

EFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA BREVE PARA LA REDUCCIÓN DE ESTRÉS EN PERSONAL DE SALUD DURANTE EL CONTEXTO DE LA PANDEMIA COVID-19: UN ESTUDIO PILOTO

EFFECTIVENESS OF A BRIEF STRESS REDUCTION PROGRAM FOR HEALTH CARE PERSONNEL DURING THE COVID-19 PANDEMIC: A PILOT STUDY

Daniel Silva-Dominguez^{1,a}, Luisa Moreno-Valles^{1,a}, Isabel Huaranca- Berrocal^{1,a}, Ermes Manco Avila^{1,a,b}, Cynthia Torrejón Fernández^{1,a}

RESUMEN

Objetivo. Determinar la influencia de un programa breve de reducción del estrés en trabajadores de salud del Instituto Nacional Materno perinatal durante la pandemia COVID-19. **Materiales y Métodos.** Esta investigación corresponde a un estudio cuasi experimental, que consiste en la elaboración y aplicación de un programa breve de reducción del estrés en trabajadores del área de Puericultura del INMP. La población estuvo conformada por 45 trabajadores, 30 de ellas cumplieron con los criterios de inclusión para el estudio piloto, de las cuales se distribuyó, por conveniencia, una muestra de 15 participantes para el grupo experimental y 15 para el grupo control. Se aplicó la Escala de Depresión, ansiedad y estrés (Dass21) al inicio de la investigación y luego de concluir con el programa. Se realizó el análisis de frecuencias y porcentajes de la variable, análisis de ajuste de bondad a la curva normal, y pruebas T Student para muestras relacionadas ($p < 0.05$) pre y post test intragrupo con un nivel de confianza al 95%. **Resultados.** Se encontró diferencias significativas en el grupo experimental en sus medidas pre y post tratamiento respectivamente en las variables Estrés ($T=5.20$, $p < 0.001$, $D=0.742$, Dif medias=3.00); Ansiedad ($T=3.15$, $p < 0.007$, $D=0.414$, Dif medias=2.20) y Depresión ($T=3.97$, $p < 0.001$, $D=0.426$, Dif medias=3.97) reduciéndose las medias de dichas variables post aplicación del programa piloto. **Conclusión.** El programa breve para la reducción del estrés es efectivo para la reducción del estrés, a su vez debido a que en sus sesiones se entrenaron estrategias cognitivas conductuales para la mejora de la salud mental, se redujo, de forma secundaria, indicadores de ansiedad y depresión presentes en la muestra.

Palabras clave: Efectividad; programa; estrés; personal de salud; COVID-19 (Fuente: DeCS-BIREME).

ABSTRACT

Objective. To determine the influence of a brief stress reduction program in health workers of the National Maternal and Perinatal Institute during the COVID-19 pandemic. **Materials and Methods:** This research corresponds to a quasi-experimental study, which consist of the elaboration and application of a brief stress reduction program in workers of the Puericulture area of the INMP. The population consisted of 45 workers, 30 of whom complied with the inclusion criteria for the pilot study, from which a sample of 15 participants was distributed, by convenience, for the experimental group and 15 for the control group. The Depression, Anxiety and Stress Scale (Dass21) was applied at the beginning of the investigation and after concluding the program. The analysis of frequencies and percentages of the variable, analysis of adjusted goodness of fit to the normal curve, and Student's t-tests for correlated samples ($p < 0.05$) pre and post intragroup test with a confidence level of 95% were carried out. **Results:** Significant differences were found in the experimental group in their pre and post treatment measures respectively in the variables Stress ($T=5.20$, $p < 0.001$, $D=0.742$, Mean Dif=3.00); Anxiety ($T=3.15$, $p < 0.007$, $D=0.414$, Mean Dif=2.20) and Depression ($T=3.97$, $p < 0.001$, $D=0.426$, Mean Dif=3.97) reducing the averages of these variables after the application of the pilot program. **Conclusion:** The brief program for stress reduction is effective for stress reduction, and due to the fact that in its sessions cognitive behavioral strategies for the improvement of mental health were trained, indicators of anxiety and depression present in the sample were reduced in a secondary way.


Keywords: Effectiveness; program; stress; health personnel; COVID-19 (Source: MeSH-NLM).


¹ Instituto Nacional Materno Perinatal, Lima, Perú.


^a Licenciado en Psicología

^b Especialista en Psicología Clínica y de la Salud.

