



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 08
CAMPAMENTO MESA DE LEÓN**

TÍTULO DE LA TESIS:

**MANEJO DE ESTRÉS, ANSIEDAD Y DEPRESIÓN MEDIANTE UNA ESTRATEGIA
PSICOEDUCATIVA EN EL PERSONAL DE SALUD
ANTE LA PANDEMIA DE COVID-19**

**TESIS QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA
EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

MED. GRAL. JOEL JURADO ALCANTAR

DIRECTOR DE TESIS:

MED. ESP. LETICIA VÁZQUEZ HERNÁNDEZ

EL MARQUÉS, QUERÉTARO 2022.





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**“MANEJO DE ESTRÉS, ANSIEDAD Y DEPRESIÓN MEDIANTE UNA
ESTRATEGIA PSICOEDUCATIVA EN EL PERSONAL DE SALUD ANTE LA
PANDEMIA DE COVID-19”**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA

DR. JOEL JURADO ALCANTAR
AUTORIZACIONES



DR. JAVIER SANTA CRUZ VARELA
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. GEOVANI LÓPEZ ORTIZ
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

**MANEJO DE ESTRÉS, ANSIEDAD Y DEPRESIÓN MEDIANTE UNA
ESTRATEGIA PSICOEDUCATIVA EN EL PERSONAL DE SALUD ANTE LA
PANDEMIA DE COVID-19**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

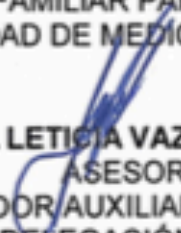
PRESENTA:

MED. GRAL. JOEL JURADO ALCANTAR


AUTORIZACIONES:



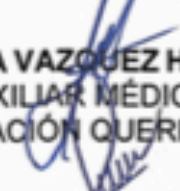
**DR(A). MARÍA DEL CARMEN PONCE MARTÍNEZ
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR no. 8**




**DRA. LETICIA VAZQUEZ HERNANDEZ
ASESOR DE TESIS
COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO DE EDUCACIÓN
DELEGACIÓN QUERÉTARO**



**DR. MANUEL ENRIQUE HERRERA ÁVALOS
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD**



**DRA. LETICIA VAZQUEZ HERNANDEZ
COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO DE EDUCACIÓN
DELEGACIÓN QUERÉTARO**



**DRA. ELISA ALEXANDRA GONZÁLEZ PLASCENCIA
COORDINADOR DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL
DELEGACIÓN QUERÉTARO**

EL MARQUÉS, QUERÉTARO 01 DE AGOSTO DE 2021.

**MANEJO DE ESTRÉS, ANSIEDAD Y DEPRESIÓN MEDIANTE UNA
ESTRATEGIA PSICOEDUCATIVA EN EL PERSONAL DE SALUD
ANTE LA PANDEMIA DE COVID-19**

ÍNDICE

Contenido	Pág.
1.- TITULO	4
2.- INDICE	5
3.- MARCO TEÓRICO	7
3.1.- Pandemia COVID-19	7
3.1.1.- COVID -19	8
3.1.2.- COVID-19 en México	9
3.2.- Estrategias de control pandemia COVID-19	9
3.3.- Alteraciones emocionales en personal de salud	10
3.3.1.- Estrategias de control emocional ante la pandemia COVID-19	12
3.4.- Teorías del aprendizaje en el adulto	13
3.4.1.- Teoría: Andrología	13
3.4.2.- Teoría: Aprendizaje transformacional	14
3.4.3.- Teoría: Aprendizaje Experiencial	14
3.5.- Intervención psicoeducativa	15
3.5.1.- Niveles de prevención en Psicoeducación .	17
3.5.2.- El abordaje psicoeducativo	17
3.5.3.- Objetivos de la Psicoeducación	19
3.6.- Estrés, ansiedad y depresión.	20
3.7.- DASS 21	22
3.8.- Estrategias de control emocional en el IMSS	23
4.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	24
5.- JUSTIFICACIÓN	25
6.- OBJETIVOS	27
6.1.- Objetivo general	27
6.2.- Objetivos específicos	27
7.- HIPÓTESIS GENERAL	28
7.1.- Hipótesis específicas	28
8.- METODOLOGIA	29
8.1.- Tipo de estudio	29

8.2.- Población de estudio	29
8.3.- Tamaño de muestra	29
8.4.- Criterios de selección	30
8.5.- Información a recolectar	31
8.6.- Metodología, técnicas y procedimientos de recolección	34
8.6.1.- Intervención psicoeducativa	38
8.7.- Análisis estadístico	43
8.8.- Consideraciones éticas	44
9.- RESULTADOS	46
10.- DISCUSION	57
11.- CONCLUSIONES	60
12.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	61
13.- ANEXOS	67
13.1.- Carta de consentimiento informado	67
13.2.- Instrumentos de recolección de datos	71
13.3.- Cuestionario DASS 21	72

3. MARCO TEÓRICO

Las epidemias son emergencias sanitarias que amenazan la vida de las personas y causan cantidades significativas de enfermos y muertos. Generalmente sobrecargan los recursos locales y amenazan la seguridad y el funcionamiento normal de una comunidad. ⁽¹⁾

La propagación de epidemias ha sido frecuente en la historia de la humanidad, entre los antecedentes reconocemos los brotes de cólera en el siglo XIX, la epidemia de VIH/sida en los años 80's, el virus del Ebola en África, y la propagación de Zika en Brasil. La aparición de Síndrome respiratorio agudo por coronavirus 2 (SARS-CoV-2) ha ocasionado un impacto mundial sin precedentes debido al elevado número de fallecimientos que ocasiona. ⁽²⁾

3.1 Pandemia COVID- 19

En diciembre del 2019 en la provincia de Hubei, Wuhan, China se reportan casos de un grupo de personas enfermas con un tipo de neumonía causada por el virus SARS-CoV-2, esta enfermedad se extendió rápidamente por diversos países vecinos Tailandia, Japón y Corea. ⁽³⁾

Hasta el 11 de junio del 2020, el número de personas infectadas (positivas) con el SARS-CoV-2 asciende a 7, 597,304 millones en todo el mundo, y se ha registrado 423,844 fallecimientos. En México hasta el 11 de junio del 2020 se cuenta con 133,974 casos confirmados, 55,700 casos sospechosos y 15944 personas han fallecido. En el estado de Querétaro, hasta el día 11 de junio 2020 se han diagnosticado 1,461 casos y se han presentado 185 defunciones. ^{(4) (5) (6)}

3.1.1 COVID- 19

El SARS-CoV-2 se clasifica dentro del género Beta coronavirus, subfamilia Orthocoronavirinae y familia Coronaviridae. Los coronavirus son virus ARN monocatenarios positivos que tienen forma esférica y unas proteínas que se proyectan desde su superficie, de las cuales deriva su nombre por semejar una corona solar. (7)

Los síntomas pueden ser indistinguibles de otras infecciones respiratorias, la fiebre es el síntoma más frecuente, cuando supera los 39°C se asocia a un cuadro más grave y paradójicamente también a disminución del riesgo de muerte. La tos varía en frecuencia y en menor producción puede ser productiva. La disnea se asocia a un mayor riesgo de SDRA. Se presenta dolor de garganta, anorexia, anosmia o hiposmia, mialgias. Menos frecuente hemoptisis, diarreas, dolor torácico, náusea y vómitos. (8)

El COVID-19 tiene una tasa de infección extremadamente alta y una mortalidad cercana al 20% para los casos más graves, que ameritan hospitalización y manejos en la unidad de cuidados intensivos. La principal causa de mortalidad por SARS-CoV-2 es la insuficiencia respiratoria por SDRA y la segunda daño miocárdico con insuficiencia cardíaca. (9)

En una epidemia viral, la prevención primaria se logra con la aplicación de una vacuna, la cual aún no ha sido desarrollada contra SARS-CoV-2, lo que obliga a evitar proximidad entre los enfermos y la población sana por lo cual las autoridades de salud han recomendado diversas medidas para controlar la propagación de la epidemia entre las cuales se encuentra: Distanciamiento social para prevenir que se propaguen enfermedades. La Cuarentena, para limitar el movimiento de las personas que pueden haber estado expuestas a la enfermedad y el aislamiento, que es una estrategia que se utiliza para separar a las personas enfermas por una enfermedad contagiosa de las personas sanas. El Aislamiento restringe el movimiento lo que evita la propagación de este tipo de enfermedades. (10)

3.1.2 COVID-19 en México

En México, el 09 de enero del 2020, La Dirección General de Epidemiología emitió un aviso preventivo para viajes a China, el 28 de febrero de 2020 se confirmó el primer caso positivo de COVID-19 en México. hasta ese momento no se contaba con una vacuna para la prevención, por lo que se instrumentaron varias medidas de intervención para mitigar la epidemia, entre las principales: Escuelas y universidades cerradas. Labores no esenciales suspendidas. Jornada nacional de sana distancia “Susana distancia”. Sugerencia de uso de cubrebocas e higiene profunda, confinamiento voluntario en casa. (11)

3.2 Estrategias de control de la pandemia COVID-19

El aislamiento, el distanciamiento físico, el cierre de escuelas y lugares de trabajo afectan, generan un impacto psicológico, dentro de los principales factores estresores se observan el temor a la enfermedad, el estrés por las pérdidas ocasionadas, el aburrimiento, la información inadecuada. Manifestándose principalmente con miedo, frustración, enojo, tristeza, sentimiento de soledad, ansiedad. (12)

Debido a la situación que se deriva por el COVID-19, y a las estrategias utilizadas como el aislamiento social, el problema económico etc., es que la población sufre en mayor y menor medida diferentes tipos de trastornos psíquicos. Las manifestaciones de esta pandemia varían en cada individuo, llegando a ser incluso incapacitantes en especial en aquel personal de salud con mayor vulnerabilidad psíquica. (13) (14)

Las altas tasas de contagio y de mortalidad han ocasionado temor en la población general y en el personal de salud incluso ocasionando discriminación hacia los profesionales de la salud quienes se enfrentan como primera línea de defensa y de mayor riesgo de contagio. Se ha reportado un aumento de los niveles de ansiedad, estrés y disminución de la autoeficacia en el personal médico encargados del cuidado de pacientes en puestos de salud, clínicas y hospitales. (15)

Estudios anteriores informaron de reacciones psicológicas adversa al brote de SARS de 2003 entre los trabajadores de la salud, reportan temor al contagio, infección de sus familiares, incertidumbre, estigmatización. Y altos niveles de estrés, ansiedad y depresión. (16)

El número cada vez mayor de casos confirmados y sospechosos, La alta carga de trabajo, así como la ausencia de protección adecuada, la alta cobertura de los medios, la falta de medicamentos específicos y los sentimientos de recibir un apoyo inadecuado son algunas causas que contribuyen con la carga mental y el síndrome de burnout entre el personal sanitario. (17)

3.3 Alteraciones emocionales en personal de salud

El estrés laboral se presenta cuando hay un desequilibrio entre demandas de trabajo, control de toma de decisiones y apoyo social, en los desajustes entre el esfuerzo del trabajador y la recompensa obtenida, lo que ocasiona disminución en la productividad, clima laboral tenso, incapacidad laboral, burnout en los trabajadores y acoso laboral. (18)

Se ha comprobado que más de un tercio del personal médico que respondió al brote durante su punto álgido en China sufría insomnio, se dieron caso de depresión, trauma emocional y ansiedad. (19)

Entre los factores relacionados a estos síntomas se encuentra el alto grado de estrés por la exposición en primera línea estigmatización hacia personas con COVID-19, cuidadores y personal de salud, así como la sensación de incertidumbre y las medidas de aislamiento. (20)

El uso y manejo adecuado de equipo de protección reduce la ansiedad, las actividades de ocio y la capacitación en terapia de relajación y la aplicación de estrategias de manejo de estrés ayudan mitigar el desgaste, prevenir y limitar las enfermedades de salud mental. (21) (22)

Los datos epidemiológicos sobre los problemas de salud mental y la morbilidad psiquiátrica de los pacientes infectados y de sus profesionales de salud tratantes aún no están disponibles, por lo que, se desconoce la forma de responderá a estos desafíos durante el brote. El impacto psicosocial de las epidemias virales, el apoyo y el tratamiento en los servicios de salud mental, son objetivos cruciales para la respuesta de salud al brote de COVID-19. (23)

Es prioritario detectar comportamientos de alteraciones en la salud mental para disminuir sus efectos, implementado estrategias de alto grado de apoyo que permitan identificar y tratar adecuadamente el daño o alteraciones mentales resultantes de la atención al brote de COVID-19. Y así comprender las consecuencias psicosociales de COVID-19 para futuros brotes de infección, los virólogos predicen que la próxima pandemia grave es inevitable y puede llegar en los próximos años. (24) (25)

Gobiernos y autoridades de salud deben implementar acciones urgentes para proteger la salud mental de los trabajadores de la salud. Con frecuencia este grupo no es considerado como sujetos de intervención en las políticas públicas, puesto que los profesionales de la salud solicitan menos ayuda psicológica o asesoramiento debido a los prejuicios y discriminación. (26) (27)

Sin embargo, actualmente están presentando síntomas de problemas de salud mental y muy probablemente aumente la incidencia a lo largo del tiempo en este grupo. (28)

