

**GUÍA PARA EL APOYO PSICOSOCIAL A PERSONAL APH: DESPUÉS DE LA
PÉRDIDA DE UN PACIENTE**

CORPORACIÓN UNIVERSITARIA ADVENTISTA



Facultad de Ciencias de la Salud
Tecnología en Atención Pre Hospitalaria

Felipe Mauricio Gómez Gil
María Paulina Ramírez Tapasco
Daniel Felipe Ríos Sánchez

Medellín, Colombia

2019



CORPORACIÓN UNIVERSITARIA ADVENTISTA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

NOTA DE ACEPTACIÓN

Los suscritos miembros de la comisión Asesora del Proyecto Laboral: "Guía para el Apoyo Psicosocial a Personal APH: Después de la Pérdida de un Paciente", elaborado por los estudiantes FELIPE MAURICIO GÓMEZ GIL, MARIA PAULINA RAMIREZ TAPASCO, DANIEL FELIPE RÍOS SANCHEZ del programa de TECNOLOGÍA EN ATENCIÓN PRE-HOSPITALARIA, nos permitimos conceptuar que éste cumple con los criterios teóricos, metodológicos y de redacción exigidos por la Facultad de Ciencias de la Salud y por lo tanto se declara como:

APROBADO- SOBRESALIENTE

Medellín, 23 de Octubre del 2019

Teresita Marrugo Puello
TERESITA MARRUGO PUELLO
Coordinadora Investigación APH (E)

Lina María Ortiz Vargas
LINA MARÍA ORTIZ VARGAS
Asesor

Felipe M. Gómez Gil
FELIPE MAURICIO GÓMEZ GIL
Estudiante

M^{ra} Paulina Ramirez
MARIA PAULINA RAMIREZ TAPASCO
Estudiante

Daniel Felipe Ríos
DANIEL FELIPE RÍOS SANCHEZ
Estudiante

Personería Jurídica según Resolución del Ministerio de Educación No. 8529 del 6 de Junio de 1983 / NIT 860.403.751-3

CS

Scanned with
CamScanner

Cra. 84 No. 33AA-1 PBX. 250 83 28 Fax. 250 79 48 Medellín <http://www.unac.edu.co>

CONTENIDO

1.1	JUSTIFICACIÓN	6
1.2	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	7
1.3	OBJETIVO GENERAL	9
1.5	LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIONES	10
1.6	IMPACTO DEL PROYECTO	10
2	CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO	11
		75
4	CAPÍTULO 4: DISEÑO METODOLÓGICO	88
5	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	92
6	BIBLIOGRAFÍA	94

Índice de tablas

Tabla 2 1	EMS, salud y bienestar del proveedor	11
Tabla 2.2	La muerte, el duelo y el equipo de salud	13
Tabla 2.3	Afectaciones psicosociales	14
Tabla 2.4	Mapeo de riesgos psicosociales	16
Tabla 2.5	Duelo por muerte súbita	17
Tabla 2.6	Responsabilidad y compasión en el apoyo prehospitalario	18
Tabla 2.7	Factores relacionados con sufrir problemas en la salud mental	20
Tabla 2.8	Investigación en trabajadores de rescate	21
Tabla 2.9	Síndrome de burnout en médicos y paramédicos.	23
Tabla 2.10	Estrategias de afrontamiento de síndrome de Burnout	25
Tabla 2.11	Duelo y proceso salud-enfermedad en atención primaria	26
Tabla 2.12	Satisfacción laboral	27
Tabla 2.13	Riesgo de depresión y consumo de sustancias psicoactivas	28
Tabla 2.14	Burnout y factores de riesgo psicosocial	29
Tabla 2.15	Condiciones de trabajo	31

Tabla 2.16 Impacto en la salud mental	32
Tabla 2.17 Influencia de la jornada de trabajo	33
Tabla 2.18 Salud mental y recuperación	34
Tabla 2.19 Agresiones hacia profesionales en el ámbito de la salud	35
Tabla 2.20 Factores psicosociales en auxiliares de enfermería	37
Tabla 2.21 Consumo de alcohol y drogas en personal de salud	38
Tabla 2.22 Estrés y burnout en profesionales de la salud	39
Tabla 2.23 Salud Mental	40
Tabla 2.24 Factores relacionados con problemas de salud mental.	41
Tabla 2.25 Ideación suicida en estudiante de medicina.	42
Tabla 2.26 Diseño y análisis psicométrico	43
Tabla 2.27 Percepción de apoyo en el duelo	45
Tabla 2.28 Prevención del suicidio en médicos	46
Tabla 2.29 Psicología de emergencia	48
Tabla 4.1 Plan de trabajo	81
Tabla 4.2 Financiamiento	82
Tabla 4.3 Equipos	82

1 CAPITULO UNO: PANORAMA DEL PROYECTO

1.1 JUSTIFICACIÓN

Algunas de las patologías que posiblemente pueden afectar la salud mental del personal de atención pre hospitalaria (APH) son: ansiedad, estrés post traumático (TEPT), intento de suicidio, síndrome de burnout y depresión, el aumento de estas puede llevar al deterioro de la salud física, mental y espiritual. De acuerdo al Centers for Disease Control and Prevention (Centro para el Control y Prevención de Enfermedades, CDC por sus siglas en inglés), suicidio es la décima causa de muerte entre el personal del SEM en los Estados Unidos. Según un estudio publicado en la revista Prehosp Emerg Care, realizado en el estado de Arizona sobre enero 1 de 2009 a diciembre 31 de 2015. Durante el periodo de estudio hubo un total de 350,998 muertes, de esas 1,205 fueron categorizadas como personal del SEM y 349,793 fueron para personal ajeno al SEM. En profesionales del SEM el suicidio representó el 5.2% (63). En no personal del SEM 2.2% (7,775)¹ fueron suicidio. (1) Se desarrollara una guía de apoyo psicosocial que ofrezca las pautas para el afrontamiento y prevención para las personas que hayan experimentado la pérdida de un paciente.

Según la ley 1616 de 2013 en el artículo 3° describe la salud mental como: “La salud mental se define como un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, para trabajar, para establecer relaciones significativas y para contribuir a la comunidad.” A partir de esta definición se puede observar la importancia de la salud mental en el desarrollo integral del ser humano.

Con el presente proyecto se pretende la creación de una guía que cuente con estrategias para manejar o enfrentarse a la pérdida de un paciente, lo cual permita cuidar su salud

1

mental. Los temas que se incluirán en esta guía serán: ansiedad, TEPT, síndrome burnout, intento de suicidio y depresión. Además se expresara cómo puede afectar al APH a mediano y largo plazo y se trabajará como se puede intervenir.

El presente proyecto surge sobre la observación de los efectos que produce la pérdida de un paciente en el personal APH, dado que es una población que está constantemente expuesta a este tipo de situación, tienen un mayor riesgo a conllevar afectaciones psicológicas a causa de la alta tensión que generan este tipo de situaciones experimentadas diariamente

Se abordarán temas como: estrés postraumático, salud mental, depresión, suicidio, dando a conocer como pueden influir en la persona a mediano y largo plazo con el fin de orientar a los APH sobre dicha problemática. Es de suma importancia que el personal de APH adquiera consciencia de autocuidado, además fomentar la importancia de tener una adecuada integralidad, para así fortalecer el perfil profesional.

El motivo que llevó a investigar sobre los efectos que produce la pérdida de un paciente en el personal APH es la siguiente: porque son una población que tiene un mayor riesgo psicológico, a causa de la alta tensión que genera esta profesión día a día.

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El apoyo psicosocial es el proceso de acompañamiento profesional a nivel personal, familiar y comunitario, para restablecer la integridad emocional de las personas y de sus redes sociales. Son acciones para mitigar o disminuir los riesgos y procesos sociales problemáticos para un individuo y su grupo social, a través de actividades de carácter preventivo o terapéutico que buscan mejorar la calidad de vida y el bienestar, tanto a nivel individual como colectivo.

Aunque hay muchos factores que contribuyen al bienestar físico y mental de los trabajadores, está demostrado que el entorno laboral lo hace de manera significativa. En un

buen entorno psicosocial, el trabajo puede ser muy beneficioso para la salud mental de los trabajadores, pues les facilita una estructura en su vida y les aporta un mayor sentimiento de inclusión social, identidad y estatus, oportunidades de desarrollo y una mayor confianza. Por el contrario, un entorno de trabajo psicosocialmente adverso puede tener importantes efectos negativos en la salud de los trabajadores.

Los riesgos psicosociales mal gestionados tienen efectos negativos sobre el trabajador y pueden conllevar: sufrir estrés relacionado con el trabajo, problemas de salud mental, agotamiento, dificultad para concentrarse y proclividad a cometer errores, problemas en casa, abuso de las drogas y el alcohol y mala salud física, especialmente enfermedades cardiovasculares y trastornos musculoesqueléticos. (2)

En el personal APH, la recuperación mental y reconstrucción de la parte social es de suma importancia, ya que, en su diario vivir se ven involucrados de manera directa en situaciones con altos índices de estrés, como lo son, entrar en contacto directo con víctimas durante un tiempo prolongado mientras luchan por lograr su rescate o atención, y en ocasiones algunas de ellas mueren, encontrar cadáveres de niños o con graves heridas, el personal de salud tiende a identificarse con ellos en especial si tienen hijos con edades similares, la presencia de gran número de cadáveres, en especial, si están seriamente mutilados o tienen varios días, o si descubren conocidos entre ellos.

Las causas que dieron origen a la investigación son las siguientes:

En Colombia no se cuenta con una guía de apoyo psicosocial al personal de APH, específicamente frente a la pérdida de un paciente.

Entre algunas de las principales causas que se presentan, está el aumento en las tasas de intentos de suicidio, por parte del personal de APH, las cuales se pueden deber a los sentimientos de culpa y el estrés que origina la pérdida de un paciente y algunas otras condiciones que los obliga a tomar esta lamentable decisión. Otra de las posibles causas es que en toda la bibliografía consultada, no se encontró para el profesional de salud, una guía que direcciona el manejo adecuado a esta problemática.

El personal de APH debido a su oficio está expuesto a experiencias traumáticas y a pérdidas humanas que van más allá del diario vivir del público en general. La constante exposición a situaciones de alta demanda emocional, de una emergencia o una pérdida se

manifiesta en trastornos, los cuales deben ser detectados y manejados de la mejor manera. Esto es debido a que las personas que ejercen este tipo de ocupación, por una experiencia o por largo periodo de práctica, son vulnerables a presentar sentimientos de culpa, depresión y duelos que no son tratados de la mejor manera.

1.3 OBJETIVO GENERAL

Diseñar una guía para el apoyo psicosocial al personal de APH, en caso de pérdida de un paciente.

1.3.1 Objetivos Específicos

Realizar una búsqueda y revisión de material bibliográfico relacionado con el tema del apoyo psicosocial al personal APH

Analizar estrategias diseñadas que se empleen para afrontar la pérdida de un paciente.

Interpretar la información recopilada en la encuesta para su posterior desarrollo de la guía.

1.4 VIABILIDAD DEL PROYECTO

La realización del proyecto de desarrollo es viable, ya que cuenta con los recursos necesarios para el financiamiento: impresión de la guía, encuestas y folletos, costear los viajes a los lugares donde se tomara la información de la muestra; se cuenta con asesorías con personal capacitado en la elaboración de proyectos de investigación, ayudas y guías de páginas web, artículos e investigación como base para realización del mismo; equipos a utilizar como celulares, computadores e impresora; se cuenta con el plazo de tiempo del semestre 2019-2 para alcanzar cumplir el objetivo de crear la guía.

1.5 LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIONES

Posiblemente las personas objeto del estudio no se muestren interesadas en el progreso de la investigación, lo cual puede ser una limitación para la presente investigación. Poco interés en la colaboración por parte de las personas que tomamos como muestra, limitación en la dedicación a la creación por falta de tiempo por carga académica y horarios de práctica, escasa información del tema relacionado con salud mental del APH.

1.6 IMPACTO DEL PROYECTO

IMPACTO ESPERADO	PLAZO DESPUÉS DE FINALIZADO	INDICADOR VERIFICABLE	SUPUESTO
Reducción de suicidios del personal APH	Mediano plazo (5-9 años)	Tasas de suicidio	Uso de la guía
Mejorar la capacidad de resiliencia del APH	Mediano plazo (5-9 años)	Test de salud mental	Uso de la guía
Reducción del estrés pos traumático	Mediano plazo (5-9 años)	Tasas de trastornos mentales	Uso de la guía

2 CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO

2.1 MARCO CONCEPTUAL

Depresión: La depresión es una enfermedad frecuente en todo el mundo, y se calcula que afecta a más de 300 millones de personas. La depresión es distinta de las variaciones habituales del estado de ánimo y de las respuestas emocionales breves a los problemas de la vida cotidiana. Puede convertirse en un problema de salud serio, especialmente cuando es de larga duración e intensidad moderada a grave, y puede causar gran sufrimiento y alterar las actividades laborales, escolares y familiares. En el peor de los casos puede llevar al suicidio. Cada año se suicidan cerca de 800 000 personas, y el suicidio es la segunda causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años. (3)

Duelo: el duelo es la reacción natural ante la pérdida de una persona, objeto o evento significativo; o, también, la reacción emocional y de comportamiento en forma de sufrimiento y aflicción cuando un vínculo afectivo se rompe. Incluye componentes psicológicos, físicos y sociales, con una intensidad y duración proporcionales a la dimensión y significado de la pérdida. En términos generales es un proceso normal, por lo que no se requieren situaciones especiales para su resolución.² Se tiende a pensar en el duelo sólo en el contexto de la muerte de un ser querido, pero también suele producirse como reacción ante la pérdida de una persona amada o de alguna abstracción que ha ocupado su lugar, como la patria, la libertad, un ideal, entre otros. (4)

Salud Mental: La salud mental se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad, La dimensión positiva de la salud mental se destaca en la definición de salud que figura en la Constitución de la OMS: «La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades» (5)

Trastorno por estrés postraumático: El trastorno por estrés postraumático (también conocido como TEPT) es un trastorno que algunas personas presentan después de haber vivido o presenciado un acontecimiento impactante, terrorífico o peligroso. Es natural sentir temor durante una situación traumática o después de ésta. Este temor provoca muchos cambios en el cuerpo en fracciones de segundo para responder a un peligro y para ayudar a evitar un peligro en el futuro. Esta respuesta de “lucha o huida” es una reacción típica que sirve para proteger a la persona de cualquier peligro. Casi

todo el mundo tendrá una serie de reacciones después de una experiencia traumática. Sin embargo, la mayoría de las personas se recuperará de los síntomas de forma natural. Es posible que a las personas que continúen teniendo problemas se les diagnostique con trastorno por estrés postraumático. Las personas con este trastorno pueden sentirse estresadas o asustadas, incluso cuando ya no están en peligro. (6)

El síndrome de burnout: también conocido como síndrome de desgaste ocupacional o profesional, es un padecimiento que se produce como respuesta a presiones prolongadas que una persona sufre ante factores estresantes emocionales e interpersonales relacionados con el trabajo. Edelwich y Brodsky (1980) lo describen como una pérdida progresiva de idealismo, energía y propósito, mientras que otros estudiosos en el campo de la psicología organizacional lo ubican como un estado de desgaste emocional y físico. (7)

Ansiedad: La ansiedad es un mecanismo adaptativo natural que nos permite ponernos alerta ante sucesos comprometidos. En realidad, un cierto grado de ansiedad proporciona un componente adecuado de precaución en situaciones especialmente peligrosas. Una ansiedad moderada puede ayudarnos a mantenernos concentrados y afrontar los retos que tenemos por delante. En ocasiones, sin embargo, el sistema de respuesta a la ansiedad se ve desbordado y funciona incorrectamente. Más concretamente, la ansiedad es desproporcionada con la situación e incluso, a veces, se presenta en ausencia de cualquier peligro ostensible. El sujeto se siente paralizado con un sentimiento de indefensión y, en general, se produce un deterioro del funcionamiento psicosocial y fisiológico. Se dice que cuando la ansiedad se presenta en momentos inadecuados o es tan intensa y duradera que interfiere con las actividades normales de la persona, entonces se la considera como un trastorno. (8)

El intento de suicidio: El Protocolo de Vigilancia Epidemiológica en Salud Pública establece que un caso confirmado de intento de suicidio es “conducta potencialmente lesiva auto-inflingida y sin resultado fatal, para la que existe evidencia, implícita o explícita, de intencionalidad de provocarse la muerte. Dicha conducta puede provocar o no lesiones, independientemente de la letalidad del método. **El suicidio:** Muerte derivada de la utilización de cualquier método (envenenamiento, ahorcamiento, herida por arma de fuego o corto punzante, lanzamiento al vacío, a un vehículo o cualquier otra forma) con evidencia, explícita o implícita, de que fue auto infligidas y con la intención de provocar el propio fallecimiento. Es un problema de salud pública, por su frecuencia

cada vez mayor, por la pérdida de muchos años de vida que pudieron ser vividos y en general por sus graves consecuencias. (9)

Atención prehospitalaria: La Atención Pre Hospitalaria-APH es el servicio que se presta a la comunidad cuando se presentan urgencias, emergencias o desastres en el sitio de ocurrencia del evento y de manera conjunta con los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Comprende los servicios de salvamento, atención médica y transporte que se prestan a enfermos o accidentados fuera del hospital, constituyendo una prolongación del tratamiento de urgencias hospitalarias. (10)

Primeros auxilios psicológicos: Es la intervención psicológica en el momento de crisis, entendiéndose como una ayuda breve e inmediata de apoyo a la persona para restablecer su estabilidad personal a nivel emocional, físico, cognitivo y conductual (social).

Las intervenciones de primera instancia por lo general son cortas y la ayuda es brindada por cualquier persona de la comunidad que esté presente en el momento que surge la necesidad en cualquier emergencia. (11)

2.2 MARCO INSTITUCIONAL

2.2.1 Misión

La Corporación Universitaria Adventista – UNAC declara como su misión: Propiciar y fomentar una relación transformadora con Dios en el educando por medio de la formación integral en las diferentes disciplinas del conocimiento, preparando profesionales competentes, éticamente responsables, con un espíritu de servicio altruista a Dios y a sus semejantes, dentro del marco de la cosmovisión bíblico cristiana que sustenta la Iglesia Adventista del Séptimo Día.

2.2.2 Visión

La Corporación Universitaria Adventista con la dirección de Dios, será una comunidad universitaria adventista con proyección internacional, reconocida por su alta calidad, su énfasis en la formación integral, la cultura investigativa y la excelencia en el servicio, que forma profesionales con valores cristianos, comprometidos como agentes de cambio con las necesidades de la sociedad y su preparación para la eternidad.

2.2.3 Propuesta Pedagógica

En este marco se presenta la Propuesta Pedagógica de la Corporación Universitaria Adventista; el presente instrumento es el resultado de un estudio que convocó a docentes de diferentes secciones, con el objeto de promover la investigación interdisciplinar en la Institución y consolidar la comunidad académica en torno al quehacer educativo y a la formación, a partir de su propia filosofía educativa y de los pilares de la educación superior en Colombia: docencia, investigación, proyección social e internacionalización.

La Propuesta Pedagógica de la UNAC es la conjugación de todos los componentes que interactúan en los procesos de formación a niveles tecnológico, profesional y de posgrado, que se realizan en la academia, como una Institución de Educación Superior, confesional, perteneciente a la Iglesia Adventista del Séptimo Día.

El presente documento de trabajo presenta los aspectos más relevantes de la fundamentación de la Propuesta Pedagógica de la UNAC; la concepción pedagógica institucional se inscribe en el marco de una pedagogía comprensiva edificadora y restauradora.

La Propuesta Pedagógica es una construcción reflexiva que emerge de la capacidad de simbolización y representación de la tarea de enseñanza-aprendizaje, que esperamos que los protagonistas del proceso educativo de la UNAC consideren, para justificar y entender la amplitud de la práctica educadora, formativa y redentora; el poder del conocimiento formalizado; y las decisiones transformadoras que estamos dispuestos a asumir.

Constituye un factor de primer orden en el empeño de incrementar los niveles de pertinencia, calidad, efectividad y coherencia de todos los procesos adelantados por la

Institución. Debe constituirse en la ruta de navegación para orientar los procesos pedagógicos, curriculares, didácticos y evaluativos

2.3 MARCO REFERENCIAL

Tabla 2 1 EMS, salud y bienestar del proveedor

Nombre:	EMS, SALUD Y BIENESTAR DEL PROVEEDOR
Autor:	Steven Mountfort , Sandeep Sharma
Lugar/año:	2019 / Florida EE.UU
Objetivos:	
Abstrac:	<p>Los trabajadores de servicios médicos de emergencia (EMS) pueden experimentar tensiones mentales, físicas y emocionales en cada turno en el que trabajan. Es un trabajo que comúnmente tiene altos niveles de estrés, incidentes cada vez mayores de trastorno de estrés postraumático (TEPT) y lesiones en el trabajo. Estos problemas contribuyen a las altas tasas de suicidio, agotamiento relacionado con el trabajo, depresión clínica y condiciones físicas que ya no permiten que el proveedor de EMS trabaje en el campo. La salud personal y el bienestar físico, emocional y mental desempeñan un papel fundamental para ayudar a los trabajadores de EMS a sobrevivir en sus carreras.</p> <p>Los trabajadores de EMS son personal médico altamente capacitado que asiste o trabaja como extensión de un médico, generalmente en el entorno prehospitario. El EMS moderno comenzó después de que el National Research Council publicara su Libro Blanco de 1966 titulado, Muerte accidental y discapacidad: la enfermedad desatendida de la sociedad moderna. Encontró que debido al alto incidente de muerte accidental en los Estados Unidos, la seguridad pública debía incluir capacitación médica nacional, estandarizada y avanzada. Este documento fue el ímpetu para el Currículum paramédico estándar nacional. En 2014, la Oficina de Estadísticas Laborales del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos (EE. UU.) Estimó que había 241,200 empleos paramédicos con una tasa de crecimiento del empleo del 24% prevista para los siguientes 8 años. Desde el inicio, los proveedores de EMS han sido conocidos por su capacidad para ayudar a los</p>

	<p>pacientes en las circunstancias más extremas. Esto puede suceder en cualquier entorno, desde el medio de una carretera interestatal importante durante el calor del verano, hasta las tierras de cultivo abiertas en temperaturas heladas, hasta las áreas urbanas más altas de la delincuencia. Junto con el manejo de entornos difíciles y una gran agudeza del paciente, La liberación de catecolaminas durante la conducción de "luces y sirenas" ha etiquetado a muchos en la industria como "adictos a la adrenalina".</p>
<p>Conclusiones/resultados:</p>	<p>El primer paso para resolver estos problemas es reconocer que hay un problema. Durante la mayor parte de la historia de EMS, fue "débil" o "no difícil" para el proveedor admitir que hubo respuestas a estos estímulos estresantes. Actualmente, hay programas como la campaña Code Green que actúa como una organización de defensa y educación de salud mental EMS. La organización declara "La campaña tiene dos objetivos principales. Nuestro objetivo principal es aumentar la conciencia de las altas tasas de problemas de salud mental que afectan a los primeros en responder. Debido al estrés al que están expuestos los primeros en responder, tienen mayores tasas de TEPT, depresión, ansiedad, abuso de sustancias y suicidio. Además, nuestro objetivo es proporcionar educación para los respondedores sobre múltiples temas relacionados con la salud mental "(http://codegreenstore.com/about/)</p> <p>Code Green junto con otras entidades como NAEMT, Journal of Emergency Medical Services y EMS1 han estado tratando de educar a los proveedores sobre los peligros de estos factores estresantes. Además, han estado impartiendo cursos sobre resiliencia, tratando de mantener el equilibrio en la vida de una persona y cuándo y dónde buscar ayuda cuando la necesitan.</p> <p>Los trabajadores de EMS han enfrentado desafíos de salud y bienestar desde el inicio de los EMS modernos. Solo en los últimos años la industria ha comenzado a intentar estudiar las causas y las soluciones viables a estos problemas. Es solo a través de la educación, la voluntad de estudiar, la aceptación de los problemas y un cambio en la cultura de los proveedores de EMS lo que va a revertir el daño que la industria puede hacer.</p>
<p>Base de dato:</p>	<p>PUBMED</p>
<p>Link:</p>	<p>https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK493236/ 04/09/2019</p>

Fuente: elaboración propia a partir de la estadística empleada.