 **Código ORCID:** <https://orcid.org/0000-0001-8075-6489>, Daniel Silva Dominguez

 **Código ORCID:** <https://orcid.org/0000-0002-8990-4975>, Luisa Moreno Valles

 **Código ORCID:** <https://orcid.org/0000-0002-0792-0489>, Isabel Huaranca Berrocal

 **Código ORCID:** <https://orcid.org/0000-0002-6278-3915>, Ermes Manco Avila

Citar como: Silva Dominguez D, Moreno Valles L, Huaranca Berrocal I, Manco Avila E, Torrejon Fernandez C. Efectividad de un programa breve para la reducción de estrés en personal de salud durante el contexto de la pandemia COVID-19: Un estudio piloto. Rev Peru Investig Matern Perinat. 2021; 11(4): 11-18

DOI <https://doi.org/10.33421/inmp.2022304>

INTRODUCCIÓN

La pandemia COVID-19 ha modificado la forma de vivir en el mundo¹. Hoy en día, la manera en que las personas se relacionan, recrean, transportan y trabajan cambió², enfocándose prioritariamente en el cuidado de la salud³. Se tuvo que aprender y adaptar a nuevas estrategias sociales e individuales para la protección y cuidado referente al contagio ante la inminente propagación del virus SARS-CoV-2. La Organización mundial de la Salud⁴ creó directrices para el cuidado y autocuidado durante la pandemia en sus diferentes etapas, estandarizadas de forma específica en cada país por los ministerios de salud⁵, buscando reducir la rapidez de los contagios y el colapso de los centros hospitalarios² impactando en la comunidad al percibirse vulnerable³, más aún ante la exposición masiva de los medios de comunicación sobre las consecuencias del contagio, afectando la salud mental de la población⁶, con mayor prevalencia en los adultos mayores y en el personal de salud⁷, los cuales han estado expuestos física y mentalmente con el objetivo de frenar la propagación del virus y atender a la población de riesgo⁵.

Médicos, enfermeras, técnicos asistenciales, obstetras, psicólogos, entre otros profesionales, han desarrollado un papel importante en la atención integral a pacientes en las zonas de aislamiento, no obstante, esto ha generado cansancio y agotamiento, perjudicando su salud, más aun al observar el aumento de contagios y fallecimientos en sus colegas, familiares y amigos, impactando de forma significativa en trabajadores de áreas referidas a los cuidados intensivos⁸, oncológicos⁹ y cuidados materno-perinatales¹⁰, desarrollando cuadros de estrés post traumático ante el fallecimiento no solo de sus pacientes sino también de sus familiares¹¹. Si bien el porcentaje de partos y cesáreas disminuyó en las primeras olas de la pandemia¹², datos del Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP) registraron 15 mil 882 partos y 6 mil 867 cesáreas durante el 2020, se observó el aumento de indicadores de ansiedad¹⁰ y depresión⁸ asociados al estrés creciendo en los picos de contagio por la alta demanda de atenciones debido a la exposición directa de los trabajadores de salud³. De acuerdo con Lazarus y Folkman¹³, el estrés debe ser entendido como una respuesta fisiológica, cognitiva y social propia del proceso de adaptación ante entornos nuevos o de riesgo. La aceleración del corazón, aumento de la frecuencia de respiración, tensión muscular, dolor de corporal, sensaciones de presión en el pecho y la garganta, pérdida de sueño, sumado a pensamientos catastróficos en donde la persona no sabe cómo enfrentar dichos problemas son los síntomas más comunes, los cuales se acrecientan mediante una visión de desesperanza afectando de forma rápida y directa en la salud¹¹.

Estrategias como la reestructuración cognitiva¹⁴

relajación, habilidades sociales, expresión de emociones¹⁵, activación conductual¹⁶, inoculación al estrés y solución de problemas¹⁵ provenientes del modelo cognitivo conductual han demostrada eficacia en la reducción de dichos trastornos; por lo que es importante no solo una rápida intervención individual, sino también de la implementación de programas de intervención breves, grupales, con el objetivo de reducir dichos síntomas a mayor escala, mediante el entrenamiento de estas estrategias en contextos estresantes como lo refiere la OMS⁴.

Debido a lo mencionado, se ha elaborado un programa breve para la reducción del estrés con el fin de generar en los trabajadores del INMP herramientas para la comprensión, detención y afrontamiento del estrés durante la pandemia COVID-19, con el fin de reducir los niveles de estrés y el malestar emocional mediante estrategias cognitivo-conductuales. Por lo antes expuesto, se hace necesario indagar ¿de qué manera influye un programa breve de reducción del estrés en la salud mental del personal de salud del INMP?

MATERIALES Y METODOS

Tipo y diseño de estudio: Esta investigación es de tipo cuasi experimental donde la variable dependiente es el estrés y la variable independiente es el programa breve para la reducción de estrés aplicado en trabajadores de salud. Este estudio tiene como objetivo determinar la influencia de un programa breve de reducción del estrés en personal de salud del Instituto Nacional Materno Perinatal.