En lo que respecta a los trabajadores de salud, la OPS refiere que el sentirse bajo presión es una experiencia que impacta a un más en la salud mental de los trabajadores de la salud, por lo que se les recomienda descansar y hacer pausas durante el trabajo o entre turnos, alimentarse saludablemente y en cantidad suficiente, realizar actividad física, mantener en contacto con la familia y los amigos. Tratar de no adoptar estrategias de respuesta inadecuadas como el consumo de tabaco, alcohol u otras drogas. (29)

3.3.1 Estrategias de control emocional ante la pandemia COVID-19

Una de las estrategias propuestas por la OPS menciona que se debe de tener la habilidad de comunicarse eficazmente, identificar el trastorno mental, neurológico o por uso de sustancias evaluando de forma oportuna al personal, así como la reducción del estrés y el fortalecimiento del apoyo social esencial en los trastornos mentales, neurológicos. Las intervenciones en crisis se deben implementar en todos los grupos de riesgo, con objetivo de minimizar los daños psicológicos para prevenir problemas como el estrés postraumático. (30)

La American Psychological Association, emitió directrices para la prevención en Psicología, dentro de las que se destacan: la necesidad de implementar acciones basadas en la evidencia científica y ajustadas al contexto, que respondan a las necesidades de sus miembros. Señala que las intervenciones que se realicen deben ser evaluadas, y exige el trabajo integrado y coordinado para garantizar el cumplimiento de los objetivos propuestos. Hace énfasis en la intervención temprana para la disminución de los factores de riesgo y potenciar los factores de protección. (31)

Implementar programas de reducción del estrés repercuten en la salud física, distintos estudios concluyen que el entrenamiento en relajación disminuye los síntomas de ansiedad de forma individual y familiar. (32)

3.4 Teorías del aprendizaje en el adulto

En el caso de la educación en adultos la base de su aprendizaje se adhiere a la visión constructivista donde se propone que, el aprendizaje debe ser reflexivo, introspectivo y experiencial. Por lo que, debe de diseñar estrategias que tengan en cuenta los diversos factores que interviene en el proceso de aprendizaje, dentro de los cuales se encuentran sus ocupaciones, las necesidades de crecer laboralmente, de cumplir metas y satisfacer sus necesidades de forma eficaz; por los que en ellos se habla de diversas teorías del aprendizaje, dentro de las principales se encuentran: andrología, aprendizaje transformacional y aprendizaje experiencial.

3.4.1 Teoría 1: Andrología

Tiene mayor aceptación en el campo de la educación, para las personas adultas y se basa en que debe existir una motivación y necesidad de conocimiento, voluntad y entusiasmo, experiencia, autonomía, orientación, habilidades y potencialidades individuales. Es considerada, un elemento indispensable del desarrollo personal y social, coherente y con conceptos, tareas y valores que le son propios y cuyas demandas responden a las necesidades actuales, complejas y cambiantes de la sociedad y de los retos tecnológicos. La andrología, como teoría pedagógica, posibilita la participación de manera flexible en todos los procesos educativos. (33)

3.4.2 Teoría 2: Aprendizaje transformacional

Consiste en, cambiar los esquemas mentales predefinidos de los adultos, en la construcción y diseño de procesos de aprendizaje que generan cambios de perspectivas y esquemas mentales en las personas adultas y confrontarlos con sus creencias y concepciones previas, se basa en la generación de un nuevo conocimiento a través de la comprensión de nuevos conceptos y el cambio en patrones del pensamiento tomando en cuenta la importancia de obtener un nuevo conocimiento reforzando el pensamiento crítico. el docente debe ser hábil en crear estrategias que despierten la curiosidad del educando, motivarlo a valorar lo aprendido y a reforzar su pensamiento crítico. (33)

3.4.3 Teoría 3: Aprendizaje experiencial

Es aprender haciendo o *Lear Ning By doing*, Combinación de la experiencia con el conocimiento y el comportamiento. fundada en la combinación de experiencias previas con nuevos conocimientos, contextualizar el aprendizaje. Al observar las vivencias, el adulto reflexiona y analiza sus efectos y consecuencias, asimila y conceptualiza lo aprendido y lo lleva a la práctica.

Considerando las diferentes teorías y principalmente la teoría de andrología se pretende llevar a cabo la estrategia psicoeducativa la cual se define como el conjunto de técnicas y estrategias de acompañamiento basadas en las teorías del aprendizaje y del desarrollo evolutivo. que tiene como objetivo facilitar y optimizar el proceso de aprendizaje, desarrollar habilidades cognitivas y sociales, fortalece el desempeño emocional y social. (34)

Álvarez y Bisquerra 1998 proponen lo que se denomina eje vertebradores de la intervención psicoeducativa, a través de los cuales y de la oposición de los polos entre los cuales se extiende cada eje, cada modelo ocupa un espacio dentro de un continuum que va de un extremo a otro de los diversos ejes, considerados como bipolares y dentro de los cuales están: el modelo Clínico o de atención individualizada, Modelo de programas, Modelo de consulta, de animación socio-cultural, constructivista de asesoramiento. (35)

3.5 Intervención psicoeducativa

Se define como, el conjunto de técnicas y estrategias de acompañamiento basadas en las teorías del aprendizaje y del desarrollo evolutivo. que tiene como objetivo mejorar la calidad de vida del paciente y de su familia así como facilitar y optimizar el proceso de aprendizaje, desarrollar habilidades cognitivas y sociales, fortalece el desempeño emocional y social, consiste en construir significados comprendiéndolos y generando conciencia de ellos, la enseñanza psicoeducativa es un proceso que provoca cambios endógeno-estructurales en la persona como consecuencia de una apropiación del conocimiento y puede proporcionar al aprendiz información específica y entrenamiento en técnicas para afrontar el problema. (36)

La psicoeducación eficaz aspira a modificar actitudes o conductas del paciente, que le permitan una mejor adaptación a la enfermedad, mediante cambios en su estilo de vida, cambios en su conocimiento acerca de la enfermedad y su tratamiento, en el manejo de los factores desencadenantes o de la detección oportuna de recaídas. (36)

La información acerca de la enfermedad, así como las herramientas para el manejo de circunstancias y el cambio conductual; condicionan que la psicoeducación sea aplicable a diversas patologías con el logro de cambios necesarios en el estilo de vida de las personas. mediante este proceso promete disminuir los efectos negativos para la persona respecto a su enfermedad por lo que se comprende como un recurso que permite reducir, interrumpir, o disminuir la progresión de una enfermedad.

Dentro de los diversos modelos de psicoeducación, se encuentra la "psicoeducación informativa" modelo que suele programar su intervención en forma breve (de cinco a seis sesiones); prioriza la transmisión de información acerca de la enfermedad se enfoca en dotar al paciente de herramientas que le permitan ser mas proactivo en la comprensión y tratamiento de su enfermedad. busca sustituir la culpa por la responsabilidad, la indefensión por la proactividad, la auestigma por autoestima y la negación por la integración. (38)

El profesional de la salud encargado de impartir la psicoeducación debe tendrá por objeto ayudar a identificar con claridad el problema o la enfermedad y así enfocar de forma conjunta, su tratamiento y favorecer una pronta resolución y contribuir en la mejorar la calidad de vida del paciente.

La psicoeducación es un proceso útil a todo tipo de personas, portadores o no de una afección clínica. el profesional de salud encargado deberá adaptarse al nivel sociocultural del paciente, a su personalidad, su patología y la información previa, por lo que se convierte en un ente activo en este proceso. Mediante la psicoeducacion es posible entrenar a los pacientes para que participen como sus propios agentes de cambio, sean competentes para desarrollar habilidades de autocuidado. (38)

3.5.1 Niveles de prevención en psicoeducación

Prevención Primaria	Reducir la probabilidad de ocurrencia de una enfermedad mediante tratamiento biológicos o psíquicos. Medidas efectivas y direccionadas antes de que suceda el hecho
Prevención Secundaria	Evitar la difusión y transmisión de la enfermedad hacia otros individuos. Diagnóstico precoz, prevención inmediata y promover que el individuo siga siendo productivo.
Prevención Terciaria	Rehabilitar al individuo para mantener sus capacidades en óptimo funcionamiento, Se requiere esquemas de tratamiento físicos, psicológicos y sociales.
Prevención Cuaternaria	La completa reinserción del individuo con el objetivo de ser una persona integra productiva e independiente. Se relaciona con el marco socio-económico debido a que se lo inserta en su ámbito productivo laboral

3.5.2 El abordaje psicoeducativo

El abordaje desde un contexto psicoeducativo lo puede realizar el profesional psicólogo, psicopedagogo o un terapeuta ocupacional, lo importante es que deberá adecuarse y adaptarse a la interpretación de la persona, a su nivel cultural, a su tipo de personalidad y a el nivel psicobiológico en el cual se esté desarrollando, es importante emplear dentro del abordaje un lenguaje preciso, entendible, y de acuerdo al contexto que la persona esté viviendo. (38)

Los contenidos del abordaje psicoeducacional deben centrarse en:

- El diagnóstico, sus manifestaciones, sus consecuencias, y sus posibles riesgos.
- La necesidad de realizar un tratamiento multimodal e integral.
- El fundamento del tratamiento farmacológico.
- El fundamento de la psicoterapia recomendada (individual, familiar, grupal).
- La importancia de desarrollar la creatividad y el desarrollo personal
- La definición del objetivo final del tratamiento en relación con la calidad de vida.

La psicoeducación se basa esencialmente en brindar información de forma detallada de una afección psicológica y las estrategias psicoeducativas para poder prevenirlo, al exponer los conocimientos de las conductas que se pueden producir por algún trastorno o problemática grave que atraviesa el sujeto. Los conocimientos que se obtienen por la psicoeducación son importantes para el desarrollo del sujeto en su vida diaria y sirven como apoyo en situaciones de estrés o dolor, con apoyo inclusive a su familia o amigos cercanos. Las intervenciones psicoeducativas tienen diferentes modalidades: desde la orientación y apoyo familiar hasta el manejo psicoeducativo comunitario ⁽³⁸⁾

La intervención psicoeducativa, es preventiva y correctiva de los problemas o disfunciones existentes. con el fin de optimizar el desarrollo afectivo y la integración social. ⁽³⁹⁾

3.5.3 Objetivos de la psicoeducación

La Psicoeducación tiene como principal objetivo ofrecer al paciente la posibilidad de desarrollar y fortalecer la capacidad de afrontamiento de situaciones de un modo más adaptativo. Refuerza las fortalezas y habilidades del individuo para tener una mejor calidad de vida.

Objetivos de psicoeducación:

- Brindar información al individuo y a su entorno sobre el proceso de cómo actúa la enfermedad a fin de que la persona la entienda y la pueda manejar.
- Informar sobre la patología: causas efectos y evolución.
- Adiestramiento de habilidades y destrezas en solución de problemas que permitan que el individuo no solo reconozca situaciones conflictivas sino a su vez tener la suficiente información para conseguir una pronta resolución.
- Brindar un espacio de descarga emocional para que el usuario pueda intercambiar información y experiencias que le permitan una comprensión más extensa de lo que le está sucediendo.
- Reforzar las fortalezas, capacidades y habilidades innatas y adquiridas del usuario para evitar re-aparecimiento de la enfermedad contribuyendo al bienestar continuo.

Los mecanismos de afrontamiento son las estrategias cognitivas y las conductas para enfrentar la ansiedad en la interacción con el ambiente. El afrontamiento poco adaptativo consiste en negar o evitar las emociones o situaciones que se enfrentan. El afrontamiento positivo, con actitudes resolutivas, la planeación de soluciones realistas, la autoafirmación y la introspección canalizan los sentimientos ante el estrés en actividades productivas y sentido del humor. (39)

La intervención psicoeducativa reactiva se considera centrada en el problema que ya ha aparecido y ha sido localizado, a veces reducido o segregado en una parte de la población o en un sujeto individual. Tiene un carácter correctivo siendo la expectativa de re-adaptación a lo establecido.

