



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
CENTRO UNIVERSITARIO UAEM ATLACOMULCO
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA



**“REPERCUSIONES DE LA ANSIEDAD Y LAS ESTRATEGIAS
DESADAPTATIVAS EN EL BIENESTAR PSICOLÓGICO
POSTCOVID-19 DEL PERSONAL DE SALUD DE LA
JURISDICCIÓN SANITARIA DE ATLACOMULCO”**

T E S I S

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:
PAULINA ANDRADE SEGUNDO

NO. DE CUENTA:
1924245

ASESOR:
DR. ARTURO ENRIQUE OROZCO VARGAS

ATLACOMULCO, MÉXICO 2024

ÍNDICE

RESUMEN.....	1
ABSTRACT.....	2
INTRODUCCIÓN.....	4
MARCO TEÓRICO.....	7
CAPÍTULO I.....	7
ANSIEDAD.....	7
1.1 Definición de Ansiedad.....	7
1.2 Enfoques teóricos del concepto de Ansiedad.....	8
1.2.1 Enfoque psicofisiológico.....	8
1.9 Trastornos de Ansiedad.....	26
CAPÍTULO II.....	29
REGULACIÓN EMOCIONAL.....	29
2.1 Definición de Emoción.....	29
2.1.1 Definición de Regulación Emocional.....	30
2.2 Modelos de la Regulación Emocional.....	31
2.2.1 Modelo procesual de Regulación Emocional.....	31
2.2.2 Modelo de regulación emocional fundamentado en el procesamiento emocional.....	33
2.3 Desregulación Emocional.....	36
2.4 Estrategias Desadaptativas de Regulación Emocional.....	37
2.5 Clasificación de las Estrategias de Regulación Emocional.....	38
2.5.1 Rumiación.....	39
2.5.2 Catastrofización.....	39
2.5.3 Culpar a otros.....	39
2.5.4 Autoculparse.....	40
2.6 Regulación emocional en los trastornos de ansiedad.....	40
2.7 Regulación Emocional en el Personal de Salud.....	41
CAPÍTULO III.....	43
BIENESTAR PSICOLÓGICO.....	43
3.1 Definición del Bienestar Psicológico.....	43
3.2 Afecto Positivo, Afecto Negativo y Bienestar.....	44

3.3 Bienestar: Subjetivo y Psicológico.....	45
3.4 Modelos del Bienestar Psicológico	47
CAPÍTULO IV	53
COVID-19	53
4.1 COVID-19.....	53
4.2 COVID-19 en México	54
4.3 Los efectos sociales y personales por COVID-19.....	54
4.4 Repercusiones en el área médica por COVID-19	55
MÉTODO	56
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	56
HIPÓTESIS.....	61
TIPO DE ESTUDIO	61
VARIABLES	62
INSTRUMENTOS.....	63
POBLACIÓN.....	66
MUESTRA	66
DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	67
CAPTURA DE INFORMACIÓN	67
PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN.....	67
RESULTADOS	68
DISCUSIÓN.....	87
CONCLUSIÓN.....	90
SUGERENCIAS	92
REFERENCIAS	93

RESUMEN

El objetivo principal de esta investigación fue identificar la relación entre el bienestar psicológico, estrategias desadaptativas, ansiedad e impacto psicológico del coronavirus en el personal de salud de la Jurisdicción Sanitaria de Atlacomulco. Por ello se realizó un estudio correlacional con un diseño no experimental, utilizando una muestra no probabilística por conveniencia con un mínimo de 90 participantes, incluyéndose para la presente investigación 183 trabajadores de la Jurisdicción Sanitaria, entre ellos doctores y enfermeras.

Para la recogida de datos se utilizó la escala DASS (Depression, Anxiety, and Stress Scales 42 (DASS-42); Lovibond y Lovibond, 1995); En la medición de la variable Bienestar Psicológico se utilizó la Escala de Bienestar Psicológico (Ryff's Psychological Well-being Scale) diseñada por Ryff (1989). La versión en español que se empleará en esta investigación fue adaptada por Díaz et al. (2006). Para medir las estrategias de la variable regulación emocional se empleó el Cuestionario Cognitivo de Regulación Emocional (Cognitive Emotion Regulation Questionnaire [CERQ]) diseñado por Garnefski, Kraaij y Spinhoven (2001); finalmente, para identificar el impacto psicológico del coronavirus se utilizó el Cuestionario de Impacto Psicológico, desarrollado por Sandín et al., (2020).

De acuerdo con los resultados obtenidos, se identificó una relación estadísticamente significativa, entre las variables ansiedad y bienestar psicológico donde a mayor ansiedad menor bienestar psicológico, del mismo modo, se identificó una relación estadísticamente significativa entre las variables Ansiedad y Estrategias Desadaptativas, donde a mayor ansiedad, mayor uso de Estrategias Desadaptativas como medio de afrontamiento emocional, finalmente, se identificó una relación estadísticamente significativa entre Ansiedad y la dimensión distrés, lo que significa que a mayor distrés como resultado de la pandemia por COVID 19 se generó mayores niveles de ansiedad en el personal de la Jurisdicción Sanitaria de Atlacomulco.

De esta forma, a partir de los hallazgos encontrados se hacen algunas sugerencias para futuras investigaciones, como seguir haciendo investigaciones en torno al uso de estrategias desadaptativas como medio de afrontamiento, impacto y bienestar

psicológicos, así como realizar programas de salud mental dirigidos al personal de salud que les permitan tener herramientas para posibles eventualidades de la magnitud de una pandemia.

Palabras clave: Ansiedad, Estrategias Desadaptativas, Bienestar Psicológico, Impacto Psicológico de la pandemia por COVID-19.

ABSTRACT

The aim of this research was to investigate the correlation between psychological well-being, maladaptive strategies, anxiety, and the psychological impact of the coronavirus on health workers in the Sanitary Jurisdiction of Atlacomulco. For this purpose, a non-experimental correlational study was conducted with a non-probabilistic convenience sample of at least 90 participants, including 117 health workers, counting doctors and nurses.

Data was collected using the DASS scale (Depression, Anxiety, and Stress Scales 42; Lovibond and Lovibond, 1995). Psychological well-being was measured using Ryff's Psychological Well-being Scale (1989), adapted for this research by Díaz et al. (2006) in its Spanish version. The study employed the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ) by Garnefski et al. (2001) to measure emotional regulation strategies. Additionally, the psychological of COVID-19 pandemic was assessed using the questionnaire developed by Sandin et al. (2020).

The study found a statistically significant relationship between anxiety and psychological well-being, indicating that higher levels of anxiety are associated with lower levels of psychological well-being. In addition, the study showed a statistically significant relationship between anxiety and maladaptive coping strategies, suggesting that higher levels of anxiety are associated with greater use of maladaptive coping strategies. Finally, a statistically significant relationship was found between anxiety and the distress dimension. This means that higher levels of distress due to the COVID-19 pandemic are associated with higher levels of anxiety among personnel in the Atlacomulco Sanitary Jurisdiction.

Based on the findings, this study suggests further research on the use of maladaptive coping strategies, psychological impact and well-being, and mental programs for healthcare personnel to prepare for potential pandemics.

Keywords: Anxiety, maladaptive strategies, psychological well-being, psychological impact of COVID-19 pandemic.

INTRODUCCIÓN

El personal de salud es uno de los sectores más importantes de la sociedad, pues determinan el bienestar de una sociedad en su conjunto, brindan todas las herramientas necesarias para la atención inmediata de cualquier padecimiento que afecte la salud de las personas, por lo tanto, son la primera barrera ante crisis sanitarias. Por tal motivo, ante la reciente pandemia por COVID-19 el personal de salud se enfrentó al reto de priorizar la salud y la vida de los pacientes sobre la propia. Además de ello, experimentaron el miedo a contagiarse y la incertidumbre de no saber con exactitud cómo actuar ante una misma enfermedad ocasionando distintas reacciones en los pacientes lo que los obligaba a reprimir sus emociones de tal forma que solo se limitaban a hacer lo básico en atención primaria (Rodríguez et al., 2020).

Profesionales de la salud de todo tipo atendieron a pacientes afectados por la enfermedad. La rápida propagación del virus y la gravedad de los síntomas en las personas infectadas pusieron en un marcado límite a las estructuras de atención sanitaria. Aunando en lo anterior, la escasez de los materiales de atención inmediata como ventiladores, mascarillas, camas en las unidades de cuidados intensivos y el insuficiente personal a cargo, determinaron que se presentaran consecuencias adicionales a la enfermedad las cuales afectaron directamente al personal de salud (Lai et al., 2020).

Cabe destacar que las enfermedades relacionadas a la salud mental no están exentas en el personal de salud, por lo que antes de la pandemia se han recabado datos acerca de padecimientos como estrés, ansiedad y depresión en este sector de la población, ahora bien, si para la población en general el impacto a nivel emocional, psicológico y físico durante la pandemia por COVID-19 fue grave, ¿Qué habrá sido del personal de salud que estaba en contacto directo con pacientes afectados por la enfermedad, con muertes de colegas y de familiares? Las investigaciones que se fueron generando en los meses posteriores al brote y a la crisis sanitaria en curso identificaron que efectivamente, el personal de salud estaba enfrentando episodios de depresión, estrés, ansiedad y otros síntomas que

claramente se relacionaban con una afectación a su salud mental y bienestar psicológico.

La falta de profesionalismo no fue la principal causa de que no se pudiera atender y enfrentar la pandemia de la mejor forma, sino que el miedo y la preocupación del personal por no contagiarse determinaron que algunas de sus decisiones se concretaran en la renuncia a su trabajo como medida desesperada. La gran cantidad de casos desafortunados de decesos de los pacientes afectaron la vida y las emociones de enfermeras, doctores, camilleros y demás personal de salud a tal grado de generarles culpa, miedo y angustia.

La forma de hacerle frente a situaciones estresantes no siempre es la más sana, en crisis como una pandemia el uso adecuado de estrategias de regulación emocional se vio afectada por las diversas situaciones de casos reales donde más de un deceso se veía a diario. El personal de salud se vio en la necesidad de refugiarse en conductas inadecuadas como dejar de comer, fumar, tomar y al uso de estrategias como evitación emocional, pero al mismo tiempo rumiación emocional llegando a catastrofizar las situaciones en las que se encontraban. Poco a poco, al tiempo que iban disminuyendo los casos de contagio se fueron adoptando otras estrategias que permitirán estabilizar los niveles de malestar psicológico en el que se encontraba el personal de salud. Sin embargo, actualmente es de interés identificar cuáles son esas estrategias de afrontamiento emocional que permiten sobrellevar los estragos de una crisis sanitaria, si tienen relación alguna con el desarrollo de enfermedades como ansiedad y depresión y sobre todo si esto repercute directamente en el bienestar psicológico.

Aunque es posible que estas fuentes de ansiedad no afecten a todos, pueden debilitar la confianza de los profesionales de la salud en sí mismos y en el sistema de prestación de atención médica precisamente cuando su capacidad para mantener la calma y tranquilizar al público es más que necesaria. Reconocer las fuentes de ansiedad permite a los líderes y organizaciones de atención médica desarrollar enfoques específicos para abordar estas preocupaciones y brindar apoyo específico a su personal de atención médica (Shanafelt et al., 2020). De esta

forma, para el desarrollo de la presente investigación se ha estructurado de la siguiente manera. El primer apartado se presenta el marco teórico de las variables implicadas en el estudio, se plasman las definiciones, antecedentes históricos, autores representativos, modelos y enfoques teóricos. Lo anterior permite que las variables de interés sean identificadas y se pueda conocer los aspectos importantes de cada una de ellas, llevando a poder darle una explicación a los fenómenos estudiados.

En un segundo apartado, se encuentra el método de trabajo en donde se presentan los objetivos de la investigación, se plantea la problemática que el estudio aborda, además de describir a la población y muestras utilizadas en la investigación, los métodos de recolección de información y el procedimiento que se emplea para recabar la información.

Como parte final, son presentados los resultados obtenidos por medio de los instrumentos utilizados, donde se describen datos sociodemográficos y dimensiones que integran al bienestar psicológico, estrategias desadaptativas, impacto psicológico de la pandemia por COVID-19 y ansiedad; así mismo se integra un apartado para mostrar si existe relación entre las variables de estudio, dando pauta a la discusión en el que se analizan las correlaciones, brindando una explicación a los fenómenos identificados mediante esta investigación científica. Finalmente, se encuentran planteadas las conclusiones generadas y las sugerencias que surgen del trabajo de investigación.

MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO I ANSIEDAD

A continuación, se presentan las definiciones de las variables utilizadas para la presente investigación: Ansiedad, Bienestar Psicológico, Síntomas postCOVID-19 y Estrategias de Regulación Emocional, así como algunas de sus características, tipos y teorías que explican su manifestación y desarrollo.

1.1 Definición de Ansiedad

De acuerdo con Chacón et al. (2021) la Ansiedad es considerada un mecanismo de defensa de orden fisiológico que se presenta ante una posible amenaza. Suele generar algunas sensaciones desagradables tales como: preocupación, desabrimiento, intranquilidad e hiperventilación. Deja de ser un mecanismo de defensa para convertirse en una reacción patológica cuando la respuesta es incontrolable, persistente y se manifiesta sin la presencia directa del estímulo. Por lo tanto, la ansiedad es una respuesta biológica que poseen las personas, pero que, a su vez, se considera una emoción displacentera, manifestándose a través de una tensión emocional seguida de un conjunto de reacciones somáticas (Ayuso, 1988).

A su vez, Barlow (2002, p.104) define a la ansiedad como “una emoción orientada hacia el futuro, caracterizada por las percepciones de incontrolabilidad e impredecibilidad con respecto a sucesos potencialmente adversos y con un cambio rápido en la atención hacia el foco de acontecimientos potencialmente peligrosos o hacia la propia respuesta afectiva ante tales sucesos”. Lo que implica que el individuo actúa con impulsos desenfrenados ante situaciones que aún no suceden, manifestando pensamientos catastróficos o fatalistas.

Por su parte, Keegan (2007) explica que la ansiedad es un estado anímico, que se presenta principalmente con una preocupación extrema por el futuro y donde el

individuo se prepara para afrontar situaciones que percibe como negativas. Las manifestaciones más frecuentes son síntomas psíquicos, tales como la sensación de ahogo y peligro inminente, así mismo se presenta una reacción de sobresalto llevando al individuo a la urgente necesidad de buscar soluciones que logren afrontar la amenaza o el fenómeno que es percibido con mayor nitidez (López, 1969).

De acuerdo con el trabajo de Spielberger (1972), es necesario identificar cuando la ansiedad se presenta como un estado complejo o cuando es un rasgo de la personalidad; la ansiedad no es un todo unitario, es un proceso de hechos cognitivos, afectivos y conductuales. De esta forma, cuando los estímulos son percibidos como peligrosos a nivel cognitivo, se intensifica el nivel de ansiedad-estado. Asimismo, existen diferencias individuales estables que permiten interpretar de forma diferente las situaciones que pueden elevar los niveles de ansiedad-estado, conociéndose éstas como ansiedad-rasgo.

La definición utilizada para el presente trabajo de investigación es la propuesta por Lovinbond y Lovinbond, (1995), quienes definen a la ansiedad como el resultado de anticipar eventos que se perciben catastróficamente y del miedo exagerado ante una amenaza irreal. Por lo tanto, la ansiedad se produce cuando el individuo se enfrenta a exigencias que determinan su valor y validación y ante la posibilidad de fracaso se activa instintivamente una respuesta de miedo.

1.2 Enfoques teóricos del concepto de Ansiedad

Para explicar el concepto de ansiedad se presentan algunos enfoques que han abordado este constructo y han permitido limitar y evolucionar su concepto. Sin embargo, para la presente investigación se ocupará el modelo teórico conductual, desde los aportes de Watson con el modelo tripartito.

1.2.1 Enfoque psicofisiológico

Para este enfoque, la explicación de la conducta se da a partir de la identificación de los procesos psicológicos que se presentan, así como del registro y análisis de sus respuestas a nivel fisiológico. Este enfoque fue un precursor en la formulación de modelos científicos sobre las emociones y aunque no utilizó como tal el término

ansiedad, fundamentó los posteriores estudios en torno a la búsqueda de su definición y abordaje.

Siguiendo esta idea, James y Lange (1884), en sus aportaciones mostraron interés por el sistema nervioso vegetativo y sistema nervioso voluntario, por lo que sus postulados se enfocaron en referenciar que las respuestas emocionales tenían una estrecha relación con algunas funciones y cambios fisiológicos. De esta forma, formularon la teoría periférica de las emociones, estableciendo que, ante estímulos y experiencias, el sistema nervioso autónomo emite respuestas fisiológicas y a partir de las cuales las emociones se producen. Por lo que, las emociones no significaban ser el antecedente sino más bien, el resultado de los cambios físicos.

La reacción emocional es el conjunto de cambios corporales, motores y fisiológicos que se presentan ante un estímulo. La impresión que se tiene de las reacciones emocionales que se generan se le denomina *experiencia emocional*. Finalmente, los autores precisaron que cada emoción contaba con un patrón diferencial motor y visceral, y que por lo tanto cada persona contaba con características únicas de expresión emocional a lo que se denominó *especificidad individual*. Por otro lado, otros interesados en el campo hicieron sus aportaciones siguiendo la línea de investigación de James; sin embargo, algunas de estas aportaciones se centraron en la experiencia emocional destacando los aspectos viscerales-automáticos (James y Lange, 1885).

Para Cannon (1931), la emoción no era un fenómeno del sistema nervioso periférico, más bien, era principalmente un evento perteneciente al sistema nervioso central. Su trabajo de investigación trató de desempatar los procesos neurológicos causantes de las respuestas y experiencias emocionales que van acompañadas de un conjunto de síntomas fisiológicos que le permiten al individuo a nivel general, mantener activado y preparado su organismo para actuar en distintas situaciones en las que se encuentre involucrado, de tal manera que pueda mantenerse libre de peligro priorizando su vida.

La teoría de este Cannon (1931) fue un precedente para indagar en el aspecto neurológico, pues desde la explicación neurológica se identificaron

mecanismos centrados en el desarrollo. De esta forma, fue el pionero en intentar explicar que las respuestas que el individuo emitía no tenían relación alguna con su experiencia emocional (Garrido, 2000). Estudios posteriores abordados por los neurólogos Papez (1937), y posteriormente por MacLean (1993), identificaron finalmente que el sistema relacionado con el aspecto emocional era el sistema límbico, pues se identificó su participación en la expresión y experiencia emocional.

1.2.2 Enfoque psicodinámico

La investigación y el estudio de la ansiedad, mediante el uso del método introspectivo, partió desde el análisis de las causas internas, donde intervienen pensamientos automáticos, supuestos subyacentes y creencias nucleares que convergen en una visión negativa del mundo, generando emociones negativas y conductas desadaptativas (Camacho et al., 2015). En esta lógica, Freud (1894), en la fundamentación de la teoría psicoanalítica le dio un lugar central formulando tres teorías referentes a la ansiedad.

La primera formulación fue denominado modelo económico, el cual explicaba que la ansiedad era un conjunto de síntomas de carácter físico y que finalmente la tensión que estos acumularan buscaría una vía de desemboque que se daría principalmente por las funciones del sistema periférico central y no por la existencia de causas que estuvieran generando los acontecimientos psíquicos presentados. Posteriormente (Freud, 1917) en su segundo postulado, explicó que la excitación acumulada se origina frecuentemente por acciones reprimidas ante impulsos inaceptables que intentaban alcanzar una representación consciente. Más adelante, en la tercera formulación, Freud (1926) hizo un planteamiento inverso de su modelo, exponiendo que el proceso de represión no era la causa, sino la consecuencia de la ansiedad. Por lo que, ante esto, se refiere a la ansiedad como una respuesta interna originada a partir de experiencias traumáticas de los primeros años de vida y que en el presente se manifiesta como un aviso ante el peligro.

De acuerdo con lo anterior, resaltó la diferencia entre ansiedad señal y ansiedad automática, siendo este resultado del estado de desamparo psíquico del lactante. Con respecto a la ansiedad automática, desde el aporte de Freud, invade a la

estructura psíquica paralizando al yo ante un cúmulo de tensión que no podía manejar; por otra parte, la ansiedad señal es la reacción (respuesta) previa del yo, frente a una situación amenazante de un acontecimiento traumático que ponía en marcha los mecanismos defensivos.

Así mismo, Freud, (1926) ajustó el modelo a la reciente formulada teoría estructural haciendo la diferenciación de tres tipos de ansiedad: real, neurótica y moral. En cuanto a la ansiedad real se generaba de la interacción del yo con el mundo externo, como signo de alerta ante un peligro o una amenaza real, aunque esta no se encontrara ubicada al alcance del sujeto; respecto a la ansiedad neurótica, se producía en el momento en el que el yo era amenazado por los instintos del ello; por su parte la ansiedad moral se hacía presente ante la presión del superyó ante el desafío de que el yo perdiera el control frente a los impulsos. Concluyendo la aportación de Freud, se amplió la conceptualización de la ansiedad, denominándola ansiedad subjetiva que era el momento en que los impulsos no deseados o prohibidos irrumpían en el yo y por razones de moralidad este no es capaz de ceder a estos, lo que provoca a largo tiempo problemáticas emocionales (Freud, 1933).

Otros aportes relacionados a los postulados previos de Freud profundizaron en la ansiedad como origen de diversos padecimientos psicopatológicos, esto representó un avance fuera del trabajo de las neurosis que en ese momento se estudiaban. En el aporte de Klein (1932), se identificó que la ansiedad es una característica propia del ser humano como forma de expresarse, desde el nacimiento. Es una reacción del yo frente al miedo a la aniquilación y a la muerte. Centró a la ansiedad como respuestas predominantes y podía ser de un tipo específico: paranoide o depresiva. Primeramente, la respuesta paranoide implicaba que el individuo proyectara el temor de muerte en lo externo, así mismo el miedo al exterminio del objeto ideal y del yo. La segunda respuesta representaba la explicación de la posibilidad de la aniquilación del objeto amado mediante la agresión propia, de esta forma ante la identificación del objeto el yo experimentaría amenaza. Así mismo, ambas ansiedades conviven en el funcionamiento mental del niño y posteriormente del adulto (Klein, 1946).

1.2.3 Enfoque Experimental Motivacional

Surge como alternativa al método psicodinámico e introspectivo. Su principal línea de investigación fue la conducta observable y las relaciones que se generan en el contexto, las cuales implican procesos relacionados al aprendizaje (Watson, 1976). Este modelo aplicó el método de la experimentación para anunciar, exponer y modificar las conductas que el individuo expresa en situaciones específicas o bien, conductas que se han normalizado, pero que generan malestar en el propio individuo y en su contexto (Chertok, 1995).

De acuerdo con Watson (1919), la emoción constituye un patrón de predisposiciones hereditarias y modificaciones fisiológicas del sistema glandular y visceral. A pesar de que no negó la existencia de elementos internos, como pensamientos y emociones especificó que estos no eran la causalidad de las conductas emitidas. Bajo este enfoque, una conducta privada era entendida como el conjunto de pensamientos, emociones, ideas y afectos que solo se sabía de ellos si eran expresados verbalmente por la persona, o bien, eran observables en la conducta expresada. De esta forma, la ansiedad es una respuesta emocional momentánea que es evaluada en función al estímulo que se presenta y a la consecuencia generada, así mismo, por la frecuencia y duración de dicha respuesta emocional.

Por su parte, Skinner (1969) indicó que la conducta estaba ajustada a las inmediatas consecuencias emitidas por reforzadores positivos o negativos. De lo cual, los reforzadores positivos incrementaban la probabilidad de que en un futuro ocurriera nuevamente la conducta; mientras que los reforzadores negativos evitaban que un evento aversivo se presentara, así mismo se producía una nueva conducta cuya principal intención era controlar la respuesta desagradable. Por lo tanto, este sistema permitió comprender que la ansiedad es una respuesta emocional que era fortalecida de forma negativa por conductas aversivas orientadas principalmente a prevenir y controlar las respuestas del individuo (Skinner, 1977).

Otros aportes como la de Seligman (1971) explicaron los mecanismos que intervenían en la ansiedad, con esta perspectiva, desarrolló la teoría de la

preparación y permitió fundamentar la razón por la que algunos estímulos podían ser condicionados en menos tiempo a comparación de otros, así mismo, anuló la idea de que absolutamente todos los estímulos del ambiente tenían el mismo potencial para ser condicionados, por lo que propuso que una base filogenética predeterminaba las respuestas a ciertos estímulos, esto fue denominado como respuestas incondicionadas. Por su parte, Wolpe (1968) estudió los mecanismos que se involucraban en la asociación de las fobias, postulando el principio de inhibición recíproca que dictaba que, si un estímulo que generaba niveles bajos de ansiedad se hacía presente al mismo tiempo que una respuesta contraria a la ansiedad y esta era intensamente más fuerte, el estímulo ansiógeno quedaría anulado.

Finalmente, los aportes de Bandura y Walters (1974) brindaron la posibilidad de identificar los componentes implicados en el aprendizaje de fobias mientras estas no se encontraban reforzadas. Postularon las bases del procedimiento de modelado, en donde el sujeto que fungía como modelo actúa como un estímulo para propiciar respuestas, actitudes o pensamientos semejantes es otros individuos que observan las conductas del modelo.

