

UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE COLOMBIA

Relación entre experiencias adversas infantiles y estrategias de afrentamiento frente al estrés en trabajadores de la salud

Edna Julieth Medina Sierra

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Enfermería

Bogotá, Colombia

2023

Relación entre experiencias adversas infantiles y estrategias de afrontamiento frente al estrés en trabajadores de la salud

Edna Julieth Medina Sierra

Tesis o trabajo de investigación presentada(o) como requisito parcial para optar al título
de:

Magister en Enfermería

Director (a):

Doctora, Nelly Esther Cáliz Romero

Grupo de Investigación:

Cuidado de la salud mental

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Enfermería

Bogotá, Colombia

2023

Dedicatoria

A mi niña interior que encontró la forma de sostenerse en la adversidad y el camino para seguir adelante. A la mujer que soy hoy, por reconocer y cuidar a esa niña herida que necesitaba amor, compasión y perdón.

A mis hermanos por estar siempre ahí pese a lo difícil que fue, por ser esa fuerza que necesitaba conmigo y por ser ese impulso cuando sentía que no podía continuar.

A mis hijos que inspiraron la transformación que tanto necesitaba, con su amor incondicional y con la oportunidad que me dieron para guiarlos y acompañarlos en este camino.

Agradecimientos

Agradezco a las y los trabajadores de la salud que participaron en esta investigación por su valioso aporte, destacando el esfuerzo que puede llegar a implicar compartir información tan personal como lo son las experiencias adversas de la infancia, situaciones que exponen de antemano la condición de vulnerabilidad del ser humano.

Agradezco a las instituciones prestadoras de servicios de salud que permitieron el desarrollo de esta investigación en sus instalaciones y que promovieron continuamente la participación de los trabajadores, especialmente, a aquellos líderes de procesos administrativos y asistenciales que me apoyaron con la difusión constante de los instrumentos y me facilitaron el acceso al personal de salud.

Agradezco a mi tutora, la profesora Nelly Esther Cáliz Romero, por su acompañamiento constante durante este proceso que ha sido tan enriquecedor para mí en términos académicos y personales, aprecio las palabras de aliento, el interés y la dedicación que expresó para conmigo. De igual forma, agradezco a las y los docentes de la facultad de Enfermería de la Universidad Nacional que aportaron con su conocimiento y experiencia al desarrollo de este proyecto, principalmente, a la profesora Ingrid Tatiana Rojas Ruiz por su orientación y acompañamiento.

Agradezco a mi madre Luz Miriam Sierra, por su apoyo incondicional en todos los proyectos que emprendo, también por su grata compañía, amor y atención para conmigo y mis hijos, el contar con su soporte en el cuidado de ellos mientras continuo mi proceso de formación profesional es un aliciente. A mi hermano Erik Medina por el apoyo con la revisión del estilo del documento. Finalmente, agradezco a mi amiga Elena Sánchez por estar siempre ahí para apoyarme y acompañarme.

Resumen

Relación entre experiencias adversas infantiles y estrategias de afrontamiento frente al estrés en trabajadores de la salud

Las experiencias adversas en la infancia (EAI) impactan negativamente en el desarrollo cognitivo, psicológico y emocional, por su parte, las estrategias de afrontamiento actúan como mediadoras entre las EAI y diferentes enfermedades, en la actualidad existe un vacío teórico e investigativo frente a la relación de las experiencias adversas de la infancia y las estrategias de afrontamiento en trabajadores de la salud.

Objetivo: Determinar la relación entre las EAI y el uso de estrategias de afrontamiento ante las situaciones estresantes en el entorno laboral de un grupo de trabajadores de la salud de diferentes IPS.

Metodología: Estudio cuantitativo observacional analítico de corte retrospectivo, con muestreo consecutivo. Los instrumentos utilizados son el inventario de experiencias traumáticas en la infancia versión colombiana y la escala de estrategias de coping – modificada. Análisis estadístico descriptivo y bivariado con el software IBM® SPSS® Statistics.

Resultados: El 50% de las mujeres experimento más de 9 EAI y el 50% de los hombres más de 12 EAI. Las EAI más frecuentes son el abuso físico, emocional y los acontecimientos traumáticos generales. Las estrategias de afrontamiento más utilizadas son la solución de problemas, búsqueda de apoyo social y reevaluación positiva.

Conclusiones: No se evidencia una relación significativa entre las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción y de evitación utilizadas por los trabajadores de la

salud ante situaciones estresantes en el entorno asistencial con EAI, no obstante, se reporta relación entre el abuso sexual con la búsqueda de apoyo social y la pobreza con la autonomía.

Palabras clave: Experiencias adversas de la infancia, estrategias de afrontamiento, personal de salud.

Abstract

The relation between adverse childhood experiences and coping strategies with regard to stress in health workers

Adverse childhood experiences (ACEs) have a negative impact on cognitive, psychological and emotional development, on the other hand, coping strategies act as mediators between ACEs and different diseases. Currently, there is a theoretical and research gap regarding the relationship of adverse childhood experiences and coping strategies in health workers.

Objective: To determine the relationship between ACEs and the use of coping strategies in the face of stressful situations in the work environment of a group of health workers from different Health Care Providers.

Methodology: Quantitative observational, analytical, retrospective cohort study, with consecutive sampling. The instruments used are the Colombian version of the inventory of traumatic experiences in childhood and the scale of coping strategies - modified. Descriptive and bivariate statistical analysis with IBM® SPSS® Statistics software.

Results: 50% of the women experienced more than 9 ACEs and 50% of the men experienced more than 12 ACEs. The most frequent ACEs are physical and emotional abuse and general traumatic events. The most used coping strategies are problem solving, search for social support and positive reappraisal.

Conclusions: There is no evidence of a significant relationship between coping strategies focused on emotion and avoidance used by health workers in stressful situations in the care

environment with ACEs; however, a relationship between sexual abuse, the search for social support and poverty with autonomy is reported.

Keywords: Adverse Childhood Experiences, Coping Strategies, Health Personnel

Contenido

Resumen.....	VI
Lista de ilustraciones	XIII
Lista de tablas.....	XIV
Lista de símbolos y abreviaturas.....	XVII
Introducción	19
1. Marco de referencia.....	21
1.1 Situación actual de las experiencias adversas de la infancia.....	21
1.2 Estrategias de afrontamiento en los trabajadores de la salud y su impacto en el bienestar.	23
1.3 Las experiencias adversas de la infancia y su relación con las estrategias de afrontamiento en la adultez.....	24
1.4 Trabajar en salud, exposición constante a factores de riesgo psicosociales en el área asistencial.....	25
1.5 La enfermería como gestora del cuidado y eje central del equipo interdisciplinario ¿cualidades de riesgo?.....	26
1.6 Justificación.....	28
1.6.1. Importancia social y teórica	28
1.6.2. Implicaciones prácticas	29
1.6.3. Importancia disciplinar.....	30
1.7. Pregunta de investigación	35
1.8. Objetivo general de la investigación	35
1.9. Objetivos específicos de la investigación.....	35
2. Marco conceptual	37
2.1 Experiencias adversas en la infancia.....	37
2.2 Estrategias de afrontamiento.....	38

2.3	Trabajadores de la salud	38
3.	Marco metodológico.....	40
3.1	Tipo de estudio	40
3.2	Hipótesis.....	40
3.3	Población.....	41
3.4	Participantes.....	41
3.5	Criterios de inclusión	41
3.6	Criterios de exclusión.....	42
3.7	Definición de variables.....	42
3.8	Recolección de datos	45
3.9	Instrumentos de recolección	46
3.9.1.	Experiencias adversas infantiles.....	46
3.9.2.	Estrategias de afrontamiento	48
3.10.	Sesgos de la investigación	50
3.11.	Marco de análisis.....	51
3.12.	Procedimiento.....	52
3.13.	Consideraciones éticas.....	54
4.	Resultados.....	57
4.1.	Características sociodemográficas de los trabajadores de la salud	57
4.2.	Características de las experiencias adversas de la infancia en los trabajadores de la salud.....	59
4.2.1.	EAI en los trabajadores de la salud de acuerdo al sexo y la edad	59
4.2.2.	EAI en los trabajadores de la salud en comparación con la población de referencia.....	61
4.2.3.	Experiencias adversas de la infancia de acuerdo a los factores que componen el ETISR-Col	62
▪	Violencia sociopolítica	62
▪	Abuso sexual	64
▪	Abuso físico y emocional	65
▪	Acontecimientos traumáticos generales.....	67
▪	Pobreza extrema	68
4.3.	Características de las estrategias de afrontamiento en los trabajadores de la salud	69
4.3.1.	Estrategias de afrontamiento en los trabajadores de la salud	69

4.3.2. Estrategias de afrontamiento en los trabajadores de la salud de acuerdo a los factores de la EEC-M.....	71
4.3.3. Estrategias de afrontamiento en los trabajadores de la salud de acuerdo al sexo	80
4.4. Relación entre las experiencias adversas de la infancia y las estrategias de afrontamiento en trabajadores de la salud	83
5. Discusión.....	86
5.1. Experiencias adversas de la infancia en trabajadores de la salud	86
5.2. Estrategias de afrontamiento en trabajadores de la salud	89
5.3. Relación interna entre los factores de los diferentes instrumentos	91
5.4. Relación entre las experiencias adversas de la infancia y las estrategias de afrontamiento en trabajadores de la salud	92
5.5. Limitaciones del estudio	94
6. Conclusiones.....	95
7. Recomendaciones.....	97
7.1. Recomendaciones específicas para la disciplina de enfermería.....	98
Bibliografía	107

Lista de ilustraciones

Ilustración 1: Estrategias de afrontamiento utilizadas por los trabajadores de la salud .	70
Ilustración 2: Estrategias de afrontamiento utilizadas por los trabajadores de la salud en comparación a la población de referencia	71
Ilustración 3: Estrategias de afrontamiento con diferencia significativa de acuerdo al sexo	82

Lista de tablas

	Pág.
Tabla 1: Definición de las principales variables de estudio	42
Tabla 2: Definición de las variables de caracterización sociodemográfica	44
Tabla 3: Media poblacional y desviación estándar por rango de edad y sexo biológico para los factores 1 al 3.....	47
Tabla 4: Media poblacional y desviación estándar por rango de edad y sexo biológico para los factores 4 y 5.....	48
Tabla 5: Características sociodemográficas de los trabajadores de la salud	58
Tabla 6: Experiencias adversas de la infancia experimentadas por las participantes de acuerdo a la edad.	59
Tabla 7: Experiencias adversas de la infancia experimentadas por los participantes de acuerdo a la edad.	60
Tabla 8: Experiencias adversas de la infancia en los trabajadores de la salud en comparación con la población de referencia.	61
Tabla 9: Experiencias adversas de la infancia relacionadas con el desplazamiento en los trabajadores de la salud.....	63
Tabla 10: Experiencias adversas de la infancia relacionadas con el secuestro en los trabajadores de la salud.....	64
Tabla 11: Experiencias adversas de la infancia relacionadas con la extorsión en trabajadores de la salud.....	64
Tabla 12: Acontecimientos sexuales experimentados durante la infancia por los trabajadores de la salud.....	65
Tabla 13: Experiencias adversas de la infancia relacionadas con abuso físico en los trabajadores de la salud.....	66
Tabla 14: Experiencias adversas de la infancia relacionadas con abuso emocional en los trabajadores de la salud.....	66

Tabla 15: Acontecimientos traumáticos generales experimentados durante la infancia por los trabajadores de la salud.....	67
Tabla 16: Acontecimientos relacionados con pobreza extrema experimentados durante la infancia por los trabajadores de la salud.....	68
Tabla 17: Características de las estrategias de afrontamiento utilizadas por los trabajadores de la salud.	69
Tabla 18: Estrategias de afrontamiento relacionadas con la solución de problemas utilizadas por los trabajadores de la salud.....	72
Tabla 19: Estrategias de afrontamiento relacionadas con apoyo social utilizadas por los trabajadores de la salud	73
Tabla 20: Estrategias de afrontamiento relacionadas con espera utilizadas por los trabajadores de la salud	74
Tabla 21: Estrategias de afrontamiento relacionadas con religión utilizadas por los trabajadores de la salud	75
Tabla 22: Estrategias de afrontamiento relacionadas con evitación emocional utilizadas por los trabajadores de la salud.....	75
Tabla 23: Estrategias de afrontamiento relacionadas con apoyo profesional utilizadas por los trabajadores de la salud.....	76
Tabla 24: Distribución de las estrategias de afrontamiento relacionadas con reacción agresiva utilizadas por los trabajadores de la salud.....	77
Tabla 25: Estrategias de afrontamiento relacionadas con reacción evitación cognitiva utilizadas por los trabajadores de la salud.....	77
Tabla 26: Estrategias de afrontamiento relacionadas con reevaluación positiva utilizadas por los trabajadores de la salud.....	78
Tabla 27: Estrategias de afrontamiento relacionadas con expresión de la dificultad de afrontamiento utilizadas por los trabajadores de la salud	79
Tabla 28: Estrategias de afrontamiento relacionadas con negación utilizadas por los trabajadores de la salud	79
Tabla 29: Estrategias de afrontamiento relacionadas con autonomía utilizadas por los trabajadores de la salud	80
Tabla 30: Características de las estrategias de afrontamiento utilizadas por las y los trabajadores de la salud.	81
Tabla 31: Correlación entre experiencias adversas de la infancia y estrategias de afrontamiento en trabajadores de la salud.....	83

Tabla 32: Correlación entre las diferentes dimensiones de las experiencias adversas de la infancia experimentadas por los trabajadores de la salud	84
Tabla 33: Correlación entre los diferentes factores de las estrategias de afrontamiento en los trabajadores de la salud	85

Lista de símbolos y abreviaturas

Símbolos

Símbolo	Término
n	Frecuencia absoluta
%	Frecuencia relativa
N	Tamaño de la muestra
P_{25}	Percentil 25
P_{75}	Percentil 75

Abreviaturas

Abreviatura	Término
EAI	Experiencias adversas de la infancia
EVCNNA	Encuesta de Violencia contra Niños, Niñas y Adolescentes
IPS	Institución Prestadora de Servicios de Salud
ETI-SRCol	Inventario de Experiencias Traumáticas en la Infancia versión colombiana
EEC-M	Escala de Estrategias de Coping – Modificada
DE	Desviación estándar
M	Media
Me	Mediana
p	Probabilidad

Introducción

Las experiencias adversas en la infancia han tomado auge para la investigación científica en las últimas décadas (Almeida et al., 2021). Estas son vistas como un tema de interés en salud pública (Maribel Vega-Arce & Núñez-Ulloa, 2018) dada la incidencia y el impacto que traen consigo. Vega y Núñez (2017) manifiestan que alrededor de las 2/3 partes de la población ha sufrido una experiencia adversa antes de los 18 años de edad. Así mismo, se ha documentado que su impacto no se limita a la repercusión negativa en el desarrollo cognitivo, psicológico y emocional, sino también a las consecuencias a largo plazo (Almeida et al., 2021; Alvarez et al., 2019; Casas-Muñoz et al., 2021; Castillo Martínez et al., 2017; Sereno Torres & Camelo Roa, 2020; Sheffler et al., 2019; Thomson & Jaque, 2019; M. Vega-Arce & Nuñez-Ulloa, 2017; Maribel Vega-Arce & Núñez-Ulloa, 2018).

Sereno y Camelo (2020) mencionan que las experiencias adversas se asocian con enfermedades crónicas como el cáncer, trastornos autoinmunes e inflamatorios, trastornos metabólicos y obesidad, enfermedades cardiovasculares y pulmonares, trastornos cognitivos y comportamentales, así como predisposición a desarrollar trastornos psiquiátricos (Sereno Torres & Camelo Roa, 2020).

Las principales formas de experiencias adversas infantiles son el maltrato infantil, el abuso sexual y psicológico, la violencia intrafamiliar y el consumo de sustancias psicoactivas, entre otras (Almeida et al., 2021; Casas-Muñoz et al., 2021; Castillo Martínez et al., 2017; Sereno Torres & Camelo Roa, 2020; Sheffler et al., 2019; M. Vega-Arce & Nuñez-Ulloa, 2017; Maribel Vega-Arce & Núñez-Ulloa, 2018). Estas formas son eventos traumáticos que conllevan a una exposición constante al estrés, la cual supera los mecanismos y estrategias de afrontamiento que puedan tener los niños (Casas-Muñoz et al., 2021).

Por su parte, las estrategias de afrontamiento son acciones que se realizan de forma consciente por el individuo, con la finalidad de atender una situación estresante (Souza et al., 2018), además de controlar, eliminar y reducir las emociones generadas ante el evento (Filgueira Martins Rodrigues et al., 2020). Las estrategias de afrontamiento dependen en

gran medida del contexto y el tipo de factor estresante, razón por la que pueden llegar a ser muy variables incluso ante una misma situación (Ó. Arrogante, 2016a; Filgueira Martins Rodrigues et al., 2020).

Como se describió con anterioridad, las EAI se relacionan con la salud física y mental durante la adultez. La exposición a experiencias adversas infantiles promueve en el adulto desconfianza, interacciones sociales problemáticas y una vigilancia excesiva ante posibles amenazas, todas estas son situaciones que afectan la salud mental. De igual manera, se ha encontrado relación con una mayor respuesta proinflamatoria y de desregulación neurohumoral, que terminan afectando la salud física en la adultez (Sheffler et al., 2019). Las estrategias de afrontamiento actúan como mecanismo mediador entre la exposición a las experiencias adversas infantiles y el surgimiento de afectaciones psicológicas como la ansiedad, depresión entre otros trastornos y enfermedades crónicas como las enfermedades cardiovasculares (Sheffler et al., 2019).

Actualmente, en el marco de la pandemia COVID-19 se han abordado, a través de múltiples investigaciones, las estrategias de afrontamiento usadas por trabajadores de la salud y su relación con el estrés laboral, la ansiedad y la depresión. Esto indica la importancia del fortalecimiento de dichas estrategias. Sin embargo, se ha evidenciado un vacío teórico e investigativo frente a la relación de la exposición a experiencias adversas de la infancia y el uso de estrategias de afrontamiento frente a las situaciones estresantes en el ambiente laboral.

Atendiendo a estas consideraciones, la presente investigación determina la relación entre la exposición a experiencias adversas de la infancia y el uso de estrategias de afrontamiento ante las situaciones estresantes en el ambiente laboral de un grupo de trabajadores de la salud de servicios de internación, por medio de un diseño cuantitativo de tipo observacional, analítico y de corte retrospectivo.

1.Marco de referencia

1.1 Situación actual de las experiencias adversas de la infancia

El informe sobre el Estado Mundial de la infancia 2021, publicado por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2022), evidencia el impacto del estrés y el trauma durante los primeros años de vida en el desarrollo y la salud mental de los niños. Las experiencias adversas de la infancia se presentan con alta frecuencia en la población a nivel mundial y actúan como desencadenantes del estrés tóxico. Además, la gravedad del daño con el que están asociadas es mucho mayor teniendo en cuenta su incremento. Estas experiencias dejan secuelas que afectan la salud mental y física a lo largo de la vida (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2022).

En la revisión sistemática y meta-análisis desarrollado por Hughes y compañía (2017), se evidencia que el promedio de experiencias adversas de la infancia reportadas por los participantes es de 9, la prevalencia de presentar al menos 4 EAI se encuentra entre el 1 y el 38%; las principales categorías de experiencias adversas de la infancia identificadas corresponden a inestabilidad familiar, hambre infantil, disfunción familiar, ausencia de figura parental masculina, bajo nivel educativo de los padres, enfermedad grave en la familia, víctima o testigo de delito violento y testigo de violencia en la comunidad, entre otras. Es de resaltar que la población objeto de las investigaciones incluidas en la revisión sistemática pertenece principalmente a países de renta alta y renta media como Estados Unidos, Reino Unido, Finlandia, Canadá, China, Nueva Zelanda, Rusia y Turquía entre otros (Hughes et al., 2017).

Pese a que la revisión no incluyó estudios realizados en países con renta baja, las cifras de exposición a adversidad infantil en dichas naciones podrían ser significativamente más altas. Esto se puede asumir considerando las problemáticas relacionadas con la pobreza y la violencia sociopolítica que se presenta en los países en vías de desarrollo, como es el

caso de los países latinoamericanos que, además, acarrear consigo múltiples experiencias adversas en la infancia.

En Colombia, de acuerdo a la investigación realizada por Posada (2019), el 93% de la población estudiada presentó experiencias traumáticas relacionadas con acontecimientos generales, el 85% con abuso físico, el 85,4% con abuso emocional, el 53,1% con abuso sexual, el 17,3% con desplazamiento forzado, el 13,5% con secuestro, el 17,3% con extorsión y el 20,4% con pobreza extrema. Es importante considerar que dichos datos se obtuvieron a través de la aplicación del instrumento ETI-SRCol el cual fue de ajustado y parametrizado de acuerdo a las características de nuestro país. Por su lado, Castillo y colaboradores (2017) encontraron que el 64% de la población colombiana estudiada experimentó al menos un evento adverso en la infancia, siendo las experiencias de mayor prevalencia las relacionadas con el abuso físico, emocional y la separación parental. De acuerdo a Sereno y Camelo (2020) en Colombia las EAI más frecuentes están asociadas con la pobreza, la violencia sexual y psicológica, el abandono y el conflicto armado, lo que es afín con las cifras expuestas por las diferentes entidades gubernamentales.

El Gobierno de Colombia (2019) a través de la Encuesta de Violencia contra Niños, Niñas y Adolescentes (EVCNNA), mostró que el 40,8% de las mujeres y el 42,1% de los hombres han sido víctimas de violencia en sus diferentes formas. Entorno a la violencia psicológica, una de cada cinco mujeres y uno de cada diez hombres han sido agredidos por sus padres, cuidadores o parientes adultos. Sumado a lo anterior, el Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública reportó para el año 2017, 98.999 casos de violencia de genero e intrafamiliar, siendo las mujeres (77%) la población más afectada (Gobierno de Colombia; Ministerio de Salud y Protección Social, 2018). Por otro lado, el Centro Nacional de Memoria Histórica en el marco del conflicto armado, registra 850 ataques a poblaciones del país con alrededor de 3993 víctimas directas entre 1988 y el 2002 (Centro Nacional de Memoria Histórica, 2012). Finalmente, el Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas presenta que para el año 2020 la pobreza monetaria fue del 42,5% y la pobreza monetaria extrema del 15,1% en el total nacional.

1.2 Estrategias de afrontamiento en los trabajadores de la salud y su impacto en el bienestar.

En la literatura científica se habla de diversas estrategias de afrontamiento, principalmente de las que están centradas en el problema, en las emociones y en la evitación (Ó. Arrogante, 2016a; Kwiatosz-Muc et al., 2019; Martínez-Zaragoza et al., 2020; Souza et al., 2018; Teixeira et al., 2016). Sin embargo, algunos autores hablan de otros tres tipos de categorías: afrontamiento por compromiso, afrontamiento de apoyo y afrontamiento de falta de compromiso (O. Arrogante et al., 2016a; Filgueira Martins Rodrigues et al., 2020).

En el estudio realizado por Kwiatosz-Muc y colaboradores (2019) se evaluaron las estrategias de afrontamiento de un grupo de profesionales de la salud, conformado por médicos y enfermeros de los servicios de anestesiología y cuidado intensivo de diferentes instituciones hospitalarias en Polonia. En este se identificó que el 22,58% de los participantes usaba el estilo de afrontamiento orientado en la tarea, es decir, actividades centradas en la solución del problema, reto o tarea); el 8,47% el estilo de afrontamiento orientado en la emoción o en las emociones, tales como la ira, la culpa o la tensión; y el 8,23% el estilo de afrontamiento orientado en la evitación, en otras palabras, la negación a la ocurrencia del evento estresante a través de actividades alternativas o búsqueda de apoyo social) (Kwiatosz-Muc et al., 2019).

Sumado a esto, la investigación no mostró diferencias significativas en la dominancia de los estilos orientados en la evitación y la emoción entre médicos y enfermeras. No obstante, se observó un uso más frecuente del estilo de afrontamiento orientado en el problema por parte de los médicos. Así mismo, se evidenció que el estilo de afrontamiento más usado por los hombres corresponde al estilo de afrontamiento orientado en el problema, a diferencia de las mujeres, cuyo estilo de afrontamiento más dominante corresponde al orientado en la evitación.

Por su parte, Cirami y colaboradores (2021) identificaron una correlación positiva entre el uso de estrategias de evitación y el estrés. De igual modo, evidenciaron correlación entre las estrategias de negación, desconexión y autoinculpación, siendo estas pertenecientes a las estrategias centradas en la emoción. Adicionalmente, mostraron una correlación positiva fuerte entre el estrés percibido por los participantes y la sintomatología asociada al trabajo (Cirami et al., 2021).

A la vez, el mismo estudio mostró que el uso del afrontamiento por compromiso tiene un carácter resolutivo que busca modificar la situación a través de la planeación. El uso de estas estrategias es efectivo en la medida en que el problema se puede intervenir. De modo que la reevaluación positiva favorece la búsqueda de soluciones por parte del trabajador de la salud y las estrategias como el humor asertivo y el desarrollo de aspectos espirituales impactan de forma positiva en el ambiente laboral. La planificación y el afrontamiento activo se relacionan con una menor percepción de estrés y se asocia a una menor sintomatología del trabajo (Cirami et al., 2021).

En lo particular, las investigaciones sobre las estrategias de afrontamiento en el personal de enfermería frente a situaciones estresantes, concuerdan en lo siguiente: las estrategias centradas en el problema y las estrategias de afrontamiento por compromiso afectan de forma positiva el manejo de la situación estresante en el entorno laboral, pues actúan como factor protector ante el estrés laboral. Contrario a lo que sucede con el uso de estrategias centradas en las emociones y afrontamiento de falta de compromiso, ya que están relacionados con un mayor estrés laboral (Ó. Arrogante, 2016a; O. Arrogante et al., 2016a; Filgueira Martins Rodrigues et al., 2020; Martínez-Zaragoza et al., 2020; Souza et al., 2018; Teixeira et al., 2016). No obstante, se plantea que, ante ciertos eventos estresantes, las respuestas centradas en las emociones pueden actuar como estrategias adaptativas efectivas, principalmente en situaciones en donde los profesionales de enfermería no tienen capacidad de intervención (Ó. Arrogante, 2016a).

1.3 Las experiencias adversas de la infancia y su relación con las estrategias de afrontamiento en la adultez

Las experiencias adversas de la infancia impactan sobre las estrategias de afrontamiento en la adultez (Alvarez et al., 2019; Piotrowski et al., 2020; Sheffler et al., 2019; Thomson & Jaque, 2019; Wan et al., 2020). Sheffler y colaboradores (2019) sustentan que las experiencias adversas infantiles pueden aumentar el riesgo de exposición a situaciones estresantes a lo largo de la trayectoria de vida. Así como generar estrategias de afrontamiento, que, aunque puedan ser funcionales durante la niñez, en la adultez pueden resultar inadecuadas o de riesgo (Sheffler et al., 2019). Básicamente, las estrategias de afrontamiento centradas en las emociones son las estrategias más implementadas por los

adultos con antecedentes de experiencias adversas durante la infancia. Sin embargo, este tipo de afrontamiento se encuentra relacionado con una mayor incidencia de enfermedades mentales y físicas (Sheffler et al., 2019; Thomson & Jaque, 2019; Wan et al., 2020)

La presencia de factores protectores durante la infancia entorno a la crianza, permite que se forjen estrategias de afrontamiento efectivas como las centradas en el problema (Almeida et al., 2021; Thomson & Jaque, 2019). Por otro lado, las experiencias adversas de la infancia afectan las estrategias de afrontamiento implementadas en la adultez y la regulación de las emociones. Esto provoca que las personas sean más vulnerables al estrés fisiológico y emocional, lo que se manifiesta con una reacción más perceptible y menos efectiva frente a las situaciones de estrés (Sheffler et al., 2019; Thomson & Jaque, 2019).