En el extremo opuesto están la prevención y el desarrollo, que suponen una intervención proactiva, que se inicia antes de que se haya manifestado o localizado, algún tipo de problema. está dirigida para potenciar la prevención, antes de que surjan los problemas, optimizando los recursos para dinamizar el desarrollo de sus personalidades y favorecer su autorrealización. (40)

3.6 Estrés, ansiedad y depresión

El estrés, la ansiedad y la depresión son conceptualmente diferentes, pero en la práctica y en la investigación tienden a sobreponerse y a aparecer simultáneamente. La depresión es un trastorno mental frecuentemente no tratado se caracteriza por la presencia de pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito. Puede causar gran sufrimiento y alterar las actividades laborales y familiares. (41)

El estrés es una respuesta hacia un estímulo ya sea interno o externo, se manifiesta como una respuesta indeterminada del cuerpo ante un estímulo que lo demanda, puede tener efectos positivos o negativos, con sobrecarga de estrés aparecen agotamiento y ansiedad que afectan el desempeño negativamente. (41)

La ansiedad es un estado emocional normal en respuestas a determinadas situaciones estresantes. puede definirse como una anticipación al daño, acompañado de un sentimiento disfórico y/o síntomas de tensión. (42)

La aplicación de estrategias psicoeducativas enfocadas en la comunicación, la autoestima, el control de la ira, la práctica de valores y la toma de decisiones tuvo un impacto favorable en el desarrollo de las habilidades sociales su práctica resulta necesaria desde la infancia pues además se convierte en un factor protector en su proceso de desarrollo. (43)

Resulta difícil encontrar estudios de resultados de este tipo de intervenciones y generalmente las mejorías que producen son pequeñas. Pero más allá de si los resultados de las intervenciones psicoeducativas son estadísticamente significativos o no, la magnitud de los cambios conseguidos es clínicamente modestos frente a las grandes expectativas despertadas por ellas. Es decir, se piensa, que ofrecer información es esencial para reducir una problemática emocional, esto ha contribuido a que gran cantidad de las intervenciones con tengan un factor psicoeducativo, pero lo cierto es que hoy por hoy no se ha comprobado su eficacia. Las intervenciones informativas incrementan el conocimiento sobre el desarrollo de la enfermedad y el sentimiento de competencia. (44)

Un estudio realizado en estudiantes con niveles moderados de estrés académico, refiere que antes de la intervención un predomina del nivel moderado de estrés, con dificultades con sus estrategias de afrontamiento. Posterior a la intervención realizada predominó el nivel leve y mejoraron las estrategias de afrontamiento enfocadas a la solución del problema, el manejo del estrés. El diseño de la intervención fue efectivo para disminuir el nivel de estrés, y su implementación brindó recursos educativos y psicológicos para el manejo adecuado del estrés. (45)

3.7 DASS 21

Depresión y ansiedad son muy diferentes, pero con una superposición clínica entre ambas que ha sido reconocida por clínicos e investigadores. lo que dificulta la evaluación con escalas autoaplicables. considerando esta superposición, en 1995 Lovibond y Lovibond desarrollaron las escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés DASS (Depression, Anxiety and Stress Scale). inicialmente para evaluar y discriminar depresión y ansiedad sin embargo durante su desarrollo determinaron un tercer estado de orden negativo : el estrés. (46)

La subescala de ansiedad contiene reactivos relacionados con la respiración entrecortada, resequedad de boca, taquicardia, miedo, pánico, temblores y sentimientos de ser tonto. Los ítems con mayor representación son 2, 4, y 7. (46)

La subescala de estrés contiene reactivos referentes a reactividad, susceptibilidad, nerviosismo, tranquilidad, cansancio paulatino, intolerancia y agitación, los ítems de mayor representación en este dominio son el 1,11 y 12. La escala DASS-21 es una herramienta de tamizaje, no es un método de diagnóstico, por lo que no reemplaza a la valoración clínica integral por parte de un profesional médico, es un instrumento auto aplicable validado en distintos países al español (chile, Brasil, España) y validación en México reportando una fiabilidad en la población mexicana de 0.81 para depresión, 0.79 para estrés y 0.76 para ansiedad con 0.86 para toda la escala. (46)

La escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21) creada originalmente por Lovibond y Lovibond en 1995 originalmente contaba con 42 reactivos, y a partir de ahí se creó una versión corta que consta de 21 reactivos que reportó una alta consistencia interna, alfa de Cronbach desde 0.87-0.94 y adecuada validez. Posee subescalas específicas, la subescala de depresión, contiene reactivos sobre tristeza, expectación, fortaleza personal, ausencia de positividad, entusiasmo, perdida de sentido e iniciativa. Los ítems con mayor poder de representación de este dominio con él. 3,10,13 y 17. (47)

3.8 Estrategias de control emocional en el IMSS

En México la secretaría de salud emite recomendaciones y estrategias para el personal de salud donde se mencionan diversos puntos a tratar como el promover descansos periódicos y rotación de funciones, que el personal no pase más de 8 horas continuas dentro de un área de atención de alta demanda proporcionando un periodo de descanso, procurar la rotación periódica de las funciones del personal ya sea de áreas de mayor o menor demanda; así también está la recomendación para el monitor y acceso a la atención del personal sanitario. (48)

En el caso del IMSS se establecieron diversas actividades a través del personal de psicología para su valoración inicial y de ser necesario su posterior derivación al servicio de psiquiatría. (49)

En la Unidad de Medicina Familiar no. 8 se pretende establecer una estrategia para abordar el manejo de las emociones del personal de salud. Con la cual brindar apoyo para afrontar en mejor forma la situación emocional actual que los participantes identifiquen y acepten sus sentimientos como un primer paso para generar resiliencia y así disminuir el impacto de estrés, ansiedad y depresión durante esta pandemia, se implementara una estrategia psicoeducativa mediante 5 sesiones psicoeducativa, en las cuales se abordarán y se expondrán las diferentes emociones plantando herramientas para su manejo mediante técnicas de exposición dinámicas, ejercicios de relajación, respiración y ejercicios de reflexión.

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El personal de salud al enfrentar esta pandemia, en general, teme afrontar y compartir el propio dolor o angustia con sus pares o pacientes. Sienten miedo, probablemente por desconocimiento, porque en este momento una verdad innegable es que todos tienen terror de enfermarse y contagiarse, de enfermarse y agravarse, y por supuesto, de morir. En muchas ocasiones, se cree que se superan los miedos; por ejemplo, al crear campañas en las cuales se muestra al personal de salud sufriendo y lidiando emocionalmente con esta pandemia, o bien, considerándolos como héroes y comparándolos con súper héroes. Pero en realidad sólo son personas acompañando a otras personas en su proceso de enfermedad.

Debido a que es una enfermedad nueva no se cuenta con una estrategia educativa previa específica para esta patología, sin embargo, en diversos artículos se menciona el impacto psicológico que esta enfermedad ha tenido en salud mental con el trabajador de la salud que va desde ansiedad, miedo, depresión entre otras.

5. JUSTIFICACIÓN

En este momento, el personal de salud constituye un grupo de riesgo especial, se enfrenta una pandemia de grandes dimensiones en el aspecto infeccioso; su alto índice de contagio, ha generado numerosos reportes de enfermedad y mortalidad del personal de salud en distintas partes del mundo además se enfrenta afectación en el aspecto de la salud mental debido a el desgaste emocional y psicológico que predisponen al personal de salud a un incremento en su nivel de estrés, ansiedad y depresión y además de poder quizá desarrollar estrés postraumático por las complicaciones en la atención de sus pacientes y de los cuidadores, el distanciamiento social por las diversas acciones indicadas como es el confinamiento de los individuos, el contagio conductual, el cual se incluyen preocupaciones, miedos y malas concepciones de lo que se vive en medio de una pandemia es en parte para lo que los trabajadores de la salud deberían estar preparados.

Algunos autores mencionan que quienes responden primero, como el personal de ambulancias o trabajadores de la salud, son quienes serán los mas afectados debido al temor a contagiarse y contagiar a sus seres queridos. Personal de salud en áreas como terapia intensiva y guardias de aislamiento mostraran mayor afectación, debido al estrés en la atención de los pacientes infectados por SARS-Cov2, se suman además estresores de tipo laboral entre ellos; la carga de trabajo, conflictos que se presentan al interior de los servicios y correspondencia de salarios. Aunado a otros factores que pueden agravarlos, como falta de soporte social, la falla en la comunicación y la ausencia de capacitación, por lo que sugieren se deben de incluir planes para tamizaje de morbilidades psiquiátricas, que se intervenga educativa y psicológicamente con programas específicos para apoyo a los trabajadores de la salud.

Los especialistas concuerdan que las intervenciones en crisis deben ser consideradas como una medida a implementar en los grupos afectados, que se va a requerir de diseños creativos, flexibles que favorezcan la mitigación del impacto psicológicos con vistas a potenciar la recuperación y el bienestar de la población.

En el presente protocolo, se pretende realizar una estrategia educativa, para el manejo de las emociones del trabajador de salud. Las intervenciones psicológicas en crisis, tienen como objetivo, minimizar los daños psicológicos y proveer de asistencia durante la prevención y control de la epidemia e intentan evitar problemas posteriores.

6. OBJETIVOS

6.1 Objetivo general:

Determinar el impacto en el manejo del estrés, ansiedad y depresión de una estrategia psicoeducativa en el personal de salud ante la pandemia de COVID-19

6.2 Objetivos específicos

Determinar el nivel de estrés, con la escala DASS 21, y compararlo antes y después de una estrategia psicoeducativa en personal de salud ante la pandemia de COVID-19.

Medir el puntaje de ansiedad, con la escala DASS 21, y compararlo antes y después de una estrategia psicoeducativa en personal de salud ante la pandemia de COVID-19.

Medir el puntaje de depresión, con la escala DASS 21, y compararlo antes y después de una estrategia psicoeducativa en personal de salud ante la pandemia de COVID-19.

7. HIPÓTESIS GENERAL

El nivel de estrés, de depresión y/o ansiedad disminuirán después de una estrategia psicoeducativa en el personal de salud ante la pandemia de COVID-19.

7.1 Hipótesis específicas:

1. **Ha:** El nivel de estrés antes de la estrategia psicoeducativa será severo a grave en mas del 70% de los participantes y posterior a la estrategia pasará a moderado o leve en mas del 40%.

Ho: El nivel de estrés antes de la estrategia psicoeducativa será severo a grave en \leq del 70% de los participantes y posterior a la estrategia pasará a moderado o leve en \leq 40%.

2. **Ha:** El nivel de ansiedad antes de la estrategia psicoeducativa será severo a grave en mas del 70% de los participantes y posterior a la estrategia pasará a moderado o leve en mas del 40%.

Ho: El nivel de ansiedad antes de la estrategia psicoeducativa será severo a grave en \leq del 70% de los participantes y posterior a la estrategia pasará a moderado o leve en \leq 40%.

3. **Ha:** El nivel de depresión antes de la estrategia psicoeducativa será severo a grave en mas del 70% de los participantes y posterior a la estrategia pasará a moderado o leve en mas del 40%.

Ho: El nivel de depresión antes de la estrategia psicoeducativa será severo a grave en \leq del 70% de los participantes y posterior a la estrategia pasará a moderado o leve en \leq 40%.

8. METODOLOGIA

8.1 Tipo de estudio.

Estudio Cuasi-experimental, de tipo antes y después.

Universo de trabajo. Personal de salud del IMSS.

8.2 Población de estudio:

Personal de Salud de la Unidad de Medicina Familiar No. 8, del IMSS, delegación Querétaro, de Julio-Agosto 2021.

8.3 Tamaño de muestra:

El cálculo de tamaño de muestra se realizó en base a la fórmula para proporciones, con un nivel de confianza al 95%.

$$n = \frac{(p_1q_1 + p_2q_2)(K)}{(p_1 - p_2)^2}$$

n = tamaño de la muestra

p₁ = frecuencia del resultado antes de la intervención 0.7

q₁ = 1-p₁ = 0.3

p₂ = frecuencia del resultado después de la intervención 0.40

q₂ = 1-p₂ = 0.60

K = poder o potencia del estudio = 6.2

$$n = \frac{[(0.7)(0.3) + (0.4)(0.6)](6.2)}{(0.7 - 0.4)^2}$$

$$n = \frac{(0.21 + 0.24)(6.2)}{(0.3)^2}$$

$$n = \frac{(0.45)(6.2)}{0.09}$$

$$n = \frac{2.79}{0.09}$$

n = 31

Muestreo: No probabilístico por conveniencia.

8.4 CRITERIOS DE SELECCIÓN:

8.4.1 Criterios de inclusión

Personal de la UMF 8 que acepte participar en el estudio y firme el consentimiento informado.

Personal que posterior a la aplicación de la escala DASS 21 resulte con algún nivel de ansiedad, depresión y/o estrés.

8.4.2 Criterios de exclusión.

Personal que esté de vacaciones, incapacitado o con licencia personal durante el periodo de estudio.

Personal con diagnósticos previos de ansiedad, depresión u otras enfermedades psiquiátricas que se encuentren o requieran tratamiento médico o psicológico.

8.4.3 Criterios de eliminación

Personal que no acuda a todas las sesiones.

Personal que a pesar de haber firmado la carta de consentimiento informado desista de participar en el estudio.

