de vida manteniendo o provocando conductas no saludables” (Jorques Infante, 2015, p. 29). Hans Selye (1930) fue el primero en hacer la diferenciación entre dos tipos de estrés, clasificándolos en estrés positivo o eustrés y en estrés negativo o distrés, la manera en la cual se vivencian las situaciones estresantes como positivas o negativas dependen de múltiples factores, entre los que podemos mencionar la personalidad del individuo, el modo en que se percibe dicha situación y el significado que le otorga, así como también la capacidad para hacerle frente.

Eustrés y distrés

Por lo ya mencionado se considera que el estrés es necesario para la vida, permite adaptarse y sobrevivir, es decir que cierto grado de estrés es necesario en el día a día, este tipo recibe el nombre de eustrés, estrés positivo o productivo. Cómo lo menciona MC Mutual (2018) “es el nivel de activación del organismo necesario y óptimo para llevar a cabo nuestras actividades cotidianas, especialmente aquellas que requieren una respuesta inmediata” (p. 6).

Es un tipo de respuesta proporcional al estímulo percibido, que posibilita resoluciones eficaces por parte del individuo permitiéndole hacer frente de forma exitosa la situación, a su vez lo motiva y facilita su desempeño. “Hace referencia a una respuesta armónica respetando los parámetros fisiológicos de la persona” (Gallego Zuluaga *et al.*, 2018, p. 35).

Cuando las situaciones estresantes se prolongan durante el tiempo o superan las capacidades del individuo para hacer frente a las mismas se puede generar lo que Selye considera como estrés negativo o distrés, este tipo de estrés puede tener consecuencias perjudiciales para la salud, ya que se producen esfuerzos excesivos tanto físicos como psicológico, esto puede desencadenar en humor depresivo, agotamiento, problemas y alteraciones en el sueño. Según MC Mutual (2018) el distrés “es un nivel de activación del organismo a nivel físico y psicológico, excesivo o inadecuado a la demanda de la situación, y que si se prolonga puede tener consecuencias negativas para la persona” (p. 6). A continuación, la investigadora presentará algunas de las posibles manifestaciones que puede generar el distrés.

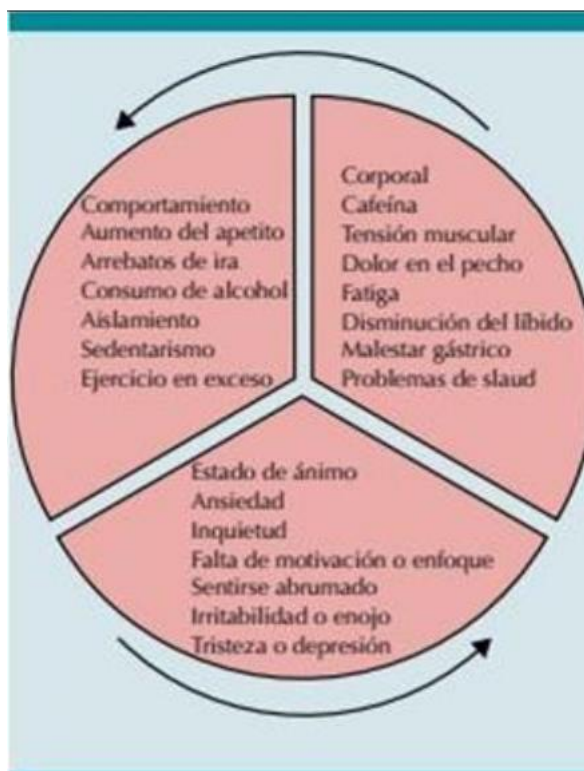


Figura 9. Manifestaciones conductuales, afectivas y somáticas ante el estrés. Fuente: Muñoz Fernández *et al.* (2020)

A modo de resumen, tienen una gran relevancia las demandas del entorno, los recursos con los que cuenta la persona y la propia valoración que se hace de los acontecimientos estresantes, ya que según estas características pueden generarse diferentes reacciones por parte del individuo que las vivencia, desembocando en trastornos más complejos, como por ejemplo trastorno de estrés postraumático o trastornos de estrés agudo.

Estrés agudo

Que un suceso se convierta en algo perjudicial o negativo para la persona depende más del significado y percepción que el individuo tenga del acontecimiento que de la duración del mismo en sí. De este modo es posible hablar de estrés agudo y estrés crónico. Se entiende como estrés agudo cuando se vivencia un único suceso que se considera como estresante y crónico cuando dichas situaciones estresantes se prolongan por un determinado período de tiempo.

Existen ciertas características que pueden determinar la presencia de un trastorno de estrés agudo. Se define al mismo como un tipo de desorden que “desarrollan personas que han presenciado o han cursado por un evento que puso en peligro su vida o su integridad física” (Ng, 2020, p. 155). Para desencadenarse este tipo de trastorno en un

individuo no depende de la duración, ya que el evento estresor o traumático pudo haber sucedido en una única o en múltiples ocasiones, la característica principal es que, como lo menciona Ng (2020), el evento o suceso tenga tal magnitud que la persona reacciona con temor, horror y/o desesperanza, reviviendo la situación mentalmente de manera involuntaria de tal forma que incluso pueden desconectar al individuo de la realidad por breves períodos de tiempo. La Asociación Psiquiátrica Americana, en el año 2014 (como se citó en Ng, 2020) expresa que este tipo de trastorno no dura más que treinta días, presenta un estado de ánimo negativo, se suelen evitar tanto situaciones como personas que puedan tener alguna relación con el evento traumático y que lleven a recordar el mismo.

Cuando un estresor se presenta de forma prolongada o incluso cuando el individuo se enfrenta constantemente a situaciones estresantes, las mismas pueden sobrepasar sus capacidades de afrontamiento y por lo tanto desencadenar diversas reacciones que pueden o no ser perjudiciales para su salud. A continuación, se hará presentación de una figura en la que se intentará mencionar algunos de los efectos que pueden producirse debido tanto al estrés agudo como al estrés crónico.

Tabla 5*Lesiones de estrés en diferentes órganos*

| Estado de alerta | | |
|-----------------------------|---|---|
| | Estrés agudo | Estrés crónico |
| SNC | Mayor atención, más velocidad de procesamiento, mayor atención selectiva, más memoria, euforia | No trabajo fino, jaqueca, insomnio, apatías, disminución de rendimiento, dificultad para el aprendizaje y memoria |
| Ojo | Midriasis | Fatiga ocular |
| Corazón | Taquicardia, palpitación, aumento tensión arterial, arritmias, insuficiencia cardiaca congestiva, | HTA, Angor, coronariopatías |
| Pulmón | Consumo de oxígeno, respiración superficial, rápida, pero con comienzos y finales muy bruscos | Catarros frecuentes, crisis asmática |
| Aparato Digestivo | Disminución del apetito, Aumento de jugos gástricos, bloqueo intestinal | Inapetencia, Gastritis, úlcera, diarreas persistentes, síndrome de colon irritable |
| Sexo | Se disminuye la función y la motivación sexual | Pérdida de libido o libido incontrolada, reglas alteradas, anorgasmia, vaginismo |
| Vasos | Vértigos, piel fría | Lesiones en piel y cuero cabelludo (alopecia), arterioesclerosis |
| Musculatura | Disposición para la acción muscular, pero tendencia a la rigidez | Rigidez, agarrotamiento, dolor de cuello y espalda, torticolis, lesiones óseas y articulares |
| Voz | Aguda, estridente, aumento de intensidad, monótono, sin vibrato, sin proyección | Fatiga vocal, carraspeo, disestesias, disfonía |
| Palabra | Aumento de la velocidad, poco inteligible | Farfalleo, mala inteligibilidad palabra |
| Glándulas | Sudoración, sequedad de mucosas | |
| General | Inquietud, pérdida del control, fiebre, pérdida de peso, disminución de los procesos de crecimiento, disminución del dolor | Fatigabilidad crónica, cansancio, dolor crónico, Ansiedad crónica, desmoralización persistente, depresión melancólica, envejecimiento prematuro |
| Energía | Movilización de azúcares | Obesidad 2ª, diabetes 2ª |
| Dermatológicos | Rosácea, urticaria, neurodermatitis | Psoriasis, alopecia areata |
| Sistema Inmunológico | Bloqueo o disminución de las respuestas inmunológicas e inflamatorias y de la reparación y renovación de tejidos, infecciones, alergias, trastornos autoinmunes | Infecciones repetidas, enfermedades autoinmunes |
| Otros | Endocrinos: síndrome premenstrual | Dolor psicógeno |

Fuente: Barrio *et al.* (2006)

Estrés laboral

En cualquier ámbito de la vida del sujeto se pueden presentar situaciones estresantes, entre los mismos se pueden nombrar el ámbito escolar, el ámbito social y el ámbito laboral. Para el presente trabajo de investigación se centró la atención en los estresores que pueden desarrollarse en el ámbito laboral, ya que la investigadora buscó conocer cuáles son los factores estresantes que vivenció el personal médico en la primera etapa del confinamiento social por la pandemia de Coronavirus o COVID-19 en la Clínica 9 de Julio de la ciudad de San José de Metán.

Una de las principales características de este tipo de estrés es que se produce exclusivamente en el ámbito donde la persona desarrolla su actividad profesional, este puede convertirse en negativo o perjudicial “cuando existe un desequilibrio entre las

exigencias y presiones a las que se enfrenta el trabajador” (Canales Romero *et al.*, 2021, p. 23). La Organización Mundial de la Salud (OMS), (citado por Aguado Martín *et al.*, 2013), menciona que es un patrón de reacciones tanto psicológicas como conductuales y cognitivas, que se generan cuando los trabajadores deben hacer frente a exigencias laborales que no corresponden con su destreza, habilidades o niveles de conocimiento.

Los estresores laborales con los cuales se puede encontrar un profesional son diversos, entre ellos es posible mencionar el ambiente físico, las demandas propias del trabajo, las relaciones interpersonales que se puedan generar, la misma organización dentro de la institución a la cual se pertenece, entre otros.

Slipak (1996) hace referencia a dos tipos de tensiones laborales.

- Episódicos: Ocurren momentáneamente y tienen una duración acotada, una de sus principales características es que los síntomas que se originaron desaparecen una vez que se hace frente a la situación.
- Crónicos: Se presentan cuando la persona se expone constantemente a diversas situaciones, por ejemplo, a un ambiente laboral inadecuado y sobrecarga de trabajo, entre otros.

Al centrar el eje en los profesionales de la salud, Nieto Caballero (2021) menciona que dichos profesionales presentan una cierta predisposición a sufrir estrés y que el mismo puede afectar diversos aspectos de su vida, (física, emocional, conductual y cognitiva) y pueden tener una aparición instantánea o incluso presentarse meses después del suceso estresor llegando incluso a presentar cuadros de estrés postraumático y burnout.

Es posible que el contexto de pandemia mundial provocado por la enfermedad por SARS-CoV-2, Coronavirus o COVID-19 por el cual el mundo se encontraba atravesando, como lo mencionan Navinés *et al.*, (2021), debido al grado de incertidumbre que presenta, cause un impacto significativo en la salud mental de los profesionales médicos, especialmente en aquellos que se encontraban trabajando en la atención de pacientes con dicha enfermedad, provocando en ellos “agotamiento físico, estrés emocional, estigmatización e insomnio” (p.131), sobre todo por las exigencias que la misma situación ameritaba y solicitaba, entre ellas es posible mencionar, las jornadas laborales extendidas, la falta de equipos de protección adecuada para el personal, la cantidad de pacientes ingresados, la cantidad de muertes que se presentan a diario y el riesgo de exponer la salud de sus familiares, la propia e incluso su vida.

Trastorno de estrés postraumático

En la vida de cada persona se presentan situaciones placenteras y desagradables, estas últimas pueden ser consideradas experiencias traumáticas o no, ya que depende de cómo es vivenciado por cada individuo. Para que una experiencia sea considerada traumática, al igual que fue mencionado en apartados anteriores, debe sobrepasar el umbral de control o tolerancia y es probable que genere distorsiones en la forma de percepción de la realidad, de la identidad de la persona, su forma de vincularse, sus sentimientos, etc.



Figura 10. Factores que intervienen en la génesis de la ansiedad por situaciones traumáticas. Fuente: Cía (2001)

Al momento de ahondar sobre el trastorno de estrés postraumático o TEPT, el cual “constituye el eje psicopatológico fundamental sobre el que gravita el trauma” (Ayala y De Paul Ochotorena, 2004, p. 45), se encontraron diversos autores que abordan el tema y sobre todo diferentes miradas para hacerlo. Por una parte, se presentan manuales como el CIE-10 y varias ediciones del DSM que se encargan de dar una descripción sintomática sobre TEPT; donde se realizó una diferenciación del trastorno de estrés postraumático teniendo en cuenta la sintomatología presente en los pacientes, el momento de aparición de los síntomas y la duración de los mismos.

El trastorno de estrés postraumático según el CIE-10 (1992) aparece como respuesta retrasada a un acontecimiento amenazante breve o duradero; por lo que, para diagnosticarlo, los síntomas deben aparecer seis meses después del suceso traumático. Puede predisponer el desarrollo de TEPT la presencia de ciertos rasgos de personalidad o

enfermedades neuróticas, pero dichos factores no son ni necesarios ni suficientes para la aparición del mismo. Algunas características esenciales de este tipo de trastornos para el CIE-10 (1992) son:

- Se revive el trauma reiteradamente, ya sea en estado de vigilia o sueño.
- Desapego con el medio.
- Evitación de lugares, personas o situaciones relacionadas con el acontecimiento traumático.
- Estado de alerta constante, hiperactividad, hipervigilancia.

En el caso del Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DMS) los criterios diagnósticos del Trastorno de Estrés Postraumático o TEPT, variaron en sus diferentes ediciones. Para autores como Ayala y De Paul Ochotorena (2004), el término fue introducido por primera vez en la primera edición de dicho manual (DSM-I) con la denominación “gran reacción al estrés” y según Collado (2010), en la categoría de trastornos de ansiedad en la tercera edición del mismo (DSM-III, 1980). En la siguiente edición (DSM-IV, 1994) se define que este tipo de trastorno puede iniciar a cualquier edad y suele presentarse primero como un trastorno de estrés agudo. Afirma que “los síntomas suelen aparecer en los primeros tres meses posteriores al trauma, si bien puede haber un lapso temporal de meses o incluso años, antes de que el cuadro sintomático se ponga de manifiesto” (American Psychiatric Association, 2014, p. 437); por otro lado, también lo clasifica según el inicio y la duración de los síntomas en:

- Agudo: La duración de los síntomas es menor a los tres meses.
- Crónico: Los síntomas tienen una duración igual o mayor a los tres meses.
- De inicio demorado: Donde el inicio de los síntomas se produce como mínimo seis meses después del acontecimiento.

Un aspecto relevante en la mayoría de los estudios realizados sobre trastornos de estrés postraumático (TEPT) “es su comorbilidad con otros trastornos enmarcados en el eje I del DSMD-IV” (Ayala y De Paul Ochotorena, 2004, p. 46), este eje abarca trastornos clínicos y otros problemas que puedan ser objeto de atención clínica, por lo que diagnosticar únicamente TEPT en una persona que ha vivenciado una situación traumática es algo bastante inusual.

Según el DMS-IV (1994) y el DMS-V (2014), codificación 309.81 (F43.10), el estrés postraumático tiene como característica sustancial que la aparición de sus síntomas típicos le sigue a “la exposición a un acontecimiento estresante y extremadamente traumático, y donde el individuo se ve envuelto en hechos que representan un peligro para

su vida o cualquier otra amenaza para su integridad física” (American Psychiatric Association, 2014, pp. 434-435). El acontecimiento traumático puede haber sido vivenciado directamente por la persona o por alguien cercano a él.

Autores como Echeburúa *et al.*, (2016) se encargaron de realizar la comparación entre ambas ediciones y concluyeron en que la diferencia en los criterios radica en que los estresores se exponen de forma más explícita, sin tener en cuenta la reacción subjetiva de la víctima (Criterio A), a diferencia de la versión anterior, la última edición, no señala tres núcleos de síntomas, sino cuatro.

Teniendo en cuenta lo mencionado en el párrafo anterior, se ahondará en lo expuesto en la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales, es decir en el DSM-V (2014), como ya se mencionó, los criterios diagnósticos del TEPT difieren de los propuestos por el DSM-IV (1994), en esta edición se habla de cuatro tipos de síntomas presentes:

1. “Intrusión (reexperimentación).
2. Evitación.
3. Alteraciones negativas en las cogniciones y el estado de ánimo (embotamiento y emocionalidad negativa).
4. Hiperactivación”. (Collado, 2010, p. 15)

El DSM-V, nos indica que los siguientes (6) criterios son aplicables a adultos, niños mayores de 6 años y adolescentes.

Criterio A: Exposición real o amenaza a la muerte, violencia sexual o una lesión grave. A través de

1. Una experiencia directa del suceso traumático; 2. Presencia directa del suceso ocurrido a otros; 3. Conocimiento de que el suceso(s) traumático(s) ha ocurrido a un familiar próximo o a un amigo íntimo; 4. Exposición repetida o extrema a detalles repulsivos del suceso(s) traumático(s). (p. 162)

A continuación, la investigadora elaboró la siguiente representación gráfica del primer criterio diagnóstico del DSM-V.



Figura 11. Primer criterio diagnóstico. Fuente: elaboración propia

Criterio B: La presencia de uno o más de los siguientes síntomas intrusivos que están asociados al suceso (s) traumático (s) y comienzan después del mismo:

1. Recuerdos angustioso recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso;
2. Sueños angustiosos recurrentes relacionados al suceso;
3. Reacciones disociativas en las que la persona siente o actúa como si el suceso se repitiera;
4. Malestar psicológico o prolongado al exponerse a factores, internos o externos, que simbolizan un aspecto. Del suceso;
5. Reacciones fisiológicas intensas relacionadas a los factores antes mencionados. (p. 162-163)

El mismo es representado por la investigadora en la siguiente figura, la misma se basa en lo mencionado en el DSM-V.

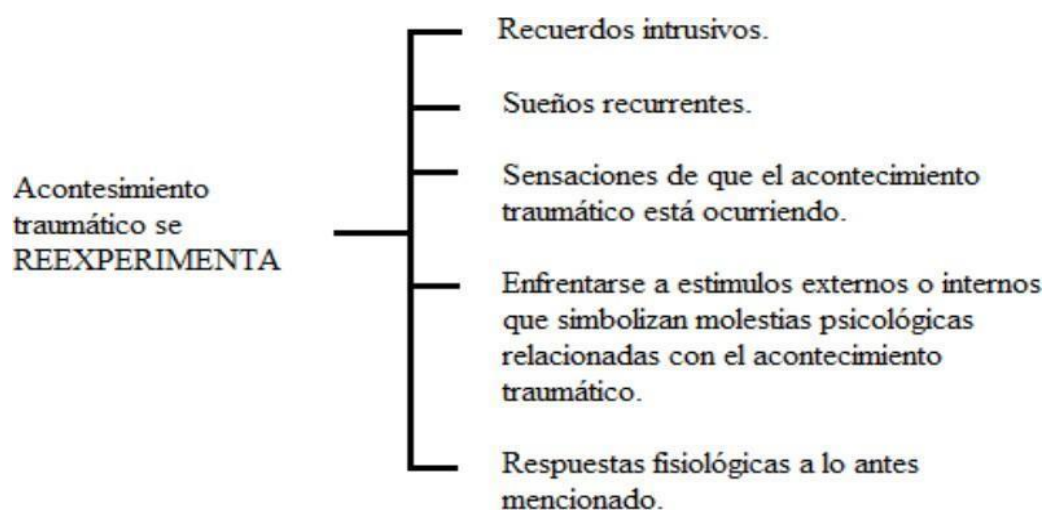


Figura 12. Segundo criterio diagnóstico. Fuente: elaboración propia

Criterio C: evitación a estímulos que estén asociados al suceso traumático después de ocurrido el mismo. Por ejemplo: evitar recuerdos, personas, lugares o situaciones relacionadas con el suceso traumático. Los síntomas que pueden presentarse en el mismo

son presentados por la investigadora en la Tabla 5, la cual tuvo como fuente lo explícito en el DSM-V (2014).

Tabla 6

Sintomatología presente según el tercer criterio diagnóstico

| EVITACIÓN Y EMBOTAMIENTO |
|--|
| Presencia de por lo menos 3 de algunos de los criterios mencionados. |
| <ul style="list-style-type: none"> - Evitar hablar, pensar o sentir algo relacionado con el acontecimiento traumático. - Evitar a personas, lugares o actividades relacionadas. - Amnesia de un aspecto importante del acontecimiento. - Indiferencia o desapego en las relaciones interpersonales. - Pérdida del interés en participar de actividades. - Pérdida de expectativas. - Disminución de la vida afectiva. |

Fuente: elaboración propia en base a lo propuesto en el DSM-V (2014)

Criterio D: “Alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo asociadas al suceso(s) traumático(s) (American Psychiatric Association, 2014, p. 163) después de ocurrido el mismo.

Criterio E: “Alteración importante de la alerta y reactividad asociada al suceso(s) traumático (s)” (American Psychiatric Association, 2014, p. 164), después de sucedido el suceso traumático. Puede manifestarse por la presencia de dos o más de las siguientes características: “1. Comportamiento irritable y arrebatos de furia (...); 2. Comportamiento imprudente o autodestructivo; 3. Hipervigilancia; 4. Respuesta exagerada de sobresalto; Problemas para concentrarse, y 5. Alteración del sueño” (p.164).

La investigadora intenta mostrar la sintomatología, presentada según el cuarto criterio diagnóstico, nombrada por el DSM-V (2014) en la Tabla 6, de su propia elaboración. Se tienen en cuenta los criterios B, C, D y E.

Tabla 7

Sintomatología según el cuarto criterio diagnóstico

| ACTIVACIÓN |
|---|
| Presencia de tres o más síntomas. |
| <ul style="list-style-type: none"> - Insomnio, dificultades en el sueño. - Irritabilidad. - Hipervigilia. - Sobresalto. - Dificultad de concentración. |

Fuente: elaboración propia en base al DSM-V (2014)

Criterio F: La duración de la alteración es superior a un mes.

Criterio G: La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en áreas importantes del funcionamiento.

Criterio H: “La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia” (American Psychiatric Association, 2014, p. 164).

Estrés, personal de salud y COVID-19

Como se mencionó en el apartado anterior, el mundo se encontraba atravesando por la Pandemia Mundial por SARS-Cov-2, Coronavirus o COVID-19. Los conocimientos sobre dicha enfermedad tanto en lo referente a cuidados, sintomatología y sobre todo tratamiento son aún muy recientes y se van puliendo día a día gracias al estudio de los casos y pacientes en tratamiento y/o fallecidos.

El principal método de prevención para evitar la propagación del virus, el cual fue adoptado por diversos países a nivel mundial, fue el aislamiento social y preventivo. Caballero Domínguez y Campo Arias (2020) mencionan que la OMS sugirió la cuarentena o aislamiento social como la estrategia más efectiva en cuanto a contención y mitigación de la propagación del virus sobre todo para evitar el colapso del sistema de salud. Por otra parte, a pesar de que dicha medida de prevención fue propuesta y recomendada por la OMS, la misma tuvo diversas consecuencias en diferentes áreas, afectando tanto la salud mental como física de la población en general y del personal médico.

Cabe destacar que en Argentina “se declaró precozmente el aislamiento social preventivo y obligatorio de la población con el objetivo de frenar la progresión de la enfermedad” (Bozovich *et al.*, 2020, p. 38), por lo que se puso en evidencia, no sólo la

falta de recursos disponibles en el sistema de salud existente, demostrando de cierta manera la carencia de atención en lo que refiere a salud mental, sino que también tuvo otras repercusiones que pueden observarse a nivel económico, educativo, cultural y social, ya que dicho aislamiento generó la llamada “nueva normalidad”, que implicó un cambio rotundo en la forma de relacionarse de los individuos. Se considera el confinamiento social como una situación extraordinaria, la cual, debido a la incertidumbre y novedad, tiene un impacto psicológico elevado a nivel mundial. Wang *et al.*, (2019, como se citó en Jeff Huarcaya, 2020), realizó un trabajo de investigación durante la fase inicial de la pandemia, el mismo afirma que de una muestra de 1.210 personas, quienes residían en China, el 14,5% presentó un impacto psicológico mínimo a causa del aislamiento social y preventivo; un 21,7% un impacto psicológico moderado y, por último, un 53,8% un impacto moderado-grave.

Lozano Vargas (2020), afirma que dicho impacto psicológico puede estar caracterizado por “incertidumbre, insomnio, ira, temor a ser infectado, aumento en el consumo del alcohol o de cigarrillos, aislamiento social, desarrollo del estrés postraumático, trastornos de ansiedad, trastornos depresivos, somatización y la percepción de la pérdida de salud” (p. 52).

El objetivo principal del presente trabajo fue centrarse especialmente en el personal médico de la clínica 9 de Julio de la ciudad de San José de Metán durante la primera etapa del confinamiento social. Se considera importante destacar que, si bien las medidas sanitarias solicitaban a la población en general resguardarse en sus hogares, “médicos y trabajadores de la salud se preparaban para hacer exactamente lo contrario; ellos, irán a hospitales, clínicas y centros de salud poniéndose en alto riesgo del COVID-19” (De La Cruz Vargas, 2020, p. 173).

Sacristán y Millán (2020) afirman que, desde hace muchos años, se sospechaba que los recursos sanitarios con los cuales se contaba a nivel mundial eran insuficientes para atender a una demanda ilimitada de pacientes, lo cual se puso en evidencia de una forma visible y dramática gracias a la situación generada por el virus SARS-CoV-2. Durante los picos de mayor contagio de la pandemia y debido a la gran cantidad de pacientes infectados “el médico en muchos hospitales, ha tenido que tomar la difícilísima decisión de elegir qué pacientes tendrían prioridad para acceder a las ucis” (Sacristán y Millán, 2020, p. 268).

A modo de ejemplo de lo aquí mencionado, a continuación, la investigadora intentará presentar en la Tabla 7 la cantidad de casos y muertes por COVID-19 a nivel

nacional; y en la Tabla 8, buscará presentar dichos datos a nivel provincial. Para la elaboración de las mismas la investigadora se basó en las diversas fuentes anteriormente mencionadas.

Tabla 8

Cantidad de casos y muertes por COVID-19 a nivel nacional

| FECHA | Total de casos | Total nuevos casos del día | Total de muertes | Total nuevas muertes del día |
|--------------|-----------------------|-----------------------------------|-------------------------|-------------------------------------|
| 5/03 | 1 | 1 | - | - |
| 30/03 | 1.054 | 88 | 27 | 3 |
| 1/04 | 1.133 | 79 | 32 | 5 |
| 30/04 | 4.428 | 143 | 218 | 3 |
| 1/05 | 4.428 | - | 220 | 2 |
| 31/05 | 16.851 | 637 | 539 | 9 |
| 1/06 | 16.851 | - | 541 | 2 |
| 30/06 | 64.530 | 2.262 | 1.307 | 24 |
| 1/07 | 64.530 | - | 1.310 | 3 |
| 31/07 | 191.302 | 5.929 | 3.543 | 77 |
| 1/08 | 191.302 | - | 3.558 | 15 |
| 31/08 | 417.735 | 9.309 | 8.660 | 162 |
| 1/09 | 417.735 | - | 8.730 | 70 |
| 30/09 | 751.001 | 14.392 | 16.937 | 419 |
| 1/10 | 765.002 | 14.001 | 20.288 | 3.352 |
| 31/10 | 1.166.924 | 9.745 | 31.002 | 211 |
| 1/11 | 1.173.533 | 6.609 | 31.140 | 138 |
| 30/11 | 1.424.533 | 5.726 | 38.730 | 257 |
| 1/12 | 1.432.570 | 8.037 | 38.928 | 198 |
| 30/12 | 1.613.928 | 11.765 | 43.163 | 145 |

Fuente: elaboración propia en base a lo mencionado por las bases de datos del Gobierno de la Nación Argentina y el Gobierno de la Provincia de Salta.

Tabla 9*Cantidad de casos y muertes por COVID-19 a nivel provincial*

| Fecha | Total casos (País) | Total casos Salta | Nuevos casos del día Salta | Total muertes Salta | Total muertes del día Salta |
|-------|--------------------|-------------------|----------------------------|---------------------|-----------------------------|
| 5/03 | 1 | - | - | - | - |
| 30/03 | 1.054 | 1 | - | 27 | - |
| 1/04 | 1.133 | 3 | 2 | 32 | - |
| 30/04 | 4.428 | 4 | - | 218 | - |
| 1/05 | 4.428 | 4 | - | 220 | - |
| 31/05 | 16.851 | 8 | - | 539 | - |
| 1/06 | 16.851 | 8 | - | 541 | - |
| 30/06 | 64.530 | 31 | 1 | 1.307 | - |
| 1/07 | 64.530 | 31 | 1 | 1.310 | - |
| 31/07 | 191.302 | 259 | 7 | 3.543 | - |
| 1/08 | 191.302 | 259 | - | 3.558 | - |
| 31/08 | 417.735 | 3.320 | 159 | 8.660 | 2 |
| 1/09 | 417.735 | 3.320 | - | 8.730 | - |
| 30/09 | 751.001 | 12.415 | 360 | 16.937 | 12 |
| 1/10 | 765.002 | 12.774 | 159 | 20.288 | 11 |
| 31/10 | 1.166.924 | 18.746 | 146 | 31.002 | 7 |
| 1/11 | 1.173.533 | 18.885 | 139 | 31.140 | 6 |
| 30/11 | 1.424.533 | 21.159 | 219 | 38.730 | 3 |
| 1/12 | 1.432.570 | 21.202 | 43 | 38.928 | 1 |

Fuente: elaboración propia en base a las bases de datos del Gobierno de la Provincia de Salta

Una de las mayores complicaciones que se evidenció con la progresión de la enfermedad, fue la situación de los hospitales y los diversos centros de salud, la misma fue y es compleja, vivenciándose no sólo el colapso total del sistema de salud a nivel mundial, generando mayor carga de trabajo en las personas capacitadas en el área, sino también la falta de equipos adecuados de protección para los profesionales, la escasez de recursos, sumado a la muerte de miles de pacientes, en las cuales se vieron comprometidos muchos médicos, colegas, amigos, familiares, etc. Día a día la cifra de contagios seguía en ascenso, así como también el número de médicos fallecidos, es posible mencionar lo comentado por De La Cruz Vargas (2020) quien dice que, durante los primeros meses de la pandemia, estudios realizados en China y en Italia mostraban que el 20% de los profesionales de la salud se infectaron con el virus, y otros tantos fallecieron a causa del mismo.

Si bien, “los médicos han aprendido a medir los riesgos de ser contaminados al atender pacientes con infecciones graves” (Téllez Vargas, 2020, p. 4), pueden sentirse desprotegidos y vulnerables “especialmente frente a los pacientes portadores del virus que son asintomáticos pero muy contagiosos” (p. 4). El modo en que cada persona percibe una situación depende de diversos factores a tener en cuenta. Debido al incremento acelerado de los casos, muertes y problemáticas causadas por este nuevo virus, además de los efectos colaterales que acarrea el aislamiento social preventivo y obligatorio, es posible observar que la población en general y sobre todo el personal médico pueden presentar un desgaste físico y mental en su salud por lo vivenciado en los hospitales y centros sanitarios debido a “la tensión permanente de estar en riesgo de contraer la infección por COVID-19 (...), la imposibilidad de estar en contacto con familiares fuera del hospital, ha comenzado a generar un aumento del burnout, estrés y trastornos emocionales” (Castro, 2020, p. 144), tales como ansiedad, depresión, trastorno de estrés postraumático (TEPT), miedo a la muerte y sentimientos de soledad, irritabilidad, etc. Afectando “la calidad de atención que brinda el personal de salud, su capacidad de comprensión clínica o sus habilidades en la toma de decisiones” (Lozano Vargas, 2020, p. 52) y sobre todo su bienestar y salud mental.

Para Jeff Huarcaya (2020) otros problemas a los que pueden estar expuestos y que afectarían de forma directa o indirecta a la salud mental de los expertos en el sector de salubridad son, por un lado, el trauma vicario o indirecto, el mismo “consiste en la afectación involuntaria de estos profesionales a desarrollar síntomas similares a los de sus pacientes” (Jeff Huarcaya, 2020, p. 331), por otro lado, el estigma social relacionado con su trabajo y la preocupación por contagiar a sus familiares. La autora antes mencionada afirma que, según estudios realizados durante otras pandemias o epidemias, entre el 20% y el 49% de los trabajadores de salud vivencian dicho estigma social en cuanto a su trabajo y el miedo de la comunidad y/o incluso familiares de ser contagiados por los profesionales sanitarios.

Otros estudios citados por Jeff Huarcaya (2020) alude a detallar diferentes problemas de salud mental que sufren los profesionales, centrándose en afecciones tales como, ansiedad, depresión, insomnio y trastorno de estrés postraumático. Dichas problemáticas aquí mencionadas serán presentadas en la Tabla 9, para la cual la investigadora se basó en el texto ya nombrado.

Tabla 10

Afecciones frecuentemente encontradas en los profesionales de la salud por causa de la pandemia

| Muestra | Afección | Porcentaje |
|---|-----------|------------|
| Personal de salud de primera línea en la pandemia COVID-19 entre el 7 y el 14 de febrero del año 2020 | Ansiedad | 23,1 % |
| | TEPT | 27,4 % |
| Profesionales de la salud de 34 hospitales de China entre el 29 de enero al 3 de febrero del año 2020. | Ansiedad | 44,6 % |
| | TEPT | 71,5 % |
| | Depresión | 50,4 % |
| | Insomnio | 34% |

Fuente: elaboración propia

Como conclusión a todo lo mencionado en el presente capítulo, es posible destacar que “el enfrentamiento a la COVID-19 impone importantes desafíos a los profesionales de la salud” (Auza Santiváñez y Dorta Contreras, 2020, p. 2) demandando por parte de los mismos:

- Una sobre exigencia y precaución a la hora de trabajar,
- Rapidez para realizar un pronóstico sobre el cuadro clínico que permita brindar una respuesta médica rápida y sobre todo la detección temprana del diagnóstico.
- La capacidad para comunicar las malas noticias de manera adecuada evitando así un impacto negativo en los familiares.

Por último, y no por eso menos importante, esta realidad demuestra que el personal médico aun a pesar de ser

Conscientes del riesgo que corren, se levantan cada día sabiendo que son la última barrera ante la pandemia, la última esperanza de miles de pacientes. Trabajan infatigablemente durante larguísimas jornadas y cada día llegan a sus casas con sensación de agotamiento, irritación e impotencias. Cada noche se acuestan intuyendo que al día siguiente será aún peor. (Sacristán y Millán, 2020, p. 266)

Se encuentran atrapados, como lo menciona Téllez Vargas (2020) en el reto que significa arriesgar su propia vida para ayudar a los enfermos, esto muestra la importancia de cuidar la salud mental de la población en general y sobre todo de aquellos profesionales que día a día arriesgan su vida y la de sus seres queridos para cuidar y honrar la profesión y el juramento que eligieron. Como lo mencionan Auza Santiváñez y Dorta Contreras (2020) con esta situación por la cual el mundo se encontraba atravesando se destacó la urgente necesidad que tienen todos los países del mundo de invertir en los diversos sistemas de salud y atención primaria.

Para concluir, a lo largo del capítulo se trató de profundizar en lo referente a los términos de “Psicotraumatología”, “trauma” y “estrés” y las diversas clasificaciones que se pueden encontrar de los mismos, en referencia a los dos últimos aquí mencionados. Debido a que el presente trabajo tiene como foco conocer cuáles son las principales estrategias de afrontamiento del estrés que utilizó el personal médico de la Clínica 9 de Julio de la ciudad de San José de Metán en contexto de pandemia durante la primera etapa de confinamiento social se considera fundamental para el presente trabajo de investigación hacer énfasis en dichos conceptos.

CAPÍTULO III: ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

Siguiendo lo ya mencionado en el apartado anterior el estrés es algo necesario en la vida de una persona, ya que al ser una respuesta de adaptación permite hacer frente a las situaciones diarias y vivir el día a día, también posibilita al mismo sobrevivir y evolucionar. Cuando las situaciones estresantes sobrepasan ciertos límites, únicos en cada individuo, depende especialmente de las capacidades que cada persona tiene para hacerles frente si este puede volverse o no perjudicial para la salud o afectar de cierto modo a la persona. Esto recibe el nombre de “afrontamiento”, cada persona posee ciertos estilos y/o estrategias propias. En el siguiente inciso la investigadora intentó profundizar en el concepto de afrontamiento, así como también, buscó determinar cuál es la diferencia entre los estilos y las estrategias del mismo.