Población y muestra: La población estuvo conformada por 45 trabajadores asistenciales del Instituto Nacional Materno Perinatal que laboraron durante el contexto de la primera y segunda ola de la pandemia COVID-19 de forma presencial. Del total fueron tomados en cuenta 30 participantes quienes cumplieron con los criterios de inclusión y decidieron participar de la investigación de manera voluntaria confirmándolo mediante el llenado del consentimiento informado. Las participantes fueron evaluadas mediante la Escala de depresión, ansiedad y estrés (DASS21), para luego ser distribuidas por conveniencia, acorde a sus horarios por equipo de guardia (7 u 8 integrantes), en grupos experimental y grupo control, con el fin de realizar las comparaciones necesarias y medir la eficacia post realización del programa. Se tomó en cuenta, como criterio de inclusión los trabajadores del INMP que laboraron de forma presencial en el contexto de la primera y segunda ola de la pandemia que llenaron de forma adecuada y voluntaria el consentimiento informado y la escala DASS-21. La muestra de este programa piloto estuvo conformada por 15 trabajadores (mujeres pertenecientes a 2 equipos de guardia) en el grupo experimental (Media de edades=

45.73, Min=22, Max=68), quienes por solicitud de su servicio se les aplicó el programa ya que presentaron mayores indicadores de estrés; y 15 trabajadores (mujeres pertenecientes a 2 equipos de guardia) para el grupo control (Media de edades= 49.73, Min=26, Max=65).

Técnicas de recolección de datos y procesamiento de información:

Luego de Solicitar los permisos y coordinaciones necesarios con el Servicio de Psicología para la organización y programación de las sesiones, se inició el proceso de recolección de datos, para la cual se utilizó la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21) para obtener una primera medida, pretratamiento. La escala DASS-21 es un instrumento psicométrico creado en su versión original con un total de 42 ítems, reducida posteriormente a 21¹⁷, los cuales están distribuidos en tres dimensiones correspondiente a 7 ítems cada una, que analizan indicadores de Depresión, Ansiedad y Estrés respectivamente, esta escala cuenta con adecuados indicadores de validez y confiabilidad en diversos estudios en su versión en español. La Escala DASS-21 será utilizada de acorde a estudios psicométricos peruanos quienes reportan adecuados indicadores para su aplicación^{18, 19}. Luego de la aplicación del instrumento, pre tratamiento, se desarrolla la aplicación del programa, el cual estuvo conformado por 8 sesiones, entrenando una estrategia diferente en cada una de ellas; estas fueron aplicadas una vez por semanas con una duración aproximada de 50 minutos, enfocadas directamente al entrenamiento de estrategias para la reducción del estrés. La sesión 1 estuvo dirigida a entender la influencia del estrés en tiempo de pandemia y sus síntomas; la sesión 2 se enfocó en la importancia de estrategias de psicoeducación y el uso de la musicoterapia; la sesión 3 estuvo orientada al entrenamiento de técnicas de relajación y pausas activas; la sesión 4 tuvo como objetivo el reconocimiento y expresión de emociones; la sesión 5 se entrenó a las participantes en técnicas de reestructuración de pensamientos; la sesión 6 se enseñó el uso de la activación conductual; en la

sesión 7 se aplicaron técnicas referidas a la solución de problemas y toma de decisiones; y por último la sesión 8 estuvo orientada a la prevención de recaídas y retroalimentación de lo aprendido durante el programa. Luego de la finalización del programa breve, se aplicó nuevamente la escala DASS-21 a los participantes de ambos grupos para recolectar medidas post tratamiento y el inicio del análisis estadístico.

Para la elaboración de la base de datos se utilizaron los programas Microsoft Excel en su versión 2019, y el programa SPSS versión 23. Los resultados fueron analizados mediante los programas STATA versión 14.1 y Jamovi versión 2.2.5 donde se calculó medidas de tendencia central y de dispersión de las variables inicialmente. Posterior a estos datos se realizó comparaciones mediante el análisis de ajuste de bondad a la curva de normal y comparaciones para muestra relacionadas, con el fin de observar los indicadores de la variable dependiente, estrés, post aplicación de la variable independiente, midiendo la eficacia del programa breve de reducción para el estrés.

RESULTADOS

El desarrollo de las 8 sesiones se realizó durante noviembre 2021 y enero 2022, periodo de tiempo donde se inició el aumento de contagios de la tercera ola de la pandemia COVID - 19, las participantes pertenecientes al grupo experimental presentaron puntajes de Depresión, 5.67 (DE= 4.27); Ansiedad, 6.20 (DE=3.34), y Estrés 7.33 (DE=3.24), y el grupo control se observó puntajes de Depresión 4.00 (DE=2.39), Ansiedad, 3.60 (DE=1.80) y Estrés, 3.24 (DE=2.65) como se observa en la tabla 1 en sus medidas pre tratamiento. Respecto a sus medidas post tratamiento en la misma tabla se indica que el grupo experimental, luego del cierre del programa, presentó puntajes de Depresión, 3.87 (DE=4.14), Ansiedad, 4.00 (DE=2.10) y Estrés, 4.33 (DE=2.79), así como el grupo control mostró puntajes de Depresión, 4.27(DE=2.55), Ansiedad, 4.38 (DE=1.96) y Estrés, 6.53 (DE=2.33).

