



# **UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**POSGRADO**

**PROGRAMA DE MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA  
MENCIÓN PSICOPREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA  
SALUD MENTAL**

**MODALIDAD DE TITULACIÓN PROYECTO DE  
DESARROLLO**

Trabajo de titulación previo a la obtención del grado académico de  
Magister en Psicología Clínica Mención Psicoprevención y  
Promoción de la Salud Mental

**Tema:**

**INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA EN SÍNTOMAS DE  
ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN EL PERSONAL SANITARIO  
DURANTE LA EMERGENCIA SANITARIA POR COVID-19**

**Autor(a):** Psc. Cl. Ana Cristina Moya Cepeda

**Director(a):** Dr. Gerardo Fernando Fernández Soto

Ambato – Ecuador

2021

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO**

**FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD**

**PROGRAMA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA MENCIÓN  
PSICOPREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL.**

**INFORMACIÓN GENERAL**

**TEMA:** INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA EN SÍNTOMAS DE ESTRÉS  
POSTRAUMÁTICO EN EL PERSONAL SANITARIO DURANTE LA  
EMERGENCIA SANITARIA POR COVID-19.

**AUTOR:** Ana Cristina Moya Cepeda

Grado Académico: Psicóloga Clínica

Correo electrónico: animo\_g@hotmail.com

**DIRECTOR:** Dr. Gerardo Fernando Fernández Soto

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:**

- Conocimiento actitudes y prácticas del personal de salud.

## **APROBACIÓN DEL TRABAJO DE TITULACIÓN**

A la Unidad Académica de Titulación de Posgrado de la Facultad Ciencias de la Salud. El Tribunal receptor de la Defensa del Trabajo de Titulación presidido por el Dr. Jesús Onorato Chicaiza Tayupanta Esp., e integrado por los señores: Dra. Elena Vicenta Hernández Navarro PHD y Dr. Mg. Edison Arturo Galarraga Pérez, designados por la Unidad Académica de Titulación de Posgrado de la Facultad Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Ambato, para receptor el Trabajo de Titulación con el tema: **“Intervención psicoterapéutica en síntomas de estrés postraumático en el personal sanitario durante la emergencia sanitaria por covid-19”**, elaborado y presentado por la señora Psicóloga Clínica Ana Cristina Moya Cepeda, para optar por el Grado Académico de Magíster en Psicología Clínica mención en Psicoprevención y Promoción de la Salud Mental; una vez escuchada la defensa oral del Trabajo de Titulación el Tribunal aprueba y remite el trabajo para su uso y custodia en las bibliotecas de la Universidad Técnica de Ambato.



Lcda. Miriam Ivonne Fernández Nieto  
**Presidente y Miembro del Tribunal de  
Defensa**



Dra. Elena Vicenta Hernández Navarro PHD.  
**Miembro del Tribunal de Defensa**



Dr. Mg. Edison Arturo Galarraga Pérez.  
**Miembro del Tribunal de Defensa**

## **AUTORÍA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN**

La responsabilidad de las opiniones, comentarios y críticas emitidas en el trabajo de Titulación presentado con el tema: “Intervención psicoterapéutica en síntomas de estrés postraumático en el personal sanitario durante la emergencia sanitaria por covid-19”, le corresponde exclusivamente a la Psicóloga Clínica Ana Cristina Moya Cepeda, Autora bajo la Dirección del Dr. Gerardo Fernando Fernández Soto, Director del Trabajo de Titulación; y el patrimonio intelectual a la Universidad Técnica de Ambato.

Psc. Cl. Ana Cristina Moya Cepeda

CC. 1804026746

**AUTORA**

Dr. Mg. Gerardo Fernando Fernández Soto

CC. 1757647613

**DIRECTOR**

## **DERECHOS DE AUTOR**

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que el Trabajo de Titulación, sirva como un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación, según las normas de la Institución. Cedo los Derechos de mi Trabajo de Titulación, con fines de difusión pública, además apruebo la reproducción de este, dentro de las regulaciones de la Universidad Técnica de Ambato.

Psc. Cl. Ana Cristina Moya Cepeda

CC. 1804026746

**AUTORA**

## DEDICATORIA

El presente trabajo se lo dedico a mis padres y abuelitos quienes son una pieza fundamental en cada paso que doy y me han acompañado en cada uno de los logros que he alcanzado.

A mis hermanos por su apoyo incondicional y de manera especial a mi esposo y mi hijo quienes han sido mi motivación y motor durante este tiempo de estudio.

## AGRADECIMIENTO

Quiero agradecer principalmente a mi familia por el apoyo y los sacrificios mantenidos durante este tiempo de estudio. A mi tío sin el cual este sueño no se hubiera materializado.

A cada uno de mis compañeros, sin los cuales este tiempo de preparación y aprendizaje no hubiera sido el mismo.

Finalmente quiero realizar un agradecimiento a la dedicación y enseñanzas de mi tutor el Dr. Mg. Gerardo Fernando Fernández Soto, por la vinculación de mi trabajo de titulación al proyecto de investigación: “ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES INFANTILES EL ÉXITO DE LA PEDIATRÍA MODERNA”, Resolución Nro. UTA-CONIN-2021-0055-R, Unidad Operativa de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Técnica de Ambato

## INDICE GENERAL

<b>RESUMEN EJECUTIVO</b> .....	5
<b>ABSTRACT</b> .....	7
<b>CAPÍTULO I</b> .....	9
<b>EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN</b> .....	9
<b>1.1. Introducción</b> .....	9
<b>1.2. Justificación</b> .....	10
<b>1.3. Objetivos</b> .....	10
1.3.1 Objetivo General .....	10
1.3.2 Objetivos Específicos .....	10
<b>CAPÍTULO II</b> .....	11
<b>ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS</b> .....	11
COVID-19 .....	11
ESTRÉS POSTRAUMÁTICO .....	12
TERAPIA NARRATIVA .....	14
<b>CAPÍTULO III</b> .....	16
<b>MARCO METODOLOGICO</b> .....	16
<b>3.1. Ubicación</b> .....	16
<b>3.2. Equipos y materiales</b> .....	16
<b>3.3. Tipo de investigación</b> .....	16
<b>3.4. Hipótesis</b> .....	17
<b>3.5. Población o muestra</b> .....	17
<b>3.6. Recolección de información</b> .....	17
<b>3.7. Procesamiento de la información y análisis estadístico</b> .....	19
<b>3.8. Variables respuesta</b> .....	19
<b>CAPÍTULO IV</b> .....	20
<b>RESULTADOS Y DISCUSIÓN</b> .....	20
<b>4.1. Resultados</b> .....	20
Características de la población .....	20
Puntuaciones medias de los síntomas de estrés posttraumático .....	22
Normalidad .....	29
Comprobación de hipótesis .....	31
<b>4.2 Discusión</b> .....	39
<b>CAPÍTULO V</b> .....	40
<b>CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES, BIBLIOGRAFÍA Y ANEXOS</b> .....	40



<b>5.1 Conclusiones</b> .....	40
<b>5.2 Recomendaciones</b> .....	41
<b>5.3 Bibliografía</b> .....	41
<b>5.4 Anexos</b> .....	46

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N° 1 Género del grupo experimental y grupo control.....	20
Tabla N°2 Edad del grupo experimental y grupo control .....	20
Tabla N°3 Profesión y servicio del grupo experimental y grupo control.....	21
Tabla N°4 Puntuaciones medias de los síntomas del criterio B (reexperimentación) persistente para el diagnóstico de TEPT según DSM IV pretest grupo experimental y grupo control. ....	22
Tabla N°5 Puntuaciones medias de los síntomas del criterio C (evitación y embotamiento de la reactividad) para el diagnóstico de TEPT según DSM IV pretest grupo experimental y grupo control.....	23
Tabla N°6 Puntuaciones medias de los síntomas del criterio D (hiperactivación) para el diagnóstico de TEPT según DSM IV pretest grupo experimental y grupo control. ....	24
Tabla N°7 Puntuaciones medias por criterio en el pretest y postest del grupo experimental y de control.....	25
Tabla N°8 Frecuencia y gravedad de síntomas en el pretest y postest del grupo experimental.....	26
Tabla N°9 Frecuencia y gravedad de síntomas en el pretest y postest del grupo control .....	27
Tabla N°10 Puntuaciones totales de Estrés postraumático pretest y postest grupo experimental y de control.....	28
Tabla N°11 Prueba de normalidad Shapiro-Wilk en el grupo experimental.....	29
Tabla N°12 Prueba de normalidad Shapiro-Wilk – Grupo experimental postest, grupo control pretest y postest.....	30
Tabla N°13 Prueba T de Student – Frecuencia de síntomas .....	31
Tabla N°14 Prueba T de Student – Gravedad de síntomas .....	32
Tabla N°15 Prueba T de Student – Frecuencia y Gravedad por Criterios.....	33
Tabla N°16 Prueba T de Student – Total Criterios .....	34
Tabla N°17 U de Mann-Whitney de la frecuencia de síntomas entre postest grupo experimental y pretest grupo control.....	35
Tabla N°18 U de Mann-Whitney de la frecuencia de síntomas entre postest grupo experimental y postest grupo control .....	36

Tabla N°19 U de Mann-Whitney de la gravedad de síntomas entre postest grupo experimental y pretest grupo control.....	37
Tabla N°20 U de Mann-Whitney de la gravedad de síntomas entre postest grupo experimental y postest grupo control .....	38

TEMA: INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA EN SÍNTOMAS DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN EL PERSONAL SANITARIO DURANTE LA EMERGENCIA SANITARIA POR COVID-19

AUTOR: Psc. Cl. Ana Cristina Moya Cepeda

DIRECTOR: Dr. Gerardo Fernando Fernández Soto

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

- Conocimiento, actitudes y prácticas del personal de salud.

FECHA: 27 de septiembre de 2021

### **RESUMEN EJECUTIVO**

El objetivo general de la presente investigación fue aplicar una intervención psicoterapéutica grupal para prevenir el desarrollo de trastorno de estrés postraumático en el personal sanitario que brindó atención durante los primeros meses de la emergencia sanitaria por COVID-19. Al observar la presencia de sintomatología emocional post-COVID-19, se vio la necesidad de realizar un programa de intervención. Se empleó una metodología con enfoque cuantitativo, siendo una investigación cuasi experimental, realizada bajo el diseño preprueba/posprueba. La población para la investigación estuvo constituida por 40 personas entre enfermeras, médicos, auxiliares de enfermería y terapeutas físicos. La muestra fue censal al ser la población igual a la muestra. El instrumento psicométrico utilizado fue la escala del trauma de Davidson constituido por 17 ítems que evalúa la gravedad y frecuencia de los síntomas del trastorno de estrés postraumático. La propuesta de intervención terapéutica fue desarrollada bajo el enfoque narrativo, agrupada en cuatro sesiones donde constan: actividades de escritura emocional, normalización de emociones, trabajo metafórico, ejercicios para conectar con redes de apoyo y creación de una nueva narrativa. Debido a las medidas de bioseguridad por COVID-19 se realizaron las sesiones en grupos de 10 personas. Los datos obtenidos en la escala fueron procesados con el software SPSS 24 y se realizó el análisis estadístico. Como resultado se obtuvo una disminución en la sintomatología de estrés postraumático en el personal sanitario luego de aplicar la intervención psicoterapéutica mostrando resultados estadísticamente significativos al obtener una significancia  $p < 0,05$  tanto en frecuencia como gravedad de síntomas.