Afrontamiento

Para que una o más situaciones que vivencie la persona en su vida sean percibidas de forma negativa, es decir, tener alguna consecuencia perjudicial, intervienen diversos factores, entre estos podemos mencionar, la interpretación que el individuo tiene con respecto al evento y también cuales son aquellos recursos que posee para hacer frente al mismo. Dichos recursos hacen referencia al afrontamiento, diversos autores (Arredondo Londoño *et al.*, 2009; Canales Romero, 2021; Cassaretto *et al.*, 2003; Córdova y Rodríguez, 2013; Fierro, 1997; González *et al.*, 2017; González Salanueva, 2014; Quiroz *et al.*, 2017; Sierra *et al.*, 2003; Soriano, 2002), admiten lo propuesto por Lazarus y Folkman (1991), quienes lo definen como “aquellos procesos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (p. 164).

Arjona (2001, como se citó en Canales Romero, 2021), por su parte lo describe como aquellos comportamientos que tienen las personas ante las situaciones y experiencias a las que han de hacer frente cotidianamente, sin tomar en cuenta la importancia o significación que se les pueda otorgar. Se trata de un proceso dinámico, así lo indican autores como Bulnes Bedón (2003), Cassaretto *et al.*, (2003), Paris y Omar (2009) y González *et al.*, (2017), ya que se produce en respuesta a las evaluaciones subjetivas y a las demandas objetivas de un suceso. Tiene una relación recíproca con el estrés ya que, las formas en la cuales se hace frente a un problema “afectan la valoración

y el subsecuente afrontamiento” (Cassaretto *et al.*, 2003, p. 369), buscando que la persona logre una adaptación psicológica y somática. Es así que, cuando el individuo no cuenta con los recursos suficientes que demanda la situación percibe las mismas como estresantes, elevando estos niveles de estrés hasta volverlo distrés, rompiendo de cierta manera su equilibrio e incluso interfiriendo en su bienestar psicológico.

Al verlo como un proceso y no como algo estable, un individuo tiene la posibilidad de hacer frente a las situaciones estresantes de su vida de diferentes maneras, dependiendo cada respuesta de los recursos disponibles. El afrontamiento posee dos componentes, los cuales serán desarrollados en el siguiente apartado, estamos hablando de estilos y estrategias de afrontamiento, ambos son a su vez independientes y complementarios.

Para el proceso aquí mencionado es importante a su vez ahondar en lo referente al término valoración, esta es “entendida como un proceso evaluativo en el que se establece tanto la repercusión que tiene un evento para el sujeto como las posibles formas de actuación ante el mismo” (Soriano, 2002, p. 76). Son dos las evaluaciones posibles que se pueden presentar ante un suceso:

- Evaluación primaria: se “determina si es relevante o no para su bienestar (Paris y Omar, 2009, p. 168), se puede clasificar como irrelevante, benigna y estresante (Hernández Mendoza *et al.*, 2007).
- Evaluación secundaria: aquí se consideran las posibles respuestas para enfrentar el acontecimiento, la persona realiza una valoración acerca de sus recursos, desencadenando el uso de estrategias de afrontamiento.

Si bien el término hace referencia a un proceso a través del cual se manejan las demandas que se producen en la relación individuo-ambiente, esto no significa que siempre sea saludable o que no implique algún riesgo para el bienestar de quien lo utiliza. Los recursos que se implementen pueden ser adaptativos o inadaptativos, así como también eficaces o ineficaces. Tomando lo dicho por Lazarus y Folkman (1986, como se citó en Campra, s.f.), cuando son inadaptativos o ineficaces pueden aumentar, el riesgo de mortalidad o morbilidad en el individuo, especialmente si incluyen el uso excesivo de ciertas sustancias nocivas, como lo son el alcohol, las drogas y el tabaco, incluso cuando llevan a actividades que significan un riesgo elevado para la vida.

La autora antes mencionada, describe las siguientes características propias del proceso de afrontamiento:

- Se refiere a observaciones y valoraciones de lo que el individuo realmente piensa o hace;

- Es lo que el individuo realmente piensa o hace en un contexto específico;
- Significa hablar de cambio en pensamientos y actos a medida que el proceso se desarrolla;
- Es cambiante en el tiempo;
- Se haya influido por las reevaluaciones cognitivas. (p. 43)

Por otro lado, Hernández Mendoza *et al.*, (2007) no hizo hincapié en las características sino en las funciones de dicho proceso. Aquí se habla de tres funciones:

- “Eliminar o modificar la fuente de estrés con respuestas directas, activas;
- Cambiar el significado psicológico que se le da a un evento neutralizando su carácter problemático;
- Mantener tolerables las consecuencias emocionales del estrés” (p. 162).

A modo de cierre, cabe recordar que el afrontamiento se trata de un proceso dinámico compuesto tanto por estilos como por estrategias relacionadas entre sí y a su vez independientes. Ante el contexto actual de pandemia mundial provocado por la enfermedad de SARS-CoV-2, Coronavirus o COVID-19 por el cual la población mundial se encontraba atravesando, las maneras de cada individuo para hacer frente a la misma “puede depender de sus antecedentes; el apoyo social de familiares y amigos, su situación económica y de salud, la comunidad en la que vive y muchos otros factores” (Valero Cedeño *et al.*, 2020, p. 67). Se considera clave el afrontamiento para poder aprender y generar estrategias que ayuden o permitan mantener contacto con el resto de las personas y beneficiar también la salud tanto física como psicológica de cada ser humano.

Estilos y estrategias

Para poder profundizar en lo ya mencionado sobre afrontamiento, la investigadora hizo hincapié en lo referente sobre estilos y estrategias, ambos se encuentran relacionados el uno con el otro ya que dependen entre sí.

Los estilos de afrontamiento se definen como “modos repetidos con los cuales el individuo responde a encuentros estresantes” (González Salanueva, 2014, p. 1062). Lazarus y Folkman (1988, como se citó en González Salanueva, 2014), indican que proporcionan una explicación sobre las formas en que los individuos tienen para hacer frente a experiencias que pueden generar angustia. Pueden influir en múltiples aspectos, por ejemplo, la evaluación del evento y la intensidad de las respuestas, pueden incluso incrementar los recursos personales para poder manejar de forma eficiente la situación.

Guevara Ortega (2001), los define como “predisposiciones personales para hacer frente a las situaciones y son los responsables de las preferencias individuales en el uso

de uno u otros tipos de estrategias de afrontamiento, así como su estabilidad temporal y situacional” (p. 55). Autores como Billings y Moos (1982, como se citó en González Salanueva, 2014), distinguen tipos de estilos, diferenciándolos entre activos o de aproximación y pasivos o de evitación, estos incluyen esfuerzos tanto cognitivos como conductuales para manejar eventos estresantes.

Por otra parte, las estrategias de afrontamiento tienen como finalidad intentar recuperar el equilibrio perdido con el entorno por aquellos sucesos que sobrepasan los recursos del individuo. Son procesos concretos, específicos y cambiantes, comportamientos y habilidades que comprenden variables personales y también sociales que posibilitan que las personas enfrenten los eventos que se presenten. Lazarus y Folkman (1986, como se citó en Bulnes Bedón, 2003), definen las estrategias de afrontamiento como aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales que utilizan las personas para manejar las demandas tanto externas como internas, pueden permitir al individuo reducir, minimizar, dominar o tolerar una determinada situación estresante.

Al igual que el concepto de afrontamiento propiamente dicho, el uso de ciertas estrategias no siempre significa que las mismas sean positivas. Se consideran negativas cuando a pesar de que logren eliminar o disminuir el estresor, esto se produce por un período corto de tiempo y pueden generar fatiga u otros efectos secundarios posteriormente. A su vez, se califican como eficaces cuando producen bienestar psicológico, fisiológico y social en quien las implementa.

Cada individuo emplea sus propias estrategias, Canales Romero *et al.*, (2021) mencionan que “depende de la combinación de múltiples factores en los que se destacan aspectos personales, sus experiencias y exigencias del medio ambiente (p. 39). Buscan “alterar el problema que causa estrés o regular la respuesta emocional ante el mismo” (Canales Romero *et al.*, 2021, p. 39), se aprenden a través de la experiencia y con el tiempo pueden llegar a ser formas automáticas relacionándose así con los estilos.

Pueden clasificarse según su enfoque, se encuentra entonces el afrontamiento centrado en el problema y el afrontamiento centrado en la emoción.

Aquellas centradas en el problema pueden denominarse también como afrontamiento activo, están orientadas a realizar un cambio en la problemática percibida, buscan “manipular o alterar las condiciones responsables de la amenaza” (Arredondo Londoño *et al.*, 2009, p. 150). Se suele optar por este tipo de estrategias cuando la evaluación cognitiva realizada indica que la situación es susceptible a cambios, buscando soluciones alternativas. “Incluye todas aquellas estrategias de confrontación y

enfrentamiento al problema que están generando distrés o una emoción negativa” (Cassaretto *et al.*, 2003, p. 370), puede vincularse con una mayor resistencia al mismo y a su vez un menor burnout.

Las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción tienen mayor probabilidad de ser utilizadas cuando la evaluación realizada por el individuo advierte que el problema es incontrolable y que no es posible modificar las condiciones del entorno que generan la problemática, buscan regular la emoción, conservar la esperanza y el optimismo. Pueden ser perjudiciales o dañar la salud del individuo provocando un aumento en los niveles de estrés o incluso depresión, “al impedir conductas adaptativas relacionadas con la salud-enfermedad” (Campra, s.f., p. 50), es decir, dichas estrategias tienen como función “ la regulación emocional que incluye los esfuerzos por modificar el malestar y manejar los estados emocionales evocados por el acontecimiento estresante” (Di Colloredo *et al.*, 2007, p. 133), esto puede ser posible evitando la situación estresante, reevaluando el suceso perturbador o incluso centrándose en los aspectos positivos tanto de uno mismo como del entorno.

Autores como González *et al.*, (2017) y Campra (s.f.), nombran las siguientes estrategias de afrontamiento centradas en la emoción:

- Evitación.
- Minimización.
- Comparaciones positivas.
- Atención selectiva.
- Extracción de valores positivos a los acontecimientos negativos.
- Distanciamiento.
- Autocontrol.
- Aceptación de la responsabilidad.

A modo de síntesis, como lo argumentan Gonzáles *et al.*, (2017), las estrategias de afrontamiento dirigidas a la emoción

Ocurren cuando existe una evaluación de que no se puede hacer nada para modificar la situación de daño, amenaza o desafío e implica procesos que ayudan para regular o modificar la expresión exterior de cualquier emoción y la experiencia subjetiva provocada por el problema, favoreciendo actitudes y pensamientos pasivos asociados al distrés emocional. (p. 114)

Además, Carver *et al.*, (1989, como se citó en Cassaretto *et al.*, 2003), mencionan que tanto las estrategias de afrontamiento centradas en el problema y aquellas centradas

en la emoción son importantes pero que el proceso en sí es mucho más complejo. A su vez presentan otras estrategias

- Afrontamiento activo.
- Planificación.
- Supresión de actividades competitivas.
- Postergación del afrontamiento.
- Soporte social, instrumental y emocional.
- Reinterpretación positiva.
- Aceptación.
- Negación
- Acudir a la religión.
- Expresión de las emociones.
- Uso de alcohol y drogas.
- No compromiso conductual y cognitivo.

Con todo lo desarrollado a lo largo de cada uno de los apartados del presente proyecto la investigadora buscó profundizar en lo referente a psicotraumatología y trauma. La misma indagó sobre temas específicos como lo es la pandemia mundial causada por SARS-CoV-2, Coronavirus o COVID-19 ya que la humanidad entera se encontraba atravesando por dicho suceso y sobrellevando de una forma u otra las consecuencias que acarrió. Debido a que el tema que se pretende estudiar hace referencia a cuáles fueron las estrategias de afrontamiento del estrés utilizadas por el personal médico de la Clínica 9 de Julio de la ciudad de San José de Metán durante el primer período de aislamiento ocasionado por la pandemia, fue necesario profundizar en conceptos como estrés, afrontamiento y estrategias de afrontamiento. Se espera que lo aquí desarrollado posibilite un mejor entendimiento de la teoría que se tuvo en cuenta para la realización del trabajo de investigación propuesto.

METODOLOGÍA

Nivel y tipo de investigación

El presente proyecto de investigación se encontró enmarcado en el enfoque mixto de la investigación científica, el cual “representa un conjunto de procesos sistemáticos, empíricos y críticos de investigación e implica la recolección y el análisis de datos cuantitativos y cualitativos, así como su integración y discusión conjunta” (Hernández Sampieri *et al.*, 2014, p. 534).

Es importante resaltar que el abordaje cuantitativo como el cualitativo son sumamente fructíferos y han realizado notables aportes al avance del conocimiento, otorgando diferentes aproximaciones al estudio de un fenómeno (Hernández Sampieri *et al.*, 2014). Los métodos cuantitativo y cualitativo constituyen posibles elecciones u opciones para enfrentar problemas de investigación, y en ese sentido, la metodología adoptada requiere atender a las necesidades del problema como criterio principal para su elección. Del mismo modo, Hernández Sampieri *et al.* (2014) agregan que la validez de un estudio no constituye una propiedad inherente de un método o proceso en particular, sino que tiene que ver con los datos recolectados, los análisis y las explicaciones alcanzadas al utilizar un método en un contexto específico y con un propósito particular.

Así es que el enfoque de métodos combinados ofrece una perspectiva más amplia y profunda del fenómeno, es decir, brinda una mirada más integral, completa y holística del objeto de estudio en la medida en que las debilidades de cada uno de los métodos pueden ser subsanadas por el otro, lo cual potencia la riqueza interpretativa y un mayor poder de entendimiento, captando la diversidad de puntos de vista, incluso divergentes, del fenómeno o planteamiento bajo estudio, presentando particulares desafíos al investigador (Hernández Sampieri *et al.*, 2014).

De igual manera, cabe resaltar que cada estudio mixto implica un trabajo único y un diseño propio, resulta una tarea “artesanal” (Hernández Sampieri y Mendoza, 2008). De este modo, existen diversas formas de combinación de los métodos cuantitativo y cualitativo dando lugar a diseños específicos “a la medida” de cada problema y las posibilidades y experiencia de cada investigador. En el caso de este estudio en particular, las estrategias de afrontamiento del estrés del personal médico en contexto de pandemia durante la primera etapa de confinamiento social constituyen una problemática de complejidad, cuya investigación requiere modelos teóricos y metodológicos que puedan captar la diversidad y especificidad contextual de esta realidad, y a la vez, las características comunes que permitan su abordaje a nivel global, que permitieron en consecuencia realizar contrastes significativos para el análisis de la problemática.

Por tanto, el presente estudio se enmarcó en un abordaje multimétodo (Hernández Sampieri *et al.*, 2014) combinando componentes cuantitativos y cualitativos en la investigación, que permitieran un abordaje más integral del objeto de estudio, entendiendo que el mismo permitió lograr una mayor perspectiva sobre el tema aquí abordado y sobre todo agregar valor al presente estudio (Hernández Sampieri *et al.*, 2014).

En ese sentido, la combinación de métodos posibilita para este estudio, por un lado, a través de la descripción, interpretación y significado que le atribuyen los mismos protagonistas a la realidad estudiada, identificar cuáles fueron los principales estresores a los que se vio expuesto el personal médico de la Clínica 9 de Julio de la ciudad de San José de Metán durante la primera etapa de confinamiento social. En simultáneo, se buscó determinar el tipo de estrategias de afrontamiento del estrés que utilizaron los profesionales en el período anteriormente nombrado, basados en la medición y el análisis estadístico. Los datos obtenidos en cada caso fueron contrastados a la luz de los aportes teóricos, dando lugar a un proceso de triangulación teórica y metodológica para la interpretación de la problemática en estudio.

En lo referente al tipo de investigación, se trató de una investigación descriptiva la cual procura caracterizar fenómenos, situaciones, contextos y sucesos, es decir, detallar cómo son y se manifiestan (Hernández Sampieri *et al.*, 2014). En el caso de este estudio se pretendió describir sucesos pasados, por lo cual, hablamos de una investigación retrospectiva, se buscó conocer las estrategias de afrontamiento al estrés que utilizó el personal médico de la Clínica 9 de Julio de la ciudad de San José de Metán durante la primera etapa de confinamiento social producto de la pandemia por Coronavirus (COVID-19).

Diseño de investigación

Específicamente se trató de un diseño de triangulación concurrente en el sentido de que se utilizaron ambos métodos de manera simultánea, es decir, los datos cuantitativos y cualitativos se recolectaron y analizaron en paralelo y de forma separada. Luego de estos análisis iniciales, en una segunda instancia se llevaron a cabo inferencias y entrecruzamientos que integraron los hallazgos y conclusiones de ambos métodos.

Asimismo, se trató de un estudio no experimental transeccional, ya que no se buscó manipular variables, sino más bien observar el fenómeno en su contexto natural y en un momento único (Hernández Sampieri *et al.*, 2014).

De este modo, se buscó conocer, por un lado, los principales estresores a los que se enfrentó el personal médico de la clínica 9 de Julio de la ciudad de San José de Metán en contexto de pandemia durante la primera etapa del confinamiento social y, por otro lado, se intentó identificar las estrategias de afrontamiento al estrés que dicho personal utilizó en este período de tiempo.

Contexto y período

La investigación se llevó a cabo en el contexto de la clínica 9 de Julio de la ciudad de San José de Metán, en un lapso estimado de 3 meses en los años 2022 y 2023.

La recolección de datos, es decir la aplicación de las técnicas, se llevó a cabo en un consultorio médico brindado por los directivos en la correspondiente institución en horas de la mañana y de la tarde.

Población y muestra

El presente trabajo de investigación abordó la problemática en el personal médico de la clínica 9 de Julio de la ciudad de San José de Metán.

Se trabajó con aquellos sujetos que se encontraron disponibles y dispuestos para brindar la información requerida; a partir de un muestreo no probabilístico por conveniencia (Pérez Tejada, 2008), se seleccionó a profesionales que cumplan con los siguientes criterios:

- Que al momento de la investigación, se encontraban desarrollando su labor en la clínica 9 de Julio de la ciudad de San José de Metán;
- Que hayan trabajado en la Clínica 9 de Julio de la ciudad de San José de Metán durante la primera etapa de la pandemia por COVID- 19.
- Que aceptaran participar voluntariamente en la investigación con previa firma del consentimiento informado, adjuntado en el Anexo II.

Hipótesis de investigación

La hipótesis de investigación aquí planteada indica que:

H: “El personal médico de la Clínica 9 de Julio de la ciudad de San José de Metán durante la primera etapa de confinamiento social utilizó estrategias de afrontamiento centradas en el problema para hacer frente a los estresores que se presentaron durante dicho período de tiempo”.

Variables de estudio

- Reconocer los principales estresores que vivenció el personal médico de la clínica 9 de Julio de la ciudad de San José de Metán durante el primer período de

confinamiento por COVID-19.

- Identificar qué tipos de estrategias de afrontamiento implementaron durante el primer período de confinamiento por COVID-19.

Definiciones conceptuales

Estresores: Hernández Mendoza *et al.*, (2007) mencionan que los estresores son todas aquellas exigencias a las que las personas tienen que hacer frente en su vida, las mismas provocan que el individuo intente superarse a sí mismo o buscar la resolución del problema.

Cabe mencionar que la palabra “estrés” proviene del vocablo griego *stringere*, cuyo significado es provocar tensión. Selye (1935, como se citó en Aguado Martín *et al.*, 2013), lo define como una respuesta adaptativa del organismo ante los estresores que puede vivenciar la persona durante su vida. También lo denominó “Síndrome general de adaptación”, compuesto por tres etapas: alarma, resistencia y agotamiento. “La vivencia del estrés como positivo o negativo va a depender de la valoración que realiza el individuo de las demandas de la situación y de sus propias capacidades para hacer frente a las mismas” (Sierra *et al.*, 2003, p. 38). Es así que, retomando nuevamente a Selye (1930), quien fue el primero en realizar la diferenciación entre estrés positivo y estrés negativo, nombrándolos como eustrés y distrés.

El eustrés “hace referencia a una respuesta armónica respetando los parámetros fisiológicos de la persona” (Gallego Zuluaga *et al.*, 2018, p. 35). Mientras que el distrés “es un nivel de activación del organismo a nivel físico y psicológico, excesivo o inadecuado a la demanda de la situación, y que si se prolonga puede tener consecuencias negativas para la persona” (Mc Mutual, 2018, p. 6).

Estrategias de afrontamiento: Son, junto con los estilos, uno de los dos componentes del afrontamiento. Se trata de procesos concretos y específicos, Lazarus y Folkman (1986, como se citó en Bulnes Bedón, 2003), las define como los esfuerzos tanto cognitivos como conductuales implementados por los individuos para hacer frente a las demandas externas o internas, cuya finalidad es “alterar el problema que causa estrés o regular la respuesta emocional ante el mismo” (Canales Romero, 2021, p. 39), por lo mismo se las puede clasificar en:

- Estrategias de afrontamiento centradas en el problema
- Estrategias de afrontamiento centradas en la emoción

Las primeras buscan, tomando lo dicho por Arredondo Londoño *et al.*, (2009), manipular, modificar o alterar el suceso que genera la condición de amenaza, se suelen

incluir en esta clasificación aquellas estrategias tendientes a la confrontación y al enfrentamiento de la situación. Por otro lado, las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción, para Di Colloredo *et al.*, (2007), buscan manejar los estados emocionales que provoca el acontecimiento percibido como estresante, es decir, modificar el significado que se le brinda al suceso.

Se entiende como afrontamiento, teniendo en cuenta lo mencionado por Lazarus y Folkman (1991), a “aquellos procesos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes del individuo” (p. 164). Tiene relación recíproca con el estrés. Es así que, cuando la persona no cuenta con las capacidades necesarias para afrontar un hecho el mismo es vivenciado como estresante por el individuo.

Definición operacional

Las estrategias de afrontamiento se operacionalizaron mediante la Escala de estrategias de *Coping* Modificada (EEC-M), se desarrolló originalmente por Chorot y Saldín (1993) y se encuentra validada por Londoño *et al.*, (2006) quienes indican que su finalidad es evaluar las estrategias de afrontamiento frente a situaciones consideradas estresantes utilizadas con mayor frecuencia por las personas.

Está compuesta por 69 ítems de tipo Likert con una frecuencia de respuesta que va de 1 a 6, siendo 1 (nunca), 2 (casi nunca), 3 (a veces), 4 (frecuentemente), 5 (casi siempre) y 6 (siempre). A su vez, los ítems se encuentran agrupados en doce factores que representan el 58% de varianza. (Ver escala en el apartado Anexo IV). Estos factores son:

- 1- Solución de problemas.
- 2- Apoyo social.
- 3- Espera.
- 4- Religión
- 5- Evitación emocional.
- 6- Apoyo profesional.
- 7- Reacción agresiva.
- 8- Evitación cognitiva.
- 9- Reevaluación positiva.
- 10- Expresión de la dificultad de afrontamiento.
- 11- Negación.
- 12- Autonomía.

Técnicas de recolección de información

Las técnicas de recolección de datos que se implementaron en el presente estudio fueron, en primer lugar, la entrevista semiestructurada para conocer cuáles fueron los principales estresores que presentó el personal médico que trabajó en la clínica 9 de Julio de la ciudad de San José de Metán en contexto de pandemia durante la primera etapa del confinamiento social.

La entrevista semiestructurada parte de un guion o listado tentativo de preguntas sobre la temática objeto de estudio, pero durante su desarrollo pueden plantearse otros interrogantes sin aferrarse a una secuencia preestablecida (Yuni y Urbano, 2006). Es decir que, en este tipo de instrumentos, las preguntas funcionan como disparadores para los enunciados que tengan los entrevistados, por lo cual, se permitió que los mismos pudieran explayarse sobre los diversos temas a indagar, teniendo la posibilidad de agregar toda aquella información que consideraron relevante (Hernández Sampieri *et al.*, 2014).

Cabe precisar también que los ejes de la entrevista se refieren a las categorías definidas con anterioridad, a saber: los estresores identificados por parte de los profesionales médicos de la clínica 9 de Julio de la ciudad de San José de Metán. (Ver modelo de entrevista en Anexo III).

Por otro lado, se hizo uso de la Escala de Estrategias de *Coping* Modificada (EEC-M), la misma fue validada por Londoño *et al.*, (2006) y desarrollada originalmente por Chorot y Sandín (1993). Se encuentra compuesta por 69 ítems de tipo Likert, posee una frecuencia de respuesta de 1 a 6. (Ver escala en Anexo IV).

Instrucciones:

A continuación, se plantean diferentes formas que implementan las personas para afrontar los problemas o situaciones estresantes que se les presentan en la vida. Las formas de afrontamiento aquí descritas no son ni buenas ni malas, ni mejores ni peores. Simplemente ciertas personas utilizan unas formas más que otras, dependiendo de la situación problema. Trate de recordar las diferentes situaciones o problemas más estresantes vividos durante los últimos años, y responda señalando con una X en la columna que le señala la flecha (), el número que mejor indique qué tan habitual ha sido esta forma de comportamiento ante las situaciones estresantes.

Corrección e interpretación:

Se obtendrá a través de la sumatoria de aquellos puntajes obtenidos en cada uno de los ítems agrupado en los 12 factores anteriormente nombrados, estos corresponderán a las estrategias de afrontamiento al estrés más utilizadas.

Validez y confiabilidad de la Escala de Estrategias de *Coping* Modificada (EEC-M)

La Escala de Estrategias de *Coping* Modificada (EEC-M), como se mencionó en apartados anteriores, fue desarrollada originalmente por Chorot y Saldín (1993) y validada por Londoño *et al.*, (2006), los mismos indican que la finalidad de dicha escala es evaluar las estrategias de afrontamiento utilizadas con mayor frecuencia ante situaciones consideradas como estresantes.

El alfa de Cronbach de la prueba definida fue de 0,847, la medida de adecuación KMO alcanzó un puntaje superior a 0,7 (0,893) y la prueba de esfericidad de Bartlett estuvo por debajo de 0,5 (0,000), posibilitando así el procedimiento del análisis factorial (Londoño *et al.*, 2006). La Escala aquí mencionada está compuesta por 69 ítems de tipo Likert con una frecuencia de respuesta que va de 1 a 6, siendo 1 (nunca), 2 (casi nunca), 3 (a veces), 4 (frecuentemente), 5 (casi siempre) y 6 (siempre). A su vez, los ítems se encuentran agrupados en doce factores que representan el 58% de varianza. Estos factores son: 1. Solución de problemas, 2. Apoyo social, 3. Espera, 4. Religión, 5. Evitación emocional, 6. Apoyo profesional, 7. Reacción agresiva, 8. Evitación cognitiva, 9. Reevaluación positiva, 10. Expresión de la dificultad de afrontamiento, 11. Negación y 12. Autonomía.

Se pueden identificar catorce estrategias de afrontamiento, las cuales se pueden observar en los siguientes ítems:

- 1- Búsqueda de alternativas
- 2- Conformismo
- 3- Control emocional
- 4- Evitación emocional
- 5- Evitación comportamental
- 6- Evitación cognitiva
- 7- Reacción agresiva
- 8- Expresión emocional abierta
- 9- Reevaluación positiva
- 10- Búsqueda de apoyo social
- 11- Búsqueda de apoyo profesional
- 12- Religión
- 13- Refrenar el afrontamiento
- 14- Espera

Procedimiento de recolección de información

La inmersión inicial en la institución de salubridad elegida, se llevó a cabo a partir de un encuentro con el Director de la Institución, en el cual se explicó los propósitos y fines de la presente investigación, se presentó la correspondiente nota (Ver nota en Anexo I) en donde se informaba sobre el tema y objetivos de la misma y a su vez se solicitaba la autorización por parte de las autoridades de la institución para la realización de la presente. Posteriormente, se llevó a cabo un recorrido por las instalaciones donde se pudo observar a los profesionales médicos, para luego profundizar sobre los propósitos de la investigación gracias a la realización de las entrevistas semiestructuradas y la aplicación de la Escala EEC-M *Coping* Modificada.

Se acordó un encuentro con los profesionales -que se llevó a cabo en un consultorio facilitado por las autoridades de la institución- en el cual se explicaron los objetivos y actividades de la investigación, invitándolos a la participación voluntaria de la misma. Quienes aceptaron firmaron un consentimiento informado (Ver Anexo II) y se iniciaron las entrevistas de recolección de información.

Se realizó la entrevista semiestructurada para indagar los principales estresores que tuvieron que vivenciar durante la primera parte del confinamiento social, preventivo y obligatorio producido debido a la pandemia mundial por Coronavirus (COVID-19). Seguidamente, se aplicó la Escala EEC-M, la cual como ya se mencionó permitió indagar las estrategias de afrontamiento utilizadas para sobrellevar las situaciones consideradas estresantes.

Cabe mencionar que la investigadora se reunió por separado con cada uno de los participantes de la investigación en un consultorio brindado por las autoridades de la misma para la toma de entrevistas y la aplicación de la escala; en el caso de este último instrumento, el mismo se aplicó por escrito, para lo cual se entregó una copia a cada uno de los participantes. Se realizó un encuentro con cada profesional y cada encuentro tuvo una duración estimada de 40 minutos en total entre la realización de la entrevista y la aplicación de la escala.

Al hacer foco en la parte cualitativa de la investigación, se realizó la fiel transcripción de cada una de las entrevistas administradas. Se informa que las entrevistas de cada participante fueron organizadas y presentadas de manera sistemática para facilitar la lectura de las mismas y luego, poder analizar su contenido. Las unidades de análisis a tener en cuenta fueron los enunciados de los entrevistados con respecto a los estresores

que vivenciaron en su trabajo durante el primer período de pandemia producto de la enfermedad producida por COVID-19, en relación a:

- Carga horaria
- Demanda de pacientes
- Muertes
- Riesgo de su vida y riesgos de vida de su familia/amigos
- Desconocimiento sobre la enfermedad
- Falta de insumos médicos y recursos humanos

Se incluyó además otras unidades de análisis que no estuvieron contempladas en un principio por la investigadora y que corresponden a los enunciados de los entrevistados respecto a los estresores en relación a:

- Hechos externos al ambiente laboral de carácter social
- Pacientes asintomáticos

Para poder codificar la información obtenida, las unidades de análisis que se encontraron en los registros fueron clasificadas como pertenecientes a los tópicos mencionados, esto incluye a las nuevas unidades de análisis que emergieron de los enunciados propios de los participantes. Finalmente, se procedió a describir la forma en la que se presentaron los fenómenos en estudio, presentando las convergencias y divergencia que pudieran surgir en la población seleccionada con respecto a las categorías, tanto las 6 (seis) antes mencionadas, así como las categorías (2) que surgieron durante la investigación.

Para finalizar el apartado cualitativo de la presente se elaboraron reflexiones en torno a la pregunta de investigación y a los objetivos de la misma se elaboraron reflexiones, para las cuales se tuvieron en cuenta los siguientes criterios, que permitieron asegurar el rigor de la investigación:

- Dependencia: brindada por el hecho de que el proyecto de investigación se encontró dirigido por una Licenciada en psicología calificada para poder evaluar el proceso.
- Credibilidad: los datos obtenidos por la administración de las entrevistas semiestructuradas a los participantes fueron transcritos fielmente, de manera textual, para poder evitar distorsiones en la interpretación. Las unidades de análisis fueron agrupadas en categorías obtenidas del enunciado de los participantes en las entrevistas.

- **Transparencia:** se intentó realizar una descripción lo más detallada y precisa posible del contexto en el cual se llevó a cabo la investigación, a su vez, se tomó nota de todo aquel acontecimiento o evento considerado relevante para que las conclusiones puedan aplicarse a la población indicada.
- **Confirmación:** los datos se obtuvieron de los relatos surgidos a partir de las entrevistas aplicadas a los profesionales médicos que participaron de la investigación. A su vez, como fue mencionado con anterioridad, el trabajo de investigación fue auditado por una licenciada calificada para el análisis y la revisión del mismo.

Para el análisis de la parte cuantitativa de la presente investigación, es decir el análisis de la Escala de Estrategias de *Coping* Modificada (EEC-M), en primer lugar, se presentaron los formularios completados por cada uno de los participantes sin modificación alguna por parte de la investigadora. Se sumaron los valores obtenidos de cada uno de los factores brindados por cada participante. Se calcularon los valores medios para cada uno de los 12 factores del instrumento. A fines netamente descriptivos, los 12 factores antes mencionados se dividieron en dos: Orientación al problema y Orientación a la emoción, tomando en cuenta la definición de afrontamiento aportada por Lazarus y Folkman (1986).

Posteriormente a esto, se presentará una matriz de datos, es decir tomando lo dicho por Grasso (1999), la misma hace referencia a una tabla que por una parte contará hileras que corresponderán a los sujetos estudiados y por otra parte contará con columnas que harán alusión a las variables estudiadas. Se codificaron cada una de las variables y se agruparon los datos en función de las necesidades de cada una de las mismas. Luego, se procedió a realizar la carga de los datos con su codificación correspondiente en el software IBM SPSS 25.0 y en Excel, los cuales permitieron:

- Calcular la distribución de frecuencia, esto hace referencia a el “conjunto de puntuaciones de una variable ordenada en sus respectivas categorías” (Hernández Sampieri *et al.*, 2014, p. 282).
- Calcular las medidas de tendencia central, tomando lo mencionado por Hernández Sampieri *et al.*, (2014), son los “valores medios o centrales de una distribución que sirven para ubicarla dentro de la escala de medición de la variable” (p. 286).

- Calcular las medidas de variabilidad, es decir “los intervalos que indican la dispersión de los datos en la escala de medición de la variable” (Hernández Sampieri *et al.*, 2014, p. 288).
- Realizar las gráficas pertinentes para cada una de las variables a través de *IBM SPSS Statistics 25.0* y *Excel*.

Se realizaron, a su vez, tablas de contingencia y se calculó el grado de asociación entre las variables que corresponden a escalas ordinales y nominales de los valores medios de cada factor de las estrategias de afrontamiento teniendo en cuenta las variables sociodemográficas: Edad, Género, Especialidad y Años de desarrollo de la profesión. Para dicho fin se realizaron tablas cruzadas. Finalmente se utilizó la “prueba t”, la cual “sirve para evaluar si dos grupos difieren entre sí de manera significativa respecto a sus medias en una variable” (Hernández Sampieri *et al.*, (2010), p. 319) los resultados arrojados por prueba t fueron considerados con un nivel de significación de 0,05 para rechazar la H.

Como se mencionó anteriormente, una vez finalizada la recolección de información a partir de la administración de las entrevistas y la aplicación de la escala EEC-M a los 6 profesionales médicos que voluntariamente accedieron a participar en ellas, se llevará a cabo la triangulación de datos obtenidos por separado en cada uno de los apartados aquí mencionados, para que, a través de la discusión y la interpretación de los mismos, se puedan explicar todos los resultados obtenidos (Hernández Sampieri *et al.*, 2014). Es decir, en este caso, al tratarse de un diseño de métodos combinados de tipo concurrente, se llevará a cabo una instancia final de discusión general de los datos cuantitativos y cualitativos, a partir de la triangulación y contrastación de los resultados del análisis de los datos obtenidos del enfoque cuantitativo, con los resultados de las primeras interpretaciones y conclusiones realizadas a partir del abordaje cualitativo. Esto permitirá efectuar un cruce de información proveniente de los dos modelos de aproximación al objeto de estudio (cuantitativo y cualitativo), a fin de arribar a conclusiones más sólidas que den cuenta de la complejidad de las variables en estudio.

RESULTADOS (Entrevistas y escalas transcriptas)

Datos del entrevistado: Participante S1

Género: Masculino

Edad: 62 años

Especialidad: Médico Terapeuta

Antigüedad en el desempeño del cargo: 32 años

E: ¿Qué tipos de pacientes se encontraban a su cargo, es decir, se encargaba de la atención de pacientes en general o exclusivamente de aquellos que eran diagnosticados con COVID-19 positivo?

S1: Bueno, durante la pandemia la mayor parte de los tratamientos eran pacientes con COVID, pasaron totalmente a segundo plano todas las otras patologías. Y si, teníamos pacientes con COVID tanto en terapia como en sala común.

E: ¿Cómo se manejaban los turnos laborales durante el primer período de aislamiento social producto de la pandemia por COVID-19?

S1: En mi caso en particular, bueno, a nosotros nos recargaron con el trabajo, en el sentido de que ya de por sí hay una falta de recursos humanos, y en este caso en particular muchos colegas que pudieron haber tenido algún tipo de factor de riesgo, ya sea obesidad, diabetes, hipertensión, lo que fuese, este...que no hacían guardia y se disminuyó a la mitad la cantidad de médicos que podíamos hacer guardia, por lo tanto, teníamos que trabajar el doble para que queden cubiertos los 7 (siete) días de la semana.

E: ¿Cómo fue su experiencia en la institución?