Tabla 1. Media y desviación estándar de Depresión, Ansiedad y Estrés de grupos experimental y control

| Factores | Escala | PRE-TEST | | | | POST-TEST | | | |
|-----------|--------|---------------------|------|----------------|------|---------------------|------|----------------|------|
| | | Experimental (N=15) | | Control (N=15) | | Experimental (N=15) | | Control (N=15) | |
| DASS 21 | | M | DE | M | DE | M | DE | M | DE |
| Estrés | | 7.33(2-12) | 3.24 | 6.00(2-10) | 2.65 | 4.33(0-9) | 2.79 | 6.53(2-10) | 2.33 |
| Ansiedad | | 6.20(0-12) | 3.24 | 3.60(0-6) | 1.80 | 4.00(1-9) | 2.10 | 4.38(1-7) | 1.96 |
| Depresión | | 5.67(1-18) | 4.27 | 4.00(0-12) | 2.39 | 3.87(0-15) | 4.14 | 4.27(0-9) | 2.55 |

Luego de analizar el ajuste a la curva normal de las diferentes variables pre y post test, donde todas mostraron valores superiores a 0.05 (Pre test grupo experimental Estrés, $p=0.143$; Ansiedad, $p=0.671$, y Depresión, $p=0.107$; Control Estrés, $p=0.329$; Ansiedad, $p=0.104$, y Depresión, $p=0.820$; Post test Grupo experimental Estrés, $p=0.402$; Ansiedad, $p=0.273$; y Depresión, $p=0.109$; Grupo control Estrés, $p=0.744$; Ansiedad, $p=0.163$, y Depresión, $p=0.739$) se determinó el uso de análisis paramétricos para la comparación de medias para muestras relacionadas mediante la T-Student para muestras relacionadas.

Como se observa en la tabla 2, se realizó el análisis de diferencias significativas intragrupo respecto a los grupos

experimental y control respectivamente, de acuerdo con sus medidas pre y post tratamiento. El grupo experimental mostró diferencias significativas en las variables Estrés ($T=5.20$, $p<0.001$, $D=0.742$, Dif medias=3.00); Ansiedad ($T=3.15$, $p<0.007$, $D=0.414$, Dif medias=2.20) y Depresión ($T=3.97$, $p<0.001$, $D=0.426$, Dif medias=3.97) reduciéndose las medidas post aplicación del programa. Así mismo se encontró diferencias significativas en el grupo control en las variables Estrés ($T=-3.23$, $p<0.006$, $D=0.833$, Dif medias=-0.53); Ansiedad ($T=-2.26$, $p<0.041$, $D=0.583$, Dif medias=-2.26) y Depresión ($T=-3.06$, $p<0.009$, $D=0.789$, Dif medias=-3.06), aumentando sus medidas luego de la aplicación de las sesiones del grupo experimental, como se puede observar de manera específica en las Figuras 1, 2 y 3.

Tabla 2. Análisis de diferencias significativas pre y post tratamiento de grupos experimental y control.

| Grupo | Variable | Dif. Medias | T-Student | DF | P | D de Cohen |
|--------------|-----------|-------------|-----------|----|-------|------------|
| Experimental | Estrés | 3.00 | 5.20 | 14 | <.001 | 0.742 |
| | Ansiedad | 2.20 | 3.15 | 14 | 0.007 | <.001 |
| | Depresión | 1.80 | 3.97 | 14 | 0.001 | <.001 |
| Control | Estrés | -0.53 | -3.23 | 14 | 0.006 | <.001 |
| | Ansiedad | -0.78 | -2.26 | 14 | 0.041 | <.001 |
| | Depresión | -0.27 | -3.06 | 14 | 0.009 | <.001 |

Dif. Medias: Diferencias de medias pretest y post test; T: T Student para muestras relacionadas, D de Cohen: Tamaño del efecto, DF: grado de libertad, y P: significación (<0.05)

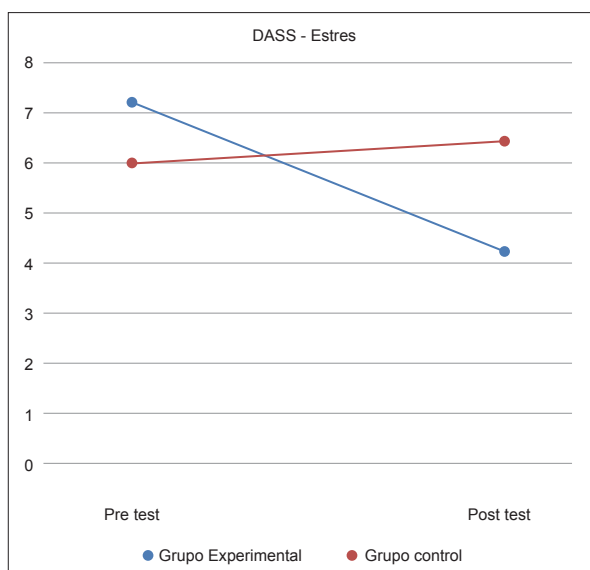


Figura 1. Medias de Estrés de grupos experimental y control pre y post test.

