



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO

CENTRO UNIVERSITARIO UAEM ATLACOMULCO

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA



PROYECTO DE TESIS

**“ESTRÉS, ESTRATEGIAS ADAPTATIVAS Y BIENESTAR
PSICOLÓGICO POST-COVID-19 EN EL PERSONAL DE SALUD
DE LA JURISDICCIÓN SANITARIA ATLACOMULCO”**

PRESENTA:

KARIME VILCHIS GARZA

NO. DE CUENTA:

1924300

ASESOR:

DR. ARTURO ENRIQUE OROZCO VARGAS

CU UAEM ATLACOMULCO, 2024

ÍNDICE

RESUMEN	5
ABSTRACT	6
INTRODUCCIÓN	7
MARCO TEÓRICO.....	8
CAPÍTULO I	8
ESTRÉS.....	8
1.1 Definición de estrés.....	8
1.2 Etiología del estrés.....	9
1.3 Momentos de la respuesta al estrés	12
1.4 Tipos de estrés	13
1.5 Teorías del estrés	14
1.5.1. Teorías Basadas en la Respuesta	14
1.5.2 Teorías basadas en el Estímulo	16
1.5.3 Teorías Interaccionales.....	17
1.5.4 Teoría tipo A vs. Tipo B.	19
1.6 Personal de la salud y la presencia del estrés	19
CAPÍTULO II	22
ESTRATEGIAS ADAPTATIVAS.....	22
2.1 Definición de regulación emocional.....	22
2.2 Definición de estrategias adaptativas.....	23
2.3 Estrategias adaptativas.....	24
2.3.1 Reevaluación	24
2.3.2 Reenfoque	25
2.3.3 Reenfoque Positivo.....	25

2.3.4 Reenfoque en la Planeación.....	25
CAPÍTULO III	26
BIENESTAR PSICOLÓGICO	26
3.1 Definición de bienestar.....	26
3.2 Definición de bienestar psicológico	27
3.3 Teorías dentro del bienestar psicológico.....	28
3.3.1 Teoría multidimensional de Riff	28
3.3.2 Teoría de la Autodeterminación (TAD) de Deci y Ryan	29
3.3.3 Teoría de las Discrepancias Múltiples (TDM) de Michalos	33
3.4 Determinantes del bienestar psicológico.....	34
CAPÍTULO IV	35
PANDEMIA POR COVID-19	35
4.1 COVID-19	35
4.2 Consecuencias de la pandemia por COVID-19 en la salud mental.....	36
4.3 El personal de la salud ante la COVID-19.....	37
MÉTODO.....	39
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	39
HIPÓTESIS	43
TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	43
VARIABLES	43
INSTRUMENTOS	45
POBLACIÓN	47
MUESTRA	47
CRITERIOS DE INCLUSIÓN	48
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	48

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN	48
DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	48
CAPTURA DE INFORMACIÓN.....	48
PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN	49
RESULTADOS	50
DISCUSIÓN	66
CONCLUSIONES.....	69
SUGERENCIAS	71
REFERENCIAS.....	72

RESUMEN

El estrés es parte fundamental en la cotidianidad del ser humano para su supervivencia en lucha o huida, el cual llega a provocar respuestas tanto físicas como psicológicas; sin embargo, para lograr afrontar las diversas situaciones de estrés es necesario hacer uso de estrategias adaptativas, siendo un método de afrontamiento con efectos positivos y, en consecuencia, obtener así un mayor nivel de bienestar psicológico. Este trabajo tiene como objetivo establecer la relación existente entre el estrés, las estrategias adaptativas y el bienestar psicológico post-COVID presente en los profesionales de la salud pertenecientes a la jurisdicción sanitaria de Atlacomulco.

La variable del estrés se midió con la escala DASS-42 (Lovibond y Lovibond, 1995), para las estrategias adaptativas se emplea el cuestionario CERQ (Garnefski, Kraaij y Spinhoven, 2001); como tercera variable se tiene al bienestar psicológico medida a través de la Escala de Bienestar Psicológico De Ryff (en la versión al español por Díaz, 2006), por último, está el cuestionario CIPC (Sandín et al., 2020) con la finalidad de proporcionar el contexto al escrito, así como las consecuencias en la salud mental post COVID-19 en la muestra de estudio. Los instrumentos mencionados se aplicaron al personal de la salud pertenecientes a la jurisdicción sanitaria de Atlacomulco de ambos sexos en un rango de edad entre los 22 y los 68 años. El presente trabajo está bajo la metodología de tipo correlacional y comparativo.

Palabras clave: Estrés, bienestar psicológico, estrategias adaptativas, post COVID-19, personal de la salud.

ABSTRACT

Stress is a fundamental element in the daily life of human beings for their survival in fight or flight, which causes both physical and psychological reactions. However, to deal with situations, it is necessary to use adaptive strategies. These strategies have positive effects and can lead to a higher level of psychological well-being. The objective of this study is to investigate the correlation between stress, adaptive strategies, and psychological well-being among healthcare professionals in the Sanitary Jurisdiction of Atlacomulco after the COVID-19 pandemic.

Stress levels were measured using the DASS-42 scale (Lovibond and Lovibond, 1995), while adaptive strategies were evaluated using the CERQ questionnaire (Garnefski, et al., 2001). Psychological well-being was assessed using the Ryff Psychological Well-Being Scale (Spanish version by Díaz, 2006). Additionally, the CIPC questionnaire (Sandín et al., 2020) was used to provide the context for the investigation and to evaluate the impact of COVID-19 on mental health in the study sample. The instruments were administered to male and female health personnel within the Sanitary Jurisdiction of Atlacomulco, ranging in age from 22 to 68 years old. This study employs a correlational and comparative methodology.

Key words: Stress, psychological well-being, adaptive strategies, post-COVID-19, health personnel.

INTRODUCCIÓN

El estrés en el personal de salud es un tema relevante en el contexto post COVID-19. La emergencia sanitaria ha ejercido una presión sin precedentes en los profesionales de la salud, quienes han estado en la primera línea de respuesta frente a esta enfermedad. La atención constante a pacientes infectados, la organización del sistema de salud, la escasez de recursos y el propio temor a contagios se han convertido en factores que generan un alto nivel de estrés en estos profesionales. Esta situación tiene implicaciones tanto para su bienestar físico y mental como para la calidad de la atención que brindan. Por lo tanto, es fundamental comprender los desafíos a los que se enfrenta el personal de salud y encontrar estrategias adecuadas para promover su salud y bienestar en este contexto.

Tras la pandemia de COVID-19, el sector sanitario ha sido testigo de retos y transformaciones sin precedentes. A medida que el mundo sigue lidiando con las secuelas de la crisis sanitaria mundial, se ha hecho cada vez más evidente que los profesionales sanitarios necesitan adaptarse y con ello implementar estrategias para la confrontación con las secuelas dejadas por el COVID-19. Con el fin de garantizar la prestación de una atención de alta calidad y salvaguardar la salud pública, el personal sanitario debe adoptar estrategias adaptativas adaptadas a las demandas de su labor. Es así que se estudia la importancia de las estrategias adaptativas en el personal sanitario post COVID-19, así como la empleabilidad de dichas estrategias y los beneficios del uso de éstas.

Por ese mismo motivo, es que se decide estudiar el bienestar psicológico del personal sanitario debido a las dificultades y presiones laborales del personal por la demanda del servicio médico, retos y factores de estrés sin precedentes a los que se han enfrentado; es así como se convierte en un tema de interés a abordar, analizando la prejudicialidad del bienestar psicológico en la población de estudio.

MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO I

ESTRÉS

1.1 Definición de estrés

Dada la finalidad del estudio en el personal de la salud, se presenta la definición de estrés por la Organización Internacional del Trabajo (OIT) estableciendo que el estrés es una respuesta emocional y física a causa del desgaste provocado por la exigencia del individuo al usar sus recursos y capacidades para cumplir con su necesidad de afrontar la situación estresante (OIT, 2016).

De igual manera, la Organización Mundial de la Salud (OMS) define al estrés como aquella reacción que afecta el bienestar mental y físico del ser humano. Si bien, estar bajo una cantidad idónea de estrés es necesaria en el día a día en cuanto a la supervivencia del ser humano (de Camargo, 2004), presentar niveles altos llega a ser un problema para el individuo mediante la presencia de dificultades a nivel físico como: dolores de cabeza, dolor corporal, alteración del sueño y del apetito y a nivel psicológico como algunos problemas de ansiedad o depresión, así como dificultades en la concentración (OMS, 2020).

Así, el estrés es entendido como la respuesta, ya sea de afrontamiento o bien de huida frente a una amenaza, algo a lo que el ser humano se enfrenta a diario puesto que su entorno está en cambio constante, donde del estilo de vida dependen las

áreas laboral, social y personal. Por esta razón, el estrés es inevitable puesto que se presenta en la cotidianidad del ser humano (Barrio et al., 2006).

Éste se presenta de dos maneras: fisiológica y psicológica, que, como ya fue mencionado, es esencial y necesario en la vida cotidiana; sin embargo, al presentarse en niveles altos genera síntomas físicos que en diversas ocasiones un médico no logra “curar”, puesto que es cuestión psicológica, como lo menciona Sierra et al. (2003, p.p. 10-59) “el estrés es como aquella alarma que el organismo activa mediante el sistema simpaticoadrenal”.

Así mismo, Selye (1956) recalca que el estrés es acumulativo a tal punto que el cuerpo reaccione de manera automática para hacerle frente a la situación estresante; al igual que considera al estrés como un estado de desequilibrio entre la percepción del sujeto a los estresores externos o internos y las habilidades o recursos personales de la persona para satisfacer las demandas de los estresores. Tomando así la definición de Tafet (2018), el estrés no es un trastorno dado que su presencia es debido a diversas reacciones fisiológicas y psicológicas que son respuesta a estímulos ambientales en lo que se involucran aspectos conductuales, cognitivos y emocionales.

Por otra parte, Lazarus y Folkman (1984) consideran al estrés como aquella relación persona - situación - entorno enfocada en la percepción de la persona misma ante dicho acontecimiento y su capacidad de hacer uso de sus propios recursos para enfrentar la situación es que se verá en peligro su bienestar personal.

1.2 Etiología del estrés

Para que surja la denominada respuesta al estrés, se requieren de estímulos (estresores) externos o internos, los cuales provocarán en el cuerpo reacciones del sistema nervioso, del sistema endócrino donde se activa el eje hipotalámico-hipofisario suprarrenal liberando corticotropina que viaja a través de los vasos sanguíneos para llegar a las glándulas suprarrenales para liberar a su vez cortisol,

andrógenos y aldosterona para que finalmente el organismo reaccione ante el estresor mediante huida o lucha. El sistema nervioso simpático encargado de preparar al sujeto para actuar, esto a través de la liberación de sustancias químicas como la adrenalina producida por la médula suprarrenal, así como noradrenalina que va desde las terminales nerviosas adrenérgicas enlazado con los vasos sanguíneos, el corazón y la médula adrenal; centrando la energía en el corazón, el cerebro y los músculos (Gálvez et al., 2015).

Los estresores son factores o estímulos ambientales que, de acuerdo con Tafet (2018) se clasifican en bioecológicos y psicosociales; los primeros son factores que se producen de la naturaleza, tales como: terremotos, fuertes lluvias, huracanes, inundaciones, tsunamis o tormentas; estos estresores suelen tener un aparatoso impacto en la persona. Con lo que respecta a los estresores psicosociales se generan a través de la interacción de la persona dentro de diferentes contextos en los que se vean inmersos tanto la interacción social, la creación de vínculos e incluso cualquier tipo de conflicto, habitual o extremos, se llega al punto de afectar la calidad de vida del individuo. Este autor explica que los estresores psicosociales son los mayormente asociados al estrés; sin embargo, hay situaciones que ameritan ser señalados dentro de ambos estímulos.

Por otro lado, Valdés y De Flores (1985) toman al hipotálamo-hipófisis-adrenal (HHA) como el eje con mayor importancia en la respuesta al estrés, donde el proceso comienza con la proyección del hipotálamo de diversas neuronas responsables de la regulación conductual, neuroendocrina y autonómica en el sistema autónomo y límbico produciendo una respuesta de ansiedad. Para después liberar corticotropina que conecta al hipotálamo con la adenohipófisis provocando la liberación de adrenalina y noradrenalina al torrente sanguíneo generando un aumento de la frecuencia cardiaca y en la frecuencia respiratoria, dilatación en las pupilas, sudoración e inhibición digestiva del Sistema Nervioso Simpático.

A causa de lo anterior, algunos síntomas físicos ante las respuestas orgánicas al estrés son: taquicardias, gastritis, presión arterial, menstruación irregular (en mujeres), sudoración, disminución del sistema inmune, obesidad y/o sobrepeso,

insomnio, diarrea, pérdida de cabello, temblores musculares, tics nerviosos, aumento o disminución del apetito, tartamudeo, estreñimiento, problemas en la piel, cansancio extremo, boca seca (Morán y Gil-Lacruz, 2016); dolores de cabeza, vómitos, hipertensión, dolor muscular, taquicardia (de Camargo, 2004); taquipnea, poliuria, prurito, dismenorrea, nudo en la garganta, dispepsia, colitis ulcerosa (Gálvez et al., 2015); acidez estomacal, mareos, micciones frecuentes, dolor en pecho, cuello y espalda (Aguilar, 2018).

Mientras que en los síntomas psíquicos se consideran: la ansiedad, depresión y dificultades en la concentración (OMS, 2020); disminuye la capacidad para tomar decisiones, perjudica la capacidad en la memoria, presencia de pensamientos catastróficos, irritabilidad, inquietud, incremento de miedos, labilidad emocional, preocupación excesiva, decremento de autoestima, poco deseo sexual, pánico, cambios constantes del estado de ánimo (Morán y Gil-Lacruz, 2016); trastornos mentales, adiciones al alcohol o tabaco (Gálvez et al., 2015).

En sí, se inicia como una respuesta adaptativa de los sistemas nervioso, simpático, endócrino y del eje hipotalámico-hipofisario suprarrenal a los estresores externos o internos que se le llegan a presentar al sujeto (Wilson, 1985); que al repetirse en frecuencia constante sucede una desregulación en la homeostasis orgánica generando una carga alostérica (Mucio, 2007).

Por último, los daños que causa el estar bajo constante estrés, se ven reflejados dentro del Sistema Nervioso Central, causando daños en el hipocampo, altera la morfología de los árboles detriticos conllevando a una neurodegeneración por muerte de sus células; se denotan dificultades en la memoria espacial, aprendizaje y funcionamiento del hipocampo (Newcomer, 1994). Mientras que, en el sistema inmune, al haber sobreproducción de cortisol ocasiona una hiperactividad del sistema inmune (Mcewen y Stellar, 1993); generando estados depresivos, ocasiona hipertiroidismo, disminuyen las funciones reproductivas, suprime la hormona del crecimiento (Mucio, 2007).

1.3 Momentos de la respuesta al estrés

De acuerdo con Valdés y De Flores (1985) existen tres momentos ante la respuesta del estrés, los cuales son:

1. Ultrarrápida:

Denominado así por producirse en unos segundos; el proceso de este momento inicia con el ingreso del estresor a los receptores sensoriales a áreas subcorticales de la corteza cerebral; la evaluación que se realiza aquí es inmediata a razón de enfocarse en la supervivencia, por ello es que se asocia el estímulo estresor con el sistema nervioso autónomo provocando la activación cardiovascular presentando un incremento en la presión arterial y/o taquicardia, la activación muscular, inmunológica y se retiene agua y el pase de la circulación sanguínea.

2. Rápida:

Aquí es donde se presenta la liberación de endorfinas e implica aumento del flujo sanguíneo cerebral, uso de glucosa, disminución de las hormonas luteinizante y foliculoestimulante y pérdida del apetito.

3. Mediata:

En este último momento se mantienen los niveles de funcionamiento y actividad de lo ya mencionado en los momentos anteriores; se libera glucocorticoides, pero inhiben los esteroides sexuales ya que no son necesarios para afrontar la situación estresante.

Dentro de esta respuesta al estrés, Gustavo E. Tafet incluye aspectos cognitivos en los que refiere la presencia del pensamiento y procesamiento de información recibida del entorno, su almacenamiento, el cómo la evocamos, recordamos e integramos para después generar respuestas con las vivencias personales; en las conductuales describe todo aquello relacionado con la manera de responder, actuar y comportarse ante los estímulos estresantes; y por último, en los emocionales integra a los sentimientos que se generan ante las circunstancias (Tafet, 2018).

