

OFICINA DE POSGRADOS

TEMA:

**PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PARA ANSIEDAD EN PERSONAL DE SALUD
AFECTADO POR LA PANDEMIA POR COVID-19**

**Proyecto de investigación previo a la obtención del título de magister en
Psicología Mención Intervención**

Línea de Investigación:

Salud integral, determinación social y desarrollo humano

Autor:

Jonathan Andrés Granda Quezada

Director:

Psc. Wendy Tamara Naranjo Hidalgo. Ms.

Ambato – Ecuador

Junio 2023

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
SEDE AMBATO

HOJA DE APROBACIÓN

Tema:

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PARA ANSIEDAD EN PERSONAL DE SALUD
AFECTADO POR LA PANDEMIA POR COVID-19.

Línea de Investigación:

Salud integral, determinación social y desarrollo humano

Autor:

Jonathan Andrés Granda Quezada

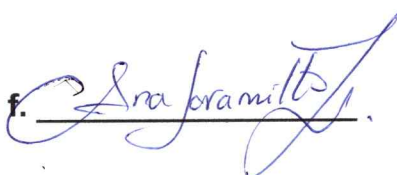
Wendy Tamara Naranjo Hidalgo, Mg.

CALIFICADOR

f. 

Ana Elizabeth Jaramillo Zambrano, Mg.

CALIFICADOR

f. 

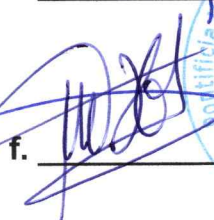
Dayamy Lima Rojas, Mg.

CALIFICADOR

f. 

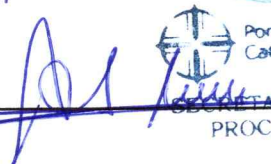
Juan Carlos Acosta Teneda, P. PhD.

COORDINADOR DE LA OFICINA DE POSGRADO

f. 

Hugo Rogelio Altamirano Villaroel, Dr.

SECRETARIO GENERAL PUCESA

f. 
Pontificia Universidad Católica del Ecuador
SECRETARÍA GENERAL
PROCURADURÍA

Ambato – Ecuador

Mayo 2023

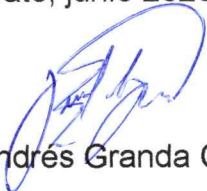
DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **JONATHAN ANDRÉS GRANDA QUEZADA**, con CC. **110468328-7**, autor del trabajo de fin de Master titulado " PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PARA ANSIEDAD EN PERSONAL DE SALUD AFECTADO POR LA PANDEMIA POR COVID-19" previo la obtención del título profesional de **MASTER EN PSICOLOGIA MENCIÓN EN INTERVENCIÓN**, en la escuela de **PSICOLOGÍA**.

1. Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2. Autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir a través de sitio web de la Biblioteca de la PUCE Ambato, el referido trabajo de fin de Master, respetando las políticas de propiedad intelectual de la Universidad.

Ambato, junio 2023.



Jonathan Andrés Granda Quezada

CC. 110468328-7

DEDICATORIA

A la memoria de quienes nos acompañan temporalmente, que su presencia corta o larga, nos dejen enseñanzas permanentes de esfuerzo, perseverancia y amor.

AGRADECIMIENTO

A la Pontificia Universidad Católica de Ecuador Sede Ambato, a mi directora de tesis Mgs. Tamara Naranjo, y a la planta docente por contribuir a mi crecimiento personal y profesional.

A la Dirección Distrital 08D02 Eloy Alfaro, por permitirme colaborar en el bienestar y salud mental del personal de salud.

A mi familia por ser guía y pilar fundamental en todos los aspectos de mi vida.

RESUMEN

El personal de salud de la Dirección Distrital 08D02 Eloy Alfaro se ha mantenido activo en la atención directa al paciente, agudiza los estados emocionales provocados por la pandemia por COVID-19 y con serias repercusiones en el estado psicológico del personal sanitario, principalmente en el área afectiva, con presencia de síntomas ansiosos, por tanto, se plantea como objetivo de esta investigación elaborar una propuesta de intervención cognitivo conductual para ansiedad en personal de salud afectado por la pandemia por COVID-19. Se realizó una investigación de enfoque cuantitativo, con diseño no experimental, alcance descriptivo y corte transversal, en una población de estudio conformada por 300 profesionales de salud a quienes se aplicó una encuesta sociodemográfica, la escala GAD-7 para valoración de ansiedad y la escala FCV-19 que evalúa el miedo al COVID-19. Los síntomas ansiosos estuvieron presentes en el 51% del personal de salud. El 27% de mujeres y 21% de hombres presentaron síntomas entre moderados y severos. El 31% de personal que se contagió de COVID-19 y el 19% que no se contagió presentaron también síntomas moderados y severos, los síntomas más frecuentes fueron dificultad para relajarse, nerviosismo e irritabilidad. El 42% de los participantes presento miedo moderado y el 3% de miedo severo a la enfermedad COVID-19. De acuerdo a los resultados encontrados se elaboró una propuesta de intervención que contempla estrategias cognitivo-conductuales que buscan disminuir los síntomas ansiosos en el personal de salud.

Palabras clave: ansiedad, personal de salud, COVID-19.

ABSTRACT

The health personnel of the 08D02 Eloy Alfaro District Directorate have remained active with direct patient care, exacerbating the emotional conditions caused by the COVID19 pandemic and having serious ramifications on the psychological state of health personnel, primarily in the affective area, with the presence of anxiety symptoms. As a result, the goal of this study is to propose the development of a cognitive behavioral intervention for anxiety in healthcare workers affected by the COVID-19 pandemic. A non-experimental quantitative approach research with a descriptive scope and a crosssectional section was developed. The study included 300 health professionals who completed a sociodemographic survey, the GAD-7 scale for anxiety assessment, and the FCV-19 scale to assess their fear of COVID-19. Anxiety symptoms were reported by 51% of medical personnel. Moderate-to-severe symptoms were reported by 27% of women and 21% of men. The most common symptoms reported by 31% of staff who contracted COVID-19 and 19% who did not have moderate or severe symptoms were difficulty relaxing, nervousness, and irritability, 42% of participants were frightened of COVID-19, while 3% were terrified. Based on the findings, an intervention proposal for cognitive-behavioral strategies to reduce anxious symptoms in health personnel was developed.

Keywords: anxiety, health personnel, COVID-19.

ÍNDICE GENERAL DE CONTENIDOS

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN	iii
DEDICATORIA.....	iv
AGRADECIMIENTO	v
RESUMEN	vi
ABSTRACT	vii
ÍNDICE GENERAL DE CONTENIDOS	viii
ÍNDICE DE TABLAS.....	ix
ÍNDICE DE GRÁFICOS	ix
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I. ESTADO DEL ARTE Y LA PRÁCTICA	5
1.1. Ansiedad	5
1.2. Pandemia por COVID-19	14
1.3. Modelos de intervención cognitivo conductual	20
CAPÍTULO II. DISEÑO METODOLÓGICO	25
2.1. Paradigma investigativo	25
2.2. Población y muestra.....	26
2.3. Técnicas e instrumentos	28
CAPÍTULO III. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.....	33
3.1. Análisis de Resultados de la Escala GAD 7	33
3.2. Análisis de resultados de la Escala FCV-19	37
3.3. Diseño de propuesta de intervención.....	41
CONCLUSIONES	62
RECOMENDACIONES	63
BIBLIOGRAFÍA	64
ANEXOS	75
Anexo 1. Consentimiento Informado	75
Anexo 2. Escala para el Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD-7)	76
Anexo 3. Escala de miedo al COVID-19 (FCV-19)	77
Anexo 4. Formulario de costos y beneficios.....	78
Anexo 5. Registro semanal de relajación muscular progresiva.....	79

Anexo 6. Formulario de interpretaciones alternativas	80
--	----

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Características sociodemográficas de los participantes.....	26
Tabla 2. Muestra aleatoria de grupos equitativos	27
Tabla 3. Análisis descriptivo de la escala GAD-7	33
Tabla 4. Análisis descriptivo de la escala GAD-7 por sexo	34
Tabla 5. Análisis descriptivo de la escala FCV-19.....	37
Tabla 6. Análisis descriptivo de tipo categorial de la escala FCV-19	38

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Análisis descriptivo de la escala GAD-7 por sexo	35
Gráfico 2. Análisis descriptivo de la escala GAD-7 por contagio de COVID-19.....	36
Gráfico 3. Análisis descriptivo de la escala FCV-19 por sexo	39
Gráfico 4. Análisis descriptivo de la escala FCV-19 según contagio de COVID-19	40

INTRODUCCIÓN

Los estados emocionales provocados por la pandemia del COVID-19, han provocado secuelas en la salud mental del personal de salud que trabajó en la atención directa a pacientes durante la pandemia, así lo evidencian Erquicia et al. (2020) en un estudio realizado en un hospital de Catalunya-España, donde 71% de los profesionales reportaron síntomas ansiosos y el 14% síntomas de estrés agudo. En un hospital de Cuba, Miranda y Murguía (2020) reportaron que el 64% de los profesionales al cuidado de pacientes con COVID-19 presentaban nerviosismo y el 59% tenían cansancio.

En una investigación similar Chávez, Marcet, Ramírez, Acosta y Samudio (2021) describieron que en un hospital de Paraguay el 42% del personal evaluado presentaba síntomas ansiosos, mientras que el 24% manifestó síntomas de síndrome de Bornout. En Colombia, el estudio realizado por Monterrosa-Castro et al. (2020) reportaron que un tercio del personal evaluado de un hospital general presentaba estrés laboral leve, y el 6% estrés laboral severo.

En una investigación realizada por Naranjo-Hidalgo y Poveda-Ríos (2021) con profesionales de salud en Ecuador, se reportó que el 46% presentó ansiedad, con mayor presencia en personal de enfermería. En este sentido, en una investigación realizada en un hospital de Cuenca, Ramírez-Coronel et al. (2020) concluyó que un tercio del personal de salud presentó síntomas de malestar psicológico en Cuenca.

Las observaciones preliminares evidencian que la pandemia por SARS-CoV-2 (COVID-19), con presencia de casos en Ecuador desde marzo de 2020, aumentó la demanda de servicios de salud a todo nivel, exigió al personal de salud una respuesta de afrontamiento no prevista. Esta situación ha tenido consecuencias en el estado de salud mental de los profesionales de salud, se incluyen síntomas cognitivos y conductuales, principalmente de tipo ansioso, que de acuerdo a la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 2014), en el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) se caracterizan por la presencia de miedo y ansiedad excesivos y alteraciones del comportamiento

relacionadas. Según la Organización Mundial de la Salud, en el año 2017 en Ecuador existía una prevalencia de 5.6% de trastornos de ansiedad.

La presencia de síntomas o trastornos ansiosos altera los procesos cognitivos y genera problemas de salud mental, es una problemática que se maneja con la intervención psicoterapéutica y aplicación de técnicas cognitivas y conductuales, busca la modificación adaptativa de los pensamientos (El-Mosri, Rodríguez-Orozco y Santander-Ramírez 2020). Luego de un estudio en profesionales de la salud en México, Bernardo (2020) plantea diferentes estrategias conductuales para el afrontamiento de las manifestaciones del estrés.

A partir de lo anterior, se plantea el siguiente problema científico: ¿Cómo manejar y reducir la ansiedad en el personal de salud en contexto de la pandemia por COVID19?. La idea a defender es que el personal de salud de la Dirección Distrital 08D02 Eloy Alfaro presenta síntomas ansiosos en el contexto de la pandemia por COVID-19.

Objetivo general

- Elaborar una propuesta de intervención cognitivo conductual para ansiedad en personal de salud afectado por la pandemia por COVID-19.

Objetivos específicos

1. Fundamentar los aspectos teóricos de la ansiedad como efecto de la pandemia por COVID-19.
2. Determinar la prevalencia de ansiedad en el personal de salud de la Dirección Distrital 08D02 Eloy Alfaro en contexto de pandemia por COVID-19.

3. Evaluar el estado actual de miedo a la enfermedad por COVID-19 en el personal de salud de la Dirección Distrital 08D02 Eloy Alfaro en contexto de pandemia por COVID-19.
4. Diseñar un plan de intervención cognitivo conductual para el manejo de la ansiedad para personal de salud de la Dirección Distrital 08D02 Eloy Alfaro en contexto de pandemia por COVID-19.

El presente trabajo de investigación tiene enfoque cuantitativo, con diseño no experimental, alcance descriptivo y corte transversal. La población se conformó por 300 profesionales de salud de la Dirección Distrital 08D02 Eloy Alfaro-Salud. Se aplicó una encuesta sociodemográfica, la Escala del Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD-7) para valoración de ansiedad y la Escala de miedo al COVID-19 (FCV-19) que evalúa el miedo al COVID-19.

La Organización Mundial de la Salud, señala que previo a la pandemia por COVID-19 los profesionales sanitarios ya presentaban problemas de salud mental asociado a la naturaleza de su trabajo. La pandemia ha aumentado el riesgo y prevalencia de ansiedad, depresión y suicidio.

Los profesionales de salud de la Dirección Distrital 08D02 Eloy Alfaro, se han mantenido activos en la atención directa al paciente, agudiza los estados emocionales provocados por la pandemia por COVID-19 y con serias repercusiones en el estado mental del personal de salud que ha trabajado en contexto de pandemia. Se ha evidenciado consecuencias principalmente en el área afectiva, con presencia de síntomas de ansiedad.

La propuesta de intervención cognitiva conductual para ansiedad en profesionales de salud que trabajaron durante la pandemia de COVID-19 se ajusta a la línea de investigación de la PUCESA enfocada en la Salud integral, determinación social y desarrollo humano, esta propuesta busca prevenir consecuencias en el ejercicio

profesional del personal sanitario en sus áreas familiares, sociales y laborales y que, en caso de persistir los síntomas, generarían consecuencias a largo plazo.

Por lo dicho anteriormente, se desarrolla el presente trabajo de investigación para establecer el estado de salud mental del personal de salud de la Dirección Distrital 08D02 Eloy Alfaro, también, caracterizar la sintomatología y problemas de ansiedad existente en el personal de salud. A partir de lo encontrado se define el alcance de la propuesta de intervención cognitivo conductual que permita el manejo y la disminución de ansiedad en el personal de salud afectado la pandemia por COVID-19, el enfoque cognitivo conductual ha demostrado ser eficiente en el manejo del malestar psicológico provocado por ansiedad, asimismo, promueve las conductas adaptativas a través de la supresión de ideas irracionales.

CAPÍTULO I. ESTADO DEL ARTE Y LA PRÁCTICA

La salud mental es un estado de bienestar físico, mental y social; en el que existe un equilibrio entre de cada una de las áreas donde se desenvuelve el individuo ya se a nivel personal, laboral, familiar, académico y social; el cual le permite mantener la funcionalidad en el desempeño de sus actividades cotidianas (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2017). A continuación, se revisan definiciones conceptuales e información relevante sobre ansiedad, pandemias y modelos de intervención cognitivo conductual.

1.1. Ansiedad

Mediante la manifestación de las emociones se permite la comunicación con el entorno mediante una asociación conceptual de las sensaciones y que tiene el potencial de alterar el equilibrio psíquico, la ansiedad es una emoción con objeto de reacción adaptativa (Luengo, 2015). Históricamente, los trastornos de ansiedad fueron ejemplos de comportamiento neurótico, caracterizado por conductas de evitación o mecanismos de defensa, sin embargo, aunque la respuesta ansiosa genera inadaptación, la persona con ansiedad se mantiene en contacto con la realidad, es coherente y no representa peligro. En el DSM III, se dejó de usar la denominación de neurosis y se reclasificó los problemas de salud mental considerados así por Freud, deja de lado los síntomas de ansiedad (Butcher, Mineka y Hooley, 2007).

El vocablo ansiedad tiene su origen en el latín *anxietas/atis* y se refiere a la sensación subjetiva de intranquilidad, agitación o nerviosismo. Coloquialmente suele asociarse la experiencia de ansiedad con angustia, que procede del latín *angustus* que se entiende como angostura u opresión. Rojo (2011) posiciona el término ansiedad en el uso clínico, se incluyen dentro de él la angustia como una de sus características, resalta la relevancia del uso del término ansiedad en el lenguaje médico en el esfuerzo de diferenciar las manifestaciones ansiosas normales de las patológicas, las primeras como una reacción

natural ante eventos negativos, y las segundas como una perseverancia exagerada ante las mismas situaciones.

La ansiedad describe la respuesta psíquica y física que se generan en situaciones de peligro. Es una reacción común ante una situación de estrés y tiene como fin reforzar la capacidad para escapar del peligro o dar mayor energía (García y Noguerras, 2013). Además, Brown (como se citó en Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012), se refiere a la aprehensión ansiosa como el ánimo orientado hacia el futuro donde el individuo se prepara para afrontar eventos negativos o amenazantes. La aprehensión ansiosa se asocia con el afecto negativo y sobre activación crónica, una sensación de pérdida de control. El proceso de aprehensión ansiosa se está presente en los problemas de ansiedad.

Clark y Beck (2012), se refieren en primer lugar a la experiencia subjetiva de ansiedad, promueve un uso común del estado “ansioso”, definen la ansiedad como emociones orientadas al futuro provocadas por la interpretación de perder el control respecto a eventos potencialmente peligrosos. Se genera a partir de una evaluación errónea de peligro potencial causada por distorsiones cognitivas asociadas a un miedo exagerado ante una situación específica. Ellis (como se citó en Ruíz et al., 2012) describe una ansiedad perturbadora como consecuencia de percibir un riesgo a la integridad física o a la vida, asociada a una limitada capacidad de afrontamiento provocada por sobre exigencias hacia sí mismo, hacia otros o hacia el ambiente.

Los estados ansiosos se relacionan con los pensamientos recurrentes, duraderos y repetitivos sobre un escenario particular, es percibido por el individuo con gran relevancia y causa de efectos negativos en su salud mental, este pensamiento desencadena otros más, distorsionados sobre la ocurrencia de un evento determinado. Las ideas distorsionadas se alejan de la realidad y no se respaldan objetivamente, están determinados por la imaginación y el flujo del pensamiento, la gran parte de ideas distorsionadas se basan en experiencias previas que provocaron consecuencias negativas en la persona.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017) en el año 2015 el 3% de la población mundial padecía trastornos ansiosos, con mayor prevalencia en mujeres, se reporta un aumento de 15% desde 2005. El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (APA, 2014) indica una prevalencia anual de trastornos de ansiedad de 0.9% en Estados Unidos, se presenta dos veces más en mujeres que en hombres, se presenta mayoritariamente en la edad media. En Ecuador la OMS (2017) detalla una prevalencia de ansiedad de 5,6% en la población general.