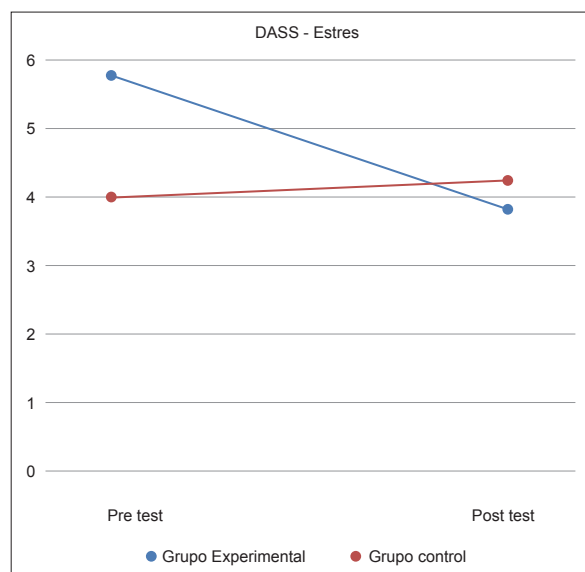


Figura 2. Medias de Depresión de grupos experimental y control pre y post test.

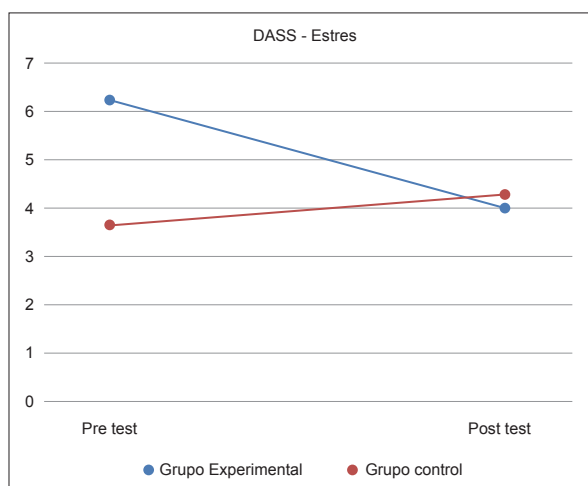


Figura 3. Medias de Ansiedad de grupos experimental y control pre y post test.

DISCUSIÓN

Sin lugar a duda, el personal de salud presente desde el inicio de la pandemia hasta la actualidad ha tenido que aprender no solo a cuidarse de la posibilidad de contagio en diversos entornos sociales; sino también de forma específica en el ámbito hospitalario utilizando dobles o triples mascarillas, guantes, trajes descartables de uso único, mandil, botas y lentes de protección para su cuidado en zonas críticas, con el objetivo de reducir la posibilidad de contagiarse y propagar el virus²⁰. El impacto percibido por la incertidumbre de no saber qué ocurrirá con sus pacientes, familiares y amigos al contagiarse, sumado ante la carencia de mascarillas, medicinas, oxígeno medicinal, falta de camas en cuidados intermedios e intensivos, más aún ante el aumento de la frecuencia de muertes diarias en los picos de las primeras olas de contagio; incrementaron en ellos sensaciones de desequilibrio emocional, sin embargo se mantuvieron en sus puestos de trabajo a pesar de la angustia y temor en pro del cuidado la población⁵.

Es importante tener en cuenta que, durante la primera y segunda ola de contagio donde hubo la mayor cantidad de contagios y fallecimientos por el COVID-19 según datos reportados por el MINSA⁵; se aumentó la necesidad de la presencia del personal de salud en las áreas de hospitalización, esto debido a que la flexibilización de normas restrictivas para la mejora de la economía en el país, incrementó en gran cantidad la frecuencia de contagios en el personal de salud, demandando mayor cantidad de horas para los trabajadores no contagiados. De acuerdo a, la estrategia sanitaria, las personas contagiadas debían estar en aislamiento aproximadamente durante dos semanas para no ser factores de propagación del virus, no obstante, durante los picos de contagio, se dieron casos donde el mismo personal de salud tuvo que recurrir a la hospitalización en zonas de aislamiento o en casos graves utilizar

camas de áreas de cuidados intermedios e intensivos²⁰. La percepción del contagio y fallecimiento de colegas o familiares, y el no tener información clara respecto al pronóstico de recuperación en ellos, expone física y mentalmente al personal desarrollando un impacto directo en la salud psicológica, agravando la frecuencias de casos de ansiedad, depresión, duelos patológicos, estrés y estrés post traumático en personal de primera línea⁷, produciendo grave temor en los sobrevivientes en el retorno a sus labores post cuarentena²¹ por lo cual de acuerdo a la propuesta del OMS²², era necesario que los servicios de psicología generaran estrategias para la intervención en el personal, enfocados al afrontamiento del estrés y reducción de otros cuadros clínicos²³. Acorde a lo propuesto por la OMS se elaboró un programa breve para la reducción del estrés con el objetivo de entrenar a los participantes en estrategias para el afrontamiento del estrés provenientes del modelo cognitivo conductual durante la pandemia²².