S1: Para mí fue muy buena, yo trabajaba en ese momento en dos instituciones, en la Clínica de Rosario de la Frontera y aquí. En mi caso en particular fue muy satisfactoria, esto es muy diferente de lo que puedan decirte muchos colegas sobre el tema, a mí me dio mucha satisfacción todo esto porque creo que he tenido la oportunidad de que se han salvado muchas vidas, muchas vidas, yo particularmente he sido un especialista en esto del tema del COVID, donde he podido en muchos ámbitos digamos, eh podido, digamos actuar tanto en la prevención como en el tratamiento de la enfermedad, sobre todo en Rosario de la Frontera.

E: ¿Cómo fue su experiencia cotidiana en el ámbito social durante el primer período de pandemia producto del COVID-19?

S1: Bueno, más bien yo vivo solo, solo con una hija y en la época del COVID mi hija estaba con la madre, así que yo estaba solo la mayor parte del tiempo, y bueno eso me permitía estar mucho más tiempo de guardia. Todo eso, con respecto a la familia, mi

familia es de Cafayate, si bien mi madre vivía aun en esa época ella estaba en Cafayate. No, tengo una familia muy pequeña digamos, la mayor parte del tiempo solo.

E: ¿Cómo se sintió con respecto a la situación por la cual estábamos atravesando durante el primer período de aislamiento social producido por la pandemia por COVID-19?

S1: Te repito, a mí me dio mucha satisfacción, ¿en qué sentido te preguntaras? Te explico, en algún modo es como que yo estaba un paso más delante de otras personas, ósea, podía ver que era lo que realmente funcionaba, podía actuar, podía salvar vidas. Por ejemplo, el tema de la Ivermectina, yo he sido uno de los promotores de la Ivermectina, en base a estudios que había leído que se habían realizado en Australia en nueva Zelanda, así yo he conseguido grandes cantidades de Ivermectina que había podido repartir en laboratorios, por ejemplo, había conseguido gran ayuda económica para comprarla en grandes cantidades. Y a partir de eso empecé a repartir a todos los compañeros en general de toda la clínica y bueno también muchos pacientes y eso, cómo decirte, alivió, salvó muchas vidas, disminuyó las características del COVID en personas que habían tomado la Ivermectina.

E: Ante esta situación que me comentó sobre que los casos de pacientes con COVID pasaron a ser prioridad con respecto a otras patologías, ¿Cómo vivencia el hecho de que algunos pacientes podían tener el virus, pero ser asintomáticos?

S1: Esto fue una situación paranoica en el sentido de tener que cuidarnos de todo el mundo, este...porque... porque realmente era así. Ósea, esto es como un enemigo invisible que podía contagiarte y nosotros que estábamos en la primera línea que veíamos morir gente y eso puede generar mucha angustia o miedo.

E: ¿Recuerda Ud. cuál o cuáles fueron la o las situaciones más angustiantes que vivió durante este período?

S1: Si, yo tengo ahí, yo escribí libros de autoayuda. Y este, una vez, bueno ya al inicio de la pandemia empecé a sentir miedo yo también, porque era lógico, circulaban muchos videos de que no había muchos médicos, bueno la gravedad de la enfermedad y nosotros estamos cerca de estos pacientes, al tener que asistirlos. Y empecé a sentir miedo y en ese momento, no se cosa del destino, abrí mi propio libro, en una parte como al azar y señalé y justo era un capítulo que yo había escrito sobre los miedos y sobre los decretos que debía realizar uno como para sacarse los miedos de encima, a través de visualizaciones de lo que quiero y bueno yo me di cuenta como mensaje digamos, de algún modo. Y empecé como a practicarlo y pude sacar los miedos esos, tener más confianza en mí

mismo, bueno eso me hizo la diferencia, saber de algún modo que tenía algún tipo de protección y que no iba a pasar nada.

E: En algún momento como Ud. comento llegó a sentirse sobrepasado por la situación, ¿Cómo hizo frente a dichos sentimientos?

S1: Esto más que nada, lo hice por decreto, yo incluso hice, si quieres después te muestro, hice unas diapositivas compaginadas como si fueran un video para poder ayudar a las personas a mostrarles como poder manejar el miedo durante la pandemia, y una de las comparaciones que hago es con el tema del tigre. A un tigre, lo característico es que si uno ve a un tigre no tiene ni que mirarlo a los ojos porque el tigre lo considera un desafío y puede atacar, ni darle la espalda, si le das la espalda te va a atacar en el 100% de los casos. Entonces lo que uno tiene que hacer, eso significa que la actitud que tenemos que tener ahora es ni tenerle miedo, porque el miedo es lo que te inmoviliza y lo que te lleva a traer cosas negativas, ni tampoco ser un temerario de no cuidarse, no usar barbijo porque te pones en riesgo. Hay que tener respeto, atención y cuidado, pero no miedo.

E: ¿Alguna otra cosa que le gustaría agregar respecto a lo vivido en esta situación, algo personal, alguna otra información?

S1: Bueno, una de las cosas que te decía que me ha dado muchas satisfacciones ha sido una, la utilización del Ibuprofeno, el Ibuprofeno inhalatorio hemos tenido la suerte y gloria de poder utilizarlo, en gente de rosario de la frontera y también acá, con excelentes resultados, el Ibuprofeno, lo hablamos con varios colegas que hablaban de eso debido a informaciones que se habían dado, no lo aceptaban, pero nosotros sabíamos que era altamente efectivo, era caro, pero hemos conseguido también muchas donaciones, bastante dinero, compramos grandes cantidades del laboratorio de Córdoba que era el originario, y eso salvo vidas y casos extraordinarios, casos prácticamente imposibles muchas veces y por eso se salvaron, eso por un lado. Por otro lado, yo creo mucho en el destino, yo creo que lo que yo tuve que hacer durante la pandemia tenía que ver con mi destino, yo estaba destinado para eso. Y curiosamente una de las cosas, es que al principio de la pandemia había una falsa información digamos, con respecto, mejor dicho, un desconocimiento, una falsa información con respecto al tratamiento de COVID. Entonces, en Italia se hicieron 70 autopsias a pesar de que estaban prohibidas, pero se hicieron de todas maneras. Y se descubrió las características de la enfermedad y que el tratamiento que se estaba haciendo era totalmente opuesto a lo que tenía que ser. Bueno, la pregunta mía era “¿Cuál era el tratamiento adecuado?” y justo llega a mis manos un estudio, justo estaba una enfermera Argentina trabajando en Italia cuidando pacientes con

COVID y le habían realizado este tratamiento, y ella comentó esto en un grupo de enfermeras del mundo y una persona muy allegada a mí que estaba en el grupo le pregunta cuál era el tratamiento, entonces en parte privada le manda cual era el tratamiento en castellano escrito a mano sobre todos los casos, leves, medianos y graves como debían hacerse los tratamientos. Entonces eso que me pasó a mano, yo lo pasé en limpio en el teléfono y lo adecuó al tratamiento en Argentina y lo viralicé. Lo comenté con médicos que venían de Buenos Aires y trabajan ahora en esta clínica y estaban muy de acuerdo y lo recomendamos con muchos médicos que se encontraban en Buenos Aires y a su vez estos médicos lo comentaron con otros médicos y así. Ya que no se sabía que tratamiento hacer, así que de alguna manera ser pionero en eso. En un par de días todo Buenos Aires lo sabía y en el resto del país también se hizo conocer y al poco tiempo se empezó a aplicar el tratamiento italiano.

E: Bueno ahora en este caso Ud. me comenta que tenía contacto con médicos que pertenecen a otra provincia, donde nombró específicamente Buenos Aires, ¿Ud. considera que se pudo presentar algún tipo de diferencia en cuanto a lo que es la atención de pacientes con COVID o la calidad del sistema sanitario comparando una ciudad con gran cantidad de habitantes a una ciudad un poco más pequeña?

S1: No, nosotros hemos llegado... te voy a contar algo un poco atípico al margen de todo esto, nosotros hemos llegado a un punto donde ya no había más camas. Faltaban camas y faltaba oxígeno y ya llegó un punto donde empezó a morir gente porque no teníamos como atenderlos. Entonces curiosamente yo, bueno yo leo muchas cosas de metafísica sobre este aspecto y bueno una de las cosas que yo hacía era escuchar audios que grabe en base a libros donde decía que nosotros creamos la propia realidad en la que vivimos, entonces escuchando un día uno de esos audios cuando ya estábamos en el máximo de pandemia que ya no había como manejarnos, se me ocurre la idea de que uno puede cambiar esa realidad. Entonces yo empecé a hacer un estudio en el sentido de decir yo puedo hacer decretos, visualizar cosas y tener una expectativa positiva de que iban a empezar a disminuir los casos y eso hice y a partir de ese momento empezaron a disminuir los casos. Cuando antes había 68 casos por día empezaron a disminuir a 30, después 20 y así empezaron a bajar y bajar y bajar. Yo creo que tiene que ver con que nosotros creamos la realidad ya sea positiva o negativa en base a lo que esperamos que ocurra, en base a nuestros miedos, en base a nuestra fe. Podemos modificar esa realidad que estamos viviendo y yo creo que lo he logrado ya que yo estaba totalmente seguro de que iban a ir

bajando día a día y pedía eso y así pasó. Fueron bajando los casos y pudimos manejarlo, sino no sé qué hubiera sido, un desastre porque ya estábamos a tope.

E: ¿Alguna otra pregunta que Ud. considere que faltó realizar, que Ud. hubiera realizado en mi lugar?

S1: Yo creo que la mayoría de las cosas ya las hemos tocado, incluso eh tenido, hay aspectos muy positivos como te digo, que me han dado mucha satisfacción, he tenido mucho reconocimiento por todo lo que hice, me entregaron una medalla por mi labor. En Rosario una vez fui a un cumpleaños, ajeno a todo esto, y una persona que fue quien había tramitado para que se traiga el Ibuprofeno me otorgó una medalla, grande, dorada y me dijo que habían salvado 157 vidas con el Ibuprofeno. Después, leí que a nivel país de haberse utilizado el Ibuprofeno en base a estudios grandes que se hicieron se hubieran salvado la mitad de vidas del total de fallecidos, unas 64 o 65 mil vidas. No se aplicó porque se decía que era un tratamiento compasivo, cuando en realidad no era así, si uno en la práctica tiene un paciente que está saturando un 66% que esta con total falta de aire lo normal es cerca del 100% un 98% si satura 66% y se le hace una nebulización con Ibuprofeno y pasa a saturar un 95-96% indudablemente es altamente beneficioso. Nosotros vimos eso, pero muchas veces los colegas se basan más en la medicina basada en la obediencia que en una medicina basada en la evidencia y lo niegan sin aceptarlo.

E: Si le parece procederemos a realizar una Escala.

Datos del entrevistado: Participante S2

Género: Femenino

Edad: 47 años

Especialidad: Médico Cirujano

Antigüedad en el desempeño del cargo en la institución: 20 años

E: ¿Qué tipos de pacientes se encontraban a su cargo, es decir, se encargaba de la atención de pacientes en general o exclusivamente de aquellos que eran diagnosticados con COVID-19 positivo?

S2: Por lo general atendía pacientes con cualquier patología, no necesariamente COVID-19.

E: ¿Cómo se manejaban los turnos laborales durante esta situación?

S2: Por mi especialidad no tuve muchas modificaciones en cuanto a lo que eran los horarios laborales, era normal 8 horas y 6 guardias al mes de 24 horas.

E: ¿Cómo fue su experiencia en la institución durante este período de tiempo?

S2: En mi área veíamos pocos casos de COVID-19 ya que por lo general tratábamos de evitar operar a pacientes positivos, salvo casos excepcionales que sean cuestión de vida o muerte o de suma urgencia para el paciente, pero por lo general eran pacientes con otras patologías que debían ser operados.

E: ¿Cómo fue su experiencia cotidiana en el ámbito social durante el primer período de pandemia por COVID-19?

S2: Como te dije, no cambio mucho la verdad, tanto en el trabajo como en la vida cotidiana, sacando el hecho del aislamiento no sentí mucha modificación en sí.

E: ¿Cómo se sintió con respecto a la situación por la cual estábamos atravesando en ese período de tiempo producto de la pandemia?

S2: Me sentía bien, no se modificó al principio mi forma ni horarios de trabajo, sacando las medidas de protección requeridas no vi mucha modificación como dije en mi vida y accionar.

E: ¿Qué hizo usted frente a estos sentimientos?

S2: Nada seguir trabajando como de costumbre con un poco más de recaudo.

E: ¿Cuál o cuáles fueron las situaciones más angustiantes que vivió durante este período de tiempo? ¿Por qué?

S2: Ver pacientes muy enfermos que morían de otras patologías porque la atención principal estaba en pacientes con COVID positivo.

E: ¿En algún momento llegó a sentirse sobrepasado por la situación? ¿Por qué?

S2: Sobrepasado no, pero si cansado por tener que hacer muchas cosas extra en cuanto es el tema de protección y mayor cuidado a la hora de examinar lo que es la historia clínica del paciente para ver si era posible o no realizar la operación, mejor dicho, si era positivo o negativo el diagnóstico de COVID, y a su vez determinar qué tan urgente y necesaria era la intervención quirúrgica con respecto a su cuadro, esto te llevaba a trabajar quizás más que de lo normal y no frenar.

E: ¿Alguna otra pregunta que considere que faltó realizar?, ¿Algo que le gustaría agregar?

S2: No, nada la verdad.

E: En ese caso procederemos a la realización de la Escala.

Datos del entrevistado: Participante S3

Género: Femenino

Edad: 27 años

Especialidad: Médico Clínico

Antigüedad en el desempeño del cargo: 3 años

E: ¿Qué tipos de pacientes se encontraban a su cargo, es decir, se encargaba de la atención de pacientes en general o exclusivamente de aquellos con COVID-19 positivo?

S3: A mi cargo tenía pacientes con todas las patologías y además se sumaron los casos positivos de COVID-19. Como clínicos no dejamos de encargarnos de las patologías en general, al principio no era muy frecuente atender pacientes con COVID, aunque tomamos de todas maneras los recaudos necesarios. A medida que avanzó la pandemia, si bien continuábamos con la atención de todas las patologías que se pudieran presentar, al aumentar los casos positivos de COVID-19, atendíamos también esta patología.

E: ¿Cómo se manejaban los turnos laborales durante este período de tiempo?

S3: Al principio normal, luego a medida que los casos aumentaban, se enfermaban colegas, a aquellos con agentes de riesgo se los mandó a aislarse en su domicilio por lo cual éramos menos médicos cubriendo esas horas y empezamos a repartirnos más carga horaria.

E: ¿Cómo fue su experiencia en la institución durante el primer año de pandemia por COVID-19?

S3: Muy buena, desde mi experiencia, por suerte siempre contamos con los suplementos necesarios para nuestra propia protección, entre colegas nos acompañamos mucho para poder afrontar de la mejor manera el trabajo que teníamos que realizar, desde mi punto de vista. A lo que me refiero es que, cuando un colega necesito ser cubierto, ya sea porque se contagió de COVID-19 o de otra patología o tuvo algún tipo de inconveniente que produjo que debiera faltar al trabajo encontrábamos la forma, entre el propio cansancio y las propias horas de trabajo para hacer que la labor funcione de la mejor manera posible y a su vez poder permitir a ese colega, recuperarse o atender sus asuntos personales.

E: ¿Cómo fue su experiencia cotidiana en el ámbito social durante el primer período de pandemia por COVID-19?

S3: Desgastante, estresante, frustrante.

E: ¿Por qué?

S3: Porque, en primer lugar, por el propio aislamiento que no permitía en sí llevar una vida normal y muchas distracciones en ese momento no era posible realizarlas. También

por el hecho de, que desde mi punto de vista sentía como cierto rechazo por parte de las personas cuando me veían vestida con el uniforme de trabajo, si bien éramos médicos y estábamos para ayudarlos, también entiendo que pudieran tener miedo que los contagiemos por el hecho de tener relación con personas positivas de COVID-19, algunas personas lo disimulaban más que otras a esta situación o quizás era lo que yo pensaba. También me resultó un poco estresante ver a algunas personas que no tomaban medidas de protección o que seguían su vida sin cuidar al otro o a ellos mismos, saliendo, no usando barbijo, entre otras cosas.

E: ¿Cómo se sintió con respecto a la situación por la cual estábamos atravesando en ese período de tiempo producto de la pandemia?

S3: A medida que avanzaba en el ámbito tanto profesional como social me sentí muchas veces que estaba trabajando sola contra un sistema totalmente colapsado. Si bien y por suerte tenía colegas que ayudaron en todo momento, como te digo, escuchaba lo que pasaba en la situación global, veía a muchas personas que dejaban de cuidarse o nunca lo hicieron con las medidas que propusieron y al ir pasando el tiempo y contar con menos camas, oxígeno y demás para los casos más graves me sentí sola ante este sistema.

E: ¿Qué hizo usted frente a esos sentimientos?

S3: Lo que yo hice fue seguir trabajando y buscar apoyo en mi entorno familiar y mis amigos.

E: ¿Cuál o cuáles fueron las situaciones más angustiantes que vivió durante este período de tiempo? ¿Por qué?

S3: No conseguir camas y oxígeno para pacientes que se presentaban en la clínica, tomando la decisión de que, para que reciba atención médica, dejarlos en internación domiciliaria y volver aquí para que la situación se repitiera con otro paciente.

E: ¿En algún momento llegó a sentirse sobrepasado por la situación? ¿Por qué?

S3: Sí, a veces. Por todo lo que te venía comentando. La falta de camas y de oxígeno a medida que avanzaba la pandemia, ver que la gente no se cuidaba como correspondía y saber con cuanto esfuerzo y dedicación yo y cada uno de mis colegas peleábamos para atenderlos y solucionar la situación si se contagiaban.

E: ¿Hay algo quiera agregar o algo que piense que debí preguntarle y no lo hice con respecto a esta situación?

S3: No, nada que agregar.

E: En ese caso vamos a proceder con la realización de la Escala.

Datos del entrevistado: Participante S4

Género: Femenino

Edad: 55 años

Especialidad: Médico Clínico

Antigüedad en el desempeño del cargo: 25 años

E: ¿Qué tipos de pacientes se encontraban a su cargo, es decir, se encargaba de la atención de pacientes en general o exclusivamente de aquellos que eran diagnosticados con COVID-19 positivo?

S4: De todo porque en la pandemia seguíamos atendiendo todos los pacientes y hacíamos un horario donde nos íbamos turnando todos los médicos para ver los casos de COVID, ósea que teníamos atención exactamente igual, sumada a los casos de COVID.

E: Con respecto a los turnos laborales, ¿hubo alguna modificación en los mismos durante el primer período de la pandemia por COVID-19?

S4: Si, porque teníamos que modificar la atención en consultorios externos y la atención en las salas para poder organizarnos con la atención de pacientes COVID, porque tampoco podíamos estar mucho tiempo, suponte, no podíamos estar como normalmente puedes hacer un consultorio, tres o cuatro horas a la mañana, entonces eran turnos más cortitos y nos íbamos turnando y nos tocaba a la mañana o a la tarde.

E: ¿Usted solo trabajaba en la Clínica 9 de Julio durante este período de tiempo?

S4: No, también estaba trabajando en el Hospital del Carmen.

E: ¿Cómo considera en ese caso que fue su experiencia en la Clínica 9 de Julio durante este período?

S4: Y ha sido la verdad que bastante traumática, en el sentido de que hemos visto una patología que realmente era desconocida en absolutamente todo porque aparte teníamos versiones totalmente diferentes y tratamientos totalmente diferentes entonces era como que teníamos que ir viendo nosotros que era lo que resultaba, porque cada lugar iba viendo que tratamiento era el más aceptable y te daba resultado con los pacientes. Y traumática, porque era algo desconocido, muchas muertes, en donde los pacientes se morían y no había mucho para hacer. Ah sido bastante feo, a mí me toco muy de cerca la muerte de un colega muy querido, no de esta ciudad, pero sí de Tucumán, un colega muy conocido el Dr. A, realmente una excelente persona, un ser humano excepcional, un médico único en todos los sentidos, tanto como médico, pero sobre todo como persona, un gran ser humano y realmente me ha dolido mucho, una cosa de decir, aparte de no creer al estar

en un lugar como Tucumán, con todos los recaudos con un centro de salud equipado, como impensado el resultado.

E: Con respecto al ámbito social, ¿cómo fue su experiencia en este período de tiempo?

S4: He dejado de compartir. A su vez tenías el entorno familiar ¿no?, pero uno también por cuidarlo al entorno familiar tendías a no tener contacto. Así que me llevó a un aislamiento familiar, para preservarlos a ellos. Y la sociedad de por sí al saber que eras médico, por ejemplo, situaciones en las que uno salía, obviamente con todas las precauciones, salía por ejemplo con el ambo a hacer compras en un lugar y te veían medio raro, como que, no sé si rechazo, pero obviamente todo el mundo está aterrorizado y todo el mundo tenía miedo de morirse ¿entendes? Mucha paranoia. Entonces te veían a vos con el ambo y como que vos sentías esa tensión y la gente, algunos eran muy sutiles y otros no.

E: ¿Cómo pasó la situación en el ámbito emocional?

S4: Sentí como mucho miedo, pero no tanto por mí, sino por mi familia. Por ejemplo, yo tengo mi hijo que en esa época tenía 18/19 años y mucho miedo porque en esa época él estaba en Tucumán estudiando y mucho miedo, porque vos viste como son los adolescentes, entonces llamarlo permanentemente, estar pendiente que no haga esto, que este con el barbijo y a su vez mi hija adolescente aquí en Metán también, así que, ha sido complicado en todos los sentidos, en el laboral también, pero más con mis hijos. Y bueno mi hermano también, mi hermana con todas sus hijitas también. No te diría traumático, pero sí una tensión permanente de pensar, “¿Se estará cuidando?”, “¿Habrán estado en contacto con alguien que los haya contagiado?”, si están enfermos “¿cómo irán a llevar la enfermedad?”. Así que sí, ha sido bastante movilizante y a su vez estar en esa tensión permanente ¿entendes?

E: ¿Cómo hizo para afrontar todo lo sucedido durante este período de tiempo?

S4: Salía a caminar muy de vez en cuando y escuchaba toda la parte que está relacionada con la meditación a la noche, como para relajarme y estar más tranquila y también poder conciliar el sueño, porque hasta eso, uno pierde eso, no puedes recuperarte a la noche y no puedes conciliar tampoco el sueño. Pero bueno, muy poco lo que se podía hacer porque estábamos todos en una situación que estábamos todos tan a mil. Muchas veces uno llegaba a su casa te ponías a leer también de todos los nuevos avances que había, las cosas nuevas que se podían hacer, lo que estaba pasando en otros lugares. Yo, por ejemplo, hacia eso, salía a caminar y aparte de acostarme me ponía a meditar.

E: En este período de tiempo ¿Ud. considera que hubo alguna o algunas situaciones que le pudieron generar algún tipo de angustia?, si es que la o las hubo ¿Por qué?

S4: Y la angustia ha sido esto justamente, esto de ver morir gente que uno conocía, que uno quería y que vos no te imaginabas que les iba a pasar, sobre todo, por ejemplo, colegas, porque nos han enseñado como cuidarnos y nos habían dado todas las herramientas para cuidarnos y no podía entender eso, eso ha sido más, sobre todo. Y bueno después el fallecimiento de gente muy joven, de gente joven eso es lo más doloroso.

E: ¿En algún momento llegó a sentirse sobrepasada por la situación que se estaba presentando?

S4: Mmm si, si.

E: ¿Por qué?

S4: Porque como te digo, mucha demanda de pacientes, el paciente muy sobre exigente, demasiado exigente, uno tratando de cumplir con todos los requisitos, pero a su vez del otro lado no tenías una comprensión del problema que estaba pasando, era exigencia permanente, y de este lado hacer las cosas bien, cuidarte en cada detalle para no contagiarte y a su vez, tratar de poder darle la atención que corresponde al otro, pero bueno, ya llegaba un momento que vos por ejemplo veías 10/15 pacientes tratándole el tema a cada uno. Más te digo esto, el paciente te demandaba no solamente la atención, sino también que le des la medicación, que es totalmente entendible porque muchas veces no tiene para comprar, eran como 6/7 medicamentos que le teníamos que dar, entonces también poder solucionar toda esa parte para poder brindarle todo, la atención y el tratamiento, porque no tenía sentido que vos los atiendas, pero no le des la medicación, estábamos en la misma, ¿entendes?. Eso era duro, era complicado, tratar de poder solucionar y hay veces que no podíamos, suponte porque nos daban una cantidad determinada de medicamentos y eso había que racionarlo, pero bueno no se entiende, por lo menos yo nunca entendí eso de poder racionarlo para darle a diez, porque cumplen la mitad del tratamiento. Así que eran confusiones por todos lados, había que tratar de redondear la situación.

E: ¿Algo que Ud. piense que le gustaría agregar a esta pequeña entrevista, algo que Ud. piense que le podría haber preguntado y no lo hice?

S4: No, yo creo que abarcaste varias áreas, porque está basada en la atención, fundamentalmente relacionado más con un tema más un tema sentimental te diría, pero más con eso de tratar de solucionar el problema a todo el que te consulta, porque la consulta eran por todos lados, eran en la clínica, en el hospital, a los lugares a donde vos

ibas, la consulta por teléfono, era en todos lados, por eso era tratar de en lo posible dar la mayor información para que, por supuesto, tengamos lo mínimo de consecuencias. Así que eso más o menos sería.

E: Perfecto, si le parece bien entonces, podemos proceder con la realización de la Escala.

Datos del entrevistado: Participante S5

Género: Masculino

Edad: 54 años

Especialidad: Cardiólogo

Antigüedad en el desempeño del cargo: 25 años

E: ¿Qué tipos de pacientes se encontraban a su cargo, es decir, se encargaba de la atención de pacientes en general o exclusivamente de aquellos que eran diagnosticados con COVID-19 positivo?

S5: La verdad que durante este período atendíamos a todas las patologías en general, especialmente en mi área que son patologías específicas en donde se ve comprometido especialmente el corazón, a medida que avanzaba la enfermedad era difícil encontrar un paciente que no esté infectado por COVID, así que si, atendíamos todo tipo de patologías, pero principalmente COVID.

E: ¿Cómo se manejaban los turnos laborales durante esta situación?

S5: Al principio compartíamos la guardia con un colega que trabajaba en la clínica y también en el hospital, entonces hacíamos intercaladas las guardias, pero después tu COVID, por suerte con síntomas leves, había perdido gusto, olfato y tuve fiebre, pero no se complicó el cuadro gracias a Dios, por lo que estuve el tiempo de aislamiento requerido hasta que me dio negativo el test y se me permitió volver a trabajar. Después a medias de ese año, los casos empezaron a aumentar, había muchos pacientes en estado crítico y se empezó a notar la falta de camas por lo que el cansancio que teníamos como profesionales se empezó a hacer notar también y los turnos se hicieron cada vez más extensos en cuanto a cantidad de horas y sobre todo cantidad de pacientes que teníamos que atender.

E: ¿Cómo fue su experiencia en la institución durante este período de tiempo?

S5: Como te contaba, al principio cuando no había muchos casos era como si fuera el día a día normal sin pandemia, como una jornada normal, después me enfermé y volví al trabajo y ya los casos y la gravedad habían aumentado, por lo cual estaba más cansado, tenía miedo de volver a enfermarme y contagiar a mi familia, y que ellos si tengan complicaciones en el cuadro, porque uno nunca sabe cómo va a reaccionar el cuerpo ante alguna enfermedad, además se decían muchas cosas, todo era a prueba y error, probar este medicamento, este tipo de tratamiento, el otro hasta ver cual funcionaba con cada paciente, en un momento ante la falta de camas y de oxígeno me empecé como a perseguir de que esto iba a empeorar que no íbamos a poder con todos, que cada vez se iba a complicar más, pero por suerte de a poco los casos fueron bajando y se pudo brindar la

mayor ayuda posible a todo el mundo.

E: ¿Cómo fue su experiencia cotidiana en el ámbito social durante el primer período de pandemia por COVID-19?

S5: En el día a día por el aislamiento fue raro, porque nunca me pasó ni me imaginé sentirme, por decirlo de alguna manera, rechazado por mi profesión, salir a la calle muchas veces era para que te miren raro, se alejen, más de lo establecido claro, como sentir esa incomodidad por miedo al contagio, lo cual era entendible, porque al no saber nada casi sobre la enfermedad la paranoia era grande. Bueno, yo vivo con mis hijos, estoy divorciado hace años por lo que también eran días solo, días con ellos, en los que tratábamos de relajarnos, no estar pendientes de las noticias, sobre todos las que no tenían, como decirte, un aval sobre la situación porque había mucha desinformación que generaba más preocupación.

E: ¿Cómo se sintió con respecto a la situación por la cual estábamos atravesando en ese período de tiempo producto de la pandemia?

S5: Personalmente hubo momentos en los cuales sentí mucho miedo por la situación sobre todo al haberme contagiado aun a pesar de tener todos los cuidados que se necesitaban, tenía miedo por mis hijos, por el resto de mi familia, por mis amigos, porque sabía que aunque tomen todas las medidas si te tenías que enfermar te ibas a enfermar por más que te cuides de mil maneras, y lo que más preocupación me daba era como iban a pasar la enfermedad en el caso de que les tocara y si en ese momento íbamos a tener los insumos y los materiales para atenderlos como corresponde.

E: ¿Qué hizo usted frente a estos sentimientos?

S5: Bueno, yo soy mucho de leer, hago deporte, me gusta mucho, no te digo que tengo un gimnasio en mi casa, pero... algunas maquinas tengo, pesas y esas cosas, también toco la guitarra, por lo que por lo general trataba de hacer algo de esto para relajarme o no pensar tanto en el trabajo y en la situación que había.

E: ¿Cuál o cuáles fueron las situaciones más angustiantes que vivió durante este período de tiempo? ¿Por qué?

S5: Recuerdo una puntual donde me habían llamado porque llegó un chico joven a la clínica muy grave, estaba casi inconsciente, no saturaba, tenía mucha temperatura y probamos todos los tratamientos posibles en ese momento. No había mejoras, no sabíamos que más hacer porque el cuadro por decirlo de alguna manera iba y venía, es decir, tenía días buenos o más o menos buenos y de repente tenía días muy malos, yo pensé que no íbamos a poder ayudarlo, de repente el empezó a mejorar, pero de un

momento a otro su cuadro se agravó tanto que no pudimos salvarlo. Esto me generó mucha angustia principalmente porque conocía a su familia, lo conocía a él, era un chico joven, que dentro de todo tenía una vida sana, no había estado enfermo con algo que se pueda considerar como que pueda agravar el cuadro producto por COVID, pero sin embargo su cuerpo reaccionó de tal manera que lo llevó a la muerte, y esto me generó miedo y sobre todo tristeza, justamente porque era algo totalmente inesperado e incomprensible.

E: ¿En algún momento llegó a sentirse sobrepasado por la situación? ¿Por qué?

S5: Si, como te comentaba, no te podría decir específicamente en que mes o que día, pero hubo un tiempo en el primer año cuando de repente empezaron a aumentar los casos, había pacientes muy enfermos, colegas, amigos y hasta familiares, no había camas, los insumos y materiales se empezaron a terminar, y yo sentía que no íbamos a poder con todo, que no íbamos a poder ayudar a la gente, tenía miedo por mí, por mi familia, por mis amigos. No saber que estaba pasando, que sea todo a prueba y error me generaba mucha angustia, y bueno, era seguir y hacer lo mejor posible por darle la mejor y la mayor atención a quienes se presentaban, pero ese miedo en ese momento estaba ahí.

E: ¿Hay alguna pregunta que se le ocurre o le gustaría que le hubiera realizado y no lo hice con respecto a esta situación por la cual se atravesó?

S5: No, no se me ocurre alguna pregunta además de las que ya me hiciste la verdad.

E: Siendo así, le parece si procedemos a realizar una breve Escala.

Datos del entrevistado: Participante S6

Género: Masculino

Edad: 63 años

Especialidad: Anestesiología

Antigüedad en el desempeño del cargo: 31 años

E: ¿Qué tipos de pacientes se encontraban a su cargo, es decir, se encargaba de la atención de pacientes en general o exclusivamente de aquellos que eran diagnosticados con COVID-19 positivo?

S6: Bueno, cuando empezó la pandemia y no había tantos casos nosotros hacíamos testeos nada más, de todos los pacientes que llegaban con enfermedades respiratorias, si bien yo me dedico como especialidad a la anestesiología, me ofrecí para atención clínica intuyendo que en algún momento podría ser necesario la colaboración de todos. Tuve la suerte al principio, cuando menos se conocía sobre la enfermedad, que todos los que yo atendí daban negativo, recibía los pacientes, les hacía el interrogatorio, pedía laboratorio y les hacía el hisopado. Cuando empezaron a aumentar los casos, nosotros específicamente de anestesia íbamos a las terapias, ya obviamente todos con pacientes positivos y ahí ya veía pacientes obviamente positivos en estado grave, ósea pase de hacer simples testeos a la atención de pacientes con cuadros graves, la mayoría entubado, moribundos, la gran mayoría en general a punto de morir.

E: ¿Cómo se manejaban los turnos laborales durante esta situación?

S6: Eran turnos de doce horas, a veces iba varios días seguidos. En un principio teníamos que ir dos semanas seguidas todos los días, doce horas por día, después empezaron a turnar un día sí y a los tres días volvías y así. Cuando estalló, cuando ya se puso grave la situación, se empezaron a enfermar los médicos también, entonces ya ibas tu día y empezabas a reemplazar los otros tres días a los médicos que se enfermaron y yo que no me contagie iba prácticamente todos los días y terminaba agotado porque ya no tenía un día de descanso en meses y el día que me tocaba descansar estaba en mi casa y me llamaban y tenía que volver al trabajo, aunque sea mi día de descanso.

E: ¿Cómo fue su experiencia cotidiana en el ámbito social durante el primer período de pandemia por COVID-19?

S6: En simples palabras la puedo describir como horrible, por mi especialidad yo no estoy acostumbrado a tratar en consulta a tantos pacientes, era más participar en cirugías y por

la demanda necesaria me veía obligado a hacer algo que no me gusta tanto y sobre todo a ver morir tantos pacientes en poco tiempo.

E: ¿Cómo fue su experiencia cotidiana en el ámbito social durante el primer período de pandemia por COVID-19?

S6: Bueno, yo nunca fui de socializar mucho, la pandemia en el ámbito social me vino bien, porque cuando podía descansaba, hacia ejercicio en mi casa, veía tele, jugaba en la PC y esas cosas. Cuando podía descansar aprovechaba y hacia eso.

E: ¿Cómo se sintió con respecto a la situación por la cual estábamos atravesando en ese período de tiempo producto de la pandemia?

S6: Emocionalmente yo diría que igual, creo que es porque no se enfermó ningún conocido. Bueno ningún familiar en realidad, porque conocidos varios incluso hubo gente que murió y eso te pone triste porque morían atendidos por nosotros, esas fueron un par de situaciones puntuales que fueron duras porque era gente querida que trabajaba con nosotros en la vida diaria, desde enfermeros, médicos, profesores de algo, conocidos, sacando los puntos que pasan por algo más familiar, sentimental, como darle importancia a la situación mundial, no. Yo estaba bien, para mí era una enfermedad más, era grave, pero sabía que iba a pasar, no estaba asustado ni triste.

E: ¿Qué hizo usted frente a estos sentimientos?

S6: Nada, seguía disfrutando la vida con lo que había nada más. No tome ninguna medida contra eso.

E: ¿Cuál o cuáles fueron las situaciones más angustiantes que vivió durante este período de tiempo? ¿Por qué?

S6: Lo más angustiante es más o menos algo de lo que te acabo de comentar. Que hubo varios de nuestros compañeros que se enfermaron, que tuvimos que atenderlos nosotros, personas que murieron, bueno situaciones tristes para todo el servicio, para toda la gente que los conocía, pensar que no iban a estar el día de mañana, por ejemplo de un colega en particular que falleció que tenía dos hijitos de tres años y la mujer no trabajaba y después de eso ella vino a pedir ayuda porque literalmente se quedaron sin nada, más teniendo en cuenta que él estaba en negro y no tenía seguro nada.

E: ¿En algún momento llegó a sentirse sobrepasado por la situación? ¿Por qué?

S6: Por el COVID no, la verdad no, ósea por la enfermedad en si no, por la situación de agotamiento físico y mental debido al exceso de trabajo sí.

E: ¿Considera usted que hay algo que pude haber preguntado con respecto a esta situación y no lo hice o algo que le gustaría agregar sobre el tema?

S6: No, la verdad que no se me ocurre nada.

E: Si le parece bien, en ese caso, vamos a proceder a la realización de la Escala.

Participante: S1

Edad: 62 años

Género: Masculino

Especialidad: Médico terapeuta

A continuación, se plantean diferentes formas que implementan las personas para afrontar los problemas o situaciones estresantes que se les presentan en la vida. Las formas de afrontamiento aquí descritas no son ni buenas ni malas, ni mejores ni peores. Simplemente ciertas personas utilizan unas formas más que otras, dependiendo de la situación problema. Trate de recordar las diferentes situaciones o problemas más estresantes vividos durante los últimos años, y responda señalando con una X en la columna que le señala la flecha (), el número que mejor indique qué tan habitual ha sido esta forma de comportamiento ante las situaciones estresantes.