8.5 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variables descriptivas

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable y escala de medición	Fuente de información / Indicador
Edad	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo	Se calculará la edad tomando en consideración la fecha de nacimiento asentada en una identificación oficial y la fecha del inicio del estudio.	Cuantitativa discreta.	Años cumplidos
Sexo	Variable biológica y genética que divide a los seres humanos en dos posibilidades: mujer u hombre	Según el fenotipo del participante identificado en la entrevista.	Cualitativa dicotómica nominal	1. Femenino 2. Masculino
Escolaridad	Tiempo durante el que un alumno asiste a la escuela o cualquier centro de enseñanza.	La escolaridad reportada por el participante al inicio del estudio.	Cualitativa ordinal	1. Preescolar, 2. Primaria, 3. Secundaria 4. Bachillerato, 5. Licenciatura, 6. Posgrado
Estado civil	Situación de la persona determinada por sus relaciones de familiar provenientes del matrimonio o parentesco	Estado civil reportado por el participante al inicio del estudio.	Cualitativa nominal	1. Casado 2. Soltero 3. Unión libre

Categoría contractual	La nominación de categoría nominada por el IMSS para el desarrollo de sus actividades laborales	La categoría contractual reportada por el participante al inicio del estudio.	Cualitativa nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Médico Familiar 2. EEMF, 3. Enfermera general 4. Trabajadora social, 5. Nutrióloga, 6. Asistente 7. Médico, 8. Personal de confianza, Administrativos
Turno laboral.	Horario laboral que se ejerce en la UMF 8	El horario laboral reportado por el participante al inicio del estudio.	Cualitativa nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Matutino 2. Vespertino 3. Nocturno 4. Jornada acumulada
Tiempos de antigüedad	Tiempo transcurrido a partir de la fecha de contratación en el IMSS	El tiempo de antigüedad reportado por el participante al inicio del estudio.	Cualitativa discreta	Años cumplidos
Trabaja en otra institución de salud pública o privada	Si el ejerce labores en otra institución de salud pública o privada	Lo reportado por el participante al inicio del estudio.	Cualitativa dicotómica	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si 2. No
Cuidado de sus hijos	Si se encuentra actualmente al cuidado de sus hijos	Se preguntará si en el momento se encuentra al cuidado de sus hijos (en caso de tener).	Cualitativa dicotómica	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si 2. No

Estrategia educativa				
Intervención educativa participativa	conjunto de técnicas y estrategias de acompañamiento que tiene como objetivo desarrollar habilidades cognitivas y sociales, fortalecer el desempeño emocional y social	Se llevará a cabo en base a la planeación descrita (anexa)	Cualitativa	Ver anexo....
Escala DASS 21				
Estrés	Reacción física que genera cansancio emocional provocado por estímulos externos o internos.	Puntaje obtenido en los ítems 1, 6, 8, 11, 12, 14 y 18 de la escala DASS 21. Puntaje sin estrés: es de 0-7 puntos (se excluirán).	Cualitativa ordinal	Puntaje 1. = 8-9 puntos: estrés leve 2. = 10-12 puntos: estrés moderado 3. = 13-16 puntos: estrés severo 4. = 17 o más puntos: estrés muy severo
Ansiedad	Trastorno emocional caracterizado por inquietud, intranquilidad, nerviosismo y preocupación.	Puntaje obtenido en los ítems 2, 4, 7, 9, 15, 19 y 20 de la escala DASS 21. Puntaje sin ansiedad: es de 0-3 puntos: normal (se excluirán)	Cuantitativa ordinal	Puntaje: 1. = 4-5 puntos: ansiedad leve 2. = 6-7 puntos: ansiedad moderada 3. = 8-9 puntos: ansiedad severa 4. = 10 o más puntos: ansiedad muy severa
Depresión.	Trastorno emocional caracterizado por la pérdida de interés, tristeza y baja autoestima.	Puntaje obtenido en los ítems 3, 5, 10, 13, 16, 17 y 21 de la escala DASS 21. Puntaje sin depresión: es de 0-4 puntos (se excluirán)	Cuantitativa ordinal	Puntaje: 1. = 5-6 puntos: depresión leve 2. = 7-10 puntos: depresión moderada 3. = 11-13 puntos: depresión severa 4. = 14 o más puntos: depresión muy severa.

8.6 METODOLOGÍA, TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Una vez obtenido el número de registro del protocolo, se iniciaron las actividades del mismo.

Esta investigación se dio a conocer a las autoridades de la UMF 8. Se realizó difusión e invitación al personal de salud a través de su coordinador o jefe de área.

Se invitó a los trabajadores a participar mediante convocatoria interna difundida en coordinación con sus jefes de servicio. Se dio información sobre las actividades que se realizaron durante la intervención, se solicitó su autorización para participar y se firmó el consentimiento informado se continuó con el llenado de la escala DASS 21 y de la hoja de recolección de datos.

Se formaron seis grupos, con 10 integrantes cada uno, de acuerdo al horario de su jornada laboral, divididos en dos periodos de tiempo distintos. Una vez en su grupo, se hizo una reseña breve de los objetivos y beneficios que se esperaron del protocolo y de su participación en el estudio.

8.6.1 Intervención psicoeducativa

La intervención psicoeducativa para aplicar corresponde a un conjunto de técnicas y estrategias de acompañamiento basadas en las teorías del aprendizaje y del desarrollo evolutivo. Esta basada en la teoría constructivista, en donde el aprendizaje consiste en construir significados comprendiéndolos y tomando conciencia, entender el valor funcional de lo que se aprende, Se percibe al docente como coordinador, moderador y el facilitador del proceso de enseñanza-aprendizaje. (36) (37)

El abordaje desde un contexto psicoeducativo lo puede realizar el profesional psicólogo, psicopedagogo o un terapeuta ocupacional, lo importante es que deberá adecuarse y adaptarse a la interpretación de la persona, a su nivel cultural, a su tipo de personalidad y a el nivel psicobiológico en el cual se esté desarrollando, es importante emplear dentro del abordaje un lenguaje preciso, entendible, y de acuerdo al contexto que la persona esté viviendo. (39)

La estrategia se encuentra fundamentada en el marco para la contribución de la psicología para la pandemia COVID-19 de salud pública, publicado por D.J. Murphy (2020), en donde organiza las diversas áreas de intervención de acuerdo a niveles de prevención en salud pública, adaptado y organizado por temas para abordar en el área de prevención primaria dirigido a el personal de salud. (49)

Conductas a abordar:

- Intervención con la finalidad de reducir o eliminar el riesgo. / Se implemento antes de que hubiera evidencia o sintomatología de una enfermedad
- Psicoeducación para la adopción de conductas preventivas / Lavado de manos, distanciamiento social
- Gestión de riesgo / Manejo de culpa
- Apoyo informativo / Comunicación pública
- Entrenamiento en búsqueda racional de información
- Manejo de creencias irracionales con relación a la enfermedad
- Desarrollo de estrategias de afrontamiento / Afrontamiento positivo
- Optimismo ilusorio / Estrategias de afrontamiento
- Desarrollo de tolerancia ante la incertidumbre
- Interpretación / percepción de síntomas
- Promover conductas de búsqueda de ayuda apropiadas
- Mitigación de efectos de aislamiento
- Manejo del tiempo
- Promover actividad física
- Manejo de estrés en relaciones

Antes de la intervención, se recolectaron los datos de los participantes mediante el instrumento cuestionario DASS 21 y se determino su nivel de alteración emocional en cuanto a ansiedad, estrés y depresión.

El cuestionario DASS 21 (anexos) es una herramienta de tamizaje, no un método de diagnóstico, autoaplicable y validado en distintos países, al español y en México con fiabilidad 0.86 (alfa de Cronbach de 0.86).

En su versión corta el cuestionario DASS 21 consta de 21 reactivos, que poseen subescalas específicas para evaluar depresión, ansiedad y estrés; reportando una fiabilidad en la población mexicana de 0.81 para depresión, 0.79 para estrés y 0.76 para ansiedad con 0.86 para toda la escala. (41)

La intervención psicoeducativa se realizó mediante la planeación establecida descrita, en los temas abordados durante la intervención se integraron actividades para el manejo del estrés, el aumento de la autoconciencia y el autocuidado. Se agregaron intervenciones basadas en mindfulness, que se ha demostrado su eficacia para disminuir los niveles de burnout, de fatiga por compasión y aumento de autocompasión en profesionales sanitarios. (43)

Posteriormente, se llevó a cabo la intervención psicoeducativa, descrita en la tabla de planeación educativa durante 5 sesiones, con duración de 1 hora y al término de la intervención se aplicó nuevamente la escala DASS 21, para evaluar el nivel de ansiedad, estrés y depresión posterior a la intervención psicoeducativa.

INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA

INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA						
Elaboró		Dr. Joel Jurado Alcantar				
Fecha de elaboración		Julio 2020				
Aspectos Generales						
Curso		Impacto de una estrategia psicoeducativa para el manejo del estrés, ansiedad y depresión en personal de salud ante la pandemia de COVID-19.				
Objetivo del Curso		Al finalizar el curso los asistentes serán capaces de reconocer e identificar los síntomas de estrés o ansiedad, identificar sus emociones y emplear técnicas de relajación y respiración para disminuir sus síntomas.				
Fecha		Agosto - Septiembre del 2021				
Horas		5 horas 5 sesiones. Lunes - Viernes Gpo 1: 7:00 - 8:00 hrs Gpo 2: 10:00 - 11:00 hrs Gpo 3: 13:00 - 14:00 hrs Gpo 5: 18:00 - 19:00 hrs Gpo 6: 19:00 - 20:00 hrs				
Lugar		Aula 2 de enseñanza de la UMF 8 "El Marques"				
Sesión	Objetivos de la sesión	Contenidos de la sesión	Estrategias técnicas y didácticas	Medios o recursos	Evaluación	Tiempos
Sesión 1	Al finalizar la sesión los asistentes identificarán las emociones que presentan mediante un ejercicio que permita reflexionar sobre sus síntomas actuales ante la pandemia COVID 19, y aprenderá como disminuir los síntomas de ansiedad mediante	Tema 1. Identificación de las emociones.	Bienvenida a los asistentes.	Computadora, proyector, Extensión.	DASS 21 (inicial)	10 min
		1.1. Autoevaluación e identificación de emociones	Explicación para consentimiento de participación en el protocolo de estudio.			10 min
		1.2. Manejo de emociones	Aplicación de escala DASS-21. Para evaluar nivel emocional.			5 min
			Presentación del ponente y de los asistentes.			15 min
			Inicio de actividades: Exposición con discusión.			
			Se expondrá el tema identificación			

	ejercicios respiratorios		de emociones en forma de presentación dinámica permitiendo comentarios y preguntas para aclarar lo no resuelto en la exposición. Se realizará un ejercicio reflexivo el cual permita la autoevaluación de sus emociones Computadora, proyector, extensión, Se realizará y se capacitará para realizar ejercicios respiratorios, que les permita mejor manejo de emociones.			10 min 10 min
Sesión 2	Al terminar la sesión los asistentes serán capaces de identificar los síntomas de estrés y ansiedad y aplicar técnicas para disminución de síntomas mediante terapias de identificación y ejercicios de relajación	Tema 2 ansiedad 1.1 síntomas de ansiedad 1.2 técnicas para disminuir la ansiedad	Bienvenida a los asistentes. Aclaración de dudas respecto al tema anterior. Inicio de actividades Exposición con discusión Se expondrá el tema identificación de ansiedad con apoyo de presentación dinámica, durante la cual se explicarán técnicas para disminución de síntomas, dieta informativa y manejo de esferas de influencia permitiendo comentarios y	Computadora, cañón, extensión		5 min 30 min

			preguntas para aclarar lo no resuelto en la exposición. Ejercicio de terapia de relajación que permita la autoevaluación y detección de sistemas afectados por ansiedad.			25 min
Sesión 3	Al finalizar la sesión los asistentes identificarán la resiliencia lo que les permitirá adaptar sus síntomas para control de sus emociones, realizando ejercicios de control de ansiedad y relajación .	Tema 3 Resiliencia 1.1 Que es la resiliencia 1.2 Filosofía de estoicismo	<p>Bienvenida a los asistentes y aclaración de dudas respecto a sesión anterior.</p> <p>Inicio de actividades:</p> <p>Exposición con discusión.</p> <p>Se expondrá el tema resiliencia mediante presentación dinámica y se presentará un video ejemplificando un caso de resiliencia y estoicismo, para explicar esta filosofía, permitiendo comentarios y preguntas para aclarar lo no resuelto en la exposición.</p> <p>Se realizará ejercicio de reflexión sobre resiliencia.</p> <p>Se realizará ejercicio para control de ansiedad.</p>	Computadora, cañón, extensión		<p>5 min</p> <p>25 min</p> <p>10 min</p> <p>10 min</p> <p>10 min</p>

			Ejercicio de relajación.			
Sesión 4	Al finalizar la sesión los asistentes identificarán el concepto y los factores de esperanza mediante ejercicios de meditación para mejorar en el manejo de sus emociones	Tema 4 Esperanza 4.1 identificar factores de esperanza.	<p>Bienvenida a los asistentes y aclaración de dudas respecto a sesión anterior.</p> <p>Inicio de actividades.</p> <p>Exposición con discusión Se expondrá el tema esperanza mediante presentación dinámica con énfasis en identificación de factores de esperanza, permitiendo comentarios y preguntas para aclarar lo no resuelto en la exposición.</p> <p>Se realizará ejercicio de reflexión sobre la esperanza.</p> <p>Se realizará ejercicio de meditación para fomentar la esperanza.</p>	Computadora, cañón, extensión		<p>5 min</p> <p>25 min</p> <p>15 min</p> <p>15 min</p>
Sesión 5	Al finalizar la sesión los asistentes identificarán el concepto de gratitud mediante ejercicios reflexivos para aplicarlos en el manejo de sus emociones.	Tema 5 Gratitud 5.1 Definir y aplicar la gratitud.	<p>Bienvenida a los asistentes y aclaración de dudas respecto a sesión anterior.</p> <p>Inicio de actividades .</p> <p>Exposición con discusión.</p> <p>Se expondrá el tema gratitud</p>	Computadora, cañón, extensión	DASS 21 (final)	<p>5 min</p> <p>20 min</p>

			<p>mediante presentación dinámica permitiendo comentarios y preguntas para aclarar lo no resuelto en la exposición.</p> <p>Se revisará con tema reflexivo sobre gratitud</p> <p>Se realizará ejercicio de gratitud.</p> <p>Dinámica: te regalo un viaje.</p> <p>Aplicar escala DASS 21.</p>			<p>10 min</p> <p>10 min</p> <p>10 min</p> <p>5 min</p>
--	--	--	---	--	--	--

Finalmente, se llevo a cabo el análisis estadístico, que permitió evaluar y determinar si existen diferencias entre los niveles de estrés, ansiedad y depresión antes y después de una estrategia psicoeducativa.