Es necesario resaltar que en la literatura tomada como referencia no se identifican investigaciones que relacionen las experiencias adversas de la infancia y las estrategias de afrontamiento específicamente en los trabajadores de la salud, ya sea en un contexto nacional o internacional.

1.4 Trabajar en salud, exposición constante a factores de riesgo psicosociales en el área asistencial

De acuerdo al análisis realizado en el 2010 por la Organización Mundial de la Salud (Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST), O.A., 2018) en relación a los efectos de los riesgos psicosociales en el trabajo sobre la salud del personal, se hace necesario abordar este tema por el impacto que conlleva en la salud y bienestar físico y psicológico de los trabajadores y en la salud organizacional.

La evidencia científica muestra la relación entre los riesgos psicosociales y el estrés laboral, la presencia de trastornos psicológicos y sociales como síndrome de burnout, depresión, ansiedad y afectaciones en la salud social y conductual. Adicional a esto, el impacto en la salud física también se hace visible a través del padecimiento de trastornos musculoesqueléticos, enfermedades cardiovasculares, síndrome metabólico y diabetes entre otros (Ceballos Vásquez et al., 2020; Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el

Trabajo (INSST), O.A., 2018; Muñoz Rojas et al., 2018; Santana et al., 2020; Villarroel et al., 2018).

Tal como lo comenta la Organización Mundial de la Salud (Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST), O.A., 2018), todos los trabajos presentan factores de riesgo psicosociales, no obstante, dependiendo de:

... las exigencias, la naturaleza y la organización del trabajo, las relaciones sociales, la calidad de la gestión, la interfaz entre el trabajo y el individuo, los valores en el lugar de trabajo, la justicia y el respeto en el marco jerárquico de compañeros y directivos, la salud y el bienestar de los trabajadores, y los comportamientos agresivos.(Santana et al., 2020).

Algunos sectores tienen un mayor riesgo psicosocial que otros, como lo es el caso del sector salud. Esto se evidenció en la reciente pandemia, adicional a los factores ya mencionados. Dichos factores se asocian con la exposición continuada al trato con personas, la inestabilidad de las instituciones por reestructuración, expansión o reducción, la retribución salarial, la atención continua a los pacientes, la necesidad de actuar con rapidez y eficiencia, la toma constante de decisiones asertivas y las implicaciones que puede generar el incumplimiento en las funciones sobre la seguridad de los pacientes (Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST), O.A., 2018; Santana et al., 2020).

1.5 La enfermería como gestora del cuidado y eje central del equipo interdisciplinario ¿cualidades de riesgo?

Luther y colaboradores (2019) explican la importancia de la enfermería como profesión central del equipo interdisciplinario. Así mismo se concibe como gestora del cuidado y de la atención centrada en el paciente en el entorno clínico, ambulatorio y comunitario. Dicha posición está relacionada con el amplio conocimiento de los profesionales de enfermería en torno a la fisiopatología y las intervenciones de las enfermedades; además del acercamiento con las expectativas y necesidades de los usuarios y sus familias, proporcionado cuidado en las dimensiones, física, social, conductual y de gestión de la atención en salud. Es de resaltar, que el cuidado requiere de la interacción continua entre la enfermera, el paciente y su familia para la generación de una atención empática y por lo

tanto, una relación terapéutica (Boyle, 2016; Elers Mastrapa & Gibert Lamadrid, 2016; Ramírez Elizondo et al., 2020; Ramírez & Müggenburg, 2015).

Las cualidades atribuidas a la enfermería como eje central de la atención del paciente de acuerdo a lo postulado por Luther y su equipo (2019) son tres principales. La primera corresponde a la versatilidad y flexibilidad como habilidades inherentes y aprendidas de los profesionales, sustentadas en el conocimiento biofisiológico y psicosocial. La segunda hace referencia a las habilidades de comunicación interpersonal, pues enfermería permite un abordaje integral que acerca al equipo frente a la situación actual del paciente y el plan de atención. Esto se logra al establecer vínculos con colegas y otros miembros del equipo de salud, así como con la institución a la cual pertenece (Barboza Jacondino et al., 2014; Cordero et al., 2018; Lanzoni et al., 2011; B. C. Pereira et al., 2019; Silva et al., 2019). La tercera cualidad, evaluación y seguimiento, les permite a los profesionales de enfermería identificar el progreso del paciente sin dejar de lado sus necesidades y expectativas, y monitorear el cumplimiento de los objetivos de calidad.

En cierta medida, estas cualidades aumentan el grado de vulnerabilidad del personal de enfermería a condiciones y situaciones estresantes. Por ejemplo, la literatura científica muestra la posibilidad de encontrar realidades que deterioran el proceso de interacción de los profesionales de enfermería y que repercuten en su bienestar (Cordero et al., 2018). Tal es el del uso del poder en el desarrollo de actividades asistenciales como factor de distanciamiento y exclusión con cualquier integrante del equipo de salud, las condiciones laborales inadecuadas y las barreras de comunicación con los pacientes y/o familiares (Lanzoni et al., 2011).

Por otro lado, la violencia laboral en el personal de salud y específicamente en enfermería, es un fenómeno que ha tomado fuerza en la actualidad. Este afecta negativamente el proceso de interacción y repercute en el bienestar psicológico del profesional (De Klerk, 2007; Needham et al., 2005; Rippon, 2000). En la actualidad, la violencia física y psicológica son las formas más frecuentes de victimización del personal de enfermería. Los agresores más comunes son los pacientes y sus familiares, lo que deja consecuencias a nivel físico en algunos casos y en su mayoría a nivel psicológico (De-San-Segundo et al., 2017; Ochoa, 2016).

La exposición constante a la violencia genera a largo plazo sentimientos de apatía, intolerancia, estrés, irritabilidad e impulsividad. Estos terminan por afectar el desempeño del profesional, no solo a nivel laboral, pues también se ve afectado en el contexto personal y familiar, perpetuando la cadena de maltrato a la que ha sido sometido (Ochoa, 2016). Rippon (2000) afirma que las consecuencias emocionales y psicológicas derivadas de la violencia hacia el profesional de la salud, pueden persistir e influir en la cotidianidad durante un tiempo prolongado. El acoso u hostigamiento laboral es otra de las formas de violencia a las que se somete el profesional de enfermería. Este se presenta de forma horizontal entre colegas, generado impacto a nivel físico y psicológico, y organizacional (Christie & Jones, 2013; Llanos-Jiménez et al., 2018; Molero Jurado et al., 2016).

Otro ejemplo corresponde a la fatiga por compasión, trastorno asociado a la exposición prolongada a situaciones estresantes, situaciones traumáticas y/o relacionadas con el sufrimiento de los pacientes y sus familiares. No obstante, Boyle (2016) referencia que la fatiga por compasión también se relaciona con la evocación de recuerdos y memorias traumáticas por parte de los enfermeros. Dichos recuerdos se derivan de la atención de otros pacientes o acontecimientos traumáticos de la vida personal, y acarrear grandes consecuencias en el bienestar del profesional, el desempeño laboral y la atención del paciente (Borges et al., 2019; Boyle, 2016; Jilou et al., 2021; Tobón Restrepo, 2022).

La fatiga por compasión suele presentarse en trabajadores de la salud, principalmente en enfermeros compasivos y empáticos que, por circunstancias externas o internas no afrontan adecuadamente el sufrimiento inmerso en la práctica diaria del cuidado. En este contexto, las estrategias de afrontamiento juegan un papel vital mediador entre el arte del cuidado y la satisfacción por compasión, y el logro laboral. Así como la resiliencia, el autoconocimiento, la autoconciencia, la inteligencia emocional, el autocuidado y la autocompasión (Borges et al., 2019; Boyle, 2016; Jilou et al., 2021; Tobón Restrepo, 2022).

1.6 Justificación

1.6.1. Importancia social y teórica

Acorde a los niveles de violencia y pobreza presentes en nuestro país, el estudio realizado por Posada y compañía (2019) mostró que el 98,7% de los participantes experimentó

eventos traumáticos antes de los 18 años. Todos estos están relacionados con acontecimientos generales, abuso físico y emocional, es decir, que la población colombiana convive con las consecuencias y el impacto de la exposición a EAI, lo que suma importancia a la investigación referente a este tema, aún más cuando se considera que en nuestro país la producción científica es reciente y escasa (Almeida et al., 2021; Alvarez et al., 2019; Casas-Muñoz et al., 2021; Castillo Martínez et al., 2017; Sereno Torres & Camelo Roa, 2020; Sheffler et al., 2019; Thomson & Jaque, 2019; M. Vega-Arce & Nuñez-Ulloa, 2017; Maribel Vega-Arce & Núñez-Ulloa, 2018).

Referente a las estrategias de afrontamiento en trabajadores de la salud, la investigación científica se ha concentrado en describir el grado de estrés, los estresores y la dinámica de uso de dichas estrategias en el ámbito laboral. Esto con el fin de buscar puntos de intervención que contribuyan a fortalecer dichas estrategias (Lastre-Amell et al., 2018; Mabel Molina-Chailán et al., 2019; Sarsosa-Prowesk & Charria-Ortiz, 2017). Sin embargo, no se ha abordado el fenómeno desde los factores intrínsecos que pueden influir, para este caso específico, las experiencias adversas infantiles. La literatura sustenta que las personas implementan estrategias de afrontamiento dependiendo de la tarea a desarrollar, del contexto de la situación y de los factores biopsicosociales de cada persona, entre otros (Ó. Arrogante, 2016a; O. Arrogante et al., 2016a; Filgueira Martins Rodrigues et al., 2020; Martínez-Zaragoza et al., 2020; Souza et al., 2018; Teixeira et al., 2016).

1.6.2. Implicaciones prácticas

Es bien sabido el impacto que tienen las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción respecto al estrés laboral y su relación con las experiencias adversas infantiles, en donde se observa que aumentan el uso recurrente de estrategias centradas en la emoción y por ende, afectan negativamente el bienestar físico y emocional de la persona (Ó. Arrogante, 2016a; O. Arrogante et al., 2016a; Filgueira Martins Rodrigues et al., 2020; Martínez-Zaragoza et al., 2020; Souza et al., 2018; Teixeira et al., 2016). Al considerar dicha relación, se hace necesario profundizar en el fenómeno en mención desde un enfoque que nos permita identificar si en el contexto específico de los trabajadores de la salud, existe una relación entre las experiencias adversas de la infancia y las estrategias de afrontamiento usadas ante situaciones estresantes a nivel laboral. Con esto se disponen

posibles puntos de intervención y fortalecimiento para los programas institucionales de bienestar dirigidos a trabajadores de la salud en el ambiente hospitalario.

Acercarse a la comprensión de la relación entre las experiencias adversas infantiles y las estrategias de afrontamiento, usadas por el personal de salud de servicios asistenciales de internación, contribuiría a entrever la importancia de la salud mental en este tipo de población. Además, generaría nuevas inquietudes investigativas en torno al abordaje de las experiencias adversas infantiles como una forma de entender, explicar y así fortalecer las estrategias de afrontamiento ante situaciones estresantes. Esto, por consiguiente, trae consigo un crecimiento en el bienestar físico y psicológico de los trabajadores de la salud.

Son múltiples los factores estresantes presentes en el entorno laboral hospitalario de los trabajadores de la salud. No obstante, la investigación se ha enfocado principalmente en los servicios de alta complejidad y demanda emocional como las unidades de cuidado intensivo y de cuidado paliativo. Así mismo, los estudios que abordan los estresores laborales se centran esencialmente en el personal de enfermería, atendiendo a la premisa de la alta exposición a factores estresantes para dicho recurso. Sin embargo, se prescinde el valor del abordaje holístico del equipo de salud y el impacto que genera una adecuada interacción de sus miembros en la atención en salud.

1.6.3. Importancia disciplinar

La enfermería corresponde al talento humano en salud con mayor número de representante. Adicional a esto, es elegida y desarrollada especialmente por mujeres (Ayuso Murillo et al., 2017; Cañadas de la Fuente et al., 2018; Gracia Gozalo et al., 2019; Romero et al., 2014); la Organización Mundial de la Salud (2020) dio a conocer que la enfermería representa el 59% de las profesiones sanitarias a nivel mundial, contemplando profesionales (69%) y auxiliares de enfermería (22%). Sumado a esto, mostró que el 90% del personal de enfermería son mujeres, siendo este el grupo más vulnerable al maltrato intrafamiliar y de género, en formas de violencia psicológica y sexual, y que por lo tanto tiene mayor riesgo de haber estado expuesto a experiencias adversas de la infancia.

Tradicionalmente, la investigación en enfermería se ha dirigido al paciente como sujeto de cuidado, siendo este la esencia de la profesión, se desconoce la trascendencia del bienestar propio antes de establecer una relación con el paciente y con el entorno. Como

lo mencionan Pacheco y colaboradores (2013), el bienestar del enfermero es tan importante como el del paciente. Por lo tanto, es necesario tener conciencia de sí mismo y de los patrones de comportamiento propios, así como un afrontamiento eficaz frente a las situaciones de estrés que coexisten con el arte de cuidar.

Indiscutiblemente, la satisfacción laboral y el bienestar psicológico del profesional de enfermería impactan en la calidad del cuidado y la seguridad de la atención que prestan a los pacientes. De esta forma se contribuye al desarrollo, mantenimiento y conservación de la salud del individuo (Arco Canoles & Suarez Calle, 2018; Boyle, 2016). Estados favorables de bienestar en el personal enfermero aumentan la productividad diaria y reducen el ausentismo laboral, además de disminuir los errores asociados al trabajo y aumentar la eficacia (Boyle, 2016), situación que favorece ampliamente a las instituciones prestadoras de servicios de salud y al sector salud en general, al ser la fuerza laboral más extensa en dicho sector y al ofrecer una mejor experiencia del paciente y su familia en relación al proceso de atención en salud.

▪ **Reconocimiento de las experiencias adversas infantiles como parte del autoconocimiento**

Newman (1991) establece que el foco de la disciplina de Enfermería y por lo tanto de la investigación en Enfermería, es el cuidado en la experiencia de la salud humana y las situaciones que afecten dicha experiencia. Para ella, el centro de la enfermería corresponde a la interacción entre la enfermera y el paciente, buscando la expansión de la conciencia mutua. Es decir, buscando evolucionar a niveles más altos de conciencia, reconociendo la relevancia de la interacción de la persona con el entorno que le rodea y la presencia de patrones que afectan la experiencia de la salud (Brown, 2011a, 2011b; Smith, 2011).

En la teoría de la salud como expansión de conciencia, el rol principal del enfermero es el empoderamiento del paciente para que pueda reconocer sus patrones y la relación de éstos con su entorno y su estado de salud. Del mismo modo, el profesional de enfermería debe ser capaz de reconocer sus patrones y la forma en que estos influyen en sus procesos de interacción (Brown, 2011a, 2011b). Por lo tanto, se hace necesario que el enfermero sea consciente de sí mismo y eso incluye, el reconocimiento de las experiencias adversas vivenciadas, su relación con el entorno y la forma de afrontar las situaciones de estrés.

▪ **Salud mental y física en enfermería, el enfermero como sujeto de cuidado**

Las consecuencias del estrés físico, psicológico y emocional experimentado por los profesionales de enfermería que ejercen en servicios hospitalarios, predispone la aparición de patologías que, como el síndrome de Burnout, la ansiedad y depresión, el síndrome de estrés postraumático, suelen relacionarse con la adopción de comportamientos nocivos. Tales como el consumo desmedido de analgésicos, sedentarismo, alimentación inadecuada, consumo de sustancias alcohólicas y psicoactivas y alteraciones del sueño (Alonso-Castillo et al., 2018; Fernández Sánchez et al., 2019; Junqueira et al., 2017; Lima da Silva et al., 2017; Machado et al., 2016; Moura et al., 2019; Salmon & Morehead, 2019; Vahedian-Azimi et al., 2019a).

Situación que puede verse agravada, cuando el personal estuvo expuesto a experiencias adversas o eventos traumáticos durante su infancia, pues como se mencionó anteriormente, estas están asociadas con:

Obesidad, diabetes, enfermedad cardiovascular, cáncer, enfermedades pulmonares crónicas, enfermedades hepáticas, trastornos del sueño, trastornos autoinmunes e inflamatorios, síndromes metabólicos, alergias, trastornos cognitivos, trastornos mentales y de comportamiento, predisposición a desarrollar trastorno bipolar, depresión, ansiedad, esquizofrenia, participación en conductas sexuales de riesgo, impulsividad, conducta suicida y uso de sustancias psicoactivas (Serenio Torres & Camelo Roa, 2020).

Un estudio desarrollado en la ciudad de Ibagué, mostró que la prevalencia del síndrome de Burnout en enfermeros profesionales fue del 24.4% y se relacionó principalmente con cansancio emocional y realización personal. Así mismo, evidenció que el 52,3% del personal de enfermería está en riesgo de sufrir el síndrome (Romero et al., 2014). En consonancia con lo anterior, Cañadas de la Fuente (2018) concluyó que alrededor de un tercio de las enfermeras de cuidado crítico y de urgencias presentaron un nivel de burnout alto, relacionado con factores de personalidad y depresión (p.330). Con respecto a la depresión y ansiedad, Fernández y colaboradores (2019) encontraron que el 40% del personal de enfermería presentaba un cuadro de depresión leve, el 22% moderada y el 1% grave, siendo más frecuente en contacto con pacientes en estado crítico; la relación

depresión / ansiedad fue del 82%. Pese a que se observan variaciones en torno a los valores en otros estudios, el común denominador es la existencia de síntomas asociados a depresión y ansiedad que afectan la salud mental de los profesionales de enfermería (Carvalho et al., 2019; Maharaj et al., 2019).

Por otro lado, el Síndrome de estrés postraumático en enfermeros de cuidado intensivo tiene grandes repercusiones en el bienestar del profesional y en el desempeño laboral. Este se asocia con el desequilibrio entre el esfuerzo desarrollado y el resultado obtenido que proviene de cuidar repetidamente pacientes en condición crítica, se acompaña generalmente de síntomas de depresión, ansiedad, agotamiento y fatiga por compasión (Salmon & Morehead, 2019). Como se puede evidenciar, la importancia de los cuadros psicopatológicos traídos a acotación radica, no solo en el impacto que tienen frente al bienestar del enfermero y que lo muestran como un sujeto de cuidado, sino a la posible relación con las experiencias adversas infantiles que lo predisponen al desarrollo de dichas patologías.

Adicional a esto, en un estudio realizado con el objetivo de describir el trauma psicológico en el personal de enfermería, se abordó el trauma desde dos perspectivas. Los traumas psicológicos personales y los traumas propios del ejercicio profesional. En la primera categoría se observaron situaciones traumáticas como divorcios, violencia de género e intrafamiliar, suicidio de familiares o amigos cercanos, enfermedades propias, y antecedentes como, experiencias adversas de la infancia y traumas infantiles como abuso físico, psicológico y separación de los padres. En la categoría de traumas propios de la enfermería, se identificaron los traumas derivados de cometer errores, el trauma secundario o trauma de la segunda víctima, el trauma generado por las interacciones personales (colegas y demás miembros del equipo de salud, pacientes e institución), incluyendo la violencia física horizontal o derivada del paciente (Foli et al., 2020).

▪ **Estrategias de afrontamiento eficaces que promueven el bienestar psicológico**

Marion Conti-O'hare (2002) sustenta que todas las enfermeras, como seres humanos, han experimentado eventos traumáticos a nivel personal. Sin embargo, cuando se emplean estrategias de afrontamiento eficaces, el dolor generado por el evento se transforma y trasciende hacia la sanación. Contrario a lo que sucede cuando las estrategias de

afrontamiento son ineficaces, ya que el resultado es la permanencia del dolor emocional, el miedo, la angustia y las conductas autodestructivas que terminan por afectar las relaciones sociales, íntimas y laborales a través de la proyección (Christie & Jones, 2013; Gaddis, 2017). Todo esto, sin duda, afecta el bienestar de la enfermera.

Adicional a esto, es importante resaltar que, las estrategias de afrontamiento usadas ante las situaciones estresantes de la atención en salud y de los procesos de interacción que se generan entorno a ella, pueden actuar como factor protector o factor de riesgo frente al estrés laboral. Por lo tanto, impactar de forma positiva o negativa frente al bienestar psicológico de los trabajadores de la salud y en la calidad del cuidado que prestan a los pacientes y sus familiares (O. Arrogante et al., 2016a).

Como se mencionó anteriormente, los estresores laborales para el personal de enfermería son múltiples. La literatura deja en evidencia factores como los siguientes: el conflicto con los superiores, la sobrecarga laboral, la exposición al sufrimiento del paciente, la realización de procedimientos que suponen experiencias dolorosas al usuario, la meta personal y profesional de cada enfermero, la evaluación y manejo del paciente con delirio, la presencia familiar, la construcción de conocimiento y habilidades especializadas, la transición de la atención hacia la recuperación o muerte del paciente, ausencia del profesional médico en situaciones de emergencia, desacuerdo con las medidas ordenadas al considerarlas innecesarias o perjudiciales, la proyección emocional de la situación que afecta al paciente, los casos de violencia y abuso emocional (Muñoz Zambrano et al., 2015; Page et al., 2019; Vahedian-Azimi et al., 2019b; Zambrano Plata, 2009).

De acuerdo a Arrogante (2016a), las estrategias de afrontamiento más implementadas por el personal de enfermería corresponden a la búsqueda de solución del problema, la búsqueda de apoyo social, la regulación emocional y en la identificación de una forma positiva de ver la situación estresante. Asimismo, Martínez y colaboradores (2020) hablan de que las estrategias implementadas frente a situaciones de estrés relacionadas con la documentación y la medicación de los pacientes. Estas corresponden a estrategias centradas en el problema y en el resto de actividades se implementan estrategias centradas en las emociones. En una investigación publicada en el 2016, se encontró que el 61,72% de los profesionales de enfermería del área hospitalaria, sin estrés laboral,

tenían estrategias de afrontamiento centradas en el problema. Además, en el grupo de profesionales con estrés laboral este porcentaje se redujo al 48,15% (Teixeira et al., 2016).

Finalmente, atendiendo a la problemática ya expuesta, se planteó abordar los diferentes fenómenos de estudio a través de un paradigma de investigación positivista desde la visión holística de enfermería. Esto buscando un abordaje integral de una temática latente en los trabajadores de la salud. Los hallazgos identificados en la presente investigación permitirán proyectar un panorama de la exposición a experiencias adversas de la infancia de los profesionales de la salud. Así como del impacto que tienen dichas experiencias en las actividades que desarrollan en su cotidianidad y la relación que tienen con las estrategias de afrontamiento utilizadas ante las situaciones de estrés en el entorno laboral. A su vez ofrece bases teóricas para profundizar en la investigación científica de estos fenómenos, en el desarrollo de intervenciones que fortalezcan las estrategias de afrontamiento, que fomenten el bienestar psicológico y emocional de los profesionales de enfermería y que permitan visibilizar la problemática actual de la salud mental del talento humano más representativo de nuestro país en el área de la salud.

1.7. Pregunta de investigación

¿La exposición a experiencias adversas de la infancia durante los primeros 18 años de edad, se encuentra relacionada con las estrategias de afrontamiento usadas por un grupo de trabajadores de la salud, ante las situaciones de estrés que se presentan en los servicios asistenciales de internación donde laboran actualmente?

1.8. Objetivo general de la investigación

Determinar la relación existente entre las experiencias adversas de la infancia y las estrategias de afrontamiento usadas por un grupo de trabajadores de la salud, ante las situaciones de estrés que se presentan en los servicios asistenciales de internación.

1.9. Objetivos específicos de la investigación

- Describir la población de trabajadores de la salud de acuerdo a las variables de caracterización sociodemográfica establecidas en la investigación.

- Describir las experiencias adversas de la infancia reportadas por los trabajadores de la salud de servicios asistenciales de internación.
- Describir las estrategias de afrontamiento usadas por los trabajadores de la salud ante las situaciones de estrés que se presentan en los servicios asistenciales de internación.
- Identificar la relación entre las experiencias adversas de la infancia y las estrategias de afrontamiento usadas por los trabajadores de la salud de servicios asistenciales de internación.

2.Marco conceptual

2.1 Experiencias adversas en la infancia

Las experiencias adversas o experiencias traumáticas de la infancia o de la niñez (Posada Gómez, 2020; Sereno Torres & Camelo Roa, 2020) son eventos negativos, crónicos y recurrentes, relacionados entre sí, que tienen un impacto nocivo en el bienestar. Se presentan principalmente durante los primeros 6 años de vida (M. Vega-Arce & Nuñez-Ulloa, 2017), aunque pueden ocurrir hasta los 18 años (Almeida et al., 2021; Casas-Muñoz et al., 2021; Castillo Martínez et al., 2017; Sereno Torres & Camelo Roa, 2020; M. Vega-Arce & Nuñez-Ulloa, 2017; Maribel Vega-Arce & Núñez-Ulloa, 2018). De acuerdo a Posada (Posada Gómez, 2020), las experiencias adversas o hechos traumáticos de la infancia ocasionan daños en el desarrollo físico, salud y dignidad del niño, en algunos casos, puede comprometer incluso la supervivencia.

Diferentes autores (Almeida et al., 2021; Casas-Muñoz et al., 2021; Castillo Martínez et al., 2017; Sereno Torres & Camelo Roa, 2020; M. Vega-Arce & Nuñez-Ulloa, 2017; Maribel Vega-Arce & Núñez-Ulloa, 2018) coinciden en que las EAI más comunes incluyen el abuso físico, emocional y sexual, negligencia u abandono, testigo de violencia doméstica, madre tratada violentamente, victimización por pares, aislamiento o rechazo por pares, testigo de violencia en la comunidad y violencia social o colectiva. De igual forma, se contemplan las situaciones que pueden generar disfunción familiar como el abuso de sustancias en el hogar, la separación o divorcio de los padres, la crianza monoparental, el encarcelamiento de un miembro de la familia, la enfermedad mental en el hogar, la enfermedad o muerte de alguno de los padres y haber vivido en un orfanato. Finalmente, las condiciones sociales que se consideran como experiencias adversas son el bajo nivel socioeconómico o las dificultades económicas para cubrir las necesidades básicas del niño, además de vivir en un vecindario inseguro y la discriminación (Casas-Muñoz et al., 2021).