Los cuadros de ansiedad provocan en las personas una constante angustia, intranquilidad e inquietud, además de la presencia de aprensión ansiosa, por lo que el individuo busca prepararse para enfrentar los eventos perjudiciales del futuro. Este estado de ánimo cuenta con permanente emoción catastrófica, activación excesiva, tensión muscular permanente, y la subjetividad de pérdida de control sobre las propias preocupaciones (Butcher et al., 2007).

La ansiedad se caracteriza principalmente por la presencia de sentimientos de rigidez, angustia y preocupación permanente hacia los eventos que están por suceder, esto desencadena una serie de conductas, que en su mayoría son desadaptativas y perjudiciales, por otro lado, si estas respuestas se presentan en condiciones normales, se trata de los mecanismos de defensa y seguridad ante amenazas (Molina, Sandín y Chorot, 2014). Estas sensaciones también provocan variación en los hábitos de las personas y su funcionalidad, se ha encontrado en las personas dificultad para la resolución de problemas, toma de decisiones; tiempos de reacción en el afrontamiento de amenazas.

Para García-Campayo et al. (2010) la ansiedad es la manifestación de una emoción descrita como inquietud, nerviosismo, temor o preocupación por causas específicas o generales que estarían presentes o no. Gaitán-Rossi, Pérez-Hernández, Vilar-Compte y Teruel-Belismelis (2021) mencionan que la ansiedad se acompaña de dificultad en el control de pensamientos de preocupación sobre actividades cotidianas, laborales o familia, estos pensamientos impiden el desempeño funcional y adaptativo del individuo

debido a la angustia provocada, es posible que se acompañen de malestar físico. La respuesta de ansiedad sostenida en el tiempo se torna desadaptativa, por ende, en un problema psicológico grave, de acuerdo a Rodríguez (2008) la respuesta desadaptativa de ansiedad se caracteriza por:

- Ser desproporcionada o injustificada ante estímulos o situaciones rutinarias.
- Percibirse como fuera del control de la persona afectada.
- Ser intensa y recurrente.
- Provocar incomodidad y malestar.
- Afectar a la persona en múltiples ámbitos.

Se presenta de este modo, la respuesta fisiológica no activa el organismo como respuesta ante una situación estresante, y pasa a interferir en la resolución efectiva de esas situaciones. La cronicidad de este tipo de respuesta genera en la persona conductas no adaptativas para evadir las supuestas fuentes de peligro. Las manifestaciones clínicas de la ansiedad se agrupan en fisiológicos, cognitivos y conductuales, de acuerdo a Rodríguez (2008) y Clark y Beck (2012) se enlistan en los siguientes párrafos:

Fisiológicos

Dolor de cabeza, vómito, problemas de visión, pérdida de memoria; calor, sudoración excesiva, boca seca, rubor, escalofríos; aumento del ritmo cardiaco, HTA, opresión en el pecho; respiración entrecortada, acelerada y superficial, dificultad para deglutir, dolor abdominal, náuseas, vómitos, diarrea, estreñimiento; tensión muscular y articular, estremecimientos, ardor, parestesias, problemas de coordinación, debilidad muscular; problemas al orinar, alteraciones del ciclo menstrual, disminución del deseo sexual, eyaculación precoz o retardada, disfunción eréctil.

Cognitivos

Preocupación injustificada, intensa y constante, miedo o temor injustificado, e irreal: expectativas de catástrofe; miedo anticipatorio en circunstancias amenazantes; ideas negativas recurrentes e irracionales, procesos mentales superiores disminuidos, deficiente toma de decisiones, pérdida de autoconfianza, pérdida de control, despersonalización y sentirse fuera de lugar.

Conductuales

Alteración en la motricidad, torpeza, inquietud, hiperactividad y estereotipias; sobresaltos, irritabilidad, mala tolerancia a la frustración, agresividad; tartamudeo y complicaciones en la comunicación verbal; problemas para la conciliación y mantenimiento del sueño, conductas sistemáticas y planificadas de evitación, retraimiento y aislamiento social, conductas de riesgo para la salud, como tabaquismo, abuso de alcohol u otras sustancias psicoactivas, bulimia.

La propuesta teórica de la ansiedad busca definir la relación entre ansiedad y diferentes variables de personalidad. Las primeras postulaciones fueron de Cattell (como se citó en Díaz, 2019), quien intentó medir el constructo de ansiedad a través del análisis factorial, simplificó las relaciones entre las variables componentes de la ansiedad y permitió evaluar la validez factorial. Previamente se consideró a la respuesta ansiosa como inmediata y temporal, que se relacionaba positivamente con manifestaciones fisiológicas como taquicardia, tensión muscular o temblor.

Por otro lado, Cattell (como se citó en Díaz, 2019) se enfocó en las diferencias individuales y consideró los rasgos ansiosos como factores estables en la personalidad. Postuló dos factores diferenciales, ansiedad rasgo y ansiedad estado. Ansiedad rasgo se refiere a una manifestación constante de la personalidad a responder de manera ansiosa, ansiedad estado es un estado emocional temporal y reactivo ante una situación

estresante. También planteó manifestaciones ansiosas que permanecen a lo largo del tiempo, se constituye un factor de personalidad.

Díaz (2019), diferenció conceptualmente la ansiedad como etapa temporal y como factor de personalidad, además, planteó una relación entre ambas. Definió un proceso cognitivo, afectivo y comportamental que se activa por un factor estresante, este es el factor la fuente y mantenedor de ansiedad. El mantenimiento en intensidad y tiempo de los estados de ansiedad se sujetan a tres elementos: los procesos cognitivos, la permanencia del estímulo y las experiencias.

Para Rodríguez (2008) la respuesta que provoca la ansiedad también cumple una función adaptativa que estructura la activación cognitiva, conductual y fisiológica ante situaciones de peligro. Así, la ansiedad cumple una función dentro el proceso de atención, vigilia, preparación y defensa frente al riesgo, dicho de otra manera, prepara el organismo para responder a las demandas ambientales potencialmente peligrosas. La ansiedad por sí sola, no es una manifestación de enfermedad, sino que forma parte de un mecanismo más complejo de supervivencia del individuo con estrategias de afrontamiento inmediato y eficaz en situaciones estresantes.

Desde el concepto cognitivo de ansiedad, no se define a la misma como rasgo de personalidad, pero se reconoce diferencias individuales estables que predicen la evolución de trastornos emocionales. Clark y Beck (como se citó en Díaz, 2019), describieron una propensión cognitiva para la ansiedad, también incluyeron la expresión afecto ansioso, para referirse a la constante tendencia de experimentar emociones negativas a través del tiempo, incluye sentimientos de tensión, preocupación, ansiedad, ira y tristeza.

Diferenciar con eficacia el miedo de la ansiedad no es sencillo, la manera más común de diferenciarlo, es la existencia objetiva de una amenaza, por tanto, el temor es una respuesta ante un peligro presente, y la ansiedad es la experiencia subjetiva de que va a suceder algo negativo, pero que no se tiene certeza (Butcher et al., 2007).

Para Sierra, Ortega y Zubeidat (2003) el conductismo aborda la ansiedad desde un modelo ambientalista, entiende la ansiedad como un estado motivador de la conducta, expresada en la capacidad del individuo de responder adaptativamente a un estímulo específico. La ansiedad representa, por lo tanto, una reacción funcional de afrontamiento que deriva en evitación, confrontación, inhibición o agresión.

Ruiz et al. (2012) acuden al modelo cognitivo de Beck para resaltar la influencia de las creencias del individuo y la interpretación sobre el ambiente en la presencia de ansiedad, provoca que se pierda atención sobre las amenazas reales, interpretación catastrófica de estímulos ambiguos, desestimar recursos de afrontamiento, descartar la posibilidad de ayuda y presencia de conductas disfuncionales.

Desde el punto de vista psicofisiológico se estudió los mecanismos psíquicos que en que se basa la conducta durante la respuesta ansiosa. Para James (como se citó en Díaz, 2019), la percepción de un estímulo relevante a nivel fisiológico genera cambios corporales y motores. De acuerdo a la perspectiva psicoanalítica, la ansiedad nace en una problemática automática entre el yo y los impulsos del ello, debido a un desempeño deficiente de los sistemas de protección. Se consideraba que bloquear los impulsos de carácter sexual y agresivo generaba ansiedad. Principalmente, la fobia y la ansiedad, se diferencian en el funcionamiento de los sistemas de protección, es eficaz en la represión y deficiente en el desplazamiento.

El modelo cognitivo conductual enfatizó el rol de los factores cognitivos en la activación y duración de la ansiedad. Evaluó los flujos cognitivos desde el estímulo aversivo y la réplica de ansiedad, se determinó que los elementos cognitivos favorecen la reacción de ansiedad, también cómo las etapas ansiosas influían en variables cognitivas y conductuales. La teoría del aprendizaje social de Bandura, se basó en que el actuar del individuo estaba regulado por sus expectativas de autoeficacia y de resultado, así se concibió la ansiedad como una fase subjetiva, provocada por el análisis de estímulos internos y externos, que delimita el tipo, intensidad y constancia de la experiencia emocional.

También Clark y Beck (2012) plantearon su propia teoría y definieron la ansiedad como un proceso complejo de réplica conductual, fisiológica, afectiva y cognitiva que se activaba al prever eventos vistos como incontrolables y que serían peligrosos. Plantearon que la respuesta ansiosa estaba compuesta por dos mecanismos, la evaluación inicial de amenaza, ejecutada de automáticamente para determinar potencial de peligro, y, el mecanismo denominado reevaluación secundaria, ejecuta un mecanismo estratégico, controlado y de elaboración de la información obtenida (Díaz, 2019).

La activación psicofisiológica es la respuesta general y automática del organismo ante eventos estresantes. El organismo regula su funcionamiento para disponer de recursos de respuesta física el proceso de respuesta al estrés (Rodríguez, 2008).

- Los procesos psíquicos superiores analizan e identifican la situación como amenazadora y activan el sistema nervioso y sistema autónomo para disponer de los recursos de afrontamiento.
- Activación de la sección simpática del sistema nervioso autónomo.
- Activación del Sistema Neuroendocrino.
- Retroalimentación que genera el aumento, mantenimiento o reducción de la respuesta de estrés. En la activación al estrés intervienen otros sistemas como el cardiovascular, respiratorio, músculo-esquelético, digestivo e inmunológico.

La respuesta de estrés se divide en tres etapas

- Alerta: el cuerpo se prepara para una respuesta física a la amenaza.
- Acción: el cuerpo ejecuta las acciones frente a la amenaza.
- Relajación: disminuyen los niveles energéticos y se retoma la homeostasis fisiológica y psíquica.

Según Butcher et al. (2007), los ataques de pánico se relacionan con el locus coeruleus del tronco del encéfalo y con el neurotransmisor norepinefrina, cuya función es la actividad cerebral de esta área. De esta forma se propuso que los ataques de pánico son

resultado de un funcionamiento incorrecto de la norepinefrina en el locus coeruleus. Butcher et al. (2007), también se refiere a la hormona que libera la corticotrofina (HLC) como generadora de ansiedad. Al activarse la HLC estimula la liberación de ACTH (hormona adrenocorticotrófica) en la glándula pituitaria y desencadena la liberación de cortisol en la glándula adrenal.

Los estudios realizados, asocian factores hereditarios en la presencia de ansiedad, y se asocia a la hiperactivación del sistema neurovegetativo, causado por uso de ácido láctico, yohimbina, doxapram, con efectos como el aumento de frecuencia respiratoria y cardíaca. La presencia de uno o dos alelos cortos del gen portador de serotonina (5HTT) se relaciona con niveles altos de ansiedad, además, estudios neurológicos de imagen muestran actividad en las áreas de la amígdala, corteza cingulada, prefrontal y de la ínsula (Carlson, 2010).

Se identifican tres fuentes de elementos de riesgo para la aparición de problemas de ansiedad, primero características personales, como inhibición conductual, neuroticismo, rasgos evitativos. Desde el ambiente no se especifica factores directos, pero se consideran las condiciones negativas en el desarrollo y/o sobreprotección durante la infancia. Se considera también que un tercio de trastornos ansiosos parten de un riesgo genético. Rodríguez y Santolaria (2018) describen también la posibilidad que los trastornos ansiosos sean secundarios a enfermedades orgánicas como neoplásicas, neurológicas, endocrinas, infecciosas, cardiorrespiratoria o sistémicas. Además, es probable que sean inducidas por intoxicación por sustancias psicoactivas, fármacos, metales pesados o por efectos de síndrome de abstinencia.

Las variables genéticas y temperamentales en la personalidad influyen la interpretación de las situaciones de peligro, se ha encontrado que niños conductualmente inhibidos son propensos a desarrollar fobias específicas que los niños desinhibidos (Butcher et al., 2007).

A continuación, se definen algunas consecuencias por los trastornos ansiosos descritos por Clark y Beck (2012).

Adaptativas: la evaluación errónea del potencial peligro afecta la reacción adaptativa ante la amenaza real, afecta el desempeño en la cotidianidad de la persona, principalmente en el área laboral.

Duración: la ansiedad clínica permanece por mucho tiempo posterior a la presencia de la amenaza prolonga la preparación para un evento futuro, aunque no haya posibilidad de que suceda.

Estado de alarma: la activación fisiológica, cognitiva y conductual inicia sin presencia de una amenaza real.

Hipersensibilidad: la valoración de riesgo a condiciones normales o cotidianas provoca la percepción de amenazas externas.

1.2. Pandemia por COVID-19

De acuerdo a la Real Academia de la Lengua (2021), una epidemia significa la presencia nueva de una enfermedad en una población, zona o país, que se agravaría debido a la alta mortalidad que presenta. Una pandemia es una enfermedad epidémica que se propaga rápidamente a otras poblaciones o afecta a casi la totalidad de una población específica. Desde su origen, la humanidad ha padecido enfermedades, que en cuanto se han expandido, se han transformado en epidemias y unas cuantas en pandemias. Las pandemias han significado un cambio en las condiciones sociales de un pueblo, desde modificación en hábitos e higiene hasta implementación de legislaciones sanitarias (Galeana, 2020).

Las epidemias y pandemias han marcado la historia de la humanidad ya sea por su vigencia o por su letalidad durante sus apariciones, previa a los sucesos científicos del

siglo XIX con la invención de las vacunas, las enfermedades más graves como la tuberculosis eran consideradas mortales. A lo largo de la historia de las diferentes civilizaciones se cuenta con evidencias nosocomiales que bien describirían la presencia de pandemias desde el inicio mismo de la humanidad. Las pandemias más relevantes que se han conocido son la influenza de Babilonia (120 a.C.), la primera peste negra (542 d.C.) afectó Asia y Europa, con un segundo rebrote letal entre los años 1347 y 1382.

La gripe española, a partir de 1918, ha sido una de las más letales con una cifra aproximada de una tercera parte de las personas contagiadas y medio millón de fallecidos (Moreno-Sánchez, 2018). Las epidemias contemporáneas destacadas son la gripe asiática (H2N2) a mediados del siglo XX, la gripe provocada por el virus H5N1 en el año 2003, actualmente continúan vigentes enfermedades con una presencia mundial como el zika, ébola, influenza, entre las más relevantes. En el año 2003, se identifica por primera vez una patología causada por un coronavirus, el síndrome respiratorio agudo severo SARS-CoV en China, al tiempo que en EEUU se declaró a un coronavirus como causante del MERS. La letalidad de aproximadamente 10% del SARS-CoV activó las acciones de vigilancia en salud pública para contener el brote a mediados del mismo año.

En el transcurso de este brote, se tuvo las primeras consideraciones de los efectos de la pandemia en la salud mental del individuo, la familia, comunidad y cuidadores. A finales de 2019 se presentaron los primeros reportes de personas con enfermedad respiratoria provocada por un nuevo tipo de coronavirus, desde marzo de 2020, la declara pandemia debió a la alta transmisibilidad y letalidad severa, denomina al virus como SarsCoV-2, mismo que causa la enfermedad COVID-19, caracterizado en un inicio por fiebre, fatiga, dolor de cabeza, tos, entre otros y con mayor incidencia en adultos mayores (Castañeda y Ramos, 2020).

La prevención de las enfermedades transmisibles se ha considerado como una de los primordiales métodos de control de brotes, se utilizó por primera vez en el año 1377 en los viajes marítimos en la actual Bosnia-Herzegovina como medida preventiva para la peste bubónica. Más adelante en Francia, se estableció un periodo de aislamiento de

cuarenta días (cuarentena) a las personas enfermas, y aislamiento a los viajeros. En la actualidad la cuarentena se mantiene como una de las medidas reguladas para prevenir y controlar brotes (Becker, 2020). El bienestar mental y emocional han sido afectados gradualmente con la implementación de medidas preventivas como el confinamiento domiciliario y distanciamiento social, la suspensión de servicios básico o de consumo diario, indisponibilidad de medicamentos. Las reacciones comunes de miedo, tristeza o ansiedad se prolongarían en el tiempo o en intensidad y generar problemas de salud mental (OPS, 2020).

El aislamiento social se entiende como el deficiente desenvolvimiento en las relaciones sociales, a efectos de la pandemia, este efecto promueve la suspensión de contacto con otras personas. Las medidas de confinamiento han cambiado los hábitos de vida diaria de las personas, los roles al interactuar en un ámbito familiar, social o laboral, y desencadena conflictos y alteración de las relaciones sociales. La amenaza real a la enfermedad provocaría síntomas ansiosos en la población, dificultad en decisiones racionales y conductas desadaptativas como exagerado lavado de manos, desinfección, demanda injustificada de servicios de salud (Huarcaya-Victoria, 2020).

Bravo-Gómez y Oviedo-Gutiérrez (2020) resaltan las comunicaciones virtuales como un factor favorable en el afrontamiento a las medidas restrictivas. El comportamiento individual en las acciones de aislamiento social como cumplimiento de aforos, restricción de servicios no esenciales determinan la evolución de la pandemia, se promueve la reducción de casos nuevos y casos que requieran hospitalización, la elevada transmisibilidad del COVID-19 ha superado la capacidad de respuesta operativa de la infraestructura sanitaria (Iglesias-Osores, 2020).

Gaitán-Rossi et al. (2021) reportan una prevalencia de síntomas ansiosos de 36% en población mexicana, es mayor en la población femenina, adultos maduros, y de nivel socioeconómico bajo. Broche-Pérez, Fernández-Castillo y Reyes (2020), describen que las manifestaciones clínicas más frecuentes son depresión, estrés, apatía, irritabilidad, insomnio. Señalan también elementos predisponentes para presentar problemas de

salud mental, como edad de 16 a 24 años, baja formación académica, sexo femenino, ausencia de red de apoyo, antecedentes de enfermedad mental.

Las reacciones esperadas de miedo y ansiedad en circunstancias de pandemia agudizarían las dificultades sanitarias, como desabastecimiento de medicamentos o saturación de servicios básicos o sanitarios. Las circunstancias de confinamiento y alta letalidad generarían problemas de salud mental relacionados a duelos complicados relacionados con las medidas de bioseguridad (Chacón-Fuertes, Fernández-Hermidia y García-Vera, 2020).

