

Universidad Iberoamericana

UNIBE



**Efectividad de las Técnicas Polivagal para la auto regulación del estado emocional
de los médicos de emergencias.**

Sustentante Ivonne Alexandra Vélez Cordero

Asesor (a)

Gloriannys Báez

Julio, 2020

Santo Domingo, República Dominicana. -

Efectividad de las Técnicas Polivagal para la auto regulación
del estado emocional de los médicos de emergencias.

Ivonne Alexandra Vélez Cordero

UNIBE - USAL

Nota de la Autora

La Correspondencia relativa a este artículo debe dirigirse a Ivonne Alexandra Vélez Cordero, Escuela de Graduados, Universidad Iberoamericana (UNIBE), Av. Francia No. 129, Gazcue, Santo Domingo, Rep. Dom. E-mail: ivonnevelezdecanela@hotmail.com

Resumen

El presente estudio buscó verificar si disminuía la intensidad de la ansiedad en médicos de emergencias, luego de participar de una intervención individual de modalidad online y presencial empleando técnicas basadas en la teoría Polivagal. La muestra del estudio estuvo compuesta por una participante, adulta, con residencia en La República Dominicana. Para medir los niveles de ansiedad y estrés se utilizaron las dos herramientas respectivamente, el Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) de los autores Spielberg, Gorsuch & Lushene (2015), y la Evaluación Global de Estrés Postraumático (EGEP-5) adaptada a los criterios del DSM-5 de los autores Crespo, Gómez & Soberón (2017). Además, se recopilaron datos cualitativos a través de una entrevista semiestructurada con preguntas abiertas y cerradas. Los datos demuestran una reducción importante de la intensidad de la ansiedad sentida por la participante MPCÍ tras la intervención, presentó una disminución de la ansiedad Estado de 15 puntos ordinales, ansiedad Rasgo disminución de 18 puntos ordinales. La participante no presentó diagnóstico de Estrés Postraumático. La participante aprendió a manejar su ansiedad en la sala de emergencias, logrando su disminución, observando su sistema nervioso, identificando su estado en la jerarquía del sistema nervioso, interpretando las señales que recoge su neurocepción, calmando su cuerpo, conectando compasivamente y sincronizando su respiración.

Palabras Claves: *Teoría polivagal, ansiedad, estrés postraumático, médicos, enfermeras, Covid-19, emergencia, autorregulación, intervención.*

Introducción

La práctica médica se pudiese considerar como una de las profesiones más satisfactorias a nivel personal, pues, se tiene la oportunidad de ayudar, aliviar dolencias físicas y salvar vidas. Al mismo tiempo puede convertirse en un oficio muy demandante y agotador a nivel laboral, lo que podría repercutir en el estado emocional y la salud física de quienes se toman la tarea de cuidar y sanar a los demás. Los médicos, en particular aquellos que tienen a su cargo las salas de emergencias y todo lo que esto conlleva, suelen enfrentarse diariamente a altos niveles de ansiedad y estrés (González, Miguel-Tobal, Cano & Iruarrizaga, 2004).

Se ha considerado que la ansiedad y el estrés son dos patologías mentales frecuentes en el personal que ofrece servicios en clínicas y hospitales (García, Azpiroz, De la Fuente, García Laso & González, 2007). El estrés postraumático en el personal de salud mental se manifiesta en la sobre activación fisiológica, los ataques de pánico, reexperimentación o evitación (González et al., 2004).

Se entiende como ansiedad y estrés postraumático a respuestas de carácter fisiológico, emocional, cognoscitivo y de carácter conductual ante una carga o situación que supera los recursos emocionales de cada persona. Estos mecanismos suelen ser pronunciados en personas cuyas labores los exponen a situaciones difíciles. (Wijn, van der Doef, 2020) Podría incluirse en esta cohorte al personal médico de emergencias, quienes trabajan entre 9 a 12 horas ininterrumpidas, en la mayoría de los casos. Dichos estresores se tornan más fuertes cuando se vive bajo la amenaza de alguna epidemia (Sarsosa-Prowesk & Charria-Ortiz, 2018).

Es por ello, que para el estudio se ha tomado en consideración el impacto que pudiese tener la pandemia Covid-19 en los centros hospitalarios y sus empleados. Estar

en primera línea de atención médica, en la que se existe la posibilidad de que se mueran muchas personas en corto tiempo y en el que se vive con alto riesgo de infección, afectación física y emocional a quienes ofrecen sus servicios en una clínica u hospital (Trujillo, 2020; Rodríguez, Medak, Baumann, Lim, Chinnock, Frazier y Cooper, 2020).

De cara a la pandemia Covid-19, el hecho de que el personal de salud carezca de los equipos médicos necesarios para salvaguardar su integridad física, evitar el contagio, el temor a infectar a sus familiares, así como la preocupación por la inestabilidad económica del país, son algunos de los estresores que aumentan la ansiedad y el estrés en médicos y enfermeras del área de emergencias, lo que, supondría un riesgo para salud mental (Moreno Millán, 2007; Porges, 2020; Shanafelt, Ripp & Trocket, 2020).

Al respecto, Gutiérrez, Cruz & Zaldivar (2020) aseguran que la seguridad psicológica del personal sanitario es condición indispensable para brindar cuidados a los enfermos. La responsabilidad de los médicos en el contexto de emergencia los hace más vulnerables desarrollar diferentes alteraciones en su salud mental o patologías (Álvarez, 2018; Zhu, Xu, Wang et. al., 2020), como la ansiedad, el estrés, depresión, insomnio, ira o temor (Lozano-Vargas, 2020).

Por todo lo antes expuesto, se ha considerado diseñar un programa de intervención psicoterapéutica a fin de disminuir los niveles de ansiedad y estrés postraumático, en caso de que los haya, en la población del Centro Médico de Punta Cana. Como base fundamental de esta propuesta, se han considerado utilizar las técnicas propuestas por la Teoría Polivagal.

La práctica polivagal es un modelo neurobiológico que explica como la crisis despierta respuestas de peligro, interrumpe la capacidad de regular la conducta y estados emocionales, interfiere con el optimismo y compromete la habilidad de creer y sentirse seguros con otras personas (Porges, 2020). Cuando se está ansioso por una situación

determinada o producto del estrés postraumático, la capacidad de dar respuesta, enfrentar situaciones o acompañar a otros con empatía, compasión y entendimiento, como en el caso de los médicos o enfermeras (Gerbarg, Brown, Streeter, Katzman & Vermani, 2019), se ve afectada por los estados emocionales alterados. Para disminuir los problemas mentales y emocionales, es necesario que el médico aprenda a regular la respuesta de alerta del sistema nervioso, de un modo tranquilo basado en el equilibrio autónomo simpático vago ideal para apoyar estas funciones prosociales de alto nivel (Flores & Porges, 2017; Porges, Domínguez, Rangel & Cruz, 2001).

Porges, Macellaio, McCue, Lewis, Harden, Handelman, Bazhenova y Heilman (2013) evaluaron los procesos subyacentes a dos síntomas: problemas en estado de regulación y déficits en el procesamiento auditivo, ambos asociados al diagnóstico del Síndrome de Autismo. Aunque estos síntomas fueron tratados en la literatura como no relacionados, cuando se informa por la Teoría Polivagal, estos pueden verse como las consecuencias predecibles de la regulación neural deprimida de un sistema de compromiso social integrado, en el que existe una baja regulación de las influencias neuronales del corazón (es decir, a través del nervio vago) y en los músculos del oído medio (es decir, a través de nervios craneales facial y trigémino).

En ese sentido, el propósito de esta investigación es comprobar si la intervención psicológica basada en las técnicas de la Teoría Polivagal es efectiva para la autorregulación de la ansiedad y los síntomas de estrés postraumático en los médicos de emergencias del Centro Médico Punta Cana.

De ser efectivo la aplicación del programa, entre los beneficios que podrían obtener los participantes se, destacan: una reducción en los niveles de ansiedad y estrés, lo que supondría, una mejoraría en su calidad de vida, y, por tanto, más motivación laboral y mejores relaciones interpersonales en el contexto de emergencias.

Método

Participantes

La muestra estuvo inicialmente conformada por 11 médicos de emergencias del Centro Médico Punta Cana, quienes expresaron que nunca habían recibido un apoyo emocional como médicos de emergencias y especialmente en tiempos actuales de la Pandemia COVID-19. Las edades de los participantes estaban comprendidas entre los 29 y los 40 años con una media de 31.700 ($DE= 3.773$). Siendo el 70% de los participantes de género femenino y el 30% masculino, el 20% de la muestra indicó estar infectado de Coronavirus. Otro 20% no participó porque fueron colocados en cesantía por la crisis económica que afecta al país, y, por ende, al hospital, por la Pandemia.

Considerando la rotación de turnos del personal médico en emergencias, los que estaban de servicio y aquellos que estaban en descanso en sus hogares, se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia y voluntario. Para la selección de los participantes se tomaron los siguientes criterios:

Criterios de Inclusión:

1. Firma de manera voluntaria del consentimiento informado.
2. Estar activo trabajando en el área de emergencias de un centro médico.
3. Tener edad entre 18 y 60 años.
4. Participar del programa asistiendo por lo menos a uno (1) de los dos (2) encuentros grupales, también participar en cuatro (4) intervenciones individuales previamente pautadas.

5. Completar las dos herramientas STAI (Spielberg, Gorsuch & Lushene, 2015), y el EGEP-5 (Crespo, Gómez & Soberón, 2017), antes y después de la intervención.