1- Nunca 2- casi nunca 3- A veces 4- frecuentemente 5- casi siempre 6- siempre

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. 1. Trato de comportarme como si nada hubiera pasado | X | | | | | |
| 2. Me alejo del problema temporalmente | X | | | | | |
| 3. Procuro no pensar en el problema | X | | | | | |
| 4. Descargo mi mal humor con los demás | X | | | | | |
| 5. Intento ver los aspectos positivos del problema | | | | | | X |
| 6. Le cuento a familiares o amigos cómo me siento | | | X | | | |
| 7. Procuro conocer mejor el problema con la ayuda de un profesional | | X | | | | |
| 8. Asisto a la iglesia | X | | | | | |
| 9. Espero a que la solución llegue sola | X | | | | | |
| 10. Trato de solucionar el problema siguiendo unos pasos concretos bien pensados | | | | | | X |
| 11. Procuro guardar para mí los sentimientos | | | | X | | |
| 12. Me comporto de forma hostil con los demás | X | | | | | |
| 13. Intento sacar algo positivo del problema | | | | | | X |
| 14. Pido consejo u orientación a algún pariente o amigo para poder afrontar mejor el problema | X | | | | | |
| 15. Busco ayuda profesional para que me guíen y orienten | X | | | | | |
| 16. Tengo fe en que puede ocurrir algún milagro | | | | | | X |
| 17. Espero el momento oportuno para resolver el problema | | | | | | X |

| | | | | | | |
|---|---|--|---|---|--|---|
| 18. Pienso que con el paso del tiempo el problema se soluciona | | | X | | | |
| 19. Establezco un plan de actuación y procuro llevarlo a cabo | | | | | | X |
| 20. Procuro que los otros no se den cuenta de lo que siento | | | X | | | |
| 21. Evado las conversaciones o temas que tienen que ver con el problema | X | | | | | |
| 22. Expreso mi rabia sin calcular las consecuencias | X | | | | | |
| 23. Pido a parientes o amigos que me ayuden a pensar acerca del problema | X | | | | | |
| 24. Procuro hablar con personas responsables para encontrar una solución al problema | | | | | | X |
| 25. Tengo fe en que Dios remedie la situación | | | | | | X |
| 26. Pienso que hay un momento oportuno para analizar la situación | | | | | | X |
| 27. No hago nada porque el tiempo todo lo dice | X | | | | | |
| 28. Hago frente al problema poniendo en marcha varias soluciones | | | | | | X |
| 29. Dejo que las cosas sigan su curso | X | | | | | |
| 30. Trato de ocultar mi malestar | | | | | | X |
| 31. Salgo al cine, a dar una vuelta, etc., para olvidarme del problema | X | | | | | |
| 32. Evito pensar en el problema | X | | | | | |
| 33. Me dejé llevar por mi mal humor | X | | | | | |
| 34. Hablo con amigos o familiares para que me animen o tranquilicen cuando me encuentro mal | X | | | | | |
| 35. Busco la ayuda de algún profesional para reducir mi ansiedad o malestar | X | | | | | |
| 36. Rezo | | | | | | X |
| 37. Hasta que no tenga claridad frente a la situación, no puedo darle la mejor solución a los problemas | | | | X | | |
| 38. Pienso que lo mejor es esperar a ver qué puede pasar | X | | | | | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 39. Pienso detenidamente los pasos a seguir para enfrentarme al problema | | | | | | X |
| 40. Me resigno y dejo que las cosas pasen | X | | | | | |
| 41. Inhibo mis propias emociones | | | | | | X |
| 42. Busco actividades que me distraigan | | | | X | | |
| 43. Niego que tengo problemas | X | | | | | |
| 44. Me salgo de casillas | X | | | | | |
| 45. Por más que quiera no soy capaz de expresar abiertamente lo que siento | | X | | | | |
| 46. A pesar de la magnitud de la situación tiendo a sacar algo positivo | | | | | | X |
| 47. Pido a algún amigo o familiar que me indique cual sería el mejor camino a seguir | X | | | | | |
| 48. Pido ayuda a algún médico o psicólogo para aliviar mi tensión | X | | | | | |
| 49. Acudo a la iglesia para poner velas o rezar | X | | | | | |
| 50. Considero que las cosas por sí solas se solucionan | X | | | | | |
| 51. Analizo lo positivo y negativo de las diferentes alternativas | | | | | | X |
| 52. Me es difícil relajarme | | | | X | | |
| 53. Hago todo lo posible para ocultar mis sentimientos a los otros | | | | | X | |
| 54. Me agredo física o verbalmente | | X | | | | |
| 55. Así lo quiera, no soy capaz de llorar | | | | | | X |
| 56. Tengo muy presente el dicho “al mal tiempo buena cara” | | | | | | X |
| 57. Procuro que algún familiar o amigo me escuche cuando necesito manifestar mis sentimientos | | | X | | | |
| 58. Intento conseguir más información sobre el problema acudiendo a profesionales | | | | | | X |
| 59. Dejo todo en mano de Dios | | | X | | | |
| 60. Espero que las cosas se vayan dando | | X | | | | |

| | | | | | | |
|--|---|---|---|--|--|---|
| 61. Me es difícil pensar en posibles soluciones a mis problemas | X | | | | | |
| 62. Trato de evitar mis emociones | | | | | | X |
| 63. Dejo a un lado los problemas y pienso en otras cosas | | | X | | | |
| 64. Trato de identificar las ventajas del problema | | | | | | X |
| 65. Considero que mis problemas los puedo solucionar sin la ayuda de los demás | | X | | | | |
| 66. Pienso que no necesito la ayuda de nadie y menos de un profesional | X | | | | | |
| 67. Busco tranquilizarme a través de la oración | | | | | | X |
| 68. Frente a un problema, espero conocer bien la situación antes de actuar | | | | | | X |
| 69. Dejo que pase el tiempo | X | | | | | |

Participante: S2

Edad: 47 años

Género: Femenino

Especialidad: Médico cirujano

A continuación, se plantean diferentes formas que implementan las personas para afrontar los problemas o situaciones estresantes que se les presentan en la vida. Las formas de afrontamiento aquí descritas no son ni buenas ni malas, ni mejores ni peores. Simplemente ciertas personas utilizan unas formas más que otras, dependiendo de la situación problema. Trate de recordar las diferentes situaciones o problemas más estresantes vividos durante los últimos años, y responda señalando con una X en la columna que le señala la flecha (), el número que mejor indique qué tan habitual ha sido esta forma de comportamiento ante las situaciones estresantes.

1- Nunca 2- casi nunca 3- A veces 4- frecuentemente 5- casi siempre 6- siempre

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Trato de comportarme como si nada hubiera pasado | | | | X | | |
| 2. Me alejo del problema temporalmente | | | X | | | |
| 3. Procuro no pensar en el problema | | | | X | | |
| 4. Descargo mi mal humor con los demás | | | | | X | |
| 5. Intento ver los aspectos positivos del problema | | | X | | | |
| 6. Le cuento a familiares o amigos cómo me siento | | X | | | | |
| 7. Procuro conocer mejor el problema con la ayuda de un profesional | X | | | | | |
| 8. Asisto a la iglesia | X | | | | | |
| 9. Espero a que la solución llegue sola | | | X | | | |
| 10. Trato de solucionar el problema siguiendo unos pasos concretos bien pensados | | X | | | | |
| 11. Procuro guardar para mí los sentimientos | | | | | | X |
| 12. Me comporto de forma hostil con los demás | | | | X | | |
| 13. Intento sacar algo positivo del problema | | | X | | | |
| 14. Pido consejo u orientación a algún pariente o amigo para poder afrontar mejor el problema | X | | | | | |
| 15. Busco ayuda profesional para que me guíen y orienten | X | | | | | |
| 16. Tengo fe en que puede ocurrir algún milagro | X | | | | | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|--|
| 17. Espero el momento oportuno para resolver el problema | | | X | | | |
| 18. Pienso que con el paso del tiempo el problema se soluciona | | | X | | | |
| 19. Establezco un plan de actuación y procuro llevarlo a cabo | | X | | | | |
| 20. Procuro que los otros no se den cuenta de lo que siento | | | | | X | |
| 21. Evado las conversaciones o temas que tienen que ver con el problema | | | | X | | |
| 22. Expreso mi rabia sin calcular las consecuencias | | X | | | | |
| 23. Pido a parientes o amigos que me ayuden a pensar acerca del problema | X | | | | | |
| 24. Procuro hablar con personas responsables para encontrar una solución al problema | | X | | | | |
| 25. Tengo fe en que Dios remedie la situación | X | | | | | |
| 26. Pienso que hay un momento oportuno para analizar la situación | | | X | | | |
| 27. No hago nada porque el tiempo todo lo dice | | X | | | | |
| 28. Hago frente al problema poniendo en marcha varias soluciones | | | X | | | |
| 29. Dejo que las cosas sigan su curso | | | | X | | |
| 30. Trato de ocultar mi malestar | | | | | X | |
| 31. Salgo al cine, a dar una vuelta, etc., para olvidarme del problema | | | | X | | |
| 32. Evito pensar en el problema | | | | X | | |
| 33. Me dejó llevar por mi mal humor | | | X | | | |
| 34. Hablo con amigos o familiares para que me animen o tranquilicen cuando me encuentro mal | X | | | | | |
| 35. Busco la ayuda de algún profesional para reducir mi ansiedad o malestar | X | | | | | |
| 36. Rezo | X | | | | | |
| 37. Hasta que no tenga claridad frente a la situación, no puedo darle la mejor solución a los problemas | | | | X | | |
| 38. Pienso que lo mejor es esperar a ver qué puede pasar | | | | X | | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 39. Pienso detenidamente los pasos a seguir para enfrentarme al problema | | | | X | | |
| 40. Me resigno y dejo que las cosas pasen | | | X | | | |
| 41. Inhibo mis propias emociones | | | X | | | |
| 42. Busco actividades que me distraigan | | | | | X | |
| 43. Niego que tengo problemas | | | X | | | |
| 44. Me salgo de casillas | | X | | | | |
| 45. Por más que quiera no soy capaz de expresar abiertamente lo que siento | X | | | | | |
| 46. A pesar de la magnitud de la situación tiendo a sacar algo positivo | | | X | | | |
| 47. Pido a algún amigo o familiar que me indique cual sería el mejor camino a seguir | X | | | | | |
| 48. Pido ayuda a algún médico o psicólogo para aliviar mi tensión | X | | | | | |
| 49. Acudo a la iglesia para poner velas o rezar | X | | | | | |
| 50. Considero que las cosas por sí solas se solucionan | | X | | | | |
| 51. Analizo lo positivo y negativo de las diferentes alternativas | | | | X | | |
| 52. Me es difícil relajarme | | | | | X | |
| 53. Hago todo lo posible para ocultar mis sentimientos a los otros | | | | | | X |
| 54. Me agredo física o verbalmente | | | | X | | |
| 55. Así lo quiera, no soy capaz de llorar | X | | | | | |
| 56. Tengo muy presente el dicho “al mal tiempo buena cara” | | | | X | | |
| 57. Procuro que algún familiar o amigo me escuche cuando necesito manifestar mis sentimientos | X | | | | | |
| 58. Intento conseguir más información sobre el problema acudiendo a profesionales | X | | | | | |
| 59. Dejo todo en mano de Dios | X | | | | | |
| 60. Espero que las cosas se vayan dando | | | X | | | |

| | | | | | | |
|--|---|--|--|---|--|---|
| 61. Me es difícil pensar en posibles soluciones a mis problemas | | | | X | | |
| 62. Trato de evitar mis emociones | | | | | | X |
| 63. Dejo a un lado los problemas y pienso en otras cosas | | | | X | | |
| 64. Trato de identificar las ventajas del problema | | | | X | | |
| 65. Considero que mis problemas los puedo solucionar sin la ayuda de los demás | | | | | | X |
| 66. Pienso que no necesito la ayuda de nadie y menos de un profesional | | | | | | X |
| 67. Busco tranquilizarme a través de la oración | X | | | | | |
| 68. Frente a un problema, espero conocer bien la situación antes de actuar | | | | X | | |
| 69. Dejo que pase el tiempo | | | | X | | |

Participante: S3

Edad: 27 años

Género: Femenino

Especialidad: Médico clínico

A continuación, se plantean diferentes formas que implementan las personas para afrontar los problemas o situaciones estresantes que se les presentan en la vida. Las formas de afrontamiento aquí descritas no son ni buenas ni malas, ni mejores ni peores. Simplemente ciertas personas utilizan unas formas más que otras, dependiendo de la situación problema. Trate de recordar las diferentes situaciones o problemas más estresantes vividos durante los últimos años, y responda señalando con una X en la columna que le señala la flecha (), el número que mejor indique qué tan habitual ha sido esta forma de comportamiento ante las situaciones estresantes.

1- Nunca 2- casi nunca 3- A veces 4- frecuentemente 5- casi siempre 6- siempre

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Trato de comportarme como si nada hubiera pasado | | | | X | | |
| 2. Me alejo del problema temporalmente | | X | | | | |
| 3. Procuro no pensar en el problema | | | X | | | |
| 4. Descargo mi mal humor con los demás | | | X | | | |
| 5. Intento ver los aspectos positivos del problema | | | | X | | |
| 6. Le cuento a familiares o amigos cómo me siento | | | | X | | |
| 7. Procuro conocer mejor el problema con la ayuda de un profesional | | | | | X | |
| 8. Asisto a la iglesia | | | X | | | |
| 9. Espero a que la solución llegue sola | X | | | | | |
| 10. Trato de solucionar el problema siguiendo unos pasos concretos bien pensados | | | X | | | |
| 11. Procuro guardar para mí los sentimientos | | | | | X | |
| 12. Me comporto de forma hostil con los demás | | | | X | | |
| 13. Intento sacar algo positivo del problema | | | X | | | |
| 14. Pido consejo u orientación a algún pariente o amigo para poder afrontar mejor el problema | | | | | X | |
| 15. Busco ayuda profesional para que me guíen y orienten | | | | X | | |
| 16. Tengo fe en que puede ocurrir algún milagro | | | X | | | |
| 17. Espero el momento oportuno para resolver el problema | | X | | | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 18. Pienso que con el paso del tiempo el problema se soluciona | | | X | | |
| 19. Establezco un plan de actuación y procuro llevarlo a cabo | | | | X | |
| 20. Procuro que los otros no se den cuenta de lo que siento | | | | X | |
| 21. Evado las conversaciones o temas que tienen que ver con el problema | | X | | | |
| 22. Expreso mi rabia sin calcular las consecuencias | | X | | | |
| 23. Pido a parientes o amigos que me ayuden a pensar acerca del problema | | | | | X |
| 24. Procuro hablar con personas responsables para encontrar una solución al problema | | | X | | |
| 25. Tengo fe en que Dios remedie la situación | | | X | | |
| 26. Pienso que hay un momento oportuno para analizar la situación | | | X | | |
| 27. No hago nada porque el tiempo todo lo dice | X | | | | |
| 28. Hago frente al problema poniendo en marcha varias soluciones | | | X | | |
| 29. Dejo que las cosas sigan su curso | | X | | | |
| 30. Trato de ocultar mi malestar | | | | | X |
| 31. Salgo al cine, a dar una vuelta, etc., para olvidarme del problema | | | X | | |
| 32. Evito pensar en el problema | | | X | | |
| 33. Me dejó llevar por mi mal humor | | | X | | |
| 34. Hablo con amigos o familiares para que me animen o tranquilicen cuando me encuentro mal | | | | | X |
| 35. Busco la ayuda de algún profesional para reducir mi ansiedad o malestar | | | | | X |
| 36. Rezo | | | | X | |
| 37. Hasta que no tenga claridad frente a la situación, no puedo darle la mejor solución a los problemas | | | | X | |
| 38. Pienso que lo mejor es esperar a ver qué puede pasar | | | X | | |

| | | | | | |
|---|---|--|---|---|--|
| 39. Pienso detenidamente los pasos a seguir para enfrentarme al problema | | | X | | |
| 40. Me resigno y dejo que las cosas pasen | | | X | | |
| 41. Inhibo mis propias emociones | | | X | | |
| 42. Busco actividades que me distraigan | | | X | | |
| 43. Niego que tengo problemas | | | X | | |
| 44. Me salgo de casillas | X | | | | |
| 45. Por más que quiera no soy capaz de expresar abiertamente lo que siento | X | | | | |
| 46. A pesar de la magnitud de la situación tiendo a sacar algo positivo | | | X | | |
| 47. Pido a algún amigo o familiar que me indique cual sería el mejor camino a seguir | | | X | | |
| 48. Pido ayuda a algún médico o psicólogo para aliviar mi tensión | | | X | | |
| 49. Acudo a la iglesia para poner velas o rezar | | | X | | |
| 50. Considero que las cosas por sí solas se solucionan | X | | | | |
| 51. Analizo lo positivo y negativo de las diferentes alternativas | | | | X | |
| 52. Me es difícil relajarme | | | | X | |
| 53. Hago todo lo posible para ocultar mis sentimientos a los otros | | | X | | |
| 54. Me agredo física o verbalmente | | | X | | |
| 55. Así lo quiera, no soy capaz de llorar | X | | | | |
| 56. Tengo muy presente el dicho “al mal tiempo buena cara” | X | | | | |
| 57. Procuro que algún familiar o amigo me escuche cuando necesito manifestar mis sentimientos | | | | X | |
| 58. Intento conseguir más información sobre el problema acudiendo a profesionales | | | X | | |
| 59. Dejo todo en mano de Dios | X | | | | |
| 60. Espero que las cosas se vayan dando | X | | | | |

| | | | | | | |
|--|--|---|---|---|--|--|
| 61. Me es difícil pensar en posibles soluciones a mis problemas | | | X | | | |
| 62. Trato de evitar mis emociones | | | | X | | |
| 63. Dejo a un lado los problemas y pienso en otras cosas | | | | X | | |
| 64. Trato de identificar las ventajas del problema | | | X | | | |
| 65. Considero que mis problemas los puedo solucionar sin la ayuda de los demás | | | X | | | |
| 66. Pienso que no necesito la ayuda de nadie y menos de un profesional | | X | | | | |
| 67. Busco tranquilizarme a través de la oración | | | X | | | |
| 68. Frente a un problema, espero conocer bien la situación antes de actuar | | | | X | | |
| 69. Dejo que pase el tiempo | | X | | | | |

Participante: S4

Edad: 55 años

Género: Femenino

Especialidad: Médico clínico

A continuación, se plantean diferentes formas que implementan las personas para afrontar los problemas o situaciones estresantes que se les presentan en la vida. Las formas de afrontamiento aquí descritas no son ni buenas ni malas, ni mejores ni peores. Simplemente ciertas personas utilizan unas formas más que otras, dependiendo de la situación problema. Trate de recordar las diferentes situaciones o problemas más estresantes vividos durante los últimos años, y responda señalando con una X en la columna que le señala la flecha (), el número que mejor indique qué tan habitual ha sido esta forma de comportamiento ante las situaciones estresantes.

1- Nunca 2- casi nunca 3- A veces 4- frecuentemente 5- casi siempre 6- siempre

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Trato de comportarme como si nada hubiera pasado | X | | | | | |
| 2. Me alejo del problema temporalmente | X | | | | | |
| 3. Procuro no pensar en el problema | X | | | | | |
| 4. Descargo mi mal humor con los demás | | | X | | | |
| 5. Intento ver los aspectos positivos del problema | | | X | | | |
| 6. Le cuento a familiares o amigos cómo me siento | | | X | | | |
| 7. Procuro conocer mejor el problema con la ayuda de un profesional | | | | | | X |
| 8. Asisto a la iglesia | | | X | | | |
| 9. Espero a que la solución llegue sola | X | | | | | |
| 10. Trato de solucionar el problema siguiendo unos pasos concretos bien pensados | | | | X | | |
| 11. Procuro guardar para mí los sentimientos | X | | | | | |
| 12. Me comporto de forma hostil con los demás | | | X | | | |
| 13. Intento sacar algo positivo del problema | | | | | | X |
| 14. Pido consejo u orientación a algún pariente o amigo para poder afrontar mejor el problema | | | | | X | |
| 15. Busco ayuda profesional para que me guíen y orienten | | | | | X | |
| 16. Tengo fe en que puede ocurrir algún milagro | X | | | | | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|--|---|---|
| 17. Espero el momento oportuno para resolver el problema | | | | | | X |
| 18. Pienso que con el paso del tiempo el problema se soluciona | | | | | | X |
| 19. Establezco un plan de actuación y procuro llevarlo a cabo | | | | | | X |
| 20. Procuro que los otros no se den cuenta de lo que siento | | | | | | X |
| 21. Evado las conversaciones o temas que tienen que ver con el problema | | | X | | | |
| 22. Expreso mi rabia sin calcular las consecuencias | X | | | | | |
| 23. Pido a parientes o amigos que me ayuden a pensar acerca del problema | | | X | | | |
| 24. Procuro hablar con personas responsables para encontrar una solución al problema | | | | | | X |
| 25. Tengo fe en que Dios remedie la situación | | | X | | | |
| 26. Pienso que hay un momento oportuno para analizar la situación | | | | | | X |
| 27. No hago nada porque el tiempo todo lo dice | X | | | | | |
| 28. Hago frente al problema poniendo en marcha varias soluciones | | | | | | X |
| 29. Dejo que las cosas sigan su curso | X | | | | | |
| 30. Trato de ocultar mi malestar | X | | | | | |
| 31. Salgo al cine, a dar una vuelta, etc., para olvidarme del problema | | | X | | | |
| 32. Evito pensar en el problema | | X | | | | |
| 33. Me dejó llevar por mi mal humor | | | X | | | |
| 34. Hablo con amigos o familiares para que me animen o tranquilicen cuando me encuentro mal | | | | | | X |
| 35. Busco la ayuda de algún profesional para reducir mi ansiedad o malestar | | | X | | | |
| 36. Rezo | | | | | X | |
| 37. Hasta que no tenga claridad frente a la situación, no puedo darle la mejor solución a los problemas | | | | | | X |

| | | | | | |
|---|---|--|---|--|---|
| 38. Pienso que lo mejor es esperar a ver qué puede pasar | X | | | | |
| 39. Pienso detenidamente los pasos a seguir para enfrentarme al problema | | | | | X |
| 40. Me resigno y dejo que las cosas pasen | X | | | | |
| 41. Inhibo mis propias emociones | X | | | | |
| 42. Busco actividades que me distraigan | | | | | X |
| 43. Niego que tengo problemas | X | | | | |
| 44. Me salgo de casillas | | | X | | |
| 45. Por más que quiera no soy capaz de expresar abiertamente lo que siento | | | X | | |
| 46. A pesar de la magnitud de la situación tiendo a sacar algo positivo | | | | | X |
| 47. Pido a algún amigo o familiar que me indique cual sería el mejor camino a seguir | | | X | | |
| 48. Pido ayuda a algún médico o psicólogo para aliviar mi tensión | X | | | | |
| 49. Acudo a la iglesia para poner velas o rezar | X | | | | |
| 50. Considero que las cosas por sí solas se solucionan | X | | | | |
| 51. Analizo lo positivo y negativo de las diferentes alternativas | | | | | X |
| 52. Me es difícil relajarme | | | X | | |
| 53. Hago todo lo posible para ocultar mis sentimientos a los otros | | | X | | |
| 54. Me agredo física o verbalmente | | | X | | |
| 55. Así lo quiera, no soy capaz de llorar | X | | | | |
| 56. Tengo muy presente el dicho “al mal tiempo buena cara” | | | X | | |
| 57. Procuro que algún familiar o amigo me escuche cuando necesito manifestar mis sentimientos | | | | | X |
| 58. Intento conseguir más información sobre el problema acudiendo a profesionales | | | X | | |
| 59. Dejo todo en mano de Dios | X | | | | |
| 60. Espero que las cosas se vayan dando | X | | | | |

| | | | | | | |
|--|---|--|---|--|---|--|
| 61. Me es difícil pensar en posibles soluciones a mis problemas | | | X | | | |
| 62. Trato de evitar mis emociones | X | | | | | |
| 63. Dejo a un lado los problemas y pienso en otras cosas | | | X | | | |
| 64. Trato de identificar las ventajas del problema | | | X | | | |
| 65. Considero que mis problemas los puedo solucionar sin la ayuda de los demás | | | X | | | |
| 66. Pienso que no necesito la ayuda de nadie y menos de un profesional | X | | | | | |
| 67. Busco tranquilizarme a través de la oración | | | X | | | |
| 68. Frente a un problema, espero conocer bien la situación antes de actuar | | | | | X | |
| 69. Dejo que pase el tiempo | X | | | | | |

Participante: S5

Edad: 54 años

Género: Masculino

Especialidad: Médico Cardiólogo

A continuación, se plantean diferentes formas que implementan las personas para afrontar los problemas o situaciones estresantes que se les presentan en la vida. Las formas de afrontamiento aquí descritas no son ni buenas ni malas, ni mejores ni peores. Simplemente ciertas personas utilizan unas formas más que otras, dependiendo de la situación problema. Trate de recordar las diferentes situaciones o problemas más estresantes vividos durante los últimos años, y responda señalando con una X en la columna que le señala la flecha (), el número que mejor indique qué tan habitual ha sido esta forma de comportamiento ante las situaciones estresantes.

1- Nunca 2- casi nunca 3- A veces 4- frecuentemente 5- casi siempre 6- siempre

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Trato de comportarme como si nada hubiera pasado | | X | | | | |
| 2. Me alejo del problema temporalmente | | X | | | | |
| 3. Procuro no pensar en el problema | X | | | | | |
| 4. Descargo mi mal humor con los demás | X | | | | | |
| 5. Intento ver los aspectos positivos del problema | | | | | X | |
| 6. Le cuento a familiares o amigos cómo me siento | | | X | | | |
| 7. Procuro conocer mejor el problema con la ayuda de un profesional | | | | | | X |
| 8. Asisto a la iglesia | X | | | | | |
| 9. Espero a que la solución llegue sola | X | | | | | |
| 10. Trato de solucionar el problema siguiendo unos pasos concretos bien pensados | | | | | | X |
| 11. Procuro guardar para mí los sentimientos | | | | | X | |
| 12. Me comporto de forma hostil con los demás | | X | | | | |
| 13. Intento sacar algo positivo del problema | | | | | | X |
| 14. Pido consejo u orientación a algún pariente o amigo para poder afrontar mejor el problema | | | | | | X |
| 15. Busco ayuda profesional para que me guíen y orienten | | | | | | X |
| 16. Tengo fe en que puede ocurrir algún milagro | | | | X | | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 17. Espero el momento oportuno para resolver el problema | | | | | | X |
| 18. Pienso que con el paso del tiempo el problema se soluciona | | | X | | | |
| 19. Establezco un plan de actuación y procuro llevarlo a cabo | | | | | | X |
| 20. Procuro que los otros no se den cuenta de lo que siento | X | | | | | |
| 21. Evado las conversaciones o temas que tienen que ver con el problema | | X | | | | |
| 22. Expreso mi rabia sin calcular las consecuencias | X | | | | | |
| 23. Pido a parientes o amigos que me ayuden a pensar acerca del problema | | | | X | | |
| 24. Procuro hablar con personas responsables para encontrar una solución al problema | | | | | | X |
| 25. Tengo fe en que Dios remedie la situación | | | | X | | |
| 26. Pienso que hay un momento oportuno para analizar la situación | | | X | | | |
| 27. No hago nada porque el tiempo todo lo dice | X | | | | | |
| 28. Hago frente al problema poniendo en marcha varias soluciones | | | | | | X |
| 29. Dejo que las cosas sigan su curso | | X | | | | |
| 30. Trato de ocultar mi malestar | | | | | | X |
| 31. Salgo al cine, a dar una vuelta, etc., para olvidarme del problema | | | | X | | |
| 32. Evito pensar en el problema | X | | | | | |
| 33. Me dejó llevar por mi mal humor | X | | | | | |
| 34. Hablo con amigos o familiares para que me animen o tranquilicen cuando me encuentro mal | | | | | X | |
| 35. Busco la ayuda de algún profesional para reducir mi ansiedad o malestar | | | | | | X |
| 36. Rezo | X | | | | | |
| 37. Hasta que no tenga claridad frente a la situación, no puedo darle la mejor solución a los problemas | | | | X | | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 38. Pienso que lo mejor es esperar a ver qué puede pasar | | X | | | | |
| 39. Pienso detenidamente los pasos a seguir para enfrentarme al problema | | | | | | X |
| 40. Me resigno y dejo que las cosas pasen | X | | | | | |
| 41. Inhibo mis propias emociones | | X | | | | |
| 42. Busco actividades que me distraigan | | | X | | | |
| 43. Niego que tengo problemas | | X | | | | |
| 44. Me salgo de casillas | | X | | | | |
| 45. Por más que quiera no soy capaz de expresar abiertamente lo que siento | | | | | X | |
| 46. A pesar de la magnitud de la situación tiendo a sacar algo positivo | | | | X | | |
| 47. Pido a algún amigo o familiar que me indique cual sería el mejor camino a seguir | | | | X | | |
| 48. Pido ayuda a algún médico o psicólogo para aliviar mi tensión | | | | | X | |
| 49. Acudo a la iglesia para poner velas o rezar | X | | | | | |
| 50. Considero que las cosas por sí solas se solucionan | X | | | | | |
| 51. Analizo lo positivo y negativo de las diferentes alternativas | | | | X | | |
| 52. Me es difícil relajarme | | | | | X | |
| 53. Hago todo lo posible para ocultar mis sentimientos a los otros | X | | | | | |
| 54. Me agredo física o verbalmente | | | X | | | |
| 55. Así lo quiera, no soy capaz de llorar | | | X | | | |
| 56. Tengo muy presente el dicho “al mal tiempo buena cara” | | | | X | | |
| 57. Procuro que algún familiar o amigo me escuche cuando necesito manifestar mis sentimientos | | | X | | | |
| 58. Intento conseguir más información sobre el problema acudiendo a profesionales | | | | | | X |
| 59. Dejo todo en mano de Dios | X | | | | | |
| 60. Espero que las cosas se vayan dando | | X | | | | |

| | | | | | | |
|--|---|--|---|--|---|---|
| 61. Me es difícil pensar en posibles soluciones a mis problemas | X | | | | | |
| 62. Trato de evitar mis emociones | | | | | X | |
| 63. Dejo a un lado los problemas y pienso en otras cosas | X | | | | | |
| 64. Trato de identificar las ventajas del problema | | | | | X | |
| 65. Considero que mis problemas los puedo solucionar sin la ayuda de los demás | | | X | | | |
| 66. Pienso que no necesito la ayuda de nadie y menos de un profesional | X | | | | | |
| 67. Busco tranquilizarme a través de la oración | X | | | | | |
| 68. Frente a un problema, espero conocer bien la situación antes de actuar | | | | | | X |
| 69. Dejo que pase el tiempo | X | | | | | |

Participante: S6

Edad: 63 años

Género: Masculino

Especialidad: Médico anesthesiólogo

A continuación, se plantean diferentes formas que implementan las personas para afrontar los problemas o situaciones estresantes que se les presentan en la vida. Las formas de afrontamiento aquí descritas no son ni buenas ni malas, ni mejores ni peores. Simplemente ciertas personas utilizan unas formas más que otras, dependiendo de la situación problema. Trate de recordar las diferentes situaciones o problemas más estresantes vividos durante los últimos años, y responda señalando con una X en la columna que le señala la flecha (), el número que mejor indique qué tan habitual ha sido esta forma de comportamiento ante las situaciones estresantes.

1- Nunca 2- casi nunca 3- A veces 4- frecuentemente 5- casi siempre 6- siempre

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Trato de comportarme como si nada hubiera pasado | | | X | | | |
| 2. Me alejo del problema temporalmente | | | X | | | |
| 3. Procuro no pensar en el problema | | | | X | | |
| 4. Descargo mi mal humor con los demás | | X | | | | |
| 5. Intento ver los aspectos positivos del problema | | | | X | | |
| 6. Le cuento a familiares o amigos cómo me siento | | X | | | | |
| 7. Procuro conocer mejor el problema con la ayuda de un profesional | | X | | | | |
| 8. Asisto a la iglesia | X | | | | | |
| 9. Espero a que la solución llegue sola | | X | | | | |
| 10. Trato de solucionar el problema siguiendo unos pasos concretos bien pensados | | | X | | | |
| 11. Procuro guardar para mí los sentimientos | | | | | X | |
| 12. Me comporto de forma hostil con los demás | X | | | | | |
| 13. Intento sacar algo positivo del problema | | | X | | | |
| 14. Pido consejo u orientación a algún pariente o amigo para poder afrontar mejor el problema | | X | | | | |
| 15. Busco ayuda profesional para que me guíen y orienten | | X | | | | |
| 16. Tengo fe en que puede ocurrir algún milagro | X | | | | | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|--|--|
| 17. Espero el momento oportuno para resolver el problema | | | X | | | |
| 18. Pienso que con el paso del tiempo el problema se soluciona | | X | | | | |
| 19. Establezco un plan de actuación y procuro llevarlo a cabo | | | X | | | |
| 20. Procuro que los otros no se den cuenta de lo que siento | | | X | | | |
| 21. Evado las conversaciones o temas que tienen que ver con el problema | | | X | | | |
| 22. Expreso mi rabia sin calcular las consecuencias | | X | | | | |
| 23. Pido a parientes o amigos que me ayuden a pensar acerca del problema | X | | | | | |
| 24. Procuro hablar con personas responsables para encontrar una solución al problema | | | X | | | |
| 25. Tengo fe en que Dios remedie la situación | X | | | | | |
| 26. Pienso que hay un momento oportuno para analizar la situación | | | X | | | |
| 27. No hago nada porque el tiempo todo lo dice | X | | | | | |
| 28. Hago frente al problema poniendo en marcha varias soluciones | | | | X | | |
| 29. Dejo que las cosas sigan su curso | | | X | | | |
| 30. Trato de ocultar mi malestar | | | | X | | |
| 31. Salgo al cine, a dar una vuelta, etc., para olvidarme del problema | | | | X | | |
| 32. Evito pensar en el problema | | | | X | | |
| 33. Me dejó llevar por mi mal humor | X | | | | | |
| 34. Hablo con amigos o familiares para que me animen o tranquilicen cuando me encuentro mal | | X | | | | |
| 35. Busco la ayuda de algún profesional para reducir mi ansiedad o malestar | | X | | | | |
| 36. Rezo | X | | | | | |
| 37. Hasta que no tenga claridad frente a la situación, no puedo darle la mejor solución a los problemas | | | X | | | |
| 38. Pienso que lo mejor es esperar a ver qué puede pasar | | X | | | | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|--|
| 39. Pienso detenidamente los pasos a seguir para enfrentarme al problema | | | X | | | |
| 40. Me resigno y dejo que las cosas pasen | | X | | | | |
| 41. Inhibo mis propias emociones | | | | X | | |
| 42. Busco actividades que me distraigan | | | | | X | |
| 43. Niego que tengo problemas | | X | | | | |
| 44. Me salgo de casillas | | X | | | | |
| 45. Por más que quiera no soy capaz de expresar abiertamente lo que siento | | | X | | | |
| 46. A pesar de la magnitud de la situación tiendo a sacar algo positivo | | | | X | | |
| 47. Pido a algún amigo o familiar que me indique cual sería el mejor camino a seguir | | X | | | | |
| 48. Pido ayuda a algún médico o psicólogo para aliviar mi tensión | | X | | | | |
| 49. Acudo a la iglesia para poner velas o rezar | X | | | | | |
| 50. Considero que las cosas por sí solas se solucionan | X | | | | | |
| 51. Analizo lo positivo y negativo de las diferentes alternativas | | | | | X | |
| 52. Me es difícil relajarme | | | | | X | |
| 53. Hago todo lo posible para ocultar mis sentimientos a los otros | | | | X | | |
| 54. Me agredo física o verbalmente | | | | | X | |
| 55. Así lo quiera, no soy capaz de llorar | | | X | | | |
| 56. Tengo muy presente el dicho “al mal tiempo buena cara” | | | X | | | |
| 57. Procuro que algún familiar o amigo me escuche cuando necesito manifestar mis sentimientos | | X | | | | |
| 58. Intento conseguir más información sobre el problema acudiendo a profesionales | | | X | | | |
| 59. Dejo todo en mano de Dios | X | | | | | |
| 60. Espero que las cosas se vayan dando | | | X | | | |

| | | | | | | |
|--|---|--|---|---|---|--|
| 61. Me es difícil pensar en posibles soluciones a mis problemas | | | X | | | |
| 62. Trato de evitar mis emociones | | | X | | | |
| 63. Dejo a un lado los problemas y pienso en otras cosas | | | | X | | |
| 64. Trato de identificar las ventajas del problema | | | X | | | |
| 65. Considero que mis problemas los puedo solucionar sin la ayuda de los demás | | | | | X | |
| 66. Pienso que no necesito la ayuda de nadie y menos de un profesional | | | X | | | |
| 67. Busco tranquilizarme a través de la oración | X | | | | | |
| 68. Frente a un problema, espero conocer bien la situación antes de actuar | | | | | X | |
| 69. Dejo que pase el tiempo | | | X | | | |

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS DE LA INVESTIGACIÓN

A continuación, se adjunta las tablas de análisis de cada una de las unidades antes mencionadas.

