



Descripción de la técnica de autoinstrucciones en profesionales sanitarios ante situaciones de emergencia y desastre sanitario (covid-19)

Description of the self-instruction technique in health professionals in emergency situations and health disaster (covid-19)

Pinos Sigcha, Magali Soledad; Álvarez Saquinaula, Daniel Felipe

Magali Soledad Pinos Sigcha

Mspinos17@est.ucacue.edu.ec
Universidad Católica de Cuenca

Daniel Felipe Álvarez Saquinaula

johanna.pozon@ucacue.edu.ec
Universidad Católica de Cuenca

Pro Sciences: Revista de Producción, Ciencias e Investigación

CIDEPRO, Ecuador
e-ISSN: 2588-1000
Periodicidad: Trimestral
Vol. 6, No. 42, 2022
editor@journalprosciences.com

Recepción: 02 Febrero 2022

Aprobación: 20 Marzo 2022

DOI: <https://doi.org/10.29018/issn.2588-1000vol6iss42.2022pp323-336>



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivar 4.0 Internacional.

Cómo citar: Pinos Sigcha, M. S., & Álvarez Saquinaula, D. F. (2022). Descripción de la técnica de autoinstrucciones en profesionales sanitarios ante situaciones de emergencia y desastre sanitario (covid-19). *Pro Sciences: Revista De Producción, Ciencias E Investigación*, 6(42), 323-336. <https://doi.org/10.29018/issn.2588-1000vol6iss42.2022pp323-336>

Resumen: La llegada del virus COVID-19 ha azotado duramente a la población mundial en especial a los profesionales de la salud quienes lo han vivido en primera fila y se han convertido en víctimas tras el colapso que viven las casas de salud, el desbordamiento de pacientes que cada día aumentan, la masiva cifra de decesos, la falta de recursos para combatir a este virus puso en jaque al sistema de salud. El confinamiento y la nueva realidad a la cual afrontan día a día el personal sanitario ha provocado nerviosismo, ira, ansiedad, tristeza, agitación emociones que eran de esperarse frente a situaciones tan extremas como la que atravesamos. Las medidas de salud pública empleadas a nivel mundial han afectado significativamente al ser humano, esto se debe a que el distanciamiento social puede provocar que las personas se sientan solas aisladas aumentando sus niveles de estrés y ansiedad, en especial el personal médico quienes por cuidar su integridad y la de su familia permanecieron durante turnos muy largos en las casas de salud sin tener contacto alguno con sus seres queridos. Medidas que se tuvieron que adoptar obligatoriamente pues el objetivo era detener la propagación masiva del virus.

Palabras clave: técnica de autoinstrucciones, intervención psicológica, desastres sanitarios.

Abstract: The arrival of the COVID-19 virus has hit the world population hard, especially health professionals who have experienced it in the front row and have become victims after the collapse of health houses, the overflow of patients who each day suffered, the massive death toll, the lack of resources to combat this virus put the health system in check. Confinement and the new reality that healthcare personnel face every day has caused nervousness, anger, anxiety, sadness, agitation, and emotions that were to be expected in situations as extreme as the one we are going through. The public health measures used worldwide have significantly affected the human being, this is because social distancing can cause people to feel that they only increase their levels of stress and anxiety, especially the personal doctor who, by taking care of their integrity and that of his family stayed for very long shifts in the health houses without having any contact with their loved ones. Measures

that were taken must be taken because the objective was to stop the massive spread of the virus.

Keywords: self-instruction technique, psychological intervention, health disasters.

INTRODUCCIÓN

Antiguamente las enfermedades infecciosas han golpeado a la humanidad, en diciembre del 2019 en Wuhan, China se reportaron por primera vez una serie de casos de neumonía atípica de origen desconocido en cual fue ocasionado por un nuevo virus llamado SARS-CoV-2 que desencadenó una enfermedad respiratoria que trae consigo secuelas desfavorables en las personas (Lozano, 2020).

La propagación acelerada de contagios desbordó el sistema sanitario de la ciudad, la infección de este virus pasó rápidamente de ser un brote aislado en una región China a convertirse en una emergencia sanitaria de preocupación internacional, y posteriormente en una pandemia, el cual en pocos meses se declaró el estado de emergencia a nivel mundial, llevando así al distanciamiento social para evitar su propagación. A causa de esta enfermedad se establecieron protocolos de bioseguridad debido a altas tasas de contagio y mortalidad, lo que, ha dejado huellas sobre todos nosotros, y la repercusión psicológica (Lozano, 2020).

Mientras los gobiernos de todos los países establecen pericias concisas a su desarrollo y contexto, el sistema de salud se posesiona en primera línea ocupando el papel protagónico en la coordinación de las acciones para la defensa y protección de cada área afectada por el virus, la pandemia de la COVID-19, ha sido la causante de la muerte de miles de personas a nivel mundial y que en la actualidad continúa azotando a los diferentes países (Rodríguez, Fonseca, Valladares, & López, 2020).

La pandemia ocasionada por COVID-19 compone una crisis en la vida de los seres humanos, ya que la relación del sujeto y el medio ambiente se encuentra alterada, puesto que esto implica un cambio repentino y significativo en sus vidas debido a que los mecanismos de afrontamiento habituales no están preparados a la presión que ocasiona, desafiando a la humanidad a una realidad a la cual no está preparada (Rodríguez et al., 2020). Los profesionales sanitarios utilizan todos sus recursos para brindar ayuda durante la emergencia sanitaria, de esto se desprende episodios de estrés y podría desencadenar gran dificultad para controlar la ansiedad (Inchausti et al., 2020).

Impacto psicológico en profesionales sanitarios

La salud mental de los profesionales sanitarios que se encuentran expuestos directamente con pacientes contagiados de COVID-19, se ha visto afectada por el agotamiento físico, miedo, trastornos emocionales, alteraciones en sueño, los altos niveles de ansiedad, depresión, conductas desequilibradas e incluso estrés postraumático, el cual produce una problemática directa en el ejercicio de sus funciones.