Las políticas de salud pública de América Latina y el Caribe se presentaban frágiles antes de la pandemia, debido al bajo financiamiento, fragmentación y segmentación, según la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL, 2021) América Latina invierte menos del 6% del PIB en salud, y un gasto en salud per cápita inferior al de otros países con sistemas de salud más robustos.

Una de las consecuencias de la atención inmediata a la pandemia fue el restablecimiento de los servicios de salud, provoca que se traslade a segundo plano las acciones que no estaban relacionadas directamente con el COVID-19, situación reflejada en la experiencia del descenso de acceso a los servicios de salud en la población. Los esfuerzos económicos durante la mayor criticidad de la pandemia se orientaron a aumentar la capacidad de atención hospitalaria y de UCI, entre marzo de 2020 y julio de 2021 la demanda de camas UCI creció en el 103% (CEPAL, 2021). De acuerdo con la Organización Internacional del Trabajo (OIT, 2021) en el periodo marzo-mayo de 2020, el sector salud en Ecuador perdió USD 870 millones (Secretaría Técnica Planifica Ecuador, 2020). Los servicios sanitarios relacionados a COVID-19 significaron el 83% del valor utilizado.

El personal de salud ha sido uno de factores relevantes del sistema de salud, mediante decreto ejecutivo N° 1278 se dispuso en Ecuador el pago de una remuneración variable extraordinaria de USD 200, por única vez, al personal de salud. La pandemia por COVID-

19 ha tenido efectos sobre diferentes escenarios en la vida diaria de las personas, familiar, social, sanitario, y laboral, éste último aspecto con mayor riesgo en el personal sanitario, quienes han intervenido directamente en la atención a los pacientes.

Luego de los diferentes momentos de la pandemia, se ha reportado una creciente presencia de estrés en el personal que estuvo presente en los servicios asistenciales, tienen mayor riesgo de presentar cansancio psíquico, irritación, problemas de concentración y de sueño, malas decisiones y bajo rendimiento laboral (Broche-Pérez, et al., 2020).

De acuerdo a López y López (2021) en las primeras investigaciones realizadas en 2020, los trabajadores de enfermería presentaban más ansiedad que médicos, atribuible al mayor trato con pacientes enfermos de COVID-19, el sexo y el nivel de formación académico también fueron reportados como factores de riesgo para presentar ansiedad. En Paraguay también se identificaron como factores de riesgo a la carga horaria, bajos periodos de descanso, sexo femenino, área de enfermería. En Colombia, el estudio realizado por Monterrosa-Castro et al. (2020) reportaron que un tercio del personal evaluado de un hospital general presentaba estrés laboral leve, y el 6% estrés laboral severo, el 43% reportó problemas de sueño el sueño, el 27% manifestó agotamiento y el 20% presentaba cansancio extremo o agotamiento.

La OPS publicó en 2020 un estudio sobre malestar psicológico en trabajadores de salud a través del reactivo GHQ-12 donde reportó un intervalo de 13,5 a 16,6 en Argentina, Brasil, Chile y Bolivia, y un intervalo de 12,0 y 13,5 en Guatemala, México, Perú, Puerto Rico, Venezuela y Uruguay, destaca Colombia con un promedio de 19,34 (OPS, 2022). En el mismo estudio identifica la red de apoyo como factor de riesgo, la religión también influyó en la percepción de malestar psicológico, la necesidad de apoyo económico, psicológico y el cuidado de personas mayores también se relacionó con la aparición de malestar psicológico y depresión.

De acuerdo a De la Cruz-Vargas (2020) el 20% del personal de salud se contagió en China e Italia durante el primer año de pandemia infectaron y 22 muertes en China, reporta también que, durante 2020 en Perú, el personal médico correspondía al 70,8% de pacientes con COVID-19 identificados de los trabajadores sanitarios.

Huarcaya-Victoria (2021), sugiere que los primeros síntomas en el personal de salud serían ansiosos y depresivos, similares al TEPT, tienen consecuencias en su desempeño laboral y en su bienestar, cita una investigación de Huang, Han, Luo, Ren y Zhou (2020) en un hospital de China para describir una incidencia de 23% de ansiedad y 27% de trastornos por estrés en el personal médico, la incidencia fue mayor en personal femenino. Describe también el riesgo de trauma vicario, presentado síntomas similares a los de los pacientes.

Una investigación en los hospitales de Hubei, China, se describió 70% de prevalencia de síntomas de angustia en médicos y enfermeras, el 50% de participantes refirió síntomas depresivos y se observó síntomas ansiosos en un tercio. En otro estudio se reportó el 30% de incidencia de síntomas de depresión leves, ansiedad e insomnio (Ambrosio, Torres-Santos, Infante, Rodríguez-Alarcón y Mejía 2021).

Los estados emocionales provocados por la pandemia del COVID-19, se encuentran desnivelados y con serias repercusiones en el estado mental del personal de salud que se ha encontrado en primera línea de atención, así lo evidencian Erquicia et al. (2020) reportan en una investigación realizada en un hospital de Catalunya-España, donde 71% de los profesionales reportaron síntomas ansiosos y el 14% síntomas de estrés agudo, el grupo que reportó mayor afectación fue aquel que trabajaba en la atención directa a pacientes con COVID-19. En un hospital de Barcelona se identificó en los profesionales de sala de parto un puntaje medio de 26,3 en ansiedad-estado y 14,3 puntos en ansiedad-rasgo, los profesionales que reportaron cargas familiares y disminución en el ingreso económico presentaron puntajes superiores al promedio en ansiedad (González-Plaza et al., 2022).

En una investigación similar Chávez et al. (2021) describieron que en un hospital de Paraguay el 42% del personal evaluado presentaba síntomas ansiosos, mientras que el 24% manifestó síntomas de síndrome de Bornout, identifica como factor de riesgo el sexo, donde el 54% de hombres presentaron ansiedad contra 36% en mujeres, otro factor encontrado fue el área de servicio, terapia intensiva y quirófano fue el servicio con mayor prevalencia de ansiedad y depresión, la jornada laboral extendida también se asoció a la presencia de síntomas.

Los trabajadores de salud en Ecuador, encuestados en el estudio de Pazmiño, Alvear, Saltos y Pazmiño (2021), indicaron 39% de síntomas moderados y graves de ansiedad, y el 16% registro insomnio moderado y grave. Los factores de riesgo para presentar síntomas ansiosos fueron trabajar en la provincia de Guayas, nivel académico, sensación de inseguridad, sexo femenino; se reportaron como factores de protección ser psicólogo y trabajar en la misma provincia de residencia, no disponer de equipo de protección adecuado y ser de sexo femenino.

En un estudio realizado en Ecuador por Naranjo-Hidalgo y Poveda-Ríos (2020) observaron un 46% de conductas asociadas con ansiedad, y 45% de síntomas relacionados con ansiedad en la población evaluada. El 18% del personal médico indicó síntomas de ansiedad, los psicólogos presentaron un 8% de estos síntomas. Peñafiel-León, J., Ramírez-Coronel, Mesa-Cano, y Martínez-Suarez (2020) describen en los participantes de un hospital de Cuenca 32% de ansiedad-estado, 28% ansiedad rasgo y el 29% indicó miedo al COVID-19, el personal que se encontraba en contacto directo con pacientes COVID-19 presentaba mayor riesgo.

1.3. Modelos de intervención cognitivo conductual

La terapia cognitivo conductual tiene sus bases en las teorías del aprendizaje, en la evidencia científica experimental y la práctica clínica. Tiene como objeto de actuación la conducta humana como resultado de procesos comportamentales, cognitivos, fisiológicos y emocionales, que, es medida, evaluada e intercedida. Clark y Beck (2012), argumentan

que la conducta es aprendida y es producto de la relación de las personas con factores internos y externos expresadas como experiencias vividas.

El propósito de la terapia cognitiva conductual es la modificación del comportamiento, elimina o cambia hábitos desadaptativos e integra al individuo comportamientos adaptativos, estos cambios serían a nivel conductual o cognitivo de constantes históricos que determinan el comportamiento (Ruiz et al., 2012). Metodológicamente, la terapia cognitivo conductual es experimental, este enfoque empírico promueve la aplicación de técnicas basada en evidencias, de este modo están presentes simultáneamente procesos de evaluación y explicación del comportamiento y en su posterior intervención.

La característica empírica de la intervención cognitivo conductual promueve la evaluación permanente de los efectos de las técnicas utilizadas, evalúa la eficacia de para producir los cambios deseados en el comportamiento del individuo, y la sostenibilidad de estos cambios en el medio donde se desenvuelve, para esto último se requiere la participación activa de la persona.

Psicoeducación

Para García-Herrera y Noguera (2013) proporcionar información adecuada sobre los procesos de salud enfermedad a las personas promueve un pronóstico favorable de recuperación, evidenciado mayormente en casos de salud mental. De esta forma, la psicoeducación o intervención primaria, se posiciona como una buena práctica y con un lugar relevante dentro del proceso de tratamiento, pretende orientar al sujeto a usar sus propios recursos cognitivos, conductuales y emocionales.

Reorganización cognitiva

De acuerdo a la propuesta de Ruiz et al., (2012), desde el punto de vista cognitivo que, ante una situación estimulante, las personas procesan la información disponible del entorno y otorgan un significado a los estímulos percibidos.

Esquemas cognitivos

La interpretación del mundo externo del individuo, se basa en esquemas cognitivos que representan la organización y estructura conceptual de los estímulos ambientales, y determinan un concepto o creencia específica del mundo externo, de uno mismo y del relacionamiento con el ambiente. La conceptualización desadaptativa del medio ambiente está determinada por la presencia de distorsiones cognitivas que interpretan de forma negativa la información percibida del medio

De acuerdo a Beck (1979, citado en Clark y Beck 2012) menciona 11 distorsiones cognitivas, que son: Pensamiento todo o nada, Sobregeneralización, Descontar lo positivo, Saltar a las conclusiones, Leer la mente, Adivinación, Magnificar/minimizar, Razonamiento emocional, Declaraciones de "debería", Etiquetar, Culpabilidad inapropiada.

Esquema ABC

En su diario vivir, las personas encuentran estímulos activadores, que influirían de forma positiva o negativa en los propósitos del individuo, de acuerdo a la interpretación de los mismos. De acuerdo a Ellis (1994, citado en Clark y Beck, 2012) los eventos ambientales, las cogniciones y la conducta se relacionan y son consecutivas entre sí. El modelo ABC postula que los estímulos externos (A) son interpretados y conceptualizados (B) por las personas, da como resultado una respuesta emocional, conductual o cognitiva.

Técnicas de exposición

Las técnicas de exposición tienen gran impacto en las intervenciones eficaces para problemas de ansiedad y son parte de las técnicas cognitivo conductuales con mayor evidencia Gillihan y Toa (como se citaron en Ruiz et al., 2012). Las técnicas de exposición consisten en promover el contacto del sujeto con el elemento activador con el propósito

de generar habituación al estímulo y posterior anulación de la respuesta ansiosa, mejora la adaptación al medio en la persona.

Tipos de exposición

Los métodos de exposición se diferencian de acuerdo a la forma de presentación del estímulo, intensidad, la duración, la frecuencia y apoyo para la presentación del estímulo temido. En la exposición simbólica, el estímulo presentado no es real, si no que se utilizan representaciones físicas, mentales, visuales, auditivas o realidad virtual. La exposición en imaginación requiere que el estímulo activador sea representado en la imaginación. La intención es lograr la habituación y posterior reducción de la respuesta desadaptativa. De acuerdo a la evidencia, la exposición larga tiene mejores resultados comparado con las sesiones cortas, además, para la aplicación de una sola sesión se alargaría lo suficiente para generar la extinción de la respuesta ansiosa.

Técnicas de relajación

La relajación cuenta con mayor aplicabilidad entre las técnicas conductuales, cuyo propósito es la reducción de la activación fisiológica y recuperación del equilibrio mental. En la terapia cognitivo conductual se usan con mayor frecuencia los procedimientos de relajación progresiva de Jacobson y relajación autógena de Schultz (como se citó en Ruiz et al., 2012).

Para el uso de las técnicas de relajación se indica a las personas la ejecución y percepción de tensión y reposo de los grupos musculares específicos, con aplicación de tensión durante 5-7 segundos en el grupo muscular deseado, y así, percibir la tensión en el grupo muscular (Ruiz et al., 2012).

Técnicas de respiración

El entrenamiento en respiración es una técnica de relajación útil en la terapia cognitiva conductual, parte del principio de que la hiperventilación significa una respiración rápida y profunda, y permite simular un escenario similar al experimentado durante en ansiedad, para luego realizar un entrenamiento en respiración lenta y superficial.

- Clark y Salkovskis (como se citaron en Ruiz et al., 2012) indican que el entrenamiento en respiración contempla varios elementos.
- Una práctica de hiperventilación de 2 minutos con 30 inhalaciones en cada minuto.
- Percepción de los efectos físicos causados por la hiperventilación y comparación con los síntomas de ansiedad.
- Comprensión de la fisiología de la hiperventilación y sus consecuencias físicas.
- Re atribución de los síntomas físicos de ansiedad a la hiperventilación entrenada.

La respiración ventral o diafragmática es la modalidad más frecuente de aplicación para el entrenamiento en respiración. Desde este punto de vista, Clark y Beck (2012) consideran que la hiperventilación tiene efectos fisiológicos y físicos durante los momentos de ansiedad.

CAPÍTULO II. DISEÑO METODOLÓGICO

Para la presente investigación se definen algunos conceptos metodológicos tales como diseño, alcance, técnicas e instrumentos aplicados en la ejecución del proyecto de investigación, del mismo modo, se describe las características de los participantes como la población, muestra y muestreo, también se menciona el procedimiento metodológico aplicado en esta investigación.

2.1. Paradigma investigativo

La presente investigación se basa en el paradigma positivista al tener el propósito de comprobar la idea a defender a través de medios estadísticos para determinar el estado de las variables estudiadas. El paradigma positivista genera conocimiento basado en procedimientos de análisis de datos (Ramos, 2015). El enfoque utilizado en esta investigación fue el cuantitativo, se aplica mediciones estadísticas a los datos obtenidos de manera secuencial y comprobatoria con un orden riguroso para establecer, en primer lugar, la idea de investigación, se plantan objetivos, búsqueda bibliográfica y definición de los aspectos teóricos, se determinan hipótesis y variables, mismas que son comprobadas y de las mediciones logradas se establecen conclusiones (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

El diseño aplicado es no experimental, puesto que no se manipuló las variables usadas, y los fenómenos estudiados se desarrollaron en su contexto natural, sin embargo, en la presente investigación se analizaron los efectos de una variable sobre la otra (Universidad del Desarrollo, 2021). El alcance de la presente investigación es descriptivo, la misma pretende definir las características de la población estudiada y así describir el contexto de un fenómeno suscitado.

El presente estudio es de corte transversal, pues la recolección de datos se realizó en un momento y tiempo específico. Como describen Rodríguez y Mendivelso (2018) en las

investigaciones de corte transversal se realiza una sola medición de las variables con el objetivo de determinar la presencia y frecuencia de un fenómeno específico.

2.2. Población y muestra

Tabla 1. Características sociodemográficas de los participantes

Variables	Frecuencia	Porcentaje
Sexo		
Hombre	108	36%
Mujer	192	64%
Edad		
21 a 30 años	152	51%
31 a 40 años	88	29%
41 a 50 años	40	13%
51 a 60 años	15	5%
61 años o mas	5	2%
Formación		
Enfermería	107	35%
Medicina general	74	25%
Obstetricia	35	12%
Odontología	29	10%
Otros	55	18%
Servicio		
Consulta externa	204	68%
Emergencia	66	22%
Hospitalización	30	10%
Se ha contagiado de COVID-19		
Sí	187	62%
No	113	38%

Fuente encuesta de datos sociodemoGráficos ¹

La población que participó en este estudio fueron 300 profesionales de salud entre médicos, enfermeras, obstetras, odontólogos, psicólogos, laboratoristas y médicos especialistas de la Dirección Distrital 08D02 Eloy Alfaro-Salud en la provincia de Esmeraldas, la muestra se determinó de forma no probabilística, dirigida de tipo bola de nieve donde se agregó participantes que cumplieran los criterios de inclusión como: encontrarse en relación laboral en la Dirección Distrital 08D02 Eloy Alfaro-Salud, ser mayor de edad, ser personal de salud, laborar en atención directa al paciente, aceptar

¹ Nota: El grupo Otros está conformado por médicos especialistas, laboratoristas y psicólogos

participar en la investigación, también se consideraron criterios de exclusión como: no ser profesional de salud, laborar en áreas administrativas, no aceptar participar en la investigación.

De acuerdo a los resultados conseguidos para las variables sociodemográficas se encuentran que la mayor parte de los participantes fueron de sexo mujer con un 64% y 36% de hombres, un poco más de la mitad de los participantes se encuentran en una edad de 21 a 30 años, la formación más frecuente fue enfermería con el 36%, la gran mayoría de profesionales se desempeñan en el servicio de consulta externa con el 68% y el 62% de los participantes se ha contagiado de COVID-19.

Tabla 2. Muestra aleatoria de grupos equitativos

Variables	Frecuencia	Porcentaje
Sexo		
Hombre	108	50%
Mujer	108	50%
Se ha contagiado de COVID-19		
Sí	113	50%
No	113	50%

Elaboración propia a partir de encuesta

Debido a la diferencia de participantes en las variables de sexo y contagio se tomó una muestra aleatoria para obtener grupos equitativos conserva una muestra de 108 hombres y mujeres y 113 participantes contagiados y no contagiados.

2.3. Técnicas e instrumentos

En el presente estudio, se utilizó una ficha sociodemográfica y cuestionarios psicométricos para la recolección de datos y cumplir el objetivo principal de medir las variables de estudio.

Observación

Se cumplió a través del análisis y recopilación de información sistematizada, validada y confiable de las conductas expresadas por los participantes, se aclara que elementos son sujetos a observación, además de la muestra participante, así como establecer las unidades y las categorías de observación (Gallardo, 2017). Es decir, es la elaboración directa y sistematizada durante un fenómeno específico.

Ficha sociodemográfica

Contribuye a la recolección de los datos, utiliza de un grupo de preguntas de opción múltiple, para obtener información delimitada de características específicas de acuerdo a las variables que componen la investigación, las interrogantes serían de tipo abiertas o cerradas (Laura, 2015).