Tabla 11

Unidades de análisis relacionadas con los estresores detectados en el participante S1

| PARTICIPANTE S1 | |
|---|---|
| Carga horaria | <p>“Nos recargaron con el trabajo”</p> <p>“Teníamos que trabajar el doble para que queden cubiertos los siete días de la semana”</p> <p>“Yo vivo solo, solo con mi hija y en época del COVID mi hija estaba con la madre, así que yo estaba sólo la mayor parte del tiempo y bueno eso me permitía estar mucho más tiempo de guardia”</p> |
| Demanda de pacientes | <p>“Durante la pandemia la mayor parte de los tratamientos eran pacientes con COVID”</p> <p>“Empezaron a disminuir los casos. Cuando antes había 68 casos por día, empezaron a disminuir a 30, después 10 y así, empezaron a bajar y bajar y bajar”</p> <p>“Fueron bajando los casos y pudimos manejarlo, si no, no sé qué hubiera sido, un desastre porque ya estábamos a tope”</p> |
| Muertes | <p>“Y eso salvó muchas vidas y casos extraordinarios”</p> <p>“Veíamos morir gente y eso puede generar mucha angustia y miedo”</p> <p>“Empezó a morir gente porque no teníamos como atenderlos”</p> |
| Riesgo de su vida y riesgos de vida de su familia/amigos | |
| Desconocimiento sobre la enfermedad | <p>“Al principio de la pandemia había una falta de información digamos, con respecto, mejor dicho, un desconocimiento, una falsa información con respecto al tratamiento de COVID”</p> <p>“La pregunta mía era ¿cuál era el tratamiento adecuado? Y justo llega a mis manos un estudio, justo estaba una enfermera argentina trabajando en Italia cuidando pacientes con COVID y le habían realizado este tratamiento y ella comentó esto en un grupo de enfermeras del mundo y una persona muy allegada a mí que estaba en el grupo le pregunta cuál era el tratamiento, entonces en parte privada le manda cual era el tratamiento en castellano escrito a mano sobre todos los casos, leves, medianos y graves, cómo debían hacerse los tratamientos. Entonces eso que me pasó a mano yo lo pasé en limpio en el teléfono y lo adecué al tratamiento en Argentina y lo viralicé”</p> <p>“Ya que no sabíamos que tratamiento hacer”</p> |
| Falta de insumos médicos y recursos humanos | <p>“Ya de por sí hay una falta de recursos humanos, y en este caso en particular muchos colegas que pudieron haber tenido algún tipo de factor de riesgo, ya sea obesidad, diabetes, hipertensión, lo que fuese, este... que no hacían guardia y se disminuyó a la mitad la cantidad de médicos que podíamos hacer guardia”</p> <p>“Circulaban muchos videos de que no había muchos médicos”</p> |

| | |
|---|---|
| | <p>“Hemos conseguido también muchas donaciones, bastante dinero, compramos grandes cantidades del laboratorio de Córdoba que era el originario”</p> <p>“Nosotros hemos llegado a un punto donde ya no había más camas. Faltaban camas y faltaba oxígeno”</p> <p>“Yo he conseguido grandes cantidades de Ivermectina que había podido repartir en laboratorios, por ejemplo, había conseguido gran ayuda económica para comprar en grandes cantidades. Y a partir de eso empecé a repartir a todos los compañeros en general de toda la clínica y bueno, también muchos pacientes y eso, como decirte, alivió, salvó muchas vidas, disminuyó las características del COVID en personas que habían tomado la Ivermectina”</p> |
| Hechos externos al ambiente laboral de carácter social | |
| Pacientes asintomáticos | “Fue una situación paranoica en el sentido de tener que cuidarnos de todo el mundo, este... porque... porque realmente era así. O sea, esto es como un enemigo invisible que podía contagiarte” |

Fuente: elaboración propia

Tabla 12

Unidades de análisis relacionadas con los estresores detectados en el participante S2

| PARTICIPANTE S2 | |
|---|--|
| Carga horaria | “Por mi especialidad no tuve muchas modificaciones en cuanto a lo que eran los horarios laborales, era normal ocho horas y seis guardias al mes de veinticuatro horas” |
| Demanda de pacientes | “En mi área veíamos pocos casos de COVID ya que por lo general tratábamos de evitar operar a pacientes positivos” |
| Muertes | “Ver pacientes muy enfermos que morían de otras patologías porque la atención principal estaba en pacientes con COVID positivo” |
| Riesgo de su vida y riesgos de vida de su familia/amigos | |
| Desconocimiento sobre la enfermedad | |
| Falta de insumos médicos y recursos humanos | |
| Hechos externos al ambiente laboral de carácter social | |
| Pacientes asintomáticos | |

Fuente: elaboración propia

Tabla 13

Unidades de análisis relacionadas con los estresores detectados en el participante S3

| PARTICIPANTE S3 | |
|---|---|
| Carga horaria | “A medida que los casos aumentaban, se enfermaban colegas, a aquellos con agentes de riesgo se los mandó a aislarse en su domicilio por lo cual éramos menos médicos cubriendo esas horas y empezamos a repartirnos más carga horaria” |
| Demanda de pacientes | |
| Muertes | |
| Riesgo de su vida y riesgos de vida de su familia/amigos | |
| Desconocimiento sobre la enfermedad | |
| Falta de insumos médicos y recursos humanos | <p>“Me sentí muchas veces que estaba trabajando sola contra un sistema totalmente colapsado”</p> <p>“Desde mi experiencia, por suerte, siempre contamos con los suplementos necesarios para nuestra protección”</p> <p>“Entre colegas nos acompañamos mucho para poder afrontar de la mejor manera el trabajo que teníamos que realizar”</p> <p>“Al ir pasando el tiempo y contar con menos camas, oxígeno y demás para los casos más graves me sentí sola en este sistema”</p> <p>“No conseguir camas y oxígeno para pacientes que se presentaban en la clínica, tomando la decisión de que, para que reciba atención médica, dejarlo en internación domiciliaria y volver aquí para la situación se repitiera con otro paciente”</p> <p>“La falta de camas y de oxígeno a medida que avanzaba la pandemia”</p> |
| Hechos externos al ambiente laboral de carácter social | <p>“Desde mi punto de vista sentía como cierto rechazo por parte de las personas cuando me veían vestida con el uniforme de trabajo, si bien éramos médicos y estábamos para ayudarlos, también entiendo que pudieran tener miedo que los contagiemos por el hecho de tener relación con personas positivas de COVID-19, algunas personas lo disimulaban más que otras a esta situación o quizás era lo que yo pensaba”</p> <p>“También me resultó un poco estresante ver a algunas personas que no tomaban medidas de protección o que seguían su vida sin cuidar al otro o a ellos mismos”</p> <p>“Veía muchas personas que dejaban de cuidarse o nunca lo hicieron”</p> <p>“Ver que la gente no se cuidaba como correspondía y saber con cuanto esfuerzo y dedicación yo y cada uno de mis colegas peleábamos para atenderlos y solucionar la situación si se contagiaban”</p> |
| Pacientes asintomáticos | |

Fuente: elaboración propia

Tabla 14

Unidades de análisis relacionadas con los estresores detectados en el participante S4

| PARTICIPANTE S4 | |
|---|---|
| Carga horaria | <p>“Hacíamos un horario donde nos íbamos turnando todos los médicos para ver los casos de COVID”</p> <p>“Teníamos que modificar la atención en consultorios externos y la atención en las salas para poder organizarnos con la atención de pacientes COVID, porque tampoco podíamos estar mucho tiempo”</p> <p>“Tres o cuatro horas a la mañana, entonces eran turnos más cortitos y nos íbamos turnando y nos tocaba a la mañana o a la tarde”</p> |
| Demanda de pacientes | <p>“La consulta era por todos lados, eran en la clínica, en el hospital, a los lugares a donde vos ibas, la consulta por el teléfono, era en todos lados”</p> <p>“Mucha demanda de pacientes, el paciente muy sobre exigente, demasiado exigente”</p> <p>“Ya llegaba un momento que vos, por ejemplo, veías 10/15 pacientes tratándole el tema a cada uno”</p> <p>“El paciente te demandaba no solamente atención, sino también que le des la medicación, que es totalmente entendible porque a veces no tiene para comprar y eran como 6/7 medicamentos que le teníamos que dar”</p> |
| Muertes | <p>“Muchas muertes en donde los pacientes se morían y no había mucho por hacer”</p> <p>“A mí me tocó muy de cerca la muerte de un colega muy querido”</p> <p>“Y la angustia ha sido esto justamente, esto de ver morir gente que uno conocía, que uno quería y que vos no te imaginabas que les iba a pasar, sobre todo, por ejemplo, colegas, porque nos han enseñado como cuidarnos y nos habían dado todas las herramientas para cuidarnos y no podía entender eso”</p> <p>“Y bueno, después el fallecimiento de gente muy joven, de gente joven es lo más doloroso”</p> |
| Riesgo de su vida y riesgos de vida de su familia/amigos | <p>“Me llevó a un aislamiento familiar para preservarlos a ellos”</p> <p>“Sentí como mucho miedo, pero no tanto por mí, sino por mi familia”</p> <p>“Una tensión permanente de pensar ¿se estará cuidando?, ¿habrán estado en contacto con alguien que los haya contagiado?, si están enfermos ¿cómo irán a llevar la enfermedad?”</p> <p>“Cuidarte en cada detalle para no contagiarte y a su vez, tratar de poder darle la atención correspondiente al otro”</p> |
| Desconocimiento sobre la enfermedad | <p>“Hemos visto una patología que realmente era desconocida en absolutamente todo, porque aparte teníamos versiones totalmente diferentes y tratamientos totalmente diferentes”</p> <p>“Teníamos que ir viendo nosotros que era lo que resultaba, porque cada lugar iba viendo qué tratamiento era el más aceptable y te daba más resultado con los pacientes. Y traumática porque es algo desconocido”</p> |

| | |
|---|---|
| | “No teníamos una comprensión del problema que estaba pasando, era exigencia permanente” |
| Falta de insumos médicos y recursos humanos | “Nos daban una cantidad determinada de medicamentos y eso había que racionarlos, pero bueno no se entiende, por lo menos yo nunca entendí eso de poder racionarlo para darle a diez, porque cumplen la mitad del tratamiento” |
| Hechos externos al ambiente laboral de carácter social | “He dejado de compartir” “La sociedad de por sí, al saber que eras médico, por ejemplo, situaciones en las que uno salía, obviamente con todas las precauciones, salía, por ejemplo, con el ambo a hacer compras en un lugar y te veían medio raro, como que no sé si rechazo, pero obviamente todo el mundo estaba aterrorizado y todo el mundo tenía miedo de morirse ¿entendes?. Mucha paranoia, entonces, te veían a vos con el ambo y como que vos sentías esa tensión y la gente, algunos eran sutiles y otros no” |
| Pacientes asintomáticos | |

Fuente: elaboración propia

Tabla 15

Unidades de análisis relacionadas con los estresores detectados en el participante S5

| PARTICIPANTE S5 | |
|---|--|
| Carga horaria | “Al principio compartíamos la guardia con un colega (...) entonces teníamos intercaladas las guardias” “Y los turnos se hicieron cada vez más extensos en cuanto a cantidad de horas” |
| Demanda de pacientes | “A medida que avanzaba la enfermedad era difícil encontrar un paciente que no esté infectado por COVID” “Después, a mediados de ese año, los casos empezaron a aumentar, había muchos pacientes en estado crítico” “Los turnos se hicieron cada vez más extensos (...) sobre todo cantidad de pacientes que teníamos que atender” “Hubo un tiempo en el primer año, cuando de repente empezaron a aumentar los casos, había pacientes muy enfermos, colegas, amigos y hasta familiares” |
| Muertes | “De repente él empezó a mejorar, pero de un momento a otro su cuadro se agravó tanto que no podíamos salvarlo. Esto me generó mucha angustia, principalmente porque conocía a la familia, lo conocía a él, era un chico joven (...) sin embargo, su cuerpo reaccionó de tal manera que lo llevó a la muerte” |
| Riesgo de su vida y riesgos de vida de su familia/amigos | “Tenía miedo de volver a enfermarme y contagiar a mi familia y que ellos si tengan complicaciones en el cuadro” “Tenía miedo por mis hijos, por el resto de mi familia, por mis amigos, porque sabía que, aunque tomen todas las medidas, si te tenías que enfermar te ibas a enfermar por más que te cuides de mil maneras y lo que más preocupación me daba era como iban a pasar la enfermedad en el caso que les tocara” |
| Desconocimiento sobre la enfermedad | “Se decían muchas cosas, todo era a prueba y error, probar este medicamento, este tipo de tratamiento, el otro, hasta ver cual funcionaba con cada paciente” |

| | |
|---|--|
| | <p>“Al no saber nada casi sobre la enfermedad la paranoia era grande”</p> <p>“Había mucha desinformación que generaba más preocupación”</p> <p>“No saber que estaba pasando, que sea todo a prueba y error me generaba mucha angustia”</p> |
| Falta de insumos médicos y recursos humanos | <p>“Se empezó a notar la falta de camas”</p> <p>“En un momento ante la falta de camas y oxígeno”</p> <p>“Si en ese momento íbamos a tener los insumos y materiales para atenderlos como corresponde”</p> <p>“No había camas, los insumos y materiales se empezaron a terminar”</p> |
| Hechos externos al ambiente laboral de carácter social | <p>“Sentirme, por decirlo de alguna manera, rechazado por mi profesión, salir a la calle era muchas veces que te miren raro, se alejen, más de lo establecido claro, como sentir esa incomodidad por miedo al contagio”</p> |
| Pacientes asintomáticos | |

Fuente: elaboración propia

Tabla 16

Unidades de análisis relacionadas con los estresores detectados en el participante S6

| PARTICIPANTE S6 | |
|-----------------------------|---|
| Carga horaria | <p>“Situación de agotamiento físico y mental debido al exceso de trabajo”</p> <p>“Eran turnos de doce horas, a veces iba varios días seguidos. En un principio teníamos que ir dos semanas seguidas todos los días, doce horas por día, después empezaron a turnar un día sí y a los tres días volvías y así. Cuando estalló, cuando ya se puso grave la situación, (...) ya ibas tu día y empezabas a reemplazar los otros tres días a los médicos que se enfermaron y yo que no me contagie iba prácticamente todos los días y terminaba agotado porque ya no tenía un día de descanso en meses y el día que me tocaba descansar estaba en mi casa y me llamaban y tenía que volver al trabajo”</p> |
| Demanda de pacientes | <p>“Cuando empezó la pandemia no había tantos casos, nosotros hacíamos testeos nada más, de todos los pacientes que llegaban con enfermedades respiratorias”</p> <p>“Recibía los pacientes, les hacía el interrogatorio, pedía el laboratorio y les hacía el hisopado. Cuando empezaron a aumentar los casos, nosotros específicamente de anestesia íbamos a las terapias, ya obviamente todos con pacientes positivos y ahí ya veía pacientes obviamente positivos en estado grave”</p> <p>“Por mi especialidad yo no estoy acostumbrado a tratar en consulta a tantos pacientes (...) y por la demanda necesaria me veía obligado”</p> |
| Muertes | <p>“Pase de hacer simples testeos, a la atención de pacientes con cuadros graves, la mayoría entubado, moribundo, la gran mayoría en general a punto de morir”</p> |

| | |
|---|--|
| | <p>“Me veía obligado a hacer algo que no me gusta tanto y sobre todo ver morir tantos pacientes en poco tiempo”</p> <p>“Hubo gente que murió y eso te pone triste, porque morían atendidos por nosotros (...) era gente querida que trabajaba con nosotros en la vida diaria, desde enfermeros médicos, profesores de algo, conocidos, sacando los puntos que pasan por algo más familiar”</p> <p>“Hubo varios de nuestros compañeros que se enfermaron, que tuvimos que atenderlos nosotros, personas que murieron”</p> <p>“Un colega en particular que falleció, que tenía dos hijitos de tres años”</p> |
| Riesgo de su vida y riesgos de vida de su familia/amigos | “Pensar que no iban a estar el día de mañana” |
| Desconocimiento sobre la enfermedad | |
| Falta de insumos médicos y recursos humanos | <p>“Se empezaron a enfermar los médicos también”</p> <p>“Hubo varios de nuestros compañeros que se enfermaron, que tuvimos que atenderlos nosotros”</p> |
| Hechos externos al ambiente laboral de carácter social | |
| Pacientes asintomáticos | |

Fuente: elaboración propia

A continuación, se presenta el análisis correspondiente a cada una de las 6 (seis) unidades mencionadas en el apartado anterior, sumando también las 2 (dos) unidades de análisis que surgieron a lo largo de la recolección de la información. En ellas se describirá el surgimiento de los estresores para aquellos profesionales médicos que realizaron su labor durante el primer año de pandemia producto de la enfermedad de COVID-19 en la Clínica 9 de Julio de la ciudad de San José de Metán, su modalidad de aparición, las circunstancias en las que emergen y una exploración superficial que permita constatar la lectura que los actores mismos realizan sobre este último.

Manifestaciones de estresores en el personal médico en relación a la carga horaria

En relación a las manifestaciones que refieren a la carga horaria que debieron cumplir los médicos que realizaban su labor en la Clínica 9 de Julio de la ciudad de San José de Metán durante el primer año de pandemia producto de la enfermedad COVID-19, abarcando las referencias de los participantes se relata lo mencionado por el participante S6 en relación a la vivencia propia con respecto a la modificación de trabajo debido a esta situación como una *“situación de agotamiento físico y mental debido al exceso de*

trabajo”. Si bien, como se mencionó a lo largo de la presente investigación el estrés es una respuesta adaptativa de los seres vivos ante los acontecimientos que pueden vivenciar, depende de la valoración que cada uno le otorgue para que este sea positivo o negativo. Se hace referencia aquí a estresores laborales, debido a que se producen exclusivamente en el ámbito laboral propiamente dicho, evidenciando en esta oportunidad las demandas que la situación exigía para intentar sobrellevarla.

Tomando lo mencionado por el participante S6 quien además de hacer referencia al exceso de trabajo que conllevó esta situación describe cómo se fue modificando la situación a medida que avanzaba la pandemia y con ella los casos, *“eran turnos de doce horas, a veces iba varios días seguidos. En un principio teníamos que ir dos semanas seguidas todos los días, doce horas por día, después empezaron a turnar un día sí y a los tres días volvías y así. Cuando estalló, cuando ya se puso grave la situación, (...) ya ibas tu día y empezabas a reemplazar los otros tres días a los médicos que se enfermaron y yo que no me contagie iba prácticamente todos los días y terminaba agotado porque ya no tenía un día de descanso en meses y el día que me tocaba descansar estaba en mi casa y me llamaban y tenía que volver al trabajo”*, es posible observar en estos dichos que los requerimientos a los que este participante debió hacer frente en su labor pudieron conllevar a una sobre exigencia en sus capacidades tanto físicas como psicológicas para poder superar la demanda existente en el medio.

A medida que avanzaba la enfermedad y empezaban a surgir más y más casos, la carga horaria y demás labores de los médicos empezaron a aumentar, esto puede verse reflejado en los dichos de la mayoría de los participantes. El participante S1 menciona que debido a la ausencia de colegas por enfermedad u otro motivo, *“teníamos que trabajar el doble para que queden cubiertos los siete días de la semana”* a su vez comenta que *“nos recargaron con el trabajo”*, mientras que el participante S3 menciona que *“a medida que los casos aumentaban, se enfermaban colegas, a aquellos con agentes de riesgo se los mandó a aislarse en su domicilio por lo cual éramos menos médicos cubriendo esas horas y empezamos a repartirnos más carga horaria”*, el participante S5 comenta *“y los turnos se hicieron cada vez más extensos en cuanto a cantidad de horas”*, esto pudo generar una situación de distrés para los mismos, ya que conllevaba a una sobre exigencia para los profesionales que debieron hacerse cargo y adaptarse a la situación.

Encontramos por otro lado, que esto puede estar relacionado con la especialidad, contacto con los pacientes e incluso con la personalidad de cada uno de los profesionales ya que algunos se ofrecían voluntariamente para realizar labores que por lo general en su

especialidad no se demandaban para poder cubrir y atender a los pacientes que se presentaron en la institución en ese período de tiempo, esto se ve reflejado en lo dicho por el participante S2 quien menciona que *“por mi especialidad no tuve muchas modificaciones en cuanto a lo que eran los horarios laborales, era normal ocho horas y seis guardias al mes de veinticuatro horas”*, donde se pone en evidencia que la misma situación puede no generar distrés para la persona según la valoración que la misma otorga a la vivencia.

Manifestaciones de estresores en el personal médico en relación a la demanda de pacientes

En lo que respecta a la demanda de pacientes durante el primer año de la pandemia los profesionales mencionan que a medida que avanzaba la enfermedad los casos positivos iban en aumento, haciendo casi constante la atención de los mismos en todas las áreas de la medicina, el participante S4 menciona que *“la consulta era por todos lados, eran en la clínica, en el hospital, a los lugares a donde vos ibas, la consulta por el teléfono, era en todos lados”*, con base en los comentarios realizados por la mayoría de los participantes de la investigación es posible observar que el estresor, entendiéndose estresor como aquellas exigencias ante las que los profesionales médicos tenían que enfrentarse y debieron superar y resolver, eran estresores laborales y sociales, ya que en esta oportunidad además de abarcar el trabajo de los mismos, las consultas se extendieron a su día a día en su ámbito social, el participante S5 menciona que *“a medida que avanzaba la enfermedad era difícil encontrar un paciente que no esté infectado por COVID”*, por su parte el participante S2 comenta que *“en mi área veíamos pocos casos de COVID ya que por lo general tratábamos de evitar operar a pacientes positivos”* y el participante S6 informa que *“cuando empezó la pandemia no había tantos casos, nosotros hacíamos testeos nada más, de todos los pacientes que llegaban con enfermedades respiratorias”*, estos relatos hacen referencia a los inicios de la pandemia, donde dichos participantes informan que a medida que la misma avanzaba los casos y el trabajo iba en aumento para su profesión, esto se ve los dichos de diversos participantes, reflejando así una valoración negativa, mostrando que este estresor tanto laboral como social, estaba superando sus capacidades, demandándoles una sobre exigencia para poder brindar una respuesta a las demandas que la situación requería e incluso afectando sus relaciones interpersonales. El participante S5 comenta que *“hubo un tiempo en el primer año, cuando de repente empezaron a aumentar los casos, había pacientes muy enfermos, colegas, amigos y hasta familiares”*, *“después, a mediados de ese año, los casos*

empezaron a aumentar, había muchos pacientes en estado crítico” y que “los turnos se hicieron cada vez más extensos (...) sobre todo la cantidad de pacientes que teníamos que atender”. Por su parte, el participante S6 cuenta su experiencia y su labor a lo largo de la pandemia, informando que al principio de la misma “recibía los pacientes, les hacía el interrogatorio, pedía el laboratorio y les hacía el hisopado. Cuando empezaron a aumentar los casos, nosotros específicamente de anestesia íbamos a las terapias, ya obviamente todos con pacientes positivos y ahí ya veía pacientes obviamente positivos en estado grave”, y que a medida que la enfermedad avanzaba y los casos aumentaban a pesar de su especialización relata la siguiente situación “por mi especialidad yo no estoy acostumbrado a tratar en consulta a tantos pacientes (...) y por la demanda necesaria me veía obligado”.

Por otra parte, el participante S4 hace referencia a la demanda que tenían los pacientes para con los profesionales comentando que había “*mucha demanda de pacientes, el paciente muy sobre exigente, demasiado exigente*” y además que “*el paciente te demandaba no solamente atención, sino también que le des la medicación, que es totalmente entendible porque a veces no tiene para comprar y eran como 6/7 medicamentos que le teníamos que dar*”, a su vez dicho participante también hizo alusión a la cantidad de pacientes que por lo general atendían en la diaria “*ya llegaba un momento que vos, por ejemplo, veías 10/15 pacientes tratándole el tema a cada uno*”.

A medida que avanzaba el año y el “pico” de la pandemia disminuía, con el empezaron a disminuir de igual forma los casos, el participante S1 hace referencia a este hecho “*empezaron a disminuir los casos. Cuando antes había 68 casos por día, empezaron a disminuir a 30, después 10 y así, empezaron a bajar y bajar y bajar*”, y que de esta manera pudieron llevar de mejor manera su labor de atención, disminuyendo a su vez la tensión del trabajo, “*fueron bajando los casos y pudimos manejarlo, si no, no sé qué hubiera sido, un desastre porque ya estábamos a tope*”. Los relatos de los participantes tomados en cuenta para este apartado muestran el cambio de valoración que se tiene sobre la situación a lo largo del primer año de pandemia, manifestando que al inicio, donde si bien se propuso un cambio drástico en el modo de vida en general debido al aislamiento social, preventivo y obligatorio propuesto por el gobierno, al no haber tantos casos la valoración de la situación era positiva, por lo que no generaba una sobre exigencia por parte de los profesionales para hacer frente a la situación, esto puede entenderse también en el momento en que los casos empezaron a disminuir, donde se puede observar cierto alivio en los dichos del personal médico. Cuando se llegó al “pico”

de pandemia, la demanda de pacientes, connotan estresores de tipo laboral y social, mostrando el desequilibrio existente entre las exigencias y presiones que demandaba la situación, los medios y posibilidades de los profesionales.

Manifestación de estresores en el personal médico en relación a las muertes

Si bien la posibilidad de que los profesionales médicos vivencien la muerte de uno o más pacientes a lo largo de su carrera es algo esperable, debido a la situación de pandemia mundial por la cual el mundo se encontraba atravesando la cantidad de muertes diarias iban en aumento, esto puede verse reflejado en dichos del participante S4 *“muchas muertes en donde los pacientes se morían y no había mucho por hacer”* y los del participante S6 *“me veía obligado a hacer algo que no me gusta tanto y sobre todo ver morir tantos pacientes en poco tiempo”*. A medida que la pandemia avanzaba, se empezaba a dar prioridad a dicha enfermedad, dejando las otras patologías en un segundo plano, el participante S2 comenta esto de la siguiente manera *“ver pacientes muy enfermos que morían de otras patologías porque la atención principal estaba en pacientes con COVID positivo”*.

Ya no eran sólo pacientes aislados los que se presentaban a las consultas y que llegaron a fallecer por esta enfermedad, los profesionales empezaron a vivenciar tanto la enfermedad como la muerte de conocidos, amigos, familiares y hasta colegas debido al virus del COVID-19. El participante S4 comentó *“y la angustia ha sido esto justamente, esto de ver morir gente que uno conocía, que uno quería y que vos no te imaginabas que les iba a pasar, sobre todo, por ejemplo, colegas, porque nos han enseñado como cuidarnos y nos habían dado todas las herramientas para cuidarnos y no podía entender eso”* y *“a mí me tocó muy de cerca la muerte de un colega muy querido”*. Por su parte el participante S6 también hace mención a la pérdida de compañeros de trabajo, *“hubo gente que murió y eso te pone triste, porque morían atendidos por nosotros (...) era gente querida que trabajaba con nosotros en la vida diaria, desde enfermeros, médicos, profesores de algo, conocidos, sacando los puntos que pasan por algo más familiar”*.

Otros profesionales hicieron mayor énfasis en la muerte de personas jóvenes, el participante S4 menciona *“y bueno, después el fallecimiento de gente muy joven, de gente joven es lo más doloroso”*, por su parte el participante S5 comenta la muerte de un paciente específico, que además de ser joven era conocido en el ámbito personal por él, *“de repente él empezó a mejorar, pero de un momento a otro su cuadro se agravó tanto que no podíamos salvarlo. Esto me generó mucha angustia, principalmente porque*

conocía a la familia, lo conocía a él, era un chico joven (...) sin embargo, su cuerpo reaccionó de tal manera que lo llevó a la muerte”.

Otro punto relacionado con las muertes producto de la pandemia por COVID-19 relatado por los participantes, es la muerte por falta de medios para la atención, el participante S1 comenta que *“empezó a morir gente porque no teníamos como atenderlos”* y también hace referencia a lo que estas muertes provocaban en él *“veíamos morir gente y eso puede generar mucha angustia y miedo”*. Tomando lo reflejado en los relatos aquí mencionados, es posible observar la valoración negativa que tiene la cantidad de muertes producidas en este período de tiempo, donde se relatan muertes sorpresivas de pacientes, conocidos, colegas y familiares, muertes de personas de corta edad y muertes producto de la falta de insumos necesarios para la atención, produciendo en los profesionales una sobre exigencia sobre todo psicológica para poder continuar su labor lo mejor posible a pesar de la angustia relatada.

Manifestaciones de estresores en el personal médico en relación al riesgo de la propia vida y de la vida de su familia/amigos

En relación a lo mencionado sobre el riesgo al cual se exponían los profesionales médicos, los mismos hacen énfasis en la importancia que tenía para ellos su familia y conocidos más que la preocupación por su propia salud. Esto se puede ver reflejado en diversos dichos de los participantes, el participante S4 comentó con respecto a esta situación que *“me llevó a un aislamiento familiar para preservarlos a ellos”, “sentí como mucho miedo, pero no tanto por mí, sino por mi familia”* y *“una tensión permanente de pensar ¿se estará cuidando?, ¿habrán estado en contacto con alguien que los haya contagiado?, si están enfermos ¿cómo irán a llevar la enfermedad?”*, el participante S5, también hizo alusión a que sentía mayor preocupación por su familia que por él mismo *“tenía miedo de volver a enfermarme y contagiar a mi familia y que ellos si tengan complicaciones en el cuadro”* y *“tenía miedo por mis hijos, por el resto de mi familia, por mis amigos, porque sabía que, aunque tomen todas las medidas, si te tenías que enfermar te ibas a enfermar por más que te cuides de mil maneras y lo que más preocupación me daba era como iban a pasar la enfermedad en el caso que les tocara”*, al igual que el participante S6 *“pensar que no iban a estar el día de mañana”*.

La vivencia de los profesionales médicos con respecto a su salud y sobre todo la salud de sus conocidos y familiares connotan una valoración negativa de la situación, en estos dichos el estresor de carácter laboral, pasa a formar parte del sistema social y familiar, donde además de sobre exigirse en su lugar de trabajo, tomaron medidas en su

hogar o su lugar de residencia con el fin de cuidar a sus seres queridos, lo que provocó la modificación de sus relaciones interpersonales y un desgaste psicológico que podía afectar de manera física a los profesionales, provocando por ejemplo, insomnio, como lo menciona el participante S4.

Manifestación de estresores en el personal médico en relación al desconocimiento sobre la enfermedad

Con respecto al desconocimientos en relación a la enfermedad, aquellos participantes que hicieron referencia sobre el tema concordaron, en su mayoría, en que había desconocimiento sobre la misma al tratarse de una nueva patología, lo que conllevó muchas veces a una desinformación generada por los supuestos. Es posible ver reflejada esta situación en lo mencionado por el participante S1 quien informa que *“al principio de la pandemia había una falta de información digamos, con respecto, mejor dicho, un desconocimiento, una falsa información con respecto al tratamiento de COVID”*, a su vez el participante S4 comentó *“hemos visto una patología que realmente era desconocida en absolutamente todo, porque aparte teníamos versiones totalmente diferentes y tratamientos totalmente diferentes”* y *“no teníamos una comprensión del problema que estaba pasando, era exigencia permanente”*, mientras que el participante S5 menciona que *“al no saber nada casi sobre la enfermedad la paranoia era grande”*, también que *“había mucha desinformación que generaba más preocupación”* y que *“no saber que estaba pasando, que sea todo a prueba y error me generaba mucha angustia”*, llevándolos a la mayoría a buscar, como lo mencionan, a prueba y error la mejor cura y tratamiento posible para sus pacientes. El participante S4 comentó *“teníamos que ir viendo nosotros que era lo que resultaba, porque cada lugar iba viendo qué tratamiento era el más aceptable y te daba más resultado con los pacientes. Y traumática porque es algo desconocido”*, mientras que el participante S5 menciona *“se decían muchas cosas, todo era a prueba y error, probar este medicamento, este tipo de tratamiento, el otro, hasta ver cual funcionaba con cada paciente”*, es posible interpretar por todo lo mencionado por los participantes que aquello que concierne al desconocimiento que se tenía sobre la patología en ese período de tiempo generó distrés en los profesionales, llevándolos a sobre exigirse a sí mismos, en sus conocimientos y capacidades, para poder encontrar el tratamiento adecuado y posiblemente una cura para atender a cada uno de los pacientes que se presentaban a consulta, generando de esta manera una valoración negativa al suceso presente.

Manifestaciones de estresores en el personal médico en relación a la falta de insumos médicos y recursos humanos

Con respecto a este apartado, es posible notar dos grandes menciones en cuando a los estresores laborales que pudieron generar algún tipo de complicación durante este período de tiempo. Por un lado, los profesionales médicos hacen referencia a la falta de recursos humanos, algunos mencionan que antes de la pandemia ya la cantidad de profesionales era acotada y hace mención de que dicha enfermedad agravó la situación, el participante S1 comentó *“ya de por sí hay una falta de recursos humanos, y en este caso en particular muchos colegas que pudieron haber tenido algún tipo de factor de riesgo, ya sea obesidad, diabetes, hipertensión, lo que fuese, este... que no hacían guardia y se disminuyó a la mitad la cantidad de médicos que podíamos hacer guardia”*, también hizo mención de lo que escuchaba sobre la situación a nivel mundial informando que *“circulaban muchos videos de que no había muchos médicos”*, el participante S6 también hace referencia a esta situación *“se empezaron a enfermar los médicos también”* y *“hubo varios de nuestros compañeros que se enfermaron, que tuvimos que atenderlos nosotros”*.

Por otra parte, los profesionales comentaron sobre la falta de insumos, donde a su vez es posible observar la diferencia de los dichos entre lo que respecta a insumos para el cuidado del personal y a los insumos destinados a los pacientes. Con respecto a los insumos para el cuidado del personal, se encuentra lo mencionado por el participante S3 *“desde mi experiencia, por suerte, siempre contamos con los suplementos necesarios para nuestra protección”*. Con respecto a los insumos destinados a los pacientes, desde medicamentos hasta camas, los dichos de los participantes demuestran que a medida que avanzaba la enfermedad eran cada vez más escasos en relación a la demanda, el participante S1 mencionó *“nosotros hemos llegado a un punto donde ya no había más camas. Faltaban camas y faltaba oxígeno”*, el participante S3 *“al ir pasando el tiempo y contar con menos camas, oxígeno y demás para los casos más graves me sentí sola en este sistema”*, también comentó las alternativas por las cuales optaban al no contar con el espacio necesario para la atención, *“no conseguir camas y oxígeno para pacientes que se presentaban en la clínica, tomando la decisión de que, para que reciba atención médica, dejarlo en internación domiciliaria y volver aquí para que la situación se repitiera con otro paciente”*. Por su parte el participante S5 hizo mención de esta situación en varias oportunidades, en dichos como *“se empezó a notar la falta de camas”*, *“en un momento ante la falta de camas y oxígeno”*, *“si en ese momento íbamos a tener los insumos y*

materiales para atenderlos como corresponde” y “no había camas, los insumos y materiales se empezaron a terminar”.

El participante S4 relató cómo debían manejarse con los insumos para cada paciente, *“nos daban una cantidad determinada de medicamentos y eso había que racionarlos, pero bueno no se entiende, por lo menos yo nunca entendí eso de poder racionarlo para darle a diez, porque cumplen la mitad del tratamiento”* y por otra parte el participante S1 comenta como actuó él con respecto a este tema para poder realizar su trabajo durante este período de tiempo *“hemos conseguido también muchas donaciones, bastante dinero, compramos grandes cantidades del laboratorio de Córdoba que era el originario”* y *“yo he conseguido grandes cantidades de Ivermectina que había podido repartir en laboratorios, por ejemplo, había conseguido gran ayuda económica para comprar en grandes cantidades. Y a partir de eso empecé a repartir a todos los compañeros en general de toda la clínica y bueno, también muchos pacientes y eso, como decirte, alivió, salvó muchas vidas, disminuyó las características del COVID en personas que habían tomado la Ivermectina”.*

Es posible clasificar dicho estresor como un estresor laboral, ya que compete al ámbito donde los médicos desarrollan su actividad profesional, reflejando un desequilibrio entre las exigencias y demandas que la situación presentaba con la capacidad, no sólo de los profesionales sino de la misma institución, provocando en los participantes, en primer lugar una valoración negativa de la vivencia, y por otra parte demandando un nivel de exigencia tanto a nivel físico como psicológico para poder atender a los pacientes que se presentaron, demostrando la presencia de un estresor de nivel vital mayor, ya que fue necesario realizar cambios súbitos y reajustes en los estilos de atención para intentar cumplir con la demanda existente.