1.2.4 Enfoque Psicométrico Factorial

La importancia de este enfoque se fundamenta en la propuesta psicométrica, para abordar la ansiedad se ha propuesto un modelo teórico global donde se establecen relaciones predominantes entre diversas variables, generalmente relacionadas con la personalidad (De Ansorena et al., 1983). Cattell (1958) fue el primero que en sus estudios trató de aislar y medir la ansiedad como constructo, utilizando medidas psicométricas, así como la técnica de análisis factorial. De esta forma, identificó y sintetizó las distintas combinaciones de las dependencias de las variables entre sí que eran nombradas (experimental y teóricamente) como elementos de la ansiedad. Estos aportes plantearon que la ansiedad era un elemento más o menos de la personalidad, por lo que se determinó la existencia de dos componentes que marcaban su diferencia e independencia en la ansiedad: ansiedad rasgo y ansiedad estado. Este modelo aportó innovadoramente la presencia de una ansiedad que se

mantiene permanente al paso del tiempo y que, por lo tanto, se constituyó un elemento de la personalidad del individuo.

La conceptualización del rasgo de ansiedad se ha determinado tomando en cuenta aquellas diferencias individuales tentativamente invariables para darle otro significado a una vasta categoría de situaciones aparentemente peligrosas, permitiendo responder a ellas con altos niveles de ansiedad estado. De esta forma, la intensidad y la duración de los estados de ansiedad dependían de tres elementos: los mecanismos cognitivos mediacionales, la experiencia recabada en situaciones similares y la persistencia de la estimulación (Spielberger, 1972).

1.2.5 Enfoque Cognitivo Conductual

Estos aportes se centraron en investigar las implicaciones que tenían en el desarrollo y sostenimiento de la ansiedad las variables cognitivas. De esta manera, los trabajos de investigación estuvieron centrados en identificar aquellos procesos de orden cognitivo que tenían la función de realizar una medición entre estímulos que se consideraban aversivos y la respuesta ansiosa que el sujeto expresaba. Esto logró que se complejizara y al mismo tiempo mejorara el modelo que previamente la teoría de aspecto conductual ya había propuesto: *estímulo-respuesta*. Por lo tanto, para comprender esta relación entre ansiedad y cognición se abordó de dos distintas formas: 1) Se analizó la forma en que las dimensiones cognitivas eran capaces de generar y prolongar una reacción ansiosa. 2) Se examinó el hecho de que los estadios de ansiedad eran capaces de modificar las dimensiones cognitivas, inclusive si estas se encontraban involucradas en las reacciones emitidas por el individuo (Cano Vindel, 1989).

La teoría del aprendizaje social explicó que las acciones estaban determinadas por las expectativas de las personas; se distinguen las expectativas de autoeficacia y las expectativas de resultado. En primer lugar, las expectativas de autoeficacia hacen referencia a todas las creencias sobre la capacidad propia para ejecutar ciertas acciones de forma exitosa; en segundo lugar, las expectativas de resultado tienen que ver con las estimaciones hacia el resultado que podían generar ciertas conductas (Bandura, 1974). Partiendo de la información resultante se realiza

nuevamente una reevaluación del individuo y del entorno, esto permitía aumentar o eliminar la valoración anterior. Por lo tanto, la ansiedad era entendida como un estado de subjetividad resultado de evaluación y reevaluación de estímulos externos e internos, lo cual como resultado establecía el tipo, duración, intensidad y persistencia de cualquier experiencia emocional (Bandura, 1977).

Otros postulados que fundamentaron la explicación entre la relación de la ansiedad y el aspecto emocional-cognitivo resaltaron que una manifestación conductual y emocional de un individuo ante un evento desencadenante era explicada por la valoración cognitiva del evento, así como de las conductas necesarias para identificar los efectos y los recursos para hacerle frente a estas situaciones (Lazarus y Folkman, 1984).

La ansiedad de acuerdo con Clark y Beck (1999) abarcaba aspectos de orden físico, biológico, respuestas emocionales, factores afectivos, respuestas cognitivas y conductuales. Estas eran reconocibles cuando se presentaban situaciones que para el individuo eran impredecibles o imprevistas, actuando de tal forma que le permitieran mantenerse seguro y libre del peligro; o bien, actúan como elementos que previenen o anticipan la conducta ante las situaciones ya descritas. Además, aportaron que la respuesta que implicaba un estado de ansiedad estaba acompañada del análisis llevado a cabo por dos procesos de la forma en que se procesaba la información recopilada: Por un lado, se describe una evaluación primaria del evento percibido como amenaza, de esta forma se evalúa de forma automática, eficiente y velozmente el nivel de dicha amenaza del estímulo presentado; por ejemplo, en las perturbaciones de ansiedad, la valoración, severidad y estimación sobre la probabilidad del posible daño son exageradas. Por otro lado, la reevaluación secundaria necesita de un proceso de la información estratificado, elaborado y controlado (Clark y Beck, 2012).

1.3 Modelos psicopatológicos cognitivo conductual

Distintos estudios han comprobado que las terapias de corte cognitivo conductual tienen mejores resultados en su aplicación abordando y otorgando tratamiento a los síntomas patológicos de ansiedad (National Institute for Health and Care

Excellence, 2011). Por ejemplo, en una investigación de análisis sobre los tratamientos para trastornos de ansiedad abordados desde el enfoque de TCC, Cuijpers et al. (2014) hallaron que, en promedio, la mitad de los participantes (pacientes) presentan resultados positivos. La información obtenida justificó el desarrollo de modelos de intervención como necesidad de beneficiar a personas afectadas por la ansiedad patológica, aunque se basaron fundamentalmente en el Trastorno Generalizado de Ansiedad (TAG).

De esta manera, los modelos propuestos en los últimos 10 años abordados por Clark y Beck (2010) y Newman y Llera (2011) dispusieron siete modelos para el abordaje de TAG desde la Terapia Cognitivo Conductual. Todo esto se inicia del modelo de Borkovec (1994) y posteriormente por Brown et al. (1993) quienes aportaron evidencia que fundamentaba que la preocupación hacia las experiencias que se producían cotidianamente era el principal proceso involucrado en el desarrollo de la ansiedad patológica.

1.3.1 Modelo de la preocupación como evitación y el Trastorno de Ansiedad Generalizada

Argumentado por Borkovec (1994), basada en el supuesto teórico del miedo bifactorial desarrollada por Mowrer (1974) y reforzada por el modelo teórico del procesamiento de la emoción de Foa y Kozak (1986); define la preocupación como una secuencia de imágenes y pensamientos saturados de consecuencias negativas e incontrolables. En un primer momento, fue considerado como un proceso cuya principal finalidad era intentar resolver un problema a partir de procesos mentales, cuyo resultado era impredecible y posiblemente negativo; como segundo momento, la preocupación era una manifestación lingüística, cuya principal finalidad era evitar la presencia de imágenes vívidas y se reforzaba negativamente al prevenir la activación emocional y somática negativa. Es decir, la abstención de la experiencia emocional y somática no permite el adecuado manejo de la emoción ni la presentación de todas las señales del miedo y su interpretación, necesarias para obtener un exitoso aprendizaje y la extinción pronta y adecuada de esta (Foa et al., 2006)

De acuerdo con este enfoque, Borkovec et al. (2004) bosquejaron un tratamiento principalmente para abordar TAG fundado en los siguientes elementos: 1) técnicas de control de acontecimientos externos y de conductas fisiológicas o disfuncionales; 2) estrategias de relajación; 3) desensibilización sistematizada con el objetivo de conseguir un adecuado afrontamiento antes diversas situaciones; 4) manejo controlado de estímulos; 5) reestructuración de pensamientos orientada a incrementar pensamientos flexibles para ser modificados; 6) continuo registro de las preocupaciones presentadas durante el día, con la finalidad de identificar su impacto en la conducta; 7) centrar la atención en los acontecimientos presentes; 8) independencia de las expectativas.

1.3.2 El modelo de regulación desadaptativa de la emoción

Linehan (1993) propone un modelo basado en la Desregulación de la Emoción (MDE). De acuerdo con este modelo, los individuos que sufren de trastornos de ansiedad y TAG evidencian déficits importantes en modular la expresión y experiencia emocional, terminan aplicando estrategias desadaptativas para manejar las emociones, por ejemplo, preocupación, la cual, al contrario de funcionar como moduladora, declina los estados emocionales. Las personas afectadas con estos malestares y al experimentar estrategias desadaptativas son conducidas a la urgente necesidad de controlarlas, principalmente por las dificultades al comprender las emociones y su ineficacia al regularlas (Mennin et al., 2005).

La propuesta de tratamiento del MDE está dirigido a la ejecución de intervenciones orientadas a la apertura, la aceptación, la exposición y la comprensión de las emociones (Heimberg et al., 2004). De tal forma que, el objetivo principal es evitar utilizar la preocupación como recurso para afrontar las emociones experimentadas, además permite que el individuo pueda contar con recursos de afrontamiento adaptativos que no solo le permitan afrontar sus emociones, sino que mejore su capacidad de toma de decisiones lo que implicará mejorar su calidad de vida y contar con relaciones interpersonales más estables. Por lo tanto, el MDE utiliza elementos componentes tradicionales de la TCC donde la aplicación de sus intervenciones está dirigida a la regulación y la evitación emocional.

1.4 Etiología de la Ansiedad

Entendiendo que la ansiedad es una característica biológica de los individuos y que se manifiesta como ansiedad-rasgo y que determina el grado de la ansiedad-estado, resulta necesario abordar su etiología como un padecimiento patológico; es decir, cuando las respuestas emitidas se vuelven exageradas (Chacón et al., 2021). De esta forma, se presenta una etiología compleja, se identifica el factor genético y factores estresantes debido a acontecimientos de la vida. Por otro lado, los aportes de las investigaciones de orden farmacológico han establecido que algunos trastornos de ansiedad tienen su génesis en elementos y procesos bioquímicos específicos, con una concreta fisiopatología (Galletero et al., 1989).

En línea con lo anterior los trastornos de la ansiedad conforman un complejo modelo, determinado por la interacción de elementos sociales, de aprendizaje, traumáticos, psicodinámicos y biológicos. Dentro de estas causas multifactoriales se desarrollan entonces factores de riesgo y factores protectores que intervienen en la manifestación de los síntomas patológicos (Sommers et al., 2006). Específicamente, desde la neurobiología, algunas estructuras del tallo cerebral están involucradas en el desarrollo de la ansiedad. Así mismo, el neurotransmisor GABA es importante por su capacidad de inhibición emocional, funcionando en ocasiones como ansiolítico, pero otras como el causante de provocar angustia.

A continuación, se describen los factores etiológicos involucrados en el desarrollo de la ansiedad.

1.4.1 Factores biológicos

Para que los problemas que se relacionan a una ansiedad patológica se desarrollen en un individuo, este debe tener una predisposición de vulnerabilidad genética. Dentro de los aspectos genéticos, se encuentran los heredados por los progenitores ansiosos o con problemas de depresión, alcoholismo y sobre todo con fobia social, trastorno obsesivo compulsivo o con un trastorno de pánico (Dueñas- Amaya, 2019).

Referente al funcionamiento cerebral, las estructuras que determinan las reacciones ansiosas en un individuo son la amígdala y la corteza prefrontal que se presentan hiper vigilantes y responden inmediatamente a mayor cantidad de estímulos que se

considera amenazantes. Referente a las diferencias entre género, Arenas y Puigcerver, (2009) comprueban en su investigación que, aunque hay factores biológicos que determinan que las mujeres son más susceptibles a presentar problemáticas relacionadas con la ansiedad y las somatizaciones, la verdad es que en más de una prueba del experimento resultó que los hombres presentaban más ansiedad que las mujeres.

Así mismo, Rask et al., (2018), relacionan el desarrollo de la ansiedad en el individuo con el temperamento de este, un temperamento más equilibrado predispondrá actitudes positivas ante situaciones estresantes, facilitando una adecuada regulación emocional.

1.4.2 Factores psicosociales

Los estresores psicosociales tienen el rol de causantes, agravantes o determinantes en el padecimiento de la ansiedad. Por ejemplo, problemas académicos, interpersonales, laborales necesidades económicas y sociales son algunas de las situaciones causantes de trastornos de ansiedad. Así mismo, los factores psicológicos que pueden ser clave para que se desarrolle la ansiedad tienen que ver con la autoestima, esquemas cognitivos inadecuados, baja capacidad de resiliencia, habilidades sociales e incluso el nivel de expectativas del individuo (Espinosa et al.,2015).

1.4.3 Factores ambientales

Los factores ambientales son aquellos acontecimientos que provocan en el individuo enfrentar situaciones traumáticas fuera del rango que implica la experiencia humana normal, las consecuencias se relacionan con daños cerebrales serios asociados directamente a síntomas graves de ansiedad. Es notable la asociación entre los esquemas desadaptativos que se generan con situaciones traumáticas a edad temprana y la ansiedad, siendo los esquemas más presentados los de vulnerabilidad a catástrofes (Aguilar et al., 2019).

1.5 Neurofisiología de la Ansiedad

La ansiedad se presenta con respuestas fisiológicas, conductuales y cognitivas; la neurobiología de estas respuestas tiene que ver con algunas funciones del cerebro. De esta forma, la neurobiología refiere que se presenta una anatomía emocional,

en donde regiones cerebrales están implicadas en su experimentación, así mismo, en este proceso se involucran sustancias neuroquímicas que regulan las respuestas emocionales, afectivas y cognoscitivas (Ildefonso, 2017).

En este sentido, las investigaciones con animales han permitido generar una idea acerca de estas estructuras, funciones y sustancias cerebrales que se involucran en las respuestas ante situaciones que se presentan, así bien en las investigaciones de Sanders y Shekhar, (1995) se encontró que el neurotransmisor GABA se presenta en la abstención de las respuestas de ansiedad en la región de la amígdala basolateral anterior. Lo que quiere decir que no existe una sola estructura cerebral que regule o inhiba las respuestas de ansiedad. Por ejemplo, la amígdala y el hipocampo (estructuras pertenecientes al sistema límbico) están involucradas en la inhibición de reacciones ansiosas y de la misma forma lo están los núcleos del Rafé, (locus ceruleus) relacionados con el desarrollo y transmisión de la angustia

El sistema nervioso está constituido por una parte central y una periférica (Pérez de la Mora, 2003). El sistema nervioso central se encuentra dentro del cráneo y del canal que se ubica dentro de la columna vertebral, el sistema nervioso periférico se encuentra fuera del cráneo y de la médula espinal, es el encargado de hacer llegar a los músculos todas las instrucciones que se procesan en el sistema nervioso central para que se pueda transmitir esa información. Dentro del sistema nervioso central las células nerviosas (neuronas) se comunican entre sí mediante una sinapsis, en esta comunicación los impulsos nerviosos son transmitidos de una neurona a otra por medio de neurotransmisores, por lo tanto, estos neurotransmisores son producidos en la neurona que origina el mensaje o impulso y actúan los receptores localizados en la neurona receptora. Cuando ocurre esta comunicación, si el neurotransmisor encargado a excitado a la neurona receptora, entonces es un neurotransmisor excitador. De forma contraria, si el neurotransmisor ha inhibido la actividad de la neurona implicada, entonces se le denomina inhibidor (Pérez de la Mora, 2003).

Funcionalmente y siguiendo la misma línea de Pérez de la Mora (2003) el sistema nervioso central recoge información de lo que acontece dentro y fuera del organismo

por medio del sistema nervioso periférico y por los sentidos, procesa esa información de tal modo que pueda crear las distintas respuestas a nivel fisiológico que se presentan por modificaciones en los niveles de la presión arterial o en la frecuencia cardíaca, y por las manifestaciones conductuales distintas que se presentan, como las que se denominan algunos síntomas de ansiedad y que permiten al individuo adecuarse a las circunstancias situacionales de su entorno. De esta manera, las células nerviosas del cerebro, mediante sus conexiones, integran redes neuronales conectadas por neuronas de una misma región o de distintas regiones del organismo.

1.5.1 Amígdala

Esta estructura localizada en el lóbulo temporal funciona como regulador a situaciones externas e internas y propicia respuestas conductuales y viscerales de alarma. Se relaciona su función con receptores noradrenérgicos, benzodiazepínicos y 5HT-1A siendo estos mediadores.

1.5.2 Locus Ceruleus

Se localiza el puente cerca del cuarto ventrículo, es el principal núcleo porque contiene norepinefrina en el cerebro. Es el receptor de información proveniente del medio interno y externo, se convierte en un centro vital de respuesta ante cambios en estos medios. Se considera un centro de alerta para que los individuos puedan sobrevivir porque su activación se asocia a estímulos sensoriales nocivos y por amenaza, a la reducción de la presión sanguínea y del volumen sanguíneo, cambios de la termorregulación, hipercapnia, hipoglicemia, distensión de vejiga, estómago y colon (Goddard y Charney, 1997).

1.5.3 Tálamo

Localizado en el centro del diencefalo esta estructura funciona como una estación de relevo canalizando los estímulos ambientales a toda la corteza. Cuando se presentan situaciones de peligro es el encargado de retransmitir las señales sensoriales hacia la amígdala y cuando se lesiona no se presenta reacción de miedo esperada ante estímulos acústicos.

1.5.4 Hipotálamo

Está involucrado en la activación simpática y de la liberación neuroendocrina y neuropéptica. Los núcleos paraventriculares y supraópticos liberan al factor liberador de corticotropina, vasopresina y oxitocina inducida por el estrés.

1.5.5 Sustancia Gris Periacueductal

Parece estar ligada a la respuesta al miedo. Un peligro inminente es transmitido desde la amígdala, desarrollando un comportamiento defensivo a través de la sustancia gris periacueductal lateral; mientras que un peligro menor provoca un comportamiento de “congelamiento” por la vía de la sustancia gris periacueductal ventrolateral (Goddard y Charney, 1997).

1.5.6 Hipocampo

El sistema hipocampal tiene conexiones con estructuras límbicas y áreas sensoriales corticales. El hipocampo tiene a su cargo la interpretación del potencial amenazante, relacionándolo con experiencias pasadas. De su evaluación puede ocurrir que se active la cascada de la ansiedad o que esto no ocurra.

1.5.7 Corteza Orbitofrontal

Esta estructura con la recepción de información sensorial y con sus ricas interacciones recíprocas con las estructuras límbicas juega un papel importante en la interpretación de los eventos emocionalmente significativos, seleccionando y planeando el comportamiento de respuesta ante una amenaza, además de monitorear la efectividad de esas respuestas (Goddard y Charney, 1997).

1.6 Componentes de la Ansiedad

La ansiedad se presenta mediante tres componentes: motor-conductual, cognitivo y fisiológico. El componente motor-conductual les permite a los individuos realizar conductas que los alejen del peligro, estas acciones pueden ser: evitar lugares conglomerados, restringirse al salir de sus hogares o simplemente si salen o se exponen, lo hacen acompañados (Escribano y Soler, 2013).

Por su parte el componente cognitivo tiene que ver con pensamiento e imágenes que se producen automáticamente y son asignados a un alto grado de veracidad por parte de la persona, por ejemplo, en cierta situación pueden aparecer

pensamientos de muerte inminente, pérdida de control o estar en un episodio de locura (Escribano y Soler, 2013).

Finalmente, el componente fisiológico se presenta con sensaciones internas de orden físico que pueden ser: taquicardia, sequedad de boca, tensión muscular y sudoración intensa, entre otras manifestaciones; estos componentes mantienen una correlación muy significativa, por lo que, ante una situación en donde el individuo la perciba como peligrosa aparecerán los componentes de forma que permitan reaccionar ante la situación vivenciada (Escribano y Soler, 2013).

1.7 Etapas de la Ansiedad

Las etapas de la ansiedad son descritas por Ellis (2000) desde la Teoría Racional Emotiva Conductual en el esquema de ABCD, en donde en la etapa A (conocida como adversidad) es el activador que genera principalmente pensamientos negativos en la persona, es decir, son situaciones que por lo general no están en las manos del individuo, pero que los pensamientos (creencias) y emociones que desencadenan serán los mecanismos que le permitirán actuar en las etapas consecuentes.

Ahora bien, el autor describe la segunda etapa (B) como la base de nuestro razonamiento, lo que implica que ante una adversidad (A) se generan emociones negativas sanas que ayudan a reaccionar ante la situación lo que significa que son emociones sanas y útiles. Sin embargo, si en esa etapa se opta por desarrollar creencias negativas malsanas no permitirán que los procesos de afrontamiento se desarrollen con efectividad; por lo tanto, si estas emociones son intensas y generan preocupaciones y obsesiones exageradas impedirán resolver el problema con claridad y pertinencia.

De lo anteriormente descrito, se desencadena la tercera etapa (C) que es la consecuencia de las acciones que emprende el individuo en las etapas anteriores, es decir que si ante la adversidad se generan creencias irreales la consecuencia será el desarrollo de síntomas físicos y emocionales que pueden ser positivos o negativos. Bajo este sentido no es absoluto que A desencadene C, más bien

dependerá de B que son las creencias racionales e irracionales que determinarán la consecuencia que se genere.

Finalmente, en la última etapa (D), Ellis (2000), expone la necesidad de disputar las creencias irracionales que estén provocando en el individuo consecuencias negativas. Uno de los métodos más utilizados en esta etapa es el método empírico o realista, en donde se expone que las creencias irracionales son infructuosas de la realidad social, por lo que, ante la idea irracional que se esté presentando al disputarla con la realidad, los hechos permitirán encontrar la respuesta o el acontecimiento real con evidencia empírica. Ejecutar con asertividad esta última etapa podrá disminuir los síntomas de ansiedad que el paciente esté experimentando.

1.8 Manifestaciones de la Ansiedad

Las manifestaciones cognitivas frente a la ansiedad pueden presentarse desde una preocupación en un nivel leve hasta alcanzar niveles altos llegando al pánico (Álzate, 2013). Cuando la ansiedad se manifiesta en forma grave, puede llevar al individuo que la presenta a una convicción catastrófica, en donde uno de estos pensamientos se relaciona con la muerte o el fin del mundo, así como la preocupación excesiva ante peligros no reales o desconocidos, e incluso el miedo patológico a no tener el control de sus propias funciones corporales. Las personas que presentan este padecimiento mantienen la tendencia de los pensamientos evocadores de ansiedad que tienen que ver con preocupaciones financieras, infortunios, rechazo, desenvolvimiento social, desempeño académico, entre otras preocupaciones que se mantienen en su día a día.

Así mismo, las manifestaciones conductuales tienen que ver con evadir los acontecimientos que las provocan. Entre los cambios somáticos que se presentan se encuentran las palpitaciones cardíacas, aceleración de la presión, aceleración de la presión cardíaca, así como la respiración entre cortada, resequedad, disnea, entre otros padecimientos. Es importante especificar que las personas que viven con ansiedad (ansiedad patológica) no necesariamente pierden el contacto de la realidad, generalmente mantienen un continuo en sus actividades cotidianas; sin

embargo, identifican que algunas conductas ilógicas y destructivas son incapaces de controlar (Álzate, 2013).

Como se ha expuesto, la ansiedad es una emoción común; sin embargo, cuando se vuelve patológica lleva a la persona que la padece a mantenerse preocupada por un tiempo prolongado y a pesar de que sus temores y preocupaciones son en vano la llevan a realizar conductas estereotipadas provocando alteraciones en sus relaciones interpersonales. A pesar de conocer los indicadores principales de este padecimiento, una gran cantidad de la población desconoce que el estrés y confusión constante que padecen pueden ser signo de estar presentando ansiedad patológica.

1.8.1 Principales indicadores de la patología

Las características de la ansiedad como patología se presentan a nivel cognitivo, físico y emocional, algunos de esos indicadores se presentan de la siguiente manera:

Tensión: se manifiestan sensaciones de fatiga, la necesidad de mantenerse en movimiento y, por lo tanto, la dificultad de mantenerse quieto, así mismo se presentan reacciones de sobresalto o de alarma, llanto ante los menores estímulos, temblores, intolerancia a la espera entre otras reacciones. Siguiendo el mismo orden de ideas se presentan miedos a la obscuridad, a la soledad, a los desconocidos, a las multitudes e incluso a los animales, entre otros miedos, los cuales a veces son irracionales. De la misma manera, se presentan inconvenientes para poder dormir o bien, el sueño no es satisfactorio, se presentan pesadillas, el sueño es interrumpido o se manifiesta cansancio al despertar.

Referente a la sintomatología cognitiva, en las funciones intelectuales se detecta dificultad en la concentración y memoria. En cuanto al humor, se desarrolla un humor depresivo, es decir, se pierde el interés en actividades que la persona disfrutaba y le generaban placer, así mismo, deja de disfrutar su tiempo libre y durante el día se presentan variaciones anímicas. De igual manera, se presentan síntomas somáticos a nivel muscular tales como rigidez muscular, dolor, bruxismo, sacudidas entre otros padecimientos. Siguiendo la línea de los síntomas somáticos

también se presentan sensaciones de debilidad, sensaciones de hormigueos y picazón en el cuerpo, visión borrosa y zumbidos (Galletero, 1989).

Otros síntomas que se presentan están relacionados con sensaciones de presión respiratoria, disnea, así mismo con dificultades evacuatorias, dolores antes y después de comer, cólicos, diarrea, náuseas y pérdida de peso. Finalmente, Galletero (1989) aporta que todos estos síntomas se hacen presentes como respuestas en una situación determinada y que por lo tanto se pueden identificar mediante una observación conductual; sin embargo, para un diagnóstico certero no basta llevar a cabo este proceso, sino que se debe complementar con un proceso de diagnóstico clínico.

1.9 Trastornos de Ansiedad

De acuerdo con el DSM-V, la ansiedad al convertirse en una respuesta incontrolable y persistente en el paciente se clasifica (a partir de características y sintomatología específica) en distintos trastornos de ansiedad. Siendo así que, los trastornos de ansiedad se identifican por presentar miedo excesivo, evasión de amenazas, ataques de pánico y angustias; pueden perturbar el funcionamiento del individuo a nivel social, académico, laboral y personal (Delgado et al., 2021).