Tabla 2.2 La muerte, el duelo y el equipo de salud

Nombre:	LA MUERTE, EL DUELO Y EL EQUIPO DE SALUD
Autor:	Zoraida Elena Carmona Berrios, Cira Elizabeth Bracho de López
Lugar/año:	2008/ Valencia Venezuela
Objetivos:	Interpretar los sentimientos de duelo de médicos y enfermeras ante el morir y la muerte
Abstrac:	<p>La muerte siempre ha sido y será un tema del que pocos quieren hablar, sin embargo desde tiempo inmemorial el hombre ha rendido culto a sus muertos y esto se ha reflejado en los diferentes rituales y formas de entierro. La condición humana de seres finitos determina y obliga a caminar en un solo sentido; cada segundo que transcurra será irreparable un segundo después. El tiempo aparece como una línea que une la vida con la muerte. Para Galindo, la muerte inspira mucho temor y respeto, está envuelta en un ambiente de misterio, tiene un lenguaje arcano difícilmente descifrable, que a su vez transmite mensajes ambiguos que invitan a marchar con ella en busca de la paz total en una vida nueva sin más muerte. El hecho de no ser libres para determinar la muerte, aceptarla, integrarla y vivir con ella, por su carácter de irreversibilidad, dificulta poder asimilarla a otras experiencias de la vida y por lo tanto comprenderla. La angustia de la muerte ha sido considerada como la angustia más profunda del hombre. La mayoría de los profesionales de la salud elegimos esta profesión para beneficiar a las personas que nos solicitan ayuda, pero cuando esa ayuda tiene que ver con la experiencia de la muerte y el duelo, hay algo que limita nuestra capacidad para ayudar. Todos los que trabajamos en el área de la salud, hemos sufrido diversas pérdidas a lo largo de nuestra propia vida, y sentimos temores con respecto a pérdidas futuras, por ejemplo la de nuestros padres, nuestros hijos o nuestra pareja. Como seres humanos, los miembros del equipo de salud, debemos reconocernos vulnerables para poder comprender que las situaciones de duelo y muerte en nuestros pacientes nos van a afectar. En tal sentido se plantea como objetivo general de este trabajo: Interpretar los sentimientos de duelo de médicos y enfermeras ante el morir y la muerte. Y como objetivos específicos: Describir los sentimientos de duelo de médicos y enfermeras ante el morir y la muerte. Caracterizar los significados que tienen para médicos y enfermeras los sentimientos de duelo ante el morir y la muerte. Explicar el significado que tiene para médicos y enfermeras los sentimientos de duelo ante el morir y la muerte.</p>

Conclusiones/resultados:	Los hallazgos evidencian que la experiencia central vivida por miembros del equipo de salud incluidos en este estudio es el temor a la muerte, con sentimientos predominantes de: angustia, ansiedad, frustración, fracaso, incompetencia, amenaza, tristeza, negación de la muerte y consciencia de la finitud de la propia vida. Estos sentimientos subyacen en dos categorías emergentes: Vivencia anticipada de la propia muerte e impotencia ante la muerte del paciente.
Base de dato:	Google Scholar
Link:	http://www.saludpublica.fcm.unc.edu.ar/sites/default/files/RSP08_2_05_art2_carmona.pdf

Fuente: elaboración propia a partir de la estadística empleada.

Tabla 2.0.3Afectaciones psicosociales

Nombre:	AFECTACIONES PSICOLÓGICAS EN PERSONAL DE PRIMERA RESPUESTA: ¿TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO O ESTRÉS TRAUMÁTICO SECUNDARIO?
Autor:	Alexis Lorenzo Ruiz ,Esther Araceli Guerrero Angeles
Lugar/año:	Habana Cuba 2017
Objetivos:	Hacer una revisión narrativa de las afectaciones psicológicas que se desencadenan en el personal de primera respuesta, cuya labor los lleva a involucrarse directamente en la atención en emergencias y desastres.
Abstrac:	Este trabajo pretende hacer una revisión narrativa de las afectaciones psicológicas en el personal de primera respuesta, quienes están constantemente expuestos a situaciones estresantes y psicotraumatizantes como parte de su profesión, al verse involucrados en la atención de víctimas en emergencias y desastres. Se considera que es normal la aparición de algunas de estas afectaciones durante y después de ocurrida la situación, como parte de la elaboración del trauma. Sin embargo, si las reacciones cognitivas, conductuales, afectivas y fisiológicas persisten por más tiempo de lo que se esperaría, interfiriendo en su vida familiar, social y laboral, disminuyendo paulatinamente su calidad de vida, podríamos pensar en el desarrollo de otros síndromes y trastornos; siendo el síndrome de estrés traumático secundario y el trastorno por estrés postraumático los más comunes. Con el conocimiento de estas afectaciones se pretende en primer lugar favorecer el apoyo psicológico brindado al personal de primera respuesta antes, durante y después de las emergencias y desastres. En segundo lugar, proponemos

	<p>colaborar en el desarrollo de la investigación en el campo de la Psicología en Emergencias y Desastres. La revisión del tema conduce a una comprensión del qué y cómo acontece con el ser humano -en tales circunstancias- con vistas a poder ofrecer valoraciones de los posibles impactos y repercusiones psicológicas y sociales, que facilitará diseñar programas de acompañamiento, psicoeducación u otros en esta área.</p>
<p>Conclusiones/resultados:</p>	<p>Se puede decir, que el trastorno por estrés postraumático es un malestar que pueden padecer las personas que sufren directamente el suceso traumático, los familiares o amigos, los testigos, aquellos que se enteran del suceso y todos los profesionales de salud y de rescate que intervienen en situaciones de emergencia o desastre. Donde la experiencia traumática rebasa las expectativas de la persona, dejando signos y síntomas a nivel cognitivo, conductual, afectivo y fisiológico, interfiriendo posteriormente en su vida familiar, social y laboral. Sin embargo, a pesar de que los profesionales de la salud sufren síntomas del trastorno por estrés postraumático, es propio – más no exclusivo – de ellos padecer un síndrome de estrés traumático secundario. El asistir constantemente sucesos traumáticos, les facilita la escucha empática y el involucramiento de diversas emociones durante la atención que brindan a pacientes víctimas de hechos verdaderamente traumáticos; aunado a una impotencia o frustración al ver fracasados sus intentos de ayuda, compensándolo con conductas reactivas de exigencia y agotamiento laboral. Es evidente que el personal de primera respuesta labora en situaciones en las que existe un riesgo para su propia integridad física y su vida, experimentan en carne propia situaciones reales de crisis, como accidentes masivos, desastres y catástrofes, llegando a observar y asistir a personas con heridas graves o fallecidas que les pueden causar un alto impacto. Todo lo antepuesto, desencadenaría posiblemente algunos de los síntomas de un trastorno por estrés postraumático en ellos. Por otro lado, también se enfrentan a situaciones en las que se involucran íntimamente con víctimas de experiencias traumáticas y estresantes poniendo su empatía de por medio y que por ser parte de su labor se encuentran a expensas de las variables de la organización, generando una carga laboral y presión social por la importancia e inmediatez de sus actividades laborales, viéndose involucrados en los factores de estrés laboral que afectan a profesionales de la salud, desencadenando síntomas del síndrome de estrés traumático secundario. Por lo que resulta difícil colocar al personal de primera respuesta como más</p>

	vulnerable a uno u otro cuadro clínico. Quizá el caso del personal de primera respuesta no sea exclusivo de uno u otro malestar psicológico, puesto que la labor que desempeñan no sólo implica el cuidado directo con las víctimas de trauma (como los médicos, enfermeros, psicólogos, etc.). Su labor, también implica estar presente en los escenarios de los sucesos traumáticos, sin recibir de boca de nadie la narración de los hechos, pues ellos los presencian en carne propia, como desastres, catástrofes, accidentes, muerte y heridas graves; esa es la diferencia que los distingue del resto del personal de salud que funge como cuidador. Ni el trastorno por estrés postraumático ni el síndrome de estrés traumático secundario son exclusivos del personal de primera respuesta, pues ello dependerá de las características del evento traumático, de la percepción y significado que cada profesional le otorgue. Por lo que no sería recomendable que se excluya uno u otro en la investigación y práctica psicológica con el personal de primera respuesta
Base de dato:	APA PsycNET
Link:	https://psycnet.apa.org/record/2018-03779-002

Fuente: elaboración propia a partir de la estadística empleada.

Tabla 2.0.4 Mapeo de riesgos psicosociales

Nombre:	MAPEO DE LOS RIESGOS PSICOSOCIALES EN EL SAMU/DF
Autor:	Luciane Kozicz Reis Araujo ¹ 1 Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, DF, Brasil. Simone Santos Oliveira ² 2 Universidade do Porto, Porto, Portugal.
Lugar/año:	BRASIL 2019
Objetivos:	Mapear los riesgos psicosociales en el Servicio Móvil de Atención de Emergencia del Distrito Federal (SAMU),
Abstrac:	
Conclusiones/resultados:	Frente a los desafíos diarios en la atención, como las precarias condiciones de trabajo y las relaciones jerárquicas, los sirvientes no se oponen entre sí como agentes egocéntricos, sino que trabajan como miembros del conjunto. Sin embargo, hay una señal de advertencia de los factores que contribuyen al agotamiento emocional, expresada por los encuestados al someter el trabajo a decisiones políticas, el cansancio y la fatiga por las horas extra y el esfuerzo físico en la atención. Escala de Daño Físico, Psicológico y Social : el 82% reporta riesgos de <i>daño físico</i> debajo a medio . Para los

	<p>servidores, la sobrecarga física, como cargar camillas y levantar personas, causa mucho dolor de espalda y cuerpo. Estos riesgos se acentúan, ya que es una actividad de rutina y requiere esfuerzo físico. Señala que a lo largo de los años, el dolor empeora y, como consecuencia, no se produce relajación corporal, lo que provoca cambios en el sueño.</p> <p>Para el 96% de los participantes, hay un <i>daño psicológico</i> bajo a medio en el desempeño de la actividad. Favorece la minimización del daño psicológico en las reuniones semanales de los servidores, un espacio en el que comparten sus experiencias, abriendo un canal de comunicación, permitiendo la circulación de la palabra, la elaboración y replanteamiento de la realidad laboral, así como la participación en la gestión de los problemas que surgen. afectarlos a diario. El 98% de los encuestados considera que <i>el daño social es</i> bajo a medio</p>
Base de dato:	Scielo
Link:	http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932019000100126&lng=en&nrm=iso&tlng=pt 04/09/2019

Fuente: elaboración propia a partir de la estadística empleada.

Tabla 2.0.5 Duelo por muerte súbita

Nombre:	DUELO POR MUERTE SÚBITA DESDE EL ENFOQUE APRECIATIVO: UNA OPCIÓN DE VIDA DESDE LA PÉRDIDA
Autor:	Lina María Parada Muñoz
Lugar/ año:	BOGOTA COLOMBIA 2007
Objetivos:	
Abstrac:	El artículo presenta las aproximaciones más representativas de la psicología al duelo por muerte súbita y las posturas para el manejo del mismo desde la intervención clínica, para discernir el marco de referencia epistemológico sobre el que se sustenta el ejercicio sistémico apreciativo. En consecuencia, el texto perfila una comprensión ecológica, integradora, de los momentos no cronológicos por los que atraviesan los dolientes, que favorece una resignificación de la situación de crisis. Para esto, se hace énfasis en la relevancia del lenguaje que, entendido en el orden de la narración, permite la actividad dialogal que lo hace constructor de realidades.

Conclusiones/resultados:	<p>Cuando una persona fallece, especialmente de manera súbita y violenta, las personas cercanas a ella que le sobreviven se enfrentan en la mayoría de los casos a enormes presiones, a decisiones difíciles de tomar y a cambios en su emocioar interno. Cambios que marcan su particular forma de interactuar en y con el mundo.</p> <p>Para estas personas que se enfrentan a momentos difíciles, como la muerte prematura de un ser querido, resulta útil abrir un espacio encaminado hacia la reflexión, donde el emocioar se manifieste de forma espontánea y permita en el dolor descubrir la voluntad necesaria para asumir la pérdida como parte de una realidad inmodificable.</p> <p>Este espacio bien podría constituirse en un contexto terapéutico que facilite elaborar los sentimientos asociados a la pérdida, utilizando para ello la conversación con sentido que plantea el enfoque apreciativo, que centra sus ejes de trabajo en rescatar las historias de lo que ha funcionado en la vida de las personas. Así mismo, invita a rerelatar una experiencia, en este caso, de enorme costo emocional, a construir nuevos significados, de forma que la vida pueda seguir su curso a pesar del dolor, a ampliar la conciencia y la aceptación de la muerte del otro, facilitando la repotenciación de los recursos del ser humano.</p> <p>Finalmente, se pretende invitar a aprender con ese lado de la vida que es el sufrimiento, ya que experiencias dolorosas pueden ser aleccionadoras y potencializadoras en la experiencia humana, utilizando el lenguaje como herramienta para discernir la lección que una muerte súbita propone.</p>
Base de dato:	DIVERSITAS
Link:	https://revistas.usantotomas.edu.co/index.php/diversitas/article/view/215/348 04/09/2019

Fuente: elaboración propia a partir de la estadística empleada.

Tabla 2.0.6 Responsabilidad y compasión en el apoyo prehospitalario

Nombre:	RESPONSABILIDAD Y COMPASIÓN EN EL APOYO PREHOSPITALARIO A LOS SOBREVIVIENTES DE VÍCTIMAS DE SUICIDIO - EXPERIENCIAS DE PROFESIONALES
Autor:	ChristinaNilsson ^{ab} AndersBremer ^{cd} KarinBlomberg ^a MiaSvantesson ^{be}
Lugar/año:	
Objetivos:	Describir las experiencias de enfrentar y apoyar a los sobrevivientes

	de víctimas de suicidio desde la perspectiva del personal de EMS, oficiales de policía y médicos generales.
Abstrac:	Más de 800,000 personas en todo el mundo se suicidan cada año [1] . Se estima que por cada persona que se suicida, seis o más sobrevivientes se ven afectados [2] . Como señaló Shneidman: " <i>La muerte de una persona no es solo un final: también es un comienzo para los sobrevivientes</i> " [3] . Hay una diferencia para los sobrevivientes entre perder a alguien por muerte súbita causada por un accidente o enfermedad y las acciones deliberadas de una persona que se ha suicidado [4] . Los sobrevivientes a menudo se culpan a sí mismos por no prevenir el suicidio. También pueden sentirse abandonados y traicionados ya que el fallecido tomó una decisión activa para poner fin a la vida.
Conclusiones/resultados:	<p>RESULTADOS: Los profesionales se sintieron impotentes por no poder retroceder el reloj y, a primera vista, se sintieron inadecuados con respecto a la situación que enfrentaban. Describieron enfrentar una tormenta emocional de los sobrevivientes y una sensación de prudencia en el apoyo de ellos. Los profesionales compartieron la experiencia de que era difícil anticipar cómo reaccionarían los sobrevivientes, que parecía totalmente individual.</p> <p>Se describió que el blindaje involucraba tanto a uno como a los sobrevivientes. Los profesionales experimentaron la necesidad de protegerse de sentimientos difíciles de manejar y de impresiones visuales desagradables. En el camino a la escena del suicidio, los profesionales describieron cómo prepararse emocionalmente para la situación. Cuando se sentía afectado por situaciones, se describía la autoconservación, es decir, tratar de cerrar los propios sentimientos y mantenerlos fuera de la situación.</p> <p>CONCLUSIONES: Los hallazgos podrían interpretarse a la luz de la importancia de actuar con responsabilidad y mostrar compasión por los sobrevivientes de víctimas de suicidio. Apoyarlos implicaba sentimientos de insuficiencia, intentos de protección, una decisión personal de enfocarse en los sobrevivientes e incertidumbre sobre la responsabilidad profesional. Por lo tanto, las situaciones prehospitalarias con sobrevivientes implican aspectos éticos y problemas en la toma de decisiones y el cuidado.</p>
Base de dato:	PUB MEDIC. GOV
Link:	https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1755599X17300162?via%3Dihub 04/09/2019

Fuente: elaboración propia a partir de la estadística empleada.

Tabla 2.0.7 Factores relacionados con sufrir problemas en la salud mental

Nombre:	FACTORES RELACIONADOS CON LA PROBABILIDAD DE SUFRIR PROBLEMAS DE SALUD MENTAL EN PROFESIONALES DE EMERGENCIA
Autor:	Silvia Portero de la Cruz
Lugar/fecha	Entre marzo y diciembre de 2016, en el servicio de emergencia de cuatro hospitales de la Comunidad Autónoma de Andalucía (España)..
Objetivos:	Evaluar la influencia ejercida por Burnout y las estrategias de enfrentamiento utilizadas por el personal de salud del servicio de emergencia hospitalaria sobre el estado de salud mental y determinar las características sociodemográficas y laborales.
Abstrac:	estudio descriptivo transversal en una muestra de 235 profesionales de enfermería y médicos que actuaron en cuatro servicios de emergencia hospitalaria. Como instrumentos de recopilación de datos se utilizaron cuestionarios originales y específicos de variables sociodemográficas y de trabajo, el Maslach Burnout Inventory, General Health Questionnaire y el inventario breve de afrontamiento–COPE 28. Se aplicó estadística descriptiva, inferencial y multivariante.
Conclusiones/resultados:	las dimensiones de agotamiento emocional y despersonalización, enfrentamiento centrado en la prevención, ser médico y consumir tabaco diariamente aumentan el riesgo de constituir un caso psiquiátrico. La práctica de ejercicio físico diario es un factor de protección a la dimensión de despersonalización, enfrentamiento centrado en la prevención y ser médico estuvieron relacionados a la presencia de síntomas somáticos, ansiedad, disfunción social y depresión. El aumento de la experiencia profesional se asoció con la mayor disfunción social del personal sanitario y el aumento del número de pacientes se relacionó con la sintomatología depresiva entre los profesionales de la salud.
Base de dato:	Scielo
Link:	http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692019000100331&lang=es

Fuente: elaboración propia a partir de la estadística empleada.

Tabla 2.0.8 Investigación en trabajadores de rescate

Nombre:	UN MAYOR SENTIDO DE COHERENCIA SE ASOCIA CON UNA MEJOR SALUD MENTAL Y FÍSICA EN LOS SERVICIOS MÉDICOS DE EMERGENCIA: RESULTADOS DE LAS INVESTIGACIONES SOBRE LA ESCALA REVISADA DEL SENTIDO DE COHERENCIA (SOC-R) EN LOS TRABAJADORES DE RESCATE.
Autor:	Alexander Behnke Daniela Conrad, Iris-Tatjana Kolassa, y Roberto Rojas ^c
Lugar/año:	Alemania
Objetivos:	Investigar si el sentido revisado de coherencia es un factor de resistencia potencial contra los síntomas postraumáticos, depresivos y somáticos, también en grupos de alto riesgo, que se enfrentan regularmente a niveles extremos de trauma, como rescatistas. Evaluar la estructura factorial del cuestionario en una cohorte de rescatistas alemanes.
Abstrac:	Debido a que los trabajadores de rescate se enfrentan regularmente con eventos laborales potencialmente traumatizantes, presentan un mayor riesgo de desarrollar trastornos mentales y físicos relacionados con el trauma, incluyendo síntomas postraumáticos, depresivos y somáticos. Para este grupo de alto riesgo sería importante el experimentar su trabajo como manejable, significativo y coherente. Esta perspectiva —llamada <i>sentido de coherencia</i> — podría ser un factor potencial de resiliencia en contra del desarrollo de problemas mentales y físicos. En una cohorte transversal con 102 trabajadores de rescate ($Mdn(QD)_{edad} = 26.0 (8.5)$, rango de edad: 18-61), de los cuáles 36 eran mujeres, investigamos si los valores más altos en la <i>Escala del Sentido de Coherencia Revisada</i> (SOC-R) predijeron menos síntomas postraumáticos, depresivos y somáticos. Además, evaluamos la estructura factorial del SOC-R mediante análisis factoriales confirmatorias. Las regresiones lineales indicaron que las puntuaciones más altas del SOC-R, pero particularmente la capacidad de manejabilidad, se asociaron con menos síntomas postraumáticos ($\beta = -.31, p = .009$), depresivos ($\beta = -.44, p < .001$) y somáticos ($\beta = -.36, p = .002$). Además, encontramos que a mayor la exposición con traumas laborales y privados los puntajes de estos síntomas aumentaron significativamente. La estructura factorial del SOC-R se replicó con sus tres subescalas manejabilidad, reflexión y equilibrio. Sin embargo, la validez del factor convergente del SOC-R era

	<p>menor en la presente muestra. En general, se observó que un alto sentido de coherencia y, en particular una alta manejabilidad, funcionan como factores de resiliencia en grupos de alto riesgo que con frecuencia están expuestos a eventos potencialmente traumáticos. Estudios futuros deberían investigar si el fortalecimiento del sentido de coherencia podría ser un componente básico en un programa de prevención eficaz para mantener la salud a largo plazo en grupos de riesgo.</p>
<p>Conclusiones/resultados:</p>	<p>Este estudio transversal sugiere el <i>sentido revisado de coherencia</i> y particularmente, su faceta de manejabilidad como un posible factor de resiliencia para la salud mental y física de poblaciones expuestas a traumas ocupacionales. Repetimos la exposición a eventos potencialmente traumáticos en servicio o en la vida privada como factores de riesgo importantes para la salud de los trabajadores de rescate. La evaluación exhaustiva de las características psicométricas del SOC-R alemán indicó que su estructura de tres factores es la solución más apropiada en esta muestra, aunque la convergencia pobre de ítem a factor comprometió la validez del factor. Los estudios longitudinales futuros pueden investigar el sentido revisado de coherencia como posible factor de resiliencia prospectivo y pueden apuntar a fortalecer la percepción de capacidad de administración de los empleados para ayudarlos a enfrentar mejor sus demandas profesionales.</p> <p>RESULTADOS: Estudios previos indicaron que los trabajadores de rescate enfrentan un riesgo considerablemente alto de desarrollar TEPT y depresión, así como quejas de salud física como reacción a la exposición frecuente a experiencias severamente estresantes o traumáticas de servicio (Aasa et al., 2005 ; Benedek et al., 2007 ; Berger et al., 2011 ; Clohessy & Ehlers, 1999 ; Donnelly, 2012 ; Fjeldheim et al., 2014 ; Fullerton et al., 2004 ; Hällner et al., 2009 ; Hegg-Deloye et al., 2014 ; Razik et al. al., 2013 ; Skeffington et al., 2017 ; Teegen & Yasui, 2000 ; Wild et al., 2016) En línea con esto, encontramos el número de tipos de eventos traumáticos experimentados en servicio asociados con una mayor gravedad de los síntomas postraumáticos, depresivos y somáticos. Existe evidencia de que el estrés psicosocial privado o los eventos traumáticos y particularmente las experiencias adversas de la infancia también podrían comprometer la salud del servicio médico de emergencia, el cuerpo de bomberos o el personal policial o aumentar su vulnerabilidad a la traumatización de</p>

	servicio (Levy-Gigi et al., 2015 ; Maunder et al., 2012 ; Richter, 2014) En consecuencia, observamos un aumento constante de la gravedad de los síntomas transdiagnósticos en los trabajadores de rescate que informaron más eventos de vida potencialmente traumáticos en la edad adulta y / o más experiencias de maltrato en la infancia. La psicoeducación activa sobre el papel de las experiencias traumáticas, especialmente el maltrato infantil, como factor de vulnerabilidad podría aumentar la conciencia y la voluntad de los trabajadores de rescate para buscar ayuda profesional cuando desarrollen síntomas de estrés mental y físico. Ya debe ofrecerse información durante el asesoramiento profesional y la entrada para que los solicitantes con antecedentes de trauma (infantil) sean conscientes de su riesgo particular.
Base de dato:	PubliMed
Link:	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6534248/04/092019

Fuente: elaboración propia a partir de la estadística empleada.

Tabla 2.0.9 Síndrome de burnout en médicos y paramédicos.