Palabras Clave: COVID-19, estrés postraumático, síntomas, intervención psicoterapéutica, prevención.

THEME: PSYCHOTHERAPEUTIC INTERVENTION ON POST-TRAUMATIC STRESS SYMPTOMS IN HEALTH PERSONNEL DURING THE COVID-19 HEALTH EMERGENCY.

AUTHOR: Psc. Cl. Ana Cristina Moya Cepeda

DIRECTOR: Dr. Gerardo Fernando Fernández Soto.

LINE OF RESEARCH:

- Knowledge, attitudes, and practices of the health personnel.

DATE: September 27<sup>th</sup>, 2021.

### **ABSTRACT**

The general objective of the following research was to apply a psychotherapeutic group intervention to prevent the development of post-traumatic stress disorder in health personnel who provided care during the first months of the COVID-19 health emergency. While observing the presence of post COVID-19 emotional symptoms, it was found necessary to make an intervention program. A methodology with a quantitative approach was used; being a quasi-experimental research, conducted under the pre-test/post-test design. The research population consisted of 40 people, including nurses, physicians and nursing assistants. The sample was done by census since the population and sample was the same. The psychometric instrument used was the Davidson trauma scale consisting of 17 items that assesses the severity and frequency of the symptoms of post-traumatic stress disorder. The therapeutic intervention proposal was developed under the narrative approach, grouped in four sessions consisting of: emotional writing activities, emotional norming, metaphoric work, strengthening of support networks, and creating a new narrative. Due to COVID-19 biosecurity measures, the sessions were conducted in groups of ten people. The data obtained on the scale was processed with SPSS 24 software and statistical analysis was performed. As a result, a decrease in post-traumatic stress symptomatology in the health personnel after the application of the proposed psychotherapeutic intervention was obtained. It showed important statistic results by obtaining  $p < 0,05$  in frequency as in symptom grievance

Keywords: COVID-19, posttraumatic stress, psychotherapeutic intervention, prevention, symptoms.

# CAPÍTULO I

## EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

### 1.1. Introducción

En diciembre de 2019 apareció en Wuhan (China) un nuevo coronavirus, el virus del síndrome respiratorio agudo severo tipo-2 (SARS-COV-2), causante de la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19). La rápida propagación de este virus generó una emergencia sanitaria mundial, donde los hospitales se vieron saturados y el personal sanitario se enfrentó a una alta presión, debido al riesgo de infección, falta de protección adecuada, incremento de la demanda de trabajo, frustración, fatiga, aislamiento y distanciamiento de la familia (Kang et al. 2020), lo que en base a experiencias en pandemias anteriores puede causarles desde síntomas psicológicos aislados hasta trastornos como ansiedad, depresión y trastorno de estrés postraumático (TEPT) (Ramirez-Ortiz, et al. 2020).

El presente proyecto investigativo propone una intervención psicoterapéutica en síntomas de estrés postraumático en el personal sanitario durante la emergencia sanitaria por COVID-19, con el fin de prevenir el desarrollo del trastorno. Es una investigación cuasi-experimental, de enfoque cuantitativo, bajo el diseño pretest/posttest con grupo de control. La muestra fue censal, teniendo un total de 40 participantes entre los que constan enfermeras, médicos residentes, auxiliares de enfermería y terapeutas físicos distribuidos aleatoriamente 20 en el grupo experimental y 20 en el grupo de control. Las limitaciones que se presentaron fueron los horarios rotativos del personal, lo que sumado a las medidas para prevenir la propagación del virus dificultaron el acceder a la población y ejecutar de manera presencial con el grupo completo las estrategias.

El presente trabajo se encuentra distribuido en cinco capítulos, el primero recopila información de los efectos que la pandemia por COVID-19 ha tenido en el personal sanitario, En el segundo capítulo se realiza el sustento teórico del trastorno de estrés postraumático y la estrategia de escritura emocional, perteneciente a la terapia narrativa. En el tercer capítulo se aborda lo referente a la metodología, describiendo la Escala del Trauma de Davidson que se ocupó para la valoración. En el cuarto capítulo se encuentran los resultados de la valoración de los síntomas de estrés postraumático



y la discusión. Finalmente, en el quinto capítulo se encuentran las conclusiones y sobre la estrategia de escritura emocional, para la disminución de síntomas de estrés postraumático.

## **1.2. Justificación**

El presente proyecto es importante porque los estudios realizados posterior a enfermedades como el síndrome respiratorio de oriente medio (MERS) y el síndrome respiratorio agudo severo (SARS) han demostrado la presencia de sintomatología y trastornos psicológicos en el personal sanitario, sin embargo, no se han presentado estrategias para prevenir los mismos. De igual manera el estrés postraumático es el trastorno con menor investigación a comparación de ansiedad, depresión y estrés en esta población.

Los beneficiarios de este proyecto son el personal de salud del Hospital General Ambato, puesto que los resultados obtenidos serán socializados con el equipo de Salud Ocupacional de la institución, con la finalidad de servir de base para crear un plan de acción que permita llegar a todo el personal de primera línea de atención, con el fin de brindar apoyo psicológico, identificar posibles síntomas del estrés postraumático y prevenir el desarrollo del mismo.

## **1.3. Objetivos**

### **1.3.1 Objetivo General**

- Aplicar una intervención psicoterapéutica grupal en el personal sanitario para prevenir un trastorno de estrés postraumático a futuro.

### **1.3.2 Objetivos Específicos**

- Valorar la frecuencia y severidad de los síntomas de estrés postraumático en personal sanitario.
- Aplicar intervención psicoterapéutica grupal en personal sanitario.
- Analizar la frecuencia y severidad de los síntomas de estrés postraumático en comparación con el pretest.

## CAPÍTULO II

### ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

#### COVID-19

Los coronavirus son un grupo diverso de virus que infectan a animales y pueden causar infecciones respiratorias en los seres humanos, estas pueden ir desde un resfriado hasta infecciones graves como el MERS y el SARS. En diciembre de 2019 en la ciudad de Wuhan, China apareció un nuevo coronavirus y provocó un brote de neumonía viral inusual (Hu et al, 2021). El Grupo de Estudio Coronaviridae (CSG) del Comité Internacional de Taxonomía de Virus (2020) designó al virus como SARS-CoV-2 y la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020) nombró a la enfermedad COVID-19 en abreviatura de “enfermedad por coronavirus 2019”.

Los síntomas más comunes que se presentan al inicio de la enfermedad son fiebre, tos seca, disnea, mialgia, fatiga, con menor frecuencia se puede presentar producción de esputo, dolor de cabeza y diarrea (Huang et al., 2020), otros síntomas que también se pueden presentar son hipogeusia (disminución del gusto) e hiposmia (reducción de la capacidad para percibir olores) (Mao et al., 2020) mismos que han permitido identificar posibles casos. Para la detección de la infección se utiliza la prueba de reacción en cadena de la polimerasa con transcripción inversa en tiempo real (RT-PCR) sobre los genes expresados por este virus (Aguilar-Ramirez, 2020), para el diagnóstico concluyente los médicos se basan en los síntomas y signos clínicos, las pruebas de laboratorio e imágenes como tomografía axial computarizada de tórax.

El virus llegó a ser declarado por la OMS como pandemia el 11 de marzo de 2020 (Viña e Hidalgo, 2020). Se propagó rápidamente por el mundo, al inicio no fue tomado con gran importancia por la mayoría de países en Europa y América por lo que sus acciones implementadas para prevenir el contagio fueron tardías. En la última actualización epidemiológica del 2 de mayo de 2021 la OMS informó que el total de casos confirmados es de 151 812 556 a nivel mundial. Siendo en el Ecuador hasta el 06 de mayo de 2021 según la información del Ministerio de Salud Pública un total de 395 327 casos confirmados.

Esta situación generó una emergencia sanitaria mundial llegando varios hospitales a atender a su máxima capacidad, teniendo todo el personal sanitario que adaptar sus jornadas laborales, llegando al poco tiempo a presentar fatiga y frustración sumado a la preocupación por el alto riesgo de contagio, escasez de protección adecuada además del aislamiento y alejamiento de la familia (Kang, 2020), ha hecho que el personal de salud presente afectaciones a nivel psicológico como insomnio, ansiedad, depresión y trastorno por estrés postraumático (Ramirez-Ortiz, 2020).

El Ecuador al igual que otros países de Latinoamérica adoptó algunas medidas para hacer frente al COVID-19, entre las que estuvieron la declaración del estado de emergencia sanitaria, cierre de fronteras internacionales, suspensión de vuelos internacionales, cuarentena obligatoria a personas que llegaron del exterior, confinamiento obligatorio, restricción vehicular, cierre de escuelas, universidades, espacios públicos, expendios de comida, bares, restaurantes, locales y centros comerciales así también se realizó promoción de higiene personal, uso obligatorio de mascarillas y distanciamiento social. (Álvarez y Harris, 2020)

## ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

Se define como una reacción emocional fuerte que aparece después de que una persona experimenta uno o varios eventos traumáticos. La persona reacciona con miedo, impotencia, reviviendo de manera constante la experiencia (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014) debido a no generar una adaptación satisfactoria ante el evento.

A pesar que más del 50% de la población mundial está expuesta a eventos traumáticos a lo largo de su vida, no todas las personas desarrollan alguno de los trastornos asociados al estrés. El TEPT presenta una incidencia a lo largo de la vida del 9% al 15% (Sadock et al. 2015 citado por Bermudez et al. 2020) y se estima una prevalencia de un 3.9% en la población general y un 5.6% entre aquellos expuestos al trauma (Crespo et al., 2019).

Entre los criterios diagnósticos presentados en la última versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-V (2013) se encuentra exposición al evento traumático (CRITERIO A), reexperimentación (CRITERIO B), evitación (CRITERIO C), alteraciones negativas cognitivas y emocionales

(CRITERIO D) e hiperactivación (CRITERIO E). La duración de la sintomatología debe ser superior a un mes (CRITERIO F), debe causar un malestar clínicamente significativo (CRITERIO G) y no se puede explicar por el consumo de sustancias o la presencia de otra enfermedad (CRITERIO H). Debiendo cumplir con uno (1) o más de los síntomas de los Criterios B y C y con dos (2) o más de los síntomas del Criterios D y E para el diagnóstico.

