



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO



CENTRO UNIVERSITARIO UAEM ATLACOMULCO

ANSIEDAD, ESTRATEGIAS ADAPTATIVAS Y BIENESTAR PSICOLÓGICO POSTCOVID-19 EN EL PERSONAL DE SALUD DE LA JURISDICCIÓN SANITARIA ATLACOMULCO

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

PRESENTA

ABIGAIL ANACLETO MARTINEZ

NÚMERO DE CUENTA: **1924243**

ASESOR

DR. ARTURO ENRIQUE OROZCO VARGAS

Atlacomulco, México 2024

ÍNDICE

RESUMEN.....	4
ABSTRACT	5
INTRODUCCIÓN.....	7
MARCO TEÓRICO.....	8
CAPÍTULO I.....	8
ANSIEDAD	8
1.1 Definición.....	8
1.2 Epidemiología.....	9
1.3 Síntomas	12
1.4 Clasificación.....	13
1.5 Personal de salud	15
1.6 Ansiedad en el personal de salud	15
1.7 Enfoques de la ansiedad	16
1.8 Teorías.....	19
CAPÍTULO II	24
ESTRATEGIAS ADAPTATIVAS DE LA REGULACIÓN EMOCIONAL	24
2.1 Definición de emoción.....	24
2.2 Definición de Regulación emocional.....	25
2.3 Características de la regulación emocional	26
2.4 Dimensiones de la regulación emocional.....	27
2.5 Regulación Emocional en el Personal de Salud	27
2.6 Modelos de la Regulación Emocional	28
2.6.1 Modelo procesual de regulación emocional	28
2.6.2 Modelo del Procesamiento emocional	29
2.7 Estrategias Adaptativas	31
2.7.1 Aceptación	31
2.7.2 Reenfoque	32
2.7.2.1 Reenfoque positivo:	32
2.7.2.2 Reenfoque planeación:	33
2.7.3 Reevaluación.....	33
2.7.4 Poner en perspectiva	33

CAPÍTULO III	34
BIENESTAR PSICOLÓGICO	34
3.1 Definición.....	34
3.2 Antecedentes Filosóficos.....	36
3.3 Dimensiones del bienestar psicológico	37
3.4 Bienestar psicológico en el personal de salud	39
3.5 Factores que influyen en el bienestar psicológico en el personal de salud.....	39
3.6 Modelos del bienestar psicológico	40
3.7 Teoría de Ryff.....	42
3.8 Teoría Ecológica de Urie Bronfenbrenner	44
MÉTODO	46
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	46
HIPÓTESIS	49
TIPO DE ESTUDIO	49
VARIABLES.....	49
INSTRUMENTOS.....	51
POBLACIÓN	53
MUESTRA	53
CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN.....	54
DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	54
CAPTURA DE INFORMACIÓN.....	54
ANÁLISIS DE LOS DATOS	55
RESULTADOS.....	56
DISCUSIÓN.....	79
CONCLUSIÓN	83
SUGERENCIAS.....	85
REFERENCIAS:	86
ANEXOS	97

RESUMEN

El presente trabajo de investigación tuvo como objetivo examinar la relación entre la ansiedad, estrategias adaptativas y bienestar psicológico postCOVID-19 en el personal de salud de la Jurisdicción Sanitaria Atlacomulco. Para ello, se realizó un estudio correlacional de diseño no experimental y tipo transversal con una muestra no probabilística que estuvo formada por 193 participantes, la cual se integró por 150 mujeres y 43 hombres con edades comprendidas entre los 18 y 65 años. La recolección de datos se obtuvo a través del Cuestionario de Impacto Psicológico del Coronavirus (CIPC) desarrollado por Sandín et al. (2020), la Escala DASS (Depression, Anxiety, and Stress Scales 42 (DASS-42); Lovibond & Lovibond, 1995), la Escala de Bienestar Psicológico (Ryff's Psychological Well-being Scale) creada por Ryff (1989) y el Cuestionario Cognitivo de Regulación Emocional (Cognitive Emotion Regulation Questionnaire [CERQ]) realizado por Garnefski et al. (2001).

Los resultados obtenidos mostraron varias relaciones estadísticamente significativas, entre las que destaca una relación positiva estadísticamente significativa entre la dimensión de Distrés y la variable de Ansiedad, esto significa que el personal presenta sentimientos de miedo, tristeza, preocupación, se sienten más solos, presentan irritabilidad, ira o agresión. Se obtuvo también una correlación positiva estadísticamente significativa entre la dimensión Reenfoque en la planeación y la variable de Bienestar psicológico. Lo que indica que pensar en la manera y los pasos a seguir para manejar la situación ayuda a que se pueda enfrentar adecuadamente dicha situación. Al mismo tiempo, se obtuvo una correlación positiva estadísticamente significativa entre la dimensión de las Experiencias positivas del coronavirus y el uso de las Estrategias adaptativas. Esto indica que, entre mayores fueron las experiencias positivas que se vivieron en la pandemia del coronavirus, mayor fue el uso de las estrategias adaptativas de regulación emocional.

Los resultados analizados invitan a tomar en cuenta a la ansiedad, estrategias adaptativas y el bienestar psicológico como variables relacionadas con los síntomas

postcovid-19 en el personal de la jurisdicción Sanitaria. Con los hallazgos identificados en el estudio, se da pauta al desarrollo de investigaciones futuras para identificar con mayor precisión los síntomas que se obtuvieron después del Covid-19 en el personal sanitario.

Palabras claves: Ansiedad, Estrategias adaptativas, Bienestar Psicológico, Postcovid-19, Personal sanitario.

ABSTRACT

The objective of this research work was to investigate the relationship between anxiety, adaptive strategies, and psychological well-being after COVID-19 in health workers of the Atlacomulco Sanitary Jurisdiction. For this purpose, a non-experimental, cross-sectional, and correlational study was conducted, with a non-probability sample of 193 participants, consisting of 150 women and 43 men aged between 18 and 65 years. Data were collected using the Coronavirus Psychological Impact Questionnaire (CIPC) developed by Sandín et al. (2020), the Depression, Anxiety, and Stress Scales 42 (DASS-42; Lovibond & Lovibond, 1995), Riff's Psychological Well-being Scale (1989), and the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ) by Garnefski et al. (2001).

The results obtained showed several statistically significant relationships, among which a statistically significant positive relationship between the distress dimension and the anxiety variable, which means that staff feel anxious, sad, worried, lonely, irritable, angry, or aggressive. A statistically significant positive assessment was obtained between the refocusing on planning dimension and the psychological well-being variable, indicating that taking the right steps helps to deal with the situation properly. At the same time, a statistically significant positive correlation was found between the dimension of positive experiences of the coronavirus and the use of adaptive strategies. This suggests that the greater the positive experiences of the coronavirus pandemic, the greater the use of adaptive strategies of emotional regulation.

The results analyzed invite to consider anxiety, adaptive strategies and psychological well-being as variables related to post-Covid-19 symptoms in the health care workers of the Sanitary Jurisdiction. The findings of the study provide a guideline for the development of future research to identify more precisely the post-Covid-19 symptoms in health workers.

Keywords: Anxiety, adaptive strategies, psychological well-being, post-Covid-19, health personnel

INTRODUCCIÓN

El Ministerio de Salud refiere que el personal de salud está integrado por personal capacitado en la salud, personal técnico y auxiliar asistencial, ocupando algún puesto relacionado a la salud pública o privada. Sin embargo, aunque el personal de salud sea considerado como profesionales, no están exentos de padecer ansiedad, sino todo lo contrario, esta parte de población presenta un mayor riesgo de padecerla debido a que están expuestos a diversos componentes de riesgo que están presentes por la labor que realizan día con día (Delgado, 2020).

Este trabajo de investigación tuvo como objetivo examinar la relación entre la ansiedad, estrategias adaptativas y bienestar psicológico postCOVID-19 en el personal de salud de la Jurisdicción Sanitaria Atlacomulco. La estructura del documento se constituye por un primer apartado donde se presenta el marco teórico de las variables estudiadas en el cual se mencionan las definiciones, autores, características, clasificaciones, modelos y enfoques teóricos. Esto permite conocer cada una de las variables, para posteriormente poder explicar los fenómenos estudiados.

Como segundo apartado, se encuentra el método de trabajo en el cual se plantea la problemática que aborda el estudio, los objetivos de la investigación, además de describir a la población y muestras con la que se realizó la investigación, los métodos de recolección de información, al igual que el procedimiento que se emplea para recabar la información.

Como parte final, son presentados los resultados recolectados por los instrumentos aplicados, donde se describen datos sociodemográficos, nivel de ansiedad y síntomas postcovid-19, las estrategias adaptativas y las dimensiones del bienestar psicológico. También es presentado un apartado para mostrar si existe relación entre las variables de estudio, dando pauta a la discusión en el que se analizan las correlaciones, brindando una explicación a los fenómenos identificados mediante esta investigación científica. Finalmente, son planteadas las conclusiones y sugerencias que surgen del trabajo de investigación.

MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO I

ANSIEDAD

1.1 Definición

La ansiedad es considerada una emoción normal, todas las personas en algún momento dado presentan este tipo de emoción. En cierta medida, se vuelve un factor de estudio cuando esta emoción empieza a ser más frecuente y se presenta en un nivel más alto de lo habitual. Fernández et al. (2012) mencionan que la ansiedad es una de las emociones más comunes y universales porque es una respuesta a diversas situaciones estresantes de la vida diaria. Esto quiere decir que son ciertas situaciones que rebasan la facultad de adaptación de cada individuo, frecuentemente se relacionan con alteraciones fisiológicas y comportamientos semejantes a los causados por el miedo. Distinguen dos tipos de ansiedad:

Ansiedad normal: Son respuestas adaptables ante las circunstancias de amenaza o peligro de la vida diaria. Es una emoción básica primordial porque contribuye a que las personas se preparen, practiquen y ensayen en la adopción de medidas adecuadas frente a situaciones que demandan un nivel muy alto de peligro.

Ansiedad patológica: Son un conjunto de respuestas que ya sobrepasaron de manera exponencial esa capacidad de adaptación que cada individuo tiene ante cualquier situación amenazante o peligrosa, obteniendo pensamientos de que ocurrirán cosas negativas en el futuro, generando malestares físicos, psicológicos y conductuales significativos.

Por otra parte, Spielberg (1966) describe que la ansiedad es una respuesta desagradable ante una tensión específica, cambiando el estado emocional del organismo que oscila en intensidad y varía la mayor parte del tiempo. Esto se desencadena por estímulos externos e internos evaluados cognoscitivamente por el sistema nervioso autónomo como estímulos amenazadores. Este autor menciona

que, para realizar una definición más puntual sobre la ansiedad, esta se tiene que clasificar como ansiedad estado y como ansiedad rasgo de personalidad, de ahí su teoría de Ansiedad Estado-Rasgo. Por lo tanto, de acuerdo con Spielberg la ansiedad se clasifica en:

- Ψ La ansiedad estado: Es ese cúmulo de emociones que se presentan de inmediato en un momento dado, acompañado de afecciones de nerviosismo, aprensión, tensión subjetiva, preocupaciones, pensamientos molestos y algunos cambios fisiológicos, por lo que, la hace modificable al contexto dado, modificando así la conducta.
- Ψ Con respecto a la ansiedad rasgo: Se conceptualizan las discrepancias que cada individuo posee, la frecuencia y duración de los acontecimientos que los han estado llevando a presentar diversos síntomas de la ansiedad estado, debido a que perciben más situaciones como amenazadoras.

Siguiendo a Beck (1985), refiere que para definir la ansiedad de una manera más concreta se tiene que definir primero al miedo, este lo define como el proceso cognitivo que conlleva una situación como respuesta adaptativa sana ante un acontecimiento percibido como peligro para obtener seguridad psíquica y física, previniendo al individuo de un peligro mayor. Por lo tanto, la ansiedad, la define como una reacción emocional negativa estimulada por el miedo, siendo un sistema diverso de reacciones fisiológicas, conductuales, cognitivas y afectivas que se activan por la precipitación a sucesos y/o acontecimientos futuros que son interpretadas como desagradado porque se divisan como situaciones incontrolables e imprevisibles que podrían ser una amenaza para la integridad del individuo, por lo que, gran parte de las situaciones de ansiedad se detonan en un ambiente de demasiado estrés y presiones diversas de la vida diaria.

Por consiguiente, la ansiedad es una de las principales afectaciones psicológicas individuales debido a que, es un trastorno mental que afecta la rutina diaria, caracterizándose por sentimientos de culpa, desesperanza, tristeza e inutilidad, pudiéndose dar la depresión patológica y crónica, la cual se define como apareamiento de tristeza en cualquier momento sin algún acontecimiento que la

detone. En varios casos se acompaña de algunos síntomas como perturbaciones de sueño y perturbaciones en la alimentación, el autocastigo, falta de iniciativa, abandono, insuficiente placer y la inactividad (American Psychiatric Association, 1987).

De este modo, el ministerio de sanidad y consumo (2008) define a la ansiedad como un estado normal emocional ante diferentes circunstancias y que son reacciones a diversas actividades estresantes de la vida cotidiana, por lo que, un bajo nivel de ansiedad es recomendable para el adecuado empleo de esas situaciones estresantes. Por lo tanto, se vuelve patológica cuando estos niveles de ansiedad superan la capacidad de adaptación de cada persona, causando malestares significativos en el ámbito físico, psicológico y conductual. En una definición más amplia, refiere a la ansiedad como aquellos pensamientos negativos anticipados sobre circunstancias futuras, la cual se acompaña de sentimientos desagradables y de malestares somáticos de tensión. Estos pensamientos negativos son un indicio de alerta que tratan de prevenir una situación de peligro y ayuda al individuo para que obtenga las precauciones pertinentes para hacerle frente a dicha situación amenazadora. Por consiguiente, Clark y Beck (2012), distinguen la ansiedad en tres tipos:

1. Ansiedad normal: Se considera una reacción emocional difícil que se detona ante la actividad de evaluar y reevaluar cognitivamente permitiendo que el individuo cambie y analice la información importante de la situación, medios y respuesta esperada, para que de este modo se actúe estratégicamente como consecuencia. Tiene la función meramente adaptativa, conduce adecuadamente el comportamiento para saber actuar en situaciones anticipadas como difíciles.
2. Ansiedad como rasgo de personalidad: Aun no se ha dado por hecho que es un rasgo de personalidad; sin embargo, se destaca la presencia de características individuales estables que impulsan al individuo a desarrollar este trastorno emocional. Además, se ha estado utilizando el término *afectividad cognitiva* para determinar patrones generales y permanentes de

emociones negativas a través de múltiples situaciones y del tiempo (Watson y Clark, 1984).

3. Ansiedad patológica: Es considerada una reacción emocional desproporcionada y exagerada ante una situación percibida como amenaza, se deriva de un proceso cognitivo disfuncional, por lo que, se activan esquemas adaptativos que sesgan el procesamiento de la información para afectar el adecuado manejo de situaciones difíciles, al no actuar adecuadamente ante situaciones difíciles, se empieza a deteriorar el funcionamiento del contexto social, laboral y actividades cotidianas.

Sin embargo, Barlow (2020) define la ansiedad como “una emoción orientada hacia el futuro, caracterizada por las percepciones de incontrolabilidad e impredecibilidad con respecto a sucesos potencialmente aversivos y con un cambio rápido en la atención hacia el foco de acontecimientos potencialmente peligrosos o hacia la propia respuesta afectiva ante tales sucesos” (p. 104). Por otra parte, la describe como sentimientos y emociones negativas y desagradables más duraderos ante una situación de amenaza y/o peligro, percibida como miedo, incertidumbre, incontrolabilidad, vulnerabilidad, relacionadas con situaciones de peligro reales o imaginarias hacia eventos futuros y, por tanto, se tiene esa incapacidad para conseguir los resultados deseados.

1.2 Epidemiología

La Organización Mundial de la Salud reporta que más de un cuarto de millón de individuos presentan un trastorno de ansiedad, obteniendo una prevalencia global que va desde el 3.8 % al 25% en la gran mayoría de los países, con índices de prevalencia de hasta 70% en personas con enfermedades crónicas y considerándose el segundo trastorno mental más demandable en la gran mayoría de los países del continente americano. De acuerdo con el censo de la República, en México, el 14.3 % de la población presenta un trastorno de ansiedad, en específico el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) reportó en la primera ENCUESTA NACIONAL DE BIENESTAR AUTORREPORTADO

(ENBIARE) 2021, que el 19.3 % de la población adulta presenta síntomas de ansiedad severa y el 31.3 % presentó síntomas de ansiedad en un menor grado.

1.3 Síntomas

Oblitas (2010) refiere que las personas que presentan ansiedad manifiestan síntomas particulares y diversos, aunque en cada caso existen algunos síntomas similares, estos síntomas se reúnen en cinco grupos: psicológicos, físicos, intelectuales, asertivos y de conducta:

Ψ Síntomas físicos:

Se producen por un grupo de sistemas cerebrales intermedias donde se tiene el fundamento neurofisiológicas de las emociones. Se afirma que el hipotálamo es importante para la manifestación de las emociones, produciendo taquicardias, sudoración, temblores o sacudidas, sensación de ahogo y dificultad para respirar.

Ψ Síntomas psicológicos:

La ansiedad se desenvuelve en un contexto psicológico, de ahí que, se derivan reacciones de sobresalto, de participación activa de miedos, preocupaciones. Por lo que se tienen síntomas como sensación de falta de aire, sensación de que el tiempo va muy rápido, anticipación de lo peor, pensamientos negativos del futuro, algunos otros como melancolía, pérdida de energía, sensación de vacío, inquietud intensa que puede llegar hasta temor a la muerte.

Ψ Síntoma de conducta:

La conducta es la manera en cómo actúa el individuo y desde la parte externa se puede observar y registrar, los principales síntomas de la conducta son: dificultad para actuar, sorpresa, dificultad para realizar tareas simples (ejecución motora), comportamientos de alerta, no saber responder ante un estímulo y disminución o ausencia de la eficacia operativa.

Ψ Síntomas intelectuales:

En el contexto intelectual la ansiedad se relaciona con la forma de elaborar recuerdos, ideas, percepción, pensamientos, juicio, raciocinio y de aprendizaje,

como aquella percepción de tensión resultado de equivocaciones o deficiencias en reunir y procesar la información.

Ψ Síntomas asertivos:

La asertividad hace mención a aquellas conductas que se dicen y realizan en cada contexto, tratando las más adecuadas para cada situación, relacionándose con la personalidad, en como ésta es y funciona, ya que, la personalidad es un grupo de técnicas de comportamiento, dirigidas a una mejoría de la interacción social, teniendo síntomas como el descenso de múltiples habilidades sociales, el no saber cómo actuar con determinadas personas y por lo tanto no saber terminar una conversación difícil.

1.4 Clasificación

De acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM5®), 5ª edición la ansiedad se clasifica en los siguientes trastornos:

Ψ Trastorno de ansiedad por separación:

Se determina por miedo o preocupación excesiva, recurrente e inapropiada cuando se presenta una ruptura de aquellos individuos con los que se ha tenido apego, los síntomas se presentan por lo menos en un lapso de un mes en niños y adolescentes, y generalmente un mes y dos semanas en adultos.

Ψ Mutismo selectivo:

Se determina por fracaso persistente de dialogar en contextos sociales particulares en la que se ha tenido una preparación previa, los síntomas se presentan por lo menos en un lapso de un mes.

Ψ Fobia específica:

Se determina por ese miedo o preocupación inmediata excesiva por un elemento o situación en particular, los síntomas se presentan por lo menos en un lapso de seis meses.

Ψ Trastorno de ansiedad social (Fobia social):

Se determina por ese miedo o preocupación inmediata excesiva al estar presente en situaciones sociales, por pánico a ser evidenciado, humillado y/o avergonzado, los síntomas se presentan por lo menos en un lapso de seis meses.

Ψ Trastorno de pánico:

Se determina por momentos de pánico sorpresivamente excesivos, un ataque de pánico se caracteriza por la presencia de un fuerte miedo, los síntomas se presentan por lo menos en un lapso de un mes.

Ψ Agorafobia:

Se determina por ese miedo o ansiedad excesiva al usar el transporte público, estar en lugares cerrados, estar en espacios abiertos, estar fuera de casa solo y estar en medio de una muchedumbre, los síntomas se presentan por lo menos un lapso de seis meses.

Ψ Trastorno de ansiedad generalizada:

Se determina por la ansiedad y preocupación en exceso cuando se está en contacto con diversas situaciones o actividades, los síntomas se presentan por lo menos un lapso de los últimos seis meses.

Ψ Trastorno de ansiedad inducido por sustancias / medicamentos:

Se asocia por la aparición de síntomas de ansiedad poco después de haber consumido medicamentos o cualquier otra sustancia.

Ψ Otro trastorno de ansiedad especificado:

En esta clasificación entran aquellos individuos que muestran indicios de ansiedad y que están afectando los contextos de su vida cotidiana, pero que no entran en los síntomas de los trastornos ya mencionados.

1.5 Personal de salud

Como lo señala la Organización Mundial de la Salud OMS (2017), el personal de salud es todo individuo que realiza actividades relacionadas al ámbito de la salud, desde, el nivel primario, secundario o terciario, es por ello que se incluye un gran número de individuos de diversas profesiones y ocupaciones que se han formado para trabajar en el ámbito de la salud, ya sea de la modalidad privada o pública, asalariados o voluntarios, con jornada parcial o de tiempo completo, formando así un campo intersectorial complejo, manteniendo un alto grado de compromiso con la salud y con la sociedad a las que sirven. Por lo que son un equipo de individuos capacitados para realizar actividades relacionadas con la ejecución de servicios de salud, en el ámbito individual y poblacionalmente, este conjunto de individuos tiene la facultad de realizar procesos de planeación y ejecución de las políticas de salud. Por lo tanto, es un elemento fundamental para un adecuado desarrollo de servicios en múltiples sistemas de salud (Nigenda et al., 2013).

1.6 Ansiedad en el personal de salud

El personal de salud está integrado por personal capacitado en la salud, personal técnico y auxiliar asistencial, ocupando algún puesto relacionado a la salud pública o privada. Sin embargo, aunque el personal de salud sea considerado como profesionales, no están exentos de padecer ansiedad, sino todo lo contrario, esta parte de población presenta un mayor riesgo de padecerla debido a que están expuestos a diversos componentes de riesgo que están presentes por la labor que realizan día con día (Delgado, 2020). Siguiendo a Anticona y Maldonado (2017), describe que, en el contexto de la salud, los que más están expuestos a cierto nivel de ansiedad son los médicos, enfermeros y técnicos en enfermería, esto debido a las labores hospitalarias que ejercen, teniendo un factor de riesgo en el ámbito físico, mental y/o social, manifestándose en ausentismos y una baja motivación en el trabajo.