Criterio de Exclusión:

1. Que no firme el consentimiento informado.
2. Que sea médico de emergencias, pero no esté laborando activo, por cesantía laboral.
3. En caso de que la psicóloga investigadora detectara síntomas o trastorno de depresión mayor, ideación suicida, adicciones u otra patología que amerite un acompañamiento adicional de otro profesional de salud mental a quien deberá referir.
4. Si el participante asiste a menos de cuatro (4) intervenciones individuales, participe sólo en una o ninguna de los encuentros de psicoeducación, y no complete los instrumentos antes y después del proceso de intervención.

Instrumentos

Los instrumentos utilizados en fases antes y después del programa de intervención, la preprueba y posprueba fueron, el Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) de los autores Spielberg, Gorsuch & Lushene (2015), y la Evaluación Global de Estrés Postraumático (EGEP-5) adaptada a los criterios del DSM-5 de los autores Crespo, Gómez & Soberón (2017).

El STAI, Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo de los autores Spielberg, Gorsuch & Lushene (2015), es un instrumento de auto aplicación, que se completa individualmente, con escalas separadas de autoevaluación que miden dos conceptos independientes de la ansiedad, la ansiedad como Estado (E) y como Rasgo (R). La

ansiedad Rasgo (A/R) señala una relativamente estable propensión ansiosa por la que difieren los sujetos en su tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras y a elevar consecuentemente su ansiedad Estado (A/E).

El cuestionario tiene 20 ítems de cada escala (Estado y Rasgo), puntuados en 0-3 según su carga y dirección hacia la ansiedad: existen 10 elementos en A/E y 13 en A/R que son afirmativos de ansiedad y 10 y 7, respectivamente en A/E y A/R, negativos de la misma. Con la escala A/E el sujeto puede describir cómo se siente “en un momento en particular”, mientras que con la escala A/R, puede mostrar cómo se siente el sujeto “generalmente”. El ejemplar utilizado es autocorregible, basta con sumar las cantidades en cada una de las partes A/E y A/R, se trasladan esas sumas a los recuadros correspondientes para disponer de la puntuación directa. Las puntuaciones A/E y A/R pueden variar desde un mínimo de 0 puntos hasta un máximo de 60 puntos. Las puntuaciones A/E aumentan como respuesta a diferentes tipos de tensión y disminuyen como resultado de las técnicas de relajación. La fiabilidad tomada del manual es 0.72 en 1,157 personas de la muestra general. Tiene una duración de 15 minutos.

El EGEP-5, Evaluación Global de Estrés Postraumático adaptada a los criterios del DSM-5 de los autores Crespo, Gómez & Soberón (2017), es un cuestionario de evaluación global de la sintomatología postraumática en víctimas adultas de distintos tipos de acontecimientos traumáticos. Se compone de 58 ítems agrupados en 3 secciones que hacen referencia a: los acontecimientos traumáticos experimentados; la sintomatología postraumática según criterios DSM-5 y la presencia de alteraciones en el funcionamiento. Según los autores, la fiabilidad con una consistencia interna es de 0.71 en los ítems relativos a los síntomas disociativos en el formato de intensidad. Ítems que evalúan la presencia de alteraciones en el funcionamiento de los sujetos tienen un valor

de consistencia interna aceptable 0.73. El cuestionario tiene una duración de 30 minutos.

También se diseñó un cuestionario para la Entrevista Clínica que recogió datos demográficos, información acerca de sus preocupaciones en su rol de médicos de emergencias, y motivos de ansiedad en estos tiempos de Pandemia. Esta entrevista está basada la investigación de Shanafelt, Ripp & Trockel (2020).

Como técnicas de intervención, se utilizarán las propuestas por la teoría Polivagal, éstas son:

Tabla 2. Técnicas de la Teoría Polivagal

Técnica	Función
Mirada a través del lente polivagal usando la respiración diafragmática para tomar conciencia de su cuerpo, sentimientos y pensamientos	Calmar el cuerpo activando el nervio vagal Traer a conciencia la Neurocepción de las señales de seguridad, peligro y amenaza a la vida.
Traer a consciencia las respuestas del SNA	Interrumpir viejos patrones que movían al participante en descenso de la jerarquía autónoma y lejos de la Neurocepción de seguridad.
Explorar el SNA usando el Mapa de Perfil Personal	Explorar su experiencia del mundo desde los tres estados de activación: seguridad, peligro y amenaza a la vida, describiendo las respuestas del cuerpo, creencias, emociones y conductas.
Explorar el SNA usando el Mapa Detonantes y Destellos	Identificar momentos de activación y momentos de regulación. Moverse subiendo y bajando la escalera jerárquica para identificar momentos de cambio y consecuencias.

Mapa Regulación Recursos	Evaluar presencia o ausencia de recursos interpersonales e individuales para construir nuevos caminos de regulación.
Practicar identificar/notar donde se localiza en la escalera jerárquica del SNA y nombrar el estado	Traer curiosidad a lo que pueda aprender de su SNA en el momento. Reevaluar y remodelar la relación a una activación positiva.
Identificar y dibujar un objeto que le represente cada estado del SNA	Traer a conciencia la experiencia polivagal en la sala de emergencias.
Escribir una carta a la ansiedad que ha sentido en la sala de emergencias, con una mirada desde la experiencia polivagal.	Ventilación emocional, terapia narrativa.
Tonificar el SNA con respiración y sonidos: Respiración diafragmática, Respiración Ujjaji, Suspiros, ejercicios de dos respiraciones, visualización, explosiones vocales, saborear momentos de regulación.	Utilizar la respiración y sonido como recursos para practicar maneras de autorregularse, movilizándolo hacia el estado vago ventral.
Explorar la historia de Quietud conectando con momentos de asombro.	Explorar momentos de asombros para practicar moverse entre los estados.

Procedimiento

Se seleccionó el Centro Médico Punta Cana por ser un hospital de reconocimiento internacional, a quienes se le presentó el programa y manifestaron interés en ser parte del estudio. La institución médica otorgó por escrito el permiso de lugar para llevar a cabo la investigación. Luego se obtuvo la aprobación del Comité de Ética de UNIBE para el desarrollo de la presente investigación.

Los participantes fueron convocados vía mensaje por WhatsApp a la flota del hospital. En un primer intento, se enviaron en formato digital, por WhatsApp y correo electrónico los documentos: Consentimiento Informado, STAI (Spielberg, Gorsuch & Lushene, 2015), y la EGEP-5 (Crespo, Gómez & Soberón, 2017). Estos presentaron un problema técnico, se borraban las respuestas. Por lo que, tras agotar las posibilidades de reparar el formulario, se decidió llevar los documentos en formatos originales y dejarlos en el Hospital con la secretaria de Emergencias, para que cada participante los llenara manualmente. Esto dilató el proceso para iniciar las entrevistas. Tras confirmar los consentimientos aceptados, se empezó a llamar uno a uno a los participantes para la entrevista inicial y se creó un chat de grupo para anunciar los encuentros.

Se hicieron los encuentros de psico-educación con un solo grupo de 4 médicos quienes entraron a la reunión Zoom: solamente los médicos que estaban en sus casas en ese momento pudieron participar. Los demás médicos no entraron a la psicoeducación grupal por dos razones: mientras están en guardia médica es muy difícil se detengan hacer una reunión zoom.

El 20% de los participantes dejaron de formar parte de la investigación porque el hospital los sacó de servicio, razones desconocidas para la investigadora. Posteriormente, se realizaron encuentros individuales, con cambios de fechas. Los médicos dijeron

estaban trabajando con un personal muy limitado. Finalmente, se continuó con la participante MPC1, quien cumplió con los requisitos participando a los encuentros, se le aplicó los dos instrumentos STAI (Spielberg, Gorsuch & Lushene, 2015), y la EGEP-5 (Crespo, Gómez & Soberón, 2017). Los médicos expresan que el horario de trabajo ha sido muy intenso; necesitan dormir cuando no están en la sala de emergencias; son llamados a cirugía en horarios irregulares; dos médicos emergencias infectados por la COVID, dos conllevó cambios de las rotaciones periódicamente, eso es organizado internamente con el encargado de emergencias.

Resumen del Programa de Intervención:

El programa se apoya en estrategias fundamentadas en la teoría polivagal que amortiguan las reacciones adversas a través de portales de compromiso social que se generan para disminuir niveles de defensas y promover la calma y conectividad. Los objetivos del programa van dirigidos a que el participante ponga en práctica las actividades explorando los principios organizacionales de la teoría, la neurocepción, jerarquía y coregulación, para disminuir los niveles de ansiedad y síntomas de estrés postraumático.

Resultados y Discusión**I Análisis demográfico****Tabla 1. Datos Sociodemográficos.**

Categoría	Porcentaje
Sexo Femenino	70%
Sexo Masculino	30%
COVID-19 Positivo	20%
COVID-19 Negativo	80%
Estado Civil Soltero	100%
Con Pareja	30%
Sin Pareja	70%
Pareja Labora	60%
Pareja No labora	40%
Tiene hijos	10%
No tiene hijos	90%
Vive en casa paterna	50%
No vive en casa paterna	50%

De las 10 personas que componen la muestra inicial, el 70% es de género femenino, y el 30% de género masculino. Tienen un rango de 29 a 40 años, con un promedio de 32 años. El 30% tienen 29 años, 10% tienen 31 años, 10% tienen 32 años, 10% tienen 37 años, y 10% tienen 40 años.

El 100% se identifican como solteros. El 70% tiene pareja, el 30% restante no la tiene. De los participantes que tienen pareja ésta labora en un 60% y en el 40% restante la pareja no labora. El 90% no tiene hijos en este momento, solo el 10% los tiene.