Manifestación de estresores en el personal médico en relación a hechos externos al ambiente laboral de carácter social

Al indagar en los relatos de los participantes se encontraron hechos relacionados con la vida social, donde dichos profesionales expresaban el estigma social que percibieron y a su vez cierto malestar por la falta de cuidados de algunos habitantes de la población, mostrando así que los afectaba tanto en su sistema social como en el laboral.

En cuanto al estigma social por su profesión es posible mencionar los dichos del participante S3 *“desde mi punto de vista sentía como cierto rechazo por parte de las personas cuando me veían vestida con el uniforme de trabajo, si bien éramos médicos y estábamos para ayudarlos, también entiendo que pudieran tener miedo que los*

contagiemos por el hecho de tener relación con personas positivas de COVID-19, algunas personas lo disimulaban más que otras a esta situación o quizás era lo que yo pensaba”, el participante S4 por su parte comentó que “la sociedad de por sí, al saber que eras médico, por ejemplo, situaciones en las que uno salía, obviamente con todas las precauciones, salía, por ejemplo, con el ambo a hacer compras en un lugar y te veían medio raro, como que no sé si rechazo, pero obviamente todo el mundo estaba aterrizado y todo el mundo tenía miedo de morirse ¿entendes?. Mucha paranoia, entonces, te veían a vos con el ambo y como que vos sentías esa tensión y la gente, algunos eran sutiles y otros no” y el participante S5 hizo alusión a “sentirme, por decirlo de alguna manera, rechazado por mi profesión, salir a la calle era muchas veces que te miren raro, se alejen, más de lo establecido claro, como sentir esa incomodidad por miedo al contagio”.

Por otro lado, el participante S3 mencionó cierto malestar por la falta de cuidado de algunos habitantes de la población, lo que se puede ver reflejado en las siguientes frases *“veía muchas personas que dejaban de cuidarse o nunca lo hicieron”, “también me resultó un poco estresante ver a algunas personas que no tomaban medidas de protección o que seguían su vida sin cuidar al otro o a ellos mismos” y “ver que la gente no se cuidaba como correspondía y saber con cuanto esfuerzo y dedicación yo y cada uno de mis colegas peleábamos para atenderlos y solucionar la situación si se contagiaban”.*

Los estresores de carácter social aquí mencionados por los profesionales participantes en la investigación, pueden ser considerados como una vivencia con valoración negativa para los mismos, debido a que generaron un malestar en ellos y a su vez necesitaron implementar acciones o pensamientos que significaron exigirse a sí mismos al tratar de entender y seguir trabajando a pesar de la situación y de lo que pasaba a su alrededor en el ámbito social.

Manifestaciones de estresores en el personal médico en relación a los pacientes asintomáticos

En referencia a lo mencionado sobre la presencia de pacientes asintomáticos, los cuales eran portadores de la enfermedad de manera silenciosa, encontramos lo dicho por el participante S1, quien menciona que *“fue una situación paranoica en el sentido de tener que cuidarnos de todo el mundo, este... porque... porque realmente era así. O sea, esto es como un enemigo invisible que podía contagiarte”,* mostrando que, según su experiencia, la vivencia de esta situación fue valorizada con valores negativos pudiendo

desencadenar malestar en el participante ya que era necesario una sobre exigencia emocional para poder sobrellevar la situación y realizar su labor lo más satisfactoriamente posible.

Datos relacionados a las estrategias de afrontamiento arrojados por la Escala EEC-M *Coping* Modificada

Para el análisis de la parte cuantitativa se presentarán los datos obtenidos en dos partes: la primera parte hará referencia a los datos que describen los aspectos generales de la población de estudio, mientras que la segunda parte mostrará la comparación de medias para dar respuesta a los objetivos planteados en la presente investigación.

Género de referencia

La presente contó con 6 participantes, donde un 50% de los encuestados son mujeres y un 50% son varones.

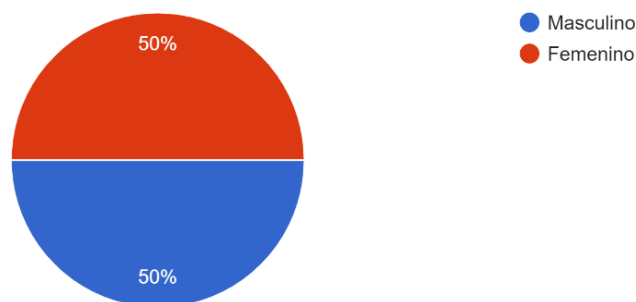


Figura 13. Género de referencia de los participantes. Fuente: elaboración propia.

Edad de los participantes

Con respecto a la edad de los participantes de la investigación, la edad mínima es de 27 años y la más alta es de 63 años de edad. El promedio de edad es 51,3 años y la mediana se ubica en los 54,5 años.

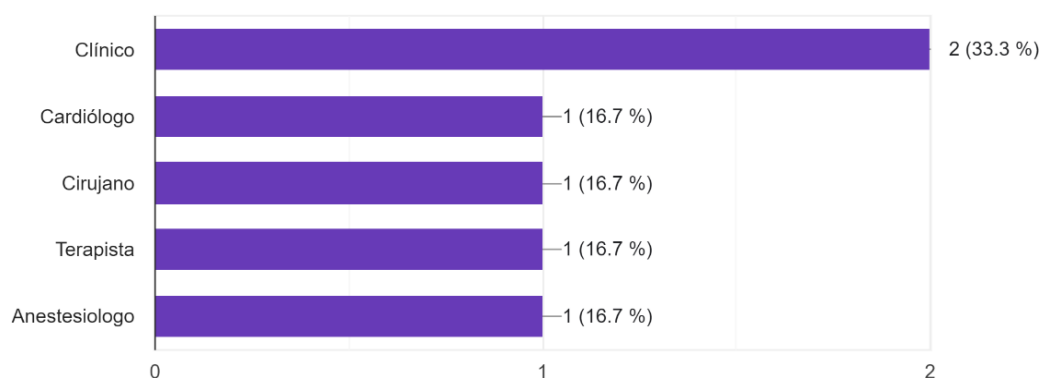
Tabla 17*Edad de los participantes*

| Participante | Edad | Frecuencia | Porcentaje |
|--------------|---------|------------|------------|
| S1 | 62 años | 1 | 16,7 |
| S2 | 47 años | 1 | 16,7 |
| S3 | 27 años | 1 | 16,7 |
| S4 | 55 años | 1 | 16,7 |
| S5 | 54 años | 1 | 16,7 |
| S6 | 63 años | 1 | 16,7 |

Fuente: elaboración propia

Especialidad de los participantes

De acuerdo a la especialidad de los participantes de la investigación el 33,3% (el valor más alto) son médicos clínicos, el 16,7 % son médicos terapeutas, el 16,7% son cirujanos, el 16,7 % cardiólogos y el 16,7% son anesthesiologos.

*Figura 14.* Especialidad de los participantes. Fuente: elaboración propia**Antigüedad en el desempeño del cargo**

En relación a la antigüedad en el desempeño del cargo de los participantes de la investigación, la cantidad de años laborados mínima es de 3 años y la más alta es de 32 años. El promedio en cuanto a la cantidad de años trabajados es de 26,83 y la mediana se ubica en los 25 años. La cantidad de años de labor de mayor frecuencia es de 25 años.

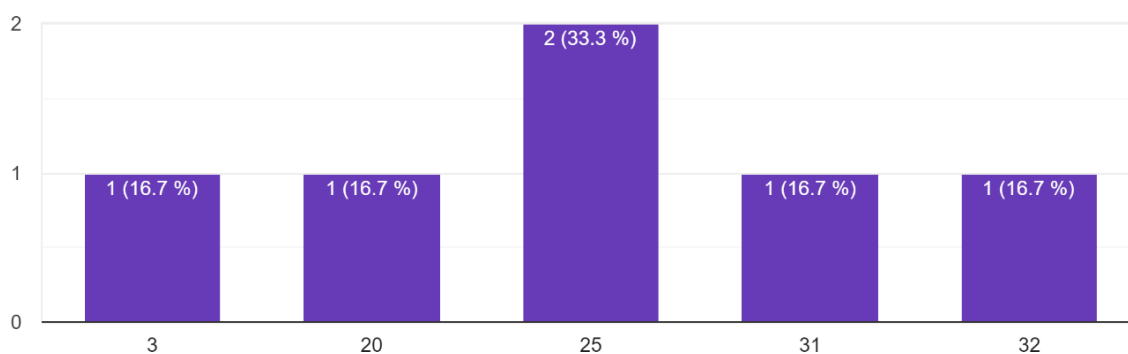


Figura 15. Antigüedad en el desarrollo de la profesión de los participantes. Fuente: elaboración propia

Estrategias de afrontamiento agrupadas en 12 factores

Como es posible visualizar en las presentes tablas de contenido, y a su vez en el correspondiente baremo de la Escala de Estrategias de afrontamiento *Coping* Modificada (EEC-M) (Ver baremo en Anexo V), el participante S1 implementó mayormente para hacer frente a los sucesos producidos en el primer año de pandemia por COVID-19 las siguientes estrategias de afrontamiento: Solución de problemas (99%), Religión (80%) y Reevaluación positiva (99%), mientras que a su vez implemento en menor grado la estrategia de afrontamiento de Búsqueda de apoyo profesional (60%). El participante S2 por su parte utilizó para afrontar el suceso ya mencionado estrategias de afrontamiento como Espera (80%), Evitación cognitiva (94%), Reacción agresiva (75%), Evitación cognitiva (85%), Negación (80%) y Autonomía (99%). El participante S3 hizo uso de estrategias como Búsqueda de apoyo social (78%), Evitación emocional (80%) y Búsqueda de apoyo profesional (94%) y en menor medida Reacción agresiva (65%), Negación (60%), Religión (50%) y Evitación cognitiva (55%). El participante S4 implementó las siguientes estrategias de afrontamiento Solución de problemas (98%), Búsqueda de apoyo social (80%) y Búsqueda de apoyo profesional (88%) y en menor medida Evitación cognitiva (65%), Reevaluación positiva (65%) y Reacción agresiva (55%). El participante S5 se valió de estrategias como Solución de problemas (94%), Búsqueda de apoyo social (80%), Búsqueda de apoyo profesional (99%) y Reevaluación positiva (85%), también utilizó, aunque en menor medida, la estrategia de afrontamiento de Evitación emocional (55%). Por último, el participante S6 empleó en mayor medida la estrategia de afrontamiento de Evitación cognitiva (88%), pero también hizo uso de estrategias como Evitación emocional (68%), Búsqueda de apoyo profesional (60%), Negación (70%) y Autonomía (70%).

Con todo lo aquí expuesto, se considera oportuno mencionar que si bien el personal médico que trabajó en la clínica 9 de Julio durante el primer año de pandemia producida por el virus de SARS-CoV-2 implementó estrategias centradas en la emoción y centradas en el problema para hacer frente a dicho suceso, presentan mayor uso de las últimas aquí mencionadas.

Tabla 18*Frecuencias estadísticas de los 12 factores de la escala EEC-M*

| | | SP | BAS | ESP | REL | EE | BAP | RA | EC | RP | EDA | NEG | AUT |
|--------|----------|-----------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|------|------|
| N | Válido | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 |
| | Perdidos | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Media | | 40,5 0 | 21,83 | 17,67 | 15,67 | 28,33 | 15,83 | 10,50 | 16,50 | 20,67 | 12,33 | 6,83 | 6,00 |
| Mínimo | | 29 | 9 | 12 | 7 | 17 | 5 | 5 | 11 | 15 | 10 | 3 | 3 |
| Máximo | | 52 | 31 | 28 | 29 | 38 | 29 | 16 | 22 | 30 | 14 | 11 | 12 |
| Suma | | 243 | 131 | 106 | 94 | 170 | 95 | 63 | 99 | 124 | 74 | 41 | 36 |

Fuente: elaboración propia

Tabla de resultados obtenidos en la escala por participante

Tabla 19

Resultados obtenidos en los 12 factores de la escala EEC-M por el participante S1

| Factor 1- SP | | Factor 2- BAS | | Factor 3- ESP | | Factor 4- REL | |
|-----------------------|---------|---|---------|-------------------|---------|---------------------|---------|
| Solución de problemas | | Búsqueda de apoyo social | | Espera | | Religión | |
| Ítems | Puntaje | Ítems | Puntaje | Ítems | Puntaje | Ítems | Puntaje |
| 10 | 6 | 6 | 3 | 9 | 1 | 8 | 1 |
| 17 | 6 | 14 | 1 | 18 | 3 | 16 | 6 |
| 19 | 6 | 23 | 1 | 27 | 1 | 25 | 6 |
| 26 | 6 | 24 | 6 | 29 | 1 | 36 | 6 |
| 28 | 6 | 34 | 1 | 38 | 1 | 49 | 1 |
| 37 | 4 | 47 | 1 | 40 | 1 | 59 | 3 |
| 39 | 6 | 57 | 3 | 50 | 1 | 67 | 6 |
| 51 | 6 | PB | 16 | 60 | 2 | PB | 29 |
| 68 | 6 | PC | 20 | 69 | 1 | PC | 80 |
| PB | 52 | | | PB | 12 | | |
| PC | 99 | | | PC | 14 | | |
| Factor 5- EE | | Factor 6- BAP | | Factor 7- RA | | Factor 8- EC | |
| Evitación emocional | | Búsqueda de apoyo profesional | | Reacción agresiva | | Evitación cognitiva | |
| Ítems | Puntaje | Ítems | Puntaje | Ítems | Puntaje | Ítems | Puntaje |
| 11 | 4 | 7 | 2 | 4 | 1 | 31 | 1 |
| 20 | 3 | 15 | 1 | 12 | 1 | 32 | 1 |
| 21 | 1 | 35 | 1 | 22 | 1 | 42 | 4 |
| 30 | 6 | 48 | 1 | 33 | 1 | 54 | 2 |
| 41 | 6 | 58 | 6 | 44 | 1 | 63 | 3 |
| 43 | 1 | PB | 11 | PB | 5 | PB | 11 |
| 53 | 5 | PC | 60 | PC | 1-5 | PC | 15 |
| 62 | 6 | | | | | | |
| PB | 32 | | | | | | |
| PC | 34 | | | | | | |
| Factor 9- RP | | Factor 10- EDA | | Factor 11- NEG | | Factor 12-AUT | |
| Reevaluación positiva | | Expresión de la dificultad de afrontamiento | | Negación | | Autonomía | |
| Ítems | Puntaje | Ítems | Puntaje | Ítems | Puntaje | Ítems | Puntaje |
| 5 | 6 | 45 | 2 | 1 | 1 | 65 | 2 |
| 13 | 6 | 52 | 4 | 2 | 1 | 66 | 1 |
| 46 | 6 | 55 | 6 | 3 | 1 | PB | 3 |
| 56 | 6 | 61 | 1 | PB | 3 | PC | 10 |
| 64 | 6 | PB | 13 | PC | 1-4 | | |
| PB | 30 | PC | 35 | | | | |
| PC | 99 | | | | | | |

Fuente: elaboración propia

Tabla 20

Resultados obtenidos en los 12 factores de la escala EEC-M por el participante S2

| Factor 1- SP | | Factor 2- BAS | | Factor 3- ESP | | Factor 4- REL | |
|-----------------------|---------|---|---------|-------------------|---------|---------------------|---------|
| Solución de problemas | | Búsqueda de apoyo social | | Espera | | Religión | |
| Ítems | Puntaje | Ítems | Puntaje | Ítems | Puntaje | Ítems | Puntaje |
| 10 | 2 | 6 | 2 | 9 | 3 | 8 | 1 |
| 17 | 3 | 14 | 1 | 18 | 3 | 16 | 1 |
| 19 | 2 | 23 | 1 | 27 | 2 | 25 | 1 |
| 26 | 3 | 24 | 2 | 29 | 4 | 36 | 1 |
| 28 | 3 | 34 | 1 | 38 | 4 | 49 | 1 |
| 37 | 4 | 47 | 1 | 40 | 3 | 59 | 1 |
| 39 | 4 | 57 | 1 | 50 | 2 | 67 | 1 |
| 51 | 4 | PB | 9 | 60 | 3 | PB | 7 |
| 68 | 4 | PC | 4-5 | 69 | 4 | PC | 1-5 |
| PB | 29 | | | PB | 28 | | |
| PC | 30 | | | PC | 80 | | |
| Factor 5- EE | | Factor 6- BAP | | Factor 7- RA | | Factor 8- EC | |
| Evitación emocional | | Búsqueda de apoyo profesional | | Reacción agresiva | | Evitación cognitiva | |
| Ítems | Puntaje | Ítems | Puntaje | Ítems | Puntaje | Ítems | Puntaje |
| 11 | 6 | 7 | 1 | 4 | 5 | 31 | 4 |
| 20 | 5 | 15 | 1 | 12 | 4 | 32 | 4 |
| 21 | 4 | 35 | 1 | 22 | 2 | 42 | 5 |
| 30 | 5 | 48 | 1 | 33 | 3 | 54 | 4 |
| 41 | 3 | 58 | 1 | 44 | 2 | 63 | 4 |
| 43 | 3 | PB | 5 | PB | 16 | PB | 21 |
| 53 | 6 | PC | 1-20 | PC | 75 | PC | 85 |
| 62 | 6 | | | | | | |
| PB | 38 | | | | | | |
| PC | 94 | | | | | | |
| Factor 9- RP | | Factor 10- EDA | | Factor 11- NEG | | Factor 12-AUT | |
| Reevaluación positiva | | Expresión de la dificultad de afrontamiento | | Negación | | Autonomía | |
| Ítems | Puntaje | Ítems | Puntaje | Ítems | Puntaje | Ítems | Puntaje |
| 5 | 3 | 45 | 1 | 1 | 4 | 65 | 6 |
| 13 | 3 | 52 | 5 | 2 | 3 | 66 | 6 |
| 46 | 3 | 55 | 1 | 3 | 4 | PB | 12 |
| 56 | 4 | 61 | 4 | PB | 11 | PC | 95-99 |
| 64 | 4 | PB | 11 | PC | 75-80 | | |
| PB | 17 | PC | 25 | | | | |
| PC | 40 | | | | | | |

Fuente: elaboración propia

Tabla 21

Resultados obtenidos en los 12 factores de la escala EEC-M por el participante S3

| Factor 1- SP | | Factor 2- BAS | | Factor 3- ESP | | Factor 4- REL | |
|-----------------------|---------|---|---------|-------------------|---------|---------------------|---------|
| Solución de problemas | | Búsqueda de apoyo social | | Espera | | Religión | |
| Ítems | Puntaje | Ítems | Puntaje | Ítems | Puntaje | Ítems | Puntaje |
| 10 | 3 | 6 | 4 | 9 | 1 | 8 | 3 |
| 17 | 2 | 14 | 5 | 18 | 3 | 16 | 3 |
| 19 | 4 | 23 | 5 | 27 | 1 | 25 | 3 |
| 26 | 3 | 24 | 3 | 29 | 2 | 36 | 4 |
| 28 | 3 | 34 | 5 | 38 | 3 | 49 | 3 |
| 37 | 4 | 47 | 3 | 40 | 3 | 59 | 2 |
| 39 | 4 | 57 | 5 | 50 | 2 | 67 | 3 |
| 51 | 5 | PB | 30 | 60 | 2 | PB | 21 |
| 68 | 4 | PC | 78 | 69 | 2 | PC | 50 |
| PB | 32 | | | PB | 19 | | |
| PC | 45 | | | PC | 35 | | |
| Factor 5- EE | | Factor 6- BAP | | Factor 7- RA | | Factor 8- EC | |
| Evitación emocional | | Búsqueda de apoyo profesional | | Reacción agresiva | | Evitación cognitiva | |
| Ítems | Puntaje | Ítems | Puntaje | Ítems | Puntaje | Ítems | Puntaje |
| 11 | 5 | 7 | 5 | 4 | 3 | 31 | 3 |
| 20 | 4 | 15 | 4 | 12 | 4 | 32 | 3 |
| 21 | 2 | 35 | 5 | 22 | 2 | 42 | 3 |
| 30 | 5 | 48 | 3 | 33 | 3 | 54 | 3 |
| 41 | 4 | 58 | 4 | 44 | 2 | 63 | 4 |
| 43 | 3 | PB | 21 | PB | 14 | PB | 16 |
| 53 | 4 | PC | 94 | PC | 60-65 | PC | 55 |
| 62 | 4 | | | | | | |
| PB | 31 | | | | | | |
| PC | 80 | | | | | | |
| Factor 9- RP | | Factor 10- EDA | | Factor 11- NEG | | Factor 12-AUT | |
| Reevaluación positiva | | Expresión de la dificultad de afrontamiento | | Negación | | Autonomía | |
| Ítems | Puntaje | Ítems | Puntaje | Ítems | Puntaje | Ítems | Puntaje |
| 5 | 4 | 45 | 2 | 1 | 4 | 65 | 3 |
| 13 | 3 | 52 | 5 | 2 | 2 | 66 | 2 |
| 46 | 3 | 55 | 2 | 3 | 3 | PB | 5 |
| 56 | 2 | 61 | 3 | PB | 9 | PC | 25-30 |
| 64 | 3 | PB | 12 | PC | 55-60 | | |
| PB | 15 | PC | 30 | | | | |
| PC | 25-30 | | | | | | |

Fuente: elaboración propia

Tabla 22

Resultados obtenidos en los 12 factores de la escala EEC-M por el participante S4

| Factor 1- SP | | Factor 2- BAS | | Factor 3- ESP | | Factor 4- REL | |
|-----------------------|---------|---|---------|-------------------|---------|---------------------|---------|
| Solución de problemas | | Búsqueda de apoyo social | | Espera | | Religión | |
| Ítems | Puntaje | Ítems | Puntaje | Ítems | Puntaje | Ítems | Puntaje |
| 10 | 4 | 6 | 3 | 9 | 1 | 8 | 3 |
| 17 | 6 | 14 | 5 | 18 | 6 | 16 | 1 |
| 19 | 6 | 23 | 3 | 27 | 1 | 25 | 3 |
| 26 | 6 | 24 | 6 | 29 | 1 | 36 | 5 |
| 28 | 6 | 34 | 6 | 38 | 1 | 49 | 1 |
| 37 | 6 | 47 | 3 | 40 | 1 | 59 | 1 |
| 39 | 6 | 57 | 5 | 50 | 1 | 67 | 3 |
| 51 | 6 | PB | 31 | 60 | 1 | PB | 17 |
| 68 | 5 | PC | 80 | 69 | 1 | PC | 38 |
| PB | 51 | | | PB | 14 | | |
| PC | 98 | | | PC | 13 | | |
| Factor 5- EE | | Factor 6- BAP | | Factor 7- RA | | Factor 8- EC | |
| Evitación emocional | | Búsqueda de apoyo profesional | | Reacción agresiva | | Evitación cognitiva | |
| Ítems | Puntaje | Ítems | Puntaje | Ítems | Puntaje | Ítems | Puntaje |
| 11 | 1 | 7 | 6 | 4 | 3 | 31 | 3 |
| 20 | 6 | 15 | 5 | 12 | 3 | 32 | 2 |
| 21 | 3 | 35 | 3 | 22 | 1 | 42 | 6 |
| 30 | 1 | 48 | 1 | 33 | 3 | 54 | 3 |
| 41 | 1 | 58 | 3 | 44 | 3 | 63 | 3 |
| 43 | 1 | PB | 18 | PB | 13 | PB | 17 |
| 53 | 3 | PC | 88 | PC | 55 | PC | 60-65 |
| 62 | 1 | | | | | | |
| PB | 17 | | | | | | |
| PC | 15 | | | | | | |
| Factor 9- RP | | Factor 10- EDA | | Factor 11- NEG | | Factor 12-AUT | |
| Reevaluación positiva | | Expresión de la dificultad de afrontamiento | | Negación | | Autonomía | |
| Ítems | Puntaje | Ítems | Puntaje | Ítems | Puntaje | Ítems | Puntaje |
| 5 | 3 | 45 | 3 | 1 | 1 | 65 | 3 |
| 13 | 6 | 52 | 3 | 2 | 1 | 66 | 1 |
| 46 | 6 | 55 | 1 | 3 | 1 | PB | 4 |
| 56 | 3 | 61 | 3 | PB | 3 | PC | 15-20 |
| 64 | 3 | PB | 10 | PC | 1-4 | | |
| PB | 21 | PC | 20 | | | | |
| PC | 65 | | | | | | |

Fuente: elaboración propia

Tabla 23

Resultados obtenidos en los 12 factores de la escala EEC-M por el participante S5

| Factor 1- SP | | Factor 2- BAS | | Factor 3- ESP | | Factor 4- REL | |
|-----------------------|---------|---|---------|-------------------|---------|---------------------|---------|
| Solución de problemas | | Búsqueda de apoyo social | | Espera | | Religión | |
| Ítems | Puntaje | Ítems | Puntaje | Ítems | Puntaje | Ítems | Puntaje |
| 10 | 6 | 6 | 3 | 9 | 1 | 8 | 1 |
| 17 | 6 | 14 | 6 | 18 | 3 | 16 | 4 |
| 19 | 6 | 23 | 4 | 27 | 1 | 25 | 4 |
| 26 | 3 | 24 | 6 | 29 | 2 | 36 | 1 |
| 28 | 6 | 34 | 5 | 38 | 2 | 49 | 1 |
| 37 | 4 | 47 | 4 | 40 | 1 | 59 | 1 |
| 39 | 6 | 57 | 3 | 50 | 1 | 67 | 1 |
| 51 | 4 | PB | 31 | 60 | 2 | PB | 13 |
| 68 | 6 | PC | 80 | 69 | 1 | PC | 23 |
| PB | 47 | | | PB | 14 | | |
| PC | 94 | | | PC | 13 | | |
| Factor 5- EE | | Factor 6- BAP | | Factor 7- RA | | Factor 8- EC | |
| Evitación emocional | | Búsqueda de apoyo profesional | | Reacción agresiva | | Evitación cognitiva | |
| Ítems | Puntaje | Ítems | Puntaje | Ítems | Puntaje | Ítems | Puntaje |
| 11 | 5 | 7 | 6 | 4 | 1 | 31 | 4 |
| 20 | 1 | 15 | 6 | 12 | 2 | 32 | 1 |
| 21 | 2 | 35 | 6 | 22 | 1 | 42 | 3 |
| 30 | 6 | 48 | 5 | 33 | 1 | 54 | 3 |
| 41 | 2 | 58 | 6 | 44 | 2 | 63 | 1 |
| 43 | 2 | PB | 29 | PB | 7 | PB | 12 |
| 53 | 1 | PC | 99 | PC | 15 | PC | 20 |
| 62 | 5 | | | | | | |
| PB | 24 | | | | | | |
| PC | 50 | | | | | | |
| Factor 9- RP | | Factor 10- EDA | | Factor 11- NEG | | Factor 12-AUT | |
| Reevaluación positiva | | Expresión de la dificultad de afrontamiento | | Negación | | Autonomía | |
| Ítems | Puntaje | Ítems | Puntaje | Ítems | Puntaje | Ítems | Puntaje |
| 5 | 5 | 45 | 5 | 1 | 2 | 65 | 3 |
| 13 | 6 | 52 | 5 | 2 | 2 | 66 | 1 |
| 46 | 4 | 55 | 3 | 3 | 1 | PB | 4 |
| 56 | 4 | 61 | 1 | PB | 5 | PC | 15-20 |
| 64 | 5 | PB | 14 | PC | 15 | | |
| PB | 24 | PC | 40-45 | | | | |
| PC | 85 | | | | | | |

Fuente: elaboración propia

Tabla 24

Resultados obtenidos en los 12 factores de la escala EEC-M por el participante S6

| Factor 1- SP | | Factor 2- BAS | | Factor 3- ESP | | Factor 4- REL | |
|-----------------------|---------|---|---------|-------------------|---------|---------------------|---------|
| Solución de problemas | | Búsqueda de apoyo social | | Espera | | Religión | |
| Ítems | Puntaje | Ítems | Puntaje | Ítems | Puntaje | Ítems | Puntaje |
| 10 | 3 | 6 | 2 | 9 | 2 | 8 | 1 |
| 17 | 3 | 14 | 2 | 18 | 2 | 16 | 1 |
| 19 | 3 | 23 | 1 | 27 | 1 | 25 | 1 |
| 26 | 3 | 24 | 3 | 29 | 3 | 36 | 1 |
| 28 | 4 | 34 | 2 | 38 | 2 | 49 | 1 |
| 37 | 3 | 47 | 2 | 40 | 2 | 59 | 1 |
| 39 | 3 | 57 | 2 | 50 | 1 | 67 | 1 |
| 51 | 5 | PB | 14 | 60 | 3 | PB | 7 |
| 68 | 5 | PC | 15 | 69 | 3 | PC | 1-5 |
| PB | 32 | | | PB | 19 | | |
| PC | 45 | | | PC | 35 | | |
| Factor 5- EE | | Factor 6- BAP | | Factor 7- RA | | Factor 8- EC | |
| Evitación emocional | | Búsqueda de apoyo profesional | | Reacción agresiva | | Evitación cognitiva | |
| Ítems | Puntaje | Ítems | Puntaje | Ítems | Puntaje | Ítems | Puntaje |
| 11 | 5 | 7 | 2 | 4 | 2 | 31 | 4 |
| 20 | 3 | 15 | 2 | 12 | 1 | 32 | 4 |
| 21 | 3 | 35 | 2 | 22 | 2 | 42 | 5 |
| 30 | 4 | 48 | 2 | 33 | 1 | 54 | 5 |
| 41 | 4 | 58 | 3 | 44 | 2 | 63 | 4 |
| 43 | 2 | PB | 11 | PB | 8 | PB | 22 |
| 53 | 4 | PC | 60 | PC | 20 | PC | 88 |
| 62 | 3 | | | | | | |
| PB | 28 | | | | | | |
| PC | 68 | | | | | | |
| Factor 9- RP | | Factor 10- EDA | | Factor 11- NEG | | Factor 12-AUT | |
| Reevaluación positiva | | Expresión de la dificultad de afrontamiento | | Negación | | Autonomía | |
| Ítems | Puntaje | Ítems | Puntaje | Ítems | Puntaje | Ítems | Puntaje |
| 5 | 4 | 45 | 3 | 1 | 3 | 65 | 5 |
| 13 | 3 | 52 | 5 | 2 | 3 | 66 | 3 |
| 46 | 4 | 55 | 3 | 3 | 3 | PB | 8 |
| 56 | 3 | 61 | 3 | PB | 9 | PC | 60-70 |
| 64 | 3 | PB | 14 | PC | 65-70 | | |
| PB | 17 | PC | 40-45 | | | | |
| PC | 40 | | | | | | |

Fuente: elaboración propia

Tabla de frecuencia de cada factor individual

Tabla 25

Frecuencias estadísticas del factor SP de los 6 participantes

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|--------|-------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válido | 29 | 1 | 16,7 | 16,7 | 16,7 |
| | 32 | 2 | 33,3 | 33,3 | 50,0 |
| | 47 | 1 | 16,7 | 16,7 | 66,7 |
| | 51 | 1 | 16,7 | 16,7 | 83,3 |
| | 52 | 1 | 16,7 | 16,7 | 100,0 |
| | Total | 6 | 100,0 | 100,0 | |

Fuente: elaboración propia

Tabla 26

Frecuencias estadísticas del factor BAS de los 6 participantes

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|--------|-------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válido | 9 | 1 | 16,7 | 16,7 | 16,7 |
| | 14 | 1 | 16,7 | 16,7 | 33,3 |
| | 16 | 1 | 16,7 | 16,7 | 50,0 |
| | 30 | 1 | 16,7 | 16,7 | 66,7 |
| | 31 | 2 | 33,3 | 33,3 | 100,0 |
| | Total | 6 | 100,0 | 100,0 | |

Fuente: elaboración propia

Tabla 27

Frecuencias estadísticas del factor ESP de los 6 participantes

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|--------|-------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válido | 12 | 1 | 16,7 | 16,7 | 16,7 |
| | 14 | 2 | 33,3 | 33,3 | 50,0 |
| | 19 | 2 | 33,3 | 33,3 | 83,3 |
| | 28 | 1 | 16,7 | 16,7 | 100,0 |
| | Total | 6 | 100,0 | 100,0 | |

Fuente: elaboración propia

Tabla 28*Frecuencias estadísticas del factor REL de los 6 participantes*

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|--------|-------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válido | 7 | 2 | 33,3 | 33,3 | 33,3 |
| | 13 | 1 | 16,7 | 16,7 | 50,0 |
| | 17 | 1 | 16,7 | 16,7 | 66,7 |
| | 21 | 1 | 16,7 | 16,7 | 83,3 |
| | 29 | 1 | 16,7 | 16,7 | 100,0 |
| | Total | 6 | 100,0 | 100,0 | |

Fuente: elaboración propia

Tabla 29*Frecuencias estadísticas del factor EE de los 6 participantes*

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|--------|-------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válido | 17 | 1 | 16,7 | 16,7 | 16,7 |
| | 24 | 1 | 16,7 | 16,7 | 33,3 |
| | 28 | 1 | 16,7 | 16,7 | 50,0 |
| | 31 | 1 | 16,7 | 16,7 | 66,7 |
| | 32 | 1 | 16,7 | 16,7 | 83,3 |
| | 38 | 1 | 16,7 | 16,7 | 100,0 |
| | Total | 6 | 100,0 | 100,0 | |

Fuente: elaboración propia

Tabla 30*Frecuencias estadísticas del factor BAP de los 6 participantes*

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|--------|-------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válido | 5 | 1 | 16,7 | 16,7 | 16,7 |
| | 11 | 2 | 33,3 | 33,3 | 50,0 |
| | 18 | 1 | 16,7 | 16,7 | 66,7 |
| | 21 | 1 | 16,7 | 16,7 | 83,3 |
| | 29 | 1 | 16,7 | 16,7 | 100,0 |
| | Total | 6 | 100,0 | 100,0 | |

Fuente: elaboración propia

Tabla 31*Frecuencias estadísticas del factor RA de los 6 participantes*

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|--------|-------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válido | 5 | 1 | 16,7 | 16,7 | 16,7 |
| | 7 | 1 | 16,7 | 16,7 | 33,3 |
| | 8 | 1 | 16,7 | 16,7 | 50,0 |
| | 13 | 1 | 16,7 | 16,7 | 66,7 |
| | 14 | 1 | 16,7 | 16,7 | 83,3 |
| | 16 | 1 | 16,7 | 16,7 | 100,0 |
| | Total | 6 | 100,0 | 100,0 | |

Fuente: elaboración propia

Tabla 32*Frecuencias estadísticas del factor EC de los 6 participantes*

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|--------|-------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válido | 11 | 1 | 16,7 | 16,7 | 16,7 |
| | 12 | 1 | 16,7 | 16,7 | 33,3 |
| | 16 | 1 | 16,7 | 16,7 | 50,0 |
| | 17 | 1 | 16,7 | 16,7 | 66,7 |
| | 21 | 1 | 16,7 | 16,7 | 83,3 |
| | 22 | 1 | 16,7 | 16,7 | 100,0 |
| | Total | 6 | 100,0 | 100,0 | |

Fuente: elaboración propia

Tabla 33*Frecuencias estadísticas del factor RP de los 6 participantes*

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|--------|-------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válido | 15 | 1 | 16,7 | 16,7 | 16,7 |
| | 17 | 2 | 33,3 | 33,3 | 50,0 |
| | 21 | 1 | 16,7 | 16,7 | 66,7 |
| | 24 | 1 | 16,7 | 16,7 | 83,3 |
| | 30 | 1 | 16,7 | 16,7 | 100,0 |
| | Total | 6 | 100,0 | 100,0 | |

Fuente: elaboración propia

Tabla 34*Frecuencias estadísticas del factor EDA de los 6 participantes*

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|--------|-------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válido | 10 | 1 | 16,7 | 16,7 | 16,7 |
| | 11 | 1 | 16,7 | 16,7 | 33,3 |
| | 12 | 1 | 16,7 | 16,7 | 50,0 |
| | 13 | 1 | 16,7 | 16,7 | 66,7 |
| | 14 | 2 | 33,3 | 33,3 | 100,0 |
| | Total | 6 | 100,0 | 100,0 | |

Fuente: elaboración propia

Tabla 35*Frecuencias estadísticas del factor NEG de los 6 participantes*

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|--------|-------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válido | 3 | 2 | 33,3 | 33,3 | 33,3 |
| | 5 | 1 | 16,7 | 16,7 | 50,0 |
| | 9 | 1 | 16,7 | 16,7 | 66,7 |
| | 10 | 1 | 16,7 | 16,7 | 83,3 |
| | 11 | 1 | 16,7 | 16,7 | 100,0 |
| | Total | 6 | 100,0 | 100,0 | |

Fuente: elaboración propia

Tabla 36

Frecuencias estadísticas del factor AUT de los 6 participantes

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|--------|-------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válido | 3 | 1 | 16,7 | 16,7 | 16,7 |
| | 4 | 2 | 33,3 | 33,3 | 50,0 |
| | 5 | 1 | 16,7 | 16,7 | 66,7 |
| | 8 | 1 | 16,7 | 16,7 | 83,3 |
| | 12 | 1 | 16,7 | 16,7 | 100,0 |
| | Total | 6 | 100,0 | 100,0 | |

Fuente: elaboración propia

Estrategias de afrontamiento según el género de los participantes

Es posible observar según los resultados obtenidos en la escala EEC-M *Coping* Modificada y en los gráficos presentes que tanto en el género masculino como en el género femenino se implementaron en mayor medida por casi la totalidad de los participantes, a excepción del participante S1, estrategias de afrontamiento centradas en el problema para hacer frente al primer año de aislamiento social producto de la pandemia por COVID-19. A su vez como se mencionó en el párrafo anterior el participante S1 implementó mayores estrategias de afrontamiento centradas en la emoción para hacer frente a los sucesos producidos en este período de tiempo.