Pelegrín (2020) indica que el aislamiento social, el cumplimiento de su trabajo en primera línea, la exposición directa a la enfermedad con escasos recursos para su afrontamiento, además de presenciar la muerte masiva de pacientes y colegas profesionales sanitarios que pierden la batalla, ha ocasionado que su estado emocional se encuentra comprometido al encontrarse en un entorno con sobrecargo de estrés que genera impotencia en todos quienes viven la realidad de la COVID-19. Urzúa et al., (2020) ante la pandemia mencionan que:

Las primeras respuestas emocionales de las personas incluyen miedo e incertidumbre extremos. Por otra parte, y dado el miedo y percepciones distorsionadas de riesgo y consecuencias dañinas se informan de comportamientos sociales negativos. Estos estados

y conductas pueden dar pie a problemas en salud mental pública y comportamientos riesgosos para la salud, trastornos específicos como trastorno de estrés postraumático, trastornos de ansiedad, depresión, y somatizaciones. (p. 105)

En el estudio realizado por (Brooks et al., 2020) en su revisión sobre el impacto psicológico de la cuarentena y como reducirlo, expone algunos efectos negativos como resultado del brote del virus, estos episodios son acompañados por estrés postraumático, confusión e ira. En medio de las crisis ocasionadas por desastre, las intervenciones psicológicas han cobrado prioridad en los distintos países del mundo que se han visto afectados. El gobierno de china en la National Health Commission of China plantea como principio básico incluir la intervención de crisis psicológica como medida de prevención y control de pandemias y epidemias con indicios de reducir el daño ocasionado por las mismas, promoviendo así la estabilidad de la sociedad.

En el marco de las repercusiones más significativas de la pandemia está el impacto a la salud mental del personal sanitario que atiende a los pacientes infectados, poniéndoles en riesgo de desarrollar trastornos psicológicos e incluso enfermedades mentales. De eso se desprende las sensaciones de angustia constante durante el afrontamiento de la pandemia que conlleva la toma de decisiones, atención adecuada y mantener un equilibrio mental y físico en un contexto de difícil afrontamiento para quienes se encuentran en primera línea (Torres et al., 2020). Mantener el equilibrio entre las propias necesidades mentales y físicas en el personal sanitario se ha vuelto complicado, puesto que la llegada de este virus ha provocado un cambio radical y en muy poco tiempo ha afectado la forma de vida de todas las personas que se encuentran frente a una realidad a la cual no estaban preparados (Torres et al., 2020).

Técnica de autoinstrucciones

El entrenamiento autoinstruccional se trata de una técnica cognitiva diseñada por Meichenbaum en 1969, consiste en el cambio de comportamiento en la que se modifican las auto-verbalizaciones ya sean internas o pensamiento que presenta una persona ante determinada situación o problema sustituyéndolas por otras que resultan ventajosas para llevar a cabo una actividad, se la utiliza en casos en donde el individuo se dice a sí mismo es interferente o inapropiado para la ejecución de una tarea específica para manejar adecuadamente la situación (Caballo, 1998).

El entrenamiento consta en la autoobservación y registro del dialogo interno que mantenemos durante una determinada conducta o situación, con los que se pretende conocer el tipo de pensamientos o auto-verbalizaciones y poder instaurar reglas generales para guiar la conducta de un individuo y a su vez eliminar pensamientos que estén interfiriendo o adaptar las verbalizaciones del individuo en función de los exigencias de la tarea, la finalidad que tiene esta técnica es conseguir que el sujeto introduzca, inicialmente un cambio en sus autoverbalizaciones para conllevar que se modifique su comportamiento manifiesto; es decir para que alcance una mejorar en su nivel de habilidad en una tarea aumente el nivel de autocontrol de su comportamiento, o llegue a la solución de un problema (Caballo, 1998).

Por lo que al identificar el contexto problemático ayuda a precisar los pensamientos negativos asociados y posteriormente, con la aplicación de la técnica de la detención de pensamientos, perfeccionar la calidad de las autoinstrucciones, beneficiando a la focalización de la atención y el trabajo de la autoconfianza, ya que las estructuras rígidas cognitivas pueden influir en la manera de afrontar determinadas situaciones por las que este pasado la persona (Abenza et al., 2006).

El entrenamiento de autoinstrucciones ha sido utilizado en enfermedades catastróficas como en el principal causante de muchas muertes en el mundo, el cáncer, que además de sus complicaciones físicas, uno de los rasgos más característicos de esta enfermedad es el impacto psicológico que ocasiona al experimentar una incertidumbre continua en medio de una crisis que amenaza la vida. Algunos estudios han encontrado que quienes padecen esta enfermedad padecen emociones, angustia, ansiedad, depresión, pensamientos intrusivos y de evitación, además de sintomatología de estrés postraumático como respuesta de la patología, por lo que la Asociación Americana de Psicología (APA), sugiere que se debe brindar un apoyo psicológico tanto individual como grupal; el primero para modificar patrones de pensamiento y conducta, y el segundo para recibir apoyo emocional de mujeres que estén enfrentando la misma situación (Quintero & Finc, 2018). De esta manera Robles (2010); Monsalve, Gómez-Carretero y Soriano (2006), Bragado (2009); Salas et al., (2003); Bellver y Moreno (2009); resaltan el modelo de intervención cognitivo-conductual. Según estos autores, dicho modelo es funcional para el tratamiento de individuos con hábitos y pensamientos nocivos para la salud (Quintero & Finc, 2018).

Alteraciones en la salud mental de los profesionales de la salud

Los profesionales sanitarios se encuentran expuestos a factores de riesgo psicosocial que podrían poner en peligro su salud, por lo que uno de los objetivos de diversas investigaciones es evaluar la prevalencia de síntomas de COVID-19 y síntomas asociados a factores psicosociales y tratar de prevenirlos. Un número considerable de los trabajadores sanitario que tuvo exposición sin protección con pacientes con el virus presento síntomas, los más comunes fueron agotamiento, dolor muscular, dolor de garganta, tos e irritación ocular, estos síntomas también estuvieron presentes en los profesionales que no tuvieron contacto directo en casos con COVID-19, sin embargo el cuestionario aplicado en los trabajadores de salud manifestaron que los profesionales fueron afectados por ansiedad y por la depresión, por los que se puede destacar que la proporción de trabajadores sanitarios ansiosos y deprimidos fue mayor en el grupo de primera línea (Magnavita et al., 2020). Algunos de los mayores impactos psicológicos en los profesionales sanitarios han sido las condiciones inseguras en las que se asiste a las personas contagiadas por el virus y la mayor demanda laboral y riesgos para su integridad física y mental de los profesionales de salud (Troglio da Silva & Rolim, 2020).