El 30% de las participantes femeninas presentaron Ansiedad como Estado en niveles altos por encima de la media de mujeres. El 30% de la población femenina también presentó ansiedad como Rasgo niveles altos. El 100% de la población masculina registro Ansiedad como Estado y Ansiedad como Rasgo niveles bajos.

El 100% de los participantes que completaron el EGEP-5 no presentaron diagnóstico para el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT).

En esta investigación ocurrieron pérdidas de participantes de manera importante. Esto sucedió por diversas razones entre las que se encuentran: (a) El estudio inició con una muestra probable de 11 participantes, y solo 10 personas firmaron el consentimiento informado (b) Se retiraron de la investigación el 20% de médicos debido a que el hospital los colocó en cesantía laboral. (c) El 40% de médicos expresaron que se les hacía muy difícil cumplir con las citas. (d) Un 20% de los participantes se retiró porque se infectaron de COVID-19. (e) y el restante 10% no puedo asistir por los cambios de horarios de turnos repentinos, enviándolos a trabajar en cirugías o trabajar en planta (f) El horario de las sesiones era muy limitado para los participantes acceder a éstas.

En el hospital los médicos pasaron a trabajar 2 turnos de 8 horas en 24 horas, y un solo día libre dentro de los 15 días de guardia médica. Expresaron que, aunque su turno

haya acabado, nunca salían puntual de la emergencia por compromisos éticos con el paciente, lo que produjo que salieran después de la hora. Los médicos de emergencias, cuando no estaban trabajando en la unidad de emergencia tenían que dormir. Se quedó activa en la investigación el 10% de la muestra equivalente a una participante.

Para poder continuar con los encuentros individuales, la investigadora se desplazó al hospital en Punta Cana para tratar de trabajar con los médicos antes que entraran a sus turnos, o saliendo de éstos, con la importante limitación que daba el toque de queda, lo que provocaba el cierre del tránsito vehicular a las 5pm.

Finalmente, solo la participante MPC1 fue quién completó toda la estructura de la intervención, es decir las 2 sesiones de psicoeducación y las 4 sesiones programadas además completó las evaluaciones psicológicas tanto en la preprueba como en la posprueba. Con respecto a lo referido anteriormente se decidió presentar los hallazgos de esta participante con la metodología de estudio de caso.

II Resultados cuantitativos

La participante MPC1 en el test de STAI (Ansiedad, Estado-Rasgo) en la preprueba para la dimensión Estado, obtuvo un $M= 28$ y una $DE= 0.8$. Lo que significa que presenta ansiedad de estado afirmativo. En la dimensión Rasgo la participante puntuó en la preprueba una $M=43$ y una $DE=0.87$. Lo que quiere decir que tiene una ansiedad rasgo afirmativa.

Con respecto a la posprueba aplicada después de la intervención psicológica la participante MPC1 tuvo un puntaje en la dimensión de Estado con un $M=13$ y un $DE=0.65$. Con relación a la dimensión Rasgo la participante obtuvo una $M=25$ y un $DE=0.81$

En referencia al test Evaluación global del Estrés Postraumático EGP5 la participante no presenta diagnóstico de Estrés Postraumático.

Análisis de las diferencias de puntaje de la participante MPC1 antes y después de la intervención.

La participante, después de la intervención presentó una disminución de la ansiedad *Estado* de 15 puntos ordinales. Para la dimensión *Rasgo* obtuvo una disminución de 18 puntos ordinales. La eficacia de la intervención relativa a la técnica Polivagal fue buena porque la participante MPC1 bajo una cantidad importante en puntos ordinales, resultados que evidencian que el efecto de la intervención se califica buena.

Tabla. 2 Resultados de la ansiedad estado y rasgo

	Media
Ansiedad-Estado (preprueba)	28
Ansiedad-Estado (posprueba)	13
Ansiedad-Rasgo (preprueba)	43
Ansiedad-Rasgo (posprueba)	25

III Estudio de caso

Participante MPC1

III.1 Datos generales

La participante MPC1 es femenina, soltera, de 29 años, médico general que lleva 3 años laborando en emergencias de un hospital. Tiene un nivel económico medio-bajo, su residencia permanente está en Higüey, donde vive con su padre, madre y hermano menor. Expresa tener una relación armoniosa con su madre y hermano, pero conflictiva con su padre.

III.2 Motivo de la consulta

MPC1 expresó siente mucha ansiedad en la sala de emergencias. Le gusta su trabajo y lo disfruta. Dice necesita controlar su ansiedad, ya que es muy ansiosa. No tiene estrategias para controlarla, solo sabe manejar la ansiedad con el llanto.

Los problemas más acusados que presentó son preocupaciones excesivas, rumiación de pensamientos e irritabilidad ante comportamientos de otras personas, que no se ajustaban a sus expectativas. Estos problemas aparecían ante situaciones cotidianas que escapaban de su control en el hospital, entre los que se encuentran incertidumbre en el manejo de un virus que no se conoce, críticas y malentendido con los especialistas que entraban a sala de emergencias a ver a sus pacientes, así como mal manejo en la toma de decisiones de cuidadores de pacientes.

III.3 Historia familiar

MPC1 vive con su padre (54), madre (52), y con su hermano (16) en una casa localizada en una provincia diferente a donde está su hospital. Los ingresos familiares no han variado por la Pandemia.

Su padre es hipertenso y está pensionado. Su madre es asmática, actualmente mantiene un salario del gobierno. Ella personalmente es una persona sana. Le genera mucha ansiedad el miedo a que sus padres se infecten con el COVID-19.

MPC1 expresó que en estos tiempos del COVID-19, cuenta con su red de apoyo: su novio, su madre, su compañera de guardia médica y su jefa. No mantiene amistades fuera del hospital, debido a que no tiene tiempo.

III.4 Historia del problema actual

En el momento de la entrevista clínica dijo sentir nivel de ansiedad generalizado de 8 de 10 frente a un virus desconocido. En su experiencia laboral como médico de emergencias, en estos tiempos de la pandemia del COVID-19, se colocó en diferentes puntos de 0-10 de las escalas: Ansiedad = 7; Estrés psicológico = 6; Miedo = 9; Impotencia = 10. Dijo que el COVID-19 es una enfermedad que no se conoce, científicos están en el proceso de aprender a tratarlo.

En todo el tiempo de la pandemia le tocó atender 10 pacientes infectados con el COVID-19, sin fallecimientos. Sus familiares no han sido infectados con el virus, solamente dos compañeros médicos de emergencias. Su preocupación de infectar a los miembros de su familia por trabajar durante esta pandemia, le genera una ansiedad de nivel 10, ya que su madre es asmática.

Al conversar acerca de cómo su cuerpo respondió en este momento, con una risa nerviosa, se le invitó a reconocer sus síntomas de ansiedad y a tener compasión consigo misma en cómo su SNA está funcionando para ayudarla.

En cuanto al agotamiento físico, en su casa siente cero, pero en guardia en el hospital, siente un nivel 7. Al abordar con respecto de su tiempo libre, se lentificó el tono de voz, expresando un desgane porque ya no puede hacer las excursiones, playa y paseos que hacía antes de la Pandemia. La pandemia comenta la participante la ha hecho pensar en su realidad, debido a que la nueva realidad le exigió cambiar sus rutinas anteriores la ayudaban a regularse y enfrentar su trabajo, esto la moviliza a situarse en estado dorso-vagal.

Consideró que su hospital debería de tener más equipos de protección personal para protegerlos frente la exposición a la COVID-19, deberían de proveerles la mascarilla N95, en vez de la mascarilla quirúrgica.

La ansiedad generada por el tema alteró el ritmo de su habla, acelerando la rapidez en que se expresaba. En ocasiones se balanceaba su cuerpo hacia la cámara para enfatizar algunas palabras.

Expresiones entonadas con fuerza, referidas al COVID-19, tales como “La impotencia que siento”, “Ay no se ni cómo tratarlo”, “egoísmo, la inconsciencia, egoísmo de la gente”, “si sabes que estas positivo, y sales a exponerte tú y también arriesgas la vida del otro.”

Confía en el protocolo médico clínico completo, revisado y actualizado semanalmente basado en evidencia médica. Consideró que el hospital cuenta con suficientes equipos médicos cruciales para las emergencias. También tienen suficientes ventiladores para atender las emergencias actuales, pero si aumentan drásticamente las entradas de pacientes infectados, dice teme que no serían suficientes.

MPC1 dijo desconfía de las pruebas de diagnóstico de rápido acceso, confía mucho más en el protocolo clínico que ellos hacen al paciente. Siente que el hospital la

apoyaría en sus necesidades personales si desarrolla la infección. Expresa sentirse con mayor ansiedad asumiendo funciones clínicas nuevas desconocidas en el manejo de un virus desconocido, aunque no siente tener una carga ampliada en el cuidado de pacientes con COVID-19.

Manifiesta ha recibido de parte de su hospital acceso a buena información actualizada del COVID-19. Tiene buena comunicación con sus superiores, aunque expresa que hay especialistas que entran a la emergencia y atropellan en el trato al equipo de emergencias, eso le genera una gran impotencia por vivir tal injusticia. Expresa que realmente no hay estrés familiar, ellos confían en las medidas adecuadas que ella toma para no caer infectada

Para bajar los niveles de ansiedad, en su tiempo libre duerme, ve series de películas en Netflix, y habla por teléfono con su novio. En el hospital cuando está muy ansiosa, llora. Su supervisora la lleva a un lado a solas, y la ayuda a calmarse.