Brotos de enfermedades anteriores nos han permitido conocer un nivel de afectación que el personal de salud puede tener, como lo encontrado en el estudio realizado en un hospital de Beijing, China, donde examinaron el impacto psicológico del brote del SARS en el 2003 en los empleados. Tuvo un total de 549 participantes entre los que se encontraban médicos, enfermeras entre otro personal, de los cuales aproximadamente el 10% habían experimentado altos niveles de síntomas de estrés postraumático. El 46% del personal que presentó síntomas altos de estrés postraumático y el 22 % de los que tenían síntomas bajos cumplieron con cuarentena, trabajaba en lugares de alto riesgo, tenían amigos o parientes cercanos que contrajeron el SARS. (Wu et al., 2009).

Otra investigación realizada posterior al brote de SARS por Lin et al. (2007), en el Hospital General de Veteranos de Taichung (Taichung, Taiwán, República de China), contó con 92 participantes entre médicos y enfermeras que laboraron en el departamento de emergencias (alto riesgo) y el área de psiquiatría (riesgo medio). Aplicaron la escala de trauma Davidson-versión en chino (DTS-C) para determinar la influencia del SARS en los síntomas de estrés postraumático en los miembros de estas dos áreas. Obtuvieron como resultados que el 93,5% de los miembros del personal médico consideraron que el brote de SARS fue una experiencia traumática. El 21,7% del personal en el servicio de urgencias obtuvo una puntuación en el DTS - C > 40 presentando una diferencia significativa con respecto al 13,0% de los integrantes de la sala psiquiátrica.

En la investigación realizada por Tang et al. (2017) con 102 trabajadores del personal de salud que estuvieron expuestos a pacientes con influenza aviar H7N9, entre los que se encontraban médicos y enfermeras de las áreas de Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), del servicio de respiratorios y emergencia, para la valoración ocuparon la lista de verificación de TEPT para la población civil (PCL-C), teniendo como resultado que alrededor del 20,59% de los médicos y enfermeras evaluados presentaron síntomas de

TEPT, observándose diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones de médicos y enfermeras ( $p < 0,05$  o  $p < 0,01$ ), así también entre géneros, frecuencia de exposición, personal que fue capacitado y experiencias previas.

Un estudio realizado por Huang et al. (2020) en China en febrero de 2020 buscó conocer el estado psicológico del personal de salud que trabaja en la lucha contra la infección del COVID-19 y proporcionar una base teórica para la intervención psicológica. Con una muestra de 246 personas, se les aplicó la escala de autoevaluación para la ansiedad (SAS) y la escala de autoevaluación para el trastorno de estrés postraumático (TEPT-SS). En los resultados se pudo observar una incidencia de trastorno de estrés postraumático entre el personal médico del 27,39% (63/230), siendo la puntuación del personal médico femenino mayor que la del masculino [(44,30  $\pm$  18,42) puntos a (36,91  $\pm$  13,95) puntos,  $t = -2,472$ ,  $p = 0,014$ ].

## TERAPIA NARRATIVA

Fue creada por Michael White y David Epston, centra a la persona como expertos en su vida. Ve el problema separado de las personas y asume que las personas tienen habilidades y capacidades que los ayudará a disminuir el efecto del problema en sus vidas (Ledo et al, 2012).

La terapia narrativa ha desarrollado un estilo de trabajo claro que consta de diferentes prácticas o tipos de conversación entre clientes y terapeutas. Estas incluyen las conversaciones externalizantes, la identificación de acontecimientos excepcionales, el uso de preguntas del Panorama de la Acción y de la Identidad, el trabajo con equipos de Testigos Externos y el uso de documentos terapéuticos (Tarragona, 2006). Pennebaker (1997) citado en Fernández (2013), nos explica que las ganancias de poner por escrito una situación se traducen en salud física y emocional, debido a que las experiencias difíciles se procesan a través del lenguaje.

García y Rincón (2011) realizaron una investigación que buscaba evaluar la efectividad de un programa grupal narrativo para la prevención de sintomatología postraumática y otras variables en mujeres que recientemente habían recibido el diagnóstico de cáncer de mama. Con una población de 32 mujeres, divididas 14 en el grupo experimental y 18 en el control. Los resultados obtenidos en promedio en el

pretest en el grupo experimental de fue de 25,36 ( $\pm 18,25$ ), y en el de control de 39,44 ( $\pm 13,47$ ), mientras que postest el grupo experimental obtiene un promedio de 18,00 ( $\pm 8,10$ ), mientras que el grupo control obtiene un promedio de 37,17 ( $\pm 19,20$ ). Los que tras el procesamiento de datos indican que el programa fue efectivo en la reducción de la sintomatología postraumática al obtener una diferencia significativa  $p < 0,019$  entre el grupo experimental y de control.

El estudio realizado por Vanegas-Farfano, et al. (2016), evalúa el impacto de las instrucciones dadas para el uso de actividades gráficas y escritura expresiva como una forma de apoyo en el manejo del estrés y las emociones a partir de seis grupos experimentales con treinta estudiantes universitarios. Los efectos fueron estimados mediante la adaptación mexicana de la Escala de Estrés Percibido y la adaptación de Escala de Afecto Positivo y Negativo. Los grupos fueron similares en su estrés percibido y en emociones en el pretest. Los resultados indican que las dos variables mejoran posterior a la intervención, mostrando diferencias entre los grupos. Considerando las diferencias entre los grupos tras la aplicación de la intervención, los autores concluyen que es necesario evaluar el tipo de instrucciones en ambientes experimentales y clínicos.

Fernández et al. (2004), exploraron los efectos de la escritura expresiva sobre los ataques terroristas perpetrados el 11 de marzo (11-M) de 2004 en Madrid, realizaron un estudio longitudinal que evaluó las consecuencias personales y sociales de escribir sobre los sentimientos y pensamientos. Lo hicieron en tres tiempos diferentes (1 semana, 3 semanas y 2 meses) después del atentado siendo los participantes del segundo grupo los que manifestaron una menor intensidad emocional, un menor compartir social, así como una mayor balanza de clima emocional percibido en comparación con el grupo control. Los autores concluyen que la narración tiene un efecto adaptativo en las personas, al permitirles los relatos que explicar lo ocurrido, enfatizar el crecimiento personal y mejorar de las relaciones interpersonales y además les ayuda a aceptar las emociones negativas sin reprimirlas.

## **CAPÍTULO III**

### **MARCO METODOLOGICO**

#### **3.1. Ubicación**

La presente investigación se realizó en el Hospital General Ambato perteneciente al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS). Se encuentra ubicado en la provincia de Tungurahua, Cantón Ambato, Parroquia Atocha-Ficoa. Es una institución pública que brinda servicio a jubilados, asegurados, hijos dependientes. Cuenta con áreas de consulta externa, hospitalización, emergencia y urgencias pediátricas. Dentro de estas áreas se encuentra el servicio de Salud Mental, compuesto por una médico psiquiatra y 4 psicólogas clínicas. Además de la atención en las áreas mencionadas se cuenta con programas dirigidos a la comunidad como “Envejecimiento Saludable” dirigido para adultos mayores, “Luchadores por la Vida” para pacientes de diálisis y “Grupo de Apoyo para Sobrevivientes de Suicidio” tanto para adultos como para adolescentes.

Trabajo de titulación vinculado al proyecto de investigación: “ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES INFANTILES EL ÉXITO DE LA PEDIATRÍA MODERNA”, Resolución Nro. UTA-CONIN-2021-0055-R, Unidad Operativa de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Técnica de Ambato.

#### **3.2. Equipos y materiales**

El reactivo psicológico que se utilizó para la valoración es la escala del trauma de Davidson, la misma fue digitalizada en la opción que presenta google docs para crear formularios. El Objetivo de esto fue que los participantes puedan llenarlo previo a la primera sesión y que se refuerce el tema de confidencialidad así también para evitar el contacto adoptando las medidas de bioseguridad acorde a lo recomendado por la emergencia sanitaria.

#### **3.3. Tipo de investigación**

El tipo de estudio que se desarrolló es cuasiexperimental (Hernández-Sampieri y Mendoza, 2018), al manipular la variable independiente aplicando la intervención para observar su efecto sobre la sintomatología de estrés postraumático en un grupo

formado previo a la investigación. Es de enfoque cuantitativo, bajo el diseño pretest/posttest con grupo de control.

### **3.4. Hipótesis**

Los síntomas de estrés postraumático en personal sanitario disminuyen luego de la intervención psicoterapéutica.

### **3.5. Población o muestra**

Se tuvo acceso a un total de 40 personas entre enfermeras, médicos residentes y terapeutas físicos, que fueron asignadas aleatoriamente para el grupo experimental y de control. Se trabajó con una muestra censal, es decir que la población fue igual a la muestra.

Criterios de inclusión:

- Personal sanitario que trabajó de manera presencial
- Personal sanitario que rotó por las áreas de COVID-UCI, salas ESPII y emergencias - respiratorios,
- Personal sanitario que haya contraído el virus SARS-COV-2.

Criterios de exclusión:

- Que la sintomatología no se pueda explicar por el consumo de sustancias o la presencia de otra enfermedad.
- Haber iniciado terapia psicológica previamente.

### **3.6. Recolección de información**

Escala de Trauma de Davidson (DTS)

Es una escala autoaplicada, consta de 17 ítems que cuantifican la frecuencia y gravedad de los síntomas de trastorno por estrés postraumático, categorizados acorde a los criterios del DSM IV para su diagnóstico (Guerra, et al., 2013); ítems 1-4, 17: criterio B (intrusos de re-experimentación), ítems 5-11: criterio C (evitación y embotamiento emocional) e ítems 12- 16: criterio D (hiperactivación) (Morales, 2006).



Utiliza una escala Likert de 5 puntos siendo la puntuación más baja 0, nunca o gravedad nula, y la más alta 4, a diario o gravedad extrema. La puntuación total oscila entre 0 y 136 (a mayor puntuación, mayor incidencia del TEPT) (Villafañe, et al., 2003). Además, puede ser calificadas por separado las subescalas de frecuencia y gravedad, oscilando sus puntuaciones entre 0 y 68 puntos. Esta escala ha demostrado poseer adecuada fiabilidad, validez y sensibilidad al cambio clínico asociado a cambios en el tratamiento. (Bobes, et al., 2000).