2.2 Estrategias de afrontamiento

Las estrategias de afrontamiento corresponden a acciones que se ejecutan buscando restaurar el equilibrio psíquico de la persona ante una situación de estrés que representa una amenaza para el individuo. Su finalidad está dada principalmente a resolver la situación o a manejar las emociones que se generan a través de dicho evento; se relacionan con factores personales y situacionales (Ó. Arrogante, 2016a; Filgueira Martins Rodrigues et al., 2020; Souza et al., 2018; Teixeira et al., 2016).

Se clasifican de acuerdo al enfoque que tengan, las estrategias centradas en el problema buscan afectar la causa relacionada con la amenaza, es decir resolver la situación que se presenta. A diferencia, las estrategias centradas en la emoción buscan mitigar o eliminar las emociones relacionadas con el evento a través de la evitación u otras actividades como la búsqueda de apoyo y las expresiones emocionales (Ó. Arrogante, 2016a; Filgueira Martins Rodrigues et al., 2020; Souza et al., 2018). De igual forma, algunos autores presentan las estrategias tendientes a modificar la evaluación inicial de la situación que se centran en reevaluar la situación (Londoño et al., 2006).

Las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción pueden estar dirigidas a disminuir el grado de perturbación emocional como es el caso de “la evitación, la minimización, el distanciamiento, la atención selectiva, las comparaciones positivas y la extracción de valores positivos a los acontecimientos negativos” (Londoño et al., 2006). Otras tienden a aumentar el grado de perturbación emocional como por ejemplo el autoreproche, entre otras formas de autocastigo. En algunos casos, el aumento a gran escala de la perturbación emocional puede actuar como factor precipitante para la acción (Londoño et al., 2006).

2.3 Trabajadores de la salud

La ley 1164 de 2007 del Gobierno Nacional de la República de Colombia (2007), establece por Talento Humano en Salud lo siguiente:

Personal que interviene en la promoción, educación, información de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad de

todos los habitantes del territorio nacional dentro de la estructura organizacional de la prestación de los servicios de salud.

Para la presente investigación, el termino trabajadores de la salud hace referencia al personal que participa en la prestación de servicios de salud a través de la vinculación a instituciones prestadoras de servicios o como agentes independientes. El termino en mención incluye el personal auxiliar, técnico, tecnológico y profesional que desarrolla actividades encaminadas a fortalecer y preservar la salud de las comunidades, como es el caso de auxiliares de enfermería, profesionales de enfermería, profesionales médicos, profesionales de terapia respiratoria y de terapia física.

3. Marco metodológico

3.1 Tipo de estudio

Estudio cuantitativo de tipo observacional, analítico y de corte retrospectivo. Dado que la literatura científica disponible ha sustentado la relación existente entre las experiencias adversas de la infancia y las estrategias de afrontamiento usadas ante situaciones de estrés, se plantea un estudio analítico que permita profundizar en los fenómenos más allá de describirlos sin establecer necesariamente relaciones causales, atendiendo que las variables no han sido investigadas en la población objeto. De igual forma, a través del análisis entre las diferentes variables se pueden identificar puntos para profundizar en el análisis o tendencias y/o asociaciones que pueden tomarse como línea de partida para posteriores investigaciones.

Es de resaltar que el estudio se considera de corte retrospectivo, ya que los datos que se indagan frente a las experiencias adversas de la infancia, corresponden a eventos que sucedieron durante los primeros 18 años de vida de los participantes, buscando identificar relación de dichos eventos traumáticos con el uso de las estrategias de afrontamiento en la actualidad, pese a que la recolección de los datos se realizó en un único momento.

3.2 Hipótesis

- Hipótesis nula: El uso de estrategias de afrontamiento por parte de los trabajadores de la salud no está relacionado con la exposición a experiencias adversas infantiles.
- Hipótesis alternativa: El uso de estrategias de afrontamiento por parte de los trabajadores de la salud está relacionado con la exposición a experiencias adversas infantiles.

3.3 Población

Trabajadores de la salud que laboran en servicios asistenciales de internación atendiendo población adulta, neonatal y/o pediátrica, vinculados a instituciones prestadoras de servicios de salud de mediana y alta complejidad de diferentes ciudades y municipios del país.

3.4 Participantes

Se contó con la participación de 103 trabajadores de la salud de diferentes IPS, se utilizó un muestreo no probabilístico de tipo consecutivo, en donde se incluyeron todos los trabajadores de la salud que cumplían con los criterios de elegibilidad y que fueron accesibles hasta alcanzar el tamaño de muestra determinado. Es importante considerar lo siguiente, no se realizó ningún tipo de estratificación para calcular la participación de los trabajadores de la salud de acuerdo a la profesión en la presente investigación.

El cálculo del tamaño de la muestra se realizó a través del software gratuito G*Power 3.1.9.7. para una regresión lineal múltiple con modelo fijo y desviación R^2 a partir de cero, con respecto al tipo de análisis de potencia, se calcula el tamaño de muestra considerando los siguientes parámetros: tamaño del efecto = 0,15, error tipo I de 05 para un nivel de confianza del 95%, potencia del 80% para un error tipo II de 0,2 y con 5 predictores, relacionados con los factores que componen el instrumento a utilizar para evaluar la exposición a experiencias adversas infantiles. La muestra calculada correspondió a 92 trabajadores de la salud.

3.5 Criterios de inclusión

- Talento humano en salud perteneciente a alguna de las siguientes profesiones: auxiliares de enfermería, profesionales de enfermería, profesionales médicos, profesionales de terapia respiratoria y de terapia física.
- Personal de las profesiones ya mencionadas que laboren en servicios asistenciales de internación como: hospitalización adulta y/o pediátrica, cuidado básico neonatal, cuidado intermedio e intensivo adulto, pediátrico y/o neonatal.
- Personal de salud con edad entre los 18 y los 60 años.

- Personal sin distinción de género, tiempo de experiencia laboral y tiempo de experiencia en los servicios.

Se verificó con las instituciones los servicios ofertados y la población disponible para participar en la investigación, que cumpliera con los criterios presentados.

3.6 Criterios de exclusión

- Talento humano en salud perteneciente a alguna de las siguientes profesiones: auxiliares de enfermería, profesionales de enfermería, profesionales médicos, profesionales de terapia respiratoria y de terapia física que tenga cargos de índole administrativo.
- Trabajadores de la salud de las disciplinas anteriormente mencionadas que estén diagnosticados con patologías psiquiátricas como: trastorno bipolar y trastornos relacionados, trastornos depresivos, trastornos de ansiedad, trastornos relacionados con traumas y factores de estrés, trastornos disociativos, trastornos de la personalidad y trastornos psicóticos.

La presencia de dichas enfermedades se interrogó durante la firma del consentimiento informado, en la cual se solicitó al participante desistir de la investigación si padecía de algún cuadro clínico como los ya mencionados.

3.7 Definición de variables

En la Tabla 1 se presentan las principales variables de estudio de acuerdo a características como definición conceptual, dimensiones, definición operacional, escala o categoría, escala de medición, tipo de variable, relación de las variables y fuente principal.

Tabla 1: Definición de las principales variables de estudio

Variable	Experiencias adversas de la infancia	Estrategias de afrontamiento
Definición conceptual	Eventos que ocurren en la niñez y/o adolescencia (<18 años), que impiden e impactan de manera negativa el desarrollo evolutivo, generando estrés y malestar; además de poner en riesgo la integridad física y psicológica de quienes las experimentan.	Acciones que se ejecutan buscando restaurar el equilibrio psíquico de la persona ante una situación de estrés que representa una amenaza para el individuo

Fuente: elaboración propia.

Tabla 1: (Continuación)

Variable	Experiencias adversas de la infancia	Estrategias de afrontamiento
Dimensiones (factores)	Experiencias traumáticas asociadas a la violencia sociopolítica (Factor 1) Abuso sexual (Factor 2) Abuso físico y emocional (Factor 3) Acontecimientos traumáticos generales (Factor 4) Pobreza (Factor 5)	Solución de problemas (Factor 1) Apoyo social (Factor 2) Espera (Factor 3) Religión (Factor 4) Evitación emocional (Factor 5) Búsqueda de apoyo profesional (Factor 6) Reacción agresiva (Factor 7) Evitación cognitiva (Factor 8) Expresión de la dificultad de afrontamiento (Factor 9) Reevaluación positiva (Factor 10) Negación (Factor 11) Autonomía (Factor 12)
Definición operacional	Puntuación obtenida por factores y total en el Inventario de Experiencias Traumáticas en la Infancia versión colombiana (ETI-SRCol)	Puntuación en la escala por factores de Estrategias de Coping – Modificada (EEC-M),
Escala o categoría	Si = 1 No = 0	Nunca = 1 Casi nunca = 2 A veces = 3 Frecuentemente = 4 Casi siempre = 5 Siempre = 6
Escala de medición	Numérica	Numérica
Tipo de variable	Cuantitativa	Cuantitativa
Relación de la variable	Variable independiente	Variable dependiente
Fuente principal	Instrumento - Inventario de Experiencias Traumáticas en la Infancia versión colombiana (ETI-SRCol)	Instrumento - Escala de Estrategias de Coping – Modificada (EEC-M),

Fuente: elaboración propia.

En la Tabla 2 se presentan las características de las variables de caracterización sociodemográfica para la presente investigación de acuerdo a la definición operacional, escala o categoría, escala de medición, tipo de variable y fuente de datos.

Tabla 2: Definición de las variables de caracterización sociodemográfica

Variable	Definición operacional	Escala o categoría	Escala de medición	Tipo de variable	Fuente principal
Edad	Años cumplidos del participante al momento de aplicar la medición	Años (18-60 años)	Discreta	Cuantitativa	Datos generales
Sexo	Sexo biológico del participante	1. Masculino 2. Femenino	Nominal – dicotómica	Cualitativa	Datos generales
Profesión	Actividad habitual que ejerce el trabajador de la salud y por la cual es remunerado.	1. Auxiliar de enfermería 2. Enfermero (a) 3. Médico (a) 4. Terapeuta respiratorio (a) 5. Terapeuta físico (a)	Nominal – policotómica	Cualitativa	Datos generales
Nivel académico	Nivel de formación académica alcanzado por el trabajador de la salud.	1. Auxiliar 2. Profesional 3. Especialización 4. Maestría 5. Doctorado	Ordinal	Cualitativa	Datos generales
Servicio	Servicio de atención hospitalaria en la que se ubica el trabajador de la salud durante la aplicación de los instrumentos	1. Hospitalización adulto 2. Hospitalización pediátrica 3. Cuidado básico neonatal 4. Cuidado intensivo e intermedio adulto 5. Cuidado intensivo e intermedio pediátrico 6. Cuidado intensivo e intermedio neonatal	Nominal – policotómica	Cualitativa	Datos generales

Fuente: elaboración propia

Tabla 2: (Continuación)

Variable	Definición operacional	Escala o categoría	Escala de medición	Tipo de variable	Fuente principal
Estado civil	Situación jurídica del participante frente a su familia y la sociedad	1. Soltero (a) 2. Unión libre 3. Casado (a) 4. Separado (a) 5. Viudo (a)	Nominal – policotómica	Cualitativa	Datos generales

Fuente: elaboración propia

3.8 Recolección de datos

La recolección de los datos se realizó en un único momento a través de la aplicación de los instrumentos establecidos para evaluar la exposición a las experiencias adversas de la infancia y las estrategias de afrontamiento usadas por los trabajadores de la salud. Dichos instrumentos fueron diseñados para ser autoadministrados y se aplicaron de forma física y virtual. Cabe mencionar que el uso de formularios en línea facilitó el acceso a los trabajadores de la salud.

El consentimiento informado se aplicó de forma presencial durante la prueba piloto, no obstante, los consentimientos e instrumentos restantes se administraron a través de formularios en línea, que generaron y alimentaron de forma automática la matriz de datos de Google Sheets en el drive asignado al correo institucional de la investigadora por parte de la Universidad Nacional de Colombia. Cada instrumento generó una hoja de datos, permitiendo la organización y almacenamiento de los resultados, en donde las respuestas se identificaron con un código alfanumérico determinado por el participante.

Adicional a esto, la información que se recolectó por medio de la aplicación de los cuestionarios en físico, fue agregada a la matriz de datos en Google Sheets, la cual fue verificada de forma constante y manipulada de forma exclusiva por la investigadora, garantizando la confiabilidad y confidencialidad de la información para su respectivo análisis.

3.9 Instrumentos de recolección

3.9.1. Experiencias adversas infantiles

La exposición a EAI vivenciadas por los trabajadores de la salud se evaluó a través del inventario de experiencias traumáticas en la infancia versión colombiana (ETI-SRCol). Una revisión de literatura realizada por Pereira y Viana (2021) mostró el uso de alrededor de 38 instrumentos diferentes para medir la exposición a experiencias adversas infantiles a nivel mundial. Entre dichos instrumentos se encuentran los dirigidos a evaluar específicamente las experiencias adversas infantiles y otros a evaluar los eventos traumáticos de la infancia, siendo los últimos los más utilizados para tal fin.

El inventario de experiencias traumáticas en la infancia versión colombiana (ETI-SRCol) fue adaptado y validado por Posada y colaboradores a partir de una versión del ETI-SR validada en España para evaluar trauma infantil en mujeres (2019), obtuvo una consistencia interna de 0,79 y un coeficiente de correlación de 0,92 durante ese proceso de validación (Plaza et al., 2011). El ETI-SRCol cuenta con validez de apariencia y de contenido obtenida a través de la revisión de un grupo de expertos, con respecto a la confiabilidad, tiene una adecuada consistencia interna dada por un coeficiente alfa de Cronbach global de 0,89 y aceptable para cada uno de los factores que componen el instrumento (Posada Gómez, 2020). En torno a la validez de constructo, se calculó a través de un análisis factorial exploratorio y confirmatorio que sustenta los 5 factores que lo componen.

El ETI-SRCol se compone de 5 factores que evalúan las experiencias traumáticas de la infancia, a continuación, se describe de manera global cada uno de ellos:

- Factor 1, violencia sociopolítica (18 ítems): este dominio fue desarrollado para el contexto colombiano, contempla las experiencias relacionadas con el desplazamiento, secuestro y extorsión.
- Factor 2, abuso sexual (15 ítems): evalúa las experiencias de tipo sexual no deseadas o que pueden resultar incómodas para el menor de dieciocho años y que concurren sin su consentimiento.

- Factor 3, abuso físico y emocional (16 ítems): contempla las experiencias relacionadas con el castigo físico y/o sometimiento a una disciplina rígida durante la infancia y/o adolescencia.
- Factor 4, acontecimientos traumáticos generales (31 ítems): hace referencia a los acontecimientos que resultan estresantes que no se agrupan en los demás factores pero que generan el mismo impacto.
- Factor 5, pobreza (4 ítems): agrupa las experiencias relacionadas con condiciones de pobreza dado el límite que tienen frente al cumplimiento de las necesidades básicas.

Por otro lado, el ETI-SRCol evalúa cualidades adicionales de las experiencias adversas vivenciadas, como por ejemplo: frecuencia de ocurrencia, perpetrador, impacto emocional en el momento en que ocurrió y percepción del impacto que tienen en la actualidad (Posada Gómez, 2020). No obstante, para ésta investigación solo se consideraron las preguntas que califican como presente o ausente el evento traumático de cada sub-escala, lo anterior entendiendo que se pretendía evaluar la exposición a EAI y no el índice de gravedad del trauma infantil. Es de resaltar, que se consultó con la investigadora principal de la validación psicométrica del instrumento, obteniéndose como concepto que la no consideración de las preguntas ya mencionadas no afectaría la evaluación de la exposición a EAI.

La calificación del instrumento en mención se realiza calculando la puntuación de cada factor evaluado y la puntuación total del instrumento, cada respuesta positiva (sí) se cuenta como un punto, la puntuación máxima es de 84 puntos, para un total de 84 ítems a evaluar. Una vez obtenida la puntuación total o por factor, esta se compara con los valores de referencia según el sexo y el rango de edad en el que se encuentra el participante, tal como lo indican las Tablas 3 y 4. Cuando la puntuación obtenida por el participante es superior al valor de referencia, se puede inferir que hay una mayor exposición a experiencias adversas en la infancia en comparación con personas de su mismo sexo y rango de edad (Posada Gómez, 2020).

Tabla 3: Media poblacional y desviación estándar por rango de edad y sexo biológico para los factores 1 al 3

Factor	Violencia sociopolítica	Abuso sexual	Abuso físico y emocional
--------	-------------------------	--------------	--------------------------

Edad	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
18-25	1,74±3,70	1,08±3,01	1,46±2,35	1,26±2,20	5,80±3,69	5,14±3,64
26-35	1,46±3,85	1,61±3,74	0,96±1,39	1,33±2,16	5,34±4,02	4,02±3,27
36-45	0,96±1,74	0,81±1,37	1,40±2,08	0,93±0,23	5,48±3,36	5,43±5,37
46-60	0,82±1,94	1,51±2,84	0,64±0,86	1,22±1,71	6,17±2,69	5,81±2,89

Fuente: adaptado de Inventario de experiencias traumáticas en la infancia (ETI-SRCol), versión colombiana: manual de aplicación y calificación, Posada Gómez, S. L, 2020, p. 61-62.

Tabla 4: Media poblacional y desviación estándar por rango de edad y sexo biológico para los factores 4 y 5

Factor	Acontecimientos traumáticos generales		Pobreza		Puntuación total de la escala	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
18-25	5,93±3,66	4,50±3,54	0,43±0,82	0,28±0,79	15,37±8,69	12,28±8,69
26-35	6,54±5	4,85±3,63	0,40±0,85	0,42±0,99	14,70±11,08	12,26±10,61
36-45	6,22±7,47	6,75±7,46	0,29±0,60	0,25±0,68	14,37±7,17	14,18±12,29
46-60	7,88±2,44	6,59±2,51	0,41±0,79	0,25±0,81	15,94±4,84	15,40±5,45

Fuente: adaptado de Inventario de experiencias traumáticas en la infancia (ETI-SRCol), versión colombiana: manual de aplicación y calificación, Posada Gómez, S. L, 2020, p. 62-63.

El inventario de experiencias traumáticas de la infancia versión colombiana se encuentra publicado en diferentes medios digitales ya que es de libre uso, aun así, se solicitó autorización de la investigadora principal obteniéndose respuesta formal vía correo electrónico en donde se indica el permiso para usar dicho instrumento.

3.9.2. Estrategias de afrontamiento

Las estrategias de afrontamiento usadas por los trabajadores de la salud se evaluaron a través de la Escala de Estrategias de Coping – Modificada, la cual fue adaptada y validada para la población colombiana por Londoño et al (2006) a partir de la Escala de Estrategias de Coping-Revisado de Chorot y Sandín. La Escala de Estrategias de Coping – Modificada cuenta con un coeficiente alfa de Cronbach de 0,847 para sustentar la consistencia interna y una varianza total explicada del 58%, se realizó análisis factorial exploratorio para evaluar validez de constructo.

Dicha prueba se compone de 12 factores, a continuación, se describe de manera global cada uno de ellos, se enlistan los ítems que lo evalúan y se indica la media y la desviación

estándar (DE) para cada uno, de acuerdo a lo establecido por Londoño y su grupo de investigación (2006):

- Factor 1, solución de problemas: corresponde a las acciones de carácter cognitivo, analítico y racional orientadas a solucionar el problema. Ítems: 10, 17, 19, 26, 28, 37, 39, 51, 68. Media 33,5, DE 8,4.
- Factor 2, apoyo social: hace referencia al apoyo emocional e información proporcionado por terceros con la finalidad de “tolerar o enfrentar la situación problema, o las emociones generadas ante el estrés” (Londoño et al., 2006). Ítems: 6, 14, 23, 24, 34, 47, 57. Media 23,2, DE 8,2.
- Factor 3, espera: consiste en esperar de forma pasiva la resolución del problema con el paso del tiempo. Ítems: 9, 18, 27, 29, 38, 40, 50, 60, 69. Media 22,5, DE 7,5.
- Factor 4, religión: la creencia en Dios manifestada por rezos y oración es considerada como estrategia para tolerar el problema o para generar soluciones ante el mismo. Ítems: 8, 16, 25, 36, 49, 59, 67. Media 20,7, DE 9.
- Factor 5, evitación emocional: acciones enfocadas a ocultar o inhibir las emociones generadas por la situación estresante y consideradas como negativas, ya sea por la carga emocional, las posibles consecuencias o la desaprobación social. Ítems: 11, 20, 21, 30, 41, 43, 53, 62. Media 25, DE 7,6.
- Factor 6, apoyo profesional: uso de recursos profesionales enfocados en tener una mayor información sobre el problema y las posibles alternativas para enfrentarlo, hace parte de las estrategias de apoyo social. Ítems: 7, 15, 35, 48, 58. Media 10,9, DE 5,6.
- Factor 7, reacción agresiva: “expresión impulsiva de la emoción de la ira dirigida hacia sí mismo, hacia los demás o hacia los objetos” (Londoño et al., 2006). Ítems: 4, 12, 22, 33, 44. Media 12,7, DE 5,1.
- Factor 8, evitación cognitiva: estrategias enfocadas en neutralizar los pensamientos percibidos como negativos a través de actividades y distractores. Se incluyen la desconexión mental, distanciamiento, negación. Ítems: 31, 32, 42, 54, 63. Media 15,9, DE 4,9.
- Factor 9, reevaluación positiva: identificación de los aspectos positivos relacionados con el problema, contribuye tolerar la situación y a generar pensamientos resolutivos. Ítems: 5, 13, 46, 56, 64. Media 18,4, DE 5,4.

- Factor 10, expresión de la dificultad que afrontamiento: “expresión de desesperanza frente al control de las emociones y del problema, implica un proceso de autoevaluación y monitoreo en donde la autoeficacia no es favorable para resolver las tensiones producidas por el estrés” (Londoño et al., 2006). Ítems: 45, 52, 55, 61. Media 14,8, DE 4,7.
- Factor 11, negación: no aceptación y evitación del problema por una valoración distorsionada de la situación. Ítems: 1, 2, 3. Media 8,8, DE 3,3.
- Factor 12, autonomía: búsqueda de respuestas al problema de forma independiente sin contar con apoyo de otras personas. Ítems: 65, 66. Media 6,8, DE 2,8.

La calificación se realiza calculando la puntuación para cada uno de los factores de acuerdo a los ítems mencionados con anterioridad y al valor que asigne el participante, cuenta con un total de 69 ítems y cada ítem puede ser evaluado como: nunca (1), casi nunca (2), a veces (3), frecuentemente (4), casi siempre (5) y siempre (6) (Londoño et al., 2006). Al obtener el resultado de dicha sumatoria, se compara el valor obtenido con el valor de referencia y la desviación estándar establecidos para cada uno de los factores.

La Escala de Estrategias de Coping – Modificada, se encuentra publicada en diferentes medios digitales ya que es de libre uso, aun así, se solicitó autorización de la investigadora principal vía telefónica, en donde se indica el permiso para usar dicho instrumento

3.10. Sesgos de la investigación

Es importante considerar que, al emplearse un muestreo de tipo no probabilístico, para este caso específico, muestreo de tipo consecutivo, no se puede garantizar que la muestra seleccionada sea representativa de la población objeto, lo que a su vez actúa como limitante para el presente estudio. No obstante, para la presente investigación se contempló el error aleatorio y el error sistemático, estableciéndose estrategias de control. Frente al error aleatorio, se consideró un error tipo I de 0,5 para un nivel de confianza del 95%, y un error tipo II de 0,2, potencia del 80%.

En lo relacionado con el error sistemático, se contempló el sesgo de recuerdo dado que se realiza una recolección de datos retrospectiva, en donde se evalúa la exposición a un

fenómeno que se desarrolló durante los primeros 18 años de vida. Para este caso, es importante considerar, que los eventos traumáticos experimentados durante la infancia y adolescencia, dado el alto contenido sensorial y emocional con el que se almacenan en la memoria facilitan su recordación, aunque dicha evocación puede ser imprecisa y dependiente del tratamiento que haya recibido la experiencia adversa (Echeburúa & Amor, 2019). De igual forma, los instrumentos que se plantean cuentan con una adecuada validez y aplicabilidad en el contexto colombiano.

Por otro lado, dada la sensibilidad de las preguntas entorno a las experiencias adversas de la infancia, el diligenciamiento de los instrumentos puede dar cabida a los sesgos de deseabilidad social, selección e interpretación. Como mecanismos de control, se dio garantía de la privacidad y confidencialidad de la información recolectada a los participantes, prescindiendo de los datos relacionados con la ubicación geográfica y el nombre de las instituciones prestadoras de servicios de salud. Adicionalmente, se habilitó un medio virtual para el diligenciamiento de los formularios y se elaboraron y compartieron videos informativos.

Finalmente, en torno al control de las variables de confusión, se excluyeron de la investigación los trabajadores de la salud que se encuentren diagnosticados con enfermedades mentales, ya que, dichos padecimientos pueden afectar las estrategias de afrontamiento utilizadas ante situaciones de estrés en el entorno laboral. Así mismo, se consideran diferentes variables que de acuerdo a la literatura podrían estar relacionadas como: edad, sexo, profesión, nivel académico, servicio y estado civil que se abordaran a través de un análisis bivariado y multivariado, en caso de que aplique.

3.11. Marco de análisis

De forma inicial se planteó un marco de análisis en 3 fases, la primera corresponde al análisis descriptivo de los diferentes fenómenos, la segunda a un análisis bivariado y la tercera, a la estimación de un modelo de regresión lineal. No obstante, el análisis de los fenómenos en mención se realizó en 2 etapas al identificar que las principales variables de estudio no seguían una distribución normal, por lo tanto, no cumplían con los supuestos establecidos para desarrollar un modelo de regresión lineal múltiple. Es de resaltar, que el análisis se desarrolló a través del software estadístico IBM® SPSS® Statistics versión 26.

En el análisis estadístico descriptivo las variables cualitativas se reportaron a través de proporciones y las cuantitativas con medidas de tendencia central (media, mediana), de dispersión (desviación estándar) y de posición (percentiles) según aplicó. Dado que las experiencias adversas de la infancia no han sido descritas en la población objeto de esta investigación, se detalló los tipos de experiencias traumáticas identificadas.

Con respecto al análisis bivariado, se inició con la aplicación del test de normalidad a las diferentes variables cuantitativas para identificar los patrones de distribución. Las variables que no siguen distribución normal, se reportaron con el coeficiente de correlación de Spearman y con la prueba de U Mann Whitney para la comparación de medianas en 2 grupos. En esta etapa, se identificaron las variables sociodemográficas significativas frente a las variables principales de estudio.

3.12.Procedimiento

Luego de recibir el aval (011-22) del comité de ética institucional de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional y el aval y/o autorización de las instituciones prestadoras de servicios de salud participantes, se inició con una prueba piloto dirigida a 20 trabajadores de la salud para evaluar la aplicabilidad de los instrumentos y el protocolo de investigación.

Con la prueba piloto se evaluó la presencia de dificultades entorno al diligenciamiento de los instrumentos por las instrucciones brindadas y el tipo de preguntas; se evaluó el tiempo de diligenciamiento, la extensión de los cuestionarios y las reacciones y comentarios de los participantes. Así mismo, se evaluó la aplicabilidad del paso a paso establecido para la recolección de datos.