1.4 Tipos de estrés

Eustrés

Es el estrés cotidiano, el que se produce en una cantidad óptima para la vida diaria que no llega a niveles altos y no produce daños o alteraciones en el organismo. Dicho nivel de estrés permite que el sujeto tenga niveles de rendimiento adecuados en las actividades cotidianas, enfrentarse a retos, alcanzar metas, objetivos y sobre todo es parte esencial en la adaptabilidad (Casas, 2000).

Morán y Gil-Lacruz (2016) retoma el punto anterior en considerar al eustrés como la cantidad necesaria de estrés saludable con un propósito justo; realizar las tareas, actividades con mayor rapidez y eficacia facilitándole a la persona la adaptabilidad y afrontamiento del cambio constante de su entorno. Este estrés es beneficioso y es causado por un estímulo en particular (Selye, 1998).

Distrés

Es el lado negativo del estrés que puede convertirse en algo patológico, al contrario del eustrés, este sí ocasiona daños en el organismo (Casas, 2000). Es el estrés agudo y crónico, que provoca un deterioro físico y emocional en la persona que lo presenta afectando su vida personal, laboral, académica, etc. (Morán y Gil-Lacruz, 2016). Mientras que Selye (1998) lo toma como las consecuencias de estar bajo niveles altos de estrés que causan daños y perjudican en las áreas físicas y psicológicas del sujeto.

García et al. (2017, citado por Aguilar, 2018) categoriza al estrés en cinco aspectos psicológicos y sociales que mantienen y acompañan al estrés, siendo:

1. **Psicológico:** Derivado de la percepción, interpretación que el sujeto da a la situación, por estímulos emocionales, situaciones que lo amenacen física y moralmente; hay una pérdida de seguridad y afecto.

2. **Social:** Derivado de lo que la cultura permita o no hacer, cambio de los valores enseñados, cambios de lugares de residencia.
3. **Económico:** Limitaciones económicas, falta de empleo o desempleo, trabajos mal pagados.
4. **Fisiológico:** A causa de enfermedades físicas o psicológicas, pandemias, resfriados comunes, etc.
5. **Psicosocial:** Este aspecto psicológico es derivado de las capacidades personales que el sujeto tenga para afrontar al estresor.

1.5 Teorías del estrés

1.5.1. Teorías Basadas en la Respuesta

Dentro de esta teoría, el estrés se denota como un estado de respuesta dentro del organismo biológico intentando recuperar el equilibrio que ocurre al presentarse una alteración dentro de este a causa de un suceso externo o interno (Selye, 1974), con repercusiones en el sistema nervioso simpático siendo el regulador de expresiones y reacciones enfocadas a las habilidades sociales (Roca, 2014), en la médula suprarrenal siendo la inhibidora del estrés físico y emocional, así mismo, se presenta una atrofia en la glándula tímica ante el estrés crónico y agudo repercutiendo en las defensas del individuo (Barona, 1996).

En este sentido, Hans Selye desarrolló el Síndrome General de Adaptación (SGA) en 1956, haciendo énfasis en el momento en que el ser humano experimenta cambios a nivel fisiológico ante el estrés, el cual ayuda a la adaptación del organismo, haciendo frente al estímulo estresor y no necesariamente aversivo, sino incluso el estímulo puede llegar a ser placentero (de Camargo, 2004); dicho mecanismo lo describe a través de tres etapas:

1. Reacción de alarma:

El organismo identifica el estímulo estresante de manera inmediata, a esta causa puede reaccionar con: 1) *paralización*, donde la persona no tiene una reacción motora; 2) *Activación cortical*, consiste en la activación cortical que no le permite al individuo tener conciencia hiperaguda que le permite detallar el entorno en el que se encuentra y mediante la 3) *manifestación facial*, va relacionado con la paralización y presencia de muecas, denominado *shock* (de Camargo, 2004).

De esta manera, se presentan síntomas, que de acuerdo con Comín et al. (2020), al presentarse el estresor al sistema nervioso simpático, que como ya se dijo, es el regulador de las expresiones y reacciones presentes en la demostración de las habilidades sociales (Roca, 2014), se activa causando la presencia de: boca seca, incremento de la respiración, sudoración, aumento de frecuencia cardíaca, hipertensión, secreción de noradrenalina y adrenalina que facilita la actuación ante diversas situaciones.

Por otro lado, en el cerebro se libera la hormona corticotrofina, estimulando la liberación de serotonina, noradrenalina, neuropéptido y acetilcolina; la corticotrofina viaja por el sistema hipofisiario promoviendo la liberación de adrenocorticotrófica y endorfina para llegar al sistema sanguíneo, llega a la médula suprarrenal y libera adrenalina provocando la coordinación de componente conductuales, inmunológicos y endócrinos (Mucio, 2007).

2. Etapa de resistencia:

Si el organismo no se recupera en la etapa de alerta sigue manteniendo este estado para tratar de superar o adaptarse a la presencia del estímulo estresor, el cual puede llegar a durar desde semanas, hasta años (de Camargo, 2004). Esto es evidente al mostrarse alteraciones metabólicas (Comín et al., 2020). Al estar inmerso de manera constante a los agentes estresores puede llegar a tener un equilibrio homeostático del medio interno o externo; logrando así que el sujeto

resista o se mantenga en lucha con el estresor para lograr la adaptabilidad (Mucio, 2007).

3. Etapa de agotamiento:

Si el estímulo estresor sigue presente o se repite muy frecuentemente (intensidad del estrés), el organismo llega al agotamiento o colapso a causa del excesivo estado de alerta que el organismo ha mantenido en su intento de adaptación al estímulo. A este punto se presentan síntomas comunes (alteraciones psicosomáticas) del estrés: insomnio, fatiga, falta de concentración, problemas cardiovasculares, entre otros (de Camargo, 2004).

Al no lograr la adaptabilidad del organismo, se llega al agotamiento, donde el sujeto tiene las capacidades mínimas de adaptabilidad ocasionando diversas patologías tales como neurosis postraumática, úlceras, estados de *sock*, estado postquirúrgico (DSM-IV, 2000); baja autoestima, dificultades motoras, sensoriales y corporales (Cloninger et al., 1996; Orlandini, 1999).

1.5.2 Teorías basadas en el Estímulo

Esta teoría se basa en los estresores o estímulos externos, dentro del ambiente o contexto en el que se encuentra el sujeto; son los perturbadores o causantes del estrés (Barona, 1996), dichos perturbadores o causantes se presentan de dos maneras; los físicos como tener una cirugía, estímulos que produzcan dolor, inmovilidad corporal, un parto, problemas de sueño, entre otros, o los psicológicos como una ruptura amorosa, presentar emociones fuertes, problemas con la familia, laborales, académicos y personales, etc. (de Camargo, 2004).

Mientras que Everly (1989) resalta dos estresores principales: ante una situación que se refleja en una interpretación mental (cognitiva) del estímulo y no una respuesta estresora directamente se les conoce como estresores psicosociales; mientras que aquellos estresores que producen alteraciones en el organismo los denomina estresores biológicos.

El estresor es el desencadenante a la respuesta; son los estímulos presentados en un justo momento que son causantes del estrés. A pesar de que los estresores pueden presentarse de la misma manera, en la misma situación o contexto, crean distintas reacciones en cada persona (Comín et al., 2020). Asimismo, Gálvez et al. (2015) mencionan que estos estímulos están en constante interacción con el sujeto dentro de su ambiente cotidiano a lo cual el cuerpo presenta reacciones de manera automática ante las circunstancias que resulten desafiantes o amenazantes para la persona.

Sin embargo, esta teoría tiene aún limitaciones por la forma de delimitar lo que se considera un estresor debido a que para una persona lo puede llegar a ser, pero para otra no tiene esos efectos estresantes (Sandín y Chorot citado por Barona, 1996).

A esto, (Mucio, 2007) considera la siguiente clasificación de acuerdo con los factores que causan el estrés:

1. Estrés emocional: presencia de emociones fuertes o conflictos emocionales que alteran su vida.
2. Estrés por enfermedad: aquello que cause un cambio en la condición física del sujeto y de nuevo, llegue a intervenir en su vida cotidiana, restringiendo su actividad motora o bien, a causa de una enfermedad crónica degenerativa.
3. Estrés por factores medioambientales: ya sea a causa del clima extremo (frio o cálido), contaminación, estilo de vida en las zonas rurales.
4. El ejercicio extremo: el exigir de más al cuerpo en el aspecto físico provoca la liberación de las hormonas del estrés.

1.5.3 Teorías Interaccionales

El pensamiento, las ideas, las creencias, la memoria, las actitudes, la toma de decisiones, la percepción, el razonamiento, el lenguaje y la atención, son algunos de los factores cognitivos que esta teoría utiliza como mediador ante la relación

estímulo - respuesta al estrés (Barona, 1996). Al igual que Lazarus y Folkman (1984), en el estrés se presenta una relación recíproca clara entre la persona, la situación y su entorno.

Dentro de esta teoría, los autores que predominan por sus aportaciones son Lazarus y Folkman, quienes en 1988 describen ocho dimensiones de afrontamiento (citados en Sandín y Chorot, 2003); como primer punto a retomar es la definición de afrontamiento, en el que se considera que los procesos cognitivos y conductuales sufren cambios constantes ante diversas situaciones con la finalidad propia de evaluar la situación (Lazarus y Folkman, 1988); es decir, el afrontamiento es el pensamiento y acción que el sujeto realiza con la finalidad de detectar si sus recursos son excedentes, desbordantes o adecuadas para la demanda externa o interna causantes del estrés, las cuales llegan a causar malestares psicológicos (Sandín, 1995).

Dando continuidad con las dimensiones de afrontamientos propuestas por Lazarus y Folkman en 1988 se encuentran: la 1) confrontación a la situación, las acciones que se tomarán ante el suceso; el 2) distanciamiento del problema, intentando no darle valor y continuar con la vida sin alteraciones en lo cotidiano; el 3) autocontrol, para no precipitar actos que no favorezcan dar una solución frente a la situación; la 4) búsqueda de apoyo social, apoyándose de consejos o ayuda externa; la 5) aceptación de la responsabilidad, reconociendo la causa del problema; el 6) escape - evitación, para no afrontar la problemática puede llevar a realizar actos inadecuados que incluso pueden llegar a dañar a la persona; la 7) planificación de solución de problemas, facilita el cómo actuar ante la situación y así lograr solucionarla; y la 8) reevaluación positiva, la que brinda el aprendizaje y la experiencia ante la situación concreta.

En sí, la teoría interaccional considera una causa de la reacción al estrés la interacción que el sujeto tiene con la situación y el entorno en el que se dio esta.

1.5.4 Teoría tipo A vs. Tipo B.

Esta teoría está bajo el postulado de Meyer Friedman y Ray Rosenman donde diferencian dos tipos de comportamiento; las personas que suelen presentar el comportamiento dentro del Tipo A presentan un mayor éxito profesional y son reconocidos por sus esfuerzos, esto logrado a base de un desgaste emocional y físico provocado por una insatisfacción de lo que se ha conseguido; de igual manera suelen tener insatisfacción en sus relaciones interpersonales, este tipo de conducta puede causarles situaciones médicas complicadas. Pero por otro lado está el Tipo B, que son aquellas personas que llevan todo de manera relajada, son pacientes, buscan situaciones sencillas, y a diferencia de la personalidad A, estas suelen no tener grandes reconocimientos o éxitos (Selye, 1956).

En este sentido, Selye (1956) describe las conductas frecuentes que tienen estas personalidades. El Tipo A suele moverse con rapidez, comer y hablar rápido, suele ser muy impaciente, agresivo y competitivo en el trabajo, es muy puntual, suele enfadarse con frecuencia, está frecuentemente motivado por conseguir sus logros, otros lo ven como alguien fuerte y enérgico, muestra inquietud al no hacer nada y suele hacer diversas cosas a la vez. Con la personalidad Tipo B, la persona se mueve sin prisa, come y habla con tranquilidad, es paciente y cooperativo en el trabajo, con frecuencia llega tarde, persona fácil de tratar, generalmente satisfecho, su voz es suave, es relajado, disfruta del ocio y la tranquilidad, realiza una sola tarea a la vez.

1.6 Personal de la salud y la presencia del estrés

La persona perteneciente al área de la salud está sometido y expuesto a diversas situaciones que exasperan su día a día. Desde el término de la carrera, el sujeto se enfrenta al desempleo, está en constante actualización de sus conocimientos, sea cual sea su especialidad o rama dentro del área de la salud, a la constante exposición de su labor dentro y fuera del lugar de trabajo, la carga laboral debido al poco personal o a la alta demanda de sus habilidades, así como el trato o las

relaciones constantes que deben de tener para con sus pacientes (García y Gil, 2016) dándoles la obligatoriedad de adquirir las habilidades sociales necesarias que les permitirán sobrellevar de la mejor manera su labor.

Es por lo que contar con habilidades sociales en esta labor es de suma importancia; para ello hay tres componentes esenciales para el manejo de estas, resaltando la componente emocional dada su relación con la regulación emocional tanto del mismo individuo como de las personas que le rodean (Roca, 2014). Estas habilidades sociales facilitan las relaciones interpersonales y las reacciones físicas corporales que llega a experimentar el médico o enfermera (o) a nivel físico corporal, resaltando por la interacción la hiperactivación del sistema nervioso simpático siendo el encargado de que el organismo logre responder a los estímulos externos. A esto y como Roca (2014) lo menciona, al estar en niveles altos dificulta la expresión de las habilidades sociales y evita que la ira, estrés y ansiedad salgan a flote en los momentos de interacción.

A su vez, Díaz et al. (2019) consideran que el estrés presentado en los profesionales de la salud se debe a la interacción con su ámbito laboral, donde el ambiente al que se enfrentan dichos trabajadores les exige más recursos de los que el personal cuenta ocasionando una pérdida de control de éste. Adjudicando que el estrés es un factor dañino a la salud de todo trabajador puesto que afecta en su desempeño laboral, principalmente en su organización de las actividades laborales y la carencia de apoyo de colegas y superiores (OMS, 2020).

El desajuste es debido a la sobrecarga de labores y el poco tiempo para realizarla, el tiempo de labor, los conflictos entre colegas y superiores, la vida individual del médico o enfermero (a) habiendo incompatibilidad con su trabajo y su vida personal o familiar (París y Omar, 2008); por la intensa dedicación que los médicos y enfermeros (as) destinan a su labor, enfocada en el cuidado de la vida de los demás.

Por otro lado, se han descrito diferencias de la presencia de estrés en médicos que están o no especializados en alguna rama, es decir, que entre mayor especialización menor es la presencia del estrés en el médico. Mientras que en el

ámbito de las y los enfermeros se denota mayor estrés debido a la constante interacción con los pacientes y sus familiares, la sobre carga de trabajo, cumplir con labores no propias de enfermería como tomar el papel de terapeuta; actualización frecuente de sus conocimientos, implementación de nuevas tecnologías, entre otras (Morán y Gil-Lacruz, 2016).

CAPÍTULO II

ESTRATEGIAS ADAPTATIVAS

2.1 Definición de regulación emocional

Gross (2007) describe a la regulación emocional como aquel proceso en el que el sujeto influye en las emociones que está presentando en tres momentos, la emoción presentada, cuándo se presenta y cómo se experimentan y se expresan. Para esto, Gross y Thompson (2007) puntualizan cinco factores determinantes en el proceso de la regulación emocional, al que denominaron Proceso del Modelo de la Regulación Emocional. Dicho modelo explica de manera simple las causas, consecuencias y mecanismos que fundamentan las diversas maneras de regular las emociones (Gross, 2008). Los factores son:

1. Selección de la situación:

En este factor se ve afectada la situación a la que se expone el sujeto, donde implica tomar medidas necesarias para guiar nuestra respuesta ante la situación y no presentar emociones que no preferiríamos tener; es decir, la elección de la situación se toma en consecuencia de haber analizado el resultado de nuestras respuestas emocionales posibles.

2. Modificar la situación:

Si sabemos que realizar cierta acción, acudir a un lugar en concreto traen en consecuencia respuestas emocionales negativas, se modifica la situación potencialmente molesta.