Diversas investigaciones han manifestado un alto grado de ansiedad en el personal de salud, los resultados en la investigación de Yepes y Palacio (2010) demostraron que la prevalencia de la ansiedad fue de 59.1% mayor a la población en general,

teniendo una prevalencia mayor en mujeres de 68.4%, respecto a los hombres con 48.5%. Otra investigación realizada por Anticona y Maldonado (2017) en el personal de salud del hospital Daniel Alcides Carrión, reveló que el trastorno de ansiedad de la muestra referida fue de un 75% en relación con la población en general, donde la prevalencia en esta no fue más del 30%. Esto indica que, la tasa de índice en el personal de salud es más alta que en la población en general. La investigación realizada por Miranda y Murguía (2021) sobre Síntomas de Ansiedad y Depresión en Personal de Salud que Trabaja con Enfermos de COVID-19, describió que los síntomas que más prevalecen son: nerviosismo y preocupación porque el paciente fallezca.

En 2019 se presentó en Wuhan, China casos atípicos de neumonía causado por un nuevo coronavirus, llamado SARS-CoV2, esta enfermedad se propagó muy rápido a nivel mundial por lo que fue llamada como Coronavirus del 2019 (COVID-19), presentando un reto para todos, pero más para el personal de salud porque ellos estuvieron como primera línea de defensa y cuidado de las personas que presentaron dicha enfermedad (Espinoza et al., 2023). Por lo tanto, se han estado presentando diversas investigaciones sobre la ansiedad después de esta enfermedad, a lo que Huang et al., (2020) realizaron un estudio con una muestra de 230 participantes, en donde 43 son hombres y 187 mujeres, de edades entre 20 a 59 años, en donde los resultados arrojaron que la tasa de ansiedad femenina fue mayor que la de los hombres, con 25.67% a 11.63% respectivamente. Además, se presentó que la tasa de ansiedad de las enfermeras fue mayor que la de los médicos con 26.88% respecto a 14.29%.

1.7 Enfoques de la ansiedad

Para explicar el fenómeno de la ansiedad, surgieron diferentes enfoques de acuerdo con los autores de los modelos teóricos que cada uno sigue, estos son:

- Enfoque fisiológico:

La emoción es una consecuencia y no un antecedente de esta, por consiguiente, cuando se da una emoción hay cambios en el sistema nervioso autónomo y somático. A estos cambios corporales fisiológicos y motores los denominó *reacción*

emocional, esta emoción posee tres componentes que son: situación, reacción emocional y experiencia afectiva (James, 1884). Para Cannon (1931), la emoción solo es un fenómeno del sistema nervioso central y no del periférico, por lo que intentó diferenciar los procesos neuronales que produce la experiencia emocional y la respuesta emocional. Esta última iba relacionada con un estado fisiológico elevado para preparar al organismo para actuar ante circunstancias de supervivencia, dicha respuesta se efectuaba por la acción mezclada de la rama parasimpática y simpática del sistema nervios autónomo. Este enfoque no utilizó como término exacto la ansiedad, sin embargo, sentó las bases para posibles investigaciones, investigó los procesos psicológicos que se anteponen a la conducta a través de registros y análisis de respuestas fisiológicas de las emociones (Díaz, 2019).

- Enfoque psicodinámico:

Desde este modelo, la ansiedad se desarrolla en relación con el análisis de la actividad intrapsíquica a partir del método introspectivo. Freud (1894) define la ansiedad desde un modelo económico como un desarrollo físico de excitación acumulada que busca ser descargada mediante la vía somática, sin determinación psíquica. Esta excitación nace por la represión de un impulso que quería hacerse consciente y no se logró, así mismo podría ser una respuesta interna que notificaba un peligro y se daban por experiencias traumáticas durante la primera infancia. Desde el desamparo psíquico del lactante, se manifiestan dos tipos de ansiedad, la ansiedad automática y la ansiedad señal, la primera se caracteriza por irrumpir el aparato psíquico, imposibilitando al yo frente a un exceso de tensión que no se pudo dominar, la segunda es la respuesta adelantada del yo ante la amenaza de circunstancias traumáticas movilizándolo a los mecanismos defensivos.

- Enfoque experimental motivacional:

Este enfoque nació como alternativa del método psicodinámico e introspectivo, según Watson (1976) se enfoca en la conducta observable y sus relaciones con el entorno, mediante los procesos de aprendizaje, así mismo, se maneja el método experimental, para explicar, predecir y modificar las múltiples conductas que

manifiesta el individuo (Chertok, 1995). Anteriormente para Watson (1919) las emociones, los pensamientos, expectativas afectos e ideas las consideraba conductas privadas y para llegar a ellos solo se podía mediante la verbalización de la persona que las experimentaba y mediante la observación de conductas, por lo que, mediante este enfoque la ansiedad fue considerada como la respuesta emocional pasajera mediante la evaluación de la frecuencia y duración de los antecedentes (estimulo) y consecuencia (respuesta).

- Enfoque psicométrico factorial:

Es caracterizado por completar la psicometría, para intentar relacionar la ansiedad con otras variables de la personalidad (Ansorena et al., 1983). Se le atribuye a Cattell (1958) ser el pionero en intentar apartar y medir la ansiedad, mediante varias medidas psicológicas y de la técnica del análisis factorial, distinguió y simplificó las diversas relaciones entre variables teóricas y componentes de la ansiedad, consideró que las investigaciones que ya se habían hecho sobre la ansiedad se centraban en respuestas inmediatas transitorias y fluctuantes, que se correlacionaban con diversos síntomas fisiológicos, mientras que las suyas estaban centradas en las diferencias individuales de cada persona, entendiendo la ansiedad como una características más o menos estable de la personalidad. De ahí, expuso dos factores diferenciables de la ansiedad que tenían cierta independencia: la ansiedad rasgo y ansiedad estado, a la primera se le atribuye una forma ansiosa relativamente estable de la ansiedad y la segunda como un estado emocional transitorio y cambiante en cuestión a duración e intensidad.

- Enfoque Cognitivo Conductual:

Este enfoque ahondó en la relación que tienen las variables cognitivas en el desarrollo y mantenimiento de la ansiedad, se caracterizó por ahondar en los procesos cognitivos que median un estímulo aversivo con la respuesta de ansiedad del sujeto. Esta relación fue investigada desde dos premisas, la primera fue cómo influían positivamente o negativamente las variables cognitivas en el proceso y desarrollo de la ansiedad y la segunda fue, estudiar como la ansiedad influía en las variables cognitivas e incluso cómo se relaciona con la conducta del sujeto (Cano,

1989). Para esto, se considera a Bandura precursor de la tendencia cognitiva dentro del enfoque conductual, por ello, Bandura (1974) mencionó a través de la teoría del aprendizaje social, que los actos están ajustados por las expectativas del sujeto, diferenció dos clases de expectativas, las de autoeficacia y las de resultado. Las primeras consisten en las creencias sobre la propia capacidad de cada individuo para realizar ciertas acciones de forma exitosa y las segundas, a la capacidad de planificar las consecuencias que tendrán el realizar estas acciones.

De igual manera Clark y Beck (1999, 2012) propusieron que la respuesta de la ansiedad implicaba un sistema de procesamiento que consta de dos procesos, el primero, llamado Valoración primaria de amenazas, consta de una valoración rápida, pero eficiente sobre el potencial de amenaza de un estímulo, esto debido a que se manifestó que los trastornos de ansiedad se producían por la sobrevaloración de pensamientos negativos hacia el futuro. El segundo, llamado reevaluación secundaria, este consta de una evaluación más elaborada estratégicamente, controlado y además se examina con detalle la información recabada.

1.8 Teorías

Teoría Cognitiva de Beck

El supuesto fundamento de la teoría cognitiva de Beck para la presencia de los trastornos emocionales es que aparece una alteración sistemática en el procesamiento de la información. En este sentido, la ansiedad es la inadecuada apreciación del peligro y la incapacidad para enfrentarlo, cuando aparece una situación que detone una pérdida o un fracaso, la involucración emocional o conductual se retira temporalmente y solo se presenta la suficiente para la supervivencia. Esta alteración del procesamiento de la información lleva a que el individuo tenga síntomas fisiológicos, motivacionales, conductuales y afectivos, que caracteriza a este síndrome psicopatológico, esto se puede deber a diferentes factores como lo son, psicológicos, evolutivos, genéticos, hormonales y físicos, independientemente de las múltiples causas, esta alteración del procesamiento

actúa como principio de mantenimiento de este estado psicopatológico (Sanz, 1993).

Es por ello que, la teoría cognitiva de Beck, postula que, en diversos trastornos de ansiedad, la etiología tendría relación por tres factores: 1) la existencia de creencias o actitudes alteradas sobre experiencias que determinan la capacidad de la situación, 2) sobrevaloración subjetiva de esas experiencias de acuerdo a la estructura de personalidad del individuo, 3) la existencia de una situación estresante que influyan en las actitudes alteradas del individuo. Así mismo Beck, utiliza la denominación de los *esquemas* para exponer que las creencias disfuncionales o actitudes se representan mentalmente y dañan el procesamiento de la información. Por lo que Beck refiere que "los esquemas son estructuras funcionales de representaciones relativamente duraderas del conocimiento y la experiencia anterior" (Clark y Beck, 1988, p.382).

Estas estructuras se encargan de la percepción, codificación, organización, almacenamiento y recuperación de la información del ambiente, de esta manera, los esquemas se elaboran mediante los estímulos persistentes, en tanto que los estímulos escasos se ignoran y se olvidan. Este es un procesamiento simplificador denominado *arriba y abajo*, el cual consta de una pérdida de información valiosa, por lo que se crean esquemas disfuncionales, dando resultado a un proceso no adaptativo, alterado de la información y una alteración errónea de la interpretación de la información. Los esquemas disfuncionales despresos génicos y ansiógenos son los esquemas encargados del procesamiento de la información alterada de los individuos ansiosos. Plantea dos diferenciaciones en los esquemas de los individuos con ansiedad y en los individuos normales, estos son en cuanto al contenido y a la estructura de la información almacenada. En cuestión al contenido se incluyen creencias tácitas, reglas y actitudes sobre el sí mismo del mundo. Para los individuos normales estas características se manifiestan de una manera estable, sin embargo, para los individuos con ansiedad estas características se manifiestan de una manera distorsionada y poco realistas, con frecuencia están relacionadas con recuerdos importantes a la formación y desarrollo de esas creencias. En cuestión

a la estructura se tiene que los trastornos emocionales en los individuos normales se presentan permeables, concretos y flexibles, considerándose adaptativos, y en los individuos con ansiedad, los trastornos emocionales son impermeables y se presentan con rigidez, de ahí que, estos esquemas se realizan en un nivel superiores de un tema común, como lo es la vulnerabilidad o el peligro (Beck, 1987).

Es por ello que, al activarse este tipo de esquema ansioso, se desactivan los esquemas inconscientes y da como resultado este procesamiento alterado y sesgado. Estos esquemas activados tienden a cambiar de un contexto a otro, pero todos presentan en común la característica de exagerar el sentido de la vulnerabilidad; por lo tanto, están atentos a la actividad que indique una posible amenaza o peligro para el individuo, mientras tanto se ignora cualquier señal de seguridad, inactivándose estos esquemas adaptativos.

Al activarse los esquemas depresógenicos y ansiógenicos, serían entonces los encargados del procesamiento sesgado de la información que desencadena los trastornos de ansiedad. Para esta activación es necesario una situación estresante, pero antes de que se activen, la teoría refiere que estos esquemas se mantienen latentes, por lo que no intervienen de forma inmediata el estado de ánimo ni en los procesos cognitivos del individuo. De tal manera que, Beck indica que el tipo de estresor que activa los esquemas depresógenicos y ansiógenicos son variables de acuerdo con la estructura de personalidad, entendiéndose a la teoría cognitiva que los rasgos de personalidad son esquemas cognitivos superiores a los demás esquemas (Clark y Beck, 1988).

Teoría Rasgo-Estado de Spielberg:

Cattell y Scheier realizaron el primer acercamiento para diferenciar entre ansiedad rasgo y ansiedad estado, partiendo de un enfoque psicométrico-factorial. En este primer acercamiento se define a la ansiedad como “la disposición interna o la tendencia temperamental que tiene un individuo a reaccionar de forma ansiosa, independientemente de la situación en que se encuentre” (Casado, 1994, p. 11). En este sentido, la ansiedad vendría siendo un factor de personalidad porque la ansiedad rasgo desde esta perspectiva se fundamenta en las características

propias razonablemente estables, respectivamente a la predisposición de la ansiedad. Spielberg toma como base las investigaciones anteriores de Cattell para formular su teoría Rasgo-Estado, por lo que, refiere que para desarrollar la teoría es conveniente realizar diferencias en la ansiedad rasgo y ansiedad estado, así mismo identifica los estímulos condicionados que incitan el estado de ansiedad y las defensas para prevenir dichos estados.

Primeramente, define a la ansiedad de una forma más general como “un estado emocional transitorio o condición del organismo humano que varía de intensidad y fluctúa en el tiempo. Es una condición subjetiva, caracterizada por la percepción consciente de sentimientos de tensión y aprensión y por una alta activación del sistema nervioso autónomo” (p. 21). Por otra parte, Spielberg (1966) señala que el nivel de la ansiedad dependerá de la percepción del individuo. Esto quiere decir que, mientras un individuo percibe una situación de peligro, otro lo percibe objetivamente, dándose cuenta que en realidad no hay peligro y es ahí donde se refleja esta ansiedad. El rasgo lo define como las características individuales razonablemente firmes en cuanto a la predisposición de la ansiedad. Spielberg (1972), conceptualiza su teoría en seis puntos:

1. Cualquier situación que sea percibida como amenazadora o peligrosa tendrá un cierto nivel del estado de ansiedad en el individuo y mediante los elementos de feedback sensorial y cognitivo estos niveles serán percibidos como displacenteros.
2. La magnitud de respuesta de un estado de ansiedad será equitativa al nivel de la situación que el individuo perciba como amenaza.
3. La persistencia del estado de ansiedad es variable, influirá en cómo el individuo haya percibido e interpretado la situación como amenazante.
4. Los individuos con un rasgo de ansiedad alto percibirán aún más esas situaciones que conllevan alguna amenaza para su autoestima que los individuos con un rasgo de ansiedad bajo.

5. Los niveles altos del estado de ansiedad pueden ser manifestados claramente en conductas o tratan de iniciar defensas psicológicas que en algún momento sirvieron para reducir la ansiedad.
6. Al presenciar con frecuencia situaciones estresantes, el individuo implementará mecanismos de defensa psicológicos específicos y particulares encaminados a minimizar o reducir los estados de ansiedad.

De esta manera, Spielberg (1975) define el rasgo de ansiedad como la predisposición que tiene el individuo de responder de forma ansiosa ante un estímulo que le provoque peligro o amenaza ante diversas situaciones; sin embargo, existen niveles de ansiedad, en cuanto cada individuo interpreta cada una de estas situaciones. Para ello, van a influir los factores biológicos como factores aprendidos según la experiencia de vida. Mientras tanto, el estado de ansiedad denota un estado emocional transitorio, es decir, a la intensidad y duración en cada individuo, caracterizándose por ser subjetiva porque se presenta ante situaciones que el individuo percibe como peligrosas o amenazantes, activándose el sistema nervioso autónomo por la percepción consciente de sentimientos de aprensión y tensión, lo que da respuesta a diversos cambios fisiológicos o corporales.

Por lo tanto, las diferencias entre ansiedad rasgo y ansiedad estado se basan en la potencialización ligada al rasgo, frente a la modificación unida al estado. Por tal razón, la ansiedad estado es la unión de nerviosismo, sentimientos de tensión, aprensión y preocupaciones, siendo manifestaciones activadas del organismo, y por otro lado, la ansiedad rasgo son aspectos de la personalidad, la forma de percepción de las situaciones como amenazantes y por ende, se llega a responder con niveles altos de ansiedad estado (Navlet, 2012).

CAPÍTULO II

ESTRATEGIAS ADAPTATIVAS DE LA REGULACIÓN EMOCIONAL

2.1 Definición de emoción

Definir las emociones resulta ser un proceso complejo, etimológicamente la palabra emoción presenta su origen en el vocablo latino *emovere* que significa remover, excitar o agitar. En las teorías actuales, la emoción es entendida como un aspecto primordial en el desarrollo de cada individuo, ya que forman una respuesta del organismo para adaptarse al entorno (Tooby y Coosmides, 2008). De esta manera, se favorece el aprendizaje al proporcionar información sobre la necesidad de huida o lucha, contribuyendo al establecimiento de relaciones sociales y, por lo tanto, motivan al cambio cuando es necesario (Gross, 1999).

De esta manera, se considera que la emoción presenta una reacción del organismo para acoplarse al entorno, surgiendo como resultado de una valoración cognitiva en la que participan el aspecto atencional y evolutivo, teniendo una activación en los aspectos fisiológico, comportamental y subjetivo. En este último aspecto también es una reacción cognitiva que posibilita el autocontrol o regulación de la emoción (Gross & Thompson, 2007; Mauss & Robinson, 2010; Moors, 2010).

Blanco (2019) describe que la emoción es un cúmulo de cambios cognitivos, motores y fisiológicos, que nacen de la evaluación consciente o inconsciente de un estímulo, proveniente de un contexto determinado y de los objetivos que un individuo tenga a lo largo de su vida. Así mismo, Schachter (1964) definió la emoción como una función de un estado de activación cognitiva y fisiológica. Este proceso cognitivo determina cómo se activará el estado fisiológico, para que así pueda ser etiquetado como rabia, alegría o cualquier otro tipo de emoción. Siguiendo esta misma línea, Lazarus (1986) la define como el efecto de la interpretación que cada individuo ejecuta en cada contexto por lo tanto van cambiando de un momento a otro, así mismo cambian sus valores y compromisos más apreciados.

Otra definición es la que realizan Kleinginna y Kleinginna (1981) describiéndola como “un complejo conjunto de interacciones entre factores subjetivos y objetivos, mediadas por sistemas neuronales y hormonales que: (a) pueden dar lugar a experiencias efectivas como sentimientos de activación, agrado-desagrado; (b) generar procesos cognitivos tales como efectos perceptuales relevantes, valoraciones, y procesos de etiquetado; (c) generar ajustes fisiológicos, y (d) dar lugar a una conducta que es frecuentemente, pero no siempre, expresiva, dirigida hacia una meta adaptativa” (p. 335). Siendo una experiencia multidisciplinar que se caracteriza por diversos niveles de activación y de placer-desagrado, asociándose a situaciones subjetivas, somáticas y tendencias motivacionales, relacionadas por factores culturales y contextuales, regulados por procesos intra e interpersonales (Hofmann, 2018).

2.2 Definición de Regulación emocional

En los últimos años ha crecido el interés en estudiar la regulación emocional porque se asocia con la salud, el desarrollo psicológico, el bienestar y el contexto en el que el individuo se relaciona ya sea académico o laboral (Gómez y Calleja, 2016). Por lo que, la regulación emocional (RE) es el proceso por el cual cada individuo equilibra sus emociones que modifican el comportamiento, para ajustarse al entorno y así lograr metas y suscitar el bienestar individual como social (Eisenberg y Spinrad, 2004). De acuerdo con López et al. (2005) la regulación emocional es la técnica para equilibrar las experiencias emocionales con la finalidad de tener estados emocionales esperados y deseados por el individuo.

La regulación emocional se refiere a los procesos mediante los cuales los individuos intervienen en las emociones, es decir, cuando las tienen, como las experimentan y expresan. Los procesos de regulación de las emociones pueden ser controlados o automáticos, conscientes o inconscientes, y pueden presentar sus efectos en uno o más puntos del desarrollo generativo de la emoción (Gross, 1998). Debido a que las emociones son procesos de componentes múltiples que se desenvuelven con el tiempo, la regulación de las emociones enlaza cambios en la dinámica de las emociones, el tiempo de aumento, la magnitud, la duración y la compensación de

las respuestas en los dominios conductuales, experienciales o fisiológicos. La regulación de la emoción también conlleva cambios en la manera en que los elementos de la respuesta se entrelazan a medida que se desenvuelve la emoción, como cuando se producen grandes aumentos en la respuesta fisiológica en ausencia de un comportamiento visible (Thompson, 1990).

Para el enfoque cognitivo-conductual, la regulación emocional incorpora la facultad para equilibrar la respuesta fisiológica que surge de la emoción, implementando varias tácticas para otorgar una respuesta relacionada al entorno, para que de esta manera se logren objetivos a nivel social (Thompson, 1994). Brenner y Salovey (1997) refieren que la regulación emocional es una habilidad que ayuda al funcionamiento social del individuo. Estos autores describieron tres tipos de regulación que ayudan al funcionamiento: a) regulación de la emoción, b) regulación del contexto y c) regulación de la conducta iniciada por las emociones. Para ello, esta regulación emocional se debe de alcanzar en dos dimensiones: interno-externo, el interno se relaciona con la emoción y el segundo con la regulación de la conducta iniciada por las emociones, esto se logra mediante el establecimiento de estrategias.

2.3 Características de la regulación emocional

Gross (2013) describe tres características principales de la regulación emocional, estas son:

- 1) Todos los individuos tenemos la capacidad para valorar, aumentar o reducir las emociones positivas y negativas, por tanto, lo que se esperaría es reducir la intensidad y el impacto de las emociones desagradables, para disminuir situaciones que se puedan originar a corto plazo, estas situaciones pueden ser comportamientos de peligro, conductas que sitúen en peligro la calidad de vida o el abandono de actividades escolares.
- 2) La efectividad de los métodos para la regulación emocional dependerá de las necesidades contextuales de cada individuo.

- 3) La última característica es la auto instrucción de manera intencionada esto quiere decir, regular de manera automática y a largo plazo la actividad emocional, de esta manera, no se consumirán excesivos recursos cognitivos.

2.4 Dimensiones de la regulación emocional

En la investigación realizada por Gratz y Romer (2004) mencionan que la regulación emocional es la capacidad de reconocer y entender las emociones, ayudan a reconocer conductas impulsivas cuando se perciben conductas negativas y responder de acuerdo con las metas deseadas. Por lo tanto, al tener la habilidad de emplear estrategias de regulación emocional adecuadas, las respuestas serán las esperadas para alcanzar las propias metas y exigencias del entorno. Por consiguiente, se identifican los elementos principales que favorecen la regulación emocional:

- 1) Negación de respuestas emocionales: Refiere a los patrones de reaccionar de manera negativa a su propia manera emocional y a la del otro, lo cual interfiere en el desenvolvimiento de la regulación emocional.
- 2) Conflictos para desempeñar metas: Este elemento se relaciona con las emociones que conectan con el desarrollo seguro y estable de metas y objetivos mientras se experimentan emociones negativas.
- 3) Problemas en el control de impulsos: Refiere a la falta de habilidades para moderar el comportamiento, por lo que, representa la exaltación ante estados de incomodidad.
- 4) Acceso delimitado a habilidades de regulación emocional: Se refiere a la nula percepción de experiencias para controlar el estado emocional.
- 5) Carencia de conciencia emocional: Se relaciona a la falta de conocimiento sobre sus propias emociones, ante conflictos.
- 6) Deficiencia en la claridad emocional: Se refiere a no saber actuar emocionalmente, mientras se vive un conflicto.