8.7. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

La descripción de variables se llevo a cabo mediante promedios, desviación estándar y frecuencias.

Dependiendo de la distribución de los datos en relación con los niveles de estrés, ansiedad y depresión, se utilizo la prueba de Wilcoxon (variables ordinales, dos grupos, muestras dependientes), con un nivel de confianza del 95%.

Los resultados se plasmaron en cuadros. Con apoyo con el paquete estadístico SPSS V.25.

8.8. CONSIDERACIONES ÉTICAS:

La presente investigación observa el respeto a lo establecido en el Código Núremberg, Helsinki y al informe Belmont, que se basa en los siguientes principios: no maleficencia, beneficencia, autonomía y justicia. Esto a nivel Internacional.

A nivel Nacional se sustenta en el Código Deontológico de Enfermería y en el Reglamento de la Ley General para la Salud en 1984, del párrafo tercero del art.4 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, la cual establece los lineamientos y principios a los cuales deberá someterse.

Cap.13, Titulo segundo y Art.13 menciona que en toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

Artículo 16, en las investigaciones en seres humanos, se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

De acuerdo con el artículo 17, se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio. Para efectos de este Reglamento, la presente investigación es de mínimo riesgo, en la cual, se considera a los estudios prospectivos que emplean el riesgo de datos a través de procedimientos comunes como lo es un cuestionario.

Se dará cumplimiento al artículo 20, ya que se solicitará el consentimiento informado por escrito; mediante el cual el sujeto de investigación, con pleno consentimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin cohesión alguna.

Como aparece en el artículo 21 apartado VIII, se respetará la seguridad al no identificar al participante y se mantendrá la confidencialidad y privacidad.

Con el fin de proteger la intimidad de los participantes, todos sus antecedentes, así como los resultados del instrumento tendrán el carácter de información confidencial, se planea codificar a cada participante con un número de folio específico, al cual solo los investigadores tengan acceso, misma información que se mantendrá bajo resguardo del investigador responsable y será de uso exclusivo para la investigación. No serán expuestos ni presentados a personal directivo de la UMF 8, tampoco a delegados sindicales o jefes de área. Su único fin es de investigación.

En caso de que alguien del personal no acepte participar en el estudio, no se afectará su relación contractual laboral ante el Instituto Mexicano del Seguro Social.

En caso de identificar participantes con puntajes altos de estrés, ansiedad o depresión se canalizará al servicio de SPTIMSS, psicología o psiquiatría para su confirmación de diagnóstica y en caso de ameritar tratamiento este lo decidirá el medico en segundo nivel de atención.

Si en la aplicación de las escalas o en la estrategia psicoeducativa se presentara descontrol emocional en alguno de los participantes, deberá ser remitido a consultorio de medicina familiar para su valoración y manejo.

La base de datos no contendrá información que permita identificar a los participantes. El investigador resguardo la información en su computadora personal Dicha computadora cuenta con las medidas de seguridad cibernética. Con sistema operativo actualizado, antivirus vigente, y diversas contraseñas de acceso seguras. La información será resguardada por un tiempo máximo de 6 años.

9.- RESULTADOS

Se estudiaron 36 integrantes del personal de salud que laboran en la UMF 8. Promedio de edad 38.09 años (IC 95%; 31.8-44.4), con predominio del sexo femenino 80.6% (IC 95%; 67.7-93.5), casados 41.7% (IC 95%; 25.6-57.8), persona de confianza y administrativo con 19.4% (IC 10.6-28.2) cada categoría y con antigüedad laboral de 33.3 % (IC 95%; 22.8-43.8). (cuadro 1).

Cuadro 1. Frecuencia según características sociodemográficas.

Variables sociodemográficas	Porcentaje	IC 95%	
		Inferior	Superior
n=36			
Sexo			
Hombre	19.4	6.5	32.3
Mujer	80.6	67.7	93.5
Estado Civil			
Soltero	33.3	17.9	48.7
Casado	41.7	25.6	57.8
Unión libre	25	10.9	39.1
Categoría contractual			
Confianza	19.4	10.6	28.2
Personal Administrativo	19.4	10.6	28.2
Médicos Familiares	16.7	8.4	25
Enfermero General	11.1	4.1	18.1
Trabajo Social	11.1	4.1	18.1
Asistente Médico	11.1	4.1	18.1
Enfermera especializa	8.3	2.1	14.5
Nutrición	2.8	-0.9	6.5
Antigüedad Laboral			
Menor a 6 años	33.3	22.8	43.8
Entre 6 y 10 años	30.6	20.3	40.9
Entre 11 a 15 años	19.4	10.6	28.2
Entre 16 a 20 años	5.6	0.5	10.7
Entre 21 a 25 años	8.3	2.1	14.5
Más de 26 años	2.8	-0.9	6.5
Promedio			
Edad (años)			
De 20 a 29 años	13.9	12.21	15.59
de 30 a 39 años	55.6	53.91	57.29
de 40 a 49 años	25.0	23.31	26.9
50 o mas años	5.6	3.91	7.29

En cuanto al análisis estadístico, para comparar las diferencias entre 2 muestras relacionadas mediante la *T de student* para muestras relacionadas encontramos diferencias estadísticamente significativas.

PRUEBA DE MUESTRAS EMPAREJADAS

PUNTAJE	Media	Desviación estándar	Media de error estándar	95% de intervalo de confianza		t	gl	Sig. (bilateral)
				Inferior	Superior			
Estrés Antes-después	3.583	4.225	.704	2.154	5.013	5.089	35	0.000
Ansiedad Antes - después	2.639	3.766	.628	1.365	3.913	4.205	35	0.000
Depresión Antes - después	1.972	3.028	.505	.948	2.997	3.908	35	0.000

Al aplicar la prueba de Wilcoxon (variables ordinales, dos grupos, muestras dependientes), con un nivel de confianza del 95%. Para comparar el rango medio de dos muestras relacionadas y determinar si existe diferencia entre ellas obtuvimos resultados de demuestras diferencias estadísticamente significativas

	Grado de estrés posterior - grado estrés previo	Grado de ansiedad posterior - grado ansiedad previo	Grado de depresión posterior - grado depresión previo
Z	-4.035	- 3.708	-3.604
Sig. Asintótica (bilateral)	0.000	0.000	0.000

Los participantes experimentaban síntomas de estrés significativamente mayores de acuerdo a la subescala en DASS-21 antes de la intervención con una media de 6.56 (DE 4.26) y después de la intervención psicoeducativa 2.97 (DE 2.37); con respecto a la subescala ansiedad previo a la intervención resultó en una media de 4.64 (DE 4.12) y posterior a la intervención 2.0 (DE 1.78); y finalmente la escala de depresión con 4.03 (DE3.57) y 2.06 (DE 2.54), respectivamente. (Cuadro 3)

Cuadro 3. Comparación de media y desviación estándar en cada subescala antes y después de la intervención. N= 36

Subescala DASS-21	Antes de la intervención		Posterior a la intervención	
	Media	DE	Media	DE
Estrés	6.56	4.26	2.97	2.37
Ansiedad	4.64	4.12	2.00	1.78
Depresión	4.03	3.57	2.06	2.54

Previo a la intervención el estrés detectado por medio de la subescala de DASS 21 el 50% normal, 27.8 % grado leve, 16.7 % nivel moderado, 2.8 % severo y 2.8% muy severo. Posterior a la intervención la subescala de estrés detectó 91.7% con nivel normal y 8.3% en grado leve. (Gráfico 1 y 2)

Gráfico 1. Nivel de estrés previo a la intervención psicoeducativa

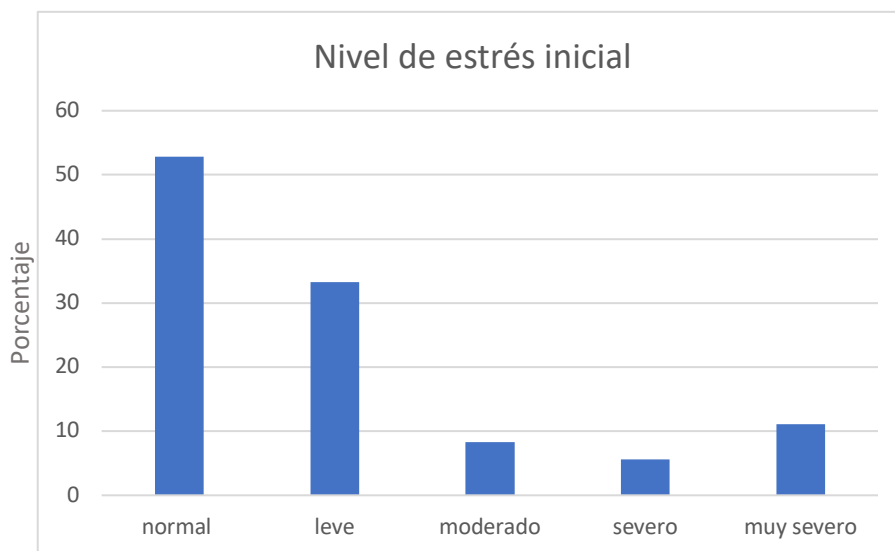
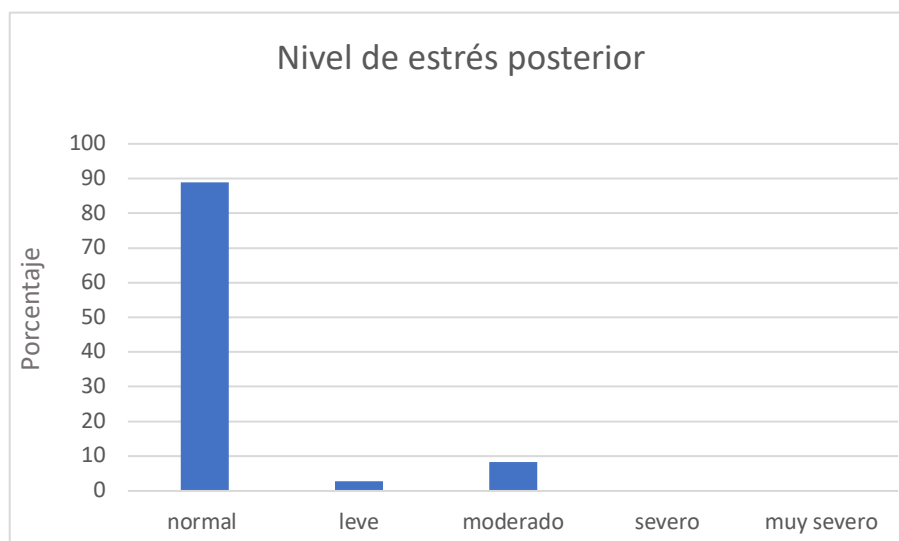


Gráfico 2. Nivel de estrés posterior a la intervención psicoeducativa



Previo a la intervención el nivel de ansiedad detectado por medio de la subescala DASS 21 encontró 44.4% normal, 22.2% leve, 16.7% moderado, 5.6% severo y 11.1 % muy severo. Posterior a la intervención el nivel de ansiedad fue 86.1% sin ansiedad, 5.6% leve y 8.3% moderado. (Gráfico 3 y 4)