Este programa se enfocó de forma piloto en trabajadores presenciales que desearon de forma voluntaria acudir al programa, aceptando el uso de sus datos, mediante el anonimato para el cumplimiento de los objetivos del programa. Las sesiones duraron aproximadamente 50 minutos, lo cual se dieron durante su horario laboral de guardia diurna, por lo que en coordinación con sus jefes inmediatos se dio los permisos necesarios para su desarrollo. Estas sesiones se enfocaron en técnicas de psicoeducación y el uso de la musicoterapia, técnicas de relajación y pausas activas, reconocimiento y expresión de emociones, reestructuración de pensamientos, activación conductual, solución de problemas y prevención de recaídas¹⁵. Se contó con un total de 30 trabajadores, evaluándolos mediante la escala DASS-21 recolectando indicadores de Estrés, Ansiedad y Depresión de los participantes, luego de esto se dividió a la muestra en 15 trabajadores para el grupo control (Depresión=4.00, DE=2.39, Ansiedad=3.60, DE=1.80; y Estrés=3.24, DE=2.65) y 15 para el grupo experimental (Depresión=5.67, DE= 4.27; Ansiedad=6.20, DE=3.34, y Estrés=7.33, DE=3.24), los cuales obtuvieron indicadores más altos durante la evaluación pre tratamiento para luego organizarlos a conveniencia acorde a los horarios de sus guardias. Luego de la aplicación de las 8 sesiones, se realizó la evaluación de post tratamiento en el grupo experimental y posteriormente en el grupo control. Los resultados mostraron en el grupo experimental medidas reducidas de los niveles de Depresión de 3.87 (DE=4.14), Ansiedad, 4.00 (DE=2.10) y Estrés, 4.33 (DE=2.79) corroborando lo señalado por Caballo¹⁵ y lo propuesto por la OMS²², refiriendo que estrategias conductuales son eficaces para el afrontamiento de estrés, de igual forma en el grupo control donde se observó en las medidas de Depresión, 4.27 (DE=2.55), Ansiedad, 4.38 (DE=1.96) y Estrés, 6.53 (DE=2.33) aumentó en sus medias como reportan los estudios en personal de salud, donde mientras más expuestos se encuentren

los trabajadores, menos información y estrategias presenten; desarrollaran mayores indicadores de afectación en su salud mental^{21, 24, 25}.

El entrenamiento en estrategias cognitivas conductuales para la reducción del estrés han mostrado eficacia como se muestra en los resultados de esta investigación, donde se ha podido encontrar diferencias significativas en las medidas pre y post tratamiento del grupo experimental en sus medidas de Estrés (T=5.20, p<0.001, D=0.742, Dif medias=3.00); Ansiedad (T=3.15, p<0.007, D=0.414, Dif medias=2.20) y Depresión (T=3.97, p<0.001, D=0.426, Dif medias=3.97) con un tamaño de efecto adecuado, reduciendo indicadores de estrés, objetivo principal del programa, y ansiedad y depresión como señalan Martell et al., y Caballo en sus estudios^{15, 16}, por lo que las estrategias cognitivas y conductuales son pertinentes, flexibles y pueden aplicarse en diversos tratamientos como se observa y confirma en las figuras 1, 2 y 3.

Es importante dar a conocer que, existe también diferencias significativas en el grupo control, aumentando sus medidas luego del tiempo del tratamiento del grupo experimental en las variables Estrés (T=-3.23, p<0.006, D=0.833, Dif medias=-0.53); Ansiedad (T=-2.26, p<0.041, D=0.583, Dif medias=-2.26) y Depresión (T=-3.06, p<0.00, D=0.789, Dif medias=-3.06), como se reporta en otros estudios^{7, 25}, esto debido a que ante el inicio inminente de una nueva ola de contagios, la percepción de vulnerabilidad de la población por los datos expuestos en los medios de comunicación referente al aumento de contagiados y fallecidos genera incertidumbre e inquietud. En mayor medida en las regiones donde la vacunación no termina de cumplir sus objetivos de primera dosis de vacunación e inicio de la vacunación de segunda dosis en la población, sobre todo al recordar de forma constante la gran cantidad de fallecidos, colapso hospitalario y escases de oxígeno medicinal producido durante la segunda ola en el Perú⁵.

Finalmente, este programa nos muestra una iniciativa eficiente para la creación de programas breves, y talleres por parte del servicio de psicología en el personal de salud del INMP, dando a conocer los beneficios en el personal por la reducción del estrés, sin relegar el tratamiento individual en casos necesarios o con síntomas graves de, ansiedad y depresión, no obstante, los programas grupales pueden ser llevados como complementos a los tratamientos individuales para una mejor atención. Es relevante este tipo de estudios para la comunidad científica en el sector salud, ya que promueve una mejor visión e interés en la salud mental de los trabajadores independiente a sus especialidades médicas; motivando al personal a acudir a entrenamientos para su cuidado, derribando

mitos sobre la atención psicológica.

Por lo que, invitamos a otros servicios de psicología a realizar investigaciones similares en diferentes regiones y centros hospitalarios para replicar este estudio; mostrando sus resultados y evidenciando la importancia de la salud psicológica en el personal en las diversas áreas de atención.