2.5 Regulación Emocional en el Personal de Salud

El personal de salud tiene como principal función el cuidado y la atención de los individuos, dada su labor, múltiples ocasiones han estado sometidos a situaciones

estresantes y altamente vulnerables a padecer afecciones psicológicas (Lozano, 2020). Al presentarse la pandemia de Covid-19 esta función se intensificó y se tornó aún más compleja y demandante por la atención desmedida de pacientes contagiados por el virus (OMS, 2020).

Se han realizado diversas investigaciones acerca de la regulación emocional en el personal de salud durante y después de la pandemia de Covid-19, en la investigación que realizaron Wang et al. (2021) en China, con las variables de ansiedad y regulación emocional, obtuvieron que quienes tenían síntomas de ansiedad obtuvieron niveles bajos en las estrategias adaptativas de aceptación, reenfoque planeación, reenfoque positivo y mayor nivel en estrategias desadaptativas.

2.6 Modelos de la Regulación Emocional

2.6.1 Modelo procesual de regulación emocional

Este modelo es propuesto por Gross, está integrado por cinco fases, cada una de ellas con una finalidad distinta muy particular. De acuerdo con Gross (1999), la experiencia emocional transita a través de estas fases hasta concluir en una respuesta.

- 1) En la primera fase, se encuentra la selección de la situación: En esta fase inicial, los individuos buscan participar en aquellas situaciones que piensan les van a crear emociones positivas, mientras que evitan las situaciones que podrían desencadenar emociones negativas.
- 2) La segunda fase lleva el nombre de Modificación de la situación: En esta fase, cuando así lo determina el individuo, es posible cambiar el rumbo de la situación con el propósito de perturbar su impacto emocional.
- 3) La tercera fase se llama Modulación de la atención: Esta fase, describe la posibilidad de intervenir en la respuesta emocional buscando redireccionar la atención que se le ha puesto a la situación.
- 4) La cuarta fase se llama Cambio cognitivo: En esta fase, las personas pueden cambiar la evaluación que están realizando de la situación de tal manera que logran alterar el significado emocional de ese evento. Este cambio lo pueden

conseguir por medio de dos mecanismos: a) Pueden cambiar la forma en que están pensando con respecto a esa situación en particular o b) Modificar la percepción de su propia capacidad para manejar las demandas que conlleva.

- 5) Finalmente, la última fase se llama Regulación de la respuesta emocional: Esta fase se refiere a la manera en que un individuo influye fisiológica, experiencial o conductualmente en sus propias respuestas emocionales. Esta respuesta es la manifestación emocional que un individuo experimenta como resultado de la situación/evento que ha vivido.

Por lo tanto, el Modelo procesual de regulación emocional propuesto por Gross permite conocer no solamente el componente emocional, sino también los procesos cognitivos, fisiológicos, socioculturales, morales y conductuales que confluyen desde que nace el estímulo hasta que se da la respuesta emocional.

2.6.2 Modelo del Procesamiento emocional

Este modelo fue propuesto por Hervás (2011), está compuesto por seis fases. De acuerdo con esta propuesta, antes de comenzar con la primera de las seis fases que integran este modelo, la persona vive un evento o situación con una carga emocional que activará la necesidad de manejar esa experiencia emocional.

- 1) Una vez que el individuo comienza a sentir una serie de emociones que pueden tener una carga positiva o negativa, se origina la primera fase llamada Apertura emocional: Esta fase permitirá que la persona pueda acceder de manera consciente a las emociones que en ese momento está experimentando.
- 2) La segunda fase se llama Atención emocional: En esta fase los individuos emplean diversos recursos con el propósito de enfocar su atención en la información que proviene de sus emociones.
- 3) La tercera fase se llama Etiquetado emocional: En esta fase se presenta la capacidad para nombrar con claridad y precisión las emociones que se están experimentando.

- 4) La cuarta fase se llama Aceptación emocional: En esta fase el individuo evita realizar un juicio negativo de los elementos que integran la experiencia emocional que está viviendo.
- 5) La quinta fase se denomina Análisis emocional: Esta fase hace referencia al proceso reflexivo que realiza cada individuo con la finalidad de comprender el significado y las consecuencias que tienen sus emociones.
- 6) Finalmente, la última etapa concluye propiamente con el proceso de Regulación emocional: En ella, los individuos emplean una serie de estrategias (principalmente de tipo cognitivo, emocional y conductual) para manejar y controlar sus respuestas emocionales.

Una de las características fundamentales del modelo de Hervás es que permite identificar claramente los pasos que un individuo necesita llevar a cabo para regular sus emociones. De esta manera, se requiere transitar desde el tomar consciencia de nuestras emociones, enfocar la atención en ellas, tener la capacidad para nombrarlas, aceptarlas sin emitir juicios y comprender su significado hasta llegar finalmente a regular las emociones que experimentamos cotidianamente.

Estos dos modelos son los que fundamentan teóricamente la gran parte de las investigaciones que se han realizado en México y en otras partes del mundo. A partir de ellos se ha logrado explicar con bastante claridad las características y los efectos que tiene la regulación emocional en la vida de las personas. De esta manera, el modelo de Gross y el de Hervás proporcionan la estructura general para explicar los mecanismos que empleamos para regular nuestras emociones. Con base en ellos, diversos teóricos e investigadores han formulado de forma más concreta una serie de estrategias que nos ayudan a manejar las emociones en situaciones muy específicas. Debido a las características que poseen, estas estrategias se han dividido para su estudio en adaptativas o des adaptativas. Para fines de este estudio solo se considerarán las estrategias adaptativas.

2.7 Estrategias Adaptativas

Las situaciones estresantes se presentan en la vida diaria de los individuos, cuando suceden, se desarrollan diversos mecanismos que aminoran su conmoción emocional y permiten enfrentarlo de manera práctica. Estos mecanismos forman parte de la regulación emocional y en la actualidad se enfatizan las estrategias adaptativas, haciendo hincapié a la manera cognitiva de abordar la información de carácter emocional. Así mismo, las estrategias adaptativas de regulación emocional reciben este nombre por la efectividad que poseen para manejar de forma adecuada las emociones que puedan provocar las situaciones de estrés o cualquier otro proceso (Domínguez-Lara, 2017). Teniendo como estrategias adaptativas las siguientes:

2.7.1 Aceptación

Dentro de las investigaciones previas de la regulación emocional, la estrategia de aceptación ha sido conceptualizada como los pensamientos de aprobación que surgen como respuesta de lo que ha ocurrido en una experiencia emocional (Garnefski et al., 2002). El individuo necesita no solamente estar abierto a sus emociones permaneciendo en contacto con ellas todo el tiempo que le sea posible, sino también permitir que la experiencia emocional tenga un cauce de forma natural evitando suprimirla o alterarla. Por lo tanto, también es importante responder a las emociones evitando toda clase de juicios y reacciones negativas. Cuando las personas lo hacen de esta manera, consiguen que los procesos fisiológicos y psicológicos contribuyan de forma apropiada al desarrollo de la experiencia emocional (Whelton, 2004).

Otro aspecto inherente a la estrategia de aceptación es que al experimentar emociones (principalmente negativas o desagradables) la persona debe acogerlas sin tratar de controlarlas, cambiarlas o evitarlas. En caso de tener dificultades para aceptar las emociones que está experimentando, una persona estará más inclinada a suprimir o evitar el contacto con sus emociones y la expresión de las mismas (Chambers et al., 2009). Finalmente, al usar la estrategia de aceptación, los

individuos tienden a ser más tolerantes logrando con ello que su comportamiento sea menos controlado por los eventos adversos.

2.7.2 Reenfoque

Esta estrategia requiere que los individuos modifiquen el objeto de su atención, por medio de esta estrategia las personas pueden imaginar situaciones o ideas que les generen alegría y placer en vez de estar pensando en un evento desagradable. De esta manera, serán capaces de disminuir el impacto de la situación que causaron las emociones negativas que están experimentando. La estrategia de reenfoque ha mostrado importantes beneficios para la salud mental. Uno de ellos es que, al enfocarse en las alternativas, es posible separarse de las experiencias emocionales negativas de una forma más rápida y eficaz. Al pensar en distintas alternativas, las personas crean un repertorio de posibles soluciones que les permiten optar por algunas de ellas logrando controlar paulatinamente las emociones desfavorables. Posteriormente una vez que la persona consigue superar la experiencia emocional que ha vivido, cuenta con más y mejores recursos personales para manejar de mejor forma sus emociones en lo sucesivo (Garnefski y Kraaij, 2007).

Un tercer beneficio recae en la planeación que se consigue. Esta estrategia de regulación emocional implica el pensar en los pasos que hay que seguir para tener un mejor control de las emociones negativas y los eventos que las provocaron. De esta manera, al emplear la estrategia de reenfoque se logra un manejo más apropiado de las emociones al ejecutar una secuencia bien estructurada de modificaciones. Esta estrategia se divide en dos, según Garnefski et al. (2001) y Garnefski y Kraaij (2007):

2.7.2.1 Reenfoque positivo: También denominada Focalización positiva, se refiere a generar pensamientos sobre aspectos alegres y placenteros, con el objetivo de no pensar en el evento problemático. Se basa en pensar en momentos de alegría y placer en lugar de pensar en el evento real. Reenfocarse en las cosas positivas puede considerarse un bienestar en el pensamiento mental y puede definirse como unificar o reenfocar los pensamientos para promover problemas

positivos con el fin de relacionarlos menos con lo real. Sin embargo, a corto plazo podría impedir que se haga frente a largo plazo.

2.7.2.2 Reenfoco planeación: También denominada Focalización en los planes, consiste en los pensamientos sobre la manera y los pasos a seguir para manejar la situación problema. No necesariamente implica que se traduzca en actos, sino al surgimiento de procesos cognitivos relacionados a las maneras para hacerle frente a dicha situación.

2.7.3 Reevaluación

También denominada, Reinterpretación positiva, esta estrategia tiene como finalidad reestructurar la manera en que las personas piensan con respecto a una situación concreta con la intención de sentirse mejor (Ford y Troy, 2019). De esta manera, la reevaluación permite que las personas cambien la perspectiva o interpretación que tienen de la situación que están viviendo con la finalidad de identificar sus aspectos positivos. Una de las ventajas que tiene la estrategia de reevaluación en comparación con otras es que la persona tiene el control para desarrollar nuevas interpretaciones con una connotación más favorable. Para lograrlo, es necesario desplegar una serie de procesos cognitivos superiores que le permitan dotar un nuevo significado a la situación que generó emociones negativas, de esta manera se consigue que la persona influya directamente en el análisis del evento inicial. Además de este efecto directo en la situación que origina la experiencia emocional, la reevaluación tiene un gran valor porque ha demostrado múltiples beneficios en lo social, fisiológico cognitivo y por supuesto en lo emocional (Webb et al., 2012).

2.7.4 Poner en perspectiva

Se refiere a los pensamientos de minimizar la seriedad del evento o enfatizar su relatividad en comparación con otros eventos, descubriendo que el concepto de comparación es un tema importante en relación con el bienestar (Allan y Gilbert, 1995). De igual manera, se refiere a la obtención de pensamientos que disminuyan la gravedad de la situación problema, minimizándolo y comparándolo con otros (Garnefski et al., 2001).

CAPÍTULO III

BIENESTAR PSICOLÓGICO

3.1 Definición

Según la Organización Mundial de la Salud (2022), el bienestar es la capacidad que posee cada individuo para desarrollar adecuadamente su potencial, para que así, pueda enfrentar las tensiones de la vida y pueda desempeñarse de manera beneficiosa y provechosa, y pueda aportar algo a su sociedad. Por lo que se plantean dos tipos de bienestar, el psicológico y el subjetivo, el primero se enfoca en el propósito de la vida, el crecimiento personal y la autorrealización (bienestar psicológico: perspectiva eudoamónica) y la segunda se enfoca en los niveles altos y bajos de afecto (factores afectivos) en la satisfacción con la propia vida (factor cognitivo) también denominado perspectiva hedonista (García et al, 2014).

De acuerdo a lo mencionado arriba, el bienestar psicológico es conocido también como bienestar subjetivo, por ser descrito desde diferentes corrientes ideológicas y perspectivas. Para Ryff (1989), el bienestar psicológico es definido como el impulso que el individuo cumple para perfeccionarse, desempeñar su máximo potencial, para esto, debe poseer un propósito de vida que le ayude a darle significado, mediante la percepción positiva y experiencias agradables. Por lo tanto, García-Viniegras (2005) refiere que el bienestar psicológico es el efecto de una relación precisa entre diversos factores objetivos y subjetivos, entre metas y logros, entre condiciones de vida y aspiraciones, dentro de un determinado contexto social y una determinada época. Por lo que, surge del equilibrio entre los logros (valoración del presente) y las expectativas (proyección del futuro), esto denominado satisfacción; por consiguiente, esta satisfacción surge de la relación del individuo con su entorno micro y macro social, incluyéndose las condiciones objetivas materiales y sociales, brindando al individuo diversas oportunidades para la realización personal. Las condiciones de vida son aquellas condiciones materiales, espirituales y de actividad en la que se desarrolla la vida del individuo.

En ese sentido, González-Méndez (2005) relaciona el bienestar subjetivo con el estado emocional y mental que determina el funcionamiento psíquico estable de un

individuo, referente a su estructura personal y a la idea de acoplarse a las requerimientos internos y externos del entorno físico y social, así mismo, relaciona el bienestar con las creencias que dirigen las actividades del individuo y el significado asignado con sus experiencias anteriores, también la relaciona con la obtención de experiencias satisfactorias, tanto cognitivamente como emocionalmente, con la habilidad de acoplarse a múltiples circunstancias con facilidad y con la capacidad de negar aquellas experiencias consideradas como perjudiciales. Al respecto, Salotti (2006) refiere que el bienestar psicológico es el producto de la percepción de las metas alcanzadas en la vida y el nivel de satisfacción personal con lo que se ha realizado, se está realizando o se puede realizar.

Por otra parte, Seligman propone la psicología positiva, este paradigma plantea como idea central abordar el estudio desde lo positivo de la experiencia humana y construir cualidades positivas, es decir, encontrar que la vida valga la pena para cada individuo y el desarrollo de las condiciones necesarias para vivir una vida plena y lograr un funcionamiento adecuado. De esta manera, la psicología positiva, desde un abordaje científico, busca comprender las emociones positivas, la excelencia, impulsar el potencial humano, aumentar las virtudes, fortalezas y comprender las emociones positivas. Por tanto, expone tres elementos que podrían acercar a los individuos a obtener una vida plena:

- 1) Experimentar emociones positivas: Teniendo un gran número de momentos agradables y felices, disfrutando del momento presente.
- 2) Compromiso: Disfrutar lo que se hace, reconociendo las fortalezas que cada individuo posee.
- 3) Significado que cada individuo le otorga a su vida: Se basa en utilizar las fortalezas que cada individuo posee en ayudar a los demás.

Reciénteme agregó otro elemento, este se enfoca en la interacción social, relaciones y vínculos positivos (Seligman, Citado en Domínguez, 2017).

3.2 Antecedentes Filosóficos

Para comprender el bienestar psicológico es necesario comprender desde qué posturas se está desarrollando, Ryan y Deci (2001) mencionan que existen dos perspectivas, la hedónica y la eudaimónica. La Hedónica (también llamado bienestar subjetivo) tiene como objetivo que el individuo obtenga la felicidad y el placer, mediante la experiencia de sucesos positivos y ausencia de problemas, destacándose elementos emocionales, afectivos y cognitivos. Por lo tanto, el bienestar subjetivo se define como “una amplia categoría de fenómenos que incluye las respuestas emocionales de las personas, la satisfacción con los dominios, y los juicios globales sobre la satisfacción con la vida” (Diener et al., 1999, p. 277). Destacándose en esta definición dos elementos principales de la postura hedónica; las respuestas emocionales de cada individuo (también llamados afectivos) y la satisfacción con la vida.

La satisfacción con la vida se refiere a una valoración total que el individuo realiza sobre su vida, mediante una comparación de lo que ha logrado y con las expectativas que se tenían (Diener et al, 1985). Estos dos elementos presentan marcos temporales diferentes, puesto que, la satisfacción es una opinión individual y a largo plazo; entre tanto, las respuestas emocionales son un equilibrio de los afectos positivos y negativos que resultan de una experiencia inmediata.

La perspectiva eudaimónica (también llamado bienestar psicológico) tiene el objetivo de desarrollarse personalmente mediante las habilidades individuales y el máximo desarrollo del potencial individual. Como antecedente, Weterman (1993) relaciona esta concepción eudaimónica con sentimientos denominados *expresividad personal*, este tipo de sentimientos los enlaza con experiencias de gran intensidad que el individuo realiza para sentirse vivo y realizado. Por tanto, se refiere a desarrollar el potencial humano para vivir de forma más plena, a pesar de las dificultades de la vida, darles sentido y significancia (Ryan et al, 2008). Por lo que, abarca la percepción individual, la facultad de manejar la existencia y el miedo, la calidad de las relaciones y, por lo tanto, del proyecto de vida (Castro, 2010).

3.3 Dimensiones del bienestar psicológico

De acuerdo con el modelo integrado, estructurado y multidimensional que planteó Ryff (1989) se establecen seis dimensiones, estas son:

Ψ Autoaceptación:

Se refiere a que cada individuo se acepte y se quiera tal y como es, a pesar de las limitaciones o defectos que pueda tener, así mismo aceptar, disfrutar del lugar y de las condiciones con las que se viven, sin caer en el conformismo, por lo tanto, esta autoaceptación se establece a partir de la evaluación positiva que se hace del presente y del pasado de sí mismo, mirándolos con optimismo y aceptación (Ryff y Keyes, 1995). Así mismo, Ryff menciona que los individuos que presentan un alto nivel tienden a poseer una actitud positiva de sí mismo, reconocen y aceptan tanto lo positivo como lo negativo, teniendo una visión y sentimientos positivos hacia lo vivido. Por otra parte, los individuos que presentan un nivel bajo suelen tener sentimientos de decepción, mostrando insatisfacción con lo ya vivido, queriendo ser y realizar algo distinto.

Ψ Dominio del entorno:

Se conceptualiza como una habilidad individual para poder optar o fundar entornos favorables para satisfacer deseos o necesidades individuales, por lo tanto, se requiere de un funcionamiento positivo. Por otro lado, se menciona que es esa capacidad para controlar de forma afectiva el contexto y la propia vida. Los individuos que presentan un nivel alto del dominio de su entorno tienen una interacción más alta en múltiples contextos, pues tienen la sensación de control, por lo que, saben aprovechar adecuadamente las oportunidades que el contexto les proporciona. Por otra parte, los individuos que presentan un nivel bajo, manifiestan dificultades en el manejo de situaciones cotidianas, percibiéndose como incompetente de crear entornos favorables.

Ψ Relaciones positivas:

Hace énfasis en los vínculos sociales estables y confiables, es decir, a las relaciones positivas, definiéndolas como la confianza que se tiene a los demás, mostrándoles

importancia y madurez en cuanto a la personalidad. Los individuos que presentan un alto nivel presentan la capacidad de autorrealizarse porque tienen más empatía y sentimientos estables de afecto hacia los demás, por lo que, tienen relaciones de amistades más profundas y duraderas. Por otra parte, los individuos que presentan un bajo nivel tienen la dificultad de llegar a la autorrealización porque se les dificulta relacionarse con los demás debido a que no suelen ser cálidos, no se preocupan por los demás y por lo mismo suelen sentirse frustrados y aislados.

Ψ **Autonomía:**

Se refiere a la capacidad que los individuos tienen para tomar decisiones por sí solos, para defender sus propios ideales, así como, mantener su autoridad personal y su independencia. Refiriéndose al bienestar que conlleva la autodeterminación, la propia independencia. Los individuos con un nivel alto de autonomía no se dejan influenciar por los miedos y creencias de las masas, realizan una correcta diferenciación en base al criterio propio, consiguiendo así, la libertad en su conducta y comportamiento. Por otra parte, los individuos que presentan un nivel bajo, no toman decisiones por sí solos, sino por la opinión de los demás.

Ψ **Propósitos en la vida:**

Se define esta dimensión como la facultad que tiene el individuo para plantearse metas esenciales, permitiendo un sentido de vida, que se puedan disfrutar y así mismo, se genera un bienestar. Los individuos que presenten un nivel alto refieren un sentido de vida claro y metas definidas a alcanzar. Por otra parte, los individuos que presentan un nivel bajo demuestran una carencia de sentido de vida, tienen muy pocos objetivos y metas.

Ψ **Crecimiento personal:**

Esta última dimensión, se establece como la capacidad para potencializar las fortalezas, utilizando al máximo las herramientas y características que cada individuo posee, de tal manera que podamos ir creciendo como individuos. Los individuos con un nivel alto presentan sentimientos de desarrollo continuo y de ser mejores cada año, mostrándose abiertos a experiencias nuevas, por lo que, también

sienten que su potencial se desarrolla constantemente. Por otra parte, los individuos con un nivel bajo presentan muy pocos o nulos sentimientos de crecimiento, se sienten incapaces de desarrollar nuevas experiencias, por lo que, pueden llegar al aburrimiento o desinterés vital.

3.4 Bienestar psicológico en el personal de salud

En los últimos años se ha visto un bajo nivel de bienestar psicológico, esto se agravó más durante y después de la pandemia por Covid-19. Esto se debe a múltiples factores y dependió de las diversas fases de la pandemia, dependiendo la fase se pudo haber presentado síntomas ansiosos, depresivos y síntomas similares al estrés postraumático, dando como consecuencia la toma de decisiones inadecuada, afectaciones en la atención y por ende bajos niveles de bienestar psicológico (Huarcaya-Victoria, 2020). Por consiguiente, el personal de salud refiere múltiples factores, estrés que va desde traumas relacionados con las muertes de sus pacientes que presentan COVID-19 hasta ansiedad relacionada con la sobrecarga de trabajo, nuevas técnicas de trabajo y afectaciones en lo moral (Liberati et al., 2021). Por otro lado, cuando el bienestar psicológico del personal de salud aumenta es porque están satisfechos intrínsecamente con sus labores. Enfatizando que esta satisfacción está relacionada con la experiencia en el trabajo y la capacitación continua (López et al., 2018).