3. Despliegue atencional:

Esta forma de regulación emocional consiste en influir ante la respuesta emocional y reorientar la atención de la situación presentada; es decir, se selecciona la situación de manera interna y se le da atención especial a la que no genera respuestas emocionales negativas, o bien distraerse, retirar los sentidos (cubrirse los ojos), etc.

4. Cambio cognitivo:

Se refiere a cambiar el significado emocional de la circunstancia y la capacidad propia del individuo para enfrentar dicha situación.

5. Modular la respuesta:

Es la influencia fisiológica, experiencial o conductual para disminuir las respuestas emocionales negativas.

2.2 Definición de estrategias adaptativas

Aludiendo al sentido mismo de las estrategias cognitivas de regulación, Garnefski et al. (2001) denominan a las estrategias adaptativas como el pensamiento presente como respuesta a un acontecimiento adverso. En este sentido, Bagherinia et al. (2015) consideran que son un repositorio de respuestas propias de la persona en las que se ve reflejado todo proceso tanto interno como externo que facilitan la evaluación, la respuesta y la modificación de las emociones presentadas ante el evento.

Por otro lado, se encontró un referente en el modelo procesual de Gross (2015) refiriendo a dos tipos de regulación emocional: 1) regulación de la situación donde el sujeto realiza o intenta llevar a cabo acciones que pueden aumentar las posibilidades de enfrentamiento a situaciones que desencadenen emociones positivas o negativas; 2) modificación de situación, en palabras simples, es cambiar

la situación para que como consecuencia, la emoción cambie. A ello, se le atribuye que las estrategias adaptativas van relacionadas con la regulación de la situación.

2.3 Estrategias adaptativas

2.3.1 Reevaluación

De acuerdo con Ford y Troy (2019), esta estrategia es la más comúnmente implementada como medio de regulación emocional en los intentos de las personas en la reestructuración del pensamiento respecto a la situación que acontece con el fin de aumentar positivamente su estado de ánimo o sentirse bien. En sí es cambiar la interpretación del suceso que está provocando un cambio emocional que por lo regular es negativo, refiriendo así al cambio del significado dado a una situación para producir un cambio en la respuesta emocional de la persona ante dicho acontecimiento (Groos, 2002).

Por otra parte, al implementar esta estrategia adaptativa se consiguen beneficios a niveles sociales, emocionales, fisiológicos y cognitivos (Aldao et al., 2010; Webb et al., 2012). Relacionándolo con el fin del presente estudio, dicha estrategia ha demostrado ser útil en diversas ramas fuera de la psicología y una de ellas es el área de la salud (Appleton et al., 2013).

Sin embargo, en el momento de hacer uso de dicha estrategia pueden llevarse a cabo de manera no intencional dos dificultades: la primera es implementarla y alcanzar con éxito la regulación de la emoción, sin embargo, no da resultados funcionales en la adaptación del evento; y llegar a usarla, pero no lograr alcanzar la finalidad de la reevaluación en la modificación o cambio de la emoción (Ford y Troy, 2019). Sin embargo, Tamir (2016) menciona que el implementar esta técnica no siempre trae consigo beneficios, pues hay emociones funcionales que ayudan en sí mismas a enfrentar la situación desbordante, por lo que al usar la reevaluación se llega a reducir la función primaria de cierta emoción indispensable para enfrentar el evento; trayendo consigo problemas psicológicos a la persona (Ford y Troy, 2019).

2.3.2 Reenfoque

Es el cambio de interpretación que se tiene de determinada situación actualmente presente para detectar los aspectos positivos que trae consigo. En esta estrategia, la persona mantiene el control de dicha interpretación que le da a la situación y de igual manera la disponibilidad de cambiarla por algo más favorable a su persona; para ello se requiere de una conciencia cognitiva superior debido a la implicación emocional, social y cognitiva que tiene dicho proceso (Webb et al., 2012).

2.3.3 Reenfoque Positivo

De acuerdo con Davoodi et al. (2019), el reenfoque positivo se basa en enfocar el pensamiento en cosas, temas o aspectos positivos y que generen alegría al individuo y no darle peso al pensamiento generado por el acontecimiento que generó emociones negativas. Así mismo, Garnefski y Spinhoven (2001) mencionan que el reenfoque positivo puede llegar a la semejanza con la desconexión mental para así llegar a reorientar los pensamientos a cuestiones más positivas y no focalizarse en el acontecimiento real.

2.3.4 Reenfoque en la Planeación

Dentro de este reenfoque y como su nombre lo indica, es seguir un plan o proceso enfocado en el qué se debe hacer ante el acontecimiento negativo y cuál es la manera más apropiada de manejarlo (Davoodi et al., 2019). Sin embargo, esta estrategia cognitiva no implica específicamente que se lleve a cabo mediante un comportamiento real, sino que su enfoque es la acción (Garnefski y Spinhoven, 2001).

CAPÍTULO III

BIENESTAR PSICOLÓGICO

3.1 Definición de bienestar

Desde la perspectiva hedónica, bienestar es referente de afecto positivo siempre y cuando no se presente el afecto negativo (Kahneman et al., 1999). Por el contrario, desde la perspectiva eudaimonia, el bienestar, refiriendo a Ryan, Huta y Deci (2008), es vivir plenamente, así como la realización del potencial propio de cada ser humano. Coincidiendo con la definición de Carol Ryff (1989, 1995) quien indica que el bienestar es el potencial real de uno mismo, pero mayormente desarrollado.

Siguiendo la línea del hedonismo, se recalca la idea de que el bienestar es percibir placer generando felicidad, siendo este indicativo de diversos momentos placenteros (Vázquez et al., 2009); sin embargo, dentro de esta perspectiva hedónica el concepto predomina en el bienestar subjetivo. De igual manera lo toma como un equilibrio entre el placer y el dolor (Crisp, 2001). Es así como la perspectiva eudaimonia concibe al bienestar dentro de la realización de actividades que generan entero compromiso y adquisición o refuerzos de los valores personales (Waterman, 1993).

Como punto a resaltar, y del por qué no nos referiremos al bienestar desde el punto hedónico sino desde la eudaimonia, es porque el primero se centra en lo que se consigue desde el afecto positivo de la satisfacción general con la vida propia, mientras que la eudaimonia muestra lo que tiene la vida y en qué consiste vivir bien (Vázquez et al., 2009).

En este sentido, Diner y Diner (1995) agrupan a la definición de bienestar en tres categorías:

1. El bienestar como la apreciación del mismo individuo a su vida referente a aspectos positivos. Esta categoría se encuentra estrechamente relacionada con la satisfacción con la vida (Martín, 2002).
2. Lo predominante entre sentimientos positivos ante los sentimientos negativos; que de acuerdo con Bradburn (1969) son necesarios para dar un comparativo de la felicidad ante un juicio global de esta. En este sentido, el bienestar es entendido como la felicidad a causa de la predominancia de la experiencia de sentimientos positivos sobre los negativos (Martín, 2002).
3. La última categoría va más reflejada a lo deseable, a lo que se considera dentro de las normativas (Coan, 1977).

3.2 Definición de bienestar psicológico

En diversas lecturas, el bienestar psicológico se ha encontrado como sinónimo de vivir bien; como Huppert (2009) redacta “se trata de vidas que van bien” siendo una combinación entre funcionar de manera eficaz y sentirse bien. Mientras que Blanco y Díaz (2005) consideran al bienestar psicológico como aquel desarrollo personal que tiene el sujeto ante su manera de afrontar los retos expuestos en su vida, conseguir sus metas y el grado de esfuerzo que se dio para ello. Como lo dice Ballesteros et al. (2006), el bienestar psicológico es aquella ilación de los objetivos que la persona desea alcanzar y los que ya alcanzó, con el nivel afectivo óptimo y un buen estado de ánimo.

De acuerdo con Viniegras y González (2000), el bienestar psicológico exterioriza el pensar constructivo y el sentir positivo del ser humano en sí mismo con enfoque de su vivencia subjetiva relacionado con su funcionamiento social, psíquico y físico. Dicho factor se vincula con elementos emocionales, cognitivos, de la personalidad, circunstancias medioambientales y lo valorativo.

El bienestar psicológico está enlazado con el estado emocional y mental siendo estos los que señalan el funcionamiento psíquico idóneo de la representación individual y el adecuarse al entorno físico y social de la persona; así como en las

creencias y el significado otorgado que las experiencias le han brindado al sujeto orientando sus acciones (González, 2005). Trascendiendo la satisfacción vital y los estados afectivos para alcanzar que la persona tenga el desarrollo y realización adecuadas (Ryan y Deci, 2001).

Relacionado a la definición de bienestar, Salotti (2006) y Slanova et al. (2005) consideran que el bienestar psicológico es la impresión que se tiene a cerca de los logros que se han alcanzado durante la vida; y la satisfacción que estos han generado de manera personal (Rangel y Alonso, 2010), mientras que Casullo (2004) lo adjudica como la percepción de los logros obtenidos a lo largo de la vida del sujeto y qué tan satisfecho se siente a nivel personal. A ello se adjudica la vinculación del placer de la propia vida mediante el juicio dado a través de la experiencia, el optimismo, el sentido de la vida, la motivación intrínseca, el dominio del entorno, las relaciones positivas, el crecimiento personal y la autoestima (Barrantes y Ureña, 2015).

3.3 Teorías dentro del bienestar psicológico

3.3.1 Teoría multidimensional de Riff

Ryff propone un modelo multidimensional del bienestar psicológico constituido por seis dimensiones (Díaz et al., 2006):

- Autoaceptación: valoración propia, a pesar de las limitaciones que la persona tenga intenta sentirse bien consigo mismo, es decir, la propia valoración positiva.
- Relaciones positivas con otros: Calidad en las relaciones que la persona da y las que recibe, pues es bien sabido que la interacción social es fundamental en la vida cotidiana y así evitar problemas de salud por el aislamiento o la soledad y por ende dentro del bienestar. Igual que la importancia de conservar relaciones estables y confiables.
- Autonomía: A pesar de que la interacción y mantener una vida en conjunto es importante, la individualidad (hacer algunas cosas de manera

independiente) ayuda a la autodeterminación para que así la persona conozca sus propias convicciones, logre tomar decisiones por sí mismo, muestre resiliencia a la presión social y alcance la regulación conductual.

- **Dominio del entorno:** Referida a la capacidad del individuo por generar o seleccionar entornos que le favorezcan y tenga las capacidades adecuadas para cumplir con las demandas del entorno, adaptarse a este y adquirir el control de este, así como la influencia que puede llegar a tener en el entorno.
- **Propósito en la vida:** Tener un objetivo y marcarse metas que le propicie sentido y le brinde orientación en la vida del individuo.
- **Crecimiento personal:** Es aquí donde la persona conoce el nivel de sus capacidades permitiendo llevarlas a su máximo desarrollo; sabe valorar su desarrollo personal, de esta manera, sigue creciendo como persona.

Esta teoría es denominada multidimensional debido a la relación entre cada una de las seis dimensiones mencionadas con anterioridad y el individuo mismo, pues es este el encargado de fortalecer cada uno de los factores logrando alcanzar el bienestar psicológico (Chapoñan, 2021), mediante la implementación de estrategias aprendidas lo que le permitirá seguir favoreciendo su desarrollo personal (Rodríguez y Berriod, 2012). Aunado a ello y como lo describe Chapoñan (2021), dentro de esta estructura multidimensional propuesta por Ryff, si la persona logra alcanzar el bienestar psicológico a un nivel propio, es resultado de una autoevaluación de cada una de estas dimensiones.

3.3.2 Teoría de la Autodeterminación (TAD) de Deci y Ryan

De acuerdo con Stover et al. (2017) la TAD fue desarrollada dentro de la motivación humana pues tiene como objetivo comprender los comportamientos generales a cualquier contexto o espacio en el que se desenvuelven o en los que interactúan los sujetos. A esto y dentro de la motivación, la teoría maneja tres niveles de generalización que tienen una interacción jerárquica (Vellerand, 1997):

- Global: se dan aspectos generales de la persona, de un carácter estable y enfocado en la personalidad de esta.
- Contextual: Aquí se encuentran las áreas sociales con las que el individuo lleva a cabo sus actividades.
- Situacional: Son eventos, situaciones o acontecimientos en los que se ve inmerso el sujeto.

Esta teoría está dentro de la perspectiva eudaimonia, pues los autores empalman la autorrealización al concepto de bienestar ligada al humanismo, concibiendo el concepto como una consecuencia del buen funcionamiento psicológico (Vázquez et al., 2009), lo que implica tener una satisfacción en la autonomía, en la competencia y la vinculación, incluyendo metas congruentes y coherentes (Deci y Ryan, 2000).

De esto, se derivan subteorías que los autores Deci y Ryan plantearon por razones de complejidad de esta; estas subteorías son:

A. Teoría de las necesidades psicológicas básicas:

De acuerdo con López et al. (2021), las necesidades psicológicas básicas son los factores sustanciales en el bienestar de la persona. Así, dentro de la teoría se componen niveles contextuales, globales y situacionales generados para lograr adquirir satisfacción a dichas necesidades mediante la autonomía, vinculación y competencia requeridas para que el individuo logre abarcar dichas necesidades y adquiere mayor bienestar psicológico (Deci y Ryan, 2008).

De manera general, las necesidades de autonomía, vinculación y competencia tienen aspectos generales a considerar; en la autonomía se realizan aspectos voluntarios y organizados del comportamiento del sujeto con sentido de sí mismo donde la persona pueda tomar decisiones por sí misma y logre asumir un control de la situación. En la vinculación se acapara en la integración y libertad de la decisión de actuación del sujeto ya sea en lo individual o colectivo, en su dependencia o independencia. Por último, la competencia va enfocada al resultado emocional de haber asumido la situación causando impacto en el entorno.

B. Teoría de las orientaciones causales:

Esta teoría está enfocada en la interpretación de los eventos a base de las características personales de la persona necesarias para la interpretación y selección de cada evento a enfrentar (Stover et al., 2017). En otro sentido, Deci y Ryan (1985) la refieren como aquella diferencia marcada en cada persona para con sus contextos y la manera en la que regulan su conducta implementando sus propios recursos.

A diferencia del anterior, las orientaciones causales que maneja esta teoría es la autónoma, por lo regular le dan un sentido informativo al evento y el sujeto tiene un equilibrio entre pensamiento, necesidad, sentimientos y el comportamiento (Deci y Ryan, 2008), así mismo se realiza por interés propio al individuo a causa de su propia experiencia (López et al., 2021); en la controlada es a causa de presión y no elección propia al sujeto (Deci y Ryan, 2008). Este tipo de orientación se enfoca en las situaciones exteriores y las contingencias dirigidas a obtener recompensas, aprobación y ganancias (López et al., 2021), al ser algo controlado con regularidad, la persona muestra consistencia entre lo que piensa y lo que hace vinculado con la teoría anterior, implicando las necesidades de vinculación. Por último, en la impersonal o desmotivación, con sentido errático denotando frustración (Deci y Ryan, 2008), inexperiencia o ansiedad (López et al., 2021) con la situación y no genera motivación a interpretar el evento; determinando con las presentes orientaciones causales la manera en que el sujeto evaluará la situación permitiendo regular su comportamiento ante el evento (Deci y Ryan, 2008).

C. Teorías de la evaluación cognitiva:

Evalúa la tendencia hacia el aprendizaje, la exploración y la creatividad mediante las capacidades personales, los intereses personales y analizar los desafíos óptimos al sujeto permitiendo la estimulación sin necesidad de recibir algún reforzador (Deci y Ryan, 1991). La teoría presenta un objetivo dirigido a la explicación de motivación extrínseca y cómo se ve reflejada la interiorización o

adquisición de los factores contextuales en la regulación conductual (Deci y Ryan, 2000).

Dicha teoría maneja el supuesto de las necesidades y los intereses innatos, así como existe una, existe el otro. Para la interpretación del evento se requiere de aspectos informativos, es decir, son aspectos de retroalimentación ante los intentos de interacción del sujeto con el entorno y su elección propio o de otro por participar en la actividad; mientras que en el aspecto de control la persona asume un comportamiento, pensamiento y un sentir externo actuando a fines ajenos al sujeto. Por último, los aspectos motivantes donde los resultados y las acciones no encajan al no obtener información importante del desempeño pues es necesario para que el individuo desarrolle sus recursos y actúe en la regulación del comportamiento (Stover et al., 2017).