Describió la sala de emergencia como grande, con 16 camas en total, de las cuales 4 son usadas para aislamiento de pacientes infectados o con sospecha de COVID-19. Actualmente dijo estar en turno de guardia laborando 15 días corridos en el hospital, durmiendo en el hospital, y rotación de 15 días descanso. Tiene rotaciones cada 8 horas: en un tiempo de 24 horas agotó dos turnos de 8 horas.

MPC1 dice que cuando no están en emergencias, duermen. “Es agotante”. El hospital les provee una habitación satisfactoriamente cómoda para poder descansar. Sin embargo, al compartir una habitación con otras colegas dice que no logra descansar como en su casa, principalmente porque las tres que comparten la habitación tienen diferentes horarios, y las entradas y salidas interrumpen el sueño. En suma, la

habitación no tiene aire acondicionado, la temperatura aumentó por el verano y hace mucho calor.

Siempre camina a la habitación, y dice tener miedo de portar el virus y que se infecten sus colegas. MPC1 dijo que en emergencias fijo tienen dos médicos generales de 7am – 3pm; un médico general con un emergenciólogo de 3-11pm, y vuelven a dar servicio los de la mañana de 11pm -7am.

Tienen un descanso de 2 días entre esos 15 días como antes de la pandemia, porque ahora asignaron a todos turnarse, subir a dar servicio en planta a pacientes ingresados, uno de esos días con un horario de 8am-5pm, descansando de 5pm a 11pm para luego entrar a sala de emergencias de nuevo hasta las 7am. Antes de la pandemia, en sus dos turnos ella atendió hasta 35 pacientes en 24 horas, igual sus compañeros. Ahora cada uno recibe aproximadamente 16 pacientes al día, en los dos turnos diarios. También vivió momentos de mucha ansiedad, debido a que es un virus biológicamente muy peligroso.

En el cierre de la entrevista, expresa que anterior a esta atención psicológica no recibió apoyo psicológico para controlar la ansiedad. Al imaginar si la situación con el COVID-19 llegase a empeorar, su ansiedad podría aumentar moderadamente. Ella expresa que confía en Dios, y en que el clima tropical de nuestro país favorece a que el virus pierda fuerza. Expresó sentir mucha empatía en el encuentro, se desahogó expresando situaciones que ha vivido, que nunca se las había contado a nadie. La meta que quiere alcanzar con la intervención es poder controlar su ansiedad, dice es muy ansiosa.

Se sintió cómoda, dijo al finalizar que nunca había tenido un encuentro con un psicólogo, y que le escucharan su experiencia como médico con la COVID19. De

manera muy sincera comunicó que en su rol de medico de emergencias le genera ansiedad tratar con un virus nuevo que no se conoce. Con mucha seguridad y tono de voz asertivo dijo contar con un protocolo médico confiable.

Refiriéndose al programa, dijo, “sé que me ira bien en lo laboral, en la situación de emergencia, del estrés que yo este manejando”. También expresó “sé que lo voy a aprovechar me sentí en confianza con Usted, y sentí la empatía de contarle cosas que no le he contado ni a mi mejor amiga”.

III.5 Técnicas de recolección de datos e instrumentos.

Instrumentos

Los instrumentos utilizados en fases antes y después del programa de intervención fueron, el Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) de los autores Spielberg, Gorsuch & Lushene (2015), y la Evaluación Global de Estrés Postraumático (EGEP-5) adaptada a los criterios del DSM-5 de los autores Crespo, Gómez & Soberón (2017). En la fase inicial se utilizó una entrevista clínica con preguntas semiestructuradas.

El EGEP-5, Evaluación Global de Estrés Postraumático adaptada a los criterios del DSM-5 de los autores Crespo, Gómez & Soberón (2017), es un cuestionario de evaluación global de la sintomatología postraumática en víctimas adultas de distintos tipos de acontecimientos traumáticos.

Se diseñó un cuestionario para la Entrevista Clínica que recogió datos demográficos, información acerca de sus preocupaciones en su rol de médicos de emergencias, y motivos de ansiedad en estos tiempos de Pandemia. Esta entrevista está basada la investigación de Shanafelt, Ripp & Trockel (2020). La Entrevista semiestructurada creada por la investigadora tenía 15 preguntas abiertas y 27 preguntas cerradas.

De igual forma se llevó a cabo la técnica de observación participante. La investigadora registró los comportamientos de la participante, así como su narrativa con respecto a su ansiedad que contenía, pensamientos, sentimientos y experiencias, tanto durante la entrevista, como en la aplicación de instrumentos.

Las pruebas fueron entregadas a la secretaria de emergencias el día 4 de mayo, y retiradas por la investigadora el día 9 de mayo. Estas fueron: Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) de los autores Spielberg, Gorsuch & Lushene (2015), y la Evaluación Global de Estrés Postraumático (EGEP-5) adaptada a los criterios del DSM-5 de los autores Crespo, Gómez & Soberón (2017). La participante MPC1 comunicó las llenó el 7 de mayo y dijo fue fácil llenarlas en su tiempo libre de guardia.

La aplicación de la entrevista clínica con preguntas semiestructuradas se realizó por video llamada WhatsApp el día 12 de mayo, ella en el hospital.

III. 6 Formulación del Caso Clínico.

La participante MPC1 mantuvo un diálogo con la investigadora respondiendo de manera fluida, con tono de voz dispuesta y velocidad relativamente rápida.

A lo largo de la entrevista la participante MPC1 manifestó risitas nerviosas especialmente cuando exploraba sus experiencias trabajando en emergencias. Tiene un esquema cognitivo que asume que el mundo es peligroso, dijo: “No puedo lidiar con los especialistas. Nos atropellan. Lo que quiero es salir corriendo cuando los veo entrar.”

La participante piensa que es una persona vulnerable y desprotegida. Con respecto a las relaciones interpersonales las valora como caóticas. Por ejemplo, la última vez, cuando el especialista salió de la sala, MPC1 se desplomó en una camilla y cayó “sin fuerza.” Su sistema simpático se movilizó, colapsando en un estado dorso vagal. En relación a su futuro lo ve como incierto.

Con respecto a sus esquemas cognitivos, ella se percibe como incapaz para enfrentarse a los retos del mundo, lo que la hace sentir desvalida. La paciente comunicó “Mi mundo es injusto. Yo soy incapaz de protegerme.”

Sus patrones comportamentales estaban caracterizados por inhibición y falta de comunicación a lo largo de su desarrollo. Las distorsiones cognitivas identificadas en la situación actual fueron: generalización, lectura de mente, pensamiento catastrófico, abstracción selectiva y declaraciones deberías.

Se pudo evidenciar que utiliza la risa, el llanto y hablar por el teléfono con el novio como estrategias para manejar el estrés y adaptarse a las situaciones que percibe como ansiosas.

Con respecto al COVID-19 la participante para regularse y acomodarse utiliza las modalidades de distraerse por medio a hacer postres, dormir y hablar con su novio,

La participante MPC1 presentó síntomas de estrés agudo, según con los criterios diagnósticos del DSM V 308.3 (F43.0) MPC1 estuvo expuesta a situaciones de amenaza a su salud y la de otros. Además, ha sido testigo de experiencias traumatizantes en su trabajo en la unidad de emergencias, como por ejemplo amigos-colegas que se infectaron del COVID-19.

La participante desde el inicio de la pandemia presentó, estados ansiosos, afectación del sueño, ataque de pánico, sueños angustiosos relacionado con el COVID-19 y rumiación de pensamientos ansiosos. Además, mostró estado de ánimo negativo, como tristeza, irritabilidad e hipervigilancia La estrategia de afrontamiento principal fue la evitación. MPC1 evadía encontrarse con los especialistas que, según ella, la trataban mal en la sala de emergencias, lo que hacía que experimentara ansiedad en su cuerpo y

ganas de salir corriendo. Expresó tener problemas de concentración y respuestas de sobresalto exagerada, a través de asustarse fácilmente por cualquier ruido.

Se puede decir que la participante presentó además de los síntomas de estrés agudo, “V62.29 Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica relacionado con el empleo y problemas laborales”. De modo específico los horarios de trabajo estresantes, desacuerdo con otras personas del entorno laboral, los especialistas, y factores psicosociales del estrés relativos al trabajo de la unidad de emergencia y la pandemia COVID-19.

III.7 Programa de intervención psicoterapéutico para disminuir la ansiedad en médicos de emergencias, basados en la teoría polivagal.

En el programa de intervención basado en la teoría polivagal se trabaja con el cuerpo, las emociones y los pensamientos. A partir de lo expuesto anteriormente se consideró prioritario primero calmar el cuerpo y enfocar la intervención en conocer cómo reacciona su sistema nervioso autónomo. A su vez, se trabajó para que MPC1 pudiera identificar las señales de peligro que registra su proceso de neurocepción a partir de las situaciones dadas en la sala de emergencias. Igualmente traer a la conciencia los eventos que suceden debajo del radar de esta, para entonces generar una nueva narrativa basada en la realidad y no en esquemas disfuncionales de pensamientos.

III.7.1 Objetivos Terapéuticos

1. Identificar su estado en la jerarquía de su sistema nervioso autónomo, y donde están los demás (colegas y pacientes).
2. Identificar momentos de activación de los estados autónomos y momentos de regulación.