La psicología de la emergencia

La psicología de la emergencia es una subdisciplina de la psicología interesada en el estudio y comprensión del comportamiento humano frente a eventos potencialmente traumáticos que impactan significativamente en su calidad de vida y prácticas cotidianas alterando el funcionamiento y tejido social territorial del entorno afectado (Sandoval & Sandoval, 2020). Por su parte, Valero (2002) la define como un área de la psicología abocada al estudio de las reacciones de los individuos y de los grupos humanos en el antes, durante y después de una situación de emergencia o desastre.

Sistematizado de las principales etapas que orientarían los Primeros Auxilios Psicológicos, a través del Modelo ABCDE:

- a. Escucha activa: Comienza con una presentación de forma no intrusiva; explicar el motivo de la intervención; establecer el “setting” de la intervención (confidencialidad, contención, evitar los prejuicios, apoyar la reagrupación familiar, respetar los silencios, espacio físico adecuado para la intervención, etc.)
- b. El reentrenamiento de la ventilación: Apunta a la práctica y reentrenamiento en torno a técnicas de relajación y respiración, ayudando a las personas a tranquilizarse y disminuir los niveles de ansiedad y estrés provocados por el evento.

- c. Categorización de necesidades: producto de la confusión y estado de shock en que se encontrarían las personas, es necesario explorar y analizar las necesidades inmediatas de las personas; jerarquizando y reordenando sus necesidades de acuerdo a la situación actual; favoreciendo una planificación realista de aquellas acciones más urgentes para readaptar su rutina diaria durante la emergencia.
- d. Derivación a redes de apoyo: se fomenta la conexión con la red social de apoyo (familia y amigos), para luego informarle acerca de los servicios disponibles a nivel comunitario.
- e. Psicoeducación: En esta etapa, se centran los esfuerzos en informar acerca de los tiempos aproximados para requerir ayuda de un especialista; reforzando el mantenimiento de un contacto adicional en caso de crisis, etc.

El ciclo de un desastre

Según los aportes de Naváez, Lavell y Pérez (2009) describen las fases de un desastre como fase previa a una emergencia y/o desastre, esta fase apunta al conjunto de acciones y estrategias que pueden emplear tanto comunidades como naciones para impedir la propagación de fenómenos que dan lugar a emergencias, para poder reducir el peligro y los daños ocasionados por un desastre. Estas medidas ayudarían a mitigar el impacto de las amenazas que vulneran a las personas y asegurarían un mecanismo de defensa eficaz (Sandoval & Sandoval, 2020). La segunda es tras la presentación de un desastre, esta última fase se enfoca en la reconstrucción y rehabilitación del contexto de emergencia dependiendo de la magnitud del mismo, además del daño físico, social, económico o psicológico ocasionado a un nivel de desarrollo igual o superior al existente antes del evento. Por ello, se convierte fundamental el apoyo social y las redes comunitarias para expresar el impacto de una catástrofe en la población especialmente cuando se trata de la pérdida de vidas humanas en este caso ocasionadas por la COVID-19 (Sandoval & Sandoval, 2020).

Protección de la salud mental durante emergencias y desastres

El trabajo en emergencias y desastres sanitarios conlleva riesgos para la salud del personal. “Las catástrofes socio-naturales constituyen fenómenos sociales que se caracterizan por afectar disruptivamente a las comunidades en donde se ocasionan, provocando en los afectados daños psíquicos, vincularse, sociales, económicos, institucionales, entre otros” (Ascaini, Luna, & Tejo, 2016). Las estrategias preventivas de los efectos de los desastres se basan en tomar en cuenta las acciones a realizar, para ello se puede usar un enfoque epidemiológico clásico de prevención de tipo primario, secundario y terciario (Arcos, Castro, & del Busto, 2002).

La prevención primaria: involucra aquellas medidas que se adoptan antes de que se presente el desastre, se trata de acciones ejecutadas durante la fase silente. Durante la fase silente las estrategias preventivas prioritarias irán dirigidas hacia el estudio del perfil de riesgo de la zona para la elaboración de un plan de emergencia mayor o desastre que incluya la adopción de medidas preventivas específicas, además de la educación de la población y su entrenamiento mediante los correspondientes simulacros.

El plan de emergencia mayor o desastre debe: **a)** analizar los riesgos de la zona y prever las situaciones que puedan llegar a presentarse; **b)** establecer con absoluta claridad quiénes son las personas que deben ocuparse de la coordinación y dirección del plan cuando se presente la emergencia, cuáles son los objetivos y la cadena de mando para ejecutar los correspondientes subprogramas, cuáles son los límites de esa autoridad y su responsabilidad, cuáles son las líneas de comunicación, los recursos disponibles o que se pueden solicitar y su ritmo de incorporación al programa, así como los detalles de su utilización; **c)** determinar el número y tipo de personal que se necesitará, así como su entrenamiento

específico (esto es especialmente importante cuando se trabaja con personal voluntario) y, finalmente; **d)** prever los medios de transporte a utilizar y estimar la cantidad necesaria en relación al número de personas que pueden verse afectadas.

La prevención secundaria: afecta a las acciones que se desarrollan durante la fase de emergencia e incluye el uso preferente de recursos humanos y medios técnicos locales, en esta fase la respuesta de emergencia tenderá a garantizar el funcionamiento de los sistemas vitales como el agua potable, energía, comunicaciones y a coordinar la ayuda externa que deberá en todo caso estar pensada para servir de enlace con las actividades del post desastre. Además, en esta fase, en términos de salud pública, los objetivos sanitarios de la gestión de desastres serán: **1)** prevenir y/o reducir la mortalidad; **2)** atender a las víctimas y prevenir las secuelas; **3)** prevenir los efectos indirectos relacionados con la salud; **4)** prevenir la morbilidad a corto, medio y largo plazo, y **5)** restablecer unos servicios básicos de salud (Arcos, Castro, & del Busto, 2002).