Escala GAD-7

Escala para el Trastorno de Ansiedad Generalizada, GAD-7, por su nombre en inglés, es una escala unidimensional utilizada para identificar la presencia de ansiedad generalizada y valorar la gravedad de los síntomas, elaborada por Spitzer, Kroenke, Williams y Löwe en 2006, en su versión original cuenta con un Alpha de Cronbach de 0.92 y en la versión adaptada al español 0,963 (García-Campayo et al., 2010), Monterrosa-Castro et al. (2020) reportaron una confiabilidad de 0.79 en una investigación realizada con médicos colombianos.

En la presente investigación, el cuestionario tuvo una consistencia interna de 0,83 en Alfa de Cronbach. Se aplicó la escala abreviada que consta de 7 preguntas puntuables entre 0 y 3, en una calificación de tipo Likert, con un puntaje máximo de 21. De acuerdo al puntaje total, los rangos de corte son: 0-4 no se aprecia ansiedad; 5-9 síntomas de ansiedad leve; 10-14 síntomas de ansiedad moderados y 15 a 21 síntomas de ansiedad severos, en puntuaciones superiores a 10 se recomienda una evaluación especializada de ansiedad (Lemos et al., 2019). La evaluación se realiza en un rango de tiempo de los últimos 5 días.

Escala de miedo al COVID-19

FCV-19, por sus siglas en inglés, creada por Ahorsu et al. en el 2020. Cuenta con una dimensión de siete ítems que se utiliza para evaluar el miedo hacia el COVID-19 en la población general. Los ítems se califican en una escala tipo Likert de 5 puntos, que van de 1 (muy en desacuerdo) a 5 (muy de acuerdo) con una puntuación total mínima de 7 puntos y máxima de 35 puntos. En el presente estudio se utilizó la siguiente interpretación, de 7 a 14 puntos, miedo leve, 15 a 27 puntos miedo moderado y 28 a 35 puntos miedo severo.

La versión original cuenta con propiedades psicométricas confiables, con un alfa de Cronbach de 0.82 (Ahorsu et al., 2020), una versión adaptada al español en Argentina realizada por Furman, Griffiths, Pakpour y Simkin (2020) obtuvo con un valor de alfa de Cronbach de 0.94. García-Reyna et al. (2020) describieron un alfa de Cronbach de 0.90 en una población mexicana, el cuestionario tuvo una consistencia interna de 0,90 en Alfa de Cronbach en esta investigación.

Procesamiento y análisis de la información

La toma de datos se automatizó a través de la plataforma Google Forms, el registro de respuesta se ejecutó previa aceptación de consentimiento informado por los participantes, a continuación se organizó los resultados en una Tabla de Microsoft Excel 2010 para luego trasladar la información al Sistema SPSS 25 para realizar el análisis de datos, así como la elaboración de Tablas estadísticas, los análisis estadísticos descriptivos incluyeron porcentajes, frecuencia, mediana, desviación estándar y alfa de Cronbach, para posteriormente realizar el análisis estadístico descriptivo correspondiente a la investigación. La recopilación de información se realizó con las consideraciones éticas requeridas.

Procedimiento metodológico

La presente investigación inició con la indagación, revisión y compilación de referencias bibliográficas idóneas con el propósito de consolidar la información pertinente relacionada con el fenómeno a investigar y así establecer las bases teóricas de las variables de estudio. A continuación, se identificó la población y muestra de estudio para así realizar la selección correcta de los instrumentos a utilizar, toma en cuenta las características la de población y de cada de una de las variables planteadas.

Se definió una encuesta de datos sociodemoGráficos y los instrumentos psicológicos relacionados con las variables de estudio, cuenta con una escala para la valoración de ansiedad generalizada y una escala de miedo al coronavirus. De este modo se automatizó el registro de información en los instrumentos en un formulario en línea en el siguiente enlace, <https://forms.gle/sqMGKQaa1Twz8HzXA>, a continuación, se realizó una prueba piloto con 7 profesionales de salud, se obtuvo sugerencias lingüísticas para mejor comprensión lectora, también se obtuvo un tiempo promedio de registro de 4 minutos. Los instrumentos psicológicos fueron realizados por 300 profesionales de salud, con un tiempo de recolección de información en los meses de marzo y abril de 2022.

El uso del sistema SPSS permitió una apropiada puntuación de los instrumentos, favorece el análisis estadístico y descriptivo, se evaluaron las variables sociodemográficas, así como el análisis de la fiabilidad de las escalas aplicadas. A partir de los resultados obtenidos se elaboró una propuesta de intervención para el manejo de la ansiedad en los profesionales de salud en contexto de pandemia. Finalmente, se procedió a la elaboración de las conclusiones y recomendaciones oportunas.

Caracterización de la Dirección Distrital 08D02 Eloy Alfaro-Salud

La investigación fue realizada en la Dirección Distrital 08D02 Eloy Alfaro-Salud, ubicado en el cantón Eloy Alfaro, provincia de Esmeraldas. El cantón Eloy Alfaro, está constituido por 16 parroquias, de las cuales 1 son urbanas y 15 rurales, integradas por 182 comunidades dispersas ubicadas en áreas de difícil acceso en su mayoría, en el perfil costanero, márgenes de los ríos Santiago, Cayapas y Ónzole, así como al interior de las zonas montañosas.

Con una extensión territorial de 4.302 Km². Es un área de difícil acceso geoGráfico, donde el 51% del territorio tiene acceso carrozable constituido por vías de primero, segundo y veraneras de tercer orden en su mayoría y el 49% tiene acceso exclusivamente fluvial marítimo, en dicho entorno se asientan el 80% de las comunidades. La Dirección Distrital 08D02 Eloy Alfaro-Salud, en representación territorial del MSP, busca ejercer la rectoría, regulación, planificación, coordinación, control y gestión de la Salud Pública en el cantón Eloy Alfaro, a través de la gobernanza, vigilancia de la salud pública, provisión de servicios de atención integral, prevención de enfermedades, promoción de la salud e igualdad, investigación y desarrollo de la ciencia y tecnología y la articulación de los actores del sistema, con el fin de garantizar el derecho a la Salud.

Para brindar la prestación de servicios de salud a la población, la Dirección Distrital cuenta con el personal capacitado y especializado de acuerdo a su cartera de servicios, cuenta con profesionales de las especialidades de medicina general, odontología, obstetricia,

enfermería, psicología, y otras especialidades médicas. De acuerdo a las políticas del ministerio de salud, los profesionales de salud cumplen el año de salud rural previo a su libre ejercicio, por lo tanto, en la Dirección Distrital 08D02 Eloy Alfaro, se encuentran profesionales de salud en diferentes modalidades contractuales, nombramiento definitivo, nombramiento provisional, contrato ocasional o año de salud rural, es este último grupo, el de mayor presencia en el personal disponible.

CAPÍTULO III. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

3.1. Análisis de Resultados de la Escala GAD 7

Tabla 3. Análisis descriptivo de la escala GAD-7

Escala GAD-7	X	DE	A	C_r
Sentirse nervioso/a, ansioso/a, notar que se le ponen los nervios de punta.	,7600	,96895	,630	-1,345
No ser capaz de parar o controlar sus preocupaciones.	,6933	,97423	,909	-,759
Preocuparse demasiado sobre diferentes cosas.	,6933	,97423	,909	-,759
Dificultad para relajarse.	,9200	1,00514	,360	-1,535
Estar tan intranquilo/a que le resulta difícil permanecer quieto/a.	,6367	,92059	,861	-1,068
Sentirse fácilmente disgustado/a o irritable.	,7600	,96895	,630	-1,345
Sentirse asustado/a como si algo horrible pudiese pasar.	,5933	,91510	1,079	-,466

Nota: X=media aritmética; DE=Desviación estándar; A=asimetría; Cr=curtosis. ²

En la Tabla 3, se observa que la dificultad para relajarse es el síntoma más presente en la población estudiada, seguido por la presencia de nervios e irritabilidad. Estos síntomas se relacionan con la complejidad de la naturaleza del trabajo de los profesionales de salud caracterizado por jornadas especiales y contacto interpersonal. Estos resultados son semejantes a los presentados por Camargo et al. (2021) en su estudio realizado con personal médico en Colombia donde los ítems principales fueron Dificultad para relajarse ($X=1,45$) Sentirse fácilmente disgustado/a o irritable ($X=1,40$) y Preocuparse demasiado ($X=1,39$). Los resultados presentados por Porto, OcampoBarba, Flores-Valdivia, Caldichoury y López (2022) en profesionales de salud en Bolivia presentaron los mayores valores en los ítems Dificultad para relajarse ($X=1,51$), Preocuparse demasiado ($X=1,45$) y Sentirse asustado/a ($X=1,40$).

² Fuente: aplicación de reactivos GAD-7. Elaboración propia

Tabla 4. Análisis descriptivo de la escala GAD-7 por sexo

Escala GAD-7	Sexo			
	Hombre (n=108)		Mujer (n=108)	
	X	DE	X	DE
Sentirse nervioso/a, ansioso/a, notar que se le ponen los nervios de punta.	0,5000	0,88074	0,8241	0,97471
No ser capaz de parar o controlar sus preocupaciones.	0,7222	0,99375	0,5833	0,91840
Preocuparse demasiado sobre diferentes cosas.	0,7222	0,99375	0,5833	0,91840
Dificultad para relajarse.	0,8426	0,99684	0,8704	0,96763
Estar tan intranquilo/a que le resulta difícil permanecer quieto/a.	0,6481	0,94042	0,6111	0,91543
Sentirse fácilmente disgustado/a o irritable.	0,5000	0,88074	0,8241	0,97471
Sentirse asustado/a como si algo horrible pudiese pasar.	0,4444	0,82409	0,6481	0,96009

Nota: f=frecuencia; %=porcentaje.³

La presencia de síntomas ansiosos se muestra en la Tabla 4, donde el 49% de los participantes no registró síntomas de ansiedad, el 25% presentó síntomas de ansiedad leves, 24% registró síntomas de ansiedad moderados, y el 2% mostró síntomas de ansiedad severa, estos resultados se asemejan a los reportados por Monterrosa Castro et al. (2020) en su estudio realizado en personal de salud en Colombia, el 27% no presentaban síntomas de ansiedad, 33% manifestó síntomas leves, 26% registró síntomas moderados de ansiedad, y 13% mostró síntomas severos, del mismo modo, Monterrosa-Castro, Buelvas-de-la-Rosa y Ordosgoitia-Parra (2021), indicaron en su estudio, también en médicos colombianos, que el 27% no presentaron ansiedad, 35% indicó ansiedad leve, 24% ansiedad moderada y 13% ansiedad severa.

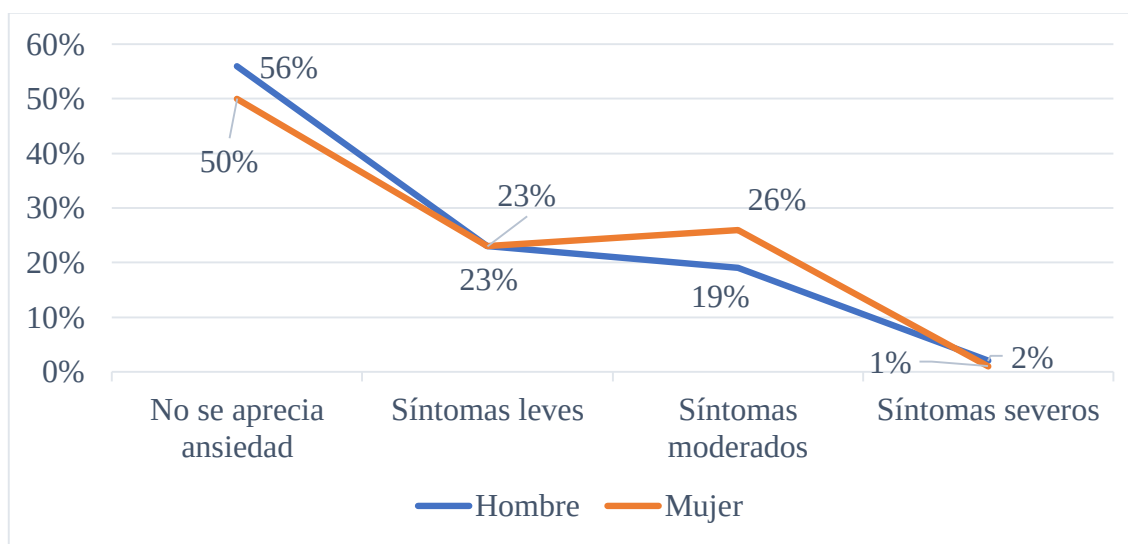
En una investigación similar Scaturalo et al. (2021), realizaron un estudio en trabajadores de la salud de Argentina, donde encontraron que el 40,5% de la muestra presentó síntomas de ansiedad clínicamente significativos. Las pandemias se caracterizan por su inicio súbito y alta transmisión, genera mayor alerta en un nivel de contagio comunitario, este escenario de salud pública genera diversos impactos, especialmente sociales y de salud mental, los profesionales de salud han sido actores activos permanentemente para la atención y contención de los efectos de la pandemia, sin embargo, se han visto expuestos a diversos factores adicionales como discriminación, exposición a contagio, sobrecarga laboral, disminución de acceso a redes de apoyo (social o familiar), estas

³ Fuente: aplicación de reactivos GAD-7. Elaboración propia

condiciones han exigido mayor respuesta adaptativa, exacerba la presencia de síntomas de salud mental asociados al estrés, depresión y sobre todo a ansiedad.

Estas reacciones se considerarían consecuencias esperadas ante la presencia de un estímulo potencialmente peligroso como es la enfermedad COVID-19, pero su intensidad, permanencia y funcionalidad provocarían en el personal de salud la presencia de problemas de ansiedad clínica que afecta su desempeño laboral, familiar y social.

Gráfico 1. Análisis descriptivo de la escala GAD-7 por sexo



Elaboración propia⁴

El Gráfico 1. indica la presencia de síntomas ansiosos de acuerdo al sexo de los participantes, se observa que los síntomas de ansiedad leve estuvieron presentes en el 23% de hombres y mujeres, las mujeres reportaron un 27% de síntomas acumulados entre moderados y severos, mientras que los hombres obtuvieron 21% en las mismas categorías.

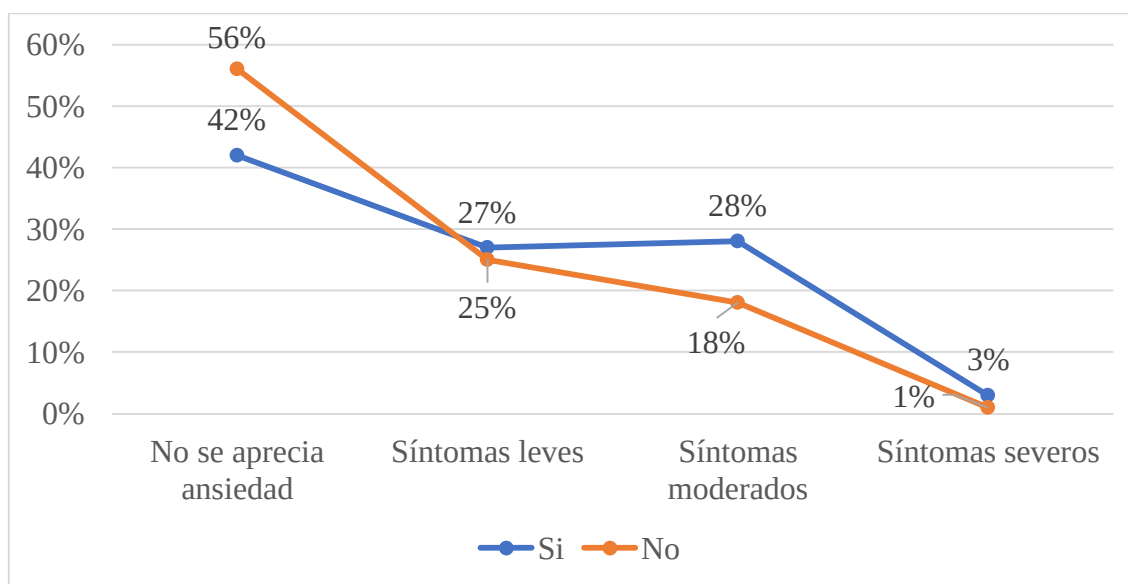
Estos resultados similares a los que fueron reportados por Pazmiño et al. (2021), donde las mujeres registraron mayor presencia de síntomas leves de ansiedad (42%) respecto

⁴ Fuente: aplicación de reactivos GAD-7.

a los hombres (35%), en cuanto a síntomas moderados las mujeres tuvieron 18% mientras que los hombres reportaron 5%, sin embargo, para síntomas severos, los hombres reportaron 17% y las mujeres 11%; estas diferencias en sexo también fueron encontradas por Lai et al. (2020), las mujeres presentaron un 34% de síntomas leves, y los hombres 24%, en síntomas moderados los resultados fueron proporcionales con el 7% para mujeres y 6% en hombres, los síntomas severos fueron más prevalentes en mujeres con el 6% comparado con el 3% en hombres.

Estas diferencias de sexo coinciden con la literatura general, donde las mujeres presentan con mayor frecuencia trastornos ansiosos, estas diferencias estarían asociadas a factores fisiológicos como mayor variabilidad en la función hormonal en mujeres, factores sociales como los roles cumplidos por hombres y mujeres, que se agudizan en el desempeño laboral, donde aún permanecen estereotipos de sexo y género que afectan el desempeño laboral con mayores exigencias en las mujeres.

Gráfico 2. Análisis descriptivo de la escala GAD-7 por contagio de COVID-19



Elaboración propia⁵

⁵ Fuente: aplicación de reactivos GAD-7.

El Gráfico 2 expresa los niveles de síntomas de ansiedad en los grupos que se han contagiado de COVID-19 y el grupo que no se han contagiado, en el primero se presentó valores superiores para síntomas leves con el 27%, mientras que el grupo que no se contagió presentó 25% de síntomas leves, quienes si se contagiaron tuvieron resultados superiores (31%) al agrupar síntomas moderados y severos, mientras que el grupo de no se contagió suma el 19% entre síntomas moderados y severos. Estos resultados coinciden con los resultados encontrados por Simón et al. (2022), donde concluyeron que el personal que se ha contagiado por COVID-19 tiene mayor riesgo de presentar ansiedad.

Las personas que se han contagiado de COVID-19 presentan mayores síntomas ansiosos, relacionados con la experiencia negativa del proceso de enfermedad, el curso incierto, dificultad de estandarización del pronóstico, generan un estado de alerta y mayor cuidado ante la posibilidad de nuevo contagio.