- a. Ilustrar sus experiencias del mundo desde los 3 estados de activación: seguridad, peligro y amenaza a la vida – detallando las respuestas, creencias, emociones y conductas del cuerpo.
 - b. Conocer las necesidades autónomas que tiene la participante en la sala de emergencias para identificar momentos de activación y momentos de regulación. Describir que cambios específicos se activan en dichos estados. específicos cambios de los estados? Reconocer los efectos y consecuencias de esos cambios.
3. Mirar a través del lente polivagal. Escuchar y reevaluar lo que recoge la neurocepción en el ambiente hospitalario para aumentar el tono ventro vagal activando el freno vagal.
4. Calmar el cuerpo, encontrar un espacio o refugio interno de calma en la sala de emergencias.
 - a. Responder la pregunta ¿Cómo encuentro mi camino a una regulación ventro vagal cuando estoy ansiosa? Identificar presencia o ausencia de recursos interpersonales e individuales, y reconocer el proceso de construir nuevos caminos de regulación.
5. Conexión compasiva. Conectar con las historias de ansiedad registradas en su sistema nervioso autónomo, con conciencia plena, con curiosidad y sin juzgar. Construir un mapa para explorar la conciencia autónoma a través de la visualización.
6. Sincronizar el sistema nervioso autónomo con la respiración y sonidos para disminuir niveles de intensidad de ansiedad.

III.7.2 Sesión 1: Psicoeducación I

En el primer encuentro de psicoeducación se informó acerca de la teoría polivagal. Se comenzó la sesión vía zoom saludando y preguntando qué le parecía el encuentro y qué pensaba del tema. La participante MPC1 dijo estaba un poco angustiada por la pandemia porque nunca había vivido con una experiencia tan estresante. Dijo que, en el hospital, al inicio de la pandemia la carga de trabajo había bajado, también ha recibido pacientes sospechosos de tener COVID.

Se compartió el primer PowerPoint que contenía: ¿Qué es la teoría polivagal?, los 3 principios que organizan la teoría: Jerarquía, Neurocepción, Coregulación. Además, la Escalera del Sistema Nervioso Autónomo; Estado Vago-Ventral, Estado Simpático y Estado Vago-Dorsal. Comportamiento de los 3 sistemas en la integración y bienestar; Patrones de conductas adaptativas versus desadaptativas; Freno Vagal; Homeostasis y equilibrio dinámico; la Neurocepción de la seguridad, el peligro, y colapso.

III.7.3 Sesión 2:

MPC1 dijo quiere aprender las estrategias para calmarse porque es muy ansiosa. Dialogó con investigadora acerca de sus estrategias de control de ansiedad que son: llorar, reír, salir de la sala de emergencias, aislarse y acostarse agotada en su cama. La participante identificó estrategias que ella utiliza para bajar niveles altos de ansiedad son llorar, y acostarse en la cama, como manera de evitar interactuar en su mundo. Ella recién terminó su turno en emergencias, e identificó su posición en la jerarquía de su sistema nervioso autónomo, en estado simpático en el momento de iniciar la intervención.

Se explicó a la paciente cómo las estrategias de autorregulación que empleaba mantenían al sistema nervioso en estados vago-dorsal o simpático. Se le explicó cómo

el sistema nervioso autónomo reacciona frente a las señales de peligro en el ambiente. La Pandemia COVID-19 es una crisis masiva que tiene una fase de impacto puntual y luego una fase de impacto crónica que se prolonga a lo largo del tiempo. Ha pasado a ser una crisis crónica porque ya tiene más de 3 meses. Es el efecto que tiene la pandemia sobre el SNA que dispara el sistema de alerta y esto hace que la neurocepción se mantenga recogiendo señales de peligro.

La participante MPC1 pudo interpretar el problema ahora con una mirada con lente polivagal, y sentirse motivada a afrontar su ansiedad, con la ayuda de la investigadora, se le presentaron los objetivos terapéuticos.

Se le explicó la técnica de la respiración diafragmática. Se le explicó el objetivo y beneficio, y se le entrenó en la técnica. A su vez, se le introdujo practicar el enraizamiento por medio de la conciencia plena. Esto la ayudó a anclarse en el momento y calmar su cuerpo. Luego se introdujo la respiración acompañada con visualización de imagen calmante.

Pudo mirar a través del lente polivagal, tomó conciencia de su neurocepción en el espacio presente. La experiencia con la respiración fue sumamente calmante, la participante se relajó en el sillón, al punto de que su posición corporal fue de un gran aflojamiento que era sostenida por el sillón. Al abrir los ojos, lo hizo lentamente, y expresó sentirse como si hubiese dormido profundamente por unos minutos.

Se le hizo una invitación a mirar dentro de sí misma. En su espacio interior, no recogió señales de peligro. Frente a la investigadora, también se sintió segura. Cuando se paró en la ventana del consultorio, para dar una mirada externa, a su comunidad y luego al mundo, dijo sintió mucho peligro, y dijo le afloró un sentimiento profundo de tristeza, porque “la gente no sabe la peligrosidad del virus.”

En el cuerpo, los brazos le pesaron y tuvo pensamientos de ver al mundo desorganizado, y sentimientos de impotencia. Se le pidió levantar los brazos abiertos, para abrazar al mundo, la comunidad y luego a ella misma, abrazando su tristeza. Luego se le guío para llevar sus manos al corazón y hacer un toque compasivo al corazón. Al finalizar dijo sentirse muy calmada, sintió una “buena energía” moverse por su cuerpo.

2.1 Mapa 1: Mapa del Perfil Personal.

El mapa es un formulario de trabajo que está constituido por los aspectos del sistema autónomo que la participante identifica y registra de modo cualitativo a partir de una estructura predefinida en el formulario.

En el Mapa alcanzó los objetivos de poder ilustrar sus experiencias del mundo desde los 3 estados de activación.

Normalmente está en estado simpático porque se mantiene muy activa en emergencias: el peligro del virus presenta una amenaza constante, un peligro que no se va. Se mantiene hipervigilante al movimiento de los pacientes en emergencias, con los estudios de imágenes y laboratorios, tiene que actuar rápido. Siente miedo a fallar, o a que se le muera un paciente. Las emociones que están muy presentes en ella son miedo y culpa. Aun cuando está descansando en su dormitorio del hospital, siente esa hipervigilancia a evitar contagio, tiene miedo a contagiar a sus compañeras médicos de emergencias también. No duerme la noche completa.

MPC1 dice acerca de su Estado Simpático:

- i. Se activa cuando tiene rumiación del pensamiento, cuando tiene que llamar a laboratorio para conseguir resultados urgentes, y también cuando le llega un paciente que lucha entre la vida y la muerte.

ii. Dice: “Yo soy ansiosa”.

iii. MPC1 expresa: “Mi mundo es un caos, es peligroso y demandante.”

MPC1 expresó acerca de su Estado Vago Dorsal:

iv. El SNA la coloca en estado dorso-vagal cuando está con ciertos especialistas que maltratan al personal de emergencias. Se siente condicionada así incluso, cuando ve los pacientes de esos especialistas entrar a emergencias. En su mente los llama el Team de la Muerte, que se descargan sobre el equipo de emergencias.

v. MPC1 expresa “Yo soy un problema y estoy muy cansada para pensar”

vi. “Mi Mundo es oscuro y vacío. Estoy sola.”

MPC1 expresó de su sistema Vago Ventral:

vii. Mi estado vago ventral se enciende cuando se lleva bien con otros emergenciólogos en la sala de emergencias. Sabe que hay mucha presión de trabajo, pero sabe que tiene el apoyo de los otros para salvar vidas.

viii. MPC1: “Yo soy capaz.”

ix. MPC1: “Mi Mundo es seguro.”

2.2 Mapa 2: Mapa de Detonantes y Destellos

a. MPC1 puso en práctica el nervio vagal

b. Identificar momentos de cambio de estado. Un detonante fuerte que activó su sistema simpático es cuando pensó en pérdidas, sintió un miedo a perder a una persona significativa o un paciente en el hospital.

Se orientó a la paciente en valorar en cada estado, si la respuesta que entrega es necesaria para su SNA. Con la posición en estado simpático, ella pudo pensar en lo

peor, recordó su duelo con su relación pareja de hace 5 años atrás, y dijo: “siente que muere si tiene una pérdida total de ilusión, no casarse no tener hijos”. Con estos pensamientos se colocó en estado dorso vagal, pudo sentir una idea de cómo se ha sentido estando colapsada.

Pudo encontrar pensamientos que le sirvieron, destellos, para movilizarse de un estado de colapso, de regreso a estado simpático. MPC1 dijo, “cuando dejo de vigilarlo en las redes, me separo de ese sufrimiento”. Continuó trabajando con otros destellos, y dijo que le sirve subir a un estado mejor cuando está compartiendo con sus amigas del trabajo, cuando hace viajes al interior del país y cuando se compra cosas para sí misma.

Se hizo un ejercicio de respiración con mentalización llamado “invitar el miedo a tomar un café”. A través de este ejercicio pudo observar el miedo con identidad masculina fuera de su cuerpo. Dijo que conversar con el miedo hizo que perdiera fuerza. MPC1 exploró los detonantes primero: experiencias estresantes, localizándolos en el mapa, y luego exploró los destellos como micro momentos de conexión. El cierre del ejercicio se trabajó con la respiración diafragmática.

MPC1 dijo, pudo verse en su rol de médico de emergencias, como una montaña rusa, subiendo y bajando la escalera del sistema autónomo. Nunca se había dado cuenta lo rápido que ella puede moverse de un estado a otro.

En su mirada hacia sus pacientes, sintió mucha compasión. Pudo conectar con lo mucho que la necesitan.

Las tareas terapéuticas marcadas fueron: iniciar hacer ejercicios físicos cuando permanezca de guardia en el hospital o se vaya a su casa. Iniciar práctica de conciencia plena, mirar con ojos de asombro. Respiración diafragmática en momentos puntuales y especialmente antes de dormir.