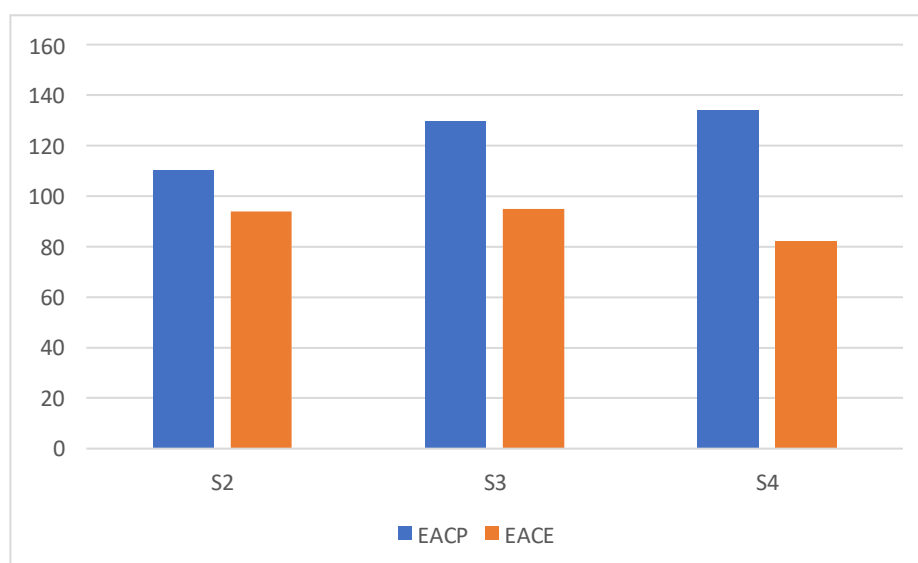


Figura 16. Estrategias de afrontamiento en el género femenino. Fuente: elaboración propia

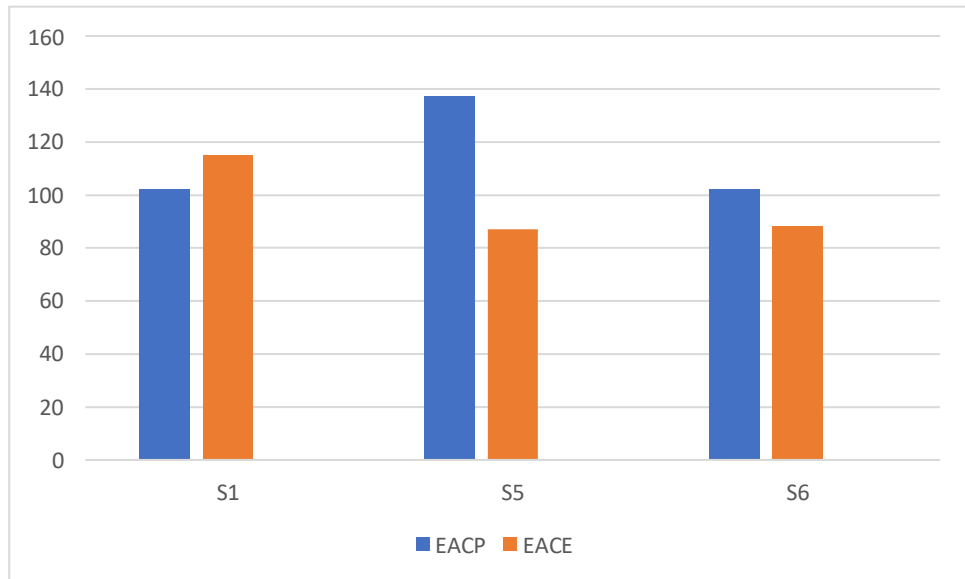


Figura 17. Estrategias de afrontamiento en el género masculino. Fuente: elaboración propia

Estrategias de afrontamiento según la edad de los participantes

Se puede observar que la implementación de estrategias centradas en el problema y estrategias centradas en la emoción no varía en gran escala teniendo como referencia la edad de los participantes. Si bien es posible visualizar que a mayor edad de los profesionales la diferencia entre el empleo de las mismas se va reduciendo en relación a la menor edad.

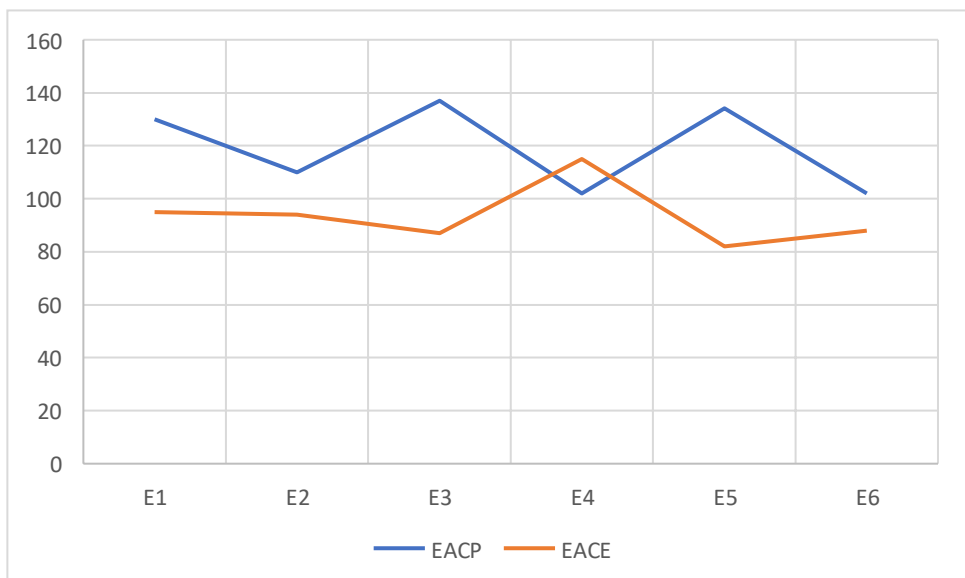


Figura 18. Estrategias de afrontamiento más utilizadas según la edad de los médicos de la Clínica 9 de Julio de la ciudad de San José de Metán. Fuente: elaboración propia

Estrategias de afrontamiento según especialidad de los participantes

Con respecto al uso predominante de las estrategias de afrontamiento en relación a la especialidad de los participantes es posible observar gracias a los resultados obtenidos y plasmados en los gráficos que se destaca el uso de las estrategias centradas en el problema en la mayoría de las especialidades, a excepción del terapeuta que presentó mayor uso de estrategias de afrontamiento centradas en la emoción para poder sobrellevar dicha situación.

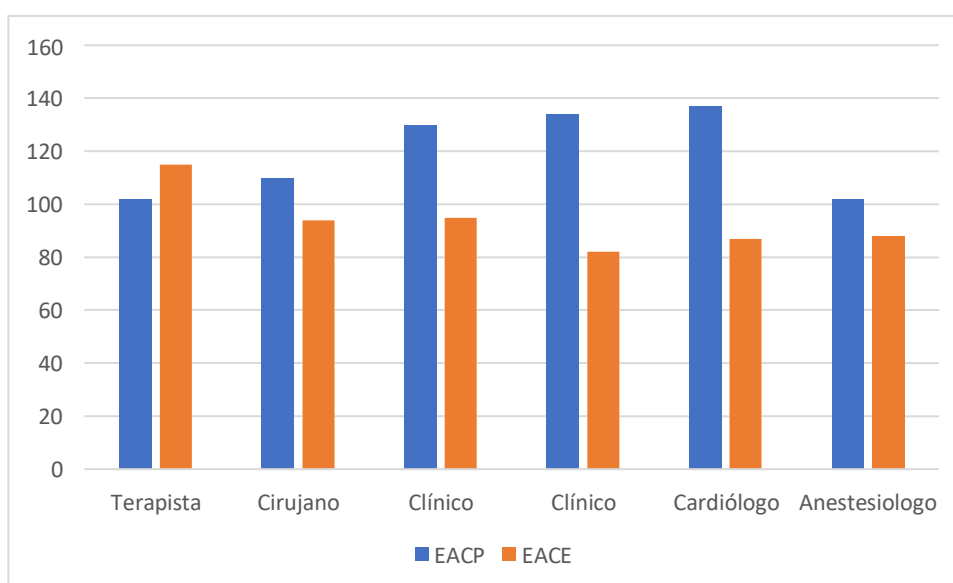


Figura 19. Estrategias de afrontamiento más utilizadas según la especialidad de los médicos de la Clínica 9 de Julio de la ciudad de San José de Metán. Fuente: elaboración propia

Estrategias de afrontamiento según antigüedad de los participantes

Según los datos arrojados por la EEC-M, lo cual se puede observar a su vez en el presente gráfico el uso de las estrategias de afrontamiento varía según la antigüedad de participantes en el desarrollo de su profesión, donde al inicio de la misma se observa una brecha entre el uso de las estrategias de afrontamiento centradas en el problema y centradas en la emoción la cual se va minimizando con el correr de los años, llegando a incluso a presentar un mayor predominio en el uso de estrategias de afrontamiento centradas en la emoción a medida que avanzan los años de labor para dios profesionales.

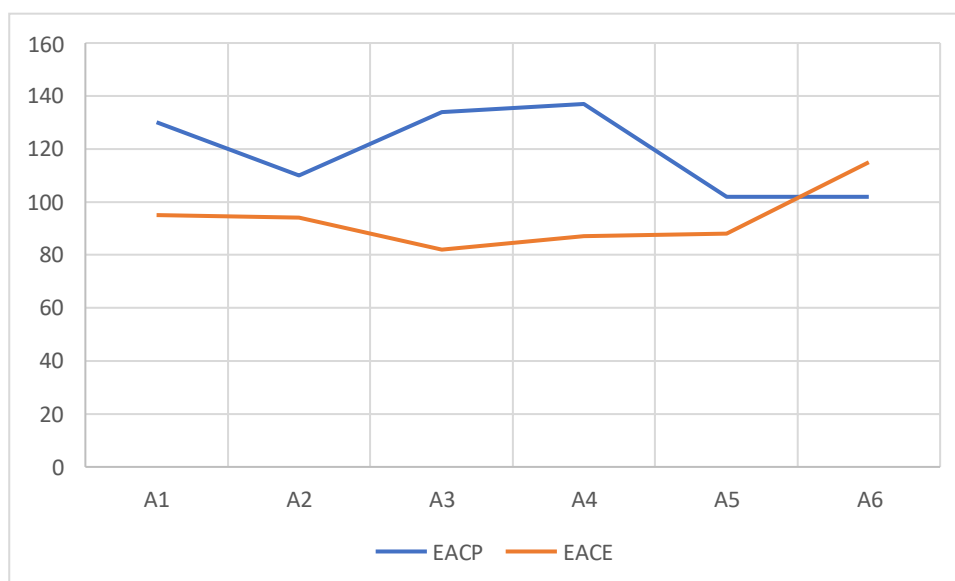


Figura 20. Estrategias de afrontamiento más utilizadas según la antigüedad en el desempeño de la actividad laboral de los médicos de la Clínica 9 de Julio de la ciudad de San José de Metán. Fuente: elaboración propia

Prueba t de las estrategias de afrontamiento centradas en el problema y centradas en la emoción

Se presentarán a continuación las correspondientes tablas con respecto a las pruebas t de variables independientes obtenidas con el programa *IBM SPSS 25.0*, en las mismas es posible observar que existe una significación bilateral significativa entre el empleo de estrategias centradas en el problema y estrategias centradas en la emoción en relación a la totalidad de los participantes de la muestra, esto es posible comprobarlo a su vez, en los gráficos presentes en el apartado anterior. Con respecto a la edad de los participantes, el género de los mismos y la antigüedad en el desempeño del cargo no se observan según prueba t un grado de significación bilateral significativo en relación a estas variables para la implementación de las mismas.

Al hacer alusión a la variable “especialidad de los participantes” para la siguiente prueba se tomó como referencia la comparación entre el participante S1, cuya especialidad es médico terapeuta, con el resto de las especialidades, a nombrar: cirujano, médico clínico, cardiólogo y anestesiólogo. En esta oportunidad, la prueba t tampoco arrojó una significación bilateral significativa en relación a la especialidad en el uso de estrategias de afrontamiento centradas en el problema, pero si es posible observar una significación bilateral significativa con respecto al uso de estrategias centradas en la emoción.

Tabla 37*Estadísticas para una muestra*

| | N | Media | Desv. Desviación | Desv. Error promedio |
|---|---|--------|---------------------|-------------------------|
| Estrategias de afrontamiento centradas en el problema | 6 | 119,17 | 16,302 | 6,655 |
| Estrategias de afrontamiento centradas en la emoción | 6 | 93,50 | 11,572 | 4,724 |

Fuente: elaboración propia

Tabla 38

Tabla t de estrategias de afrontamiento centradas en el problema y estrategias centradas en la emoción

Valor de prueba = 0

| | T | Gl | Sig. (bilateral) | Diferencia de medias |
|---|--------|----|------------------|----------------------|
| Estrategias de afrontamiento centradas en el problema | 17,905 | 5 | ,000 | 119,167 |
| Estrategias de afrontamiento centradas en la emoción | 19,792 | 5 | ,000 | 93,500 |

Fuente: elaboración propia

Tabla 39

Media de las estrategias de afrontamiento centradas en el problema en relación con el género de los participantes

| | Sexo | N | Media | Desv. Desviación | Desv. Error promedio |
|---|-----------|---|--------|------------------|----------------------|
| Estrategias de afrontamiento centradas en el problema | Masculino | 3 | 113,67 | 20,207 | 11,667 |
| | Femenino | 3 | 124,67 | 12,858 | 7,424 |

Fuente: elaboración propia

Tabla 40

Prueba t de estrategias de afrontamiento centradas en el problema en relación con el género de los participantes

Prueba de muestras independientes

| | | prueba t para la igualdad de medias | | | | |
|---|--------------------------------|-------------------------------------|-------|------------------|----------------------|------------------------------|
| | | t | gl | Sig. (bilateral) | Diferencia de medias | Diferencia de error estándar |
| Estrategias de afrontamiento centradas en el problema | Se asumen varianzas iguales | -,795 | 4 | ,471 | -11,000 | 13,828 |
| | No se asumen varianzas iguales | -,795 | 3,391 | ,478 | -11,000 | 13,828 |

Fuente: elaboración propia

Tabla 41

Media de las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción en relación con el género de los participantes

Estadísticas de grupo

| | Sexo | N | Media | Desv. Desviación | Desv. Error promedio |
|--|-----------|---|-------|---------------------|-------------------------|
| Estrategias de afrontamiento centradas en la emoción | Masculino | 3 | 96,67 | 15,885 | 9,171 |
| | Femenino | 3 | 90,33 | 7,234 | 4,177 |

Fuente: elaboración propia

Tabla 42

Prueba t de las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción en relación con género de los participantes

Prueba de muestras independientes

| | | prueba t para la igualdad de medias | | | | |
|--|--------------------------------|-------------------------------------|-------|---------------------|-------------------------|------------------------------------|
| | | t | gl | Sig. (bilateral) | Diferencia de medias | Diferencia de error estándar |
| Estrategias de afrontamiento centradas en la emoción | Se asumen varianzas iguales | ,628 | 4 | ,564 | 6,333 | 10,077 |
| | No se asumen varianzas iguales | ,628 | 2,795 | ,577 | 6,333 | 10,077 |

Fuente: elaboración propia

Tabla 43

Media de las estrategias de afrontamiento centradas en el problema en relación con la especialidad de los participantes

Estadísticas de grupo

| | Especialidad | N | Media | Desv. Desviación | Desv. Error promedio |
|---|--------------|---|--------|---------------------|-------------------------|
| Estrategias de afrontamiento centradas en el problema | ≥ 2 | 5 | 122,60 | 15,614 | 6,983 |
| | < 2 | 1 | 102,00 | . | . |

Fuente: elaboración propia

Tabla 44

Tabla t de las estrategias de afrontamiento centradas en el problema en relación con la especialidad de los participantes

Prueba de muestras independientes

| | | prueba t para la igualdad de medias | | | | |
|---|--------------------------------|-------------------------------------|----|---------------------|-------------------------|------------------------------------|
| | | t | gl | Sig. (bilateral) | Diferencia de medias | Diferencia de error estándar |
| Estrategias de afrontamiento centradas en el problema | Se asumen varianzas iguales | 1,204 | 4 | ,295 | 20,600 | 17,104 |
| | No se asumen varianzas iguales | . | . | . | 20,600 | . |

Fuente: elaboración propia

Tabla 45

Media de las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción en relación con la especialidad de los participantes

| Estadísticas de grupo | | | | | |
|--|--------------|---|--------|------------------|----------------------|
| | Especialidad | N | Media | Desv. Desviación | Desv. Error promedio |
| Estrategias de afrontamiento centradas en la emoción | >= 2 | 5 | 89,20 | 5,357 | 2,396 |
| | < 2 | 1 | 115,00 | . | . |

Fuente: elaboración propia

Tabla 46

Prueba t de las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción en relación con la especialidad de los participantes

| | | Prueba de muestras independientes | | | | |
|--|--------------------------------|--|----|------------------|----------------------|------------------------------|
| | | prueba t para la igualdad de medias | | | | |
| | | t | gl | Sig. (bilateral) | Diferencia de medias | Diferencia de error estándar |
| Estrategias de afrontamiento centradas en la emoción | Se asumen varianzas iguales | -4,396 | 4 | ,012 | -25,800 | 5,869 |
| | No se asumen varianzas iguales | . | . | . | -25,800 | . |

Fuente: elaboración propia

Tabla 47

Media de las estrategias de afrontamiento centradas en el problema en relación a la edad de los participantes

| | Edad | N | Media | Desv. Desviación | Desv. Error promedio |
|---|-------|---|--------|------------------|----------------------|
| Estrategias de afrontamiento centradas en el problema | >= 54 | 4 | 118,75 | 19,380 | 9,690 |
| | < 54 | 2 | 120,00 | 14,142 | 10,000 |

Fuente: Elaboración propia

Tabla 48

Prueba t de las estrategias de afrontamiento centradas en el problema en relación a la edad de los participantes

| | | Prueba de muestras independientes | | | | |
|---|--------------------------------|--|-------|------------------|----------------------|------------------------------|
| | | prueba t para la igualdad de medias | | | | |
| | | t | gl | Sig. (bilateral) | Diferencia de medias | Diferencia de error estándar |
| Estrategias de afrontamiento centradas en el problema | Se asumen varianzas iguales | -,079 | 4 | ,941 | -1,250 | 15,772 |
| | No se asumen varianzas iguales | -,090 | 2,906 | ,934 | -1,250 | 13,925 |

Fuente: elaboración propia

Tabla 49

Media de las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción en relación a la edad de los participantes

| | Edad | N | Media | Desv. Desviación | Desv. Error promedio |
|--|-------|---|-------|------------------|----------------------|
| Estrategias de afrontamiento centradas en la emoción | >= 54 | 4 | 93,00 | 14,900 | 7,450 |
| | < 54 | 2 | 94,50 | ,707 | ,500 |

Fuente: elaboración propia

Tabla 50

Prueba t de las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción en relación a la edad de los participantes

Prueba de muestras independientes

prueba t para la igualdad de medias

| | | t | gl | Sig. (bilateral) | Diferencia de medias | Diferencia de error estándar |
|--|--------------------------------|-------|-------|------------------|----------------------|------------------------------|
| Estrategias de afrontamiento centradas en la emoción | Se asumen varianzas iguales | -,134 | 4 | ,900 | -1,500 | 11,179 |
| | No se asumen varianzas iguales | -,201 | 3,027 | ,854 | -1,500 | 7,467 |

Fuente: elaboración propia

Tabla 51

Media de las estrategias de afrontamiento centradas en el problema en relación a la antigüedad en el desarrollo de la actividad profesional de los participantes

Estadísticas de grupo

| | Antigüedad | N | Media | Desv. Desviación | Desv. Error promedio |
|---|------------|---|--------|------------------|----------------------|
| Estrategias de afrontamiento centradas en el problema | >= 25 | 4 | 118,75 | 19,380 | 9,690 |
| | < 25 | 2 | 120,00 | 14,142 | 10,000 |

Fuente: elaboración propia

Tabla 52

Prueba t de las estrategias de afrontamiento centradas en el problema en relación a la antigüedad en el desarrollo de la actividad profesional de los participantes

Prueba de muestras independientes

| | | prueba t para la igualdad de medias | | | | |
|---|--------------------------------|-------------------------------------|-------|------------------|----------------------|------------------------------|
| | | t | gl | Sig. (bilateral) | Diferencia de medias | Diferencia de error estándar |
| Estrategias de afrontamiento centradas en el problema | Se asumen varianzas iguales | -,079 | 4 | ,941 | -1,250 | 15,772 |
| | No se asumen varianzas iguales | -,090 | 2,906 | ,934 | -1,250 | 13,925 |

Fuente: elaboración propia

Tabla 53

Media de las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción en relación a la antigüedad en el desarrollo del ejercicio profesional de los participantes

| Estadísticas de grupo | | | | | |
|--|------------|---|-------|------------------|----------------------|
| | Antigüedad | N | Media | Desv. Desviación | Desv. Error promedio |
| Estrategias de afrontamiento centradas en la emoción | >= 25 | 4 | 93,00 | 14,900 | 7,450 |
| | < 25 | 2 | 94,50 | ,707 | ,500 |

Fuente: elaboración propia

Tabla 54

Prueba t de las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción en relación a la antigüedad en el desarrollo de la actividad profesional de los participantes

| | | Prueba de muestras independientes | | | | |
|--|--------------------------------|--|-------|-------------------|----------------------|------------------------------|
| | | prueba t para la igualdad de medias | | | | |
| | | T | gl | Sig. (bilatera l) | Diferencia de medias | Diferencia de error estándar |
| Estrategias de afrontamiento centradas en la emoción | Se asumen varianzas iguales | -,134 | 4 | ,900 | -1,500 | 11,179 |
| | No se asumen varianzas iguales | -,201 | 3,027 | ,854 | -1,500 | 7,467 |

Fuente: elaboración propia

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

A lo largo de la presente investigación, se pretendió conocer cuáles fueron los principales estresores que vivenciaron los profesionales médicos de la clínica 9 de Julio de la ciudad de San José de Metán, que se encontraron trabajando en la misma durante el primer año de aislamiento social a causa de la pandemia por COVID-19, entendiéndose como estresor a las “exigencias ante las cuales la persona tiene que enfrentarse y que provocan un intento de superación o resolución del problema” (Hernández Mendoza *et al.*, 2007, p. 161).

Si bien el estrés es algo necesario para la supervivencia, maduración y desarrollo de los seres vivos, en ocasiones, existen algunos factores que provocan malestar en las personas. Es posible mencionar aquí la valoración que se otorga y la capacidad que se tiene para hacer frente a un suceso en particular, en este caso se hizo referencia a la pandemia por COVID-19. Como lo menciona Selye (1935 citado por Aguado Martín *et al.*, 2013) también es denominado como “síndrome general de adaptación” presentando tres etapas: alarma, resistencia y agotamiento.

Según la perspectiva de los profesionales médicos consultados en la presente investigación, es posible diferenciar dichas etapas, por ejemplo, la mayoría de los participantes mencionan que al principio de la pandemia al no haber tantos casos y contar con todos los insumos necesarios, si bien se trataba de un estímulo que pudo considerarse estresante, pensaban que tenían las capacidades necesarias para luchar y hacer frente a la situación. A medida que avanzaba la enfermedad y con ella los casos y muertes, entraron en la fase de resistencia, donde la continuación del estímulo estresor conllevó a que debieran adaptarse a la situación, modificando su modo y cantidad de trabajo para poder sobrellevar dicho suceso, lo que generó en reiteradas ocasiones desgaste tanto físico como psicológicos en los respectivos profesionales.

Con respecto a la fase de agotamiento, la misma se puede ver reflejada en los comentarios referentes al relato sobre el “pico” de la pandemia, mostrando que la continuación del suceso estresor llegó a superar las capacidades y resistencia no sólo de los profesionales entrevistados, sino del mismo sistema de salud, donde se hace mención a la falta de recursos humanos, insumos e instalaciones óptimas. Esto generó algunas problemáticas a nivel físico, debido al agotamiento y a la sobre exigencia que ameritaba la situación, como, por ejemplo, es posible mencionar el insomnio.

Autores como Jorques Infante (2015) mencionan que el estrés puede proceder de diferentes fuentes; en este caso, el enfoque está puesto en el sistema social, en el cual el

profesional no sólo debe desarrollar su vida cotidiana sino también su actividad laboral. Con respecto al nivel del estresante psicosocial, es posible clasificar la pandemia por COVID-19 dentro de los acontecimientos denominados “vitales mayores”, ya que la misma se produjo de manera súbita a nivel mundial y sobre todo requirió un ajuste en el estilo de vida de la población en general.

Es posible distinguir en los relatos de los profesionales la valoración negativa que tuvo para ellos la pandemia, así como también evidencian distrés, mostrando que la situación antes mencionada provocó una demanda excesiva que además se prolongó en el tiempo, para la cual los profesionales tuvieron que sobre exigirse tanto física como psicológicamente para poder hacerle frente y sobrellevarla, lo cual, como ya se mencionó, la situación no solo excedió a los profesionales sino al sistema de salubridad en general.

Para la presente investigación, el foco de interés estuvo puesto en el ámbito laboral de los participantes, ya que se buscó conocer cuáles fueron las principales estrategias de afrontamiento al estrés que utilizaron para hacer frente al primer año de aislamiento social producto de la pandemia por COVID-19. Los dichos de los profesionales evidencian que, como se ya se expuso, las exigencias y presiones a las que tuvieron que enfrentarse por la enfermedad de COVID-19 superaron las capacidades propias, de la institución en sí y del sistema de salubridad. Los estresores laborales con los cuales se encontraron fueron diversos y es posible clasificarlos como “crónicos” tomando lo mencionado por Slipak (1996), ya que se vieron expuestos constantemente a la sobrecarga de trabajo, un ambiente que se convirtió en inadecuado para la atención de la demanda requerida de pacientes y a su vez los afectó en sus relaciones interpersonales.

Los estresores laborales que se pudieron apreciar en los comentarios de los participantes tienen que ver en primer lugar, con la carga de horas laborables, mencionando que al principio de la pandemia la actividad se desarrollaba de forma normal, pero que a medida que avanzaba la misma, los casos, la reducción de personal, reducción de insumos y de instalaciones óptimas produjeron que la carga horaria se vea modificada. Esto provocó a su vez que sea escaso el tiempo de descanso, y aun en ocasiones, inexistente.

Por otra parte, además de la falta de recursos humanos e insumos médicos que generó malestar en los profesionales, el desconocimiento sobre la enfermedad, la incertidumbre y la demanda constante de respuestas por parte de la sociedad misma sobre exigía las capacidades del sistema de salud, generando que, para poder buscar una

solución ante la falta de conocimientos, se lleve a cabo el “a prueba y error” para descartar tratamientos hasta encontrar el efectivo para cada paciente.

A medida que avanzaba la situación, se produjo el aumento de casos positivos, de pacientes con cuadros leves, a moderados y graves, este aumento y agravamiento de casos conllevó también al aumento en la cantidad de muertes producto de la enfermedad o de otras patologías que pudieron verse complicadas o excluidas por la atención de casos con COVID-19. Los profesionales médicos debían cuidar no sólo de sus pacientes, sino también de sí mismos y sobre todo de sus familiares; ellos mismos relatan la preocupación que sentían sobre este tema, ya que su trabajo implicaba estar en contacto con dichos pacientes y muchas veces con personas asintomáticas, que, si bien no presentaban síntomas, eran un foco de contagio. Esta situación implicó un grado de paranoia social, donde todos sentían que debían cuidarse de todos, incluso de aquellas personas que día a día se ponían en riesgo para poder parar la situación, generando que incluso lleguen a aislarlos de la sociedad por el hecho de portar el uniforme de trabajo por temor a ser contagiados, ya que los identificaban como personas con contacto a pacientes positivos que podrían ser portadores asintomáticos del virus.

Jeff Huarcaya (2020) habla de dos problemas a los cuales suelen estar expuestos los expertos en el sector de salubridad, a saber: trauma vicario o indirecto y el estigma social relacionado con su trabajo. En los dichos de los participantes de la investigación es posible diferenciar, en la mayoría de los relatos, el “estigma social” debido a su trabajo, por parte de la comunidad en la que desarrollaban su actividad profesional. Con todo lo mencionado anteriormente, es posible afirmar lo dicho por Auza Santiváñez y Dorta Contreras (2020), quienes resaltan que la situación de pandemia producida por el virus SARS- CoV-2 demandó por parte de los médicos una sobre exigencia y precaución a la hora de realizar su labor y mayor rapidez para realizar los pronósticos de los pacientes, entre otras cuestiones.

Con respecto a las estrategias de afrontamiento, las mismas fueron mencionadas por los participantes en sus dichos de la entrevista semi-estructurada que se llevó a cabo, informando que solían escribir, caminar, hacer ejercicio, tocar algún instrumento, entre otras varias actividades para poder ocuparse de otra cosa y desligarse por un momento de los sucesos que se llevaban a cabo en el mundo.

Para la presente investigación, la hipótesis planteada fue “El personal médico de la Clínica 9 de Julio de la ciudad de San José de Metán durante la primera etapa de confinamiento social utilizó estrategias de afrontamiento centradas en el problema para

hacer frente a los estresores que se presentaron durante dicho período de tiempo”. La misma puede ser confirmada por los resultados obtenidos de la Escala de estrategias de afrontamiento *Coping* Modificada (EEC-M), en la cual se observa mayor uso de este tipo de estrategias de afrontamiento por casi la totalidad de los participantes a excepción del participante S1, quien presentó mayor uso de estrategias de afrontamiento centradas en la emoción.

A modo descriptivo y teniendo como referencia el baremo de la escala EEC-M (Anexo V), es posible mencionar con respecto a la implementación de los diferentes tipos de estrategias que las estrategias centradas en el problema son: Solución de problemas, con valores obtenidos entre 94% y 99%; Búsqueda de apoyo profesional, estrategia de afrontamiento implementada por la gran mayoría de los profesionales en mayor o menor medida con valores obtenidos entre 60% a 99%; Búsqueda de apoyo social, por su parte, arrojó valores entre 78% a 80%; sólo el participante S2 mostró un uso elevado de la estrategia de afrontamiento Espera (80%). También se visualizan puntajes elevados en las estrategias de Negación (60% a 80%) y Autonomía (70% a 99%) y en menor medida, el uso de la estrategia de Reacción agresiva (55% a 75%).

En lo que respecta a las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción, teniendo en cuenta los mismos parámetros utilizados para las estrategias de afrontamiento centradas en el problema, se puede mencionar que las más implementadas por los profesionales médicos de la Clínica 9 de Julio de la ciudad de San José de Metán en el primer año de pandemia y aislamiento social por COVID-19 son Evitación emocional con valores entre 55% a 85%; Evitación cognitiva (55% a 94%); Reevaluación positiva (65% a 99%) y Religión (50 a 80%).

Teniendo en cuenta los datos demográficos que se consideraron para la comprobación de los objetivos de la presente investigación, a saber, edad, género, especialidad y antigüedad en el cargo, en primer lugar, cabe mencionar que no se encontró una variación significativa con respecto al género de los participantes en el uso de un tipo u otro de estrategias de afrontamiento, es decir que tanto los participantes masculinos como los femeninos presentan mayor uso de estrategias de afrontamiento centradas en el problema, a excepción del participante S1 quien implementó más estrategias de afrontamiento centradas en la emoción.

A su vez, tampoco se observa una variación significativa con respecto a la edad de los participantes, aunque sí es posible observar que a mayor edad la brecha entre el uso de estrategias de afrontamiento centradas en el problema y centradas en la emoción

va disminuyendo en comparación con los participantes más jóvenes. Por otra parte, en relación a la antigüedad en el cargo, se advirtió que el uso de las estrategias de afrontamiento varía según la misma, en el sentido de que los participantes con menor antigüedad en el desarrollo de la profesión presentaron mayor uso de estrategias de afrontamiento centradas en el problema y aquellos con mayor antigüedad demostraron, en primer lugar, la disminución en la brecha presente para la implementación de uno u otro tipo de estrategia, finalizando con un mayor uso de estrategias centradas en la emoción.

Con respecto al uso predominante de las estrategias de afrontamiento en relación a la especialidad de los participantes, se destaca el uso de estrategias centradas en el problema en la mayoría de las especialidades, a excepción del terapeuta, quien presentó mayor uso de estrategias de afrontamiento centradas en la emoción para poder sobrellevar dicha situación. Cabe aclarar que dicho profesional no sólo es quien mayor contacto diario pudo presentar con pacientes positivos y en grave estado, debido a la demanda de su especialización, sino que también es uno de los profesionales con mayor edad y antigüedad en el desempeño de la profesión, lo que posibilita retomar lo mencionado en el párrafo anterior donde se hace mención a que a medida que más años de trabajo presenta, menor es la brecha en el uso de los tipos de estrategias, llegando a una modificación en la predominancia de las mismas.

A modo de cierre, la presente investigación tuvo como objetivo principal conocer aquellas estrategias de afrontamiento al estrés utilizadas por el personal médico de la Clínica 9 de Julio de la ciudad de San José de Metán durante el primer año de aislamiento social, preventivo y obligatorio producto de la pandemia producida por el virus SARS-CoV-2. Para poder llegar a la respuesta esperada por la investigadora se optó en primer lugar, por recolectar la mayor información posible sobre los conceptos y definiciones necesarios para el entendimiento de la misma, a saber: psicotraumatología, estrés y afrontamiento. Seguidamente, se implementaron dos instrumentos, a fin de profundizar sobre aquellos estresores vivenciados por los médicos participantes en la investigación: por un lado, se utilizó la entrevista semi estructurada y en lo que respecta a las estrategias de afrontamiento, se implementó la Escala de Estrategias de afrontamiento *Coping* Modificada (EEC-M).

La conclusión a la cual se arribó a partir de este estudio es que ante los estresores detectados en el primer año de pandemia por COVID-19, a saber: carga horaria, demanda de pacientes, desconocimiento sobre la enfermedad, pacientes asintomáticos, falta de

recursos humanos e insumos, riesgo de la propia vida y de amigos/familiares, referidos al entorno social y las muertes relacionadas a la pandemia, aquellos médicos que se encontraban trabajando en la Clínica 9 de Julio de la ciudad de San José de Metán implementaron para hacer frente el primer año de pandemia tanto estrategias de afrontamiento centradas en el problema como estrategias de afrontamiento centradas en la emoción, con una mayor predominancia de las primeras aquí mencionadas.

A su vez, se observa que el género de los participantes no tiene relación con el uso de un tipo u otro de estrategias de afrontamiento. En lo relacionado con la edad y antigüedad en el desarrollo de la profesión, es posible contemplar que a mayor edad y mayor cantidad de años de trabajo, la brecha entre el uso de los diferentes tipos e estrategias se hace cada vez más angosta, llegando incluso a invertirse la aplicación de las mismas y hacer más uso de estrategias centradas en la emoción que estrategias centradas en el problema, como lo ejemplifica el participante S1, quien además de ser uno de los participantes de mayor edad, cuenta con mayor cantidad de años de desarrollo de la profesión. Tomando como referente al participante antes mencionado, es posible destacar que, a su vez, debido a la especialidad que ejerce, médico terapeuta, es quien pudo haber tenido mayor contacto con pacientes durante la pandemia por COVID-19; dicho participante presentó, como ya se dijo, mayor uso de estrategias de afrontamiento centradas en la emoción que el resto de los participantes. Por lo tanto, puede considerarse que tanto la edad, antigüedad en el desempeño del cargo y la especialidad pueden estar relacionadas con el uso de un tipo de estrategias de afrontamiento u otro. Sin embargo, en este caso, teniendo en cuenta los resultados arrojados por la prueba t, no se presenta una significación bilateral significativa como para rechazar o confirmar esta hipótesis, por lo que se puede concluir que el uso del tipo de estrategias de afrontamiento está relacionado con la personalidad y recursos desarrollados por la persona.