Gráfico 3. Nivel de ansiedad previo a la intervención psicoeducativa

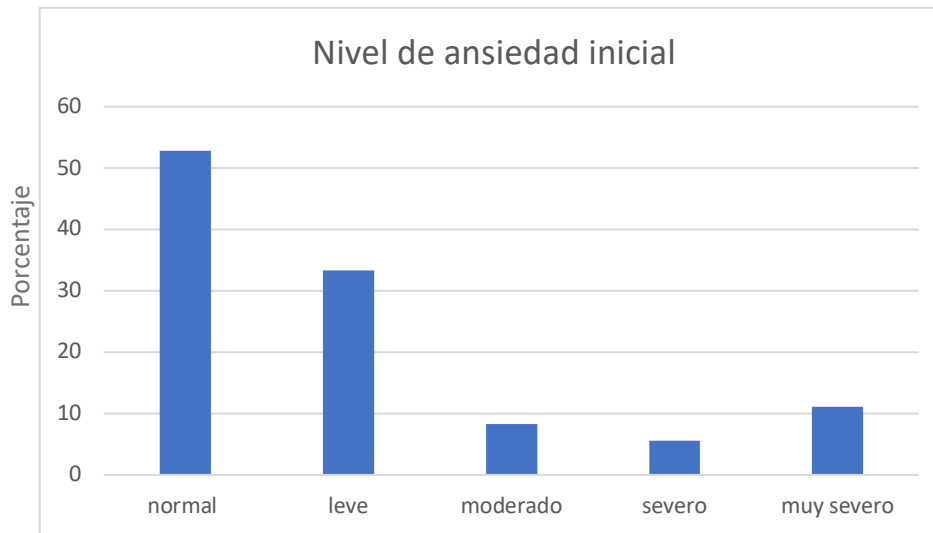
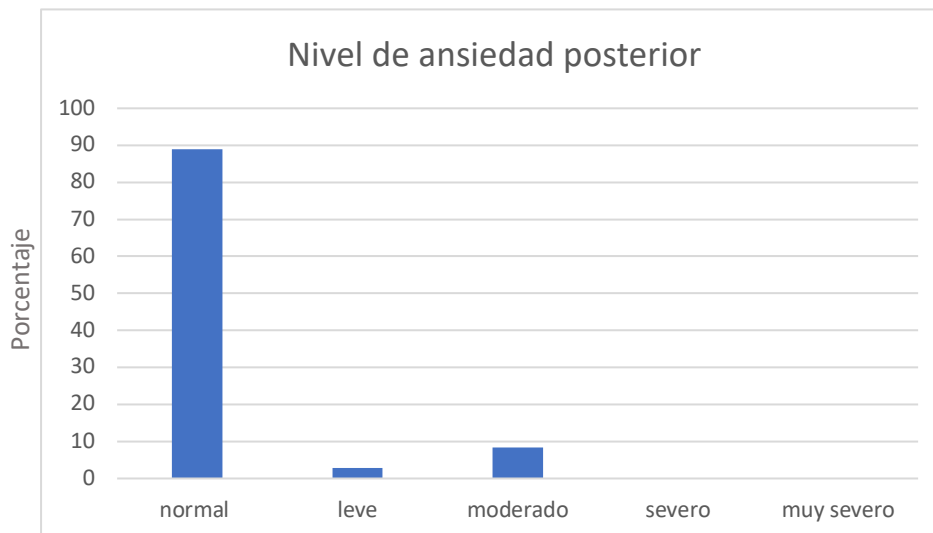


Gráfico 4. Nivel de ansiedad posterior a la intervención psicoeducativa



Previo a la intervención el nivel de depresión detectado por medio de la subescala DASS 21 resultó en 52.8% normal, 33.3% leve, 8.3% moderado y 5.6% muy severo. Posterior a la intervención el nivel de depresión fue 88.9% sin ansiedad, 8.3 % moderado y 2.8% nivel leve. (Gráfico 5 y 6)

Gráfico 5. Nivel de depresión previo a la intervención psicoeducativa

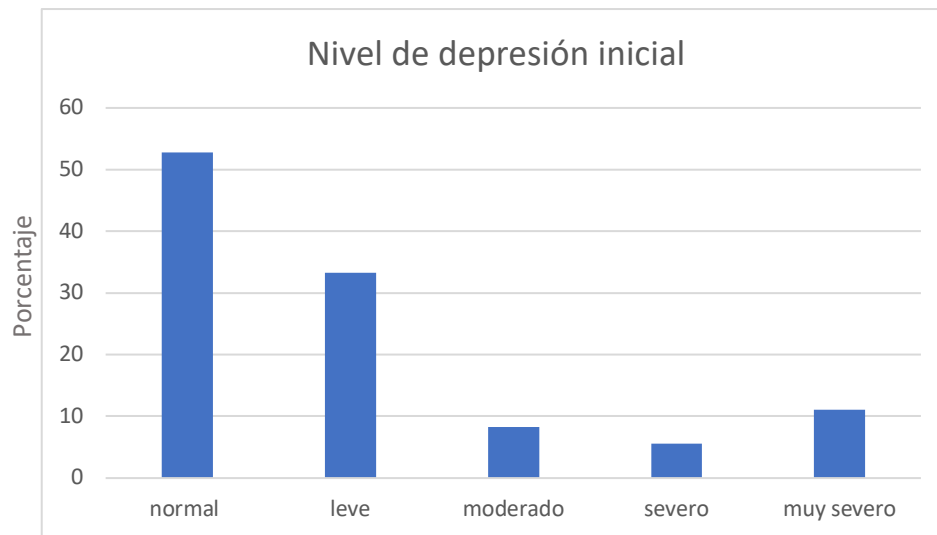
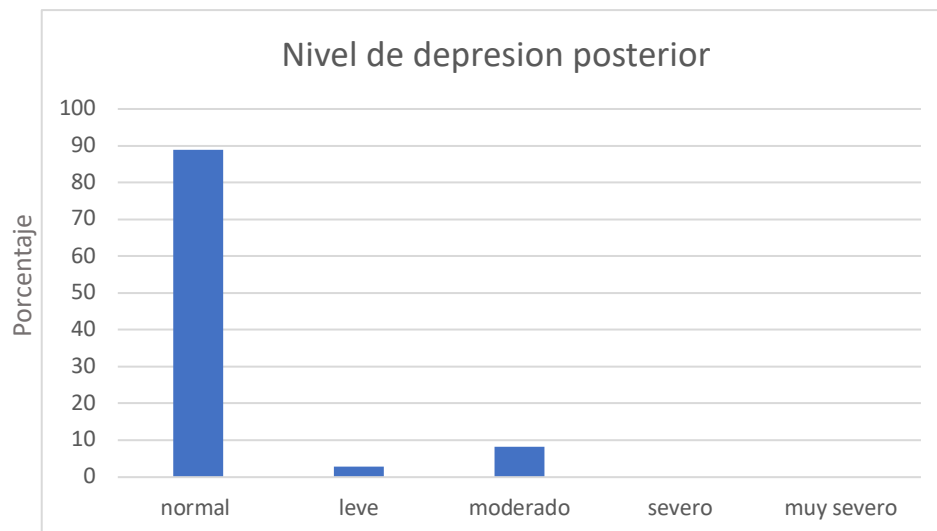


Gráfico 6. Nivel de depresión posterior a la intervención psicoeducativa



Los participantes del estudio mostraron mejoras significativas en el porcentaje de estrés, de 2.8 % de nivel muy severo a un 0%, en un nivel leve 27.8 a 8.3 % ; ansiedad moderada de 16.7 a 8.3 % y ansiedad leve 22.2 a 5.6 %; depresión leve 33.3 a 2.8%. (cuadro 4)

Cuadro 4. Comparativa de porcentaje en las diferentes subescalas de DASS 21, antes y después de la intervención.

	Nivel	Normal	Leve	Moderado	Severo	Muy severo
Porcentaje Estrés	Antes	50	27.8	16.7	2.8	2.8
	Después	91.7	8.3	0	0	0
Porcentaje Ansiedad	Antes	44.4	22.2	16.7	5.6	0
	Después	86.1	5.6	8.3	0	0
Porcentaje Depresión	Antes	52.8	33.3	8.3	5.6	0
	Después	88.9	2.8	8.3	0	0

Con respecto a la variable de edad, en la subescala de estrés destaca el grupo etario de 30 a 39 años con el 55.6 % de participantes de los cuales el 16.7 % lo encontramos con estrés leve y el 11.1 % con estrés moderado previo a la aplicación de la estrategia psicoeducativa. y posterior a la aplicación, solo el 2.8% se encontraba en grado leve y el resto dentro de lo normal. (cuadro 5)

En la subescala de ansiedad respecto a la variable de edad, destaca el grupo etario de 30 a 39 años con el 55.6 % de participantes de los cuales el 13.9% lo encontramos con ansiedad en nivel moderado y el 8.3 % en el nivel leve, previo a la aplicación de la estrategia psicoeducativa. Y posterior a la aplicación, el 2.8% se encontraba en nivel moderado y el 5.6% en nivel leve, el resto dentro de lo normal. (cuadro 6)

En cuanto a la variable de edad en la subescala de Depresión, destaca el grupo etario de 30 a 39 años con el 55.6 % de participantes de los cuales el 13.9% lo encontramos con depresión en nivel leve y el 8.3 % en el nivel moderado. , previo a la aplicación de la estrategia psicoeducativa. Y posterior a la aplicación, el 2.8% se encontraba en nivel moderado y el resto dentro de lo normal. (cuadro 7)

Cuadro 5. Distribución de nivel de estrés en porcentajes en antes y después de la aplicación de la intervención por grupo etario en la aplicación del DASS-21.

Edad	Nivel estrés	normal	leve	moderado	severo	Muy severo
20 a 29	Antes	8.3	2.8	0	2.8	13.9
	Después	13.9	0	0	0	0
30 a 39	Antes	25	16.7	11.1	0	2.8
	Después	52.8	2.8	0	0	0
40 a 49	Antes	11.1	8.3	5.6	0	0
	Después	19.4	5.6	0	0	0
50 o más	Antes	5.6	0	0	0	0
	Después	5.6	0	0	0	0

Cuadro 6. Distribución de nivel de ansiedad en porcentaje antes y después de la aplicación de la intervención por grupo etario en la aplicación del DASS-21

Edad	Nivel ansiedad	normal	leve	moderado	severo	Muy severo
20 a 29	Antes	2.8	5.6	2.8	0	2.8
	Después	13.9	0	0	0	0
30 a 39	Antes	27.8	8.3	13.9	2.8	2.8
	Después	47.2	5.6	2.8	0	0
40 a 49	Antes	13.9	2.8	0	2.8	5.6
	Después	19.4	0	5.6	0	0
50 o más	Antes	0	5.6	0	0	0
	Después	5.6	0	0	0	0

Cuadro. 7 Distribución de nivel de depresión en porcentaje antes y después de la aplicación de la intervención por grupo etario en la aplicación del DASS-21

Edad	Nivel de depresión	normal	leve	moderado	severo	Muy severo
20 a 29	Antes	5.6	5.6	0	0	2.8
	Después	13.9	0	0	0	0
30 a 39	Antes	33.3	13.9	8.3	0	0
	Después	52.8	0	2.8	0	0
40 a 49	Antes	11.1	11.1	0	0	2.8
	Después	16.7	2.8	5.6	0	0
50 o más	Antes	2.8	2.8	0	0	0
	Después	5.6	0	0	0	0

Con respecto a la variable de genero, en la subescala de estrés destaca el genero mujer con el 80.6 % de participantes de las cuales el 16.7 % lo encontramos con estrés leve y el 13.9 % con estrés moderado previo a la aplicación de la estrategia psicoeducativa. y posterior a la aplicación, solo el 2.8% se encontraba en grado leve y el resto dentro de lo normal.

En cuanto a la subescala de ansiedad el grupo predominantemente sintomático corresponde al genero mujer donde encontramos con el 13.9% con nivel moderado y el 19.4% en grado leve, Y posterior a la aplicación, el 5.6% se encontraba en nivel moderado y el 2.8% en grado leve, el resto de participantes dentro de lo normal.

Y en la subescala de depresión la categoría mujer la encontramos con el 5.6% en grado muy severo de depresión, el 5.6% en grado moderado y el 33.3% en grado leve, posterior a la aplicación, el 8.3% se encontraba en nivel moderado y el 2.8 % en grado leve, el resto dentro de lo normal. En cuanto a la categoría correspondiente a hombre, destaca el nivel de estrés detectado previo a la intervención con el 11.1% del los participantes los cuales se encontraron en nivel leve y posterior a la intervención solo el 5.6% continuo en el mismo nivel en resto de participantes se reportaron sin síntomas de estrés. (cuadro 8)

Cuadro 8. Distribución del nivel de estrés ansiedad y depresión en porcentaje en función de su categorización por género, previo y posterior a la intervención psicoeducativa en la aplicación del DASS-21.

		Estrés				
Género	Nivel	normal	leve	moderado	severo	Muy severo
hombre	Antes	5.6	11.4	2.8	0	0
	Después	13.9	5.6	0	0	0
mujer	Antes	44.4	16.7	13.9	2.8	2.8
	Después	77.8	2.8	0	0	0
		Ansiedad				
hombre	Antes	11.1	2.8	2.8	2.8	0
	Después	13.9	2.8	2.8	0	0
mujer	Antes	33.3	19.4	13.9	2.8	11.1
	Después	72.2	2.8	5.6	0	0
		Depresión				
hombre	Antes	16.7	0	2.8	0	0
	Después	19.4	0	0	0	0
mujer	Antes	36.1	33.3	5.6	0	5.6
	Después	69.4	2.8	8.3	0	0

10. DISCUSION

El objetivo de la presente investigación fue determinar el impacto de un programa de intervención psicoeducativa para el manejo de las emociones, el cual se caracteriza por la disminución de el nivel de ansiedad, de estrés y de depresión.

Además de lo anterior, el presente estudio permitió identificar una parte del perfil sociodemográficos de los participantes, la mayoría de los cuales son mujeres, en un rango de edad de 30 a 49 años.

Los resultados obtenidos a través de la DASS-21 al finalizar la intervención psicoeducativa permiten observar una disminución de la presencia de síntomas de ansiedad en el 55.6 % de los participantes a el 13.9 % al final de la intervención. La presencia de síntomas de estrés en el 50% de los participantes a un 8.3 % al final de la intervención y del la presencia de algún nivel de depresión en el 5.6% participantes al 0% al final de la intervención psicoeducativa.

