



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE AGUASCALIENTES
CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 11

**“ADAPTACIÓN TRANSCULTURAL Y VALIDACIÓN DEL
INSTRUMENTO CORONAVIRUS ANXIETY SCALE PARA
IDENTIFICAR SÍNDROME DE ANSIEDAD EN EL
PERSONAL DE SALUD DE LA UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR NO.11 IMSS, DELEGACIÓN
AGUASCALIENTES”**

TESIS PRESENTADA POR
MARLENE GUADALUPE AGUILERA ARÉVALO

PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

ASESOR:
DR. JAIME AZUELA ANTUNA.

AGUASCALIENTES, AGUASCALIENTES, A JULIO DE 2023



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 101
H GRAL ZONA NUM 1

Registro COFEPRIS 17 CI 01 001 038

Registro CONRIDÉTICA CONRIDÉTICA 01 CEI 001 2018082

FECHA Lunea, 18 de agosto de 2021

Dr. Jaime Azuela Antuna

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título "**Adaptación transcultural y validación del Instrumento Coronavirus Anxiety Scale para identificar síndrome de ansiedad en el personal de salud de la U.M.F. No. 11 IMSS, Delegación Aguascalientes**", que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **PROBADO**.

Número de Registro Institucional
R-2021-101-039

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

M.E. MA DEL CARMEN BENILLA RODRIGUEZ
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 101

Impresión

IMSS
SECRETARÍA DE SALUD



CARTAS DE APROBACIÓN

CARTA DE APROBACIÓN DE TRABAJO DE TESIS

AGUASCALIENTES, AGS, A FEBRERO DE 2023

COMITÉ DE INVESTIGACIÓN Y ÉTICA EN INVESTIGACIÓN EN SALUD 101
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No.1, AGUASCALIENTES

DR. CARLOS ALBERTO PRADO AGUILAR
COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
P R E S E N T E

Por medio de la presente le informo que la Residente de la Especialidad de Medicina Familiar de la Unidad de Medicina Familiar No. 11 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Delegación Aguascalientes.

DRA. MARLENE GUADALUPE AGUILERA ARÉVALO

Ha concluido satisfactoriamente con el trabajo de titulación denominado:

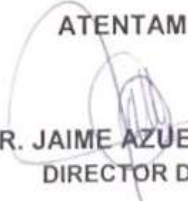
“ADAPTACIÓN TRANSCULTURAL Y VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO CORONAVIRUS ANXIETY SCALE PARA IDENTIFICAR SÍNDROME DE ANSIEDAD EN EL PERSONAL DE SALUD DE LA U.M.F. NO.11, DELEGACIÓN AGUASCALIENTES”

Número de Registro: **R-2021-101-039** del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 101.

Elaborado de acuerdo con la opción de titulación: **TESIS.**

El **Dra. Marlene Guadalupe Aguilera Arévalo** asistió a las asesorías correspondientes y realizó las actividades apegadas al plan de trabajo, por lo que no tengo inconvenientes para que se proceda a la impresión definitiva ante el comité que usted preside, para que sean realizados los tramite correspondientes a su especialidad, Sin otro particular, agradezco la atención que sirva a la presente, quedando a sus órdenes para cualquiera aclaración.

ATENTAMENTE:


DR. JAIME AZUELA ANTUNA
DIRECTOR DE TESIS



AGUASCALIENTES, AGS, A FEBRERO DE 2023

DR. SERGIO RAMIREZ GONZALEZ
DECANO DEL CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD

P R E S E N T E

Por medio de la presente le informo que la Residente de la Especialidad de Medicina Familiar del Hospital General de Zona No. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Delegación Aguascalientes.

DRA. MARLENE GUADALUPE AGUILERA ARÉVALO

Ha concluido satisfactoriamente con el trabajo de titulación denominado:

“ADAPTACIÓN TRANSCULTURAL Y VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO CORONAVIRUS ANXIETY SCALE PARA IDENTIFICAR SÍNDROME DE ANSIEDAD EN EL PERSONAL DE SALUD DE LA U.M.F. NO.11, DELEGACIÓN AGUASCALIENTES”

Número de Registro: **R-2021-101-039** del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 101.

Elaborado de acuerdo con la opción de titulación: **TESIS**.

La **Dra. Marlene Guadalupe Aguilera Arévalo** asistió a las asesorías correspondientes y realizó las actividades apegadas al plan de trabajo, cumpliendo con la normatividad de investigación vigente en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

Sin otro particular, agradezco a usted su atención, enviándole un cordial saludo.

ATENTAMENTE:

A handwritten signature in blue ink that reads 'Carlos Alberto Prado A.'.