La prevención terciaria: se enfoca en las acciones ejecutadas durante la fase de recuperación o rehabilitación en la que se debe evaluar las necesidades y analizar el grado de adecuación del programa de rehabilitación a la ocurrencia de nuevos desastres. En este sentido, son especialmente destacables por su importancia dos iniciativas internacionales: **a)** El Proyecto Esfera iniciado en 1997 por un grupo de organizaciones de ayuda y que ha desarrollado una carta humanitaria y un conjunto de normas mínimas universales en áreas básicas de la asistencia humanitaria (abastecimiento de agua y saneamiento, nutrición, ayuda alimentaria, refugio, asentamiento y planificación de emplazamientos y servicios de salud) cuyo objetivo es mejorar la calidad de la asistencia que se presta a las personas afectadas por los desastres y aumentar la responsabilidad del sistema humanitario en la intervención en casos de desastres; y **b)** ReliefWeb: ambas iniciativas son altamente útiles y eran impensables hace algunos años (Arcos, Castro, & del Busto, 2002).

Es indispensable mencionar que, para erradicar los problemas de ansiedad, depresión, estrés del personal sanitario ante la pandemia de la COVID- 19 debe tratarse mediante técnicas adecuadas la salud mental de los pacientes por lo que Ibañez & Manzanera (2012) en su artículo Técnicas cognitivo-conductuales de fácil aplicación en atención primaria (I), manifiestan que las técnicas cognitivo- conductual son un acercamiento muy eficaz para el manejo de una gran variedad de trastornos emocionales como lo es la depresión, ansiedad, hipocondría, (estrés, ira, frustración). Estos autores presentan un manuscrito describiendo técnicas de aplicación fáciles en las consultas de atención primaria, entre las técnicas descritas encontramos:

Técnicas de relajación- respiración: Las estrategias de control físico, relajación muscular y respiración profunda incrementan el control del estado emocional negativo como la ansiedad, el enfado, la ira y el dolor.

Inoculación del estrés y autoinstrucciones: la inoculación del estrés está diseñado para el manejo de situaciones productoras de estrés como son la ansiedad, ira y enfado, etc. tiene como objetivo dotar a las personas de habilidades que les permita disminuir la tensión, sustituir interpretaciones negativas por positivas, identificar situaciones estresantes y prepararnos para el futuro. En cuanto al entrenamiento autoinstruccional este permite contrarrestar los efectos de los pensamientos negativos que se dan ante una situación estresante.

Biblioterapia: es el uso de literatura para ayudar a la gente a afrontar los problemas emocionales, enfermedades mentales y cambios en sus vidas. Tiene como objetivo promover un cambio de conducta, cognitivo y emocional en una dirección normativa y bien establecida.

Terapia cognitiva: es un tipo de psicoterapia muy efectiva para tratar problemas y trastornos psicológicos, esta terapia se basa en reconocer los pensamientos distorsionados y reemplazarlos por ideas sustitutivas más realistas (Ibáñez & Manzanera, 2013).

Mindfulness: desarrollado como dos técnicas para la reducción o tratamiento del estrés y para la realización de la terapia cognitiva. Es una forma de entrenamiento a base de la práctica de la meditación, es muy útil en el manejo de estrés, ansiedad depresión, dolor crónico, etc.

Resolución de problemas: es parte de un aprendizaje social debido a que permite cambiar el funcionamiento en las relaciones sociales, es un método de autoinstrucción y una estrategia de afrontamiento. Es también una estrategia para la solución de situaciones de estrés.

Propuesta psicoterapéutica en el personal sanitario que ha hecho frente a la covid-19

Según Ruiz, Díaz y Villalobos (2012), se debe tomar en cuenta las siguientes fases:

- **Fase Educativa:** enseñar sobre la repercusión que tienen las verbalizaciones negativas, puesto que no le permiten alcanzar sus objetivos. Por lo que se busca que el sujeto tome conciencia que estas autoverbalizaciones incrementan y mantienen la respuesta de ansiedad.
- **Identificación de las verbalizaciones:** se identificará las verbalizaciones negativas cuando la ansiedad se manifiesta. Por ello, habrá que preparar un contexto favorable donde podamos exponerle a una situación ansiógena pero que a su vez se pueda controlar.
- **Elaboración de un listado de posibles autoverbalizaciones:** el listado de autoverbalizaciones servirá para que el sujeto pueda decirse aquellas frases más adecuadas para afrontar la situación ansiógena, pero siempre adaptadas a la fase en la que se encuentre; Autoinstrucciones de preparación, Autoinstrucciones de confrontación, Autoinstrucciones de afrontamiento en momentos crítico, Autoinstrucciones de resolución y autorefuero.
- **Etapa aplicación:** en este momento pueden realizarse ensayos en imaginación complementarios donde el sujeto practique la autoaplicación del procedimiento.

Cómo se aplica en terapia

Tabla 1. Aplicación de terapia

Pasos	Acciones
1	Modelado cognitivo: el instructor expone una situación en la que le mismo es afectado, y se habla a sí mismo repitiendo las autoinstrucciones pertinentes en voz alta.
2	Pensamiento autodirigido: el paciente desarrolla las autoinstrucciones en forma de pensamientos autodirigidos que le facilitaran la gestión de determinadas tareas.
3	Guía externa en voz alta: el paciente imagina una determinada situación y sigue las instrucciones que el instructor le va dando.
4	Autoinstrucciones en voz alta: el paciente lleva a cabo la tarea o se expone a la situación utilizando instrucciones en voz alta para guiar su comportamiento.
5	Autoinstrucciones en voz baja: Mientras el paciente realiza la tarea se dan las instrucciones en voz baja.

Nota: Realizado por Pinos, M (2021) / Recuperado de Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales por M. A. Ruiz, M. A. Díaz y A. Villalobos, A, 2012, España: Desclée de Brouwer

Procedimiento de aplicación

1. Definición del problema: ¿Qué tengo que hacer? He de conocer que tengo que hacer exactamente.
2. Aproximación al problema. ¿De cuántos elementos dispongo para realizar esta tarea? He de tenerlos todos en cuenta cuando comience a trabajar.