Se abordó a los trabajadores en los servicios asistenciales de internación para la presentación del proyecto de investigación, firma del consentimiento informado y diligenciamiento de los instrumentos incluyendo la ficha sociodemográfica. La población abordada en la prueba piloto hizo parte de la muestra establecida para la investigación.

Durante la aplicación de la prueba piloto se hizo evidente el carácter sensible de las preguntas y las reacciones del personal al responderlas, se identificó que las instrucciones eran claras y las preguntas entendibles, no obstante, el personal manifestó que el

cuestionario para evaluar las experiencias adversas de la infancia era muy extenso y requería mucho tiempo para su diligenciamiento, algunos de los cuestionarios quedaron inconclusos en las preguntas que evaluaban la gravedad del trauma experimentado y el perpetrador, así como las preguntas del impacto emocional que dichos eventos generan en la actualidad y en el entorno laboral.

Acorde a lo evidenciado, se decidió excluir las preguntas relacionadas con la gravedad del trauma, el perpetrador y el impacto emocional de dichos eventos, ya que el objetivo de la investigación se encuentra enfocado en la descripción de las experiencias adversas de la infancia y su relación con las estrategias de afrontamiento. Es importante aclarar que la exclusión de las preguntas mencionadas no afecta la evaluación de la exposición a EAI en los participantes.

Posteriormente, los instrumentos se digitalizaron a través de formularios en línea de forma que se facilitara el acceso a los trabajadores de la salud y se construyó un video explicativo del proceso de participación para difundir a través de redes sociales, en el vídeo se hizo énfasis en la verificación de los criterios de exclusión, el consentimiento informado y la protección de la información.

Se recurrió a los líderes de talento humano de las diferentes IPS quienes compartieron los enlaces para el diligenciamiento de los formularios y el vídeo a través de correo electrónico, se dio un tiempo prudente para observar la participación del personal, sin embargo, no se obtuvo una acogida satisfactoria por parte del personal.

Por lo tanto, se hizo conexión y se abordó a los coordinadores administrativos y líderes de los diferentes servicios de las IPS para el envío de los enlaces y vídeo vía WhatsApp a los trabajadores de la salud, adicional, se participó en varias reuniones presenciales programadas con otras finalidades, para promover el diligenciamiento de los instrumentos.

Al no alcanzar la meta de participación, se intenta gestionar con otra institución prestadora de servicios de salud autorización para desarrollar la investigación en otro municipio, sin embargo, no se obtiene una respuesta satisfactoria.

Con la finalidad de lograr la participación necesaria, se inicia nuevamente con la asistencia presencial a los servicios asistenciales mientras de forma alterna se continúa compartiendo la información a través de WhatsApp al personal de salud de las IPS participantes.

Al finalizar la recolección de datos requerida para la investigación, se procedió a organizar la información obtenida para el análisis en el software estadístico IBM® SPSS® Statistics versión 26, los registros en físico se pasan a los formularios virtuales para unificar la información y se realiza acercamiento al personal cuando se encuentran hallazgos relacionados con el diligenciamiento.

Posteriormente, se inicia con el análisis estadístico descriptivo y al observar que las variables no cumplen con la distribución de normalidad, se aplican pruebas no paramétricas para la descripción y para la correlación bivariada de las diferentes variables, se suspende la realización de la regresión lineal múltiple planeada inicialmente al no cumplirse con los supuestos requeridos para su aplicación.

Luego de realizar el análisis, los resultados se presentaron a las instituciones prestadoras de servicios de salud en las que se desarrolló la investigación a través de un informe descriptivo generalizado dirigido al área de talento humano, de igual manera, los resultados podrán ser presentados en eventos académicos o científicos, y en caso tal, se generarán publicaciones con los resultados salvaguardando siempre la confidencialidad y privacidad de la información.

3.13.Consideraciones éticas

De acuerdo a la Resolución N° 008430 (1993) este estudio se clasificó como investigación con riesgo mínimo al observar conductas en sujetos sin manipularlas. Se ofreció el beneficio al participante de identificar las experiencias adversas vivenciadas durante la infancia y reconocer las estrategias de afrontamiento usadas durante la cotidianidad laboral, además de contribuir a la generación de conocimiento en un fenómeno inexplorado en trabajadores de la salud como una forma de fortalecer las estrategias de afrontamiento ante situaciones estresantes y, por consiguiente, el bienestar físico y psicológico de los trabajadores de la salud.

No obstante, el recordar y compartir experiencias de vida dolorosas implicó para los participantes un riesgo de sufrimiento emocional, en caso de que se presentara un evento asociado, se planteó la suspensión de forma inmediata de la participación del trabajador de la salud, y se dispuso de una sala virtual (teleorientación) en donde se contactaría al

participante con una doctora en enfermería experta del área de salud mental. Esto con el fin de brindarle acompañamiento durante el evento estresante, buscando disminuir el riesgo de daños mayores y controlando el malestar emocional. En seguida se determinaría si el participante continuaría o suspendería de forma definitiva su participación.

En caso de que la situación lo ameritara se solicitaría apoyo psicológico para intervención en crisis de forma presencial, por parte del talento humano propio de la institución prestadora de servicios de salud, con la finalidad de atender de forma oportuna el evento. Asimismo, el o los profesionales que intervinieran al participante determinarían la necesidad de un manejo más especializado por urgencias o de forma ambulatoria. Durante la recolección de datos, no se evidenció la necesidad de suspender la participación de ningún trabajador ni de usar la sala de teleorientación.

Entre los criterios de exclusión se contempló la presencia de patologías de índole psiquiátrico (trastorno bipolar y trastornos relacionados, trastornos depresivos, trastornos de ansiedad, trastornos relacionados con traumas y factores de estrés, trastornos disociativos, trastornos de la personalidad y trastornos psicóticos), con la finalidad de no exponer al profesional a situaciones que pudiesen afectar su estado de salud. Si el participante no presentaba ninguna patología que afectara su salud mental, debía autorizar su participación a través del consentimiento informado (anexo A), teniendo en cuenta que este podía ser revocable en cualquier momento durante la investigación, situación que se dejó clara durante la aplicación de los instrumentos de recolección.

Con el fin de garantizar la confidencialidad se implementaron varias actividades, la primera consistió en omitir los datos de identificación en la ficha sociodemográfica, así como la institución para la que labora el trabajador de la salud. En segunda instancia, a cada respuesta se asignó un código alfanumérico determinado por el participante. Como tercera medida se almacenaron los datos de la investigación en la nube del correo electrónico institucional al que solo tiene acceso la investigadora. Con respecto a la propiedad intelectual, el presente estudio acogió lo reglamentado por el Acuerdo 035 de 2003 expedido por el Consejo Académico de la Universidad Nacional de Colombia.

Es importante considerar que no se realizó entrega personalizada de resultados a los participantes de acuerdo a las recomendaciones emitidas por las instituciones prestadoras de servicios de salud, lo anterior, con la finalidad de que el personal no se sintiera señalado

o estigmatizado, pues el contenido generado a través de los instrumentos utilizados es de carácter sensible. Por lo tanto, los resultados se presentaron de forma general a las IPS a través de un informe descriptivo dirigido al área de talento humano. No obstante, se diseñó y entrego una ruta de atención, en donde se integraron las entidades destinadas por la secretaria de salud municipal para brindar atención a los ciudadanos con afectaciones en su salud mental.

4. Resultados

Este apartado presenta la información recolectada con su respectivo análisis, de acuerdo a los objetivos planteados en la investigación. Se inicia con la descripción sociodemográfica de los trabajadores de la salud participantes, para continuar con la descripción de las experiencias adversas de la infancia vivenciadas por el grupo de trabajadores de la salud y las estrategias de afrontamiento usadas ante las situaciones de estrés en el entorno laboral. Posteriormente, se presentarán los resultados derivados del análisis bivariado.

4.1. Características sociodemográficas de los trabajadores de la salud

La población participante (N=103) se caracterizó (Tabla 5) por ser en su mayoría del sexo femenino (80,58%). En relación a la profesión, el porcentaje de participación más alto corresponde a auxiliares de enfermería (56,31%), seguido de profesionales de enfermería (21,36%) y profesionales médicos (14,56%), las profesiones con menos frecuencia en la participación son terapia física (3,88%) y terapia respiratoria (3,88%). El nivel académico más frecuente es el grado técnico (56,31%), seguido del pregrado (22,33%) y la especialización (19,42%), por otro lado, el doctorado y la maestría son infrecuentes con un 0,97% cada uno.

En cuanto a la distribución de los participantes de acuerdo al servicio hospitalario, se evidenció que el 49,51% de los participantes pertenecía al servicio de cuidado intensivo e intermedio adulto, el 17,48% al servicio de cuidado intensivo e intermedio neonatal y el 17,48% al servicio de hospitalización adulto, los porcentajes más bajos corresponden al servicio de hospitalización pediátrica con 3,88% y al servicio de cuidado básico neonatal con 2,91%. Frente al estado civil, se observó con mayor frecuencia los participantes solteros (52,43%) seguido de los participantes casados y en unión libre, juntos con el

mismo porcentaje (20,39%), los más infrecuentes corresponden a los participantes separados (4,85%) y los participantes viudos (1,94%).

Tabla 5: Características sociodemográficas de los trabajadores de la salud

		n	%	
Sexo biológico	Femenino	83	80,6	
	Masculino	20	19,4	
Profesión	Auxiliar de enfermería	58	56,3	
	Enfermera (o)	22	21,4	
	Médico (a)	15	14,6	
	Terapeuta física (o)	4	3,9	
	Terapeuta respiratoria (o)	4	3,9	
Nivel Académico	Doctorado	1	1	
	Maestría	1	1	
	Especialización	20	19,4	
	Pregrado	23	22,3	
	Técnico	58	56,3	
Servicio hospitalario	Cuidado básico neonatal	3	2,9	
	Cuidado intensivo e intermedio adulto	51	49,5	
	Cuidado intensivo e intermedio neonatal	18	17,5	
	Cuidado intensivo e intermedio pediátrico	9	8,7	
	Hospitalización adulto	18	17,5	
	Hospitalización pediátrica	4	3,9	
Estado civil	Casado (a)	21	20,4	
	Separado (a)	5	4,9	
	Soltero (a)	54	52,4	
	Unión libre	21	20,4	
	Viudo (a)	2	1,9	
		P ₂₅	Me	P ₇₅
Edad (años)		30	34	40

Fuente: elaboración propia.

Con respecto a la edad, se identificó que el 25% de los participantes tiene 30 años o menos, un 25% se encuentra entre los 31 y 34 años de edad y un 25% de los participantes tienen 40 o más años, es de resaltar que al aplicar el test de normalidad de Kolmogorov-Smirnov se encontró una significancia de 0,02, lo que indica que la edad no se distribuye de forma paramétrica.

4.2. Características de las experiencias adversas de la infancia en los trabajadores de la salud

En este apartado, se describen de forma inicial las experiencias adversas de la infancia experimentadas por los trabajadores de la salud (N=98) durante sus primeros 18 años de vida, de acuerdo al sexo biológico y a la edad de los participantes durante el diligenciamiento de los instrumentos (Tabla 6 y Tabla 7). Del mismo modo, se comparan las EAI del personal de salud con la población de referencia con la que fue validado el instrumento (Tabla 8), para posteriormente profundizar en el tipo de experiencias traumáticas identificadas para cada uno de los factores que contiene el ETI-SRCOL.

4.2.1. EAI en los trabajadores de la salud de acuerdo al sexo y la edad

En el grupo de participantes de sexo femenino los factores más representativos entre las edades de 18 a 25 años corresponden a los acontecimientos traumáticos generales, el abuso físico y emocional y la violencia sociopolítica, el 75% experimentaron 3 o menos EAI relacionadas con violencia sociopolítica, 8,5 con abuso emocional y físico y 6,5 con acontecimientos traumáticos generales. En el grupo de 26 a 35 años, el 75% de las participantes experimentaron 8 o menos EAI relacionadas con abuso físico y emocional, 6 con acontecimientos generales y 3 con abuso sexual.

Tabla 6: Experiencias adversas de la infancia experimentadas por las participantes de acuerdo a la edad.

Factores	18 – 25 (años)			26 – 35 (años)			36 – 45 (años)			46 – 60 (años)		
	P ₂₅	Me	P ₇₅	P ₂₅	Me	P ₇₅	P ₂₅	Me	P ₇₅	P ₂₅	Me	P ₇₅
Violencia sociopolítica	0	1,5	3	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Abuso sexual	0	0	0,5	0	0,5	3	0	1	2	0	0	4
Abuso físico y emocional	0	0,5	8,5	1	3	8	1	2	6	0	8	11
Acontecimientos traumáticos generales	1	3,5	6,5	3	4	6	3	6	9	4	6	6
Pobreza	0	0	1,5	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Puntuación total	3,5	7,5	17,5	6	8,5	15	5	11	17	7	17	21

Fuente: elaboración propia.

En las edades entre 36 y 45 años, el 75% experimentaron 9 o menos experiencias relacionadas con acontecimientos traumáticos generales, 6 con abuso físico y emocional y 2 con abuso sexual. Finalmente, en el grupo de 46 a 60 años, las participantes experimentaron principalmente EAI relacionadas con abuso físico y emocional, acontecimientos traumáticos generales y abuso sexual, el 75% de las participantes experimentaron 11 EAI relacionadas con abuso físico y emocional, 6 con acontecimientos traumáticos generales y 4 con abuso sexual.

Con respecto al grupo de participantes de sexo masculino, el 75% entre los 18 y los 25 años experimentaron 24 o menos EAI relacionadas con acontecimientos traumáticos generales y 7 EAI relacionadas con abuso físico y emocional. En el grupo de 26 a 35 años, el 75% de los participantes sufrieron 18 o menos EAI relacionadas con acontecimientos traumáticos generales, 9 con abuso físico y emocional y 8 con abuso sexual. En las edades entre 26 y 35 años, el 75% de los participantes presentan un máximo de 8 EAI relacionados con acontecimientos traumáticos generales, 5,5 con abuso físico y emocional y 2,5 con abuso sexual. Finalmente, el grupo de participantes con edades entre los 46 y los 60 años experimentaron un máximo de 7 experiencias adversas relacionadas con abuso físico y emocional y 2 con acontecimientos traumáticos generales.

Tabla 7: Experiencias adversas de la infancia experimentadas por los participantes de acuerdo a la edad.

Factores	18 – 25 (años)			26 – 35 (años)			36 – 45 (años)			46 – 60 (años)		
	P ₂₅	Me	P ₇₅	P ₂₅	Me	P ₇₅	P ₂₅	Me	P ₇₅	P ₂₅	Me	P ₇₅
Violencia sociopolítica	0	0	1	0	0	4	0	0	1	0	0	0
Abuso sexual	0	0	1	0	0	8	0,5	1	2,5	0	0	0
Abuso físico y emocional	2	4	7	3	4	9	1,5	3,5	5,5	7	7	7
Acontecimientos traumáticos generales	1	3	24	3	6	18	3	4,5	8	2	2	2
Pobreza	0	0	2	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Puntuación total	4	10	31	6	12	39	6,5	10,5	15,5	9	9	9

Fuente: elaboración propia.

4.2.2. EAI en los trabajadores de la salud en comparación con la población de referencia

Al comparar los resultados obtenidos de las EAI que se evaluaron a través del ETI-SRCol con el estudio realizado por Posada y colaboradores (2020; 2019) para adaptar el inventario de experiencias traumáticas de la infancia a nuestro país (Tabla 8), se observa que en los factores de violencia sociopolítica, abuso físico y emocional los trabajadores de la salud tienen una menor exposición a EAI que la población de referencia.

Tabla 8: Experiencias adversas de la infancia en los trabajadores de la salud en comparación con la población de referencia.

Factores	Edad (años)	Población de referencia (M±DE)		Trabajadores de la salud (M±DE)	
		Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Violencia sociopolítica	18 - 25	1,74±3,70	1,08±3,01	0,33±0,58	1,75±1,83
	26 - 35	1,46±3,85	1,61±3,74	1,71±2,21	0,79±2,04
	36 - 45	0,96±1,74	0,81±1,37	0,5±1	0,43±0,99
	46 - 60	0,82±1,94	1,51±2,84	0	0,18±0,40
Abuso sexual	18 - 25	1,46±2,35	1,26±2,20	0,33±0,58	0,25±0,46
	26 - 35	0,96±1,39	1,33±2,16	3,14±5,24	2±3,13
	36 - 45	1,40±2,08	0,93±0,23	1,5±1,73	1,17±1,5
	46 - 60	0,64±0,86	1,22±1,71	0	1,55±1,86
Abuso físico y emocional	18 - 25	5,80±3,69	5,14±3,64	4,33±2,52	3,5±4,6
	26 - 35	5,34±4,02	4,02±3,27	4,71±3,30	4,74±4,26
	36 - 45	5,48±3,36	5,43±5,37	3,5±2,38	3,35±3,46
	46 - 60	6,17±2,69	5,81±2,89	7	6,36±5,24
Acontecimientos traumáticos generales	18 - 25	5,93±3,66	4,50±3,54	9,33±12,74	4,75±5,34
	26 - 35	6,54±5	4,85±3,63	9,57±7,37	4,45±2,78
	36 - 45	6,22±7,47	6,75±7,46	5,5±3,87	6,39±3,70
	46 - 60	7,88±2,44	6,59±2,51	2	5,45±2,84
Pobreza	18 - 25	0,43±0,82	0,28±0,79	0,67±1,15	0,63±0,92
	26 - 35	0,40±0,85	0,42±0,99	0,71±1,11	0,42±0,89
	36 - 45	0,29±0,60	0,25±0,68	0	0,39±0,84
	46 - 60	0,41±0,79	0,25±0,81	0	0,45±1,21
Puntuación total	18 - 25	15,37±8,69	12,28±8,69	15±14,18	10,88±10,12
	26 - 35	14,70±11,08	12,26±10,61	19,86±17,08	12,39±10,87
	36 - 45	14,37±7,17	14,18±12,29	11±5,35	11,74±6,65
	46 - 60	15,94±4,84	15,40±5,45	9	14±7,97

Fuente: elaboración propia.

En el componente de abuso sexual la exposición de los trabajadores de la salud es menor que la de la población de referencia, exceptuando el grupo poblacional de 26 a 35 años, en donde tanto para hombres como mujeres la media es superior para los trabajadores de la salud. Esto es congruente con lo presentado por Henao y colaboradores (2021) en donde para la variable de abuso sexual se observan valores superiores en hombres de 26 a 35 años.

En el factor de acontecimientos traumáticos generales se observa una diferencia significativa entre las EAI reportadas por los trabajadores de la salud de sexo masculino para los grupos etarios de 18 a 25 y 26 a 35 años, al ser superiores a la media de la población de referencia. En relación al factor pobreza se observa una ligera diferencia, siendo mayor la media en trabajadores de la salud entre los 18 y 25 años con respecto a la población de referencia para esa misma edad. Finalmente, se observa una menor exposición en general de la población de trabajadores de la salud frente a la población de referencia, exceptuando los trabajadores de la salud entre 26 y 35 años donde la exposición a EAI es superior.

4.2.3. Experiencias adversas de la infancia de acuerdo a los factores que componen el ETISR-Col

- **Violencia sociopolítica**

El primer factor a describir corresponde a las experiencias adversas relacionadas con la violencia sociopolítica que evalúa 3 elementos, el desplazamiento (Tabla 9), el secuestro (Tabla 10) y la extorsión (Tabla 11).

Frente al desplazamiento, se evidenció que el 11,2% de los participantes recibió amenazas de muerte o agresión física si no abandonaba su lugar de residencia, el 8,2% tuvo que abandonar su lugar de residencia por presión de grupos armados o situación de violencia, el 6,1% manifestó pérdida de empleo de sus padres por presión de grupos armados de abandonar su lugar de residencia y retiro de la escuela o colegio por abandono del lugar de residencia.

Tabla 9: Experiencias adversas de la infancia relacionadas con el desplazamiento en los trabajadores de la salud

	<i>n</i>	%
¿Hubo amenazas de muerte o agresión física frente a usted o su familia si no abandonaba su lugar de residencia?	11	11,2
¿Tuvo que abandonar su lugar de residencia por presión de grupos armados o situación de violencia?	8	8,2
¿Hubo ruptura de relaciones con miembros de su familia cercana por abandono de su lugar de residencia bajo presión de grupos armados o situación de violencia?	4	4,1
¿Hubo ruptura de relaciones con amigos, vecinos, compañeros cercanos por abandono su lugar de residencia bajo presión de grupos armados?	3	3,1
¿Hubo pérdida de empleo de sus padres por presión de grupos armados de abandonar su lugar de residencia?	6	6,1
¿Tuvo que dejar la escuela o colegio por abandono de su lugar de residencia bajo presión de grupos armados?	6	6,1
¿Quedo sin un lugar para vivir por abandono obligado de su lugar de residencia bajo presión de grupos armados?	2	2
¿Quedo sin acceso a los servicios de salud, atención médica y medicinas por abandono obligado de su lugar de residencia bajo presión de grupos armados?	1	1
¿Quedo sin acceso alimentación por abandono obligado de su lugar de residencia bajo presión de grupos armados?	1	1

Fuente: elaboración propia.

En relación al secuestro, el 6,1% de los participantes manifestó que algún miembro cercano de su familia perdió la libertad de manera ilegal porque una persona o grupo de personas lo retuvieron de manera ilegal, el 5,1% indicó que durante el tiempo que estuvo retenido de manera ilegal, estuvo expuesto a tortura física como quemaduras, amputaciones, fracturas, ahogamiento, negación de alimento, entre otros.

Durante la evaluación de la extorsión como experiencia adversa, se identificó que el 5,1% de los participantes alguna vez se vio amenazado o un miembro de su familia de muerte, daño físico o intimidación para actuar de la manera como no quería, así mismo, 4,1% manifestó que tuvo que renunciar alguna vez a algo por amenazas de muerte a sí mismo o a un miembro de su familia.

Tabla 10: Experiencias adversas de la infancia relacionadas con el secuestro en los trabajadores de la salud

	n	%
¿Le privaron de su libertad por que una persona o grupo de personas lo retuvieron de manera ilegal?	2	2
¿Algún miembro cercano de su familia, perdió la libertad de manera ilegal por que una persona o grupo de personas lo retuvieron de manera ilegal?	6	6,1
¿Durante el tiempo que estuvo retenido de manera ilegal, estuvo expuesto a amenazas de muerte o daño físico a usted mismo o a miembros de su familia?	2	2
¿Durante el tiempo que estuvo retenido de manera ilegal, estuvo expuesto a tortura física como quemaduras, amputaciones, fracturas, ahogamiento, negación de alimento, entre otros?	5	5,1
¿Durante el tiempo que estuvo retenido de manera ilegal, estuvo expuesto a tortura emocional como amenaza de muerte a familiares y amigos cercanos, burlas, humillaciones, insultos?	2	2

Fuente: elaboración propia.

Tabla 11: Experiencias adversas de la infancia relacionadas con la extorsión en trabajadores de la salud

	n	%
¿Alguna vez tuvo que renunciar a algo por amenazas de muerte a usted mismo o a un miembro de su familia, daño físico o intimidación?	4	4,1
¿Alguna vez tuvo que ceder un derecho por amenazas de muerte a usted mismo o a un miembro de su familia, daño físico o intimidación?	2	2
¿Alguna vez se vio presionado por alguien para entregar algo que le pertenecía por amenazas de muerte a usted mismo o a un miembro de su familia, daño físico o intimidación?	1	1
¿Alguna vez se vio amenazado de muerte a usted mismo o a un miembro de su familia, daño físico o intimidación para actuar de la manera como usted no quería?	5	5,1

Fuente: elaboración propia.

▪ Abuso sexual

El siguiente factor a describir corresponde a los acontecimientos relacionados con abuso sexual que experimentaron los trabajadores de la salud durante sus primeros 18 años de vida (Tabla 12). El 28,6% manifestó que alguien le enseñó o exhibió los genitales en su presencia, el 21,4% escucho comentarios inapropiados acerca del sexo o los genitales, el 21,4% fue tocado en alguna parte íntima creándole desconcierto o haciéndolo sentir incómodo, el 15,3% fue víctima de frotamientos indebidos en contra de su voluntad, el 12,2% manifestó haber sido espiado u observado mientras se bañaba, vestía o usaba el

baño, el 10,2% declaró que alguien intentó mantener algún tipo de relación sexual en contra de su voluntad y finalmente, el 7,1% fue obligado a mantener relaciones sexuales en contra de su voluntad.

Tabla 12: Acontecimientos sexuales experimentados durante la infancia por los trabajadores de la salud

	<i>n</i>	%
¿Escuchó comentarios inapropiados acerca del sexo o los genitales?	21	21,4
¿Alguien le enseñó o exhibió sus genitales frente a usted?	28	28,6
¿Alguien lo espió o lo observó mientras se bañaba, vestía o usaba el baño?	12	12,2
¿Fue forzado u obligado a presenciar actos sexuales, incluida la masturbación y/o sexo entre otras personas?	4	4,1
¿Lo tocaron en alguna parte íntima (pecho, muslos, genitales) creándole desconcierto o haciéndolo sentir incómodo?	21	21,4
¿Alguien frotó sus genitales contra usted en contra de su voluntad?	15	15,3
¿Lo obligaron a tocar una parte íntima del cuerpo de otra persona?	12	12,2
¿Lo obligaron a mantener relaciones sexuales en contra de su voluntad?	7	7,1
¿Lo obligaron a practicar sexo oral?	5	5,1
¿Alguien le hizo sexo oral en contra de su voluntad?	5	5,1
¿Alguien practicó sexo anal con usted, en contra de su voluntad?	2	2
¿Alguien intentó mantener algún tipo de relación sexual (oral, anal, genital) con usted en contra de su voluntad (aunque finalmente no lo hiciese)?	10	10,2
¿Lo obligaron a posar para fotografías pornográficas o eróticas?	1	1
¿Lo obligaron a mantener relaciones sexuales a cambio de dinero?	1	1
¿Le obligaron a besar a alguien con una intención más sexual que afectiva?	8	8,2

Fuente: elaboración propia.

▪ Abuso físico y emocional

En relación al abuso físico (Tabla 13) los resultados obtenidos muestran que el 62,2% de los participantes fue golpeado o azotado con un objeto, el 49% recibió cachetadas, el 43,9% recibió palizas o azotes con la mano y el 36,7 fue empujado y/o zarandeado. Los acontecimientos menos frecuentes con este tipo de abuso son: atado y/o encerrado en algún lugar (8,2%), víctima de quemaduras con agua caliente, cigarrillo o algo parecido (6,1%) y asfixia/ahogamiento (2%).

En torno al abuso emocional (Tabla 14), el 40,8% de los participantes manifestó que a menudo lo gritaban o regañaban, el 28,6% indicó que sus padres o cuidadores principales controlaron habitualmente áreas de su vida de las que otros niños se hacían cargo, al 26,5% a menudo le dijeron que no era bueno, el 24,5% a menudo fue ignorado o le hicieron sentir que no contaba para nada, el 23,5% manifestó que sus padres o cuidadores no pudieron comprenderlo o entender sus necesidades, el 21,4% a menudo fue humillado y ridiculizado y el 19,4% fue tratado de forma fría o le hicieron sentir que no lo querían.