La escala discrimina entre los cinco grupos de gravedad establecidos mediante la Physician Rated Global Assessment of Severity (GASP); siendo las puntuaciones medias para cada grupo de gravedad las siguiente: mínima: 14 ( $\pm 13.8$ ); subclínica, 41.7 ( $\pm 28.1$ ); clínica, 78.5 ( $\pm 27.1$ ); grave, 108.5 ( $\pm 15.4$ ), y muy grave, 114 ( $\pm 8.4$ ) (Davidson et al., 1997).

La escala original cuenta con un coeficiente  $\alpha$  de Cronbach para el total del instrumento de 0.99; para la subescala de frecuencia, 0.97; para la subescala de gravedad, 0.98 (Davidson et al., 1997). La escala cuenta con una validación española por Bobes et al., (2000) donde su coeficiente  $\alpha$  de Cronbach para el total del instrumento fue de 0.89.

La propuesta de intervención psicológica está diseñada para realizarse en 4 sesiones, 2 sesiones por semana con una duración de 1 hora cada una. Se la realiza teniendo como base el ejercicio de escritura emocional desarrollado por Pennebaker (2004) y la propuesta de taller narrativo grupal de Petersen et al. (2005) para la prevención del TEPT en pacientes con cáncer. La intervención busca que los participantes expresen sentimientos y pensamientos relacionados con las últimas vivencias, revaloricen la experiencia, construyan nuevos significados, conecten con sus redes de apoyo social y promover la integración de la experiencia (García y Mardones, 2010).

Como etapa inicial se realizó un acercamiento tanto con el grupo experimental como con el grupo control para dar a conocer a los participantes sobre la investigación, durante la misma se envió mediante mensaje por la plataforma de whatsapp el enlace para completar la escala digitalizada. Además, se dialogó con el grupo de control para fijar los días y horas para la intervención.

Sesión 1 tiene como objetivo brindar un espacio para la expresión cognitiva y emocional de la experiencia. Mediante la exploración del problema además en esta

primera sesión se formulan los objetivos terapéuticos y culmina con la tarea de escritura emocional 1

Sesión 2 se evalúa la experiencia de escribir revisando la tarea de la sesión anterior además realizar un análisis y normalización de las reacciones psicológicas que se lograron externalizar durante el ejercicio de escritura. Se recurren a herramientas metafóricas y culmina con el ejercicio de conexión con red de apoyo social la tarea de escritura emocional día 2.

Sesión 3 busca explorar la relevancia del apoyo de otras personas. Partiendo de la revisión de la tarea generando un espacio de discusión sobre las redes de apoyo además de inmiscuirnos en la exploración de narrativas alternativas. Las tareas para este día consisten en buscar acontecimientos de sus vidas en los que hayan vencido algún obstáculo y el ejercicio de escritura emocional día 3

Sesión 4 Consiste en construir una nueva narrativa buscando conectar con los desafíos que le esperan en el futuro. Mediante la revisión de la tarea se inicia con una discusión sobre las historias de supervivencia y superación en la vida de los consultantes además de la construcción de una nueva narrativa que incorpora los elementos que han surgido a lo largo de las sesiones. Y se culmina con el ritual de cierre.

Una vez culminada la aplicación de la intervención se procedió nuevamente a enviar el enlace con el fin de medir el efecto que tuvo la misma sobre la sintomatología presentada en el grupo experimental y compararla con el grupo de control.

### **3.7. Procesamiento de la información y análisis estadístico**

Los datos fueron procesados en el sistema estadístico SPSS 24 (Statistical Package for the Social Sciences) posterior a la tabulación de datos. Para determinar la normalidad se utilizó Shapiro-Wilk, para determinar resultados significativos la U de Mann-Whitney y para la comparación de medias la T de Student.

### **3.8. Variables respuesta**

La variable dependiente fueron los síntomas de estrés postraumático, los mismos que fueron medidos con la Escala del Trauma de Davidson, mediante la aplicación de google docs. La variable independiente fue la Terapia Narrativa.

## CAPÍTULO IV

### RESULTADOS Y DISCUSIÓN

#### 4.1. Resultados

##### Características de la población

*Tabla N° 1 Género del grupo experimental y grupo control*

	<b>Género</b>			
	Grupo Experimental		Grupo Control	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	6	30,0	5	25,0
Femenino	14	70,0	15	75,0
Total	20	100,0	20	100,0

##### Análisis e interpretación

Del total de la población perteneciente al grupo experimental, el 30% fueron del género masculino (n= 6) y 70% de género femenino (n= 14). La mayoría de los participantes del grupo experimental fueron del género femenino (70%). Del total de los participantes del grupo control, el 25% fueron de género masculino (n= 5) y 75% del género femenino (n= 15).

*Tabla N°2 Edad del grupo experimental y grupo control*

	<b>Edad en años</b>	
Media	32,60	31,90
Mínimo	27	26
Máximo	44	40

##### Análisis e interpretación

La media de edad del grupo experimental fue de 33,60 años, con un mínimo de 27 y un máximo de 44. El promedio de edad del grupo de control fue de 31,9 años, con un mínimo de 26 y un máximo de 40 años de edad.

*Tabla N°3 Profesión y servicio del grupo experimental y grupo control*

<b>Profesión</b>				
	Grupo Experimental		Grupo Control	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Médico residente	4	20,0	3	15,0
Enfermero/a	9	45,0	10	50,0
Auxiliar de enfermería	5	25,0	5	25,0
Terapista físico	2	10,0	2	10,0
Total	20	100,0	20	100,0

  

<b>Servicio</b>				
	Grupo Experimental		Grupo Control	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Salas ESPII	11	55,0	12	60,0
UCI Respiratorios	6	30,0	4	20,0
Emergencia Respiratorios	3	15,0	4	20,0
Total	20	100,0	20	100,0

### **Análisis e interpretación**

El 20% de los participantes del grupo experimental fueron médicos residentes (n=4); el 45% enfermeros/as (n=9); el 25% auxiliares de enfermería (n=5) y el 10% terapistas físicos (n=2). El 15% de la población del grupo de control fueron médicos residentes (n=3); el 50% enfermeros/as (n=10); el 25% auxiliares de enfermería (n=5); y el 10% terapistas físicos (n=2).

El 55% de la población del grupo experimental refirieron trabajar en salas ESPII (n=11); 30% en UCI (n=6) y 15% en emergencia (n=3). El 60% de los participantes del grupo de control refirieron trabajar en salas ESPII (n=12); el 20% en UCI (n=4) y el 20% en Emergencia (n=4).

## Puntuaciones medias de los síntomas de estrés postraumático

Tabla N°4 Puntuaciones medias de los síntomas del criterio B (reexperimentación) persistente para el diagnóstico de TEPT según DSM IV pretest grupo experimental y grupo control.

Criterio B			
Forma de re-experimentación	GRUPO EXPERIMENTAL	GRUPO CONTROL	TOTAL
Recuerdos recurrentes	3,05±1,39	2,85±1,23	2,95±1,30
Sueños recurrentes	2,35±1,84	2,40±1,50	2,38±1,66
Vivencia de la experiencia	2,10±2,13	1,95±1,70	2,03±1,90
Malestar psicológico intenso	3,00±2,29	2,40±1,79	2,7±2,05
Respuestas fisiológicas	3,20±1,77	2,65±1,63	2,93±1,70

### Análisis e interpretación

El promedio de puntuaciones en el pretest para los recuerdos recurrentes es de 2,95±1,30, siendo de 3,05±1,39 en el grupo experimental y 2,85±1,23 en el grupo control; para sueños recurrentes es de 2,38±1,66, siendo de 2,35±1,84 en el grupo experimental y 2,40±1,50 en el grupo control; para vivencia de la experiencia es de 2,03±1,90, siendo de 2,10±2,13 en el grupo experimental y 1,95±1,70 en el grupo control; para malestar psicológico intenso es de 2,7±2,05, siendo de 3,00±2,29 en el grupo experimental y 2,40±1,79 en el grupo control; para respuestas fisiológicas es de 2,93±1,70, siendo de 3,20±1,77 en el grupo experimental y 2,65±1,63 en el grupo control;

*Tabla N°5 Puntuaciones medias de los síntomas del criterio C (evitación y embotamiento de la reactividad) para el diagnóstico de TEPT según DSM IV pretest grupo experimental y grupo control*

<b>Criterio C</b>			
SÍNTOMAS	GRUPO EXPERIMENTAL	GRUPO CONTROL	TOTAL
Esfuerzos para evitar pensamientos	2,95±1,82	2,95±2,04	2,95±1,91
Esfuerzos para evitar actividades	3,25±2,38	3,10±2,40	3,18±2,36
Incapacidad para recordar	2,2±2,14	2,05±2,01	2,13±2,05
Reducción del interés	3,4±2,60	3,50±1,85	3,45±2,23
Desapego enajenación	3,8±2,04	3,55±1,61	3,68±1,82
Restricción de vida afectiva	1,9±1,37	2,15±1,53	2,03±1,44
Sensación de futuro desolador	1,25±1,62	1,60±1,82	1,43±1,71

### **Análisis e interpretación**

El promedio de puntuaciones en el pretest para la evitación de pensamientos es de 2,95±1,91, siendo de 2,95±1,82 en el grupo experimental y 2,95±2,04 en el grupo control; para evitación de actividades es de 3,18±2,36, siendo de 3,25±2,38 en el grupo experimental y 3,10±2,40 en el grupo control; para incapacidad para recordar es de 2,13±2,05, siendo de 2,2±2,14 en el grupo experimental y 2,05±2,01 en el grupo control; para reducción de interés es de 3,45±2,23, siendo de 3,40±2,60 en el grupo experimental y 3,50±1,85 en el grupo control; para desapego y enajenación es de 3,68±1,82, siendo de 3,8±2,04 en el grupo experimental y 3,55±1,61 en el grupo control; para restricción de vida afectiva es de 2,03±1,44, siendo de 1,90±1,37 en el grupo experimental y 2,15±1,53 en el grupo control; para sensación de futuro desolador es de 1,43±1,71, siendo de 1,25±1,62 en el grupo experimental y 1,60±1,82 en el grupo control.

*Tabla N°6 Puntuaciones medias de los síntomas del criterio D (hiperactivación) para el diagnóstico de TEPT según DSM IV pretest grupo experimental y grupo control.*

<b>Criterio D</b>			
Síntomas de hiperactivación	GRUPO EXPERIMENTAL	GRUPO CONTROL	TOTAL
Dificultades de sueño	4,25±1,83	3,90±1,62	4,08±1,72
Irritabilidad	4±2,13	3,65±1,79	3,83±1,95
Dificultades de concentración	3,65±2,56	3,20±2,04	3,43±2,30
Hipervigilancia	2,45±1,82	2,35±1,57	2,4±1,68
Respuesta exagerada de sobresalto	3±1,84	3±1,38	3±1,60

### **Análisis e interpretación**

El promedio de puntuaciones en el pretest para las dificultades del sueño es de 4,08±1,72, siendo de 4,25±1,83 en el grupo experimental y 3,90±1,62 en el grupo control; para irritabilidad es de 3,83±1,95, siendo de 4±2,13 en el grupo experimental y 3,65±1,79 en el grupo control; para dificultades de concentración es de 3,43±2,30, siendo de 3,65±2,56 en el grupo experimental y 3,20±2,04 en el grupo control; para hipervigilancia es de 2,4±1,68, siendo de 2,45±1,82 en el grupo experimental y 2,35±1,57 en el grupo control; para respuestas exagerada de sobresalto es de 3±1,60, siendo de 3±1,84 en el grupo experimental y 3±1,38 en el grupo control.