Nombre:	SÍNDROME DE BURNOUT EN MÉDICOS Y PERSONAL PARAMÉDICO
Autor:	Luis Pereda-Torales,1 Félix Guillermo Márquez Celedonio,2 María Teresa Hoyos Vásquez,3 Marco Ismael Yáñez Zamora.
Lugar/año:	México 2009
Objetivos:	
Abstrac:	El concepto de burnout fue utilizado por primera vez en el ámbito de la psicología por Freudenberger en el año de 1974. Este psicólogo lo definió como un estado de fatiga o frustración que se produce por la dedicación a una causa, forma de vida o relación que no produce el esperado esfuerzo. Más tarde, Maslach y Jackson propusieron tres dimensiones interrelacionadas: el cansancio emocional (CE), la despersonalización (DP) y la realización personal (RP). Estas dimensiones se integran en el cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI) que se utiliza para medir dicho síndrome. Diversos estudios han demostrado la presencia del síndrome de burnout entre el personal médico y paramédico. El contacto estrecho con los pacientes y la sobrecarga de trabajo son las principales causas de este síndrome. En un trabajo multicéntrico entre 248 médicos intensivistas de los Estados

	<p>Unidos, el 40% presentó el síndrome con detrimento emocional, lo que coincide con otro estudio realizado en enfermeras que atienden a pacientes con cuidados paliativos y a otros con trasplantes de médula.</p> <p>El síndrome de burnout fue considerado por la Organización Mundial de la Salud como riesgo de trabajo. Su trascendencia radica en el impacto que tiene en la relación laboral entre el personal médico y/o paramédico y las instituciones de salud.¹⁷ Por ello, consideramos importante indagar la presencia de este síndrome entre el personal médico y paramédico que labora en un hospital de la seguridad social mexicana.</p>
Conclusiones/resultados:	<p>En los últimos años el síndrome de burnout ha adquirido especial relevancia, sobre todo por la serie de repercusiones que tiene en el ámbito laboral y personal. La salud laboral del personal sanitario puede incidir tanto en la calidad prestada como en su formación. Existen numerosos estudios sobre la prevalencia de este síndrome en diferentes profesionales de la salud, pero en el presente trabajo se incorpora a las asistentes médicas, ya que son ellas quienes tienen un primer contacto con los pacientes en nuestra institución.</p> <p>Dado que la prevalencia del síndrome de burnout entre las asistentes médicas es muy alta, es necesario adoptar medidas para evitar el desarrollo en ellas de esta patología. Una de éstas puede ser la intervención tanto individual como grupal dirigida a la prevención del síndrome, así como la promoción del tratamiento integral en todas sus dimensiones con el fin de que el personal del área de la salud realice su trabajo en óptimas condiciones de calidad, eficiencia y satisfacción personal.</p> <p>RESULTADOS: Al comparar las variables edad, antigüedad laboral y tiempo de adscripción en el servicio con cada una de las subescalas, observamos que la despersonalización se presenta en aquellos trabajadores con mayor edad y antigüedad en el puesto y la falta de realización personal en los trabajadores con mayor tiempo en el servicio. No hubo diferencias estadísticamente significativas en la subescala de cansancio emocional.</p>
Base de dato:	Dialnet
Link:	https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3063732 04/09/2019

Fuente: elaboración propia a partir de la estadística empleada.

Tabla 2.0.10 Estrategias de afrontamiento de síndrome de Burnout

Nombre:	RELACIONES ESTRUCTURALES ENTRE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y SÍNDROME DE BURNOUT EN PERSONAL DE SALUD: UN ESTUDIO DE VALIDEZ EXTERNA Y DE CONSTRUCTO.
Autor:	Fernando Austria Corrales, Beatriz Cruz Valde, Loredmy Herrera Kienhelger, Jorge Salas Hernández.
Lugar/año:	Mexico 2011
Objetivos:	Validar relaciones estructurales y funcionales hipotetizadas entre estrategias de afrontamiento y factores asociados al síndrome de burnout en muestras independientes de trabajadores de la salud, de diferentes hospitales y contextos de atención hospitalaria.
Abstrac:	Se aplicó el Maslach Burnout Inventory y la escala de Afrontamiento ante Riesgos Extremos adaptados para población mexicana; se analizaron las respuestas de 354 trabajadores de la salud de un hospital de tercer nivel y 300 de un hospital de referencia. Las muestras fueron intencionales, no probabilísticas, por cuotas. Los grupos se conformaron con personal de enfermería, paramédicos, servicios auxiliares y diagnóstico, médicos y médicos residentes. Los resultados confirmaron la estructura factorial de los instrumentos en las dos muestras; mostraron que el uso de estrategias activas de afrontamiento (control, búsqueda de información, soporte social, entre otras) tiene efectos protectores sobre los factores asociados al síndrome (cansancio emocional, despersonalización y realización personal en el trabajo), independientemente de la muestra, del contexto y del tipo de atención hospitalaria. Se discuten los resultados y sus implicaciones en relación con la validez externa y hallazgos en otras investigaciones relacionadas.
Conclusiones/resultados:	La presente investigación aporta evidencia sólida de que los constructos medidos se mantienen relativamente constantes a través de las poblaciones, por lo que podemos asumir que las variaciones en la intensidad del síndrome se deben a las características del ambiente y del contexto de atención hospitalaria, más que a fuentes de error sistemático o problemas de medición y adaptación de los instrumentos. Finalmente, consideramos que aún existe poca evidencia sobre las relaciones funcionales entre el uso de diversas estrategias de afrontamiento y los factores asociados con el

	<p>síndrome de burnout, ya que aunque existe un amplia literatura de este fenómeno en distintos países, los mecanismos de afrontamiento al estrés varían entre culturas, sociedades, instituciones y personas; por tal motivo, es necesario continuar acumulando evidencia empírica que permita crear modelos confiables y válidos que faciliten la intervención en las instituciones de salud, con el objetivo de reducir la prevalencia de este síndrome.</p> <p>RESULTADOS: 1. Se compararon las siguientes relaciones: estrategias de afrontamiento activo y síndrome de burnout, estrategias de afrontamiento pasivo y síndrome de burnout; estrategias de afrontamiento activo y estrategias de afrontamiento pasivo. Los resultados obtenidos confirman parcialmente la cuarta hipótesis: 1.- No existen diferencias significativas en la fuerza de las relaciones estructurales de estrategias de afrontamiento activo y síndrome de burnout en los dos hospitales ($\chi^2 = 3.449$, $p < 0.063$). 2.- No existen diferencias significativas en la fuerza de las relaciones estructurales entre las estrategias de afrontamiento ($\chi^2 = 2.709$, $p < 0.1$) y finalmente, 3.- Existen diferencias funcionales significativas en la fuerza de las relaciones estructurales entre estrategias pasivas de afrontamiento y síndrome de burnout ($\chi^2 = 7.231$, $p < 0.007$).</p>
Base de dato:	Scielo
Link:	http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-92672012000100016&script=sci_abstract&tlng=es 04/09/2019

Fuente: elaboración propia a partir de la estadística empleada.

Tabla 2.0.11 Duelo y proceso salud-enfermedad en atención primaria

Nombre:	DUELO Y PROCESO SALUD-ENFERMEDAD EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD COMO ESCENARIO PARA SU ATENCIÓN.
Autor:	García-Viniegras, Carmen Regina Victoria Grau Abalo, Jorge A. Infante Pedreira, Olga E.
Lugar/año:	Revista Cubana de Medicina General Integral. 2014, Vol. 30 Issue 1, p121-131. 11p.

Objetivos:	Caracterizar el duelo en su relación con el proceso salud-enfermedad, así como proporcionar algunos elementos para su abordaje en el nivel primario de atención..
Abstrac:	El duelo es un proceso normal de adaptación a las pérdidas, que atañe a la persona, pero puede derivar en un factor de riesgo de enfermar, elevando la morbilidad y la mortalidad de los dolientes. Constituye un problema semioculto en la salud pública contemporánea que es preciso develar. Requiere un monitoreo cuidadoso y un manejo general para evitar complicaciones.. Conclusiones: el impacto del duelo es un importante factor de riesgo para la salud, por lo que es necesario su seguimiento, especialmente en el nivel primario de atención, que permita garantizar su curso normal y evitar complicaciones.
Conclusiones/resultados:	El impacto del duelo es un importante factor de riesgo para la salud, por lo que es necesario su seguimiento, especialmente en el nivel primario de atención, que permita garantizar su curso normal y evitar complicaciones.
Base de dato:	EBSCO
Link:	http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=111379860&lang=es&site=ehost-live

Fuente: elaboración propia a partir de la estadística empleada.

Tabla 2.0.12 Satisfacción laboral

Nombre:	BURNOUT, SATISFACCIÓN LABORAL Y BIENESTAR EN PERSONAL SANITARIO DE SALUD MENTAL
Autor:	Mariano García Izquierdo, M. ^a Concepción Saéz Navarro y Bartolomé Llor Esteban
Lugar/año:	Revista de Psicología del Trabajo y de Las Organizaciones. 2000, Vol. 16 Issue 2, p215-228. 14p.
Objetivos:	
Abstrac:	El burnout (estar desgastado o agotado emocionalmente) afecta de modo especial a algunos grupos profesionales, entre los que se encuentra el personal sanitario. Los efectos del burnout se dejan notar en los profesionales (por ejemplo, problemas físicos y psíquicos) y en la organización sanitaria (rotación, absentismo, costes más altos, baja calidad de la asistencia, etc.). En este trabajo se estudian las relaciones entre el burnout medido mediante el EPB (García, 1995), la satisfacción laboral (S10/12, Meliá y Peiró, 1987) y el bienestar (GHQ, Goldberg, 1970), así como las relaciones de estas tres variables principales con otras sociolaborales, en una muestra de personal sanitario de salud mental (N=161). Los resultados muestran relaciones significativas negativas entre las variables principales, de forma que

	aqueellos sujetos con puntuaciones altas en burnout manifiestan menos satisfacción laboral y un nivel de bienestar más bajo.
Conclusiones/resultados:	<p>Las puntuaciones obtenidas en burnout por el personal sanitario de nuestro estudio nos indican la propensión de los sujetos a padecer disminución en su bienestar.</p> <p>El análisis de las variables demográficas y sociolaborales y su relación con el burnout ha generado una gran cantidad de estudios; sin embargo, los resultados son contradictorios.</p> <p>Cuando consideramos la satisfacción laboral y el bienestar, de las diferencias significativas encontradas destacamos, en primer lugar, las que tienen que ver con el estado civil pues, según se deduce de nuestro estudio, es una variable que debemos tomar muy en cuenta dado que se relaciona con el mayor bienestar de los casados y solteros frente al de los separados, divorciados y viudos. Este hallazgo está en consonancia con los estudios que tratan de relacionar la existencia de determinados eventos vitales con un mayor nivel de estrés y de riesgo psicopatológico.</p>
Base de dato:	EBSCO
Link:	http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=26300609&lang=es&site=ehost-live

Fuente: elaboración propia a partir de la estadística empleada.

Tabla 2.0.13 Riesgo de depresión y consumo de sustancias psicoactivas

Nombre:	RIESGO DE DEPRESIÓN, ALCOHOLISMO, TABAQUISMO Y CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN PERSONAL DE ENFERMERÍA, DE DOS INSTITUCIONES HOSPITALARIAS DEL ÁREA METROPOLITANA DE LA CIUDAD DE MEDELLÍN.
Autor:	Londoño Restrepo, Johanna ¹ Chica Álvarez, Olga Patricia ² Marín Agudelo, Isabel Cristina ³
Lugar/año:	Medicina UPB. ene-jun2017, Vol. 36 Issue 1, p34-43. 10p.
Objetivos:	Describir el riesgo de depresión, alcoholismo, tabaquismo, consumo de sustancias psicoactivas y variables asociadas con el consumo en personal de enfermería de dos instituciones hospitalarias del área metropolitana de Medellín.
Abstrac:	Estudio transversal, en el que se exploran características sociodemográficas y de consumo. Se aplicó la escala de Zung para determinar riesgo de depresión, la escala CAGE para riesgo de alcoholismo y el test de Fagerstrom para adicción al cigarrillo. Para identificar la prevalencia de consumo en vida de sustancias psicoactivas se usó el autoreporte. Se realizó análisis bivariado para

	explorar variables asociadas con el consumo. La muestra se constituyó por 157 enfermeras y auxiliares de enfermería de los servicios de cirugía y urgencias. Los datos se analizaron en el programa estadístico SPSS, versión 20.
Conclusiones/resultados:	El consumo de sustancias psicoactivas, el riesgo de alcoholismo, el tabaquismo y la depresión fueron menores y similares a otros estudios específicos en personal de salud, mientras que el estrés y la despersonalización presentaron mayor prevalencia. El 9.5% del personal de enfermería tiene riesgo de depresión. El 67.5% ha consumido alguna vez en su vida una sustancia psicoactiva y el alcohol fue la sustancia más consumida con el 65%, seguido por: marihuana, alucinógenos, sedantes y benzodiazepinas sin indicación médica. Se halló que en el caso de los hombres se aumenta el riesgo de consumir sustancias psicoactivas (OR 11.07).
Base de dato:	EBSCO
Link:	http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=123860033&lang=es&site=ehost-live

Fuente: elaboración propia a partir de la estadística empleada.

Tabla 2.0.14 Burnout y factores de riesgo psicosocial

Nombre:	BURNOUT Y FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL EN EL PERSONAL DE UN HOSPITAL DE LARGA ESTANCIA
Autor:	Maria-Jose Merino-Plaza Francisco-Javier Carrera-Hueso Nuria Arribas-Boscá Amparo Martínez-Asensi Pedro Vázquez-Ferreiro Alberto Vargas-Morales Narjis Fikri-Benbrahim
Lugar/año:	Nov 2018
Objetivos:	Nuestro objetivo fue evaluar la relación entre los riesgos psicosociales y el burnout en un hospital español de media-larga estancia.
Abstrac:	Nuestro objetivo fue evaluar la relación entre los riesgos psicosociales y el burnout en un hospital español de media-larga estancia. Se realizó un estudio transversal en 2017, aplicando la versión española del MBI-HSS y el cuestionario F-Psico 3.1 del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Variables predictoras: características sociodemográficas, moduladoras y factores de riesgo psicosocial. Variables resultado: prevalencia de burnout y afectación de sus subescalas. La asociación entre variables se cuantificó con <i>odds ratio</i> . El cansancio emocional se asoció

	<p>positivamente a los riesgos psicosociales vinculados a carga de trabajo, demandas psicológicas, participación/supervisión, desempeño de rol, relaciones/apoyo social y al consumo de ansiolíticos; fueron factores protectores los hijos, sentirse valorado por pacientes y compañeros, satisfacción laboral, optimismo y apoyo social. Las asociaciones halladas para la despersonalización fueron similares, pero más débiles. La baja realización personal se asoció positivamente a los riesgos psicosociales vinculados al tiempo trabajado, autonomía, variedad/contenido del trabajo, desempeño de rol y apoyo social; fue la subescala que mostró mayor número de variables sociodemográficas/moduladoras protectoras: estado civil, tener hijos, trabajar de noche, sentirse valorado por pacientes y familiares, ilusión por el trabajo, apoyo social, autoeficacia y optimismo. Según nuestros resultados, existe asociación entre los riesgos psicosociales y el burnout. Los individuos con mayor satisfacción laboral, autoeficacia y optimismo, afrontan mejor el estrés y son menos vulnerables a los riesgos psicosociales y al burnout</p>
<p>Conclusiones/resultados:</p>	<p>Según nuestros datos, la carga de trabajo, demandas psicológicas, participación/supervisión, desempeño de rol y relaciones/apoyo social, se asociaron positivamente al CE. La DP se asoció positivamente a los riesgos relacionados con carga de trabajo, demandas psicológicas, desempeño de rol y relaciones/apoyo social. La baja RP se asoció positivamente a los factores relacionados con el tiempo trabajado, autonomía, variedad/contenido del trabajo, desempeño de rol y relaciones/apoyo social. Finalmente, el burnout se asoció positivamente a los factores relacionados con tiempo trabajado, autonomía, carga de trabajo, variedad/contenido del trabajo, desempeño de rol y relaciones/apoyo social. Nuestros profesionales se mostraron afectados fundamentalmente por estresores relacionados con aspectos organizacionales y de gestión (desequilibrio en la asignación de recursos, escasa participación en la toma de decisiones, alteración de turnos de trabajo para cubrir incidencias, sistemas de turnos rotatorios desequilibrados, sobrecarga de trabajo en ciertas unidades, falta de apoyo y reconocimiento, escasa participación de los profesionales en la definición de objetivos...). Estos “estresores” dominaron sobre los que podemos considerar más específicos de unidad de trabajo o de factores individuales de la persona. Nuestros resultados indican que los riesgos psicosociales no sólo disminuyen la calidad de vida del trabajador, sino que si</p>

	no se gestionan bien, generan burnout ⁴⁷ . El entorno sanitario, presenta características cambiantes que hacen que el profesional deba adaptarse continuamente e incrementan el estrés laboral. Existen diferentes variables que lo condicionan como son: nuevas demandas asistenciales, indefinición y ambigüedad del rol, crisis del sistema, altos niveles de absentismo laboral, baja implicación, falta de motivación, poca conciencia de los gestores sobre el problema y en muchas ocasiones, falta de soluciones desde la organización.
Base de dato:	SCIELO
Link:	https://doi.org/10.1590/0102-311X00189217

Fuente: elaboración propia a partir de la estadística empleada.

Tabla 2.0.15 Condiciones de trabajo

Nombre:	CONDICIONES DE TRABAJO DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA EN CHILE
Autor:	M. Canales-Vergara, S. Valenzuela-Suaz, T. Paravic-Klijn
Lugar/año:	Enferm. Univ vol.13 no.3 México jul. /sep. 2016
Objetivos:	Identificar las condiciones de trabajo y las razones por las cuales enferman los profesionales de Enfermería en Chile.
Abstrac:	Los profesionales de Enfermería conforman un cuantioso estamento profesional que, sin lugar a dudas, cumple un rol esencial en los servicios hospitalarios y de atención primaria. Sin embargo, poco se conoce en torno a sus condiciones laborales y los riesgos ocupacionales que estas implican.
Conclusiones/resultados:	Los profesionales de Enfermería en Chile se desenvuelven en condiciones laborales marcadas por la carencia de materiales, alta demanda laboral y limitados recursos. Las principales problemáticas asociadas al trabajo llevado a cabo por el personal de Enfermería corresponden a riesgos psicosociales como estrés, fatiga y <i>burnout</i>
Base de dato:	SCIELO
Link:	http://dx.doi.org/10.1016/j.reu.2016.05.004

Fuente: elaboración propia a partir de la estadística empleada.

Tabla 2.0.16 Impacto en la salud mental

Nombre:	IMPACTO EN LA SALUD MENTAL DE LA(DEL) ENFERMERA(O) QUE OTORGA CUIDADOS EN SITUACIONES ESTRESANTES
Autor:	Carmen Luz Muñoz Zambrano, Hossn Rumie Díaz, Gabriela Torres Gómez, Karla Villarroel Julio
Lugar/año:	Cienc. enferm.vol.21 no.1 Concepción abr. 2015
Objetivos:	Objetivo: Determinar el impacto en la salud mental de Enfermeras(os) que trabajan en situaciones estresantes en centros asistenciales de mediana y alta complejidad, públicos y privados.
Abstrac:	La (el) Enfermera(o) tiene como principal característica la Gestión del Cuidado, es decir conservar la vida asegurando la satisfacción de las necesidades y es reconocida como el único cuidador permanente en el proceso asistencial. Las afecciones de salud mental en las(los) Enfermeras(os) están apareciendo fuertemente en la actualidad, donde destaca el estrés a la salud física, mental y emocional e incluso puede llevar a la depresión y ansiedad. Material y método: Estudio no experimental, transversal, descriptivo realizado a 70 Enfermeras(os) que trabajan en Unidades de Paciente Crítico y Oncológico en la ciudad de Antofagasta, Chile, a través de un instrumento autoadministrado, escala "Nursing Stress Scale". Resultados: De las 34 situaciones estresantes aplicadas, el 48.5% de las/los Enfermeras(os) obtuvieron puntaje mayor a 34 puntos, siendo los de mayor frecuencia: observar el sufrimiento del usuario 68,2%; realizar procedimientos que suponen experiencias dolorosas al usuario 57,6%; tener que realizar tareas no relacionadas con la Enfermería 56,1% e insuficiente personal para cubrir adecuadamente el trabajo de la unidad 53%. Conclusión: El 48.5% de las(los) Enfermeras(os) generan algún grado de estrés, ya que otorgar cuidados en situaciones estresantes provoca impacto en la salud mental, viéndose afectados principalmente los ambientes psicológico, social y finalmente el ambiente físico.
Conclusiones/resultados:	Sobre el análisis de los aspectos generales que mide el instrumento aplicado, se obtiene que el total de la muestra, 70 Enfermeras(os), es representada por el género femenino, el cual en su mayoría corresponde al grupo etáreo adulto joven, de estado civil soltera(o), con poca antigüedad en el servicio y realizando 4° turno, pertenecientes al área pública de la red asistencia! de salud y en su mayoría otorgando

	<p>cuidados a usuarios adultos que se encuentran en situación de riesgo vital De un total de 34 situaciones estresantes, el 48.5% de las Enfermeras presentan agentes estresores que se ven relacionados con los diferentes ambientes que evalúa el instrument; los estresores con mayor frecuencia de aparición fueron: Observar el sufrimiento de un(a) paciente, correspondiente al ambiente psicológico. Realizar procedimientos que suponen experiencias Por otra parte las situaciones con menor frecuencia de aparición que generan estrés fueron: No conocer qué es lo que se puede comunicar a un paciente o familia sobre su condición médica o tratamiento, correspondiente al ambiente psicológico. Dificultad al trabajar con un(a) Enfermero(a) de su propia unidad, correspondiente al ambiente social. Falta de oportunidades para expresar a otras personas de mi unidad mis sentimientos negativos hacia los pacientes, correspondiente al ambiente psicológico y Falta de oportunidad de compartir experiencias y sentimientos con otras personas de su unidad, correspondiente al ambiente psicológicodolorosas para los pacientes, correspondiente al ambiente psicológico. Tener que realizar muchas tareas no relacionadas con la Enfermería como tareas administrativas, correspondiente al ambiente social e Insuficiente personal para cubrir adecuadamente el trabajo de la unidad, correspondiente al ambiente físico</p>
Base de dato:	SCIELO
Link:	http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532015000100005

Fuente: elaboración propia a partir de la estadística empleada.

Tabla 2.0.17 Influencia de la jornada de trabajo

Nombre:	INFLUENCIA DE LA JORNADA DE TRABAJO EN LA SALUD DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA
Autor:	Carmen Vega Monsalve, Ninfa ¹
Lugar/año:	Cultura de los Cuidados. 2018 1st Quarter, Vol. 22 Issue 50, p141-150. 10p.
Objetivos:	Comprender la influencia de las condiciones de trabajo referidas a jornadas laborales en la salud del personal de enfermería de Colombia, territorio Antioqueño.
Abstrac:	Distintos estudios (Romero-Ballén y Mesa- -Melgarejo, 2010; Costa, 2010; Manenschijn, et al., 2011; Ramírez, Paravic y Valenzuela, 2013 y

	ASNEC, 2014) han indicado que las condiciones laborales del personal de enfermería inciden en el deterioro de la vida personal, social y familiar, actividad laboral y cumplimiento misional de la profesión. Estas condiciones pueden ser de dos tipos: intralaborales y extralaborales (Da Silva, 2006) y de acuerdo a las estrategias de afrontamiento personal con las que cuente el enfermero o las condiciones del medio, pueden ser mayormente favorecedoras u obstaculizadoras del logro de los objetivos organizacionales y el desarrollo personal del trabajador.
Conclusiones/resultados:	Las condiciones de trabajo especialmente referidas a jornadas laborales tienen una alta influencia en las condiciones de salud del personal de enfermería de Colombia del territorio Antioqueño, comparativamente con otros países las condiciones de trabajo son precarias, sobre todo en cuanto a duración de la jornada laboral. Conclusiones: Se concluye que las condiciones de trabajo desmejoran las condiciones de salud del personal de enfermería.
Base de dato:	EBSCO
Link:	http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=129959388&lang=es&site=ehost-live

Fuente: elaboración propia a partir de la estadística empleada.

Tabla 2.0.18 Salud mental y recuperación

Nombre:	SALUD MENTAL Y RECUPERACIÓN DEFICIENTE DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA FEMENINO: UNA CONTRIBUCIÓN AL ESTUDIO DE LAS INEQUIDADES POR RAZÓN DE GÉNERO
Autor:	Lúcia Rotenberg; Aline Silva-Costa; Rosane Härter Griep
Lugar/año:	2 abril 2013 Washington - United States
Objetivos:	Abordar la asociación entre trabajo y salud mental desde una perspectiva de género mediante la investigación de la combinación del trabajo doméstico y los aspectos adversos del trabajo profesional (turnos nocturnos y estrés psicosocial) con respecto a su asociación con trastornos psiquiátricos menores y la recuperación deficiente tras la actividad laboral.
Abstrac:	El impacto de los determinantes sociales de la salud mental y

	física es ampliamente reconocido; Sin embargo, los expertos en esta área han señalado la falta de estudios sobre las diferencias de morbilidad basadas en el género. La investigación biomédica ha identificado diferencias relacionadas con el sexo, excluyendo roles sociales, expectativas y limitaciones, que pueden influir en la salud (1). Existen factores subyacentes de la construcción social de la enfermedad que contribuyen a las consecuencias negativas que las fuerzas socioeconómicas y culturales pueden tener sobre la salud. Las diferencias en la morbilidad entre los diferentes grupos de personas, que podrían evitarse mediante una acción razonable, se consideran injustas. Estos desequilibrios se denominan inequidad en salud
Conclusiones/resultados:	RESULTADOS: La combinación de muchas horas de trabajo doméstico con el trabajo nocturno se asoció significativamente con los trastornos psiquiátricos menores (OR = 1,94) y la recuperación deficiente (OR = 2,67). Muchas horas de trabajo doméstico combinadas con un desequilibrio esfuerzo-recompensa dieron lugar a razones de posibilidades significativamente mayores (OR = 4,37 y OR = 5,53, respectivamente). En todos los análisis, se observaron mayores razones de posibilidades en los grupos con muchas horas de trabajo doméstico, en comparación con los de pocas horas. CONCLUSIONES: Llevar a cabo actividades domésticas por encima de un cierto número de horas puede aumentar las consecuencias perjudiciales del trabajo profesional en cuanto a trastornos psiquiátricos menores y recuperación deficiente. En los debates sobre la equidad en salud se deben tener en cuenta la interacción entre el trabajo profesional y el doméstico, y sus potenciales implicaciones en cuanto al sufrimiento mental.
Base de dato:	SCIELO
Link:	https://scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892014000300003&lang=es

Fuente: elaboración propia a partir de la estadística empleada.