Escribir un mantra para los 3 espacios, que le ayude a calmar y traerlo a la próxima sesión. Ver video en YouTube: Deb Dana, A Polyvagal Approach to Covid 19

III.7.4 Sesión 3

Se inició el encuentro con la 2da Psicoeducación. En ese momento, se compartió diapositivas que contenían: Exploración autónoma de la neurocepción en el hospital; Diferencias entre percepción y neurocepción; Reciprocidad de las relaciones con el paciente; Hechos para conectar: Médico y Paciente; Detonantes de peligros y destellos de seguridad: Mapas de Recursos de regulación.

MPC1 compartió con investigadora las tareas. Su actitud fue de buena colaboración realizando todas las tareas terapéuticas que se le asignaron. Desconocía estrategias para relajarse y esto facilitó que ella las integrara en su vida cotidiana rápidamente.

Estuvo en su casa de descanso por dos semanas, correspondientes al tiempo libre que le asigna el hospital. Empezó a montar bicicleta en su casa, la de su hermano. Practicó la mirada de asombro y manifestó que la hace sentir bien, dijo “es como mirar por primera vez algo que ya he visto muchas veces.”. Dijo que está entrando a emergencias con una mirada nueva, con conciencia plena. Le gustó el video Deb Dana, A Polyvagal Approach to Covid 19. Lo entendió y pudo repasar los conceptos que ha estado viendo en terapia.

Su mantra para los 3 estados dijo es “Yo puedo.” La tarea era uno para cada estado, pero dijo que ese le funciona para los 3.

Practicó la respiración de resistencia de sonido, Ujjayi. Dijo que se da cuenta que a veces ella ha usado esa respiración cuando está bajo mucho estrés y tiene que controlar y calmarse frente al paciente.

3.1 Mapa de Regulación de Recursos

MPC1, encontró síntomas de estar en estado simpático cuando tiene taquicardia, sensación falta de aire y dolor de cabeza.

- Para salir por sí misma de este estado, le ayuda respirar con el diafragma, repetirse mantras e incluye un mantra nuevo “todo estará bien.”
- Para salir de este estado con la ayuda de otros funciona “pedir ayuda a los compañeros emergenciólogos”.

MPC1, reconoció síntomas de estar en estado vago dorsal cuando se tira en una camilla de la sala de emergencias, siente que no quiere que le hablen, ni la toquen, que la olviden.

- Sale por sí misma de este estado, llorando y hablando con colegas.
- Con la ayuda de los demás, sale de este estado. Especialmente con la ayuda de su supervisora, hablando. Los pacientes la ayudan a salir, le piden orientación, y ella sabe lo que debe hacer.
- MPC1, reconoce síntomas de estar en estado Vago ventral, cuando se ríe y disfruta reír. Cuando busca contacto con sus compañeras de trabajo. Está abierta a las experiencias con otros.
- Para mantenerse en Vago Ventral le ayudó comunicarse con su equipo de emergencias. De igual forma también le ayudó escuchar música, reír con colegas y pacientes. Aprendió a respirar y estar presente en el momento.
- Para mantenerse en este estado, le ayuda jugar juegos de mesa con colegas, ver películas y comprar comida para compartir.

MPC1 compartió al final que entendió que llorar era un mecanismo de regulación emocional que ha usado durante muchos años. También notó la importancia que para ella tiene su equipo de médicos que laboran con ella.

Se marcaron las tareas terapéuticas: Practicar STOP – Hacer pausas. Traer a conciencia la reacción del SNA, y valorar si esa es la reacción necesaria; escoger 3 objetos que representen cada estado de la respuesta SNA. Continuar con la respiración diafragmática y Ujjayi. Utilizar mantra en momentos que necesite.

III.7.5 Sesión 4

MPC1 compartió resultados de las tareas terapéuticas. Con el STOP-Hacer pausa, pudo controlar la reacción que antes le detonaban los especialistas. Se dio cuenta de que la reacción que ella tenía antes no era necesaria en esos momentos. Su supervisora lo notó y la felicitó. Dijo experimentó una notable disminución de episodios de irritabilidad, rumiación de pensamientos y querer huir de la sala de emergencias. Dijo que la activación fisiológica que antes sentía al ver a los especialistas ya no la percibe.

No pudo conseguir 3 objetos para traer a la intervención. La Investigadora le dijo que pensara los 3 objetos en ese momento identificados con los 3 estados del SNA. MPC1 señaló:

- Simpático: Televisión
- Dorso Vagal: Cama
- Vago Ventral: Bicicleta.

Compartió su experiencia de escoger los 3 objetos citados.

Estado Simpático: Televisión. Escogió la televisión para su estado simpático, porque cuando prende el televisor, siente que su sistema simpático se activa mucho más: las

noticias constantes de COVID la ponen más ansiosa. Dice que frena esa ansiedad con apagar el televisor. Con una mirada polivagal en la tv puede conectar con su cuerpo el aumento de ansiedad.

En el hospital detonantes de estado simpático son un paciente grave, trabajar con diferentes pacientes al mismo tiempo, cuando se cae el sistema de registro de información del hospital, o que se dañe el tomógrafo. Para activar el freno vagal, le ha dado resultado: la respiración diafragmática, y activar la conciencia plena en el momento cuando toca al paciente, y hacerse la pregunta “¿es necesario esta respuesta?” para tener dominio de su estado.

Estado Dorso Vagal: Cama: Para MPC1 la cama ha tomado un valor simbólico de “colapso total”. En la casa, en su dormitorio del hospital y en la camilla de la sala de emergencias, dice que colapsa. Ha llorado mucho en esas camas. Detonantes de activación dorso vagal. Por ejemplo: un paciente que le llega con un diagnóstico inconcluso; padres irresponsables que no toman las decisiones vitales necesarias como acompañantes del paciente.

Dijo ahora le otorga más importancia a la coregulación con otros. Utilizó el abrazo a una colega cuando le sucedió que le dieron de alta a un paciente que aún estaba bajo su responsabilidad. Dijo que su reacción inmediata fue un ataque de pánico, pero que pudo traer a conciencia una salida a la situación, y con la respiración se tranquilizó y buscó abrazar a alguien cerca.

Estado Vago Ventral: Bicicleta. MPC1 indica que se siente muy emocionada debido a que descubrió que los colegas emergenciólogos son su bicicleta en el hospital. Cuando entra a emergencias y los ve, le entra una sensación de seguridad, se siente un gran apoyo en el manejo del protocolo médico y se da cuenta que lo hace de manera

automática. Siente mucha empatía con sus colegas. Su bicicleta y su equipo de emergencias son como las experiencias abiertas a los sensoriales que ella ha estado teniendo cuando monta bicicleta.

MPC1 exploró con el cuerpo distintos estados. MPC1 expresó que le ha ayudado licitar los estados mirar con asombro. MPC1 registró movimientos en cada estado e investigadora los repitió. MPC1 pudo sentir en el cuerpo una tensión distinta en simpático y dorso vagal. Provocó un poco de risa el ejercicio.

Se marcaron tareas terapéuticas practicar respiraciones y explorar nuevas que surjan. Mantener los mantras activos. Escribir una carta dirigida a la ansiedad con una mirada polivagal.

III.7.6 Sesión 5

MPC1 compartió tareas terapéuticas. Dijo fue divertido jugar con la respiración, pero la que más le gustó en todo el programa es la diafragmática, y se sintió muy calmada después de practicarlas.

Dijo no pudo escribir la carta porque no encontró un momento de descanso para hacerlo. Fue más fácil jugar con la respiración. Solo pensar en el esfuerzo y atención que le tomaba hacer para escribir una carta pensada en ansiedad no le gustó, lo fue postponiendo para después.

La exhalación de suspiros se hizo caminando por el salón. Se movió de estado en estado, y dijo que los suspiros eran más fuertes para salir de dorso vagal.

IV. Discusión

Los resultados obtenidos demostraron que el programa de intervención para disminuir la ansiedad en el médico de emergencias fue efectivo para la participante MPC1. Se alcanzaron todos los objetivos terapéuticos.

La teoría polivagal sirvió de base para explicar una serie de estrategias empleadas en el programa de intervención que ayudaron a la participante MPC1 a ejercitar el freno del nervio vago, colocándose ella en diferentes estados, pudiendo analizar los pensamientos, sentimientos y sensaciones corporales que cada estado del sistema nervioso autónomo le representaba. Stephen Porges (2020) confirma que la teoría provee estrategias que amortiguan las reacciones adversas de peligro (por ejemplo, el estrés agudo).

Los recursos utilizados para que la participante pudiera exteriorizar sus pensamientos, mostraron ser efectivos, facilitándole la expresión de sus creencias centrales. La ilustración de sus experiencias del mundo desde los 3 estados de activación le permitió evaluar sus estrategias de afrontamiento. Al identificar esos momentos donde se activó o desactivó un estado, eje crucial que le permitió darse cuenta lo que estaba identificando su neurocepción y como el sistema nervioso autónomo estaba reaccionando.

Los mapas creados por Deb Dana (2018), utilizados en las sesiones, funcionaron en su objetivo, sirviéndole como esquema a la participante para emplear la terapia narrativa y exteriorizar sus experiencias de los 3 estados.

Aplicar el ejercicio de la compasión, el no juzgar junto con otros dirigidas a la reducción de la respuesta condicionada de ansiedad como: la respiración diafragmática, la parada de pensamiento, invitar el miedo a tomar un té, toque compasivo al corazón,

respiración Uyaji, permitieron que la participante aumentara los efectos positivos de la intervención.