3.2. Análisis de resultados de la Escala FCV-19

Tabla 5. Análisis descriptivo de la escala FCV-19

Escala FCV-19	X	DE	A	C_r
1. Tengo mucho miedo del coronavirus (COVID-19).	2,4333	1,15904	,189	-1,058
2. Pensar en el coronavirus (COVID-19) me pone incómodo/a.	2,2433	1,14972	,404	-1,042
3. Cuando pienso en el coronavirus (COVID-19) me sudan las manos.	1,6600	,88714	1,388	1,609
4. Tengo miedo de perder la vida por el coronavirus (COVID-19).	2,4500	1,29089	,299	-1,195
5. Cuando veo noticias e historias sobre el coronavirus (COVID-19) en las redes sociales me pongo nervioso/a o ansioso/a.	2,0700	1,12069	,665	-,694
6. No puedo dormir porque me preocupa contagiarme de coronavirus (COVID-19).	1,7467	,94453	1,149	,543
7. Mi corazón se acelera o palpita cuando pienso en contagiarme de coronavirus (COVID-19).	1,7667	,95320	1,252	1,165

Elaboración propia/Nota: X=media aritmética; DE=Desviación estándar; A=asimetría; Cr=curtosis.⁶

⁶ Fuente: aplicación de reactivos FCV-19.

La población investigada presentó valores más altos en los ítems Miedo de perder la vida por el coronavirus (COVID-19) ($X=2,45$), Mucho miedo del coronavirus (COVID19) ($X=2,43$) y Pensar en el coronavirus (COVID-19) me pone incómodo/a ($X=2,24$); se observa que en los participantes de la presente investigación presentan mayor miedo a perder la vida por el COVID-19 y siente incomodidad a los temas relacionados al COVID-19.

Los resultados de la presente investigación son similares a los presentados en otros estudios, como el de Espejo y Checa (2021) realizado en una población española donde destacaron los ítems Pensar en el coronavirus (COVID-19) me pone incómodo/a ($X=2,97$), Cuando veo noticias e historias sobre el coronavirus (COVID19) en las redes sociales me pongo nervioso/a o ansioso/a ($X=2,85$) y Mucho miedo del coronavirus (COVID-19) ($X=2,66$); los resultados expuestos por Huarcaya-Victoria, Villarreal-Zegarra, Podestá y Luna-Cuadros (2022) de una población general de Lima destacan como principales los ítems Mucho miedo del coronavirus (COVID-19) ($X=2,9$), Pensar en el coronavirus (COVID-19) me pone incómodo/a ($X=2,7$) y Miedo de perder la vida por el coronavirus (COVID-19) ($X=2,5$); el estudio de Vargas, Escate, Cutipa y Fernández (2022) en población general de Perú destacaron los Pensar en el coronavirus (COVID-19) me pone incómodo/a ($X=2,46$), Miedo de perder la vida por el coronavirus (COVID-19) ($X=2,21$) y Mucho miedo del coronavirus (COVID-19) ($X=2,1$).

Tabla 6. Análisis descriptivo de tipo categorial de la escala FCV-19

Escala FCV-19	<i>f</i>	%
Miedo leve	164	55
Miedo moderado	128	42
Miedo severo	8	3
Total	300	100

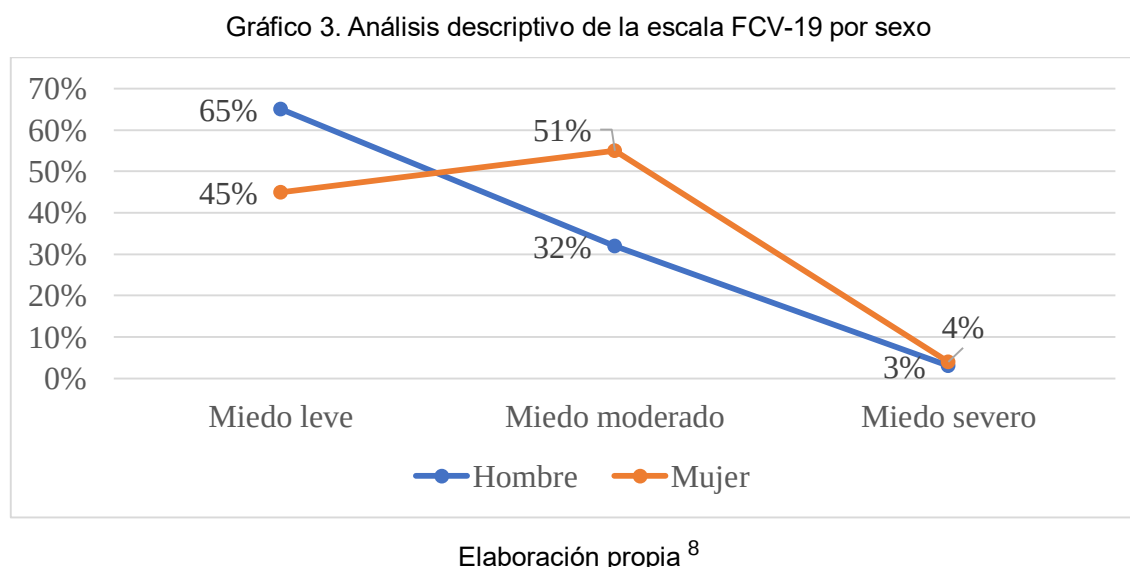
Nota: *f*=frecuencia; %=porcentaje.⁷

La Tabla 6 presenta los resultados obtenidos en la escala de miedo al COVID-19, el 55% de los participantes indicó miedo leve, 42% miedo moderado y 3% miedo severo, estos resultados son similares a los reportados por Jiménez-Puig, Pérez-Leiva y

⁷ Fuente: aplicación de reactivos FCV-19. Elaboración propia

González-Cruz (2021), en una población de personal sanitario en Cuba, 48% describieron niveles bajos de miedo al COVID-19 y 52% indicó niveles altos de miedo, en un contexto similar Monterrosa-Castro et al. (2020) observaron 37% de prevalencia de miedo al COVID-19 en médicos colombianos, resultados parecidos indicaron Llerena y López (2021), en un hospital de Perú se encontró que el 44% tiene miedo moderado a la COVID-19.

El estudio realizado por Huamaccto (2021), muestra resultados superiores en relación miedo al COVID-19 en personal de un hospital de Lima, Perú, el 3% puntuó como miedo leve, 74% miedo moderado, y el 23% manifestó miedo severo. Los brotes de enfermedades infecciosas y de rápida propagación se caracterizan por la presencia de incertidumbre en su comportamiento epidemiológico, y su respectiva afectación a la salud mental, el personal sanitario que se ha mantenido en primera línea de atención ha sido la población mayor expuesta al contagio debido al contacto directo con pacientes contagiados y sospechosos, por lo tanto, se prevé una reacción psicológica negativa en comparación con la población general. Las reacciones de ansiedad tienen entre sus principales características el miedo, se considera la percepción del riesgo sanitario y de mortalidad en su peor escenario.

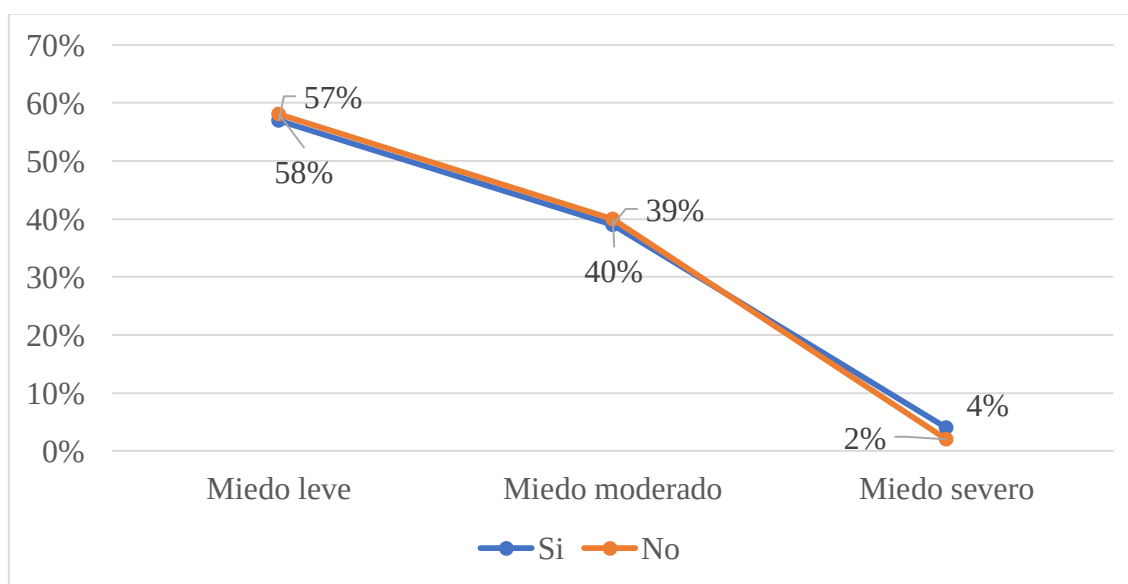


⁸ Fuente: aplicación de reactivos FCV-19.

De acuerdo a lo observado en el Gráfico 3, el miedo leve al COVID-19 se presentó en 65% de hombres, mientras que en mujeres se presentó en el 45%, el miedo moderado y severo mostraron porcentajes acumulados del 55 % en mujeres y 36% en hombres. Estos resultados se acercan a los presentados por Ortega, Mesa, Peña y Ramírez (2022) en personal de salud de un hospital de El Oro, donde la puntuación media de mujeres fue de 20,89 y en hombres fue de 20,56, puntuaciones dentro del rango de miedo moderado al COVID-19. El estudio realizado por Silva y Luque (2022) en población general indica que el puntaje medio en mujeres en la escala FCV-19 fue de 18.06, mientras que en hombres el puntaje medio fue de 16.47, en ambos casos, ubicados en la categoría de miedo moderado.

El miedo a contagio de COVID-19 es ligeramente superior en mujeres que, en hombres, las estadísticas nacionales indican un mayor contagio en mujeres que en hombres, también es necesario destacar las diferencias fisiológicas generales entre hombres y mujeres, la afectación pulmonar causado por la enfermedad afectarían en mayor proporción a mujeres que a hombres.

Gráfico 4. Análisis descriptivo de la escala FCV-19 según contagio de COVID-19



Elaboración propia⁹

⁹ Fuente: aplicación de reactivos FCV-19.

En Gráfico 4. se representa la presencia de miedo en los participantes según el antecedente de contagio, el grupo que no se ha contagiado presentó más casos de miedo leve con el 58%, por el 57% en los participantes con historial de contagio, el miedo moderado y severo suman el 43% en el grupo con antecedente de contagio, en el grupo que no se contagió el miedo moderado y severo suman el 42% de los participantes. Resultados similares fueron encontrados por Simón et al. (2022) en personal de hospital en España donde determinaron mayor riesgo de presentar miedo al COVID-19 en el personal con infección previa por COVID-19, Santamaría, OzamizEtxebarria, Redondo, Alboniga-Mayor y Picaza (2020) identificaron que el miedo es el síntoma reportado por el 43% de trabajadores sanitarios que han tenido COVID-19.

La aparición reciente de la enfermedad COVID-19 no ha permitido obtener mayor información científica de su comportamiento clínico, los protocolos de atención y su esquema de signos y síntomas sean considerados como recomendación y ajustados a cada paciente, de este modo, el haberse contagiado de la enfermedad o no, no se consideran en esta investigación como un factor que determine la presencia de miedo al COVID-19.

3.3. Diseño de propuesta de intervención

Antecedentes

La presente guía de intervención Cognitivo Conductual está orientada al manejo y reducción de síntomas ansiosos en profesionales de salud que han prestado servicios en el transcurso de la pandemia por COVID-19. A finales de 2019 se presentaron los primeros casos de enfermedad respiratoria causada por un nuevo tipo de coronavirus, desde marzo de 2020, la OMS declara estado de pandemia debido a la alta transmisibilidad y letalidad severa, denomina el virus SarsCoV-2, mismo que causa la enfermedad COVID-19, caracterizado en un inicio por fiebre, fatiga, dolor de cabeza, tos, entre otros y con mayor incidencia en adultos mayores (Castañeda y Ramos, 2020). Además, García-Herrera y Noguerras (2013) describen la ansiedad como la respuesta

psíquica y física que se generan en situaciones de peligro. Es una reacción común ante una situación de estrés y tiene como fin reforzar la capacidad para escapar del peligro o dar mayor energía.

Los estados emocionales provocados por la pandemia del COVID-19, han provocado secuelas en la salud mental del personal de salud que trabajó en la atención directa a pacientes durante la pandemia, las manifestaciones clínicas más frecuentes son depresión, estrés, apatía, irritabilidad, insomnio, señalan también factores de riesgo para presentar problemas de salud mental, como la edad de 16 a 24 años, baja formación académica, sexo femenino, ausencia de red de apoyo, antecedentes de enfermedad mental.

Este estudio es de trascendencia porque logra determinar síntomas ansiosos en médicos del incluidos en el grupo de estudio e iniciar una propuesta de intervención acorde a las necesidades de los individuos con presencia de síntomas. Se realiza una investigación de campo, de tipo correlacional, porque pretende responder a preguntas planteadas en la investigación con la finalidad conocer la relación que existe entre las variables. Se realiza un muestreo de tipo no probabilístico por conveniencia, es decir, que no todos los pacientes tengan igualdad de ser elegidos, se seleccionaron por criterios necesarios; toma en cuenta los servicios a los que pertenece y aquellos quienes presenten síntomas ansiosos, para cumplir de forma determinada con la investigación, los beneficiarios directos son los médicos de la Dirección Distrital 08D02 Eloy Alfaro-Salud.

Sobre la guía de intervención cognitivo conductual

Las guías clínicas son pautas dirigidas a las personas implicadas en el cuidado de la salud, con el fin de mejorar la atención (Bernardi, Defey, Garbarino, Tutté y Villalba, 2004), proponen pautas de intervención basadas en evidencia que favorecen el óptimo estado de salud y calidad de vida de las personas que presentan determinados problemas de salud física o mental, en suma, una guía de tratamiento es aquella que aporta elementos específicos sobre los tratamientos que se ofertan a los usuarios.

La Guía de intervención pretende fortalecer la autonomía y autocuidado en los pacientes, toma un rol activo en su intervención y recuperación, se ofrece conocimientos y habilidad para reconocer los síntomas que le afecten y las herramientas necesarias para el abordaje y resolución de los mismos. Para este fin, es necesario dar a conocer las definiciones de los problemas de salud mental, particularmente de la ansiedad, sus características, síntomas frecuentes y sus secuelas en la vida cotidiana de las personas, así como los factores predisponentes, precipitantes y mantenedores de estos problemas de salud mental, también busca informar sobre alternativas de intervención que contribuyan al alivio y la integración de estrategias adaptativas efectivas (Pérez, Fernández, Fernández y Amigo, 2013).

La presente Guía contiene herramientas cognitivo-conductuales para la intervención de síntomas de ansiedad. Los procesos de intervención psicológica tienen un componente educativo de aprendizaje dirigido por el terapeuta hacia el paciente, se convierte en elemento principal del cambio deseado. Las técnicas cognitivo conductuales son procedimientos clínicos validados empíricamente se fundamenta en principios y procedimientos basados en la evidencia científica. Las intervenciones conductuales son formas efectivas de modificar la respuesta ansiosa a través de la experimentación directa de situaciones generadoras de ansiedad. Las respuestas ansiosas provocan estrategias de comportamiento no adaptativas, es necesario modificar el modelo cognitivo de estas estrategias y conseguir la adquisición de afrontamientos efectivos para reducir la respuesta ansiosa.

Metodología

La presente Guía de intervención se elaboró con un enfoque cognitivo-conductuales dirigidas por un instructor (psicoterapeuta), con la participación de un grupo de máximo 20 participantes conformado por personal de salud de la Dirección Distrital 08D02 Eloy Alfaro, la misma está orientada a intervención primaria debido a las características geográficas de la Dirección Distrital y a la continua rotación de personal. La Guía cuenta

con un total de siete sesiones con una duración aproximada de 60 minutos, cada una de ellas está compuesta por estrategias y técnicas de intervención cognitivo-conductual que buscan cumplir un objetivo específico, se describe además los recursos necesarios para su cumplimiento, cuenta con un apartado psicoeducativo seguido por la descripción metodológica de aplicación de una técnica específica para un síntoma de ansiedad y las respectivas actividades intersesión para fortalecimiento de las herramientas y estrategias adquiridas durante las sesiones.

Las sesiones abordan temas sobre ansiedad, miedo, respiración, racionalización, relajación, distorsiones cognitivas, estos temas se desarrollan durante cuatro meses. Finalmente, se encuentra material de apoyo para la adecuada ejecución y seguimiento de las técnicas desarrolladas.

Justificación

La presente Guía es necesaria para abordar los resultados de la evaluación de salud mental realizada en personal de salud de la Dirección Distrital, la Escala de Ansiedad Generalizada (GAD-7) y la Escala de Miedo al Coronavirus (FCV-19) demuestran la presencia de síntomas ansiosos como consecuencia de laborar durante la pandemia por COVID-19, entre los síntomas principales se encuentra la dificultad para relajarse, irritabilidad, nerviosismo y miedo. Es útil poner a disponibilidad del personal sanitario la propuesta de intervención cognitivo-conductual para manejar y disminuir síntomas ansiosos, para prevenir secuelas crónicas.

Objetivo general

Reducir síntomas de ansiedad mediante la integración de herramientas de afrontamiento efectivo en profesionales sanitarios de la Dirección Distrital 08D02 Eloy Alfaro.

Objetivos específicos

- Establecer rapport con los participantes.
- Identificar emociones y pensamientos asociados con ansiedad.
- Lograr que los participantes alcancen *insight*, para que se promueva su participación en prevención de ansiedad.
- Adquirir habilidades cognitivo-conductuales para la reducción de síntomas ansiosos.

Destinatarios

La implementación de la presente guía psicoterapéutica cognitivo-conductual está destinada al personal de salud de la Dirección Distrital 08D02 Eloy Alfaro que han trabajado durante la pandemia por COVID-19, se define estas condiciones antes del inicio del proceso terapéutico para garantizar la uniformidad de los participantes, su asistencia, adhesión y disminución de los síntomas de ansiedad anteriormente evaluados.

Análisis de presupuesto

Para la elaboración y cumplimiento de la presente guía se plantean los siguientes recursos económicos; varía en relación con la cantidad de participantes.