Tabla 2.0.19 Agresiones hacia profesionales en el ámbito de la salud

Nombre:	AGRESIONES HACIA PROFESIONALES EN EL ÁMBITO DE LA SALUD
Autor:	Carolina Travetto; Nadia Daciuk; Susana Fernández; Patricia Ortiz ¹ ; Ricardo Mastandueno; María Prats; Daniel Flichtentrei; Carlos Tajer

Lugar/año:	Florencio Varela, Buenos Aires, Argentina
Objetivos:	Determinar la frecuencia de agresiones al personal sanitario en una red social de profesionales de la salud y caracterizar aspectos que profundicen su comprensión y el desarrollo de estrategias de prevención
Abstrac:	<p>La violencia hacia los profesionales del ámbito de la salud genera creciente alarma. Estimar su verdadera dimensión es complejo, dado que la gran mayoría de estos eventos no se registran e incluso los más graves no suelen informarse a las autoridades (1). Su frecuencia es variable en las publicaciones, en parte por las definiciones de violencia utilizadas y las poblaciones evaluadas (2-9).</p> <p>Se conoce el efecto nocivo que situaciones como estas ocasionan en la voluntad y en la salud del personal sanitario, y se han descrito cuadros clínicos graves precipitados por el trabajo en entornos desfavorables, con un clima psicológico de violencia y agresividad (10, 11). Asimismo, el impacto de este fenómeno sobre los trabajadores se ha relacionado con experiencias de estrés negativo, con disminución de la productividad y de la calidad del cuidado del paciente</p>
Conclusiones/resultados:	<p>La violencia verbal o física hacia el personal de la salud resultó frecuente, con la consecuencia de secuelas laborales, psíquicas e incluso físicas. La información aportada por este estudio podría utilizarse para desarrollar estrategias orientadas a su prevención y control.</p> <p>Se analizaron 19 967 encuestas. En 13 323 (66,7%), se refirieron agresiones. El 11,3% de las agresiones fueron físicas. El 73,4% ocurrieron en instituciones públicas, principalmente en áreas de emergencia. Los desencadenantes más frecuentes fueron la demora en la atención y la carencia de recursos. Se informó, en los agresores, intoxicación por alcohol o drogas en 13,8%, estado mental alterado por otra causa o enfermedad psiquiátrica en 13,9%, y en 63% no se detectó alteración de las facultades mentales. En 16,9% de los casos se informaron secuelas en los profesionales agredidos, en 7,9% secuelas físicas y en 28% de los lesionados suspensión temporaria de la actividad laboral. En 46,6% se refirió inseguridad en el lugar de trabajo y se sugirieron diversas medidas para reducirla, entre las que se destacó la educación comunitaria.</p>
Base de dato:	SCIELO

Link:	https://scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892015000900007&lang=es#ModalArticles
-------	---

Fuente: elaboración propia a partir de la estadística empleada.

Tabla 2.0.20 Factores psicosociales en auxiliares de enfermería

Nombre:	FACTORES DE RIESGOS PSICOSOCIALES EN AUXILIARES DE ENFERMERÍA DE UN HOSPITAL DE LA RED PÚBLICA EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ, COLOMBIA
Autor:	Cristian Arley Jiménez , Margarita María Orozco , Nelly Esther Cáliz.
Lugar/año:	Enero-Junio, 2017 Bogotá Colombia
Objetivos:	Evaluar los factores de riesgos psicosociales en los auxiliares de enfermería, de un hospital de la red pública en la ciudad de Bogotá, Colombia.
Abstrac:	El trabajo en enfermería es considerado como una actividad estresante, tendiente a fomentar la aparición del riesgo psicosocial, por las condiciones de trabajo, propias de los servicios hospitalarios y de la labor de enfermería, lo cual, puede desencadenar alteraciones o daños en la salud, de tipo físico, mental y emocional
Conclusiones/resultados:	Se evidencian que el 84,5% de los participantes corresponden a sexo femenino, el 52,9%, tiene una edad que no supera los 31 años y el 75,9% tiene un contrato temporal. En cuanto a la exposición de riesgos psicosociales, las dimensiones más desfavorables para la salud fueron el ritmo de trabajo, 97,6%; inseguridad sobre las condiciones de trabajo, 66,1% y las exigencias de esconder emociones, 65,2%. Respecto a las dimensiones favorables para la salud, se destaca el sentido de trabajo, 90,8% y las posibilidades de desarrollo, 90,7%. La investigación evidencia las condiciones psicosociales que pueden repercutir en la salud de la población sujeto de estudio.
Base de dato:	SCIELO
Link:	http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0123-42262017000100004&script=sci_abstract&tlng=en

Fuente: elaboración propia a partir de la estadística empleada.

Tabla 2.0.21 Consumo de alcohol y drogas en personal de salud

Nombre:	CONSUMO DE ALCOHOL Y DROGAS EN PERSONAL DE SALUD: ALGUNOS FACTORES RELACIONADOS
Autor:	Patricia Martínez-Lanz, Ma. Elena Medina-Mora, Edith Rivera
Lugar/año:	Diciembre 2006
Objetivos:	
Abstrac:	Existen numerosos estudios sobre la prevalencia del consumo de alcohol y de drogas por países y por grupos determinados de población; sin embargo, son pocos los que se abocan a analizar el consumo de estas sustancias dentro del ámbito laboral del área de la salud. Uno de los factores que afectan y que se ve afectado por el consumo de alcohol y de drogas es el trabajo de los individuos. El tipo de ocupación tiene gran influencia en los niveles de consumo. Hay mayor riesgo en aquellos que producen o comercian con alcohol o con drogas, y que tienen acceso al producto, así como en los empleos que provocan altos niveles de tensión o estrés. Considerando que los médicos y el personal de las instituciones hospitalarias están dentro del grupo de profesionistas cuyo campo de acción laboral propicia factores de mayor riesgo en cuanto al consumo de drogas y alcohol, el presente trabajo estudia los posibles factores de riesgo en relación con este consumo entre personas que laboran en el área médica.
Conclusiones/resultados:	Los patrones de consumo indican que 41.2% de los consumidores de alcohol son bebedores frecuentes, 37.6% bebedores moderados y 12.9% bebedores leves. En el grupo de sexo masculino la mayoría de los sujetos presenta un alto consumo en las clasificaciones moderado bajo y frecuente bajo, mientras que en el de sexo femenino, el porcentaje más alto se detecta en los patrones de consumo frecuente bajo y leve, aunque el moderado bajo señala también un porcentaje relevante. Al analizar el consumo total de drogas médicas y drogas no médicas, se encontró con respecto al primer grupo, que del total de consumidores de drogas médicas, 7.3% de los sujetos consumieron analgésicos narcóticos alguna vez en su vida, 10.6% utilizó tranquilizantes, 2.2% sedantes y 3.4% anfetaminas/estimulantes. Los porcentajes del total de consumidores de drogas no médicas documentan que dentro de las drogas médicas sólo

	<p>4% de la población es de usuarios de éstas, y que en el grupo de drogas no médicas el mismo porcentaje corresponde a 2.8%.</p> <p>Destaca en las drogas médicas el uso de analgésicos narcóticos y de tranquilizantes, tanto en usuarios como en consumo experimental, y en las drogas no médicas destaca el uso de la marihuana.</p> <p>Asimismo, se encontró que el patrón de consumo alto de alcohol durante el último año del grupo con alto nivel de estrés fue de 42.1% y en los sujetos con consumo moderado y leve, de 57.9%.</p> <p>La edad señala una tendencia mayor de estrés cuanto menor es la edad, tanto en el grupo de consumo de alcohol alto, como en el bajo.</p> <p>Los resultados sobre el análisis de la escala de depresión por sexo indican que existen mayores índices de depresión en el sexo femenino mientras que la escala de estrés señala mayores signos de éste en el sexo masculino.</p>
Base de dato:	Medigraphic
Link:	https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=16337

Fuente: elaboración propia a partir de la estadística empleada.

Tabla 2.0.22 Estrés y burnout en profesionales de la salud

Nombre:	ESTRÉS Y BURNOUT EN PROFESIONALES DE LA SALUD DE LOS NIVELES PRIMARIO Y SECUNDARIO DE ATENCIÓN
Autor:	Jorge Román Hernández1
Lugar/año:	Abril-Junio 2003 Habana Cuba
Objetivos:	
Abstrac:	<p>Se realizó un estudio transversal acerca de estrés y Burnout a 287 profesionales de la salud de un municipio de La Habana. Médicos y enfermeros de los niveles primero y segundo de atención, hombres y mujeres, respondieron tres cuestionarios: Cuestionario Breve de Burnout, de Moreno. Escala de Síntomas de Estrés, de Aro; e Inventario de Estrés para Profesionales de la Salud, de Wolfgang. Se estableció la hipótesis de que, así como el género y la profesión, el nivel de atención también diferenciaba significativamente las respuestas de estrés y Burnout. Una segunda hipótesis consistió en que el bajo reconocimiento profesional se asocia</p>

	a respuestas de estrés y de Burnout. Ambas fueron confirmadas. La prevalencia de Burnout fue ligeramente superior a 30 % y la de síntomas de estrés de 50 %. El Burnout afectó fundamentalmente a las mujeres médicas de atención primaria, y el estrés a las enfermeras del mismo nivel de atención.
Conclusiones/resultados:	<p>En cuanto al estrés profesional, siguiendo los criterios originales de valoración de la prueba estudiada, se obtiene una prevalencia de un 50 % en el grupo total de profesionales de la salud. Las prevalencias más altas se obtienen en los enfermeros, en particular en los del primer nivel de atención. Entre los médicos, como sucede con el burnout, es mayor en los que trabajan en el nivel primario, y particularmente en las mujeres.</p> <p>En la diferenciación entre los grupos por nivel de atención, las causas del Burnout (C-BO) y el estrés por incertidumbre profesional (IEPS-IP) fueron más altas en el primer nivel. Un análisis de varianza complementario en el cual se incluyeron solo las variables primarias del CBB, reveló efectos sobre el nivel de atención y la profesión. En cuanto al primero, la despersonalización, la falta de realización profesional, el tedio y las características de la tarea tuvieron promedio significativamente más elevados de sus efectos específicos en el primer nivel, mientras la despersonalización fue más alta en el segundo nivel. Esto esclarece en mayor medida los componentes de Burnout más relevantes en un nivel de atención respecto al otro.</p>
Base de dato:	SCIELO
Link:	http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662003000200002&script=sci_arttext&tlng=en

Fuente: elaboración propia a partir de la estadística empleada.

Tabla 2.0.23 Salud Mental

Nombre:	SALUD MENTAL
Autor:	José A. Posada Médico psiquiatra
Lugar/fecha:	Bogotá, D.C., Colombia/Biomédica vol.33 no.4 Bogotá Oct./Dec. 2013
Objetivos:	comparar la prevalencia de los trastornos mentales en Colombia con otros 14 estudios homólogos de otros países desarrollados y en desarrollo
Abstrac:	Las proyecciones estadísticas muestran que las condiciones psiquiátricas y neurológicas en el mundo se incrementarán de

	10,5 % del total de la carga de la enfermedad a 15 % en el año 2020, lo cual equivale a un incremento proporcional mayor que para las enfermedades cardiovasculares. Estos cálculos muestran que en Colombia la depresión unipolar será la primera causa general de consulta en el año 2015.
Conclusiones/resultados:	Según el Estudio Nacional de Salud Mental, Colombia, 2003, el 40,1 % de la población colombiana entre 18 y 65 años ha sufrido, está sufriendo o sufrirá alguna vez en la vida un trastorno psiquiátrico diagnosticado. De estos, se detecta el 16 % en el último año y el 7,4 %, en el último mes. Los trastornos de ansiedad encabezan la lista (19,5 %); luego siguen los trastornos del estado de ánimo (13,3 %), los trastornos por control de impulsos (9,3 %) y los relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas (9,4 %)(1).
Base de dato:	
Link:	http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-41572013000400001

Fuente: elaboración propia a partir de la estadística empleada.

Tabla 2.0.24 Factores relacionados con problemas de salud mental.

Nombre:	FACTORES RELACIONADOS CON LA PROBABILIDAD DE SUFRIR PROBLEMAS DE SALUD MENTAL EN TRABAJADORES DE EMERGENCIA
Autor:	Silvia Portero de la Cruz
Lugar/fecha	de marzo a diciembre de 2016, en el servicio de urgencias de cuatro hospitales de la Comunidad Autónoma de Andalucía (España).
Objetivos:	evaluar la influencia ejercida por Burnout y las estrategias de afrontamiento utilizadas por el personal de salud de la sala de emergencias del hospital sobre el estado de salud mental y determinar las características sociodemográficas y ocupacionales.
Abstrac:	Estudio descriptivo transversal en una muestra de 235 profesionales de enfermería y médicos que trabajaron en cuatro servicios de emergencia hospitalarios. Como los instrumentos de recolección de datos se utilizaron cuestionarios originales y específicos de variables sociodemográficas y laborales, se aplicaron el Inventario de Burnout de Maslach, el Cuestionario

	de Salud General y el Inventario de Afontamiento Breve - COPE 28. Se aplicaron estadísticas descriptivas, inferenciales y multivariadas.
Conclusiones/resultados:	Las dimensiones de agotamiento emocional y despersonalización, afrontamiento centrado en la evitación, ser médico y fumar a diario aumentan el riesgo de un caso psiquiátrico. El ejercicio diario es un factor protector La dimensión de la despersonalización, el afrontamiento centrado en la evitación y el hecho de ser médico estaban relacionados con la presencia de síntomas somáticos, ansiedad, disfunción social y depresión. El aumento en la experiencia profesional se asoció con una mayor disfunción social del personal de salud y el aumento en el número de pacientes se relacionó con síntomas depresivos entre los profesionales de la salud.
Base de dato:	
Link:	http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692019000100331&lang=es

Fuente: elaboración propia a partir de la estadística empleada.

Tabla 2.0.25 Ideación suicida en estudiante de medicina.

Nombre:	IDEACIÓN SUICIDA EN ESTUDIANTES DE MEDICINA: PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS
Autor:	Alexander Pinzón-Amadoa,*, Sonia Guerrero, Katherine Morenob, Carolina Landínezb y Julie Pinzónb
Lugar/autor:	Bogotá Dec. 2013
Objetivos:	Determinar la prevalencia de vida y factores asociados con la ideación suicida e intentos suicidas en una muestra de estudiantes de medicina de Bucaramanga, Colombia.
Abstrac:	los médicos tienen mayores tasas de suicidio en comparación con la población general. Este riesgo tiende a incrementarse incluso a partir del inicio de la formación de pregrado en medicina. Existen pocos estudios que evalúen la frecuencia de conductas suicidas en estudiantes de pregrado de medicina, especialmente en Latinoamérica.
Conclusiones/resultados:	Resultados: La muestra de estudio estuvo formada por 963 estudiantes. El 57% (n = 549) de los participantes fueron mujeres. El promedio de edad fue de 20,3 años (DE 2,3 años). En relación con la prevalencia de ideación suicida, el 15,7% (n = 149) de los estudiantes informó haber tenido por lo menos un episodio de ideación suicida serio a lo largo de la vida. El 5% (n = 47) señaló haber realizado por lo menos un intento suicida. El

	<p>13,9% (n = 131) de los estudiantes informó haber ingerido antidepresivos durante su entrenamiento médico. Las variables asociadas con la ideación suicida en el modelo de regresión logística fueron: síntomas depresivos clínicamente significativos (OR: 6,9; IC 95%: 4,54-10,4), historia de consumo de sustancias psicoactivas ilícitas (OR: 2,8; IC 95%: 1,6-4,8) y percepción del regular o mal rendimiento académico durante el último año (OR: 2,2; IC 95%: 1,38-3,63). El modelo de regresión logística clasificó correctamente al 85% de los sujetos con antecedente de ideación suicida.</p> <p>Conclusión: La ideación suicida es un fenómeno de frecuente ocurrencia en estudiantes de medicina. Es necesario que las facultades de medicina establezcan programas de detección e intervención temprana que permitan disminuir la probabilidad de ocurrencia de desenlaces negativos.</p>
Base de dato:	<p>Se condujo un estudio observacional analítico de corte transversal, para determinar la prevalencia de vida de ideación suicida e intentos suicidas, en una muestra no probabilística de estudiantes de medicina matriculados en las 3 facultades de medicina de Bucaramanga. El cuestionario autoaplicado fue respondido de forma voluntaria y anónima por los participantes. Las versiones validadas de las escalas CES-D y CAGE fueron utilizadas para evaluar síntomas depresivos y uso problemático de alcohol, respectivamente. Se generó un modelo multivariado de regresión logística, con el fin de ajustar los estimadores de las variables asociadas con el desenlace «ideación suicida alguna vez en la vida».</p>
Link:	<p>http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502013000500007&lang=es</p>

Fuente: elaboración propia a partir de la estadística empleada.

Tabla 2.0.26 Diseño y análisis psicométrico

Nombre:	DISEÑO Y ANÁLISIS PSICOMÉTRICO DEL INVENTARIO IPDP PARA EVALUAR EL PROCESO DE DUELO PATOLÓGICO EN ADULTOS
Autor:	Rodrigo Liz Bernal Bertha Lucia Avendaño
Lugar/fecha:	29 de mayo de 2017
Objetivos:	Diseñar y analizar el psicométrico del inventario IPDP para evaluar el proceso de duelo patológico en adultos
Abstrac:	Se diseñó y realizó el análisis psicométrico de un instrumento para evaluar duelo patológico en adultos. El estudio es de tipo instrumental, los participantes fueron 235 hombres y mujeres

	<p>mayores de 18 años. La validación de contenido se realizó con 8 jueces expertos en el tema y en psicometría, para la validez de constructo se realizó un análisis factorial exploratorio. Los ítems se agruparon en cuatro (4) factores que explican el 64.64% de la varianza. En el análisis bajo la teoría de respuesta al ítem (TRI), se encontró que el INFIT de los ítems o estadígrafo de ajuste que captura respuestas no esperadas, cerca del nivel de habilidad del evaluado osciló entre 0.6 y 1.19 y el OUTFIT estadígrafo que captura anomalías lejos de las habilidades calibradas para los evaluados, osciló entre .34 y 1.20, resultados que indican que la prueba cumple con los requerimientos psicométricos exigidos para este tipo de instrumentos.</p> <p>El instrumento aporta a la psicología, puesto que puede ser usado como una medida válida, fiable y útil para el objetivo y contexto para el cual fue elaborado.</p>
<p>Conclusiones/resultados:</p>	<p>Para establecer la consistencia interna se utilizó el coeficiente alfa de Cronbach, dicho resultado fue de 0.96 con los 36 ítems que conformaron el instrumento final.</p> <p>Se construyó el IPDP con 55 ítems iniciales según el plan de prueba, una vez revisado se conformó un equipo con ocho (8) jurados expertos (4 en clínica y 4 en psicometría), quienes recibieron una invitación vía correo electrónico y comunicación telefónica para participar como jueces expertos en el estudio. La información para cada ítem, tenía la siguiente instrucción: “Por favor realice su evaluación con una puntuación de 0 a 5 teniendo en cuenta los criterios en la siguiente columna”:</p> <p>1) Pertinente (corresponde con el tema), 2) Coherente (conexión lógica con el tema), 3) Relevante (importante para evaluar el tema), 4) Sintaxis (combinación y ubicación de las palabras y la construcción de las oraciones adecuada al tema),</p> <p>5) Semántica (palabras adecuadas, significado en cada frase), y 6) Suficiente (bastaba para el tema a evaluar). Se agregó un apartado adicional con pregunta abierta para las observaciones. Para obtener la validez de contenido se utilizó el índice rwg en cada indicador, la tabla 1 presenta los 27 ítems que no presentaron ninguna inconsistencia. Se llevó a cabo la revisión de cada uno de los ítems, siguiendo también las indicaciones sugeridas en la casilla de comentarios del formato para jueces. El IPDP para pilotaje quedó compuesto por 51 ítems, siete (7) acerca de creencias sobre la muerte y el fallecido, sobre tipos de apego quedaron 10 ítems, acerca de las creencias sobre el futuro quedaron ocho (8) ítems, en</p>

	creencias sobre sí mismo 10 ítems y sobre síntomas emocionales quedaron 16 ítems.
Base de dato:	
Link:	https://revistas.usantotomas.edu.co/index.php/diversitas/article/view/4469/html

Fuente: elaboración propia a partir de la estadística empleada.

Tabla 2.0.27 Percepción de apoyo en el duelo

Nombre:	PERCEPCIÓN DE APOYO EN DUELO POR PROFESIONALES Y TÉCNICOS DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS DE HOSPITALES PÚBLICOS
Autor:	Paula Vega-Vega Rina González-Rodríguez María-Eugenia López-Encina Esmeralda Abarca-González Paola Carrasco-Aldunate Leticia Rojo-Suárez Ximena González-Briones
Lugar/fecha:	Recibido: 07 de Diciembre de 2018; Aprobado: 15 de Abril de 2019
Objetivos:	Develar la percepción de apoyo en duelo de profesionales y técnicos en unidades de cuidado intensivo pediátrico de hospitales públicos, tras la muerte de los pacientes
Abstrac:	La muerte en la infancia es una realidad a la que se ven enfrentados los profesionales de salud, especialmente en unidades de alta complejidad como son los cuidados intensivos. Esto genera en los profesionales impotencia y frustración, comprometiendo su salud física, emocional y mental, agravada por la sensación de bajo soporte social y deficiente preparación para el afrontamiento de la muerte y el apoyo a los familiares de sus pacientes.
Conclusiones/resultados :	Los profesionales requieren que las pérdidas en el ámbito laboral sean reconocidas, y por ello, contar con un apoyo formal y continuo de su equipo de trabajo e institución.
Base de dato:	
Link:	https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062019005000805&lang=es

Fuente: elaboración propia a partir de la estadística empleada.