D. Teoría de la integración orgánica:

Deci y Ryan (1985) la describen como aquella falta de interés que se tiene en la realización de las actividades debido a la presión social de adquirir responsabilidades que restringen la motivación del sujeto y dichas actividades adquiridas por la sociedad no son de interés para la persona; sin embargo, por la necesidad de estar en interacción y el sentido de pertenencia a un grupo, el sujeto adquiere e internaliza para sí, comportamiento, valores y creencias de la cultura en la que está sumergido otorgándole competitividad para su vida diaria en la misma sociedad (Stover et al., 2017); lo que le otorgará una mayor autonomía (Deci y Flaste, 1996).

En este sentido Ryan y Deci (2017) mencionan que dichos comportamientos, valores y creencias son internalizadas en el sujeto haciéndolas propias cumpliendo con la satisfacción de competencia y un sentimiento de conexión con familiares, organizaciones y sociedad en general, favoreciendo el sentido de pertenencia y participación (López et al., 2021).

E. Teoría del contenido de metas:

Sheldon et al. (2004) basándose en la TAD, resaltan la importancia de las metas, puesto que además de conocer el porqué del comportamiento, también tiene relevancia el hacia dónde va dirigido dicho comportamiento la finalidad de este.

Kasser y Ryan (1996) dan una clasificación a las metas de acuerdo a su contenido extrínseco e intrínseco; el primero dirige a la persona a la búsqueda de aprobación y comparación interpersonal disminuyendo el grado de bienestar; mientras que las de contenido intrínseco están dirigidas al bienestar psicológico, al cumplimiento de las necesidades psicológicas básicas y el ajuste positivo, el cual y de acuerdo con (Sheldon y Kasser, 2001) se encuentran inmersos la salud, el crecimiento personal, la afiliación y la contribución comunitaria. A pesar del conflicto entre ambos tipos de metas, Kasser (2011) realizó estudios donde demuestra que ambas metas están inmersas en todo ser humano permitiendo sobrellevar la satisfacción y la frustración.

3.3.3 Teoría de las Discrepancias Múltiples (TDM) de Michalos

La finalidad de esta teoría es conocer los motivos que hacen ser feliz y tener satisfacción en la vida de la persona (Martín, 2002). Michalos (1985) considera al bienestar como el desacuerdo con lo que tiene la persona en el presente y con lo que otros tienen, pero él piensa que también lo merece y lo necesita. Dentro de estas diferencias se encuentran factores como la edad, el ingreso económico, el sexo, apoyo social, nivel académico, etc., que afectan al bienestar. En otras palabras, es la discrepancia entre lo que se aspira y lo que realmente se logra (Michalos, 1988)

Así mismo, esto recae en los propios juicios y percepciones de la persona acerca de su propio bienestar, que reitera la comparación de lo que adoptamos a lo que es idóneo adoptar para expresar un juicio propio de bienestar (Evans, 1994).

3.4 Determinantes del bienestar psicológico

El filósofo Aristipo considera como instrumentos para la obtención del conocimiento las propias sensaciones de la persona, con las cuales se experimentan los estados de placer, del bien o de dolor (González, 2014); en este sentido, el placer y la felicidad, de acuerdo con Padrós (2002) son la finalidad de toda acción individual o social del ser humano.

Otro punto por considerar es en el que Moyano y Ramos (2007) aluden que el bienestar no es explicable a base de otras variables, sino mediante aspectos psicológicos: la satisfacción que le produce al sujeto aspectos como su estatus social, sus ingresos, la comparación social (Palomar et al., 2004), los objetivos, habilidades de afrontamiento, el tipo de metas planteadas (González, 2014). Vigotsky (1987) entrelaza a la psicodinámica y los factores ambientales, donde la psicodinámica es usada en las metas, la genética y aspectos de afrontamiento que determinan al bienestar psicológico.

Otros aspectos determinantes del bienestar psicológico son las metas, los valores, la personalidad y los proyectos personales (González, 2014); la interpretación y valorización de la vida misma de la persona (García, 2002). De acuerdo con Fernández (2003) se determina por la relación de lo biopsicosocial involucrada en la personalidad del individuo.

Es así como el bienestar psicológico parte del juicio dado a qué tan satisfecho se siente el sujeto con su propia vida de acuerdo a la expectativa de ésta y lo que realmente ha logrado tener (González, 2014). Diener menciona que en dicha evaluación de la vida propia se involucran juicios cognitivos ante los sentimientos positivos y negativos y la cognición del individuo compuesto por la satisfacción general, sentimientos de placer, todo esto dentro de las áreas relevantes para cada persona, ya sea en lo laboral, lo familiar o en la salud (Pavot y Diener, 1993).

CAPÍTULO IV

PANDEMIA POR COVID-19

4.1 COVID-19

La COVID-19 también denominada SARS-Cov-1 es un síndrome severo agudo respiratorio originado en Wuhan (Hubei, China) en 2019; transmisible por secreciones principalmente a través de la vía respiratoria capaces de alcanzar una distancia de metro y medio, contacto de manos con nariz, ojos y boca (Maguiña et al., 2020); aerosoles, contacto directo cuyos síntomas se presentan a cinco días promedio de incubación (Villegas, 2020); de 12 días en presencia del 95% de la población estudiada (Maguiña et al., 2020). Sus síntomas generales son: tos seca, fiebre, dificultades para respirar, síntomas gastrointestinales y malestares generales del cuerpo (Villegas, 2020); una vez llega al árbol respiratorio, genera fallas multiorgánicas y una respuesta inflamatoria anormal (Maguiña et al., 2020).

Por otro lado, Muñiga et al. (2020) resaltan que el 80% de los casos no presentaron síntomas, sin embargo, no quiere decir que no transmitan el virus; con el 15% presentan de manera moderada los síntomas de tos seca, fatiga, fiebre y neumonía; para el 5% con síntomas severos de fiebre constante, disnea, tos, falla multiorgánica y daños cardiovasculares, donde del 3% al 4% de los afectados llegan a fallecer. Mientras que Wilson et al. (2020) presentan datos en la tasa de mortalidad del 0,25-3%; con incremento en zonas céntricas de las ciudades con mayor concentración poblacional (Chowell y Mizumoto, 2020).

Ante esta enfermedad respiratoria hubo población mayormente afectada a causa de tener otras afecciones médicas como enfermedades cardiovasculares, diabetes, hipertensión arterial y enfermedades pulmonares (Deng y Peng, 2020; Zhu et al.,

2020); así como cáncer (Li et al., 2020); así mismo, la población vulnerable acorde a la edad presentada fueron las personas mayores de 65 años (Villegas, 2020).

Finalmente, los cuidados o medidas sanitarias establecidas por las autoridades pertinentes para la población infectada o no infectada fueron: lavarse las manos, cubrirse la boca al momento de estornudar o toser mediante el uso de mascarillas quirúrgicas, uso de gel antibacterial y aislamiento social denominada cuarentena (Deng y Peng, 2020; Zhu et al., 2020). Para la población perteneciente al personal de la salud, limpieza y alimentos se consideraron los siguientes instrumentos de protección: guantes estériles, batas quirúrgicas desechables, protectores oculares, mascarillas N-95, así como mantenerse aislados y reducir el contacto con otros (Villegas, 2020).

4.2 Consecuencias de la pandemia por COVID-19 en la salud mental

Después de que la Organización Mundial de la Salud (OMS) nombró al brote originado en Wuhan, China, una emergencia de salud global a la COVID-19 por su grado de contagiosidad, en la que se muestran números de casos y muertes confirmadas en la población mundial. De igual manera, hubo incrementos en la presencia de emociones y sentimientos de irritabilidad, soledad y tristeza; la rumiación de pensamientos negativos y experiencias pasadas de pandemias aumentaron las sensaciones de miedo a morir (Huarcaya, 2020); miedos en general, frustraciones físicas y mentales (Lozano, 2020); estrés, ira, temores, insomnio, depresión, ansiedad (Kang, 2020); temor de enfermarse por COVID-19, pensamientos suicidas, aumento del consumo de sustancias psicoactivas (Huarcaya, 2020).

Además de esto, el hecho de estar en cuarentena reflejaba un aislamiento social total y por ende la nula comunicación interpersonal; aumentando las posibilidades de padecer algún tipo de problema psicológico o mental, lo cual ocasiona dificultades en el tratamiento de estos (Huarcaya, 2020).

Aunado a ello, la excesiva información de problemas económicos del país propio y extranjeros, así como alteración social respectivo al tratamiento, saturación en hospitales, presentadas en las noticias y redes sociales siendo estos medios de comunicación masiva incrementando el caos entre los más vulnerables provocando así mayor enfermedad y muerte (Villegas, 2020); colapso del sistema sanitario, frustración, pérdida económica, incremento del tiempo en cuarentena, aburrimiento (Ybeseta y Bacerra, 2020). Tal como lo describe Hernández (2020), el exceso de información y rumores crearon pánico en las personas y ante diversas situaciones no sabían cómo realmente actuar, trayendo alteración en la rutina, temores de enfermarse, pánico, incertidumbre y presiones económicas (Talevi et al., 2020)

4.3 El personal de la salud ante la COVID-19

A causa del alto riesgo de contagio, al aislamiento, frustración, la falta de equipo de protección adecuado, permanecer más tiempo en su jornada laboral por el nivel de demanda requerida por los contagios, los médicos presentaron un alto nivel en la presión por su trabajo y con ello un nivel considerablemente alto de estrés (Huarcaya, 2020); trastorno por estrés postraumático, depresión y ansiedad (Bao et al., 2020); así como traumatización vicaria (Li et al., 2020).

Así mismo, uno de los aspectos que incrementaron los niveles de estrés del personal sanitario son: el miedo al ponerse en riesgo por la falta de equipo de bioseguridad otorgado, las instalaciones de seguridad insuficientes y poco eficientes (Ybeseta y Bacerra, 2020). Por otro lado, Li et al. (2020) señalan un tipo de trauma que los médicos pudieron padecer al estar constantemente en presencia de personas con los mismos síntomas; lo denominan trauma vicario, donde los profesionales de la salud padecen síntomas semejantes a los de sus pacientes como: irritabilidad, miedo, insomnio, pérdida de apetito, cansancio, repercutiendo en la toma de decisiones, en su bienestar y el nivel de atención (Kang et al., 2020).

Fernández y Araújo (2020) le adjudican factores que afectan emocionalmente al personal de la salud referentes a ver cómo mueren personas en total soledad, no

ofrecer los cuidados realmente requeridos y humanizados a falta de los recursos materiales requeridos, ver a sus colegas contagiarse aumentando su carga laboral y disminuyendo sus funciones cognitivas necesarias en su profesión, como la toma de decisiones, comprensión y su capacidad de atención.

MÉTODO

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define al estrés como aquella reacción que afecta el bienestar mental y físico del ser humano. Si bien estar bajo una cantidad idónea de estrés es necesaria en el día a día en cuanto a la supervivencia del ser humano (de Camargo, 2004), presentar niveles altos llega a ser un problema para el ser humano, puesto que puede presentar dificultades a nivel físico como: dolores de cabeza, dolor corporal, alteración del sueño y del apetito. Por otro lado, y a nivel psicológico se llegan a presentar problemas relacionados con la ansiedad, depresión y dificultades en la concentración (OMS, 2020).

Así mismo, Gálvez et al. (2015) describen que, al exponerse a diversos agentes estresores, a nivel fisiológico, existe algo denominado respuesta de estrés causada por la activación (desequilibrio) de los sistemas nervioso, endócrino y autónomo, provocando la liberación de hormonas que ponen en estado de guardia, lucha o huida al sujeto. De acuerdo con de Camargo (2004) esos estímulos físicos son: aquellos que causen un dolor en el cuerpo, el parto, la falta de sueño, medicamentos que afectan el sistema nervioso simpático, infecciones crónicas, alguna cirugía, la deshidratación, estar en un ambiente muy caluroso o frío, hemorragias, entre otros. Esto llega a ser un problema porque el sujeto llega a presentar dolores de cabeza, insomnio, boca seca, ansiedad, vómitos, diarreas, hipertensión, dolor muscular, taquicardia y demás síntomas fisiológicos.

Dicho esto, el Informe Global de Emociones en 2022 junto con Gallup realizaron un estudio de las experiencias diarias tanto positivas como negativas de dos años de pandemia, guiando el punto a nuestra finalidad, el estudio arroja un aumento de estrés en los adultos con un 41% en 2021, dos puntuaciones más que en el año

2020; es decir, alrededor de 190 millones de personas alrededor del mundo experimentaron estrés (Clifton, 2022).

Siguiendo esta línea, México, y de acuerdo con la OMS, presenta un 75% de prevalencia en el estrés por encima de China con un 73% y Estados Unidos con el 59%. Conforme a lo mostrado en la investigación realizada por la Asociación Americana de Psicología (APA), en donde se resaltó que un 40% de la sociedad mexicana de entre 18 a 33 años son los que viven con mayor estrés en sus vidas por razones diversas como: continuación de los estudios, conseguir empleo, el matrimonio o actividades con un alto nivel de responsabilidad (Gálvez et al., 2015).

Ahora bien, el estrés dentro del área de la salud es caracterizado por la intensa dedicación que los médicos y enfermeros (as) destinan a su labor, enfocada en el cuidado de la vida de los demás (Paris y Omar, 2008). A esto se incluye, de acuerdo con Meier e Imbert (2000), la infraestructura de la institución hospitalaria, escasez o falta de medicamentos, el clima laboral en el que estén inmersos o la disminución de salario, siendo esto último un problema a causa del desequilibrio entre las capacidades del trabajador de salud y lo que su labor exige. Este desajuste es debido a la sobrecarga de labores y el poco tiempo para realizarla, el tiempo de labor, los conflictos entre colegas y superiores, la vida individual del médico o enfermero (a) habiendo incompatibilidad con su trabajo y su vida personal o familiar (París y Omar, 2008).

Por otro lado, un bienestar psicológico deficiente es un problema, puesto que depende de otros factores, que, a su vez, involucran otros elementos necesarios para tener esta sensación de bienestar, uno de ellos, es el ejercicio físico, que de acuerdo con Biddle et al. (2000) al realizar actividades físicas se encuentran mejoras en el estado de ánimo, la salud objetiva y la emotividad, disminuye la probabilidad de tener altos niveles de ansiedad y obtener un nivel de autoestima adecuado (Akandere y Tekin, 2005).

Mientras que George en 2010 (citado por Asencio et al., 2013) menciona que el bienestar psicológico establece de manera relativa la complacencia con la vida.

Aunado a ello, se presentan otros factores dentro del bienestar psicológico, entre los que se encuentran la autoaceptación, el dominio del entorno, el crecimiento personal, la autonomía y tener un propósito en la vida (Díaz et al., 2006). Así mismo, depende de la calidad de vida, del estado de felicidad, y la salud mental que el sujeto tenga (Ballesteros et al., 2006).

Ante la carencia de bienestar psicológico y basándose con Ballesteros et al. (2006), se presentan dificultades en la vida familiar, en el ámbito laboral, tener una estabilidad económica, una situación emocional deseable, así como en el aspecto de la salud física y psicológica, en las relaciones afectivas y amorosa (Buss, 2000; Costa et al., 1987, Hagerty, 2000; Thompson, 2001).

Para la tercera variable, dentro de la regulación emocional y de acuerdo con Gross y Thompson (2007), puntualizan cinco factores determinantes para el proceso usado en la regulación emocional, al que denominaron Proceso del Modelo de la Regulación Emocional; dicho proceso explica de manera simple las causas, consecuencias y mecanismos que fundamentan las diversas maneras de regular las emociones (Gross, 2008).

En esta línea, (Bargh et al., 1996; Bargh et al., 2001; Srull y Wyer, 1979) realizaron un experimento donde manipulaban la regulación emocional en dos grupos distintos, dentro del primero, predominaba el control de la emoción y se permitió la adaptación de la tarea dejada; mientras que, en el segundo, la expresión de la emoción fue directa y sin oportunidad de adaptación de la tarea. Los resultados del segundo grupo se caracterizaron por presentar un mayor gasto cardíaco, una menor resistencia periférica total y una mayor activación simpática (Mauss et al., 2006) siendo este un problema, a causa de no implementar estrategias adaptativas a la tarea.

Así mismo, no contar con estrategias adaptativas con la finalidad de regular las emociones es un problema, ya que se pueden llegar a presentar enfermedades psicosomáticas o bien, alteraciones en la personalidad (Freud, 1936, citado por Gross, 2008). Mientras que la Asociación Americana de Psicología (APA), dentro

de los trastornos clínicos del Eje I y de los trastornos de la personalidad en el Eje II, con posibilidades de tener respuestas emocionales problemáticas (APA, 2000). Es decir, que no se cuente con las estrategias adaptativas para el manejo de las emociones tiene una mayor implicación de presentar una psicopatología (Gross y Levenson, 1997).

Por último, la pandemia por COVID-19 ha dejado estragos considerables en el personal de la salud y en la población general, además de los síntomas físicos causados por el virus, el tema de la salud mental deja mucho por tratar. A causa de pandemias pasadas y la pandemia más reciente por la COVID-19, Chan y Huak (2023) afirman que el personal de la salud y los pacientes presentan miedo a la muerte, así como sentimientos de tristeza, irritabilidad y soledad.

Por otro lado, a consecuencia de la cuarentena o aislamiento social, la población presentó algunos problemas de salud mental relacionados con la ansiedad por la salud, depresión acompañada de tristeza, resentimiento e ira a causa de la pérdida de un familiar (duelo) y estrés psicológico. En un estudio realizado en China, se presentó mayor presencia del estrés en personas dentro del rango de edad de 18 y 30 años; en mayores de 60 años quienes son la población con mayor mortalidad por COVID-19; en estudiantes universitarios y el tener un familiar diagnosticado por la COVID-19 (Huarcaya, 2020).

Es por lo que se plantea la siguiente **pregunta de investigación**: ¿Existe relación entre el estrés, las estrategias adaptativas de la regulación emocional y el bienestar psicológico post-COVID-19 en los profesionales de la salud pertenecientes a la jurisdicción sanitaria de Atlacomulco? Teniendo, así como **objetivo general**: establecer la relación existente entre el estrés, las estrategias adaptativas y el bienestar psicológico post-COVID-19 presente en los profesionales de la salud pertenecientes a la jurisdicción sanitaria de Atlacomulco. De esto derivándose como **objetivos específicos** los siguientes: describir el nivel de estrés post-COVID-19 en los profesionales de la salud e identificar cuáles son las estrategias adaptativas que han desarrollado o en su defecto usado al enfrentarse a las secuelas de la

pandemia, así como comparar el bienestar psicológico presente en enfermeras (os) y médicos (as).

HIPÓTESIS

Ha: Existe relación estadísticamente significativa entre el estrés, las estrategias adaptativas y el bienestar psicológico post-COVID-19 en los profesionales de la salud.

Ho: No existe relación estadísticamente significativa entre el estrés, las estrategias adaptativas y el bienestar psicológico post-COVID-19 en los profesionales de la salud.

TIPO DE INVESTIGACIÓN

De acuerdo con Hernández et al. (2014) este estudio es de tipo correlacional.

VARIABLES

Estrés

Definición conceptual

De acuerdo con Barrio et al. (2006) se entiende al estrés como una respuesta ya sea de afrontamiento o bien de huida frente a una amenaza, algo a lo que el ser humano se enfrenta a diario puesto que su entorno está en cambio constante, donde del estilo de vida dependen las áreas laboral, social y personal, por esta razón el estrés es inevitable en la vida del ser humano.

Definición operacional

Se emitirá en relación con los resultados a las respuestas brindadas por los participantes a la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (Dass-42).

Estrategias Adaptativas

Definición conceptual

La regulación emocional, de acuerdo con Gross (2008) es la manera en que influimos en nuestras emociones en tres momentos: las emociones que sentimos, en el momento en que las sentimos y la forma en que las experimentamos y expresamos.

Definición operacional

Se emitirá en relación con los resultados que arrojen las respuestas brindadas por los participantes al Cuestionario Cognitivo De Regulación Emocional (Cognitive Emotion Regulation Questionnaire [CERQ], 2001).

Bienestar Psicológico

Definición conceptual

Carol Ryff (1989, 1995) define al bienestar psicológico como la potencialidad verdadera que el ser humano desarrolla para sí mismo.

Definición operacional

Se emitirá en relación con los resultados que arrojen las respuestas brindadas por los participantes de la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff (1989).

Pandemia por COVID-19

Definición conceptual

La pandemia por el virus SARS-CoV-2 ha causado aislamiento social, daño multiorgánico, colapso en el sistema de salubridad en diversas zonas a nivel mundial, muerte (Maguiña et al., 2020), trastornos ansiosos, depresivos, así como distanciamiento social (Huarcaya, 2020).

Definición operacional

Se emitirá en relación con los resultados que arrojen las respuestas brindadas por los participantes al Cuestionario de Impacto Psicológico del Coronavirus (CIPC) en el 2020.

INSTRUMENTOS

ESCALA DE DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y ESTRÉS (DASS-42)

Esta prueba creada por Lovibond y Lovibond en 1995, evalúa la presencia de tres variables: depresión, ansiedad y estrés, consideradas como estados emocionales negativos; inicialmente se tenía bajo el fin de valorar los síntomas principales de la depresión y ansiedad, sin embargo, al realizar estudios factoriales, arrojó un tercer factor, el estrés (Fonseca et al., 2010). Para este estudio, se utiliza la versión original, que consta de 42 reactivos en formato tipo Likert (0 = “no aplica en mi en lo absoluto” a 3 = “aplica en mi bastante, o la mayoría de las veces”). Dividida en los tres factores con 14 reactivos en cada uno. Esta prueba ha demostrado, niveles de consistencia interna con alfas de Cronbach de .84 en ansiedad, .90 para estrés y .91 con la depresión (Lovibond y Lovibond, 1995).

Dentro de la escala de Depresión se evalúan 7 aspectos, siendo: la inercia, la falta de interés, la disforia, desesperanza, el autodesprecio, la inercia y la devaluación de la vida. Mientras que la Ansiedad toma en cuenta la ansiedad situacional, los síntomas somáticos y subjetivos producidos por el miedo, la experiencia subjetiva

del afecto ansioso y las reacciones musculo esqueléticos. Así mismo en el Estrés se evalúa la simplicidad de la persona al irritarse, enfadarse, tener reacciones exageradas, se mide tanto la excitación y la tensión en inespecíficas y en persistentes, finalmente evalúa la excitación nerviosa y qué tanta dificultad presenta al momento de relajarse; por esto, al responder la escala, no se lleva más de 15 minutos (Bados et al., 2005).

CUESTIONARIO COGNITIVO DE REGULACIÓN EMOCIONAL (COGNITIVE EMOTION REGULATION QUESTIONNAIRE [CERQ], 2001)

Garnefski, Kraaij y Spinhoven desarrollaron el CERQ en el 2001, enfocado en la evaluación de las estrategias emocionales empleadas al manejo de situaciones emocionales y el estilo cognitivo general. Cuenta con un total de 39 reactivos repartida en nueve dimensiones: Focalización de planes, Autoculpa, Culpar a otros, Aceptación, Focalización positiva, Poner en perspectiva, Reinterpretación positiva, Catástrofe y Rumiación, con opciones de respuesta en formato tipo Likert, que va desde Casi nunca (1) hasta Casi siempre (5). Dicha escala ha obtenido puntuaciones que oscilan entre un .75 y un .87 en alfas de Cronbach (Garnefski y Kraaij, 2007).

ESCALA DE BIENESTAR PSICOLÓGICO (RYFF'S PSYCHOLOGICAL WELL-BEING SCALE, 1989)

Para esta escala, se usa la versión en español de Díaz et al. (2006), que consta de 29 reactivos, que, de acuerdo con la propuesta del modelo multidimensional de bienestar psicológico de Ryff, se divide en seis dimensiones: Autoaceptación, Autonomía, Relaciones Positivas, Crecimiento Personal, Dominio del Entorno y Propósito en la vida. La escala cuenta con un formato de respuestas tipo Likert que va desde 1, siendo totalmente en desacuerdo a 6, totalmente de acuerdo. Esta

versión de la escala presenta una consistencia interna de alfa de Cronbach en un .70 y .84.

CUESTIONARIO DE IMPACTO PSICOLÓGICO DEL CORONAVIRUS (CIPC, 2020).

Con la finalidad de evaluar el impacto psicológico a causa de la pandemia por el COVID-19, se implementa este cuestionario elaborado por Sandín, Valiente, García-Escalera y Chorot. Consta de 93 reactivos distribuido en nueve dimensiones: Conductas Asociadas Al Confinamiento, Experiencia por el Coronavirus, Uso de Conductas Preventivas, Uso de los Medios de Conductas Preventivas, Escala de Distrés, Escala de Miedo al Coronavirus, Escala de Interferencia por el Coronavirus, Escala de Síntomas de Estrés Postraumático, y Escala de Experiencias Positivas ante las Adversidades. El formato de respuestas varía en cada dimensión. Dicho cuestionario presenta una consistencia interna de $\alpha = .79$ y $\alpha = .93$ (Sandín et al., 2020).

POBLACIÓN

Los participantes son trabajadores en el área de la salud pertenecientes a la Jurisdicción Sanitaria de Atlacomulco, ubicada en Calle José María Morelos Ote. 101, Atlacomulco de Fabela, México, incluyendo a los municipios de Acambay, El Oro y Temascalcingo, siendo estos, pertenecientes a dicha Jurisdicción.

MUESTRA

Se empleó un muestreo no probabilístico por conveniencia. En la presente investigación se incluyeron 191 participantes.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Médicos generales o especialistas.
- Enfermeras y enfermeros.
- Que el personal sea perteneciente a la jurisdicción sanitaria de Atlacomulco.
- Tener entre 18 y 65 años de edad.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- No ser trabajadores en el área de salud.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- No haber contestado más de la mitad de los cuestionamientos.
- No haber respondido a los datos sociodemográficos.

DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Para el presente trabajo de investigación y respecto a los objetivos de este, el diseño de investigación es no experimental de tipo correlacional (Hernández et al., 2014).

CAPTURA DE INFORMACIÓN

Para recabar los datos necesarios a la investigación, fue necesario realizar:

1. Enviar la solicitud a la Jurisdicción Sanitaria de Atlacomulco para aplicar los instrumentos necesarios al personal de salud con motivos de investigación.
2. Una vez dado el permiso, acudir a los centros médicos indicados de los municipios pertenecientes a la Jurisdicción Sanitaria de Atlacomulco.
3. Se les saluda, se verbalizan los motivos de nuestra presencia, así como las instrucciones acerca de los instrumentos a aplicar.

4. Se les entrega del consentimiento informado, solicitando su firma, así como lectura de este para que los participantes conozcan la finalidad de la investigación.
5. Se les brinda un lapso de entre 30 a 45 minutos para responder de manera apropiada los instrumentos.
6. Se les recogen los instrumentos conforme terminen.
7. Para finalizar, se les agradece por su colaboración al dar respuesta a los instrumentos y su tiempo brindado.

PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

En base a la captura de información, se hizo uso de la prueba de correlación de Pearson, mediante el programa de SPSS (IBM SPSS Statistics, Versión 28.0) dentro de un nivel de significancia de .05 con un intervalo de confianza del 95%.

RESULTADOS

Para abordar los resultados arrojados de los instrumentos previamente aplicados se usaron diversos tipos de análisis de datos; de primer momento se presentarán los análisis descriptivos puntualizando los datos sociodemográficos de los participantes en el presente estudio.

Tabla 1. **Edad** de los médicos y enfermeras de la jurisdicción sanitaria de Atlacomulco.

Edad	f	%
22	6	3.14
23	14	7.33
24	14	7.33
25	7	3.67
26	4	2.09
27	6	3.14
28	3	1.57
29	5	2.62
30	8	4.19
31	6	3.1
32	7	3.67
33	4	2.09
34	3	1.57
35	4	2.09
36	4	2.09
37	9	4.71
38	13	6.81
39	9	4.71

40	3	1.57
41	5	2.62
42	7	3.67
43	6	3.14
44	3	1.57
45	2	1.05
46	2	1.05
47	1	0.52
48	6	3.14
49	2	1.05
50	4	2.09
51	1	0.52
52	2	1.05
53	4	2.09
54	1	0.52
57	1	0.52
58	4	2.09
59	1	0.52
60	2	1.05
61	3	1.57
63	2	1.05
64	1	0.52
65	1	0.52
68	1	0.52
<hr/>		
Total	191	100.0
<hr/>		

f=frecuencia %=Porcentaje

Fuente: Datos propios, 2023

Tabla 2. **Sexo** de médicos y enfermeras de la jurisdicción sanitaria de Atlacomulco.

Sexo	f	%
Mujeres	150	78.53
Hombres	41	21.47
Total	191	100.0

f=frecuencia %=Porcentaje

Fuente: Datos propios, 2023

Tabla 3. **Nivel de estudios** de los médicos y enfermeras de la jurisdicción sanitaria de Atlacomulco.

Nivel de estudios	f	%
Preparatoria	3	1.57
Licenciatura	123	64.40
Carrera técnica	42	21.99
Postgrado	23	12.04
Total	191	100.0

f=frecuencia %=Porcentaje

Fuente: Datos propios, 2023

Dentro de este mismo análisis descriptivo se presentarán los análisis de las cuatro variables estudiadas en la presente investigación con base en los instrumentos aplicados, obteniendo los siguientes resultados:

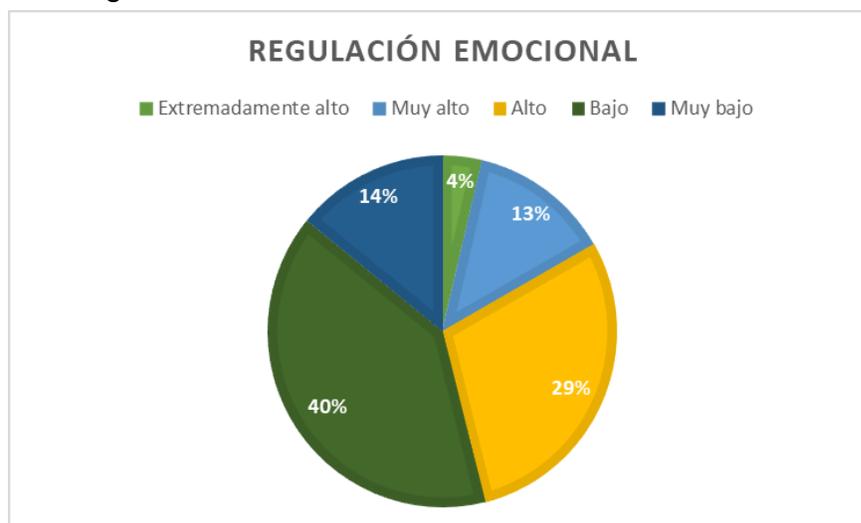
Con lo que respecta a la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés, de la cual únicamente se tomó en consideración la escala de Estrés por razones propias a la investigación se encontró que el 62% de los participantes denota un nivel muy alto de estrés, seguido del 24% dentro de un nivel bajo en la presencia de estrés (véase figura 1).

Figura 1. Presencia de Estrés.



En lo referente al Cuestionario Cognitivo de Regulación Emocional, se presenta que el 40% de los participantes tienen un nivel bajo de regulación emocional y únicamente el 4% de la muestra presenta un nivel extremadamente alto en la regulación emocional (véase figura 2).

Figura 2. Nivel de Regulación Emocional



En este sentido, en los participantes resalta una baja presencia de estrategias adaptativas ante adversidades con el 41%, denotando la existencia del 5% de la muestra al saber cómo actuar ante dichas adversidades; es decir cuentan con las estrategias adaptativas apropiadas al afrontamiento de situaciones problema (véase figura 3).

Figura 3. Presencia de Estrategias Adaptativas.



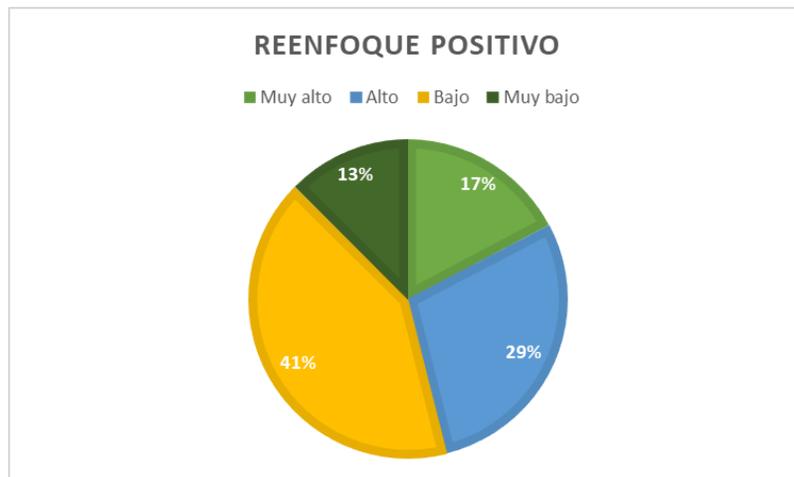
Dentro de las estrategias de afrontamiento se encuentra la estrategia de reevaluación de la cual el 51% del personal de la salud de la jurisdicción de Atlacomulco presenta un bajo uso de esta estrategia, sin embargo, el 31% de los participantes aplican la estrategia ante eventos críticos y únicamente el 6% tiene un muy bajo uso de esta.

Figura 4. Nivel de presencia de la estrategia de Reevaluación.



En el implemento de la estrategia de reenfoque positivo, se encuentra que el 41% de los participantes del presente estudio tiene un nivel bajo en la aplicación de dicha estrategia, resaltando el 29% del personal que hace uso de esta de manera frecuente, mientras que solo el 13% hace uso de ella de manera constante (véase figura 5).

Figura 5. Nivel de presencia de la estrategia de Reenfoque Positivo.



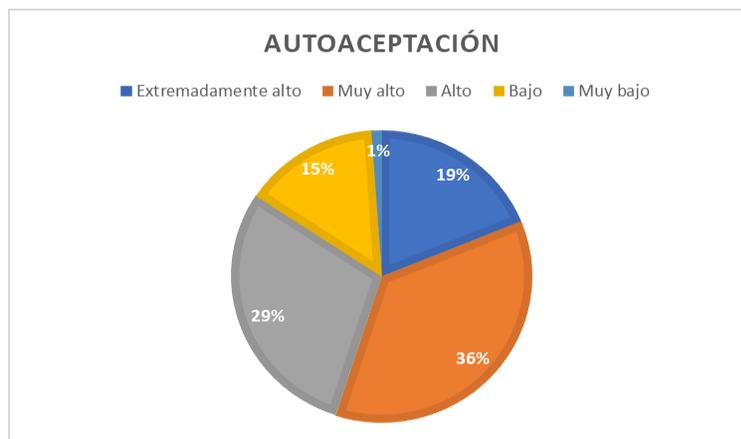
En la implementación de la estrategia de reenfoque de planeación, a diferencia de la anterior, el personal de la salud de la Jurisdicción estudiada, sí hace uso de ella ante las situaciones estresantes dentro de su área laboral, a pesar de ello, sigue habiendo una prevalencia dentro del nivel bajo en la implementación de la estrategia, presentando un 40% de la muestra (véase figura 6).

Figura 6. Nivel de presencia de la estrategia de Reenfoque de Planeación.



Continuando con los resultados, en la Escala de Bienestar Psicológico de Riff se denota en la figura 7 que el 19% del personal de la salud pertenecientes a la Jurisdicción de Atlacomulco presentan un nivel extremadamente alto de autoaceptación, mientras que 65% de la muestra se encuentran entre alto y muy alto en la autoaceptación de sus capacidades ante el afrontamiento de adversidades y su valoración propia de sentirse bien consigo mismos (véase figura 7).

Figura 7. Autoaceptación.



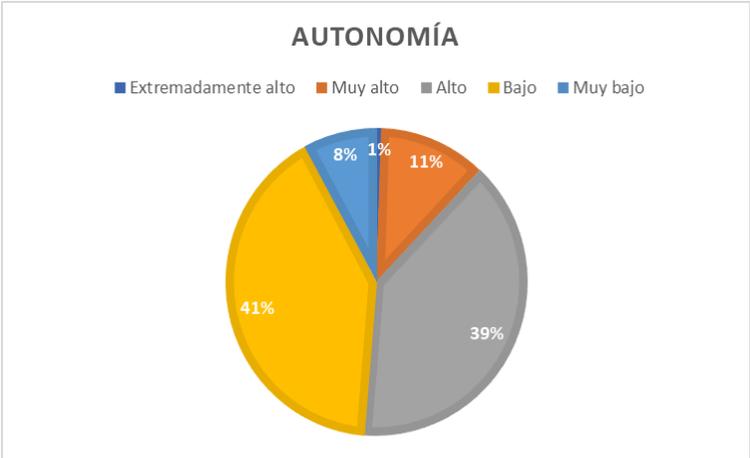
Para las relaciones positivas, los médicos y enfermeras (os) denotan tener un 43% de la presencia de esta dimensión en un nivel bajo indicando con ello una carencia en las interacciones sociales y mayores probabilidades de presentar soledad y aislamiento, mientras que el 35% de estos se encuentran en un nivel alto de presencia (véase figura 8).

Figura 8. Presencia de Relaciones Positivas.



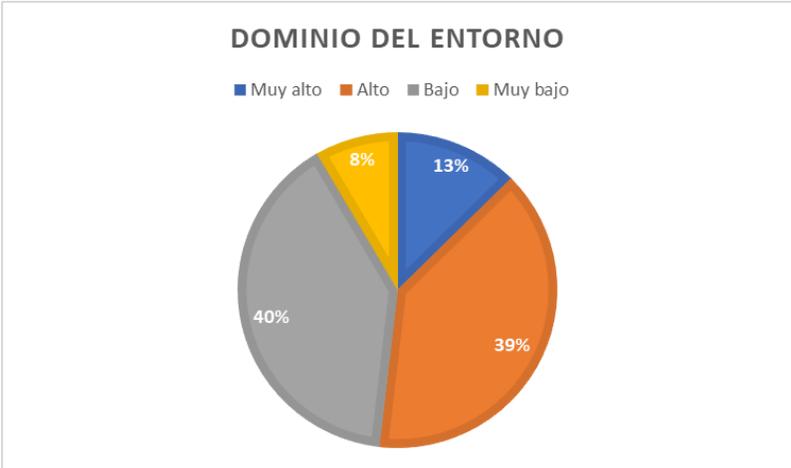
La autonomía no difiere mucho en tanto a los resultados anteriores, sigue habiendo una mayor presencia de la muestra en un nivel bajo indicando poca individualidad, autodeterminación del personal de salud y toma de decisiones por sí mismos; sin embargo, únicamente el 1% de la muestra presenta esta capacidad de autonomía (véase figura 9).

Figura 9. Autonomía.



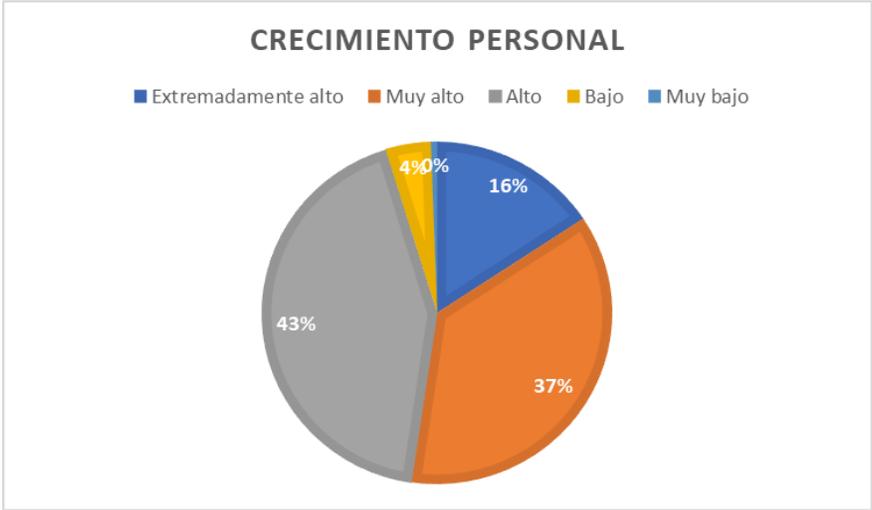
Dentro de esta dimensión se presenta una diferencia mínima entre una capacidad de crear entornos favorables por el individuo y la influencia dentro de este que podría tener la persona; la diferencia es del 1%, de la cual la mayor parte del personal de salud presenta baja capacidad en el dominio del entorno (véase figura 10).

Figura 10. Dominio del Entorno.



A diferencia de las dimensiones anteriores, la muestra de estudio tiene una presencia del 43% en el crecimiento personal en el conocimiento propio de las capacidades de la persona valorando su desarrollo personal y el 4% de esta no cuenta con esta capacidad (véase figura 11).

Figura 11. Crecimiento Personal.



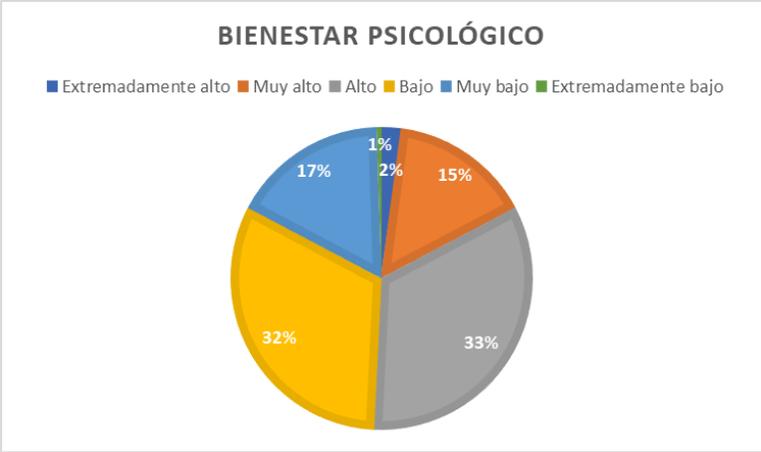
La capacidad que presenta la mayor parte del personal de salud en tener un propósito en la vida, un objetivo y marcarse una meta que le propicie sentido a su vida es del 13%; mientras que el 42% se encuentra en una capacidad baja en la presencia de estos aspectos en su vida laboral y personal (véase figura 12).

Figura 12. Propósito de Vida.



Por último, en la dimensión del bienestar psicológico, únicamente el 2% de la muestra presenta un nivel de su existencia idóneo, sin embargo, hay mayor connotación en la existencia baja con un 32% y en la presencia alta de esta dimensión con un 33%; lo que indica que el resto se encuentra entre un nivel muy alto y con muy bajo (véase figura 13).

Figura 13. Existencia de Bienestar Psicológico.



Por otro lado, en lo que respecta al Cuestionario de Impacto Psicológico del Coronavirus, se presenta un 39% de los médicos y enfermeras (os) con una alta presencia de miedos ante conductas preventivas y un 18% con poco miedo ante dichas conductas, indicando una presencia medianamente relevante ante estos miedos (véase figura 14).

Figura 14. Presencia de los Medios de Conductas Preventivas.



En lo que respecta al nivel de experiencia por el coronavirus resalta una mayor presencia en el nivel alto con el 58% del personal de la salud perteneciente a la jurisdicción sanitaria de Atlacomulco, mientras que el 5% de esta está en un nivel muy alto de experiencia ante la adversidad (véase figura 15).

Figura 15. Nivel de Experiencia por el Coronavirus.



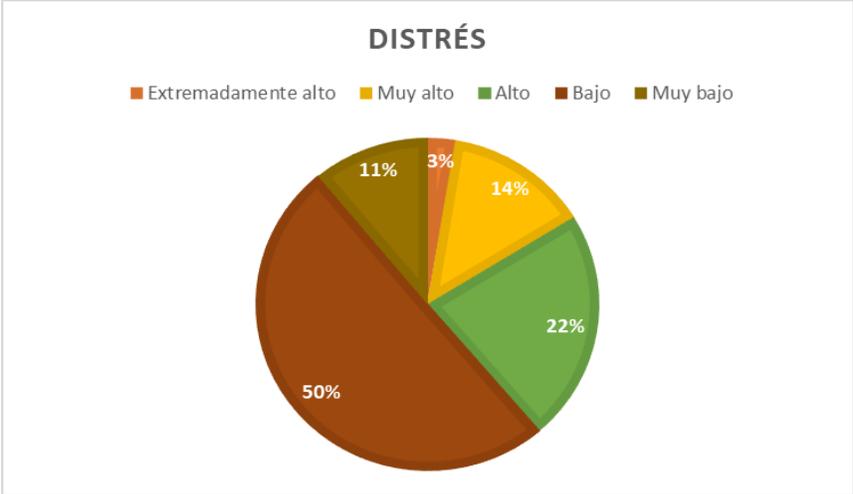
Por otro lado, la muestra estudiada presenta una experiencia positiva ante las adversidades dentro del 39% con un nivel alto de presencia; un nivel bajo con el 34% del personal sanitario, por lo que dentro del 1% presentó con muy poca frecuencia experiencias positivas ante las adversidades (véase figura 16).

Figura 16. Presencia de las Experiencias Positivas ante las Adversidades.



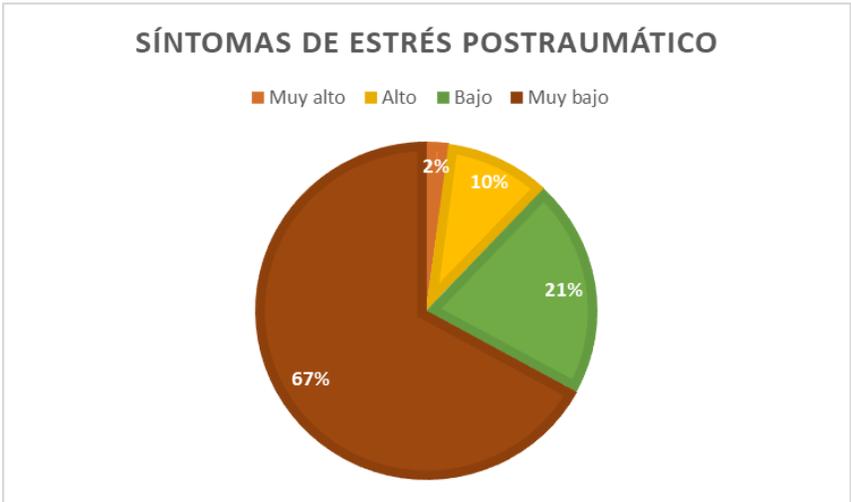
En cuanto al distrés, resalta la presencia del 50% en niveles bajos, seguido del 22% para un nivel alto en la presencia de este factor, con un 14% en muy alto y el 3% en extremadamente alto; dejando un 11% con presencia muy baja para el personal de salud.

Figura 17. Nivel de Distrés.



El 67% de la población dice no haber presentado síntomas de estrés postraumática ante el COVID-19 pues se encuentra en un nivel muy bajo; mientras que únicamente el 2% presentó dichos síntomas al estar en un nivel muy alto (véase figura 18).

Figura 18. Presencia de Síntomas de Estrés Postraumático.



Para finalizar con los resultados, se mostrará una tabla de las correlaciones existentes entre las cuatro variables estudiadas en la presente investigación, esto bajo el uso del análisis de correlación de Pearson (ver Tabla 4).