Tabla 13: Experiencias adversas de la infancia relacionadas con abuso físico en los trabajadores de la salud

	<i>n</i>	%
¿Recibió palizas o azotes con la mano?	43	43,9
¿Recibió alguna cachetada?	48	49
¿Fue víctima de quemaduras con agua caliente, un cigarrillo o con algo parecido?	6	6,1
¿Recibió puñetazos y/o patadas?	21	21,4
¿Fue golpeado o azotado con un objeto, como por ejemplo un palo, un cinturón o una regla?	61	62,2
¿Fue golpeado con un objeto que le lanzaron?	31	31,6
¿Fue asfixiado/ahogado alguna vez?	2	2
¿Fue empujado y/o zarandeado?	36	36,7
¿Fue atado y/o encerrado en algún lugar?	8	8,2

Fuente: elaboración propia.

Tabla 14: Experiencias adversas de la infancia relacionadas con abuso emocional en los trabajadores de la salud

	<i>n</i>	%
¿A menudo fue humillado o ridiculizado?	21	21,4
¿A menudo fue ignorado o le hicieron sentir que no contaba para nada?	24	24,5
¿A menudo le dijeron que no era bueno?	26	26,5
¿A menudo lo gritaban o regañaban?	40	40,8
¿La mayor parte del tiempo, fue tratado de forma fría y compasiva o le hicieron sentir que no lo querían?	19	19,4
¿Sus padres o cuidadores principales controlaron habitualmente áreas de su vida de las que otros niños se hacían cargo, como por ejemplo su vestimenta o actividades?	28	28,6
A menudo, sus padres o cuidadores ¿no pudieron comprenderlo o entender sus necesidades?	23	23,5

Fuente: elaboración propia.

▪ Acontecimientos traumáticos generales

Tabla 15: Acontecimientos traumáticos generales experimentados durante la infancia por los trabajadores de la salud

	<i>n</i>	%
¿Vivió algún desastre natural que le hizo temer por su vida?	21	21,4
¿Estuvo implicado en algún accidente grave?	15	15,3
¿Sufrió lesiones graves?	9	9,2
¿Tuvo enfermedades graves?	10	10,2
¿Vivió la muerte de uno de sus padres o de su cuidador principal?	22	22,4
¿Vivió una enfermedad o lesión grave de uno de sus padres, o de su cuidador principal?	27	27,6
¿Vivió la separación de sus padres?	35	35,7
¿Se crio en otro hogar distinto al de sus padres?	15	15,3
¿Vivió la muerte de un/a hermano/a?	9	9,2
¿Vivió una enfermedad o lesión grave de un/a hermano/a?	14	14,3
¿Vivió la muerte de un/a amigo/a?	33	33,7
¿Vivió una lesión grave de un amigo/a?	19	19,4
¿Presenció la muerte o lesión grave de otras personas?	45	45,9
¿Vivió el divorcio de sus padres?	25	25,5
¿Presencio actos violentos hacia otras personas, incluyendo miembros de su familia?	37	37,8
¿Alguien de su familia padeció alguna enfermedad mental o sufrió alguna crisis nerviosa grave?	18	18,4
¿Sus padres o su cuidador principal tuvieron problemas con el alcohol?	17	17,3
¿Sus padres o su cuidador principal tuvieron problemas con las drogas?	4	4,1
¿Fue víctima de un robo importante, como por ejemplo que entraran ladrones en su casa?	24	24,5
¿Fue víctima de un atraco a mano armada?	33	33,7
¿Fue víctima de un asalto?	38	38,8
¿Fue víctima de una violación?	11	11,2
¿Presenció un asesinato?	8	8,2
¿Vivió el asesinato de alguien cercano?	13	13,3
¿Alguien cercano a usted fue víctima de una violación?	9	9,2
¿Tuvo algún trabajo de riesgo para su salud física o psicológica?	15	15,3
¿Fue prisionero de guerra o rehén?	2	2
¿Estuvo en combate?	4	4,1
¿Vivió la muerte de un hijo?	3	3,1
¿Tuvo usted (o su pareja) algún aborto?	16	16,3
¿Vivió la muerte de su pareja?	3	3,1

Fuente: elaboración propia.

El cuarto factor a describir corresponde a los acontecimientos traumáticos generales que se presentan en la Tabla 15, en esta categoría se puede evidenciar que las experiencias adversas más frecuentes son: presenciar la muerte o lesión grave de otras personas (45,9%), víctima de asalto (38,8%), presenciar actos violentos hacia otras personas (37,8%), separación de los padres (35,7%), víctima de atraco a mano armada (33,7%), vivenciar la muerte de un amigo (35,7%), vivir la enfermedad o lesión grave de uno de los padres o del cuidador principal (27,6%), vivir el divorcio de los padres (25,5%), por otro lado, las experiencias adversas menos frecuentes son: problemas de drogas de los padres o cuidador principal (4,1%), estar en combate (4,1%), vivir la muerte de un hijo (36%), vivir la muerte de la pareja (3,1%) y ser prisionero de guerra o rehén (2%).

▪ **Pobreza extrema**

El último factor a describir corresponde a la pobreza extrema, el cual se representa en la Tabla 16. En este dominio, el 19,4% de los participantes dio a conocer que alguna vez los ingresos económicos de su familia fueron muy bajos y por esta razón no fue posible alimentarse satisfactoriamente, el 13,3% indicó que alguna vez los ingresos económicos de su familia fueron muy bajos y por esta razón no tuvo oportunidad de estudiar.

Tabla 16: Acontecimientos relacionados con pobreza extrema experimentados durante la infancia por los trabajadores de la salud

	n	%
¿Alguna vez los ingresos económicos de su familia fueron muy bajos y por esta razón no fue posible alimentarse satisfactoriamente?	19	19,4
¿Alguna vez los ingresos económicos de su familia fueron muy bajos y por esta razón no tenía un lugar para vivir?	4	4,1
¿Alguna vez los ingresos económicos de su familia fueron muy bajos y por esta razón no tuvo oportunidad de estudiar?	13	13,3
¿Alguna vez los ingresos económicos de su familiar fueron bajos y por esta razón no fue posible tener medicamentos y consultas médicas cuando lo necesitó?	8	8,2

Fuente: elaboración propia.

4.3. Características de las estrategias de afrontamiento en los trabajadores de la salud

En este apartado se describen de forma inicial, las estrategias de afrontamiento utilizadas por los trabajadores de la salud (N=103) durante las situaciones de estrés que se presentan a nivel laboral de forma general (Tabla 17), posteriormente se describen de acuerdo a cada uno de los factores que contiene la EEC-M y finalmente, se presentan las estrategias de afrontamiento identificadas de acuerdo a las categorías de sexo biológico y el comparativo entre ellas.

4.3.1. Estrategias de afrontamiento en los trabajadores de la salud

Tabla 17: Características de las estrategias de afrontamiento utilizadas por los trabajadores de la salud.

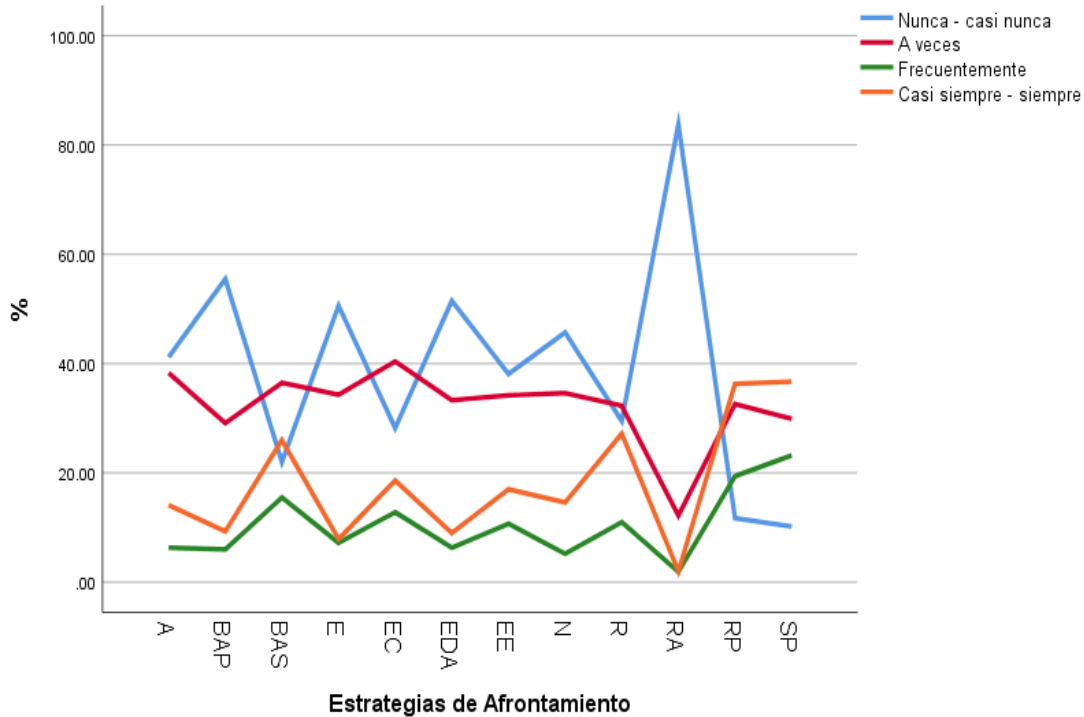
Factores	Puntuación Máxima	P ₂₅	Me	P ₇₅
Solución de problemas	54	30,0	35,0	40,0
Búsqueda de apoyo social	42	19,0	24,0	29,0
Espera	54	17,0	22,0	27,0
Religión	48	18,0	24,0	30,0
Evitación emocional	48	19,0	22,0	28,0
Búsqueda de apoyo profesional	30	7,0	12,0	15,0
Reacción agresiva	30	5,0	8,0	10,0
Evitación Cognitiva	30	13,0	15,0	18,0
Reevaluación positiva	30	15,0	19,0	24,0
Expresión de la dificultad del afrontamiento	24	8,0	10,0	12,0
Negación	24	6,0	8,0	10,0
Autonomía	12	4,0	5,0	6,0

Fuente: elaboración propia.

Las estrategias de afrontamiento más utilizadas (Ilustración 1) por los trabajadores de la salud ante las situaciones de estrés en el ambiente laboral, es decir, las estrategias que casi siempre o siempre utilizan son la solución de problemas (36,7%) y la reevaluación positiva de la situación (36,3%). Por el contrario, las estrategias de afrontamiento menos utilizadas, es decir, las que nunca o casi nunca usan los trabajadores de la salud

corresponden a la reacción agresiva (83%), la búsqueda de apoyo profesional (55,5%), la expresión de la dificultad del afrontamiento (51,5%) y la espera (50,6%).

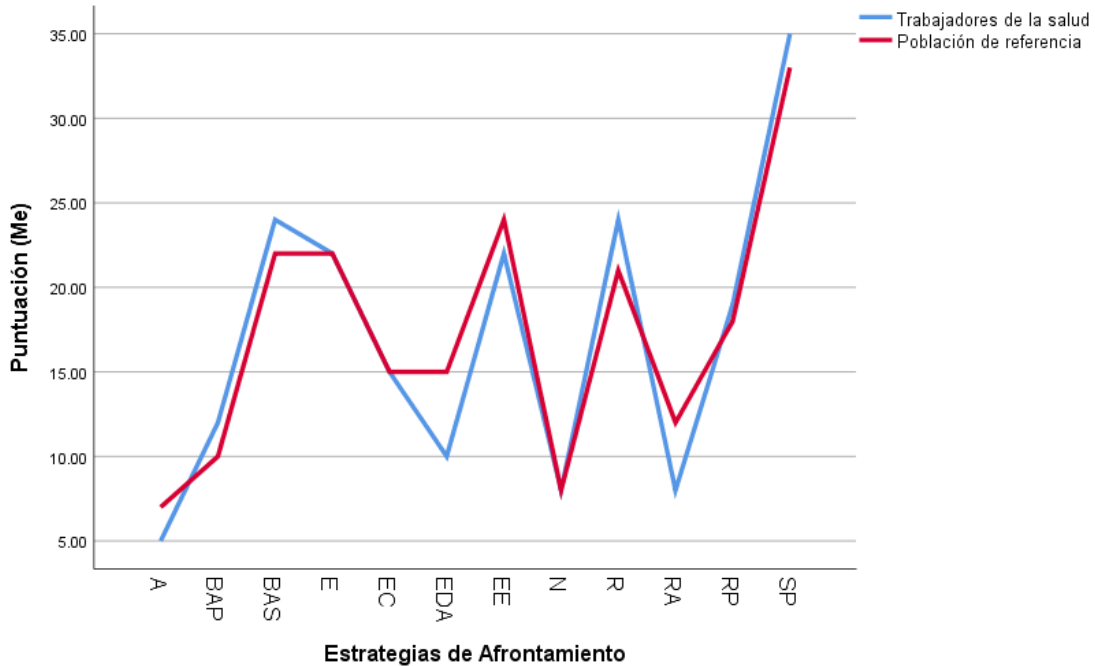
Ilustración 1: Estrategias de afrontamiento utilizadas por los trabajadores de la salud



Nota: SP: Solución de Problemas; BAS: Búsqueda de Apoyo Social; ESP: Espera; REL: Religión; EE: Evitación Emocional; BAP: Búsqueda de Apoyo Profesional; RA: Reacción Agresiva; EC: Evitación Cognitiva; RP: Reevaluación Positiva; EDA: Expresión de la Dificultad de Afrontamiento; NEG: Negación; AUT: Autonomía. Fuente: elaboración propia. Software estadístico IBM® SPSS® Statistics versión 26.

Al comparar las estrategias de afrontamiento utilizadas por los trabajadores de la salud frente a las estrategias de afrontamiento usadas por la población de referencia con la cual se validó la Escala de Estrategias de Coping Modificada (Londoño et al., 2006) se identifican algunas diferencias (Ilustración 2). El uso de estrategias de afrontamiento relacionadas con la autonomía, la expresión de dificultad en el afrontamiento y la reacción agresiva son menores en los trabajadores de la salud, contrario a esto, la búsqueda de apoyo social y la religión son estrategias más utilizadas por los trabajadores de la salud que por la población de referencia.

Ilustración 2: Estrategias de afrontamiento utilizadas por los trabajadores de la salud en comparación a la población de referencia



Nota: SP: Solución de Problemas; BAS: Búsqueda de Apoyo Social; ESP: Espera; REL: Religión; EE: Evitación Emocional; BAP: Búsqueda de Apoyo Profesional; RA: Reacción Agresiva; EC: Evitación Cognitiva; RP: Reevaluación Positiva; EDA: Expresión de la Dificultad de Afrontamiento; NEG: Negación; AUT: Autonomía. Fuente: elaboración propia. Software estadístico IBM® SPSS® Statistics versión 26.

4.3.2. Estrategias de afrontamiento en los trabajadores de la salud de acuerdo a los factores de la EEC-M

Cómo se mencionó anteriormente, la escala de estrategias de coping modificada evalúa 12 factores, las estrategias de afrontamiento usadas por los trabajadores de la salud serán descritas de acuerdo a las estrategias que componen cada uno de los factores y a qué tan frecuente ha sido esta forma de comportamiento ante las situaciones estresantes en el entorno laboral de los participantes.

Para el factor número uno que corresponde a la solución de problemas (Tabla 18), las respuestas más significativas por parte de los participantes conciernen al uso frecuente de este tipo de estrategias, el 28,2% de los participantes manifestó que frecuentemente trata de solucionar el problema siguiendo unos pasos concretos bien pensados. El 31,1%

frecuentemente espera el momento oportuno para resolver el problema. El 30,1% casi siempre hace frente al problema poniendo en marcha varias soluciones no sin antes conocer bien la situación. No obstante, el 40,8% manifiesta que a veces no puede darle la mejor solución a los problemas hasta que no tiene claridad frente a la situación y el 32 % a veces piensa detenidamente los pasos a seguir para enfrentarse al problema.

Tabla 18: Estrategias de afrontamiento relacionadas con la solución de problemas utilizadas por los trabajadores de la salud

	Nunca (%)	Casi nunca (%)	A veces (%)	Frecuentemente (%)	Casi siempre (%)	Siempre (%)
Trato de solucionar el problema siguiendo unos pasos concretos bien pensados	1	12,6	28,2	28,2	18,4	11,7
Espero el momento oportuno para resolver el problema	1,9	7,8	26,2	31,1	25,2	7,8
Establezco un plan de actuación y procuro llevarlo a cabo	7,8	9,7	27,2	25,2	24,3	5,8
Pienso que hay un momento oportuno para analizar la situación	4,9	1,9	29,1	21,4	26,2	16,5
Hago frente al problema poniendo en marcha varias soluciones	1,9	5,8	28,2	20,4	30,1	13,6
Hasta que no tenga claridad frente a la situación, no puedo darle la mejor solución a los problemas	1	8,7	40,8	19,4	21,4	8,7
Pienso detenidamente los pasos a seguir para enfrentarme al problema	1,9	8,7	32	25,2	21,4	10,7
Analizo lo positivo y negativo de las diferentes alternativas	4,9	6,8	27,2	19,4	25,2	16,5
Frente a un problema, espero conocer bien la situación antes de actuar	1	3,9	30,1	18,4	30,1	16,5
Total Solución de problemas	2,9	7,3	29,9	23,2	24,7	12,0

Fuente: elaboración propia.

Con respecto al factor de apoyo social (Tabla 19), entre el 30 y 40% de los participantes manifestaron que a veces emplean estrategias cómo contarle a familiares o amigos cómo se siente el participante, pedir consejo u orientación a algún pariente o amigo para poder

afrontar mejor el problema, procurar hablar con personas responsables para encontrar una solución al problema, pedir a parientes o amigos ayuda para pensar acerca del problema, hablar con amigos o familiares buscando apoyo cuando la persona se siente mal, pedir a algún amigo o familiar que indique cuál sería el mejor camino a seguir y procurar que algún familiar o amigo escuche cuando sea necesario manifestar sus sentimientos.

Tabla 19: Estrategias de afrontamiento relacionadas con apoyo social utilizadas por los trabajadores de la salud

	Nunca (%)	Casi nunca (%)	A veces (%)	Frecuentemente (%)	Casi siempre (%)	Siempre (%)
Le cuento a familiares o amigos cómo me siento	3,9	12,6	33	8,7	25,2	16,5
Pido consejo u orientación a algún pariente o amigo para poder afrontar mejor el problema	2,9	15,5	31,1	25,2	17,5	7,8
Pido a parientes o amigos que me ayuden a pensar acerca del problema	9,7	19,4	37,9	13,6	13,6	5,8
Procuro hablar con personas responsables para encontrar una solución al problema	3,9	14,6	32	24,3	18,4	6,8
Hablo con amigos o familiares para que me animen o tranquilicen cuando me encuentro mal	13,6	8,7	38,8	13,6	18,4	6,8
Pido a algún amigo o familiar que me indique cuál sería el mejor camino a seguir	7,8	17,5	41,7	11,7	16,5	4,9
Procuro que algún familiar o amigo me escuche cuando necesito manifestar mis sentimientos	11,7	12,6	40,8	11,7	14,6	8,7
Total Búsqueda de apoyo social	7,6	14,4	36,5	15,5	17,8	8,2

Fuente: elaboración propia.

Para el factor número tres que corresponde a la espera (Tabla 20), las respuestas más significativas por parte de los participantes atañen al uso no habitual de este tipo de estrategias. El 41, 7% manifiesta que nunca espera que la solución llegue sola, el 44,7% indica que nunca evita actuar en espera de que el tiempo resuelva la situación, el 37,9%

casi nunca se resigna y deja que las cosas pasen, el 32% nunca considera que las cosas por sí solas se solucionan. Estrategias cómo pensar que lo mejor es esperar a ver que puede suceder (40,8%) y esperar que las cosas se vayan dando (49,5%) a veces son utilizadas por los participantes.

Tabla 20: Estrategias de afrontamiento relacionadas con espera utilizadas por los trabajadores de la salud

	Nunca (%)	Casi nunca (%)	A veces (%)	Frecuentemente (%)	Casi siempre (%)	Siempre (%)
Espero que la solución llegue sola	41,7	28,2	24,3	3,9	1	1
Pienso que con el paso del tiempo el problema se soluciona	18,4	22,3	32	11,7	9,7	5,8
No hago nada porque el tiempo todo lo dice	44,7	29,1	17,5	2,9	4,9	1
Dejo que las cosas sigan su curso	17,5	22,3	34	14,6	8,7	2,9
Pienso que lo mejor es esperar a ver qué puede pasar	12,6	32	40,8	6,8	3,9	3,9
Me resigno y dejo que las cosas pasen	31,1	37,9	19,4	5,8	4,9	1
Considero que las cosas por sí solas se solucionan	32	30,1	32	4,9	1	0
Espero que las cosas se vayan dando	9,7	9,7	59,2	9,7	8,7	2,9
Dejo que pase el tiempo	18,4	17,5	49,5	4,9	6,8	2,9
Total Espera	25,1	25,5	34,3	7,2	5,5	2,4

Fuente: elaboración propia.

Frente a las estrategias de afrontamiento relacionadas con religión (Tabla 21), el 35% de los participantes a veces asisten a la iglesia, el 39,8% a veces tienen fe en que puede ocurrir un milagro o tienen fe en que Dios remedie la situación (30,1%), el 26,2% siempre reza, el 27,2% casi nunca acude a la iglesia para poner velas o rezar, el 24,3% a veces deja todo en manos de Dios y el 35,9% a veces busca tranquilizarse a través de la oración.

Tabla 21: Estrategias de afrontamiento relacionadas con religión utilizadas por los trabajadores de la salud

	Nunca (%)	Casi nunca (%)	A veces (%)	Frecuentemente (%)	Casi siempre (%)	Siempre (%)
Asisto a la iglesia	11,7	17,5	35	12,6	12,6	10,7
Tengo fe en que puede ocurrir algún milagro	10,7	21,4	39,8	7,8	6,8	13,6
Tengo fe en que Dios remedie la situación	10,7	9,7	30,1	14,6	10,7	24,3
Rezo	8,7	8,7	24,3	12,6	19,4	26,2
Acudo a la iglesia para poner velas o rezar	23,3	27,2	19,4	10,7	9,7	9,7
Dejo todo en manos de Dios	17,5	13,6	24,3	13,6	7,8	23,3
Busco tranquilizarme a través de la oración	9,7	9,7	35,9	11,7	10,7	22,3
Total Religión	13,8	15,7	32,3	11,0	10,6	10,6

Fuente: elaboración propia.

Tabla 22: Estrategias de afrontamiento relacionadas con evitación emocional utilizadas por los trabajadores de la salud

	Nunca (%)	Casi nunca (%)	A veces (%)	Frecuentemente (%)	Casi siempre (%)	Siempre (%)
Procuró guardar para mí los sentimientos	7,8	18,4	35	20,4	8,7	9,7
Procuró que los otros no se den cuenta de lo que siento	4,9	11,7	37,9	16,5	23,3	5,8
Evado las conversaciones o temas que tienen que ver con el problema	15,5	29,1	35,9	2,9	12,6	3,9
Trato de ocultar mi malestar	2,9	14,6	41,7	11,7	18,4	10,7
Inhibo mis propias emociones	21,4	26,2	35	6,8	6,8	3,9
Niego que tengo problemas	28,2	29,1	27,2	7,8	4,9	2,9
Hago todo lo posible para ocultar mis sentimientos a los otros	15,5	29,1	33	9,7	8,7	3,9
Trato de evitar mis emociones	23,3	27,2	28,2	9,7	8,7	2,9
Total Evitación emocional	14,9	23,2	34,2	10,7	11,5	5,5

Fuente: elaboración propia.

Para el factor número cinco que corresponde a la evitación emocional (Tabla 22), las respuestas más significativas por parte de los participantes pertenecen al uso inhabitual de este tipo de estrategias, el 35% indica que a veces procura guardarse para sí mismo los sentimientos, el 37,9% a veces procura que los otros no se den cuenta de lo que siente, el 35,9 % a veces evade las conversaciones o temas que tienen que ver con el problema, el 41,7% a veces trata de ocultar el malestar, el 35% a veces inhibe sus propias emociones, el 29,1% casi nunca niega que tiene problemas, el 33% a veces hace todo lo posible para ocultar sus sentimientos a los otros y el 28,2% a veces trata de evitar sus emociones.

Con respecto a las estrategias de apoyo profesional (Tabla 23), no son utilizadas con frecuencia por el personal de salud, el 35% a veces procura conocer mejor el problema con el apoyo de un profesional, el 31,1% a veces busca ayuda profesional para que lo guíen y orienten, el 36,9% nunca busca la ayuda de alguien profesional para reducir su ansiedad o malestar ni pide ayuda a algún médico o psicólogo para aliviar la tensión, el 35,9% intenta conseguir más información sobre el problema acudiendo a profesionales.

Tabla 23: Estrategias de afrontamiento relacionadas con apoyo profesional utilizadas por los trabajadores de la salud

	Nunca (%)	Casi nunca (%)	A veces (%)	Frecuentemente (%)	Casi siempre (%)	Siempre (%)
Procuro conocer mejor el problema con la ayuda de un profesional	24,3	28,2	35	3,9	6,8	1,9
Busco ayuda profesional para que me guíen y orienten	28,2	22,3	31,1	6,8	9,7	1,9
Busco la ayuda de algún profesional para reducir mi ansiedad o malestar	36,9	27,2	22,3	4,9	6,8	1,9
Pido ayuda a algún médico o psicólogo para aliviar mi tensión	36,9	29,1	21,4	5,8	5,8	1
Intento conseguir más información sobre el problema acudiendo a profesionales	26,2	18,4	35,9	8,7	8,7	1,9
Total Búsqueda de apoyo profesional	30,5	25	29,1	6	7,6	1,7

Fuente: elaboración propia.

Para el factor número siete que corresponde a la reacción agresiva (Tabla 24), las respuestas más significativas por parte de los participantes corresponden al no uso de este tipo de estrategias, el 67% nunca descarga su mal humor con los demás, el 52,4% nunca se comporta de forma hostil con los demás, el 61,2% nunca expresa su rabia sin calcular las consecuencias, el 55,3% nunca se deja llevar por su mal humor y el 40,8% nunca se sale de sus casillas.

Tabla 24: Distribución de las estrategias de afrontamiento relacionadas con reacción agresiva utilizadas por los trabajadores de la salud

	Nunca (%)	Casi nunca (%)	A veces (%)	Frecuentemente (%)	Casi siempre (%)	Siempre (%)
Descargo mi mal humor con los demás	67	19,4	10,7	2,9	0	0
Me comporto de forma hostil con los demás	52,4	32	9,7	1	2,9	1,9
Expreso mi rabia sin calcular las consecuencias	61,2	24,3	8,7	2,9	2,9	0
Me dejo llevar por mi mal humor	55,3	27,2	15,5	1,9	0	0
Me salgo de casillas	40,8	39,8	16,5	1	1,9	0
Total Reacción agresiva	55,3	28,5	12,2	1,9	1,6	0,4

Fuente: elaboración propia.