3.5 Factores que influyen en el bienestar psicológico en el personal de salud

Existen múltiples factores que interfieren en la percepción de los individuos referente al bienestar, su propagación y su permanencia, estudios realizados sobre el bienestar psicológico en el personal de salud durante la pandemia de Covid-19 indican que el ser mujer, enfermera y joven están directamente relacionados con personas que tengan Covid-19 o tener algún familiar infectado, son quienes tienen niveles bajos de bienestar psicológico en relación con sus compañeros. Por lo tanto, se destacan que los factores de riesgo potenciales para percibir malestar psicológico podrían ser factores como el género, el rol ocupacional y las condiciones médicas previas (Fattori et al., 2021). Otro estudio realizado por Veliz et al. (2018) en Chile con personal sanitario refirió que son las mujeres quienes muestran un

grado menor de bienestar psicológico, con un grado mayor de insatisfacción en las dimensiones de autonomía, crecimiento personal y relaciones positivas, refiriendo que la sobrecarga de trabajo podría ser un factor que influye en los vínculos que se forman en su entorno y, por lo tanto, afectan su bienestar y felicidad.

De acuerdo con Saavedra-Macias et al. (2020), el personal de salud interioriza la idea de que son portadores de peligro para su familia, personas cercanas o amigos y esto aumenta la probabilidad de padecer ansiedad y depresión y, por lo tanto, alterar de forma negativa su bienestar psicológico.

3.6 Modelos del bienestar psicológico

A continuación, se presentan algunas de las teorías más conocidas relacionadas al bienestar psicológico.

Modelos multidimensionales

Estos modelos se enfocan en el “desarrollo de las capacidades y el crecimiento personal, considerados ambos conceptos como los principales indicadores del funcionamiento positivo, así como en el estilo y manera de afrontar los retos vitales y en el esfuerzo y el afán por conseguir nuestras metas” (Freire, 2014, p. 58). Por lo tanto, se entiende que el bienestar psicológico obedece a la facultad de obtener aquellos valores que hacen que el individuo se sienta auténtico y equilibrado, y no de momentos placenteros o displacenteros que pueda vivir cada individuo.

Sin embargo, fue Ryff (1988) quien conceptualizó operacionalmente el bienestar psicológico como la unión de seis aspectos elementales, a los cuales Ryff los llamó dimensiones del bienestar psicológico, siendo los siguientes: autoaceptación, autonomía, relaciones positivas con otras personas, propósito en la vida, dominio del entorno y crecimiento personal.

Modelos situacionales

Estos modelos se enfocan en la estructura de la felicidad, refiriéndose a los elementos afectivos a corto y largo plazo. Considera que las experiencias vividas que se relacionan a estados afectivos positivos y negativos, dan como resultado la felicidad y, por lo tanto, determinarán el bienestar subjetivo. Por lo que,

conceptualiza que el contexto al que el individuo enfrenta perturbará su grado de bienestar, si el individuo afronta estas situaciones con éxito, entonces, experimentará satisfacción y si no se afrontan estas situaciones adecuadamente el individuo tendrá niveles bajo de bienestar (Castillo 2018).

Modelos universalistas

También denominadas télicas, se enfocan en que el bienestar se consiga cuando se alcanzan determinados objetivos o cuando se satisfagan necesidades básicas (Diener, 1984). Estas necesidades estarán relacionadas a diferentes factores, como el aprendizaje, las respuestas emocionales, entre otros (Diener y Larsen, 1991). Por lo tanto, obtener el bienestar dependerá de cuantos objetivos se consigan, estos objetivos dependerán de cada individuo y de cada etapa de su vida. Estas necesidades pueden ser como las plantea Maslow o también como las refiere los requerimientos íntimos, conforme Murray lo plantea, por lo que estas necesidades son universales (Castillo, 2018).

Por otro lado, Ryan et al. (1996), refieren que conforme se satisfacen las necesidades, se logran niveles mayores de satisfacción con la vida, por lo que, proponen una triada básica de necesidades universales: autonomía, competencia y relaciones. La base de esta propuesta se sustenta que se obtendrá mayor bienestar psicológico acorde a la satisfacción de las necesidades íntimas o privadas, siendo así que los individuos que tienen mayor felicidad son quienes cuentan con objetivos más congruentes, intrínsecos y acordes con sus propósitos personales más relevantes.

Modelos de adaptación

El punto central de esta propuesta es que la adaptación es primordial para comprender la felicidad frente a situaciones estresantes, los individuos tienden a adaptarse y así recuperar las condiciones de bienestar que se tenían previamente, esto conocido como *set point*. Se han realizado investigaciones en donde se demuestra que individuos que han padecido un accidente y les dejó lesiones de consideración, después de un tiempo obtenían la satisfacción de sus vidas como

antes del suceso, por lo que, para este modelo se suele responder a un proceso de adaptación y el que será el modelo automático de la habituación. En consecuencia, los recursos individuales suelen estar disponibles para afrontar situaciones adversas que requieran una pronta y nueva atención (Castillo, 2018).

3.7 Teoría de Ryff

También denominada teoría multidimensional del Bienestar Psicológico, esta nace de un gran esfuerzo por incluir conceptos que habían sido anteriormente investigados, por lo tanto, surge de un exhaustivo estudio de la información que hasta el momento se encontraba. Sin embargo, se percató de la ausencia de un constructo que recogiera la idea original de la perspectiva eudaimónica, que incorporara conceptos como el desarrollo humano, la autorrealización y la búsqueda de incrementar las capacidades humanas, conceptos ya establecidos por el humanismo (Ryff y Singer, 2008). Ante esta situación, Ryff (1989) realizó una teoría bajo la noción de bienestar psicológico (BP), definiéndola como el desarrollo de las capacidades y del crecimiento personal, donde el individuo manifieste indicadores de funcionamiento positivo. Dentro de las bases teóricas, Ryff desarrolló seis dimensiones para evaluar el BP de manera positiva o negativa de un individuo. Estas dimensiones son:

- **Autoaceptación:** Definido por el establecimiento de una actitud positiva hacia uno mismo. El individuo acepta y reconoce la diversidad de factores que lo constituyen, abarcando aspectos positivos y negativos.
- **Relaciones positivas con los otros:** Se refiere a la facultad que el individuo tiene para establecer vínculos estrechos con otras personas, con base a la empatía y la confianza mutua.
- **Autonomía:** Hace hincapié a la facultad de afrontar la presión social, por lo que se relaciona con criterios de autodeterminación e independencia.
- **Dominio del entorno:** Se refiere a la presencia de un sentido de control y dominio en el manejo de los contextos en donde se está interactuando, incluyendo la facultad para aprovechar las oportunidades que el entorno

ofrece y poder elegir o cambiar aquellos entornos en donde estén inmersos las propias necesidades y valores.

- **Propósitos en la vida:** Se refiere al significado que cada individuo le otorga a la vida, integrando experiencias pasadas, presentes y lo que se espera que traiga el futuro.
- **Crecimiento personal:** Hace hincapié a la capacidad de estar abiertos a experiencias que enriquecen el potencial, por lo que, se tiene la sensación de estar creciendo y desarrollándose continuamente.

A continuación, se presenta una tabla en la cual se da a conocer el nivel óptimo y deficitario de las dimensiones propuestas por Ryff (Vázquez y Hervás, 2008) (Véase Tabla 1):

Tabla 1: Nivel óptimo y deficitario de las dimensiones propuestas por Ryff

Dimensión	Nivel óptimo	Nivel Deficitario
Autoaceptación	Aceptación de aspectos positivos y negativos, valoración positiva de su pasado y actitud positiva hacia uno mismo.	Uso extremo de criterio externos y perfeccionismo.
Relaciones positivas con otros	Preocupación por el bienestar de lo demás, capaz de fuerte afecto, intimidad y empatía y por lo tanto tiene relaciones estrechas y cálidas con los demás.	Déficit en la empatía, afecto e intimidad.
Autonomía	Resistencia de presiones sociales, estabilizar su conducta desde dentro, tiene determinación, es independiente y se autoevalúa con sus propósitos criterios.	Es complaciente e indeciso, no muestra sus preferencias, tiene actitud sumisa y bajo nivel de asertividad.

Dominio del entorno	Es capaz de elegir contextos adecuados o creárselos, saca provecho de las oportunidades, por lo tanto, tiene sensación de control, de competencias y de actividades.	Sensación de control, locus externo generalizado y sentimiento de indefensión.
Propósitos en la vida	Objetivos claros en la vida, sensación de que el pasado y el presente tienen algún sentido y sensación de llevar un rumbo.	Dificultades psicosociales y sensación de estar sin rumbo.
Crecimiento personal	Desarrollo continuo, abierto a nuevas experiencias, capacidad de apreciar mejorías personales y se ve así mismo en progreso.	Sensación de estancamiento.

3.8 Teoría Ecológica de Urie Bronfenbrenner

Existen diversos factores que llegan a influir en el bienestar de cada individuo, estos factores son tan variados y numerosos como complicados. Además, se ubican en diversos niveles y la influencia que se ejerce es de manera diferente, pudiendo ser de una manera directa y/o indirecta sobre el individuo, manteniendo diversas conexiones en su entorno.

Por lo tanto, Urie Bronfenbrenner un psicólogo estadounidense de hace un par de décadas, tenía la idea de que la gran mayoría de la psicología evolutiva de esa época se enfocaba en la conducta extraña de los niños en situaciones extrañas con adultos extraños (Bronfenbrenner, 1979). Por lo que, la premisa principal de Bronfenbrenner es que los contextos naturales son la fuente principal de influencia en la conducta humana, afirmando que el desarrollo psicológico de los individuos está, en su mayoría, en función de la interacción de este con el contexto o el entorno que le rodea. Es así que Lewin (1936) menciona que la conducta nace en función del intercambio del individuo con el ambiente, es por ello que el individuo se ve

influenciado por los vínculos que se desarrollan entre los entornos de estos (Bronfenbrenner, 1979).

De estas premisas nace lo que Bronfenbrenner denomina el *ambiente ecológico* formado por un conjunto de niveles, siendo estos los siguientes:

1) Microsistema

Es el sistema más cercano al individuo, incluye conductas, comportamientos, roles y vínculos que caracterizan a los contextos cotidianos, estos son en donde el individuo crea vínculos cara a cara, como son, la familia, los amigos y el trabajo.

2) Mesosistema

Según Bronfenbrenner “comprende las interrelaciones de dos o más entornos en los que la persona en desarrollo participa activamente (familia, trabajo y vida social). Es por tanto un sistema de microsistemas. Se forma o amplía cuando la persona entra en un nuevo entorno” (Bronfenbrenner, 1979, p. 44). Es decir, son los vínculos que se desarrollan en los diferentes contextos en los que se está desarrollando el individuo.

3) Exosistema

Se describe como la no participación activa del individuo en uno o más entornos; sin embargo, en estos se producen hechos que de alguna manera perjudican los hechos del entorno en donde el individuo se desarrolla, estos pueden ser, el lugar de trabajo de la pareja, los grupos de amigos de la pareja, de la familia, etc. (Bronfenbrenner, 1979).

4) Macro sistema

Se refiere a la influencia de factores ligados a las peculiaridades de la cultura y momento histórico-social, ya que, al estar en una cultura y momento histórico-social, los sistemas micro, meso y exosistemas van hacer totalmente diferentes unos de otros.

MÉTODO

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A finales del 2019 se reportó el primer caso de COVID-19 en Wuhan, China. Posteriormente, debido a la gravedad de los casos, la Organización Mundial de Salud la declara en marzo de 2020 como una nueva pandemia mundial (Palacios et al., 2020). La pandemia por COVID-19 fue un problema porque trajo múltiples cambios para todos los individuos, la muerte de millones de personas en todo el mundo, pérdidas económicas, paralizaciones en los sistemas médicos, escolares, laborales, políticos y colapsos en la salud mental, debido a que, no solamente los individuos infectados por el virus fueron afectados, sino también, los familiares y cuidadores, quienes con mayor o menor medida han experimentado una amplia diversidad de secuelas.

Referente a la salud Mental, la pandemia COVID-19 ha incrementado 34% los niveles de ansiedad (Lakhan et al., 2020), de la desregulación emocional (Gubler et al., 2021) y por lo tanto han bajado los niveles del bienestar psicológico. Por consiguiente, el personal de salud refiere múltiples secuelas, desde traumas relacionados con las muertes de sus pacientes que presentan COVID-19, hasta ansiedad relacionada con la sobrecarga de trabajo, dificultades al usar nuevas técnicas de trabajo y afectaciones en lo moral (Liberati et al., 2021).

Las investigaciones científicas han documentado que el personal médico que estuvo durante meses encargados de pacientes infectados por el COVID-19, son quienes más han sufrido los diversos efectos psicológicos, entre ellos la ansiedad, producidos por este coronavirus (Lee et al., 2007; Reynolds et al., 2008). Por lo tanto, la ansiedad es un problema porque diversas investigaciones evidencian el gran aumento que existe. En China se encontró que un 28.8% de las personas presentaron una ansiedad considerada de moderada a grave (Wang et al., 2020). Otro estudio en Turquía identificó que los niveles de ansiedad fueron de 45.1% (Özdin y Özdin, 2020). Diversas investigaciones llevadas a cabo en México

muestran una prevalencia de ansiedad en la población general del 22.6% (Cortés-Álvarez et al., 2020). A su vez, en una muestra de mujeres mexicanas se identificaron niveles de ansiedad en el 46.1%, de las participantes (Suárez-Rico et al., 2021).

Ahora bien, en el personal de salud la ansiedad es un problema porque de acuerdo con Huang et al. (2020), la tasa de ansiedad fue del 23.04%, siendo mayor en la población femenina con un 25.67% ante la masculina con el 11.63%. Southwick y Southwick encontraron una prevalencia de ansiedad del 45% entre el personal de salud durante la pandemia. También la investigación de Yepes y Palacio (2010) demostró que la prevalencia de la ansiedad fue de 59.1% mayor a la población en general, teniendo una prevalencia mayor en mujeres de 68.4%, respecto a los hombres con 48.5%. Otra investigación realizada por Anticona (2017) en el personal de salud del hospital Daniel Alcides Carrión, reveló que el trastorno de ansiedad de la muestra referida fue de un 75% en relación con la población en general, donde la prevalencia en esta fue más del 30%. Esto indica que la prevalencia en el personal de salud es más alta que en la población en general.

Por otra parte, la regulación emocional es un proceso para hacerle frente a múltiples situaciones de la vida cotidiana que se presentan en diferentes ámbitos como el familiar, el escolar y social, las emociones cumplen un rol regulador del comportamiento como impulsor de una conducta adaptativa, social y de supervivencia (Pérez y Guerra, 2014). Por esta razón la inapropiada regulación emocional es un problema porque trae consigo múltiples trastornos, como lo son: ansiedad, trastornos de afecto, trastorno límite de la personalidad, dependencia de sustancias, trastorno por estrés postraumático y trastornos alimenticios (Rodríguez et al., 2017). Así mismo, la inapropiada regulación emocional se observa también a nivel cerebral, a través del aumento de ciertas estructuras cerebrales, como la amígdala y la ínsula, las cuales son indispensables en el manejo de las emociones y al existir alteraciones se da una disminución en la sensación de bienestar del individuo, es por ello que estudiar la regulación emocional es fundamental para que

al individuo le ayude a obtener estrategias de afrontamiento saludable (Calvo et al., 2014).

Por otra parte, con respecto a la tercera variable de este estudio, el bienestar psicológico es entendido como el impulso que el ser humano realiza para perfeccionarse y cumplir con su máximo potencial. Para esto, debe tener un propósito de vida que le ayude a darle significado, mediante la percepción positiva y experiencias agradables (Ryft, 1989). Ahora bien, presentar niveles bajos de bienestar psicológico en el personal de salud es un problema porque dependiendo de las diversas fases de la pandemia, se presentaron síntomas ansiosos, depresivos y síntomas similares al estrés postraumático, dando como consecuencia la toma de decisiones inadecuada, afectaciones en la atención y por ende bajos niveles de bienestar psicológico (Huarcaya-Victoria, 2020). De acuerdo con la investigación que realizaron Apaza y Bernal (2021) en donde se reporta que el 61.40% de la población estudiada no cuenta con estabilidad emocional. En la investigación realizada por Torres (2021) se menciona que el 54.3 % de la población estudiada se encuentra en un nivel bajo y regular de bienestar psicológico. Solo por dar algunos ejemplos, estas investigaciones nos revelan la prevalencia del bienestar psicológico y los posibles trastornos mentales causados por la pandemia por COVID-19.

Por lo tanto, se plantea la siguiente **Pregunta de investigación**: ¿Cuál es la relación entre la ansiedad, estrategias adaptativas y bienestar psicológico postCOVID-19 en el personal de salud de la Jurisdicción Sanitaria Atlacomulco? Teniendo como **Objetivo general**: Examinar la relación entre la ansiedad, estrategias adaptativas y bienestar psicológico postCOVID-19 en el personal de salud de la Jurisdicción Sanitaria Atlacomulco. De esta forma se presentan los siguientes **Objetivos específicos**: Describir los síntomas post-COVID-19 en el personal de salud de la Jurisdicción Sanitaria Atlacomulco; Describir la ansiedad en el personal de salud de la Jurisdicción Sanitaria Atlacomulco; Describir las estrategias adaptativas de la regulación emocional en el personal de salud de la Jurisdicción Sanitaria Atlacomulco; Describir el bienestar psicológico en el personal

de salud de la Jurisdicción Sanitaria Atlacomulco. Finalmente, se comparará ente hombres y mujeres la ansiedad, estrategias adaptativas y bienestar psicológico postCOVID-19 en el personal de salud de la Jurisdicción Sanitaria Atlacomulco.

HIPÓTESIS

Ha= Existe una relación estadísticamente significativa entre la ansiedad, estrategias adaptativas y el bienestar psicológico post-COVID-19 en el personal de salud de la Jurisdicción Sanitaria Atlacomulco.

Ho= No existe una relación estadísticamente significativa entre la ansiedad, estrategias adaptativas y el bienestar psicológico post-COVID-19 en el personal de salud de la Jurisdicción Sanitaria Atlacomulco.

TIPO DE ESTUDIO

Esta investigación es de tipo cuantitativa, transversal, comparativo, correlacional y no experimental (Hernández et al., 2014).

VARIABLES

ANSIEDAD

Definición conceptual:

La ansiedad es descrita en torno a los síntomas físicos de excitación, ataques de pánico, tensión muscular y miedo (temblor o desmayo), destacando los vínculos entre una respuesta aguda de miedo y peligro (Lovibond & Lovibond, 1995).

Definición operacional:

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

BIENESTAR PSICOLÓGICO

Definición conceptual:

El bienestar psicológico se define, según Ryff y Keyes (1995), como un esfuerzo para que el ser humano se perfeccione y cumpla con su potencial, lo cual tiene que

Trver con tener un propósito de vida que ayude a darle significado. Esto implica asumir retos y realizar esfuerzos para superarlos y así alcanzar las metas propuestas.

Definición operacional:

Serán las respuestas que emitan los participantes en la Escala de Bienestar Psicológico (Ryff's Psychological Well-being Scale) creada por Ryff (1989). La versión en español que se empleó en esta investigación fue realizada por Díaz et al. (2006)

REGULACIÓN EMOCIONAL

Definición conceptual:

La regulación emocional se define como el proceso que realizamos para influir en las emociones que experimentamos, los momentos en que las experimentamos, cómo las experimentamos y la manera en cómo las expresamos (Gross, 1998).

Definición operacional:

Serán las respuestas que emitan los participantes en el Cuestionario Cognitivo de Regulación Emocional (Cognitive Emotion Regulation Questionnaire [CERQ]) realizado por Garnefski et al, (2001). La versión en español que se empleó en esta investigación fue realizada por Domínguez et al. (2013).

SÍNTOMAS POSTCOVID-19

Definición conceptual:

Los síntomas postCOVID-19 han sido definidos como un estado de confusión mental, carencia de claridad mental o fatiga la cual afecta principalmente los procesos cognitivos (Bradford et al., 2022).

Definición operacional:

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

INSTRUMENTOS

SÍNTOMAS POSTCOVID-19

Para medir esta variable se empleará el Cuestionario de Impacto Psicológico del Coronavirus (CIPC) desarrollado por Sandín et al. (2020). Este cuestionario tiene el objetivo de medir los efectos psicológicos relacionados con la pandemia por COVID-19. Incluye 93 reactivos divididos en nueve escalas: Experiencia con el Coronavirus, Uso de los Medios de Comunicación, Conductas Asociadas al Confinamiento, Uso de Conductas Preventivas, Escala de Miedo al Coronavirus, Escala de Distrés, Escala de Síntomas de Estrés Postraumático, Escala de Interferencia por el Coronavirus y Escala de Experiencias Positivas ante las Adversidades (EEPA). La consistencia interna de las dimensiones oscila entre $\alpha = .79$ y $\alpha = .93$ (Sandín et al., 2020), (Véase anexo 1).

ANSIEDAD

Para la medición de la variable ansiedad se utilizó la escala DASS (Depression, Anxiety, and Stress Scales 42 (DASS-42); Lovibond & Lovibond, 1995). Este instrumento tiene el objetivo de medir la magnitud de los síntomas presentes en la depresión, ansiedad y estrés. La escala de depresión DASS evalúa el estado de ánimo, la motivación y la autoestima, mientras que la escala de ansiedad DASS se centra en la excitación fisiológica, el miedo y el pánico. La escala de estrés DASS evalúa la magnitud de la tensión y la irritabilidad. DASS puede discriminar entre los tres estados negativos como prueba de detección por parte de investigadores y médicos. Esta escala incluye 42 reactivos divididos en cada una de estas tres escalas (Depresión, ansiedad y estrés), incluyendo 14 reactivos en cada una, presenta una escala de respuesta de 0 a 3, donde 0 significa "no me aplicó" y 3 significa "me aplicó mucho". Para los fines de esta investigación solo se empleará la escala de ansiedad.

La escala ha reportado niveles aceptables de consistencia interna con alfas de Cronbach que oscilan entre .84 para la ansiedad, .90 para el estrés y .91 para la depresión. Asimismo, mostró índices apropiados en los análisis de validez convergente (Lovibond & Lovibond, 1995), (Véase anexo 2).