Rubro	Valor
Movilización	\$ 250,00
Materiales y suministros	\$ 800,00
Test	\$ 300,00
Internet	\$ 300,00
Inversión	\$1.650,00

Plan de intervención

Primera sesión: Ansiedad, signos y síntomas			
Objetivos: – Conocer la definición de ansiedad. – Identificar signos y síntomas del temor.			
Responsable:			
Tiempo	Actividad	Descripción de la actividad	Recursos
5 min.	Inicio.	Saludo y bienvenida. Explicación de metodología de los talleres. Presentación del tema	Humanos (instructor)
10 min.	Dinámica de presentación	La fiesta Se explica que va a haber una fiesta, y que cada participante lleve algo que empiece con la inicial de su nombre. El primer participante inicia diciendo su nombre y lo que va a llevar a la fiesta. El segundo repite lo que dijo el anterior, luego dice su nombre y lo que va a llevar a la fiesta, se mantiene la secuencia acumulada de nombres y elementos de la fiesta. Por ejemplo: 1. Yo soy Mario y voy a llevar la música 2. Él es Mario y va a llevar la música y yo soy Ricardo y voy a llevar los refrescos. 3. Él es Mario y va a llevar la música, él es Ricardo y va a llevar los refrescos y yo soy Paula y voy a llevar el pastel.	Humanos (instructor, participantes)
20 min.	Comprender la ansiedad	Ansiedad ¿Qué es la ansiedad? Los efectos de la ansiedad 1. Cómo pensamos 2. Que hacemos 3. Cómo reacciona nuestro Cuerpo ¿Qué causa ansiedad? Los cambios en nuestro cuerpo ¿Cómo se mantiene la ansiedad?	Humanos (instructor, participantes) Didácticos (láminas, audiovisuales)

		¿Existen diferentes tipos de ansiedad “enfermiza o patológica”? ¿Cómo puedo controlar mejor mi ansiedad?	
30 min.	Practicar la Clave T.EM.O.R.	El instructor relata una situación que provoque ansiedad leve y se dirige el reconocimiento de respuestas físicas con frases como “sienta la sensación en el estómago” “sienta el rubor en su rostro”, a continuación, se solicita a los participantes que describan las sensaciones que se van presentando. En un segundo momento se describe una situación que genere mayores niveles de ansiedad, y se identifica las reacciones físicas como en el primer ejercicio. A continuación, se solicita a los participantes el registro de la clave TEMOR: T = ¿Tienes miedo? EM = ¿Esperas que pase algo Malo? O = ¿Operaciones que ayudan? R = ¿Resultados y recompensas? Se solicita que se realice el registro de la clave TEMOR en al menos dos situaciones durante la semana.	Humanos (instructor, participantes) Didácticos (láminas, audiovisuales)
10 min.	Cierre	Retroalimentación de los participantes. Tarea intersesión: Realizar el registro de la clave T.EM.O.R. en al menos dos situaciones durante la semana. Despedida.	
Metodología del taller	Diferentes sesiones. A continuación, se realiza la dinámica de presentación e inicio, denominada “La fiesta”, en la que los participantes identifican sus nombres de manera secuencial, se incluye el cumplimiento de penitencia en caso de equivocación. Para la socialización de la temática Ansiedad, el instructor proyecta información específica, de una forma simple y clara para la asimilación de los participantes con énfasis en los signos y síntomas de la ansiedad. A continuación, el instructor describe la clave de registro T.EM.O.R., T = La presencia de respuesta ansiosa ante la situación descrita por el instructor. EM = Se refiere al temor anticipatorio que se desencadena por la situación ejemplo. O = Las operaciones que ayudan son las acciones que el participante realiza para sentirse aliviado de la respuesta ansiosa. R = Los resultados y recompensas esperadas es el cambio de estado ansioso a relajado. El instructor describe una situación genérica relacionada al COVID-19 que provoque ansiedad en los participantes y les orienta en el registro, al finalizar, se solicita a tres participantes que comenten al grupo la información registrada en la ficha. Para cerrar la sesión, el instructor realiza una retroalimentación a los participantes, relaciona los signos y síntomas ansiosos que resultan de enfrentarse a una situación ansiógena. El instructor explica a los participantes que se realiza el registro de la clave T.EM.O.R en el transcurso de la semana de al menos dos situaciones que generen ansiedad en cada uno de ellos, de esta forma, se refuerza las habilidades de reconocimiento de la respuesta ansiosa. Finalmente se mencionan las palabras de despedida y se cierra la sesión.		
Resultados a esperar	Que los participantes conozcan la definición de ansiedad clínica, y adquieran la capacidad de identificar signos y síntomas del temor.		

Segunda sesión: Técnicas de relajación			
Objetivo general: – Dominar la técnica de respiración diafragmática.			
Responsable:			
Tiempo	Actividad	Descripción de la actividad	Recursos
5 min.	Inicio.	Saludo y bienvenida. Presentación del tema.	Humanos (instructor, participantes)
10 min.	Dinámica de inicio	Parejas Se forma una ronda con todos los participantes, quienes caminan. El instructor da la orden: “Una pareja”, “Dos parejas”, tres, cuatro, etc. Al escuchar la orden, los participantes se toman de la mano en la cantidad que sea mencionada por el instructor. La o las persona que queden sin pareja equivoquen el número del grupo no continúan.	Humanos (instructor, participantes)
20 min.	Respiración	– Técnicas de respiración – Mecanismos autorregulatorios de respiración – Tipos de respiración • Respiración costal • Respiración diafragmática • Respiración abdominal – Procedimiento del entrenamiento en respiración – Respiración profunda – Respiración contada – Respiración abdominal – Respiración intercostal o media – Respiración alternada – Ejercicios cotidianos – Indicaciones generales para la práctica del entrenamiento en respiración	Humanos (instructor, participantes) Didácticos (láminas, audiovisuales)
30 min.	Respiración diafragmática	Protocolo de reentrenamiento en respiración diafragmática Fase I. Preparación de la línea base. Fase II. Inducción a la hiperventilación. Fase III. Reatribución.	Humanos (instructor, participantes) Didácticos (láminas, audiovisuales)

		Fase IV. Formación y justificación del tratamiento. □ Fase V. Respiración diafragmática. El instructor solicita la colaboración de un participante, con quién ejemplifica la respiración diafragmática.	
15 min.	Cierre	Retroalimentación de los participantes. Tarea intersesión: Respiración diafragmática Despedida. Instrucciones respiración diafragmática:	Humanos (participantes)
Metodología del taller	El equipo de salud mental realiza la bienvenida una vez que el grupo de participantes se encuentre completo, a continuación, se realiza una dinámica de inicio “Parejas” donde se busca la activación física de los participantes para la actividad de la presente sesión. Dentro de los contenidos del taller, el instructor informa a los participantes sobre el papel de la respiración en la respuesta ansiosa de las personas, se explica los procesos fisiológicos y mecánicos de la respiración y algunas técnicas de respiración óptimas para la vida diaria. A continuación, se realiza el entrenamiento en respiración diafragmática, se detalla que en la fase de Preparación de la línea base se pide a los participantes identificar signos y síntomas ansiosos, en la fase de Inducción a la hiperventilación, se solicita la aceleración de la respiración aproximadamente a 30 inhalaciones por minuto, se concentra en las sensaciones físicas. Durante la reatribución se explica que las sensaciones de ansiedad se atribuyen a la amenaza percibida, sin embargo, se reconoce como exceso de respiración. Durante la Formación y justificación del tratamiento se explica los efectos fisiológicos y físicos y que se asocian equivocadamente a síntomas de ansiedad debido a la percepción de amenaza. Finalmente, se instruye en la respiración diafragmática de acuerdo a las indicaciones: 1. Colocar una mano sobre el pecho, se ubica el dedo pulgar sobre el extremo superior del esternón, y la otra mano sobre el abdomen con el meñique el ombligo. 2. Inhalar por la nariz de forma leve y corta. De esta forma se siente que la mano ubicada en el pecho se eleva ligeramente, pero la mano sobre el abdomen no se mueve. 3. Inhalar por la nariz, a ritmo normal, sentir la mano que se encuentra sobre el abdomen se mueve hacia fuera con cada inhalación y hacia dentro con cada exhalación. 4. Repetir durante 2-3 minutos, se concentra en el movimiento del abdomen en la inhalación y exhalación. 5. Bajar el ritmo de respiración de 8 a 12 inhalaciones por minuto. Mantener el ciclo de inhalación y exhalación en 4 segundos cada uno. En el intervalo de cada ciclo se repite la palabra “relax”. Se continúa con los ciclos de respiración y se concentra en el ritmo lento y sostenido de la respiración y en los movimientos abdominales. Finalmente, se da espacio para preguntas de los participantes y expresión de impresiones en la práctica de respiración diafragmática, se indica que se realiza dos o tres sesiones diarias de 10 minutos de práctica de respiración diafragmática en la siguiente semana como tarea intersesión, y se da palabra de despedida.		

Resultados esperar	Que los participantes comprendan y manejen la técnica de respiración diafragmática.		
Tercera sesión: Reestructuración cognitiva			
Objetivo general: – Suprimir creencias irracionales.			
Responsable:			
Tiempo	Actividad	Descripción de la actividad	Recursos
5 min.	Inicio	Saludo y bienvenida. Presentación del tema.	Humanos (instructor)
10 min.	Dinámica de presentación	Los personajes y sus oficios A varios participantes seleccionados previamente se le entregan papeletas con el nombre de un oficio. Estos jugadores tratarán de representar su papel lo mejor posible utilizando gestos, sin hablar, los personajes que no consiguen adivinar pagan penitencia.	Humanos (instructor, participantes)
20 min.	Racionalización de creencias (Manual de técnicas, Díaz)	Técnicas de discusión y debate de creencias Análisis y evaluación lógica. – Reducción al absurdo. – Análisis y evaluación empírica – Contradicción con el valor apreciado. – Apelar a consecuencias negativas. – Apelar a consecuencias positivas. Distracción cognitiva Análisis de costos-beneficios	Humanos (instructor, participantes) Didácticos (láminas, audiovisuales)
30 min.	Análisis costo-beneficio	El instructor describe la herramienta de análisis de costo-beneficio, que permite centrarse en las consecuencias de sus pensamientos y sentimientos. ¿Cuáles son la consecuencias, ventajas y desventajas, de mantener esta creencia sobre mi ansiedad? ¿Cuáles son las consecuencias inmediatas y a largo plazo de aferrarse a este pensamiento ansioso? ¿Hay costes o beneficios, ventajas o desventajas derivadas de confiar en el pensamiento ansioso? ¿Qué efecto inmediato y a largo plazo tiene este pensamiento sobre su ansiedad? ¿Si adoptara otro punto de vista sobre su ansiedad, ¿qué costes y beneficios obtendría?	Humanos (instructor, participantes) Didácticos (láminas, audiovisuales)

		A continuación, se emplea el Anexo 4.	
10 min.	Cierre	Retroalimentación de los participantes. Tarea intersesión: Realizar el registro de Análisis costo-beneficio (Anexo 5) Despedida.	Humanos (participantes) Anexo 2
Metodología del taller	El equipo de salud mental delegado da la bienvenida a los participantes y da inicio a la actividad “Los personajes y sus oficios”. Luego se aborda la temática sobre racionalización de creencias, se permite el análisis lógico de los pensamientos generados durante una situación ansiosa, se da paso a la explicación de la técnica de análisis costo-beneficio que ayuda a la identificación de las consecuencias de los pensamientos y sentimientos. Luego de la aplicación de las preguntas descritas para el análisis, se pide a los participantes registrar en el Anexo 4 el pensamiento ansioso se registra en primer lugar y se aplica la evaluación guiada, se examinan las ventajas y desventajas inmediatas y a largo plazo de aceptar el pensamiento ansioso. Se pide a los participantes que identifiquen las consecuencias positivas y negativas. Después se considera un pensamiento alternativo y se evalúa también las consecuencias positivas y negativas y se registran en la parte inferior del formulario, y se eligen las de mayor importancia para el participante. El propósito del ejercicio es identificar las consecuencias asociadas al pensamiento ansioso y los beneficios inmediatos de una perspectiva alternativa. Para el cierre de la sesión se da espacio para la lectura de tres participantes de los análisis costo-beneficio realizados en las situaciones personales. Se indica la tarea intersesión, misma que evalúa las consecuencias del pensamiento ansioso y los beneficios de la opción alterna en situaciones que generen ansiedad en la vida cotidiana de los participantes. Finalmente se despide al grupo de participantes.		
Resultados a esperar	Conseguir en los participantes la capacidad de identificar y suprimir creencias irracionales.		

Cuarta sesión: Técnicas de relajación muscular			
Objetivo general: – Identificar momentos de tensión muscular. – Aplicar técnicas de relajación muscular			
Responsable: Equipo de salud mental de la Dirección Distrital 08D02 Eloy Alfaro-Salud.			
Tiempo	Actividad	Descripción de la actividad	Recursos
5 min.	Inicio	Saludo y bienvenida. Presentación del tema.	Humanos (instructor)
10 min.	Dinámica de presentación	Identificarse con el lugar. Se invita a las personas a conocer el sitio y a buscar algo (un cuadro, una estatua, un árbol, etc.) que le llame la atención, durante 5 minutos. Después se presenta qué escogió y el por qué. El animador puede hacer otras preguntas. Al final se coméntalo realizado. Lápiz y papel.	Humanos (instructor, participantes)
20 min.	Relajación	Relajación muscular. Tensión muscular tónica. Ciclo tensión relajación. Relajación progresiva.	Humanos (instructor, participantes) Didácticos (láminas, audiovisuales)
40 min.		El instructor solicita la participación de una persona para demostrar la relajación progresiva en la siguiente secuencia: Brazo dominante. 1. Brazo no dominante. 2. Frente. 3. Ojos y nariz. 4. Mandíbula y cuello. 5. Hombros y espalda. 6. Pecho. 7. Estómago. 8. Pierna dominante. 10. Pierna no dominante. La actividad es apoyada de música relajante.	Humanos (instructor, participantes) Didácticos (láminas, audiovisuales)
20 min.	Cierre	Retroalimentación de los participantes. Tarea intersección: Practicar la relajación muscular progresiva y realizar el en el Anexo 5. Despedida.	Humanos (participantes) Anexo 5

Metodología del taller	Una vez iniciado el taller, el miembro del servicio de salud mental da las palabras de bienvenida, y se inicia la actividad de apertura denominada “Identificarse con el lugar”, a continuación, se realiza la socialización de la temática correspondiente a relajación muscular, se explica las reacciones mecánicas musculares en situaciones ansiosas y las formas de relajación muscular, se identifica los estados de tensión y relajación. Para el ejercicio de relajación muscular progresiva, se pide la participación voluntaria de una persona y se realiza la relajación en la siguiente secuencia 1. Brazo dominante: Estire hacia delante su brazo dominante, cierre el puño y tense completamente el brazo, sienta la tensión en el antebrazo, codo, puño y dedos. Después relájelo, doble el codo y descanse el brazo. 2. Brazo no dominante: Estire hacia delante su brazo no dominante, cierre el puño y tense completamente el brazo, sienta la tensión en el antebrazo, codo, puño y dedos. Después relájelo, doble el codo y descanse el brazo. 3. Frente: Eleve las cejas y arrugue la frente, se tensa lo más fuerte posible. Después relájela suavemente, se deja caer las cejas progresivamente. 4. Ojos y nariz: Cierre fuertemente los párpados hasta sentir la tensión alrededor de los ojos. Arrugue la nariz y perciba la tensión alrededor de los ojos, nariz y pómulos. Lentamente relaje los músculos alrededor ojos y a la nariz. Mantenga cerrados los ojos y sienta la relajación que rodean a sus ojos y nariz. 5. Mandíbula y cuello: Cierre fuertemente la mandíbula y tense el cuello con una sonrisa muy grande, estire su cuello y tire hacia dentro de su boca y pómulos. Perciba la tensión de los músculos que rodean la boca, la mandíbula y el cuello. A medida que descarga la tensión, concéntrese en la sensación de relajación en estas regiones de la cara y del cuello. 6. Hombros y espalda: Adelántese en la silla, levante los codos y llévelos hacia atrás, se intenta que los hombros se acerquen. De esta forma el pecho se expande. Perciba la tensión en los hombros y en la parte superior de la espalda. Lentamente regrese los codos a la posición de relajación, coloque ambos brazos sobre sus piernas. Concéntrese en la descarga de tensión de los hombros y de la zona de la espalda media. 7. Pecho: Realice una profunda inhalación y mantenga el aire, se siente así la tensión en los músculos del pecho. Mientras relaja el pecho y se libera el aire, concéntrese en la sensación de los músculos del pecho. 8. Estómago: Apriete el abdomen hacia adentro, sienta la tensión y dureza del abdomen. Relaje lentamente el abdomen y sienta el cambio en las sensaciones entre la tensión y la relajación. Pierna dominante: Levante del suelo su pierna dominante y extiéndala hacia delante, eleve los dedos de los pies hacia la rodilla, y tense la pierna todo lo posible. Sienta la tensión en su pie, pantorrilla, rodilla y pierna. Lentamente relájela, se baja la pierna hasta el suelo y doble levemente la rodilla hasta que tenga el pie apoyado en el suelo. Sienta la sensación de relajación que tiene ahora en toda la pierna. 10. Pierna no dominante: Levante del suelo su pierna no dominante y extiéndala hacia delante, eleve los dedos de los pies hacia la rodilla, y tense la pierna todo lo posible. Sienta la tensión en su pie, pantorrilla, rodilla y pierna. Lentamente relájela, baje la pierna hasta el suelo y doble levemente la rodilla hasta que tenga el pie apoyado en el suelo. Sienta la sensación de relajación que tiene ahora en toda la pierna.
Resultados a esperar	Capacidad en los participantes de identificar momentos de tensión muscular y aplicación técnicas de relajación muscular progresiva.