En contraste con un estudio reportado por García-Rivera et al. en 2013, (previo a COVID-19) en donde se trabajó con una muestra de 130 trabajadores de una institución del sector salud pública de Ensenada, Baja California donde se utilizo la escala DASS-21, los resultados identifican los estados afectivos emocionales dentro de un rango normal y que no existen diferencias estadísticamente significativas. Reportando en nivel normal para la subescala de estrés el 74.6% de los participantes, para la subescala de ansiedad el 71.5 % de los participantes en nivel normal y en la subescala de depresión, el 78.5% de los participantes en nivel normal.

Solamente el 25.4% presentaron algún grado de estrés, el 28.5 % de los individuos presentaron cierto grado de ansiedad y el 21.5% algún grado de depresión. (50)

En cuanto lo niveles de ansiedad previo a la intervención encontramos niveles similares a los reportados por Dosil et al en España, que en el 46% de profesionales de la salud se encuentra con estrés, el 37% con síntomas de ansiedad y 27.4% con síntomas de depresión. reportando a las mujeres con mayor nivel de ansiedad 20.9% contra 3.6% de los hombres. Sin embargo, en nuestros reportes los niveles de depresión son considerablemente menores antes y después de la intervención. (51)

En un estudio realizado por Elbay, et al en Turquía, de un total del 422 profesionales de la salud, reporta el 41.2 % con estrés. El 51.6 % con síntomas de ansiedad y el 64.7 % con síntomas de depresión Con una media en la escala de depresión de 6.92 - 10.4. para ansiedad de 4.67- 4.21 t para estrés de 7.46-4.85. Donde se apreciamos marcadas diferencias con nuestros reportes en cuanto a la detección del la depresión y niveles similares en cuanto a la ansiedad y ligeramente menores en la detección de estrés. (52)

Otro estudio reportado Giusti et al en Italia en personal de salud, reporta que el 36.7 % reportaron síntomas de estrés, el 71.2% de los participantes manifestaron síntomas de ansiedad, y el 31.3% manifestaron síntomas de depresión. En donde contrastamos con nuestros resultados en cuanto a la detección de síntomas de depresión, sin embargo, coincidimos en la tendencia a la prevalencia de ansiedad y la depresión como los síntomas de mayor predominancia. (53)

Martínez et al. en Venezuela. reportan en un estudio de 150 individuos pertenecientes al personal sanitario al aplicar el DASS 21 reportan que el 34.7% presento estrés, el 33.3% ansiedad y el 34.6 % mostro signos de depresión en sus diferentes niveles. En donde nuevamente contrasta. el reporte de detección de

síntomas de depresión, en este caso con detecciones menores también en cuanto a los síntomas de ansiedad y estrés. (54)

El programa psicoeducativo que utilizado resulto ser fácilmente aplicable y fue bien aceptado por los participantes, quienes al finalizar la intervención refirieron sentirse satisfecho con el trabajo realizado, refirieron que lo aprendido les había sido muy útil.

Desde el punto de vista descriptivo, se encontraron diferencias entre el inicio y el final de curso de intervención psicoeducativa.

En el análisis para comparar las mediciones se observo una disminución del nivel y el puntaje de ansiedad, estrés y depresión

Los resultados hallados no se han podido comparar con algún estudio de similares características, de intervención en crisis en personal de salud. sin embargo, se dados los resultado del presente estudio. podemos recomendar la necesaria aplicación de el programa de intervención en muestras mayores y extender el numero de sesiones para adaptarlo y hacerlo mas completo para poder realizar intervenciones dirigidas al personal expuesto a factores que ocasionen crisis emocionales.

Otra sugerencia a partir de los resultados obtenidos, es la evaluación de los participantes tras un seguimiento a uno y tres meses para evaluar el mantenimiento de los cambios obtenidos a partir del programa de intervención psicoeducativo.

También se recomienda evaluar la percepción de los pacientes sobre la utilidad y comprensión del programa psicoeducativo y de sus contenidos a fin de realizar los cambios necesarios para su adaptación y mejoría.

11. CONCLUSIONES

Actualmente nos enfrentamos a una situación inesperada, que ha representado pérdidas humanas, económicas y psicosociales, los sistemas de salud a nivel mundial han sido rebasados o insuficientes, lo cual ha afectado de forma considerable la salud mental en la población en general.

El incremento en las exigencias en el sistema de salud ha resultado en alteraciones emocionales al personal de primera línea siendo los encargados de la atención directa con los pacientes ocasionando una mayor carga laboral y diversos factores que hacen que el personal desarrolle trastornos mentales.

Es importante el diagnóstico y el abordaje de estos trastornos en el personal de salud, para proporcionar una terapéutica adecuada que le permite al individuo restablecer sus condiciones de salud y mantener su integridad personal.

Nuestros hallazgos sugieren que la implementación de intervenciones psicoeducativas con técnicas informadas, son capaces de disminuir los niveles de estrés, ansiedad y depresión percibidos por el personal de salud.

No obstante, al no poder realizar una comparación con estudios similares en cuanto a intervención no limita a la corroboración por parte del presente estudio.

En cuanto a la frecuencia de trastornos emocionales ocasionados por la pandemia covid-19, coincidimos en gran parte con los reportes de otros estudios similares para determinar la frecuencia de estas alteraciones por lo que podemos recomendar la aplicación de este programa de intervención psicoeducativa como parte de una estrategia para el manejo de las emociones en el personal de salud bajo condiciones de crisis.

12. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

- (1) Unidad de Salud Mental, Abuso de Sustancias y Rehabilitación (THS/MH) Tecnología y Prestación de Servicios de Salud (THS) Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS).[internet] Protección de la Salud Mental en Situaciones de Epidemias [01/marzo/2020] <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/Pandemia>
- (2) Nirmal Kandel, Stella Chungong, Abbas Omaar, Jun Xing. Health security capacities in the context of COVID-19 outbreak: an analysis of International Health Regulations annual report data from 182 countries. *Lancet* 2020; 395: 1047–53
- (3) David L Heymann. A novel coronavirus outbreak of global health concern. *LANCET* 2020. vol 395 Febrero/15/2020 pp 497-514 Disponible en [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30185-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30185-9)
- (4) Worldometer2020. COVID-19 coronavirus pandemic. [internet] <https://www.worldometers.info/coronavirus/> 2020 (Consultado en marzo 11, 2020).
- (5) Secretaría de Salud - México. Información sobre COVID19. [internet] <https://coronavirus.gob.mx/> 2020 (Consultado Junio 11, 2020)
- (6) Gobierno del estado de Querétaro COVID-19 [internet] <https://queretaro.gob.mx/covid19/> (consultado marzo 11 2021)
- (7) Accinelli RA, Zhang-Xu, Yachachin-Chávez JM, Cáceres-Pizarro, et al. COVID-19: La pandemia por el nuevo virus SARS- cov-2. *Rev. Perú Med Exp Salud Publica.* [internet] 2020; 37(2). Doi: <https://doi.org/10.17843/rpmpesp.2020.372.5411>
- (8) Sun P, Lu X, Sun W, Pan B. Understanding of COVID-19 based on current evidence. *J Med Virol.* [internet] 2020; vol. 92:548–551. <https://doi.org/10.1002/jmv.25722>
- (9) Wolfgang Guggemos, M.D.Michael Seilmaier, M.D. Transmission of 2019-ncov Infection from an Asymptomatic Contact in Germany. *N engl j med* [internet] 2020 vol 382;10 consultado marzo 19 2020.
- (10) Qun Li, M.Med. Zijian Feng, M.Med y cols. Early Transmission Dynamics in Wuhan, China, of Novel Coronavirus–Infected Pneumonia. *Engl j med* [internet] vol 382;13 disponible en nejm.org consultado en 19 marzo, 2020

- (11) Miranda-Navales, Vargas-Almanza COVID-19 por SARS-cov-2: la nueva emergencia de salud Ranferi Aragón-Nogales.- Rev Mex Pediatr 2019;[2020] vol 86(6); 213-218.
- (12) Diaz-Arcaño, Zaldivar-Perez D. La psicología como ciencia en el afrontamiento a la COVID-19: apuntes generales. Anales de la academia de ciencias de Cuba [internet] 2020; 10(2) <http://www.revistaccuba.sld.cu/index.php/revacc/article/view/839>
- (13) Zaar and García Ávila, El Covid-19 en España y sus primeras consecuencias, Espaço e Economia [internet], 21 junio 2020. URL <http://journals.openedition.org/espacoeconomia/10142>. DOI <https://doi.org/10.4000/espacoeconomia.10142>
- (14) Brooks, Rubin. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. Lancet 2020; [internet] vol 395: 912–20 Published Online February 26, 2020 [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460)
- (15) Xiao H. Et al.: The Effects of Social Support on Sleep Quality of Medical Staff Treating Patients with Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in January and February 2020 in China Medical staff treating COVID-19 © Med Sci Monit, 2020; [internet] pp 26
- (16) Mauder Robert. Was SARS a mental health catastrophe? Science Direct, General Hospital Psychiatry (2009) [internet] vol 31 pp 316-317 doi;10.1016/j.genhosppsy.2009.04.004
- (17) Jianbo Lai, msc; Simeng Ma, msc; Shaohua Hu. Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. JAMA Network 2020;3(3): Doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.3976
- (18) Kouzousnick MW. Rodriguez I. Eustress and Distress Climates in Teams: Patterns and Outcomes. International Journal of Stress Management 2015; 22(1): 1-23 <http://dx.doi.org/10.1037/a0038581>
- (19) Qiongni Chen, Zhanzhou Zhang et all. Mental health care for medical sta in China during the COVID-19 outbreak. Lancet 2020; consultado en 22 junio 2020. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30078-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30078-X)
- (20) Sánchez. Cañadilla Ferreira et al. Analysis of the work activity of health professionals in training in the Region of Murcia in the face of the COVID-19 pandemic. Rev Esp Edu Med 2020; 1:11-23; doi: 10.6018/edumed.422531

- (21) Buchholz Yvonne. COVID-19: Insomnio, depresión y ansiedad en el personal sanitario. *Mente y cerebro* [internet] vol 30. No. 102-2020
- (22) Morales G, Pérez J. Procesos emocionales de cuidado y riesgo en profesionales que trabajan con el sufrimiento humano. *Revista de Psicología*. 2003 Jan 1;12(1):1-9
- (23) OMS/OPS. Protección de la Salud Mental y Atención Psicosocial en Situaciones de Epidemias. OMS-OPS. Washington DC, 2016. (consultado 20 junio 2020) <https://www.paho.org/disasters/dmdocuments/SM%20en%20epidemias.pdf>
- (24) Yu-Tao Xiang, Chee H Ng et al. Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. *Lancet* 2020; Phttps://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30046-8
- (25) Torre-Muñoz Farías-Cortés. Guillen-Díaz-Barriga C. Riesgos y daños en la salud mental del personal sanitario por la atención a pacientes con Covid-19. *Rev. Mex. Urol.* 2020;80(3):pp 1-9
- (26) Gordon J.G. Asmundson. Coronaphobia: Fear and the 2019-ncov outbreak; Elsevier Ltd. *Journal of Anxiety Disorders* 70 (2020) 102196 <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102196>
- (27) Ricci-Cabello. Impact of viral epidemic outbreaks on mental health of healthcare workers: a rapid systematic review; <https://doi.org/10.1101/2020.04.02.20048892>. this version posted April 6, 2020
- (28) Samaniego Antonio. Sintomatología asociada a trastornos de salud mental en trabajadores sanitarios en Paraguay: efecto covid-19; *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology* 2020, Vol., 54, No. 1, e1298
- (29) Guía de intervención mhgap para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancia en el nivel de atención de la salud no especializada. OPS www.who.int/mental_health/mhga
- (30) Ozamiz-Etxebarria N et al. Stress, anxiety, and depression levels in the initial stage of the COVID-19 outbreak in a population sample in the northern Spain. *Cad. Saúde Pública* 2020; 36(4) doi: 10.1590/0102-311X00054020
- (31) APA. Guidelines for Prevention in Psychology. *Am Psychol* [Internet]. 2014 Disponible en: <https://www.apa.org/pubs/journals/features/amp-a0034569.pdf> [Links]