De esta manera, el trastorno de ansiedad por separación se identifica por el miedo o ansiedad excesiva para la etapa de desarrollo del individuo referente a la separación con personas de las que ha desarrollado apego. El fracaso frecuente de hablar de acontecimientos sociales específicos a pesar de tener la intención de hacerlo y de lograrlo en otros contextos se le conoce como mutismo selectivo. Por otro lado, se puede presentar ansiedad patológica en las reacciones ante el miedo y a esto se le conoce como pánico, en donde el miedo intenso se hace presente en el individuo de forma súbita e intensa desde un estado de ansiedad o desde un estado de calma. La presencia de ansiedad y preocupación intensa, que se presenta por lo menos durante seis meses en relación con diferentes sucesos o acontecimientos como en el entorno laboral, social o familiar es identificada como trastorno de ansiedad generalizada. Así mismo, el trastorno de ansiedad por

enfermedad es la consecuencia directamente relacionada a otra afección médica (Delgado et al., 2021).

Finalmente, en la categorización de otros trastornos de ansiedad se presentan síntomas propios de un trastorno de ansiedad que generan malestar clínicamente significativo o deterioro importante en el funcionamiento en las distintas áreas del desarrollo; sin embargo, no encajan en alguno de los trastornos de ansiedad por no cumplir con todos los criterios diagnósticos.

1.10 Ansiedad en el Personal de Salud

El personal de salud son aquellas personas involucradas en actividades que priorizan la salud, brindando servicios que optimicen la salud de las personas. Se encuentran médicos, personal de laboratorio, personal auxiliar, enfermeras, trabajadores sociales, odontólogos y farmacéuticos. De acuerdo con Cuevas, (2021) se incluye de igual forma al personal que dirige y organiza el trabajo administrativo del sistema de salud como directivos o administradores y gerentes.

El personal de salud son todas las personas inmersas en actividades para optimizar la salud y comprende a quienes proporcionan los servicios (médicos, enfermeras, parteras, trabajadores sociales, personal de laboratorio, odontólogos, trabajadores comunitarios gabinete, farmacéuticos y personal auxiliar). De igual forma, se incluye a quienes dirigen y organizan el trabajo del sistema de salud como gerentes, administradores o directivos (Cuevas, 2021)

Las investigaciones realizadas reportan que la ansiedad patológica se presenta en un mayor porcentaje en el personal de salud. Anticona (2017) orientó sus investigaciones en el personal de salud de un hospital teniendo como finalidad el identificar los niveles de depresión y la ansiedad presentes, sus resultados obtenidos evidenciaron que el trastorno de ansiedad de la muestra fue de un 75%, en caso contrario de la población en general donde la presencia del trastorno de ansiedad no pasó de un 30%. Esto fundamenta que la ansiedad en el personal de salud se encuentra más presente que en la población en general. Por lo tanto, el personal de salud no está exento de desarrollar un trastorno de ansiedad o cualquier otro, o bien, de que por su ambiente laboral se afecte su salud mental.

En este sentido, la ansiedad que el personal de salud padece interviene en la toma de decisiones que estos deben tomar, en la vida diaria y en el trabajo. Las personas que no padecen ansiedad utilizan estrategias de afrontamiento orientadas principalmente a resolver un problema, al contrario del resto de las personas que sufren ansiedad quienes utilizan las estrategias de afrontamiento evadiendo el problema y, por lo tanto, reduciendo las molestias causadas por las dificultades, pero no resuelven los problemas. Finalmente, la probabilidad de sufrir ansiedad es elevada cuando el personal de salud debe aplicar sus conocimientos con agilidad y destreza en situaciones donde corren peligro vidas (Paneque y Pavés, 2015).

CAPÍTULO II

REGULACIÓN EMOCIONAL

2.1 Definición de Emoción

Una emoción está compuesta por tres factores: un factor motor, un factor psíquico y un factor vegetativo. Las reacciones emocionales se presentan ante estímulos que pueden ser placenteros o bien que son percibidos como peligrosos por el individuo (Marañón, 1972). Por su parte, William James (1884), define a la emoción como una respuesta que el organismo emite cuando se presentan estímulos específicos del medio en el que se desarrolla el individuo.

Una definición más reciente como la mencionada en el Diccionario de Neurociencia de Mora y Sanguinetti (2004), aporta que una emoción es toda respuesta conductual, a veces de orden subjetivo, que se genera ante la recepción de información externa o bien interna (que pueden ser recuerdos) que presenta un individuo y puede ser precedida por aspectos neurovegetativos. De esta manera, el sistema límbico forma parte de las estructuras importantes involucradas en la generación de las conductas de orden emocional. El aporte de Mora y Delgado (1998) radica en definir a la emoción desde dos vertientes, por un lado, es considerada como un fenómeno de orden interno e individual, cuya característica subjetiva brinda una forma para comprender los sentimientos, representándose de esta forma como el factor consciente de las emociones. Por otro lado, de orden externo y conductual es utilizado como una señal de comportamiento en el entorno o círculo social en el que se encuentra en individuo.

De acuerdo con Damasio (1999), las emociones son un cúmulo de reacciones o respuestas que tienen el objetivo de que el individuo pueda reaccionar de tal forma que implique el resguardo de su propia vida. De esta forma, para entender las emociones se debe comprender lo siguiente:

- 1- Las emociones son un conjunto complejo de respuestas que involucran estructuras neuroanatómicas cuyas reacciones químicas y nerviosas forman

una secuencia identificable, es decir, todas las emociones pueden ser reguladas de alguna forma, lo que permite que el individuo pueda experimentarlas y disminuir su intensidad con mecanismos útiles para evitar que se vuelvan disfuncionales.

- 2- Las emociones pueden modificarse de acuerdo con el contexto de desarrollo del individuo, sin embargo, no dejan de ser procesos determinados por mecanismos cerebrales innatos.
- 3- De las estructuras cerebrales implicadas en la generación de las emociones se encuentran desde el tronco del encéfalo hasta la propia corteza cerebral.
- 4- Los mecanismos emocionales en ocasiones pueden actuar sin deliberación consciente, a pesar de que el contexto de la persona pueda modular algunos estímulos, no se niega la regulación automática de las emociones, implicando que la individualidad sea determinante para esto.
- 5- Las emociones se manifiestan de distintas formas, en todos los sistemas del organismo de un individuo, de esta forma, también se pueden afectar las formas de funcionar de diversas estructuras cerebrales. Por último, cuando se realiza un análisis consciente de cualquier reacción emocional se produce lo conocido como sentimiento.

2.1.1 Definición de Regulación Emocional

La regulación emocional se refiere a “aquellos procesos por los cuales las personas ejercemos una influencia sobre las emociones que tenemos, sobre cuándo las tenemos, y sobre cómo las experimentamos y las expresamos” (Gross, 1999, p. 275). Son “los procesos externos e internos responsables de monitorizar, evaluar y modificar nuestras reacciones emocionales para cumplir nuestras metas” (Thompson 1994, p. 27).

Estas definiciones no permiten identificar la diferencia entre el momento en que el proceso es adaptativo y de cuándo se convierte en un proceso disfuncional. De esta forma, la importancia de hacer esta distinción permite identificar aquellas conductas problema que se están conceptualizando como estrategias disfuncionales de regulación (McNally et al., 2003). Por lo tanto, aunque hablar de regulación

emocional implica fundamentalmente un proceso especialmente adaptativo y efectivo, también puede ser de carácter desadaptativo y disfuncional (Gratz, 2003).

Por otro lado, se pueden abordar tres características importantes que son consistentes en las diversas formas de regulación emocional. Primeramente, activar un objetivo regulador, es decir, lo que el individuo pretende lograr mediante la regulación emocional, que puede ser intrínseca o extrínseca. Por lo general, cuando las personas intentan regular sus emociones, los esfuerzos van enfocados a disminuir la duración e intensidad de las emociones negativas, y a su vez aumentando la duración e intensidad de las emociones positivas. La segunda característica de la regulación emocional es el uso de las estrategias ejecutadas para lograr el objetivo planeado. Estas estrategias pueden ser de diversa índole, es decir, pueden ser conscientes, explícitas y controladas o bien, automáticas, inconscientes e implícitas. Finalmente, la tercera estrategia es la regulación de la trayectoria emocional, que implica el impacto de la regulación emocional en distintos niveles de respuesta emocional con y sin la aplicación de la regulación emocional (Gross, 2015).

2.2 Modelos de la Regulación Emocional

El primer modelo fue propuesto por Gross (1999); el segundo surge como complemento por (Hervás, 2011), de este modelo están basadas algunas técnicas que se utilizan en el ejercicio profesional.

2.2.1 Modelo procesual de Regulación Emocional

El estudio de la forma en que se regulan las emociones debe partir de la identificación del momento en que se produce la emoción, además del espacio en que la estrategia utilizada debe cumplir su función; el proceso donde se genera la emoción se divide en distintas fases, cada una de ellas cuenta con un grupo de estrategias que pretenden regular la emoción y que a su vez, se encuentran divididas correspondiendo si su aplicación se basará tomando en cuenta los antecedentes de la emoción o bien, en la respuesta emocional emitida (Gross, 1999).

Las fases que este modelo propone comienzan por la *selección de la situación*, en esta fase se encuentra implicado el hecho de que las personas cuentan con la capacidad de regular su exposición a ciertas situaciones que le pueden ser perjudiciales o bien, que le generen experiencias positivas, es decir estas experiencias ya sean positivas o negativas generan aprendizajes que permiten a la persona actuar de tal manera que comienzan a elegir unas situaciones más que otras, para proteger y maximizar su bienestar psicológico, esto ha consolidado el supuesto teórico de la selectividad emocional (Carstensen et al., 1999).

El siguiente paso es *modular la circunstancia* en la que el individuo se encuentra envuelto, puede intentar cambiar algunos aspectos omitiendo o aplicando elementos de su propia personalidad. Del mismo modo, se presenta la *modulación de la atención* que plantea que aunque la situación elegida tenga un sinnúmero de elementos y resulte no ser modificable, siempre es posible centrar la atención en elementos específicos, al contrario de otros, así mismo, se propone que el objetivo central de modificar el foco atencional es regular la tentativa respuesta emocional y aunque generalmente el cambio del foco atencional se fija en componentes externos, también se puede centrar en componentes internos. Finalmente, estudios más actuales aportan que es posible un entrenamiento de la atención, lo que permitiría hacer un menor uso de recursos cognitivos, pero concediendo utilizar elementos de regulación emocional de forma automática (Wadlinger y Isaacowitz, 2011).

Referente a la siguiente fase que es la interpretación de la situación, implica los cambios cognitivos que resultan ser un elemento clave que aporta la explicación de la subsiguiente reacción emocional de la persona, es decir, las interpretaciones de la situación generalmente tienen un margen de significancia al cambio. Conocida también como reevaluación cognitiva, cuyo principal objetivo es regular las respuestas emocionales. Finalmente, la última fase es la regulación de la respuesta emocional, lo que implica tener los recursos que permitan actuar sobre cada elemento de la emoción estimulada. De esta manera, se puede intentar causar influencia sobre la experiencia que se genera al presentar la emoción, la activación

física y biológica o la respuesta conductual; por el contrario, en el lado disfuncional se encuentra la omisión de no expresar las emociones y de la experiencia emocional, estas prácticas se asocian a resultados negativos y a distintos trastornos.

La principal aportación del autor en este modelo es que hace una distinción entre la regulación de emociones basada en antecedentes y en consecuentes, es decir, entre los mecanismos previos a la emoción y en los mecanismos posteriores a la generación emocional, esto puede generar confusión, puesto que se puede creer que las estrategias de regulación emocional se hacen presentes después de que la emoción se activa y que por lo tanto todas las acciones emitidas serán después de la emoción. Usar ciertas estrategias de afrontamiento emocional será determinado de acuerdo con lo vivenciado en experiencias previas, es decir, aunque la emoción no sea identificable, las estrategias utilizadas serán parecidas a las que en algún momento previo y similar se habían utilizado. Concretamente, Gross (1999) refiere que será más ventajoso usar estrategias basadas en situaciones o etapas previas que estrategias que actúan en un momento posterior a la emoción presentada, de esta manera, será mejor aplicar una estrategia basada en la reevaluación de los pensamientos que una estrategia que tiene sus bases en la supresión de la expresión.

2.2.2 Modelo de regulación emocional fundamentado en el procesamiento emocional

Un modelo alternativo a las limitaciones del modelo procesual surge el modelo fundamentado en el procesamiento emocional (Hervás, 2011). Si se intenta regular de forma imprudente las reacciones emocionales, éstas no disminuirán, por lo tanto, es necesario ejecutar un proceso eficaz de comprensión y elaboración emocional (Hunt, 1998). De acuerdo con Rachman (1980), el procesamiento emocional es aquel conjunto de pasos por los cuales las alteraciones emocionales van en decremento hasta que otras expresiones como experiencias y comportamientos aparecen sin dificultades. De esta manera, el proceso emocional brinda la posibilidad de absorber y realizar una canalización de la reacción, que en ocasiones

por su impacto puede presentarse intensa y persistentemente, afectando en la funcionalidad del individuo.

Otros aportes como los de Stanton et al. (2000) propusieron que el *afrontamiento emocional* es la habilidad que permite hacer frente de forma sana, adaptativa y asertivamente a las emociones intensas, es una clasificación de estrategias que se relaciona con un ajuste psicológico más coherente. Estos autores identificaron dos formas diferentes de afrontamiento emocional: la primera es la *expresión emocional* y es la capacidad que tiene un individuo de expresar como se siente ante una situación emocional intensa; es decir, comunica su experiencia emocional con los demás de forma verbal o no verbal, así mismo, manifiesta conductas que validan dicha emoción. La siguiente forma de afrontamiento es el *procesamiento emocional*, en la cual, se hace un esfuerzo por identificar las emociones propias, así como su significado. De esta manera, una persona con un alto nivel de procesamiento emocional realizaría un análisis personal que le ayude a identificar la emoción, el origen de la emoción y la relevancia de esta para sí misma.

Este modelo aporta que el procesamiento emocional no solo es eficiente para afrontar situaciones que generen emociones intensas o traumáticas, sino que es favorable ante el afrontamiento de cualquier emoción que se presente. Concretamente, este modelo aporta seis procesos que logran un procesamiento adecuado de la experiencia emocional y por lo tanto una eficaz regulación emocional, cuando uno de estos procesos no se da de forma adecuada se compromete la eficacia de la regulación emocional. Los procesos son los siguientes:

- Apertura emocional: Considerada como la capacidad con la que cuenta el individuo de tal forma que pueda acceder conscientemente a sus emociones. El grado ideal sería lograrlo después de un entrenamiento en conciencia plena, mientras que su lado opuesto sería desarrollar alexitimia. De esta forma, acceder a las emociones implica un complejo proceso que involucra un continuo desarrollo, así como la integración de elementos somáticos y psicológicos (Lane y Schwartz, 1987).

- Atención emocional: Hace referencia a la tendencia de utilizar recursos atencionales en la información emocional; el lado opuesto es la desatención emocional (Gratz y Roemer, 2004).
- Aceptación emocional: Referida como la inexistencia de juicio negativo ante las propias experiencias emocionales; lo contrario sería la negación o rechazo emocional (Hervás y Jódar, 2008).
- Etiquetado emocional: Es la habilidad de nombrar claramente las emociones experimentadas, lo contrario a esto es la confusión emocional (Gratz y Roemer, 2004).
- Análisis emocional: Es la capacidad de hacer un análisis y reflexión sobre el significado de las emociones presentadas, así como de sus repercusiones (Stanton et al., 2000). En ocasiones es automático y en otras es necesario de un arduo proceso de introspección.

Dentro del análisis emocional, el modelo en cuestión refiere cuatro componentes clave: 1) Origen: Cuando se presenta una emoción, a veces no está claro qué elemento en específico ha sido el que la ha activado, por lo tanto, el primer paso, es identificar por qué se ha presentado. 2) Mensaje: En el análisis emocional se debe identificar de qué pretende informar la emoción que se presenta, es decir, normalmente, la emoción nos advierte de un aspecto importante del ambiente que ya identificamos, por ejemplo, en el caso de la ira o la frustración; sin embargo, en otros casos es más complejo, por ejemplo, cuando se presentan cambios y estados emocionales que no comprendemos de una situación traumática. 3) Validez: Consiste en el análisis que hace la persona sobre el mensaje que la emoción ha emitido, de esta forma, se decide si la emoción es una señal válida o una falsa alarma. 4) Aprendizaje: Dado el caso de que las emociones sean validadas, será oportuno que el individuo obtenga las debidas conclusiones que le permitan adquirir el aprendizaje pertinente para actuar adecuadamente en un futuro.

- Modulación emocional: Se aplica cuando la persona tiene la capacidad de modular sus respuestas emocionales, aplicando distintas estrategias que

pueden ser, cognitivas, emocionales o conductuales; del lado contrario, se presenta la desregulación emocional (Gratz y Roemer, 2004). Para este modelo, realizar el procesamiento de las emociones (lo que implica reconocerlas, aceptarlas y comprenderlas) resulta imprescindible para llevar a cabo un proceso adecuado de regulación emocional. Por el contrario, intentar regular las emociones evadiéndolas, negándolas y sin comprenderlas puede provocar a largo plazo conductas desadaptativas.

2.3 Desregulación Emocional

Por otro lado, se define la desregulación emocional como la pérdida en la activación y/o efectividad en la ejecución de las habilidades de regulación llevadas a cabo por una persona frente a estados de ánimo negativos (Hervás y Vázquez, 2006). De esta forma, en el área clínica de la regulación emocional se puede presentar por distintas vías (Hervás, 2011):

- Desregulación por falta de activación: Se presenta en situaciones en las que la persona afectada no es capaz de ejecutar estrategias de afrontamiento, a pesar de encontrarse en una fase de disforia intensa. Esta incapacidad puede generar problemas clínicos que resultan más graves, por ejemplo, la depresión. En donde individuo puede negarse a subsanar aferrándose a su estado de ánimo negativo.
- Desregulación por falta de eficacia: La activación y utilización de estrategias de regulación no conducen necesariamente a la modulación de un estado emocional negativo. Manejar emociones es un proceso complejo, por lo tanto, si no se ejecuta acertadamente el procesamiento de la experiencia emocional, los intentos de regulación emocional pueden ser ineficaces.
- Desregulación por la aplicación de estrategias inadecuadas de regulación emocional: Cuando las personas activan y utilizan estrategias inadecuadas de regulación emocional para enfrentar experiencias reactivas negativas; usar estas estrategias en lugar de lograr reducir dichas experiencias, provoca que las reacciones se descontrolen, por ejemplo, aplicar rechazo, evitación o supresión (Dalgleish et al., 2009).

Por consiguiente, por un lado, la desregulación no necesariamente es un problema de eficacia o de activación, en ocasiones el problema son los intentos de regular la emoción. Por otro lado, las estrategias de regulación que impliquen un riesgo en los niveles de salud del individuo deben evitar ser usadas como estrategias eficaces de regulación emocional; en el contexto clínico, ya no son tomadas como estrategias disfuncionales, sino que son síntomas auténticos de una conducta autolesiva (Gratz, 2003).

2.4 Estrategias Desadaptativas de Regulación Emocional

El proceso de regulación emocional puede darse, antes, durante y después de generarse la emoción, de esta forma se pueden usar estrategias dirigidas a la reapreciación o antecedentes del problema y estrategias enfocadas en la reacción o respuesta ante el problema. El objetivo es que se modifiquen pensamientos, emociones y conductas respecto a la emoción presentada pero también a la situación y al factor desencadenante (Gross, 1998).

El modelo propuesto por Larsen (2009) organiza las estrategias de regulación emocional dirigidas a dos especificaciones: para regular afectividad positiva y negativa. Siguiendo este orden de ideas, apunta que los acontecimientos negativos de vitalidad impactan en un mayor grado a los sentimientos, en comparación a los sucesos positivos. Es decir que, los acontecimientos negativos harán que el individuo presente un incremento y duración en las reacciones afectivas. De acuerdo con Baumeister y colaboradores (2001), el sistema cognitivo es capaz de priorizar la información negativa a diferencia de la positiva, razón por la cual se requiere más tiempo para superar un día malo en comparación del tiempo en mantener niveles de bienestar subjetivo adecuados. De esta manera, los estilos de regulación emocional negativa tienen relación con la distracción de las situaciones o emociones negativas. Los modos de regulación emocional negativa propuesto por Larsen (2002) son los siguientes: evitación de cogniciones repetidas o rumiación, ventilación de la afectividad negativa, distracción de acontecimientos o emociones negativas, supresión o inhibición expresiva, aislamiento.

Por su parte, Garnefski et al. (2002) identifican nueve estrategias de afrontamiento cognitivas entre ellas cuatro son desadaptativas: Catastrofización, focalizada en pensamientos que destacan el miedo o terror a cierta experiencia; Rumiación o focalización en pensamientos y sentimientos negativos generados por la situación; Culpar a otros o atribuir la culpabilidad de lo sucedido al acontecimiento u otras personas y Autoculpa, referida a pensamientos que dirigen la culpa de lo sucedido a uno mismo.

2.5 Clasificación de las Estrategias de Regulación Emocional

La forma en que se ha tratado de conceptualizar la manera en que las personas regulan sus emociones ha sido abordada por distintos autores (Koole, 2009; Larsen, 2000; Parkinson y Totterdell, 1999; Gross, 1998; Thayer et al., 1994).

De esta forma, Thayer et al. (1994) aportan el uso de seis estrategias absolutas enfocadas principalmente a modificar el afecto negativo las cuales incluyen buscar actividades que generen placer y permitan distraer a la persona del estado negativo en el que se encuentre; así mismo gestionar su estado de ánimo activa y pasivamente. Otra estrategia va dirigida al aspecto fisiológico lo que permitirá mantenerlo en un estado de calma por medio de la reducción directa de los estados de tensión, o bien dirigida a la reducción de la evitación emocional y finalmente, ventilar las emociones y sentirse reconocido o satisfecho es una estrategia validada por estos autores, así mismo, el apoyo social también es considerado una estrategia de afrontamiento cuya importancia es sumarse a los recursos con los que cuenta la persona.

Por su parte, Parkinson y Totterdell (1999) proponen cuatro grupos generales de estrategias fundamentados en la diferencia entre estrategias cognitivas y estrategias conductuales, los grupos propuestos son: la distracción, la evitación, la aceptación y la confrontación. De la misma forma, Larsen (2000) expone una clasificación basada en dos dimensiones para regular el afecto negativo, la primera dimensión está enfocada en la diferencia entre estrategias conductuales y cognitivas; la segunda dimensión centrada en el estado de ánimo o en la situación. Otra propuesta sugerida por Koole (2009) es la clasificación de las estrategias de

acuerdo con las distintas respuestas emocionales y con el uso que se les designan. Los sistemas de respuesta a los que la regulación emocional está dirigida son: conocimiento cognitivo, manifestaciones físicas y la atención emocional. Finalmente, el autor hace una categorización de las estrategias tomando en cuenta si están dirigidas al sostenimiento del sistema de la personalidad global, a satisfacer necesidades hedónicas o bien, a la consecución de una meta (uso de la distracción, la reevaluación y el uso de la expresión corporal).

2.5.1 Rumiación

La rumiación implica centrarse sistemática y exageradamente en los pensamientos y sentimientos negativos relacionados al evento desagradable que se esté experimentando. Por lo tanto, implica un frecuente flujo de pensamientos insistentes sobre la previsión y planificación de cada paso que ejecuta la persona que los experimenta, la finalidad es aliviar el sentimiento de ansiedad e inseguridad que padece intentando de encontrarle un sentido a la situación que experimenta. De esta manera, obtiene una falsa sensación de seguridad y control; sin embargo, no dura por mucho tiempo, provocando empeorar la forma en que se enfrentan los problemas diarios. El objetivo principal de la rumiación es enfocarse excesivamente en las causas y consecuencias del sufrimiento, aspectos difíciles y negativos no en las soluciones (Hérvás y Vázquez, 2006).

2.5.2 Catastrofización

De acuerdo con Valle et al. (2018), la catastrofización es intensificar de forma negativa los efectos de un evento que se esté experimentando. De esta forma, cuando se utiliza esta estrategia como medio de afrontamiento emocional se suelen exaltar y resaltar los pensamientos negativos relacionados a un acontecimiento, es decir, las personas suelen tener la creencia de que lo ocurrido fue lo peor que pudo haber sucedido.

2.5.3 Culpar a otros

Referente a la estrategia de culpar a otros, se refiere a aquellos pensamientos que se generan en donde la culpa que se origina por las experiencias de los acontecimientos vividos es dirigida a los demás, por lo tanto, la persona que la utiliza niega toda responsabilidad adjudicándola siempre a otros.

2.5.4 Autoculparse

Por lo contrario de la estrategia anterior, la autoculpa son aquellos pensamientos negativos en donde generalmente la persona se culpa a sí misma de las consecuencias que se estén generando ante la experiencia del acontecimiento negativo. No debe confundirse con una respuesta de responsabilidad ante la situación porque los pensamientos y la emociones que se generan están relacionados con la culpa, el enojo y la ansiedad (Valle et al., 2018).

2.6 Regulación emocional en los trastornos de ansiedad

Las investigaciones experimentales han permitido comprender mejor los trastornos de ansiedad, pues en estos estudios se ha inducido a las personas a afrontar episodios reprimiendo sus emociones, los resultados han revelado altos niveles de respuestas fisiológicas (Gross y Levenson, 1997). Por lo tanto, se demuestra la predisposición que existe entre la omisión emocional (alteraciones emocionales) y la elevación de reacciones fisiológicas; es decir, que los pacientes que padecen algún trastorno de ansiedad manifiestan diversas alteraciones emocionales.