Con respecto al factor de evitación cognitiva (Tabla 25), entre el 35 y 50% de los participantes manifestaron que a veces emplean estrategias como salir a cine o dar una vuelta para olvidarse del problema, evitar pensar en el problema, buscar actividades de distracción, ocuparse de muchas actividades para no pensar en el problema y dejar a un lado el problema y pensar en otras cosas.

Tabla 25: Estrategias de afrontamiento relacionadas con reacción evitación cognitiva utilizadas por los trabajadores de la salud

	Nunca (%)	Casi nunca (%)	A veces (%)	Frecuentemente (%)	Casi siempre (%)	Siempre (%)
Salgo al cine, a dar una vuelta, etc., para olvidarme del problema	10,7	20,4	43,7	10,7	8,7	5,8

Fuente: elaboración propia.

Tabla 25 (Continuación)

	Nunca (%)	Casi nunca (%)	A veces (%)	Frecuentemente (%)	Casi siempre (%)	Siempre (%)
Evito pensar en el problema	12,6	21,4	37,9	12,6	10,7	4,9
Busco actividades que me distraigan	1,9	10,7	35,9	22,3	19,4	9,7
Me ocupo de muchas actividades para no pensar en el problema	10,7	28,2	35	11,7	10,7	3,9
Dejo a un lado los problemas y pienso en otras cosas	3,9	20,4	49,5	6,8	17,5	1,9
Total Evitación cognitiva	8	20,2	40,4	12,8	13,4	5,2

Fuente: elaboración propia.

En relación al factor de reevaluación positiva (Tabla 26), entre el 30 y el 35% de los participantes indicaron que a veces utilizan estrategias como intentar ver los aspectos positivos del problema, intentar sacar algo positivo del problema pese a la magnitud que tenga y tratar de identificar las ventajas del problema.

Tabla 26: Estrategias de afrontamiento relacionadas con reevaluación positiva utilizadas por los trabajadores de la salud

	Nunca (%)	Casi nunca (%)	A veces (%)	Frecuentemente (%)	Casi siempre (%)	Siempre (%)
Intento ver los aspectos positivos del problema	3,9	5,8	33	21,4	17,5	18,4
Intento sacar algo positivo del problema	2,9	7,8	34	18,4	26,2	10,7
A pesar de la magnitud de la situación tiendo a sacar algo positivo	2,9	6,8	31,1	17,5	26,2	15,5
Tengo muy presente el dicho “al mal tiempo buena cara”	4,9	12,6	32	20,4	16,5	13,6
Trato de identificar las ventajas del problema	3,9	6,8	33	19,4	22,3	14,6
Total Reevaluación positiva	3,7	8	32,6	19,4	21,7	14,6

Fuente: elaboración propia.

Para el factor número diez que corresponde a la expresión de la dificultad del afrontamiento (Tabla 27), las respuestas más significativas por parte de los participantes corresponden al uso desacostumbrado de este tipo de estrategias. El 33% manifiesta que por más que quiere a veces no es capaz de expresar abiertamente lo que siente, para el 42,7 % a veces es difícil relajarse, el 34% nunca tiene inconvenientes con llorar cuando así lo quiere y el 40,8% casi nunca se le dificulta pensar en posibles soluciones a los problemas.

Tabla 27: Estrategias de afrontamiento relacionadas con expresión de la dificultad de afrontamiento utilizadas por los trabajadores de la salud

	Nunca (%)	Casi nunca (%)	A veces (%)	Frecuentemente (%)	Casi siempre (%)	Siempre (%)
Por más que quiera no soy capaz de expresar abiertamente lo que siento	20,4	30,1	33	4,9	8,7	2,9
Me es difícil relajarme	15,5	23,3	42,7	8,7	8,7	1
Así lo quiera, no soy capaz de llorar	34	25,2	27,2	4,9	7,8	1
Me es difícil pensar en posibles soluciones a mis problemas	16,5	40,8	30,1	6,8	6,8	1,9
Total Expresión de la dificultad del afrontamiento	21,6	29,9	33,3	6,3	7,3	1,7

Fuente: elaboración propia.

Con respecto a las estrategias de afrontamiento relacionadas con la negación (Tabla 28), las respuestas más significativas por parte de los participantes corresponden al uso infrecuente de este tipo de estrategias, el 35,9% manifiesta que a veces trata de comportarse como si nada hubiera pasado, el 37,9% casi nunca se aleja del problema temporalmente y el 45,6% a veces procura no pensar en el problema.

Tabla 28: Estrategias de afrontamiento relacionadas con negación utilizadas por los trabajadores de la salud

	Nunca (%)	Casi nunca (%)	A veces (%)	Frecuentemente (%)	Casi siempre (%)	Siempre (%)
Trato de comportarme como si nada hubiera pasado	13,6	23,3	35,9	6,8	15,5	4,9

Fuente: elaboración propia.

Tabla 28 (Continuación)

	Nunca (%)	Casi nunca (%)	A veces (%)	Frecuentemente (%)	Casi siempre (%)	Siempre (%)
Trato de comportarme como si nada hubiera pasado	13,6	23,3	35,9	6,8	15,5	4,9
Me alejo del problema temporalmente (tomando unas vacaciones, descansando, etc.)	31,1	37,9	22,3	1	5,8	1,9
Procuro no pensar en el problema	11,7	19,4	45,6	7,8	10,7	4,9
Total Negación	18,8	26,9	34,6	5,2	10,7	3,9

Fuente: elaboración propia.

Finalmente, el factor relacionado con estrategias de afrontamiento basadas en la autonomía (Tabla 29) evidencia que el 45% de los trabajadores de la salud considera que sus problemas los puede solucionar sin la ayuda de los demás, el 34% piensa que casi nunca necesita la ayuda de nadie y menos de un profesional.

Tabla 29: Estrategias de afrontamiento relacionadas con autonomía utilizadas por los trabajadores de la salud

	Nunca (%)	Casi nunca (%)	A veces (%)	Frecuentemente (%)	Casi siempre (%)	Siempre (%)
Considero que mis problemas los puedo solucionar sin la ayuda de los demás	9	18	45	10	16	5
Pienso que no necesito la ayuda de nadie y menos de un profesional	24	34	34	3	5	3
Total Autonomía	16	25,2	38,3	6,3	10,2	3,9

Fuente: elaboración propia.

4.3.3. Estrategias de afrontamiento en los trabajadores de la salud de acuerdo al sexo

Con respecto a las estrategias de afrontamiento en el grupo de participantes femenino (Tabla 30), podemos evidenciar que el 50% de las participantes obtuvo una puntuación menor o igual a 35,7 de 54 puntos posibles en relación a las estrategias de solución de

problemas, menor o igual a 25,1 de 42 puntos en búsqueda de apoyo social, menor o igual a 22,3 de 54 puntos en espera, menor o igual a 24,8 de 48 puntos en religión, menor o igual a 22,6 de 48 puntos en evitación emocional, menor o igual a 12 de 30 puntos en búsqueda de apoyo profesional, menor o igual a 8 puntos en reacción agresiva, menor o igual a 15,7 de 30 puntos en evitación cognitiva, menor o igual a 20,1 de 30 puntos en reevaluación positiva, menor o igual a 9,9 de 24 puntos en expresión de la dificultad del afrontamiento, 8,3 de 24 puntos en negación y 5,4 de 12 puntos en autonomía.

Tabla 30: Características de las estrategias de afrontamiento utilizadas por las y los trabajadores de la salud.

Factores	Sexo biológico		Femenino			Masculino		
	Puntuación		P ₂₅	Me	P ₇₅	P ₂₅	Me	P ₇₅
	Máxima							
Solución de problemas	54	30	35,7	40	30	35,2	38,5	
Búsqueda de apoyo social	42	20	25,1	30	15	20,7	24,5	
Espera	54	17	22,3	27	16,5	23	28,5	
Religión	48	19	24,8	30	16,5	22,2	28	
Evitación emocional	48	18	22,6	27	23,5	28,6	34,5	
Búsqueda de apoyo profesional	30	7	12	15	8	12,1	15	
Reacción agresiva	30	5	8	10	7	9,9	12,5	
Evitación Cognitiva	30	13	15,7	18	13,5	16,3	19	
Reevaluación positiva	30	17	20,1	24	13,5	17,4	22	
Expresión de la dificultad del afrontamiento	24	8	9,9	12	8	11,1	14	
Negación	24	6	8,3	10	6	8	9,5	
Autonomía	12	4	5,4	6	4,5	6,4	8,5	

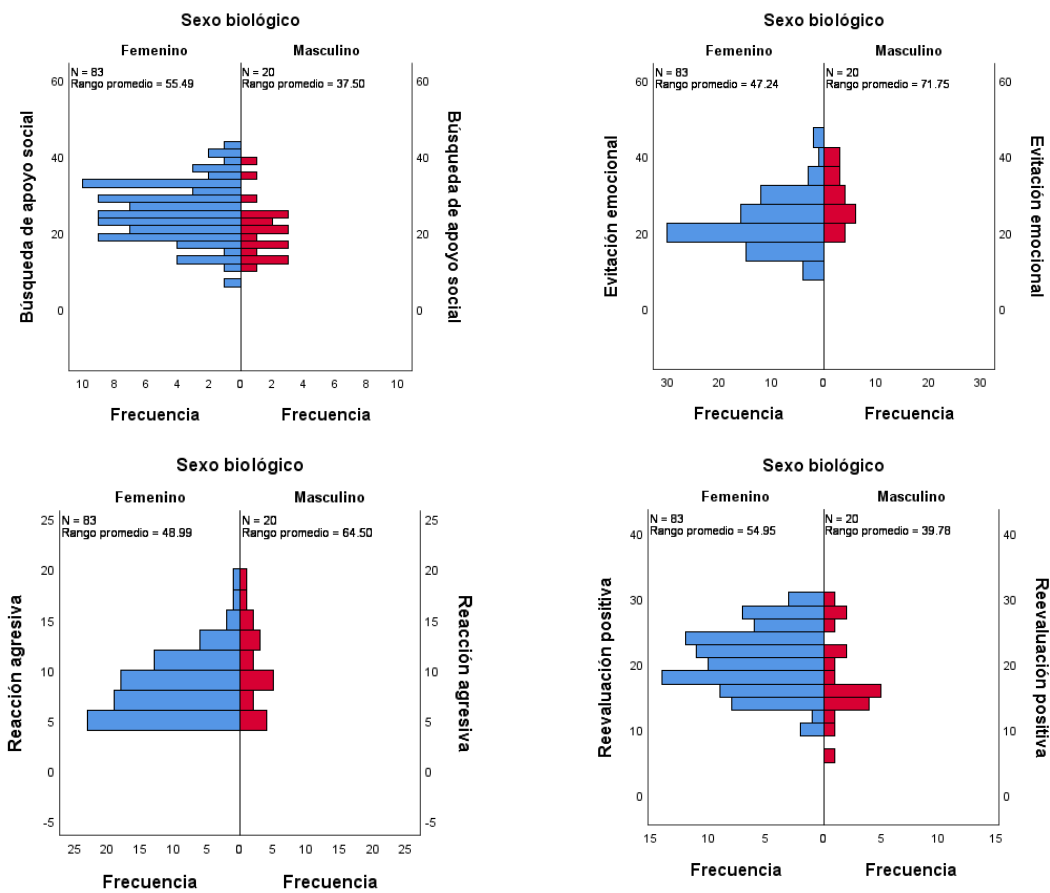
Fuente: elaboración propia.

En el grupo de participantes masculino (Tabla 30), se observa que el 50% de los participantes obtuvo una puntuación menor o igual a 35,2 de 54 puntos en estrategias de afrontamiento enfocadas en la solución de problemas, menor o igual a 20,7 de 42 en búsqueda de apoyo social, menor o igual a 23 de 54 puntos en espera, menor o igual a 22,2 de 48 puntos en religión, menor o igual a 28,6 de 48 puntos en evitación emocional, menor o igual a 12,1 puntos de 30 en búsqueda de apoyo profesional, menor o igual a 9,9 de 30 puntos en reacción agresiva, menor o igual a 16,3 de 30 puntos en evitación

cognitiva, menor o igual a 17,4 de 30 puntos en reevaluación positiva, menor o igual a 11,1 de 24 puntos en expresión de la dificultad del afrontamiento, menor o igual a 8 de 24 puntos en negación y menor o igual a 6,4 de 12 puntos en autonomía.

Al aplicar la prueba de Mann-Whitney (Ilustración 3) para comparar las medianas de las estrategias de afrontamiento utilizadas por los participantes de sexo masculino frente a las estrategias utilizadas por las participantes de sexo femenino, se observa una diferencia estadísticamente significativa entre las estrategias de afrontamiento de búsqueda de apoyo social ($p=0,015$), evitación emocional ($p=0,001$), reacción agresiva ($p=0,035$) y reevaluación positiva ($p=0,041$).

Ilustración 3: Estrategias de afrontamiento con diferencia significativa de acuerdo al sexo



Fuente: elaboración propia. Software estadístico IBM® SPSS® Statistics versión 26.

4.4. Relación entre las experiencias adversas de la infancia y las estrategias de afrontamiento en trabajadores de la salud

Al correlacionar las experiencias adversas de la infancia y las estrategias de afrontamiento en los trabajadores de la salud (Tabla 31) a través del Coeficiente de Spearman, se reporta asociación estadísticamente significativa entre abuso sexual y búsqueda de apoyo social (Rho de Spearman: 0,214; $p=0,022$) y entre pobreza y autonomía (Rho de Spearman: -0,202; $p=0,05$).

Tabla 31: Correlación entre experiencias adversas de la infancia y estrategias de afrontamiento en trabajadores de la salud

	SP	BAS	E	R	EE	BAP	RA	EC	RP	EDA	N	A
Violencia Sociopolítica	0,243	0,092	0,211	0,205	0,828	0,143	0,716	0,307	0,402	0,910	0,370	0,940
Abuso Sexual	0,067	0,022*	0,142	0,960	0,125	0,088	0,134	0,826	0,512	0,589	0,171	0,064
Abuso Físico y Emocional	0,932	0,385	0,209	0,765	0,323	0,200	0,542	0,598	0,549	0,117	0,270	0,261
Acontecimientos Traumáticos Generales	0,553	0,387	0,150	0,810	0,996	0,757	0,383	0,634	0,714	0,984	0,169	0,353
Pobreza	0,202	0,280	0,499	0,300	0,389	0,096	0,245	0,663	0,759	0,097	0,080	0,050*

* La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral). Nota: SP: Solución de Problemas; BAS: Búsqueda de Apoyo Social; ESP: Espera; REL: Religión; EE: Evitación Emocional; BAP: Búsqueda de Apoyo Profesional; RA: Reacción Agresiva; EC: Evitación Cognitiva; RP: Reevaluación Positiva; EDA: Expresión de la Dificultad de Afrontamiento; NEG: Negación; AUT: Autonomía. Fuente: elaboración propia.

Por otro lado, la correlación bivariada mostró asociación estadísticamente significativa entre algunas dimensiones de las experiencias adversas de la infancia (Tabla 32) cómo es el caso de la violencia sociopolítica con el abuso físico y emocional (Rho de Spearman: 0,226; $p=0,027$), la violencia sociopolítica con la pobreza (Rho de Spearman: 0,258; $p=0,011$), el abuso sexual con el abuso físico y emocional (Rho de Spearman: 0,454; $p=0,000$), el abuso sexual con los acontecimientos traumáticos generales (Rho de Spearman: 0,421; $p=0,000$) y el abuso sexual con la pobreza (Rho de Spearman: 0,214; $p=0,038$), el abuso físico y emocional con los acontecimientos traumáticos generales (Rho de Spearman: 0,394; $p=0,000$), el abuso físico y emocional con la pobreza (Rho de

Spearman: 0,321; $p=0,002$) y finalmente, los acontecimientos traumáticos generales con la pobreza (Rho de Spearman: 0,373; $p=0,000$).

Tabla 32: Correlación entre las diferentes dimensiones de las experiencias adversas de la infancia experimentadas por los trabajadores de la salud

	Abuso Sexual	Abuso Físico y emocional	Acontecimientos Traumáticos Generales	Pobreza
Violencia Sociopolítica	0,062	0,027*	0,223	0,011*
Abuso Sexual		0,000*	0,000*	0,038*
Abuso Físico y emocional			0,000*	0,002*
Acontecimientos Traumáticos Generales				0,000*

* La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral). Fuente: elaboración propia.

De igual forma, se identificó asociación estadísticamente significativa entre diversos factores de las estrategias de afrontamiento (Tabla 33). Las estrategias de solución de problemas se asocian de forma positiva con las de búsqueda de apoyo social (Rho de Spearman: 0,493; $p=0,000$), búsqueda de apoyo profesional (Rho de Spearman: 0,201 $p=0,042$) y reevaluación positiva (Rho de Spearman: 0,657; $p=0,000$), de forma contraria, se asocian negativamente con espera (Rho de Spearman: -0,225; $p=0,022$), reacción agresiva (Rho de Spearman: -0,367; $p=0,000$), expresión de la dificultad del afrontamiento (Rho de Spearman: -0,360; $p=0,000$) y autonomía (Rho de Spearman: -0,215; $p=0,029$).

Las estrategias de búsqueda de apoyo social se relacionan de forma positiva con religión (Rho de Spearman: 0,199; $p=0,044$), búsqueda de apoyo profesional (Rho de Spearman: 0,438; $p=0,000$), evitación cognitiva (Rho de Spearman: 0,243; $p=0,013$) y reevaluación positiva (Rho de Spearman: 0,411; $p=0,000$), y de forma negativa con evitación emocional (Rho de Spearman: -0,300; $p=0,002$), expresión de la dificultad del afrontamiento (Rho de Spearman: -0,331; $p=0,001$) y autonomía (Rho de Spearman: -0,478; $p=0,000$). Las estrategias de espera se asocian positivamente con las estrategias de religión (Rho de Spearman: 0,233; $p=0,018$), evitación emocional (Rho de Spearman: 0,384; $p=0,000$), reacción agresiva (Rho de Spearman: 0,341; $p=0,000$), evitación cognitiva (Rho de Spearman: 0,350; $p=0,000$), expresión de la dificultad del afrontamiento (Rho de Spearman: 0,209; $p=0,034$), negación (Rho de Spearman: 0,261; $p=0,008$) y autonomía (Rho de Spearman: 0,215; $p=0,029$). Las estrategias de afrontamiento de religión se

relacionan de forma positiva con las de búsqueda de apoyo profesional (Rho de Spearman: 0,287; $p=0,003$) y de reevaluación positiva (Rho de Spearman: 0,407; $p=0,000$).

Las estrategias de evitación emocional se relacionan positivamente con las de evitación cognitiva (Rho de Spearman: 0,303; $p=0,002$), expresión de la dificultad de afrontamiento (Rho de Spearman: 0,526; $p=0,000$) y autonomía (Rho de Spearman: 0,67; $p=0,000$). La búsqueda de apoyo profesional se relaciona negativamente con la autonomía (Rho de Spearman: -0,328; $p=0,001$). La reacción agresiva se relaciona de forma positiva con la expresión de la dificultad del afrontamiento (Rho de Spearman: 0,330; $p=0,001$) y de forma negativa con la reevaluación positiva (Rho de Spearman: -0,370; $p=0,000$). La evitación cognitiva se relaciona positivamente con la negación (Rho de Spearman: 0,579; $p=0,000$). La reevaluación positiva se relaciona de forma negativa con la expresión de la dificultad del afrontamiento (Rho de Spearman: -0,412; $p=0,000$), y la autonomía (Rho de Spearman: -0,226; $p=0,000$). La expresión de la dificultad del afrontamiento se relaciona de forma positiva con la autonomía (Rho de Spearman: 0,378; $p=0,000$).

Tabla 33: Correlación entre los diferentes factores de las estrategias de afrontamiento en los trabajadores de la salud

	BAS	E	R	EE	BAP	RA	EC	RP	EDA	N	A
SP	0,000*	0,022*	0,020*	0,248	0,042*	0,000*	0,486	0,000*	0,000*	0,213	0,029*
BAS		0,426	0,044*	0,002*	0,000*	0,060	0,013*	0,000*	0,001*	0,082	0,000*
E			0,018*	0,000*	0,119	0,000*	0,000*	0,443	0,034*	0,008*	0,029*
R				0,507	0,003*	0,368	0,049*	0,000*	0,041*	0,379	0,939
EE					0,211	0,071	0,002*	0,225	0,000*	0,121	0,000*
BAP						0,513	0,142	0,110	0,134	0,087*	0,001*
RA							0,753	0,000*	0,001*	0,403	0,105
EC								0,063	0,342	0,000*	0,930
RP									0,000*	0,046*	0,022*
EDA										0,777	0,000*
N											0,696

* La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral). Nota: SP: Solución de Problemas; BAS: Búsqueda de Apoyo Social; ESP: Espera; REL: Religión; EE: Evitación Emocional; BAP: Búsqueda de Apoyo Profesional; RA: Reacción Agresiva; EC: Evitación Cognitiva; RP: Reevaluación Positiva; EDA: Expresión de la Dificultad de Afrontamiento; NEG: Negación; AUT: Autonomía. Fuente: elaboración propia.

5. Discusión

El propósito principal de este estudio consiste en determinar la relación existente entre las experiencias adversas de la infancia y las estrategias de afrontamiento usadas por un grupo de trabajadores de la salud, ante las situaciones de estrés que se presentan en los servicios asistenciales de internación, por medio de una investigación cuantitativa de tipo observacional, analítico y de corte retrospectivo. Así mismo, se busca describir la población de trabajadores de la salud de acuerdo a las características sociodemográficas, las experiencias adversas de la infancia experimentadas y las estrategias de afrontamiento usadas ante las situaciones de estrés.

En este apartado, se discuten los resultados y hallazgos identificados en relación a los fenómenos de estudio, contrastándose a su vez con la información generada de otras investigaciones y expuesta en la literatura científica, de forma que se puedan identificar posibles relaciones e implicaciones prácticas asociadas a las experiencias adversas de la infancia y las estrategias de afrontamiento de los trabajadores de la salud.

5.1. Experiencias adversas de la infancia en trabajadores de la salud

Como se mencionó anteriormente, las EAI se han tornado como un tema de interés en la investigación científica en relación al alcance y el impacto que tienen frente a la salud física y psicológica, el bienestar y la calidad de vida de las personas (Henao Rojas et al., 2021; Martínez Morales et al., 2022; Petruccelli et al., 2019; Posada Gómez, 2020; Posada et al., 2019). La investigación muestra que las experiencias adversas de la infancia se asocian con trastornos neuropsiquiátricos en la adultez, deterioro en las capacidades cognitivas, mayor riesgo de demencia, mayor riesgo de discapacidad relacionada con patologías como depresión crónica, deficiencias en la resolución de problemas, afrontamiento inadecuado, trastorno de estrés postraumático, ansiedad, conductas suicidas, reacciones agresivas, consumo de alcohol y tabaco, conductas sexuales de riesgo, consumo de

sustancias psicoactivas, ideación suicida, angustia psicológica, víctima de violencia, pánico, enfermedad gastrointestinal, obesidad, enfermedad respiratoria, dolor somático, cefalea, trastornos de sueño, fracturas. (Henaó Rojas et al., 2021; Martínez Morales et al., 2022; Petruccelli et al., 2019; Posada Gómez, 2020; Posada et al., 2019)

La presente investigación reportó que los participantes experimentaron durante su infancia diferentes EAI relacionadas principalmente con acontecimientos traumáticos generales, abuso físico, emocional y abuso sexual. Lo que es consecuente con lo dicho por Vallejos y Cesoni (2020), quienes expusieron la presencia de múltiples eventos traumáticos infantiles en un grupo de personas privadas de su libertad, asimismo, Castillo y colaboradores (2017) mostraron las EAI de un grupo de pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles de la ciudad de Cali Colombia y Álvarez y su equipo (2019), que dieron a conocer la presencia de EAI en un grupo de mujeres latinas residentes en Estados Unidos. Es importante considerar, que el ACE es un instrumento que evalúa exclusivamente 10 ítems relacionados con experiencias adversas infantiles, a diferencia del ETI-SRCOL que evalúa 5 dimensiones de experiencias traumáticas en la infancia y desglosa y cuantifica cada una de ellas.

En el estudio realizado por Vallejos y Cesoni (2020) se presentan diferencias estadísticamente significativas entre los eventos traumáticos infantiles vivenciados por mujeres y hombres, estando más presente el abuso sexual y emocional en las mujeres. De acuerdo a Petruccelli y colaboradores (2019), las mujeres declaran niveles más altos de experiencias adversas de la infancia que los hombres. Por otro lado, los estudios realizados con el ETI-SRCOL presentan la información de las experiencias adversas de la infancia categorizadas de acuerdo al sexo (Henaó Rojas et al., 2021; Posada Gómez, 2020). No obstante, en la presente investigación no se reportaron diferencias estadísticamente significativas entre las experiencias adversas en la infancia de acuerdo al sexo biológico.

Así mismo, se evidencia un descenso en el número de experiencias adversas de la infancia vivenciadas por las mujeres de acuerdo al rango de edad, es decir, que el número de experiencias traumáticas reportadas ha disminuido en las mujeres más jóvenes a comparación de las mujeres mayores. Situación que se observa en el estudio realizado por Henaó y colaboradores (2021) con una disminución en la media de EAI en los diferentes grupos etarios.

Con respecto a las experiencias adversas identificadas en la literatura científica, los autores coinciden en que las principales experiencias están dadas por el abuso físico, el abuso emocional, ser testigo de violencia doméstica, negligencia física y/o emocional, separación parental y consumo de sustancias psicoactivas (Almeida et al., 2021; Casas-Muñoz et al., 2021; Castillo Martínez et al., 2017; Henao Rojas et al., 2021; Sereno Torres & Camelo Roa, 2020; Sheffler et al., 2019; M. Vega-Arce & Nuñez-Ulloa, 2017; Maribel Vega-Arce & Núñez-Ulloa, 2018). Esto es consecuente con lo encontrado en la presente investigación, ya que las EAI más frecuentes son: ser golpeado o azotado con un objeto, recibir cachetadas, recibir palizas o azotes con la mano y ser gritado o regañado frecuentemente, presenciar la muerte o lesión grave de otras personas, ser víctima de asalto, presenciar actos violentos hacia otras personas y separación de los padres, es importante considerar que las experiencias adversas de abuso emocional y físico se relacionan con trastorno antisocial de la personalidad, trastorno límite de la personalidad y consumo de sustancias psicoactivas (Vallejos & Cesoni, 2020).

Adicional a las EAI mencionadas, para un país como Colombia se hace relevante identificar las experiencias relacionadas con la violencia sociopolítica, pues pese a que el conflicto armado ha disminuido una parte de la población actual convive con las consecuencias de dicha exposición, experiencias como amenazas de muerte o agresión física en caso de no abandonar el lugar de residencia, abandono del lugar de residencia por presión de grupos armados o situación de violencia y pérdida de la libertad de manera ilegal de algún miembro cercano de la familia son las más frecuentes. No obstante, la exposición de los trabajadores de la salud es inferior a la media establecida por la población referente y a la media reportada en estudios ubicados en otras regiones geográficas como el Urabá antioqueño, siendo zonas golpeadas fuertemente por la violencia sociopolítica (Henao Rojas et al., 2021; Posada Gómez, 2020).