- (32) Soriano González. Estudio cuasi-experimental sobre las terapias de relajación en pacientes con ansiedad. *Enfermería global*. No. 26 Abril 2012 p 39. [Www.um.es/eglobalr/](http://www.um.es/eglobalr/)
- (33) García Eva. Andrología, Aprendizaje y Motivación. Módulo I. Instituto Tecnológico de Estudios Superiores de Monterrey, Campus Ciudad de México. pp1-3
- (34) Arzate Salgado. Educación de adultos y teorías de enseñanza aprendizaje: un acercamiento desde la sociología del conocimiento. *Convergencia Revista de Ciencias Sociales*. UAEM, núm. 8/9, 1995 pp. 67-80
- (35) Erausquin C, Denegri (2014). Estrategias y modalidades de intervención psicoeducativa: historia y perspectivas en el análisis y construcción de prácticas y discursos. Material Didáctico Sistematizado.
- (36) Hernández Rojas Díaz Barriga (2013). Una mirada psicoeducativa al aprendizaje: qué sabemos y hacia dónde vamos. *Sinéctica*, (40), 01-19. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-109X2013000100003&lng=es&tlng=es.
- (37) Cabero Almenara. Llorene Cejudo. Tecnologías de la información y la comunicación (TIC): escenarios formativos y teorías del aprendizaje *Rev. Lasallista de investigación Antioquia, Colombia*. Vol. 12 Núm. 2, 2015, pp 186-193
- (38) Moreno Mendoza & Dáger Moscoso, (2018). *Tesis*. Recuperado a partir de <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/34890>
- (39) Henao López. Ramírez Palacio. Que es la intervención psicopedagógica: Definición, principios y componentes. *AGO. USB Medellín-Colombia V 6 No 2 pp 147-315 Julio-diciembre 2016 ISSN: 1657-8031*
- (40) Muñoz-Fernández SI. Esquivel-Acevedo. Estrés, repuestas emocionales, factores de riesgo psicopatía y manejo de personal de salud durante la pandemia por COVID-19. *Acta Pediatr Mex*. 2020;41 (supl 1): S127-S136.
- (41) Alves Apóstolo, Figueiredo, Mendes & Rodríguez. Depresión, ansiedad y estrés en usuarios de cuidados primarios de salud. *Revista latinoamericana de Enfermería*.
- (42) Estrada Araoz, Mamani Uchasara, & Gallegos Ramos, (2020). Estrategias psicoeducativas para el desarrollo de las habilidades sociales de los estudiantes

de educación secundaria. *Revista San Gregorio*, (39), 116-129. <https://doi.org/10.36097/rsan.v1i39.1374>

- (43) López Martínez. Entrenamiento en manejo del estrés en cuidadores de familiares mayores dependientes desarrollo y evaluación de la eficacia de un programa [internet] <https://www.researchgate.net/publication/39160563>
- (44) Intervención psicoeducativa para disminuir el estrés académico en estudiantes de primer año de Medicina. *Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta* Vol. 40, número 5 ISSN 1029-3027 | RNPS 1824 mayo 2015
- (45) Antúnez, Z & Vinet, E. Escalas de depresión, ansiedad y estrés (DASS – 21): Validación de la Versión Abreviada en Estudiantes Universitarios Chilenos. *Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal*, 50-51
- (46) _Gurrola Peña, Balcázar Nava, Muños & veriseda Heras. Estructura factorial y consistencia interna de la escala de depresión ansiedad y estrés (DASS 21) en una muestra no clínica. *Psicología y Ciencia social*. 2006 vol. 8 (02) 3-7.
- (47) Preparación y respuesta frente a casos de SARS-cov2-2019 para la atención primaria a la salud [internet] consultado junio 2020. www.coronavirus.gob.mx/personal-personal-de-salud/documentos-de-consulta/
- (48) <http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/202101/036>. Comunicación social.
- (49) Urzúa Alfonso, Vera-Villarroel, Caqueo-Urizar, Polanco-Carrasco. La Psicología en la prevención y manejo del COVID-19. Aportes desde la evidencia inicial. *Terapia psicológica* 2020 Vol. 38 No. 1, 103-118.
- (50) García-Rivera, Maldonado-Radillo, Ramírez-Barón. Estados afectivos emocionales (depresión, ansiedad y estrés) en personal de enfermería del sector salud pública de México. *Summa Psicología UST* 2014 Vol. 11 No. 1, pp.65-73
- (51) Dosil Santamaría, Ozamiz-Etxebarria, Redondo Rodríguez, Albóndiga-Mayor Picaza Gorrotxategi. Impacto psicológicos de la COVID-19 en una muestra de profesionales sanitarios españoles. *Revista de psiquiatría y salud mental (Barcelona)* 14 (2021). pp 106-112. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2020.05.004>
- (52) Elbay RY, Kurtulmus A, Arpacioğlu S, Karandere E. Depression, anxiety, stress levels of physicians and associated factors in COVID-19 pandemics. *Psychiatry Res*. 2020, <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113130>.

- (53) Giusti EM, Pedroli E, D'Aniello GE, Stramba Badiale C, Pietrabissa G, Manna C, et al. The Psychological Impact of the COVID-19 Outbreak on Health Professionals: A Cross-Sectional Study. *Front Psychol.* 2020;11:1684.
- (54) Martinez, Fabiola, Azkoul Mejer, Rangel Catherine, Sandia Ignacio, Pinto Stefany. Efectos de la pandemia por COVID-19 en la salud mental de trabajadores sanitarios del estado Mérida, Venezuela. *Rev. Gicos.* 2020;5 (e2): 77-88.

13. ANEXOS



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD.



**Carta de consentimiento informado para participación en
protocolos de investigación (adultos)**

Nombre del estudio:	MANEJO DE ESTRÉS, ANSIEDAD Y DEPRESIÓN MEDIANTE UNA ESTRATEGIA PSICOEDUCATIVA EN EL PERSONAL DE SALUD ANTE LA PANDEMIA DE COVID-19
Lugar y fecha:	El Marqués, Querétaro. 2020
Número de registro institucional:	
Justificación y objetivo del estudio:	La pandemia ocasionada por COVID-19, expone a niveles altos de estrés, ansiedad y depresión a todo el personal de salud al enfrentarse como primera línea de defensa, por ello se le invita a integrarse a un grupo de trabajadores de la UMF 8 en quienes se implementará una estrategia psicoeducativa que consistirá 5 sesiones de una hora de duración donde se le dará información acerca de COVID y se le enseñaran ejercicios y técnicas de relajación para el manejo del estrés, ansiedad y depresión. Tiene como objetivo determinar el grado de estrés, ansiedad y depresión que se presenta en el personal de salud antes y después de la aplicación de esta estrategia.
Procedimientos:	El presente estudio se realizará en personal de salud que labora en la UMF No. 8 "El Maques" En caso de que usted acepte participar, contestara de manera voluntaria, honesta y sin presión alguna los cuestionarios. asistirá 5 sesiones de una hora de duración de lunes a viernes, el horario de sesiones se establecerá en acuerdo a las necesidades de su servicio ya que se fijará dentro del tiempo de su jornada laboral, por lo que se realizaran en horarios desde las 7:00 am hasta la 19:00 hrs. se formarán grupos reducidos de 10 personas como máximo, la intervención se llevará a cabo en el aula No. 2 del área de enseñanza de la UMF 8 "El Marques" previamente sanitizada, con

	<p>aplicación de alcohol gel 70% al su ingreso y uso estricto de cubrebocas, en donde aprenderá y realizará ejercicios y técnicas para el manejo del estrés, ansiedad y depresión al finalizar las 5 sesiones se le aplicara nuevamente la encuesta que nos permitirá evaluar su nivel emocional posterior a la implementación de la estrategia. No se realizará ninguna intervención con usted que requiera tocarlo o tomar alguna muestra de sangre. En caso de identificar participantes con puntajes altos de estrés, ansiedad o depresión se canalizará al servicio de SPTIMSS, psicología o psiquiatría para su confirmación de diagnóstico y en caso de ameritar tratamiento este lo decidirá el medico en segundo nivel de atención. No recibirá compensación económica alguna y tampoco tendrá que hacer ninguno gasto.</p>
Posibles riesgos y molestias:	<p>En relación con el manejo de emociones usted puede presentar crisis que exacerbe los síntomas de ansiedad, estrés o depresión, en caso de presentarse se podrá retirar de las sesiones de forma voluntaria sin afectación o implicaciones en su condición laboral. Si en la aplicación de la escala o en la estrategia psicoeducativa se presentara descontrol emocional en alguno de los participantes, será remitido y acompañado para su atención a consulta de medicina familiar o atención medica continua para su valoración y manejo. No se pondrá en riesgo su vida, funcionalidad ni salud mental.</p>
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	<p>Aprenderá técnicas y ejercicios para manejar y controlar sus emociones y por lo tanto disminuir impacto de los factores emocionales ante la pandemia COVID 19</p>
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	<p>El investigador se compromete a brindar información sobre el estudio y así como de cualquier problema identificado y referirle al servicio médico especializado en caso necesario</p>
Participación o retiro:	<p>Puede retirarse de esta investigación en el momento que lo decida, sin que esto afecte su condición laboral.</p>
Privacidad y confidencialidad:	<p>Toda la información que usted proporcione será de carácter estrictamente confidencial, será utilizada únicamente por los integrantes del estudio de investigación y para los fines establecidos en el mismo. Su información quedará encriptada e identificada con un numero y no con su nombre, se resguardará la confidencialidad del paciente archivando el consentimiento informado y los datos proporcionados en el área de enseñanza de la UMF 8, bajo llave y el único acceso lo tendrá el investigador responsable.</p> <p>los resultados de este estudio serán publicados con fines científicos, se presentarán de tal manera que no podrá usted ser identificado en su persona y se mantendrá la confidencialidad de la información relacionado a su privacidad.</p> <p>Datos y resultados serán considerados información confidencial con fines exclusivos de investigación. La información será resguardará por un tiempo máximo de 10 años.</p>

Después de haber leído y habiéndome explicado todas mis dudas acerca de este estudio:

- No acepto participar en el estudio.
- Si acepto participar y que se tome la muestra solo para este estudio.
- Si acepto participar y que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros, conservando su sangre hasta por ____ años tras lo cual se destruirá la misma.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable:	Joel Jurado Alcantar
Tel:	442 434 49 24
Correo:	jurado28@gmail.com
Dirección:	Sierra de las cruces No. 14 Hacienda la cruz, El Marques, Qro. CP 76267
Investigador responsable Director de tesis:	Leticia Vázquez Hernández
Tel:	442 27754 17 ext. 51406
Correo:	leticiasdra@gmail.com
Dirección:	Sierra de las cruces No. 14 Hacienda la cruz, El Marques, Qro. CP 76267
Colaboradores Investigador adjunto:	María Guadalupe Martínez Jiménez
Tel:	442 277 54 17 ext. 51406
Correo:	lupis.1907@yahoo.com.mx
Dirección:	Sierra de las cruces No. 14 Hacienda la cruz, El Marques, Qro. CP 76267

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comité Local de Ética de Investigación en Salud del CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, correo electrónico: comité.eticainv@imss.gob.mx

Nombre y firma del participante

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio.

Clave: 2810-009-013



17. INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS



Nombre	
Edad	_____Años
Sexo	Femenino
	Masculino
Escolaridad	Secundaria
	Bachillerato
	Licenciatura
	Posgrado
Estado civil	Casado
	Soltero
	Unión libre
Categoría contractual	Medico familiar
	EEMF
	Enfermera general
	Trabajadora social
	Nutrióloga
	Asistente medico
	Personal de confianza
Personal Administrativo	
Turno laboral.	Matutino
	Vespertino
	Nocturno
	Jornada acumulada
Tiempo de antigüedad laboral	_____Años
Trabaja en otra institución de salud pública o privada	Si
	No
Esta al cuidado de sus hijos	Si
	No



DASS-21

Nombre: _____ **Fecha:** _____

Por favor lea cada afirmación y encierre en un círculo un número 0, 1, 2 o 3 que indique cuanto de esa afirmación se aplica a su caso durante el último mes. No existen respuestas correctas o incorrectas. No gaste mucho tiempo en cada afirmación.

La escala a utilizar es como se presenta a continuación:

- 0 No se aplica a mí en absoluto. NUNCA (N)
- 1 Se aplica a mí en algún grado o parte del tiempo. A VECES (AV)
- 2 Se aplica a mí en un grado considerable, o en una buena parte del tiempo. A MENUDO (AM)
- 3 Se aplica a mí, mucho. CASI SIEMPRE (CS)

EN EL ÚLTIMO MES					Para uso del Profesional		
	N	AV	AM	CS	D	A	S
1. Me costó mucho relajarme	0	1	2	3			
2. Me di cuenta que tenía la boca seca	0	1	2	3			
3. No podía sentir ningún sentimiento positivo	0	1	2	3			
4. Se me hizo difícil respirar	0	1	2	3			
5. Se me hizo difícil tomar la iniciativa para hacer cosas	0	1	2	3			
6. Reaccioné exageradamente en ciertas situaciones	0	1	2	3			
7. Sentí que mis manos temblaban	0	1	2	3			
8. Sentí que tenía muchos nervios	0	1	2	3			
9. Estaba preocupado por situaciones en las cuales podía tener pánico o en las que podría hacer el ridículo	0	1	2	3			
10. Sentí que no tenía nada por que vivir	0	1	2	3			
11. Noté que me agitaba	0	1	2	3			
12. Se me hizo difícil relajarme	0	1	2	3			
13. Me sentí triste y deprimido	0	1	2	3			
14. No toleré nada que no me permitiera continuar con lo que estaba haciendo	0	1	2	3			
15. Sentí que estaba a punto de pánico	0	1	2	3			
16. No me pude entusiasmar por nada	0	1	2	3			
17. Sentí que valía muy poco como persona	0	1	2	3			
18. Sentí que estaba muy irritable	0	1	2	3			
19. Sentí los latidos de mi corazón a pesar de no haber hecho ningún esfuerzo físico	0	1	2	3			
20. Tuve miedo sin razón	0	1	2	3			
21. Sentí que la vida no tenía ningún sentido							
TOTALES							