- A) Trastorno de pánico: Caracterizado por experiencias específicas de ansiedad intensa que se presenta con sensaciones físicas y sentimientos de malestar y miedo sin que esté presente un estímulo que presente amenaza para el individuo (APA, 1994). En estudios realizados se ha demostrado que los pacientes que presentan trastorno de pánico manifiestan una tendencia a suprimir, evitar e imponer la experiencia negativa y su expresión (Baker et al., 2004). Esto implica que las personas que padecen trastorno de pánico no solo presentan temor a los síntomas físicos de ansiedad, sino que en general manifiestan temor y rechazo a toda la experiencia emocional (Tull y Roemer, 2007).

Por lo tanto, los intentos de evitación y supresión emocional han de permitir explicar la relación que existe entre los sucesos vitales negativos y las reacciones inmediatas de ansiedad intensa, así mismo, se puede llegar a entender el ciclo vicioso que ocurre durante un ataque de pánico donde se genera más ansiedad y el individuo utiliza con mayor frecuencia estrategias

disfuncionales, sumándole a los pensamientos intrusivos y catastróficos, sensaciones físicas exageradas y mayor emoción al miedo (Barlow, 2002).

- B) Trastorno de ansiedad generalizada: Las aportaciones recientes sobre el TAG plantean que la preocupación es una de las estrategias más usuales que se utiliza para evadir las imágenes internas negativas, emociones negativas y sensaciones desagradables (Borkovec et al., 2004). Del mismo modo, las aportaciones teóricas sugieren que las personas con TAG tendrían la tendencia de usar estrategias disfuncionales de regulación emocional, sobre todo, la supresión y evitación, de esta forma los pacientes podrían estar presentando déficits emocionales en diversas áreas funcionales de su desarrollo. Además, estos pacientes desarrollarían un déficit en la fase de etiquetado de las emociones, por la incapacidad de comprender sus emociones. Menin et al. (2007) plantean que se manifiestan déficits emocionales en cuatro áreas: 1) Alto nivel en la intensidad emocional; 2) Reducida comprensión emocional; 3) Rechazo de la experiencia emocional propia; 4) Uso de estrategias inadecuadas de regulación emocional.
- C) Trastorno de estrés postraumático: Los síntomas postraumáticos se caracterizan por la aparición de diversas emociones negativas con alta intensidad, las personas con un diagnóstico de trastorno postraumático presentan marcados rasgos de déficit de regulación emocional (Tull et al., 2007). De esta forma, el mantenimiento de los síntomas de este trastorno puede implicar la incapacidad para procesar las implicaciones cognitivas y emocionales de las experiencias; esta incapacidad no permite manejar las reacciones presentes intensas (Rachman, 2001).

2.7 Regulación Emocional en el Personal de Salud

Los estudios referentes a las implicaciones en la salud mental durante la pandemia por el virus del COVID-19 en el personal de salud demostraron que el personal de enfermería al haber estado más expuesto en el cuidado de pacientes enfermos presentó altos niveles de ansiedad en comparación con el personal médico. De igual forma, se identificó que el personal femenino es más vulnerable en el desarrollo de una alteración de salud mental (Huang et al., 2020).

El estudio realizado en Latinoamérica por Samaniego et al. (2020), estableció que el personal sanitario estuvo sometido a factores predisponentes al desarrollo de afectaciones en la salud mental tales como: turnos de trabajo largos, disminución de los periodos de descanso y excesiva carga laboral. De esta forma se encontró que las mujeres del personal de enfermería cuentan con una mayor predisposición a presentar estrés, depresión, ansiedad, fatiga e insomnio relacionado principalmente por su mayor exposición y permanencia con los pacientes.

La presencia continua de exposición al estrés que se vivió durante la pandemia por COVID-19 generaron conductas desadaptativas en el personal de salud tales como: pérdida progresiva del interés en actividades que antes se disfrutaban, apatía, comportamientos de indiferencia y distanciamiento, desesperanza y agotamiento mental. Estos síntomas provocaron algunas disfunciones en el ámbito familiar, social y laboral. Así mismo, las reacciones emocionales frecuentemente reportadas por el personal de salud son: fallas de atención, miedo, enojo, irritabilidad, tristeza, concentración, labilidad emocional, culpa, concentración, alteraciones del sueño y del apetito (Muñoz-Fernández et al., 2020).

CAPÍTULO III

BIENESTAR PSICOLÓGICO

3.1 Definición del Bienestar Psicológico

El Bienestar Psicológico es un término que ha sido abordado principalmente desde la psicología positiva. De esta forma, el bienestar psicológico puede definirse como el conjunto de factores estrechamente relacionados con un positivo funcionamiento de las personas (Ryff, 1989). Así mismo, para identificar el bienestar psicológico es necesario abordar al individuo de forma integral y tomando en cuenta la etapa de desarrollo en la que se halla, las actividades que ejecuta y los roles que desempeña (Ryff y Singer, 2008).

El pionero en marcar las diferencias entre el bienestar subjetivo y el bienestar psicológico fue Waterman (1993), siendo que para él el abordaje eudaimónico del bienestar está implicado con la expresividad personal, ya que dichos aspectos se encuentran relacionados con experiencias personales que hacen que la persona se sienta orgullosa de ella misma y de esta manera se percibe como una persona capaz de hacer cosas con sentido, así mismo, le genera motivación y un sentido de realización.

De acuerdo con Diener (1994) son tres los elementos que definen el bienestar psicológico: Ausencia de factores negativos, presencia de indicadores positivos y subjetividad, así mismo, una valoración global de la vida. Siguiendo este orden de ideas, Cuadra y Florenzano (2003) aportan que el bienestar psicológico no es únicamente vivir una vida feliz, sino que implica vivir la vida en una mezcla de momentos dulces y amargos, una vida sin evitar el dolor, sino más bien, enfrentarlo y darle un significado que permita ser funcional y digno de vivirse.

Así mismo, otra forma de entender el bienestar psicológico es identificarlo como bienestar eudaimónico, término que permite expresar sentimientos y pensamientos positivos del individuo sobre sí mismo; su definición se caracteriza por su naturaleza subjetiva, así como su estrecha relación con elementos del aspecto físico, social y

psíquico del funcionamiento del individuo. El bienestar está conformado por una esfera emocional y una esfera cognitiva integradas a su vez por elementos transitorios, reactivos (emocional) y estables (cognitivos) que se encuentran estrechamente relacionadas entre sí e influidas por la personalidad y por el medio ambiente (Viniegras y González, 2000).

Por otro lado, para la presente investigación se abordará la definición del bienestar psicológico referido por Ryff (1989) como un esfuerzo para desarrollar las potencialidades y capacidades que permitan que la vida alcance su propio significado, alcanzando metas y superando adversidades. Por lo tanto, su principal foco de acción es potencializar las habilidades y aptitudes de las personas. De esta forma, se evidencian aspectos relacionados con el funcionamiento positivo que implican factores como el crecimiento personal, la autonomía, las relaciones positivas, propósito de vida, dominio del entorno y autoaceptación.

3.2 Afecto Positivo, Afecto Negativo y Bienestar

De acuerdo con Andrews y Whithey (1976), son tres los componentes básicos que conforman al bienestar: los juicios cognitivos, el afecto positivo y el afecto negativo. Por su parte, Lucas et al. (1996) fundamentaron que el juicio subjetivo del bienestar (satisfacción vital) es un constructo independiente y distinto de los afectos negativos y positivos. Bradburn (1969) en sus investigaciones pioneras demostró que la satisfacción está constituida por dos dimensiones (afecto positivo y negativo), no correlacionadas entre sí e independientes. La hipótesis del autor era que las personas ejecutaban un juicio general de su satisfacción en vista de un balance entre el afecto negativo y positivo. Lo que quiere decir que la cantidad de afecto positivo que presentaban las personas no correlacionaba con el efecto negativo experimentado.

Actualmente, de acuerdo con Russell (1980), se concluyó que el afecto negativo y el afecto positivo podían ser medidos a través de opuestos bipolares; se ha comprobado en las investigaciones posteriores la independencia de estos elementos. Por lo tanto, una persona presenta alto bienestar si percibe satisfacción con su vida, así mismo si con frecuencia su estado de ánimo no presenta

desregulaciones y si ocasionalmente experimenta emociones displacenteras. Siguiendo este orden de ideas, la satisfacción es un concepto conformado por los estados emocionales y los componentes cognitivos, donde los primeros se distinguen por ser momentáneos y frágiles. El componente cognitivo de la satisfacción se designa como bienestar, es el resultado de la combinación cognitiva realizada por la persona respecto a su estabilidad en el transcurso de su vida (Solano,2009).

3.3 Bienestar: Subjetivo y Psicológico

Para el estudio de variables como calidad de vida, satisfacción la vida y optimismo, entre otros, muchas investigaciones han partido de dos conceptos básicos: bienestar psicológico y bienestar subjetivo; aunque hay marcadas diferencias entre estos conceptos se encuentran estrechamente relacionados. Para explicar estos tipos de bienestar se clasifican en dos categorías: bienestar hedónico y bienestar eudamónico, siendo que en la primera categoría se encuentran inmersos trabajos relacionados con la felicidad, mientras que en la segunda categoría se adjuntan trabajos relacionados con el potencial humano (Ryan y Deci, 2000). Así bien, el bienestar subjetivo incluye aspectos emocionales, cognitivos y afectivos de las personas. Los constructos que más destacan en esta definición es la felicidad y la satisfacción con la vida, el carácter temporal de ambos conceptos es distinto, pues, cuando se hace referencia a satisfacción con la vida, se consideran aspectos más generales de la misma y cuando se refiere a la felicidad, se considera aspectos más particulares (Rodríguez y Berrios 2012).

Referente al bienestar psicológico, Ryff inicia sus investigaciones principalmente ante la necesidad del abordaje de la eudaimonia, desarrollo personal, capacidades humanas y la autorrealización (Ryff y Singer, 2008). La principal postura que la autora mantuvo en el desarrollo de esta premisa fue mantener una crítica ante los estudios anteriores que abordaban al bienestar psicológico cómo sinónimo de ausencia de emociones desagradables o bien de trastornos mentales (enfermedades). Estos abordajes determinaron que el bienestar psicológico simplemente era una variable unidimensional.

Contrario a lo anterior, Ryff presenta su refutación mediante la formulación de una hipótesis multidimensional que explicaba que el constructo bienestar psicológico era una valoración realizada por el individuo a su estilo de vida, además presenta que la felicidad es la consecuencia del desarrollo de las capacidades humanas (potencial humano) (Del Valle et al., 2015). Esto implica mucho más que mantener por determinado tiempo la estabilidad de emociones agradables priorizando de esta forma la ausencia de emociones negativas. Finalmente, de acuerdo con la propuesta multidimensional de Ryff, un individuo que cuente con bienestar psicológico previamente ha ejecutado una autoevaluación en los factores que influyen en este como: crecimiento humano, sentido de independencia, relaciones óptimas y propósito de vida.

3.3.1 Dimensiones del Bienestar Psicológico

Ryff (1989) aporta seis dimensiones de bienestar psicológico: la autoaceptación, que hace referencia a la circunspección positiva de uno mismo; relaciones positivas, que implica conservar relaciones sociales estables de confianza; propósito de vida, lograr que el individuo desarrolle objetivos que le brinden sentido a su vida; la autonomía está asociada a la resistencia a la presión social, la regulación de las conductas propias y con la independencia; el crecimiento personal tiene que ver con la disposición de desarrollar capacidades y finalmente, el dominio del entorno que tiene que ver con propiciar entornos agradables que se adapten a las demandas, así como la adaptación y control de las situaciones.

Así bien, cada una de las dimensiones expuestas tiene un valor y significado distinto para las personas y dependerá de la etapa en la que se encuentren del ciclo vital del desarrollo. Del mismo modo, cada una de ellas se modifica o evoluciona a un ritmo específico y se mantienen ante el uso de estrategias adquiridas del entorno, haciendo que el individuo se mantenga funcional y siga fortaleciéndose (Rodríguez y Berrios, 2012).

3.4 Modelos del Bienestar Psicológico

El bienestar psicológico es un término complejo, no hay una definición única ni un referente conceptual general que pueda designarse como el *modelo del bienestar psicológico*, por esta razón, el BP es un conjunto de elementos, diferente pero interconectados (Seligman, 2011). Se presentan a continuación los tres modelos más utilizados en las investigaciones del bienestar psicológico:

1. El modelo presentado por Martin Seligman (2011): PERMA (Acrónimo de las iniciales en inglés de los componentes del bienestar): Emociones positivas (Positive emotions); Involucramiento (Engagement); Relaciones interpersonales; Sentido de vida (Meaning); Logro (Achievement). Las fortalezas personales pueden influir en las emociones, en la generación de mejores relaciones con otros, a tener éxito en las metas planteadas y a encontrar propósitos de vida (Seligman, 2011).

2. El modelo multidimensional del bienestar psicológico es un esfuerzo por incluir factores y conceptos que previamente habían sido estudiados. Carol Ryff (1989), desarrolla un modelo sobre el BP, la principal aportación de este modelo es integrar en la definición de del bienestar psicológico el resultado del crecimiento personal y el desarrollo de las capacidades individuales que lo llevan a mostrar características de un funcionamiento positivo. Dentro de su combinación teórica definió seis dimensiones por las cuales es posible evaluar el continuo positivo-negativo del BP de una persona: Autonomía: característica de autodeterminación, sentir la capacidad de tomar decisiones propias. Dominio del ambiente: la capacidad de tener el control efectivo del mundo que nos rodea. Crecimiento personal: Sensación de estar creciendo y autorrealizándose como persona. Relaciones interpersonales positivas: mantener relaciones de calidad con otras personas. Propósito de vida: la creencia de que la vida propia tiene sentido y propósito. Auto aceptación: evaluaciones positivas de uno mismo y admisión del pasado (Ryff, 1989).

3. Modelo SPIRE. Propuesto por Tal Ben-Shahar (2011), se fundamenta en cinco áreas de la experiencia personal que constituyen un bienestar holístico del ser humano. Las iniciales en inglés de sus elementos forman el acrónimo SPIRE: 1. Spiritual. Refiere al bienestar espiritual, lo que implica disfrutar los instantes de

forma deliberada, dándole un sentido a la vida. 2. Physical: tiene que ver con el bienestar físico, conexión entre mente-cuerpo. 3. Intelectual: involucramiento en aprendizajes profundos y estar abiertos a nuevas experiencias. 4. Bienestar Relacional: generar relaciones constructivas con nosotros mismos y con los demás. 5. Bienestar emocional: sentir emociones que permitan la inclinación hacia el optimismo la resiliencia.

3.4.1 Modelo Ecológico de Bronfenbrenner

El modelo ecológico propuesto por Urie Bronfenbrenner permite explicar el comportamiento humano desde la influencia de los distintos contextos en los que se desenvuelve el individuo. De esta forma describe al ambiente ecológico como un conjunto de sistemas que se encuentran mutuamente conectados y que, por tanto, esta interconexión provoca una interferencia en el desarrollo del aspecto psicológico de una persona (Bronfenbrenner, 2002).

En tal sentido, se reconoció que el desarrollo humano es el resultado de un constante ajuste entre un individuo activo y los entornos inmediatos en los que se desenvuelve, los cuales, de la misma forma, se encuentran en constante cambio. Los elementos involucrados en las interconexiones generadas son: comunicación, participación y la información que existe y se comparte en cada una de ellas; esto es posible por los roles, los patrones de actividades y las relaciones interpersonales que conforman a cada individuo (Bronfenbrenner, 2002).

Así mismo, se puede explicar el desarrollo humano como el bienestar que poseen las personas, así como su capacidad de adaptación en su entorno, manteniéndose participativas, competitivas y llegar a sentirse autorrealizadas. De acuerdo con Bronfenbrenner, (1987) la expresión del desarrollo humano se corrobora en la capacidad de remodelar de acuerdo con necesidades y aspiraciones propias, la realidad del individuo. Esto significa que las relaciones que se establezcan en el entorno del individuo van a sufrir distintas modificaciones para que se pueda cumplir lo anteriormente descrito. Por lo tanto, la ecología del desarrollo humano implica el estudio de las constantes modificaciones progresivas que se producen entre un

sujeto activo que se encuentra en desarrollo y los elementos modificables de los contextos inmediatos y como esto se vuelve en una constante acomodación mutua.

En la investigación realizada por McGucking y Minton (2014), se determinó que en las teorías que se han formulado en torno al desarrollo de niño, los autores pasan por alto más de un aspecto involucrado en este desarrollo; es decir, claramente el aspecto cognitivo es importante para determinar dicho avance. Sin embargo, el aspecto social puede ser un determinante que explique a partir de las distintas interacciones del niño con su entorno, su capacidad de razonamiento, su cognición, resolución de problemas e incluso la forma en que interactúa con otras personas fuera de su contexto inmediato. Por lo tanto, el error es separar, por un lado, al individuo con algunas características, y, por otro lado, al ambiente limitándolo en su descripción a escasas categorías, de tal forma, que se excluye la explicación sobre como los procesos de interacción influyen y explican el desarrollo humano (Bronfenbrenner, 1987).

Generalmente, el individuo que se encuentra inmerso en el ambiente creando interrelaciones, no es un individuo pasivo, es decir, construye su propio mundo de acuerdo con las necesidades que presenta y no se limita solamente a responder a las necesidades del ambiente. Es necesario aclarar que la pasividad no está sujeta a la condición humana, más bien, es una respuesta a una determinada situación (Herrero, 2014). Por lo tanto, es fundamental que para que el individuo logre su desarrollo en su ambiente cuente con las herramientas y los recursos necesarios evitando de esta forma, que su actividad se extinga.

Ahora bien, referente a la influencia de los entornos, la teoría respalda que no únicamente se recibe influencia de los entornos más cercanos a la persona, pues incluso los más lejanos ejercen influencia, es decir no solo somos influidos por las experiencias directas, sino que aquellas experiencias vividas por otras personas con las que nos relacionamos; esto permite que creamos relaciones entre otras culturas y que experimentemos por lo tanto otras experiencias, formas de pensar distintas o que nos encontremos en ámbitos distintos.

3.4.2 Estructura de la Ecología del Desarrollo Humano

La propuesta de Bronfenbrenner (1987) representa la realidad social de los seres humanos, en donde se puede percibir diferentes sistemas con niveles particulares mostrando un patrón de influencias e interrelaciones mutuas. La estructura ecológica anidada conformada por estos sistemas representa en su centro a la persona en desarrollo, posteriormente se representan sus entornos más inmediatos, un poco más alejados se encuentran las influencias de otros sistemas sociales, en cuya periferia abarca los patrones ideológicos, así como las instituciones sociales que representan a cada cultura.

3.4.2.1 Microsistema

Los entornos inmediatos en los que cada individuo interactúa se denominan microsistemas, caracterizados por los roles que se asumen, por las actividades que los definen y por las relaciones interpersonales que se crean. En realidad, pertenecemos a varios microsistemas, no solo uno. Conforme avanzamos en nuestro desarrollo incorporamos cada vez más y agregamos experiencias de otras personas que van influenciando nuestro comportamiento.

De acuerdo con esta teoría, el individuo es lo que hace en su microsistema, es decir, de acuerdo con su percepción de este y de él mismo actúa de una determinada forma en las situaciones que se le presenten. La relación es un concepto clave que determina los roles que puede adoptar el individuo de acuerdo con la estructura del ambiente, lo que permitirá la percepción que el individuo tenga de él y de su ambiente (microsistema). Esto estará implicado en la capacidad del individuo en adaptarse en distintos ecosistemas adoptando nuevos roles y haciendo nuevas actividades (Herrero, 2014).

La base del desarrollo humano no solo es la constante adaptación y relación del individuo con otros microsistemas, sino la misma relación entre microsistemas. Sin olvidar que el foco de atención y protagonista va a ser siempre el individuo, el cual debe adoptar nuevos roles lo que permitirá potencializar su actividad dentro de estos. De esta forma, el microsistema dota al sujeto de la capacidad de poder desenvolverse en distintos ambientes, lo cual se reflejará en actividades y roles que llegue a desempeñar en cada uno de estos.

3.4.2.2 Mesosistema

El mesosistema es el conjunto de interrelaciones que se dan entre dos o más entornos en los que el individuo en desarrollo se desenvuelve activamente. De esta forma, en este nivel se identifican la clase de relaciones que se dan entre los distintos microsistemas en donde se encuentra inmerso el individuo; se identifica la reciprocidad que existe entre las interrelaciones que se producen entre microsistemas.

La principal función del mesosistema desde el enfoque del desarrollo humano es potencializar su desarrollo y facilitar su adaptación a entornos en donde se involucra de forma directa y constantemente. Por su parte, Bronfenbrenner describe que la función que cumplen las relaciones entre microsistemas es compartir información, es decir, experiencias, tradiciones, actitudes y valores. Pueden ser distintas las fuentes por las cuales se comparte esta información y la influencia se denota en la percepción que el individuo en desarrollo obtenga de estos entornos en los que se encuentra interactuando (Bronfenbrenner, 1987).

3.4.2.3 Exosistema

En estos entornos, la persona no se encuentra como un participante activo, sin embargo, suceden acontecimientos que afectan de forma considerable al entorno del individuo en desarrollo. Ocurre lo que se ha determinado como un desbordamiento que influye en el microsistema del individuo, incluso determina la tensión que se pueden generar en ambos niveles. La importancia de la atención que se le debe prestar a este nivel es poder identificar los diversos efectos que tradicionalmente se han estado ignorando y que se generan indirectamente en el desarrollo de la persona.

Contar con contextos y mecanismos de participación en una comunidad propicia el desarrollo a nivel personal de todos los integrantes de esta. Esto lo permite el exosistema, pues mediante el desarrollo de asociaciones, organizaciones, instalaciones y servicios se fomenta el desarrollo comunitario. Las intervenciones que se produzcan a nivel exosistémico influirán de forma directa a los microsistemas, modificando comportamientos de la persona involucrada en estos (Bronfenbrenner, 1987).

3.4.2.4 Macrosistema

El macrosistema es el nivel más externo de la persona, constituye el conjunto de creencias e ideologías que caracterizan a una sociedad. De igual forma, su influencia se observa en el ámbito de la subcultura (grupos étnicos, clases sociales, entre otros). La influencia del macrosistema estará determinada por el período sociocultural en que se encuentre la sociedad, así como la ideología del momento o los eventos socioculturales.

El bienestar psicológico de una persona estará determinado por el sano desarrollo a nivel psicológico de la misma. Por lo tanto, si en alguno de sus niveles en los que se encuentre durante este desarrollo sufre alguna discrepancia, directamente afectará a este. Durante la pandemia por COVID-19, claramente el macrosistema influyó en este desarrollo personal, pero, además, afectó directamente a los niveles inferiores. En el caso del personal de salud, los eventos que se producían en su entorno de trabajo (exosistema) afectaban directamente a su micro y mesosistema. Después de este periodo de crisis mundial, los niveles ecológicos se encontraban tan vulnerables que, ante cualquier mínima amenaza se vulneraban nuevamente, esto se nota reflejado en las consecuencias que se presentaron a nivel personal, familiar y social. Dicho de otro modo, lo ocurrido en el macrosistema y exosistema afectaron al mesosistema y microsistema en donde la persona se encontraba en desarrollo produciéndole principalmente estragos a nivel emocional-psicológico tal es el caso como ansiedad o estrés postraumático dificultándole de esta forma un desarrollo personal sano y por lo tanto un deseado bienestar psicológico.

CAPÍTULO IV

COVID-19

4.1 COVID-19

La enfermedad por COVID-19 se detectó a finales de 2019 en China, en un mercado de mariscos y animales silvestres en la Ciudad de Wuhan. Los estudios referentes a la epidemiología de esta enfermedad detectaron su rápida propagación, sobre todo en las personas que laboraban en este mercado, así como en aquellas que lo frecuentaban. Así mismo se detectó que los síntomas de la enfermedad se presentaban de forma más severa en adultos y adultos mayores (Wu y McGoogan, 2020).

El agente viral causante de esta enfermedad fue relacionado con el agente de SARS, sin embargo, era distinto, un nuevo virus de la familia de los Coronaviridae, llamado así por su cápsula lipoprotéica de forma esférica rodeada de múltiples espículas (glicoproteínas-S) que le dan aspecto de corona; se le denominó SARS-COV-2 (Escudero et al., 2020). A inicios de 2020 ya se había extendido por distintas regiones de China y los casos iban en aumento. Finalmente, en marzo de 2020 la Organización Mundial de la Salud exhortó a todos los países a tomar medidas e incrementar los esfuerzos ante la mayor emergencia sanitaria del mundo moderno, se declaró oficial la pandemia de COVID-19 (Ghebreyesus, 2020).

La transmisión de esta enfermedad se da por contacto directo con las personas infectadas mediante fluidos nasales, gotas de saliva o por secreciones respiratorias. El crecimiento exponencial de los casos positivos se puede explicar porque el virus suele permanecer en superficies de metal o de plástico de 24 a 72 horas, una persona infectada puede contagiar de dos a cinco personas más, además la media de los días de incubación es de cinco a seis días, lo que aumenta que la probabilidad propagar la enfermedad con casos asintomáticos.

Los síntomas más comunes de la enfermedad se relacionan con fiebre, tos, fatiga, dificultad para respirar, dolor de garganta y dolor de cabeza, en algunos casos se presentan síntomas gastrointestinales como náuseas, vómitos y diarrea (Rothan et al. 2020). Estos síntomas pueden evolucionar generando complicaciones tales como el síndrome de distrés respiratorio agudo, fallo respiratorio agudo, fallo multiorgánico o la muerte del paciente (Huang et al. 2020).

4.2 COVID-19 en México

Las primeras medidas que México implementó a partir del primer caso reportado en febrero de 2020 fueron el aislamiento social, lavado de manos y uso obligatorio de cubrebocas, a finales de marzo se cerraron actividades en escuelas, centros comerciales, cines, teatros, iglesias, gimnasios entre otros. Así mismo, se ordenó el cierre laboral de establecimientos de servicios no prioritarios, aquellos ajenos a la salud, alimentación, transporte, y comunicación (Livingston y Bucher, 2020).