Es de resaltar que los eventos traumáticos relacionados con el abuso sexual son considerados una problemática social, dado el impacto que tienen en las niñas y niños (Martín-Higarza et al., 2020; Posada et al., 2019). De acuerdo con Piotrowski y su equipo (2020), el abuso sexual y la antipatía de los padres favorece las desregulaciones biológicas sistémicas en pacientes con trastornos psicóticos.

Finalmente, la pobreza también se hace presente en los trabajadores de la salud como factor de las experiencias adversas de la infancia y se manifiesta por la ausencia de ingresos económicos suficientes para recibir una alimentación satisfactoria y para acceder a educación. En la investigación realizada por Martin-Higarza y colaboradores (2020) se deja en evidencia la importancia de las condiciones socioeconómicas frente a la calidad de vida y su relación con las experiencias adversas de la infancia.

5.2. Estrategias de afrontamiento en trabajadores de la salud

La importancia de las estrategias de afrontamiento en los trabajadores de la salud radica en la asociación que tienen con el bienestar físico, psicológico y emocional de la persona, las estrategias de afrontamiento centradas en el problema actúan como factor protector ante el estrés y ante el síndrome de burnout. A diferencia de las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción, las cuales son consideradas como factor de riesgo para estos fenómenos (Souza et al., 2018; Teixeira et al., 2016). Es de resaltar, que el estrés laboral y el síndrome de burnout son problemáticas ampliamente investigadas en el personal del sector salud por el impacto que tienen en el bienestar de los trabajadores y en la calidad y seguridad en la prestación de servicios. Adicional a esto, las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción se encuentran asociadas a enfermedades como ansiedad, depresión y a conductas de riesgo como el consumo de sustancias psicoactivas, entre otras (Cirami et al., 2021; Qarima Isa et al., 2019).

La presente investigación mostró que las estrategias más utilizadas por los trabajadores de la salud ante las situaciones de estrés en el ambiente laboral, es decir, las estrategias que casi siempre o siempre utilizan son la solución de problemas y la reevaluación positiva de la situación. Por el contrario, las estrategias de afrontamiento menos utilizadas, las que nunca o casi nunca usan los trabajadores de la salud corresponden a la reacción agresiva, la búsqueda de apoyo profesional, la expresión de la dificultad del afrontamiento y la espera.

Diferentes investigaciones realizadas en el sector salud, en torno a las estrategias de afrontamiento ante situaciones de estrés, principalmente en personal de enfermería, presentan datos consecuentes que coinciden en que las principales estrategias de afrontamiento usadas por el personal corresponden con estrategias de afrontamiento

enfocadas en la solución de problemas, la búsqueda de apoyo social, la reevaluación positiva de la situación, la regulación emocional y la reestructuración cognitiva, siendo éstas, estrategias de afrontamiento consideradas como eficaces y/o adaptativas (Ó. Arrogante, 2016b; Cirami et al., 2021; Filgueira Martins Rodrigues et al., 2020; Menegatti et al., 2020; Souza et al., 2018). De acuerdo con la literatura, las estrategias de afrontamiento centradas en el problema fortalecen a los individuos y a los equipos de trabajo al proveer una sensación de control sobre el factor estresante, reducen el estrés ocupacional y optimizan la capacidad de adaptación de la persona para próximas situaciones estresantes, (Martínez-Zaragoza et al., 2020; Teixeira et al., 2016).

No obstante, no debe desconocerse que las estrategias de afrontamiento centradas en el problema no son aplicables en todas las situaciones. En casos donde no se puede intervenir la situación o su solución no depende directamente de la persona, las estrategias de afrontamientos centradas en la emoción o estrategias pasivas podrían ser adaptativas para dichas situaciones (Ó. Arrogante, 2016a). La investigación realizada por Martínez (2020) en España, muestra que el personal de enfermería a menudo utilizaba estrategias centradas en la emoción en todas las tareas, exceptuando las relacionadas con la medicación y la documentación. Esta situación se puede evidenciar teniendo presente que el 34,2% del personal de salud participante en esta investigación indicó que a veces utiliza las estrategias de afrontamiento relacionadas con evitación emocional.

Adicional a esto, Menegatti (2020) plantea que el estrés laboral en el personal de enfermería se encuentra relacionado con actitudes de confrontación, retraimiento, escape y evitación. Situación a considerarse teniendo en cuenta que la población estudiada manifestó que a veces usa estrategias de evitación cognitiva cómo pensar en otras cosas y hacer a un lado el problema y estrategias relacionadas con la negación.

El uso de las estrategias de afrontamiento está relacionado con diferentes factores, Souza (2018) plantea que dependen del factor estresante, de los recursos disponibles y del resultado del esfuerzo individual, incluso algunos manifiestan que las estrategias de afrontamiento dependen del estado de ánimo de la persona (Martínez-Zaragoza et al., 2020). Es decir, que un estado anímico negativo favorece el uso de estrategias de afrontamiento como la evitación. Por lo tanto, las estrategias de afrontamiento actúan como

factores modificables que pueden ser intervenidos a nivel individual o grupal por medio de actividades de entrenamiento (Ó. Arrogante, 2016b).

Con respecto a la diferencia entre las estrategias de afrontamiento utilizadas de acuerdo al sexo biológico, Qarima y colaboradores (2019) mencionan que la probabilidad de uso de estrategias de afrontamiento de reevaluación positiva es más alta en las mujeres. Esto concuerda con lo reportado en la presente investigación en donde las mujeres utilizan con mayor frecuencia las estrategias de reevaluación positiva y las de búsqueda de apoyo social que los hombres. En el caso de los hombres, las estrategias que usan con más frecuencia en comparación a las mujeres corresponden a la reacción agresiva y la evitación emocional.

5.3. Relación interna entre los factores de los diferentes instrumentos

Con respecto a la relación entre los diferentes factores del inventario de experiencias traumáticas, la presente investigación mostró asociación entre violencia sociopolítica con abuso físico, emocional y pobreza, abuso sexual con abuso físico y emocional, abuso sexual con pobreza, abuso físico y emocional con pobreza y acontecimientos traumáticos generales con pobreza. En contraste, la investigación realizada por Henao y colaboradores (2021) en el Urabá antioqueño, siendo considerada una zona de alta exposición a violencia sociopolítica, identificó relación significativa entre la violencia sociopolítica y la pobreza, el abuso sexual y el abuso físico y emocional.

Frente a las correlaciones entre los diferentes factores de la Escala de Estrategias de Coping Modificada, se identificó asociación negativa entre solución de problemas con espera, reacción agresiva, expresión de la dificultad de afrontamiento y autonomía y asociación positiva con búsqueda de apoyo social, búsqueda de apoyo profesional y reevaluación positiva. En contraste, Cerquera y colaboradores (2020) identificaron correlación directa entre solución de problemas con apoyo profesional, evitación cognitiva y reevaluación positiva y correlación inversa con búsqueda de apoyo social, reacción agresiva y expresión de la dificultad de afrontamiento.

Por otro lado, la presente investigación coincide con Cerquera y colaboradores (2020) en que las estrategias de búsqueda de apoyo social se relacionan de forma negativa con las

de evitación emocional, a su vez, las estrategias de evitación emocional se relacionan positivamente con las de evitación cognitiva. La reacción agresiva se relaciona de forma positiva con la expresión de la dificultad del afrontamiento y de forma negativa con la reevaluación positiva y la reevaluación positiva se relaciona de forma negativa con la expresión de la dificultad del afrontamiento.

5.4. Relación entre las experiencias adversas de la infancia y las estrategias de afrontamiento en trabajadores de la salud

Con respecto a la relación entre las experiencias adversas de la infancia y las estrategias de afrontamiento en los trabajadores de la salud participantes, la presente investigación no mostró una asociación entre los diferentes factores de las estrategias de afrontamiento y la puntuación total del inventario de experiencias traumáticas que evalúa la exposición a EAI. Sin embargo, se reportaron diferencias estadísticamente significativas al correlacionar el factor de abuso sexual con la búsqueda de apoyo social y el factor pobreza con la autonomía.

Al contrastar los resultados expuestos frente a los hallazgos de otras investigaciones se observa discrepancia, ya que la literatura es concluyente frente a la relación de las experiencias adversas de la infancia con el uso de estrategias de afrontamiento centradas en la emoción y la evitación. Entre mayor sea la exposición a experiencias adversas y eventos traumáticos durante la infancia, el uso de estrategias de afrontamiento centradas en la emoción y la evitación es mayor a comparación del uso de estrategias de afrontamiento enfocadas en el problema (Choudhury et al., 2022; Martín-Higarza et al., 2020; Sheffler et al., 2019).

No obstante, es importante considerar que la población de trabajadores de la salud como se mencionó anteriormente, presenta una menor exposición a experiencias adversas de la infancia en relación a la población colombiana de referencia. Es decir, que los niveles de exposición se encuentran en rangos considerados como normales adaptativos. Así mismo, debe traerse a acotación el hecho de que en la presente investigación se excluyera la población de trabajadores de la salud con enfermedades psicológicas como ansiedad,

depresión, trastornos de la personalidad, trastorno de estrés postraumático, entre otros, ya que el mayor uso de las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción y evitación y la mayor exposición a experiencias adversas de la infancia se encuentra relacionada con las patologías ya mencionadas.

Del mismo modo, es trascendental reconocer la naturaleza multifactorial de las estrategias de afrontamiento y la posibilidad de intervención y modificación a lo largo de la trayectoria de vida (O. Arrogante et al., 2016b; Martín-Higarza et al., 2020; Martínez-Zaragoza et al., 2020; Souza et al., 2018). De forma semejante, la literatura muestra qué pese a la adversidad y al trauma infantil acumulado, las personas pueden llegar a desarrollar habilidades adaptativas eficaces para abordar situaciones estresantes a través del uso de estrategias de afrontamiento orientadas a la tarea (Thomson & Jaque, 2019).

Henao y colaboradores (2021) plantean la resiliencia como proceso dinámico que busca mantener el equilibrio individual pese a la afectación en el desarrollo normal causado por la adversidad infantil. Igualmente, manifiesta que factores intrínsecos como la inteligencia, el temperamento, las actitudes y factores extrínsecos como el sistema familiar, el sistema sociopolítico y económico pueden actuar como factores protectores o agravantes de las consecuencias asociadas a los eventos traumáticos de la infancia.

Adicional a esto, con la reciente pandemia por COVID-19 se intensificó la investigación científica en relación a las estrategias de afrontamiento y la salud mental de la población. Esto deja al descubierto la importancia de intervenir oportunamente los factores relacionados con la presencia de patologías de índole psicológico y psiquiátrico y el fortalecimiento de las estrategias de afrontamiento eficaces y adaptativas frente a situaciones de estrés. En un estudio cualitativo realizado por Choudhury y colaboradores (2022) en donde entrevistaron un grupo de profesionales de la salud mental, en torno a la forma de afrontamiento de los pacientes frente a la pandemia COVID-19 que presentaban antecedentes de exposición a EAI, se reporta que gran parte de los pacientes expuestos a eventos traumáticos durante su infancia no han procesado dichas experiencias lo que termina repercutiendo en la adultez.

5.5. Limitaciones del estudio

Pese a que el presente estudio cuenta con diferentes fortalezas se hace necesario exponer de igual manera las limitaciones, una de ellas consiste en que las variables principales de estudio no se distribuyeron con normalidad, por lo cual no se aplicó el análisis estadístico planteado inicialmente para el abordaje integral de los fenómenos de estudio.

Otra de las limitaciones a considerar, consiste en que los instrumentos son de autorreporte y recolectan información de carácter sensible, por lo que los participantes pueden sentirse limitados a responder con total sinceridad la información, por lo tanto, se deben explorar nuevas formas de recolección de la información.

Se sugiere replicar la presente investigación en una muestra más representativa que incluya a los trabajadores de la salud diagnosticados con trastornos psiquiátricos para corroborar la información aquí presentada e identificar puntos de intervención.

6. Conclusiones

En relación a las características sociodemográficas de los trabajadores de la salud, se puede concluir que el 50% de los participantes tiene una edad máxima de 34 años, adicionalmente, se hace evidente que la mayor población corresponde a participantes del sexo femenino (80,6%), pertenecientes principalmente al personal de enfermería conformado por auxiliares de enfermería (56,3%) y profesionales de enfermería (21,4%), lo que a su vez es consecuente con que los niveles académicos más representativos sean el nivel técnico (56,3%) y el nivel profesional (22,3%), ubicándose mayoritariamente el personal en los servicios de internación adulto como lo son hospitalización adulto (17,5%) y cuidado intensivo e intermedio adulto (49,5%).

Frente a las experiencias adversas de la infancia se concluye que el personal de salud estuvo expuesto durante su infancia a diferentes eventos traumáticos sin una diferencia significativa en la exposición de acuerdo al sexo biológico, y encontrándose entre los niveles normales adaptativos establecidos para la población colombiana. Las experiencias adversas de la infancia más frecuentes para los trabajadores de la salud corresponden a las experiencias relacionadas con el abuso físico, emocional y los acontecimientos traumáticos generales, que a su vez están relacionados con trastornos psicológicos y consumo de sustancias psicoactivas.

En cuanto a las estrategias de afrontamiento se concluye que las más utilizadas por los trabajadores de la salud corresponden a la solución de problemas, la búsqueda de apoyo social y la reevaluación positiva, estrategias reconocidas como eficaces y adaptativas que actúan como factor protector ante las situaciones de estrés en el entorno laboral. No obstante, el personal de salud también utiliza estrategias de afrontamiento centradas en la emoción y de evitación con una frecuencia inferior, sin dejar de ser representativas como lo son el uso de estrategias de evitación emocional, evitación cognitiva y negación, que a su vez están relacionadas con un mayor riesgo de padecer trastornos psicológicos y enfermedades crónicas. Además, está relacionada con la adopción de conductas de

riesgo. Adicional a esto, se observó que las mujeres usan con mayor frecuencia estrategias como la búsqueda de apoyo social y la reevaluación positiva, en contraste, los hombres utilizan más las estrategias de reacción agresiva y evitación emocional que las mujeres.

En relación a las asociaciones significativas identificadas, podemos concluir que se reporta correlación entre los factores internos de las experiencias adversas de la infancia principalmente la pobreza, que se ve asociada significativamente con la violencia sociopolítica, el abuso sexual, el abuso físico y emocional y los acontecimientos traumáticos generales, a su vez el abuso físico y emocional se encuentra relacionado con el abuso sexual. Así mismo, se establecen correlaciones significativas entre los factores de las estrategias de afrontamiento, principalmente las relacionadas con la solución de problemas que se asocian con búsqueda de apoyo social, espera, religión, búsqueda de apoyo profesional, reacción agresiva, reevaluación positiva, expresión en la dificultad del afrontamiento y autonomía.

Finalmente, en la presente investigación no sé evidencia una relación significativa entre las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción y de evitación utilizadas por los trabajadores de la salud ante situaciones estresantes en el entorno asistencial con las experiencias adversas experimentadas antes de los 18 años de edad. No obstante, se reporta relación entre el abuso sexual con la búsqueda de apoyo social y la pobreza con la autonomía.

7. Recomendaciones

Los trabajadores de la salud se suman a la realidad del país en donde la mayor parte de la población se encuentra expuesta a diferentes experiencias adversas de la infancia, siendo estas, eventos traumáticos que en cierta medida terminan considerándose normales adaptativos para el contexto de la población colombiana. Sin embargo, la carga demostrada de las experiencias adversas de la infancia frente a la salud física y psicológica de la población expuesta, debe ser considerada como un evento de interés en salud pública, en donde se busque la intervención oportuna de la niñez para prevenir experiencias adversas y para fortalecer las estrategias de afrontamiento como recursos mediadores entre las experiencias adversas de la infancia y los problemas de salud física y mental a largo plazo.

Las instituciones de educación superior que forman profesionales de la salud, deben considerar la importancia de incluir y/o fortalecer en sus currículums la temática relacionada con las experiencias adversas en la infancia, con la finalidad de formar profesionales líderes en educación a la familia y comunidad para la prevención de este tipo de eventos. Así mismo, se deben fortalecer los conocimientos del personal de manera que puedan identificar oportunamente, factores de riesgo asociados al sufrimiento de eventos traumáticos en la infancia y/o intervenir de forma apropiada los casos que se identifiquen mitigando las consecuencias.

De igual forma, es importante que las universidades y centros de formación para el trabajo implementen actividades e intervenciones que fortalezcan las estrategias de afrontamiento en los trabajadores de la salud, considerando la alta exposición a riesgos psicosociales y factores estresantes en el entorno hospitalario, además de promover de forma activa el autocuidado en el personal.

Por otro lado, se hace necesario que las instituciones prestadoras de servicios de salud incluyan en los programas de bienestar dirigidos al personal asistencial, intervenciones

individuales y colectivas para fortalecer las estrategias de afrontamiento de los trabajadores de la salud frente a las situaciones de estrés en el entorno laboral. Esto se lleva a cabo considerando las diferencias significativas entre las estrategias de afrontamiento implementadas de acuerdo al sexo biológico de los participantes. Así mismo, se hace imperativo desarrollar programas que permitan el abordaje de los trabajadores de la salud que estuvieron expuestos a experiencias adversas durante la infancia y que actualmente repercuten en su bienestar psicológico, evitando estigmatizar al personal y buscando medidas efectivas que contribuyan a su salud mental.

Con respecto a futuras investigaciones, es importante emprender y trabajar en una línea de investigación en torno al trabajador de la salud como sujeto de cuidado, siendo necesario profundizar en la investigación de estos fenómenos y el impacto que tienen frente al bienestar de los trabajadores de la salud y el posible impacto frente a la calidad y seguridad en la prestación de servicios de salud, evitando estigmatizar el talento humano en salud.

7.1. Recomendaciones específicas para la disciplina de enfermería

Partiendo de la importancia del profesional de enfermería en el equipo interdisciplinario, como líder en la atención del paciente, siendo la fuerza laboral mayoritaria en el sector salud y atendiendo la exposición constante a factores estresantes en el contexto laboral, es imperativo que se generen políticas públicas que dignifiquen las condiciones laborales del gremio, que salvaguarden su integridad psicológica y física y que promuevan entornos laborales sanos.

Por su parte, las instituciones de educación superior deben fortalecer las habilidades y aptitudes del personal de enfermería en formación, fomentando prácticas de comunicación efectiva y asertiva y promoviendo cualidades como la resiliencia, el autoconocimiento, la autoconciencia, la inteligencia emocional, el autocuidado y la autocompasión, como factores protectores del bienestar psicológico.

Es importante que se profundice en la investigación de los fenómenos en mención desde el componente de salud mental, identificar las estrategias de afrontamiento efectivas de acuerdo a los estresores laborales en el entorno hospitalario de los profesionales de

enfermería, permitirá el desarrollo de intervenciones específicas y la adopción de prácticas basadas en la evidencia dirigidas a su fortalecimiento.

Por último, es necesario que los profesionales de enfermería asuman la responsabilidad personal del autocuidado, cuidar de sí mismos implica ser conscientes de las heridas, los patrones de comportamiento y las conductas asociadas; tomar responsabilidad frente a estas y actuar en pro del bienestar propio, es el punto de partida para aceptar y gestionar las experiencias adversas vivenciadas desde la empatía, la compasión y la resiliencia.

Fortalecer y adoptar estrategias de afrontamiento eficaces impacta positivamente en el bienestar y, por ende, en la calidad de vida de la persona, pues su beneficio no se limita únicamente al ambiente laboral. El profesional de enfermería debe recocerse como sujeto de cuidado y darle la importancia que corresponde a la salud mental en un entorno tan demandante como lo es, el ambiente hospitalario.

A. Anexo: Consentimiento informado

Estimado trabajador(a) de la salud,

Usted ha sido invitado(a) a participar en el proyecto de investigación titulado RELACIÓN ENTRE EXPERIENCIAS ADVERSAS INFANTILES Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO FRENTE AL ESTRÉS EN TRABAJADORES DE LA SALUD, diseñado por la enfermera investigadora Edna Julieth Medina Sierra en calidad de estudiante de la Maestría en Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia. La investigación tiene como propósito, determinar la relación existente entre las experiencias adversas de la infancia y las estrategias de afrontamiento usadas por un grupo de trabajadores de la salud, ante las situaciones de estrés que se presentan en los servicios asistenciales de internación.

A continuación, se proporcionará información detallada del proyecto y de las consideraciones éticas, lea detenidamente la información y realice preguntas al respecto, recuerde que su participación es voluntaria y puede ser retirada en cualquier momento, sin que esto signifique algún tipo de falta. Es importante que conozca que la presente investigación fue aprobada por el comité de ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia.

Procedimiento: Inicialmente se abordarán únicamente 40 trabajadores, con ellos se diligenciarán los formatos, se evaluará la aplicabilidad y se confirmará o ajustará la muestra total. Los instrumentos serán aplicados de forma física o a través de formularios en línea que faciliten su acceso, posteriormente se analizará la información. Proceso que tiene una duración estimada de 4 meses. Finalmente, los resultados serán presentados a las instituciones prestadoras de servicios de salud en las que se desarrolle la investigación de forma general, así como podrán ser presentados en eventos académicos o científicos y en

caso tal, se generarán publicaciones con los resultados salvaguardando siempre la confidencialidad y privacidad de la información.

Técnicas de recolección de datos: La recolección de los datos se hará en un único momento a través de instrumentos que evalúan la exposición a las experiencias adversas de la infancia y las estrategias de afrontamiento usadas por los trabajadores de la salud. Dichos instrumentos están diseñados para ser autoadministrados, se requiere una (1) hora aproximadamente para el diligenciamiento. Los instrumentos se aplicarán de forma física o digital.

Riesgos y beneficios: De acuerdo a la Resolución N° 008430 (1993) este estudio se clasifica como investigación con riesgo mínimo al observar conductas en sujetos sin manipularlas; ofrece el beneficio de identificar las experiencias adversas vivenciadas durante la infancia y reconocer las estrategias de afrontamiento usadas durante la cotidianidad laboral, además de contribuir a la generación de conocimiento en un fenómeno inexplorado como una forma de fortalecer el bienestar físico y psicológico de los trabajadores de la salud.

Sin embargo, existe el riesgo de sufrimiento emocional al recordar experiencias de vida dolorosas, en caso de que esto suceda, se suspenderá de inmediato su participación y no se continuará con el diligenciamiento de los formatos. Adicional a esto, se dispondrá de una sala virtual (teleorientación) en donde se contactará con una doctora en enfermería experta del área de salud mental, que lo (a) acompañará durante el evento estresante, buscando controlar el malestar emocional, luego, usted determinará si continua o suspende de forma definitiva su participación.

Si la situación lo amerita se solicitará apoyo psicológico para intervención en crisis de forma presencial, por parte del talento humano propio de la institución prestadora de servicios de salud, con la finalidad de atender oportunamente el evento. Recuerde que la participación es voluntaria y puede ser retirada en cualquier momento, sin que esto signifique algún tipo de falta.

Adicional, como participante se le entregará una ruta de atención en donde se integren las entidades destinadas a atender a los ciudadanos con afectaciones en su salud mental en la ciudad, por si la información es de su interés.

Criterios de exclusión: Si usted ha sido diagnosticado (a) con alguna enfermedad relacionada con trastorno afectivo bipolar, depresión, ansiedad, trastornos de estrés postraumático, trastornos de la personalidad y esquizofrenia, debe abstenerse de participar en la presente investigación con la finalidad de no exponerlo a situaciones que puedan afectar su estado actual salud.

Garantías: Con el fin de garantizar la confidencialidad se implementarán varias actividades:

- Omisión de los datos de identificación en la ficha sociodemográfica, así como la institución para la que labora el trabajador de la salud.
- Cada respuesta tendrá asignado un código de 3 letras y 3 números, las letras serán determinadas por el participante y los números se asignarán de acuerdo al orden cronológico en el que se genere la participación iniciando con el 001
- Almacenamiento de los datos de la investigación en la nube del correo electrónico institucional al que solo tiene acceso el investigador.

Con respecto a la propiedad intelectual, el presente estudio se acoge a lo reglamentado por el Acuerdo 035 de 2003 expedido por el Consejo Académico de la Universidad Nacional de Colombia.

Incentivos: No aplica.

Declaración: Si ha comprendido la información del presente documento y acepta voluntariamente participar en la investigación en mención, proceda a firmar dejando su autorización por escrito en compañía de la investigadora, posterior al diligenciamiento, le será enviada a su correo electrónico una copia del consentimiento informado.

Yo _____, identificada (o) con el documento de identidad número _____, después de haber sido informada (o) sobre el objetivo y los procedimientos relacionados con el proyecto de investigación titulado RELACIÓN ENTRE EXPERIENCIAS ADVERSAS INFANTILES Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO FRENTE AL ESTRÉS EN TRABAJADORES DE LA SALUD, declaro que la información ha sido clara, que conozco el riesgo de participar y los beneficios asociados, así como las garantías propuestas y que autorizo mi participación en la investigación y el uso de la información, teniendo en cuenta que esta puede ser revocable en cualquier momento durante la investigación, sin que esto signifique una falta.