Quinta sesión: Distorsiones cognitivas.			
Objetivo general: – Identificar y modificar pensamientos que generan preocupación.			
Responsable:			
Tiempo	Actividad	Descripción de la actividad	Recursos
5 min.	Inicio	Saludo y bienvenida. Presentación del tema.	Humanos (instructor)
10 min.	Dinámica de presentación	Amanecer en la jungla Cada participante elige un animal de la jungla. Cierra los ojos y se imagina que amanece, los animales empiezan a despertarse. Empiezan a hacer el ruido del animal elegido, al principio muy bajito y luego cada vez más fuerte en la medida que el día avanza. La intensidad más fuerte indica el punto del día de mayor actividad. Posteriormente los sonidos irán perdiendo fuerza hasta el silencio que representará el ocaso del día.	Humanos (instructor, participantes)
20 min.	Preocupaciones	Preocupaciones ¿Cómo hacer frente a las preocupaciones? ¿Por qué nos preocupamos? Preocuparse es útil si nos moviliza, si no es inútil Preocuparse sin actuar no sirve para nada Tipos de preocupaciones de las que no merece la pena preocuparse	Humanos (instructor, participantes) Didácticos (láminas, audiovisuales)
20 min.	Interpretaciones alternativas	Interpretaciones alternativas El instructor solicita la descripción de pensamientos durante situaciones ansiosas, con la información proporcionada por un participante, realiza el registro del Anexo 6 (Formulario de Interpretaciones Alternativas). Se elige una situación ansiosa sobre la que se analiza, el resultado más temido, el resultado más deseado y el resultado más probable, la perspectiva alternativa (resultado más probable) se caracteriza por: 1. Ser claramente distinta de la interpretación catastrófica. 2. Adaptarse mejor a los hechos y a la realidad de la situación.	Humanos (instructor, participantes) Didácticos (láminas, audiovisuales)
20 min.	Cierre	Retroalimentación de los participantes. Tarea intersesión: Realizar el registro de situaciones ansiosas y búsqueda de interpretaciones alternativas en Anexo 6 (Formulario de Interpretaciones Alternativas). Despedida.	Humanos (participantes) Anexo 6
Metodología del taller	El taller inicia con las palabras de bienvenida del equipo de salud mental, a continuación, se realiza la dinámica de apertura denominada “Cómo expreso mis sentimientos” para fomentar la capacidad en los participantes de autoconocimiento. El instructor aborda la temática del día, se centra en las preocupaciones como una expresión del pensamiento ante situaciones		

	ansiosas y como respuesta del miedo anticipatorio, una vez concluidas las consideraciones teóricas se realiza la actividad guiada, se socializa que frecuentemente las personas reconocen la irracionalidad del pensamiento ansioso, pero la carga emocional durante la presencia de ansiedad dificulta su identificación, por esta razón, es importante buscar explicaciones diferentes a las situaciones ansiosas que se experimentan en la vida cotidiana. El instructor orienta a los participantes a elegir una situación ansiosa sobre la que se analiza, el resultado más temido, el resultado más deseado y el resultado más probable, este último se realizará con la guía del instructor, la información se registra en el Anexo 6. Una vez concluida la actividad, se da espacio para la retroalimentación de los participantes, posibles preguntas, y se instruye en la tarea intersesión, que consiste en registrar en el Anexo 6 cuatro situaciones ansiosas que los participantes encuentren en su vida cotidiana. Finalmente se brinda palabras de despedida y se cierra la sesión.
Resultados a esperar	Capacidad en los participantes de identificar y modificar pensamientos que generan preocupación.

Sexta sesión: Activación emocional y conductual			
Objetivo general: – Reconocer el efecto de sus pensamientos en sus emociones y conductas.			
Responsable:			
Tiempo	Actividad	Descripción de la actividad	Recursos
5 min.	Inicio	Saludo y bienvenida. Presentación del tema.	Humanos (instructor)
10 minutos	Dinámica de presentación	¡Cola de vaca! Sentados en círculo, el instructor se queda en el centro y empieza a hacer preguntas a cualquiera de lo participantes, la respuesta debe ser siempre "La cola de vaca", todo el grupo puede reírse, menos el que está respondiendo, si se ríe pasa al centro y da una prenda. Por ejemplo: ¿Qué es lo que más te gusta de tu novia? ¡ LA COLA DE VACA!. NOTAS: El grupo puede variar la respuesta "cola de vaca" por cualquier cosa que sea más identificada con el grupo o el lugar	Humanos (instructor, participantes)
20 min.	Socialización teórica. Manual de técnicas de intervención cognitivo conductual, Ángeles Ruiz, (pp. 340)	Distorsiones cognitivas – Inferencia arbitraria – Catastrofismo – Comparación – Pensamiento dicotómico – Descalificación de lo positivo – Razonamiento emocional – Construir la valía personal en base a opiniones externas – Adivinación – Etiquetado – Magnificación – Leer la mente – Minimización – Sobregeneralización – Perfeccionismo – Personalización – Abstracción selectiva – Afirmaciones con “Debería” Esquema ABC	Humanos (instructor, participantes) Didácticos (láminas, audiovisuales)
20 min.	Esquema ABC	Durante la ejecución de las actividades diarias, las personas encuentran eventos activadores (A) que pueden ayudar o dificultar el cumplimiento de los objetivos de	Humanos (instructor, participantes)

		acuerdo a la interpretación de estas situaciones. Para entender la relación entre acontecimientos, cogniciones y consecuencia, se propone el modelo ABC, compuesto por los eventos activadores (A), las consecuencias emocionales, conductuales o cognitivas (C), y la interpretación (B) del evento activador. Un evento activador (A), puede ser una enfermedad, produce directamente consecuencias emocionales, conductuales y cognitivas (C) y una serie de pensamientos (B). Para educar al participante en la identificación de las secuencias ABC, se utilizará los autorregistros, así se estimulará el debate y racionalización de creencias. Se pide al participante que piense acontecimiento activador (A) que van acompañados de creencias irracionales (B) y cuyas consecuencias son emociones y conductas disfuncionales y registrarlo en el siguiente formato: <table border="1"> <thead> <tr> <th>Fecha</th><th>Acontecimiento Activador A</th><th>Creencia Irracional B</th><th>Consecuencia emocional y/o conductual C</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Lunes 25 12:30</td><td>Se me cae el café en la oficina.</td><td>Me están mirando y se están burlando de mí.</td><td>Ansiedad, vergüenza, sensación de ridículo.</td></tr> </tbody> </table>	Fecha	Acontecimiento Activador A	Creencia Irracional B	Consecuencia emocional y/o conductual C	Lunes 25 12:30	Se me cae el café en la oficina.	Me están mirando y se están burlando de mí.	Ansiedad, vergüenza, sensación de ridículo.	Didácticos (láminas, audiovisuales)
Fecha	Acontecimiento Activador A	Creencia Irracional B	Consecuencia emocional y/o conductual C								
Lunes 25 12:30	Se me cae el café en la oficina.	Me están mirando y se están burlando de mí.	Ansiedad, vergüenza, sensación de ridículo.								
20 min.	Cierre	Retroalimentación de los participantes. Tarea intersesión: Llenar autorregistros con el modelo ABC. Despedida	Humanos (participantes)								
Metodología del taller	El equipo de salud mental realiza la bienvenida y ejecuta la dinámica de apertura "La cola de la vaca", se variar la respuesta "cola de vaca" por cualquier cosa que se identifique más con el grupo. A continuación, el instructor aborda el tema de la sesión, se caracteriza a las distorsiones cognitivas como los principales factores mantenedores de la respuesta ansiosa, se socializa las características de cada una de las distorsiones, en que escenarios se presentan y cuáles son las consecuencias en la respuesta de las personas ante situaciones ansiosas. Para la aplicación del Esquema ABC se orienta a los participantes a reconocer que, para entender la relación entre acontecimientos, cogniciones y consecuencia, se propone el modelo ABC, compuesto por los eventos activadores (A), las consecuencias emocionales, conductuales o cognitivas (C), y la interpretación (B) del evento activador. Un evento activador (A), sería una enfermedad, produce directamente consecuencias emocionales, conductuales y cognitivas (C) y una serie de pensamientos (B). Una vez realizado el ejercicio, se da un espacio para la retroalimentación de los participantes, preguntas y respuestas, para finalizar, se indica que la tarea intersesión consiste en el registro del modelo ABC de al menos cinco situaciones que generan ansiedad al participante en su vida diaria. Finalmente se realiza la despedida al grupo.										
Resultados a esperar	Reconocer el efecto de sus pensamientos en sus emociones y conductas										

Séptima sesión: Desensibilización sistemática.			
Objetivo general: - Reconocer el efecto de sus pensamientos en sus emociones y conductas.			
Responsable: Equipo de salud mental de la Dirección Distrital 08D02 Eloy Alfaro-Salud.			
Tiempo	Actividad	Descripción de la actividad	Recursos
5 min.	Inicio.	Bienvenida y presentación del tema.	Humanos (instructor)
30 min.	Dinámica de apertura.	Amanecer en la selva – Cada participante escoge un animal de la selva. – Cerrar los ojos e imaginar que amanece, los animales comienzan a despertar. Inician a hacer el ruido del animal elegido, al inicio en tono bajo, se eleva de forma progresiva mientras transcurre el día. – La mayor intensidad indica el momento del día de mayor actividad. Posteriormente los sonidos pierden fuerza hasta el silencio que representa el final del día.	Humanos (instructor, participantes)
10 min.	Socialización teórica.	Miedo – Definición de miedo. – Miedo como respuesta natural. – Miedo como síntoma de ansiedad.	Humanos (instructor, participantes) Didácticos (láminas, audiovisuales)
20 min.	Exposición imaginativa.	Exposición imaginativa – Se realiza un ejercicio de relajación (Sesión 2 y 4) para identificación de estado de tranquilidad. – Se explica la asignación jerárquica de situaciones que generan una respuesta ansiosa/miedo, se utiliza las Unidades Subjetivas de Ansiedad (USA) en un rango de 0-10. – Los participantes identifican los estímulos que generan miedo y los clasifican de menor a mayor. – Parte de los estímulos que menor miedo causan, se inicia la exposición imaginativa de los mismos durante 5-10 minutos, a continuación, se realiza ejercicios de relajación durante 5 minutos. – Se realiza el abordaje de cada situación durante 1 o dos horas al día, se continúa a la siguiente situación de mayor jerarquía cuando el que se aborde ya no genera miedo.	Humanos (instructor, participantes) Didácticos (láminas, audiovisuales)

20 min.	Cierre.	– Espacio para preguntas y respuestas. – Tarea intersesión: Realizar el ejercicio de exposición durante 3 días en la semana con una duración de 60 minutos. □ Despedida	Humanos (participantes)
Metodología del taller	A continuación de la bienvenida, el instructor inicia la actividad denominada “Amanece en la jungla”, actividad que permite estimular la imaginación para la actividad del día. Para abordar teóricamente el miedo, el instructor plantea las diferencias principales entre la respuesta de miedo natural ante la sensación de peligro y las respuestas de miedo como parte de una respuesta ansiosa. La técnica para manejo del miedo es la exposición imaginativa, una variante de desensibilización sistemática. Para esto se orienta a los participantes a la identificación consensuada de situaciones que generan miedo, y a jerarquizarlas desde la que menor miedo genera hasta la de mayor miedo. La exposición imaginativa comienza con el desarrollo de la respuesta de relajación que ha sido entrenada (Sesión 2 y 4). Se le indica que realice una señal acordada cuando se encuentre en estado de relajación. A continuación, se presenta el menor estímulo de la jerarquía y se le pide que lo imagine con la mayor nitidez y autenticidad posible, el instructor emplea recurso multimedia para estimular la imaginación de los participantes. Si ante la presentación del ítem el paciente indicase la existencia de miedo, se le indica que detenga la imaginación y regrese al estado de relajación. En caso de que no exista miedo, se mantiene el estímulo en la imaginación durante 30 segundos, luego se centra en el estado de relajación, y se vuelve a presentar el mismo estímulo. Se repite el ciclo tres veces, si no hay ninguna señal de la presencia de miedo durante la exposición, se pasa al siguiente estímulo secuencialmente. Una vez realizado el ejercicio, se da el espacio para la retroalimentación de los participantes y expresión de lo experimentado durante el ejercicio. Se indica que la tarea intersesión consiste en la exposición del siguiente estímulo durante 3 días en la semana con una duración de 60 minutos.		
Resultados a esperar	Reconocer el efecto de sus pensamientos en sus emociones y conductas.		

Cronograma de la propuesta de intervención

Actividades	Meses																							
	Mayo				Junio				Julio				Agosto				Septiembre				Octubre			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Ansiedad, signos y síntomas.	X	X																						
Técnicas de relajación.			X	X	X	X																		
Reestructuración cognitiva.							X	X																
Técnicas de relajación muscular.									X	X	X	X												
Distorsiones cognitivas.													X	X										
Activación emocional y conductual.															X	X	X							
Desensibilización sistemática.																		X	X	X	X			

Limitaciones prospectivas

- Las características geográficas y laborales de la Dirección Distrital limitarían el alcance y la asistencia del personal a los talleres planificados.
- El personal de salud mental, se vería limitado en su capacidad de movilización y cumplimiento del plan de intervención con el personal de los lugares de difícil acceso.
- La frecuente rotación de personal interrumpiría el proceso de intervención.

CONCLUSIONES

- La fundamentación teórica desde las diferentes propuestas permitió identificar la ansiedad como la activación cognitiva, emocional y conductual, producida como respuesta desadaptativa ante la percepción de peligro inmediato caracterizada por la presencia de nerviosismo, miedo anticipatorio, temor a perder el control.
- La ansiedad está presente en el 51% del personal de salud de la Dirección Distrital 08D02 Eloy Alfaro. El 27% de mujeres y 21% de hombres presentaron síntomas entre moderados y severos, los síntomas más frecuentes fueron dificultad para relajarse, nerviosismo e irritabilidad.
- El miedo a la enfermedad de COVID-19 también está presente en el 51% del personal de salud, el 31% de personal que se contagió de COVID-19 y el 19% que no se contagió presentaron también síntomas moderados y severos. Los síntomas más frecuentes fueron miedo a morir e incomodidad al abordar el tema.
- El diseño de la propuesta intervención se desarrolló de acuerdo a los resultados obtenidos, contempla objetivos terapéuticos que se abordan con estrategias cognitivo-conductuales que buscan disminuir los síntomas ansiosos en el personal de salud y ampliar las estrategias y herramientas adecuadas para la identificación y manejo de ansiedad.

RECOMENDACIONES

- Es indispensable que los actores y autoridades sanitarias reconozcan la vulnerabilidad en salud mental de los trabajadores de salud, consideren los resultados obtenidos, el personal sanitario se encuentra expuesto al padecimiento de problemas de salud mental relacionados al estado de ánimo como la ansiedad, por lo tanto, es necesario que las políticas de salud laboral cuenten con medidas de prevención e intervención que reduzca los riesgos y consecuencias de los trastornos del estado de ánimo, esto impacta directamente en la calidad de los servicios de salud brindados por los profesionales
- La propuesta de intervención se ha de cumplir en un marco de intervención primaria y secundaria de salud laboral, y ser ejecutada por profesionales de salud mental con la capacidad identificar y solventar dificultades en su cumplimiento, posteriormente, se requiere re evaluar las dimensiones de salud mental que abarca la propuesta con la finalidad de verificar el cumplimiento del objetivo de disminuir síntomas ansiosos e identificar oportunidades de mejora.
- Se recomienda que próximas investigaciones en personal sanitario se realicen en poblaciones más amplias que consideren las diversas variables personales, sociodemográficas y laborales en el personal sanitario, además de profundizar las investigaciones de ansiedad y otros problemas de salud mental asociados a la pandemia por COVID-19.

BIBLIOGRAFÍA

- Ahorsu, D., Lin, C., Imani, V., Saffari, M., Griffiths, M. y Pakpour, A. (2020). *The Fear of COVID-19 Scale: Development and Initial Validation*. Int J Ment Health Addiction, (20), 1537–1545. doi: 10.1007/s11469-020-00270-8
- Ambrosio, F., Torres-Santos, G., Infante, L., Rodríguez-Alarcón, J. y Mejía, C. (2021). *Factores socio-laborales asociados a padecer ansiedad, depresión y estrés en profesionales de la salud de la serranía peruana durante la pandemia de la COVID-19*. Boletín de malariología y salud ambiental, 61(2), 97-105. doi: 10.52808/bmsa.7e5.61e2.011
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*. Recuperado de [https:// www.eafit.edu.co/niños/reddelaspreguntas/Documents/dsm-v-guia-consulta-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf](https://www.eafit.edu.co/niños/reddelaspreguntas/Documents/dsm-v-guia-consulta-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf)
- Becker, R. (2020). *Breve historia de las pandemias*. Psiquiatría.com, 24(12), 105-118. Recuperado de [https:// cleaedu.mx/ biblioteca/files/original/b4 2491a31d7bd89a38562dbba19746e.pdf](https://cleaedu.mx/biblioteca/files/original/b42491a31d7bd89a38562dbba19746e.pdf)
- Bernardi, R., Defey, D., Garbarino, A., Tutté, J. y L. Villalba. (2020). *Guía clínica para la psicoterapia*. Revista de Psiquiatría del Uruguay, 68(2) 99-146. Recuperado de http://www.spu.org.uy/revista/dic2004/02_guia.pdf
- Bernardo, N. (2020). *La salud mental de las y los trabajadores de la salud en México durante la pandemia*. Pluralidad y Consenso, 10(44), 152-157. Recuperado de <http://bibliodigitalibd.senado.gob.mx/handle/123456789/4925>
- Bravo-Gómez, B. y Oviedo-Gutiérrez, A. (2020). *Estrés emocional debido al aislamiento social por la pandemia covid-19 en padres de familias vulnerables*. Polo de

conocimiento, 5(09), 579-551. Recuperado de <https://polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es/article/view/1712/329>

Broche-Pérez, Y., Fernández-Castillo, E. y Reyes, D. (2020) *Consecuencias psicológicas de la cuarentena y el aislamiento social durante la pandemia de COVID-19*. Revista Cubana de Salud Pública, 46(Supl. especial), 1-14. Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v46s1/1561-3127-rcsp-46-s1e2488.pdf>

Butcher, J., Mineka, S. y Hooley, J. (2007). *Psicología Clínica*. Recuperado de http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales_de_consulta/Drogas_de_Absoluto/Articulos/LIBROPsicologiaClinica.pdf

Camargo, L., Herrera-Pino, J., Shelac, S., Soto-Añari, M., Porto, M., Alonso, M., López, N. (2021). *Escala de ansiedad generalizada GAD-7 en profesionales médicos colombianos durante pandemia de COVID-19: validez de constructo y confiabilidad*. Revista Colombiana de psiquiatría. doi: 10.1016/j.rcp.2021.06.003

Carlson, N. (2010). *Fundamentos de fisiología de la conducta*. Madrid, España: Pearson.