El gobierno y el sistema de salud implementó diversas estrategias que permitieron que las personas ejecutaran algunas medidas necesarias para evitar contagiarse y seguir propagando la enfermedad. Los ciudadanos fueron adaptándose a cada una de estas medidas, por lo que adoptaron una normalidad totalmente distinta a lo que hasta ese momento se conocía. Por ejemplo, los alumnos de todos los niveles tomaron clases online, incrementaron los trabajos vía remota (home office), se implementaron nuevos negocios como los pedidos de insumos a domicilio, el uso de redes sociales se incrementó sobre todo para entretenimiento, pero al mismo tiempo se convirtió en una oportunidad para generar dinero a través de contenido diverso para todas las edades. Así mismo, se cancelaron festividades que implicaban aglomeraciones y se adaptaron a los medios audiovisuales para seguir las compartiendo con los distintos grupos sociales (García-Bolaños y Villasís-Keever, 2020).

4.3 Los efectos sociales y personales por COVID-19

Socialmente, la enfermedad por COVID-19 causó reacciones muy diversas en la sociedad, por ejemplo, las personas escépticas se negaron a ejecutar las recomendaciones, lo que los puso en peligro directamente. Los rituales luctuosos se prohibieron, acompañar a los enfermos en los hospitales no fue una opción y

cremar a los fallecidos fue una forma de mitigar los contagios. Todo esto, afectó en las costumbres y tradiciones de la población (García-Bolaños y Villasís-Keever, 2020).

El confinamiento generó pensamientos relacionados al deseo de regresar a la rutina, los planes con amigos o seres queridos y regresar a la escuela. Sin embargo, se ha generado como resultado un nuevo término “la nueva normalidad”, apareció para representar cómo la pandemia transformó por completo la vida humana (García-Bolaños y Villasís-Keever, 2020).

4.4 Repercusiones en el área médica por COVID-19

El área de la salud fue sin duda la primera barrera para enfrentar la crisis sanitaria, lo que implicó el desgaste de los recursos humanos e insumos para la atención primaria. Además, las instalaciones al inicio de la pandemia no eran las adecuadas para brindar la atención requerida, lo que fue necesario modificar y adaptar hospitales de todo el país, dando prioridad la atención a los pacientes infectados. Así mismo, se contrataron temporalmente a más de seis mil médicos y 12 mil enfermeras y ante la falta de equipo de protección personal su exposición al virus fue mortal. Lo anterior es indiscutible que fue imprescindible el equipamiento de todas las unidades médicas (Chou et al.,2020).

En todos los países afectados por la enfermedad, el personal médico, de enfermería, de intendencia, laboratoristas y camilleros no se vieron exentos a contagiarse, al contrario, incluso algunos de ellos perdieron la vida. Se ha calculado que de todos los casos con COVID-19, el 15% corresponde al personal de salud. Por esta razón, se ha convertido prioridad el cuidado de la salud mental del personal en hospitales COVID-19 pues el miedo al contagio, la saturación de los hospitales y observar diariamente la alta mortalidad en terapias intensivas llevaron al desgaste físico y emocional (García-Bolaños y Villasís-Keever, 2020).

MÉTODO

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La enfermedad por COVID-19 que empezó a propagarse a finales de 2019 obligó a más de un sector de la sociedad a tomar medidas relacionadas al cuidado de su salud, como el confinamiento. Las consecuencias derivadas no solo han sido de interés en ese tiempo, sino que siguen siendo relevantes en las investigaciones postpandemia. La rápida propagación de la pandemia, la ausencia de una vacuna y su transmisión fulminante ha afectado específicamente a más de un sistema de salud público, sobre todo en su capacidad de reacción y alcance de atención primaria. Las afectaciones no solo radican en las consecuencias a nivel fisiológico, económico y recursos sanitarios, sino que se ha puesto especial atención en las consecuencias psicológicas que se han presentado y seguirán presentándose (Roldán-Jiménez, 2020).

El personal de salud durante una pandemia fue el capital más importante de una institución sanitaria, su constante capacitación debería suponer un favorable desempeño laboral para mejorar la atención, disponibilidad del servicio, su calidad y accesibilidad. Sin embargo, estudios realizados en India y China demostraron la presencia alta de depresión (47%) y ansiedad (50%) entre el personal de salud que cuida de pacientes con COVID-19, además de estrés en el lugar de trabajo, aislamiento social y discriminación (Liu et al., 2020). Los datos estadísticos sobre profesionales de la salud afectados por Covid-19 en México, divulgadas por la Secretaría de Salud federal, revelan que 240 mil trabajadores del sector contrajeron la enfermedad en el año 2020 y 2021. Las cifras de las defunciones del personal de salud en el año 2021 se encontraban en 4 mil 57 trabajadores de la salud, entre especialistas en medicina, enfermería, odontología, laboratoristas y empleados de unidades médicas, superando al número de casos registrados en el país más afectado por la pandemia a nivel mundial (Estados Unidos). Lo que indica que en México falleció un trabajador de salud por cada 59 trabajadores enfermos de Covid-19 (López-Martínez et al., 2021). La ansiedad de acuerdo con Lazarus (1966) es el resultado de una serie de procesos puramente cognitivos de valoración de los

estímulos de las situaciones en relación con las habilidades de afrontamiento identificadas. Por su parte, la regulación emocional de acuerdo con Gross (1998), es la capacidad de adaptar el estilo cognitivo a las demandas situacionales, permitiendo la toma de decisiones y preparando al individuo para respuestas motoras inmediatas. El bienestar psicológico es el afán que expresa el sentir positivo y el pensamiento constructivo sobre sí mismo de un individuo, de esta forma puede perfeccionarse y cumplir su potencial (Ryff y Keyes, 1995).

La ansiedad deja de ser un síntoma funcional y se vuelve un problema cuando se convierte en una patología; es decir, cuando los síntomas son tan intensos que no permiten que la persona que los padece pueda ser funcional en sus actividades cotidianas (Chacón et al., 2021). Los trastornos de ansiedad son de los grupos de trastornos mentales más frecuentes en el mundo con una prevalencia a nivel mundial de 7.3% (Baxter et al., 2013). De la misma forma, son más comunes en mujeres que suelen presentar al mismo tiempo una comorbilidad en depresión y estrés postraumático (Craske y Stein, 2016). Los niveles de ansiedad de acuerdo con estudios recientes se han incrementado por la pandemia del COVID-19 pues obligó a las personas a permanecer en confinamiento, motivo por el cual se han identificado repercusiones en el estado emocional de las personas. En México Torres et al., (2020) reportan en su estudio que el 35.1% de los participantes refieren presentar ansiedad, taquicardia y falta de aire durante el confinamiento. Por su parte, Galindo et al. (2020) señalan la tendencia de una media de ansiedad del 12%, mientras que el 20.8% presentaba síntomas de ansiedad grave. Un estudio más mostró que el impacto emocional, en este caso, la preocupación, la ansiedad, la tristeza o el enojo, incrementaron en función del tiempo de confinamiento (Lugo et al., 2021).

La investigación realizada por Anticona y Madonado (2017) al personal de salud identificó que el 75% del personal padece ansiedad donde los niveles se distribuyeron de la siguiente manera: Mínima (24,06%), leve (31,53%), moderada (34,02%) y grave (10,38%). La relación encontrada entre este padecimiento y el desempeño del personal fue que precisamente los síntomas de ansiedad influyen

negativamente a nivel biopsicosocial, implicando ausentismo laboral, deterioro en el desempeño de las funciones y por lo tanto una ausencia de bienestar psicológico en el personal afectado.

Utilizar estrategias desadaptativas como medio de manejo emocional es un problema porque le genera a la persona un malestar psicológico y emocional, además se puede identificar su relación con una deficiencia en la respuesta conductual ante el acontecimiento estresante. Así mismo, se intensifica la sensación de falta y pérdida del control en las reacciones de la persona (Contreras et al., 2007). De esta manera, la problemática por no saber manejar las emociones implica caer en actos violentos, agresiones y una discrepancia a nivel social e individual.

Los problemas que pueden generarse ante un déficit de regulación emocional determinan la sintomatología ansiógena y depresiva, así como en la conducta disruptiva (motricidad excesiva, conductas de desobediencia o déficits de atención) (Caqueo-Urizar et al., 2020). Estudios realizados han demostrado que regular las emociones mediante estrategias desadaptativas es un factor importante para la generación y mantenimiento de trastornos mentales (Aldao et al., 2016). Siguiendo este orden de ideas, en el estudio realizado por Zimmermann y Iwanski, (2014) se presenta la evidencia sobre el aumento del uso de la rumiación como una estrategia desadaptativa de regulación emocional, que además ha sido relacionada como un elemento importante en el desarrollo y mantenimiento de los síntomas depresivos en el grupo femenino.

Por otro lado, referente al personal de salud y ante la pandemia estudios recientes han encontrado que, en el control poco adaptativo que consiste en evitar o negar las emociones o acontecimientos que se enfrentan muchos médicos, principalmente varones, quienes están culturalmente impulsados a ignorar sus afectaciones emocionales, priorizaron el trabajo sobre sus necesidades individuales. De esta manera, evitaron mostrar signos de temor o agotamiento considerándolo una debilidad y, por tanto, han sido quienes menos han buscado apoyo emocional ante las crisis teniendo mayor riesgo de usar estrategias desadaptativas para dicho afrontamiento (Muñoz-Fernández, 2020).

La investigación realizada por Giménez et al. (2019) en el personal de enfermería logró identificar que de las estrategias desadaptativas para regular las emociones predomina la estrategia de catastrofización, seguida de la de culpar a otros, con una media de 8.88 y 8.26 respectivamente. De forma general en esta investigación, la media del uso de estrategias desadaptativas osciló en el 54.00 mientras que el uso de estrategias adaptativas reportó un 53.41.

Por otro lado, la ausencia de bienestar psicológico deteriora la eficiencia del uso de potencialidades que la persona puede usar y que se ven implicadas en su trabajo, recreación y convivencia. Así mismo, se pueden presentar el deterioro en el cuidado personal del individuo, adoptando conductas no saludables tales como: consumo de sustancias nocivas, descuido en la alimentación saludable, el consumo de alcohol y tabaco, trastornos del sueño, entre otras situaciones que dificultan el funcionamiento oportuno del individuo (Pérez Padilla et al., 2011). De la misma forma, ante la ausencia del bienestar psicológico, la salud mental estaría deteriorada provocando en la persona afectada frustración, baja autoestima, incapacidad para tomar decisiones, culpa, bloqueo mental, ansiedad, depresión, entre otras afecciones (Durán 2010). Ahora bien, el mismo estudio reporta la intensa carga emocional en las mujeres del personal de salud durante la crisis sanitaria.

La pandemia por COVID-19 afectó a todos los sectores de la sociedad; sin embargo, en el ámbito de la salud el personal de salud sufrió repercusiones emocionales que se generaron por estar involucrados en el enfrentamiento a situaciones estresantes y difíciles que retaron los mecanismos de regulación emocional y a la capacidad de adaptación a la vida cotidiana para mantener un bienestar psicológico óptimo (Muñoz-Fernández et al., 2020). De igual forma, de los factores que incrementaron los síntomas negativos en el personal de salud y, por lo tanto, una desregulación emocional y una ausencia de bienestar psicológico fueron las largas jornadas laborales sometiéndolos a una gran presión y al miedo incesante de infectarse al cuidar a los pacientes.

De acuerdo con Instituto Nacional para la Excelencia en Salud y Atención (2021) se estima que entre el 10 y el 20% de las personas persistirán con un

conjunto de síntomas tales como: fatiga, cefalea, ansiedad, niebla mental, insomnio, tos, disnea, dolor torácico, artralgias, mialgias y diarrea (entre otros), todos ellos fluctuantes y heterogéneos en características e intensidad, a estos síntomas se le ha denominado síntomas Post-COVID. La problemática en la presencia de estos síntomas radica en el desconocimiento que puede generar en la persona afectada al no saber cómo manejarlos, incluso en producir confusión de su presencia sin la persistencia notoria de los contagios, de la cuarentena y de la enfermedad misma.

La enfermedad por COVID-19 representó un reto para el sistema sanitario, esto fue porque el personal de salud debía priorizar la atención a sus pacientes aún con el riesgo de contagiarse, por tal motivo a nivel emocional, regular cada una de las emociones experimentadas durante la crisis sanitaria fue necesario para brindar la mejor atención. La importancia de identificar aquellas estrategias de afrontamiento utilizadas por el personal de salud para hacerle frente a situaciones como una crisis sanitaria permite analizar entre otros elementos, la calidad del servicio brindado, pero también la calidad de salud mental que poseen. Se asume que el personal de salud tiene las herramientas suficientes para hacerle frente a crisis de la salud. Sin embargo, las investigaciones ya mencionadas demuestran, por un lado, las deficiencias en los sistemas sanitarios al no tener los insumos y estrategias suficientes para brindar la atención primaria y determinar la recuperación de los pacientes. Por otro lado, se detecta el deterioro del bienestar psicológico del personal de atención primaria, no hay duda que la falta de insumos, de espacio, de medicamentos, la muerte de familiares y colegas generan miedo, incertidumbre, episodios de ira que desencadenan síntomas ansiosos, estresores que dificultan el desempeño, pero además se hacen visibles estrategias de afrontamiento de estas emociones que no siempre son favorecedoras, por ejemplo la catastrofizar cada caso presentado, rumiar pensamientos negativos en torno a su desempeño o auto culparse por no salvar todas las vidas posibles.

De esta forma, las recientes investigaciones y las que se encuentran en curso en el personal del área de la salud, tienen el objetivo de identificar la prevalencia de la ansiedad, el manejo de las estrategias de regulación emocional e identificar el

bienestar psicológico a dos años de que la enfermedad por COVID-19 se considerará pandemia, lo que se denominará etapa PostCOVID-19. En este sentido, la relevancia de seguir generando investigaciones referentes a la salud mental después de la pandemia por COVID-19 en el personal de salud lleva a plantear la siguiente **pregunta de investigación**: ¿Existirá relación entre los síntomas postCOVID-19, la Regulación Emocional, la Ansiedad y el Bienestar Psicológico en el personal de salud de la Jurisdicción Sanitaria de Atlacomulco? Proponiendo como **objetivo general**: Identificar la relación que existe entre las repercusiones de la Ansiedad, el uso de Estrategias Desadaptativas y el impacto psicológico postCOVID-19 en el Bienestar Psicológico del personal de salud de la Jurisdicción Sanitaria de Atlacomulco. Así mismo se exponen los siguientes **objetivos específicos**: Describir los síntomas postCOVID-19 del personal de salud de la Jurisdicción Sanitaria de Atlacomulco; identificar las distintas estrategias desadaptativas, identificar los niveles de ansiedad, identificar el bienestar psicológico, y finalmente, comparar los síntomas postCOVID-19, la regulación emocional específicamente el uso de estrategias desadaptativas, la ansiedad y el bienestar psicológico entre hombres y mujeres del personal de salud de la Jurisdicción sanitaria de Atlacomulco.

HIPÓTESIS

H_a : Existe relación estadísticamente significativa entre los síntomas postCOVID-19, la Regulación Emocional, la Ansiedad y el Bienestar Psicológico en el personal de salud de la Jurisdicción Sanitaria de Atlacomulco.

H_0 : No existe relación estadísticamente significativa entre los síntomas postCOVID-19, la Regulación Emocional, la Ansiedad y el Bienestar Psicológico en el personal de salud de la Jurisdicción Sanitaria de Atlacomulco.

TIPO DE ESTUDIO

De acuerdo con Hernández et al., (2014) la presente investigación por su nivel de medición y análisis de información es de tipo cuantitativa y comparativa y por su

ubicación temporal es de tipo transversal no experimental para lo cual se empleó un muestreo de tipo no probabilístico.

VARIABLES

SÍNTOMAS POSTCOVID-19

DEFINICIÓN CONCEPTUAL

Los síntomas PostCOVID-19 es una condición que regularmente se diagnostica 3 meses después del inicio de la enfermedad por COVID-19, al menos 2 meses y los síntomas no pueden ser explicados por un diagnóstico alternativo. Los síntomas pueden ser diferentes a los experimentados durante un episodio de COVID-19 agudo o persistir desde la enfermedad inicial. Los síntomas también pueden cambiar o reaparecer con el tiempo (Organización Panamericana de la Salud, SF)

DEFINICIÓN OPERACIONAL

Serán las respuestas que emitan los participantes al Cuestionario de Impacto Psicológico del Coronavirus (CIPC) (Sandín et al. 2020).

ANSIEDAD

DEFINICIÓN CONCEPTUAL

La ansiedad es un mecanismo de defensa de orden fisiológico que se presenta principalmente ante una amenaza, generalmente suele generar sensaciones desagradables tales como: preocupación, desabrimiento, intranquilidad, hiperventilación entre otros, se vuelve patológico cuando la respuesta es incontrolable y persistente (Chacón et al., 2021).

DEFINICIÓN OPERACIONAL

Serán las respuestas que emitan los participantes a la escala DASS (Depression, Anxiety, and Stress Scales 42 (DASS-42); Lovibond & Lovibond, 1995).

BIENESTAR PSICOLÓGICO

DEFINICIÓN CONCEPTUAL

El bienestar psicológico se define como la percepción de la calidad de vida la cual refleja la experiencia y el desempeño psicológico favorable (Ryff, 1989).

DEFINICIÓN OPERACIONAL

Serán las respuestas que emitan los participantes a la Escala de Bienestar Psicológico (Ryff's Psychological Well-being Scale) creada por Ryff (1989).

REGULACIÓN EMOCIONAL

DEFINICIÓN CONCEPTUAL

La regulación emocional se define como el proceso que llevamos a cabo para influir en las emociones que experimentamos, los momentos en que las experimentamos, cómo las experimentamos y la forma en que expresamos nuestras emociones (Gross, 1998).

DEFINICIÓN OPERACIONAL

Serán las respuestas que emitan los participantes al Cuestionario Cognitivo de Regulación Emocional (Cognitive Emotion Regulation Questionnaire [CERQ]) diseñado por Garnefski, Kraaij y Spinhoven (2001).

INSTRUMENTOS

ANSIEDAD

El instrumento que se utilizó para la medición de la variable ansiedad será la escala DASS (Depression, Anxiety, and Stress Scales 42 (DASS-42); Lovibond & Lovibond, 1995). Esta escala contiene 42 reactivos divididos en tres escalas incluyendo 14 reactivos en cada una, contando con una escala de respuesta de 0 a 3, siendo 0 "no me aplicó" y 3 "me aplicó mucho". El objetivo de este instrumento es proporcionar una medición de los síntomas presentes en la depresión, ansiedad y estrés. Para fines de esta investigación se utilizará la escala de Ansiedad DASS la cual se centra en la excitación fisiológica, el miedo y pánico. La escala ha reportado niveles aceptables de consistencia interna con alfas de Cronbach que oscilan entre

.84 para la ansiedad, .90 para el estrés y .91 para la depresión. Asimismo, mostró índices apropiados en los análisis de validez convergente (Lovibond y Lovibond, 1995).

BIENESTAR PSICOLÓGICO

En la medición de la variable Bienestar psicológico se utilizó la Escala de Bienestar Psicológico (Ryff's Psychological Well-being Scale) desarrollada por Ryff (1989). La versión en español que se empleará en esta investigación fue adaptada por Díaz et al. (2006) la cual está conformada por 29 reactivos agrupados en seis dimensiones (Autoaceptación, Relaciones positivas, Autonomía, Dominio del entorno, Crecimiento personal y Propósito en la vida).

Referente al factor **autoaceptación** se pretende identificar las principales características de del funcionamiento positivo del individuo; el factor **dimensiones positivas** identifica si la persona cuenta con relaciones de calidad con las demás personas, teniendo a quien amar; por su parte el factor **autonomía** pretende encontrar si la persona cuenta con la capacidad de elegir por sí misma, tomando sus propias decisiones para sí mismo, a pesar de si van en contra de la mayoría, mantiene sus convicciones y su independencia personal. En la dimensión **dominio del entorno**, se identifica el manejo de las exigencias y oportunidades de su ambiente para satisfacer sus necesidades y capacidades; por su parte en el factor de **crecimiento personal** se ha de identificar la capacidad de la persona para aprovechar sus habilidades, capacidades y talentos que le permita seguir creciendo como persona, finalmente, en el factor de **propósitos en la vida** se identificará si el individuo tiene metas claras y capacidad para definir objetivos vitales.

Las propiedades psicométricas de la escala han sido evaluadas reiteradamente encontrando buenos indicadores. Específicamente, la confiabilidad de la escala presenta alfas de Cronbach entre .70 y .84. Asimismo, la validez factorial se comprobó mediante un análisis factorial confirmatorio donde se encontraron que el modelo se ajustó de manera adecuada ($X^2 = 615.76$, $df = 345$, $AIC = 788.16$, $CFI = .05$, $NNFI = .94$ y $RMSEA = .04$) (Díaz et al., 2006).

REGULACIÓN EMOCIONAL

Para medir las estrategias de la variable regulación emocional se empleó el Cuestionario Cognitivo de Regulación Emocional (Cognitive Emotion Regulation Questionnaire [CERQ]) diseñado por Garnefski, Kraaij y Spinhoven (2001). Este es uno de los instrumentos más empleado para medir las estrategias de regulación emocional el cual se construyó con el objetivo de analizar no solamente el estilo cognitivo general, sino también el tipo de estrategia emocional empleado para manejar una situación emocional. Con un total de 36 reactivos divididos en nueve factores (Aceptación, Focalización Positiva, Reinterpretación Positiva, Poner en Perspectiva, Focalización en los Planes, Autoculparse, Rumiación, Culpar a Otros y Catastrofización) esta escala examina estrategias de regulación emocional inadecuadas y también funcionales.

Para responder a esta escala se presentan cinco opciones de respuesta en un formato tipo Likert que va de 1 (casi nunca) hasta 5 (casi siempre). En los diversos estudios que han analizado sus propiedades psicométricas se han encontrado índices adecuados. Para la consistencia interna, las alfas de Cronbach han oscilado entre .68 y .93. Asimismo, el CERQ ha obtenido buenos indicadores de validez convergente y discriminante (Garnefski & Kraaij, 2007).

IMPACTO PSICOLÓGICO DEL CORONAVIRUS

El impacto psicológico se entiende cómo el conjunto de cambios de comportamientos, pensamientos o emociones que aparecen, o se intensifican, como consecuencia de la experiencia de algún tipo de situación que implica una pérdida, un daño o una amenaza intensos, importantes o prolongados (Moreno et al., 2020).

Para identificar el impacto psicológico de la pandemia por COVID 19 se utilizó el cuestionario de impacto psicológico, siendo un instrumento de autoinforme con 9 escalas independientes, desarrollado por Sandín et al. (2020). Este cuestionario tiene el objetivo de medir los efectos psicológicos relacionados con la pandemia por COVID-19. Incluye 93 reactivos divididos en las siguientes nueve escalas: Experiencia con el Coronavirus (ECOV), Uso de los Medios de Comunicación (UMC), Conductas Asociadas al Confinamiento (CAC), Uso de Conductas

Preventivas (UCP), Escala de Miedo al Coronavirus (EMC), Escala de Distrés (ED), Escala de Síntomas de Estrés Postraumático (ESEP), Escala de Interferencia por el Coronavirus (EIC) y Escala de Experiencias Positivas ante las Adversidades (EEPA). Para fines de esta investigación se utilizaron las escalas ECOVI, EMC, ED y EEPA. La consistencia interna de las dimensiones oscila entre $\alpha = .79$ y $\alpha = .93$ (Sandín et al., 2020).

POBLACIÓN

La población para la presente investigación estuvo conformada por el personal de salud de la Jurisdicción Sanitaria de Atlacomulco. El personal de salud son todas las personas involucradas en actividades para preservar la salud y comprende a quienes proporcionan los servicios (médicos, enfermeras, parteras, odontólogos, trabajadores comunitarios y trabajadores sociales, personal de laboratorio, gabinete, farmacéuticos, personal auxiliar).

MUESTRA

Se empleó un muestreo no probabilístico por conveniencia. Con la finalidad de obtener la muestra adecuada se siguieron los criterios postulados por Aiken et al., (2003) y Hurlburt (2006). Considerando un nivel de significancia de .05 el tamaño de efecto de .30 (mediano) y una potencia de .80, se determinó que el tamaño de la muestra debe ser de 90 participantes como mínimo. En la presente investigación se incluyeron 183 participantes (91 médicos, 71 enfermeras, nueve odontólogos, siete nutriólogos y cinco psicólogos).

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pertener al personal de Salud de la Jurisdicción Sanitaria de Atlacomulco.
- Trabajar o haber trabajado en la atención de pacientes.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Ser personal de salud perteneciente a otra jurisdicción sanitaria.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- No contestar completos los instrumentos.
- Dejar varias preguntas en blanco.
- Contestar con dos opciones o más una sola pregunta.
- Presentar consistencia en las respuestas.

DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Para el presente trabajo de investigación, de acuerdo con los objetivos propuestos, se empleó un diseño de investigación no experimental de tipo correlacional (Hernández et al., 2014).

CAPTURA DE INFORMACIÓN

Para obtener los datos de la presente investigación se siguió el siguiente proceso:

1. Se acordó la colaboración en la investigación con la Jurisdicción Sanitaria
2. Se les presentaron el consentimiento informado, explicando las generalidades de la investigación solicitando que lo firmen.
3. Se les entregaron los instrumentos al personal que decidió participar.
4. Posteriormente se leyeron las instrucciones y se resolvieron dudas con respecto a los instrumentos.
5. La duración de la aplicación fue de 35-40 minutos.
6. Al finalizar se revisó cada uno para evitar posibles omisiones en la información.
7. Por último, se agradeció la participación.

PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

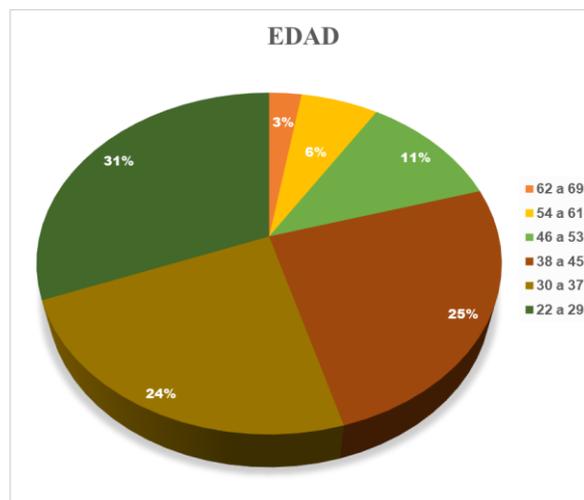
De acuerdo con la captura de la información, se utilizó la prueba de correlación de Pearson. El análisis se llevó a cabo mediante el programa de SPSS (IBM SPSS Statistics, Versión 28.0) trabajándose con un nivel de significancia de .05 y un intervalo de confianza de 95%. La prueba de hipótesis establece que, si r calculada es igual o mayor a la r de tabla, la hipótesis nula se rechaza.

RESULTADOS

De acuerdo con los instrumentos aplicados a la muestra del personal sanitario de la Jurisdicción Sanitaria de Atlacomulco, se llevó a cabo un análisis descriptivo de las variables sociodemográficas y las variables de estudio, reportando de las primeras los siguientes resultados:

Figura 1.

Edad.



De acuerdo con el gráfico el 38% del personal de salud de la muestra participante tiene una edad oscilante de entre 22 a 31 años (Figura 1).

Posteriormente, se realizó la segunda parte de los análisis descriptivos cuya finalidad ha sido identificar los niveles que se presentaron en cada variable de estudio. Referente a la variable Impacto Psicológico del Coronavirus se obtuvieron los siguientes resultados:

Cuestionario de Impacto Psicológico del Coronavirus

Con base en los resultados obtenidos en el Cuestionario de Impacto Psicológico del Coronavirus, los síntomas más presentados en la muestra del Personal Sanitario de la Jurisdicción Sanitaria son el Distrés, seguido de Miedo al Coronavirus; mientras

que los menos presentados son Experiencia con el coronavirus y Estrés Postraumático (Véase tabla 1).

Tabla 1

Estadísticos descriptivos de los Síntomas PostCOVID-19

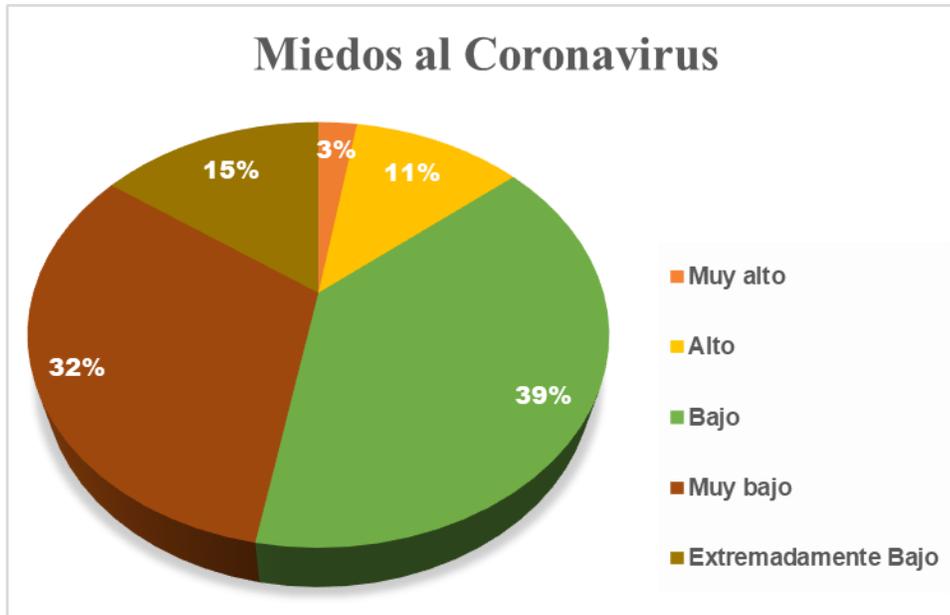
Estadísticos	MC	EC	D	EPA	EP
Media	16.44	3.13	23.82	12.26	3.72
Mediana	26	3	24	10	2
Moda	23	3	30	6	0
Desviación estándar	7.73	1.5	9.11	8.85	4.93
Mínimo	0	0	0	0	0
Máximo	40	6	40	44	32

Nota. * MC: Miedo al Coronavirus; EC: Experiencia con el Coronavirus; D: Escala de Distrés; EPA: Escala de Experiencias Positivas ante las adversidades; EP: Escala de Estrés postraumático.

Dentro de cada síntoma se puede profundizar en el nivel de cada uno de estos. Para llevar a cabo la categorización de cada nivel se utilizó como criterio la media y la desviación estándar.

Figura 3.

Miedos al Coronavirus.



Para la escala de miedos al coronavirus, se identifica que el nivel de este miedo en el personal de salud después de la pandemia es bajo, ya que el 39% de los participantes se encuentran en este nivel (Figura 3).

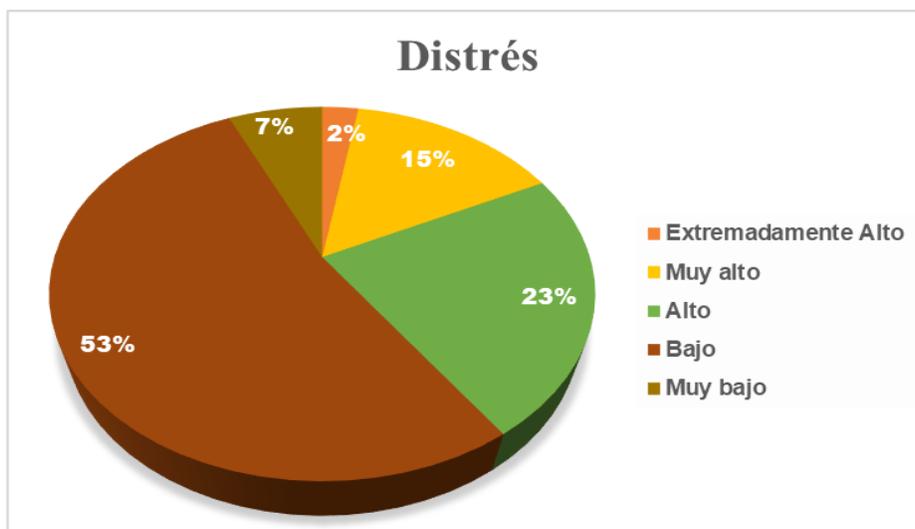
Nota. A partir de esta gráfica, la categorización de los participantes con respecto al puntaje obtenido en las variables se llevó a cabo con base en la media y la desviación estándar (considerando 3 DE positivas y 3 DE negativas).

Figura 4. Experiencia con el coronavirus.



Con respecto a las experiencias con el coronavirus, el 59% de los participantes se encuentran en un nivel alto, lo que indica que incluso después de la pandemia se siguen presentando casos en los que el personal de salud está en contacto directo (figura 4).

Figura 5. Escala de distrés.



El distrés presentado por el personal de salud en el post-COVID es bajo, pues el 53% de la muestra participante se encuentran en este nivel (Figura 5).

Figura 6. *Experiencias Positivas.*



Para el factor experiencias positivas se encontró que el 38% de los participantes han tenido experiencias positivas después de la pandemia (Figura 6).

Figura 7. *Estrés postraumático*



Con respecto de la escala de estrés postraumático se identifica que el personal de salud de la Jurisdicción no padece de estrés postraumático, puesto que el 67% de la muestra se encuentra en un nivel extremadamente bajo (Figura 7).

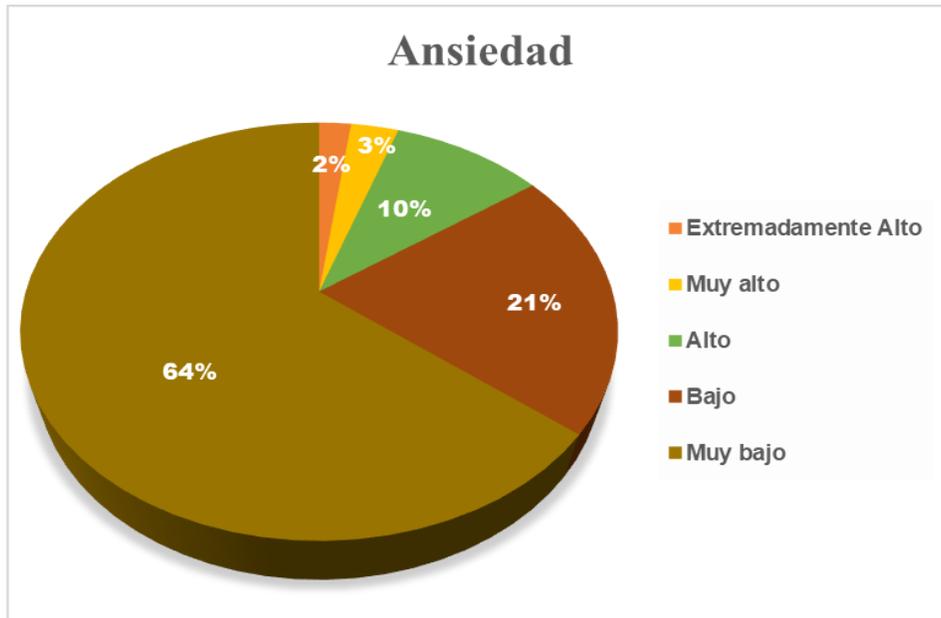
Por otro lado, de los análisis descriptivos de la escala de ansiedad se identifican los siguientes resultados:

Tabla 2.

Frecuencia de los niveles de Ansiedad que presenta el personal de salud de la Jurisdicción Sanitaria de Atlacomulco.

ANSIEDAD	F	%
Extremadamente alto	4	2%
Muy alto	6	3%
Alto	19	10%
Bajo	40	21%
Muy bajo	124	64%
Extremadamente bajo	0	0%
TOTAL	193	100%

Figura 8. Ansiedad.



El personal de salud de la Jurisdicción Sanitaria de Atlacomulco, de acuerdo con el gráfico presentado, presenta ansiedad en niveles muy bajos, siendo que el 64% de la muestra participante se encuentra en este nivel (Figura 8).

Con respecto a los análisis descriptivos de la variable Bienestar Psicológico se encontraron los siguientes resultados.

Escala de Bienestar Psicológico

De acuerdo con los resultados identificados, el personal de salud de la Jurisdicción Sanitaria de Atlacomulco presenta una tendencia más alta en la dimensión de crecimiento personal y propósito de vida (Tabla 3).

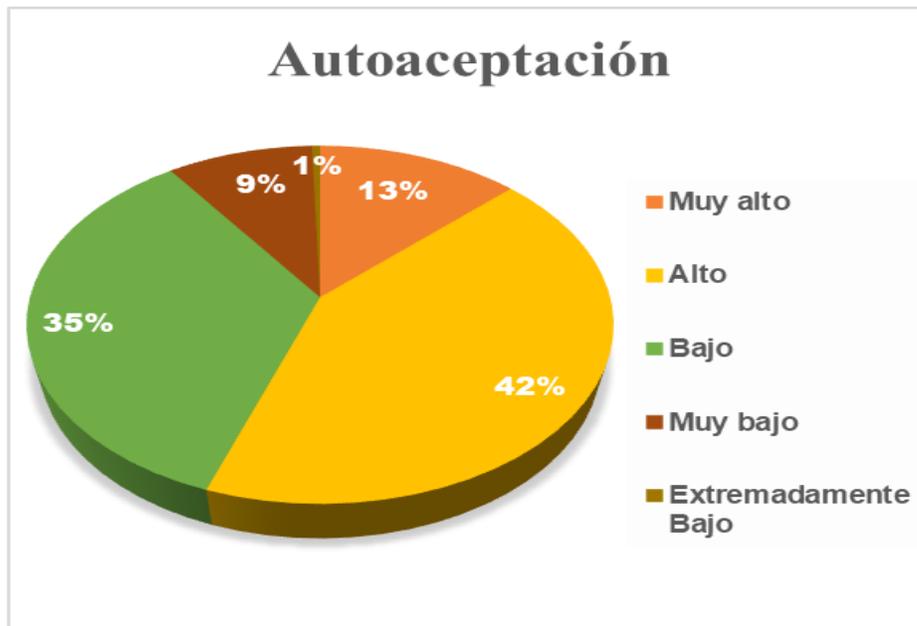
Tabla 3.

Dimensiones del Bienestar Psicológico del personal de salud de la Jurisdicción Sanitaria de Atlacomulco.

Estadísticos	Autoaceptación	Relaciones positivas	Autonomía	Dominio del entorno	Crecimiento personal	Propósito de vida
Media	21.16	20.09	26.05	21.94	26.13	23.01
Mediana	22	19	26	22	26	23
Moda	24	18	22	20	24	22
Desviación Estándar	4.87	3.97	5.35	3.88	4.02	4.23
Mínimo	1	1	1	1	1	1
Máximo	30	30	40	30	35	30

Así mismo, se presenta a continuación el análisis descriptivo de cada una de las dimensiones del bienestar psicológico.

Figura 9. Autoaceptación.



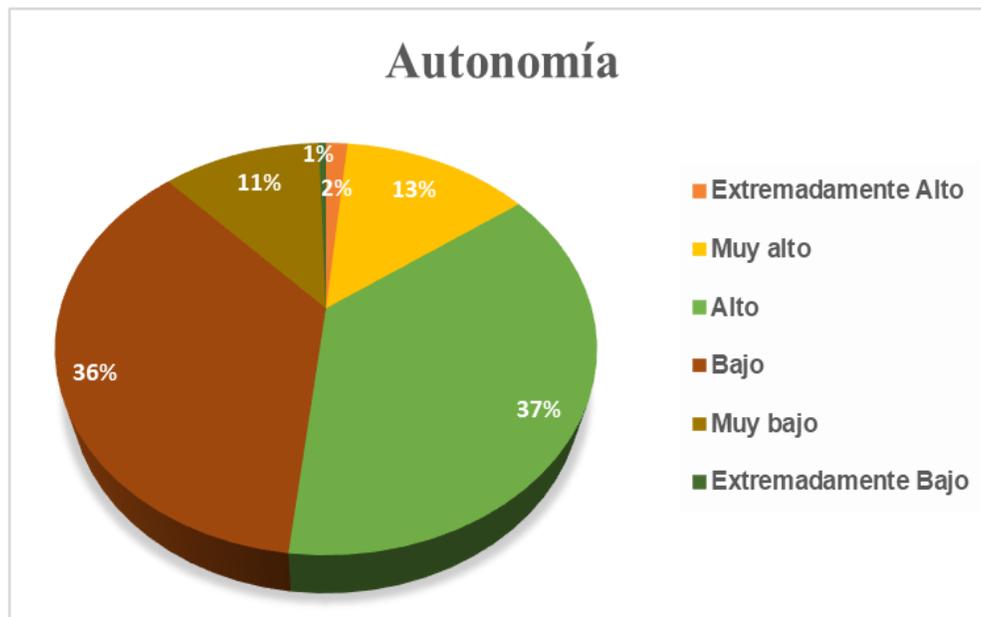
En la dimensión autoaceptación, se puede observar que el nivel predominante en el personal de salud es alto, siendo que el 42% de la muestra reporta contar con esta característica (Figura 9).

Figura 10. Relaciones positivas.



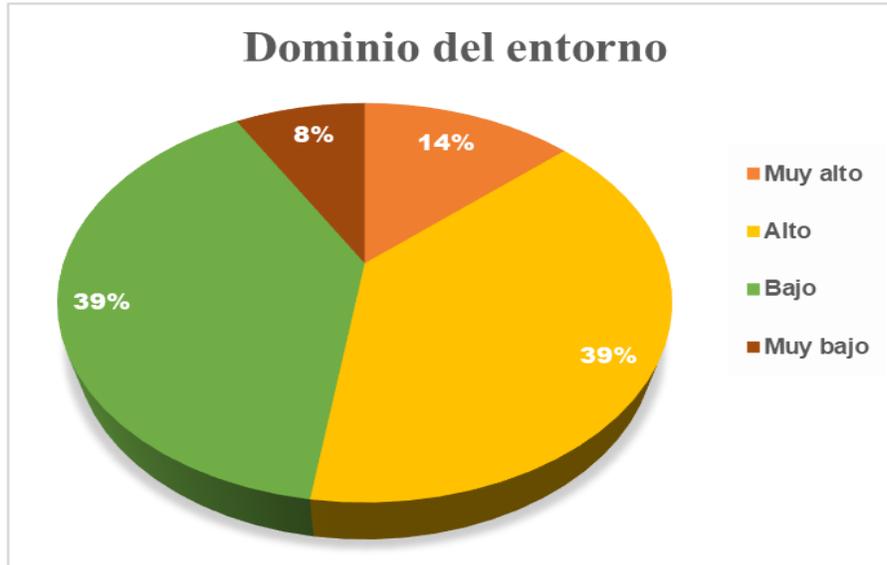
Con respecto a las relaciones positivas que presenta la muestra participante reporta que cuentan con escasas relaciones positivas, dado que el 43% se encuentra en el nivel bajo (Figura 10).

Figura 11. *Autonomía.*



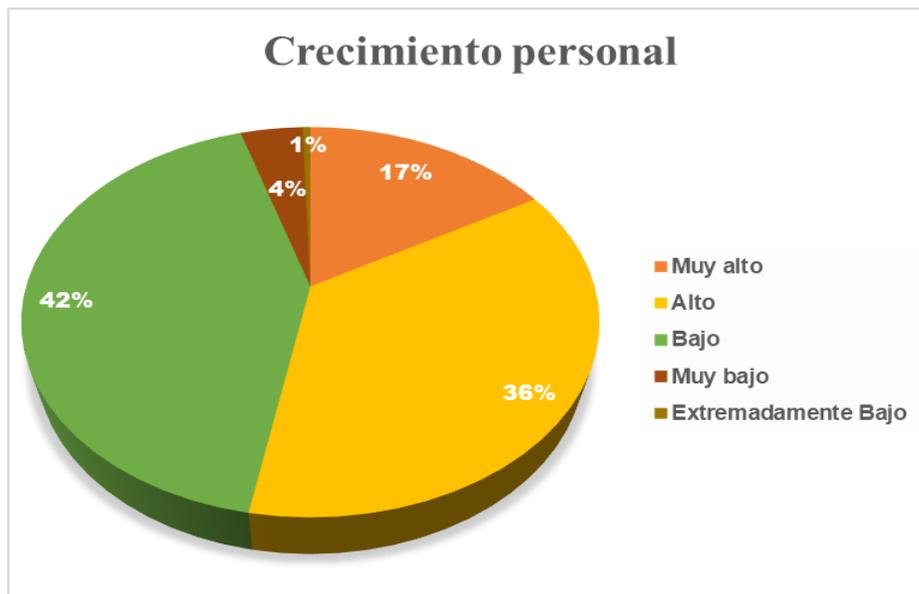
De acuerdo con los resultados obtenidos en la dimensión de autonomía, se observa que existe una nula diferencia entre el nivel bajo y alto teniendo 36% y 37% respectivamente, lo que indica que la presencia de esta dimensión en el personal de salud puede estar determinado por otros factores externos (Figura 11).

Figura 12. *Dominio del entorno.*



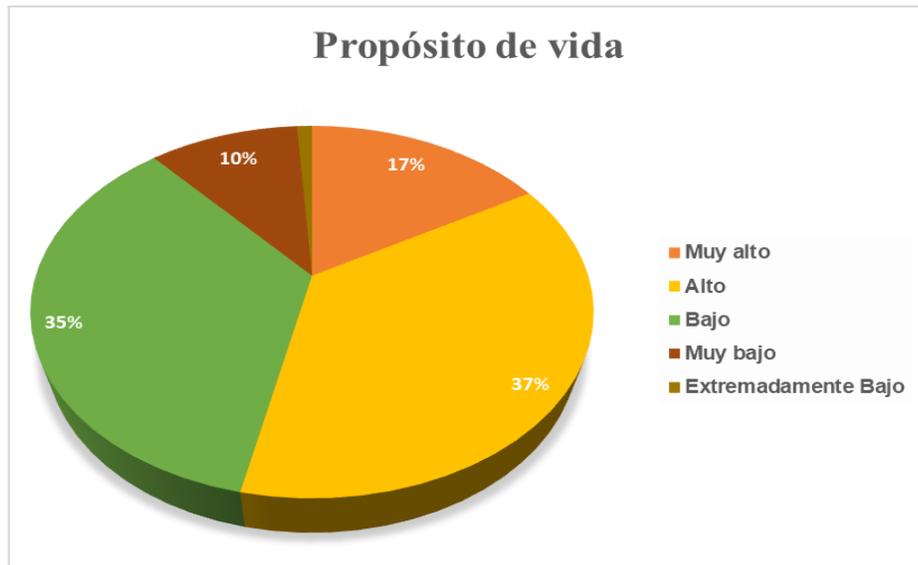
En cuanto al dominio del entorno, los resultados encontrados se sitúan en el nivel bajo y alto; encontrándose el 39% de la muestra ubicada en estos niveles (Figura 12).

Figura 13. *Crecimiento personal*



De acuerdo con el gráfico, se puede observar que el personal no es impulsado por su crecimiento personal, puesto que el 42% de la muestra se encuentra en el nivel bajo en esta dimensión (Figura 13).

Figura 14. *Propósito de vida.*



En la dimensión propósito de vida, se puede observar que el personal de salud mantiene un buen propósito de vida, siendo que el 37% de los participantes se encuentra en el nivel alto (Figura 14).

Finalmente, para concluir estos análisis descriptivos, se presentan los siguientes datos correspondiente a la variable estrategias desadaptativas.

Estrategias desadaptativas

El Cuestionario Cognitivo de Regulación Emocional (Cognitive Emotion Regulation Questionnaire [CERQ]) identifica el uso de estrategias desadaptativas como medio de afrontamiento emocional. De acuerdo con los resultados obtenidos, el personal de salud presenta una media más alta en la estrategia desadaptativa culpar a otros, seguida de rumiación, catastrofización y finalmente de autoculpa (Véase tabla 4).

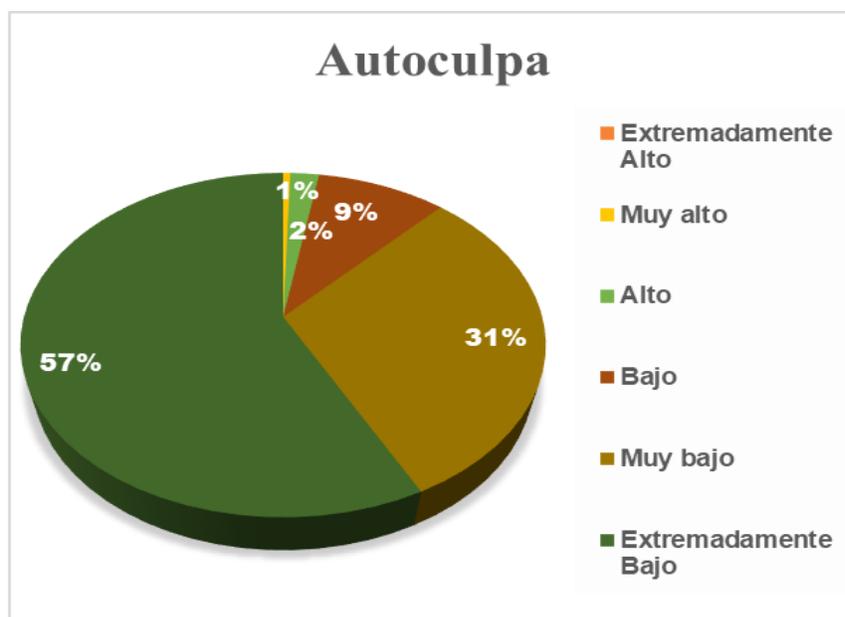
Tabla 4

Estrategias Desadaptativas en el personal de salud de la Jurisdicción Sanitaria de Atacomulco.

Estadísticos	Autoculpa	Rumiación	Catastrofización	Culpar a otros
Media	2.75	4.35	4.01	5.18
Mediana	2	4	3	5
Moda	0	0	4	0
Desviación estándar	2.94	3.84	3.56	3.85
Mínimo	0	0	0	0
Máximo	16	16	16	16

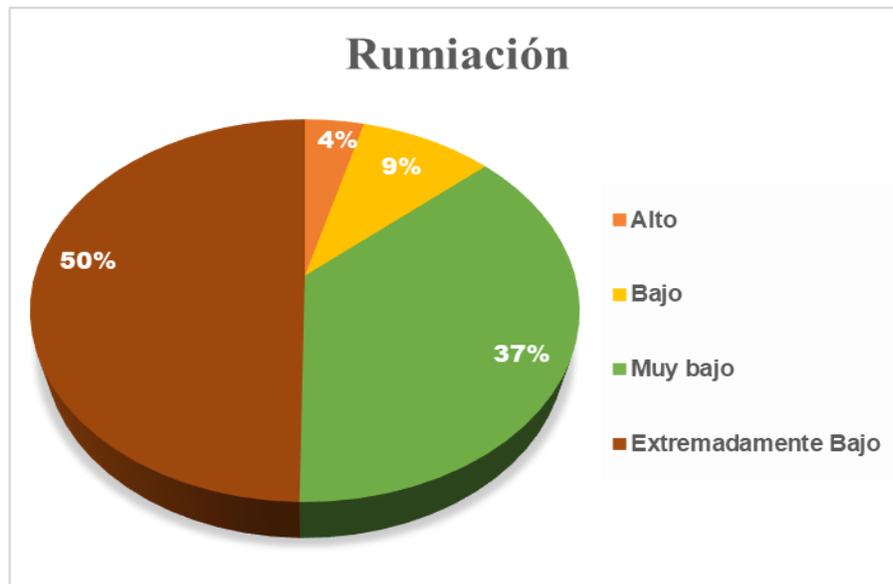
A continuación, se presentan los análisis descriptivos de cada estrategia desadaptativa de regulación emocional de la siguiente manera:

Figura 15. Autoculpa.