Tabla 2.0.28 Prevención del suicidio en médicos

Nombre:	PREVENCIÓN DEL SUICIDIO EN MÉDICOS
Autor:	José Carlos Mingote Adán, Dolores Crespo Hervás, Matilde Hernández Álvarez, Mercedes Navío y Consuelo Rodrigo García-Pando
Lugar/autor:	Recibido: 12-03-13 Aceptado: 21-05-13 Madrid España
Objetivos:	Realizar investigación
Abstrac:	Se sabe que la tasa de suicidio en médicos es mayor que en la población general. La salud de los médicos ha recibido escasa atención de sus colegas, a pesar de la considerable y creciente evidencia de que la morbilidad es alta en la profesión. Cuidar de otras personas genera estrés en los cuidadores. El estrés por la incertidumbre clínica y el temor al fracaso son rasgos importantes de la cultura médica. La paradoja es que el cuidado de los pacientes genera estrés pero es también la fuente de gratificación más importante del médico. Se sabe que aquellos que cuidan de los demás a menudo tienen grandes dificultades para buscar y recibir ayuda para ellos mismos. Las tasas de suicidio de los médicos en Estados Unidos, Inglaterra y otros países son más altas que las de la población general y las de otras profesiones. La tasa de suicidio de los médicos es ligeramente mayor que la de la población general, mientras que la de las médicas es claramente superior. Esta tendencia es más pronunciada entre psiquiatras y anestesistas. Los médicos tienen unas necesidades asistenciales específicas por sufrir elevados niveles de alcoholismo, dependencia de drogas, rupturas matrimoniales, enfermedad mental y suicidio. La automedicación es muy frecuente entre los médicos, en especial con hipnóticos, antidepresivos y analgésicos opiáceos. Muchas de estas dificultades están relacionadas con el estrés, elevada responsabilidad y tiempo insuficiente para trabajar y vivir conciliando las demandas laborales y familiares. Muchos médicos tienen grandes dificultades para discutir sus problemas con los colegas y se tratan a ellos mismos, de forma notablemente peligrosa. El fácil acceso de los médicos a las drogas implica que el abuso de drogas sea un riesgo ocupacional potencial de hombres y mujeres.
Conclusiones/resultados:	n nuestro país no existe un registro fiable de la distribución de las muertes por suicidio según la profesión, debido a que no se

	<p>cumplimenta el certificado de defunción con el mismo rigor que se hace en el caso de accidentes de tráfico y homicidios. Es necesario que la Organización Médica Colegial (OMC) inste a los médicos a hacerlo adecuadamente, para conocer la influencia de los riesgos psicosociales del trabajo en la salud del empleado y poder tomar medidas preventivas eficaces. Se recomienda que la OMC proponga al Ministerio de Sanidad y al Instituto Nacional de Estadística que se exija el cumplimiento estricto del certificado de defunción, como en cuanto a la causa fundamental o etiológica y la ocupación o profesión de la persona que se haya suicidado.</p> <p>Es preciso documentar correctamente en la historia clínica la evaluación del estado mental y del riesgo de suicidio, en especial después de un intento.</p> <p>Todas las campañas de prevención del suicidio destacan la relevancia de diagnosticar y tratar adecuadamente la depresión como medida preventiva fundamental y también de la importancia de luchar contra el estigma social asociado a la enfermedad mental.</p> <p>La mayor tasa de suicidio de los médicos y especialmente en mujeres, hace necesario mejorar su formación en los aspectos psicosociales inherentes a la práctica clínica desde la formación de grado hasta la jubilación, promover el cuidado de la salud del médico para que pueda cuidar adecuadamente de la de los demás, así como mejorar sus condiciones de trabajo del para garantizar la seguridad del usuario tanto como la del profesional sanitario.</p> <p>Es necesario garantizar la autonomía profesional de los médicos en la toma de decisiones clínicas según la evidencia científica, igual que la del resto de profesionales sanitarios, para lo que se deberán implementar medidas para la participación eficaz de los mismos en la planificación, regulación y control de la organización y gestión de los centros sanitarios. De ello depende no sólo la calidad asistencial y la seguridad de los enfermos, sino también la salud de los profesionales. Las condiciones y la organización del trabajo condicionan tanto la calidad asistencial como la calidad laboral de los trabajadores que les atienden. Igualmente es fundamental promover la formación continuada del médico, la supervisión eficaz, el trabajo en equipo y el desarrollo efectivo de la carrera profesional.</p> <p>Siguiendo las recomendaciones de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, para prevenir la enfermedad mental, las adicciones y el suicidio, se deben</p>
--	---

	realizar y evaluar acciones específicas para disminuir las tasas de depresión, adicciones y suicidio en grupos de riesgo. Para ello, se deben desarrollar intervenciones preventivas, como talleres específicos y entrenamiento en habilidades para la prevención y tratamiento de estos graves problemas de salud pública.
Base de dato:	
Link:	http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2013000200002&lang=es

Fuente: elaboración propia a partir de la estadística empleada.

Tabla 2.0.29 Psicología de emergencia

Nombre:	PSICOLOGÍA DE EMERGENCIA: UNA NUEVA PRÁCTICA PARA DISCUTIR
Autor:	Mariana Esteves Paranhos Blanca Susana Guevara Werlang
Lugar/fecha:	10 de agosto de 2012; Revisado: 16 de enero de 2014; Aceptado: 08 de abril de 2015
Objetivos:	
Abstrac:	Los desastres y las emergencias son eventos desencadenantes del estrés que lo exponen a un peligro inmediato para la integridad física y emocional de las personas involucradas, lo que requiere una acción inmediata. Se invitó a la psicología a componer la respuesta a tales contextos y, por lo tanto, debería apropiarse de los pilares que guían las intervenciones de emergencia, delimitando los objetivos y los conocimientos necesarios para ello. El objetivo de esta revisión de la literatura fue identificar los supuestos epistemológicos de esta práctica innovadora mediante la búsqueda de artículos científicos, capítulos de libros y resúmenes de eventos científicos. Se presenta una breve historia del tema y el panorama actual en América Latina y Brasil. Discutimos los propósitos de la Teoría de Crisis, la Intervención de Crisis, combinada con las ideas planteadas por la Psicología Positiva. Las intervenciones en estos fundamentos se basan en la suposición de que las personas tienen la capacidad de superar positivamente los efectos de la crisis, y su objetivo es prevenir el crecimiento positivo y el deterioro psicológico, que se verá facilitado por el apoyo social proporcionado por las instituciones que mejoran la capacidad. autoeficacia de los sobrevivientes. La intervención más ampliamente propuesta son las primeras ayudas emocionales (PAE). La atención a las personas que

	<p>experimentan hechos que conducen a la discapacidad física y psicológica se volverá más común, teniendo en cuenta la realidad contemporánea, y la psicología debe proporcionar asistencia para fortalecer las habilidades de afrontamiento en situaciones críticas. y se enfoca en prevenir el crecimiento positivo y el deterioro psicológico, lo que será facilitado por el apoyo social provisto por instituciones que mejoran la capacidad autoeficaz de los sobrevivientes. La intervención más ampliamente propuesta son las primeras ayudas emocionales (PAE). La atención a las personas que experimentan hechos que conducen a la discapacidad física y psicológica se volverá más común, teniendo en cuenta la realidad contemporánea, y la psicología debe proporcionar asistencia para fortalecer las habilidades de afrontamiento en situaciones críticas. y se enfoca en prevenir el crecimiento positivo y el deterioro psicológico, lo que será facilitado por el apoyo social provisto por instituciones que mejoran la capacidad autoeficaz de los sobrevivientes. La intervención más ampliamente propuesta son las primeras ayudas emocionales (PAE). La atención a las personas que experimentan hechos que conducen a la discapacidad física y psicológica se volverá más común, teniendo en cuenta la realidad contemporánea, y la psicología debe proporcionar asistencia para fortalecer las habilidades de afrontamiento en situaciones críticas.</p>
<p>Conclusiones/resultados:</p>	<p>La psicología debe ser capaz de proporcionar un terreno fértil para el ser humano, incluso ante situaciones tan complejas y devastadoras, para poder poner en marcha su potencial de "dar la vuelta", presente en la psique de la mayoría de las personas. Se trata de identificar y fortalecer una estructura que ya está lista, solo sacudida. Para esto, es esencial preocuparse por comprender los factores que generan crecimiento y desarrollo, incluso en situaciones adversas como desastres y desastres. También es vital que se haga más trabajo en términos de investigación empírica que se centre en los aspectos positivos y creativos del ser humano en estos eventos, no solo en el tema del trauma como patología. El trabajo debe ser para la promoción total de la salud y no solo trabajando en un aspecto de las manifestaciones psicológicas en situaciones de emergencia como las enfermedades mentales. Finalmente, también depende de los psicólogos, una mejor interacción con el área y la búsqueda de capacitación en ella. Esto incluye un enfoque de conceptos de crisis, intervenciones de crisis, resiliencia, gestión de desastres, entre otros. Cada vez</p>

	que surge un nuevo campo, es importante debatir sobre el papel de la psicología, sus herramientas y la formación de psicólogos profesionales, para que esto suceda la consolidación de su práctica de una manera responsable y adecuada.
Base de dato:	
Link:	http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932015000200557&lang=es

Fuente: elaboración propia a partir de la estadística empleada.

2.4 MARCO LEGAL

Ley 1616 del 21 enero del 2013 “por medio de la cual se expide la ley de la salud mental y se dictan otras disposiciones”

La presente ley hace referencia a la salud mental desde la infancia hasta la adolescencia, una etapa muy importante en el desarrollo porque es donde se establece una percepción más amplia de lo que nos rodea como son vínculos familiares, estado socioeconómico, ambiente en el que crece. Se toma como referencia la ley ya que desde temprana edad tenemos el derecho a tener una salud mental, lo cual podrá aumentar a futuro la capacidad de resiliencia al hora de afrontar en situaciones difíciles

Artículo 1°. OBJETO. El objeto de la presente ley es garantizar el ejercicio pleno del Derecho a la Salud Mental a la población colombiana, priorizando a los niños, las niñas y adolescentes, mediante la promoción de la salud y la prevención del trastorno mental, la Atención Integral e Integrada en Salud Mental en el ámbito del Sistema General de Seguridad Social en Salud, de conformidad con lo preceptuado en el artículo 49 de la Constitución y con fundamento en el enfoque promocional de Calidad de vida y la estrategia y principios de la Atención Primaria en Salud. De igual forma se establecen los criterios de política para la reformulación, implementación y evaluación de la Política Pública Nacional de Salud Mental, con base en los enfoques de derechos, territorial y poblacional por etapa del ciclo vital.

Artículo 3°. SALUD MENTAL. La salud mental se define como un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, para trabajar, para establecer relaciones significativas y para

contribuir a la comunidad. La Salud Mental es de interés y prioridad nacional para la República de Colombia, es un derecho fundamental, es tema prioritario de salud pública, es un bien de interés público y es componente esencial del bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de colombianos y colombianas.

Artículo 5°. DEFINICIONES. Para la aplicación de la presente ley se tendrán en cuenta las siguientes definiciones:

1. Promoción de la salud mental. La promoción de la salud mental es una estrategia intersectorial y un conjunto de procesos orientados hacia la transformación de los determinantes de la Salud Mental que afectan la calidad de vida, en procura de la satisfacción de las necesidades y los medios para mantener la salud, mejorarla y ejercer control de la misma en los niveles individual y colectivo teniendo en cuenta el marco cultural colombiano.

2. Prevención Primaria del trastorno mental. La Prevención del trastorno mental hace referencia a las intervenciones tendientes a impactar los factores de riesgo. Relacionados con la ocurrencia de trastornos mentales, enfatizando en el reconocimiento temprano de factores protectores y de riesgo, en su automanejo y está dirigida a los individuos, familias y colectivos.

3. Atención integral e integrada en salud mental. La atención integral en salud mental es la concurrencia del talento humano y los recursos suficientes y pertinentes en salud para responder a las necesidades de salud mental de la población, incluyendo la promoción, prevención secundaria y terciaria, diagnóstico precoz, tratamiento, rehabilitación en salud e inclusión social. La atención integrada hace referencia a la conjunción de los distintos niveles de complejidad, complementariedad y continuidad en la atención en salud mental, según las necesidades de salud de las personas.

4. Atención integral e integrada en salud mental. La atención integral en salud mental es la concurrencia del talento humano y los recursos suficientes y pertinentes en salud para responder a las necesidades de salud mental de la población, incluyendo la promoción, prevención, diagnóstico precoz, tratamiento, rehabilitación en salud e inclusión social. La atención integrada hace referencia a la conjunción de los distintos niveles de complejidad, complementariedad y continuidad en la atención en salud mental, según las necesidades de salud de las personas.

5. Trastorno mental. Para los efectos de la presente ley se entiende trastorno mental como una alteración de los procesos cognitivos y afectivos del desenvolvimiento considerado como normal con respecto al grupo social de referencia del cual proviene el individuo. Esta alteración se manifiesta en trastornos del razonamiento, del comportamiento, de la facultad de reconocer la realidad y de adaptarse a las condiciones de la vida.

6. Discapacidad mental. Se presenta en una persona que padece limitaciones psíquicas o de comportamiento; que no le permiten en múltiples 2 ocasiones comprender el alcance de sus actos, presenta dificultad para ejecutar acciones o tareas, y para participar en situaciones vitales. La discapacidad mental de un individuo, puede presentarse de manera transitoria o permanente, la cual es definida bajo criterios clínicos del equipo médico tratante.

7. Problema psicosocial. Un problema psicosocial o ambiental puede ser un acontecimiento vital negativo, una dificultad o deficiencia ambiental, una situación de estrés familiar o interpersonal, una insuficiencia en el apoyo social o los recursos personales, u otro problema relacionado con el contexto en que se han desarrollado alteraciones experimentadas por una persona.

8. Rehabilitación psicosocial. Es un proceso que facilita la oportunidad a individuos -que están deteriorados, discapacitados o afectados por el hándicap desventaja- de un trastorno mental- para alcanzar el máximo nivel de funcionamiento independiente en la comunidad. Implica a la vez la mejoría de la competencia individual y la introducción de cambios en el entorno para lograr una vida de la mejor calidad posible para la gente que ha experimentado un trastorno psíquico, o que padece un deterioro de su capacidad mental que produce cierto nivel de discapacidad. La Rehabilitación Psicosocial apunta a proporcionar el nivel óptimo de funcionamiento de individuos y sociedades, y la minimización de discapacidades, dishabilidades y hándicap, potenciando las elecciones individuales sobre cómo vivir satisfactoriamente en la comunidad.

ARTÍCULO 6°. DERECHOS DE LAS PERSONAS. Además de los Derechos consignados en la Declaración de Lisboa de la Asociación Médica Mundial, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y otros instrumentos internacionales, Constitución Política, y la Ley General de Seguridad Social en Salud son derechos de las personas en el ámbito de la Salud Mental:

1. Derecho a recibir atención integral e integrada y humanizada por el equipo humano y los servicios especializados en salud mental.

2. Derecho a recibir información clara, oportuna, veraz y completa de las circunstancias relacionadas con su estado de salud, diagnóstico, tratamiento y pronóstico, incluyendo el propósito, método, duración probable y beneficios que se esperan, así como sus riesgos y las secuelas, de los hechos o situaciones causantes de su deterioro y de las circunstancias relacionadas con su seguridad social.

3. Derecho a recibir la atención especializada e interdisciplinaria y los tratamientos con la mejor evidencia científica de acuerdo con los avances científicos en salud mental.

4. Derecho a que las intervenciones sean las menos restrictivas de las libertades individuales de acuerdo a la ley vigente.

5. Derecho a tener un proceso psicoterapéutico, con los tiempos y sesiones necesarias para asegurar un trato digno para obtener resultados en términos de cambio, bienestar y calidad de vida.
6. Derecho a recibir psicoeducación a nivel individual y familiar sobre su trastorno mental y las formas de autocuidado.
7. Derecho a recibir incapacidad laboral, en los términos y condiciones dispuestas por el profesional de la salud tratante, garantizando la recuperación en la salud de la persona
8. Derecho a ejercer sus derechos civiles y en caso de incapacidad que su incapacidad para ejercer estos derechos sea determinada por un juez de conformidad con la ley 1306 de 2009 y demás legislación vigente.
9. Derecho a no ser discriminado o estigmatizado, por su condición de persona sujeto de atención en salud mental.
10. Derecho a recibir o rechazar ayuda espiritual o religiosa de acuerdo con sus creencias. 11. Derecho a acceder y mantener el vínculo con el sistema educativo y el empleo, y no ser excluido por causa de su trastorno mental.
12. Derecho a recibir el medicamento que requiera siempre con fines terapéuticos o diagnósticos.
13. Derecho a exigir que sea tenido en cuenta el consentimiento informado para recibir el tratamiento.
14. Derecho a no ser sometido a ensayos clínicos ni tratamientos experimentales sin su consentimiento informado.
15. Derecho a la confidencialidad de la información relacionada con su proceso de atención y respetar la intimidad de otros pacientes.
16. Derecho al Reintegro a su familia y comunidad.

Artículo 7°. DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL Y PREVENCIÓN DEL TRASTORNO MENTAL. El Ministerio de Salud y Protección Social o la entidad que haga su veces, establecerá las acciones en promoción en salud mental y prevención del trastorno mental, que deban incluirse en los planes decenales y nacionales para la salud pública, planes territoriales y planes de intervenciones colectivas, garantizando el acceso a todos los ciudadanos y las ciudadanas, dichas acciones serán de obligatoria implementación por parte de los entes territoriales, Entidades Promotoras de Salud, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, Administradoras de Riesgos Profesionales, Empresas Sociales del Estado y tendrán seguimiento y evaluación a través de indicadores en su implementación.

Artículo 8°. ACCIONES DE PROMOCIÓN. El Ministerio de. Salud y Protección Social dirigirá las acciones de promoción en salud mental a afectar positivamente los determinantes de la salud

mental e involucran: inclusión social, eliminación del estigma y la discriminación, buen trato y prevención de las violencias, las prácticas de hostigamiento, acoso o matoneo escolar, prevención del suicidio prevención del consumo de sustancias psicoactivas, participación social y seguridad económica y alimentaria, entre otras.

ARTÍCULO 9°. PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL Y PREVENCIÓN DEL TRASTORNO MENTAL EN EL ÁMBITO LABORAL. Las Administradoras de Riesgos Laborales dentro de las actividades de promoción y prevención en salud deberán generar estrategias, programas, acciones o servicios de promoción de la salud mental y prevención del trastorno mental, y deberán garantizar que sus empresas afiliadas incluyan dentro de su sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo, el monitoreo permanente de la exposición a factores de riesgo psicosocial en el trabajo para proteger, mejorar y recuperar la salud mental de los trabajadores.

ARTÍCULO 11. ACCIONES COMPLEMENTARIAS PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL. La atención integral en salud mental incluirá acciones complementarias al tratamiento tales como la integración familiar, social, laboral y educativa.

ARTÍCULO 12. RED INTEGRAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN SALUD MENTAL. Los Entes Territoriales, las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios deberán disponer de una red integral de prestación de servicios de salud mental pública y privada, como parte de la red de servicios generales de salud.

ARTÍCULO 17. MECANISMOS DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN. Los entes territoriales deberán establecer los mecanismos, espacios, instrumentos e indicadores de seguimiento y monitoreo del funcionamiento de la red de servicios en salud mental, a fin de garantizar su desarrollo eficiente y ajuste oportuno. Estos mecanismos deben contar con la participación de la ciudadanía y espacios de rendición de cuentas.

ARTÍCULO 19. CAPACITACIÓN Y FORMACIÓN DE LOS EQUIPOS BÁSICOS EN SALUD. De conformidad con el artículo 15 de la Ley 1438 de 2011, el Ministerio de Salud y Protección Social y los entes territoriales garantizarán la capacitación y formación en salud mental de los equipos básicos en salud, así como su actualización permanente.

ARTÍCULO 20. MEJORAMIENTO CONTINUO DEL TALENTO HUMANO. Los prestadores de servicios de salud públicos y privados deberán garantizar la actualización continua del talento humano que atiende en servicios de salud mental en nuevos métodos, técnicas y tecnologías pertinentes y aplicables en promoción de la salud mental, prevención, tratamiento y rehabilitación psicosocial, sin perjuicio de la forma de vinculación al prestador.

ARTÍCULO 22. TALENTO HUMANO EN ATENCIÓN PREHOSPITALARIA. Las personas que hagan parte del equipo de atención prehospitalaria en Salud Mental deberán acreditar título de Medicina, Psiquiatría, Psicología, Enfermería o Atención Prehospitalaria.

ARTÍCULO 27. GARANTÍA DE PARTICIPACIÓN. En el marco de la Constitución Política, la Ley y la Política Pública Nacional de Participación Social el Ministerio de Salud y Protección Social deberá garantizar la participación real, efectiva y vinculante de las personas, familias, cuidadores, comunidades y sectores sociales para el ejercicio de la ciudadanía activa en la formulación, implementación evaluación y ajuste construcción del modelo de atención, guías, protocolos, planes de beneficios, planes de salud pública, la política pública nacional de Salud Mental y demás en el ámbito de la salud mental.

ARTÍCULO 39. INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN EN SALUD MENTAL. En el marco del Plan Nacional de Investigación en Salud Mental el Ministerio de la Protección Social o la entidad que haga sus veces, y los entes territoriales asignarán recursos y promoverán la investigación en salud mental. Estas investigaciones se deben contemplar las prácticas exitosas, para ello será necesario el monitoreo y evaluación de los programas existentes en salud mental que estarán a cargo de Colciencias con la participación de las universidades públicas y privadas del país que cuenten con carreras en ciencias de la salud; Colciencias presentará un informe anual de investigación en salud mental.

2.5 MARCO TEÓRICO

En los últimos años la salud mental del profesional en salud en general se está deteriorando de una manera acelerada, aunque el tema es de interés social y contextualizado en la literatura científica, no obstante, hay una escasa información que permita orientar al profesional afectado en un caso de pérdida de un paciente. En la bibliografía consultada si bien aborda el problema – del deterioro de la salud mental – sin embargo, solo se quedan en la parte descriptiva o conceptual y no pasan al terreno práctico. En este orden de ideas, se expondrá algunos enfoques teóricos, los cuales describen diversos factores o causas que desencadenan el deterioro de la salud mental.

Steven Mountfort (2019) afirma que los trabajadores de servicios médicos de emergencia (EMS) pueden experimentar tensiones mentales, físicas y emocionales en cada turno en el que trabajan. Es un trabajo que comúnmente tiene altos niveles de estrés, incidentes cada vez mayores de trastorno de estrés postraumático (TEPT) y lesiones en el trabajo. Estos problemas contribuyen a las altas tasas de suicidio, agotamiento relacionado con el trabajo, depresión clínica y condiciones físicas que ya no permiten que el proveedor de EMS trabaje en el campo. La salud personal y el bienestar físico, emocional y mental desempeñan un papel fundamental para ayudar a los trabajadores de EMS a sobrevivir en sus carreras.

El estrés es una parte cotidiana de la carrera de los trabajadores de EMS. Se puede clasificar de 2 maneras: eustress y angustia. Eustress se conoce como "estrés positivo". Esto se puede encontrar en cosas como obtener un aumento de sueldo en el trabajo, casarse, encontrar un hijo que espera o visitar a familiares. La angustia es lo contrario. Es "estrés negativo", como la muerte de un miembro de la familia, la deuda monetaria, el divorcio, la muerte de un paciente o las dificultades con los compañeros de trabajo. Este estrés, junto con malos patrones de sueño y hábitos alimenticios inadecuados, han sido algunas de las causas del elevado número de agotamientos relacionados con el trabajo de EMS. Estos estresores de alta intensidad pueden provocar reacciones de estrés agudas, reacciones de estrés retardado y reacciones de estrés acumulativo. También puede provocar ansiedad, depresión, trastorno por abuso de sustancias, TEPT y suicidio.

Según Andréa Tenório, (2017) uno de los detonantes principales en el deterioro de la salud mental del primer respondiente es la depresión, y esta a su vez, es producida por número elevado de horas de trabajo, el número de turnos de noche, las exigencias o demandas psicológicas relacionadas con la asistencia a los pacientes, y el número de años trabajados en los servicios de urgencias, y la presión laboral que ejerce el entorno. Del mismo modo, M. Cano-Langreo (2014) agrega, que la prevalencia del suicidio en el personal de salud está estrechamente relacionado con el entorno donde trabajan, es decir; su propuesta se basó en un estudio comparativo en el ámbito demográfico entre profesionales de la salud y profesionales en general, llegando a la conclusión que el contexto influye de manera incisiva en la tendencia al suicidio.

De la misma forma el síndrome de burnout es otra causa que afecta la salud mental del APH, Luis Pereda Torales (2009), cita al psicólogo Freudenberger quien definió por primera vez en el año 1974 este síndrome de la siguiente manera: ‘‘es un estado de fatiga o frustración que se produce por la dedicación a una causa, forma de vida o relación que no produce el esperado esfuerzo. ’’ El contacto estrecho con los pacientes y la sobrecarga de trabajo son las principales causas de este síndrome. En los últimos años el síndrome de burnout ha adquirido especial relevancia, sobre todo por la serie de repercusiones que tiene en el ámbito laboral y personal. El autor hace énfasis que no solo el entorno laboral es el desencadenante del síndrome de burnout, si no, el contacto con pacientes, creando un entorno laboral poco saludable para el personal APH incidiendo directamente en la calidad del servicio prestado.

Fernández Aedo (2017), habla en su artículo de investigación que la muerte tras una reanimación cardiopulmonar fallida puede suponer una experiencia traumática para los reanimadores. Y que esto, a su vez, genera un estrés emocional debido al contacto directo no solo con el paciente al momento de la atención haciendo todo lo posible para salvarlo, si no, con sus familiares ya que allí sobresalen muchas emociones, afectando directamente la vida laboral y personal del reanimador. Lamentablemente los profesionales no contemplan técnicas de afrontamiento más allá de compartir sus emociones con los compañeros de trabajo.

Alexis Lorenzo Ruiz (2017) dice lo siguiente: las afectaciones psicológicas en el personal de primera respuesta, quienes están constantemente expuestos a situaciones estresantes y psicotraumatizantes como parte de su profesión, al verse involucrados en la atención de víctimas en emergencias y desastres. Sin embargo, si las reacciones cognitivas, conductuales, afectivas y fisiológicas persisten por más tiempo de lo que se esperaría, interfiriendo en su vida familiar, social y laboral, disminuyendo paulatinamente su calidad de vida, podríamos pensar en el desarrollo de otros síndromes y trastornos; siendo el síndrome de estrés traumático secundario y el trastorno por estrés postraumático los más comunes.

Se puede decir, que el trastorno por estrés postraumático es un malestar que pueden padecer las personas que sufren directamente el suceso traumático, los familiares o amigos, los

testigos, aquellos que se enteran del suceso y todos los profesionales de salud y de rescate que intervienen en situaciones de emergencia o desastre. El asistir constantemente sucesos traumáticos, les facilita la escucha empática y el involucramiento de diversas emociones durante la atención que brindan a pacientes víctimas de hechos verdaderamente traumáticos; aunado a una impotencia o frustración al ver fracasados sus intentos de ayuda, compensándolo con conductas reactivas de exigencia y agotamiento laboral.