*Tabla N°7 Puntuaciones medias por criterio en el pretest y postest del grupo experimental y de control.*

<b>PUNTUACIONES MEDIAS POR CRITERIO</b>				
	<b>PRETEST GRUPO EXPERIMENTAL</b>	<b>PRETEST GRUPO CONTROL</b>	<b>POSTESTE GRUPO EXPERIMENTAL</b>	<b>POSTEST GRUPO CONTROL</b>
CRITERIO B RE-EXPERIMENTACIÓN	13,70±7,41	12,25±6,18	3,95±6,11	12,65±7,00
CRITERIO C EVITACIÓN Y EMBOTAMIENTO	18,75±11,69	18,90±10,97	4,9±6,92	19,5±12,33
CRITERIO D HIPERACTIVACIÓN	17,35±8,11	16,1±7,05	6,30±5,51	16,60±8,20

### **Análisis e interpretación**

La puntuación media en el pretest en el grupo experimental para re-experimentación fue de 13,7±7,41, para evitación persistente y embotamiento de la reactividad 18,75±11,69 e hiperactivación 17,35±8,11. Mientras que la puntuación media en el pretest en el grupo de control para re-experimentación fue de 12,25±6,18, para evitación persistente y embotamiento 18,90±10,97 e hiperactivación 16,1±7,05.

La puntuación media en el postest en el grupo experimental para re-experimentación fue de 3,95±6,11, para evitación y embotamiento 4,9±6,92 e hiperactivación 6,30±5,51. Mientras que la puntuación media en el postest en el grupo de control para re-experimentación fue de 12,65±7,00, para evitación persistente y embotamiento 19,5±12,33 e hiperactivación 16,6±8,20.



*Tabla N°8 Frecuencia y gravedad de síntomas en el pretest y postest del grupo experimental*

	<b>Frecuencia de síntomas en el pretest del grupo experimental</b>	<b>Gravedad de síntomas en el pretest del grupo experimental</b>	<b>Frecuencia de síntomas en el postest del grupo experimental</b>	<b>Gravedad de síntomas en el postest del grupo experimental</b>
Media	25,25±13,17	24,55±13,23	7,70±8,76	7,45±9,04
Mínimo	8	8	1	0
Máximo	51	51	38	38

### **Análisis e interpretación**

El promedio de puntuaciones de frecuencia de síntomas en el pretest del grupo experimental fue de 25,25, mientras que la media de gravedad fue de 24,55. En ambos casos la puntuación mínima fue 8 y la máxima de 51.

El promedio de puntuaciones de frecuencia de síntomas en el postest del grupo experimental fue de 7,70, con un mínimo de 1 y un máximo de 38. Mientras que la media de puntuaciones de gravedad de síntomas en el mismo grupo fue de 7,45, con un mínimo de 0 y un máximo de 38.

*Tabla N°9 Frecuencia y gravedad de síntomas en el pretest y postest del grupo control*

	<b>Frecuencia de síntomas en el pretest del grupo control</b>	<b>Gravedad de síntomas en el pretest del grupo control</b>	<b>Frecuencia de síntomas en el postest del grupo control</b>	<b>Gravedad de síntomas en el postest del grupo control</b>
Media	23,55±11,82	23,70±11,38	24,15±13,22	24,60±13,33
Mínimo	8	9	8	8
Máximo	49	49	51	52

### **Análisis e interpretación**

El promedio de puntuaciones de frecuencia de síntomas en el pretest del grupo de control fue de 23,55, con un mínimo de 8 y un máximo de 49. Mientras que la media de puntuaciones de gravedad de los síntomas fue de 23,70, con un mínimo de 9 y un máximo de 49.

La media de puntuaciones de frecuencia de síntomas en el postest del grupo control fue de 24,15, con un mínimo de 8 y un máximo de 51. El promedio de puntuaciones de gravedad de síntomas en el postest del grupo control fue de 24,60, con un mínimo de 8 y un máximo de 52.

*Tabla N°10 Puntuaciones totales de Estrés postraumático pretest y postest grupo experimental y de control*

	PUNTUACIONES TOTALES							
	GRUPO EXPERIMENTAL				GRUPO DE CONTROL			
	PRETEST		POSTEST		PRETEST		POSTEST	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MÍNIMO	4	20,00	16	80,00	3	15,00	3	15,00
SUBCLÍNICO	7	35,00	3	15,00	9	45,00	9	45,00
CLÍNICO	7	35,00	1	5,00	7	35,00	7	35,00
SEVERO	2	10,00	0	0	1	5,00	1	5,00
MUY SEVERO	0	0	0	0	0	0	0	0

### **Análisis e interpretación**

Del total de la población perteneciente al grupo experimental en el pretest, el 20% (n= 4) obtuvieron una puntuación que sugiere síntomas mínimos, el 35% (n=7) se encuentran en el rango subclínico, 35% (n=7) en el clínico, 10% (n=2) en el severo y 0% (n=0) muy severo. Mientras que en el grupo control el 15% (n= 3) obtuvieron una puntuación que sugiere síntomas mínimos, el 45% (n=9) se encuentran en el rango subclínico, 35% (n=7) en el clínico, 10% (n=1) en el severo y 0% (n=0) muy severo.

En el postest del total de la población perteneciente al grupo experimental, el 80% (n= 16) obtuvieron una puntuación que sugiere síntomas mínimos, el 15% (n=3) se encuentran en el rango subclínico, 5% (n=1) en el clínico, 0% (n=0) en el severo y 0% (n=0) muy severo. Mientras que en el grupo control el 15% (n= 3) obtuvieron una puntuación que sugiere síntomas mínimos, el 45% (n=9) se encuentran en el rango subclínico, 35% (n=7) en el clínico, 10% (n=1) en el severo y 0% (n=0) muy severo.

## Normalidad

*Tabla N°11 Prueba de normalidad Shapiro-Wilk en el grupo experimental*

<b>Síntomas</b>	<b>Shapiro-Wilk</b>	
	Estadístico	Significancia
Frecuencia	0,927	0,132
Gravedad	0,932	0,167

## **Análisis e interpretación**

Se utilizó la prueba estadística Shapiro-Wilk para determinar el uso de pruebas paramétricas de comprobación de hipótesis con los datos del pre y postest del grupo experimental. El valor de la prueba estadística para la frecuencia de síntomas fue de 0,927 con una significancia de 0,132, mientras que para la gravedad fue de 0,932 con una significancia de 0,167. En ambos casos la significancia es superior a 0,05, por lo que se asume que ambas distribuciones son normales, lo que hace posible el uso de pruebas de comprobación de hipótesis paramétricas.

*Tabla N°12 Prueba de normalidad Shapiro-Wilk – Grupo experimental posttest, grupo control pretest y posttest*

		<b>Shapiro-Wilk</b>	
		Estadístico	Significancia
Frecuencia de los síntomas	Grupo experimental posttest	0,691	0,000
	Grupo control pretest	0,925	0,124
	Grupo control posttest	0,921	0,105
Gravedad de los síntomas	Grupo experimental posttest	0,702	0,000
	Grupo control pretest	0,938	0,222
	Grupo control posttest	0,921	0,105

### **Análisis e interpretación**

La prueba estadística Shapiro-Wilk se realizó con el fin de determinar la normalidad de las distribuciones de las puntuaciones de frecuencia y gravedad de síntomas en el grupo experimental pretest y en los grupos de control pre y posttest. El grupo experimental posttest presentó una significancia  $p < 0,05$  tanto en las puntuaciones de frecuencia como de gravedad de síntomas, es decir, la distribución de las puntuaciones no fue paramétrica, lo que hace necesario el uso de estadística no paramétrica de comprobación de hipótesis.

## Comprobación de hipótesis

### Comparación de medias en el grupo experimental

Tabla N°13 Prueba T de Student – Frecuencia de síntomas

<b>Prueba T</b>			
Frecuencia de síntomas		<b>Media</b>	
Pretest		25,25	
Postest		7,70	
	Diferencia de medias	t	Significancia (bilateral)
Pretest y postest	17,55	8,379	0,000

### Análisis e interpretación

La media de puntuaciones de frecuencia de síntomas en el pretest del grupo experimental fue de 25,25 y en el postest de 7,70. La diferencia de medias fue de 17,55, con un valor de prueba t de 8,379 y significancia  $p=0,000$ , al ser ésta inferior a 0,05 se asume que existe una diferencia estadísticamente significativa entre la frecuencia de síntomas en el pre y postest, siendo inferior en este último.

Tabla N°14 Prueba T de Student – Gravedad de síntomas

Gravedad de síntomas		Media	
Pretest		24,55	
Postest		7,45	
	Diferencia de medias	t	Significancia (bilateral)
Pretest – Postest	17,10	8,451	0,000

### **Análisis e interpretación**

La media de puntuaciones de gravedad de síntomas en el pretest fue de 24,55 y en el postest de 7,45. La diferencia de medias fue de 17,10, con un valor de prueba t de 8,451 y significancia  $p=0,000$ . Ya que la significación fue inferior a 0,05, se asume que existe una diferencia estadísticamente significativa en la gravedad de síntomas entre el pre y postest, siendo inferior en el último.

*Tabla N°15 Prueba T de Student – Frecuencia y Gravedad por Criterios*

<b>Prueba de muestras emparejadas – Grupo experimental</b>					
		Diferencias emparejadas			
		Media	t	Sig. (bilateral)	
Par 1	Frecuencia criterio B	5,000	8,122	0,000	
Par 2	Gravedad criterio B	4,750	8,324	0,000	
Par 3	Frecuencia criterio C	6,850	7,458	0,000	
Par 4	Gravedad criterio C	7,000	7,676	0,000	
Par 5	Frecuencia criterio D	5,700	7,853	0,000	
Par 6	Gravedad criterio D	5,350	7,677	0,000	

### **Análisis e interpretación**

La diferencia de medias tanto de frecuencia como gravedad de los diferentes criterios fluctúan entre 4,750 y 7,000, en todos los casos la significancia fue de 0,000, es decir, las diferencias de medias en las diferentes comparaciones fueron estadísticamente significativas, siendo inferior los puntajes obtenidos en el postest en contraste con los del postest.