REGULACIÓN EMOCIONAL

Para la medición de la variable Regulación emocional se utilizó el Cuestionario Cognitivo de Regulación Emocional (Cognitive Emotion Regulation Questionnaire [CERQ]) realizado por Garnefski et al. (2001). La versión en español que se empleó en esta investigación fue realizada por Domínguez et al, (2013). Este instrumento tiene como objetivo el analizar no solamente el estilo cognitivo general, sino también el tipo de estrategia emocional empleado para manejar una situación emocional, así mismo examina estrategias de regulación emocional inadecuadas y también funcionales. Este cuestionario incluye 36 reactivos divididos en nueve factores (Aceptación, Focalización Positiva, Reinterpretación Positiva, Poner en Perspectiva, Focalización en los Planes, Auto culparse, Rumiación, Culpar a Otros y Catastrofización).

Presenta una escala de respuesta tipo Likert de cinco opciones que va de 1 (casi nunca) hasta 5 (casi siempre). En las diversas investigaciones que han analizado sus propiedades psicométricas se han encontrado índices adecuados. Para la consistencia interna, las alfas de Cronbach han oscilado entre .68 y .93. Asimismo, el CERQ ha obtenido buenos indicadores de validez convergente y discriminante (Garnefski & Kraaij, 2007), (Véase anexo 3).

BIENESTAR PSICOLÓGICO

Para la medición de la variable Bienestar psicológico se utilizó la Escala de Bienestar Psicológico (Ryff's Psychological Well-being Scale) creada por Ryff (1989). La versión en español que se empleó en esta investigación fue realizada por Díaz et al. (2006) la cual consta de 39 reactivos agrupados en seis dimensiones (Autoaceptación, Relaciones positivas, Autonomía, Dominio del entorno, Crecimiento personal y Propósito en la vida).

Teniendo como objetivo **en la dimensión de autoaceptación** identificar la principales características del funcionamiento positivo de la persona, en la **dimensión relaciones positivas** identificar si se tienen relaciones de calidad con los demás, gente con la que se pueda contar, alguien a quien amar, **en la**

dimensión de autonomía identificar si se tiene la sensación de que pueda elegir por sí mismo, tomar sus propias decisiones para sí y para su vida, incluso si van en contra de la opinión mayoritaria, mantener su independencia personal y sus convicciones, **en la dimensión de dominio del entorno** identificar el manejo de las exigencias y oportunidades de su ambiente para satisfacer sus necesidades y capacidades, **en la dimensión de crecimiento personal** identificar la capacidad del individuo de aprovechar sus talentos, habilidades y capacidades para seguir creciendo como persona y por último, **la dimensión de propósitos en la vida** identificar si el individuo tiene metas claras y capacidad para definir objetivos vitales.

Presenta una forma de respuesta tipo Likert que van de 1 a 6, donde 1=Totalmente en Desacuerdo y 6=Totalmente de Acuerdo. Sus propiedades psicométricas han sido evaluadas reiteradamente encontrando buenos indicadores. Específicamente, la confiabilidad de la escala presenta alfas de Cronbach entre .70 y .84. Asimismo, la validez factorial se comprobó mediante un análisis factorial confirmatorio donde se encontraron que el modelo se ajustó de manera adecuada ($X^2 = 615.76$, $df = 345$, $AIC = 788.16$, $CFI = .05$, $NNFI = .94$ y $RMSEA = .04$) (Díaz et al., 2006), (Véase anexo 4).

POBLACIÓN

Los participantes fueron los miembros del personal de salud de la jurisdicción Sanitaria de Atlacomulco, fue todo personal de salud que voluntariamente quiso participar en esta investigación. Entre ellos enfermeras, médicos, psicólogos, nutriólogos y odontólogos.

MUESTRA

Se empleó un muestreo no probabilístico por conveniencia. Con la finalidad de obtener la muestra adecuada se siguieron los criterios postulados por Aiken y colaboradores, (2003) y Hurlburt (2006). Considerando un nivel de significancia de .05 el tamaño de efecto de .30 (mediano) y una potencia de .80, se determinó que el tamaño de la muestra debe ser de 90 participantes como mínimo. En la presente investigación se incluyeron 183 participantes, 91 médicos, 71 enfermeros, 9 odontólogos, 7 nutriólogos y 5 psicólogos.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN

INCLUSIÓN:

- Tener una edad entre los 18 y los 65 años
- Ser miembro del personal de salud de la Jurisdicción Sanitaria de Atlacomulco

EXCLUSIÓN:

- Personas que no firmen el consentimiento informado

ELIMINACIÓN:

- Cuestionarios inconclusos

DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

La investigación fue no experimental de tipo transversal, de acuerdo con Hernández et al, (2014), la investigación no experimental, es un estudio realizado sin la manipulación intencional de las variables, que solo observa el fenómeno en su ambiente natural para analizarlo posteriormente. Los mismos autores plantean que el tipo transversal refiere a estudios que recaban datos en un único momento.

CAPTURA DE INFORMACIÓN

- Se realizaron los permisos correspondientes en la jurisdicción Sanitaria Atlacomulco
- Posteriormente, la Jurisdicción Sanitaria Atlacomulco nos asignó los lugares de Acambay, el Oro y Temascalcingo para la aplicación.
- Se realizaron visitas en cada lugar para acordar día y hora de la aplicación.
- Los días y horas acordadas se realizaron las aplicaciones.
- Una vez llegado el día y hora de aplicación en cada lugar, primeramente, se realizó una presentación, posteriormente se leyó el consentimiento informado, aclarando que la información dada es para fines de la investigación y que la participación es voluntaria, los participantes que decidieron colaborar con la investigación lo firmaron y se les dieron los instrumentos.

- Se dejó un lapso de 40 minutos para que respondan de manera adecuada los instrumentos.
- Al término de la aplicación se agradeció por su participación, tanto a las instituciones como al personal de salud que colaboraron en la realización de esta investigación.

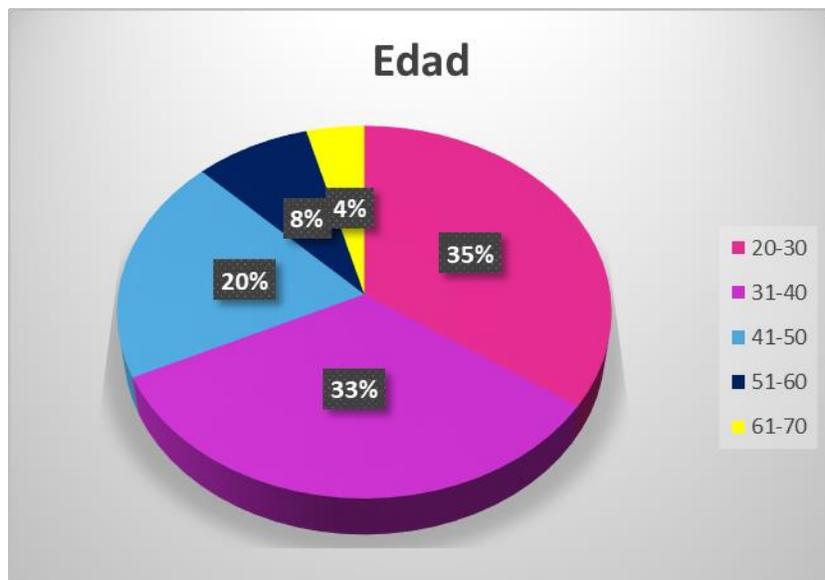
ANÁLISIS DE LOS DATOS

En un primer momento los datos recabados fueron analizados mediante procesos estadísticos descriptivos, con la finalidad de examinar las características de las variables medidas. Posteriormente, se realizaron análisis de diferencias de grupo y correlaciones para identificar los síntomas de los predictores en la salud mental de los participantes.

RESULTADOS

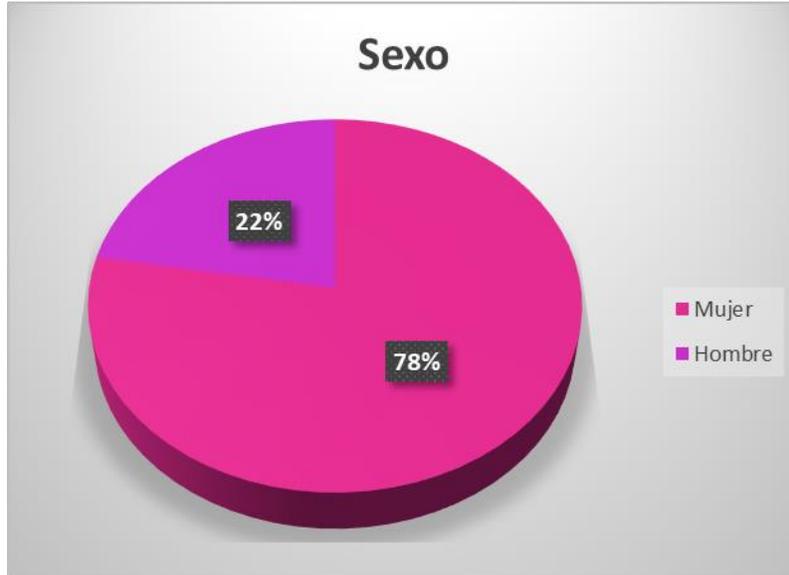
Con base en los instrumentos aplicados a la muestra del personal de salud de la jurisdicción Sanitaria de Atlacomulco, se realizó un análisis descriptivo de las variables sociodemográficas y las variables de estudio, obteniendo de las primeras los siguientes resultados:

Figura 1: EDAD



De acuerdo con los resultados obtenidos, el 35% del personal de salud de la muestra tiene entre 20 a 30 años de edad.

Figura 2: SEXO



De acuerdo con los resultados obtenidos el 78% del personal de salud de la muestra es mujer y el 22% es hombre.

Figura 3: ESCOLARIDAD



De acuerdo con los resultados obtenidos el 65% del personal de salud de la muestra tiene el nivel de estudios de licenciatura.

La segunda parte de los análisis estadísticos descriptivos tuvo la finalidad de examinar los niveles que se presentan con respecto a cada variable de estudio. Con respecto a la variable de Post-Covid-19, se obtuvieron los siguientes resultados.

Cuestionario de Impacto Psicológico del Coronavirus (CIPC)

De acuerdo con los resultados obtenidos a partir del Cuestionario de Impacto Psicológico del Coronavirus (CIPC), los síntomas que más se presentan en el personal de salud de la jurisdicción Sanitaria de Atlacomulco fueron las Experiencias con el coronavirus, Miedo al coronavirus y las Experiencias positivas ante la adversidad, mientras que los síntomas que menos se presentan fue el Estrés postraumático y el Distrés (Véase tabla 1).

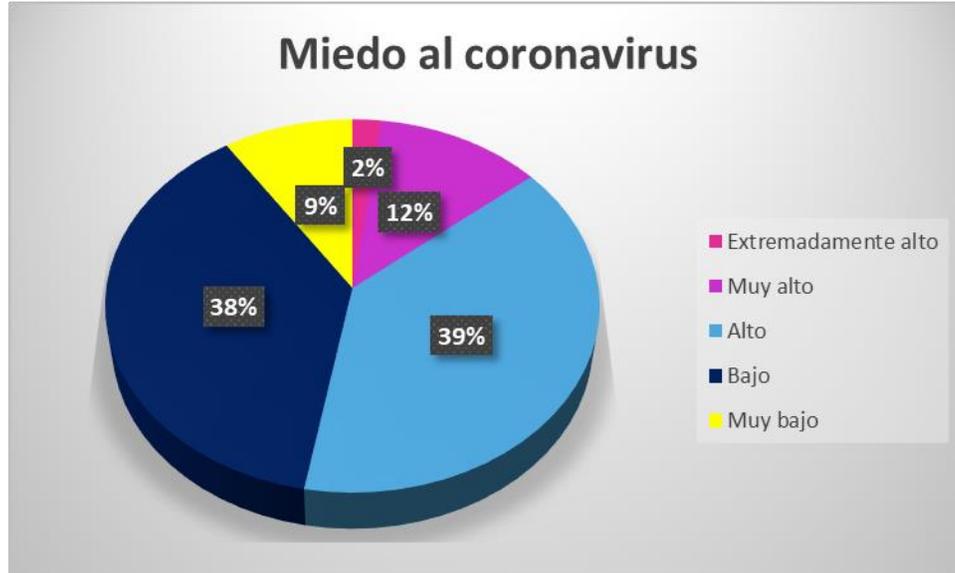
Tabla 1: Estadísticos descriptivos de los síntomas del Impacto Psicológico del Coronavirus, presentados por el personal de salud de la jurisdicción Sanitaria de Atlacomulco

Estadísticos	MAC	ECC	EPA	DIS	EP
Media	16	3	24	12	4
Mediana	16	3	24	10	2
Moda	23	3	30	6	0
Desviación estándar	8	2	9	9	5
Mínimo	0	0	0	0	0
Máximo	36	8	43	38	25

Nota: MAC= Miedo al coronavirus, ECC= Experiencia con el coronavirus, EPA= Experiencias positivas ante la adversidad, DIS= Distrés, EP= Estrés postraumático.

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

Figura 4: MIEDO AL CORONAVIRUS



Respecto a la dimensión miedo al coronavirus, el nivel predominante en el personal de salud de la muestra es alto con un 39% (Figura 4).

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

Figura 5: EXPERIENCIA CON EL CORONAVIRUS



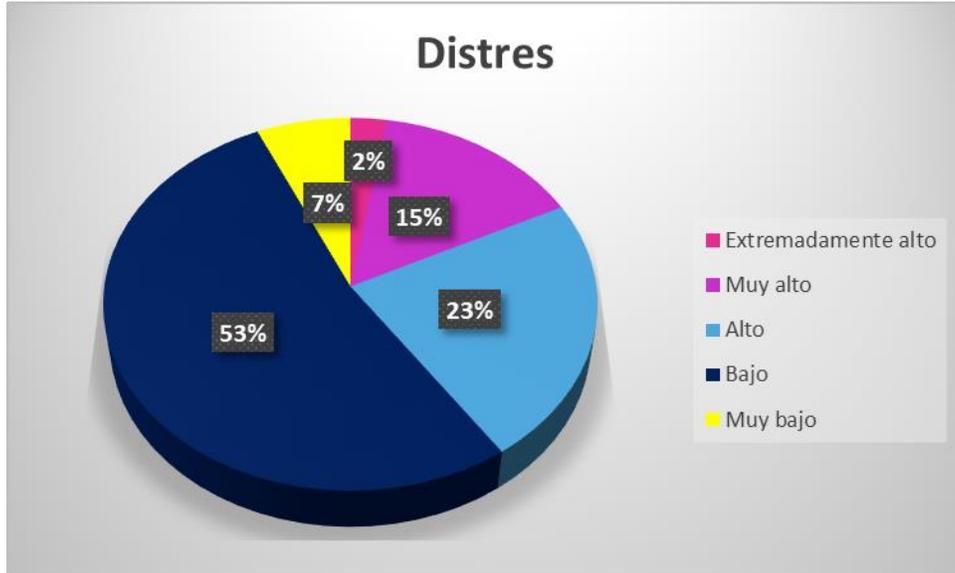
Respecto a la dimensión experiencia con el coronavirus, el nivel predominante en el personal de salud de la muestra es alto con un 59% (Figura 5).

Figura 6: EXPERIENCIAS POSITIVAS ANTE LA ADVERSIDAD



Respecto a la dimensión experiencias positivas ante la adversidad, el nivel predominante en el personal de salud de la muestra es alto con un 38% (Figura 6).

Figura 7: DISTRES



Respecto a la dimensión distrés, el nivel predominante en el personal de salud de la muestra es bajo con un 53% (Figura 7).

Figura 8: ESTRÉS POSTRAUMÁTICO



Respecto a la dimensión estrés postraumático, el nivel predominante en el personal de salud de la muestra es bajo con un 67% (Figura 8).

Por otra parte, con respecto a los análisis estadísticos descriptivos de la variable ansiedad se obtuvieron los siguientes resultados.

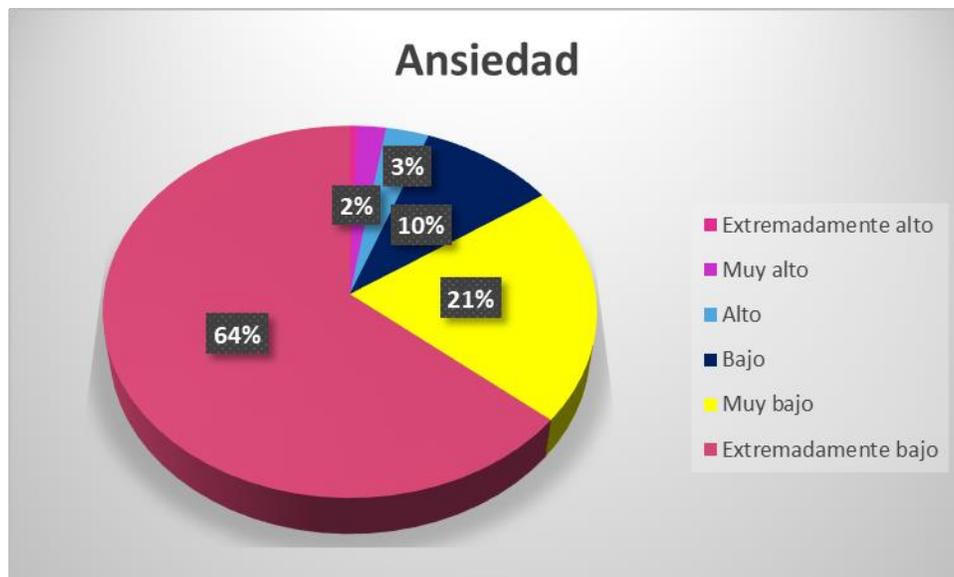
ESCALA DASS (DEPRESSION, ANXIETY, AND STRESS)

De acuerdo con los resultados obtenidos, el personal de salud de la jurisdicción Sanitaria de Atlacomulco, presentan niveles bajos de ansiedad (Véase tabla 2).

Tabla 2: Estadísticos descriptivos de la ansiedad, presentados por el personal de salud de la jurisdicción Sanitaria de Atlacomulco

Estadísticos	ANSIEDAD
Media	6
Mediana	3
Moda	0
Desviación estándar	7
Mínimo	0
Máximo	39

Figura 9: ANSIEDAD



Respecto a la variable ansiedad, el nivel predominante en el personal de salud de la muestra es extremadamente bajo con un 64% (Figura 9).

Por otra parte, con respecto a los análisis estadísticos descriptivos de la variable estrategias adaptativas se obtuvieron los siguientes resultados

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

De acuerdo con los resultados obtenidos a partir del Cuestionario Cognitivo de Regulación Emocional (Cognitive Emotion Regulation Questionnaire [CERQ]), las estrategias adaptativas de regulación emocional menos utilizadas por el personal de salud de la jurisdicción Sanitaria de Atlacomulco son: la Aceptación, Reenfoque positivo y Poner perspectivas, mientras que las estrategias que más se utilizan son Reenfoque planeación y Reevaluación (Véase tabla 3).

Tabla 3: Estadísticos descriptivos de las estrategias adaptativas de regulación emocional utilizadas por el personal de salud de la jurisdicción Sanitaria de Atlacomulco.

Estadísticos	AC	RPO	RPLA	REE	PP	TOTAL
Media	5	7	8	9	7	666
Mediana	4	6	8	8	6	224
Moda	0	4	8	8	5	-----
Desviación estándar	4	4	4	4	4	516
Mínimo	0	0	2	1	0	15
Máximo	16	16	17	16	16	1259

Nota: AC= Aceptación, RPO= Reenfoque positivo, RPLA= Reenfoque planeación, REE= Reevaluación, PP= Poner perspectivas.

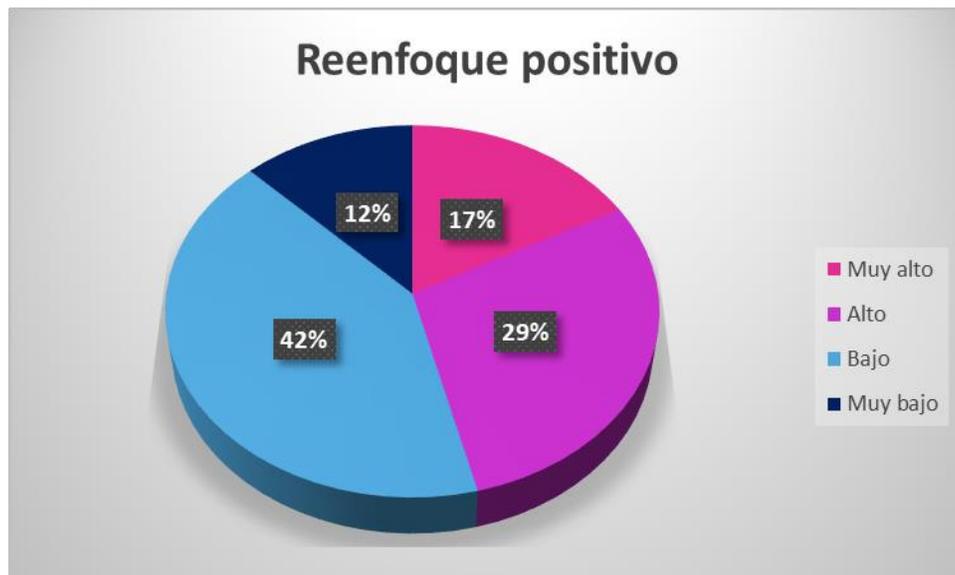
Dentro de cada Estrategia Adaptativa de Regulación Emocional se puede profundizar en el nivel de cada una de estas. Para llevar a cabo la categorización de cada nivel se utilizó como criterio la media y la desviación estándar.

Figura 10: ACEPTACIÓN



Respecto a la dimensión aceptación, se aprecia que el nivel predominante es bajo, lo que indica que el 63% del personal de salud muestran no hacer uso de esta estrategia adaptativa (Figura 10).