Castañeda, C. y Ramos, G. (2020) *Principales pandemias en la historia de la humanidad*. Revista Cubana de Pediatría, 92(Supl. especial), 1-24. Recuperado de <https://revpediatria.sld.cu/index.php/ped/article/view/1183/549>

Chacón-Fuertes, F., Fernández-Hermida, J., y García-Vera, M. (2020). *La psicología ante la pandemia de la COVID-19 en España. La respuesta de la organización colegial*. Clínica y Salud, 31(2), 119-123. doi: <https://doi.org/10.5093/clysa2020a18>

Chávez, L., Marcet, G., Ramirez, E., Acosta, L. y Samudio, M. (2021). *Salud mental del personal médico y enfermería del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias y del Ambiente durante la cuarentena por la pandemia COVID-19*. Revista salud publica Paraguay, 11(1), 74-79. doi: 10.18004/rspp.2021. junio.74

- Clark, D. y Beck, A. (2012). *Terapia cognitiva para Trastornos de ansiedad*. Bilbao, España: Editorial Desclee de Brouwer.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2021). *La prolongación de la crisis sanitaria y su impacto en la salud, la economía y el desarrollo social*. Recuperado de https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/47301/1/S2100594_es.pdf
- De la Cruz-Vargas, J. (2020). *Protegiendo al personal de la salud en la pandemia COVID-19*. Revista Facultad de Medicina Humana, 20(2), 173-174. doi: 10.25176/RFMH.v20i2.2913
- Díaz, I. (2019). *Ansiedad: Revisión y Delimitación Conceptual*. Suma Psicológica UST, 16(1), 42-50. Recuperado de doi: 10.18774/0719-448x.2019.16.1.393
- El-Mosri, Rodríguez-Orozco y Santander-Ramírez. (2020). *El trastorno por estrés postraumático desde una mirada cognitivo conductual*. Arch neurocience, 25(4), 55-61. doi: 10.31157/an.v25i4.231
- Erquicia, J., Valls, L., Barja, A., Gil, S., Miquel, J., Leal-Blanquet, J., Vega, D. (2020). *Impacto emocional de la pandemia de Covid-19 en los trabajadores sanitarios de uno de los focos de contagio más importantes de Europa*. Medicina Clínica, 155(10), 434-440. doi: 10.1016/j.medcli.2020.07.006
- Espejo, B. y Checa, I. (2021). The Fear of Covid-19 Scale (FCV-19S) in Spain: *Adaptation and Confirmatory Evidence of Construct and Concurrent Validity*. Mathematics, 9(19) 1-11. doi: 10.3390/math9192512
- Furman, H., Griffiths, M., Pakpour, A. y Simkin, H. (2020). Evidencias de Validez de la *Escala de Miedo al COVID-19 (FCV-19S) en el contexto argentino*. Psocial, 6(2),

99-108. Recuperado de http://portal.amelica.org/ameli/journal/123/1231_854011/1231854011.pdf

Gallardo, E. (2017). *Metodología de la Investigación. Manual Autoformativo Interactivo*. Recuperado de https://repositorio.continental.edu.pe/bitstream/20.500.12394/4278/1/DO_UC_EG_MAI_UC0584_2018.pdf

Galeana, P. (2020). *Las epidemias a lo largo de la historia*. Antropología americana, 5(10), 13-45. Recuperado de <https://revistasipgh.org/index.php/anam/article/view/844/1218>

Gaitán-Rossi, P., Pérez-Hernández, V., Vilar-Compte, M. y Teruel-Belismelis, G. (2021). *Prevalencia mensual de trastorno de ansiedad generalizada durante la pandemia por Covid-19 en México*. Salud Publica México, 63(4), 478-485. doi: 10.21149/12257

García-Campayo, J., Zamorano, E., Ruiz, M., Pardo, A., Pérez-Páramo, M., LópezGómez, V.,...Rejas J. (2010). *Cultural adaptation into Spanish of the generalized anxiety disorder-7 (GAD-7) scale as a screening tool*. Health and Quality of Life Outcomes, 8(8), 1-11. doi: 10.1186/1477-7525-8-8

García-Herrera, J. y Noguerras, E. (2013). *Guías de autoayuda para la depresión y los trastornos de ansiedad*. Recuperado de <https://consaludmental.org/publicaciones/Guiasautoayudadepresionansiedad.pdf>

García-Reyna, B., Castillo-García, G., José Barbosa-Camacho, F., Cervantes-Cardona, G., Cervantes-Pérez, E., Torres-Mendoza, B., Cervantes-Guevara, G. (2020) *Fear of COVID-19 Scale for Hospital Staff in Regional Hospitals in Mexico: a Brief Report*. International Journal of Mental Health and Addiction, 20(2), 895–906. doi: 10.1007/s11469-020-00413-x

- González-Plaza, E., Polo, J., Rodríguez, S., Giménez, Y., Javierre, A., Arranz, Á. y Massó, R. (2022) *Nivel de ansiedad de los profesionales de sala de partos durante la pandemia por COVID-19*. Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia, 49(1), 1-8. doi: 10.1016/j.gine.2021.100704
- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2014). *Metodología de la Investigación*. Montreal, México: McGraw Hill.
- Huamaccto, Y. (2021). *Miedo y ansiedad por coronavirus en personal de central de esterilización de un hospital en Lima*. Rev. Cient. Cuidado y Salud Pública, 1(1) 3-10. doi: 10.53684/csp.v1i1.6
- Huang, J., Han, M., Luo, T., Ren, A., y Zhou, X. (2020). *Mental health survey of medical staff in a tertiary infectious disease hospital for COVID-19*. Chinese Journal of Industrial Hygiene and Occupational Diseases, Chinese, 38(3), 192-195. DOI: 10.3760/cma.j.cn121094-20200219-00063
- 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. doi: 10.17843/rpmesp.2020.372.5419
- Iglesias-Osores, S. (2020). *Importancia del aislamiento social en la pandemia de la COVID-19*. Rev Med Hered, 31(3), 205-206. doi: 10.20453/rmh. v31i3.3814
- Jiménez-Puig, E., Pérez-Leiva, B. y González-Cruz, R. (2021). *Ansiedad y miedo a la COVID-19 en estudiantes investigadores del poblado de Falcón, Villa Clara*. Medicent Electrón, 25(4) 621-638. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432021000400621
- Lai, J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J., Wei, N., Hu, S. (2020). *Factores asociados con los resultados de salud mental entre los trabajadores de la salud expuestos a la*

enfermedad por Coronavirus 2019. JAMA Network Open, 3(3), 1-12. doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.3976

Laura, C. (2015), *Diccionario de Metodología de la Investigación Científica*. Recuperado de https://repositorio.concytec.gob.pe/bitstream/20.500.12390/2274/1/Laura%20Quispe_DiccionarioMetodologiaInvestigacion_Libro.pdf

Lemos, M., Calle, G., Roldán, T., Valencia, M., Orejuela, J., y Román-Calderón, J. (2019). *Factores Psicosociales asociados al Estrés en profesores universitarios colombianos*. Psicología conductual, 15(1), 1–9. doi: 10.15332/s1794 9998.2019.0015.05

Llerena, A. y López, O. (2021). *Medidas de bioseguridad y miedo a la COVID-19 asociado a calidad de vida en el trabajo en personal asistencial de salud de un hospital*. Revista Médica Basadrina, 15(4) 16-26. doi: 10.33326/26176068.2021.4.1250

López, I. y López, I. (2021). *La salud mental del personal sanitario ante la pandemia del COVID-19*. Enfermería Investiga, Investigación, Vinculación, Docencia y Gestión, 6(1), 47-50. doi: 10.31243/ei.uta.v6i1.1026.2021

Luengo, D. (2015). *Los secretos de la ansiedad*. Recuperado de https://planetadelibrospe0.cdnstatics.com/libros_contenido_extra/31/30752_Los_secretos_de_la_ansiedad.pdf

Miranda, R. y Murguía, E. (2020). *Síntomas de ansiedad y depresión en personal de salud que trabaja con enfermos de covid-19*. International Journal of Medical and Surgical Sciences, 8(1), 1-12. doi: 10.32457/ijmss.v8i1.655

Molina, J., Sandín, B., y Chorot, P. (2014). *Sensibilidad a la ansiedad y presión psicológica*. Cuadernos de Psicología del Deporte, 14(1), 45–53. Recuperado de <https://scielo.isciii.es/pdf/cpd/v14n1/art05.pdf>

- Monterrosa-Castro, A., Buelvas-de-la-Rosa, C. y Ordosgoitia-Parra, E. (2021). *Probable trastorno de ansiedad generalizada en la pandemia COVID-19: valoración en médicos generales del Caribe colombiano*. Duazary 18(1), 7-19. doi: 10.21676/2389783X.3890
- Monterrosa-Castro, A., Dávila-Ruiz, R., Mejía-Mantilla, A., Contreras-Saldarriaga, J., Mercado-Lara, M. y Flores-Monterrosa, C. (2020). *Estrés laboral, ansiedad y miedo al COVID-19 en médicos generales colombianos*. MedUNAB, 23(2), 195213. doi: 10.29375/01237047.3890
- Moreno-Sánchez, F., Coss, M., Alonso, M. y Elizondo, A. (2018). *Las grandes epidemias que cambiaron al mundo*. Historia y filosofía de la medicina, 63(2), 151-156. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/abc/bc2018/bc182p.pdf>
- Naranjo-Hidalgo, T., Poveda-Ríos, S. (2021). *Conductas ansiógenas y depresivas en el personal de salud de Ecuador ante la emergencia COVID-19*. Revista Médica Electrónica, 43(5), 1383-1394.
- Organización Internacional del Trabajo. (2021). *El sistema de salud ecuatoriano y la COVID-19*. Recuperado de https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/--americas/--ro-lima/---sro-lima/documents/publication/wcms_799790.pdf Organización Mundial de la Salud. (2017). *Depresión y otros trastornos mentales*. Recuperado de <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34006/PAHONMH17005-spa.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud. (2020). *Intervenciones recomendadas en salud mental y apoyo psicosocial (SMAPS) durante la pandemia*. Recuperado de https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52427/OPSNMHNMCVID19200026_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- Organización Panamericana de la Salud. (2022). *The COVID-19 Ealth caRe wOrkErs Study (HEROES)*. Recuperado de https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/55563/OPSNMHMHCVID-19220001_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Organización Mundial de la Salud. 17 de junio de 2022. *Salud mental: fortalecer nuestra respuesta* [Mensaje en un blog]. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Ortega, A., Mesa, I., Peña, S. y Ramírez, A. (2021). *Miedo al coronavirus, ansiedad y depresión en profesionales de la salud*. Universidad, ciencia y tecnología, 25(109) 98-106. doi: 10.47460/uct.v25i109.454
- Pazmiño, E., Alvear, M., Saltos, I. y Pazmiño, D. (2021). *Factores relacionados con efectos adversos psiquiátricos en personal de salud durante la pandemia de COVID-19 en Ecuador*. Rev Colomb Psiquiat, 50(3), 166–175. doi: 10.1016/j.rcp.2020.12.007
- Peñafiel-León, J., Ramírez-Coronel, A., Mesa-Cano, I. y Martínez-Suarez, P. (2020). *Impacto psicológico, resiliencia y afrontamiento del personal de salud durante la pandemia por COVID-19*. Revista AVFT, 40(3), 202-211. doi: 10.5281/zenodo.5035609
- Pérez, M., Fernández, J., Fernández, C., y Amigo, I. (2013). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces. Adultos*. Recuperado de <https://bibliotecaia.ism.edu.ec/Repo-book/g/Guia-de-tratamientos-psicologicos-eficaces-l-adultos.pdf>
- Porto, M., Ocampo-Barba, N., Flores-Valdivia, G., Caldichoury, N. y López, N. (2022). *Propiedades psicométricas del GAD-7 para detectar ansiedad generalizada en profesionales sanitarios de Bolivia*. Rev Peru Med Exp Salud Publica, 39(1), 115-116. doi: 10.17843/rpmesp.2022.391.8620

- Ramírez-Coronel, A., Martínez-Suárez, P., Pogyo-Morocho, G., Estrella-González, M., Mesa-Cano, I., Minchala-Urgilés, R.,...Abad-Martínez, N. (2020). *Evaluación psicométrica e intervención de enfermería frente al miedo a COVID-19*. Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica, 39(5), 660-666. doi: 10.5281/zenodo.4262353
- Ramos, C. (2015). *Los paradigmas de la investigación científica*. Avances en psicología, 23(1), 9-17. doi: 10.33539/avpsicol.2015.v23n1.167
- Real Academia de la Lengua. (2021). *Diccionario de términos médicos*. Recuperado de http://dtme.ranm.es/buscador.aspx?NIVEL_BUS=3&LEMA_BUS=epidemia
- Rodríguez, S. y Santolaria, S. (2018). *Manejo de ansiedad e insomnio desde atención primaria*. Recuperado de https://portal.guiasalud.es/wpcontent/uploads/2018/12/GPC_465_Insomnio_Lain_Entr_compl.pdf
- Rodríguez, P. (2008). *Ansiedad y sobreactivación*. Recupera de https://www.academia.edu/39992825/Ansiedad_y_sobreactivaci%C3%B3n_Pablo_Rodr%C3%ADguez
- Rodríguez, M.; y Mendivelso, F. (2018). *Diseño de Investigación de Corte Transversal*. Revista Médica Sanitas, 21(3), 141-146. Recuperado de <https://revistas.unisanitas.edu.co/index.php/rms/article/view/368/289>
- Rojo, J. (2011). *Comprender la ansiedad las fobias y el estrés*. Recuperado de <https://www.yumpu.com/es/document/read/63073444/rojo-moreno-juan-comprender-la-ansiedad-las-fobias-y-el-estres>
- Ruiz, M. A, Díaz, M. I., y Villalobos, A. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales*. Recuperado de <https://www.edesclee.com/img/cms/pdfs/9788433025357.pdf>

- Santamaría, M., Ozamiz-Etxebarria, N., Redondo, I., Alboniga-Mayor, J. y Picaza, M. (2020). *Impacto psicológico de la COVID-19 en una muestra de profesionales sanitarios españoles*. Revista de psiquiatría y salud mental, 14(2), 106-112. doi: 10.1016/j.rpsm.2020.05.004
- Secretaría Técnica Planifica Ecuador (2020). *Evaluación Socioeconómica PDNA Covid-19 Ecuador*. Marzo-Mayo 2020. Recuperado de <https://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2020/12/EvalSoc-Econ-10-Dic-ok.pdf>
- Scaturalo, C., Battioni, L., Bellia, S., Costa, S., De las Nieves, S., Racki, M., Pereiro, S. (2021). *Impacto psicofísico de la pandemia COVID-19 en trabajadores de la salud en Argentina*. Encuesta ImPPaCTS-SAC.20. Revista argentina de cardiología, 89(3), 204-210. doi: 10.7775/rac.es.v89.i3.20231
- Sierra, J., Ortega, V. y Zubeidat, I. (2003). *Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar*. Revista Mal-estar E Subjetividade, 3(1), 10-59. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/271/27130102.pdf>
- Silva, D. y Luque, Y. (2022). *Miedo al COVID-19, ansiedad, depresión y satisfacción familiar durante la pandemia COVID-19 en adultos de Lima Metropolitana*. CASUS, 6(1), 39-47. doi: 10.35626/casus.1.2022.322
- Simón, A., Jiménez, M., Solano, J., Simón, L., Gaya, B. y Bordonaba, D. (2022). *Análisis del impacto psicoemocional de la pandemia del COVID-19 entre los profesionales de enfermería*. Enfermería Global, 21(66), 184-209. doi: 10.6018/eglobal.489911
- Universidad del Desarrollo. 2021. *Manual de Metodología de la Investigación 2021*. Recuperado de <https://psicologia.udd.cl/files/2021/04/Metodolog%C3%ADaPsicologiaUDD-2-1.pdf>

Vargas, D., Escate, K., Cutipa, J. y Fernández, L. (2022) *Evidencias métricas de la escala de miedo percibido relacionado con la pandemia covid-19 en adultos de Tacna*. Psique Mag, 11(1), 42-54. Recuperado de <https://revistas.ucv.edu.pe/index.php/psiquemag/article/view/283/266>

ANEXOS

Anexo 1. Consentimiento Informado

Salud mental en personal de salud en contexto de pandemia por COVID-19.

[Acceder a Google](#) para guardar el progreso. [Más información](#)

***Obligatorio**

Consentimiento Informado.

Estimado/a participante, los presentes cuestionarios son parte de una investigación sobre el estado de salud mental de los profesionales de salud en contexto de pandemia por COVID-19, realizado por el Psc. Jonathan Granda, estudiante de posgrado de la Pontificia Universidad Católica de Ecuador, Sede Ambato.

Con esta autorización, Usted acepta formar parte de la investigación, la información obtenida será con fines exclusivamente investigativos y académicos. En su participación se registrarán instrumentos de medición de la temática señalada, la misma será anónima y se garantiza total confidencialidad de la información.

El llenado del presente cuestionario le tomará aproximadamente 4 minutos.

*

☐ Acepto

Anexo 2. Escala para el Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD-7)

Señale con qué frecuencia ha sufrido los siguientes problemas en los últimos 15 días:	Nunca	Menos de la mitad de los días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
Se ha sentido nervioso, ansioso o muy alterado	0	1	2	3
No ha podido dejar de preocuparse	0	1	2	3
Se ha preocupado excesivamente por diferentes cosas	0	1	2	3
Ha tenido dificultad para relajarse	0	1	2	3
Se ha sentido tan intranquilo que no podía estarse quieto	0	1	2	3
Se ha irritado o enfadado con facilidad	0	1	2	3
Ha sentido miedo, como si fuera a suceder algo terrible	0	1	2	3

Anexo 3. Escala de miedo al COVID-119 (FCV-19)

	<i>Fuertemente en desacuerdo</i>	<i>En desacuerdo</i>	<i>Ni en acuerdo ni en desacuerdo</i>	<i>De acuerdo</i>	<i>Fuertemente de acuerdo</i>
1. Tengo mucho miedo del coronavirus (COVID-19).	1	2	3	4	5
2. Pensar en el coronavirus (COVID-19) me pone incómodo/a.	1	2	3	4	5
3. Cuando pienso en el coronavirus (COVID-19) me transpiran las manos.	1	2	3	4	5
4. Tengo miedo de perder mi vida por el coronavirus (COVID-19).	1	2	3	4	5
5. Cuando veo noticias e historias sobre el coronavirus (COVID-19) en las redes sociales, me pongo nervioso/a o ansioso/a.	1	2	3	4	5
6. No puedo dormir porque me preocupa contagiarme de coronavirus (COVID-19).	1	2	3	4	5
7. Mi corazón se acelera o palpita cuando pienso en contagiarme de coronavirus (COVID-19).	1	2	3	4	5

Anexo 4. Formulario de costos y beneficios

Formulario de Costes-Beneficios

Nombre: _____ Fecha: _____

1. Describa brevemente el pensamiento, creencia o valoración ansiosa: _____

Ventajas inmediatas y a largo plazo	Desventajas inmediatas y a largo plazo
1.	1.
2.	2.
3.	3.
4.	4.
5.	5.
6.	6.

* Rodee con un círculo los costes y beneficios más importantes para usted.

2. Describa brevemente una perspectiva alternativa: _____

Ventajas inmediatas y a largo plazo	Desventajas inmediatas y a largo plazo
1.	1.
2.	2.
3.	3.
4.	4.
5.	5.
6.	6.

* Rodee con un círculo los costes y beneficios más importantes para usted.

Anexo 6. Formulario de interpretaciones alternativas

Formulario de Interpretaciones Alternativas

Nombre: _____ Fecha: _____

1. Describa brevemente el resultado asociado a su ansiedad que más teme (el peor escenario posible): _____

2. Describa brevemente el resultado asociado a su ansiedad más deseable (el mejor escenario posible): _____

3. Describa brevemente el resultado asociado a su ansiedad más realista (probable): _____

Evidencias favorables al Resultado Temido (punto de vista catastrófico)	Evidencias favorables al Resultado más Deseado (objetivo más deseable)	Evidencias favorables al Resultado más Probable (punto de vista alternativo)
1.	1.	1.
2.	2.	2.
3.	3.	3.
4.	4.	4.
5.	5.	5.