Tabla N°16 Prueba T de Student – Total Criterios

<b>Prueba de muestras emparejadas</b>					
		Diferencias emparejadas			
		Media	t	Sig. (bilateral)	
Par 1	Criterio B	9,750	8,385	0,000	
Par 2	Criterio C	13,850	7,574	0,000	
Par 3	Criterio D	11,050	7,850	0,000	

### **Análisis e interpretación**

La diferencia de medias del criterio B entre el pre y posttest del grupo experimental fue de 9,750 con una significancia de 0,000; del criterio C fue de 13,850 con una significancia de 0,000; y del criterio D fue de 11,050 con una significancia de 0,000. En los tres criterios la diferencia de medias fue estadísticamente significativa ( $p < 0,05$ ), siendo inferior el promedio en el posttest.

### Comparación entre el postest grupo experimental y el pre y postest grupo control

Tabla N°17 U de Mann-Whitney de la frecuencia de síntomas entre postest grupo experimental y pretest grupo control

	Grupo	Rango promedio
Frecuencia de síntomas de estrés postraumático	Postest grupo experimental	12,5
	Pretest grupo control	28,5
U de Mann-Whitney		40
Significancia		0,000

#### Análisis e interpretación

El rango promedio de frecuencia de síntomas en el postest del grupo experimental fue de 12,5, mientras que en el pretest del grupo control fue de 28,5. El valor de la prueba estadística fue de 40 con significancia  $p=0,000$ , es decir, existió una diferencia estadísticamente significativa entre los rangos promedio de la frecuencia de síntomas del postest del grupo experimental y el pretest del grupo control.

*Tabla N°18 U de Mann-Whitney de la frecuencia de síntomas entre postest grupo experimental y postest grupo control*

	<b>Grupo</b>	<b>Rango promedio</b>
<b>Frecuencia de síntomas de estrés postraumático</b>	<b>Postest grupo experimental</b>	12,5
	<b>Postest grupo control</b>	28,5
<b>U de Mann-Whitney</b>		40
<b>Significancia</b>		0,000

### **Análisis e interpretación**

El rango promedio de frecuencia de síntomas en el postest del grupo experimental fue de 12,5, mientras que en el postest del grupo control fue de 28,5. El valor de la prueba estadística fue de 40 con significancia  $p=0,000$ , es decir, existió una diferencia estadísticamente significativa entre los rangos promedio de la frecuencia de síntomas del postest del grupo experimental y el postest del grupo control.

*Tabla N°19 U de Mann-Whitney de la gravedad de síntomas entre posttest grupo experimental y pretest grupo control*

	<b>Grupo</b>	<b>Rango promedio</b>
<b>Gravedad de síntomas de estrés postraumático</b>	<b>Posttest grupo experimental</b>	12,53
	<b>Pretest grupo control</b>	28,48
<b>U de Mann-Whitney</b>		40,5
<b>Significancia</b>		0,000

### **Análisis e interpretación**

El rango promedio de gravedad de síntomas en el posttest del grupo experimental fue de 12,53, mientras que en el pretest del grupo control fue de 28,48. El valor de la prueba estadística fue de 40,5 significancia  $p=0,000$ , es decir, existió una diferencia estadísticamente significativa entre los rangos promedio de la gravedad de síntomas del posttest del grupo experimental y el pretest del grupo control.

*Tabla N°20 U de Mann-Whitney de la gravedad de síntomas entre postest grupo experimental y postest grupo control*

	<b>Grupo</b>	<b>Rango promedio</b>
<b>Gravedad de síntomas de estrés postraumático</b>	<b>Postest grupo experimental</b>	12,48
	<b>Postest grupo control</b>	28,53
<b>U de Mann-Whitney</b>		39,5
<b>Significancia</b>		0,000

### **Análisis e interpretación**

El rango promedio de gravedad de síntomas en el postest del grupo experimental fue de 12,48, mientras que en el postest del grupo control fue de 28,53. El valor de la prueba estadística fue de 39,5 con una significancia  $p=0,000$ , es decir, existió una diferencia estadísticamente significativa entre los rangos promedio de la gravedad de síntomas del postest del grupo experimental y el postest del grupo control.

## 4.2 Discusión

El impacto psicológico que la pandemia ha tenido en la población está siendo motivo de estudio como en el actual proyecto donde participaron en el grupo experimental 14 mujeres (70%) y 6 hombres (30%) y en el grupo de control 15 mujeres (75%) y 5 hombres (25%), comprendidos entre las edades 27 a 44 años (32,60) en el grupo experimental y de 26 a 40 años (31,90) en el grupo control, incluyendo entre las profesiones a médicos 4 (20%) y 3 (15%), enfermeras 9 (45%) y 10 (50%) en el grupo experimental y de control respectivamente además de auxiliares de enfermería 5 (25%) y terapistas físicos 2 (10%) en ambos grupos. Concordando con la investigación realizada por Huang et al. (2020) en el que participaron 43 hombres (18,7%) y 187 mujeres (81,3%), con edades entre 20 a 59 años ( $32,6 \pm 6,2$ ), sin embargo, entre las profesiones cuenta solo con médicos en número de 70 (30,4%) y 160 enfermeras (69,6%).

En cuanto a la frecuencia de los síntomas de estrés postraumático en el grupo experimental se pudo encontrar un promedio de puntuaciones de 25,25 ( $\pm 13,17$ ); y en la gravedad de 24,55 ( $\pm 13,23$ ), mientras que en el grupo control la frecuencia fue de 23,55 ( $\pm 11,88$ ) y la gravedad de 23,70 ( $\pm 11,38$ ). En lo referente a los resultados totales de la escala DTS se obtuvo en el grupo experimental que 2 personas (10%) puntuaron como severo, 7 personas (35%) clínico, 7 (35%) subclínico y 4 (20%) mínimo, a su vez en el grupo control se pudo determinar que 1 personas (5%) puntuó como severo, 7 personas (35%) Clínico, 9 (45%) subclínico y 4 (15%) mínimo. Similar a los resultados obtenidos por Wu et al. (2009) donde el 10% de la población investigada habían experimentado altos niveles de síntomas de estrés postraumático; Lin et al (2007) donde 21,7% de su grupo experimental y el 13% de su grupo control obtuvieron una puntuación en el DTS - C superiores a 40 representando casos entre subclínicos, clínicos, severos y muy severos; Tang et al (2017) por su parte obtuvieron que 20,59% de los médicos y enfermeras evaluados presentaron síntomas de TEPT.

En la actual investigación en cuanto a los síntomas más frecuentes se describen recuerdos recurrentes, respuestas fisiológicas, esfuerzos por evitar actividades que le recuerden las últimas vivencias, reducción del interés, desapego y enajenación, dificultad para conciliar el sueño, irritabilidad, dificultad en la concentración, coincidiendo con algunos de los síntomas encontrados por Abaz et al (2016) donde

presentaron con mayormente recuerdos del acontecimiento en forma recurrente, dificultad para conciliar el sueño, alteración en la concentración e hipervigilancia.

La puntuación media para re-experimentación fue de  $13,7 \pm 7,41$ , para evitación persistente y embotamiento de la reactividad  $18,75 \pm 11,69$  e hiperactivación  $17,35 \pm 8,11$ . Siendo los puntajes superiores en comparación con el estudio realizado por Emre et al (2021) donde la puntuación media para re-experimentación fue de  $7,06 \pm 4,20$ , para los síntomas de evitación  $3,26 \pm 2,09$ , negativo alteración  $11,84 \pm 6,09$  y para síntomas de hiperactivación.  $9,80 \pm 5,54$ .

El actual proyecto buscó demostrar que la intervención terapéutica puede mostrar efectos significativos en la disminución de la frecuencia y la gravedad de los síntomas de estrés postraumático, gracias a los resultados obtenidos se pudo corroborar la hipótesis a defender al encontrar una diferencia estadísticamente significativa en la frecuencia de los síntomas de estrés postraumático en el personal sanitario donde la diferencia de medias fue de 17,55, con un valor de prueba t de 8,379 y una significancia estadística  $p < 0,001$ , al igual que en la gravedad donde la media de fue de 24,55 y en el posttest de 7,45. Siendo la diferencia de medias de 17,10, con un valor de prueba t de 8,451 y una significancia estadística  $p < 0,001$ . Lo que concuerda con García y Rincón (2017) quienes pudieron observar una disminución significativa,  $t(10) = 2,215$ ,  $p < 0,025$ , de los puntajes respecto a la evaluación posttest.

## **CAPÍTULO V**

### **CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES, BIBLIOGRAFÍA Y ANEXOS**

#### **5.1 Conclusiones**

La presente investigación fue realizada con un grupo total 40 personas siendo en su mayoría mujeres, con un promedio de edad de 32, 60 años en el grupo experimental y 31,90 en el grupo control, destacando en mayor número enfermeras seguido de auxiliares de enfermería, médicos residentes y finalmente terapeutas físicos.

Los resultados en el pretest reflejan una prevalencia de sintomatología de estrés postraumático encontrándose acorde a las puntuaciones globales en los niveles de clínico y subclínico en la mayoría y un menor porcentaje severo.

La intervención psicoterapéutica en personal sanitario obtuvo resultados positivos y estadísticamente significativos.

Los resultados del postest arrojaron que la frecuencia y gravedad de la sintomatología postraumática disminuyó, comprobando la hipótesis.

## **5.2 Recomendaciones**

Implementar un programa de promoción de la salud mental dirigido para la personal salud de la institución con el fin de sensibilizar a la población estudiantil acerca de la importancia del cuidado propio y bajar resistencias por parte de los mismos.

Fortalecer el programa de prevención de enfermedad laborales tanto físicas como psicológicas, para que se pueda aplicar estrategias que permitan identificar a tiempo los síntomas iniciales que puedan presentarse y focalizar las intervenciones con el fin de disminuir la prevalencia de enfermedad y el ausentismo laboral.

## **5.3 Bibliografía**

Abaz, B., Babbino, V., Volpi, M., Orlando, G. y Valdez, P. (2016). Estudio del estrés postraumático en personal de salud que ha participado en eventos con víctimas múltiples. *Revista Argentina de Medicina*, 4(9), 40-49. <http://revistasam.com.ar/index.php/RAM/article/view/67/47>

Aguilar Ramírez, P., Enriquez Valencia, Y., Quiroz Carrillo, C., Valencia Ayala, E., de León Delgado, J, y Pareja Cruz, A. (2020). Pruebas diagnósticas para la COVID-19: la importancia del antes y el después. *Horizonte Médico*, 20(2). <https://dx.doi.org/10.24265/horizmed.2020.v20n2.14>



Alvarez, Reinaldo P, y Harris, P. (2020). COVID-19 en América Latina: Retos y oportunidades. *Revista chilena de pediatría*, 91(2), 179-182. <https://dx.doi.org/10.32641/rchped.vi91i2.2157>

Asociación Americana de Psiquiatría (APA) (2013) *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM 5*. Editorial Médica Panamericana.