El personal de APH siempre se va ver involucrado no solo utilizando su mente racional, aplicando sus conocimientos para intentar salvar una vida, su mente emocional también sufre consecuencias cuando los métodos usados no funcionan, debido a la que situación es tan compleja que no hay nada más que hacer. Las muertes por suicidio igualmente impactan al APH. Según Anders Bremer hay una diferencia para los sobrevivientes entre perder a alguien por muerte súbita causada por un accidente o enfermedad y las acciones deliberadas de una persona que se ha suicidado. Los sobrevivientes a menudo se culpan a sí mismos por no prevenir el suicidio. También pueden sentirse abandonados y traicionados ya que el fallecido tomó una decisión activa para poner fin a la vida.

Como ya se ha apreciado, en esta investigación pretende desarrollar una guía de apoyo psicosocial para personal APH después de la pérdida de un paciente. Una de las causas que motivo la elaboración de dicha propuesta, es porque en los últimos años la salud mental del profesional en salud en general se está deteriorando de una manera acelerada, y, paradójica, aunque el tema es de interés social y amplio en la literatura científica, no obstante, hay una escasa información que permita orientar al profesional afectado en un caso de pérdida de un paciente.

Como dice José A. Posada, Médico psiquiatra (2013) Las proyecciones estadísticas muestran que las condiciones psiquiátricas y neurológicas en el mundo se incrementarán de 10,5 % del total de la carga de la enfermedad a 15 % en el año 2020, lo cual equivale a un incremento proporcional mayor que para las enfermedades cardiovasculares. Estos cálculos muestran que en Colombia la depresión unipolar será la primera causa general de consulta en el año 2015. También se debe tener en cuenta el estilo de vida de saludable sobre todo en el caso del profesional en salud, por los horarios y su lugar de trabajo hacen que algunos descuiden hábitos de buena salud viéndose afectada tanto física como mental. Según

Alexander Behnke (2019) debido a que los trabajadores de rescate se enfrentan regularmente con eventos laborales potencialmente traumatizantes, presentan un mayor riesgo de desarrollar trastornos mentales y físicos relacionados con el trauma, incluyendo síntomas postraumáticos, depresivos y somáticos. Estudios previos indicaron que los trabajadores de rescate enfrentan un riesgo considerablemente alto de desarrollar TEPT y depresión, así como quejas de salud física como reacción a la exposición frecuente a experiencias severamente estresantes o traumáticas de servicio. De la misma forma Silvia Portero de la Cruz (2016) dice: las dimensiones de agotamiento emocional y despersonalización, afrontamiento centrado en la evitación, ser médico y fumar a diario aumentan el riesgo de un caso psiquiátrico y resalta: “el ejercicio diario es un factor protector”.

En la bibliografía consultada si bien aborda el problema – del deterioro de la salud mental – sin embargo, solo se quedan en la parte descriptiva o conceptual y no pasan al terreno práctico. En este orden de ideas, se expondrá de manera sucinta algunos enfoques teóricos, los cuales describen diversos factores o causas que desencadenan el deterioro de la salud mental, uno de ellos es Steven Mountfort (2019) quien afirma que los trabajadores de servicios médicos de emergencia (EMS) pueden experimentar tensiones mentales, físicas y emocionales en cada turno en el que trabajan. Es un trabajo que comúnmente tiene altos niveles de estrés, incidentes cada vez mayores de trastorno de estrés postraumático (TEPT) y lesiones en el trabajo. Estos problemas contribuyen a las altas tasas de suicidio, agotamiento relacionado con el trabajo, depresión clínica y condiciones físicas que ya no permiten que el proveedor de EMS trabaje en el campo. La salud personal y el bienestar físico, emocional y mental desempeñan un papel fundamental para ayudar a los trabajadores de EMS a sobrevivir en sus carreras. Uno de los factores que primero llega a padecer dichos profesionales son:

2.5.1 Estrés

Steven Mountfort (2019) continúa diciendo: es una parte cotidiana de la carrera de los trabajadores de EMS. Se puede clasificar de 2 maneras: eustress y angustia. Eustress se conoce como "estrés positivo". Esto se puede encontrar en cosas como obtener un aumento

de sueldo en el trabajo, casarse, encontrar un hijo que espera o visitar a familiares. La angustia es lo contrario. Es "estrés negativo", como la muerte de un miembro de la familia, la deuda monetaria, el divorcio, la muerte de un paciente o las dificultades con los compañeros de trabajo. Este estrés, junto con malos patrones de sueño y hábitos alimenticios inadecuados, han sido algunas de las causas del elevado número de agotamientos relacionados con el trabajo de EMS. Estos estresores de alta intensidad pueden provocar reacciones de estrés agudas, reacciones de estrés retardado y reacciones de estrés acumulativo. Así mismo Mariana Esteves Paranhos dice: Los desastres y las emergencias son eventos desencadenantes del estrés que lo exponen a un peligro inmediato para la integridad física y emocional de las personas involucradas, lo que requiere una acción inmediata. La atención a las personas que experimentan hechos que conducen a la discapacidad física y psicológica se volverá más común, teniendo en cuenta la realidad contemporánea.

Esto quiere decir que aunque el estrés haga parte del diario vivir del APH, debido a la carga laboral que desempeña, no es beneficioso que este se apodere de una manera patológica, afectando su integridad mental, por lo tanto es de suma importancia brindar y recibir la atención requerida. Otro de los factores que influyen negativamente en la salud mental, y que además llega a ser uno de los principales detonantes de su deterioro es la:

2.5.2 Depresión:

Según Andréa Tenório, (2017) la depresión en el primer respondiente es producida por, número elevado de horas de trabajo, el número de turnos de noche, las exigencias o demandas psicológicas relacionadas con la asistencia a los pacientes, y el número de años trabajados en los servicios de urgencias, y la presión laboral que ejerce el entorno. Además, estos pueden llevar al profesional a hacer lo siguiente:

2.5.3 Intento de suicidio:

Según Hernández Álvarez, Mercedes Navío (2013) aquellos que cuidan de los demás a menudo tienen grandes dificultades para buscar y recibir ayuda para ellos mismos. Las tasas de suicidio de los médicos en Estados Unidos, Inglaterra y otros países son más altas

que las de la población general y las de otras profesiones. Los médicos tienen unas necesidades asistenciales específicas por sufrir elevados niveles de alcoholismo, dependencia de drogas, rupturas matrimoniales, enfermedad mental y suicidio. Muchas de estas dificultades están relacionadas con el estrés, elevada responsabilidad y tiempo insuficiente para trabajar y vivir conciliando las demandas laborales y familiares. Muchos médicos tienen grandes dificultades para discutir sus problemas con los colegas y se tratan a ellos mismos, de forma notablemente peligrosa. El fácil acceso de los médicos a las drogas implica que el abuso de drogas sea un riesgo ocupacional potencial de hombres y mujeres. De la misma forma M. Cano-Langreo (2014) dice: varios estudios han incluido factores de riesgo laborales asociados a una ideación suicida y altos índices de suicidio en el personal sanitario con respecto a la población general. En su estudio comparativo agrega que los profesionales de salud en comparación con otros profesionales tienen más tendencia al suicidio, debido al entorno laboral en que se desempeñan.

Dichos autores afirman que el entorno laboral en el cual ejerce el profesional en salud afecta, por la exigencia emocional y la demanda física, por los horarios que debe cumplir impiden que este pueda tener una vida social, además estar presente en situaciones de dolor y pérdida lo hacen querer escapar de dicho callejón sin salida. Otra causa relacionada con el entorno es el siguiente:

2.5.4 Síndrome de burnout:

Mariano García Izquierdo (2000) dice así: El burnout (estar desgastado o agotado emocionalmente) afecta de modo especial a algunos grupos profesionales, entre los que se encuentra el personal sanitario. Los efectos del burnout se dejan notar en los profesionales (por ejemplo, problemas físicos y psíquicos) y en la organización sanitaria (rotación, absentismo, costes más altos, baja calidad de la asistencia. De igual manera:

Luis Pereda Torales (2009), cita al psicólogo Freudenberger quien definió por primera vez en el año 1974 este síndrome de la siguiente manera: “es un estado de fatiga o frustración que se produce por la dedicación a una causa, forma de vida o relación que no produce el esperado esfuerzo.” El contacto estrecho con los pacientes y la sobrecarga de trabajo son las principales causas de este síndrome. En los últimos años el síndrome de burnout ha

adquirido especial relevancia, sobre todo por la serie de repercusiones que tiene en el ámbito laboral y personal. El autor hace énfasis que no solo el entorno laboral es el desencadenante del síndrome de burnout, si no, el contacto con pacientes, creando un lugar de trabajo poco saludable para el personal APH incidiendo directamente en la calidad del servicio prestado. Otro factor relacionado con la labor es:

2.5.5 Trastorno por estrés postraumático:

Alexis Lorenzo Ruiz (2017) dice: las afectaciones psicológicas en el personal de primera respuesta, quienes están constantemente expuestos a situaciones estresantes y psicotraumatizantes como parte de su profesión, al verse involucrados en la atención de víctimas en emergencias y desastres. Sin embargo, si las reacciones cognitivas, conductuales, afectivas y fisiológicas persisten por más tiempo de lo que se esperaría, interfiriendo en su vida familiar, social y laboral, disminuyendo paulatinamente su calidad de vida, podríamos pensar en el desarrollo de otros síndromes y trastornos; siendo el síndrome de estrés traumático secundario y el trastorno por estrés postraumático los más comunes.

Se puede decir, que el trastorno por estrés postraumático es un malestar que pueden padecer las personas que sufren directamente el suceso traumático, los familiares o amigos, los testigos, aquellos que se enteran del suceso y todos los profesionales de salud y de rescate que intervienen en situaciones de emergencia o desastre. El asistir constantemente sucesos traumáticos, les facilita la escucha empática y el involucramiento de diversas emociones durante la atención que brindan a pacientes víctimas de hechos verdaderamente traumáticos; aunado a una impotencia o frustración al ver fracasados sus intentos de ayuda, compensándolo con conductas reactivas de exigencia y agotamiento laboral.

2.5.6 Algunas muertes que marcan al APH:

Zoraida Elena Carmona Berrios (2008) menciona: La muerte siempre ha sido y será un tema del que pocos quieren hablar, sin embargo desde tiempo inmemorial el hombre ha rendido culto a sus muertos y esto se ha reflejado en los diferentes rituales y formas de entierro. La muerte es la pérdida total de las funciones vitales. Ella cita en su artículo al

siguiente autor Galindo que define la muerte de la siguiente manera: inspira mucho temor y respeto, está envuelta en un ambiente de misterio, tiene un lenguaje arcano difícilmente descifrable, que a su vez transmite mensajes ambiguos que invitan a marchar con ella en busca de la paz total en una vida nueva sin más muerte. También Estancanti define la muerte como la conclusión de la existencia terrena e histórica del hombre.

Por su parte Sócrates, referido por Pastorini, afirmaba que: “El temor a la muerte, no es otra cosa que considerarse sabio sin serlo, ya que es creer saber sobre aquello que no se sabe. Quizás la muerte sea la mayor bendición del ser humano, nadie lo sabe, y sin embargo todo el mundo le teme como si supiera con absoluta certeza que es el peor de los males”.

Aunque después de la pérdida de un paciente fluyen muchas emociones, las cuales pueden llegar a ser difíciles de controlar, también se debe estar preparado para llevar a cabo un contacto directo con los familiares, ya que esta situación también repercute en la salud mental del APH. Según Fernández Aedo (2017), habla en su artículo de investigación que la muerte tras una reanimación cardiopulmonar fallida puede suponer una experiencia traumática para los reanimadores. Y que esto, a su vez, genera un estrés emocional debido al contacto directo no solo con el paciente al momento de la atención haciendo todo lo posible para salvarlo, si no, con sus familiares afectando directamente la vida laboral y personal del reanimador. Lamentablemente los profesionales no contemplan técnicas de afrontamiento más allá de compartir sus emociones con los compañeros de trabajo.

El personal de APH siempre estará involucrado no solo utilizando su mente racional, aplicando sus conocimientos para intentar salvar una vida, su mente emocional también sufre consecuencias cuando los métodos usados no funcionan, debido a la que situación es tan compleja que no hay nada más que hacer. Las muertes por suicidio igualmente impactan al APH. Según Anders Bremer hay una diferencia para los sobrevivientes entre perder a alguien por muerte súbita causada por un accidente o enfermedad y las acciones deliberadas de una persona que se ha suicidado. Los sobrevivientes a menudo se culpan a sí mismos por no prevenir el suicidio. También pueden sentirse abandonados y traicionados ya que el fallecido tomó una decisión activa para poner fin a la vida.

2.5.7 El duelo

Zoraida Elena Carmona Berrios (2007) agrega en su artículo: El duelo (del latín *dolus*, dolor), según el diccionario de la Real Academia de la Lengua Española son las demostraciones que se hacen para manifestar el sentimiento que se tiene por la muerte de alguien, expresadas con dolor, lástima, aflicción o pesar. El duelo es una experiencia global, que afecta a la persona en su totalidad: en sus aspectos psicológicos, emotivos, afectivos, mentales, sociales, físicos y espirituales. La autora cita en su artículo los siguientes escritores: Galindo define el duelo como una reacción psicosomática de dolor ante situaciones de pérdida de algo o de alguien significativo para nosotros. Plantea también, que el duelo es en el fondo un sufrimiento moral causado por el despojo interno y desgarrador ocasionado por una pérdida significativa que alimentaba la autoestima de una persona y trae deterioro de su dignidad humana.

Worden refiere que el duelo representa una desviación del estado de salud, y de la misma manera que es necesario curarse en la esfera de lo fisiológico para devolver al cuerpo su equilibrio homeostático, se necesita un período de tiempo para que la persona en proceso de duelo vuelva a su estado de equilibrio.

Ripoll refiere que la respuesta a la pérdida y la manera de afrontar el trabajo del duelo por la muerte de otro, se relaciona en forma positiva o negativa, con otras respuestas vitales de la persona, sus comportamientos de adaptación, personalidad, carácter y salud mental, el grado de confianza en sí mismo, el nivel de madurez e inteligencia, las experiencias previas de duelos, la coexistencia de otras situaciones de crisis, el sentido que tenga de la existencia y de sus principios religiosos/espirituales, filosóficos, culturales y sociales. En tal sentido, Kübler y Kessler señalan que no se trata solamente de conocer las etapas del duelo, sino también de la vida vivida.

La autora sigue mencionando: el equipo de salud ha sido formado para promover la salud, prolongar la vida, controlar riesgos, curar y rehabilitar enfermos, aliviar el dolor físico; pero no para comprender que en ocasiones su intervención profesional está dirigida a ayudar al enfermo y a su familia a enfrentar dignamente la muerte y el duelo y apoyarlos en sus decisiones, lo cual implica enfrentar no solo problemas profesionales y técnicos, sino también emocionales y espirituales.

Es necesario que los miembros del equipo de salud dispongan de herramientas conceptuales que fundamenten su desempeño profesional y les permitan analizar las implicaciones éticas de su propia práctica, así como su trascendencia existencial en la profesión, todo lo cual redundara en la protección de su salud mental, el mejoramiento de la relación terapéutica y el prestigio profesional. El profesional de la salud debe analizar las dimensiones de su persona, clarificar sus emociones e integrar sus sentimientos acerca de su propia muerte, a fin de estar en condiciones de apoyar a personas en el último tiempo de la vida.

Asimismo se debe estar psicológicamente preparado para cualquier tipo de muerte en un paciente, ya que el personal APH, por ser el primer respondiente siempre será el principal protagonista desde el momento que llega a escena, hasta la entrega en el hospital, creando así, carisma, compasión y empatía sobre todo si dicho paciente le recuerda a un ser querido, además de forma negativa tristeza, culpa si no se logra salvar con los recursos disponibles la vida de la persona afectando y deteriorando de esta manera a mediano y a largo plazo la salud mental. La siguiente autora Lina María Parada Muñoz (2007) afirma: Cuando una persona fallece, especialmente de manera súbita y violenta, las personas cercanas a ella que le sobreviven se enfrentan en la mayoría de los casos a enormes presiones, a decisiones difíciles de tomar y a cambios en su emocional interno. Cambios que marcan su particular forma de interactuar en y con el mundo.

Así mismo la siguiente autora recomienda: García-Viniegras (2014) Requiere un monitoreo cuidadoso y un manejo general para evitar complicaciones. El impacto del duelo es un importante factor de riesgo para la salud, por lo que es necesario su seguimiento, especialmente en el nivel primario de atención, que permita garantizar su curso normal y evitar complicaciones.

Es muy importante que el personal de APH, sepa y entienda como reconocer que dichos eventos están causando daño psicológicamente, sobre todo si después de dicha pérdida se ocasionaron duelos, que desafortunadamente el APH por su desinterés por el tema, no se dio por enterado, argumentando que es normal la irritabilidad, la tristeza, la pérdida o aumento del apetito, entre otras, sufriendo un duelo el cual si no se lleva de la mejor manera puede agudizar la problemática y ser difícil de superar. También se debe tener en cuenta lo que puntualiza Paula Vega Vega los profesionales requieren que las pérdidas en el

ámbito laboral sean reconocidas, y por ello, contar con un apoyo formal y continuo de su equipo de trabajo e institución.

Todos estos factores juntos, pueden llevar a la muerte al primer respondiente, si este no busca ayuda, o no le dan el apoyo que requiere, ocasionando así, deterioro en su salud física y abusando de drogas y alcohol, Londoño Restrepo, Johanna 2014) dice en su estudio transversal, las sustancias psicoactivas que más usadas en el medio del personal de salud .El 67.5% ha consumido alguna vez en su vida una sustancia psicoactiva y el alcohol fue la sustancia más consumida con el 65%, seguido por: marihuana, alucinógenos, sedantes y benzodiazepinas sin indicación médica.

2.5.8 Riesgos psicosociales:

María José Merino da las siguientes conclusiones después de realizar su artículo de investigación: Nuestros resultados indican que los riesgos psicosociales no sólo disminuyen la calidad de vida del trabajador, sino que si no se gestionan bien, generan burnout, El cansancio emocional se asoció positivamente a los riesgos psicosociales vinculados a carga de trabajo, demandas psicológicas, participación/supervisión, desempeño de rol, relaciones/apoyo social. Según nuestros resultados, existe asociación entre los riesgos psicosociales y el burnout. Los individuos con mayor satisfacción laboral, autoeficacia y optimismo, afrontan mejor el estrés y son menos vulnerables a los riesgos psicosociales y al burnout. También Cristian Arley Jiménez 2017) descubrió En cuanto a la exposición de riesgos psicosociales, las dimensiones más desfavorables para la salud fueron el ritmo de trabajo, 97,6%; inseguridad sobre las condiciones de trabajo, 66,1% y las exigencias de esconder emociones, 65,2%. Respecto a las dimensiones favorables para la salud, se destaca el sentido de trabajo, 90,8% y las posibilidades de desarrollo, 90,7%.

Patricia Martínez Lanz 2006) dice: Considerando que los médicos y el personal de las instituciones hospitalarias están dentro del grupo de profesionistas cuyo campo de acción laboral propicia factores de mayor riesgo en cuanto al consumo de drogas y alcohol.

Por otra parte el lugar donde labora un APH, también influye en su salud mental, si se presentan presiones laborales, en las cuales el profesional se sienta agobiado, y este propenso a padecer riesgos psicosociales, Luciane Kozicz Reis Araujo en su estudio

investigativo dice lo siguiente: Los resultados muestran que los riesgos psicosociales más críticos para el desarrollo de la tarea se refieren a recursos laborales insuficientes, espacio físico inadecuado, personal reducido e injusticia en la distribución de tareas. También se informa un fuerte control de las reglas y la valoración de la jerarquía. El sufrimiento patogénico se refiere al agotamiento emocional expresado por los encuestados al someter el trabajo a decisiones políticas, cansancio y fatiga debido a horas extras y esfuerzo físico en la asistencia.

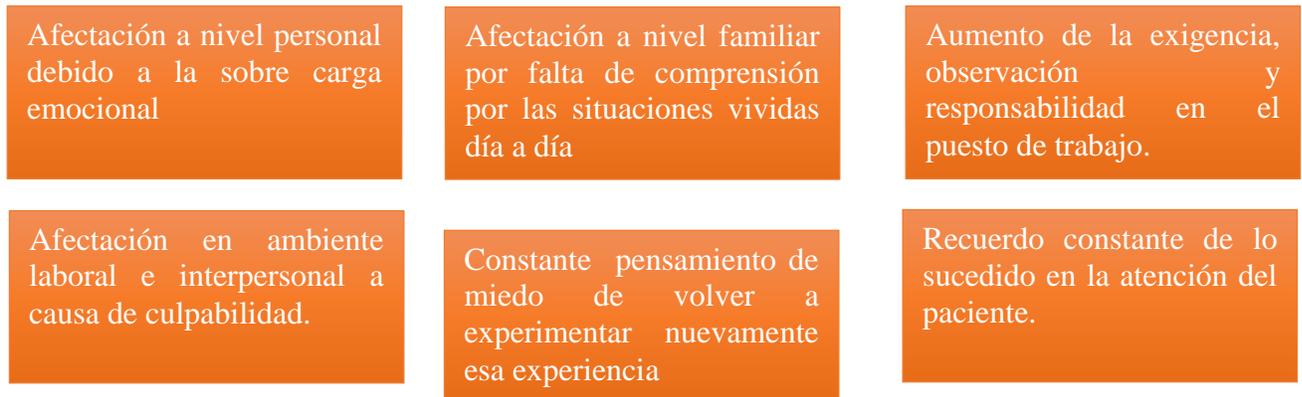
Según lo anterior, entornos laborales tranquilos, hacen trabajos más felices para el personal que labora en dicho lugar, pero, en el caso del APH, todos los días su lugar de trabajo es hostil, el cual no le permite tomarse el tiempo y la calma para tomar decisiones, ya que muchas veces la situación no da espera, es por eso que el apoyo familiar, de amigos e incluso de los mismos compañeros de trabajo juegan un papel muy importante, al momento de sufrir una pérdida de un paciente, ya que este puede convertirse en algunos casos demasiado traumático.

En el primer respondiente la autora (Carmen Luz Muñoz Zambrano 2015) dice: afecciones de salud mental están apareciendo fuertemente en la actualidad, donde destaca el estrés a la salud física, mental y emocional e incluso puede llevar a la depresión y ansiedad. Correspondiente al ambiente social. Falta de oportunidades para expresar a otras personas de la unidad los sentimientos negativos hacia los pacientes, correspondiente al ambiente psicológico y Falta de oportunidad de compartir experiencias y sentimientos con otras personas de su unidad, correspondiente al ambiente psicológico dolorosas para los pacientes, correspondiente al ambiente psicológico.

También es de suma importancia el trato que recibe el profesional de salud a la hora de prestar su servicio como lo dice la siguiente autora (Carolina Travetto) La violencia hacia los profesionales del ámbito de la salud genera creciente alarma. Estimar su verdadera dimensión es complejo, dado que la gran mayoría de estos eventos no se registran e incluso los más graves no suelen informarse a las autoridades. Asimismo, el impacto de este fenómeno sobre los trabajadores se ha relacionado con experiencias de estrés negativo, con disminución de la productividad y de la calidad del cuidado del paciente.