Figura 11: REENFOQUE POSITIVO



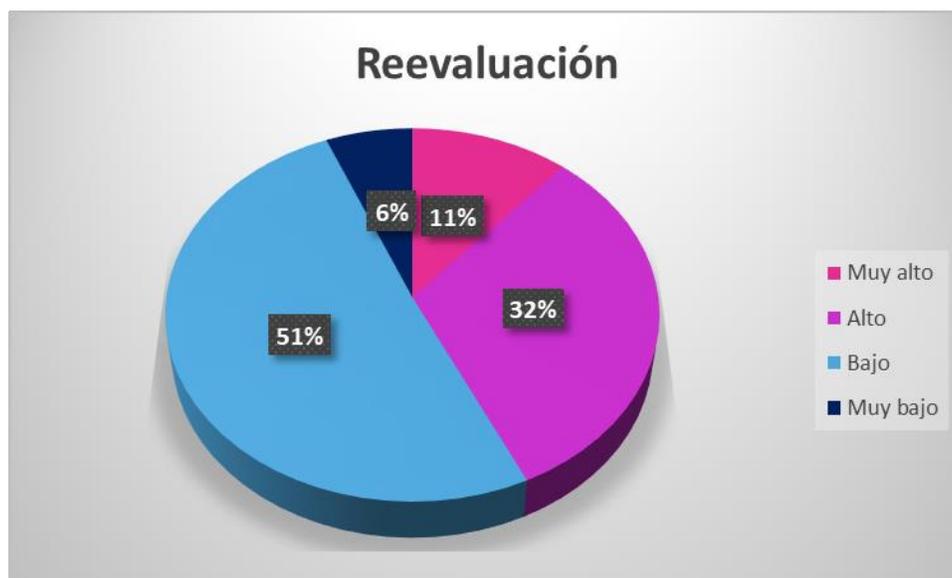
Respecto a la dimensión reenfoque positivo, se aprecia que el nivel predominante es bajo, lo que indica que el 42% del personal de salud muestran no hacer uso de esta estrategia adaptativa (Figura 11).

Figura 12: REENFOQUE PLANEACIÓN



Respecto a la dimensión reenfoque positivo, se aprecia que el nivel predominante es alto, lo que indica que el 42% del personal de salud muestran hacer uso de esta estrategia adaptativa (Figura 12).

Figura 13: REEVALUACIÓN



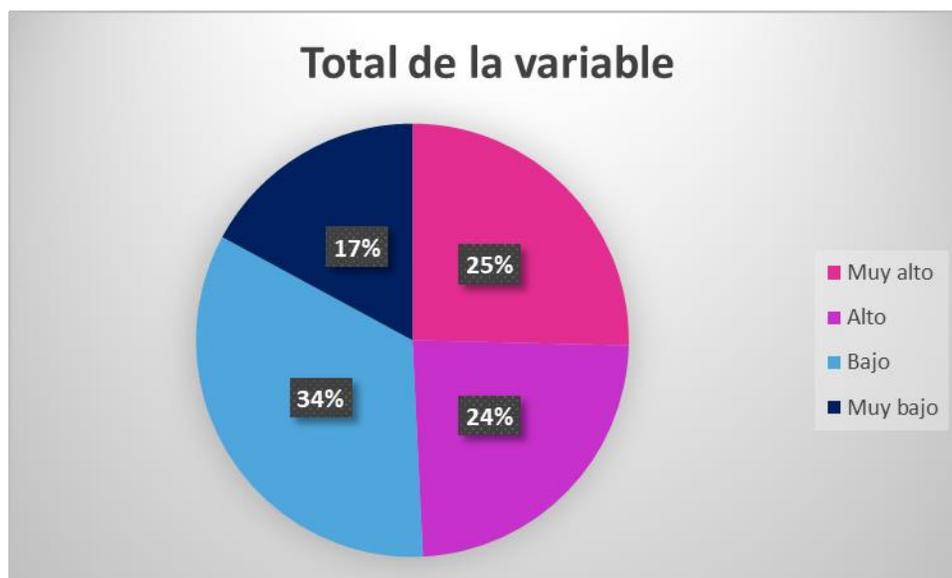
Respecto a la dimensión reevaluación, se aprecia que el nivel predominante es bajo, lo que indica que el 51% del personal de salud muestran no hacer uso de esta estrategia adaptativa (Figura 13).

Figura 14: PONER PERSPECTIVAS



Respecto a la dimensión poner perspectivas, se aprecia que el nivel predominante es bajo, lo que indica que el 46% del personal de salud muestran no hacer uso de esta estrategia adaptativa (Figura 14).

Figura 15: TOTAL DE LA VARIABLE ESTRATEGIAS ADAPTATIVAS



Respecto al total de la variable estrategias adaptativas, se aprecia que el nivel predominante es bajo, lo que indica que el 34% del personal de salud muestran no hacer uso de estas estrategias adaptativas (Figura 15).

Para finalizar con los estadísticos descriptivos, respecto a la variable bienestar psicológico se obtuvieron los siguientes resultados.

ESCALA DE BIENESTAR PSICOLÓGICO

De acuerdo con los resultados obtenidos a partir de la escala de Bienestar Psicológico, las dimensiones que menos se presentan en el personal de salud de la jurisdicción Sanitaria de Atlacomulco son: las Relaciones positivas y el Crecimiento personal, mientras que las dimensiones que sí se presentan son: la Autoaceptación, Autonomía, Dominio del entorno y Propósitos de vida (Véase tabla 4).

Tabla 4: Estadísticos descriptivos de las dimensiones del bienestar psicológico presentados por el personal de salud de la jurisdicción Sanitaria de Atlacomulco.

Estadísticos	AU	RPO	AUT	DE	CP	PP	TOTAL
Media	21	20	26	22	26	23	138
Mediana	22	19	26	22	26	23	138
Moda	24	18	22	20	24	22	111
Desviación estándar	5	4	5	4	4	4	22
Mínimo	7	12	12	12	15	12	9
Máximo	30	30	40	30	35	30	29

Nota: AU= Autoaceptación, RPO= Relaciones positivas, AUT= Autonomía, DE= Dominio del entorno, CP= Crecimiento Personal, Propósitos de vida.

Dentro de cada dimensión del Bienestar Psicológico, se puede profundizar en el nivel de cada una de estas. Para llevar a cabo la categorización de cada nivel se utilizó como criterio la media y la desviación estándar.

Figura 16: AUTOCEPTACIÓN



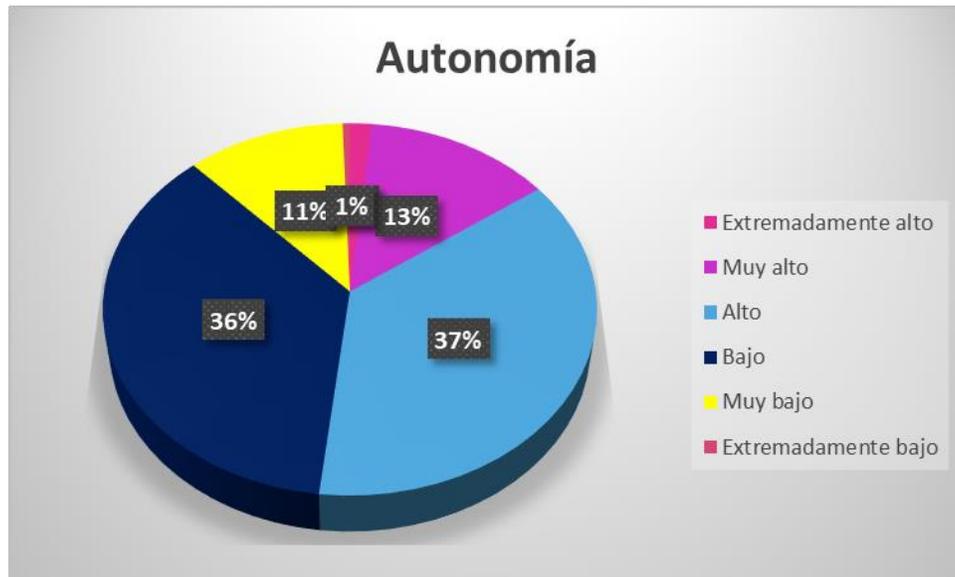
Respecto a la dimensión autoaceptación, el nivel predominante en el personal de salud de la muestra es alto con un 42% (Figura 16).

Figura 17: RELACIONES POSITIVAS



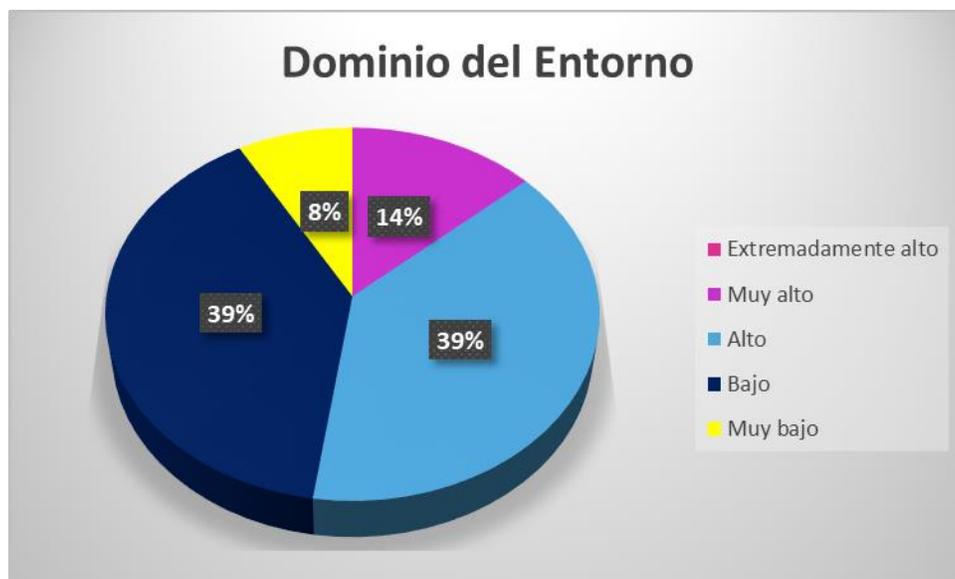
Respecto a la dimensión relaciones positivas, el nivel predominante en el personal de salud de la muestra es bajo con un 43% (Figura 17).

Figura 18: AUTONOMÍA



Respecto a la dimensión autonomía, el nivel predominante en el personal de salud de la muestra es alto con un 37% (Figura 18).

Figura 19: DOMINIO DEL ENTORNO



Respecto a la dimensión dominio del entorno, los niveles predominantes en el personal de salud de la muestra son alto con 39% y muy alto con 14% (Figura 19).

Figura 20: CRECIMIENTO PERSONAL



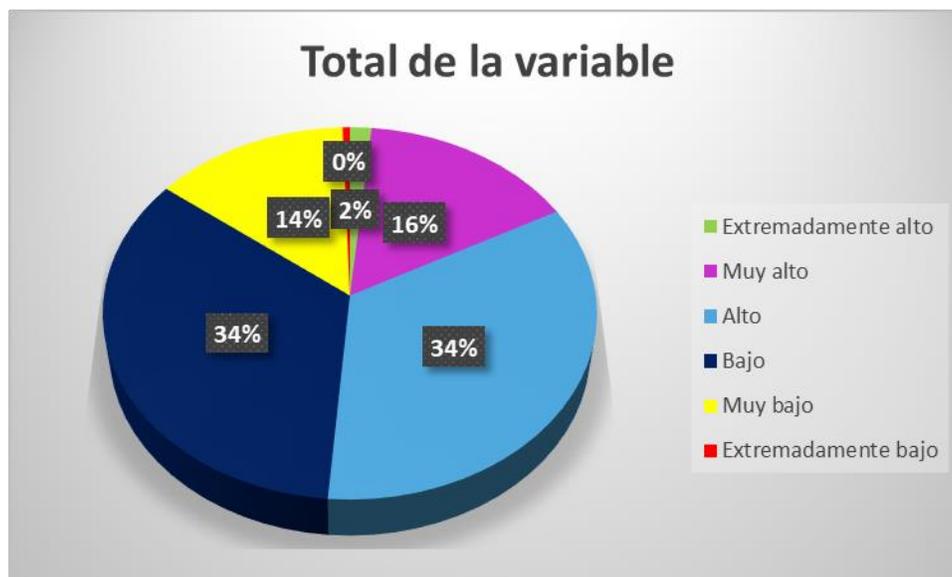
Respecto a la dimensión dominio del entorno, el nivel predominante en el personal de salud de la muestra es bajo con un 42% (Figura 20).

Figura 21: PROPÓSITOS DE VIDA



Respecto a la dimensión propósitos de vida, el nivel predominante en el personal de salud de la muestra es alto con un 37% (Figura 21).

FIGURA 22: TOTAL DE LA VARIABLE BIENESTAR PSICOLÓGICO



Respecto al total de la variable bienestar psicológico, se aprecia que el nivel predominante es bajo y alto, lo que indica que el 34% del personal de salud muestra tener bajos niveles de bienestar psicológico y otro 34% muestra tener altos niveles (Figura 21).

RESULTADOS CORRELACIONALES

Posteriormente, se llevaron a cabo los análisis inferenciales. De acuerdo con los resultados obtenidos a partir de la correlación de Pearson, dando a conocer la relación entre los síntomas Post-Covid-19, Ansiedad, Estrategias adaptativas y Bienestar psicológico (Véase tabla 5).

Tabla 5

Correlaciones entre las puntuaciones de síntomas Post-Covid 19, Ansiedad, Estrategias adaptativas y Bienestar Psicológico del Personal de salud de la Jurisdicción de Atlacomulco

Variable	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
1 Miedo al coronavirus	----																		
2 Experiencias	.223**	----																	
3 Experiencias positivas	.292**	.027	----																
4 Distrés	.432**	.110	.115	----															
5 Estrés postraumático	.398**	.325**	.168*	.510**	----														
6 ANSIEDAD	.263**	.190**	.141	.625**	.550**	----													
7 Aceptación	.243**	-.025	.087	.390**	.110	.313**	----												
8 Reenfoque positivo	.180*	.053	.239**	.019	.044	.102	.324**	----											
9 Reenfoque planeación	.021	-.024	.189**	-.111	-.097	-.054	.117*	.433**	----										
10 Revaluación	.146*	.022	.312**	.048	-.060	-.028	.223**	.458**	.442**	----									
11 Poner perspectivas	.102	-.047	.150*	.152*	-.012	.141*	.257**	.287**	.407**	.431**	----								
12 TOTAL ADAPTATIVAS	.206**	-.004	.284**	.148*	.000	.143*	.584**	.745**	.701**	.735**	.679**	----							
13 Autoaceptación	-.062	-.215**	-.066	-.338**	-.090	-.245**	-.247**	.164*	.324**	.293**	.144*	.190**	----						
14 Relaciones positivas	-.118	-.081	-.065	-.240**	-.130	-.187**	-.257**	.196**	.307**	.218**	.137	.169*	.533**	----					
15 Autonomía	-.033	-.106	-.042	-.366**	-.138	-.277**	-.222**	.326**	.373**	.225**	.141*	.214**	.676**	.588**	----				
16 Dominio entorno	-.102	-.132	.125	-.327**	-.106	-.228**	.191**	.142*	.334**	.330**	.159*	.217**	.749**	.454**	.597**	----			
17 Crecimiento personal	.072	-.121	.213**	-.234**	-.144*	-.203**	-.118	.233**	.358**	.291**	.197**	.274**	.604**	.455**	.479**	.639**	----		
18 Propósito de vida	-.006	-.009	.201**	-.268**	.024	-.147*	-.185**	.174*	.290**	.311**	.136	.205**	.772**	.428**	.574**	.764**	.671**	----	
19 TOTAL BP	-.077	-.138	.094	-.367**	-.120	-.266**	-.251**	.235**	.406**	.337**	.185**	.258**	.892**	.702**	.819**	.851**	.773**	.855**	----

Nota: *Sig= .05 **Sig= .01

De acuerdo con los resultados obtenidos a partir de la correlación de Pearson, se encontró una correlación positiva de fuerza grande y estadísticamente significativa entre la dimensión de Distrés y la variable de Ansiedad de ($r = .625^{**}$ $P < 0.01$). Esto significa que el personal presenta sentimientos de miedo, tristeza, preocupación, se sienten más solos, presentan irritabilidad, ira o agresión. Así mismo, se encontró una correlación positiva de fuerza grande y estadísticamente significativa entre la dimensión de Estrés postraumático y la variable Ansiedad ($r = .550^{**}$ $P < 0.01$). Esto significa que, a mayores niveles de pensamientos o recuerdos desagradables del coronavirus, mayores serán los síntomas de miedo, tristeza, preocupación, sentirse solos, presentar irritabilidad, ira o agresión.

Se obtuvo también una correlación positiva de fuerza media y estadísticamente significativa entre la dimensión Reenfoco en la planeación y la variable de Bienestar psicológico ($r = .406^{**}$ $P < 0.01$). Lo que indica que pensar en la manera y los pasos a seguir para manejar la situación ayuda a que se pueda enfrentar adecuadamente dicha situación. Así mismo se obtuvo una correlación negativa de fuerza media y estadísticamente significativa entre la dimensión del Distrés y la variable de Bienestar psicológico de ($r = -.367^{**}$ $P < 0.01$). Lo que quiere decir que entre más se presenten sentimientos de miedo, tristeza, preocupación, soledad, irritabilidad, ira o agresión, menor será la facultad para enfrentar situaciones desagradables.

Del mismo modo, en la estrategia de Reevaluación y el Bienestar psicológico se encontró una correlación positiva de fuerza media y estadísticamente significativa ($r = .337^{**}$ $P < 0.01$). Esto indica que reestructurar el pensamiento de forma positiva de una situación en concreta ayuda a que se pueda enfrentar adecuadamente dicha situación. Al mismo tiempo, se obtuvo una correlación positiva de fuerza media y estadísticamente significativa entre la dimensión de las Experiencias positivas del coronavirus y el uso de las Estrategias adaptativas. Esto indica que, entre mayores fueron las experiencias positivas que se vivieron en la pandemia del coronavirus, mayor fue el uso de las estrategias adaptativas de regulación emocional.

Al mismo tiempo se obtuvo una correlación negativa de fuerza media y estadísticamente significativa entre las variables de Ansiedad y Bienestar psicológico de ($r = -.266^{**} P < 0.01$). Es decir, a mayores sentimientos de miedo, tristeza, preocupación, soledad, irritabilidad, ira o agresión, menor será la facultad para enfrentar situaciones desagradables. También se encontró una correlación positiva de fuerza media y estadísticamente significativa entre el Miedo al coronavirus y la Ansiedad de ($r = .263^{**} P < 0.01$). Esto quiere decir que, entre más preocupación se tenía de contagiarse o morir por los coronavirus mayores serán los pensamientos de miedo, tristeza, preocupación, sentirse solos, irritabilidad, ira o agresión.

Se obtuvo una correlación positiva de fuerza media y estadísticamente significativa entre la dimensión de Reenfoque positivo y la variable Bienestar psicológico de ($r = .235^{**} P < 0.01$). Lo que quiere decir que, entre mayores pensamientos alegres y placenteros, mayor será la capacidad de autorrealizarse. Del mismo modo se encontró una correlación positiva de fuerza media y estadísticamente significativa entre la variable de Estrategias adaptativas y Bienestar psicológico ($r = .258^{**} P < 0.01$), lo que quiere decir que, a mayor uso de las diferentes estrategias de regulación emocional, mayor será el nivel de Bienestar psicológico.

De la misma manera se encontró una correlación positiva de fuerza media y estadísticamente significativa entre la dimensión del Miedo al coronavirus y el uso de las Estrategias adaptativas ($r = .206^{**} P < 0.01$). Esto indica que, entre más miedo a contagiarse o morir por coronavirus, mayor será el uso de las estrategias adaptativas de regulación emocional. Además, se encontró una correlación positiva de fuerza pequeña y estadísticamente significativa entre la dimensión de la Experiencias con el coronavirus y la variable de Ansiedad de ($r = .190^{**} P < 0.01$). Lo que indica que, si tuvo coronavirus, si fue hospitalizado o si algún familiar falleció por el coronavirus, mayor será el nivel de ansiedad.

Del mismo modo se obtuvo una correlación positiva de fuerza pequeña y estadísticamente significativa entre la dimensión de Distrés y el uso de las Estrategias adaptativas de ($r = .184^{**} P < 0.01$). Lo que quiere decir que, si se

presentan más sentimientos de miedo, tristeza, preocupación, se sienten más solos, presentan irritabilidad, ira o agresión, más se utilizarán las estrategias adaptativas de regulación emocional. Finalmente se obtuvo una correlación positiva de fuerza pequeña y estadísticamente significativa entre la variable de Ansiedad y el uso de las Estrategias adaptativas ($r = .143^{**}$ $P < 0.05$). Lo que quiere decir que, entre más nivel de ansiedad, mayor será el uso de las estrategias adaptativa de la regulación emocional.

De acuerdo con los resultados obtenidos a partir de la prueba *t* de Student para muestras independientes, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en la variable de estrés postraumático, reflejando una media más alta en las mujeres con 4.15 respecto al estrés postraumático de los hombres con una media de 2.21. También se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en la estrategia de Aceptación manifestando una media más alta en los hombres con una media de 5.67 respecto a la aceptación de las mujeres con una media de 4.18. Por último, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en la estrategia de Reenfoco en la planeación siendo esta mayor en los hombres con una media de 9.74 que en las mujeres con una media de 8.01 (Véase tabla 6 y 7).

Tabla 6.

Comparaciones por sexo de los síntomas del Impacto Psicológico del Coronavirus, presentados por el personal de salud de la jurisdicción Sanitaria de Atlacomulco

Variable	<i>t</i>	Sig.	Hombres		Mujeres	
			Media	Desviación estándar	Media	Desviación estándar
Miedo al coronavirus	1.276	.204	15.12	7.225	16.82	7.856
Experiencia con el coronavirus	-.361	.719	3.21	1.521	3.11	1.544
Experiencias positivas ante la adversidad	-.394	.694	24.30	8.428	23.68	9.321
Distrés	.334	.739	11.86	8.988	12.37	8.840
Estrés postraumático	2.298	.023	2.21	3.526	4.15	5.177

Tabla 7.

Comparaciones por sexo de las estrategias adaptativas de regulación emocional utilizadas por el personal de salud de la jurisdicción Sanitaria de Atlacomulco.

Variable	t	Sig.	Hombres		Mujeres	
			Media	Desviación estándar	Media	Desviación estándar
Aceptación	-2.197	0.29	5.67	4.444	4.18	3.776
Reenfoque positivo	-.060	.953	6.60	4.007	6.56	4.419
Reenfoque planeación	-2.825	.005	9.74	3.600	8.01	3.544
Reenfoque reevaluación	-1.007	.315	9.09	3.611	8.44	3.785
Poner perspectivas	-.339	.735	7.14	3.870	6.92	3.701
ESTRATEGIAS ADAPTATIVAS	-1.805	.073	38.26	13.586	34.11	13.201

A continuación, se presentan las tablas de los resultados de la prueba *t* de Student en las cuales no se encontraron diferencias estadísticamente significativas (Véase tabla 8 y 9).

Tabla 8.

Comparaciones por sexo de la variable Ansiedad, presentados por el personal de salud de la jurisdicción Sanitaria de Atlacomulco

Variable	t	Sig.	Hombres		Mujeres	
			Media	Desviación estándar	Media	Desviación estándar
Ansiedad			6.47	7.657	6.19	7.337

Tabla 9.