La participante MPC1 expresó que logró la integración de nuevas rutinas en su vida cotidiana, por ejemplo, de hacer ejercicios físicos y practicar momentos de conciencia plena con ejercicios de respiración. Dijo que en su casa y en el trabajo la han felicitado y motivado a seguir haciendo todo lo que el programa de intervención le ha enseñado a realizar. Síntomas que mejoraron de manera notoria fueron: calidad de sueño, concentración, disminución de irritabilidad, afrontamiento positivo a situaciones de estrés en la sala de emergencias con pacientes y especialistas y calmar en cuerpo cuando lo necesita.

La mirada a través del lente polivagal, le facilitó traer a conciencia un cambio importante de las reacciones, que antes sucedían asentados en un esquema de pensamiento disfuncional, y ahora demostró empiezan a cambiar, posibilitando calmar el cuerpo y reducir los niveles de ansiedad.

Durante todo el programa de intervención la participante fue haciendo un análisis funcional, analizando y evaluando sus reacciones frente a diferentes situaciones estresantes desde una base cognitiva conductual. El valor de este programa fue llevar a la participante a utilizar recursos propios que fueron fácil acceder a ellos, presentados de una manera innovadora con un lenguaje diferente apoyada en la teoría polivagal.

La finalización del programa con la experiencia de la respiración en diferentes modalidades hizo un cierre armonioso y relajante para calmar el cuerpo. Durante todo el programa le sirvieron los ejercicios basados en la teoría polivagal. Aprendió aplicar estrategias que calman inmediatamente el cuerpo, que es lo que ella como médico de emergencias necesita en la sala de emergencias. Como bien señalaron Sullivan, Erb,

Scmalzi, Moonaz, Taylor y Porges (2018), este tipo de técnicas de relajación actúan sobre el sistema nervioso como base neuronal, que permite que el cuerpo haga una regulación del sistema.

Aunque expresó que como médico de emergencias no tiene tiempo para dedicar al paciente, de mirar más allá de la parte médica y de enseñarle estas estrategias de regulación a los pacientes, porque el encuentro con ellos es esencialmente para la atención de emergencias que requieren. Si pudo en sus visitas a pacientes ingresados en planta enseñar la respiración, pero recomendó se le enseñaran estos a las enfermeras que son quienes permanecen más tiempo con los pacientes ingresados en el hospital. Se recomienda trabajar programa con los otros médicos y enfermeras del hospital.

V. Conclusión

La técnica basada en la teoría polivagal para la autorregulación de la ansiedad en los médicos de emergencias demostró ser efectiva para la participante MPC1 ya que se demostró que ella pudo aprender las técnicas y auto manejarse con las mismas en la sala de emergencias. En este caso, la técnica demostró ser maravillosa y funcionó. La intervención demostró ser eficaz, permitiéndole a la participante MPC1 pasar de ser pasiva en el manejo de su ansiedad, a un médico de emergencias activa en su regulación emocional. El efecto de la intervención aplicada a la participante MPC1 fue grande, demostrada por una reducción importante en los puntos ordinales de su ansiedad estado y ansiedad rasgo.

Es una técnica que demostró ser importante y significativa pudiendo servir de ayuda para el participante médico de emergencias quien trabajó en tiempos de Pandemia COVID-19 en un Hospital. Se recomienda que para futuros estudios se amplíe la muestra para incluir médicos de emergencias, médicos de planta y enfermeras.

Referencias

Álvarez, E. (2018). *Influencia de la satisfacción laboral sobre la presencia de ansiedad y depresión en médicos internos y residentes: un estudio multicéntrico.*

(Licenciatura). Universidad Privada Antenor Orrego, Trujillo, Perú. Recuperado de: <http://repositorio.upao.edu.pe/handle/upaorep/4113>

Brooks, S., Webster, R., et al. (2020). *The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence.* Obtenido en [doi.org/10.1016/ S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)

Chen, Q. et al (2020). *Mental health care for medical staff in China during the COVID-19 outbreak.* Obtenido en [https://doi.org/10.1016/ S2215-0366\(20\)30078-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30078-X)

Crespo, M., Gómez, M., (2012) Sintomatología Postraumática y asociada en víctimas de distintos tipos de acontecimientos traumáticos. Obtenido en:

<https://doi.org/10.5944/ap.9.1.438>

García, M., Azpiroz, J., De la Fuente, Y., García Laso, M., & González, B. (2007). *La ansiedad en el personal sanitario. Enfermería En Cardiología*, (42-43), 41-45.

Obtenido en: <https://www.enfermeriaencardiologia.com/wp-content/uploads/4307.pdf>

Gerbarg, P., Brown, P., Streeter, Ch., Katzman, M., Vermani, M. (2020). *Breath Practices for Survivor and Caregiver Stress, Depression, and Post-traumatic Stress Disorder: Connection, Co-regulation, Compassion.* Obtenido en:

[https://doi.org/10.1016/ S2215-0366\(20\)30078-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30078-X)

Girolamo, G., Cerveri, G., Clerici, M., Monzani, E., Spinogatti, F., Starace, F., Tura, G., Vita, A. (2020). *Mental Health in the Coronavirus Disease 2019 Emergency, The Italian Response.* Obtenido de [doi:10.1001/jamapsychiatry.2020.1276](https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.1276)

- González, H., Miguel-Tobar, J., Cano, A., & Iruarrizaga, I. (2004). *Efectos de la exposición a eventos traumáticos en personal de emergencias: consecuencias psicopatológicas tras el atentado terrorista del 11-m en madrid. Ansiedad y Estrés*, (10 (2-3), 207-217. Recuperado de:
https://www.researchgate.net/profile/Antonio_Cano-Vindel/publication/230577088_Efectos_de_la_exposicion_a_eventos_traumaticos_en_personal_de_emergencias_consecuencias_psicopatologicas_tras_el_atentado_terrorista_del_11-en_Madrid/links/09e41501955a37f8a6000000/Efectos-de-la-exposicion-a-eventos-traumaticos-en-personal-de-emergencias-consecuencias-psicopatologicas-tras-el-atentado-terrorista-del-11-M-en-Madrid.pdf
- Gutiérrez, A., Cruz, A., Zaldivar, E. (2020). *Gestión de seguridad psicológica del personal sanitario en situaciones de emergencia por COVID-19 en el contexto hospitalario o de aislamiento*. Obtenido en <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.252>
- Lin, Y., Hu, Z., Alias, H., Wong, L. (2020). *Conocimientos, actitudes, impacto y ansiedad con respecto a la infección COVID-19 entre el público de China*. Obtenido en <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.00236>
- Lozano-Vargas, Antonio (2020). *Impacto de la epidemia del Coronavirus (COVID-19) en la salud mental del personal de salud y en la población general de China*. Obtenido en <http://dx.doi.org/10.20453/rnp.v83i1.3687>

Porges, S.W. (2020). *The Covid-19 Pandemic is a paradoxical challenge to our nervous system: a polyvagal perspective*. Revista Clinical Neuropsychiatry. Obtenido de doi.org/10.36131/CN20200220

Porges, S., Domínguez, B., Rangel, E., & Cruz, A. (2001). *La Teoría Polivagal y su papel en el tratamiento de los desórdenes de atención, regulación afectiva, comunicación social y agresión. Entendiendo los mecanismos del estrés postraumático*. Westminster, Colorado, Estados Unidos. Obtenido en: https://psicoterapiabilbao.es/wp-content/uploads/2015/11/teora_polivagal.pdf

Porges, S., Macellaio, M., Stanfill, S., McCue K., Lewis, G.F., Harden, E., Handelman, M., Denver, J., Bazhenova, O., Heilman K.J. (2013). *Arritmia sinusal respiratoria y procesamiento auditivo en el autismo: ¿Deficits modificables de un sistema integrado de compromiso social?* Chicago, Illinois, Estados Unidos. Obtenido en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3610863/pdf/nihms425959.pdf/?tool=BI>

Porges, Stephen (2017). *Optimizing the Social Engagement System in Prader-Willi Syndrome: Insights From the Polyvagal Theory*. Obtenido en: <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT03101826?id=NCT03101826&draw=2&rank=1&load=cart>

Sarsosa-Prowesk, K., & Charria-Ortiz, V. (2018). Estrés laboral en personal asistencial de cuatro instituciones de salud nivel III de Cali, Colombia. *Universidad Y Salud*, 20(1), 44 - 52. <https://doi.org/10.22267/rus.182001.108>

Shanafelt, T., Ripp, J. Trockel, M. (2020). *Understanding and Addressing Sources of Anxiety Among Health Care Professionals During the COVID-19 Pandemic.*

Obtenido de <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2764380>

Sullivan, M., Erb, M., Scmalzi, L., Moonaz, S., Taylor, J., y Porges, S. (2018). *Yoga Therapy and Polyvagal Theory: The Convergence of Traditional Wisdom and Contemporary Neuroscience for Self Regulation and Resilience.*

Obtenido de <https://doi.org/10.3389/fnhum.2018.00067>

Trujillo, Y. (2020). *Médicos, enfermeros y más trabajadores de hospitales sufren trastornos de sueño y ansiedad en la emergencia sanitaria.* El Comercio.

Obtenido de: <https://www.elcomercio.com/actualidad/personal-salud-trastornos-emergencia-sanitaria.html>

Wijn, A., van der Doef, M. (2020). Patient-related stressful situations and stress-related outcomes in emergency nurses: A cross-sectional study on the role of work factors and recovery during leisure time. Obtenido de:

<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103579>

Zhu, Z., Xu, Sh., Wang, H., et. Al. (2020). *COVID-19 in Wuhan: Immediate*

Psychological Impact on 5062 Health Workers. Obtenido en

https://www.researchgate.net/publication/340287938_Prevalence_and_Factors_Associated_with_Depression_and_Anxiety_of_Hospitalized_Patients_with_COVID-19

Anexos

Anexo A

Consentimiento Informado



Título: “Efectividad de las Técnicas Polivagal para la auto regulación del estado emocional de los médicos de emergencias.”