Con todo lo dicho hasta aquí, se considera necesario profundizar en temas relacionados con el trauma por empatía, el estigma social y todo lo referente con el cuidado de la salud mental, no sólo de los médicos en los centros de salubridad sino del personal de salud en general, ya que la pandemia no sólo evidenció la falta de insumos e instalaciones a nivel sanitario, sino también la falta de cuidado que reciben estos profesionales para consigo mismos, en lo que refiere a salud mental.

BIBLIOGRAFÍA

- Aburto Baselga, M. (2007). *Psicotraumatología (I). El trauma temprano*. Clínica e Investigación Relacional, Revista electrónica de Psicoterapia. Vol. 1 (Nº1). p. 91-109.
- Acevedo Mena, K.M. y Amador Jiménez, D. E. (2021). Estrés, estrategias de afrontamiento y experiencias académica en estudiantes universitarios en tiempos de pandemia del COVID-19. La experiencia de Nicaragua y Chile. *Revista Torreón Universitario*, 10(27), 1-14. DOI <http://doi.org/10.5377/torreon.v10i27.10839>.
- Acinas, M. P., (2012). Burntout y desgaste por empatía en profesionales de cuidados paliativos. Revista digital de Medicina psicosomática y psicoterapia. Editorial Universitaria.
- Aguado Martín, J.I., Bátiz Cano, A. y Quintana Pérez, S. (2013). El estrés en personal sanitario hospitalario; estado actual. *Medicina y seguridad del trabajo*, 59(231), 259- 275.
- American Psychiatric Association (2014): *Diagnostic and Statical manual of mental disorders: DSM-V*. Washintong D. C. (Trad. Burg Translation, Inc.).
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR*. Washintong, D. C. (trad. Cast. En Barcelona: Masson, 2002)
- Arango Palomino, N. T., Rivas Soto, D. T. y Torrico García, M. M. (2020). *Estrés postraumático en personal de salud*. (Trabajo final de grado). Facultad de Humanidades, Escuela Académica Profesional de Psicología de la Huancayo, Perú.
- Arredondo Londoño, N. H., Pérez, M., y Murillo, M. N. (2009). Validación de la escala de estilos y estrategias de afrontamiento al estrés a una muestra colombiana. *Informes psicológicos*, 11(2), 13-29.
- Auza Santiváñez, J. C. y Dorta Contreras, A. J. (2020). La Covid-19 y los desafíos que impone para el profesional de la Salud en Cuba. *Revista de Investigaciones Biomédicas*, 39 (3). https://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-0300202000300001&Ing=es&tlng=es el 19 de Marzo de 2021.
- Ayala, J.L. y De Paul Ochotorena, J. (2004). Trastorno por estrés postraumático en víctimas de situaciones traumáticas. *Psicothema*, 16(1), 45-49.

- Bálsamo, S. (2018). Nociones básicas de Psicotraumatología. Conferencia llevada a cabo en Universidad Católica de Salta.
- Barrio, J. A.; García, M. R.; Ruiz, I. y Arce, A. (2006). El estrés como respuesta. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(1), 37-48.
- Benedictow, O. J. (2001). *La Peste Negra, 1346-1353. La historia completa*. Akal.
- Blasco, E. C. (2013). *Tratamiento de experiencias traumáticas desde el modelo psicoterapéutico EMDR*. Universidad Católica de Salta.
- Bozovich, G. E., Alves De Lima, A., Fosco, M., Burgos, L. M., Martínez, R., Dupuy De Lôme, R., Torn, A. y Sala Mercado, J. (2020). Daño colateral de la pandemia por COVID-19 en centros privados de salud de Argentina. *Medicina (Buenos Aires)*, 80(3), 37-41.
http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802020000500006&lng=es&tlng=es.
- Brandan, N., Llanos, I., Ruiz, D. A. N. D., & Rodríguez, A. (2010). Hormonas catecolaminicas adrenales. *Cátedra de Bioquímica Facultad de Medicina*. [acceso: 4 de abril de 2015]. URL: <http://med.unne.edu.ar/sitio/multimedia/imagenes/ckfinder/files/files/Carrera-Medicina/BIOQUIMICA/catecolaminas.pdf>.
- Bulnes Bedón, M. (2003). Recursos y estrategias de afrontamiento al estrés en docentes de centros escolares estatales de Lima Metropolitana. *Revista de investigación en psicología*, 6(1), 13-28.
- Caballero Domínguez, C. C. y Campo Arias, A. (2020). Problemas de Salud Mental en la sociedad: Un acercamiento desde el impacto del COVID-19 y de la cuarentena. *Duazary*, 17(3), 1-3. <https://doi.org/10.21676/2389783X.3467>.
- Calero, M.; Cutinella, L.; Duarte, G.; Alcira Frontini, M.; García, S.; Vico, F. y Yoo, I. (2012). Policlínica para el tratamiento del trauma. *Revista Iberoamericana de Psicotraumatología y Disociación*. Vol. 4 (N°1). P 1-17.
- Campra, F. A. (s.f). *Evaluación de las Estrategias de Afrontamiento de pacientes en Sala*.
- Canales Romero, S. I., Pardo Ortíz, M. D. C., Labrín, S., y Labrín, S. (2021). *Afrontamiento del estrés en enfermeras que trabajan en el servicio público de salud, en el contexto COVID-19*. (Tesis doctoral). Universidad Gabriela Mistral.

- Cassaretto, M., Chau, C., Oblitas, H., y Valdez, N. (2003). Estrés y afrontamiento en estudiantes de psicología. *Revista de psicología*, 21(2), 363-392.
- Castro, R. (2020). Coronavirus: Una historia en desarrollo. *Revista Médica de Chile*, 148, 143-144. <http://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872020000200143>.
- Cía, A. H. (2001). *Trastorno por Estrés Postraumático. Diagnóstico y tratamiento integrado*. Imaginador.
- Collado, E.D. (2010). *La estructura factorial del TEPT: una revisión*. Boletín de la SEAS (N° 33). https://www.researchgate.net/profile/Esperanza_Dongil-Collado/publication/233859775_La_estructura_factorial_del_Trastorno_de_Estres_Postrumatico_TEPT_Una_revision/links/0912f50c4818d4c17400000/La-estructura-factorial-del-Trastorno-de-Estres-Postrumatico-TEPT-Una-revision.pdf.
- Córdova, P., y Rodríguez, T. (2013). Recursos de afrontamiento ante el estrés laboral de psicólogos/as y psiquiatras. *Revista Sul-Americana de Psicología*, 1(2), 134-151.
- De La Cruz Vargas, J. A. (2020). *Protegiendo al personal de la salud en la pandemia COVID-19*. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*, 20(2), 173-174. <https://dx.doi.org/10.25176/rfmh.v20i2.2913>.
- Di-Colloredo, C., Aparicio Cruz, D. P., y Moreno, J. (2007). Descripción de los estilos de afrontamiento en hombres y mujeres ante la situación de desplazamiento. *Psychologia. Avances de la disciplina*, 1(2), 125-156.
- Echeberúa, E., Amor, P. J., Sarasua, B., Zubizarreta, I., Holgado-Tello, F. P. y Muñoz, J. M. (2016). Escala de gravedad de síntomas revisada (EGS-R) del trastorno de estrés postraumático según el DSM-V: propiedades psicométricas. *Revista Terapia psicológica*, 34(2), 111-128.
- Echeburúa, E.; De Corral, P. y Amor, P. J. (2005). La resistencia humana ante los traumas y el duelo. Alivio de las situaciones difíciles y del sufrimiento en la terminalidad. *San Sebastian Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos (SOVPAL)*, 337-359.
- El bueno y el Malo- periodismo independiente. (2020). *[Publicación de Facebook]*. Recuperado de <https://www.facebook.com/search/top/?q=el%20bueno%20y%20el%20malo%20-%20periodismo%20independiente>

- EMDR Iberoamérica, (s.f.), Recuperado de <http://www.emdriberoamerica.com/quéesemdr/infoparaclientes.html> el 14 de Abril de 2018.
- Encinas Barrionuevo, G. F. (2021). *Trastorno de estrés postraumático: incidencia y factores asociados en personal de salud en el contexto de la pandemia por COVID-19 en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa 2021*. Universidad Católica de Santa María, Facultad de Medicina. Arequipa, Perú.
- Fe.P.R.A. (2013). *CÓDIGO DE ÉTICA de la Federación de Psicólogos de la República Argentina*. (Aprobado por Asamblea en 1999). Argentina, 30 de Noviembre de 2013 Recuperado de http://fepra.org.ar/docs/acerca_fepra/codigo_de_etica_nacional_2013.pdf el 12 de Octubre de 2018.
- Fierro, A. (1997). Estrés, afrontamiento y adaptación. *Estrés y salud*, 11- 37.
- Folkman, S. y Lazarus, R. S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Martínez Roca.
- Folkman, S. y Lazarus, R. S. (1991). *Estrés y procesos cognitivos*. Martínez Roca.
- Gallego Zuluaga, Y. A., Gil Cardona, S. y Sepúlveda Zapata, M. (2018). *Revisión teórica de estrés y distrés definidos como reacción hacia los factores de riesgo psicosocial y su relación con las estrategias de afrontamiento*. Universidad CES. Medellín.
- Gálvez Herrero, M. y Mingote Adán, J. C. (2011). El estrés del médico. *Frontera dermatológica*, 15, 16-19. Doi 10.5538/1887- 5181.2011.15.16
- Gobierno de la Nación Argentina. (s.f.). *Coronavirus. COVID-19*. https://www.argentina.gob.ar/buscar/covid?f%5B0%5D=sm_og_group_ref%3Anode%3A9063 3 de enero 2021.
- Gobierno de Salta, (s.f.). *Reportes COVID-10 del 30 de diciembre*. Recuperado de <http://www.salta.gob.ar/prensa/noticias/reporte-covid-19-del-30-de-diciembre-73993> el 19 de Marzo de 2021.
- González Salanueva, I. (2014). Recursos de afrontamiento. Una aproximación a su clasificación. Importancia de su potenciación. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 17(3), 1-21. <http://revistas.unam.mx/index.php/rep/article/view/47406>.
- González, Y., de Gómez, E. O., De Lemos, R. C., Whetsell, M., y Spencer, D. C. C. (2017). Validación de la escala inventario de estrategias de afrontamiento,

versión española de Cano, Rodríguez, García (2007), en el contexto de Panamá. Enfoque. *Revista Científica de Enfermería*, 21(17), 109-133.

Grasso, L. (1999). *Introducción a la estadística en ciencias sociales y del comportamiento*. Universidad Nacional de Córdoba. ISBN: 987-950-33-0214-9.

Guache Garcell, H. (2020). COVID-19. La necesidad de nuevos paradigmas de cooperación y riesgo de los trabajadores de la salud. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 19(S1), 1-5.

Guevara Ortega, G., Hernández Valz, H., y Flores Lezama, T. (2001). Estilos de afrontamiento al estrés en pacientes drogadependientes. *Revista de investigación en Psicología*, 4(1), 53-65.

Hensley, B. J. (2010). *Manual Básico de EMDR: Desensibilización y reprocesamiento mediante el movimiento de los ojos*. Bilbao, España. (Traducido por Editorial Desclée de Brouwer, S.A.).

Herman, J. (2004). *Trauma y recuperación: Cómo superar las consecuencias de la violencia*. Madrid. España. Editorial Espasa-Calpe.

Hernández Mendoza, El., Cerezo Reséndiz, S. y López Sandoval, M. G. (2007). *Estrategias de afrontamiento ante el estrés laboral en enfermeras*. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 15(3), 161- 166.

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, M. P. (2010). (5°. Ed) *Metodología de la investigación*. Mc Graw Hill.

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, M. P. (2014). (6° Ed) *Metodología de la investigación*. Mc Graw Hill.

Hernández Sampieri, R., y Mendoza, P. (2008). Ampliación y fundamentación de los métodos mixtos. *Fundamentos de metodología de la investigación*, 376.

Herrera, F. (2020). *Nuevo coronavirus SARS-CoV-2 y enfermedad COVID-19. La pandemia que cambió al mundo*. *Revista Hematología*. Vol. 24 (N° 1), p. 4-12.

Janet, P. (1919). *Les Médications psychologiques (vol II): Les économies psychologiques*. Paris, Francia. Editorial L'Harmattan.

Jarero, I. & Artigas, L. (2019). Conceptualización teórica sobre el trauma agudo y el estrés traumático continuado basado en el modelo SPIA. *Revista Iberoamericana de Psicotraumatología y Disociación*. Vol. 10 (N°1). p. 1-11.

Jeff Huarcaya, V. (2020). *Consideraciones sobre la pandemia COVID-19*. *Revista Per Med Exp Salud Pública*. Vol. 37 (N° 2), p. 327-334. DOI: <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2020.372.5419>.

- Jiménez Vargas, C. P. y Lavao Osorio, S. (2020). *Estrategias de afrontamiento y confinamiento por COVID-19*. Pontificia Universidad Javeriana. Facultad de Psicología. Bogotá, Colombia.
- Jorques Infante, M. J. (2015). *Estrategias de afrontamiento ante el cáncer de mama* (Doctoral dissertation, Universitat de València).
- Joseph Bravo, P. y De Gortari, P. (2007). *El estrés y sus efectos en el metabolismo y el aprendizaje*. Biotecnología, vol. 14 (Nº3), p. 65-76.
- La Capra, D. (2005). *Escribir la historia, escribir el trauma*. Buenos Aires. República Argentina. Editorial Nueva Visión.
- Ley N° 23.277. Ejercicio Profesional de la Psicología. *Boletín Oficial de la Nación*. Buenos Aires, Argentina. Sancionada el 26 de Septiembre de 1991. Promulgada el 23 de Octubre de 1991. Recuperada el 18 de Abril de 2018.
- Ley N° 6063. Ejercicio Profesional del Psicólogo. *Boletín Oficial de la Provincia de Salta, Argentina*. (Expediente N°01-326031/82). Ministerio de Bienestar Social: 11 de Febrero de 1983. Recuperada el 19 de Abril de 2018.
- Londoño, N. H., Henao López, G.C., Puerta, I. C.; Posada, S., Arango, D., y Aguirre Acevedo, D. C. (2006). *Propiedades psicométricas y validación de la Escala de Estrategias de Coping Modificada (EEC-M) en una muestra colombiana*. Universidad Psychologica. Vol. 5 (Nº2), p. 327-350.
- Lozano Vargas, A. (2020). *Impacto de la pandemia del coronavirus (COVID- 19) en la salud mental del personal de salud y en la población en general de China*. Revista Neuropsiquiatría. Vol. 83 (Nº 1), p. 51-56. DOI: <https://dx.doi.org/10.20453/rnp.v83i1.3687>.
- Maguiña Vargas, C., Gastelo Acosta, R. y Tequen Bernilla, A. (2020). *El nuevo Coronavirus y la pandemia del COVID-19*. Revista Médica Herediana, vol. 31 (Nº2), p. 125- 131).
- Mayorga Aldáz, E. C., Rivera Escobar, M. F., Pacheco Mayorga, N. A., y Olivarez Yaguar, M. B. (2020). *Efectos del estrés ocupacional en trabajadores de salud por pandemia coronavirus en hospitales ecuatorianos*. Dilemas contemporáneos: Educación, Política y Valores.
- Mc Mutual (2018). *Stop al estrés: cómo gestionar el estrés laboral*.
- Mendoza Amaya, L. M. (2021). *Trastorno de estrés postraumático en personal de salud de primera línea frente a la pandemia del COVID-19*. Universidad Privada Antenor Orrego (UPAO). Trujillo, Perú.

- Monterrosa Castro, A., Dávila Ruiz, R., Mejía Mantilla, A., Contreras Saldarriaga, J., Mercado Lara, M. y Flores Monterrosa, C. (2020). *Estrés laboral, ansiedad y miedo al COVID-19 en médicos generales colombianos*. MedUNAB. Vol. 23 (N° 2), p. 195-213.
- Mucci, M. (2007). La relación médico-paciente ¿un vínculo distinto o distante?. Revista *Psicodebate Psicología, cultura y sociedad*. Vol 8. p. 1-78. DOI: <https://doi.org/10.18682/pd.v8i0>
- Muñoz Fernández, S. I., Molina Valdespino, D., Ochoa Palacios, R., Sánchez Guerrero, O., y Esquivel Acevedo, J. A. (2020). *Estrés, respuestas emocionales, factores de riesgo, psicopatología y manejo del personal de salud durante la pandemia por COVID-19*. Acta Pediátrica de México. Vol. 41(N° 1), p. 127-136.
- Navinés, R., Olivé, V., Fonseca, F., y Martín Santos, R. (2021). *Estrés laboral y burnout en los médicos residentes, antes y durante la pandemia por COVID- 19: una puesta al día*. Medicina clínica. Vol. 157 (N° 3), p. 130.
- Ng, B. (2020). *La salud mental de las y los trabajadores de la salud en México durante la pandemia*. Pluralidad y Consenso. Vol. 10 (N° 44), p. 152-159.
- Nieto Caballero, S. (2021). *Análisis del estrés y la coordinación de los Servicios de Emergencias Médicos mediante simulación clínica, simulación en entorno real y asistencia sanitaria en emergencias reales*.
- O.M.S.: CIE-10. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Descripciones Clínicas y pautas para el diagnóstico. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1992.
- Ochoa Martelo, M. C. (2020). *Frecuencia de estrés postraumático en el personal de salud, a raíz de la emergencia sanitaria por COVID-19 en Colombia durante el período de confinamiento de abril a julio 2020*. Universidad Simón Bolívar, Facultad de Ciencias de la Salud de Barranquilla, Colombia.
- Orengo García, F. (2002). *Sobre psicotraumatología*. Revista Psiquis. Vol 23 (N°5). P. 173-177.
- Osorio Mejía, V. (2021). *Estrategias de afrontamiento del personal de la salud en un Hospital de Cartago, frente al Covid 19*. Universidad Antonio Nariño Sede Cartago. Cartago, Colombia.
- Paris, L., y Omar, A. (2009). *Estrategias de afrontamiento del estrés como potenciadoras de bienestar*. Psicología y salud. Vol. 19 (N° 2), p. 167-175.

- Pérez Martínez, J. (2017). *Trata el estrés con PNL*. Editorial Centro de Estudios Ramon Areces SA.
- Pérez Tejada, H. E. (2008). *Estadística para las ciencias sociales, del comportamiento y de la salud*. 2ra ed. Editorial Cengage Learning. México.
- Quiroz, C. N. N., Rivera, L. O., y Valero, C. Z. V. (2017). *Relación entre estrés laboral y estrés cotidiano*. Revista electrónica de psicología Iztacala, Vol. 19 (N° 2), p. 558-568.
- Rodríguez Morales, Alfonso J, Sánchez Duque, Jorge A, Hernández Botero, Sebastian, Pérez Díaz, Carlos E, Villamil Gómez, Wilmer E, Méndez, Claudio A, Verbanaz, Sergio, Cimerman, Sergio, Rodríguez Enciso, Hernan D, Escalera Antezana, Juan Pablo, Balbin Ramon, Graciela J, Arteaga Livias, Kovy, Cvetkovic Vega, Aleksandar, Orduna, Tomas, Savio-Larrea, Eduardo, y Paniz Mondolfi, Alberto. (2020). *Preparación y control de la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) en América Latina*. Acta Médica Peruana. Vol. 37 (N° 1), p. 3-7. DOI: <https://dx.doi.org/10.35663/amp.2020.371.909>
- RTVE. (s.f.). *Mapa del coronavirus en el mundo: casos, muertes y los últimos datos de la evolución*. Recuperado de <http://www.rtve.es/noticias/20210308/mapa-mundial-del-coronavirus/1998143.shtml> el 19 de Marzo de 2021.
- Sacristán, J. A., y Millán, J. (2020). *El médico frente a la COVID-19: lecciones de una pandemia*. Educación Médica. Vol. 21 (N° 4), p. 265-271.
- Sánchez, C. (2019). *Normas APA – 7ma (séptima) edición*. Normas APA (7ma edición). Recuperado de <https://normas-apa.org/> el 4 de Julio del 2022.
- Selye, H. (1930). *Antecedentes históricos del estrés laboral*. Obtenido de <http://tesis.uson.mx/digital/tesis/docs/13294/Capitulo1.pdf>.
- Shapiro, F. (2004) *EMDR: desensibilización y reprocesamiento por medio de movimiento ocular*. Santa Cruz Atoyac, México D.F, México. Editorial Pax Mexico.
- Sierra, J. C., Ortega, V., y Zubeidat, I. (2003). *Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar*. Revista mal-estar e subjetividade, Vol. 3 (N° 1), p. 10-59.

- Slipak, O. E. (1996). *Estrés laboral*. ALCMEON. Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica. Vol 19. (N° 4). Buenos Aires.
- Solórzano Vélez, M. M. y Tejada Díaz, R. (2021). *Impacto de la pandemia COVID-19 en la salud mental del personal que labora en el centro de salud Chone Tipo C*. RECIMUNDO, vol. 5 (N° 2), p. 387-397.
[https://doi.org/10.26820/recimundo/5.\(2\).abril.2021.387-397](https://doi.org/10.26820/recimundo/5.(2).abril.2021.387-397)
- Soriano, J. (2002). *Reflexiones sobre el concepto de afrontamiento en psicooncología*. Boletín de psicología. Vol. 75, p. 73-85.
- Téllez Vargas, J. (2020). *La salud mental del médico durante la pandemia*. Eurofarma, Vol. 9.
- Valero Cedeño, N. J., Vélez Cuenca, M. F., Duran Mojica, A. A., y Torres Portillo, M. (2020). *Afrontamiento del COVID-19: estrés, miedo, ansiedad y depresión*. Enfermería investiga. Vol. 5 (N° 3), p. 63-70.
- Van Der Kolk, B. A. (2009). Developmental trauma disorder: Towards a rational diagnosis for children with complex trauma histories. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr*. Vol. 58 (°8).
- World Health Organization (2020). *Coronavirus disease (COVID-19)*. World Health Organization.
- World Health Organization (s.f.). *Coronavirus disease (Covid-19)*. Recuperado de https://who.int/health-topics/coronavirus#ab=tab_3/ el 21 de Marzo de 2021
- Yenny Ferleidy, R. A. (2021). *Estrategias de afrontamiento y niveles de estrés asistencial en el personal de salud del Hospital La Misericordia de Carlacá*. Universidad Antonia Nariño. Bogotá, Colombia.
- Yuni, J. y Urbano, C. (2006). *Técnicas para investigar y formular proyectos de investigación*. Vol. 1. 2da ed. Editorial Brujas. Argentina. Yuni, J. y Urbano, C. (2006). *Técnicas para investigar y formular proyectos de investigación*. Vol. 1. 2da ed. Editorial Brujas. Argentina.

ANEXOS



ANEXO I: NOTA DE PRESENTACIÓN
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SALTA
FACULTAD DE ARTES Y CIENCIAS



NOTA DE PRESENTACIÓN
 UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SALTA
 FACULTAD DE ARTES Y CIENCIAS



Salta, 12 de Octubre de 2022

Al señor Director de la Clínica 9 de Julio

Dr. Alfredo Oscar Montenegro

S _____ / _____ D _____

Por la presente nos dirigimos a Ud. A fin de solicitarle-quiera tener a bien autorizar a la alumna Leyendecker, Silvana Inés con D.N.I: 38.340.294 de la Carrera Licenciatura en Psicología de la Universidad Católica de Salta, a realizar su trabajo de investigación final de grado, titulado **“Estrategias de Afrontamiento en el personal médico de la Clínica 9 de Julio: haciendo frente a la pandemia por COVID-19”** en nuestra institución.

El trabajo de investigación se encontrará dirigido por la Lic. Blasco, Emilce Carina y la revisión de tesis estará a cargo de la Lic. Silvia Oiene. Es por eso que constara con la supervisión y coordinación de dichos profesionales.

Toda la información del estudio será **confidencial** y se **resguardará la identidad de todos los participantes.**

En función que la alumna se encuentra realizando su trabajo final de grado, y para evitar sensaciones de incomodidad, se informa a Ud. que el objetivo de dicha investigación es conocer las estrategias de afrontamiento del estrés que utilizó el personal médico de la Clínica 9 de Julio de la ciudad de San José de Metán en contexto de pandemia durante la primera etapa de confinamiento social.

Podrá conocer los resultados de la misma al momento de archivar una copia en la Universidad Católica de Salta, pudiendo ser Ud. notificado cuando corresponda.

Sin otro particular, lo saludan muy atentamente.

Leyendecker, Silvana Inés

DNI 38.340.294

Lic. Blasco, Emilce Carina

M.P 1.069

Dr. Alfredo Montenegro
 Cirujía General
 M.P. 1211

Presidente de Directorio
 de Clínica 9 de Julio S.A.
 S. J. de Metán - Salta

Dr. ALFREDO OSCAR MONTENEGRO
 PRESIDENTE
 CLÍNICA 9 DE JULIO S.A.

CLÍNICA 9 DE JULIO S.A

ANEXO II: MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SALTA
FACULTAD DE ARTES Y CIENCIAS



TRABAJO INTEGRADOR FINAL

CONSENTIMIENTO INFORMADO

La alumna **Leyendecker, Silvana Inés DNI 38.340.294** de la carrera de Lic. en Psicología, invita a Ud. a realizar una serie de preguntas para una entrevista de **carácter gratuito y secreto**.

La decisión de participar es **voluntaria** y Ud. **puede o no aceptar participar**. Asimismo, Ud. puede interrumpir su participación en el momento que lo decida.

Toda la información del estudio **será confidencial y se resguardará la identidad de todos los participantes**.

En función que la alumna se encuentra realizando su trabajo final de grado, y para evitar sensaciones de incomodidad, se informa a Ud. que el objetivo de dicha investigación es *“Conocer las estrategias de afrontamiento del estrés que utilizó el personal médico de la Clínica 9 de Julio de la ciudad de San José de Metán en contexto de pandemia durante la primera etapa de confinamiento social”*.

Podrá conocer los resultados de la misma al momento de archivar una copia en la Universidad Católica de Salta, pudiendo Ud. ser notificado cuando corresponda. Aunque, se reitera el carácter **anónimo** de su participación, y la información obtenida será utilizada sólo para fines investigativos.

AL FIRMAR ESTE CONSENTIMIENTO INFORMADO UD. ESTÁ ACEPTANDO PARTICIPAR DE ESTA INVESTIGACIÓN PSICOLOGICA, AUTORIZADA POR LA UNIVERSIDAD CATOLICA DE SALTA Y LA CARRERA DE PSICOLOGIA.

Yo ___ habiendo sido informado y entendiendo los objetivos y características del estudio, acepto a participar del mismo y responder a las entrevistas que la alumna me presente.

| | |
|---|---|
| Firma: _____ Aclaración Firma: Aclaración: Leyendecker, Silvana Inés | DNI: _____ Fecha: _____ / _____ / _____ DNI: 38.340.294 Fecha: __/_____/____ |
|---|---|

ANEXO III: MODELO DE ENTREVISTA



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SALTA
FACULTAD DE ARTES Y CIENCIAS



TRABAJO INTEGRADOR FINAL

DATOS DEL ENTREVISTADO

Sexo: Edad: Especialidad:

Antigüedad de ejercicio profesional:

GUÍA DE PREGUNTAS

1. ¿Qué tipos de pacientes se encontraban a su cargo, es decir, se encargaba de la atención de pacientes en general o exclusivamente de aquellos que eran diagnosticados con COVID-19 positivo?
2. ¿Cómo se manejaban los turnos laborales durante esta situación?
3. ¿Cómo fue su experiencia en la institución durante este período de tiempo?
4. ¿Cómo fue su experiencia cotidiana en el ámbito social durante el primer período de pandemia por COVID-19?
5. ¿Cómo se sintió con respecto a la situación por la cual estábamos atravesando en ese período de tiempo producto de la pandemia?
6. ¿Qué hizo usted frente a estos sentimientos?
7. ¿Cuál o cuáles fueron las situaciones más angustiantes que vivió durante este período de tiempo? ¿Por qué?
8. ¿En algún momento llegó a sentirse sobrepasado por la situación? ¿Por qué?



ANEXO IV: ESCALA DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO COPING MODIFICADA (EEC-M)



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SALTA
FACULTAD DE ARTES Y CIENCIAS

Participante:

Edad:

Género:

Especialidad:

A continuación, se plantean diferentes formas que implementan las personas para afrontar los problemas o situaciones estresantes que se les presentan en la vida. Las formas de afrontamiento aquí descritas no son ni buenas ni malas, ni mejores ni peores. Simplemente ciertas personas utilizan unas formas más que otras, dependiendo de la situación problema. Trate de recordar las diferentes situaciones o problemas más estresantes vividos durante los últimos años, y responda señalando con una X en la columna que le señala la flecha (→), el número que mejor indique qué tan habitual ha sido esta forma de comportamiento ante las situaciones estresantes.

1- Nunca 2- casi nunca 3- A veces 4- frecuentemente 5- casi siempre 6- siempre

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Trato de comportarme como si nada hubiera pasado | | | | | | |
| 2. Me alejo del problema temporalmente | | | | | | |
| 3. Procuero no pensar en el problema | | | | | | |
| 4. Descargo mi mal humor con los demás | | | | | | |
| 5. Intento ver los aspectos positivos del problema | | | | | | |
| 6. Le cuento a familiares o amigos cómo me siento | | | | | | |
| 7. Procuero conocer mejor el problema con la ayuda de un profesional | | | | | | |
| 8. Asisto a la iglesia | | | | | | |
| 9. Espero a que la solución llegue sola | | | | | | |
| 10. Trato de solucionar el problema siguiendo unos pasos concretos bien pensados | | | | | | |
| 11. Procuero guardar para mí los sentimientos | | | | | | |
| 12. Me comporto de forma hostil con los demás | | | | | | |
| 13. Intento sacar algo positivo del problema | | | | | | |
| 14. Pido consejo u orientación a algún pariente o amigo para poder afrontar mejor el problema | | | | | | |
| 15. Busco ayuda profesional para que me guíen y orienten | | | | | | |

| | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|--|
| 16. Tengo fe en que puede ocurrir algún milagro | | | | | | | |
| 17. Espero el momento oportuno para resolver el problema | | | | | | | |
| 18. Pienso que con el paso del tiempo el problema se soluciona | | | | | | | |
| 19. Establezco un plan de actuación y procuro llevarlo a cabo | | | | | | | |
| 20. Procuro que los otros no se den cuenta de lo que siento | | | | | | | |
| 21. Evado las conversaciones o temas que tienen que ver con el problema | | | | | | | |
| 22. Expreso mi rabia sin calcular las consecuencias | | | | | | | |
| 23. Pido a parientes o amigos que me ayuden a pensar acerca del problema | | | | | | | |
| 24. Procuro hablar con personas responsables para encontrar una solución al problema | | | | | | | |
| 25. Tengo fe en que Dios remedie la situación | | | | | | | |
| 26. Pienso que hay un momento oportuno para analizar la situación | | | | | | | |
| 27. No hago nada porque el tiempo todo lo dice | | | | | | | |
| 28. Hago frente al problema poniendo en marcha varias soluciones | | | | | | | |
| 29. Dejo que las cosas sigan su curso | | | | | | | |
| 30. Trato de ocultar mi malestar | | | | | | | |
| 31. Salgo al cine, a dar una vuelta, etc., para olvidarme del problema | | | | | | | |
| 32. Evito pensar en el problema | | | | | | | |
| 33. Me dejó llevar por mi mal humor | | | | | | | |
| 34. Hablo con amigos o familiares para que me animen o tranquilicen cuando me encuentro mal | | | | | | | |
| 35. Busco la ayuda de algún profesional para reducir mi ansiedad o malestar | | | | | | | |
| 36. Rezo | | | | | | | |
| 37. Hasta que no tenga claridad frente a la situación, no puedo darle la mejor solución a los problemas | | | | | | | |
| 38. Pienso que lo mejor es esperar a ver qué puede pasar | | | | | | | |
| 39. Pienso detenidamente los pasos a seguir para enfrentarme al problema | | | | | | | |
| 40. Me resigno y dejo que las cosas pasen | | | | | | | |
| 41. Inhibo mis propias emociones | | | | | | | |
| 42. Busco actividades que me distraigan | | | | | | | |
| 43. Niego que tengo problemas | | | | | | | |
| 44. Me salgo de casillas | | | | | | | |
| 45. Por más que quiera no soy capaz de expresar abiertamente lo que siento | | | | | | | |
| 46. A pesar de la magnitud de la situación tiendo a sacar algo positivo | | | | | | | |
| 47. Pido a algún amigo o familiar que me indique cual sería el mejor camino a seguir | | | | | | | |
| 48. Pido ayuda a algún médico o psicólogo para aliviar mi tensión | | | | | | | |
| 49. Acudo a la iglesia para poner velas o rezar | | | | | | | |
| 50. Considero que las cosas por sí solas se solucionan | | | | | | | |
| 51. Analizo lo positivo y negativo de las diferentes alternativas | | | | | | | |
| 52. Me es difícil relajarme | | | | | | | |
| 53. Hago todo lo posible para ocultar mis sentimientos a los otros | | | | | | | |
| 54. Me agredo física o verbalmente | | | | | | | |
| 55. Así lo quiera, no soy capaz de llorar | | | | | | | |

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 56. Tengo muy presente el dicho “al mal tiempo buena cara” | | | | | | | |
| 57. Procuo que algún familiar o amigo me escuche cuando necesito manifestar mis sentimientos | | | | | | | |
| 58. Intento conseguir más información sobre el problema acudiendo a profesionales | | | | | | | |
| 59. Dejo todo en mano de Dios | | | | | | | |
| 60. Espero que las cosas se vayan dando | | | | | | | |
| 61. Me es difícil pensar en posibles soluciones a mis problemas | | | | | | | |
| 62. Trato de evitar mis emociones | | | | | | | |
| 63. Dejo a un lado los problemas y pienso en otras cosas | | | | | | | |
| 64. Trato de identificar las ventajas del problema | | | | | | | |
| 65. Considero que mis problemas los puedo solucionar sin la ayuda de los demás | | | | | | | |
| 66. Pienso que no necesito la ayuda de nadie y menos de un profesional | | | | | | | |
| 67. Busco tranquilizarme a través de la oración | | | | | | | |
| 68. Frente a un problema, espero conocer bien la situación antes de actuar | | | | | | | |
| 69. Dejo que pase el tiempo | | | | | | | |

ANEXO V: BAREMO DE LA ESCALA EEC-M *Coping* MODIFICADA

TABLA 5. MEDIA, DESVIACIÓN Y PERCENTILES DE LA ESCALA DE ESTRATEGIAS DE *COPING* MODIFICADA (EEC-M) EN UNA MUESTRA COLOMBIANA.

| | SP | BAS | ESP | REL | EE | BAP | RA | EC | RP | EDA | NEG | AUT |
|-------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|-----|-----|
| Media | 33,5 | 23,2 | 22,5 | 20,7 | 25,0 | 11,0 | 12,7 | 15,9 | 18,4 | 14,8 | 8,8 | 6,8 |
| Desv. típ. | 8,4 | 8,2 | 7,5 | 9,0 | 7,6 | 5,6 | 5,1 | 4,9 | 5,4 | 4,8 | 3,3 | 2,8 |
| 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 |
| 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 |
| 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 |
| 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 |
| 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 |
| 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 |
| 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 |
| 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 |
| 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 |
| 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 |
| 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 |
| 99 | 52 | 42 | 42 | 41 | 44 | 26 | 27 | 30 | 29 | 24 | 17 | 12 |

SP: Solución de Problemas; BAS: Búsqueda de Apoyo Social; ESP: Espera; REL: Religión; EE: Evitación Emocional; BAP: Búsqueda de Apoyo Profesional; RA: Reacción Agresiva; EC: Evitación Cognitiva; RP: Reevaluación Positiva; EDA: Expresión de la Dificultad de Afrontamiento; NEG: Negación; AUT: Autonomía.



HOJA DE EVALUACIÓN

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SALTA
FACULTAD DE ARTES Y CIENCIAS
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA



HOJA DE EVALUACIÓN

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SALTA
FACULTAD DE ARTES Y CIENCIAS
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA



PROYECTO DE TRABAJO FINAL DE GRADO: "Estrategias de afrontamiento en el personal médico de la Clínica 9 de Julio: haciendo frente a la pandemia por COVID-19"

Alumno: Leyendecker, Silvana Inés DNI 38.340.294

Director: Blasco, Emilce Carina MP. 1.069

Emilce Carina Blasco
E. Carina Blasco
Lic. en Psicología
MP. 1069

EVALUACIÓN

Decisión:

Tribunal evaluador

Jurado:

Jurado:

Jurado:

Lugar y fecha: