

ISEO[®]
INSTITUTO SUPERIOR
DE ESTUDIOS DE OCCIDENTE



POSGRADO
TESIS





INSTITUTO SUPERIOR DE ESTUDIOS DE OCCIDENTE
DOCTORADO EN SALUD MENTAL

**DISEÑO DE INTERVENCIÓN BASADO EN DIFERENTES MODELOS
TERAPÉUTICOS PARA DISMINUIR SINTOMATOLOGÍA ANSIOSA
EN PERSONAL DE SALUD QUE ATIENDE PACIENTES CON
COVID-19**

**TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE DOCTOR EN SALUD
MENTAL**

PRESENTA:

DANIEL OMAR MUÑOZ MARTÍNEZ

DIRECTOR:

DRA. AIMÉE ARGÜERO FONSECA
CÓDIGO ORCID: 0000-0002-3864-5299

CODIRECTOR:

DRA. ALICIA HERNÁNDEZ MONTAÑO
CÓDIGO ORCID: 0000-0001-8778-5805

Saltillo, Coahuila, México, julio de 2024

ACTA DE APROBACIÓN DE TESIS

Nombre de la alumna: DANIEL OMAR MUÑOZ MARTÍNEZ

Matrícula: B211028

Programa académico: Doctorado en Salud Mental

DISEÑO DE INTERVENCIÓN BASADO EN DIFERENTES MODELOS
TERAPÉUTICOS PARA DISMINUIR SINTOMATOLOGÍA ANSIOSA EN
PERSONAL DE SALUD QUE ATIENDE PACIENTES CON COVID-19

Director de Tesis: DRA. AIMÉE ARGÜERO FONSECA

Codirector de Tesis: ALICIA HERNÁNDEZ MONTAÑO

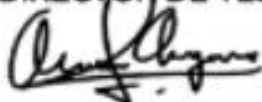
Fecha de aprobación: Tepic, Nayarit, México; a 01 de Agosto del 2024.

DECLARACIÓN DE APROBACIÓN

El Comité de Tesis del Instituto Superior de Estudios de Occidente, después de la revisión exhaustiva del presente trabajo de investigación y en virtud de que satisface los requisitos establecidos en el Reglamento General Institucional, certifica que la tesis titulada: **Diseño de intervención basado en diferentes modelos terapéuticos para disminuir sintomatología ansiosa en personal de salud que atiende pacientes con covid-19**, presentada por el alumno(a) DANIEL OMAR MUÑOZ MARTÍNEZ, cumple con los requisitos académicos y metodológicos establecidos para optar al grado de **DOCTOR EN SALUD MENTAL**.

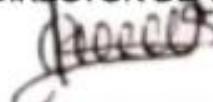
COMITÉ DE TESIS

DIRECTOR DE TESIS



DRA. AIMÉE ARGÜERO FONSECA

CODIRECTOR DE TESIS



DRA. ALICIA HERNÁNDEZ MONTAÑO

DIRECTOR DE INVESTIGACIÓN



DRA. RUTH LIZZETH MADERA SANDOVAL



GOBIERNO DEL ESTADO DE NAYARIT
SECRETARÍA DE EDUCACIÓN
INSTITUTO SUPERIOR
DE ESTUDIOS DE OCCIDENTE

INSTITUTO SUPERIOR DE
ESTUDIOS DE OCCIDENTE

INSTITUTO SUPERIOR DE ESTUDIOS DE OCCIDENTE®

Nuevos Retos, Nuevas Oportunidades®

Av. Juárez, No. 67, Col. Centro, C.P. 63000, Tepic, Nay. México.

(01 311) 160 51 13, 169 22 18

www.iseo.edu.mx

CONSTANCIA DE DECLARACIÓN DE CESIÓN DE DERECHOS A FAVOR DEL INSTITUTO SUPERIOR DE ESTUDIOS DE OCCIDENTE

Por este medio, el que suscribe, **DANIEL OMAR MUÑOZ MARTÍNEZ**, en mi calidad de autor legítimo del trabajo titulado **"DISEÑO DE INTERVENCIÓN BASADO EN DIFERENTES MODELOS TERAPÉUTICOS PARA DISMINUIR SINTOMATOLOGÍA ANSIOSA EN PERSONAL DE SALUD QUE ATIENDE PACIENTES CON COVID-19"**, manifiesto que, como antecedente, he firmado la **CARTA DE DECLARACIÓN DE CESIÓN DE DERECHOS DE LA TESIS** mediante la cual he cedido los derechos patrimoniales sobre mi obra **A FAVOR DEL INSTITUTO SUPERIOR DE ESTUDIOS DE OCCIDENTE**.

En este sentido, autorizo al **INSTITUTO SUPERIOR DE ESTUDIOS DE OCCIDENTE** a realizar el depósito, preservación, difusión y publicación digital de mi obra en su **Repositorio Institucional** y en plataformas académicas reconocidas, tanto nacionales como internacionales. Esta autorización incluye la reproducción, distribución, comunicación pública, transformación y cualquier otra forma de explotación permitida por la Ley Federal del Derecho de Autor, siempre garantizando el reconocimiento de mi autoría.

Declaro que la obra es original, inédita y no infringe derechos de terceros. Asimismo, me comprometo a colaborar con el **INSTITUTO SUPERIOR DE ESTUDIOS DE OCCIDENTE** en las adaptaciones necesarias para su publicación y a respetar los lineamientos establecidos para su divulgación.

El presente documento se incluye como comprobante de la cesión de derechos a favor del **INSTITUTO SUPERIOR DE ESTUDIOS DE OCCIDENTE** y forma parte integral de los anexos de **"LA OBRA"**.

ATENTAMENTE
DANIEL OMAR MUÑOZ MARTÍNEZ

INSTITUTO SUPERIOR DE ESTUDIOS DE OCCIDENTE (ISEO)

PUBLICACIÓN DE TESIS DIGITAL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©

PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INFORME DE REVISIÓN DE ORIGINALIDAD



Recibo digital

Este recibo confirma que su trabajo ha sido recibido por Turnitin. A continuación podrá ver la información del recibo con respecto a su entrega.

La primera página de tus entregas se muestra abajo.

Autor de la entrega:	Daniel Omar Muñoz Martínez
Título del ejercicio:	Quick Submit
Título de la entrega:	DISEÑO DE INTERVENCIÓN BASADO EN DIFERENTES MODELO...
Nombre del archivo:	Daniel_Omar_Munoz_Martinez.docx
Tamaño del archivo:	6.53M
Total páginas:	123
Total de palabras:	23,704
Total de caracteres:	127,253
Fecha de entrega:	07-mar-2020 05:53p.m. (UTC-0600)
Identificador de la entrega:	2897036248



© 2020 Turnitin. Todos los derechos reservados.

DEDICATORIAS

- En primer lugar, dedico este trabajo a Dios y la Virgen, ya que guían mis pasos y mi vida en cada acción que realizo.
- A mi familia que siempre me ha apoyado en todos los estudios que hago, en las decisiones que tomo y en todo que he logrado, sin ellos, no hubieran sido fáciles tantas cosas.
- A mis amigos, que me orientan y están acompañándome en la vida.
- A mis abuelos que están en el cielo, desde allá, sé que son felices por todo lo que logramos quienes los extrañamos aquí en la tierra.
- A mis maestros de psicología y enfermería, por todo aquello que me enseñaron y me hizo llegar aquí.

AGRADECIMIENTOS

- A mi directora de tesis, por ayudarme a elaborar este trabajo, a mi codirectora y maestra, ya que con su sí, sentí su respaldo y acompañamiento.
- A mis maestros y maestras, ya que al compartir sus conocimientos conmigo, hicieron que me apasionara e inspirara para hacer el doctorado.
- A las personas que conocí en el hospital durante la pandemia de COVID-19, porque con su trabajo y dedicación, sentí el llamado para hacer algo por ellas.

ÍNDICE GENERAL

INSTITUTO SUPERIOR DE ESTUDIOS DE OCCIDENTE	2
ACTA DE APROBACIÓN DE TESIS.....	3
CONSTANCIA DE DECLARACIÓN DE CESIÓN DE DERECHOS A FAVOR DEL INSTITUTO SUPERIOR DE ESTUDIOS DE OCCIDENTE.....	4
.....	5
INFORME DE REVISIÓN DE ORIGINALIDAD	6
DEDICATORIAS.....	7
AGRADECIMIENTOS	8
ÍNDICE GENERAL.....	9
ÍNDICE DE TABLAS	11
RESUMEN	12
ABSTRACT	13
INTRODUCCIÓN.....	14
CAPITULO I : PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	19
1.1. Antecedentes.....	19
1.2. Contexto	28
1.3. Definición del problema de investigación.....	30
1.4. Objetivo General	31
1.5. Objetivos específicos.....	31
1.6. Justificación.....	32
1.7. Beneficios esperados:.....	35
1.8. Limitaciones	38
1.9. Alcances.....	39
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....	41
2.1 Ansiedad.....	41
2.1.1. Síntomas	45
2.1.2. Tipos de ansiedad	48
2.1.3. Crisis de ansiedad/angustia	51
2.1.4. Ansiedad por enfermedad.....	53
2.2. Coronavirus (COVID-19)	56
2.2.1. Formas de contagio	58

2.2.2. Signos y síntomas.....	62
2.2.3. Actitudes frente al Covid-19	64
2.2.4.El COVID-19 y sus efectos en la esfera psicológica	66
2.3. Personal de salud.....	69
2.3.1. Riesgos psicosociales del personal de salud.....	70
2.3.2. Síndrome de <i>Burnout</i>	71
2.3.3. Estrés postraumático en personal de salud.....	76
CAPITULO III: MÉTODO	83
3.1. Línea de Investigación.....	83
3.2. Metodología Utilizada.....	83
3.3. Diseño metodológico.....	85
3.4. Población.....	85
3.5. Procedimiento de selección de la muestra	85
3.5.1. Criterios de inclusión, exclusión y eliminación.....	86
3.6. Participantes.....	86
3.7. Técnicas e Instrumentos empleados.....	86
3.8. Procedimiento de Recolección de Datos.....	87
3.9. Desarrollo de Etapas de la Investigación.....	87
3.9.1. Etapa 1.....	88
3.10. Aspectos bioéticos.....	103
CAPÍTULO IV: ANÁLISISY DISCUSIÓNDE RESULTADOS	105
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES.....	108
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	109
Curriculum Vitae	117
Apéndice A. Instrumentos aplicados.....	119

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.	Sesión 1: ¿Qué es la ansiedad? Duración: 2 hrs	89
Tabla 2.	Sesión 2: Sentir es lo más valiente que hay. Requiere agallas Duración: 2 hrs.....	90
Tabla 3.	Sesión 3: Terapia Racional Emotiva Duración: 2 hrs.....	92
Tabla 4.	Sesión 4: Distorsiones cognitivas Duración: 2 hrs.....	93
Tabla 5.	Sesión 5: Técnicas de relajación Duración: 2 hrs.....	95
Tabla 6.	Sesión 6: Mi yo del personal de salud Duración: 2 hrs.....	97
Tabla 7.	<i>Sesión 7: Quién soy yo</i> Duración: 2 hrs.	99
Tabla 8.	Sesión 8: Conectar con el momento presente Duración: 2 hrs.....	103

RESUMEN

La pandemia por COVID-19 ha dejado estragos en la salud física como psicológica de la población, tanto en quienes sufrieron la enfermedad, así como del personal de salud que atiende a las personas enfermas. Los niveles de ansiedad en la población, así como las enfermedades derivadas de ella, han sido un foco de atención para psicólogos y psiquiatras. El propósito de este artículo es presentar una propuesta de una serie de ocho sesiones de psicoterapia para trabajar ansiedad, a través de técnicas de relajación, de la Terapia Cognitivo-Conductual y *mindfulness*, en el personal de salud que atiende pacientes con COVID-19. Solamente se presentan las series de sesiones con la actividad propuesta, el material que se necesita y el tiempo para realizarla. Además, se proponen dos pruebas para medir ansiedad para hacer una comparación del antes y después de tomar las sesiones para conocer si se redujeron o no los niveles. Se espera que pudiera llevarse a cabo este programa para apoyar al personal de salud.

ABSTRACT

The COVID-19 pandemic has left devastating effects on the physical and psychological health of the population, both in those who suffered from the disease, as well as in the health personnel who care for the sick. Anxiety levels in the population, as well as the illnesses derived from it, have been a focus of attention for psychologists and psychiatrists. The purpose of this article is to present a proposal for a series of eight psychotherapy sessions to work on anxiety, through relaxation techniques, Cognitive-Behavioral Therapy, and mindfulness, for health personnel attending to patients with COVID-19. Only the series of sessions with the proposed activity, the necessary materials, and the time to carry it out are presented. In addition, two tests are proposed to measure anxiety to make a before-and-after comparison of taking the sessions to know if the levels were reduced or not. It is hoped that this program could be carried out to support health personnel.

INTRODUCCIÓN

La pandemia por COVID-19 ha generado en el mundo entero un problema de salud en todos los aspectos de la vida del ser humano: en la parte física, en lo laboral, en lo espiritual, social y sobre todo, en lo psicológico y emocional. Con el paso del tiempo en la pandemia, se ha hecho notar el déficit de cuidado que existe en cuanto a la esfera psicológica y emocional del ser humano, se ha visto que no se ha dedicado el tiempo y recursos suficientes para esta parte de la salud de las personas.

Los niveles de ansiedad en las personas se han visto disparados derivado de lo que se ha vivido como sociedad: el encierro o cuarentena, la cantidad de muertes, el miedo al contagio o contagiar a personas vulnerables, y en cuanto al personal de salud, ansiedad por la atención a personas con COVID-19, contagiarse y los problemas colaterales o secuelas que genera la enfermedad y que muchos han padecido, aunado al estrés postraumático de aquellos y aquellas que sobrevivieron.

El personal de salud que atendió o atiende pacientes con COVID-19, es una población muy vulnerable en cuanto a presentar síntomas de ansiedad, si bien todas las personas tienen en cierta medida síntomas, este grupo de personas, trabajadores de la salud, fueron o son, quienes ven “cara a cara” la enfermedad y al tratar con estas personas, generaba un miedo o incertidumbre de si se contagiaban o no, de lo que podía pasar, sobre todo al inicio de la pandemia, cuando se desconocían muchas cosas del virus, es por ello que esta población, es la que,

probablemente, más se ha visto afectada con esta enfermedad.

Ofrecerles sesiones de psicoterapia grupal o técnicas grupales, que luego se pueden trabajar en lo individual, es una manera de “atacar” esos síntomas y ofrecerles herramientas para que puedan disminuir los niveles y mejorar la calidad de vida de las personas.

El objetivo de esta investigación fue diseñar una intervención grupal para el personal de salud desde el modelo de la Terapia Cognitiva conductual para disminuir los síntomas de ansiedad a través de técnicas de relajación y *mindfulness*.

El proyecto se divide en capítulos, el primero corresponde al planteamiento del problema, se hace una proyección de cómo se encuentra el COVID-19 en cifras y la relevancia de llevar a cabo un proyecto de esta índole, ya que hasta el inicio de esta tesis, no se contaba con un programa de intervención para el personal de salud, el capítulo dos, referente al marco teórico, se definen los conceptos centrales de esta tesis, se describe desde la teoría qué es el COVID-19, síntomas, formas de contagio, etc., además de dar a conocer qué es la ansiedad, signos y síntomas, tratamiento, entre otros puntos.

En el tercer capítulo, se aborda método, se describe la manera en que fue llevado a cabo este proyecto, la población que se atendió, las características de la misma, cómo fue la recolección de datos y los instrumentos que se utilizaron, así como la descripción de las técnicas a manera de cuadro, para conocer el nombre, objetivo, material y duración de la sesión.

En el capítulo cuatro, se detalla el análisis y discusión de los resultados, se explica el proceso de la revisión de la literatura, lo que se ha hecho con el personal de salud en distintas partes del mundo para ayudarles con en su esfera emocional y psicológica y se discute con los resultados esperados de este proyecto, ya que el objetivo fue solo diseñar la propuesta de intervención como primera fase de esta investigación.

En el quinto capítulo de conclusiones, se hace referencia a lo que se encontró y abordó en esta tesis, lo que se esperó y las futuras líneas de investigación.

Desafortunadamente, este proyecto no pudo llevarse a cabo ya que, por cuestiones burocráticas, no se dieron los permisos correspondientes para aplicarse, se visitaron 3 hospitales de la localidad de Saltillo, Coahuila para solicitar llevar a cabo la intervención y en los mismos hubo una respuesta negativa.

Se previó y comenzaron las gestiones correspondientes para la aplicación en el primer hospital en el año 2022, esto porque durante el 2021 no se permitía hacer aún acciones con grupos en los hospitales, entonces a mediados del 2022 se solicitó mediante oficios el permiso para trabajar con el personal de salud, se visitó en seis ocasiones el área correspondiente pero al final la respuesta fue negativa, argumentando que aun había mucho trabajo en área COVID y que no podía hacerse en persona, por los espacios.

En el segundo hospital, se visitó en dos ocasiones y en la segunda fue que se dio una respuesta negativa, mencionando que no había permiso para esas acciones,

ya que no estaban programadas en la agenda.

En el tercer hospital, se platicó con el área de enseñanza para después ser derivado al área de ética donde solicitaron oficios, los instrumentos a aplicar, así como una breve explicación de lo que se haría, esto en diversas ocasiones y casi para finalizar el año 2022. Se estuvo en contacto con las personas y las respuestas eran variadas, que no se había reunido el comité de ética, que algunos integrantes estaban de vacaciones, que otros más tenían ya proyectos en lista, en enero de 2023 se dejó de tener respuesta, ya que se mencionó que ellos se contactarían y al día de hoy, no lo hicieron.

Es por eso que este proyecto se quedó en propuesta de intervención y no cumple con todas las páginas que el ISEO solicita, ya que no se pudo llevar a cabo por lo antes mencionado, y no se puede comparar algo que no se hizo con la literatura encontrada, además, esta propuesta ofrece una respuesta a una problemática relativamente nueva y muy específica, es decir, existen muy pocos protocolos de intervención hechos por institutos, muchos solo fueron intervención en crisis y por otro lado, aplicar esta intervención en otro momento del año, no tendría el mismo impacto que hacerlo durante el auge de la pandemia, que es cuando se pretendía realizar, ya que ahora, puede ser que el personal de salud haya acudido a psicoterapia, o que tengan atención psicológica o psiquiátrica y no presentar la sintomatología de antes.

Por otro lado, el COVID-19 ya se volvió una enfermedad con la que el ser humano

va a convivir, como en su momento fue la influenza, ya hay vacunación, las medidas de protección se relajaron, los hospitales ya no cuentan con áreas COVID, no hay personal exclusivo de esas áreas, ya se ha vuelto casi a la normalidad, entonces no es viable hacer la intervención en condiciones diferentes en las que se proyectó llevar a cabo este proyecto.

CAPITULO I : PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Antecedentes

A lo largo de la historia de la humanidad han existido diversas pandemias que han transformado el curso de la vida, tales como la viruela, la peste negra y la gripe española. Estas enfermedades han provocado cambios significativos en los sistemas políticos, económicos y sanitarios. Con la llegada de cada enfermedad, se han formulado propuestas para mejorar los aspectos afectados, como la construcción de más hospitales, la capacitación del personal de salud y la asignación de fondos económicos para futuras situaciones similares.

La última ocasión en la cual se registró una situación comparable fue con la gripe porcina durante la temporada 2009-2010, cuando un nuevo virus H1N1 comenzó a causar enfermedades en seres humanos. La Organización Mundial de la Salud declaró la gripe H1N1 como pandemia en 2009, estimándose que el virus causó 284,400 muertes en todo el mundo. En agosto de 2010, la OMS declaró el fin de la pandemia, aunque la cepa del H1N1 se convirtió en una de las cepas que causan la influenza estacional.

Sin embargo, dentro de los antecedentes de esta problemática, resulta importante destacar que la pandemia de COVID-19 es "nueva" en términos de intervención psicológica. Por lo tanto, hay pocos estudios hechos hasta la fecha, las investigaciones realizadas han abonado un poco en cuanto a cómo se ha tratado la pandemia, el impacto físico y el psicológico que ha traído a la humanidad y más

profundamente, al personal de salud, lo que se tiene, es lo que se ha hecho con epidemias y enfermedades pasadas.

Estudios han mostrado una alta prevalencia de síntomas de trastorno de estrés postraumático, ansiedad, miedo, depresión y frustración en los profesionales de emergencias involucrados en la epidemia de SARS de 2002-2004. Los síntomas más comunes incluyeron pensamientos recurrentes e intrusivos sobre los eventos experimentados durante la atención de pacientes, dificultad para dormir, de memoria y de concentración, hipervigilancia e hiperexcitación, arrebatos de ira, pérdida de motivación para trabajar, desregulaciones del estado de ánimo, conductas evitativas hacia las actividades y lugares de trabajo, abuso de alcohol o drogas, entumecimiento, aislamiento y desapego psicológico. Se ha informado de que estas manifestaciones clínicas persistieron en los profesionales de la salud muchos años después del brote. Sin embargo, no todos desarrollaron estos síntomas; al parecer, los factores predictores para los profesionales de la salud son el sexo femenino, el bajo nivel socioeconómico, los eventos traumáticos durante la vida y la psicopatología premórbida (1).

Esto se vuelve un problema, porque quien tendría que velar por la salud de las personas, se encuentra envuelto en alguna situación que afecta su psique y eso le impide hacer un trabajo al cien por ciento efectivo, además de que físicamente se puedan sentir agobiados aún.

Por otro lado, en el estudio *Vivencias de ansiedad por la pandemia por COVID-19 en llamadas de urgencias psicológicas* de Sánchez, et al. (2) se identificó que las vivencias de los participantes se relacionan con miedo y angustia; las formas de afrontamiento a la pandemia fueron el aislarse, el distanciamiento social, la incorporación de hábitos de higiene, cambio en las rutinas de autocuidado, búsqueda y consumo de información sobre la enfermedad y la búsqueda de un diagnóstico para sus síntomas en el sistema sanitario. La incertidumbre ante el diagnóstico y el tratamiento se relaciona con temor a contagiar a otros, no tener claridad sobre si padecen COVID-19, confundir la sensación de falta de aire con la dificultad respiratoria al padecer COVID-19; no tener la certeza del diagnóstico, lleva a consultar varios médicos, hacerse diversos estudios y tomar distintos medicamentos hasta el agotamiento de sus recursos. En relación con la presencia de un posible trastorno mental, los usuarios no identifican por si mismos alguno, sino es el psicólogo operador o el médico quien sugiere al usuario tener una crisis o síntomas de ansiedad. En cuanto a las condiciones de vulnerabilidad psicosocial como: problemas de la salud física y mental, precariedad económica, desempleo y vivir solo, aumentan las vivencias de incertidumbre, las formas de afrontamiento desgastantes y el miedo y la angustia ante la posibilidad de enfermarse de COVID-19.

Hernández (3) menciona en *Impacto de la COVID-19 sobre la salud de las personas* que esta pandemia ha generado una crisis sin precedentes en diferentes planos (sanitario, económico y social), con sus consecuentes impactos en las personas, los colectivos y la salud mental. Por la experiencia internacional puede decirse que la

mortalidad de esta pandemia afecta principalmente a las personas de mayor edad, especialmente a quienes presentan otras enfermedades previas o asociadas.

Mucho se ha estudiado sobre la propagación del virus SARS-CoV-2 en el plano biológico; sin embargo, aún es insuficiente lo que se sabe sobre sus efectos en el plano psicosocial y su repercusión en la salud mental de los ancianos. En esta pandemia, lo que atenta contra la salud mental de las personas mayores, no es tanto la medida sanitaria de distanciamiento físico actual, sino el estigma y lugar social que se le asigna a este colectivo en función de su edad. El rechazo hacia la vejez y cómo eso se incorpora por los propios ancianos -como profecía autocumplida-, genera que esta población se pueda volver más vulnerable y excluida de las familias, las instituciones y de lo social, en general, lo que repercute de forma negativa en su salud mental (3).

Las personas mayores, en especial si están aisladas y tienen algún deterioro cognitivo o demencia, pueden volverse: más ansiosas, enojadas, estresadas, agitadas y retraídas durante el brote o mientras están en cuarentena. A estas personas se les debe suministrar apoyo práctico y emocional por parte de familiares, cuidadores y profesionales de la salud. Asimismo, se les debe transmitir datos sencillos acerca de lo que acontece y suministrarles información clara sobre la manera de reducir el riesgo de infección, en palabras que las personas, con o sin deterioro cognitivo, puedan entender.

Las personas que superan el COVID-19, según la Confederación Salud Mental España (4), pueden tener un mayor riesgo de tener secuelas en su salud mental. Una de cada cinco personas que han pasado la enfermedad, se ha enfrentado por primera vez a un diagnóstico de ansiedad, depresión o insomnio, y tiene además el doble de probabilidad de tenerlos que personas con otras patologías.

Los pensamientos suicidas han aumentado entre un 8% y un 10%, especialmente en personas adultas jóvenes (donde la cifra asciende a entre un 12,5% y un 14%). Ha empeorado la salud mental entre las personas que viven situaciones socioeconómicas más desfavorables y entre las personas con problemas de salud mental previos. La OMS ya recomienda asignar recursos a la atención de la salud mental en el marco de sus planes de respuesta y recuperación (4).

Es de vital importancia el no olvidar que la salud mental de las personas también es importante y es que con la pandemia, aunque se ha sensibilizado la población, aún queda mucho por investigar y sobre todo, por actuar con las personas que han vivido el coronavirus en carne propia, para analizar cómo es que han resuelto esta situación.

En un estudio realizado por Qiu et al. (5), durante la fase inicial de la pandemia, se reporta que el 35% de los participantes experimentó algún grado de estrés, presentando mayor afectación las mujeres y las personas de entre 18 y 30 años, así como los mayores de 60 años;26 en nuestro estudio hay similitud en cuanto al género, ya que se reportó mayor grado de estrés en mujeres. La presencia de estrés

en la población joven, como similitud en ambos estudios, puede deberse al fácil acceso a la información sobre la pandemia en redes sociales, lo que puede desencadenar elevados niveles de estrés (6)

Como se menciona en el principio de este apartado, aun es poco lo que se ha investigado de las consecuencias de la pandemia, se tienen acercamientos a lo que se ha vivido y enfrentado y cómo se ha hecho esto, pero aun así, los estudios son solo descriptivos, a lo mejor un estudio correlacional, podría ayudar a entender cómo es que se relaciona el COVID-19, con situaciones propias de cada persona.

Como mencionan Ozamiz, et al. (7) en *Niveles de estrés, ansiedad y depresión en la primera fase del brote del COVID-19 en una muestra recogida en el norte de España* las personas que mencionaron tener enfermedades crónicas muestran una media superior también en estrés ansiedad y depresión, en comparación con los y las participantes que no referían ninguna enfermedad crónica. Estos resultados coinciden con investigaciones que demuestran que las personas con enfermedades graves o múltiples enfermedades presentan niveles más altos de síntomas psicológicos ante esta situación de crisis sanitaria. Por lo tanto, cualquier plan de contención psicológico los debiera de tener muy en cuenta y les debiera de facilitar herramientas y estrategias especialmente adaptadas para que puedan afrontar, también psicológicamente, esta crisis del COVID-19.

En los resultados de este estudio, y contrario a lo que se esperaba, se han encontrado medias superiores en estrés, ansiedad y depresión entre 18-25 años,

seguidos de 26-60 y, finalmente, la media en las tres dimensiones es inferior de los mayores de 60. Dado que la muestra más joven de este estudio era mayormente estudiante, este estrés se puede deber al estrés añadido que viven los y las jóvenes estudiantes, ante la necesidad de adaptarse al nuevo contexto educativo sin clases presenciales. En este sentido, y aunque las instituciones educativas pusieron en marcha estrategias educativas *online* desde un primer momento, parece que esto no sirvió para tranquilizar a la juventud en estos momentos de incertidumbre. Por ello, si esta población joven también se considera vulnerable para desarrollar trastornos emocionales, la prevención y los programas de intervención para disminuir los niveles de estrés creados y promovidos desde las mismas instituciones educativas serán fundamentales.

Se ha hablado de las repercusiones que ha traído consigo el COVID-19, como por ejemplo, trastorno de ansiedad, depresión, trastornos de adaptación, estrés agudo, el cual se ha convertido en crónico, entre otras, que no permiten que la gente pueda volver a la normalidad.

En cuanto al personal de salud, también se ha volteado a ver, la manera en que han enfrentado o se han adaptado a las circunstancias actuales y al problema de salud que se vive, ya que quienes están en la primera línea de atención, son quienes más han sufrido.

Huarcaya (8) menciona que el personal encargado de los recursos humanos de los servicios de salud debe ser consciente de las consecuencias mentales que podrían

generarse en este contexto. Durante las etapas iniciales de las emergencias sanitarias, el personal de salud puede presentar síntomas depresivos, ansiosos y similares al TEPT, los cuales no solo repercuten en la atención y toma de decisiones (las principales herramientas de lucha contra la COVID-19), sino también en su bienestar. Al respecto ya han sido publicadas algunas investigaciones empíricas.

Huang et al. (8) estudiaron la salud mental del personal de salud de primera línea en la pandemia de COVID-19, entre el 7 y el 14 de febrero de 2020, para lo cual aplicaron la escala de autoevaluación de ansiedad (SAS, por sus siglas en inglés) y la escala de autoevaluación de trastorno de estrés postraumático (PTSD-SS, por sus siglas en inglés) a un total de 230 profesionales de la salud. Los investigadores descubrieron que la incidencia de ansiedad en el personal médico fue del 23,1% y que fue mayor en el personal femenino. La incidencia de trastornos por estrés fue del 27,4%, la cual también fue mayor en el personal femenino.

Además, el personal de enfermería, las mujeres, los trabajadores de atención médica de primera línea que atendían directamente a los pacientes sospechosos de tener la COVID-19 y el personal médico que trabaja en Wuhan informaron grados más severos de problemas en su salud mental. De todas estas variables, trabajar en la primera línea de diagnóstico, tratamiento y atención de pacientes con la COVID-19 fueron las que se asociaron significativamente con un mayor riesgo de síntomas depresivos, ansiosos, insomnio y reacción de estrés (8).

La OPS (9) ofreció una serie de recomendaciones para el personal que atendía o atiende a pacientes con COVID-19, por lo cual comienza mencionando que dar positivo a COVID-19 puede tener un efecto emocional sobre las personas. Es por eso que hay que atender la salud mental y el bienestar psicosocial, en estos momentos es tan importante como la salud física. Se trata de una situación única y sin precedente, de la que probablemente nunca se había participado, por lo cual es poco lo que se sabe con respecto a cómo afrontarlo. El estrés crónico puede afectar el bienestar mental y el trabajo, incluso después de que la situación mejore, por eso:

- Cuídese mucho en estos momentos. Pruebe y adopte estrategias útiles de respuesta, como:
 - Descansar y hacer pausas durante el trabajo o entre turnos
 - Alimentarse saludablemente y en cantidad suficiente
 - Realizar actividad física en casa
 - Mantenerse en contacto con la familia y los amigos
 - Evitar el consumo de tabaco, alcohol u otras drogas
 - Practique las estrategias que más le resulten para relajarse y manejar el estrés
 - Tómese un descanso de la cobertura mediática de COVID-19.
- Recorra a sus redes de apoyo
- Solicite ayuda si se siente abrumado o preocupado porque la situación esté afectando su capacidad de cuidar a su familia y a sus pacientes.
- De ser posible, brinde apoyo psicológico a otros

1.2. Contexto

Recientemente, el mundo se ha visto asolado por la pandemia del COVID-19, que ha provocado millones de muertes alrededor del mundo y ha mostrado la vulnerabilidad del ser humano ante un microorganismo. Las secuelas que ha traído consigo este nuevo virus han afectado no solo la salud física, sino también la social y la psicológica.

Según datos de Statista (10), se han registrado en el mundo alrededor de 268.6 millones de casos de coronavirus. En América Latina se menciona que ha habido al menos 47,145,000 contagios documentados y 1,550,000 muertes documentadas a causa del nuevo coronavirus. En México, según datos de la UNAM (11), se contabilizan 49,445,333 de casos acumulados. Estas cifras muestran solo un panorama de cómo está avanzando la enfermedad, además de que los datos disponibles son aquellos que han sido confirmados y que han recibido atención médica.

Desde finales de 2019 en Wuhan, China, comenzó la pandemia de COVID-19. En México, el primer caso apareció en 2020 en los primeros meses del año, y en marzo se ordenó el inicio del aislamiento. El mundo comenzó a vivir una etapa de encierro, estrés, desesperación y ansiedad. La población en general atravesaba por miedo al contagio, mientras que el personal de salud comenzó a sufrir los estragos de esta enfermedad. Se tuvo que contratar personal nuevo, muchos otros comenzaron a doblar turnos, el equipo de protección se agotaba, y sobre todo, existía miedo

porque no se sabía nada de este virus.

Se esperaba que el personal de salud estuviera preparado para hacer frente a esta situación, pero la población se dio cuenta de que son igual de vulnerables que cualquier otra persona. Además, no se tenía el equipo necesario para brindar una atención adecuada a los pacientes y familiares.

Según Martínez (12), durante los 18 meses que duró la emergencia sanitaria por la pandemia de COVID-19, en México perdieron la vida al menos 4,057 trabajadores y trabajadoras de la salud, entre especialistas en medicina, enfermería, odontología, laboratoristas y empleados de unidades médicas. Las estadísticas de la Secretaría de Salud federal revelan que 240,000 trabajadores del sector han contraído la enfermedad entre 2020 y 2021.

Es contradictorio que a pesar de las muertes y los contagios presentados, y con los cambios realizados en los hospitales, aún no haya un equipo de psicólogos o psiquiatras que exclusivamente se dedique a dar atención al personal de salud. Los llamados "hospitales COVID" han hecho cambios en su infraestructura para atender a los pacientes, se han colocado camas, respiradores y se ha reestructurado áreas para reacomodar al personal, pero en ninguno se han colocado módulos para atención psicológica.

Existe en la actualidad un término que hace referencia al estrés laboral y los síntomas que subyacen alrededor de esto: el síndrome de burnout, el cual es un "estado de agotamiento vital" al desgaste resultante del estrés crónico derivado del

trabajo. Estudios recientes han detectado en el personal de salud síntomas depresivos y ansiosos, síndrome de burnout, y afecciones personales y sociales que alteran su capacidad de respuesta durante la emergencia sanitaria.

1.3. Definición del problema de investigación

El problema de estudio del presente trabajo se deriva de la afectación en la salud mental que el personal de salud que atiende pacientes con COVID-19 puede presentar, específicamente los niveles de ansiedad, que pueden aumentar por diferentes circunstancias, como el miedo a enfermarse, a enfermar a sus familiares, a morir o a enfermedad de gravedad, entre otros.

Si bien la ansiedad es una situación que todas las personas enfrentan día a día, existe una que afecta las actividades de la persona que la sufre, la paraliza y le evita llevar una vida "tranquila", ya que siempre se encuentra pensando en el futuro y preparándose para algo catastrófico.

Además de la afectación física que pueda presentar una persona por la enfermedad de COVID-19, en la esfera psicológica se desarrollan una serie de síntomas que hacen que la persona siga enferma. No solo en aquellos que han sido contagiados, sino también en quienes no se contagian pero atienden o cuidan a las personas enfermas. El personal de salud, como médicos, enfermeros, químicos y camilleros, están en contacto con personas infectadas, lo que puede generarles ansiedad, miedo o angustia a contagiarse o a contagiar a las personas con las que conviven y, en el peor de los casos, pensar en la muerte.

Las personas que han sobrevivido quedan con estrés postraumático, situación que complica que haya una adecuada adherencia al tratamiento porque sus niveles de ansiedad y la manera de percibir la enfermedad hacen que se distorsione la realidad.

Se plantean las siguientes preguntas de investigación: ¿Cuáles son los niveles de ansiedad del personal de salud que atiende pacientes con COVID-19? ¿Cómo reducir la ansiedad en el personal de salud? ¿Cuál propuesta para trabajar ansiedad en personal de salud que atiende pacientes con COVID-19 se puede implementar? Pero la pregunta más importante es ¿qué se ha hecho por el personal de salud para que mejore su salud mental en medio de la pandemia por COVID-19?

1.4. Objetivo General

El propósito del presente proyecto es diseñar una propuesta grupal para el personal de salud desde el modelo de la Terapia Cognitivo-Conductual para disminuir los síntomas de ansiedad a través de técnicas de relajación y mindfulness, con el objetivo de que se les ayude a sentirse mejor y estar más tranquilos.

1.5. Objetivos específicos

- Proponer técnicas adecuadas para disminuir la ansiedad.
- •Buscar actividades que ayuden a mejorar el estado psicológico de las personas.
- •Realizar técnicas adecuadas que mejoren la forma de ver los problemas.
- •Trabajar la ansiedad en el personal de salud.
- •Disminuir los síntomas ansiosos.

Dentro de los objetivos marcados, el proponer estas técnicas es con la expectativa de que se pueda mejorar la sintomatología ansiosa de las personas que atraviesan por esta situación, aunado a las actividades pertinentes para mejorar el estado psicológico. Es importante que lo que se hace para la salud mental sea en vías de que se sienta mejor la persona.

1.6. Justificación

Realizar esta investigación es pertinente, ya que la pandemia por COVID-19 ha dejado secuelas en el personal de salud. Se ha visto disminuida la atención que se otorga a los pacientes, ya que se ve un personal cansado, al límite, ansioso por no saber cómo gestionar sus pensamientos y sentimientos respecto a lo que viven. Hacer una propuesta para trabajar la ansiedad permitirá que se mejore la atención, disminuirán los índices de ausentismo o rotación y mejorará la calidad de vida de los trabajadores donde se aplique esta propuesta.

En la actualidad, no existe como tal una intervención específica para trabajar ansiedad en el personal de salud. Si bien se ha ofrecido ayuda psicológica, no hay todavía un programa que funcione de manera sistemática, es decir, que se tenga paso a paso las técnicas a aplicar. Han aparecido diversas actividades diseñadas para que la persona se sienta más tranquila en el aislamiento o maneras de lidiar con él, pero no ha sido suficiente. Además, no son diseñadas por un experto en psicología y no ofrecen psicoterapia. Algunos profesionales de la salud mental han comenzado con atención online, pero es necesario que se hagan más acciones para

que disminuya la sintomatología y se sienta mejor el personal de salud.

Es importante este tema, ya que está sucediendo, es algo actual. Además, el ignorarlo no hace que desaparezca. Hay que abordarlo, hay que voltearlo a ver. Si no se hace de esa manera, no solo habrá enfermos de COVID-19, se viene una ola de personas con trastornos de ansiedad, depresión y estrés postraumático.

En la actualidad existen diferentes corrientes psicológicas que han ofrecido opciones de tratamiento psicoterapéutico para mejorar el estado de ánimo de las personas consultantes. La Terapia Cognitivo-Conductual, el mindfulness y la terapia narrativa se presentan como opciones para reducir la sintomatología ansiosa. Según la Sociedad Española de Psiquiatría y Salud Mental, la terapia cognitivo-conductual consiste en entender cómo piensa uno acerca de sí mismo, de otras personas y del mundo que le rodea, y cómo lo que uno hace afecta a sus pensamientos y sentimientos. La TCC se centra en problemas y dificultades del "aquí y ahora", buscando maneras de mejorar el estado anímico. El tratamiento dura normalmente entre 10 y 20 sesiones, y los pacientes experimentan a menudo una reducción considerable de los síntomas después de 4 o 6 semanas de tratamiento.

El mindfulness es la traducción al inglés del término pali "sati", que implica conciencia, atención y recuerdo. Kabat-Zinn menciona que mindfulness es conciencia, una conciencia que se desarrolla prestando una atención concreta, sostenida, deliberada y sin juzgar al momento presente. Con estas definiciones y hablando de la necesidad de mantener a las personas en el presente, se escogió

este enfoque para hacer la propuesta de intervención.

Realizar una propuesta de intervención para disminuir sintomatología ansiosa hará que mejore la calidad de vida del personal de salud que atiende pacientes con COVID-19. Al mejorar la calidad de vida, mejorará la calidad en la atención a las personas enfermas. Al final, es una cadena de mejora que se espera suceda.

Dentro de los beneficios que se esperan obtener de este proyecto, se encuentra que disminuyan los niveles de ansiedad en el personal de salud que atiende pacientes con COVID-19. Por otro lado, al proponer un programa de intervención, se abren líneas de investigación, ya que se marcan pautas para conocer si las técnicas propuestas son eficaces o pertinentes, o si hay que adecuarlas o cambiarlas, ya que es una respuesta para un problema "nuevo".

Al mejorar la salud mental del personal de salud que atiende pacientes, la atención que brindan será más eficaz y de la manera adecuada, ya que estarán más tranquilos y podrán concentrarse en la labor que realizan día con día. La OMS menciona que existen estrategias asequibles, eficaces y viables para promover, proteger y recuperar la salud mental. La necesidad de actuar en relación con esto es indiscutible y urgente. La salud mental tiene un valor intrínseco y fundamental y es parte integral del bienestar general.

El Gobierno de México (13) ha reconocido que ante el incremento en los trastornos depresivos y de ansiedad a nivel global desde 2020, es necesario implementar programas integrales de salud mental. Durante la pandemia, se activaron

programas de apoyo vía telefónica e implementaron programas para la atención mental de residentes, becarios y personal de salud. Por primera vez se vislumbra en el panorama que la salud mental de las personas, tanto personal de salud como de pacientes, será tomada en cuenta. Poco a poco se va eliminando el tabú alrededor de esto y se hacen acciones para que esta esfera de la vida se le dé la importancia que tiene.

La delimitación del estudio se da en este momento histórico donde existe la pandemia por COVID-19. Se debe aplicar este programa de intervención en este tiempo donde ocurre este problema. Realizarlo en otro momento puede sesgar el estudio, ya que probablemente ya han llevado un proceso de psicoterapia, entonces ya conocerían estrategias para disminuir la ansiedad o técnicas de relajación. Es importante pensar en la manera de llevar a cabo el proyecto, ya que puede mostrar una forma de lidiar con el COVID-19 en el personal de salud. El reducir la sintomatología ansiosa hará que se mejoren aspectos de la vida de las personas, especialmente de la psique.

1.7. Beneficios esperados:

La presente investigación, centrada en el diseño de una intervención para disminuir la sintomatología ansiosa en el personal de salud que atendió a pacientes con COVID-19, se proyecta para generar una serie de beneficios significativos en múltiples niveles. Aunque la fase de implementación no pudo concretarse debido a barreras administrativas institucionales, la estructura y el fundamento teórico del

programa permiten delinear con claridad los resultados potenciales que se derivarían de su aplicación.

El beneficiario principal de esta intervención es el personal de salud. Se espera que, tras completar las ocho sesiones del programa, los participantes obtengan una disminución estadísticamente significativa en los niveles de ansiedad, la cual sería cuantificada mediante la aplicación de instrumentos psicométricos como el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) y el Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) antes y después de la intervención (14). Esta reducción se traduciría en una menor frecuencia e intensidad de síntomas como la preocupación excesiva, la tensión muscular, la inquietud y las dificultades para concentrarse. Asimismo, el programa está diseñado para dotar al personal de salud de un repertorio de estrategias prácticas y basadas en evidencia. La Terapia Cognitivo-Conductual, como modelo psicoterapéutico estructurado, activo y centrado en el problema, permite que los pacientes experimenten una reducción considerable de los síntomas después de 4 o 6 semanas de tratamiento (15). El mindfulness, entendido como una conciencia que se desarrolla prestando una atención concreta, sostenida, deliberada y sin juzgar al momento presente (16), complementa estas estrategias permitiendo que el personal adquiriera herramientas tales como técnicas de relajación, reestructuración cognitiva y atención plena, que podrán utilizar de forma autónoma para afrontar no solo los estresores derivados de la pandemia, sino también los desafíos futuros inherentes a su profesión. Al disminuir la sintomatología ansiosa y mejorar las habilidades de afrontamiento, se espera un impacto positivo

en la calidad de vida general de los participantes, incluyendo una mejora en la calidad del sueño, un aumento en los niveles de energía, una mayor satisfacción en sus relaciones interpersonales y una renovada sensación de control y autoeficacia.

A nivel organizacional, la implementación de este programa de intervención podría generar beneficios tangibles para los hospitales y el sistema de salud. Un personal de salud con menores niveles de ansiedad y burnout está en mejor disposición para ofrecer una atención más empática, segura y de alta calidad, lo que puede contribuir a una disminución de errores médicos y a una interacción más humana con los pacientes y sus familias. De acuerdo con Cantor et al. (17), es recomendable que el trabajador desarrolle actividades que le faciliten la adaptación a las nuevas exigencias laborales, la gestión emocional y el fortalecimiento de su área social y familiar, lo cual se alinea directamente con los objetivos de esta intervención. Atender la salud mental del personal puede fortalecer la moral, el compromiso y el sentido de pertenencia hacia la institución, lo que a mediano plazo podría traducirse en una reducción de los índices de ausentismo laboral y en la tasa de rotación de personal, generando mayor estabilidad de los equipos de trabajo y una disminución de los costos asociados a la contratación y capacitación de nuevos empleados.

Finalmente, esta tesis aporta valor significativo al campo de la salud mental y la psicología en México. El programa ofrece un modelo de intervención breve, sistematizado y basado en evidencia, específicamente diseñado para una población y una problemática de alta relevancia, constituyendo un recurso práctico que puede ser adoptado y adaptado por otros investigadores y clínicos. Los resultados de una

futura implementación de este programa sentarían las bases para nuevas investigaciones, permitiendo explorar la eficacia diferencial de los componentes de la intervención, su impacto a largo plazo, su adaptación a otros contextos hospitalarios y la relación coste-beneficio de su implementación a gran escala. Conforme a lo señalado por la Organización Mundial de la Salud (18), existen estrategias asequibles, eficaces y viables para promover, proteger y recuperar la salud mental, siendo la necesidad de actuar en relación con esto indiscutible y urgente, por lo que la tesis contribuye a cerrar la brecha identificada en la literatura sobre la escasez de intervenciones psicoterapéuticas estructuradas para el personal de salud en México post-pandemia, proporcionando un punto de partida sólido para la discusión académica y el desarrollo de políticas públicas que prioricen la salud mental como un pilar estratégico del sistema nacional de salud.

1.8. Limitaciones

La principal limitación de este estudio radica en que la intervención propuesta no pudo ser implementada debido a barreras administrativas y burocráticas en las instituciones de salud consultadas. Esto impidió obtener datos empíricos reales que permitieran evaluar la eficacia de las técnicas propuestas y comparar los niveles de ansiedad del personal de salud antes y después de la intervención. Como resultado, el presente trabajo se presenta como una propuesta teórica de intervención basada en la literatura, sin la validación práctica que habría permitido confirmar si los cambios esperados se materializan en la realidad clínica. Adicionalmente, existe una limitación inherente respecto al conocimiento del origen de la ansiedad en el

personal de salud, ya que la sintomatología ansiosa puede derivarse de múltiples factores en la vida de la persona, no necesariamente vinculados exclusivamente a la experiencia de atender pacientes con COVID-19 (1). Esta limitación impide establecer con certeza si la reducción de síntomas sería atribuible específicamente a la intervención propuesta o a otros factores contextuales. Finalmente, la delimitación temporal del estudio representa otra limitación significativa, puesto que la pandemia de COVID-19 ha evolucionado considerablemente desde el momento en que se planteó esta investigación. En la actualidad, el personal de salud puede haber accedido a intervenciones psicológicas adicionales, haber recibido tratamiento psicoterapéutico previo o presentar una sintomatología diferente a la que se esperaba durante el auge de la pandemia, lo cual podría afectar la comparabilidad de los resultados si la intervención fuera implementada en condiciones distintas a las originalmente proyectadas.

1.9. Alcances

El alcance de esta investigación se delimita a nivel teórico y metodológico, presentando una propuesta de intervención estructurada para el personal de salud que atiende pacientes con COVID-19. Geográficamente, el estudio se circunscribe al contexto de Saltillo, Coahuila, México, aunque el modelo de intervención propuesto es potencialmente replicable en otras regiones del país y contextos hospitalarios con características similares. Poblacionalmente, la intervención está dirigida específicamente al personal de salud que labora en hospitales, incluyendo médicos, enfermeros, químicos, camilleros y otros profesionales sanitarios que se

encuentran en contacto directo con pacientes infectados con COVID-19. Temporalmente, la investigación se enmarca en el contexto histórico de la pandemia de COVID-19, siendo esta la delimitación más crítica, ya que la aplicación de la intervención requiere llevarse a cabo durante el auge de la pandemia para capturar adecuadamente la sintomatología ansiosa derivada de esta crisis sanitaria (8). Teóricamente, el alcance se centra en la reducción de sintomatología ansiosa a través de la integración de la Terapia Cognitivo-Conductual y mindfulness, excluyendo otras problemáticas de salud mental como depresión, estrés postraumático o burnout, aunque estos puedan estar presentes de manera comórbida. Metodológicamente, el alcance comprende el diseño de una intervención breve de ocho sesiones con una duración aproximada de dos meses, utilizando instrumentos psicométricos validados para la medición de ansiedad antes y después de la intervención, lo que permitiría establecer si las técnicas propuestas son eficaces para la población objetivo (14). Aunque la implementación no fue posible, los alcances de este trabajo incluyen la generación de un protocolo estructurado que puede servir como base para futuras investigaciones y la apertura de líneas de investigación que permitan explorar la eficacia de intervenciones psicoterapéuticas en el personal de salud durante crisis sanitarias.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Ansiedad

Para comenzar a desarrollar este proyecto, hay que definir los conceptos que lo atañen, el término ansiedad alude a la combinación de distintas manifestaciones físicas y mentales que no son atribuibles a peligros reales, sino que se manifiestan ya sea en forma de crisis o bien como un estado persistente y difuso, pudiendo llegar al pánico; no obstante, pueden estar presentes otras características neuróticas tales como síntomas obsesivos o histéricos que no dominan el cuadro clínico (19). Por otro lado, Navas & Vargas (20) mencionan que la ansiedad es una emoción que surge ante situaciones ambiguas, en las que se anticipa una posible amenaza, y que prepara al individuo para actuar ante ellas mediante una serie de reacciones cognitivas, fisiológicas y conductuales.

La ansiedad hay que distinguirla como saludable y no saludable, si bien ayuda porque presenta escenarios que puedan suceder, cuando la persona que la sufre no sabe lidiar con ella, entonces sobrepasa lo que piensa y comienza a manifestarlo en el cuerpo, con diferentes síntomas que más adelante se describirán. Martínez & López (21) mencionan que los trastornos de ansiedad son las perturbaciones psiquiátricas más frecuentes a lo largo de nuestras vidas, se caracterizan principalmente por el miedo excesivo a situaciones que no representan ningún peligro real.

A su vez, Virgen, Lara, et al. (22) refieren que se define como ansiedad a aquel sentimiento desagradable de temor, que se percibe como una señal de alerta que advierte de un peligro amenazante, frecuentemente la amenaza es desconocida, lo que la distingue del miedo donde la amenaza es concreta y definida. Se toman actualmente tanto la ansiedad y la angustia como sinónimos para los manejos clínicos. Es importante mencionar esto último, ya que muchas personas refieren angustia en vez de ansiedad, siendo un sentimiento que se parecen o tiene las mismas características.

Siendo más amplios en la definición de este trastorno y su diagnóstico, el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, en su quinta edición (23) menciona que los trastornos de ansiedad son los que comparten características de miedo y ansiedad excesivos, así como alteraciones conductuales. Este miedo será una respuesta emocional a una amenaza inminente, ya sea real o imaginaria, mientras que la ansiedad es una respuesta anticipatoria a una amenaza futura. Ambas respuestas se parecen, aunque se pueden diferenciar, estando el miedo frecuentemente asociado a la defensa o la fuga, pensamientos de peligro inminente y conductas de huida, y la ansiedad está más a menudo asociada a la tensión muscular, vigilancia en relación a un peligro futuro y comportamientos cautelosos o evitativos.

El DSM-5 (23) refiere los criterios para diagnosticar a una persona con ansiedad:

A. Ansiedad y preocupación excesiva (anticipación aprensiva), que se produce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades (como en la actividad laboral o escolar).

B. Al individuo le es difícil controlar la preocupación.

C. La ansiedad y la preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (y al menos algunos síntomas han estado presentes durante más días de los que han estado ausentes durante los últimos seis meses):

Nota: En los niños solamente se requiere un ítem.

1. Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta.

2. Facilidad para fatigarse.

3. Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco.

4. Irritabilidad.

5. Tensión muscular.

6. Problemas de sueño (dificultad para dormirse o para continuar durmiendo, o sueño inquieto e insatisfactorio).

D. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

E. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afección médica (p. ej., hipertiroidismo).

F. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej., ansiedad o preocupación de tener ataques de pánico en el trastorno de pánico, valoración negativa en el trastorno de ansiedad social [fobia social], contaminación u otras obsesiones en el trastorno obsesivo-compulsivo, separación de las figuras de apego en el trastorno de ansiedad por separación, recuerdo de sucesos traumáticos en el trastorno de estrés postraumático, aumento de peso en la anorexia nerviosa, dolencias físicas en el trastorno de síntomas somáticos, percepción de imperfecciones en el trastorno dismórfico corporal, tener una enfermedad grave en el trastorno de ansiedad por enfermedad, o el contenido de creencias delirantes en la esquizofrenia o el trastorno delirante).

Es importante hacer hincapié que las únicas personas que pueden diagnosticar a un paciente con ansiedad, son aquellas que se dedican a la salud mental, ya sea del área de psicología o de la psiquiatría, porque actualmente se vive la era de la

tecnología y se tiene acceso a videos de diferentes redes sociales o páginas de internet que llevan a hacer diagnósticos.

2.1.1. Síntomas

Cuando persona experimenta la ansiedad, presenta diversos síntomas, Martínez & López (21), mencionan que los síntomas físicos pueden ser palpitaciones y taquicardia, sensación de desmayo o síncope, sensación de falta de aire, sensación de ahogo, opresión torácica, sudoración y temblor, además de oleadas de calor o frío, parestesias en extremidades o cara y náusea o molestias abdominales.

Dentro de las catástrofes temidas se encuentran (21):

- Médicas:

Esta categoría incluye las amenazas a la integridad física.

- Desmayarse.
- Autoagredirse:
- Morir súbitamente por infarto.
- Enfermedad vascular cerebral.

- Psicológicas:

Esta categoría incluye las amenazas a la salud mental o intelecto:

- Miedo a perder el control o volverse loco.
- Perder inteligencia.
- Temor de que no disminuya la angustia por no saberlo manejar.

- Sociales:

Esta categoría está relacionada con la amenaza del status social que incluye:

- Rechazo
- Crítica de parte de los demás
- Humillación
- Vergüenza
- Hacer una “escena” o “hacer el ridículo”

Por otro lado, Escobar (24) menciona como síntomas:

Aparición temporal y aislada de miedo o malestar intensos, acompañada de cuatro (o más) de los siguientes síntomas, que se inician bruscamente y alcanzan su máxima expresión en los primeros 10 minutos:

1. Palpitaciones o taquicardia
2. Sudoración
3. Temblores

4. Sensación de ahogo o falta de aliento
5. Sensación de atragantarse
6. Opresión o malestar torácico
7. Náusea o molestias abdominales
8. Inestabilidad, mareo o desmayo
9. Desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (estar separado de uno mismo)
10. Miedo a perder el control o volverse loco
11. Miedo a morir
12. Parestesias (sensación de entumecimiento u hormigueo)
13. Escalofríos o sofocaciones

Por otro lado, el Instituto Mexicano del Seguro Social (25) menciona que existe diferencias en la presentación del trastorno de ansiedad por grupos de edad, algunas de las más notorias en las personas mayores son:

- Cursan con más alteraciones del sueño (insomnio).
- La tasa de comorbilidad con depresión es más elevada.
- La depresión es más grave y profunda en comparación con los jóvenes.
- En su presentación clínica tienen menos síntomas típicos de ansiedad.
- Las manifestaciones somatomorfas son más frecuentes.

- Cursan con mayor discapacidad debido a preocupaciones.
- La preocupación por su propia salud y bienestar familiar son mayores, mientras que a los pacientes jóvenes les preocupa más por el futuro y la salud de otros.

Las personas que refieren ansiedad experimentan no siempre todos los síntomas o en cascada, pueden ser dos o tres, pueden ser distintos en diferentes días, pero hay que observar la frecuencia e intensidad con las que las personas lo viven y además la percepción que tienen de los mismos.

2.1.2. Tipos de ansiedad

Escobar (24) hace una diferenciación de diversos cuadros clínicos del trastorno de ansiedad que puede vivir una persona, para poder entrar en categorías y saber distinguirlas para así hacer algo con ellas, entre lo que menciona, se encuentra:

1. Cuadro clínico: En los trastornos de ansiedad aparecen crisis de angustia y agorafobia. La crisis de angustia (*panic attack*) tiene un inicio súbito de síntomas de aprensión, pavor o terror, acompañados de sensación de muerte inminente. En la crisis aparece falta de aliento, palpitaciones, opresión o malestar torácico, sensación de atragantamiento o asfixia y miedo a “volverse loco” o a perder el control. La agorafobia se caracteriza por la aparición de ansiedad o conducta evitativa en lugares o situaciones donde puede ser difícil

escapar, o donde sea imposible encontrar ayuda en el caso de que aparezca en ese momento una crisis de angustia

2. El trastorno de angustia sin agorafobia se caracteriza por crisis de angustia recidivantes e inesperadas que causan un estado de preocupación permanente al paciente.
3. El trastorno de angustia con agorafobia se caracteriza por crisis de angustia y agorafobia de carácter recidivante e inesperado.
4. La agorafobia sin historia de trastorno de angustia tiene presencia de agorafobia y síntomas similares a la angustia en un individuo sin antecedentes de crisis de angustia inesperadas.
5. La fobia específica presenta ansiedad clínicamente significativa en respuesta a la exposición a situaciones u objetos específicos, lo que da lugar a conductas de evitación. Es un temor persistente, excesivo e irracional, desencadenado por la presencia o anticipación de un objeto o situación específica.
6. La fobia social se caracteriza por la presencia de ansiedad clínicamente significativa como respuesta a ciertas situaciones sociales o actuaciones en público del propio individuo, lo que suele dar lugar a comportamientos de evitación. El sujeto teme hacer el ridículo, lo cual lo incapacita y lleva al aislamiento.
7. El trastorno obsesivo-compulsivo presenta obsesiones que causan ansiedad y malestar significativos o compulsiones cuyo propósito es neutralizar esa ansiedad. El compromiso funcional en ocasiones es grave. Las obsesiones

son ideas, imágenes o impulsos de carácter persistente, que le causan malestar y provocan ansiedad. El paciente se da cuenta de lo disfuncional o irracional de estas obsesiones y las enfrenta. Las compulsiones son actos motores o mentales repetitivos. Son frecuentes las tareas de lavado, limpieza o exigencias de orden con rituales altamente complejos.

8. El trastorno por estrés postraumático presenta reexperimentación usual de eventos traumáticos, síntomas debidos a hiperactivación y conductas de evitación de los estímulos relacionados con el trauma. Se presenta luego de sufrir experiencias desagradables como una violación, un secuestro, tortura o accidente de tránsito.
9. El trastorno por estrés agudo se caracteriza por síntomas parecidos al trastorno por estrés postraumático que aparecen inmediatamente después de un evento altamente traumático.
10. El trastorno de ansiedad generalizada presenta ansiedad crónica y preocupaciones de carácter excesivo. El paciente está intranquilo, inquieto, con pensamiento catastrófico sobre lo que le rodea, no se puede controlar, es irritable y tiene tensión motora con hiperactividad simpática, hipervigilancia, fatiga y sensación de no soportar más la desesperación que lo invade.
11. El trastorno de ansiedad debido a condición médica general se caracteriza por síntomas prominentes de ansiedad secundarios a los efectos fisiológicos de una enfermedad subyacente.

12. El trastorno de ansiedad inducido por sustancias se caracteriza por síntomas prominentes de ansiedad secundarios a los efectos fisiológicos directos de una droga, fármaco o tóxico.
13. El trastorno de ansiedad no especificado acoge aquellos trastornos que presentan ansiedad o evitación fóbica prominentes y no reúnen los criterios diagnósticos de los trastornos de ansiedad específicos ya mencionados o bien no se dispone de una información adecuada.

2.1.3. Crisis de ansiedad/angustia

Aprender a conocer las crisis, saber identificarlas, permite hacer algo con ellas, Barnhill (26) menciona que una crisis de angustia (ataque de pánico) se define como la aparición brusca de un período definido y breve de malestar o miedo intenso acompañado de algunos síntomas somáticos y/o cognitivos. El trastorno de angustia (trastorno de pánico) se define como la aparición de crisis de angustia repetidas que se acompañan habitualmente de miedos ante futuros ataques o de cambios de conducta para evitar situaciones que podrían predisponer a las crisis. El diagnóstico es clínico. Las crisis de angustia aisladas podrían no requerir tratamiento.

El personal de salud, al observar y ser testigo de numerosos casos donde la gente moría o los pacientes entraban en deterioro de manera gradual o en su defecto, era de forma aguda, puede entrar en una sensación de angustia, al no poder ayudar a las personas o por el miedo a que les suceda lo mismo o a sus familiares.

Además, Gómez (27) aporta que un ataque de pánico o crisis de angustia es un episodio súbito o repentino, puede ocurrir en el día o la noche, de miedo e intenso malestar en ausencia de peligro real, con síntomas físicos y cognitivos, sensación de peligro o muerte inminente y urgente necesidad de escapar.

El trastorno de pánico tiene como característica fundamental la presencia de crisis de pánico recurrentes, inesperadas y espontáneas, sin que exista un factor externo o un objeto temido que las desencadene; el denominado miedo al miedo, equivalente al miedo persistente al padecimiento de una nueva crisis de pánico, miedo que también se denomina ansiedad anticipatoria, es uno de los rasgos más significativos de este trastorno.

Por otro lado, Fernández, et al. (28) mencionan que existen tres tipos característicos de ataques de pánico o crisis de angustia:

- Crisis de angustia situacionales (desencadenadas por estímulos ambientales), donde la crisis de angustia aparece de forma casi exclusiva inmediatamente después de la exposición o anticipación de un estímulo ambiental (p. ej., ver una serpiente o un perro desencadena automáticamente una crisis de angustia).
- Crisis de angustia inesperadas (no relacionadas con estímulos situacionales), en las que el inicio de la crisis de angustia no se asocia a desencadenantes ambientales (es decir, aparecen sin ningún motivo aparente).

- Crisis de angustia más o menos relacionadas con una situación determinada, las cuales tienen simplemente más probabilidades de aparecer al exponerse el individuo a ciertos estímulos o desencadenantes ambientales, aunque no siempre exista asociación con el estímulo ni tampoco el episodio aparezca siempre inmediatamente después de exponerse a la situación (ejemplo: las crisis tienen más probabilidades de aparecer al conducir, pero a veces el individuo puede llevar su coche sin sufrir ninguna crisis de angustia o bien padecerla a la media hora de estar conduciendo).

Muchas personas durante su vida experimentan ataques de pánico, si bien se pueden ver disparados por alguna situación extraordinaria como un asalto, accidente de tráfico, problema meteorológico, etc., es importante observar si quien lo sufre lo vive como algo cotidiano o es esporádico.

2.1.4. Ansiedad por enfermedad

Cuando una persona sufre de alguna enfermedad física, es común que se vea afectada su parte psíquica, mucho del personal de salud que atendió a pacientes con COVID-19, se contagió con el virus, es por ellos que pueden presentar ansiedad por enfermedad, donde la característica fundamental de este trastorno (antes conocido como hipocondría) es la preocupación, no por los síntomas, sino por la creencia que tiene un paciente de padecer una enfermedad. Esta creencia, basada en una interpretación errónea de signos y sensaciones corporales, genera en el

paciente un intenso malestar clínicamente significativo, con disfunción notable de sus actividades de la vida diaria y con un uso exagerado de recursos de salud (29).

A su vez, Rodríguez (30) menciona que el trastorno de ansiedad por enfermedad constituye una nueva categoría diagnóstica en el DSM-5 que explica los síntomas que aparecen en el 25% de los pacientes diagnosticados de hipocondría. Se caracteriza por la preocupación de tener o la posibilidad de desarrollar una enfermedad grave, generalmente en ausencia de síntomas somáticos importantes. Aparece asociado, además, un importante nivel de ansiedad relacionado con el estado de salud. En la actualidad, presenta un desafío desde el punto de vista diagnóstico, ya que resulta complicado su encuadre nosológico en los sistemas de clasificación actuales, quedando incluido dentro de los trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados.

Para realizar el diagnóstico, es necesario saber los signos y síntomas, por ello, Dimsdale (31) menciona que los pacientes con trastorno de ansiedad por la enfermedad están tan preocupados con la idea de que están enfermos o que podrían enfermarse que su ansiedad patológica afecta el funcionamiento social y ocupacional o provoca malestar significativo. Los pacientes pueden o no tener síntomas físicos, pero si los tienen, su preocupación es más acerca de las posibles implicaciones de los síntomas que de los síntomas en sí.

Algunos pacientes se examinan a sí mismos en repetidas ocasiones (p. ej., mirando su garganta en un espejo, controlando si su piel tiene lesiones). Son fácilmente

alarmados por nuevas sensaciones somáticas. Algunos pacientes visitan a los médicos con frecuencia (los que buscan atención); otra rara vez buscan atención médica (los que evitan la atención). La evolución a menudo es crónica (fluctuante en algunos, constante en otros). Algunos pacientes se recuperan. (31)

El diagnóstico del trastorno de ansiedad por enfermedad se basa en los criterios del DSM-5 (23) e incluye los siguientes criterios:

El paciente está preocupado por tener o adquirir un trastorno grave.

El paciente tiene mínimos o ningún síntoma.

El paciente está muy preocupado por la salud y se alarma con facilidad frente a problemas de salud personales.

El paciente comprueba repetidamente el estado de salud o evita las citas médicas y los hospitales.

El paciente se ha preocupado por la enfermedad durante ≥ 6 meses, aunque la enfermedad específica temida puede cambiar durante ese período.

Los síntomas no se atribuyen a depresión u otro trastorno mental.

Se considera que los pacientes que tienen síntomas somáticos importantes y están preocupados sobre todo estas manifestaciones tienen un trastorno de síntomas somáticos.

Sánchez & Moreta (32) mencionan la experiencia de la vivencia de la pandemia contribuye al apareamiento de condiciones de ansiosas específicas sobre la enfermedad e inciden en manifestaciones sintomáticas. Se evidencia de correlación positiva de la ansiedad al COVID-19 con el malestar psicológico. En particular, se encuentra relación con trastornos de somatización, ansiedad generalizada, depresión, insomnio.

Por otro lado Castillo, Fernández, et. al (33) refieren que la infección por SARS-CoV-2 es una enfermedad multiorgánica. Tiene un amplio espectro de manifestaciones clínicas, entre ellas neurológicas y psiquiátricas, que se expresan en todos los estadios evolutivos de la enfermedad. En muchas ocasiones presenta sintomatología a largo plazo que se ha denominado síndrome post-COVID. Entre la sintomatología neuropsiquiátrica derivada del mencionado síndrome, nos centramos en este manuscrito, por su prevalencia, en la cefalea, el deterioro cognitivo, las alteraciones del gusto y olfato, la depresión, los trastornos de ansiedad y el insomnio.

2.2. Coronavirus (COVID-19)

Díaz & Toro (34) mencionan que, en el mes de diciembre de 2019, un brote de casos de una neumonía grave se inició en la ciudad de Wuhan, provincia de Hubei, en China. Los estudios epidemiológicos iniciales mostraron que la enfermedad se expandía rápidamente, que se comportaba más agresivamente en adultos entre los 30 y 79 años, con una letalidad global del 2,3%. La mayoría de los

primeros casos correspondían a personas que trabajaban o frecuentaban el *Huanaan Seafood Wholesale Market*, un mercado de comidas de mar, el cual también distribuía otros tipos de carne, incluyendo la de animales silvestres, tradicionalmente consumidos por la población local.

Los estudios etiológicos iniciales dirigidos a los agentes comunes de la infección respiratoria aguda, incluyendo los agentes de la influenza aviar, del síndrome respiratorio agudo severo (SARS, del inglés, *Severe Acute Respiratory Syndrome*) y del síndrome respiratorio del Medio Oriente (MERS, del inglés, *Middle East Respiratory Syndrome*), arrojaron resultados negativos. El uso de métodos de secuenciación profunda, que no requieren información previa sobre el agente que se busca, así como el aislamiento en cultivo de células, seguido de microscopía electrónica y de secuenciación profunda, demostró que se trataba de un agente viral nuevo, perteneciente al grupo de los coronavirus, y fue inicialmente llamado 2019-nCoV (novel coronavirus de 2019), genéticamente relacionado, pero distinto al agente del SARS.

El brote se extendió rápidamente en número de casos y en diferentes regiones de China durante los meses de enero y febrero de 2020. La enfermedad, ahora conocida como COVID-19 (del inglés, *Coronavirus disease-2019*), continuó propagándose a otros países asiáticos y luego a otros continentes. El 11 de marzo de 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró la ocurrencia de la pandemia de COVID-19, exhortando a todos los países a tomar medidas y aunar

esfuerzos de control en lo que parece ser la mayor emergencia en la salud pública mundial de los tiempos modernos (34).

El virus SARS-CoV-2 es muy contagioso y se transmite rápidamente de persona a persona a través de la tos o secreciones respiratorias, y por contactos cercanos; las gotas respiratorias de más de cinco micras, son capaces de transmitirse a una distancia de hasta dos metros, y las manos o los fómites contaminados con estas secreciones seguido del contacto con la mucosa de la boca, nariz u ojos.

Este nuevo virus tiene predilección por el árbol respiratorio, una vez que penetra genera una respuesta inmune anormal de tipo inflamatorio con incremento de citoquinas, lo que agrava al paciente y causa daño multiorgánico (35).

2.2.1. Formas de contagio

Según los estudios que se han hecho en los últimos dos años que se ha habido pandemia, se han encontrado las formas en las que se transmite el virus y otras se han desechado, ya que se va encontrando evidencia científica que aprueba o descarta lo que se va diciendo, a continuación se muestran las formas que se han encontrado.

A) Transmisión por contacto y por gotas

El SARS-CoV-2 puede transmitirse por contacto directo, ya sea de forma indirecta o estrecha con personas que previamente fueron infectadas, a través de

secreciones (p.e. saliva, las secreciones respiratorias o las gotículas respiratorias), las llamadas gotas de Flügge, que se expulsan cuando una persona infectada tose, estornuda, habla o canta. Las gotículas respiratorias tienen un diámetro de cinco a 10 micrómetros (μm); las gotas que tienen un diámetro inferior a $5 \mu\text{m}$ se denominan núcleos goticulares o aerosoles. Esta transmisión puede producirse cuando una persona está en contacto estrecho (en un espacio no mayor a un metro) con una persona infectada que presenta síntomas respiratorios (por ejemplo, tos o estornudos) o que está hablando o cantando; en estas circunstancias, las gotas de Flügge que contienen el virus pueden llegar a la boca, la nariz o los ojos de una persona expuesta y esto podría causar una infección. Además, podría producirse transmisión por contacto indirecto si un hospedero expuesto tiene contacto con un objeto o una superficie contaminados (transmisión por fómites) (9).

B) Transmisión aérea

La transmisión aérea se define como la propagación de un agente infeccioso causada por la diseminación de núcleos goticulares (aerosoles) que siguen siendo infectantes tras permanecer suspendidos en el aire por tiempos prolongados y viajar distancias largas. El SARS-CoV-2 puede transmitirse por vía aérea durante la realización de técnicas médicas en las que se produzcan aerosoles. La OMS, de consuno con la comunidad científica, ha analizado y valorado activamente la cuestión de si el SARS-CoV-2 también puede propagarse a través de aerosoles en los casos en los que no se realicen técnicas en las que se produzcan aerosoles, especialmente en entornos cerrados con mala ventilación.

Las características físicas del aire exhalado y las corrientes han dado lugar a hipótesis sobre posibles mecanismos mediante los cuales el SARS-CoV-2 podría transmitirse a través de aerosoles. En esas teorías se propone que 1) determinadas gotículas respiratorias producen aerosoles microscópicos (de menos de 5 μm) mediante evaporación, y 2) al respirar y hablar con normalidad se producen exhalaciones de aerosoles. Por consiguiente, podría ocurrir que una persona expuesta inhalara aerosoles y se contagiara si estos contienen una cantidad suficiente de virus como para infectar al hospedero. Sin embargo, aunque se desconocen la proporción de núcleos goticulares que se exhalan y de gotículas respiratorias que al evaporarse producen aerosoles, y la dosis infecciosa de viriones del SARS-CoV-2 viables que deben contagiar a un hospedero para causarle una infección, esos factores han sido objeto de estudio en relación con otros virus respiratorios (9).

C) Transmisión por fómites

También la OMS (9) menciona que por medio de las secreciones respiratorias o las gotas de Flügge que las personas infectadas expulsan, pueden contaminar superficies y objetos, lo que produce fómites (superficies contaminadas). En estas superficies o lugares contaminados, es posible detectar mediante RCP-RT viriones del SARS-CoV-2 viables o ARN vírico durante periodos que van desde horas hasta días, dependiendo de características como entorno, el ambiente y el tipo de superficie; es posible detectar concentraciones altas de esas partículas especialmente en establecimientos sanitarios en los que se prestó asistencia a

pacientes con COVID-19. Por consiguiente, también es posible que el SARS-CoV-2 se transmita indirectamente al tocar objetos contaminados con viriones procedentes de una persona infectada (por ejemplo, los estetoscopios o los termómetros) o superficies en el entorno adyacente, y, posteriormente, tocarse la boca, la nariz o los ojos. Aunque se dispone de datos científicos fiables en relación con la contaminación de superficies por el SARS-CoV-2 y el mantenimiento de la viabilidad de los viriones en determinadas superficies, no existen informes específicos en los que se haya corroborado directamente la transmisión por fómites.

D) Otras vías de transmisión

También se ha detectado partículas de ARN del SARS-CoV-2 en otro tipo de muestras biológicas, como en la orina y la materia fecal de determinados pacientes. En un estudio se observó que existían viriones del COVID-19 viables en la orina de un paciente y en tres estudios se logró cultivar el SARS-CoV-2 a partir de muestras de heces. Sin embargo, como estudió la OMS, hasta el momento, no se han publicado informes relativos a la transmisión del COVID-19 por medio de heces u orina. En algunos estudios, por otro lado, se ha comunicado que se detectó ARN del SARS-CoV-2 en plasma o en suero y que los viriones pueden replicarse en glóbulos sanguíneos. A pesar de esto, aún existen cuestionamientos sobre la importancia que tiene la transmisión hemática y, además, las bajas concentraciones del virus que se han registrado en plasma y suero indican que es posible que el riesgo de que se produzca transmisión por esta vía sea bajo. A la fecha no existen datos científicos que señalen a que las embarazadas infectadas puedan transmitir

el COVID-19 por vía maternofetal a sus fetos, aunque la información disponible es limitada (9).

2.2.2. Signos y síntomas

Conocer la sintomatología de las enfermedades, ayudar para detectar si una persona está contagiada o no, además de que así se toman las medidas pertinentes para evitar mayor cantidad de contagios y sobre todo, se monitorea la salud de la persona.

En el caso del COVID-19 (9), se encuentra lo siguiente: infección no complicada: se presenta con síntomas inespecíficos como fiebre, tos (seca o productiva), odinofagia, congestión nasal, anosmia, hiposmia, malestar general, anorexia, cefalea, mialgias. Los pacientes inmunosuprimidos pueden presentar síntomas atípicos, sin datos de deshidratación, sepsis o dificultad respiratoria.

Infección leve de vías respiratorias bajas: tos, dificultad respiratoria con taquipnea, desaturación, puede o no haber fiebre, sin signos de infección grave de vías respiratorias. Se especifica que desaturación se entiende como $< 90\%$ en la Ciudad de México, $< 92\%$ a nivel del mar.

Infección grave de vías respiratorias bajas: tos, dificultad respiratoria y al menos uno de los siguientes datos:

- Cianosis central o desaturación.
- Dificultad respiratoria: quejido, aleteo nasal, tiraje supraesternal,

retracción torácica severa o disociación toracoabdominal.

- Taquipnea.
- Odinofagia.
- Letargo, pérdida de conocimiento o crisis convulsivas.
- Gasometría arterial: $\text{PaO}_2 < 60 \text{ mmHg}$, $\text{PaCO}_2 > 50 \text{ mmHg}$.

Hablando específicamente de los síntomas psicológicos, no existe bibliografía que explique cómo se siente una persona que se contagia con COVID-19, de lo que se puede hablar son de las crisis, las cuales, según Riveros & Sánchez (36) ocasionan cambios drásticos sobre lo esperable en aspectos muy básicos: seguridad laboral, permanencia o bienestar de las personas, posesiones, libertad, y en el caso de la pandemia por COVID-19 en 2020, también de salud y sobrevivencia. Estos cambios drásticos demandan ajustes en lo que se puede esperar y lo que se necesita hacer para la adaptación, en este caso, en condiciones de mucha incertidumbre. Las experiencias previas, por ejemplo con pandemias como el ébola en 2014 en países africanos, o por el SARS en 2003 en China, quizá hicieron suponer que no sería un problema para América. El cierre de escuelas por la influenza en 2009 en México haría pensar que la cuarentena por COVID-19 sería breve. Ambos supuestos han probado ser incorrectos y el que a nuestros supuestos los rebase la realidad, lleva a desconfianza generalizada, no sólo de lo que se suponía, sino respecto del funcionamiento personal ante la crisis.

Es decir la persona se enfrenta a algo desconocido con lo que ya conoce, con aquellos supuestos y vivencias que ha experimentado y partiendo de ello se crea constructos o expectativas de cómo será el camino que tomen las situaciones que vive, y de acuerdo a ello, psicológicamente maneja las cosas.

Es necesario que se haga la diferencia entre cuarentena y el aislamiento voluntario. La primera se encuentra indicada para aquellos que tuvieron contacto con pacientes infectados o con sospecha de contagio mientras que, en el aislamiento voluntario, las personas restringen su movilidad gracias a sus condiciones laborales, económicas y sociales. La pandemia de COVID-19 tiene características únicas que permiten catalogarla como una crisis humanitaria o un evento altamente estresante (37).

2.2.3. Actitudes frente al Covid-19

Es importante conocer y reconocer que cada persona vive una enfermedad de manera distinta, tal vez, la forma en que afecta a alguien no es la misma manera en que alguna otra persona percibe una situación de enfermedad.

Riveros y Sánchez (36) mencionan que las estadísticas mundiales indican que la propagación de la COVID-19 trae consigo importantes consecuencias psicológicas, económicas, sociales y políticas. Sin embargo, esta enfermedad continúa propagándose debido a factores tales como el desconocimiento por la desinformación de los ciudadanos y sus consiguientes actitudes negativas; asumiendo que la enfermedad de la COVID-19 no proviene de la naturaleza, sino

que fue creada intencionalmente. Otro factor igualmente atribuible al desconocimiento es la actitud negativa frente a las prácticas de autocuidado de la salud.

Las actitudes positivas se refieren al comportamiento habitual que tienen las personas para afrontar y prosperar frente a situaciones complicadas. Una revisión reciente indica que los estudiantes de medicina, residentes y los trabajadores de salud muestran actitudes optimistas, y una mayor predisposición a participar activamente en el control de la pandemia, por lo tanto, un mayor empoderamiento del personal de salud podría resultar en un mejor manejo de la crisis sanitaria (36).

La APA define a la resiliencia como la capacidad de adaptarse a los traumas, amenazas, adversidades, tragedias o tensiones significativas, además menciona que esta cualidad es ordinaria, es decir que las personas comúnmente demuestran resiliencia. Los eventos clínicos y académicos a los que están expuestos los estudiantes de medicina podrían propiciar que sufran de agotamiento y depresión y que no busquen ayuda para su angustia psicológica, como resultado, la resiliencia en ellos es menor que la población en general. Sin embargo, la resiliencia es modificable y se puede fortalecer a través de intervenciones que desarrollen mecanismos de afrontamiento, además de cuantificarse periódicamente a través de instrumentos validados. Esta versatilidad que tiene la resiliencia ha sido de interés reciente para la Educación Médica, sobretudo para el seguimiento de la formación de los estudiantes de medicina (38).

2.2.4.El COVID-19 y sus efectos en la esfera psicológica

Con el paso de la pandemia, ha habido cambios importantes en la manera de percibir la vida, que ha modificado la salud mental de las personal y ha afectado su forma de ser, encontrando efectos psicológicos como los que menciona Hernández (3) que como efecto de la pandemia del COVID-19, es previsible que haya un agravamiento de la salud psicológica en toda la población, avanzando en 1 a 3 grados de ansiedad, dependiendo de los recursos emocionales y yoicos con que cada persona cuente o de la carencia de ellos y del avance en el número de días de la contingencia sanitaria. Una persona que antes de la pandemia estaba en neurosis 1 (muy leve) debido al confinamiento puede llegar a neurosis 2 (leve) o 3(moderada); una persona que antes del coronavirus tenía un padecimiento de neurosis moderada (3) puede caer en desesperación y exaltación frecuente (neurosis 4) o prácticamente continua (neurosis 5). Una persona que antes tenía un padecimiento de neurosis 4 (grave) o 5 (muy grave) por la pandemia puede tener intentos de suicidio, o padecer de delirios (psicosis 1) o de alucinaciones (psicosis 2). Es importante tener en cuenta la diferente reacción de personas y colectivos en función de sus historias y condiciones previas. Según Hernández (3) puede haber diferentes grados de psicopatología en uno o varios de los siguientes aspectos:

- Maximización de la magnitud de la contingencia sanitaria
- Tensión, inquietud e insomnio

- Compras de pánico
- “Jaloneos económicos”
- Tedio y aburrimiento
- Irritabilidad y agresividad
- Obsesiones y exigencias a otros
- Confusión
- Evasión (no informarse ni creer en el riesgo de contagio)
- Depresión (desgano, falta de acicalamiento)
- Desesperación
- Mayores síntomas de otras psicopatologías previas (egoísmo, discriminación, avaricia, machismo, abnegación, fobias, actitudes agresivas, etcétera).

Por otra parte, Sierra et al. (10) menciona que, desde la teoría del estrés, esta emergencia sanitaria genera trastornos relacionados con la ansiedad y la depresión, principalmente, esto debido a que es un evento increíble e inesperado, difícil de procesar para la población (aunque aquí en México se tuvo oportunidades para prepararse porque emergió primero en otras partes del mundo. Esta situación puede ser traumática porque representa una amenaza de vida o muerte) muchas

personas van a presenciarlos directamente o a tener noticias del fallecimiento de personas cercanas, y porque la complejidad del evento, en un contexto político y económico particular, puede activar en un grupo de personas la desesperanza y el desencanto en las instituciones.

Santana, Sagaró & Valdés (39) mencionan que las personas luego de padecer COVID-19, refirieron un aumento del cuidado y la protección en el hogar, en acciones como lavarse sistemáticamente las manos, aumento en niveles de estrés, quitarse la ropa y bañarse al llegar de la calle, uso correcto del cubrebocas, alteración de la voz sin necesidad, irritabilidad con facilidad, alejarse de los hijos para evitar contagiarlos, iniciar conflictos sin motivos y sentimiento de incompreensión sobre algunos miembros en el hogar. Aunado a esto, también experimentaron: aumento de la percepción del riesgo respecto a la enfermedad, inasistencia a la escuela y escasa relación con los compañeros, expresión de ansiedad, la mayoría del tiempo generando malestar psicológico, como impotencia, angustia, estrés, depresión; limitaciones para buscar los abastecimientos para el hogar, cansancio, disminución considerable de las salidas del hogar, temor a propagar la enfermedad, afectaciones en la marcha al caminar, lentitud para realizar las actividades cotidianas, rechazo al trabajo y pérdida del entusiasmo para asumirlo y percepción de rechazado por parte de los demás vecinos.

Es decir, la gente no solo expresa de manera física la enfermedad, sino también lo hace de manera psicológica, a través de conductas, percepciones o sentimientos que experimentan después del COVID.

Por otro lado, Etchevers, Garay, et al (40) refieren que las personas reportaron sintomatología ansiosa severa y otros presentaron puntajes compatibles con un Trastorno Depresivo Mayor. Refirieron haber cambiado su tendencia a pensar en la muerte y/o en el suicidio a partir de la pandemia del COVID-19, otro más reportaron fallas cognitivas (entre leves, moderadas y severas). Más de la mitad de la población no realiza ninguna de las siguientes actividades: actividad física, meditación, práctica religiosa o yoga. El 50,94% de los participantes informa realizar actividad física y esta conducta se asoció a menores niveles de sintomatología ansiosa, depresiva y riesgo suicida. El 32% de las personas infectadas por COVID-19 comunicaron que realizaban tratamiento psicológico y el 67% de quienes no lo hacían, consideraron necesitarlo.

Es importante hacer la caracterización de cómo las personas enfrentan o enfrentaron el COVID-19 con los recursos personas que tienen, para algunos fue más llevadero por la red de apoyo o porque los síntomas físicos fueron leves, para unos más fue más complicado por las mismas razones, poca o nula red de apoyo así como síntomas más fuertes.

2.3. Personal de salud

En este apartado, se hablará acerca de diversas profesiones y oficios que integran este rubro y que ha sido la primera línea de atención para dar batalla al COVID-19, se define según la OMS (18) como personas cuyo cometido es proteger y mejorar la salud en sus respectivas comunidades. Todos ellos juntos conforman,

dentro de una diversidad, la fuerza de trabajo sanitaria mundial.

Ozamiz, et al. (7) mencionan que los recursos humanos para la salud (RHS) son un componente fundamental en el proceso de producción de servicios en cualquier sistema de salud (SS). Se entiende por RHS el conjunto de individuos que reciben algún tipo de entrenamiento para ejecutar tareas relacionadas con la producción de servicios de salud personales y poblacionales, a los procesos relacionados a esta producción y a su evaluación.

2.3.1. Riesgos psicosociales del personal de salud

Debido a la crisis sanitaria derivada del COVID-19, el personal de salud se ha visto agotado física y mentalmente, por lo cual, los riesgos de enfermarse han incrementado, Ozamiz, et al. (7) define los riesgos como interacciones entre el trabajo (su ambiente, la satisfacción en el trabajo y las condiciones de su organización), por una parte y, por otra, el trabajador (sus capacidades, necesidades, su cultura y su situación personal fuera del trabajo), todo lo cual, a través de percepciones y experiencias puede influir en la salud y el rendimiento y/o la satisfacción en el trabajo.

Por otro lado, la Unión Sindical Obrera (41) menciona que los principales factores de riesgos psicosociales son:

- Una intensificación de los tiempos, cargas y ritmo de trabajo: no se han podido tomar días de vacaciones o de permiso. El incremento de la carga

asistencial unido a la reducción de la plantilla como consecuencia de las bajas médicas ocasionadas por el contagio o por ser personal de riesgo, ha dado lugar a periodos de carga de trabajo especialmente elevada.

- Las exigencias cognitivas. El nivel de atención y esfuerzo cognitivo para incorporar nuevos procedimientos de trabajo ha sido muy elevado y muchas de las personas entrevistadas han vivido con ansiedad la necesidad de adaptarse de forma rápida a sus nuevas funciones.
- Las elevadas exigencias emocionales, les ha provocado mucha tristeza ver a sus pacientes sufrir y morir en soledad o en circunstancias duras. Sienten no haber podido ofrecer los cuidados y la atención que consideraban necesarios debido a la sobrecarga de trabajo y a los protocolos de aislamiento.
- Los conflictos de rol derivados de la adopción de decisiones, decisiones vitales, que, en general, no forman parte de su desempeño profesional. Expresan haber tenido dilemas éticos y morales sobre la prestación de cuidados y atención a sus pacientes.

2.3.2. Síndrome de *Burnout*

El síndrome de *Burnout* fue declarado en el año 2000 por la OMS como un factor de riesgo laboral por su capacidad para afectar la calidad de vida, salud mental e incluso hasta poner en riesgo la vida. Su definición no se encuentra en el DSM-5, ni

en el CIE 10, pero usualmente se describe como una forma inadecuada de afrontar el estrés crónico, cuyos rasgos principales son el agotamiento emocional, la despersonalización y la disminución del desempeño personal.

El Síndrome de *Burnout* (SB) o también conocido como síndrome de desgaste profesional, síndrome de sobrecarga emocional, síndrome del quemado o síndrome de fatiga en el trabajo fue declarado, en el año 2000, por la OMS como un factor de riesgo laboral, debido a su capacidad para afectar la calidad de vida, salud mental e incluso hasta poner en riesgo la vida del individuo que lo sufre. Pero el problema va más allá: un individuo con SB posiblemente dará un servicio deficiente a los clientes, será inoperante en sus funciones o tendrá un promedio mayor a lo normal de ausentismo, exponiendo a la organización a pérdidas económicas y fallos en la consecución de metas (42).

El síndrome de *Burnout* es un trastorno muy frecuente en el medio hospitalario y que hoy en día es cada vez más conocido y diagnosticado. Este trastorno ha tomado tanta importancia que la OMS lo ha catalogado como un riesgo laboral. Esta afección implica casi siempre a profesionales que requieren un contacto directo con las personas y que tienen una filosofía humanística del trabajo; pero por desgracia no sólo afecta al personal que lo padece; sino que secundariamente afecta también a los usuarios que son atendidos por los que lo sufren dicha afección.

El término “síndrome de *Burnout*” como originalmente se describió ha tenido varias traducciones al español entre las que podemos mencionar: síndrome de burnout,

síndrome de burned out, síndrome del quemado, síndrome de sobrecarga emocional, síndrome del desgaste profesional y síndrome de fatiga en el trabajo, entre otros.

La más aceptada hoy en día es la propuesta por Maslach y Jackson en 1981; quienes consideran que el síndrome es una forma inadecuada de afrontar un estrés emocional crónico cuyos rasgos principales son el agotamiento emocional, la despersonalización y la disminución del desempeño personal (43).

Si bien es recurrente y hasta normal que una persona se sienta desgastada o harta del trabajo, es un tema que nadie habla como una enfermedad, se mantiene como una consecuencia de lo mismo que se elabora en el empleo.

La Secretaría de Salud (44) menciona que el síndrome de fatiga crónica se caracteriza principalmente por cansancio intenso y continuo que no mejora con el descanso y su duración es de al menos 6 meses. Es posible que se presenten otros síntomas como dolor muscular, confusión, falta de memoria, fiebre leve (38.3°C), irritabilidad, falta de concentración y/o insomnio. Se desconocen las causas de este padecimiento y se ha observado que se presenta con mayor frecuencia en mujeres de 30 a 50 años.

Es decir, no solo es una cuestión psicosocial o emocional, es una enfermedad que trasciende al cuerpo, se va somatizando todo aquello que desde la psique se experimenta y se trasladan a partes del cuerpo.

Otros síntomas que provoca el síndrome de *burnout* según Quironprevencion (5) son: agotamiento físico y mental generalizado, el individuo adopta una actitud de indiferencia y desapego, reduciendo claramente su compromiso hacia el trabajo. Esto se manifiesta también en sus relaciones en el ámbito laboral, tanto con compañeros como con clientes, además de bajada de la productividad laboral y en una desmotivación que genera frustración y evidencia una ausencia de realización personal en el trabajo. Hay falta de atención hacia las tareas, olvidos frecuentes y una desidia generalizada que nace de la dificultad para concentrarse.

Para enfrentar al *burnout* se pueden hacer diversas estrategias, por ejemplo Durán, García, et al (45) mencionan:

- Escuchar a la persona de forma activa, pero sin darle consejos ni juzgar sus acciones.
- Dar apoyo técnico en el sentido de que un compañero experto le confirme que está haciendo bien las instituciones de salud.
- Crear en el trabajador necesidades y pensamientos de creatividad, desafío, e implicación en el trabajo por parte de aquellos compañeros expertos. Estos compañeros deben ser competentes en su profesión.
- Apoyo emocional entendido como apoyo incondicional. Este tipo de apoyo es necesario para todas las personas y si no es posible obtenerlo en el trabajo la persona debe disponer de él en casa.

- Participar en la realidad social de la persona, confirmando o cuestionándole las creencias sobre sí mismo, sobre su autoconcepto, autoeficacia y autoestima.

Por otro lado, Ada (46) menciona que recuperarse del desgaste profesional a menudo requiere tiempo y un buen apoyo. Una terapia psicológica puede ser útil para identificar las causas del estrés y encontrar estrategias para mejorarlas o evitarlas. Para recuperarse del agotamiento también es importante tomarse tiempo para descansar y energizarse fuera del trabajo haciendo actividades placenteras, buscando el apoyo de familiares y amigos, haciendo ejercicio, etc.

Depende del enfoque desde el que se aborda el *burnout*, serán las estrategias a seguir para que mejore el estado de la persona que lo sufre, algunos recomiendan la psicoterapia, otros cambios en el trabajo, lo que si debe hacerse, es un enfoque integral, para que mejoren todas la áreas de la vida de la persona.

Carrillo, Gómez & Espinoza de los Monteros (47) mencionan que para evitar el síndrome de *burnout* las medidas principales son las relativas a la promoción de la salud en el trabajo, la introducción de modelos en los tiempos de trabajo y la puesta en práctica de las sesiones de supervisión. Esto lleva consigo un componente social de desgaste, lo que exige un replanteamiento que lleve a cambios en el mundo del trabajo en términos de la humanización. Para reducir los efectos de la tensión y prevención del SB, se han planteado diferentes estrategias, producto de factores personales y ambientales laborales, algunas de ellas serían las siguientes basadas

en los hallazgos de los cuestionarios administrados: a) reconocer el *burnout*, b) comunicación, c) relajación, y d) estrategias de afrontamiento.

La gestión de las emociones es otro punto a trabajar cuando se trata del síndrome de burnout. Según Psírculo Creativo (48) las emociones positivas son aquellas que producen una experiencia agradable, por ejemplo: alegría, gratitud, orgullo, ternura, interés. Las emociones negativas son aquellas que producen malestar psicológico o desagrado. Las más estudiadas y las más conocidas son el miedo, la ira, la tristeza o la ansiedad. Cuando el malestar y la activación fisiológica que provocan las emociones negativas se mantienen en el tiempo y se hacen crónicas es cuando hablamos de desórdenes emocionales. Es esencial para la prevención de estas situaciones tener una buena información y desarrollar habilidades para poder manejar las emociones.

2.3.3. Estrés postraumático en personal de salud

Las experiencias a las que se enfrenta una persona o una comunidad con la muerte o la destrucción es realmente aterrador y cambia la vida; el estrés postraumático muchos pacientes lo describen como “algo único que sucede donde vi mi vida parpadear en un segundo” y eso provocó una conmoción espiritual, biológica y mental que técnicamente describimos como el inicio del trastorno de estrés postraumático (49).

Las situaciones que experimentan las personas a lo largo de su vida, pueden ser percibidas como una problemática y entonces se generan estragos en la psique

humana, estos estragos, acompañan a quienes lo sufren a lo largo de la vida, si no se trata, puede generarle otros trastornos que le pueden llegar a impedir tranquilidad.

Para Iglesias & Acosta (38) el trastorno de estrés postraumático (TEPT) es una enfermedad mental crónica que generalmente se desarrolla después de estar expuesto a un trauma severo, está relacionado con recuerdos intrusivos, sueños angustiantes, estados de ánimo negativos, entre otros; se estima que aproximadamente, el 6% de personas expuestas a un trauma psicológico llegan a desarrollar TEPT. A causa de la pandemia de COVID-19, se ha observado una alta prevalencia de trastorno de estrés postraumático en las áreas más afectadas de China.

Los síntomas del TEPT comienzan al poco tiempo de la exposición al trauma y persisten hasta la recuperación por lo que para disminuir las secuelas psicológicas debería realizarse una identificación temprana de los trabajadores de riesgo para que así tengan acceso al tratamiento. Los sub-síntomas de TEPT abarcan la reexperimentación, alteraciones negativas en la cognición o el estado de ánimo y son más frecuentes en mujeres. Aunque el papel de la tolerancia al malestar en los síntomas de TEPT está escasamente estudiado, los resultados sugieren que las intervenciones psicológicas podrían ayudar y complementar los tratamientos del trastorno por estrés postraumático (38).

Por otro lado, el trastorno por estrés postraumático (también conocido como TEPT) es un trastorno que algunas personas presentan después de haber vivido o presenciado un acontecimiento impactante, terrorífico o peligroso. A cualquier persona le puede dar el trastorno por estrés postraumático a cualquier edad. Esto incluye a los veteranos de guerra, los sobrevivientes de agresiones físicas y sexuales, maltratos, accidentes de tráfico, catástrofes, atentados terroristas, u otros acontecimientos graves. No todas las personas con trastorno por estrés postraumático han pasado por una situación peligrosa. Algunos acontecimientos, como la muerte repentina o inesperada de un ser querido, también pueden causar el trastorno por estrés postraumático (49).

Dentro de la sintomatología que se experimentan en el TEPT, Carvajal (50) menciona que la tríada clínica que define el TEPT comprende los fenómenos invasores, los de evitación y la respuesta de hiperalerta. El volver a experimentar los síntomas vividos durante el hecho traumático está fuera del control de la persona y en forma persistente pueden aparecer imágenes, pensamientos, sensaciones, ruidos u olores vinculados con el trauma, sea en forma espontánea o por estímulos que recuerdan el suceso traumático. Estos fenómenos pueden ocurrir durante la vigilia o también durante el sueño en forma de pesadillas. Estos recuerdos invasores muchas veces se acompañan de síntomas como taquicardia, polipnea, temblor fino generalizado, cambios de temperatura, sudoración e incluso piloerección. Entre los fenómenos invasores las imágenes provenientes de la televisión, del cine o incluso de las fotos de la prensa escrita tienen gran importancia. Un ruido, un color, un

aroma, una palabra escrita o pronunciada por alguien también pueden servir como desencadenantes de los síntomas invasores.

El cuadro clínico que se presenta, según Bermúdez, Barrantes & Bonilla (51) suele comenzar en los primeros meses de un evento traumático o pueden no aparecer hasta años después. Los síntomas deben durar más de un mes y ser lo suficientemente graves como para interferir con las relaciones o el trabajo. El curso de este trastorno puede variar con el paso del tiempo o según el individuo. Es decir, todavía en los próximos años se puede desarrollar o aparecer personas que experimentaron el COVID y apenas mostrar síntomas o el cuadro clínico.

Nadie se encuentra exento de presentar TEPT, cualquier situación que se salga de las manos de la persona, puede desencadenar este padecimiento, pero también hay que voltear a ver qué factores pueden prevenir o hacer que se recupere del TEPT.

La Oficina de Salud Mental del Estado de Nueva York (9) afirma que es importante recordar que no todas las personas que viven un evento peligroso desarrollan TEPT. De hecho, la mayoría se recuperan con rapidez sin intervenciones. Muchos factores desempeñan un papel para determinar si una persona desarrollará TEPT. Algunos de estos son factores de riesgo que hacen que una persona sea más propensa a desarrollar TEPT. Otros factores, llamados factores de resistencia, pueden ayudar a reducir el riesgo de desarrollar el trastorno. Algunos de estos factores de riesgo y

resistencia están presentes antes del trauma, y otros adquieren importancia durante y después del evento traumático.

Los factores de riesgo para TEPT incluyen:

- Vivir eventos peligrosos y traumas
- Resultar herido
- Ver a personas resultar heridas o morir
- Traumas de la infancia
- Sentir terror, impotencia o miedo extremado
- Tener apoyos sociales escasos o nulos después del evento
- Lidar con estrés adicional después del evento, como la pérdida de un ser querido, dolor y lesiones, o la pérdida del empleo o la vivienda
- Tener antecedentes de enfermedad mental o abuso de sustancias

Los factores de resistencia que pueden reducir el riesgo de TEPT incluyen:

- Buscar apoyo de otras personas, como familiares y amigos
- Encontrar un grupo de apoyo después de un evento traumático
- Aprender a sentirse bien por las acciones propias ante el peligro
- Tener una estrategia de afrontamiento, o una manera de superar el mal evento y aprender de él
- Ser capaz de actuar y responder de manera efectiva a pesar de sentir miedo

Dentro de la prevención y tratamiento de este trastorno, Rojas (49) menciona que una vez que el trastorno se ha desarrollado hay dos enfoques básicos para el tratamiento; con opciones específicas que se pueden implementar para atender mejor las necesidades y las circunstancias de la persona que busca ayuda uno de ellos es la psicoterapia es el mejor enfoque de tratamiento que para esta enfermedad; tanto para los adultos como para niños y por otra parte está la farmacoterapia que resulta importante para el tratamiento de trastorno de estrés postraumático.

Ambas opciones que se mencionan, en teoría deberían ir de la mano, ya que los psicofármacos trabajan desde el organismo y pueden hacer que el sujeto se sienta más tranquilo y la psicoterapia actuará en las conductas, hábitos y pensamientos del paciente, los dos de la mano, podrían hacer que la persona regrese a un estado de tranquilidad más pronto.

En la cuestión personal, menciona que existen factores de resiliencia que pueden reducir el riesgo de trastorno por estrés postraumático (52):

- Buscar apoyo de otras personas, como amigos y familiares
- Encontrar un grupo de apoyo después de la experiencia traumática
- Aprender a sentirse bien por las decisiones que tomó al enfrentar el peligro
- Tener una estrategia para afrontar o de alguna manera superar el hecho traumático y aprender de éste

- Ser capaz de actuar y responder de manera eficaz a pesar de sentir miedo

Por otro lado, el IMSS (53) refiere que con relación a la psicoterapia, la terapia cognitivo conductual y la desensibilización sistemática y reprocesamiento mediante movimientos oculares han mostrado ser efectivas para la disminución de los síntomas y prevención de recurrencias. Las estrategias terapéuticas para los síntomas que ocurren entre 1 y 3 meses después del evento son diferentes de las que pueden ser utilizadas en aquellos cuyos síntomas se presentan o remiten después de los 3 meses de la exposición al evento traumático. Se considera que durante los primeros tres meses después del evento traumático la recuperación es casi la regla general. Elaborar un plan de manejo considerando las características del sujeto, el tipo de evento traumático, los antecedentes previos, la severidad del daño. Desde el inicio el plan debe detallar el tratamiento seleccionado, así como el tiempo y los resultados esperados. Si el plan de manejo se incorpora de manera secuencial, esto permitirá tener una evaluación de los efectos del tratamiento. El profesional de la salud puede con mucha mayor facilidad identificar cualquier cambio durante el proceso terapéutico, como empeoramiento, mejora o aparición de algún otro síntoma.

CAPITULO III: MÉTODO

3.1. Línea de Investigación

La línea de investigación a la que se apega este proyecto, de acuerdo a las propuestas en el Instituto Superior de Estudios de Occidente (ISEO), es Salud mental y Desarrollo biopsicosocial, con la sublínea de Promoción de la salud mental, la primera es porque se trabajará con individuos con ansiedad, entonces se verá cómo esta afección mental provoca malestar en las esferas biológica, psicológica y social de la persona, entonces es importante observar cómo se puede mejorar la calidad de vida de las personas.

Por otro lado, en la sublínea que se menciona, el proyecto cumple con los criterios, ya que orienta a trabajar con personal de salud que presente ansiedad, con la intención de disminuir los síntomas ansiógenos, por lo cual, la promoción de la salud mental se manifestará en el hecho de que se diseñará una intervención de corte cognitivo conductual que contemple técnicas para manejar dichos síntomas a través de la adquisición de herramientas útiles.

3.2. Metodología Utilizada

El diseño de este estudio se enmarca en una investigación acción participativa, la cual, según Henry (54) es un proceso que supone la simultaneidad de conocer y de intervenir, e implica la participación de la misma gente involucrada en el programa de estudio y de acción. Es decir, en este modelo investigativo, se propone una intervención con la población a la que se está estudiando.

Por otro lado, la misma Henry (54) indica que la IAP comparte con la ciencia social tradicional el uso de sus métodos, pero se diferencia por la especificidad de los objetivos –de cambio social– que persigue, la clase de conocimiento que genera y por la manera de relacionar el conocimiento con la acción social. Park, además, enfatiza que la IAP opta por trabajar con aquellos grupos sociales que tienen escaso poder y recursos de forma tal que, a través de este tipo de investigaciones, puedan adquirir conocimientos y capacidades que les permitan mejorar su situación de forma autónoma.

Se escogió este diseño ya que al ser una propuesta de intervención y al existir recolección de datos, es más fácil de trabajarlo, es decir, se tomará de manera cuantitativa información de los participantes, partiendo de ella, se llevarán a cabo una serie de técnicas de intervención para trabajar ansiedad y se medirá, comparando la primera aplicación con la segunda, si existen cambios o no.

Balcazar (55) señala que durante la IAP, los participantes aprenden a desarrollar una conciencia crítica que les permite identificar las causas de sus problemas – los aleja de posiciones de víctima y de la desesperanza aprendida– e identificar posibles soluciones. El propósito es enseñar a la gente a descubrir su propio potencial para actuar, liberándolos de estados de dependencia y pasividad previos.

En cada una de las sesiones se hacían actividades con diversos materiales para que fueran más dinámicas y se pudieran hacer más atractivas, sin perder de vista los objetivos de cada una de las técnicas que se emplearon.

3.3. Diseño metodológico

En cuanto al diseño metodológico, el propósito de la investigación es aplicada, ya que se pretende resolver un problema de la vida real, es decir, el fenómeno que se estudia y al cual se dará una solución, es a la ansiedad que presenta el personal de salud que atiende a pacientes con COVID-19.

El medio de obtención de datos fue de campo y semiexperimental, ya que se acudió al lugar donde se vive el suceso a investigar, aunque no se entró al área COVID, se trabajó de primera mano con el personal que lo enfrenta y es semiexperimental porque dentro de la propuesta, se pretende llevar a cabo una intervención y medir los resultados de la misma.

El nivel de conocimiento al que se pretendía llegar es descriptiva, ya que solo se describieron los datos que se obtuvieron, se hicieron comparaciones de grupo, por sexo, edad, y todas aquellas diferencias que se podían realizar.

3.4. Población

Se invitó al personal de salud que hayan atendido a pacientes con COVID-19 de un hospital de Saltillo (médicos, enfermeros, químicos, camilleros, trabajadoras sociales, etc.), podía ser cualquier persona interesada en acudir a las sesiones terapéuticas y que presentara cierto nivel de ansiedad (referida por la persona y corroborada por un instrumento).

3.5. Procedimiento de selección de la muestra

No se hizo una selección de muestra, solo se les pidió que los participantes que

iniciaran, se comprometieran a terminar las 8 sesiones, al término de la cual, se les daría una constancia de participación, además se firmó un “contrato terapéutico” para que se formalizara la manera de trabajar y crear un compromiso psicológico.

3.5.1. Criterios de inclusión, exclusión y eliminación

En cuanto a los criterios de inclusión son: personal de salud que atiende a pacientes con COVID-19 (médicos, enfermeros, químicos, camilleros, trabajadoras sociales, etc.), trabajar en el hospital donde se llevó a cabo el programa de atención, referir ansiedad, ser mayores de edad.

Para los criterios de exclusión: solo fue que no desearan participar.

Para la eliminación de los participantes: fue que no firmaran el contrato y que faltaran a dos sesiones o más ya fuera de manera consecutiva o salteada. Todo esto se les explicó en la primera sesión y se encontraba escrita en el contrato.

3.6. Participantes.

Debido a que se negaron a participar los empleados del personal de salud de tres hospitales, solo se realizó la propuesta de intervención.

3.7. Técnicas e Instrumentos empleados

El instrumento utilizado para medir la ansiedad fue el Inventario de ansiedad rasgo-estado, el cual mide dos dimensiones de ansiedad: Estado (se refiere a cómo se siente el sujeto en ese momento) y Rasgo (cómo se siente generalmente) y el

Inventario De Ansiedad de Beck (BDI –II; Beck et al., 1961) en su adaptación en población mexicana (56). Es un cuestionario autoaplicado de 21 ítems que evalúa un amplio espectro de síntomas depresivos y puede ser utilizado a partir de los 13 años de edad. Se compone de 21 ítems con opciones de respuesta tipo Likert en una escala del 0 al 3, utilizado para detectar y evaluar la gravedad de la sintomatología depresiva. Cuanta más alta sea la puntuación obtenida mayor será la severidad de los síntomas. Los rangos de severidad son: 0-13 ausencia o mínima depresión, 14-19 depresión leve, 20-28 depresión moderada y 29-63 depresión grave. Su coeficiente alfa de Cronbach es de .90 en el factor general.

3.8. Procedimiento de Recolección de Datos

La propuesta es realizarlas en dos momentos, al principio de las sesiones se les aplicaran los instrumentos antes mencionados, esto para tener un panorama de los niveles de ansiedad y al final de las sesiones se les aplicaran los mismos instrumentos para conocer si disminuyeron, se mantuvieron o aumentaron los niveles de ansiedad.

3.9. Desarrollo de Etapas de la Investigación

A continuación, se describen las sesiones. Se empezó a trabajar lo básico, como definiciones y palabras clave para que pudieran entender y entenderse, poderle darle un nombre a lo que sentían, después se fueron aumentando en las actividades y se implementaron técnicas también para las emociones y que pudieran relajarse y gestionarlas, además de otras de la terapia cognitivo conductual para trabajar

pensamientos, sentimientos y conducta, entre otras actividades.

3.9.1. Etapa 1

En esta primera sesión, se buscó explicar a las personas que vivirían el taller qué es la ansiedad y cómo la podían identificar. Brindarles las definiciones que existen, ponerle nombre y explicar cómo se vive, pudiera lograr que la perciban como algo común en los seres humanos, que no es patológica como tal, sino que pueden aprender a convivir con ella.

Por otro lado el que sepan cómo se manifiesta en los pensamientos, en el cuerpo y las conductas, pudiera lograr que la identifiquen y con ello darse cuenta cuando están experimentando los síntomas y con ello, poder manejarlos, esto llevaría a tener un preámbulo de lo que se lograría con el taller, cambiar pensamientos, sentimientos, conducta y sintomatología.

El último momento, era para que pudieran expresar cómo experimenta cada quien la ansiedad, cómo la vive, qué hace con ella y sobre todo, brindarse estrategias o compartir información de cómo es que cada uno ha podido manejarla hasta ahora.

Se dejaría una actividad para evaluar el conocimiento adquirido ese día, así como una tarea para que pudieran plasmar lo que vivieron y hacer una reflexión de cómo es que están experimentando la ansiedad y qué la detona.

Tabla 1. Sesión 1: ¿Qué es la ansiedad? Duración: 2 hrs

Competencias a desarrollar: Conocer qué es la ansiedad, cómo se manifiesta y cómo la vive cada persona participante.

Temas y Subtemas	Metodología	Duración	Recursos	Evidencias a evaluar
Definición	1.1 El instructor dará la introducción al módulo y explicará a los participantes que es la ansiedad - Se podrá un video para reforzar	40 min 5 min	Marcadores, plumas, hojas	
Cómo se manifiesta la ansiedad	1.2 El instructor les pedirá que hagan una lista de las veces que sufren de ansiedad	20 min		Retroalimentación de qué aprendieron, qué estrategias se les hicieron interesantes para sentirse mejor y que a otros les ha funcionado
Cómo la vive cada quien	1.3 El instructor organiza el al grupo en equipos pequeños, para dialogar cómo la vive cada quien y qué hace cada uno para sentirse mejor	1 hora		Tarea: escribir durante la semana las veces que sintió ansiedad, qué la detonó y cómo la detuvo.

Fuente: Elaboración propia

3.9.2. Etapa 2

En esta segunda sesión, se pretendía que conocieran las emociones que experimentan y cómo las manifiesta cada persona, dividiéndose en positivas y negativas, aquí lo importante era que hicieran la reflexión de la conducta que

presenta cada uno con la emoción que vive en ese momento.

Para esta sesión se utilizaría la película de Intensamente ya que ésta explica qué función tienen las emociones en las personas, que no existen buenas o malas, que no hay que temer a expresarlas, pero que es importante canalizarlas de manera adecuada para que no se creen conflictos.

Por otro lado, se aplicaría la técnica M.A.T.E.A, la cual sirve para conocer dónde o en qué parte del cuerpo es que la persona experimenta las emociones de miedo, afecto, tristeza, enojo y alegría, esta técnica, además, brinda un análisis cuantitativo, lo cual puede ayudar a tener datos numéricos.

Para finalizar, se les encargaría de tarea un diario emocional, para que describan durante la semana, las emociones que experimentaron, así como qué las detonó o qué los hizo sentir así y qué hicieron con esa emoción, si los dominó o pudieron canalizarla de manera adecuada.

Tabla 2. Sesión 2: Sentir es lo más valiente que hay. Requiere agallas Duración: 2 hrs

Competencias a desarrollar: Los participantes aprenderán a identificar las emociones propias, identificar cuando expresarlas de manera positiva y también identificarlas cuando se vuelven negativas.

Temas y Subtemas	Propuesta metodológica	Duración	Recursos	Evidencias a evaluar
Expresión positiva de las emociones	Se expondrá la película intensamente	90 min		Diario Emocional

Expresión negativa de emociones	Retroalimentación y explicación del diario de emociones .	10 min	
	-Receso	10 min	
Atención a las reacciones del cuerpo	-Los alumnos ubicarán en su cuerpo a las emociones principales con el ejercicio de M.A.T.E.A	10 min	M.A.T.E.A

Fuente: Elaboración propia.

3.9.3. Etapa 3

En esta sesión se les explicará acerca de la Terapia racional emotiva, de la Terapia Cognitivo Conductual, primero se hará una intervención para describir qué son los pensamientos intrusivos, que sepan de dónde surgen, cómo afectan los sentimientos y la conducta de las personas para que puedan darse cuenta que parte de la ansiedad, es derivado de todo aquello que piensan.

Una vez que se les explicó lo anterior, se continuaría explicando qué es la Terapia Racional Emotiva, cómo surge, qué se hace con ella, y cómo es que esta técnica puede detener, aminorar o hacer más llevadores los pensamientos intrusivos, ya que se les explicaría que no se puede dejar de pensar, pero si se puede pensar diferente y al momento de cambiar los pensamientos, hará que cambien la emoción y la conducta.

Se haría la técnica, se les explicaría paso a paso la misma, las partes que la integran, los cambios que hay que hacer para crear una nueva realidad y al finalizar se les pediría que durante la semana hagan algunos ejemplos de tarea para que quede más afianzado el conocimiento y que se puedan hacerlo en “la vida real”.

Tabla 3. Sesión 3: Terapia Racional Emotiva Duración: 2 hrs.

Competencia a desarrollar: trabajar los pensamientos intrusivos que generan ansiedad a los participantes para que puedan cambiarlos por otros diferentes que los hagan sentir mejor.

Temas y subtemas	Propuesta metodológica	Duración	Recursos	Evidencias a evaluar
Qué son los pensamientos intrusivos	Explicar qué son los pensamientos intrusivos y cómo identificarlos, además de ayudarles a relacionarlos con las situaciones que enfrentan	30 min	Cañón, diapositivas, hojas, lápiz, borrador	
Qué es la terapia racional emotivo	Explicarles qué es la terapia racional emotiva como técnica terapéutica, beneficios que tiene y la evidencia que existe acerca de ella	30 min		Retroalimentación de la actividad
Técnica del ABC	Explicación de la técnica con ejemplos de otros y propios.	45 min		Tarea: hacer ejemplos durante la semana.

Fuente: Elaboración propia.

3.9.4. Etapa 4

En esta sesión lo que se llevaría a cabo es explicar qué son las distorsiones cognitivas, cómo estas afectan la vida diaria de las personas y lo que provocan: ansiedad, conductas aversivas, sentimientos complicados, entre otras situaciones, con ello, podrán identificarlas y darse cuenta cuando llegan y así poder detenerlas o cambiarlas por pensamientos diferentes.

Después se les explicaría la técnica del *stop*, la cual es utilizada para detener los pensamientos y hacer una pausa, con ello se lograría centrar a la persona en el aquí y en el ahora, para que no se sienta ansioso, por pensar en el futuro. Se les mostraría cómo se lleva a cabo y los beneficios que trae.

Por último, se llevaría a cabo la técnica, se haría en ese momento para que sepan cómo se maneja, y se les pediría que durante la semana la hagan y la anoten, para que observen en sí mismos los beneficios que les trae.

Tabla 4. Sesión 4: Distorsiones cognitivas Duración: 2 hrs.

Competencia a desarrollar: trabajar las distorsiones cognitivas que generan ansiedad a los participantes para que puedan cambiarlos por otros diferentes que los hagan sentir mejor.

Temas y subtemas	Propuesta metodológica	Duración	Recursos	Evidencias a evaluar
Qué son las distorsiones cognitivas	Explicar qué son las distorsiones y cómo identificarlos, además de	30 min	Cañón, diapositivas, hojas, lápiz, borrador	

	ayudarles a relacionarlos con las situaciones que enfrentan		
Qué es la técnica del stop	Explicarles qué es la técnica del stop como técnica terapéutica, beneficios que tiene y la evidencia que existe acerca de ella	30 min	Retroalimentación de la actividad
	Explicación de la técnica con ejemplos de otros y propios.		Tarea: hacer ejemplos durante la semana.
Técnica		45 min	

Fuente: Elaboración propia.

3.9.5. Etapa 5

En esta sesión, se les explicaría acerca de las técnicas de relajación, qué son, para qué sirven, cómo ayudan a las personas, cómo pueden hacer que se disminuya la ansiedad, cómo llevarlas a cabo, etc., esto para que conozcan algunas de las que después se les explicaría, algunas de respiración y otra de contracción muscular.

Se empezaría explicando la técnica de Relajación progresiva de Jacobson, la cual es de contracción muscular y sirve para relajar, se les diría cómo es, cómo se hace,

cuanto tiempo se realiza, qué se necesita, las condiciones para llevarla a cabo, etc., todo lo necesario para que sea efectivo el aprendizaje.

Después se les explicarían las técnicas de respiración, de control de la misma, cómo ayudan a relajarse y controlar el momento en que se sientan más ansiosos, y sería parecido a lo anterior, cómo se hace, cada cuando llevarla a cabo, qué se necesita para realizarla, etc.

Por último, se explicaría la técnica de derretimiento del hielo, en la cual lleva a la persona a un estado de relajación y mediante la imaginación guiada, produce que se tranquilice la persona, que se mantenga en ese estado.

Tabla 5. Sesión 5: Técnicas de relajación Duración: 2 hrs.

Competencia a desarrollar: trabajar distintas técnicas de relajación para que puedan realizar en casa.

Temas y subtemas	Propuesta metodológica	Duración	Recursos	Evidencias a evaluar
Qué son las técnicas de relajación y para qué sirven	Explicar qué son esas técnicas, cuándo se utilizan, cómo se llevan a cabo	30 min	Cañón, diapositivas, hojas, lápiz, borrador	
Técnica de relajación progresiva de Jacobson	Explicación de la técnica y llevarla a cabo			
				Retroalimentación de la actividad
Técnica de respiración de	Explicación de la técnica y llevarla a cabo	1 hora 40 minutos		

espejo		
Técnica de respiración 4-7-8	Explicación de la técnica y llevarla a cabo	Tarea: hacer ejemplos durante la semana.
Técnica del derretimiento del hielo	Explicación de la técnica y llevarla a cabo	

Fuente: Elaboración propia.

3.9.6. Etapa 6

En esta sesión, se trabajaría acerca de hacer conciencia de su propio ser, quién es, dónde se encuentra todo lo relacionado a su persona, esto con el fin de poder expresar sus emociones hacia esa parte que también es de sí mismo y que muchas veces no la hacen consciente, porque solo se observan como personas trabajadoras, o sea, que cumplen una función, pero no contactan consigo mismo.

En la primera parte se haría una explicación de quién soy, una dinámica que les ayude a entender quiénes son, qué hacen en este mundo, algo ligado a la psicología existencial, después se pasaría a su “yo” del personal de salud, es decir, que hablen desde su ser médico, enfermero, químico, etc., para que volteen a ver esa parte de su persona, que hagan consciente los pensamientos y emociones que subyacen de su profesión.

En el tercer momento se hablaría de las heridas que tiene ese personal de salud,

es decir, las pérdidas que han tenido, los miedos que presentan al hacer su trabajo, los contratiempos y desavenencias que han tenido con su familia por su labor, cómo es su trabajo y los riesgos que presenta, el hablar de esas heridas, hará que contacten y puedan comenzar a sanar.

Para finalizar, se les pediría que elaboren una carta dirigida a su “yo” personal de salud, donde puedan expresar todo lo que sienten, felicitarse, hablarse, decirse aquello que no son capaces para que puedan sacar lo que puedan tener guardado y que les afecta en su día a día.

Tabla 6. Sesión 6: Mi yo del personal de salud Duración: 2 hrs.

Competencia a desarrollar: expresar a través de técnicas de terapia narrativa sus emociones hacia su “yo” personal de salud.

Temas y subtemas	Propuesta metodológica	Duración	Recursos	Evidencias a evaluar
Quién soy yo	Explicar acerca de la conciencia del ser uno mismo	25 min	Hojas de máquina, lápiz, borrador, proyector cañón	
Quién es mi yo del personal de salud	Hablar acerca de las ideas del yo “personal de salud”, ideas y pensamientos	20 min		
Qué heridas tiene	Expresar cómo se encuentra ese yo personal de salud	25 min		Carta

Carta a ese yo	Elaborar una carta hacia ese yo	20 min
----------------	---------------------------------	--------

Fuente: Elaboración propia.

3.9.7. Etapa 7

Esta sesión, es una continuación de la pasada, una vez que ya contactaron con su “yo” personal de salud, se les invitaría a voltear ver las demás esferas de su vida donde se desenvuelven, es decir, aquellos que son esposos, hijos, papás, hermanos, etc., con el fin de poder integrar esas partes y que también expresen sus emociones y mejore su estado de ánimo.

En este día, se integraría la dinámica de verse al espejo para que se hablen a sí mismos, que puedan expresar aquello que van sintiendo, que sean capaces de hablar de las situaciones que van presentando, para que hablando, puedan liberarse de aquello que les molesta o incomoda y puedan comenzar a cerrar esas heridas emociones que tienen.

Para concluir se les pediría otra carta, pero esta sería para ellos mismos, que se vean como un todo, la pasada fue para su “yo” personal de salud, ahora sería para su “yo” persona, en el aquí y en el ahora, para que se diga algo que tal vez le cuesta hablar, pero que necesita expresarse para aliviar situaciones internas.

Tabla 7. Sesión 7: Quién soy yo Duración: 2 hrs.

Competencia a desarrollar: reconocer su yo trabajador/a, su yo papá/mamá, su yo persona, valorarla y agradecerle.

Temas y subtemas	Propuesta metodológica	Duración	Recursos	Evidencias a evaluar
Quién soy yo	Explicar acerca de la conciencia del ser uno mismo	25 min	Hojas de máquina, lápiz, borrador, proyector cañón, espejo	
Quién es mi yo del personal de salud	Hablar acerca de las ideas del yo “personal de salud”, ideas y pensamientos	20 min		
Qué heridas tiene	Expresar cómo se encuentra ese yo personal de salud	25 min		Carta
Verse en el espejo	Hablarse frente al espejo, hablar de sí mismo, consolarse, cambiar ideas de si mismo	20 min		

Fuente: Elaboración propia.

3.9.8. Etapa 8

Se utiliza el guion de esta meditación de enraizamiento cuando notes que comienzas a sentirte con ansiedad, preocupado, abrumado o perdido en pensamientos negativos o en sentimientos de incertidumbre respecto al futuro al ir

de un lugar a otro. La primera vez emplea todo el tiempo que sea necesario para realizarla.

Una vez que estés familiarizado con el modo de «Conectar con el momento presente», puedes abreviar el proceso y hacerlo en tan solo un minuto, si así lo deseas.

Siéntate en una silla cómoda y haz un par de respiraciones profundas, calmantes. Ahora, levanta las manos hasta la altura del centro del corazón, con las palmas una frente a la otra, a una distancia de unos treinta centímetros aproximadamente. Nota la tensión que hay solo por sostener las manos y los brazos sin apoyarlos.

A continuación, siempre lentamente, acerca las manos hasta que experimentes la más ligera o sutil sensación de energía, presión, calor o calidez. Detente cuando sientas eso y límitate a observarlo durante unos instantes. Examina de cerca esta sensación. ¿Es constante el calor, la calidez, la energía o la presión? ¿O varía ligeramente de instante en instante?

Ahora, lleva suavemente las palmas más cerca entre sí, hasta que las yemas de los dedos se junten mediante un contacto muy ligero, como el de una pluma. Imagina que las moléculas de las puntas de los dedos de tu mano derecha danzan con las moléculas de las puntas de los dedos de tu mano izquierda. Puedes pensar incluso qué baile están haciendo: el foxtrot, la samba, el tango, el vals o el jitterbug, esa especie de lindy hop.

Ahora, sigue acercando las palmas entre sí hasta que se toquen ligeramente. Al hacerlo, observa cómo los dedos se enderezan y cómo el calor entre las palmas de las manos crece. Con las palmas unidas, es un buen momento para hacer una pausa durante unos instantes y apreciar el cuerpo, que es un precioso regalo que tenemos.

Podemos también reflexionar sobre las palabras del autor John O'Donohue, que había sido sacerdote, quien escribió sabiamente en *Anam Cara*: el libro de la sabiduría celta: «Tu cuerpo es el único hogar en el universo». (Descansa entre cinco y diez segundos en un estado de gratitud silenciosa).

Ahora, emplea unos instantes para ver la diferencia entre tensar el cuerpo y luego relajarlo. Manteniendo las palmas en contacto, sube los codos hacia los lados. Presiona solo con un diez por ciento de toda la fuerza que podrías ejercer. Ahora presiónalas más todavía, usando hasta el veinte por ciento de la fuerza total.

Deja de hacer fuerza si sientes dolor. Presiona solo lo que puedas sin sentir dolor o incomodidad. Observa, otra vez, hasta dónde llega la tensión de los brazos. ¿Llega a las muñecas, los codos, los hombros, los omóplatos, la espalda, el pecho? ¿Puedes sentir cómo crece el calor en las palmas de las manos? ¿Qué músculos están tensos? Después de unos cinco minutos, deja que los hombros y los codos se relajen y suelten. Libera toda esta tensión. Nota qué agradable resulta abandonar el esfuerzo y la tensión del cuerpo.

Finalmente, muy poco a poco, abre las manos, como capullos de flores que se abren

al sol de la mañana. Siente la frescura de las palmas a medida que el calor se disipa. Finalmente, permite que el peso de la gravedad descienda sobre tus manos y brazos, dejando que caigan como hojas de un árbol, hasta que descansen en tu regazo o tus piernas. Haz una larga y agradable inspiración, y al espirar imagina cómo se expulsa todo el estrés que te queda por debajo de las piernas y al fondo de los pies, desde donde fluirá por la Tierra y se reciclará. Si quieres, siéntate durante unos instantes más, apreciando tu cuerpo por cómo sigue tus órdenes y transporta tu conciencia para que puedas lograr los objetivos de tu vida. ¡Qué maravilloso!

En esta última sesión, se trabajaría una técnica del *mindfulness* para que la persona pueda contactar con el presente, que se pueda centrar en el aquí y en el ahora, recordándole que la ansiedad es estar pensando en el futuro y que, al momento de regresar al presente, puede disminuir su sintomatología ansiosa.

La técnica se describe y se llevaría a cabo en el espacio solicitado, se les pediría a los asistentes los materiales para usar y que sea efectiva, de tal manera que puedan replicarlo en casa, además de hacer alguna adecuación por si alguien experimenta ansiedad en algún otro momento, pueda elaborar esta técnica y mejorar su sintomatología.

Para concluir se les solicitaría un escrito de cómo se sienten, cómo se sentían cuando llegaron, cómo fue la evolución durante la técnica y cómo se sienten ahora que se concluye la dinámica, esto para que ellos mismos vean y puedan comparar

sus emociones, sentimientos y pensamientos durante la sesión.

Tabla 8. Sesión 8: Conectar con el momento presente Duración: 2 hrs.

Competencia a desarrollar: pensar en el aquí y el ahora y ayudarle a centrar los pensamientos.

Temas y subtemas	Propuesta metodológica	Duración	Recursos	Evidencias a evaluar
Conectar con el momento presente (utilizar la guía a continuación)	Realizar la técnica que se propone a continuación	2 horas	Técnica Hojas Ropa cómoda	Escrito de cómo se sienten

Fuente: Elaboración propia.

3.10. Aspectos bioéticos

Esta investigación se fundamenta en los principios bioéticos fundamentales que rigen la investigación con seres humanos. En primer lugar, se respeta el principio de autonomía a través del consentimiento informado, garantizando que el personal de salud participante en la intervención sea debidamente informado sobre los objetivos, procedimientos, beneficios y riesgos potenciales de su participación, permitiéndole tomar una decisión libre y voluntaria. El principio de beneficencia se materializa en el diseño de una intervención que busca mejorar la salud mental y la calidad de vida del personal de salud, proporcionándole herramientas prácticas y basadas en evidencia para manejar la ansiedad derivada de su labor durante la pandemia de COVID-19. La no maleficencia se asegura mediante la selección de técnicas psicoterapéuticas validadas científicamente, minimizando cualquier riesgo

de daño psicológico a los participantes, y estableciendo protocolos de derivación en caso de que algún participante requiera atención psicológica especializada adicional. El principio de justicia se refleja en la intención de beneficiar al personal de salud, un grupo vulnerable que ha sido expuesto a condiciones extremas de estrés y que ha recibido limitada atención a su salud mental por parte de las instituciones. Adicionalmente, se garantiza la confidencialidad y privacidad de los datos recopilados durante la intervención, asegurando que la información personal y los resultados de las evaluaciones psicométricas sean manejados de manera segura y utilizada únicamente con fines de investigación. El estudio respeta los protocolos éticos establecidos por las instituciones de investigación y las normativas nacionales e internacionales que regulan la investigación con participantes humanos, buscando obtener la aprobación del comité de ética e investigación de la institución donde se llevaría a cabo la intervención.

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El aplicar una serie de sesiones de psicoterapia al personal de salud que atiende pacientes con COVID-19, resulta un trabajo arduo, por las condiciones de cansancio que se encuentran. Durante esta serie de sesiones, se encontró y trabajó de diferentes maneras, se adaptaron las técnicas para hacerlas más eficaces y sobre todo, se pudiera cumplir con el objetivo que se perseguía.