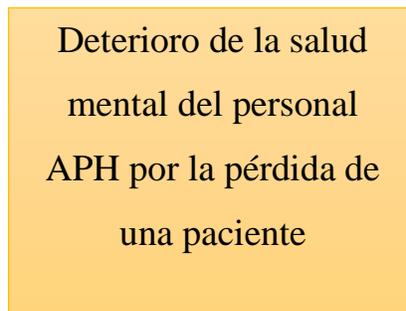
3 CAPITULO 3: DIAGNOSTICO Y ALCANCE

3.1 ÁRBOL DE PROBLEMAS

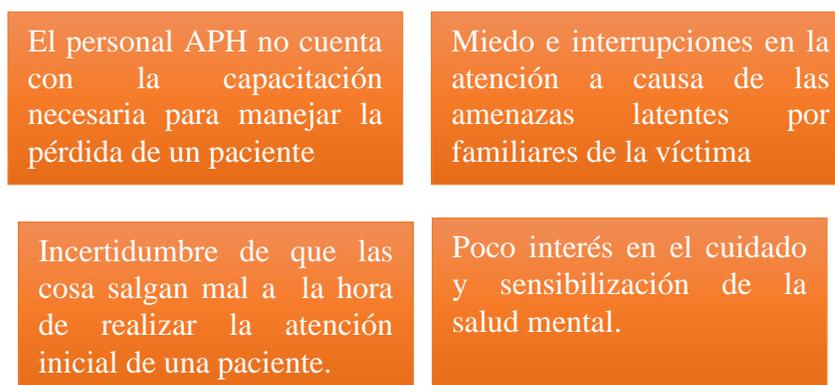


CONSECUENCIAS

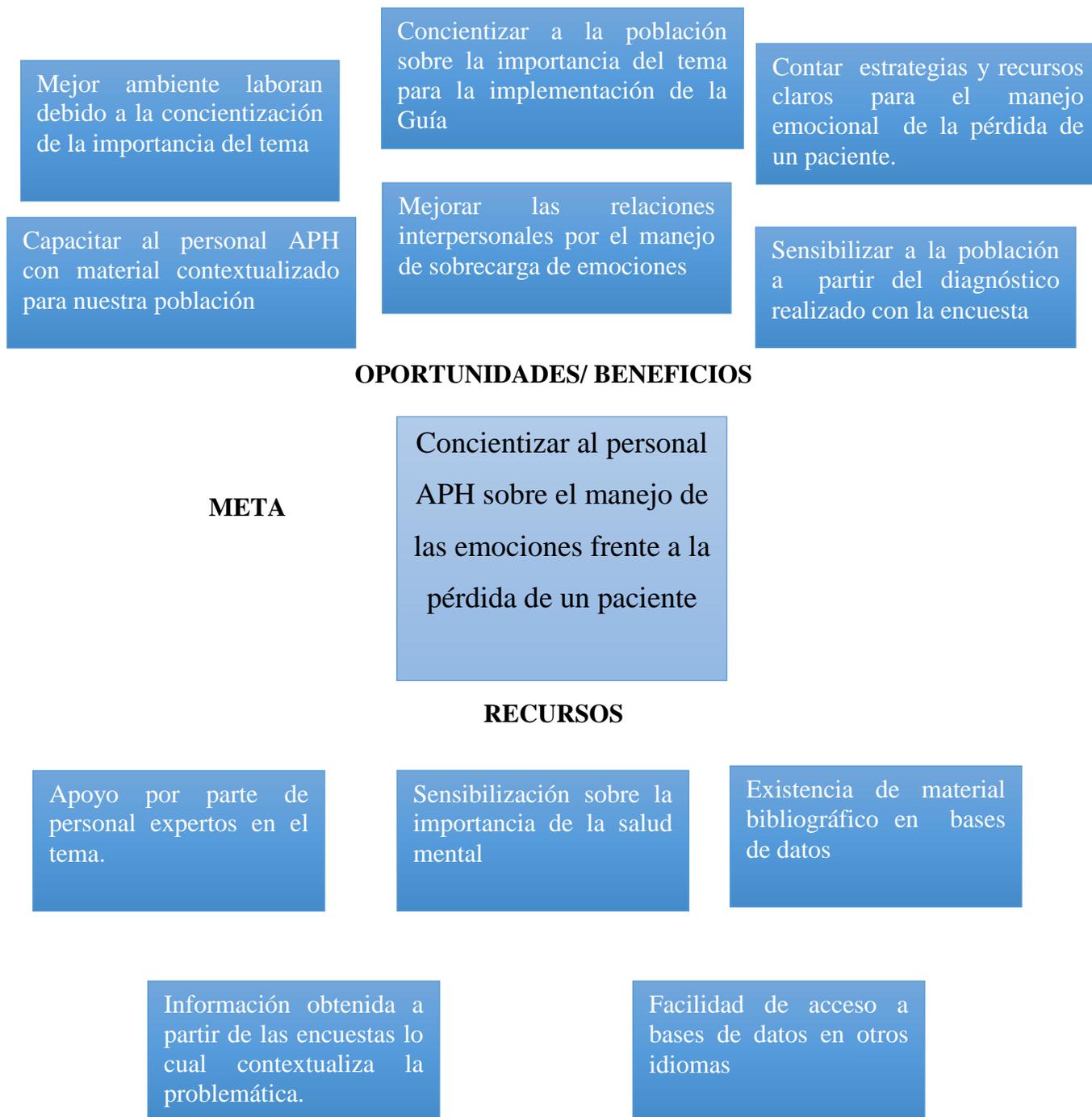
PROBLEMÁTICA



CAUSAS



3.2 ÁRBOL DE OPORTUNIDADES



3.3 POBLACIÓN

La población está compuesta por los tecnólogos y tecnólogas de Atención Prehospitalaria que se encuentran vinculados en las diferentes entidades de primera respuesta en urgencias y emergencias de la ciudad de Medellín, Antioquia, ya que son los implicados en la atención inicial que diariamente se presta en la ciudad.

3.3.1 Criterios de inclusión.

Personal de salud que se desempeñe en el ambiente prehospitalario

3.3.2 Criterios de exclusión.

Personas que no pertenezcan al área de la salud

3.4 MUESTRA

La muestra consta de 120 tecnólogos y tecnólogas en Atención Prehospitalaria de la entidad 123 Metrosalud

3.5 RESULTADOS

3.5.1 Datos demográficos.

El tamaño de la muestra es de 120 encuestados de los cuales 58 (48 %) son mujeres y 62 (52 %) hombres.

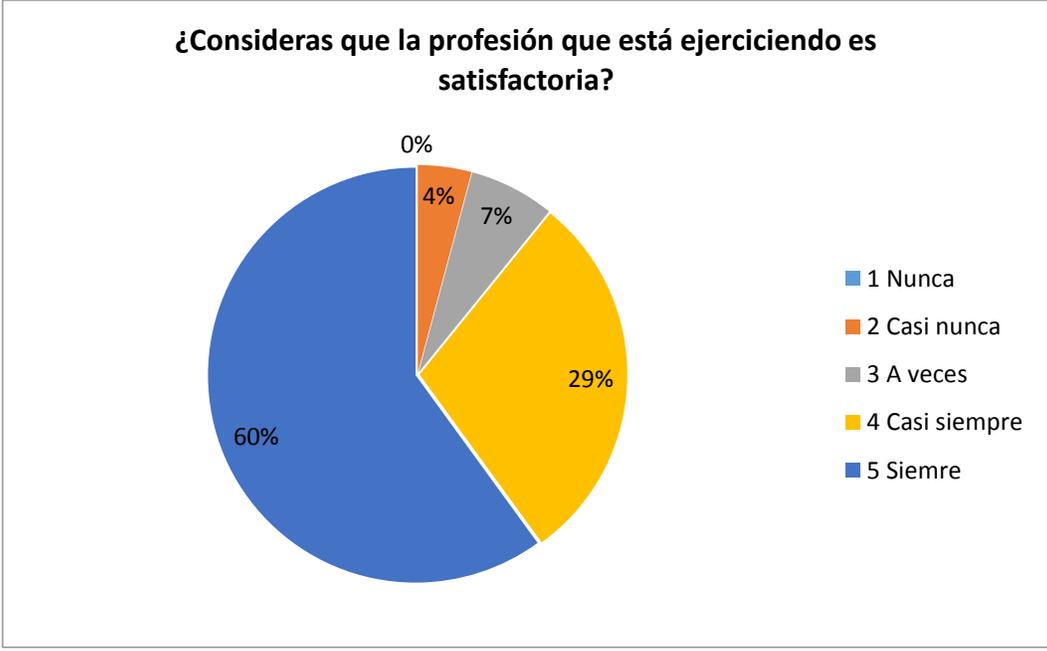
En entre los encuestados se encontró que 38% está entre la edad de 24 – 30 años seguidos, por 33% en el rango de 30 -36 años, un 7 % entre la edad de 36 – 42 años, un 2 % entre

las edades de 42- 48 y mayor a este 3 %. Del total de encuestados 61% se encuentra solteros, 23% casados y un 16 % en unión libre.

El total de encuestados el 33% vive con 1 a 2 personas, seguido por 32% 2 a 4 personas, el 18 % vive con 4 a 6 personas, 2% vive con más 6 personas y un 16% viven solos.

El 42% de los encuestados tienen experiencia entre 2 a 8 años de experiencia laboral, el 25% entre 8 a 14 años, el 24% menor a un año, 7% 14 a 20 años de experiencia y un 3% más de 20 años de experiencia.

Grafica 1.



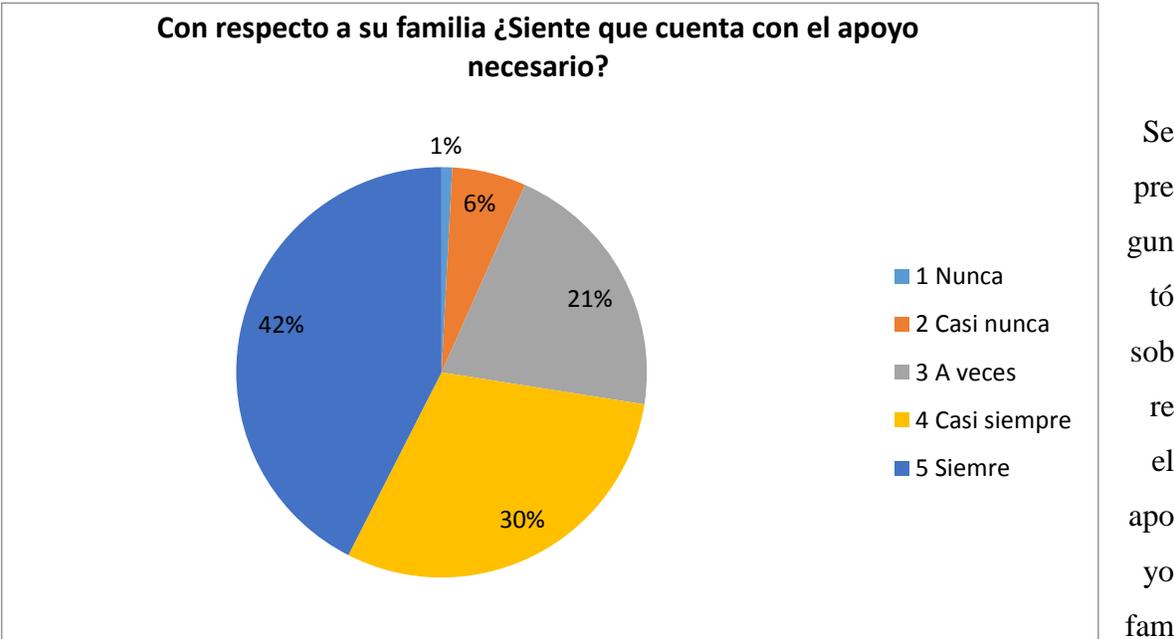
Se preguntó a los encuestados sobre la satisfacción de la profesión el 60% considera que siempre están satisfechos, el 29 % casi siempre, 7% a veces, 4% casi nunca se encuentra satisfecho con la profesión ejercida.

Como se puede observar en la gráfica el 60% y 29% de la muestra se encuentra satisfechos con la profesión que están ejerciendo, siendo de este modo un factor protector en la salud mental de los primeros respondientes.

El 7% de la muestra se encuentra en un punto medio en el que no se sienten satisfechos o insatisfechos por causas de inseguridad en la elección de la profesión correcta.

El 4% de la muestra se encuentran insatisfechos con la profesión que ejercen a causa de presión laboral, intensidad horaria y las relaciones entre compañeros, por cual motivo tienen factor de riesgo.

Grafica 2.



iliar, el 42% de los encuestados respondieron que siempre cuentan el apoyo de sus familias, 30% respondió que casi siempre cuenta con el apoyo de su familia, el 21% respondió a veces cuenta con el apoyo familiar, 6% casi no es apoyado por su familia y 1% nunca a ha sido apoyado por su familia.

La grafica muestra que el 42% y 30% de los encuestados cuenta con un apoyo familiar ante la presión del día a día de esta profesión, lo cual funciona como factor protector ante los riesgos.

El 21% de los encuestados no cuenta con un núcleo familiar estable

El 6% y 1% de la muestra no cuenta con un apoyo familiar, a causa de vivir solos o situaciones conflictivas intrafamiliares, siendo un factor de riesgo.

Grafica 3.

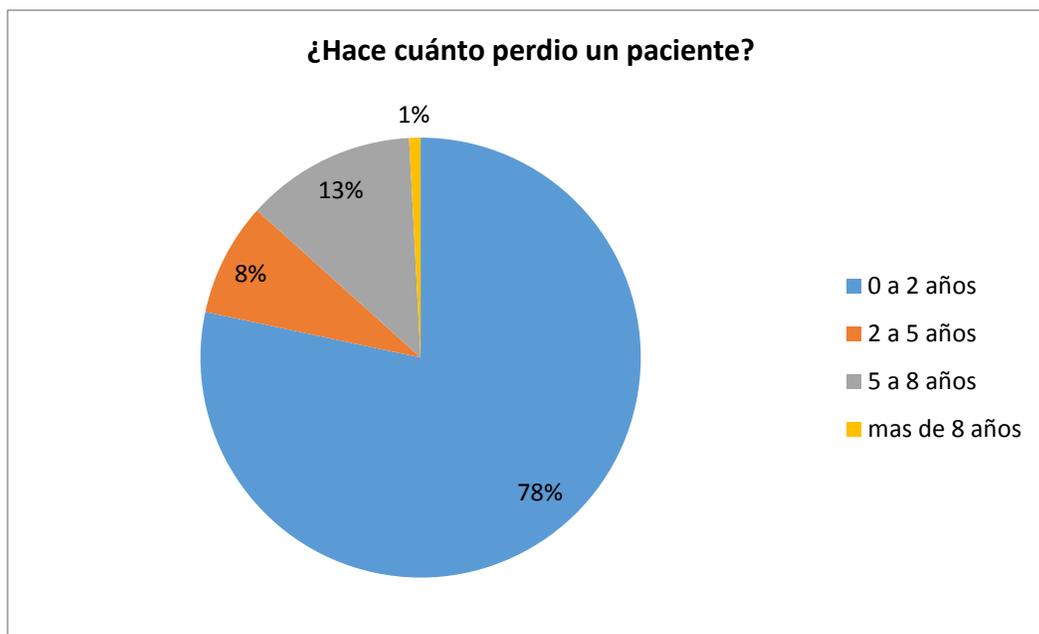


El 99% de los encuestados han perdido a un paciente durante la atención y 1 % no ha enfrentado la situación de la pérdida del paciente.

La profesión de atención prehospitalaria es un trabajo de constante enfrentamiento entre la vida y muerte.

El 1% no ha experimentado la pérdida de un paciente por poca experiencia laboral

Grafica 4.



El 78% a experimento la pérdida de un paciente en un periodo de tiempo de 0 a 2 años, el 13 % lo experimentado en un periodo de 5 a 8 años, el 8% ha experimentado la perdida en un paciente en un periodo de 2 a 5 años y el 1 % ha experimentado la situación en un periodo mayor a 8 años.

El 78% de los encuestados han experimentado la pérdida de un paciente en un periodo de 0 a 2 años, a causa de mortalidad y la alta accidentalidad de la ciudad de Medellín.

El 13% - 8% - 1% de los encuestados han experimentado la pérdida en un periodo de 2 a más 8 años, debido a que en algunas ocasiones el APH, le impacta unas perdidas más que otras.

Grafica 5.



También se les indago sobre hace cuánto tiempo ocurrió, el 37/% de los encuestados a veces piensa en la pérdida del paciente, el 26% casi nunca recuerda la situación, el 22%

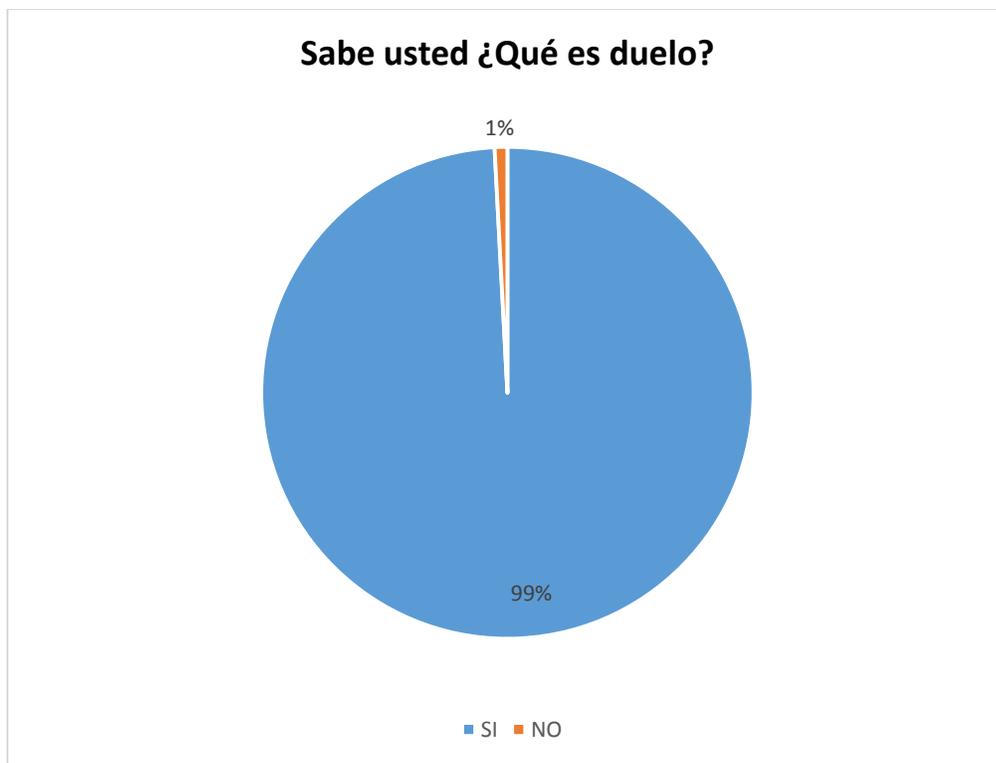
siempre tiene presente la pérdida del paciente, el 8% casi siempre piensa en la pérdida y un 8% nunca piensa en lo ocurrido.

El 8% y el 8% de los encuestados piensan en la pérdida de un paciente, debido a la simpatía, y al ambiente hostil que se presenta en la escena.

El 37% de los encuestados en algunas ocasiones piensan en el paciente y en otras existe poca sensibilidad.

El 26% y 22% de los encuestados no piensan en la situación porque la situación es tan traumática que no desean recordar o hablar de la situación.

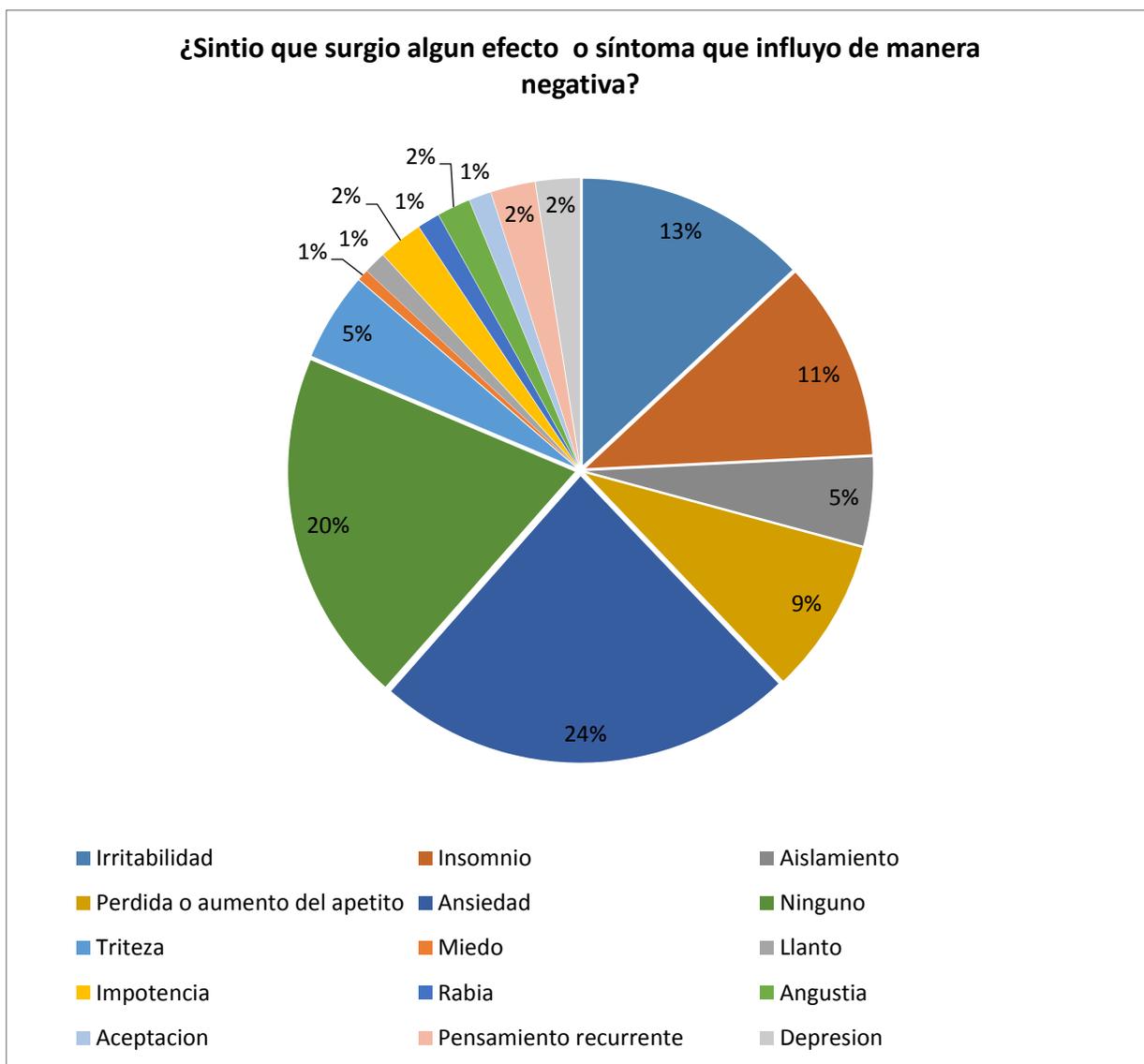
Grafica 6



El 99% de la muestra conoce que es el duelo, porque han sufrido la pérdida y por lo tanto han pasado por dicha etapa.

El 1% desconoce el concepto, no cuenta con el conocimiento sobre este suceso o no ha perdido ningún paciente.

Grafica 7



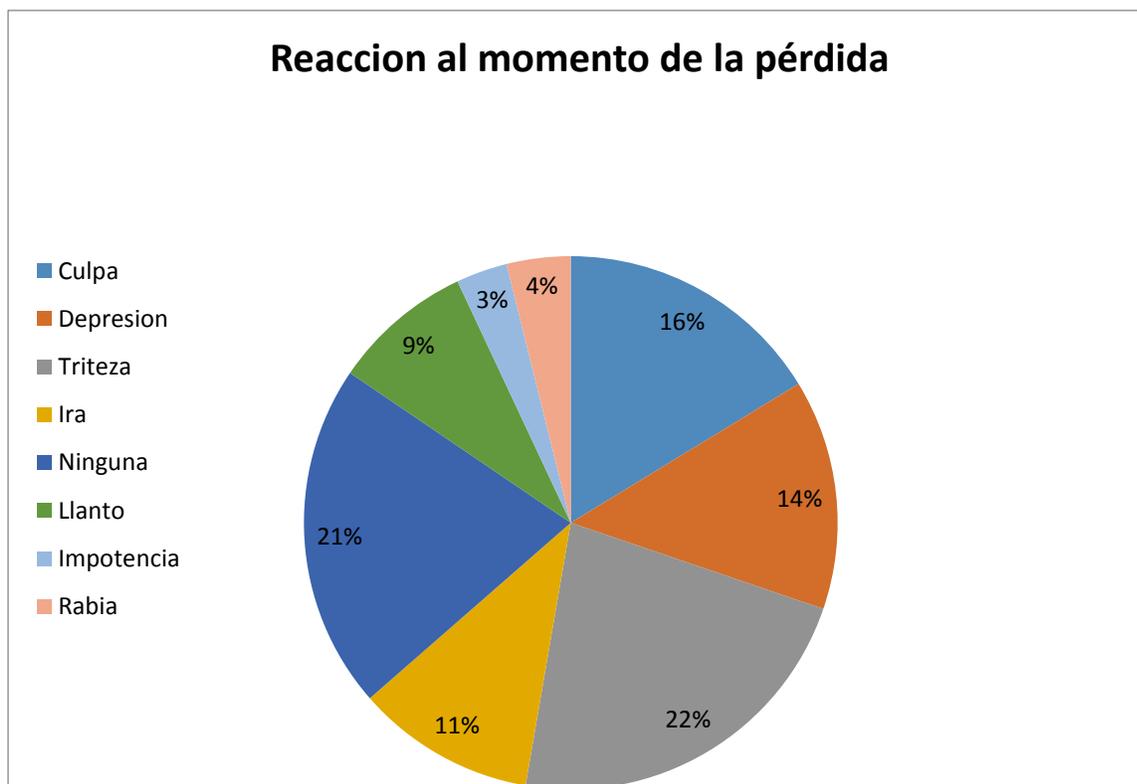
Durante el proceso de duelo el 24% expreso ansiedad, el 13% expreso irritabilidad, el 11% experimento insomnio, el 9% perdida o aumento del apetito, el 5% experimento tristeza, por otra parte otros efectos fueron el 20% no experimento ningún efecto negativo, el 5%

experimento tristeza, 2% sintió impotencia, 2% experimento pensamientos recurrentes, 2% experimentaron depresión, 2% experimentaron angustia, el 1% experimento miedo, el 1% rompió en llanto , el 1% experimento rabia y el 1% experimento aceptación .