3. Focalización de la atención: Tengo que prestar atención únicamente a lo que estoy haciendo en estos momentos y procurar no distraerme con ninguna otra cosa.
4. Auto-refuerzo: Tengo que felicitarme por las cosas que voy haciendo bien.
5. Verbalizaciones para hacer frente a los errores: Si comento un error puedo intentar corregirlo, y si no lo consigo, la próxima vez que lo intente, procuraré que me salga mejor.
6. Autoevaluación: Tengo que determinar en cómo voy haciendo las cosas.
7. Auto refuerzo: Tengo que felicitarme cuando el trabajo realizado sale bien.

Estado del arte

Al enfrentar la pandemia de la COVID – 19 distintos autores realizaron investigaciones sobre los daños a nivel psicologico en el personal de primera linea, tal es el caso de Lozano (2020) en su estudio sobre el impacto de la epidemia del Coronavirus (COVID - 19) en la salud mental del personal de salud y en la poblacion general China, tomo los datos de Huang Jizheng y sus colaboradores quienes realizaron un estudio descriptivo transversal en China. Se conto con 246 participantes con un muestreo por conglomerados a los cuales se les aplico la escala de autoevaluación para la ansiedad (SAS) y la escala de autoevaluación para el trastorno de estrés postraumático (PTSD-SS), de las cuales solo 230 respuestas pudieron ser tabuladas entre ellas se encontraron 43 hombres (18,7%) y 187 mujeres (81,3%) con edades entre 20 a 59 años (32,6), donde 70 eran médicos (30,4%) y 160 eran enfermeras (69,6%). La tasa de ansiedad registrada en el personal de salud fue del 23,04% (53/230) y el puntaje de ansiedad fue de $42,91 \pm 10,89$ puntos. Entre ellos, la incidencia de ansiedad severa, ansiedad moderada y ansiedad leve fueron 2,17% (5/230), 4,78% (11/230) y 16,09% (37/230) respectivamente. La tasa de ansiedad femenina fue mayor que la de los hombres ; y los puntajes de ansiedad femenina fueron más altos que en los hombres ($43,78 \pm 11,12$) vs ($39,14 \pm 9,01$), ($t = -2,548$, $P = 0,012$). Según los datos registrados las enfermeras presentan una tasa y un puntaje de ansiedad superior a la de los medicos. En cuanto al trastorno de de estrés en el personal de salud fue del 27,39% (63/230) y el puntaje del trastorno de estrés fue de $42,92 \pm 17,88$ puntos. El puntaje de estrés del personal de salud femenino fue más alta que el de los hombres.

Por su parate, (Troglio da Silva & Rolim, 2020) en su investigacion sobre Psychological effects caused by the COVID-19 pandemic in health professionals: A systematic review with meta-analysis, realizaron una revision en la base de artículos publicados en MEDLINE, BMJ, PsycINFO y LILACS, según los elementos de informe preferidos para revisiones sistemáticas y metaanálisis (PRISMA). Dentro de los resultados obtenidos se menciona que los profesionales de la salud presentaron un mayor nivel de ansiedad (13,0 vs 8.5%, $p < 0,01$, OR = 1.6152; IC 95% 1,3283 a 1,9641; $p < 0,0001$) y depresión 12.2 vs 9,5%; $p = 0,04$; OR = 1,3246; IC del 95%: 1,0930 a 1,6053; $p = 0,0042$), además de somatizaciones e insomnio frente a profesionales de otras áreas.

Del mismo modo (Dosil et al., 2021) realizaron la investigacion Impacto psicologico e la COVID-19 en una muestra de profesionales sanitarios españoles, la muestra fue obtenida por muestreo noprobabilistico por bola de nieve compuesta por 421 profesionales de la salud entre las edades de 18 a 74 años, 338 mujeres y 83 hombres, los datos se obtuvieron a partr de un cuestionario, se empleo el DASS- 21 para evaluar aansiedad, estrés y depresion y la EAI para medir dificultades con el sueño, los resultados obtenidos mostraron que el 46, 7% de los encuestados indicaron sufrir de estrés, el 37% ansiedad, el 27, 4% depresion y e 28,9 % prolemas de sueño, las mujeres mostraron mayores niveles de ansiedad ($t [419] = 2,66$, $p = 0,008$)y estrés ($t [419] = 2,21$, $p = 0,027$). En cuanto a la edad,fueron los mayores de 36 años los que mostraron en mayormedida estrés (32,1%), ansiedad (25,3%), insomnio (21%) y depresión (19,5%).

En el artículo Factores asociados con los resultados de salud mental entre los trabajadores de la salud expuestos a la enfermedad por coronavirus 2019 elaborado por (Lai et al., 2020), realizaron una investigación transversal basado en encuestas y estratificado por regiones recopilando datos demográficos y mediciones de salud mental de 1257 trabajadores de la salud en 34 hospitales en China. Dentro de los resultados una proporción considerable de participantes presentaba síntomas de depresión (634 [50,4%]), ansiedad (560 [44,6%]), insomnio (427 [34,0%]) y angustia (899 [71,5%]).

Las enfermeras, las mujeres, los trabajadores de primera línea y los de Wuhan informaron experimentar niveles de síntomas más graves de depresión, ansiedad, insomnio y angustia (p. Ej., Depresión grave entre médicos y enfermeras: 24 [4,9%] frente a 54 [7,1%]; $PAG = .01$; ansiedad severa entre hombres frente a mujeres: 10 [3,4%] frente a 56 [5,8%]; $PAG = .001$; insomnio severo entre los trabajadores de primera línea frente a los de segunda línea: 9 [1,7%] frente a 3 [0,4%]; $PAG < .001$).

En un artículo llamado “Preocupación por la COVID-19 y carga laboral como predictores de malestar psicológico en personal de salud de primera línea durante la emergencia sanitaria en la región Puno”, Gómez & Aguilar (2021), realizaron un estudio cuantitativo predictivo, transversal, retrospectivo, no experimental y de estadística descriptiva- correlacional. Para este estudio se tomó una muestra no probabilística a conveniencia del investigador de 319 trabajadores de salud, se obtuvieron resultados relevantes mediante la Escala de Malestar Psicológico de Kessler (K6), Escala de preocupación por la COVID-19 (EPCov-19), Escala de carga de trabajo (ECT). Los resultados obtenidos muestran. El factor latente Preocupación tiene un efecto positivo en el factor Malestar psicológico, ($\beta = 0,48$; $p < 0,01$), el factor latente Carga de trabajo, tiene un efecto positivo hacia el Malestar psicológico ($\beta = 0,34$; $p < 0,01$). Mientras que la relación entre los factores preocupación y Carga de trabajo es de 0,51 ($p < 0,01$). De esta manera, es posible determinar que existe un efecto estadísticamente significativo de la Preocupación y la Carga de trabajo en el Malestar psicológico.