Por medio del presente documento, les informo que yo Ivonne Alexandra Vélez Cordero, portadora de la cédula de identidad 023-0092774-2, Psicóloga Clínica, soy la autora de esta investigación.

Esta investigación tiene como propósito aplicar un programa de intervención en crisis psicológica vía internet, apoyada en la intervención polivagal, para reducir los síntomas de estrés y ansiedad que el trabajo de emergencias puede producir en los médicos. Se quiere comprobar la efectividad de la intervención polivagal para reducirlos, medidos en dos fases: una fase antes y otra después de la intervención, con el instrumento de Evaluación General de Estrés Postraumático, EGEP-5.

Usted ha sido elegido para participar en esta investigación porque es Médico de Emergencias activo en el Centro Médico Punta Cana. Si acepta, se compromete a:

- Completar los 2 instrumentos en formato digital en línea antes y después del programa de intervención. Entre los dos instrumentos se miden niveles, estados y rasgos de ansiedad y estrés. Completar los dos instrumentos lleva un total de 45 minutos: Evaluación General del Estrés Postraumático-5 (EGEP-5) tiempo de aplicación 30 minutos; Instrumento Estado y Rasgo de Ansiedad (STAI), tiempo de aplicación 15 minutos.
- 4 encuentros individuales de 45 minutos cada uno, a realizarse 2 encuentros semanales en horario no laborables.
- 2 encuentros grupales de 45 minutos, a realizarse en tiempo no laborable.
- Se dispone de un total de 20 horas semanales abiertas para marcar las citas individuales y grupales: martes, viernes y sábados de 9am-1pm. Lunes, martes y jueves y viernes de 7pm – 9pm

Como participantes de esta investigación tienen las siguientes responsabilidades:

- Ser sincero en las respuestas de los instrumentos y en las intervenciones individuales y grupales.
- Respetar y ser compasivos con las opiniones y experiencias de los demás participantes.

- Mantener la experiencia de los demás participantes con estricta confidencialidad sin comentarlas fuera del grupo.
- Comprometerse, asistir y ser puntuales a los horarios pautados con la psicóloga investigadora para las intervenciones individuales y grupales.

Sus posibles beneficios como médicos participantes son:

- Reducir los niveles de ansiedad y estrés con la aplicación de las técnicas apoyadas por la teoría polivagal.
- De ser efectiva la aplicación, podrían mejorar su calidad de vida, mejorando los efectos psicológicos negativos que produce el impacto de la Cuarentena y miedo a infectarse con COVID-19.
- De ser efectiva la aplicación de las técnicas también aumentarían su motivación laboral, mejorar las relaciones interpersonales entre el equipo médico en el departamento de emergencias, y como consecuencia su ambiente laboral mejoraría también.
- Aprenderán técnicas que los ayudarán a auto regularse en situaciones de crisis.
- Aprenderán técnicas que reorganizan la capacidad de gestionar mejor el compromiso emocional.
- Aumentar su capacidad de ser resilientes, aprendiendo técnicas que los ayudarán adaptándose positivamente al estrés que les genera el aislamiento social y el miedo a contagiarse por COVID-19.
- Tendrán un espacio psicológicamente neutral, sin ser juzgados, donde poder hablar acerca de las demandas emocionales que les exige su trabajo en emergencias.
- Recibir un entrenamiento en el control automático de emociones negativas.
- Recibirán un certificado de participación siempre y asistiendo al menos 4 encuentros y completado los dos instrumentos EGEP-5 y STAI, antes y después del programa de intervención.

Para los participantes no existen riesgos asociados más allá de la intervención en formato grupal en cuanto a que su información y experiencias personales se expongan frente a otros participantes.

Si se encuentra que Usted tiene síntomas o trastorno de depresión mayor, ideación suicida, adicciones u otra patología que necesite llevar un tipo de tratamiento adicional procederé de la siguiente manera:

1- Yo me comprometo a comunicarle en el mismo momento o día, los resultados y presentarle la opción de continuar el proceso de intervención con un acompañamiento de otro profesional de salud mental, con la Dra. Ivelisse Lama, médico psiquiatra.

2- En caso de que decida rechazar la ayuda terapéutica adicional, firmará una de alta petición al acompañamiento psiquiátrico, preparado por mi persona, la cual será anexada en su carpeta de investigación. Al firmar de alta a petición decide no continuar dentro del programa para fines de investigación. El referimiento queda bajo estricta confidencialidad en todo momento.

En todo momento durante el transcurso de la investigación el participante puede retirar su participación de la investigación. Si decide no participar más, para salirse de la investigación bastará con escribirme un mensaje o llamarme al celular 849-456-2945. En ningún momento la decisión de no participar le afectará en su trabajo.

Al firmar este consentimiento informado confirmo he leído y aceptado el documento, mis responsabilidades, mis beneficios, mis posibles riesgos y acepto ser voluntario por decisión propia.

Fecha día-mes-año

Firma Participante

Anexo B.

Código Participante: MPC1

Entrevista Clínica para Médicos de Emergencias

Antes de iniciar, Dime qué nivel de ansiedad sientes, en este momento, en una escala de 0-10, siendo cero ausencias de ansiedad y 10 ansiedad crónica.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Edad:

¿Vives en la misma provincia donde esta tu hospital?

Ocupación:

¿Laboras en otros Centros de salud también? Si, No

¿Qué haces en tiempo libre?

¿Haces ejercicios? ¿Cuántas horas al día? ¿Horas semanales?

Estado Civil: Soltero(a), Casado(a), Divorciado(a), Unión libre, Viudo(a)

Acerca de su pareja actual: ¿Tienes pareja? Si No

Sexo:

¿Su pareja labora? No Si. ¿En caso de que su pareja trabaje, en área de salud, está en primera línea de atención o segunda?

Hijos: ¿Tienes Hijos(as)? Edades empezando de mayor a menor.

¿Tienes hijastros(as)? Edades empezando con el/la mayor.

¿Quienes viven en tu hogar, bajo mismo el techo?

Ingreso Familiar: ¿En estos momentos de cuarentena por el Covid, han variado los ingresos familiares? No Si. En caso de haber variado, describe como:

Motivo de consulta: cuales situaciones te gustaría que abordemos en las intervenciones individuales de apoyo psicológico:

Experiencia laboral en tiempos de Pandemia Covid-19.

Quiero que te detengas a pensar en tu experiencia como médico de emergencias en estos tiempos de Pandemia. Cuando piensas acerca del COVID-19, en cual punto de la escala sientes los siguientes:

- Ansiedad: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- Estrés psicológico: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- Miedo: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- Impotencia: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

¿Cuántos pacientes con COVID-19 has atendido en las últimas 2 semanas con el Virus en el país: (En total Sospechosos e Infectados)?

¿Cuántos pacientes has atendido, en las últimas 2 semanas, que:

- Sobrevivieron y se fueron a sus casas:
- Murieron en el hospital, o murieron una vez dado de alta o murieron tras ser referidos a otro centro:

¿Algún familiar o persona significativa ha sido infectado con COVID-19? No Sí. Los siguientes:

¿Dime que tanto te preocupa infectar a los miembros de tu familia por trabajar durante esta Pandemia del COVID-19? En una escala de 0-10, siendo cero ausencias de ansiedad y 10 presencia de ansiedad crónica.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

¿Cuál(es) miembro(s) de tu familia te preocupa que se enferme con el COVID-19?

Dime qué nivel de agotamiento físico sientes en una escala de 0-10, siendo cero ausencias de agotamiento y 10 agotamiento físico crónica.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

¿En tu opinión, consideras que tu hospital tiene suficientes equipos de protección personal para exponerte al coronavirus en el hospital y no infectarte? Si No

¿En tu opinión, consideres que tu hospital tiene suficientes equipos médicos cruciales para atender las emergencias en estos tiempos de Pandemia? Si No

¿En tu opinión, consideras que tu hospital tiene suficiente ventiladores para atender las emergencias? Si No

¿Tu opinión es importante, tu piensas que las pruebas diagnósticas son de rápido acceso y te fías de ellos, en caso de tu presentar síntomas? Si No

¿Tienes dudas sobre si CMPC te apoyaría en tus necesidades personales si desarrollas la infección? Si No

¿Asumir funciones clínicas nuevas o desconocidas en el manejo de un virus desconocido ha provocado en ti un aumento de ansiedad? Si No

¿Actualmente tienes una carga ampliada en el cuidado de pacientes con COVID-19? Si No

¿Sientes has tenido buen acceso a información reciente acerca del COVID-19? Si No

¿Hay buena comunicación entre tus supervisores y tú? Si No

¿Tienes dificultades para el cuidado de tus hijos durante las horas de trabajo y ante el cierre de escuelas?

¿Sientes apoyo a tus otras necesidades personales y familiares conformen aumentan las demandas de trabajo: stress familiar? Si No

¿Anterior a este apoyo psicológico, has recibido algún servicio de salud mental para controlar ansiedad, depresión o angustia psicológica? Si No

Se que es difícil imaginar el futuro, y que va a pasar, sin embargo, me gustaría que me dijeras que, si la situación con el Covid llegase a empeorar: ¿qué tanto esto podría aumentar tus niveles de ansiedad que tu sientes en estos momentos?

Nada Leve Moderada Grave Extrema