FIRMA: _____ FECHA: _____

Datos del Investigador:

Nombre: _____

Identificación: _____ Ciudad: _____

FIRMA: _____ FECHA: _____

En caso de requerir información adicional, puede contactarse al número de celular 3006889399 o al correo electrónico emedinas@unal.edu.co. De igual forma, puede contactarse al número 3165000 Ext. 17089 en la ciudad de Bogotá o al correo electrónico ugi_febog@unal.edu.co con la Presidenta del Comité de ética de la Facultad de Enfermería: Profesora Alba Idaly Muñoz Sánchez

B. Anexo: Cronograma

Actividades	2022										2023	
	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	I	
Presentación del proyecto al comité de Ética de la Facultad de Enfermería												
Presentación del proyecto a las IPS y trabajadores de la salud												
Firma del consentimiento informado												
Desarrollo de la prueba piloto												
Ajuste metodológico de acuerdo si aplica												
Recolección de la información restante												
Análisis de la información en las 3 fases descritas												
Elaboración de resultados y conclusiones												
Presentación de resultados finales												

C. Presupuesto

Función en el proyecto	Dedicación (horas/semana)	Semanas	Valor hora	Recursos		TOTAL
				Recursos Propios	Universidad	
Autor	10	32	12000	3.840.000		\$ 3.840.000
Director	1	32	39900		1.276.800	\$ 1.276.800
Descripción		Cantidad	Valor unitario	Recursos		TOTAL
				Recursos Propios	Universidad	
Computador		1	1500000	1500000		\$ 1.500.000
Software Microsoft Office		1	280000	280000		\$ 280.000
Impresora		1	500000	500000		\$ 500.000
Materiales		1	300000	300000		\$ 300.000
Transporte		10	5000	50000		\$ 50.000
RUBROS		FUENTES				TOTAL
		Recursos Propios		Universidad		
Personal		\$ 3.840.000		\$ 1.276.800		\$ 5.116.800
Equipos y software		\$ 2.280.000		\$ -		\$ 2.280.000
Materiales		\$ 300.000		\$ -		\$ 300.000
Otros		\$ 50.000		\$ -		\$ 50.000
TOTAL		\$ 8.002.000		\$ 2.439.000		\$ 7.746.800

Bibliografía

- Almeida, T. C., Guarda, R., & Cunha, O. (2021). Positive childhood experiences and adverse experiences: Psychometric properties of the Benevolent Childhood Experiences Scale (BCEs) among the Portuguese population. *Child Abuse and Neglect*, 120. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2021.105179>
- Alonso-Castillo, M. M., Armendáriz-García, N. A., López García, K. S., Guzmán Facundo, F. R., & Esparza Almanza, S. E. (2018). Valores, estrés de conciencia y el consumo de alcohol, tabaco y drogas médicas en enfermería. *Journal Health NPEPS*, 3(1), 88–102. <https://doi.org/10.30681/252610102921>
- Alvarez, C., Perrin, N., Lameiras-Fernandez, M., Rodriguez, R., & Glass, N. (2019). Adverse childhood experiences among Latina women and its association with mastery of stress and health. *Child Abuse and Neglect*, 93(April), 139–148. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.05.004>
- Arco Canoles, O. del C. De, & Suarez Calle, Z. K. (2018). Rol de los profesionales de enfermería en el sistema de salud colombiano TT - Role of nursing professionals in the Colombian health system. *Universidad y Salud*, 20(2), 171–182. <https://doi.org/10.22267/rus.182002.121>
- Arrogante, Ó. (2016a). Estrategias de afrontamiento al estrés laboral en Enfermería Artículo especial Resumen. *Metas Enfermería*, 19(10), 46. <https://www.enfermeria21.com/revistas/metas/articulo/81011/estrategias-de-afrontamiento-al-estres-laboral-en-enfermeria/>
- Arrogante, Ó. (2016b). *Estrategias de afrontamiento al estrés laboral en Enfermería Artículo especial Resumen* (Vol. 19, Issue 10).
- Arrogante, O., Pérez-García, A. M., & Aparicio-Zaldívar, E. G. (2016a). Recursos personales relevantes para el bienestar psicológico en el personal de enfermería. *Enfermería Intensiva*, 27(1), 22–30. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2015.07.002>
- Arrogante, O., Pérez-García, A. M., & Aparicio-Zaldívar, E. G. (2016b). Recursos personales relevantes para el bienestar psicológico en el personal de enfermería.

- Enfermería Intensiva*, 27(1), 22–30. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2015.07.002>
- Ayuso Murillo, D., Colomer Sánchez, A., & Herrera Peco, I. (2017). Habilidades de comunicación en enfermeras de UCI y de hospitalización de adultos. *Enfermería Intensiva*, 28(3), 105–113. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2016.10.006>
- Barboza Jacondino, M., Lemos Martins, C., Buss Thofehrn, M., Lessa Garcia, B., Nicoletti Fernandes, H., & Rauber Joner, L. (2014). Vínculos profesionales en el trabajo de enfermería: elemento importante para el cuidado. *Enfermería Global.*, 13(34), 148–159. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412014000200007&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Borges, E. M. D. N., Fonseca, C. I. N. da S., Baptista, P. C. P., Queirós, C. M. L., Baldonado-Mosteiro, M., & Mosteiro-Diaz, M. P. (2019). Compassion fatigue among nurses working on an adult emergency and urgent care unit. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 27. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2973.3175>
- Boyle, D. (2016). Fatiga por compasión: el precio de la atención. *Nursing2016*, 33(2), 17–19. https://repositori.upf.edu/bitstream/handle/10230/25371/Myezyentseva_Olha_2014.pdf?sequence=3
- Brown, J. W. (2011a). Health as expanding consciousness: A nursing perspective for grounded theory research. *Nursing Science Quarterly*, 24(3), 197–201. <https://doi.org/10.1177/0894318411409428>
- Brown, J. W. (2011b). Modelo de la salud como expansión de la conciencia. In *Modelos y teorías* (7ma ed., pp. 480–502). Elsevier Inc.
- Cañadas de la Fuente, G. A., Albendín-García, L., Cañadas, G. R., San Luis-Costas, C., Ortega-Campos, E., & De la Fuente-Solana, E. I. (2018). Factores asociados con los niveles de burnout en enfermeros de urgencias y cuidados críticos. *Emergencias*, 30, 328–331. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6549715>
- Carvalho, D., Querido, A., Tomás, C., Gomes, J., & Cordeiro, M. (2019). A saúde mental dos enfermeiros: Um estudo preliminar. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 21, 47–53. <https://doi.org/10.19131/rpasm.0237>
- Casas-Muñoz, A., Loredó-Abdalá, A., Sotres-Velasco, B., Ramírez-Angoa, L. V., Román-Olmos, J. A., & Cristerna-Tarrasa, G. H. (2021). Experiencias adversas en la

- infancia. Conocimiento y uso por médicos residentes de pediatría. *Gaceta de México*, 157(1). <https://doi.org/10.24875/gmm.19005644>
- Castillo Martínez, A., Cleves Luna, D., García Cifuentes, Á. M., Laverde Martínez, L., Medina Medina, V., Cortés Ruiz, H., Ramírez Martínez, D., & Dávalos Pérez, D. M. (2017). Experiencias adversas de la infancia en una muestra de pacientes con enfermedad crónica en Cali-Colombia. *Medicina UPB*, 36(1), 9–15. <https://doi.org/10.18566/medupb.v36n1.a02>
- Ceballos Vásquez, P., Cancino Grillo, M., González Palacios, Y., & Paravic Klijn, T. (2020). Perfil de riesgos psicosociales en trabajadores sanitarios: una herramienta elemental para su intervención. *Rev Asoc Esp Espec Med Trab*, 29(4), 323–329. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-62552020000400323&lng=es. Epub 08-Feb-2021
- Centro Nacional de Memoria Histórica. (2012). *Base de datos ¡Basta ya!: Ataques a poblaciones 1988-2012*. <http://www.centrodememoriahistorica.gov.co/micrositios/informeGeneral/basesDatos.html>
- Cerquera Córdoba, Ara Mercedes, Matajira Camacho, Yeferson Jahir, & Peña Peña, Arbey J. (2020). Estrategias de Afrontamiento y Nivel de Resiliencia Presentes en Adultos Jóvenes Víctimas del Conflicto Armado Colombiano: Un Estudio Correlacional. *Psykhe (Santiago)*, 29(2), 1-14. <https://dx.doi.org/10.7764/psykhe.29.2.1513>
- Choudhury, S., Yeh, P. G., & Markham, C. M. (2022). Coping with adverse childhood experiences during the COVID-19 pandemic: Perceptions of mental health service providers. *Frontiers in Psychology*, 13(September), 1–14. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.975300>
- Christie, W., & Jones, S. (2013). Lateral Violence in Nursing and the Theory of the Nurse as Wounded Healer. *The Online Journal of Issues in Nursing*, 19(1). <https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol19No01PPT01>
- Cirami, L., Córdoba, E., & Ferrari, L. (2021). Estrategias de afrontamiento del estrés laboral en trabajadores de la salud y reflexiones acerca de las transformaciones organizacionales a partir de la pandemia de COVID-19. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 24(2), 118-132(2020)., 24, 118–132.

- Conti-O'hare, M. (2002). *The Nurse as Wounded Healer From Trauma to Transcendence* (P. M. Glynn, C. Tridente, A. Spencer, & T. Prindle (eds.); 1st ed.). Jones and Bartlett Publishers, Inc.
- Cordero, E., García, J., Romero, G., Flores, L., & Trejo, J. (2018). Dimensiones de la relación interpersonal del profesional de enfermería en una unidad de segundo nivel. *Medigraphic*, 27(2), 89–96.
- De-San-Segundo, M., Granizo, J. J., Camacho, I., Martínez-de-Aramayona, M. J., Fernández, M., & Sánchez-Úriz, M. Á. (2017). Estudio comparativo de las agresiones a sanitarios entre Atención Primaria y Atención Especializada en una zona de Madrid (2009-2014). *SEMERGEN - Medicina de Familia*, 43(2), 85–90. <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2016.03.017>
- De Klerk, M. (2007). Healing emotional trauma in organizations: An O.D. framework and case study. *Organization Development Journal*, 25(2), 49–55.
- Echeburúa, E., & Amor, P. J. (2019). Memoria traumática: estrategias de afrontamiento adaptativas e inadaptativas Traumatic Memories: Adaptive and Maladaptive Coping Strategies. *Terapia Psicológica* 2019, 37, 71–80.
- Elers Mastrapa, Y., & Gibert Lamadrid, M. del P. (2016). Relación enfermera-paciente una perspectiva desde las teorías de las relaciones interpersonales. *Revista Cubana de Enfermería*, 32(4), 126–136.
- Fernández Sánchez, A., Estrada Salvarrey, M. N., & Arizmendi Jaime, E. R. (2019). Relación de estrés-ansiedad y depresión laboral en profesionales de enfermería. *Revista de Enfermería Neurológica.*, 18(1), 29–40.
- Filgueira Martins Rodrigues, C. C., Andrade Alves, K. Y., Oliveira, L. V. e, & De Oliveira Salvador, P. T. C. (2020). Estratégias de enfrentamento e coping do estresse ocupacional utilizadas por profissionais de enfermagem no ambiente hospitalar: scoping review. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 19(4). <https://doi.org/10.17665/1676-4285.20206408>
- Foli, K. J., Reddick, B., Zhang, L., & Krcelich, K. (2020). Nurses' psychological trauma: "They leave me lying awake at night." *Archives of Psychiatric Nursing*, 34(3), 86–95. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2020.04.011>
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2022). *Estado Mundial de la Infancia*

- 2021: *En mi mente: Promover, proteger y cuidar la salud mental de la infancia*.
- Gaddis, L. (2017, December). When Caring Isn't Easy: Managing Responses to Our "Trigger" Patients. *The Mississippi RN*, 10.
- Gobierno de Colombia; Ministerio de Salud y Protección Social. (2018). *Sala situacional Mujeres víctimas de violencia de género*.
- Gobierno de Colombia; Ministerio de Salud y Protección Social. (2019). Encuesta de violencia contra Niños, Niñas y Adolescentes en Colombia, 2018. In *Amnesty International*. 2019. <https://www.amnesty.org/en/countries/americas/colombia/report-colombia/>
- Gracia Gozalo, R. M., Ferrer Tarrés, J. M., Ayora Ayora, A., Alonso Herrero, M., Amutio Kareaga, A., & Ferrer Roca, R. (2019). Aplicación de un programa de mindfulness en profesionales de un servicio de medicina intensiva. Efecto sobre el burnout, la empatía y la autocompasión. *Medicina Intensiva*, 43(4), 207–216. <https://doi.org/10.1016/j.medin.2018.02.005>
- Henaó Rojas, Y. E., Ponce García, J. A., Zuluaga Gil, I., Posada Gómez, S., & Zapata Zabala, M. E. (2021). Experiencias traumáticas y resiliencia en población expuesta a la violencia. *Rev. Investig. Innov. Cienc. Salud*, 2(1). http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2665-20562020000100028
- Hughes, K., Bellis, M. A., Hardcastle, K. A., Sethi, D., Butchart, A., Mikton, C., Jones, L., & Dunne, M. P. (2017). The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health*, 2(8), e356–e366. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(17\)30118-4](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(17)30118-4)
- Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST), O.A., M. P. (2018). *El efecto sobre la salud de los riesgos psicosociales en el trabajo: una visión general*.
- Jilou, V., Duarte, J. M. G., Gonçalves, R. H. A., Vieira, E. E., & Simões, A. L. de A. (2021). Fatigue due to compassion in health professionals and coping strategies: a scoping review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74(5), e20190628. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0628>
- Junqueira, M. A. de B., Ferreira, M. C. de M., Soares, G. T., Brito, I. E. de, Pires, P. L. S., Santos, M. A. dos, & Pillon, S. C. (2017). Uso de álcool e comportamento de saúde entre profissionais da enfermagem. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 51,

- 3–10. <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2016046103265>
- Kwiatosz-Muc, M., Fijałkowska-Nestorowicz, A., Fijałkowska, M., Aftyka, A., Pietras, P., & Kowalczyk, M. (2019). Stress coping styles among anaesthesiology and intensive care unit personnel – links to the work environment and personal characteristics: a multicentre survey study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 33(3), 661–668. <https://doi.org/10.1111/scs.12661>
- Lanzoni, G. M. de M., Lessmann, J. C., Sousa, F. G. M. de, Erdmann, A. L., & Meirelles, B. H. S. (2011). Interações no ambiente de cuidado: explorando publicações de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64(3), 580–586. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672011000300024>
- Lastre-Amell, G., Gaviria-García, G., Herazo-Beltrán, Y., & Mendinueta-Martínez, M. (2018). Estresores laborales en el personal de enfermería de unidades de cuidados intensivos. *Revista Latinoamericana de Hipertensión*, 13(5).
- Lima da Silva, J. L., Teixeira, L. R., Soares, R. D. S., Costa, F. D. S., Aranha, J. D. S., & Teixeira, E. R. (2017). Estresse e fatores psicossociais no trabalho de enfermeiros intensivistas. *Enfermería Global*, 16(4), 80. <https://doi.org/10.6018/eglobal.16.4.249321>
- Llanos-Jiménez, I., Rivas-Riveros, E., & López-Espinoza, M. (2018). Factores asociados a violencia horizontal intrahospitalaria en el personal de enfermería: revisión sistemática. *Enfermería Universitaria*, 15(4), 416–427. <https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2018.4.536>
- Londoño, N. H., Henao López, G. C., Puerta, I. C., Posada, S., Arango, D., & Aguirre Acevedo, D. C. (2006). Propiedades psicométricas y validación de la escala de estrategias de coping modificada (EEC-M) en una muestra colombiana. *Universitas Psychologica ISSN:*, 5(2), 327–349.
- Luther, B., Barra, J., & Martial, M. A. (2019). Essential Nursing Care Management and Coordination Roles and Responsibilities: A Content Analysis. *Professional Case Management*, 24(5), 249–258. <https://doi.org/10.1097/NCM.0000000000000355>
- Mabel Molina-Chailán, P., Muñoz-Coloma, M., & Schlegel-San Martín, G. (2019). Work-Related Stress in Nurses at Critical Care Units. In *Med Segur Trab (Internet)* (Vol. 65, Issue 256).

- Machado, A. D. S., Monteiro, P. S., Ribeiro, L. M., & Guilhem, D. (2016). Consumo De Álcool Por Enfermeiros E Implicações Para O Trabalho Em Saúde – Revisão Integrativa. *Cogitare Enfermagem*, 21(4), 1–8.
<https://doi.org/10.5380/ce.v21i4.45976>
- Maharaj, S., Lees, T., & Lal, S. (2019). Prevalence and risk factors of depression, anxiety, and stress in a cohort of Australian nurses. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(1). <https://doi.org/10.3390/ijerph16010061>
- Martín-Higarza, Y., Fontanil, Y., Méndez, M. D., & Ezama, E. (2020). The direct and indirect influences of adverse childhood experiences on physical health: A cross-sectional study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(22), 1–17. <https://doi.org/10.3390/ijerph17228507>
- Martínez-Zaragoza, F., Benavides-Gil, G., Rovira, T., Martíndel-Río, B., Edo, S., García-Sierra, R., Solanes-Puchol, Á., & Fernández-Castro, J. (2020). When and how do hospital nurses cope with daily stressors? A multilevel study. *PLoS ONE*, 15(11 November). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0240725>
- Martínez Morales, D., Gaviria Gómez, A. M., & Arboleda Arenas, A. M. R. D. A. (2022). Experiencias adversas en la infancia asociadas con trastornos neuropsiquiátricos en la adultez : una revisión sistemática. *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología*, 22(1), 1–21. <https://doi.org/10.18270/chps.v22i1.3967>
- Menegatti, M. S., Rossaneis, M. A., Schneider, P., Silva, L. G. de C., Costa, R. G., & Haddad, M. do C. F. L. (2020). STRESS AND COPING STRATEGIES USED BY NURSING INTERNS. *Reme Revista Mineira de Enfermagem*, 24.
<https://doi.org/10.5935/1415-2762.20200066>
- Molero Jurado, M. M., Pérez-Fuentes, M. C., & Gázquez Linares, J. J. (2016). Acoso laboral entre personal de enfermería. *Enfermería Universitaria*, 13(2), 114–123.
<https://doi.org/10.1016/j.reu.2016.03.001>
- Moura, R. dos S., Carvalho Saraiva, F. J., Dos Santos, R. M., Da Silva Lima Rocha, K. R., Rodrigues da Silva, N. A., & Melo Albuquerque, W. D. (2019). Stress, burnout and depression in nursing professionals in intensive care units. *Enfermería Global*, 18(2), 79–123. <https://doi.org/10.6018/eglobal.18.2.337321>
- Muñoz Rojas, D., Orellano, N., & Hernández Palma, H. (2018). Riesgo psicosocial: tendencias y nuevas orientaciones laborales. *Psicogente*, 21(40), 532–544.

<https://doi.org/10.17081/psico.21.40.3090>

- Muñoz Zambrano, C. L., Rumie Díaz, H., Torres Gómez, G., & Villarroel Julio, K. (2015). Impacto en la salud mental de la (del) enfermera (o) que otorga cuidados en situaciones estresantes. *Ciencia y Enfermería XXI*, 1, 45–53.
<http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/89/183>
- Needham, I., Abderhalden, C., Halfens Phd, R. J. G., Fischer, J. E., & Dassen, T. (2005). Non-somatic effects of patient aggression on nurses: A systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 49(3), 283–296. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03286.x>
- Newman, M. A., Marylin Sime, A., & Corcoran-Perry, S. A. (1991). The focus of the discipline of nursing. *Advances in Nursing Science*, 14(1), 1–6.
- Ochoa, D. (2016). *Violencia hacia los profesionales de salud en el sistema de salud colombiano: un estudio exploratorio en la ciudad de Bogotá D.C.* Pontificia Universidad Javeriana.
- Organización Mundial de la Salud. (2020). Situación de la enfermería en el Mundo 2020. In *Salud Pública de Mexico* (Vol. 24, Issue 6).
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240003279%0Ahttps://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331675/9789240003392-spa.pdf>
- Pacheco Pérez, L. A., Berumen Burciaga, L. V., López López, M. V., & Molina Seañez, A. O. (2013). Resiliencia en el Profesional de Enfermería que Cuida a Personas en Proceso de Morir. *ENE. Revista de Enfermería*, 7(3), 1–7. <http://0-www.index-f.com.catoute.unileon.es/ene/7pdf/7207.pdf>
- Page, P., Simpson, A., & Reynolds, L. (2019). Bearing witness and being bounded: The experiences of nurses in adult critical care in relation to the survivorship needs of patients and families. *Journal of Clinical Nursing*, 28(17–18), 3210–3221.
<https://doi.org/10.1111/jocn.14887>
- Pereira, B. C., Freitas, L. A. De, Gonçalves, A. M., Santos, R. D. P., & Vilela, S. D. C. (2019). Comunicación interpersonal y su implicación en la enfermería. *Cultura de Los Cuidados Revista de Enfermería y Humanidades*, 23(53), 230–238.
<https://doi.org/10.14198/cuid.2019.53.22>
- Pereira, F. G., & Viana, M. C. (2021). Instrumentos mais utilizados na avaliação da

- exposição a Experiências Adversas na Infância: uma revisão da literatura. *Saúde Em Debate*, 45(129), 501–513. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202112919>
- Petrucelli, K., Davis, J., & Berman, T. (2019). Adverse childhood experiences and associated health outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Child Abuse and Neglect*, 97(February), 104127. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104127>
- Piotrowski, P., Frydecka, D., Kotowicz, K., Stańczykiewicz, B., Samochowiec, J., Szczygieł, K., & Misiak, B. (2020). A history of childhood trauma and allostatic load in patients with psychotic disorders with respect to stress coping strategies. *Psychoneuroendocrinology*, 115(December 2019). <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2020.104645>
- Plaza, A., Torres, A., Martin-Santos, R., Gelabert, E., Imaz, M. L., Navarro, P., Bremner, J. D., Valdes, M., & Garcia-Esteve, L. (2011). Validation and test-retest reliability of early trauma inventory in Spanish postpartum women. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 199(4), 280–285. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e31821245b9>
- Posada Gómez, S. L. (2020). *Inventario de experiencias traumáticas en la infancia (ETI-SRCol), versión colombiana: manual de aplicación y calificación* (Sello Edit).
- Posada, S., Londoño, N. H., & Gaviria, A. M. (2019). Propiedades psicométricas de la adaptación para Colombia del inventario de experiencias traumáticas en la infancia (ETI-SRCol). *Medicina UPB*, 38(1), 33–45. <https://doi.org/10.18566/medupb.v38n1.a05>
- Qarima Isa, K., Adib Ibrahim, M., Abdul-Manan, H.-H., Mohd-Salleh, Z.-A. H., Abdul-Mumin, K. H., & Abdul Rahman, H. (2019). *Strategies used to cope with stress by emergency and critical care nurses*.
- Ramírez Elizondo, N., Vílchez Barboza, V., & Muñoz Rojas, D. (2020). El cuidado como un proceso de interacción y anticipación humana. *Index de Enfermería*, 28(4), 194–198. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962019000300007&lng=es&nrm=iso
- Ramírez, P., & Müggenburg, C. (2015). Relaciones personales entre la enfermera y el paciente. *Enfermería Universitaria*, 12(3), 134–143. <https://doi.org/10.1016/j.reu.2015.07.004>
- LEY 1164 DE 2007, (2007).
- Rippon, T. J. (2000). Aggression and violence in health care professions. *Journal of*

- Advanced Nursing*, 31(2), 452–460. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2000.01284.x>
- Romero, G., Muñoz, H., Osorio, Y., & Robles, D. (2014). Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de un hospital de referencia Ibagué, Colombia, 2014. *Enfermería Global*, 41, 244–257.
- Salmon, G., & Morehead, A. (2019). Posttraumatic Stress Syndrome and Implications for Practice in Critical Care Nurses. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 31(4), 517–526. <https://doi.org/10.1016/j.cnc.2019.07.007>
- Santana, L. de L., Sarquis, L. M. M., & Miranda, F. M. D. A. (2020). Psychosocial risks and the health of health workers: reflections on Brazilian labor reform. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73 1(Suppl 1), e20190092. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0092>
- Sarsosa-Prowesk, K., & Charria-Ortiz, V. H. (2017). Estrés laboral en personal asistencial de cuatro instituciones de salud nivel III de Cali, Colombia. *Universidad y Salud*, 20(1), 44. <https://doi.org/10.22267/rus.182001.108>
- Sereno Torres, L. C., & Camelo Roa, S. M. (2020). Effect of adverse childhood experiences on resting electroencephalography: A systematic review. *Psychologia*, 14(2), 81–94. <https://doi.org/10.21500/19002386.4888>
- Sheffler, J. L., Piazza, J. R., Quinn, J. M., Sachs-Ericsson, N. J., & Stanley, I. H. (2019). Adverse childhood experiences and coping strategies: identifying pathways to resiliency in adulthood. *Anxiety, Stress and Coping*, 32(5), 594–609. <https://doi.org/10.1080/10615806.2019.1638699>
- Silva, M. . da, Medeiros, S. M. de, Sousa, Y. G. de, Araújo, M. S. de, & Silva, F. A. . dos. (2019). Relaciones interpersonales en el trabajo del equipo de enfermería. *Cultura de Los Cuidados*, 23(54), 38–47. <https://doi.org/10.14198/cuid.2019.54.05>
- Smith, M. C. (2011). Integrative review of research related to margaret newman's theory of health as expanding consciousness. *Nursing Science Quarterly*, 24(3), 256–272. <https://doi.org/10.1177/0894318411409421>
- Souza, S. B. C. de, Milioni, K. C., & Dornelles, T. M. (2018). Analysis of the complexity degree of care, stress and coping of nursing in a hospital in Rio Grande do Sul. *Texto e Contexto Enfermagem*, 27(4). <https://doi.org/10.1590/0104->

07072018004150017

- Teixeira, C., Gherardi-donato, E., Pereira, S., Cardoso, L., & Reisdorfer, E. (2016). Estrés laboral y estrategias de afrontamiento entre los profesionales de enfermería hospitalaria Estresse ocupacional e estratégias de enfrentamento entre profissionais de enfermagem em Occupational stress and coping strategies among nursing professionals. *Enfermeria Global*, 288–298.
- Thomson, P., & Jaque, S. V. (2019). History of childhood adversity and coping strategies: Positive flow and creative experiences. *Child Abuse and Neglect*, 90(December 2018), 185–192. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.12.019>
- Tobón Restrepo, L. J. (2022). Fatiga por compasión y autocuidado en profesionales de la salud. El campo del cuidado y la responsabilidad personal. *El Ágora USB*, 21(2), 726–747. <https://doi.org/10.21500/16578031.4792>
- Vahedian-Azimi, A., Hajiesmaeili, M., Kangasniemi, M., Fornés-Vives, J., Hunsucker, R. L., Rahimibashar, F., Pourhoseingholi, M. A., Farrokhvar, L., & Miller, A. C. (2019a). Effects of Stress on Critical Care Nurses: A National Cross-Sectional Study. *Journal of Intensive Care Medicine*, 34(4), 311–322. <https://doi.org/10.1177/0885066617696853>
- Vahedian-Azimi, A., Hajiesmaeili, M., Kangasniemi, M., Fornés-Vives, J., Hunsucker, R. L., Rahimibashar, F., Pourhoseingholi, M. A., Farrokhvar, L., & Miller, A. C. (2019b). Effects of Stress on Critical Care Nurses: A National Cross-Sectional Study. *Journal of Intensive Care Medicine*, 34(4), 311–322. <https://doi.org/10.1177/0885066617696853>
- Vallejos, M., & Cesoni, O. M. (2020). Child abuse, gender differences and their clinical and criminological implications in incarcerated individuals. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 49(4), 271–278. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2019.01.001>
- Vega-Arce, M., & Nuñez-Ulloa, G. (2017). Experiencias Adversas en la Infancia: Revisión de su impacto en niños de 0 a 5 años. *Enfermería Universitaria*, 14(2), 124–130. <https://doi.org/10.1016/j.reu.2017.02.004>
- Vega-Arce, Maribel, & Núñez-Ulloa, G. (2018). Experiencias Adversas en la Infancia: mapeo bibliométrico de la literatura científica en la Web of Science. *Revista Cubana de Información En Ciencias de La Salud*, 29(1), 25–40. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2307-

21132018000100003&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Villarroel, C., Busco R., C., Neira L., B., Ensignia E., A., & Durán V., P. (2018). Modelo de Intervención de Riesgos Psicosociales en la Red Asistencial de Salud. *Ciencia & Trabajo*, 20(62), 76–79. <https://doi.org/10.4067/s0718-24492018000200076>

Wan, Y., Chen, R., Wang, S., Clifford, A., Zhang, S., Orton, S., & FangbiaoTao. (2020). Associations of coping styles with nonsuicidal self-injury in adolescents: Do they vary with gender and adverse childhood experiences? *Child Abuse and Neglect*, 104(March). <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104470>

Zambrano Plata, G. E. (2009). Estresores en las unidades de cuidado intensivo. *Aquichán*, 6(1), 156–169. <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/89/183>