De la misma forma Juárez (2020) en su investigación síndrome de burnout en personal de salud durante la pandemia COVID – 19: un semáforo naranja en la salud mental, realiza una revisión bibliográfica obteniendo resultados como un estudio en Singapur presentó prevalencias más bajas: 14,5 % para ansiedad, 8,9 % para depresión, 6,6 % para distrés y 7,7 % para estrés postraumático.

La explicación de los autores sobre estos niveles más bajos, la atribuyen a la experiencia previa de Singapur en el manejo de salud mental en personal de salud, ganada a partir de la epidemia del síndrome severo respiratorio agudo (SARS), así mismo adjunta estudios en México que demuestran que 7 % de los trabajadores de la salud han recibido agresiones en la vía pública, 40 % reconoce que se ha ausentado por estrés y el 35 % ha considerado renunciar durante esta contingencia. Asimismo, hallazgos preliminares de un estudio en personal de salud mexicano, que labora en hospitales de distintas regiones durante la pandemia de COVID-19, ha encontrado que a 47 % le gustaría recibir apoyo psicológico, 27,4 % presenta síntomas de ansiedad, 16,9 % de depresión y 44,1 % de estrés, pero la frecuencia más alta se encuentra en el efecto psicológico del desgaste emocional o burnout con un 47,6%.

Gutiérrez et al., (2020) en el artículo protocolo de atención psicológica a distancia para el personal de salud en trabajo directo con pacientes afectados por COVID-19, debido a los retos que enfrentan cada profesional al trabajar con infectados de Covid- 19, presentan un protocolo con algunas consideraciones preliminares para la atención psicológica a este grupo de personas, con el objetivo de elevar la capacidad de resiliencia del personal de la salud que trabaja directamente con pacientes afectados por la COVID-19. El protocolo propuesto consta de dos etapas, la primera es Gestión proactiva de seguridad psicológica en personal de la salud y la segunda Prevención de riesgos a

la salud mental: atención psicológica a distancia por vía telefónica. se les aplicó el instrumento de cribado como medición inicial: mediante la APK al 33 % y en aplicación grupal en papel impreso al 67 %. De ellos resultaron con necesidad de ayuda psicológica 37 sujetos, que representan el 21,14 % del total, y sin necesidad de ayuda hubo 138, el 78,85 % del total. Al momento de redactar este informe, 30 de estos sujetos capacitados ya se encuentran trabajando directamente con pacientes afectados por la COVID-19. De ellos 7 (23,3 %) obtuvieron resultado positivo (necesidad de ayuda psicológica) en el cribado inicial: 4 enfermeras, 2 tecnólogos y 1 trabajador de servicios generales, mientras que 23 sujetos (76,6 %) resultaron negativos. Desde este total de 30 personas laborando, se generaron 4 llamadas telefónicas en solicitud de atención psicológica a distancia, todas con cribado positivo: 2 enfermeras, 1 trabajador de servicios generales.

Del mismo modo Ricci & Ruiz (2020) en el artículo sobre el impacto de la pandemia por COVID-19 sobre la salud mental de los profesionales sanitarios, mediante una revisión sistemática de literatura en Medline, Embase y PsycINFO, identificaron 61 estudios empíricos sobre esta temática. La mayoría de ellos examinaron el impacto psicológico de epidemias pasadas, aunque tres de ellos ya trataban sobre la pandemia actual. De esta revisión obtuvieron como resultados que la frecuencia de problemas de salud mental en profesionales sanitarios al frente de emergencias causadas por epidemias virales es especialmente elevada: estimaciones obtenidas a través de la realización de diversos meta-análisis nos indican una elevada prevalencia de ansiedad (45%), seguida de depresión (38%), estrés agudo (31%), burnout (29%) y estrés postraumático (19%).

DISCUSIÓN

El impacto que ha traído el COVID- 19 ante la población mundial ocasiono una gran carga emocional en las personas, especialmente al personal sanitario que están en primera línea en subcentros de salud, clínicas y hospitales con áreas COVID.

En los artículos revisados existen coincidencias en los resultados obtenidos de las afecciones por COVID- 19 entre las poblaciones estudiadas. Torres, Farías, Reyes, & Díaz (2020) manifiestan que el 50,4 % tuvo síntomas de depresión y el 71,5 % de angustia, Lozano (2020) en cambio establece en su estudio que la sintomatología que más prevalece es la ansiedad y el estrés con una tasa del 23, 04% y 27,39% respectivamente. Troglia da Silva & Rolim (2020) menciona que del total de los sujetos estudiados para su artículo el 8,5% presentaron ansiedad y el 9,5% depresión a causa del enfrentamiento al COVID- 19. Dosil, Ozamiz, Redondo, Alboniga, & Picaza (2021) en su investigación mostraron que el 46, 7% de los encuestados indicaron sufrir de estrés, el 37% ansiedad, el 27, 4% depresión y el 28,9 % problemas de sueño viéndose afectadas en su mayoría las mujeres jóvenes que trabajan como médicos y enfermeras.