Las limitaciones presentadas en este estudio piloto se enfocan en las estrategias para distribución de la muestra, ya que no se pudo dar uso a técnicas de muestreo aleatorio para la distribución de los grupos debido a los horarios de los trabajadores, así mismo la poca cantidad de muestra obtenida para la realización de la investigación (30 participantes) a causa del respeto por las estrategias sanitarias de distanciamiento social intrahospitalario y el mantenimiento del orden en el centro de labores.

CONCLUSIONES

El programa breve de reducción al estrés, enfocado en estrategias cognitivas conductuales, aplicado al personal de salud en el contexto de la pandemia COVID-19 ha demostrado ser eficaz, ya que, como se puede observar, al término de las 8 sesiones, se redujo los indicadores de estrés de una media de 7.33 (pre test) a 4.33 (post test), en el caso de los indicadores de ansiedad se redujeron de una media de 6.20 (pre test) a 4.00 (post Test) y en el caso de depresión se redujo de una media de 5.67 (pre test) a 3.87 (post test) en el grupo experimental, mientras que en el grupo control se observó un aumento de los indicadores de estrés de una media de 6.00 (pre test) a 6.53 (post test), en el caso de los indicadores de ansiedad se redujeron de una media de 3.60 (pre test) a 4.38 (post Test) y en el caso de depresión se redujo de una media de 4.00 (pre test) a 4.27 (post test) al término del programa. Por lo que recomendamos la réplica y aplicación de este tipo de programas para la mejora en la salud psicológica y mental de los trabajadores, adaptando las estrategias al contexto intrahospitalario acorde a cada centro de Salud.

Declaración de conflicto de interés: Los autores declaran no tener algún conflicto de intereses.

Financiamiento: Autofinanciado

Agradecimiento

Queremos agradecer de forma cordial a la licenciada en Enfermería, Catalina Castañeda, por todo su apoyo y esfuerzo en las coordinaciones y permisos para la elaboración y aplicación del programa de tratamiento en su personal a cargo; así como también la aplicación del consentimiento informado permitiendo que los

participantes estén siempre informados, lo cual ayudo en gran medida al cumplimiento con los objetivos de esta investigación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS | Nacimientos prematuros [Internet]. WHO. [citado 04 de agosto de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>
2. Vogel, J. P., Chawanpaiboon, S., Moller, A.-B., Watananirun, K., Bonet, M., & Lumbiganon, P. The global epidemiology of preterm birth. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology* ; 2018. doi:10.1016/j.bpobgyn.2018.04.003
3. Beatriz Escobar-Padilla, Limberg Darinel Gordillo-Lara, Horacio Martínez Puonc . Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en un hospital de segundo nivel de atención. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.*;55(4):424-8; 2017. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=73975>
4. Toñanes M, Auchter M, Gómez F; Factores asociados al parto pretérmino en adolescentes atendidas en la maternidad del Hospital Ángela Iglesia de Llano de Corrientes, entre 2009 y 2011; *Rev. Fac. Med. UNNE XXXIV*: 2014; 3(2): 11-17. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-773161>
5. Mejía Gil E. Factores de riesgo maternos en la amenaza de parto pretérmino en gestantes atendidas en el hospital II-1 Rioja, Perú: Universidad de San Martín de Porres; 2020. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12727/6661> .
6. American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Practice Bulletins Obstetrics. Prediction and Prevention of Spontaneous Preterm Birth: ACOG Practice Bulletin, Number 234. *Obstetr Gynecol.* 2021 Agosto. doi: 10.1097/AOG.4479
7. Shessira Miluzka Guadalupe-Huamán, Susana Oshiro-Canashiro. Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en gestantes del servicio de gineco-obstetricia del Hospital Maria Auxiliadora durante el año 2015. [Artículo Original]. *Rev. Fac. Med. Hum.* 2017;17(1):32-42. DOI 10.25176/RFMH.v17.n1.746
8. Muhihi, A., Sudfeld, C.R., Smith, E.R. et al. Risk factors for small-for-gestational-age and preterm births among 19,269 Tanzanian newborns. *BMC Pregnancy Childbirth* 16, 110 ; 2016. <https://doi.org/10.1186/s12884-016-0900-5>
9. García V. H. Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en el Hospital de Ventanilla en el periodo Junio 2016 – Junio 2017. . [Tesis pregrado]. Perú. Repositorio de tesis. Universidad Ricardo Palma –URP. 2018. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.14138/1271>
10. Vergara M. A. Factores asociados a prematuridad en recién nacidos de cesárea por preeclampsia, Hospital Sergio E. Bernales, 2017-2019. [Tesis pregrado]. Perú. Repositorio de tesis. Universidad Ricardo Palma –URP . 2020. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.14138/2981>
11. Hidalgo-Lopezosa P, Jiménez-Ruz A, Carmona-Torres JM, Hidalgo-Maestre M, Rodríguez-Borrego MA, López-Soto PJ. Sociodemographic factors associated with preterm birth and low birth weight: A cross-sectional study. *Women Birth.* 2019;32(6):e538-e543. doi:10.1016/j.wombi.2019.03.014
12. Aliaga Rafael, Greta Cecilia. Factores clínicos asociados a parto pretérmino en gestantes del servicio de gineco obstetricia del Centro Medico Naval “Cirujano Mayor Santiago Tavera”. [Artículo Original]. *Rev. Fac. Med. Hum.* 2018, Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.14138/1299>
13. Lozada A. H., "Factores de riesgo para parto pretérmino en gestantes del hospital I Nuestra Señora de las Mercedes de Paita – 2017" [Tesis pregrado]. Perú. Repositorio de tesis. Universidad Nacional de Piura- 2018, Disponible en: <http://repositorio.unp.edu.pe/handle/UNP/1187>
14. Leonard, S. A., Crespi, C. M., Gee, D. C., Zhu, Y., & Whaley, S. E. Prepregnancy Risk Factors for Preterm Birth and the Role of Maternal Nativity in a Low-Income, Hispanic Population. *Maternal and Child Health Journal*; 2015, 19(10), 2295–2302doi:10.1007/s10995-015-1748-4
15. Stylianou-Riga, P., Kouis, P., Kinni, P. y col. Maternal socioeconomic factors and the risk of premature birth and low birth weight in Cyprus: a case–control study. *Reprod Health* 15, 157; 2018. <https://doi.org/10.1186/s12978-018-0603-7>
16. Prunet, C., Delnord, M., Saurel-Cubizolles, M.-J., Goffinet, F., & Blondel, B. . Risk factors of preterm birth in France in 2010 and changes since 1995: Results from the French National Perinatal Surveys. *Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproduction*; 2017, 46(1), 19–28. doi:10.1016/j.jgyn.2016.02.010
17. Margerison CE, Luo Z, Li Y. Condiciones económicas durante el embarazo y el parto prematuro: un análisis materno de efectos hijos. *Paediatr Perinat Epidemiol.* 2019; 33 (2): 154-161. doi: 10.1111 / ppe.12534
18. Alarcón C. J. C. Factores de riesgo para parto pretérmino en gestantes adolescentes, Hospital Nacional Docente Madre - Niño “San Bartolomé” – 2016. [Tesis pregrado]. Perú. Repositorio de tesis. Universidad Nacional Mayor de San Marcos –UNMSM. 2017. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12672/6436>
19. Concha. C. H., Palomino R. S . Los factores de riesgo materno asociados al parto pretérmino por vía vaginal en el hospital regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay 2016. . [Tesis pregrado]. Perú. Universidad Andina del Cusco – UAC- 2018. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12557/1435>