Bermudez, L., Barrantes, M. y Bonilla, G. (2020). Trastorno por estrés postrauma. *Revista Médica Sinergia* 5(9). <http://revistamedicasinergia.com>

Bobes, J., García, F., González, B. y Bousoño, G, (2000). Evaluación de las propiedades psicométricas de la versión española de cinco cuestionarios para la evaluación del Trastorno de Estrés Postraumático. *Actas Esp Psiquiatr*, 28(4), 207-218.

[https://biadmin.cibersam.es/Intranet/Ficheros/GetFichero.aspx?FileName=VALIDA\\_CIXN\\_TOP8.pdf](https://biadmin.cibersam.es/Intranet/Ficheros/GetFichero.aspx?FileName=VALIDA_CIXN_TOP8.pdf)

Cáceres-Rubio, M. & Crespo, M. (2019). La Terapia de Exposición Narrativa como alternativa terapéutica para el Trastorno de Estrés Postraumático Complejo. *Journal of Victimology*. 9, 5-29. Doi: 10.12827/RVJV.9.01.

Crespo, T, Camarillo, L., Ruiz, H. (2019). Trastorno por estrés agudo y postraumático. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 12(84), 4918-4928, <https://doi.org/10.1016/j.med.2019.07.002>.

Davidson, J., Book S., Colket J., Tupler L., Roth, S., Davis, D, Hertzberg M, Mellman, T., Beckham, J., Smith R., Davison R., Katz, R., y Feldman M. (1997) Assessment of a new self-rating scale for posttraumatic stress disorder. *Psychological Medicine*, 27(1), 153-160. [https://www.researchgate.net/publication/14096621\\_Assessment\\_of\\_a\\_new\\_self-rating\\_scale\\_for\\_posttraumatic\\_stress\\_disorder](https://www.researchgate.net/publication/14096621_Assessment_of_a_new_self-rating_scale_for_posttraumatic_stress_disorder)

Emre N, Edirne T, Ozsahin A, Kulceler MF. (2021) Assessment on risk and stress of resident doctors during the COVID-19 pandemic. *Journal of Infection in Developing Countries*, 15(8), 1080-1085. doi: 10.3855/jidc.14877

Fernandez, E. (2013). Invitación a la Escritura Terapéutica: Ideas Para Generar Bienestar. *International Journal of Collaborative Practice*, 4(1), 27- 47. [https://ijcp.files.wordpress.com/2013/07/3-invitation\\_spanish\\_formatted-6-6.pdf](https://ijcp.files.wordpress.com/2013/07/3-invitation_spanish_formatted-6-6.pdf)

Fernández, I., Paez, D. y Pennebaker, J. (2004). *Ansiedad y Estrés*, 10(2-3), 233-245. [https://www.researchgate.net/publication/285590572\\_ESCRITURA\\_EXPRESIVA\\_DEBER\\_DE\\_MEMORIA\\_Y\\_AFRONTAMIENTO\\_TRAS\\_EL\\_IMPACTO\\_DEL\\_11-M\\_UN\\_ESTUDIO\\_EXPERIMENTAL](https://www.researchgate.net/publication/285590572_ESCRITURA_EXPRESIVA_DEBER_DE_MEMORIA_Y_AFRONTAMIENTO_TRAS_EL_IMPACTO_DEL_11-M_UN_ESTUDIO_EXPERIMENTAL)

García, F., y Mardones, R. (2010). Prevención de trastorno de estrés postraumático en supervivientes del terremoto de Chile de febrero de 2010: una propuesta de intervención narrativa. *Terapia psicológica*, 28(1), 85-93. <https://dx.doi.org/10.4067/S071848082010000100008>

García, F., y Rincón, P. (2017). Prevención de Sintomatología Postraumática en Mujeres con Cáncer de Mama: Un Modelo de Intervención Narrativo. *Terapia Psicológica*, 29(2), 175-183. <https://teps.cl/index.php/teps/article/view/139>

Grupo de estudio Coronaviridae del Comité Internacional de Taxonomía de Virus. (2020). La especie Coronavirus relacionado con el síndrome respiratorio agudo severo: clasificando 2019 nCoV y nombrándolo SARS CoV 2. *Nature Reviews Microbiology* 5, 536-544. <https://doi.org/10.1038/s415640200695z>

Guerra, C., Ahumada, C y Diaz, M. (2013) Análisis Psicométrico Preliminar de la Escala de Trauma de Davidson en adolescentes chilenos. *SUMMA psicológica UST*, 10(2), 41-48. [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0719-448x2013000200004&lng=pt&tlng=es](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0719-448x2013000200004&lng=pt&tlng=es).

Hernandez-Sampieri, R. y Mendoza, C. (2018). *Metodología de la investigación*. McGraw-Hill Interamericana Editores S.A.

Hu, B., Guo , H., Zhou, P., y Li Shi, Z. (2021). Características de SARS CoV 2 y COVID 19. *Nature Reviews Microbiology* 19, 141-154. <https://doi.org/10.1038/s41579020004597>

Huang C, Wang Y, Li X, Ren L, Zhao J, y Hu Y.(2020) Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China, *Lancet*, 395(10223), 497-506. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(20\)30183-5](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(20)30183-5)

Kang L, Ma S, Chen M, Yang J, Wang Y, Li R, Yao L, Bai H, Cai Z, Xiang Yang B, Hu S, Zhang K, Wang G, Ma C, Liu Z. (2020). Impacto en la salud mental y las percepciones de la atención psicológica entre el personal médico y de enfermería en Wuhan durante el brote de la enfermedad del nuevo coronavirus de 2019: un estudio transversal. *Brain Behav Immune*, 87: 11-17. doi: 10.1016/j.bbi.2020.03.028

Ledo, C., González, L., y del Pino Calzada, Y. (2012). Técnicas narrativas: un enfoque psicoterapéutico. *Norte de salud mental*, 10(42), 59-66. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3910979>

Lin CY, Peng YC, Wu YH, Chang J, Chan CH, Yang DY. (2007). The psychological effect of severe acute respiratory syndrome on emergency department staff. *Emerg Med J*, 24, 12-7. doi:10.1136/emj.2006.035089

Mao L, Wang M, Chen S, He Q, Chang J, Hong C, Zhou Y, Wang D, Li Y, Jin H, y Hu B. (2020). Neurological manifestations of hospitalized patients with COVID 19 in Wuhan, China: a retrospective case series study. *MedRxiv*. <https://doi.org/10.1101/>

Morales, C. (2006). Evaluación de la Escala de Trauma de Davidson. Estandarización de la Escala de Trauma de Davidson (DTS). *Temática Psicológica*, 2(2), 31-36. <https://revistas.unife.edu.pe/index.php/tematicapsicologica/article/view/909>

Pennebaker, J. (1997). Writing about emotional experiences as a therapeutic process. *Psychological Science*, 8(3), 162-166. <http://www.jstor.org/stable/40063169>

Petersen, S., Bull, C., Propst, O., Dettinger, S., & Detwiler, L. (2005). Narrative therapy to prevent illness-related stress disorder. *Journal of Counseling and Development*, 83(1), 41-47. <https://ur.booksc.eu/book/1467651/51b4c1>

Ramírez Ortiz J, Castro Quintero D, Lerma Córdoba C, Yela Ceballos F, y Escobar Córdoba F. (2020). Consecuencias de la pandemia COVID 19 en la Salud Mental asociadas al aislamiento social. *Colombian Journal of Anesthesiology*, 48(4) <https://doi.org/10.5554/22562087.e930>

Tang, L., Pan, L., Yuan, L. y Zha, L. (2017) Prevalence and related factors of post traumatic stress disorder among medical staff members exposed to H7N9 patients. *International Journal of Nursing Sciences*, 4(1), 63-67 <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2016.12.002>

Tarragona, M. (2006). Las terapias posmodernas: una breve introducción a la terapia colaborativa, la terapia narrativa y la terapia centrada en soluciones. *Psicología Conductual*, 14(3), 511-532. [https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2020/04/10.Tarragona\\_14-3oa.pdf](https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2020/04/10.Tarragona_14-3oa.pdf)

Vanegas-Farfano, M. Gonzalez, M. y Cantú, R. (2016). Regulación del estrés y emociones con actividades gráficas y narrativa expresiva. *Revista de Psicología*, 34(2), 293-312. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.18800/psico.201602.003>

Villafañe, A. Milanesio, M., Marcellino, C. y Amodei, C. (2003). La Evaluación Del Trastorno Por Estrés Postraumático: Aproximación A Las Propiedades Psicométricas De La Escala De Trauma De Davidson. *Evaluar* 3(1), 80-93. <https://doi.org/10.35670/1667-4545.v3.n1.608>

Viña, C e Hidalgo, E. (2020) PROPAGACIÓN DEL COVID 19 Y LA AFECTACIÓN EN ECUADOR *Tse'De* 3, 2-18 <http://tsachila.edu.ec/ojs/index.php/TSEDE/article/view/49>

Wu, P., Fang, Y., Guan, Z., Fan, B., Kong, J., Yao, Z., Liu, X., Fuller, CJ, Susser, E., Lu, J. y Hoven, CW (2009). El impacto psicológico de la epidemia de SARS en los empleados de hospitales en China: exposición, percepción del riesgo y aceptación altruista del riesgo. *Revue canadienne de psychiatrie*, 54 (5), 302-311. <https://doi.org/10.1177/070674370905400504>

## 5.4 Anexos

### Datos Informativos

[Acceder a Google](#) para guardar el progreso. [Más información](#)

**\*Obligatorio**

**Número de cédula \***

Tu respuesta \_\_\_\_\_

**Edad \***

Tu respuesta \_\_\_\_\_

**Género \***

Masculino

Femenino

Otros: \_\_\_\_\_

**Profesión \***

Enfermero/a

Médico residente

Auxiliar de enfermería

Médico tratante

Otros: \_\_\_\_\_

**Servicio \***

Salas Espii

UCI

Emergencia

Otros: \_\_\_\_\_

## Escala del Trauma de Davidson digitalizada

### ESCALA DEL TRAUMA DE DAVIDSON

Cada una de las siguientes preguntas se trata de un síntoma específico. Considere, para cada pregunta, cuántas veces le ha molestado el síntoma y con cuánta intensidad, durante la última semana, teniendo en cuenta los siguientes criterios:

Frecuencia	Gravedad
0. Nunca	0. Nada
1. A veces	1. Leve
2. 2-3 veces	2. Moderada
3. 4-6 veces	3. Marcada
4. A diario	4. Extrema