Comparaciones por sexo de las dimensiones del bienestar psicológico presentados por el personal de salud de la jurisdicción Sanitaria de Atlacomulco.

Variable	t	Sig.	Hombres		Mujeres	
			Media	Desviación estándar	Media	Desviación estándar
Autoaceptación	.414	.679	20.88	4.772	21.23	4.913
Relaciones positivas	-.139	.889	20.16	4.105	20.07	3.949
Autonomía	-.315	.753	26.28	5.165	25.99	5.413
Dominio del entorno	-1.734	.085	22.84	3.994	21.68	3.820
Crecimiento personal	-.923	.357	26.63	3.748	25.99	4.091
Propósitos de vida	-.440	.660	23.26	4.655	22.93	4.110
BIENESTAR PSICOLÓGICO	-.579	.563	140.05	22.231	137.89	21.384

DISCUSIÓN

El fenómeno de la pandemia afectó de diversas maneras al personal que labora en el medio hospitalario, especialmente a los médicos y personal de enfermería. Por ser el personal que desarrollaba sus funciones con gran cercanía a los pacientes infectados de SARS-COV2, los puso en un mayor riesgo de contraer dicho virus, García (2022). En este contexto, el objetivo principal de esta investigación ha sido examinar la relación entre la ansiedad, estrategias adaptativas y bienestar psicológico postCOVID-19 en el personal de salud de la Jurisdicción Sanitaria Atlacomulco.

En el presente estudio se encontró que los síntomas post-COVID-19 que más se presentaron son las Experiencias con el coronavirus (59%), Miedo al coronavirus (39%) y las Experiencias positivas ante la adversidad (38%). Estos resultados son diferentes a los encontrados en la investigación de Banda (2022), en donde se encontró que existe un nivel de miedo al Covid-19 considerado como regular en el 62% de los participantes. Estos síntomas se pudieron dar por la crisis de seguridad sanitaria que se presentó; en particular, los médicos sentían miedo de adquirir la enfermedad y morir como consecuencia de la infección (Holmes et al., 2020). No se encontraron similitudes con otras investigaciones, esto puede deberse a que este estudio se llevó a cabo tres años posteriores al inicio de la pandemia en México lo cual indicaría que los efectos postCovid-19 se han diluido en esta población.

Ahora bien, los resultados obtenidos de la variable ansiedad fueron menores a los encontrados en la investigación de García (2022) en donde se reporta el 8.89% de ansiedad severa, esto puede deberse al nerviosismo y preocupación porque el paciente falleciera (Miranda et al., 2021). Cabe recordar que en ese momento los niveles de contagio eran del 50% en la población general (Dirección general de epidemiología, 2022). En otras investigaciones, la prevalencia de ansiedad en el personal de salud, incluyendo las salas de terapia intensiva, antes de la pandemia, oscilaba entre 14.8% y 30.2% (García, 2014). Estos resultados concuerdan lo encontrado por Briceño (2021) y por lo reportado por Caycho et al. (2020) quienes

mencionaron que la ansiedad por Covid-19 repercute de una manera negativa en la salud mental, lo que puede conllevar a la aparición de distintos problemas, entre ellos, la afectación de los niveles de ánimo, el ciclo regular del sueño, la falta de energía y la pérdida de interés en las actividades diarias (Huarcaya, 2020).

Así mismo, se encontraron correlaciones entre la ansiedad y las estrategias adaptativas de la regulación emocional. De la misma manera, en el estudio realizado por Del valle et al. (2018), se encontró que el uso frecuente de ciertas estrategias adaptativas, en particular, el reenfoque positivo y la focalización positiva se asociaron de manera inversa con los niveles de ansiedad, lo que sugiere que el uso frecuente de estas estrategias adaptativas de regulación emocional se relaciona con menores niveles de ansiedad. El hecho de que en la presente investigación se encontraron resultados similares puede deberse a que el personal de salud realizó un mayor uso de las estrategias adaptativas y esto produjo menores niveles de ansiedad. La pandemia de Covid-19 afectó en gran medida la salud mental de las personas, aumentando los niveles de ansiedad y ocasionando dificultades para identificar y controlar situaciones estresantes, por lo tanto, se redujo el proceso de adaptación para el manejo de las emociones y la solución de conflictos (Gallegos et al., 2020). Sin embargo, al pasar tiempo desde el inicio de la pandemia el personal de salud implementó algunas estrategias adaptativas para regular sus emociones y así disminuir la ansiedad.

Por otro lado, los resultados obtenidos de la variable bienestar psicológico fueron menores a los que presenta la investigación de Apaza y Bernal (2021) en donde se reporta que el 61.40% de la población estudiada no cuenta con estabilidad emocional. En la investigación realizada por Torres (2021) titulada “Ansiedad y bienestar psicológico en el personal de salud y administrativo del policlínico policial Tacna, 2021”, también se menciona que el 54.3 % de la población estudiada se encuentra en un nivel bajo y regular de bienestar psicológico. Este último resultado es similar al que se obtuvo en la presente investigación en la cual se encontró que el 51% de la población estudiada mostraron tener niveles bajos de bienestar psicológico.

También se encontraron correlaciones entre ansiedad y bienestar psicológico, lo que hace referencia que a mayor ansiedad menor bienestar psicológico en el personal de salud. Estos resultados concuerdan con lo encontrado por Briceño (2021) y por lo reportado por Caycho et al. (2020) quienes mencionaron que la ansiedad por Covid-19 repercute de una manera negativa en la salud mental, lo que puede conllevar a la aparición de distintos problemas, entre ellos, la afectación de los niveles de ánimo, el ciclo regular del sueño, la falta de energía y la pérdida de interés en las actividades diarias (Huarcaya, 2020). Confirmando lo planteado por Díaz (2014), quien menciona que las personas padecen afectaciones clínicas, físicas y psicológicas debido al nivel alto de tensión que perciben del entorno, lo cual repercute en la mala gestión de las emociones y la poca capacidad de adaptación a circunstancias agobiantes. Esto puede deberse a las labores hospitalarias que el personal de salud ejerce, teniendo un factor de riesgo en el ámbito físico, mental y/o social, manifestándose en ausentismos y una baja motivación en el trabajo (Anticona, 2017).

De igual forma los resultados obtenidos del uso de las estrategias de regulación emocional plantean que las estrategias que más se utilizan son Reenfoco en la Planeación (42%) y Reevaluación (51%). Los resultados de la presente investigación son un tanto diferentes a los de la investigación de Giménez et al. (2019) que se realizó en el personal de enfermería, en donde se menciona que las estrategias más utilizadas son Reinterpretación positiva (45%) y focalización positiva (44%). En el presente estudio, esta variable presentó una relación positiva con la variable bienestar psicológico, siendo similar a lo encontrado por Ruesta (2020) en donde se menciona una relación positiva moderada entre las estrategias de aceptación, reevaluación y reenfoco en la planeación, lo que sugiere que, a mayor uso de estas estrategias, mayor será el nivel de bienestar psicológico. Esto puede deberse a que, al usar la estrategia de aceptación, los individuos tienden a ser más tolerantes logrando con ello que su comportamiento sea menos controlado por los eventos adversos. Así mismo, al usar la estrategia de reevaluación las personas pueden cambiar la perspectiva o interpretación que tienen de la situación que están viviendo con la finalidad de identificar sus aspectos positivos (Webb et

al., 2012). Por lo tanto, al emplear adecuadamente estas estrategias, el personal de salud puede emplear diversas maneras y conocer los pasos a seguir para manejar la situación problema (Ford y Troy, 2019).

Finalmente, las comparaciones obtenidas en el presente estudio muestran una media más alta en las mujeres en la variable de estrés postraumático, así mismo, se encontró una media más alta en los hombres en la variable Aceptación y Reenfoco en la planeación. En la variable ansiedad no se encontró diferencias entre hombres y mujeres, sin embargo, en la investigación que Huang Jizheng y colaboradores realizaron un estudio con una muestra de 230 participantes, en donde 43 son hombres y 187 mujeres, de edades entre 20 a 59 años, en donde los resultados arrojaron que la tasa de ansiedad femenina fue mayor que la de los hombres, con un 25.67% y un 11.63% respectivamente (Huang et al., 2020). Esto puede deberse al tiempo en que se realizó el estudio y a la muestra utilizada.

CONCLUSIÓN

Este trabajo de investigación examinó la relación entre la ansiedad, estrategias adaptativas y bienestar psicológico postCOVID-19 en el personal de salud de la Jurisdicción Sanitaria Atlacomulco. Con base a los resultados obtenidos se concluye lo siguiente:

Se encontró que los síntomas post-COVID-19 que más se presentaron son las Experiencias con el coronavirus, Miedo al coronavirus y las Experiencias positivas ante la adversidad. Las estrategias adaptativas de regulación emocional más utilizadas son Reenfoque planeación y Reevaluación. las dimensiones del bienestar psicológico que más se presentan son: la Autoaceptación, Autonomía, Dominio del entorno y Propósitos de vida. Por último, no se presentaron niveles altos de ansiedad

Existe una relación estadísticamente significativa entre la variable de distrés, estrés postraumático, miedo al coronavirus y experiencias con el coronavirus con la variable de Ansiedad, esto quiere decir que cuando se presentaban pensamientos o recuerdos desagradables del coronavirus, también se presentaban sentimientos de miedo, tristeza, preocupación, se sienten más solos, presentan irritabilidad, ira o agresión. Por consiguiente, al presentarse dichas variables las estrategias adaptativas de regulación emocional que más se utilizaron fueron el Reenfoque en la planeación y la Reevaluación, relacionándose de una manera positiva, ya que al tener mayor nivel de ansiedad mayor fue el uso de las estrategias adaptativas. También, se observó una relación negativa con la variable de bienestar psicológico, es decir, a mayores sentimientos de miedo, tristeza, preocupación, soledad, irritabilidad, ira o agresión, menor será la facultad para enfrentar situaciones desagradables.

Asimismo, los resultados de la investigación confirman que la variable estrategias adaptativas de regulación emocional tienen una relación positiva con los síntomas de Miedos, Experiencias positivas ante la adversidad, distrés y con la variable Bienestar psicológico, lo que conlleva a usar las diferentes estrategias para obtener

un nivel adecuado de bienestar psicológico. Finalmente, al comparar las variables entre hombres y mujeres, solo se encontraron diferencias significativas en la variable de estrés postraumático, obteniendo una media más alta en las mujeres y en las estrategias de Aceptación y el Reenfoque en la planeación teniendo una media más alta en los hombres, en la variable Ansiedad y Bienestar psicológico no se encontró alguna diferencia.

Por último, de acuerdo a las hipótesis planteadas al principio de este trabajo de investigación se puede concluir que los resultados encontrados confirman la hipótesis alterna, por lo tanto, se demuestra la existencia de una relación estadísticamente significativa entre la ansiedad, estrategias adaptativas y el bienestar psicológico post-COVID-19 en el personal de salud de la Jurisdicción Sanitaria de Atlacomulco.

SUGERENCIAS

- Para futuras investigaciones se propone trabajar con un solo sector de la jurisdicción, doctores, enfermeros y/o personas administrativas.
- Relacionar los síntomas POSTCOVID-19 con variables como la depresión, estrés, resiliencia, estrés postraumático, entre otras con el objetivo de enriquecer satisfactoriamente a investigaciones futuras.
- Cambiar el tamaño de la muestra de manera que sea homogénea entre hombres y mujeres, es decir que la cantidad sea la misma evitando así una desproporción.
- Realizar esta investigación en otras jurisdicciones, con el fin de indagar cómo fueron las secuelas del COVID-19.
- Correlacionar los síntomas POSTCOVID-19 que se presentaron en distintas profesiones.
- Incluir temas y talleres enfocados a la ansiedad que se puede dar al presentar una enfermedad, asimismo temas y talleres sobre estrategia de regulación emocional que se pueden utilizar al presentarse una enfermedad.

REFERENCIAS:

- Allan, S., & Gilbert, P. (1995). A social comparison scale: psychometric properties and relationship to psychopathology. *Journal of Personality and Individual Differences, 19*, 293–299.
- American Psychological Association [APA]. (2014). *Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*.
- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual disorders*. (DSM III-R) Washington. D, C.
- Ansorena, A., Cobo, J., & Romero, I. (1983). El constructo de ansiedad en psicología. *Estudios de Psicología, 16*, 31-45.
- Anticona, E. y Maldonado, M. (2017). *Ansiedad y depresión en el personal de salud del Hospital Daniel Alcides Carrión Huancayo-2017*. (Tesis de maestría) Universidad Nacional del Centro del Perú, Huancayo.
- Banda, E. B. (2022). Estrés laboral, ansiedad y miedo al covid-19 en el personal de salud del servicio de Traumatología-Hospital Almanzor Aguinaga. *Universidad César Vallejo, 1-51*.
- Bandura, A., & Walters, R.H. (1974). *Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad*. Alianza E
- Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (2nda ed.). Guilford.
- Beck, A (1985), Theoretical perspectives and clinical anxiety. In A.H. Tuma & J. Maser (Eds), *Anxiety and the anxiety disorders* (pp. 183-196). Earlbaum.
- Beck, A.T. (1987). Cognitive models of depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 1*, 5-37.
- Bisquerra, R. (2009). *Psicopedagogía de las emociones*. Madrid: Editorial Síntesis
- Blanco, A. (2019). La emoción y sus componentes. *Universidad de Alcalá, 1-7*.
- Bradford, A., Young, K., Whitechurch, A., Burbury, K., & Pearson, E. J. M. (2022). Disabled, invisible and dismissed—The lived experience of fatigue in people with myeloproliferative neoplasms. *Cancer Reports, e1655*.

- Brenner, E., & Salovey, P. (1997). Emotion regulation during childhood: Developmental, interpersonal and individual considerations. In P. Salovey & D. Sluyter (Eds.), *Emotional development and emotional intelligence* (pp. 168-179). Basic Books.
- Briceño, M. (2021) *Ansiedad por el covid-19 y bienestar psicológico en personas adultas del distrito de ate vitarte* (Tesis).
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of Human Development*. Harvard University Press.
- Calvo S, R., Solórzano, G., Morales, C., Kassem, M.S., Codesal, R., Blanco, A., y Gallego Morales, L.T. (2014) Procesamiento emocional en pacientes TCA adultas vs adolescentes. Reconocimiento y regulación emocional. *Clínica y Salud*. 25(1), 19-37.
- Cannon, W.B. (1931). Again the James Lange and the thalamic theories of emotion. *Psychological Review*, 38(4).
- Cano Vindel, A.C. (1989). *Cognición, emoción y personalidad: un estudio centrado en la ansiedad* (Tesis doctoral). Universidad Complutense.
- Casado (1994) *Ansiedad, stress y trastornos psicofisiológicos*. Universidad Complutense de Madrid Facultad de Psicología. Madrid.
- Castillo, M. (2018). *Relación entre el clima social laboral, afrontamiento al estrés y bienestar psicológico en el personal de tratamiento del Establecimiento Penitenciario de Lurigancho*. (Tesis de maestría). Universidad Nacional Mayo de San Marcos.
- Castro, S.A. (2010). *Fundamentos de psicología positiva*. Buenos Aires: Paidós.
- Cattell, R. B., & Scheier, I.H. (1958). The nature of anxiety: A review of thirteen multivariate analyses comprising 814 variables. *Psychological Reports*, 4(3), 351-388.
- Caycho, T., Vivanco, A., Saroli, D., Carbajal, C. & Noé, M. (2020). Ansiedad por Covid-19 y salud mental en estudiantes universitarios. *Revista De Investigación En Psicología*, 23(2), 197-215.
- Chertok, A. (1995). *Las causas de nuestra conducta*. Montevideo: Cba.

- Clark, D.A. y Beck, A.T. (1988). Cognitive theory and therapy of anxiety and depression. En P.C. Kendall y D. Watson (Eds.), *Anxiety and Depression: Distinctive and Overlapping Features* (pp. 379-411). San Diego, CA: Academic Press.
- Clark, D.A., & Beck, A.T. (1999). *Scientific foundations of cognitive theory and therapy of depression*. John Wiley & Sons.
- Clark, D.A., & Beck, A.T. (2012). *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad: Ciencia y práctica*. Bilbao: Desclee de Brower.
- Cortés-Álvarez, N. Y., Piñeiro-Lamas, R., & Vuelas-Olmos, C. R. (2020). Psychological effects and associated factors of COVID-19 in a Mexican sample. *Disaster medicine and public health preparedness*, 14(3), 413-424.
- Delgado, G. A. (2020). Ansiedad en el personal de salud (Trabajo de investigación). Universidad Continental, 1-20.
- Díaz, I. (2019). Ansiedad: Revisión y Delimitación Conceptual. *Summa Psicológica UST*, 42-49.
- Díaz, D., Rodríguez-Carvajal, R., Blanco, A., Moreno-Jiménez, B., Gallardo, I. Valle, C. & Van Dierendonck, D. (2006). Adaptación española de las escalas de Bienestar Psicológico de Ryff. *Psicothema*, 18(3), 572-577.
- Díaz, M., Amato, R., Chávez, J. y Rangel, S. (2019). Depresión y ansiedad en embarazadas. *Salus*, 17(2), 1 – 1.
- Diener, E. (1984). "Subjective Well-Being". *Psychological Bulletin*, 95 (3), 542-575.
- Diener, E., Emmons, R., Larsen, R. J. y Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 1, 71-75.
- Diener, E. y Larsen, R. (1991). *The experience of emotional well-being*. En M. Lewis y J.M. Haviland (Eds.), *Handbook of Emotions*. Guilford.
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., y Smith, H. L. (1999). Subjective wellbeing: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125, 276-302.
- Dirección general de Epidemiología, (2022). Informe iteraral de COVID-19 en México. *Secretaría de Salud*, 35-45.

- Dominguez-Lara, S. (2016). *Inteligencia emocional y estrategias cognitivas de regulación emocional en universitarios de Lima: un análisis preliminar*. *Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana*, 13(2), 1-13.
- Domínguez, R. E. (2017). La psicología positiva: un nuevo enfoque para el estudio de la felicidad. *Revista Electrónica en Iberoamérica Especializada en Comunicación*, 21(96), 600-679.
- Eisenberg, N., & Spinrad, T. L. (2004). Emotion related regulation: Sharpening the definition. *Child Development*, 75, 334-339.
- Espinoza, M. G., Bonilla, J. A., & Morán, G. L. (22 de Enero de 2023). Trastornos de ansiedad en personal médico post Covid. (S. d. Conocimiento, Ed.) *RECIAMUC*, 624-631.
- Fattori, A., Cantú, F., Comotti, A., Tombola, V., Colombo, E., Nava, C., Bordini, L., Riboldi, L., Bonzini, M., & Brambilla, P. (2021). Hospital workers mental health during the COVID-19 pandemic: methods of data collection and characteristics of study sample in a university hospital in Milan (Italy). *BMC Medical Research Methodology*, 21(163).
- Fernández, O., Jiménez, B., Alfonso, R., Sabina, D., & Cruz, J. R. (2012). Manual para diagnóstico y tratamiento de trastornos ansiosos. *Medisur*, 466-479.
- Ford, B. Q., & Troy, A. S. (2019). Reappraisal reconsidered: A closer look at the costs of an acclaimed emotion-regulation strategy. *Current Directions in Psychological Science*, 28(2), 195-203.
- Freire, C. (2014). *El bienestar psicológico en los estudiantes universitarios: operativización del constructo y análisis de su relación con las estrategias de afrontamiento*. (Tesis doctoral). Universidad de la Coruña. España,
- Freud, S. (1894). Manuscrito E: ¿Cómo se genera la angustia? En S. Freud (Ed.), *Obras Completas*, 1 (pp. 228-234). Amorrortu Editores.
- Gallegos, M., Zalaquett, C., Luna, S., Mazo, R., Ortiz, B., Penagos, J.... López, R (2020). Cómo afrontar la pandemia del Coronavirus (Covid-19) en las Américas: recomendaciones y líneas de acción sobre salud mental; Sociedad Interamericana de Psicología; *Revista Interamericana de Psicología*, 54(1), 1-28

- García, J. (Julio-diciembre de 2014). Psicología positiva, bienestar y calidad de vida. *En-claves del Pensamiento*, 8(16), 13-29.
- García Rivera, Maldonado Radillo, Ramírez Barón (2014). Estados afectivos emocionales (depresión, ansiedad y estrés) en personal de enfermería del sector salud pública de México. *SUMMA psicológica UST*, 11(1) 65-73.
- García-Viniegras, C. R. V. (2005). El bienestar psicológico: Dimensión subjetiva de la calidad de vida. *Revista electrónica de psicología Iztacala*, 8(2), 1-20.
- Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual Differences*, 30(8).
- Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2002). CERQ: Manual for the use of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire. *DATEC*.
- Garnefski, N., & Kraaij, V. (2007). The Cognitive Emotion Regulation Questionnaire psychometric features and prospective relationships with depression and anxiety in adults. Cognitive Emotion Regulation European. *Journal of Psychological Assessment*, 23(3).
- Gómez, O., & Calleja, N. (2016). Regulación emocional: definición, red nomológica y medición. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología*, 8(1), 96-117.
- González- Méndez, H. (2005). *El paradigma personal. Un modelo integrador en psicoterapia*. Universidad de Los Andes. Consejo de Publicaciones.
- Gratz, K. y Roemer, L. (2004) Multidimensional Assessment of Emotion Regulation and Dysregulation: Development, Factor Structure, and Initial Validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26, 41– 54.
- Gross, J. J. (1998). Emerging Field of Emotion Regulation: An Integrative Review. *Review of General Psychology*, 2(3), 271-299.
- Gross, J. J. (1999) Emotion Regulation. Past, Present and Future. *Cognition and Emotion*, 13(5), 551-573.
- Gross, J. (2013). Emotion Regulation: Taking Stock and Moving Forward. *Emotion*, 13, 359-365.