20. Poulsen G, Andersen AN, Jaddoe VVW, et al. Does smoking during pregnancy mediate educational disparities in preterm delivery? Findings from three large birth cohorts. *Paediatr Perinat Epidemiol*. 2019;33(2):164-171. doi:10.1111/ppe.12544
21. Leneuve-Dorilas, M., Favre, A., Louis, A., Bernard, S., Carles, G., & Nacher, M. Risk Factors for Very Preterm Births in French Guiana: The Burden of Induced Preterm Birth. 2019; *AJP reports*, 9(1), e44–e53. DOI: 10.1055/s-0039-1678716
22. El Ayadi A, Baer R, Gay C, et al. Lyndon A. Risk Factors for Dual Burden of Severe Maternal Morbidity and Preterm Birth by Insurance Type in California. *Matern Child Health J*. 2022 Mar; 26(3):601-613. doi: 10.1007/s10995-021-03313-1. Epub 2022 Jan 18.
23. Taylor Yhenneko J. et al. Insurance Differences in Preventive Care Use and Adverse Birth Outcomes Among Pregnant Women in a Medicaid Nonexpansion State: A Retrospective Cohort Study. *J Womens Health (Larchmt)*. 2020 Jan;29(1):29-37. 2019 Agosto 9. DOI: 10.1089/jwh.2019.7658
24. Techane S, T., Addisu D, W., Gezahegn B, A., et al. Magnitude of spontaneous preterm birth and its associated factors among preterm birth in NICU wards in Asella Teaching and Referral Hospital, Asella, Oromia, Ethiopia. *Journal of International Medical Research* Volume 49, Issue 8, August 2021. DOI: 10.1177/03000605211034693
25. Chira JL, Sosa JL. Factores de riesgo para parto pre-termino en gestantes del Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque. *Rev. Salud & Vida Sipanense* Vol. 2/N°2. ISSN 2313-0369 /2015. Disponible en: <https://revistas.uss.edu.pe/index.php/SVS/article/view/201>
26. Barr JJ, Marugg L. Impact of Marriage on Birth Outcomes: Pregnancy Risk Assessment Monitoring System, 2012-2014. *Linacre Q*. Mayo 2019 ;86(2-3):225-230. DOI: 10.1177/0024363919843019

Correspondencia:

Daniel Sergio Silva Dominguez
Dirección: Pasaje Bayovar 124, Urbanización Astete
Maranga San Miguel, Lima, Perú.
Teléfono: (+51) 940956415
Correo electrónico: dsilvadominguez.89@gmail.com