El 80% de las personas que participaron en las encuestas experimentaron diferentes sentimientos negativos, debido a que el contacto directo con la patología del paciente el hacer todo lo posible para salvarle la vida y que este muera hace que se desencadenen muchas emociones, además el contacto con la familia del fallecido crea un ambiente más tenso.

Y el 20% no experimento ningún efecto negativo, puede ser porque tienen un factor protector de salud mental.

Grafica 8



El 22 % de los encuestados en el momento que ocurrió la pérdida sintieron tristeza, el 21 % al momento no sintieron nada, el 16% al momento de la pérdida sintieron culpa, el 14% sintieron depresión, el 11% sintió ira, el 9% rompió en llanto, el 4% sintió rabia y el 3% sintió impotencia.

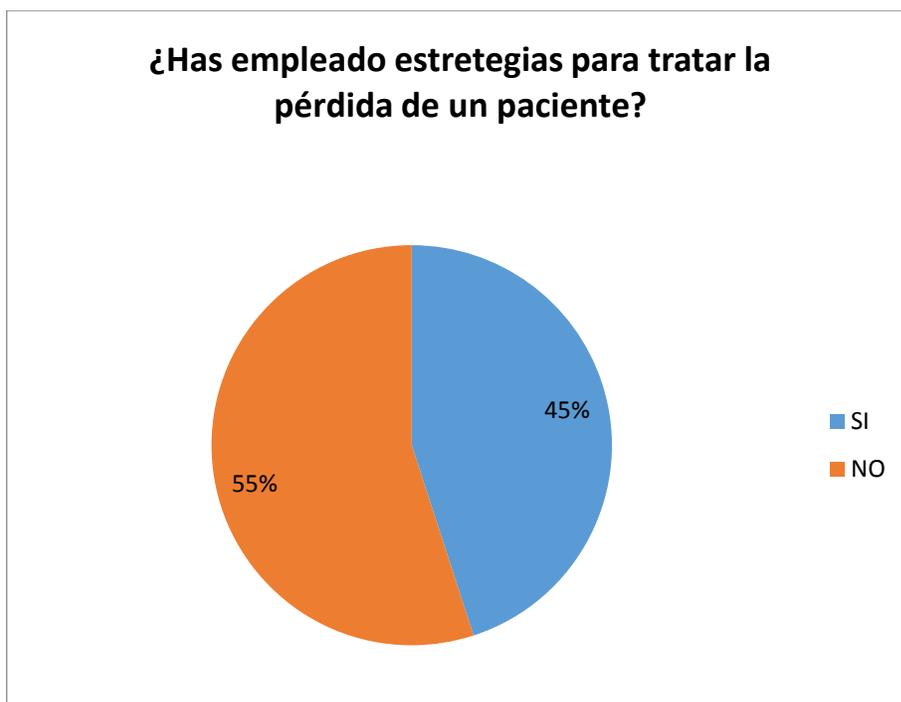
El 22% y el 9% de los encuestados tuvieron el sentimiento de tristeza, en vista de que es la primera reacción que causa la muerte de una persona.

El 21% de los participantes no sintieron nada a causa de la aceptación de la muerte o por que no se trata de personas cercanas a estas personas.

El 16% sintieron culpa, el 11% sintió ira ,el 4% sintió rabia y el 3% sintió impotencia puesto que llegan pensamientos de que se pudo hacer más por el paciente.

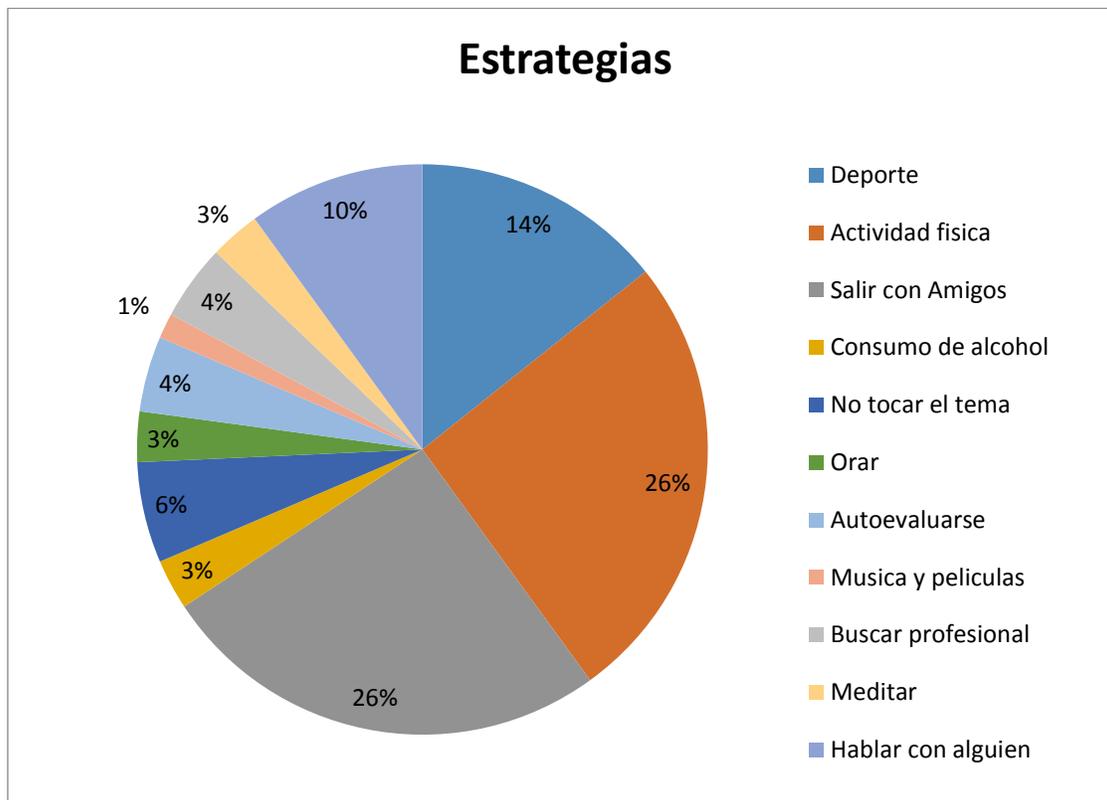
El 14% sintió depresión, porque les recuerda a alguien cercano, o la situación que se vivió fue impactante, puesto que casi todos los días piensan en lo sucedido.

Grafica 9



El 45% de los encuestados si han utilizado estrategias para afrontar la pérdida de un paciente y el 55% no utilizo estrategias,

Grafica 10

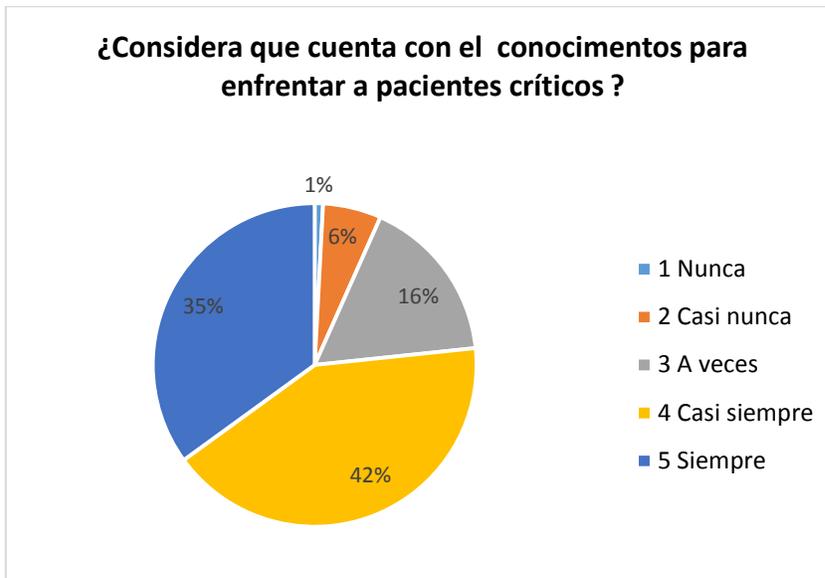


Las es estrategias que utilizaron el 26% practico actividad física, el 26% salió con amigos y conocidos, el 14% practico deporte, 3% practico el consumo de alcohol o sustancias psicoactivas, otras estrategias utilizadas por los encuestados fueron hablar con alguien utilizado por el 10%, no tocar el tema utilizada por el 6%, buscar ayuda de un profesional lo utilizo el 4% de los encuestados, la autoevaluación utilizado por el 4% mediar fue utilizado por el 3%, orar fue utilizado por 3% y ver películas y escuchar música fue utilizado por el 1%.

El 91% de los encuestados usaron técnicas y estrategias que son factores de protección y apoyo después de la pérdida de un paciente.

El 9% emplearon estrategias con factores negativos tanto para salud mental como para su salud física.

Grafica 11



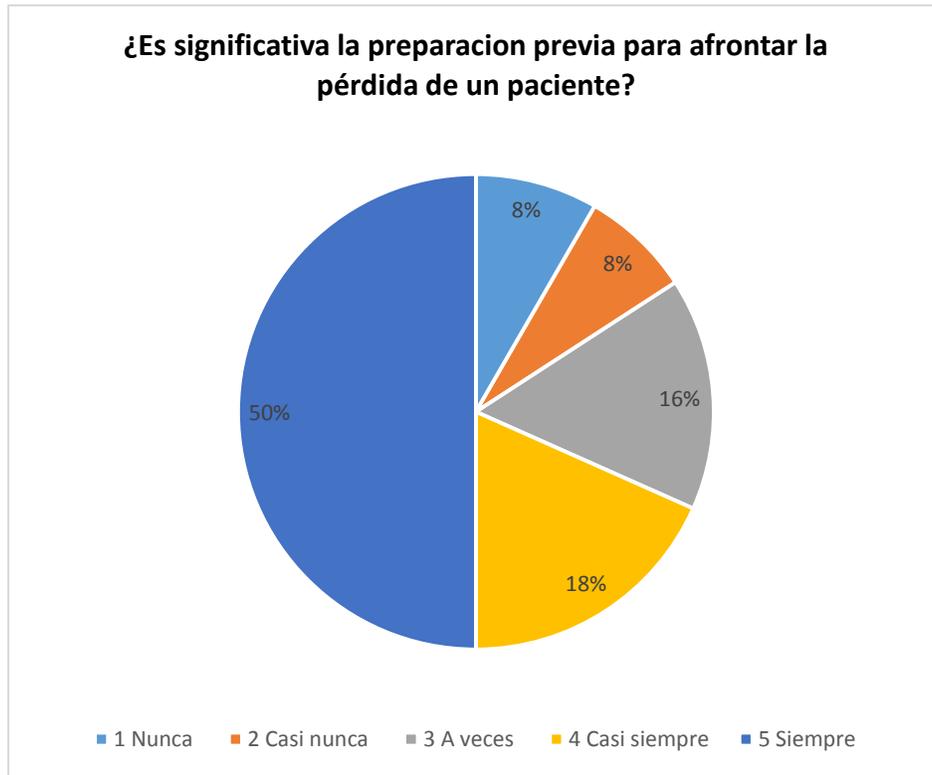
El 42% respondió casi siempre cuentan con los conocimientos, el 33% respondió siempre cuentan con los conocimientos, el 16% respondió a veces, se siente con los conocimientos necesarios, el 6% respondió casi nunca se siente con los conocimientos necesarios y 1% respondió nunca se siente con los conocimientos.

Del 42% y el 33% se sienten confiados y seguros de sus conocimientos a la hora de brindar la primera ayuda y alivio al paciente.

El 16% en algunos casos se sienten seguros de lo que saben y en otras dudan del conocimiento o tienen falencias en dichos temas.

El 6% y el 1% siente no contar con la preparación suficiente para afrontar este tipo de pacientes.

Grafica 12



Se preguntó a los encuestados si consideran importante la preparación previa para este de tipo de situaciones.

El 50% y el 18% de los encuestados consideran que es necesario la prevención y métodos que permitan un adecuado afrontamiento.

El 16% de los encuestados no considera tan significativa la preparación previa a causa de la costumbre.

El 8% y el 8% de los encuestados consideran de poca importancia el conocimiento de métodos y la prevención de la salud mental

Grafica 13



A la muestra se le realiza una pregunta abierta donde brindaron recomendaciones las cuales se agruparon según su similitud. El 28% recomendó la buscar una profesional, el 18% no brindaron ninguna recomendación, el 15% recomendó hablar con alguien cercano, el 9% seguir estudiando y ampliando conocimientos, el 9% concientizar al personal sobre la salud mental, el 8% recomendó buscar la tranquilidad, el 6% recomendó aceptar y olvidar, el 3% recomendó buscar a Dios y el 2% recomendó meditar y reflexionar.

4 CAPÍTULO 4: DISEÑO METODOLÓGICO

4.1 ALCANCE DEL PROYECTO

Se espera llegar a identificar algunas de las principales situaciones que generan estrés y algunas de las principales estrategias que permitan brindar una guía para el manejo, prevención y el mejoramiento de la resiliencia en los tecnólogos y tecnólogas en Atención Prehospitalarias, con el fin de disminuir los efectos negativos que puede traer a nivel físico y mental la constante aproximación a situaciones de alto estrés que se presentan diariamente en la ciudad de Medellín. Se realizara un modelo que se espera que pueda ser socializado y la gente fuera del gremio de la salud también pueda comenzar a emplearla. Se hará una identificación a partir de una encuesta en una población que constantemente está expuesta a situaciones de estrés.

4.2 METODOLOGÍA DEL PROYECTO

4.2.1 Tipo de investigación.

Cuantitativa: Sampieri dice que “una investigación cuantitativa damos por aludido al ámbito estadístico, es en esto en lo que se fundamenta dicho enfoque, en analizar una realidad objetiva a partir de mediciones numéricas y análisis estadísticos para determinar predicciones o patrones de comportamiento del fenómeno o problema planteado. Este enfoque utiliza la recolección de datos para comprobar hipótesis, que es importante señalar, se han planteado con antelación al proceso metodológico; con un enfoque cuantitativo se plantea un problema y preguntas concretas de lo cual se derivan las hipótesis. Otra de las características del enfoque cuantitativo es que se emplean experimentaciones y análisis de causa-efecto, también se debe resaltar que este tipo de investigación conlleva a un proceso secuencial y deductivo” (12). Por lo cual esta investigación cumple con

las características ya que se hace una investigación de los datos de forma numérica y se relaciona.

4.2.2 **Enfoque de investigación**

Proyecto de desarrollo: con la finalidad de mejorar la condición de vida del personal AHP, una población que se expone a constantes eventos traumáticos. Se diseñara una guía que ayudara al personal APH a afrontar tal situación se elaborara mediante las siguientes fases: revisar bibliografía existente en el país y en los países aledaños, elaborar una encuesta que determine la necesidad de la guía.

4.2.3 **Selección de la muestra**

Se empleó al personal egresado en la Tecnología en Atención Prehospitalaria (TAPH) que se encuentran vinculados como tales en diferentes sitios prestadores de servicio de primera respuesta en el municipio de Medellín, Antioquia, que tienen convenio con la Corporación Universitaria Adventista. Buscando que la población fuera más homogénea se seleccionó una entidad la cual es 123 Metrosalud una de las instituciones de la ciudad de Medellín que se ve enfrentada a mayor número de casos diariamente. La muestra seleccionada fue de 120 tecnólogos y tecnólogas en Atención Prehospitalaria que se encuentran vinculados en el 123 de Metrosalud, por su tipo de trabajo y la alta demanda de atención en la ciudad de Medellín genera una alta probabilidad de estar expuestas situaciones de alto estrés como es la pérdida de un paciente durante la atención.

4.2.4 Instrumento de recolección de información

Trespacios, Vázquez y Bello dicen que “las encuestas son instrumentos de investigación descriptiva que precisan identificar a priori las preguntas a realizar, las personas seleccionadas en una muestra representativa de la población, especificar las respuestas y determinar el método empleado para recoger la información que se vaya obteniendo” (13). La encuesta aplicada es un instrumento mixto.

4.3 PLAN DE TRABAJO

Tabla 4.0.1 Plan de trabajo

ACTIVIDAD	INICIO	FIN	RESPONSABLE
Búsqueda bibliográfica	Agosto	Septiembre	Felipe Gómez Daniel Ríos
Validación del instrumento	Julio	Julio	Felipe Gómez Paulina Ramírez
Aplicación de encuestas	Julio	Septiembre	Paulina Ramírez Daniel Ríos
Recolección de la información	Septiembre	Octubre	Felipe Gómez Paulina Ramírez
Diseño de la guía	Septiembre	Octubre	Felipe Gómez Paulina Ramírez Daniel Ríos
Análisis y tabulación de las estadísticas	Septiembre	Octubre	Paulina Ramírez Daniel Ríos
Interpretación de los resultados	Octubre	Octubre	Daniel Ríos

4.4 PRESUPUESTO

4.4.1 Financiero

Tabla 4.0.2 Financiamiento

CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR UNITARIO	TOTAL
130	Encuesta	100 \$	13.000 \$
130	Consentimientos	100 \$	13.000 \$
1 Caja	Lapiceros	300 \$	30.000 \$
	Internet	1.600 \$	
	Diseño - Guía	-----	50.000 \$
	Impresión - Guía	450 \$	120.000\$
	Transporte	2.200 \$	50.000\$
16	Asesorías	40.000 \$	640.000

4.4.2 Equipos

Tabla 4.0.3 Equipos

NOMBRE	TOTAL	
Computador	1	Propio
Celulares	3	Propio

5 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

En conclusión la salud mental en el entorno laboral de la atención prehospitalaria, no cuenta con el apoyo necesario, la falta de conocimiento en cuanto que hacer después de la pérdida de un paciente, esto lleva a que los primeros respondientes se sientan solos y busquen soluciones pocos favorables para su vida.

En consecuencia los empleadores no están involucrados en brindar recomendaciones y soluciones ante dicha problemática, dando como resultado, primeros respondientes sin estrategias y bases para hacer un afrontamiento de dicha situación.

Así la sensibilización y aceptación por parte de los primeros respondientes hace que estos enmascaren la realidad de sus sentimientos considerando que es normal y no necesitan una ayuda psicológica.

En estas situaciones las personas que llevan menos experiencia laboral son las que se ven altamente expuestas, en comparación de aquellas que llevan muchos años laborando, consideran que esto hace parte del diario vivir, y por lo tanto estiman que no se debe mezclar lo laboral con lo personal.

Por lo tanto no solo la pérdida de un paciente deteriora la salud mental del APH si no, los factores que ya existen antes de la pérdida, como lo son el síndrome de burnout, los riesgos psicosociales, que están directamente relacionados con el entorno laboral.

Se evidencio en las personas que participaron de la encuesta, que no cuentan con estrategias de afrontamiento para dichas situaciones, aunque tienen conocimiento de lo que es el duelo no están al tanto de como reconocer que están pasando por esta etapa. Por último la

mayoría de los encuestados cuentan con apoyo de su núcleo familiar, lo cual demuestra ser un factor protector a la hora de padecer la pérdida de un paciente.

5.2 RECOMENDACIONES

Los empleadores deben brindar capacitaciones a los servicios de primera respuesta a urgencias y emergencias de la ciudad de Medellín donde den a conocer métodos y estrategias para cuidar la salud mental de los primeros respondientes vinculados en la entidad.

Fomentar en la Universidad un programa de educación preventiva en cuanto a la salud mental y cuidado de la misma, ya que como Tecnólogos en Atención Prehospitalaria se ven expuestos día a día a situaciones traumáticas, las cuales pueden afectar emocionalmente y traer consigo desencadenantes negativos para el desarrollo de nuestra vida personal y profesional.

Profundizar y extender lo expuesto en el presente proyecto de investigación con el propósito de determinar más causas del deterioro de la salud mental en el personal de salud extra hospitalaria

Generar conciencia de la importancia de reconocer los factores de riesgos que pueden afectar al personal, así buscando ayuda profesional de forma oportuna.

Brindar charlas en las actividades académicas de la Corporación Universitaria Adventista a los estudiantes de Atención prehospitalaria sobre la importancia de la salud mental

6 BIBLIOGRAFÍA

1. Vigil NH GAPO. Alerta de Prehosp Emerg Care. 2018. 14: 1-6.
2. Abello Londoño ML. [Online].; 2019 [cited 2012 Marzo 30].
3. Organización mundial de la salud. [Online].; 2018 [cited 2019 septiembre 18. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>.
4. Garcia STGACLSMSB. El proceso del duelo. Un mecanismo para el manejo de las pérdidas emocionales. Revista de especialidades Médico-Quirúrgicos. 2008 enero-marzo; 13(1).
5. OMS. Organización mundial de la salud. [Online].; 2013 [cited 2019 agosto 15. Available from: https://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/.
6. National Institute of Mental Health. NIMH. [Online].; 2016 [cited 2019 julio 14. Available from: https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/trastorno-por-estres-posttraumatico/sqf-16-6388_156346.pdf.
7. Forbes Alvarez R. CEGESTI. [Online].; 2011 [cited 2019 agosto].
8. Cuidate. [Online].; 2015 [cited 2019 septiembre 18. Available from: <https://cuidateplus.marca.com/enfermedades/psiquiatricas/ansiedad.html>.
9. Royert CC. Minsalud. [Online].; 2018 [cited 2019 septiembre 19. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/boletin-conducta-suicida.pdf>.
10. Secretaria de salud. Salud capital. [Online].; 2019 [cited 2019 agosto 22. Available from: http://www.saludcapital.gov.co/DCRUE/Paginas/Atencion_Prehospitalaria.aspx.
11. Osorio Vigil. Primeros auxilios psicológicos. Revista de la asociación latinoamericana para la formación y enseñanza de la psicología. 2019 Septiembre- Diciembre; VII(21).
12. Sampieri. Metodología de la investigación. Cuarta ed.: McGraw-Hil; 2006.
13. Trespacios Gutierrez , Vazquez Casielles Rodolfo , Bello Acebron. Investigación de Mercados Thomson I, editor.; 2005.
14. Vigil NH GAPO. Alerta de Prehosp Emerg Care. 2018. 14: 1-6.
15. Ruiz Lorenzo A, Guerrero Angeles EA. Afectaciones psicológicas en personal de

- primera repuesta ¿trastorno por estrés postraumatico o estrés traumatico secundario? Revista Puertorriqueña de Psicología. 2017 Octubre; 28(2).
16. Millan Gonzales , Solano Medina N. Duelo, duelo patlogico y terapia interpersonal. Revista colombiana de psiquiatria. 2010; 39(2).
17. Marilyn BM. Scielo. [Online].; 1997 [cited 2019 Junio 24. Available from: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00151997000200017&Ing=en.
18. Langreo MC, Salas SC, Lopez AL, Vela MA. Scielo. [Online].; 2014 [cited 2019 Mayo 07. Available from: <http://dx.doi.org/10.4321/S0465-546X2014000100015>.
19. L. ALM. Lo psicosocial en la relacion al trabajo social. Medellin: Universidad de Antioquia ; 2007.
20. Jose SSM. Salud Mental y Desarrollo. Revista Medicina. 2017 Septiembre ;(118).
21. Houtman I, Kompier M. Enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo. In Salud mental. p. 5.2.
22. Garcia STGAC, L SSSMSB. El proceso del duelo. Un mecanismo humano para el manejo de las pérdidas emocionale. Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas. 2008 enero-marzo; 13(1).
23. Forbes Alvarez R. Cegesti. [Online].; 2011 [cited 2019 Julio 14. Available from: https://www.cegesti.org/exitoempresarial/publicaciones/publicacion_160_160811_es.pdf.
24. Correia da Silva A, de Souza Lopes C, Susser E, Rossi Menezes P. Depresion relacionada con el trabajo en personal de equipos de atencion primaria en Brasil. Panam Salud Publica. 2017.
25. Cardona Y, Montañó Villalba LE. Suicidio y transtorno mental. 2015 Agosto.
26. Organización Mundila de la Salud. [Online].; 2013 [cited 2019 Agosto 13. Available from: https://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/.
27. Organizacion Mundial de la Salud. [Online].; 2019 [cited 2019 Agosto 16. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>.
28. Oficina de Política Científica, Planificación y Comunicaciones. National Institute of

Mental Health. [Online].; 2016 [cited 2019 julio 07. Available from: https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/trastorno-por-estres-postraumatico/sqf-16-6388_156346.pdf.

29. Los hombres y la depresión. Instituto Nacional de la Salud Mental. 2017 Junio;(SQF17-5300).