Tabla 4. Correlación entre las variables de estudio.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
1. Miedos	....																	
2. Experiencia	.223**	....																
3. Experiencia positiva	.292**	.027	....															
4. Distrés	.432**	.110	.115	....														
5. Estrés postraumático	.398**	.325**	.168*	.510**	....													
6. Estrés	.316**	.157*	.029	.683**	.473**	....												
7. Aceptación	.243**	-.025	.087	.390**	.110	.330**	....											
8. Reenfoque positivo	.180*	.053	.239**	.019	.044	.102	.324**	....										
9. Reenfoque planeación	.021	-.024	.189**	-.111	-.097	-.015	.177*	.433**	....									
10. Reevaluación	.146*	.022	.312**	.048	-.060	.027	.223**	.458**	.442**	....								
11. Poner perspectiva	.102	-.047	.150*	.152*	-.012	.203**	.257**	.287**	.407**	.431**	....							
12. Adaptativas	.206**	-.004	.284**	.148*	.000	.191**	.584**	.745**	.701**	.735**	.679**	....						
13. Autoaceptación	-.062	-.215**	.066	-.338**	-.090	-.224**	-.247**	.164*	.324**	.293**	.144*	.190**	....					
14. Relaciones positivas	-.118	-.081	-.065	-.240**	-.130	-.138	-.257**	.196**	.307**	.218**	.137	.169*	.533**	....				
15. Autonomía	-.033	-.106	-.042	-.366**	-.138	-.177*	-.222**	.236**	.373**	.225**	.141*	.214**	.676**	.588**	....			
16. Dominio del entorno	-.102	-.132	.125	-.327**	-.106	-.210**	-.191**	.142*	.334**	.330**	.159*	.217**	.749**	.454**	.597**	....		
17. Crecimiento personal	-.072	-.121	.213**	-.234**	-.144*	-.178*	-.118	.233**	.358**	.291**	.197**	.274**	.604**	.455*	.479*	.639**	....	
18. Propósito de vida	-.006	-.009	.201*	-.268**	.024	-.163*	-.185**	.174*	.290**	.311**	.136	.205**	.772**	.428**	.574**	.764**	.671**	....
19. Total Bienestar Psicológico	-.077	-.138	.094	-.367**	-.120	-.223**	-.251**	.235**	.406**	.337**	.185**	.258**	.892**	.702**	.819**	.851**	.773**	.855**	....

Sig.=0.05* Sig.=0.01**

De los resultados presentados en la Tabla 4 se denota una relación estadísticamente significativa y positiva entre la presencia de miedos ante el coronavirus y el total de la dimensión de estrés; es decir, el personal de la salud que presenta un mayor grado de miedos ante el coronavirus tiende a presentar mayores probabilidades de manifestar un alto índice de estrés considerado como una emoción negativa presentada ante eventos críticos y que llegan a sobrepasar las habilidades adaptativas del personal de la salud.

Así mismo, en lo que respecta a la dimensión de experiencias positivas ante la COVID-19 y la escala total de las estrategias adaptativas los resultados muestran una relación estadísticamente significativa y positiva, indicando de esta manera que entre mayores experiencias positivas viva el individuo, mayor es el implemento y / o la adquisición de las estrategias adaptativas ante las adversidades. Dentro de las estrategias adaptativas resaltan dos dimensiones, que de acuerdo con los resultados mostrados en la Tabla 4, el personal de la salud da indicios de frecuencia en su uso, siendo el reenfoque positivo y la reevaluación de la situación quienes suelen presentarse con una mayor correlación entre la experiencia positiva ante la COVID-19.

Así mismo, existe una correlación estadísticamente significativa y positiva entre las estrategias adaptativas y el bienestar psicológico, es decir, a mayor implementación o uso de las estrategias adaptativas que el personal de la salud emplea para el afrontamiento de las situaciones desbordantes dentro de su área laboral mayor bienestar psicológico poseen.

Por otro lado, correlacionando la escala de estrés y la del bienestar psicológico, se muestra una relación estadísticamente significativa y negativa, refiriendo que a mayor presencia de estímulos estresores en la labor médica, menor bienestar psicológico presenta el personal de la salud. Resaltando un mayor impacto en las áreas de autoaceptación y dominio del entorno.

Siguiendo esta línea, en el cuestionario de impacto psicológico del coronavirus, en la escala de distrés (siendo este el tipo de estrés negativo que ocasiona en el sujeto

daños tanto físicos como psicológicos a grandes escalas llegando afectar su vida personal, laboral, etc.) se identificó una correlación existente entre el bienestar psicológico y sus seis subescalas, indicando con ello que a mayor distrés presente en el personal de la salud, menor presencia de la valoración y el sentimiento de bienestar consigo mismos (autoaceptación), así como una disminución en la calidad de las relaciones e interacción social, lo que resulta en presencia de aislamiento y soledad (relaciones positivas).

En cuanto a la autonomía existe dificultad en mantener la individualidad la cual favorece el autoconocimiento y la toma de decisiones. Para el dominio del entorno, este se ve afectado en cuanto a la capacidad de crear escenarios favorables dentro de su área laboral, es así que al no contar con los aspectos anteriores en su máximo desarrollo los médicos y enfermeras no suelen establecer objetivos ni metas claras exteriorizando dificultades en no contar con un propósito de vida; es decir, no tener en claro hacia dónde dirigirse, provocando con ello la falta de conocimiento en sus capacidades individuales las cuales no logran llevarlas a su máximo desarrollo estancando su crecimiento dentro del ámbito profesional y en el individual. Por ende, la muestra presenta un menor nivel global de bienestar psicológico.

Describiendo la relación entre las dimensiones de la variable de estrategias adaptativas y bienestar psicológico, da como resultado una correlación estadísticamente significativa y positiva entre el reenfoque de planeación y la autonomía, dominio del entorno, el crecimiento personal y tener un propósito de vida; es decir, entre mayor implementación de la estrategia de reenfoque de planeación mayor presencia de bienestar psicológico. En segundo aspecto, se muestra la estrategia de reevaluación resaltando una relación estadísticamente significativa y positiva con el dominio del entorno, el crecimiento personal, poseer un propósito de vida y con la escala subtotal del bienestar psicológico. Por otro lado, el reenfoque positivo, siendo la tercera estrategia adaptativa que el personal de la salud indica implementar ante las adversidades, presenta una correlación estadísticamente significativa con la autonomía, el dominio del entorno y un mayor crecimiento personal.

Por último, se encuentra una relación negativa estadísticamente significativa entre la aceptación y el bienestar psicológico, indicando una mayor aceptación ante la adversidad, pero un menor bienestar psicológico.

DISCUSIÓN

El personal de la salud ante la pandemia por COVID-19 fue la población con mayor riesgo de contagio. Aunado a ello, la falta de equipo de protección adecuado, jornadas laborales demandantes por el porcentaje de contagios, falta de apoyo por parte de la sociedad y de más aspectos, constituyen factores importantes a considerar en la prevalencia del estrés (Huarcaya, 2020) y el trastorno por estrés postraumático (Bao et al., 2020); razones suficientes para repercutir en su bienestar psicológico (Kang et al., 2020).

Como primer objetivo de esta tesis se tiene, describir el nivel de estrés post-COVID presentado en los profesionales de la salud. Del estudio realizado por Elbay et al. (2020) sobre los niveles de depresión, ansiedad y estrés frente a la pandemia de la COVID-19 en Turquía, con 442 participantes, los resultados mostraron que solo el 41.2% presenta síntomas de estrés, del cual solo el 5% reporta estar en niveles extremos de estrés. Con una diferencia de 251 participantes, en el presente estudio y de igual manera, únicamente el 5% de la muestra presenta niveles muy altos de estrés.

Por otra parte, Petrella et al. (2020) llevaron a cabo un estudio realizado en Ucrania acerca del bienestar psicológico y uso del apoyo de servicios durante la pandemia por COVID-19 en el que resalta prevalencia en niveles bajos y moderados de estrés. Teniendo similitud con esta investigación en cuanto a prevalencia de resultados con un 62% de los encuestados con niveles bajos y muy bajos de estrés. Asimismo, Yalçin et al. (2020) realizaron un estudio en Turquía respecto al estrés psicológico por la pandemia de COVID-19 en el personal de la salud; en el cual, destaca un 54.9% de los encuestados con presencia de síntomas de estrés postraumático. A diferencia de ese estudio, en la presente investigación se resalta el 89% de prevalencia en el personal de salud con signos de estrés postraumático no significativamente clínicos.

Con respecto a lo encontrado en la presente investigación, en la que el personal de la salud presenta niveles de estrés (89%), distrés (62%) y estrés postraumático (88%) con resultados entre bajo y muy bajo; se denota que en el 53% de los encuestados prevalece un alto y muy alto nivel dentro de la escala de experiencias positivas ante las adversidades (EEPA), la cual enfoca toda experiencia positiva que llega a presentar la persona a pesar del nivel de estrés a causa de la misma adversidad, como lo describe Vargas et al. (2023) en su estudio realizado en Chile constatando el incremento de la EEPA ante presencia de aspectos emocionales negativos.

Dando continuidad, se presenta el segundo objetivo específico en el que se planteó identificar cuáles son las estrategias adaptativas utilizadas por el personal de la salud ante las secuelas de la pandemia por COVID-19. La población estudiada hizo frente a la problemática mediante el uso frecuente de la aceptación de la situación a la que se enfrentaban; sin embargo, no presentan un nivel de bienestar psicológico alto. Dando explicación a la posible causa de estos resultados, se da como explicación al conformismo social, Coos-Salgado et al. (2019) realizaron un estudio cualitativo en población mexicana con estudiantes universitarios teniendo como referencia los estudios realizados por Solomon Ash, en el que relatan sobre el juicio propio a través de la disidencia del juicio mayoritario ante eventos o situaciones insondables; es decir, ante ciertas adversidades que generan incomodidad en la vida de una persona suele presentar un cambio en sus creencias y comportamientos llamándolo conformidad (Myers, 2005). Es así que al caer en la presión social y no en el desacuerdo con la unanimidad se generó un decrecimiento considerable en el bienestar psicológico reportado en el actual estudio. Por otra parte, en el estudio realizado por Aldao (2012) y corroborando lo antes dicho, el bienestar psicológico resultó afectado debido a la capacidad de regulación emocional que cada persona posee para enfrentar situaciones que llegan a generar incomodidad en la vida cotidiana del ser humano y dependiendo de ello es la forma en la que se hace frente a dichas adversidades.

A su vez, el reenfoque de planeación, dentro de la investigación actual, tuvo mayor impacto en el bienestar psicológico de la muestra, específicamente en cuatro dimensiones: autonomía, dominio del entorno, el crecimiento personal y propósito de vida. Garnefski et al. (2007) menciona que este reenfoque de planeación es usado primordialmente con el fin de pensar con claridad los pasos a dar y cómo manejar el acontecimiento negativo. Carver et al. (1989) demuestran que al usar esta estrategia suelen presentarse resultados positivos en cuanto al bienestar psicológico. Es la parte cognitiva enfocada a hacer frente mediante la acción a un evento estresor (Garnefski et al., 2007).

Para el último objetivo, comparar el bienestar psicológico presente entre el sexo masculino y femenino. En el estudio actual, el sexo femenino tiende a presentar mayores niveles de estrés que el sexo masculino, con una diferencia del 24%. En comparativa con un estudio realizado por Yalçin et al. (2020) respecto al bienestar psicológico, basado en la presencia de estrés, los hombres presentan menor síntomas de estrés que las mujeres con una diferencia del 67.2% con afección en el bienestar psicológico primordialmente en las mujeres.

CONCLUSIONES

Para la investigación presente se concluye que existe una relación estadísticamente significativa y negativa entre el estrés y el bienestar psicológico; las estrategias adaptativas con el bienestar psicológico, aceptando así la hipótesis alterna. Es así como se llegan a las conclusiones siguientes:

El estrés muestra una relación estadísticamente significativa y negativa con el bienestar psicológico, por lo que el personal de la salud presenta menores niveles de autoaceptación, relaciones positivas, autonomía, dominio del entorno, crecimiento personal y con tener propósitos de vida; las dimensiones con mayor afectación fueron: las relaciones positivas con otros, autoaceptación y autonomía.

Continuando con las estrategias adaptativas, excluyendo a la aceptación y la puntuación total del bienestar psicológico, se resalta una relación estadísticamente significativa y positiva, principalmente con la dimensión de crecimiento personal dentro del bienestar psicológico. Es así como el personal de salud mantiene su bienestar psicológico en mayores niveles.

Por otro lado, la aceptación, dimensión dentro de las estrategias adaptativas, presenta una correlación estadísticamente significativa y negativa con el bienestar psicológico, resultado que contrapone una nueva cara de las estrategias adaptativas ya que al ser una estrategia que ayuda la confrontación de la adversidad, no está generando lo que se espera; esto debido a que los participantes llegaron a usar el conformismo de la aceptación de la adversidad, lo que explicaría la razón por la cual disminuyó y no incrementó su bienestar psicológico.

Contrario a la estrategia adaptativa anteriormente mencionada, el reenfoque de planeación presentó mayor impacto en el bienestar psicológico, siendo la estrategia con mayor impacto en las dimensiones individuales del bienestar psicológico,

específicamente con: autonomía, dominio del entorno, crecimiento personal y tener un propósito de vida.

SUGERENCIAS

Como sugerencias a futuras investigaciones de las variables estudiadas en este trabajo (estrés, estrategias adaptativas y bienestar psicológico) se presentan:

- Establecer diferencias entre sectores, como urgencias, médicos especialistas, enfermeros (as), auxiliares, técnicos en enfermería, pasantes de medicina, etc. Para estratificar y dar mayor aporte a la investigación.
- Ampliar la investigación con respecto a la población; a pesar de haber sido una población con acceso difícil, buscar alternativas como el contactar mediante correo electrónico, para que, de esta manera se pueda contar con la mayoría del personal de la salud de la jurisdicción y puedan dar respuesta a los instrumentos.
- Con respecto a la población estudiada y la demanda de su trabajo, sería idóneo aplicar los instrumentos en condiciones apropiadas, tanto de su estado anímico como del lugar.
- Hacer revisión inmediata de la contestación de los instrumentos, con la finalidad de obtener todos los datos requeridos para evitar la eliminación por datos y/o respuestas incompletas al cuestionario.

REFERENCIAS

Aguilar, M. E. B. (2018). El estrés y su influencia en la calidad de vida.

Multimed, 21(6).

Asencio, E. N., Mendizábal, M. R. L., y Oliva, Á. D. J. (2013). Análisis del bienestar psicológico, estado de salud percibido y calidad de vida en personas adultas mayores. *Pedagogía Social. Revista Interuniversitaria*, 22, 153-168.

Bados, A., Solanas, A. y Andrés, R. (2005). Propiedades psicométricas de la versión española de las escalas de depresión, ansiedad y estrés (DASS). *Psicotema*, 17(4) 679-683.

Bagherinia, H., Yemini, M., Javadi Elmi, L., & Nourdi, T. (2015). Comparing the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and mind-focused therapy on improving cognitive-emotional regulation in major depressive disorder. *Journal of Yasuj University of Medical Sciences*, 20(3), 210-219.

Ballesteros, B. P., Medina, A., y Caycedo, C. (2006). El bienestar psicológico definido por asistentes a un servicio de consulta psicológica en Bogotá, Colombia. *Universitas psychologica*, 5(2), 239-258.

Bao Y., Sun Y., Meng S., Shi J. & Lu L. (2020). 2019-nCoV epidemic: Address mental health care to empower society. *The Lancet.*; 395(10224): e37-8.

- Barrio, J. A., García, M. R., Ruiz, I., y Arce, A. (2006). El estrés como respuesta. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(1), 37-48.
- Barrantes-Brais, K., y Ureña-Bonilla, P. (2015). Bienestar psicológico y bienestar subjetivo en estudiantes universitarios costarricenses. *Revista intercontinental de psicología y educación*, 17(1), 101-123.
- Barona, E. G. (1996). Salud, estrés y factores psicológicos. *Revista de Educación*, 13(1), 51-69.
- Blanco, A., y Díaz, D. (2005). El bienestar social: su concepto y medición. *Psicothema*, 17(4), 582-589.
- Bradburn, N.M. (1969). *The Structure of Psychological WellBeing*.
- Brown, T. A., Korotitsch, W., Chorpita, B. F., & Barlow, D. H. (1997). Psychometric properties of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) in clinical samples. *Behavior Research and Therapy*, 35 (1), 79-89.
- Buss, D. M. (2000). The evolution of happiness. *American Psychologist*, 55(1), 15-23.
- de Camargo, B. (2004). Estrés, Síndrome general de adaptación o reacción general de alarma. *Revista medico científica*, 17(2).
- Camponovo, M., O. y Morín I., P. (2000). Síndrome de burnout en el personal de salud de un hospital público de la ciudad de Rosario. *Investigación en Salud*,

3 (1-2), 73-93.

Hilari, M. C. (2000). *Vivir bajo presión: el estrés*. Océano, 42-64.

Casullo, M. (2004). Evaluación del bienestar psicológico en Iberoamérica. Paidós, 112.

Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267-283.

Chan, A. O., Huak, C. Y. (2023). Psychological impact of the 2003 severe acute respiratory syndrome outbreak on health care workers in a medium size regional general hospital in Singapore. *Occup Med*; 54(3), 190-6.