En el estudio realizado por (Lai et al., 2020) se demostró que los participantes presentaron síntomas de depresión 50,4%, ansiedad 44,6%, insomnio 34,0% y angustia 71,5% siendo esta ultima la más prevalente entre los profesionales de la salud, el estudio se realizó con el personal de Wuhan en donde también se observó que las mujeres fueron afectadas en su mayoría a comparación del personal de género masculino. Por su parte Mendoza (2020) manifiesta en su artículo que el 16% de los investigados presentan con mayor frecuencia y gravedad síntomas del trastorno de estrés postraumático. Así mismo Gómez & Aguilar (2021) exponen que el factor latente Carga de trabajo, tiene un efecto positivo hacia el Malestar psicológico ($\beta = 0.34$; $p < 0,01$). Mientras que la relación entre los factores preocupación y Carga de trabajo es de 0.51 ($p < 0,01$). De esta manera, determinan

que existe un efecto estadísticamente significativo de la Preocupación y la Carga de trabajo en el Malestar psicológico. Los estudios revisados han demostrado que la pandemia ha afectado física y psicológicamente tanto a médicos, enfermeras/ os, auxiliares y demás personal sanitario, para tratar estos problemas se ha propuesto aplicar la técnica de autoinstrucciones con el propósito de tratar los problemas de estrés, ansiedad, depresión y temor. Reynoso, Becerra, & Lugo (2019) en su libro Trastorno de estrés postraumático en adultos Intervención cognitivo-conductual para víctimas de sismos, utiliza como intervención diversas técnicas para tratar el TEPT, entre estas esta la técnica de autoinstrucciones, los autores mencionan que la técnica de autoinstrucciones implica que se pueden iniciar o inhibir conductas voluntariamente bajo el control verbal.

Meichenbaum (1987) citado por Reynoso, Becerra, & Lugo (2019) menciona que las autoinstrucciones fomentan una actitud activa ante la resolución de problemas. El auto diálogo está pensado para ayudar a los pacientes a evaluar las exigencias derivadas del evento, planificar alternativas de solución para el resguardo de la vida, controlar los pensamientos recurrentes, calificar y autorrecompensar el actuar, controlar las emociones disfuncionales y reflexionar sobre su actuar, previendo posibles obstáculos y resaltando sus fortalezas. (p. 64)

(Robert, 1997) Realizó un estudio de caso de una persona de 38 años que padecía hipocondría, su miedo inminente a presentar la enfermedad de cáncer la han llevado a presentar un deterioro en su salud mental, para su tratamiento se utilizó la técnica de autoinstrucciones durante un periodo de 4 meses, los resultados demostraron que la terapia modifique tanto los síntomas hipocondriacos como los emocionales.

(Fernandez & García , 2019) en su artículo “Tratamiento cognitivo-conductual en una adolescente con trastorno obsesivo-compulsivo”, mencionan que según los resultados obtenidos en el pre y post tratamiento utilizando la terapia cognitivo conductual que incluye técnicas de psicoeducación, exposición con prevención de respuesta, relajación muscular progresiva, autoinstrucciones, técnicas de distracción y reestructuración cognitiva se obtuvo una disminución en la ansiedad y en las obsesiones y compulsiones.

CONCLUSIONES

Según los resultados obtenidos en los artículos estudiados se puede concluir que frente a la emergencia sanitaria COVID – 19, los profesionales de la salud se han visto psicológicamente afectados debido a las largas jornadas de trabajo , al miedo de contagiarse o contagiar a sus familiares, y a las innumerables pérdidas de vida de personas infectadas a las cuales no se les pudo dar un tratamiento oportuno por el desconocimiento de la enfermedad, por lo tanto el personal sanitario con más afección en cuanto a salud mental fueron médicos, enfermeras/os, auxiliares, camilleros/as, desarrollando estrés postraumático y lo que les ha llevado en algunos casos a desertar de su profesión o caer en depresión.

De acuerdo a todos los estudios revisados se puede identificar claramente que las personas con mayor afección en cuanto a su salud mental son las personas de género femenino sobre el género masculino, mujeres jóvenes las mismas que ocupan los cargos médicos y enfermeras, las cuales han estado en contacto directo con los pacientes COVID positivos, que por lo tanto de acuerdo a esta información se obtiene que las mujeres obtienen una sintomatología más grave en ansiedad, estrés, depresión y trastornos de sueño y angustia, al hacer el papel principal de cuidadoras en sus hogares (hijos y padres) y esto afecta por el miedo al contagio.

Por último se concluye que el entrenamiento en autoinstrucciones es considerada como una opción vital a emplear en casos de estrés y ansiedad que son los principales síntomas que presentan los profesionales sanitarios durante la lucha contra la COVID-19. Pues es una técnica que se trabaja a nivel cognitivo enfocada en la modificación de la conducta del sujeto y que ha demostrado su eficacia en problemas secundarios ante el uso de autoinstrucciones negativas, como el estrés o la ansiedad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Abenza, L., Bravo, J., & Olmedilla, A. (2006). Estrategias psicológicas para una intervención en crisis: un caso en balonmano femenino. *Revista de Psicología del Deporte*, 15(1), 109-125. <https://www.redalyc.org/pdf/2351/235119204007.pdf>
2. Arcos, P., Castro, R., & del Busto, F. (2002). Desastres Y Salud Pública: Un abordaje desde el Marco Teórico de la Epidemiología. *Rev Esp Salud Pública*, 76(2), 121-132. <https://scielo.isciii.es/pdf/resp/v76n2/a06v76n2.pdf>
3. Ascaini, I., Luna, M., & Tejo, M. (2016). Intervenciones psicosociales en catástrofes socio-naturales. Experiencias extensionistas de la Facultad de Psicología de la. *Temas en Psicología*, 1, 51-73. <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/60282>
4. Brooks, S., Webster, R., Smith, L., Woodland, L., Wessely, S., & Greenberg, N. (2020). El impacto psicológico de la cuarentena y cómo reducirla: revisión rápida de la evidencia. *THE LANCET*, 395, 912-920. <http://www.cop.es/uploads/PDF/IMPACTO-PSICOLOGICO-CUARENTENA.pdf>
5. Caballo, V. (1998). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. España: Siglo XXI de España Editores. S.A. https://www.academia.edu/34466685/Caballo_Vicente_E_Manual_De_Tecnicas_De_Terapia_Y_Modificacion_De_Conducta_4ed
6. Dosil, M., Ozamiz, N., Redondo, I., Alboniga, J., & Picaza, M. (2021). Impacto psicológico de la COVID-19 en una muestra de profesionales sanitarios españoles. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 14, 106-112. <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S1888989120300604?token=1374F2A22FCC5757B847B0DD9EEC3D10C2730D84E09BB052555D6576E375DDFCBDCA2D82A0B662D853EFD677507C2721&originRegion=us-east-1&originCreation=20211108193713>
7. Gómez & Aguilar (2021). Preocupación por la COVID-19 y carga laboral como predictores de malestar psicológico en personal de salud de primera línea durante la emergencia sanitaria en la región Puno [Tesis de Grado]. Universidad Peruana Unión, Lima, Perú. https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12840/4453/Yonatan_Tesis_Licenciatura_2021.pdf?sequence=4&isAllowed=y
8. Gutiérrez, A., Cruz, A., Sánchez, A., Pérez, G., Cribeiro, L., Peña, N., . . . Hidalgo, D. (2020). Protocolo de atención psicológica a distancia para el personal de salud en trabajo directo con pacientes afectados por COVID-19. *Anales de la Academia de Ciencias de Cuba*, 10(2), 1-9. <http://revistaccuba.sld.cu/index.php/revacc/article/view/865/874>
9. Ibañez, C., & Manzanera, R. (2012). Técnicas cognitivo-conductuales de fácil aplicación en atención primaria(I). *Semergen*, 38(6), 377- 387. <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-pdf-S113835931200069X>
10. Ibañez, C., & Manzanera, R. (2013). Técnicas cognitivo-conductuales de fácil aplicación en asistencia primaria parte 2. *Semergen*, 40(1), 34- 41. <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-pdf-S1138359313002207>