De acuerdo con los resultados obtenidos en la estrategia de autoculpa, se puede identificar que el personal de salud, después de la pandemia por COVID-19, no siente autoculpa, puesto que el 57% de la muestra participante se encuentra en el nivel extremadamente bajo (Figura 15).

Figura 16. Rumiación



Con respecto a la estrategia desadaptativa rumiación se encontró que el personal de salud no usa esta estrategia como media de regulación emocional, siendo que el 50% de la muestra se ubica en el nivel extremadamente bajo (Figura 16).

Figura 17. Catastrofización



Con respecto de la estrategia de catastrofización, el personal de salud no hace uso de esta estrategia, observándose que el 51% de la muestra participante se encuentra en la categoría extremadamente bajo (Figura 17).

Figura 18. *Culpa a otros.*



De acuerdo con el gráfico, se identifica hay una tendencia baja en el uso de la estrategia desadaptativa de culpar a otros, puesto que el 44% de los participantes se ubican en este nivel (Figura 18).

Posteriormente se llevaron a cabo los análisis correlacionales pertenecientes al objetivo general de esta investigación. De acuerdo con los resultados obtenidos en la correlación de Pearson, entre los síntomas post-COVID, ansiedad, estrategias desadaptativas y bienestar psicológico, se encontraron relaciones estadísticamente significativas entre estas variables (Tabla 5).

Los resultados mostraron una correlación estadísticamente significativa, negativa y de baja fuerza entre el bienestar psicológico y Ansiedad ($r=-.266$, $p < .01$). Lo que indica que los niveles de ansiedad presentados por el personal de salud de la Jurisdicción Sanitaria después de la pandemia por COVID-19 mantienen sus repercusiones negativas en el bienestar psicológico del personal de salud. De igual forma, se detectó una relación estadísticamente significativa, negativa y de baja fuerza ($r=-.367$, $p < .01$) entre el bienestar psicológico y el distrés, lo que indica que

ante mayor presencia de distrés como síntoma post-COVID, menor bienestar psicológico va a presentar el personal de salud.

Así mismo, se identificó una correlación estadísticamente significativa, negativa y de baja fuerza entre el bienestar psicológico y las estrategias desadaptativas ($r=-.253$, $p <.01$). Lo que quiere decir que, ante mayor uso de estrategias desadaptativas como medio de manejo emocional, menos bienestar psicológico presenta el personal de salud. Además, de manera específica se encontró una relación estadísticamente significativa, negativa y de fuerza moderada ($r=-.403$, $p <.01$) entre el bienestar psicológico y la estrategia desadaptativa de autculpa, lo que indica que en el personal de salud disminuye su bienestar psicológico ante mayor uso de la autculpa como estrategia de regulación emocional.

Igualmente, se ha logrado identificar una relación estadísticamente significativa, positiva y de fuerza moderada ($r=.438$, $p <.01$) entre Ansiedad y Estrategias desadaptativas, lo que significa que, ante mayor presencia de Ansiedad, mayor uso de estrategias desadaptativas como medio de manejo emocional. Esto sugiere que ante el uso continuo y equivocado de estrategias desadaptativas que permiten el control emocional erróneo, el personal de salud presenta niveles de ansiedad cada vez más patológicos y que por lo tanto su bienestar psicológico puede disminuir.

De las estrategias desadaptativas como método de regulación emocional, se encontró una relación estadísticamente significativa, positiva y de fuerza moderada ($r=.444$, $p <.01$) entre rumiación y ansiedad, lo que quiere decir que, ante mayor focalización de la atención en los aspectos negativos, el personal de salud presenta mayores síntomas de ansiedad. De igual forma se identificó que existe relación estadísticamente significativa, positiva y de fuerza moderada ($r=.407$, $p <.01$) entre autculpa y ansiedad, lo que indica que ante mayor uso de autculpa como medio de manejo emocional, el personal de salud reporta mayor ansiedad.

Referente a los síntomas post-COVID, se encontró una relación estadísticamente significativa, positiva y de fuerza alta ($r=.625$, $p <.01$) entre distrés

y ansiedad, lo que quiere decir que aquel personal de salud que experimentó estrés reporta de igual forma niveles altos de ansiedad. De la misma manera, existe una relación estadísticamente significativa, positiva y de fuerza moderada ($r=.550$, $p <.01$) entre estrés postraumático y ansiedad, lo que indica que, ante la mayor presencia de estrés postraumático, mayores niveles de ansiedad se presentaron en el personal de salud. De igual forma, pero no menos importante, se encontró una relación estadísticamente significativa y de baja fuerza ($r=.263$, $p <.01$) entre miedos y ansiedad, lo que implica que el personal de salud reporta que ante el aumento de la presencia de miedos como lo son los síntomas post-COVID se intensifica la presencia y desarrollo de los niveles de ansiedad.

Lo anterior indica que ante la presencia de los síntomas después de la enfermedad por COVID-19 y ante el uso constante y habitual de estrategias desadaptativas como método de regulación emocional, se intensifica el desarrollo de la ansiedad; además, disminuye el bienestar psicológico. De esta forma se encontró relación estadísticamente significativa, negativa y de baja fuerza ($r=-.277$, $p <.01$) entre ansiedad y autonomía, lo que indica que, ante la presencia de ansiedad, el personal de salud indica no tener autonomía como factor de bienestar psicológico. Finalmente, existe una relación estadísticamente significativa negativa y de fuerza baja ($r=-.245$, $p <.01$) entre ansiedad y autoaceptación, lo que indica que, al presentar ansiedad, no se genera un proceso como se esperaría idealmente de autoaceptación.

Tabla 5

Correlaciones entre Síntomas PostCOVID-19, Ansiedad, Estrategias desadaptativas y Bienestar Psicológico del personal de salud de Jurisdicción Sanitaria de Atlacomulco

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
1 EMC	----																	
2 ECOVI	.223**	----																
3 EEPA	.292**	.027	----															
4 ED	.432**	.110	.115	----														
5 ESEP	.398**	.325**	.168*	.510**	----													
6 ANSIEDAD	.263**	.190**	.141	.625**	.550**	----												
7 Autoculpa	.086	-.087	.002	.447**	.095	.407**	----											
8 Rumiación	.253**	.057	.220**	.472**	.267**	.444**	.584**	----										
9 Catastrofización	.248**	.258**	.277**	.255**	.299**	.298**	.241**	.433**	----									
10 Culpar a otros	.027	-.008	.040	-.049	.027	-.022	-0.3	-0.056	-0.012	----								
11 TOTAL DESADAPTATIVAS	.250**	.097	.225**	.435**	.279**	.438**	.670**	.778**	.665**	.396**	----							
12 Autoaceptación	-.062	-.215**	.066	-.338**	-.90	-.245**	-.389**	.249**	-.187**	.176*	-.236**	----						
13 Relaciones positivas	-.118	-.081	-.65	-.240**	-.130	-.187**	-.276**	-.178**	-.221**	.069	-.228**	.533**	----					
14 Autonomía	-.033	-.106	-.042	-.366**	-.138	-.277**	-.321**	-.275**	-.164*	.183*	-.212**	.676**	.588**	----				
15 Dominio entorno	-.102	-.132	.125	-.327**	-.106	-.228**	.328**	.235**	-.161*	.129	-.220**	.749**	.454**	.597**	----			
16 Crecimiento personal	-.072	-.121	.213**	-.232**	-.144*	-.203**	-.262**	-.083	-.187**	.044	-.180*	.604**	.455**	.479**	.639**	----		
17 Propósito de vida	-.006	-.009	.201**	-.268**	.024	-.147*	-.391**	-.177*	-.063	.166*	-.160*	.772**	.428**	.574**	.764**	.671**	----	
18 TOTAL BP	-.077	-.138	.094	-.367**	-.120	-.266**	-.403**	-.250**	.200**	.162*	-.253**	.892**	.702**	.819**	.851**	.773**	.855**	----

Nota:

** . La correlación es significativa en el nivel 0.01 (bilateral)

* . La correlación es significativa en el nivel de 0.05 (bilateral)

Escala de Miedo al Coronavirus (EMC); Experiencia con el Coronavirus (ECOVI); Experiencias Positivas ante las Adversidades (EEPAs); Escala de Distrés (ED); Estrés Postraumático (ESEP)

De acuerdo con los resultados obtenidos en la prueba t de Student para muestras independientes, se identificaron diferencias estadísticamente significativas entre mujeres y hombres en las dimensiones de Estrés Postraumático y Ansiedad, encontrándose una media más alta en los hombres con respecto al Estrés Postraumático, a diferencia de las mujeres con una media de mientras que en la variable Ansiedad se encontró una media más alta en los hombres siendo a diferencia de las mujeres (Véase tabla 6 y 7).

Tabla6

Comparaciones por sexo de la variable Impacto Psicológico del Coronavirus en el personal de salud de la Jurisdicción Sanitaria de Atlacomulco

Variable	t	Sig.	Hombres		Mujeres	
			Media	Desviación estándar	Media	Desviación estándar
EMC	-.782	.435	17.38	9.860	16.24	7.22
ECOVI	-.320	.750	3.18	1.766	3.09	1.393
EEPA	-.417	.677	24.41	11.010	23.69	8.688
ED	-1.287	.200	14.03	11.679	11.88	8.119
ESEP	-2.355	.020	5.50	7.472	3.33	4.124

Nota: Escala de Miedo al Coronavirus (EMC); Experiencia con el Coronavirus (ECOVI); Experiencias Positivas ante las Adversidades (EEPA); Escala de Distrés (ED); Estrés Postraumático (ESEP)

Tabla 7

Comparaciones por sexo de la variable Ansiedad en el personal de salud de la Jurisdicción Sanitaria de Atlacomulco

Variable	t	Sig.	Hombres		Mujeres	
			Media	Desviación estándar	Media	Desviación estándar
ANSIEDAD	-2.156	.032	8.71	11.234	5.72	6.199

DISCUSIÓN

Durante el confinamiento por la reciente pandemia que agobió a todo el mundo, la población se resguardaba para cuidar su salud y la de sus familiares; sin embargo, para algunos sectores de la sociedad esto fue imposible. La prioridad del personal de salud fue salvaguardar la vida de cada paciente, priorizar su atención y proteger la salud de cada persona que ingresaba a los espacios de atención, todo esto bajo el riesgo propio de contagiarse, de contagiar a sus familias, del miedo a perder un colega y ante la incertidumbre de la evolución del patógeno causante de la enfermedad (La Cruz-Vargas, 2020). Las consecuencias de estas funciones no solo se remitieron al cansancio físico sino a algo más grave: a repercusiones psicológicas y emocionales como ansiedad, estrés, mal uso de recursos emocionales y por lo tanto un deterioro en su bienestar psicológico.

El primer objetivo de la presente investigación fue identificar las estrategias desadaptativas del personal de salud usadas después de la pandemia, así como las características del impacto psicológico por el coronavirus. Los resultados encontrados demuestran que el personal de salud después de tres años de la pandemia presentó bajos niveles de miedo al coronavirus y aunque se siguen presentando experiencias con casos por coronavirus, el 60% del personal de salud presenta niveles bajos de distrés. De igual manera, más de la mitad del personal participante comienza a tener experiencias positivas al enfrentarse a casos de contagios por coronavirus y el 88% ya no está presentando estrés postraumático. En la investigación realizada por Sandin et al. (2020), se encontró que la escala de miedo al coronavirus es la que presenta puntuaciones más altas en la población en cuestión, esto se puede deber a que en el año 2020 era el epicentro de la pandemia, y por lo tanto, distintas emociones también se estaban presentando ante la pandemia en curso, hoy a tres años de ese suceso el miedo ya no es tan intenso.

Referente al uso de estrategias desadaptativas, se encontró que la utilización y el manejo adecuado de estrategias cognitivas de regulación emocional repercute en la percepción de las personas con respecto a su bienestar psicológico (Andrés, 2009). Es decir, en la valoración personal acerca del resultado logrado con cierto

estilo de vida, incluyendo las valoraciones a los aspectos afectivos y cognitivos se ha comprobado que la regulación emocional no es un elemento secundario, sino que es un factor determinante en los indicadores de Bienestar Psicológico, puesto que su objetivo es aumentar la experiencia de emociones positivas y disminuir las experiencias de emociones negativas ante situaciones que resulten ser negativas (Balzarotti et al., 2014).

En las distintas investigaciones que se han desarrollado en torno a la relación entre el bienestar psicológico y la regulación emocional se ha encontrado, por un lado, que no utilizar la reestructuración cognitiva como estrategia de afrontamiento emocional mantiene una relación negativa con el bienestar psicológico. Por otro lado, se presenta una relación negativa entre el bienestar psicológico y la utilización constante de rumiación de experiencias emocionales (Dennis, 2007; Gross 2007). Siguiendo este orden de ideas, en las relaciones encontradas entre las estrategias de regulación emocional y el bienestar psicológico, se detectó que las mujeres presentan una percepción más favorable de bienestar psicológico utilizando estrategias de reinterpretación y refocalización en los planes y focalización positiva. Por el contrario, su percepción de bienestar psicológico disminuye cuando utilizan estrategias de autoculpa, rumiación y catastrofización (Andrés et al., 2014; Domínguez-Lara y Medrano, 2016; Legerstee et al., 2010). En la presente investigación no se encontraron diferencias significativas en torno a la variable sexo. Durante la aplicación de la presente investigación el personal de salud de ambos sexos manifestó el mismo uso de estrategias de afrontamiento desadaptativas.

Otro estudio realizado por Martínez-Pérez y Sánchez-Aragón (2014) en población mexicana, logró identificar la relación entre el bienestar psicológico y la regulación de emociones negativas, sobre todo en el enojo, encontrando que, ante un buen manejo de las emociones, se contribuye al desarrollo del bienestar psicológico. De esta forma, de acuerdo con los resultados de distintos estudios se ha marcado la diferencia entre la utilización de estrategias desadaptativas y adaptativas y su correlación con síntomas de depresión, estrés y ansiedad (D'Augerot, 2018). De la misma forma, la investigación realizada por Paris y Omar (2009) sustenta que los

médicos presentan mayor uso de estrategias desadaptativas lo que los lleva a conductas disruptivas y por tanto son más susceptibles a presentar ansiedad y un menor bienestar psicológico. En los resultados encontrados en la presente investigación se encontró que, aunque los niveles del uso de estrategias desadaptativas ya no son tan altos, sí hay repercusiones en el bienestar psicológico, lo que refuerza la relación negativa entre bienestar psicológico y el uso de estrategias desadaptativas.

Como segundo objetivo específico, se pretendía identificar los niveles de ansiedad que el personal de salud presentaba a dos años de la pandemia. De acuerdo con los resultados, se encontró que el personal de salud padece ansiedad en niveles bajos o normales, siendo similar a la investigación realizada por García-Rivera (2014) donde se encontró que el personal de salud posee estados afectivos emocionales (depresión, ansiedad y estrés) dentro de un rango normal. Ahora bien, en contraste con lo encontrado en el trabajo de Nicolini (2020) y en el de Lai et al. (2020), trabajar en primera línea en los casos presentados por COVID-19 fue un factor de riesgo con grandes consecuencias en la salud mental, sobre todo en la ansiedad, lo que significa que, durante la pandemia, el sector del personal de salud presentó grandes niveles de ansiedad. Lo anterior puede deberse a que, si bien, el personal de salud siempre ha presentado niveles de ansiedad por todos los casos en torno a casos de salud de sus pacientes, a la carga de trabajo, a la exigencia que implica estar en el área, han sido niveles que se han mantenido en el rango bajo y normal. Sin embargo, durante el tiempo de la pandemia por COVID-19, estos niveles se incrementaron a tal grado de presentarse casos de trastornos de ansiedad (Delgado,2020).

Finalmente, como tercer objetivo se buscaba identificar si existía relación entre bienestar psicológico, ansiedad y el uso de estrategias desadaptativas. Los resultados demuestran que ante niveles más altos de ansiedad, el bienestar psicológico del personal de salud de la Jurisdicción sanitaria disminuye y que además usar estrategias desadaptativas como medio de afrontamiento aumenta las probabilidades de padecer ansiedad y por lo tanto disminuye el bienestar

psicológico. Estos resultados son similares a los encontrados en la investigación realizada por Delgado Angulo, (2020) donde se identificó que la ansiedad en niveles altos genera que las personas afectadas no respondan adecuadamente a situaciones peligrosas, sino por el contrario, les generen respuestas y conductas desadaptadas. Aunque en la investigación realizada por Torres Lázaro, (2022) no se encontró relación significativa entre ansiedad y bienestar psicológico en el personal de salud; se encontró relación entre la dimensión autonomía y ansiedad, así como autoaceptación y ansiedad. Similar a lo encontrado en la presente investigación, los resultados mostraron una correlación estadísticamente significativa, negativa y de baja fuerza entre el bienestar psicológico y ansiedad, así como entre ansiedad y autonomía, lo que indica que, ante la presencia de ansiedad, el personal de salud indica no tener autonomía como factor de bienestar psicológico. Finalmente, existe una relación estadísticamente significativa negativa y de fuerza baja entre ansiedad y autoaceptación, lo que indica que, al presentar ansiedad, no se genera un proceso adecuado de autoaceptación influyendo directamente en el bienestar psicológico.

CONCLUSIÓN

Para este trabajo de investigación se concluye que existe relación estadísticamente significativa entre ansiedad, bienestar psicológico y estrategias desadaptativas por lo que se rechaza la hipótesis nula aceptando la hipótesis alterna. De acuerdo con los resultados obtenidos se concluye lo siguiente:

- El impacto psicológico del coronavirus que incluye distrés y miedo al coronavirus tienen relación con ansiedad, estrategias desadaptativas y bienestar psicológico. Específicamente, en la muestra del personal de salud utilizada para esta investigación se halló que mientras mayor presencia de miedo al coronavirus mayor presencia de ansiedad y mayor uso de estrategias desadaptativas, sobre todo de rumiación. Además, ante mayor presencia de distrés mayores niveles de ansiedad, mayor uso de estrategias desadaptativas y menos bienestar psicológico. Lo anterior refleja que, como

resultado del impacto psicológico del coronavirus, los síntomas más presentes fueron distrés y miedo al coronavirus.

- Por su parte, la variable ansiedad se correlacionó con todas las variables del estudio, lo que significa que el personal de salud al presentar niveles altos de ansiedad utiliza estrategias de afrontamiento negativas, además de que su bienestar psicológico disminuye. De los síntomas del impacto por el coronavirus no se encontró relación estadísticamente significativa entre experiencias positivas ante las adversidades. Con respecto a las estrategias desadaptativas, la dimensión sin relación estadísticamente significativa fue culpa a otros y finalmente en la dimensión propósito de vida de la variable bienestar psicológico se encontró una relación estadísticamente significativa de baja magnitud, lo que significa que ante situaciones positivas, el personal de salud tenía herramientas necesarias para afrontar las adversidades durante la pandemia y después de esta no se presentaron casos de ansiedad.

SUGERENCIAS

Para futuras investigaciones respecto al bienestar psicológico y uso de estrategias como medio de afrontamiento emocional en el personal de salud se sugiere tomar en cuenta las siguientes sugerencias:

- Relacionar las variables bienestar psicológico, ansiedad y regulación emocional en personal de salud mexicano, con la finalidad de aportar nuevos resultados y conseguir una consistencia más sólida de la presencia de estas variables específicamente en el sector de la salud en México.
- Realizar más investigaciones en el personal de salud, sobre todo en torno a la variable regulación emocional; específicamente en el uso de estrategias desadaptativas.
- Hacer nuevas investigaciones en el personal de salud lo que permitirá tener una noción más certera acerca de cómo se está manifestando actualmente la ansiedad y cómo repercute en el bienestar psicológico, dando pauta de esta manera a estrategias que permitan abordarlo con eficacia.
- Incluir en próximas investigaciones las variables estado civil, edad, años de servicio ya que a partir de estas variables se pueda ampliar los resultados obtenidos.
- Incrementar las investigaciones con otras variables en esta población, ya que al ser uno de los sectores más importantes de la sociedad se requiere priorizar su salud, sobre todo mental y esto permitirá una asistencia más satisfactoria.
- Hacer una investigación más global (en todo México) permitirá tener una noción más certera de cómo se encuentran actualmente los niveles de estas variables en el personal de salud y será un preámbulo importante para futuras investigaciones, sobre todo si se presenta otro fenómeno como una pandemia.
- Implementar nuevas estrategias como medio de afrontamiento que permitan disminuir la ansiedad en el personal de salud.

- Implementar programas de salud mental en el personal de salud permitiendo que se generen herramientas para poder hacer frente a crisis sanitarias de la magnitud de una pandemia.

REFERENCIAS

- Aldao, A., Gee, DG, De Los Reyes, A. y Seager, I. (2016). La regulación emocional como factor transdiagnóstico en el desarrollo de la psicopatología internalizante y externalizante: Direcciones actuales y futuras. *Desarrollo y psicopatología*, 28 (4pt1), 927-946.
- Aguilar, A. S., Palos, P. A., y Gómez-Maqueo, E. L. (2019). Esquemas desadaptativos tempranos y ansiedad en escolares de México. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 6(2), 15-21.
- Alzate, G., Orozco, S., Ávila, C. (2013). Conductas ansiosas. *Psicoideas*, (2).
- Andrés, M. L. (2009). Presentación de un modelo estructural para explicar la naturaleza de las relaciones entre regulación emocional, personalidad y bienestar psicológico. *Anuario de Proyectos e Informes de Becarios de Investigación*.
- Andrés, M. L., Castañeiras, C. E., y de Minzi, M. C. R. (2014). Contribución de las estrategias cognitivas de regulación emocional en ansiedad, depresión y bienestar en niños de 10 años. Resultados preliminares. *PSIENCIA. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 6(2), 81-89.
- Anticona Escobar, E. D., Maldonado Melgar, M. M. (2017). Ansiedad y depresión en el personal de salud del Hospital Daniel Alcides Carrión, Huancayo–2017.
- Arenas, M. C., y Puigcerver, A. (2009). Diferencias entre hombres y mujeres en los trastornos de ansiedad: una aproximación psicobiológica. *Escritos de Psicología (internet)*, 3(1), 20-29.

Asociación Americana de Psiquiatría. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Guía de consulta. Arlington: American Psychiatric Association, Psiquiatría; 2014. Report No.: ISBN 978-0-89042551-0.

Ayuso, J. L. (1988). Trastornos de angustia. Barcelona: Ediciones Martínez Roca

Balzarotti, S., Biassoni, F., Villani, D., Prunas, A., & Velotti, P. (2014). Individual differences in cognitive emotion regulation: Implications for subjective and psychological well-being. *Journal of Happiness Studies*, 15, 1-19. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10902-014-9587-3>

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological review*, 84(2), 191. <https://doi.org/10.1037//0033-295x.84.2.191>

Bandura, A., y Walters, R.H. (1974). Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad. Madrid: Alianza Editorial.

Bandura, A., y Walters, R.H. (1974). Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad. Madrid: Alianza Editorial.

Baxter, A., Scott, K., Vos, T. y Whiteford, H. (2013). Prevalencia mundial de los trastornos de ansiedad: una revisión sistemática y una metarregresión. *Medicina Psicológica*, 43 (5), 897-910. doi:10.1017/S003329171200147X

Beck, A. T. (2013). Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad. Desclee de brouwer.

Ben-Shahar, T. (2011). Practicar la felicidad. Plataforma.

Borkovec, T. (1994). The nature, functions, and origins of worry. En G. Davey & F. Tallis (Eds.), *Worrying: perspectives on theory assessment and treatment* (pp. 5–33). Sussex: Wiley.

Borkovec, T., Alcaine, O., y Behar, E. (2004). Avoidance Theory of Worry and Generalized Anxiety Disorder. En R. G. Heimberg, C. L. Turk, & D. S. Mennin (Eds.), *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice* (pp. 77-108). New York: Guilford.

- Borkovec, T., Robinson, E., Pruzinsky, T. y DePree, J. (1983). Preliminary exploration of worry: Some characteristics and processes. *Behaviour Research and Therapy*, 21(1), 9-16.
- Brown, T., O'Leary, T., y Barlow, D. (1993). Generalized anxiety disorder. En D. H. Barlow (Ed.), *Clinical Handbook of Psychological Disorders* (2da., Ed., pp-137-189). New York: Guilford.
- Camacho-Mata, Dacia Yurima, Orozco-Ramírez, Luz Adriana, Ybarra-Sagarduy, José Luis, y Compeán-Ortiz, Lidia Guadalupe. (2015). Paradigmas en Psicología Clínica: Perspectiva intrapsíquica e interpersonal de modelos de intervención psicológica apoyados en la evidencia. *Ciencia UAT*, 9(2), 59-67. Recuperado en 20 de marzo de 2023, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-78582015000100059&lng=es&tlng=es.
- Cannon, W.B. (1927): The James-Lange's theory of emotion: a critical examination and an alteration. *American Journal of Psychology*, 39(1-2), 106-124. <https://doi.org/10.2307/1415404>
- Cannon, W.B. (1931). Again, the James Lange and the thalamic theories of emotion. *Psychological Review*, 38(4), 281-295. <https://doi.org/10.2307/1422695>
- Cano Vindel, A.C. (1989). *Cognición, emoción y personalidad: un estudio centrado en la ansiedad Tesis doctoral*) Recuperada de la base de datos de Dialnet (No. 142031) Madrid: Universidad Complutense.
- Caqueo-Urizar, A., Mena-Chamorro, P., Flores, J., Narea, M., y Irarrázaval, M. (2020). Problemas de regulación emocional y salud mental en adolescentes del norte de Chile. *Terapia psicológica*, 38(2), 203-222.
- Carstensen, LL, Isaacowitz, DM y Charles, ST (1999). Tomarse el tiempo en serio: una teoría de la selectividad socioemocional. *Psicólogo estadounidense*, 54 (3), 165–181. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.54.3.165>.