Dentro de la literatura que se buscó para realizar este proyecto, se encontró que se habla mucho de la salud mental, el impacto psicológico, la ansiedad y depresión del personal de salud, pero es poco lo que se habla de las técnicas o tratamiento que se les ofreció para reducir o tratar la afección mental que presentaron las personas del área de la salud.

Dentro de las recomendaciones, según Cantor, et al. (17) se propone que el trabajador desarrolle actividades individuales que le faciliten la adaptación a las nuevas exigencias laborales, la gestión emocional, el fortalecimiento de su área social y familiar y el uso del acompañamiento, servicios o materiales dispuestos por las instituciones para el cuidado o la atención de su salud mental (recomendación débil a favor).

Como estrategias para la adaptación a las nuevas exigencias, se propone reorganizar la rutina diaria donde se incorporen actividades de ocio que le generen bienestar, alegría o felicidad y periodos de descanso entendido como la desconexión total del ambiente estresor por al menos 10 minutos (recomendación

débil a favor).

Se propone mantener en lo posible los hábitos de alimentación y sueño, ya que pueden tender a desmejorar o ignorarse en situaciones de agitación y estrés (*recomendación débil a favor*). La inclusión de actividades de periodos de descanso puede mejorar las funciones cognitivas de atención y concentración y la toma de decisiones en el proceso asistencial. La inclusión de actividades de ocio puede aumentar la motivación y favorecer el estado de ánimo regulado durante la jornada laboral.

Lozano (57) menciona que en Wuhan, China se estableció un sistema de turnos de trabajo para permitir que los médicos descansen y eviten estar expuestos a una alta presión de trabajo. Por ello, en el Hospital Universitario y en el Centro de salud mental de Wuhan se crearon equipos de intervención psicológica, que comprenden cuatro grupos de atención al personal de salud:

1. El equipo de respuesta psicológica, que coordina la gestión de tareas de trabajo y de comunicación.
2. El equipo de soporte técnico, que es responsable de las normas y de los materiales de intervención psicológica. Además, provee las guías clínicas de intervención y asume la supervisión.
3. El equipo especializado de salud mental, que participa en la intervención clínica y en la evaluación del personal de salud y de los pacientes.
4. El equipo de asistencia psicológica telefónica, que brinda orientación para

lidar con los problemas de salud mental. Está compuesto por voluntarios que han recibido entrenamiento de asistencia psicológica para enfrentar la epidemia COVID-19.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES

La limitación del actual trabajo, principalmente radica en que no hay estudios donde se hayan aplicado técnicas de psicoterapia para trabajar ansiedad en el personal de salud, la mayoría de lo encontrado, son medidas de contención emocional y trabajo para intentar disminuir lo que presentan, pero no se les ha ofrecido técnicas terapéuticas, todo va en función de intentar mejorar algo en el momento.

Hace falta llevar a la práctica la intervención para conocer si se disminuyen o no los niveles de ansiedad en las personas que tomarían la atención, aunado a eso, es importante conocer la historia de cada persona, ya que la ansiedad puede ser derivada de otros problemas que se presenten en la vida de la persona, no necesariamente por enfrentar o vivir la pandemia de COVID-19, es por ello que aquí se presenta una limitación en el estudio, ya que se desconoce el origen de la ansiedad.

Se recomienda realizar nuevas investigaciones respecto a ansiedad en personal de salud derivada de la pandemia por COVID-19, además de más investigaciones de lo que se ha hecho para trabajarla, con el fin de conocer cómo se ha manejado con otras técnicas u otros autores.

También se recomienda llevar a cabo la intervención para poder conocer si hay cambios o no con esta propuesta para poder mejorarla, adaptarla o cambiarla.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Nicolini H. Depresión y ansiedad en los tiempos de la pandemia de COVID-19. Cir Cir. 2020;542-547.
- 2 Sánchez L, Morfín T, Vega C. Vivencias de ansiedad por la pandemia por covid-19 en llamadas de urgencias psicológicas. Psicol Iberoam. 2021;29(3).
- 3 Hernández J. Impacto de la COVID-19 sobre la salud mental de las personas. Mediacentro Electrónica. 2020;24(3).
- 4 Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA. Salud mental y COVID-19. Un año de pandemia. Madrid: Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA; 2021.
- 5 Quiroprevencion. Síntomas del síndrome de 'burnout': ¿cómo identificarlo? [Internet]. 2018 Jul 24 [citado 2024]. Disponible en: <https://www.quironprevencion.com/blogs/es/prevenidos/sintomas-sindrome-burnout-identificarlo>
- 6 Barranco I, Flores D, González A, Reyes J, Vázquez E, García A. Síntomas de depresión, ansiedad y estrés ante COVID-19 en una unidad de medicina familiar. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2021;59(4):275-280.
- 7 Ozamiz N, Dosil M, Picaza M, Idoiaga N. Niveles de estrés, ansiedad y depresión en la primera fase del brote del COVID-19 en una muestra recogida en el norte de España. Cad Saude Publica. 2020;1-10.

- 8 Huarcaya J. Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de COVID-19. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2020;327-334.
- 9 Organización Mundial de la Salud. Transmisión del SARS-CoV-2: repercusiones sobre las precauciones en materia de prevención de infecciones. Nueva York: Organización Mundial de la Salud; 2020.
- 10 Statista. Número acumulado de casos de coronavirus en el mundo desde el 22 de enero de 2020 hasta el 9 de diciembre de 2021 [Internet]. Estado de salud. 2021 Dic 9 [citado 2024]. Disponible en: <https://es.statista.com/estadisticas/1104227/numero-acumulado-de-casos-de-coronavirus-covid-19-en-el-mundo-enero-marzo/>
- 11 Universidad Nacional Autónoma de México. Plataforma de información geográfica de la UNAM sobre COVID-19 en México [Internet]. 2021 Dic 10 [citado 2024]. Disponible en: <https://covid19.ciga.unam.mx/>
- 12 Martínez P. México acumula 4 mil trabajadores de la salud fallecidos por COVID-19. *Corriente Alterna*. 2021 Jul 21.
- 13 Gobierno de México. Información general [Internet]. COVID-19. 2021 Dic 11 [citado 2024]. Disponible en: <https://coronavirus.gob.mx/informacion-accesible/>
- 14 Arrimada M. Los 12 instrumentos de evaluación de los trastornos de ansiedad [Internet]. *Psicología y Mente*. 2024 Abr 18 [citado 2024]. Disponible en: <https://psicologiaymente.com/clinica/instrumentos-evaluacion-trastornos-ansiedad>

- 15 Puerta J, Padilla D. Terapia cognitiva-conductual (TCC) como tratamiento para la depresión: una revisión del estado del arte. Duazary. 2011;251-257.
- 16 Kabat-Zinn J. Mindfulness para principiantes. Barcelona: Kairós; 2013.
- 17 Cantor F, McDouall J, Parra A, Martin L, Paternina N, González C, et al. Cuidado de la salud mental del personal de salud durante COVID-19: recomendaciones basadas en evidencia y consenso de expertos. Rev Colomb Psiquiatr. 2021;225-231.
- 18 Organización Mundial de la Salud. Salud mental: fortalecer nuestra respuesta [Internet]. 2022 Jun 17 [citado 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response/>
- 19 Sierra J, Virgilio Z. Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. Rev Malestar Subjetiv. 2003;3(1):10-59.
- 20 Navas W, Vargas M. Trastornos de ansiedad: revisión dirigida para atención primaria. Rev Med Costa Rica Centroam. 2012;69:497-507.
- 21 Martínez M, López D. Trastornos de ansiedad. Rev Neurol Neurocir Psiquiatr. 2011;101-107.
- 22 Virgen R, Lara A, Morales G, Villaseñor S. Los trastornos de ansiedad. Rev Digit Univ. 2005;2-11.
- 23 Asociación Americana de Psiquiatría. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. Arlington: American Psychiatric Publishing; 2016.

- 24 Escobar F. Diagnóstico y tratamiento de los trastornos de ansiedad [Internet]. ResearchGate. 2003 Ene 18 [citado 2024]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/268631781_Diagnosis_and_treatment_of_anxiety_disorders_Diagnostico_y_tratamiento_de_los_trastornos_de_ansiedad
- 25 Instituto Mexicano del Seguro Social. Diagnóstico y tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada en la persona mayor. Ciudad de México: Instituto Mexicano del Seguro Social; 2019.
- 26 Barnhill J. Crisis de angustia y trastorno de angustia [Internet]. Manual MSD Versión para profesionales. 2020 Abr 15 [citado 2024]. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es-mx/professional/trastornos-psiquiaticos/trastorno-de-ansiedad-y-trastornos-relacionados-con-el-estrés/crisis-de-angustia-y-trastorno-de-angustia>
- 27 Gómez A. Trastornos de ansiedad. Agorafobia y crisis de pánico. Rev Farm Prof. 2012;26(6):32-39.
- 28 Fernández O, Jiménez B, Alfonso R, Molina D, Cruz J. Manual para diagnóstico y tratamiento de trastornos ansiosos. Rev Medisur. 2012;10(5).
- 29 Torales J. ¡Ayúdeme doctor, estoy muy enfermo! Una actualización de la clásica hipocondría al vigente trastorno de ansiedad por enfermedad. Rev Virtual Soc Parag Med Int. 2017;77-86.

- 30 Rodríguez A. Trastorno de ansiedad por enfermedad: a propósito de un caso. *Psiquiatr Biol.* 2017;24(2):81-84.
- 31 Dimsdale J. Trastorno de ansiedad por enfermedad [Internet]. Manual MSD Versión para profesionales. 2020 Oct 15 [citado 2024]. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es-mx/professional/trastornos-psiquiátricos/trastornos-de-síntomas-somáticos-y-relacionados/trastorno-de-ansiedad-por-enfermedad>
- 32 Sánchez H, Moreta R. Miedo y ansiedad al COVID-19, estrés y percepción de salud. Modelo de predicción en pacientes hospitalarios de atención primaria del Ecuador. *An Psicol.* 2022;439-447.
- 33 Castillo F, Fernández E, Campos S, García B. Sintomatología neuropsiquiátrica en el síndrome post-COVID. Propuesta de manejo y derivación desde atención primaria. *Med Fam SEMERGEN.* 2021.
- 34 Díaz F, Toro A. SARS-CoV-2/COVID-19: el virus, la enfermedad y la pandemia. *Med Lab.* 2020;24(3):183-205.
- 35 Maguiña C, Gastelo R, Tequen A. El nuevo Coronavirus y la pandemia del Covid-19. *Rev Med Hered.* 2020;125-131.
- 36 Riveros A, Sánchez J. Efectos psicológicos de la pandemia. FCA-UNAM. 2020.
- 37 Mayo Clinic. Gripe H1N1 (gripe porcina) [Internet]. Enfermedades y afecciones. 2023 May 12 [citado 2024]. Disponible en:

<https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/swine-flu/symptoms-causes/syc-20378103>

- 38 Iglesias S, Acosta J. Estrés postraumático en trabajadores de la salud y COVID-19. Arch Prev Riesgos Lab. 2020;23(3).
- 39 Santana Y, Sagaró M, Valdés L. Síntomas psicológicos poscovid-19 en afectados por la enfermedad en Santiago de Cuba. MEDISAN. 2023.
- 40 Etchevers M, Garay C, Sabatés J, Auné S, Putrino N. Secuelas psicológicas en personas que tuvieron Covid-19. Buenos Aires: Observatorio de Psicología Social Aplicada; 2021.
- 41 Unión Sindical Obrera. Guía frente a los riesgos psicosociales que afectan a los sanitarios [Internet]. 2021 Feb 9 [citado 2024]. Disponible en: <https://www.uso.es/guia-frente-a-los-riesgos-psicosociales-que-afectan-a-los-sanitarios/>
- 42 Saborío L, Hidalgo L. Síndrome de burnout. Med Legal Costa Rica. 2015;32(1).
- 43 Gutiérrez G, Celis M, Moreno S, Farías F, Suárez J. Síndrome de burnout. Arch Neurocien. 2006;11(4):305-309.
- 44 Secretaría de Salud. Síndrome de Fatiga Crónica y Síndrome de "Burnout" [Internet]. 2015 Ago 28 [citado 2024]. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/articulos/sindrome-de-fatiga-cronica-y-sindrome-de-burnout>

- 45 Durán S, García J, Parra A, García M, Hernández I. Estrategias para disminuir el síndrome de Burnout en personal que labora en Instituciones de salud en Barranquilla. *Cult Educ Soc.* 2018;27-44.
- 46 Ada. Síndrome de burnout o de desgaste profesional [Internet]. 2022 Abr 7 [citado 2024]. Disponible en: <https://ada.com/es/conditions/burnout/>
- 47 Carillo R, Gómez K, Espinoza de los Monteros I. Síndrome de burnout en la práctica médica. *Med Interna Mex.* 2012;579-584.
- 48 Psírculo Creativo. Guía de prevención del burnout. Ciudad de México: Psírculo Creativo; 2020.
- 49 Rojas M. Trastorno de estrés postraumático. *Rev Med Costa Rica Centroam.* 2016;73:233-240.
- 50 Carvajal C. Trastorno por estrés postraumático: aspectos clínicos. *Rev Chil Neuropsiquiatr.* 2002.
- 51 Bermúdez L, Barrantes M, Bonilla G. Trastorno por estrés postrauma. *Rev Med Sinergia.* 2020;2-11.
- 52 Instituto Nacional de la Salud Mental. Trastorno por estrés postraumático. Bethesda: Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos; 2016.
- 53 Instituto Mexicano del Seguro Social. Diagnóstico y Manejo del Estrés Postraumático. Ciudad de México: Instituto Mexicano del Seguro Social.

- 54 Henry ML. Los usos de la investigación-acción-participativa (IAP) para el estudio de los riesgos psicosociales en el trabajo. Revista Interdisciplinaria de Estudios Laborales. 2018.
- 55 Balcázar FE. Investigación acción participativa (IAP): aspectos conceptuales y dificultades de implementación. Fundamentos en Humanidades. 2003;4(7-8):59-77.
- 56 Estrada B, Beyebach M, Delgado C, Freire R. Evaluación y tratamiento de la sintomatología depresiva en personas sordas. Psicología y Salud. 2008;18(1):5-14.
- 57 Lozano A. Impacto de la epidemia del Coronavirus (COVID-19) en la salud mental del personal de salud y en la población general de China. Rev Neuropsiquiatr. 2020.

Curriculum Vitae

Daniel Omar Muñoz Martínez

Originario de Saltillo, México, Daniel Omar Muñoz Martínez realizó estudios profesionales en psicología (Universidad Autónoma de Coahuila). La investigación titulada Diseño De Intervención Basado En Diferentes Modelos Terapéuticos Para Disminuir Sintomatología Ansiosa En Personal De Salud Que Atiende Pacientes Con COVID-19 es la que presenta en este documento para aspirar al grado de doctor en Doctorado en Salud Mental.

Su experiencia de trabajo ha girado, principalmente, alrededor del campo psicología, específicamente en el área clínica y educativa desde hace 10 años.

Así mismo ha participado en investigaciones como “Factores para una adecuada adaptación universitaria”, Manejo de hipertensión y diabetes abordando la ansiedad con psicoterapia. Un estudio de caso., Valoración de Calgary e intervenciones de enfermería a una familia de Saltillo, Coahuila., Consumo de alcohol, síntomas depresivos y autoestima sexual en jóvenes universitarios., entre otras. Ha dirigido tesis de nivel licenciatura, ha impartido cursos y talleres en diferentes instituciones como la Universidad Autónoma de Coahuila, DIF Saltillo y la Secretaría de Educación Pública.

Actualmente ocupa el cargo de docente en la Facultad de Psicología de la UAdeC, así como psicólogo en la consulta privada, donde brinda psicoterapia a adultos.

Aunado a su preparación como psicólogo, en 2020 terminó la licenciatura en enfermería, lo cual lo ha llevado a seguirse preparando para brindar una atención de calidad y ampliar su horizonte de conocimiento en pro de la salud física y mental de las personas.

Apéndice A. Instrumentos aplicados

Inventario de ansiedad rasgo-estado

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y marque la frase que indique **cómo se siente en estos momentos**. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos ahora.

	Vivencias	No en lo absoluto	Un poco	Bastante	Mucho
1	Me siento calmado				
2	Me siento seguro				
3	Estoy tenso				
4	Estoy contrariado				
5	Me siento a gusto				
6	Me siento alterado				
7	Estoy preocupado actualmente por algún posible contratiempo				
8	Me siento descansado				
9	Me siento ansioso				
10	Me siento cómodo				
11	Me siento con confianza en mí mismo				
12	Me siento nervioso				
13	Estoy agitado				
14	Me siento a punto de explotar				
15	Me siento relajado				
16	Me siento satisfecho				
17	Estoy preocupado				
18	Me siento muy preocupado y aturdido				
19	Me siento alegre				
20	Me siento bien				

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y marque la frase que indique **CÓMO SE SIENTE GENERALMENTE, HABITUALMENTE.**

	Vivencias	Casi nunca	Algunas veces	Frecuente mente	Casi siempre
21	Me siento mal				
22	Me canso rápidamente				
23	Siento ganas de llorar				
24	Quisiera ser tan feliz como otras personas parecen ser				
25	Pierdo oportunidades por no poder decidirme				
26	Me siento descansado				
27	Soy una persona tranquila, serena y sosegada				
28	Siento que las dificultades se me amontonan al punto de no poder superarlas				
29	Me preocupo demasiado por cosas sin importancia				
30	Soy feliz				
31	Tomo las cosas muy a pecho				
32	Me falta confianza en mí mismo				
33	Me siento seguro				
34	Trato de sacarle el cuerpo a las crisis y dificultades				
35	Me siento melancólico				
36	Me siento satisfecho				
37	Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente				
38	Me afectan tanto los engaños que no me los puedo quitar de la cabeza				
39	Soy una persona estable				
40	Cuando pienso en los asuntos que tengo entre manos me tenso y alterado				

Inventario de ansiedad de Beck

En el cuestionario hay una lista de síntomas comunes de la ansiedad. Lea cada uno de los ítems atentamente, e indique cuanto le ha afectado en la última semana incluyendo hoy:

	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
Torpe o entumecido				
Acalorado				
Con temblor en las piernas				
Incapaz de relajarse				
Con temor a que ocurra lo peor				
Mareado, o que se le va la cabeza				
Con latidos del corazón fuertes y acelerados				
Inestable				
Atemorizado o asustado				
Nervioso				
Con sensación de bloqueo				
Con temblores en las manos				
Inquieto, inseguro				
Con miedo a perder el control				
Con sensación de ahogo				
Con temor a morir				
Con miedo				
Con problemas digestivos				
Con desvanecimientos				
Con rubor facial				
Con sudores, fríos o calientes				