1. ¿Ha tenido alguna vez imágenes, recuerdos o pensamientos dolorosos del acontecimiento? \*

	0	1	2	3	4	5
FRECUENCIA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
GRAVEDAD	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2. ¿Ha tenido alguna vez pesadillas sobre el acontecimiento? \*

	0	1	2	3	4	5
FRECUENCIA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
GRAVEDAD	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3. ¿Ha sentido que el acontecimiento estaba ocurriendo de nuevo? ¿Cómo si lo estuviera reviviendo? \*

	0	1	2	3	4	5
FRECUENCIA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
GRAVEDAD	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4. ¿Le ha molestado alguna cosa que se lo haya recordado? \*

	0	1	2	3	4	5
FRECUENCIA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
GRAVEDAD	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5. ¿Ha tenido manifestaciones físicas por recuerdos del acontecimiento? (Incluye sudores, temblores, taquicardia, disnea, náuseas o diarrea). \*

	0	1	2	3	4	5
FRECUENCIA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
GRAVEDAD	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6. ¿Ha estado evitando algún pensamiento o sentimiento sobre el acontecimiento? \*

	0	1	2	3	4	5
FRECUENCIA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
GRAVEDAD	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7. ¿Ha estado evitando hacer cosas o estar en situaciones que le recordaran el acontecimiento? \*

	0	1	2	3	4	5
FRECUENCIA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
GRAVEDAD	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

8. ¿Ha sido incapaz de recordar partes importantes del acontecimiento? \*

	0	1	2	3	4	5
FRECUENCIA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
GRAVEDAD	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



9. ¿Ha tenido dificultad para disfrutar de las cosas? \*

	0	1	2	3	4	5
FRECUENCIA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
GRAVEDAD	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

10. ¿Se ha sentido distante o alejado de la gente? \*

	0	1	2	3	4	5
FRECUENCIA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
GRAVEDAD	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

11. ¿Ha sido incapaz de tener sentimientos de tristeza o de afecto? \*

	0	1	2	3	4	5
FRECUENCIA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
GRAVEDAD	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

12. ¿Ha tenido dificultad para imaginar una vida larga y cumplir sus objetivos? \*

	0	1	2	3	4	5
FRECUENCIA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
GRAVEDAD	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

13. ¿Ha tenido dificultad para iniciar o mantener el sueño? \*

	0	1	2	3	4	5
FRECUENCIA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
GRAVEDAD	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

14. ¿Ha estado irritable o ha tenido accesos de ira? \*

	0	1	2	3	4	5
FRECUENCIA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
GRAVEDAD	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

15. ¿Ha tenido dificultades de concentración? \*

	0	1	2	3	4	5
FRECUENCIA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
GRAVEDAD	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

16. ¿Se ha sentido nervioso, fácilmente distraído o permanecido «en guardia»? \*

	0	1	2	3	4	5
FRECUENCIA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
GRAVEDAD	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

17. ¿Ha estado nervioso o se ha asustado fácilmente? \*

	0	1	2	3	4	5
FRECUENCIA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
GRAVEDAD	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

[Atrás](#)

[Enviar](#)

[Borrar formulario](#)

COMITÉ DE BIOÉTICA PARA INVESTIGACIÓN EN SERES HUMANOS CBISH-FCS-  
UTA

FCS  
FACULTAD DE CIENCIAS  
DE LA SALUD

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RECOLECCIÓN, USO Y ALMACENAMIENTO  
DE MUESTRAS BIOLÓGICAS Y DATOS PERSONALES**

**Título del estudio:** INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA EN SÍNTOMAS DE ESTRÉS  
POSTRAUMÁTICO EN EL PERSONAL SANITARIO DURANTE LA EMERGENCIA SANITARIA POR  
COVID-19.

**Nombre, dirección y teléfono del Investigador Principal:** Ana Cristina Moya Cepeda, las  
Granadillas y las Manzanas, 0987463097.

**A) Hoja de información:**

Le estamos pidiendo que autorice la recolección y uso de datos personales para la  
realización del estudio que nos permitirá conocer los efectos de la terapia expresiva en la  
prevención del trastorno de estrés postraumático.

Su participación es completamente voluntaria; puede no aceptar participar en el estudio  
principal y sin que ello le provoque inconveniente alguno en su atención médica.

Lea toda la información que se le ofrece en este documento y haga todas las preguntas  
que necesite al investigador que se lo está explicando, antes de tomar una decisión.  
También lo alentamos a consultarlo con su familia, amigos y médicos de cabecera.

**1) ¿Por qué se realiza este estudio?**

Este estudio se realiza para prevenir el desarrollo del trastorno de estrés postraumático en  
el personal sanitario.

**2) ¿Qué pasará si participo de esta parte del proyecto de investigación?**

Tiene la responsabilidad de realizar el pre test y posttest de la escala del trauma de  
Davidson de una manera sincera, así también asistir a las sesiones que se realizan durante  
4 días mismos que se fijarán acorde a la disposición del tiempo y cumpliendo las medidas  
de bioseguridad.

**PROCEDIMIENTO**

**¿Qué estudios harán con mis datos/muestras?**

**3) ¿Qué riesgos podría tener si participo?**

La participación no implica ningún riesgo.

**4) ¿Qué se sabe de este tipo de estudios?**

Podemos encontrar investigaciones que apoyan y corroboran la hipótesis de que hablar o  
escribir sobre las propias experiencias traumáticas tiene efectos positivos en la salud física y  
psíquica. James Pennebaker, ha desarrollado junto con sus colaboradores una técnica de  
escritura que se viene utilizando en la investigación clínica y empírica.

5) *¿Cuánto tiempo me tomará participar en esta parte del estudio?*

El tiempo para la aplicación será de 1 mes entre la aplicación del pretest y posttest y el desarrollo de las 4 sesiones de la terapia propuesta, las mismas tendrán aproximadamente una hora de duración.

6) *¿Tendré beneficios por participar?*

Es probable que si se beneficia puesto que la presente investigación se enfoca en la prevención del desarrollo de trastorno de estrés postraumático.

7) *¿Me darán información sobre los resultados del estudio, luego de su finalización?*

El estudio será socializado con los participantes, así como con el equipo de Salud Ocupacional de la institución.

8) *¿Qué gastos tendré si participo del estudio?*

La participación no representara ningún gasto.

9) *¿Qué pasará si sufro algún evento adverso mientras participo en el estudio?*

No creo que esto llegue a pasar ya que el procedimiento es sencillo y no tiene riesgos pero si llegará a suceder debe darlo a conocer a la investigadora, 0987463097.

10) *¿Puedo dejar de participar en cualquier momento, aún luego de haber aceptado?*

El participante tendrá libertad de abandonar el proceso si así lo desea.

11) *¿Puedo retirar mi consentimiento para la utilización de muestras biológicas, aún luego de haber aceptado?*

El participante podrá retirar su consentimiento aun luego de haber aceptado.

12) *¿Cómo mantendrán la confidencialidad de mis datos/muestras?*

Sus muestras estarán codificadas/os, o sea tendrán un código que hace que usted permanezca anónimo. Puede ser un código simple, cuando existe un código.

13) *¿Cómo se almacenarán mis datos/ muestras?*

Los datos serán almacenados mediante informe técnico en el departamento de salud ocupacional.

14) *¿Dónde y cuánto tiempo almacenarán mis datos/muestras? ¿Cómo las destruirán luego de su utilización?*

Se mantendrán almacenados durante 2 años consecutivos en el departamento mencionado en el archivo pasivo, luego pasará a archivo muerto por 5 años y finalmente darlos de baja.

15) *¿Puedo ser retirado del estudio aún si yo no quisiera?*

Pueden decidir retirarlo si consideran que es lo mejor para usted. También pueden decidir retirarlo por las siguientes causas: inasistencia a las citas previstas, falta de cumplimiento de las normas establecidas para las sesiones.

16) *¿Me pagarán por participar?*

No se le pagará por su participación en este estudio.

17) *¿Cómo mantendrán la confidencialidad de mis datos personales? ¿Cómo harán para que mi identidad no sea conocida?*

Los datos que lo identifiquen serán tratados en forma confidencial como lo exige la Ley. Salvo para quienes estén autorizados a acceder a sus datos personales, Ud. no podrá ser identificado y para ello se le asignará un código compuesto. En caso de que los resultados de este estudio sean publicados en revistas médicas o presentados en congresos médicos, su identidad no será revelada.

El titular de los datos personales (o sea usted) tiene la facultad de ejercer el derecho de acceso a los mismos en forma gratuita a intervalos no inferiores a seis meses, salvo que se acredite un interés legítimo al efecto conforme lo establecido en la ley.

18) *¿Los resultados genéticos que obtengan de mis muestras biológicas, pueden ser usados con un fin distinto al que aquí se explica?*

Los datos obtenidos no pueden ser utilizados con un fin distinto al que se explica.

19) *¿Quiénes tendrán acceso a mis datos personales?*

Como parte del estudio, el Investigador Principal y todo el equipo de investigación tendrán acceso a los resultados de sus estudios, como los resultados del test.

20) *¿A quiénes puedo contactar si tengo dudas sobre el estudio y mis derechos como participante en un estudio de investigación?*

a) *Sobre el estudio:* contactar al Investigador Principal: Psc. Cl. Ana Moya al teléfono 0987463097

b) *Sobre sus derechos como participante en un estudio de investigación:*

Si Usted tiene alguna pregunta relacionada con sus derechos como participante en la investigación puede contactarse con el Comité de Bioética CBISH de la Facultad de Ciencia de la Salud de la Universidad Técnica de Ambato.

**Título del estudio:** INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA EN SÍNTOMAS DE ESTRES POSTRAUMÁTICO EN EL PERSONAL SANITARIO DURANTE LA EMERGENCIA SANITARIA POR COVID-19.

**Autor del proyecto:** Ana Cristina Moya Cepeda CI 180402674-6

**B) Consentimiento Informado (Hoja de firmas):**

He recibido una explicación satisfactoria sobre el procedimiento del estudio, su finalidad, riesgos, beneficios y alternativas.

He quedado satisfecho/a con la información recibida, la he comprendido, se me han respondido todas mis dudas y comprendo que mi participación es voluntaria.

Presto mi consentimiento para el procedimiento propuesto y conozco mi derecho a retirarlo cuando lo desee, con la única obligación de informar mi decisión a la psicóloga responsable del estudio.

---

Firma, aclaración, número de documento del sujeto y fecha

---

Firma, aclaración, número de documento del representante legal y fecha. (cuando se requiera)

---

Firma, aclaración, número de documento de la persona designada para el proceso de CI, función y fecha

---

Firma, aclaración, número de documento y dirección del testigo y fecha