- Cattell, R. B., & Scheier, I.H. (1958). The nature of anxiety: A review of thirteen multivariate analyses comprising 814 variables. *Psychological Reports*, 4(3), 351-388. <https://doi.org/10.2466/pr0.4.3.351-388>
- Chacón, E., Xatruch, D., Fernández, M., y Murillo, R. (2021). Generalidades sobre el trastorno de ansiedad. *Revista Cúpula*, 35(1), 23-36.
- Chertok, A. (1995). *Las causas de nuestra conducta*. Montevideo: Cba.
- Chou, R., Dana, T., Buckley, D. I., Selph, S., Fu, R., & Totten, A. M. (2020). Epidemiology of and risk factors for coronavirus infection in health care workers: a living rapid review. *Annals of internal medicine*, 173(2), 120-136.
- Clark, D., y Beck, A. (2010). *Cognitive therapy of anxiety disorders*. New York: Guilford.
- Clark, D.A., y Beck, A.T. (1999). *Scientific foundations of cognitive theory and therapy of depression*. New York: John Wiley y Sons.
- Clark, D.A., y Beck, A.T. (2012). *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad: Ciencia y práctica*. Bilbao: Desclee de Brower.
- Contreras, F., Esguerra, G. A., Espinosa, J. C. y Gómez, V. (2007). Estilos de afrontamiento y calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) en tratamiento de hemodiálisis. *Acta Colombiana de Psicología*, 10, 169-179
- Craske, M., y Stein, M. (2016). Anxiety. *The Lancet*, 388(10063), 3048-3059. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(16\)30381-6](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(16)30381-6)
- Cuevas, R. P. (2021, 5 mayo). Los retos del personal de salud ante la pandemia de COVID-19: pandemónium, precariedad y paranoia. *Gente Saludable*. <https://blogs.iadb.org/salud/es/desafios-personal-salud-coronavirus/>
- Cuijpers, P., Sijbrandij, M., Koole, S., Huibers, M., Berking, M. y Andersson, G. (2014). Psychological treatment of generalized anxiety disorder: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 34, 130-140

- Dalgleish, T., Yiend, J., Schweizer, S. y Dunn, B. D. (2009). Ironic effects of emotion suppression when recounting distressing memories. *Emotion*, 9, 744-749.
- Damasio, A. (1999). *The feeling of what happens*. London: William Heinemann.
- De Ansorena, A., Cobo, J., & Romero, I. (1983). El constructo ansiedad en psicología: una revisión. *Estudios de Psicología*, 4(16), 31-45. <https://doi.org/10.1080/02109395.1983.10821366>
- de Ansorena, A., Cobo, J., & Romero, I. (1983). El constructo ansiedad en psicología: una revisión. *Estudios de Psicología*, 4(16), 31-45. <https://doi.org/10.1080/02109395.1983.10821366>
- de Ansorena, A., Reinoso, J., y Cagigal, I. (1983). El constructo ansiedad en Psicología: una revisión. *Estudios de psicología*, 4(16), 30-45.
- Del Valle, M., Hormaechea, F. & Urquijo, S. (2015). El Bienestar Psicológico: Diferencias según sexo en estudiantes universitarios y diferencias con población general. *Revista argentina de ciencias del comportamiento*, 7 (3), 6-13.
- Delgado, E., De la Cera, D. X., Lara, M. F., y Arias, R. M. (2021). Generalidades sobre el trastorno de ansiedad. *Revista Cúpula*, 35(1), 23-36.
- Delgado, J.M.; Mora, F. (1998). Emoción y Motivación. Sistema Límbico. En Delgado, J.M.; Ferrús, A.; Mora, F.; Rubia, F. (Eds.). *Manual de Neurociencias*. Madrid: Síntesis.
- Díaz, D., Rodríguez-Carvajal, R., Blanco, A., Moreno-Jiménez, B., Gallardo, I., Valle, C., y Van Dierendonck, D. (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema*, 18(3), 572-577.
- Domínguez Lara, S. A., y Medrano, L. A. (2016). Propiedades psicométricas del cuestionario de regulación cognitiva de las emociones (CERQ) en estudiantes universitarios de Lima. *Psychologia. Avances de la disciplina*, 10(1), 53-67.
- Dueñas Amaya, L. J. (2019). Factores de predisposición genéticos y epigenéticos de los trastornos de ansiedad. *Revista Iberoamericana de Psicología*, 12 (2), 61 - 68. Obtenido de: <https://reviberopsicologia.iber.edu.co/article/view/1570>.

- Durán, M. (2010). Bienestar psicológico: el estrés y la calidad de vida en el contexto laboral. *Revista nacional de administración*, 1(1), 71-84.
- Ellis, A. (2000). *Cómo controlar la ansiedad antes de que le controle a usted*. Grupo Planeta (GBS).
- Encuesta Nacional de Bienestar Autorreportado (ENBIARE) 2021 (inegi.org.mx)
- Escribano, S. A., y Soler, F. J. P. (2013). Cuatro puntos clave en el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos de ansiedad. Four key points in the cognitive behavioral treatment of anxiety disorders.
- Escudero, X., Guarner, J., Galindo-Fraga, A., Escudero-Salamanca, M., Alcocer-Gamba, M. A., & Río, C. D. (2020). La pandemia de Coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19): Situación actual e implicaciones para México. *Archivos de cardiología de México*, 90, 7-14.
- Espinosa Muñoz, M. C., Orozco Ramírez, L. A., y Ybarra Sagarduy, J. L. (2015). Symptoms of anxiety, depression and psychosocial factors in men applying for health care at the first level. *Salud mental*, 38(3), 201-208.
- Foa, E. y Kozak, M. (1986). Emotional processing of fear: exposure to corrective information. *Psychological bulletin*, 99(1), 20-35.
- Foa, E., Huppert, J., y Cahill, S. (2006). Emotional processing theory: An update. In B. O. Rothbaum (Ed.), *Pathological anxiety: Emotional processing in etiology and treatment* (pp. 3–24). New York: Guilford.
- Freud, S. (1894). Manuscrito E: ¿Cómo se genera la angustia? En S. Freud (Ed.), *Obras Completas*, 1 (pp. 228- 234). Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1917). La Angustia. En S. Freud (Ed.), *Obras Completas*, 16 (pp. 357-374). Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1926). Inhibición, síntoma y angustia. En S. Freud (Ed.), *Obras Completas*, 20 (pp. 71-161). Buenos Aires: Amorrortu Editores.

- Freud, S. (1933). Angustia y vida pulsional. En S. Freud (Ed.), *Obras Completas*, 22 (pp. 75-103). Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Galindo-Vázquez, O., Ramírez-Orozco, M., Costas-Muñiz, R., Mendoza-Contreras, L. A., Calderillo-Ruiz, G., y Meneses-García, A. (2020). Síntomas de ansiedad, depresión y conductas de autocuidado durante la pandemia de COVID-19 en la población general. *Gaceta Médica de México*, 156, 298-305. doi: 10.24875/GMM.20000266
- Galletero, J., Guimón, J. (1989). *Clínica de los trastornos de ansiedad*. Madrid: Jaripeo Eds. (Monografías de psiquiatría, num.4)
- Galletero, J., Guimón, J., Echeburúa, E., Yllá, L., y González de Rivera, L. (1989). Etiología de la ansiedad. *Monografías de Psiquiatría*, 1(4), 1-11.
- García-Bolaños, C., & Villasís-Keever, M. Á. (2020). COVID-19: marca un antes y después en México, ¿punto y aparte?, ¿punto y seguido? *Revista mexicana de pediatría*, 87(2), 43-45.
- Garnefski, N., Legerstee, J., Kraaij, V., Van den Kommer, T., & Teerds, J. (2002). Cognitive coping strategies and symptoms of depression and anxiety: a comparison between adolescents and adults. *Journal of Adolescence*, 25, 603-611. doi: 10.1006/jado.2002.0507
- Garrido, I. (2000). *Psicología de la emoción*. Madrid: Síntesis.
- Ghebreyesus, T. A. (2020). Addressing mental health needs: an integral part of COVID-19 response. *World psychiatry*, 19(2), 129.
- Giménez, S., Cuevas, A., y Navarro, A. F. (2019). Análisis de la Regulación Emocional Cognitiva en personal de Enfermería. *Discover Medicine*, 3(2).
- Goddard, A. W., y Charney, D. S. (1997). Toward an integrated neurobiology of panic disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 58(2), 4-12.
- Gratz, K. L. (2003). Risk factors for and functions of deliberate self-harm: an empirical and conceptual review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 192-205.

- Gratz, K. L. y Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26, 41-54.
- Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, 2, 271-299.
- Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of general psychology*, 2(3), 271-299
- Gross, J. J. (1999). Emotion regulation: past, present, future. *Cognition and Emotion*, 13, 551-573.
- Gross, J. J. (2015). Emotion Regulation: Conceptual and Empirical Foundations. En Gross, J. J. (Ed.). *Handbook of emotion regulation*, pp 3-20. New York: The Guilford Press.
- Heimberg, R., Turk, C., y Mennin, D.. (2004). Assesment. En R. G. Heimberg, C. L. Turk, & Mennin (Eds.), *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice* (pp. 219-247). New York: Guilford.
- Hernández, M., Horga de la Parte, J., Navarro, F., y Mira, A. (2007). Trastornos de ansiedad y trastornos de adaptación en Atención Primaria. Recuperado de: <http://publicaciones.san.gva.es/docs/dac/guiasap033ansiedad.pdf>.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). *Diseño de investigación*. México: ediciones Mc. Graw hi.
- Hernández, R., Fernández, C., Baptista, P. (2014). *Metodología de la Investigación*. McGRAW-HILL / INTERAMERICANA EDITORES
- Hervás, G. (2011). Psicopatología de la regulación emocional: El papel de los déficits emocionales en los trastornos clínicos. *Psicología Conductual*, 19, 347-372.
- Hervás, G. y Vázquez, C. (2006). La regulación afectiva: modelos, investigación e implicaciones para la salud mental y física. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 59, 9-36.

- Hervás, G. y Vázquez, C. (2011). What else do you feel when you feel sad? Emotional overproduction, neuroticism and rumination. *Emotion*, 11, 881-895.
- Hervás, G.; Vázquez, C., (2006). Explorando el origen emocional de las respuestas rumiativas: el papel de la complejidad emocional y la Inteligencia Emocional, *Ansiedad y estrés*, 12(2-3), 279-292.
- Hunt, M. G. (1998). The only way out is through: emotional processing and recovery after a depressing life event. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 361-384.
- Ildfonso, B. C. (2017). Generalidades de la neurobiología de la ansiedad. *Revista electrónica de psicología Iztacala*, 20(1), 239-251.
- Instituto Nacional para la Excelencia en Salud y Atención (NICE). 18 Dic 2020 [consultado el 18 de junio de 2021]. Disponible en: www.nice.org.uk/guidance/ng188.
- James, W. (1884). What is an emotion?. *Mind*, 9(34), 188-205
- James, W. (1884). What is an emotion?. *Mind*, 9, 188-205.
- Klein, M. (1932). El significado de las situaciones tempranas de ansiedad en el desarrollo del yo. En M. Klein (Ed.), *Obras completas*, 2, 189-205. Buenos Aires: Paidós.
- Klein, M. (1946). Notas sobre algunos mecanismos esquizoides. En M. Klein (Ed.), *Obras completas*, 3(pp. 10- 33). Buenos Aires: Paidós.
- Koole, S. L. (2009). The psychology of emotion regulation: An integrative review. *Cognition and emotion*, 23(1), 4-41.
- Lai, S., Ruktanonchai, N. W., Zhou, L., Prosper, O., Luo, W., Floyd, J. R., ... y Tatem, A. J. (2020). Effect of non-pharmaceutical interventions to contain COVID-19 in China. *nature*, 585(7825), 410-413.
- Lane, R. D. y Schwartz, G. E. (1987). Levels of emotional awareness: a cognitive-developmental theory and its application to psychopathology. *American Journal of Psychiatry*, 144, 133-143.
- Lange, C.G. (1885). *The Emotions*. Baltimore: Williams and Wilkins.

- Larsen, R. (2009). Las contribuciones del afecto positivo y negativo al bienestar emocional. *Psihologiske teme*, 18 (2), 247-266.
- Larsen, R. J. (2000). Toward a science of mood regulation. *Psychological Inquiry*, 11(3), 129-141.
- Lazarus, R.S., y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Legerstee, J.S., Garnefski, N., Jellesma, F.C., Verhulst, F.C., & Utens, E.M. (2010). Cognitive coping and childhood anxiety disorders. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 19(2), 143-150. doi: 10.1007/ s00787-009-0051-6
- Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford.
- Liu, J., Liao, X., Qian, S., Yuan, J., Wang, F., Liu, Y., ... & Zhang, Z. (2020). Community transmission of severe acute respiratory syndrome coronavirus 2, Shenzhen, China, 2020. *Emerging infectious diseases*, 26(6), 1320.
- Livingston, E., & Bucher, K. (2020). Coronavirus disease 2019 (COVID-19) in Italy. *Jama*, 323(14), 1335-1335.
- López-Ibor, J. J. (1969). *La angustia vital*. Madrid: Paz Montalvo.
- Lugo-González, I., Pérez-Bautista, Y., Becerra-Gálvez, A., Fernández-Vega, M., y Reynoso-Erazo, L. (2021). Percepción emocional del COVID-19 en México: estudio comparación entre la fase 1, fase 2 y medios de información. *Interacciones*, 7, e164. doi: 10.24016/2021.v7.164
- MacLean, P.D. (1993). Cerebral evolution of emotion. En M. Lewis & J.M. Haviland (Eds.), *Handbook of emotions* (pp. 67-83). New York: Guilford Press.
- Marañón, G. (1972). *Sobre la edad y la emoción*. Obras Completas, Tomo III, Conferencias. Madrid: Espasa-Calpe.
- López-Martínez, B. E., Aragón-Castillo, J., Muñoz-Palomeque, M., Madrid-Tovilla, S., & Tornell-Castillo, I. (2021). Calidad de vida laboral y desempeño laboral en médicos

del instituto mexicano del seguro social de bienestar, en el estado de Chiapas. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*, 21(2), 316-325.

McNally, A. M. Palfai, T. P. Levine, R. V. y Moore, B. M. (2003). Attachment dimensions and drinking-related problems among young adults. The mediational role of coping motives. *Addictive Behaviors*, 28, 1115-1127.

Mennin, D., Heimberg, R., Turk, C., y Fresco, D. (2005). Preliminary evidence for an emotion dysregulation model of generalized anxiety disorder. *Behaviour research and therapy*, 43(10), 1281-1310.

Mora, F.; Sanguinetti, A.M. (2004). *Diccionario de Neurociencias*. Madrid: Alianza Dictionaries.

Mowrer, O. (1947). On the dual nature of learning—a re-interpretation of conditioning and problem-solving. *Harvard educational review*, 17, 102-148.

Muñoz-Fernández, S. I., Molina-Valdespino, D., Ochoa-Palacios, R., Sánchez-Guerrero, O., y Esquivel-Acevedo, J. A. (2020). Estrés, respuestas emocionales, factores de riesgo, psicopatología y manejo del personal de salud durante la pandemia por COVID-19. *Acta Pediátrica de México*, 41(S1), 127-136.

Muñoz-Fernández, S. I., Molina-Valdespino, D., Ochoa-Palacios, R., Sánchez-Guerrero, O., y Esquivel-Acevedo, J. A. (2020). Estrés, respuestas emocionales, factores de riesgo, psicopatología y manejo del personal de salud durante la pandemia por COVID-19. *Acta Pediátrica de México*, 41(S1), 127-136.

National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2011). Generalized anxiety disorder and panic disorder in adults: management. Clinical guideline [CG113]. Disponible en www.nice.org.uk

Newman, M., y Llera, S. (2011). A novel theory of experiential avoidance in generalized anxiety disorder: A review and synthesis of research supporting a contrast avoidance model of worry. *Clinical psychology review*, 31(3), 371-382.

- Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS (sf). Condición Post COVID-19. <https://www.paho.org/es/temas/coronavirus/brote-enfermedad-por-coronavirus-covid-19/condicion-post-covid-19>
- Paneque, R., y Juan, P. (2015). Enfermedades y riesgos laborales en trabajadores de servicios de urgencia: revisión de la literatura y acercamiento a Chile. *Medwave Revista Biomédica Revisada Por Pares*, 15(7), s. p.
- Papez, J.W. (1937). A proposed mechanism of emotion. *Archives of Neurology & Psychiatry*, 38(4), 725-743 <https://doi.org/10.1001/archneurpsyc.1937.02260220069003>.
- Parkinson, B., y Totterdell, P. (1999). Classifying affect-regulation strategies. *Cognition & Emotion*, 13(3), 277-303.
- Pérez de la Mora, M. (2003). Dónde y cómo se produce la ansiedad: sus bases biológicas.
- Pérez Padilla, M., Ponce Rojo, A., Hernández Contreras, J., y Márquez Muñoz, B. A. (2010). Salud mental y bienestar psicológico en los estudiantes universitarios de primer ingreso de la Región Altos Norte de Jalisco.
- Rachman, S. (1980). Emotional processing. *Behaviour Research and Therapy*, 18, 51-60.
- Rachman, S. (2001). Emotional processing, with special reference to post-traumatic stress disorders. *International Review of Psychiatry*, 13, 164-171.
- Rask, C. U., Bonvanie, I. J., y Garralda, E. M. (2018). Risk and protective factors and course of functional somatic symptoms in young people. In *Understanding uniqueness and diversity in child and adolescent mental health*, 77-113. Academic Press.
- Reyes-Ticas JA. Trastornos de ansiedad: Guía práctica para diagnóstico y tratamiento. Biblioteca virtual en salud. Honduras. [en línea]. Disponible en: www.bvs.hn
- Reyes-Ticas, J. (2010). Trastornos de ansiedad: Guía práctica para diagnóstico y tratamiento. Biblioteca virtual en salud.

- Ribes, E., Padilla, A., & Moreno Rodríguez, R. (1996). Un análisis funcional de la práctica científica: extensiones de un modelo psicológico. *Acta Comportamentalia: Revista Latina de Análisis del Comportamiento*, 4, 205-235.
- Rodríguez, Y. R., y Berrios, A. Q. (2012). El bienestar psicológico en el proceso de ayuda con estudiantes universitarios. *Revista Griot*, 5(1), 7-17.
- Rodríguez-Morales, A. J., Sánchez-Duque, J. A., Hernández Botero, S., Pérez-Díaz, C. E., Villamil-Gómez, W. E., Méndez, C. A., y Paniz-Mondolfi, A. (2020). Preparación y control de la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) en América Latina. *Acta medica peruana*, 37(1), 3-7.
- Roldán-Jiménez, C., Pérez-Cruzado, D., Neblett, R., Gatchel, R., y Cuesta-Vargas, A. (2020). Central sensitization in chronic musculoskeletal pain disorders in different populations: a cross-sectional study. *Pain Medicine*, 21(11), 2958-2963.
- Rothan, H. A., Stone, S., Natekar, J., Kumari, P., Arora, K., & Kumar, M. (2020). The FDA-approved gold drug auranofin inhibits novel coronavirus (SARS-COV-2) replication and attenuates inflammation in human cells. *Virology*, 547, 7-11.
- Ryff, C. y Singer, B. (2008). Know thyself and become what you are: A Eudaimonic approach to psychological well-being. *Journal of Happiness Studies*, 9 (1), 13-39.
- Ryff, C. (1989). Happiness Is Everything, or Is It? Explorations on the Meaning of Psychological Well-Being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57 (6), 1069–1081. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.57.6.1069>
- Samaniego, A., Urzúa, A., Buenahora, M., y Vera-Villaruel, P. (2020). Sintomatología asociada a trastornos de salud mental en trabajadores sanitarios en Paraguay: efecto COVID-19. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology*, 54(1), e1298-e1298.
- Sanders, S. K., y Shekhar, A. (1995). Regulation of anxiety by GABAA receptors in the rat amygdala. *Pharmacology, biochemistry, and behavior*, 52(4), 701–706. [https://doi.org/10.1016/0091-3057\(95\)00153-n](https://doi.org/10.1016/0091-3057(95)00153-n)

- Sandín, B., Valiente, R. M., García-Escalera, J., y Chorot, P. (2020). Impacto psicológico de la pandemia de COVID-19: Efectos negativos y positivos en población española asociados al periodo de confinamiento nacional. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 25(1).
- Seligman, M.E. (1971). Phobias and preparedness. *Behavior therapy*, 2(3), 307-320. [https://doi.org/10.1016/s0005-7894\(71\)80064-3](https://doi.org/10.1016/s0005-7894(71)80064-3).
- Shanafelt, T. D., West, C. P., Sinsky, C., Trockel, M., Tutty, M., Wang, H., ... & Dyrbye, L. N. (2022, March). Changes in burnout and satisfaction with work-life integration in physicians and the general US working population between 2011 and 2020. In *Mayo Clinic Proceedings* (Vol. 97, No. 3, pp. 491-506). Elsevier.
- Sierra, J., Ortega, V., & Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Malestar e subjetividade*, 3(1), 10-59.
- Skinner, B.F. (1969). *Contingencies of reinforcement, a theoretical analysis*. New York: Appleton Century Crofts. Skinner, B.F. (1977). *Ciencia y conducta humana*. Barcelona: Fontanella
- Solano, A. C. (2009). El bienestar psicológico: cuatro décadas de progreso. *Revista interuniversitaria de formación del profesorado*, 23(3), 43-72.
- Somers J., Goldner E., Waraich P., (2006). Prevalence and incidence studies of anxiety disorders. A systematic review of literature. *Can J Psychiatry*; 51: 100-113
- Somers, J., Goldner, E., Waraich, P., Hsu, L. (2006). Prevalence and incidence studies of anxiety disorders: a systematic review of the literature. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 51(2), 100–113. <https://doi.org/10.1177/070674370605100206>
- Spielberger, C.D. (1972). Anxiety as an emotional state. En C.D. Spielberger (Ed.), *Anxiety Behavior* (pp. 23-49). New York: Academic Press.
- Spielberger, C.D. (1972). Conceptual and methodological issues in anxiety research. En C.D. Spielberger (Ed.), *Anxiety: Current trends in theory and research* (pp. 481–492). New York: Academic Press.

- Stanton, A. L., Kirk, S. B., Cameron, C. L. y Danoff-Burg, S. (2000). Coping through emotional approach: scale construction and validation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78, 1150-1169.
- Thayer, R. E., Newman, J. R., y McClain, T. M. (1994). Self-regulation of mood: Strategies for changing a bad mood, raising energy, and reducing tension. *Journal of personality and social psychology*, 67(5), 910
- Thompson, R. (1994). Emotion regulation: A theme in search of a definition. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59, 25-52.
- Torres, M., Almazán, A., y De Dienheim, P. (2020). Estado emocional durante el aislamiento por COVID-19. *Milenaria, Ciencia y Arte*, (16), 5-8. Recuperado a partir de <https://www.milenaria.umich.mx/ojs/index.php/milenaria/article/view/119>
- Tull, MT, Barrett, HM, McMillan, ES y Roemer, L. (2007). Una investigación preliminar de la relación entre las dificultades de regulación emocional y los síntomas de estrés postraumático. *Terapia conductual* , 38 (3), 303-313.
- Valle, MD, Betegón, E. e Irurtia, MJ (2018). Efecto del uso de estrategias cognitivas de regulación emocional sobre los niveles de ansiedad en adolescentes españoles. *Suma Psicológica* , 25 (2), 153-161.
- Wadlinger, H. A., y Isaacowitz, D. M. (2011). Fixing our focus: Training attention to regulate emotion. *Personality and Social Psychology Review*, 15(1), 75-102.
- Watson, J.B. (1919). *Psychology: From the standpoint of a behaviorist*. Philadelphia and London: Lippincott. <https://doi.org/10.1037/10016-000> Watson, J.B. (1976). *El conductismo*. Buenos Aires: Paidós
- Wells, A. (1995). Metacognition and worry: A cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behavioral and cognitive psychotherapy*, 23(3), 301-320.
- Wolpe, J. (1968). Psychotherapy by reciprocal inhibition. *Conditional reflex: a Pavlovian journal of research & therapy*, 3(4), 234-240.

Wu, Z., & McGoogan, J. M. (2020). Characteristics of and important lessons from the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak in China: summary of a report of 72 314 cases from the Chinese Center for Disease Control and Prevention. *jama*, 323(13), 1239-1242.

Ylla L. (2009). Algunos aspectos psicodinámicos de los trastornos de ansiedad. *ASMR Revista Internacional*

Zimmermann, P., y Iwanski, A. (2014). Emotion regulation from early adolescence to emerging adulthood and middle adulthood: Age differences, gender differences, and emotion-specific developmental variations. *International journal of behavioral development*, 38(2), 182-194.