- Gross, J.J., & Thompson, R.A. (2007). Emotion regulation: Conceptual foundations. In J.J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation*. Guilford Press.
- Gubler, D. A., Makowski, L. M., Troche, S. J., & Schlegel, K. (2021). Loneliness and well-being during the Covid-19 pandemic: associations with personality and emotion regulation. *Journal of Happiness Studies*, 22(5), 2323-2342.
- Hervás, G. (2011). Psicopatología de la regulación emocional: El papel de los déficits emocionales en los trastornos clínicos. *Psicología Conductual*, 19, 347-372.
- Hernández, A. M. (2022). Prevalencia de ansiedad, depresión y estrés en médicos adscritos y residentes de anestesiología del centro médico issemym Ecatepec durante la contingencia por covid 19.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, M. (2014). Metodología de la investigación.
- Huang JZ, Han MF, Luo TD, Ren AK, Zhou XP. (2020). Mental health survey of medical staff in a tertiary infectious disease hospital for COVID-19.
- Huarcaya, J (2020) Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de covid-19. *Rev. Peru. Med Exp Salud Publica*, 37(2), 327-34.
- Hofmann, S. G. (2018). *La emoción en psicoterapia*. Paidós.
- Huarcaya-Victoria, J. (2020). Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de COVID-19. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 37(2), 327-334 <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2020.372.5419>
- ENCUESTA NACIONAL DE BIENESTAR AUTORREPORTADO (ENBIARE). (2021) Primeros resultados. *INEGI*, 1-26.
- James, W. (1884). What is an emotion? *Mind*, 9(34), 188-205.
- Lakhan, R., Agrawal, A., & Sharma, M. (2020). Prevalence of depression, anxiety, and stress during COVID-19 pandemic. *Journal of neurosciences in rural practice*, 11(04), 519-525.
- Lázaro, J. J. (2021). Ansiedad y bienestar psicológico en el personal de salud y administrativo del policlínico policial tacna, 2021. *DEICA*
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.

- Lee, A. M., Wong, J. G., McAlonan, G. M., Cheung, V., Cheung, C., Sham, P. C., ... & Chua, S. E. (2007). Stress and psychological distress among SARS survivors 1 year after the outbreak. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 52(4), 233-240.
- Lewin, K. (1936). *A dynamic theory of personality*. McGraw-Hill.
- Liberati, E., Richards, N., Willians, J., Scott, D., Boydell, N., Parker, J., Pinfold, V., Martin, G., Dixon-Woods, M., & Jones, P. B. (2021). A qualitative study of experiences of NHS mental healthcare workers during the Covid-19 pandemic. *BMC Psychiatry*, 21(250).
- López, P., Salovey, P., Cote, S., & Beers, M. (2005). Emotion regulation abilities and the quality of social interaction. *Emotion*, 5, 113-118.
- Lovibond, P., & Lovibond, S. (1995a). The structure of negative emotional states: comparison of the depression anxiety stress scales (DASS) with the Beck depression and anxiety inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 335 - 343.
- Lozano, (2020). 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*. 83 (1) pp 51-56.
- Mauss, I. B., & Robinson, M. D. (2010). Measure of emotion: A review. In: J. de Houwer & D. Hermans (Eds.), *Cognition and emotion: Reviews of current research and theories* (pp. 99-127).
- Ministerio de sanidad y consumo. (2008). *Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria*. Agencia Laín.
- Miranda, R. P., & Murguía, E. D. (2020). Síntomas de Ansiedad y Depresión en Personal de Salud que Trabaja con Enfermeros de COVID-19. *International Journal of Medical and Surgical Sciences*, 1-9.
- Moors, A. (2010) Theories of emotion causation. A review. In J. De Houwer & D. Hermans (Eds.) *Cognition and Emotion. Review of current research and theories*. (pp. 1-37). Psychology Press.

- Navas, W., & Vargas, M. J. (2012). Trastorno de ansiedad: Revisión dirigida para atención primaria. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*, 497-507.
- Navlet (2012) *Ansiedad, estrés y estrategias de afrontamiento en el ámbito deportivo: un estudio centrado en la diferencia entre deportes*. Universidad Complutense de Madrid. Facultad de Psicología.
- Nigenda, G., Magaña, L., & Ortega, D. V. (2013). Recursos humanos para la salud en el contexto de la reforma sanitaria de México: formación profesional y mercado laboral. *Gaceta Médica de México*, 140-147.
- Oblitas, L. (2010). *Psicología de la salud y calidad de vida*. México: *Cengage Learning*.
- Organización Mundial de la Salud. (2017) *Estrategia de recursos humanos para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud*. Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud. (2020) *Consideraciones de salud mental durante el brote de COVID 19*. Organización Mundial de la Salud.
- Özdin S & Özdin BŞ (2020) Levels and predictors of anxiety, depression and health anxiety during COVID-19 pandemic in Turkish society: the importance of gender. *International Journal of Social Psychiatry* 66, 504–511.
- Palacios, M., Santos, E., Cervantes, M. V., & Juárez, M. L. (2020). COVID-19, una emergencia de salud pública mundial. *Revista Clínica Española*, 1-7.
- Pérez D, Y, Guerra V.M. (2014) La regulación emocional y su implicación en la salud del adolescente. *Revista Cubana de Pediatría*. 86(3), 368-375.
- Reynolds, D. L., Garay, J. R., Deamond, S. L., Moran, M. K., Gold, W., & Styra, R. (2008). Understanding, compliance and psychological impact of the SARS quarantine experience. *Epidemiology & Infection*, 136(7), 997-1007.
- Rodríguez G, M., Gempeler R, J., Mayor Ar, N., Patiño S, C., Lozano C, L. y Pérez M, V. (2017) Desregulación emocional y síntomas alimentarios: Análisis de sesiones de terapia grupal en pacientes con trastorno alimentario. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*. 8(1).
- Romero, A. C., Brustad, R. J., & García, A. M. (2007). BIENESTAR PSICOLÓGICO Y SU USO EN LA PSICOLOGÍA DEL EJERCICIO, LA ACTIVIDAD FÍSICA Y

- EL DEPORTE. *Revista Iberoamericana de Psicología del Ejercicio y el Deporte*, 2(2), 31-52.
- Ryan, R., Sheldon, K., Kasser, T. y Deci, E. (1996). *All goals are not created equal: An organismic perspective on the nature of goals and their regulation. The psychology of action: Linking cognition and motivation to behavior.*
- Ryan, R. M. (2008). Living well; a self-determination theory perspective on eudaimonia. *Journal of Happiness Studies*, 139-170.
- Ryan, R. y Deci, E. L. (2001). On happiness and human potentials: A review of hedonic and eudaimonic wellbeing. *Annual Review of Psychology*, 52, 141-166.
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6)
- Ryff, C. & Keyes, C. (1995). The Structure of Psychological Well-Being Revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*. 69(4), 105-227.
- Ryff, C., & Singer, B.H. (2008). Know thyself and become what you are: A eudaimonic approach to psychological well-being. *Journal of Happiness Studies*, 9(1), 13-39.
- Saavedra-Macías, F. J., Arias-Sánchez, S., Rangel-Alcudia, F. J. & Murvartian, L. (2020). COVID- 19 y estigma por asociación en profesionales socio-sanitarios. *Apuntes de Psicología*, 38(3), 139-147.
- Salotti, P. (2006). *Estudio sobre estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en una muestra de adolescentes de Buenos Aires.* Universidad de Belgrano.
- Sánchez-Cánovas, J. (1994). *Escala de Bienestar Psicológico.* Tea Ediciones.
- Sandín, B., Valiente, R. M., García-Escalera, J., & Chorot, P. (2020). Impacto psicológico de la pandemia de COVID-19: Efectos negativos y positivos en población española asociados al periodo de confinamiento nacional. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 25(1), 1-15.
- Sanz, J. (1993). Distinguiendo ansiedad y depresión: Revisión de la hipótesis de contenido de Beck. *Anales de psicología*, 9(2), 133-170.
- Spielberger, C.D. (1966). Theory and research on anxiety. En C.D. Spielberger (Ed.), *Anxiety and Behavior* (pp. 3-22). New York: Academic Press.

- Spielberger, C. D. (1972). Anxiety as an Emotional State. In C. D. Spielberger (Ed.), *Anxiety: Current Trends in Theory and Research* (Vol. 1, pp. 23-49). New York: Academic Press.
- Spielberg C, y Díaz-Guerrero, R. (1975). *Inventario de ansiedad: Rasgo-Estado* (IDARE). El Manual Moderno
- Suárez-Rico, B. V., Estrada-Gutierrez, G., Sánchez-Martínez, M., Perichart-Perera, O., Rodríguez-Hernández, C., González-Leyva, C., ... & Reyes-Muñoz, E. (2021). Prevalence of depression, anxiety, and perceived stress in postpartum Mexican women during the COVID-19 lockdown. *International journal of environmental research and public health*, 18(9), 4627.
- Tooby, J. & Cosmides, L. (2008) The Evolutionary Psychology of the Emotions and Their Relationship to Internal Regulatory Variables. En M. Lewis, J. M. Haviland-Jones & L. Feldman-Barret (Eds.) *Handbook of Emotions* (pp. 114-138). The Guilford Press.
- Torres, J. (2021). Ansiedad y bienestar psicológico en el personal de salud y administrativo del policlínico policial Tacna, 2021. (Tesis de licenciatura) Universidad Autónoma de Chíncha, Ica.
- Thompson, R. A. (1990). Emotion and self-regulation. In R. A. Thompson (Ed.), *Socioemotional Development. Nebraska symposium on motivation* (Vol. 36, pp. 367-467). University of Nebraska Press.
- Thompson, R. (1994). Emotion regulation: A theme in search of a definition. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59, 25-52.
- Vázquez, C., & Hervás, G. (2008). *Psicología positiva aplicada*. Desclée de Brouwer.
- Vallea, M. d., Betegónb, E., & Iruetia, M. J. (2018). Efecto del uso de estrategias cognitivas de regulación emocional sobre la ansiedad en adolescentes españoles. *Suma Psicológica*, 25(2), 153-161.
- Vilcachagua, C. M., & Sanchez, B. S. (2021). Ansiedad y bienestar psicológico en el personal de un centro de salud ubicado en bellavista-callao.

- Veliz, A. L., Dörner, A. P., Soto, A. G., & Arriaga, A. (2018). Bienestar psicológico y burnout en profesionales de atención primaria de salud en la región de Los Lagos, Chile. *Acta Universitaria*, 28(3), 56-64.
- Watson, D. & Clark, L.A. (1984). Negative affectivity: The disposition to experience aversive emotional states. *Psychological Bulletin*, 96(3), 465-490.
- Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., McIntyre, R. S., ... & Ho, C. (2020). A longitudinal study on the mental health of general population during the COVID-19 epidemic in China. *Brain, Behavior, and Immunity*, 87, 40-48.
- Wang, Q., Fang Y., Huang H., Lv, W., Wang, X., Yang, T., y Zhang, Y. (2021). Anxiety and cognitive emotion regulation strategies in Chinese nurses during the COVID-19. *Journal of Nursing Management*.
- Waterman, A. S. (1993). Two conceptions of happiness: Contrast of personal expressiveness (eudaemonia and hedonic enjoyment). *Journal of Personality and Social Psychology*, 64, 678-691.
- Watson, J.B. (1919). *Psychology: From the standpoint of a behaviorist*. Philadelphia and London
- Watson, J.B. (1976). *El conductismo*. Buenos Aires: Paidós.
- Webb, T. L., Miles, E., & Sheeran, P. (2012). Dealing with feeling: A meta-analysis of the effectiveness of strategies derived from the process model of emotion regulation. *Psychological Bulletin*, 138, 775–808.
- Whelton, W. J. (2004). Emotional processes in psychotherapy: Evidence across therapeutic modalities. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 11(1), 58–71.
- Yepes L, Palacio C. (2010). Trastornos depresivos. In Vélez H, Rojas W, Barrero J, Restrepo J. *Fundamentos de medicina psiquiatría*. Corporación para Investigaciones Biológicas.

ANEXOS

Anexo 1: Cuestionario de Impacto Psicológico del Coronavirus (CIPC)

Instrucciones: Indique cuanto miedo y preocupación experimenta actualmente cuando piensa en las situaciones que se indican a continuación.

		Nada o casi nada	Un poco	Bastante	Mucho	Muchísimo o siempre
1	Que usted pueda contagiarse del coronavirus					
2	Que usted pueda morir debido al coronavirus					
3	Que se contagie algún familiar o algún ser querido					
4	Que pueda morir algún familiar o algún ser querido					
5	Que se siga propagando el coronavirus					
6	Que usted pueda perder su trabajo o parte de su trabajo					
7	Que usted pueda perder ingresos económicos					
8	Que algún familiar pida el trabajo					
9	Que usted pueda contagiar algún familiar o ser querido					
10	Que usted pueda enfermar o se agrave alguna enfermedad que ya tenía					

Instrucciones: Por favor conteste a las preguntas que se hacen a continuación relacionadas con el coronavirus.

		Si	No
1	¿Se contagió del virus SARS-CoV-2?		
2	¿Ha estado hospitalizado/a por el coronavirus?		
3	¿Ha estado contagiada por coronavirus alguna persona que vive con usted?		
4	¿Algún familiar cercano ha estado hospitalizado por el coronavirus?		
5	¿Ha muerto algún familiar cercano o amigo íntimo por el coronavirus?		
6	¿Ha muerto algún compañero de trabajo por el coronavirus?		

Instrucciones: A veces una situación adversa puede hacernos ver o vivir experiencias positivas. La situación del confinamiento tuvo muchas cosas negativas, pero para algunas personas también puede tener consecuencias positivas. Por favor indique hasta qué punto es aplicable a usted lo que se dice a continuación relacionado con el aprendizaje que le dejó la pandemia.

		Nada o casi nada aplicable a mí	Algo aplicable a mí	Bastante aplicable a mí	Muy aplicable a mí	Totalmente aplicable a mí
1	He aprendido a organizar mejor mi tiempo libre para no aburrirme					
2	He descubierto aficiones nuevas o actividades que nunca antes había realizado y que me gustan					
3	Me he hecho más religioso o espiritual					
4	He cambiado mi escala de valores y ahora valoro y aprecio cosas que antes no valoraba o apreciaba					
5	Me he interesado más por la gente que me importa, por si se encuentran bien físicamente y emocionalmente					
6	Me ha gustado pasar más tiempo con mi familia o personas con las que vivo					
7	Me intereso por el futuro más que antes					
8	He aprendido a apreciar más lo que tenemos, en vez de buscar siempre lo que no tenemos					
9	He aprendido a valorar más las relaciones personales					
10	He aprendido a valorar más los beneficios de las actividades al aire libre					
11	He disfrutado de actividades lúdicas con mis familiares (jugar a las cartas, aprender a cocinar algo, etc.)					

Instrucciones: A continuación, se indican varias experiencias emocionales que puede tener la gente con mayor o menor frecuencia. Por favor, indique con qué frecuencia experimenta ACTUALMENTE cada una de las experiencias siguientes:

		Nunca o casi nunca	Algunas veces	Bastantes veces	Muchas veces	Siempre o casi siempre
1	¿Ha sentido mucha ansiedad o miedo?					
2	¿Se ha sentido muy triste o deprimido/a?					

3	¿Se ha sentido muy preocupado/a por muchas cosas sin poder controlarlo?					
4	¿Se ha sentido solo/a o aislado/a?					
5	¿Ha sentido desesperanza con respecto al futuro?					
6	¿Se ha sentido irritable, con ira o agresión?					
7	¿Se ha sentido agobiado/a o estresado/a?					
8	¿Se ha sentido intranquilo/a o inquieto/a?					
9	¿Ha tenido problemas para dormir (ha dormido mal)?					
10	¿Ha tenido ataques de ansiedad o pánico?					

Instrucciones: En relación con la pandemia por coronavirus, seleccione con qué frecuencia le ha ocurrido a usted durante el periodo Post-COVID-19

		Nunca o casi nunca	Algunas veces	Bastantes veces	Muchas veces	Siempre o casi siempre
1	¿Ha tenido pensamientos o recuerdos desagradables no deseados sobre el coronavirus?					
2	¿Ha tenido pesadillas o no ha podido dormir por imágenes del coronavirus?					
3	¿Estos pensamientos o recuerdos sobre el coronavirus han provocado que se sienta abrumado a agobiado?					
4	¿Ha intentado evitar esos pensamientos o recuerdos molestos sobre el coronavirus?					
5	¿Los recuerdos del coronavirus le han producido reacciones físicas, como sudoración o taquicardia?					
6	¿Algunas imágenes perturbadoras sobre el coronavirus han invadido su mente?					
7	¿Estos pensamientos, recuerdos o imágenes sobre el coronavirus han alterado sus relaciones familiares o sus relaciones con los amigos?					
8	¿Estos pensamientos, recuerdos o imágenes sobre el coronavirus han alterado su trabajo o las actividades de su vida diaria?					

Anexo 2: Escala DASS (Depression, Anxiety, and Stress Scales 42 (DASS-42))

Instrucciones: Por favor lea cada enunciado y marque con una X indicando cuál de estas afirmaciones definiría mejor su última semana. No hay respuestas correctas o incorrectas. Trate de no gastar mucho tiempo en cada afirmación.

La escala de calificación es la siguiente:

0 = No aplica en mí en lo absoluto.

1 = Aplica en mí en cierta medida, o algunas veces.

2 = Aplica en mí en una medida considerable, o buena parte del tiempo.

3 = Aplica en mí bastante, o la mayoría de las veces.

		0	1	2	3
2	Tuve sequedad en mi boca				
4	Experimenté dificultad para respirar (por ejemplo: respiración excesivamente rápida, falta de aire en ausencia de esfuerzo físico)				
7	Tuve una sensación de temblor (por ejemplo: las piernas no respondían)				
9	Me encontré en situaciones que me hacían sentir tan ansioso que me sentí aliviado cuando estas terminaron				
15	Tuve momentos de debilidad				
19	Sudaba de forma notable (por ejemplo: sudor en las manos) en ausencia de temperaturas altas o desgaste físico				
20	Sentí miedo sin una buena razón				
23	Tuve dificultades para comer				
25	Fui consciente del latido de mi corazón en ausencia de esfuerzo (por ejemplo: aumento de la frecuencia cardíaca)				
28	Estuve cerca de entrar en pánico				
30	Temía que fuera rechazado por alguna tarea común pero desconocida				
36	Me sentí aterrorizado				
40	Yo estaba preocupado por situaciones en las que podría entrar en pánico y quedar como un tonto				
41	Experimente temblor en mi cuerpo (por ejemplo: en las manos)				

Anexo 3: Cuestionario Cognitivo de Regulación Emocional (Cognitive Emotion Regulation Questionnaire [CERQ])

Instrucciones: A continuación, se presenta un conjunto de afirmaciones con respecto a diversas experiencias emocionales; por favor, indica tu grado de acuerdo con cada una de ellas utilizando la siguiente escala.

		Casi nunca	Algunas veces	Bastantes veces	Muchas veces	Casi siempre
1	Siento que soy el único responsable de lo que ha pasado					
2	Pienso que básicamente la causa de lo ocurrido debe corresponderme a mí					
3	Pienso que tengo que aceptar que esto ha ocurrido					
4	Pienso que tengo que aceptar la situación					
5	Pienso que no puedo cambiar nada de esto					
6	Quiero comprender porque me siento de esta manera a raíz del que ha ocurrido					
7	Pienso demasiado sobre los sentimientos que me causo esa situación					
8	Pienso en las cosas más bonitas que he experimentado					
9	Pienso en cosas agradables que no tienen nada que ver con esto					
10	Pienso en experiencias agradables					
11	Pienso en cómo puedo cambiar la situación					
12	Pienso un plan para tratar de hacerlo mejor					
13	Pienso que la situación también tiene un lado positivo					
14	Busco el lado positivo del problema					
15	Pienso que podría haber sido mucho peor					
16	Me digo que hay cosas peores en la vida					
17	Continuamente pienso sobre cuan terrible es lo que he experimentado					
18	A menudo pienso que lo que he experimentado es lo peor que puede ocurrirle a una persona					
19	Continuamente pienso que la situación ha sido horrible					
20	Siento que otros son responsables por lo que ha ocurrido					

Anexo 4: Escala de Bienestar Psicológico

Instrucciones: Por favor señale con una X la opción que mejor describa su opinión acerca de la veracidad de las siguientes afirmaciones.

		Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
1	Cuando repaso la historia de mi vida estoy contento en cómo han resultado las cosas					
2	A menudo me siento solo porque tengo pocos amigos íntimos con quienes compartir mis preocupaciones					
3	No tengo miedo de expresar mis opiniones, incluso cuando son opuestas a las opiniones de la mayoría de la gente					
4	Me preocupa como otra gente evalúa las elecciones que he hecho en mi vida					
5	Me resulta difícil dirigir mi vida hacia un camino que me satisfaga					
6	Disfruto haciendo planes para el futuro y trabajar para hacerlos realidad					
7	En general, me siento seguro y positivo conmigo mismo					
8	No tengo muchas personas que quieran escucharme cuando necesito hablar					
9	Tiendo a preocuparme sobre lo que otra gente piensa de mi					
10	Me juzgó por lo que yo creo que es importante, no por los valores que otros piensan que son importantes					
11	He sido capaz de construir un hogar y un modo de vida a mi gusto					
12	Soy una persona activa al realizar los proyectos que propuse para mí mismo					
13	Si tuviera la oportunidad, hay muchas cosas de mí mismo que cambiaría					
14	Siento que mis amistades me aportan muchas cosas					
15	Tiendo a estar influenciado por la gente con fuertes convicciones					
16	En general, siento que soy responsable de la situación en la que vivo					
17	Me siento bien cuando pienso en lo que he hecho en el pasado y lo que espero hacer en el futuro					
18	Mis objetivos en la vida han sido más una fuente de satisfacción que de frustración para mi					

19	Me gusta la mayor parte de los aspectos de mi personalidad					
20	Me parece que la mayor parte de las personas tienen más amigos que yo					
21	Tengo confianza en mis opiniones incluso si son contrarias al consenso general					
22	Las demandas de la vida diaria a menudo me deprimen					
23	Tengo clara la dirección y el objetivo de mi vida					
24	En general, con el tiempo siento que sigo aprendiendo más sobre mí mismo					
25	En muchos aspectos, me siento decepcionado de mis logros en la vida					
26	No he experimentado muchas relaciones cercanas y de confianza					
27	Es difícil para mí expresar mis propias opiniones en asuntos polémicos					
28	Soy bastante bueno manejando muchas de mis responsabilidades en la vida diaria					
29	No tengo claro que se lo que intento conseguir en la vida					
30	Hace mucho tiempo que dejé de intentar hacer grandes mejoras o cambios en mi vida					
31	En su mayor parte, me siento orgulloso de quien soy y la vida que llevo					
32	Se que puedo confiar en mis amigos, y ellos saben que pueden confiar en mi					
33	A menudo cambio mis decisiones si mis amigos o mi familia están en desacuerdo					
34	No quiero intentar nuevas formas de hacer las cosas, mi vida está bien como está					
35	Pienso que es importante tener nuevas experiencias que desafíen lo que uno piensa sobre sí mismo y sobre el mundo					
36	Cuando pienso en ello, realmente con los años no he mejorado mucho como persona					
37	Tengo la sensación de que con el tiempo me he desarrollado como persona					
38	Para mí, la vida ha sido un proceso continuo de estudio, cambio y crecimiento					
39	Si me sintiera infeliz con mi situación de vida daría los pasos más eficaces para cambiarla					