11. Inchausti, F., García, N., Prado, J., & Sánchez, S. (2020). La psicología clínica ante la pandemia COVID-19 en España. *Clínica y Salud*, 31(2), 105-107. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742020000200006
12. Juárez, A. (2020). Síndrome de burnout en personal de salud durante la pandemia COVID-19: un semáforo naranja en la salud mental. *Revista Salud Uis*, 52(4), 432-439. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7660279>
13. Lai, J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J., Wei, N., . . . Hu, S. (2020). Factores asociados con los resultados de salud mental entre los trabajadores de la salud expuestos a la enfermedad por coronavirus 2019. *JAMA Network Open*, 3(3), 2-12. doi:10.1001 / jamanetworkopen.2020.3976
14. Lozano, A. (2020). Impacto de la epidemia del Coronavirus (COVID-19) en la salud mental del personal de salud y en la población general de China. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 83(1), 51-56. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-85972020000100051
15. Magnavita, N., Tripepi , G., & Di Prinzio, R. (2020). Symptoms in Health Care Workers during the COVID-19 Epidemic. A Cross-Sectional Survey. *Environmental Research and Public Health*, 17(14), 1-15. doi:10.3390/ijerph17145218
16. Mendoza (2020). Trastorno de estrés post traumático en personal de salud de primera línea frente a la pandemia del Covid 19 [Tesis de grado]. Universidad Privada Antenor Orrego, Trujillo, Perú. http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/20.500.12759/7177/1/REP_MEHU_LAURA.MENDOZA_TRASTORNO.ESTR%c3%89S.POST%2cTRAUM%c3%81TICO.PERSONAL.SALUD.PRIMERA.L%c3%8dNEA.FRENTE.PANDEMIA.COVID19.pdf
17. Pelegrín, E. (2020). Cómo afecta el COVID-19 a la salud mental del personal hospitalario. *Ocronos*, III(3), 203. <https://revistamedica.com/covid-19-salud-mental-personal-hospitalario/>
18. Reynoso, L., Becerra, A., & Lugo, I. (2019). Trastorno de estrés postraumático en adultos. Intervención cognitivo-conductual para víctimas de sismos. Mexico: Qartuppi, S. de R.L. de C.V. https://www.researchgate.net/profile/Qartuppi-S-De-Rl-De-Cv/publication/331486045_Trastorno_de_estres_postraumatico_en_adultos_Intervencion_cognitivo-conductual_para_victimas_de_sismos/links/5c7cafbe299bf1268d36582e/Trastorno-de-estres-postraumatico-en-adultos_Intervencion_cognitivo-conductual_para_victimas_de_sismos/links/5c7cafbe299bf1268d36582e/Trastorno-de-estres-postraumatico-en-adultos_Intervencion_cognitivo-conductual_para_victimas_de_sismos
19. Ricci, I., & Ruiz, I. (2020). El impacto de la pandemia por COVID-19 sobre la salud mental de los profesionales sanitarios. *Comprender el COVID -19 desde una perspectiva de salud publica*: <https://www.easp.es/web/coronavirusysaludpublica/el-impacto-de-la-pandemia-por-covid-19-sobre-la-salud-mental-de-los-profesionales-sanitario>
20. Robert, C. (1997). Las autoinstrucciones y la prevención de respuesta como tratamiento breve en un. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 2(2), 169-179. Obtenido de <http://revistas.uned.es/index.php/RPPC/article/view/3841/3696>
21. Rodríguez, T., Fonseca, M., Valladares, A., & López, L. (2020). Protocolo de actuación psicológica ante la COVID-19 en centros asistenciales. *Cienfuegos. Cuba. Medisur*, 18(3), 368-380. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2020000300368
22. Sandoval, E., & Sandoval, J. (2020). Psicología de la emergencia en contexto de pandemia: aportes y herramientas para la intervención psicológica. *Revista Tesis Psicológica*, 15, 1-32. <https://revistas.libertadores.edu.co/index.php/TesisPsicologica/article/view/1065/977>
23. Torres, V., Farías, J., Reyes, L., & Díaz, C. (2020). Riesgos y daños en la salud mental del personal sanitario por la. *Revista Mexicana de Urología*, 80(3), 1-10. <https://www.medigraphic.com/pdfs/uro/ur-2020/ur203i.pdf>
24. Troglia da Silva, F., & Rolim, M. (2020). Psychological effects caused by the COVID-19 pandemic in health professionals: A systematic review with meta-analysis. *PubMed. gov*: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32771337/>

25. Urzúa, A., Samaniego, A., Caqueo, A., Zapata, A., & Irrarrázaval, M. (2020). Salud mental en trabajadores de la salud durante la pandemia por COVID-19 en Chile. *Revista médica de Chile*, 148(8), 1121-1127. https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0034-98872020000801121&script=sci_arttext
26. Urzúa, A., Vera, P., Caqueo, A., & Polanco, R. (2020). La Psicología en la prevención y manejo del COVID-19. *TERAPIA PSICOLÓGICA*, 38(1), 103-118. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/terpsicol/v38n1/0718-4808-terpsicol-38-01-0103.pdf>