Chapoñan Palacios, M. E. D. C. (2021). Análisis teórico del bienestar psicológico formulado por Carol Ryff y Martina Casullo.

Chowell G. & Mizumoto K. (2020). The COVID-19 Pandemic in the USA: What Might We Expect? *Lancet*. 395(10230), 1093-1094.

Chrousos, G. P. & Gold, P. W. (1992). The concepts of stress and stress system disorders. Overview of physical and behavioral homeostasis. *JAMA*; 267(9), 1244-52

Coan, R. W. (1977). *Hero, artist, sage, or saint? A survey of views on what is variously called mental health, normality, maturity, self-actualization, and human fulfillment*. Columbia U Press.

- Comin, E., Albarran, I. y Gracia, A. (2020). El estrés y el riesgo para la salud. MAZ Departamento de prevención.
- Costa, P. T., McCrae, R. R. & Zonderman, A. B. (1987). Environmental and dispositional influences on well-being: Longitudinal follow-up of an American national sample. *British Journal of Psychology*, 78(3), 299-306.
- Clifton, J. (2022). *Blind spot: The global rise of unhappiness and how leaders missed it*. Simon and Schuster.
- Davoodi, E., Wen, A., Dobson, K. S., Noorbala, A. A., Mohammadi, A., & Farahmand, Z. (2019). Emotion regulation strategies in depression and somatization disorder. *Psychological reports*, 122(6), 2119-2136.
- Deci, E. L. & Flaste, R. (1996). *Why we do what we do: Understanding self motivation*. Penguin Books.
- Deci, E. L. & Ryan, R. M. (1985). Intrinsic motivation and self-determination in human behavior. *Plenum Press*.
- Deci, E. L. & Ryan, R. M. (1991). A motivational approach to self: Integration in personality. *In Nebraska symposium on motivation*, 38(1), 237-288.
- Deci, E. L. & Ryan, R. M. (2000). The “what” and “why” of goal pursuits: Human needs and the self determination of behavior. *Psychological Inquiry*, 11(4), 227-268.
- Deci, E. L. & Ryan, R. M. (2008). Self-determination theory: A macrotheory of human

- motivation, development and health. *Canadian Psychology*, 49(3), 183-185.
- Deng SQ & Peng H., J. (2020). Characteristics of and Public Health Responses to the Coronavirus Disease 2019 Outbreak in China. *J Clin Med.*; 9(2), E575.
- 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.
- Díaz, F., Guevara, S., E. y Vidaurre, W., E. (2019). Estrés laboral y clima organizacional en colaboradores del hospital Solidaridad. *Revista de Investigación y Cultura*; 8(1), 31-40.
- Diener, E. y Diener, M. (1995). Cross-cultural correlates of life satisfaction and self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68(4), 653-663.
- Elbay, R. Y., Kurtulmuş, A., Arpacioğlu, S., y Karadere, E. (2020). Depression, anxiety, stress levels of physicians and associated factors in Covid-19 pandemics. *Psychiatry research*, 290, 113130.
- Evans, D. (1994). Enhancing quality of life in the population at large. *Social Indicators Research*, 33(1-3), 9-46.
- Horowitz, M. J., & Zaslav, M. (2004). A clinical guide to the treatment of the human stress response. *American Journal of Psychiatry*, 161(9), 1728-1729.
- Fernández-Abascal, E. G., Rodríguez, B. G., Sánchez, M. P. J., Díaz, M. D. M., y Sánchez, F. J. D. (2010). *Psicología de la emoción*. Editorial Universitaria

Ramón Areces.

Fernandes, M. A., & Araújo, A. A. C. (2020). Empatía y salud mental en el contexto de la pandemia por COVID-19. *Revista Cubana de Enfermería*, 36(2), 1-3.

Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1988). *Manual for the ways of coping questionnaire: Research edition*.

Ford, B. Q., & Troy, A. S. (2019). Reappraisal reconsidered: A closer look at the costs of an acclaimed emotion-regulation strategy. *Current Directions in Psychological Science*, 28(2), 195-203.

Fonseca-Pedrero, E., Paino, M., Lemos-Giráldez, S., & Muñiz, J. (2010).

Propiedades psicométricas de la depression anxiety and stress scales-21 (DASS-21) en universitarios Españoles. *Ansiedad y estrés*.

Gálvez, D., Martínez, A., Martínez, F., y Eléctrica, D. I. (2015).

Estrés. *Contactos*, 97(1), 50-54.

García, M. (2002). Desde el concepto de felicidad al abordaje de las variables implicadas en el bienestar subjetivo: un análisis conceptual. *Revista Digital*, 8(48), 652-660. <http://www.efdeportes.com/efd48/bienes.html>

García, M. D. C. M., y Gil L. M. (2016). El estrés en el ámbito de los profesionales de la salud. *Persona: Revista de la Facultad de Psicología*, (19), 11-30.

García, V., V., C. R. y González B., I. (2000). La categoría bienestar psicológico: Su relación con otras categorías sociales. *Revista cubana de medicina general*

integral, 16(6), 586-592.

Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual Differences*, 30(8), 1311-1327.

Garnefski, N., y Kraaij, V. (2007). El cuestionario de regulación emocional cognitiva. *Revista europea de evaluación psicológica*, 23(3), 141-149.

González- Méndez, H. (2005). El paradigma personal. Un modelo integrador en psicoterapia. Universidad de Los Andes.

González, A., García, V., C. y Ruiz, A. (2014). Consideraciones acerca del bienestar psicológico. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 17(3), 1108-1140.

Gross, J. J. (2008). Regulación de las emociones. *Manual de emociones*, 3(3), 497-513.

Gross, J. J. (2015), "Emotion regulation: Current status and future prospects". *Psychological Inquiry*, 26, 1-26.

Hagerty, M. (2000). Social comparisons of income in one's community: evidence from national surveys of income and happiness. *Journal of Personality and social Psychology*, 78(4), 764-771.

Hernández-Sampieri, R., Fernández-Collado, C., y Baptista-Lucio, P. (2017). Alcance de la Investigación.

Huarcaya-Victoria, J. (2020). Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia

de COVID-19. *Revista peruana de medicina experimental y salud pública*, 37(2), 327-334.

Jiménez, M. G., Martínez, P., Miró, E., y Sánchez, A. I. (2008). Bienestar psicológico y hábitos saludables: ¿están asociados a la práctica de ejercicio físico? *International journal of clinical and health psychology*, 8(1), 185-202.

Kahneman, D., Diener, E., y Schwarz, N. (1999). *Well-being: The foundations of hedonic psychology*. Russell Sage Foundation.

Kang L, Li Y, Hu S, Chen M, Yang C, Yang BX, et al. (2020). The mental health of medical workers in Wuhan, China dealing with the 2019 novel coronavirus. *Lancet Psychiatry*; 7(3): e14.

Kasser, T. & Ryan, R. M. (1996). Further examining the American dream: Differential correlates of intrinsic and extrinsic goals. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 22(3), 280-287.

Kasser, T. (2011). Can thrift bring well-being? A review of the research and a tentative theory. *Social and Personality Psychology Compass*, 5(11), 865-877.

Korman, G. P., y Garay, C. J. (2012). El modelo de terapia cognitiva basada en la conciencia plena (mindfulness). *Revista argentina de clínica psicológica*, 21(1), 5-13.

Lieberoth, A., Lin, S. Y., Stöckli, S., Han, H., Kowal, M., Gelpi, R. y Dubrov, D. (2021).

Estrés y preocupación en la pandemia de coronavirus de 2020: relaciones con la confianza y el cumplimiento de las medidas preventivas en 48 países en la encuesta global COVID STRESS. *Royal Society Open Science*, 8(2), 200589.

Li Q, Guan X, Su P, et al. (2020). Early Transmission Dynamics in Wuhan, China, of Novel Coronavirus -Infected Pneumonia. *N Engl J Med.*; 382(13), 1199-1207.

Li Z, Ge J, Yang M, Feng J, Qiao M, Jiang R, et al. (2020). Vicarious traumatization in the general public, members, and non-members of medical teams aiding in COVID-19 control. *Brain, Behavior, and Immunity*, 88, 916-919.

López, A. T., Rivera, J. Z., Herrada, M. I. D., y Horta, J. B. G. (2021). Teoría de la Autodeterminación: Una perspectiva teórica para el estudio del trabajo social. *Realidades: Revista de la Facultad de Trabajo Social y Desarrollo Humano*, 11(2), 9-22.

Lovibond, P. F. & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behavior Research and Therapy*, 33(3), 335-43.

Lozano-Vargas, A. (2020). Impacto de la epidemia del Coronavirus (COVID-19) en la salud mental del personal de salud y en la población general de China.

Revista de Neuro-Psiquiatría, 83(1), 51-56.

Maguiña, V. C., Gastelo, A. R., y Tequen, B. A. (2020). El nuevo Coronavirus y la pandemia del Covid-19. *Revista Médica Herediana*, 31(2), 125-131.

Martín, M. Á. G. (2002). El bienestar subjetivo. *Escritos de psicología*, (6), 18-39.

Michalos, A. (1995). Introducción a la teoría de las discrepancias múltiples (TDM). *Intervención psicosocial*, 4(11), 99.

Morán, M. D. C. G., y Gil-Lacruz, M. (2016). El estrés en el ámbito de los profesionales de la salud. *Persona: Revista de la Facultad de Psicología*, (19), 11-30.

Mucio-Ramírez, J. S. (2007). La neuroquímica del estrés y el papel de los péptidos opioides. *Revista de educación bioquímica*, 26(4), 121-128.

Organización Mundial de la Salud (2020). Occupational health: Stress at the workplace. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/q-a-detail/occupational-health-stress-at-the-workplace>

Organización Internacional del Trabajo (2016). Estrés en el trabajo: Un reto colectivo. Servicio de Administración del Trabajo, Inspección del Trabajo y Seguridad y Salud en el Trabajo - LABADMIN/OSH. Ginebra: 62. Disponible en: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/americas/rolima/documents/genericdocument/wcms_475146.pdf

Padrós, F. (2002). Disfrute y bienestar subjetivo. Un estudio psicométrico de la

- gaudibilidad. Tesis de Doctorado para la obtención del título de Doctor en Psicología, Universidad de Barcelona, Barcelona, España.
- Palomar, J., Lanzagorta, N. y Hernández, J. (2004). Pobreza, recursos psicológicos y bienestar subjetivo. Universidad Iberoamericana.
- Paris, L., y Omar, A. (2008). Predictores de satisfacción laboral en médicos y enfermeros. *Estudios de Psicología (Natal)*, 13, 233-244.
- Pavot, W. & Diener, E. (1993). Review of the Satisfaction with Life Scale. *Psychological Assessment*, 5(2), 164-172.
- Petrella AR, Hughes L, Fern LA, *et al.* (2021). Healthcare staff well-being and use of support services during COVID-19: a UK perspective. *General Psychiatry*; 34(3).
- Rangel, J. V., y Alonso, L. (2010). El estudio del bienestar psicológico subjetivo. Una breve revisión teórica. *Educere*, 14(49), 265-275.
- Roca, E. (2014). *Cómo mejorar tus habilidades sociales*. ACDE, 27-7.
- Rodríguez, Y. y Berrios, A. (2012). El bienestar psicológico en el proceso de ayuda con estudiantes universitarios. *Revista Griot*, 5 (1), 7-17.
- Ryan, R. M., Huta, V., & Deci, E. L. (2013). Living well: A self-determination theory perspective on eudaimonia. *The exploration of happiness: Present and future perspectives*, 117-139.
- Ryan, R. M., Huta, V., y Deci, E. L. (2008) Living well: A self-determination theory

- perspective on eudaimonia. *Journal of Happiness Studies*, 9, 139-170.
- Salanova, M., Martínez, I., Bresó, E., Gumbau, L. y Grau, R. (2005). Bienestar psicológico en estudiantes universitarios: facilitadores y obstaculizadores del desempeño académico. *Anales de psicología*, 21(001); 170- 180.
- Salotti, P. (2006). Estudio sobre estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en una muestra de adolescentes de Buenos Aires. Universidad de Belgrano.
- Sánchez-Cánovas, J. (1994). Escala de Bienestar Psicológico. Barcelona: Tea Ediciones.
- Sandín, B. (1995). El estrés. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.). *Manual de psicopatología*, (2), 3-52.
- 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), 1-15.
- Sandín, B., y Chorot, P. (2003). Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE): Desarrollo y validación preliminar. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 8(1), 39-53.
- Selye, H., & Sorda, J. M. (1954). *Stress (Sufrimiento) Tratado basado en los conceptos del Síndrome general de adaptación y de las enfermedades de adaptación*. Científico-Médica.

- Selye, H. (1956). *The stress of the life*. MacGraw-Hill.
- Selye, H. (1956). What is stress. *Metabolism*, 5(5), 525-530.
- Sheldon, K. M. & Kasser, T. (2001). Goals, congruence, and positive well-being: New empirical support for humanistic theories. *Journal of Humanistic Psychology*, 41(1), 30-50.
- Sheldon, K. M., Ryan, R. M., Deci, E. L. & Kasser, T. (2004). The independent effects of goal contents and motives on well-being: It's both what you pursue and why you pursue it. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 30(4), 475-486.
- Sierra, J., C., Ortega, V., y Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista malestar de subjetividades*, 3(1), 10-59.
- Stover, J. B., Bruno, F. P., Uriel, F. E., y Fernandez Liporace, M. M. (2017). Teoría de la Autodeterminación: una revisión teórica.
- Talevi, D., Socci, V., Carai, M., Carnaghi, G., Faleri, S., Trebbi, E. & Pacitti, F. (2020). Mental health outcomes of the CoViD-19 pandemic. *Rivista di psichiatria*, 55(3), 137-144.
- Thompson, M. G. (2001). Happiness and culture. Conferencia magistral en XII Congreso Interdisciplinario de la Federación Internacional para la Educación Psicoanalítica, Fort Lauderdale.
- Thornton, G. (2011). *Women in business: the path to leadership—2015*. *International*

Business Report (IBR). Recuperado en:
<https://www.grantthornton.global/en/insights/articles/women-in-business-2015/>

Valdés, M., y De Flores, T. (1985). Psicobiología del estrés. *Martínez Roca*, 2, 179-183.

Vargas Vitoria, R., Faúndez-Casanova, C., Flández Valderrama, J., Luna-Villouta, P., Quilodrán Castillo, L., Luarte Rocha, C., y Quilodrán Castillo, P. (2023). Relación entre la salud física y salud mental psicológica en estudiantes Educación Física pertenecientes a distintas universidades de Chile. *Ciencias de la actividad física (Talca)*, 24(1), 1-20.

Vázquez, C., Hervás, G., Rahona, J. J., y Gómez, D. (2009). Bienestar psicológico y salud: Aportaciones desde la Psicología Positiva. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud/Annuary of Clinical and Health Psychology*, 5, 15-28.

Vázquez, C. y Hervás, G. (2009). *La ciencia del bienestar: Fundamentos de una Psicología Positiva*. Alianza Editorial.

Villegas, C., M. (2020). Pandemia de COVID-19: pelea o huye. *Revista Experiencia en Medicina del Hospital Regional Lambayeque*, 6(1).

Waterman, A., S. (1993). Two conceptions of happiness: Contrasts of personal expressiveness (eudaimonia) and hedonic enjoyment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64, 678-691.

Wilson N, Kvalsvig A, Telfar-Barnard L, y Baker M. (2020). Case-Fatality Risk

Estimates for COVID-19 Calculated by Using a Lag Time for Fatality. *Emerg Infect Dis.* 26(6), 1339-1441.

Yalçın, G., Sayınbatur, B., Karay, E., & Karakaş, M. (2020). Psychological stress of healthcare workers caused by the COVID-19 pandemic. *Dicle Tıp Dergisi*, 47(3), 525-541.

Ybaseta-Medina, J., & Becerra-Canales, B. (2020). El personal de salud en la pandemia por COVID-19. *Revista Médica Panacea*, 9(2), 72-73.

Zhu N, Zhang D, Wang W, Li X, Yang B, Song J, et al. (2020). A Novel Coronavirus from Patients with Pneumonia in China, 2019. *N Engl J Med.* 382(8), 727-33.

Zubieta, E. M., y Delfino, G. (2010). Satisfacción con la vida, bienestar psicológico y bienestar social en estudiantes universitarios de Buenos Aires. *Anuario de investigaciones*, 17, 277-283.