DR. CARLOS ALBERTO PRADO AGUILAR

COORDINADOR AUXILIAR MEDICO DE INVESTIGACION EN SALUD



DICTAMEN DE LIBERACIÓN ACADÉMICA PARA INICIAR LOS TRÁMITES DEL EXAMEN DE GRADO - ESPECIALIDADES MÉDICAS



Fecha de dictaminación dd/mm/aa: 09/08/23

NOMBRE: AGUILERA ARÉVALO MARLENE GUADALUPE ID 288634

ESPECIALIDAD: MEDICINA FAMILIAR LGAC (del posgrado): ENFERMEDADES NO TRASMISIBLES

TIPO DE TRABAJO: (X) Tesis () Trabajo práctico

TÍTULO: ADAPTACIÓN TRANSCULTURAL Y VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO CORONAVIRUS ANXIETY SCALE PARA IDENTIFICAR SÍNDROME DE ANSIEDAD EN EL PERSONAL DE SALUD DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO.11 IMSS, DELEGACIÓN AGUASCALIENTES

IMPACTO SOCIAL (señalar el impacto logrado): VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO PARA MEDIR ANSIEDAD POR PANDEMIA COVID 19 "CORONAVIRUS"

INDICAR SI/NO SEGÚN CORRESPONDA:

Elementos para la revisión académica del trabajo de tesis o trabajo práctico:

- SI El trabajo es congruente con las LGAC de la especialidad médica
SI La problemática fue abordada desde un enfoque multidisciplinario
SI Existe coherencia, continuidad y orden lógico del tema central con cada apartado
SI Los resultados del trabajo dan respuesta a las preguntas de investigación o a la problemática que aborda
SI Los resultados presentados en el trabajo son de gran relevancia científica, tecnológica o profesional según el área
SI El trabajo demuestra más de una aportación original al conocimiento de su área
SI Las aportaciones responden a los problemas prioritarios del país
NO Generó transferencia del conocimiento o tecnológica
SI Cumpe con la ética para la investigación (reporte de la herramienta antiplagio)

El egresado cumple con lo siguiente:

- SI Cumple con lo señalado por el Reglamento General de Docencia
SI Cumple con los requisitos señalados en el plan de estudios (créditos curriculares, optativos, actividades complementarias, estancia, etc)
SI Cuenta con los votos aprobatorios del comité tutorial, en caso de los posgrados profesionales si tiene solo tutor podrá liberar solo el tutor
SI Cuenta con la aprobación del (la) Jefe de Enseñanza y/o Hospital
SI Coincide con el título y objetivo registrado
SI Tiene el CVU del Conacyt actualizado
NA Tiene el artículo aceptado o publicado y cumple con los requisitos institucionales

Con base a estos criterios, se autoriza se continúen con los trámites de titulación y programación del examen de grado

Si X
No

FIRMAS

Revisó:

NOMBRE Y FIRMA DEL SECRETARIO DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO:

MCB.E SILVIA PATRICIA GONZÁLEZ FLORES

Autorizó:

NOMBRE Y FIRMA DEL DECANO:

DR. SERGIO RAMÍREZ GONZÁLEZ

Nota: procede el trámite para el Depto. de Apoyo al Posgrado

En cumplimiento con el Art. 105C del Reglamento General de Docencia que a la letra señala entre las funciones del Consejo Académico: ... Cuidar la eficiencia terminal del programa de posgrado y el Art. 105F las funciones del Secretario Técnico, llevar el seguimiento de los alumnos.

AGRADECIMIENTOS

Este espacio lo dedico en 5 partes:

A mi familia, mis papás, mis hermanas, mis sobrinos; siempre como faro de luz y apoyo incondicional. Son y serán siempre el motor de mi vida. Gracias por creer en mí, por hacerme crecer y convertirme en la mujer que soy hoy. Los amo con el alma.

A mis compañeros de residencia. Aquí va una por todos los recuerdos buenos, los malos, los divertidos, las largas noches de guardia, las tazas interminables de café y las copas de alcohol que fueron necesarias a veces, también. Compartir con ustedes este tortuoso pero gratificante viaje fue toda una aventura.

A mis maestros, mis coordinadores de enseñanza, mis médicos adjuntos: gracias no es una palabra suficiente para expresar la gratitud que siento. Su fé en mi, su paciencia y su apoyo, tocaron mi corazón de una manera muy bonita. Gracias por enseñarme que no me equivoqué el elegir una de las especialidades más desafiantes de la medicina.

A mí misma, por luchar todos los días contras mis miedos, mis demonios y mis muros mentales, por trabajar duro, por no darme por vencida. Este camino no es fácil, pero nada en la vida lo es; y la residencia pasa también. Somos una vez en la vida.

Y te dejo al final a ti, mi Lalo. Has estado en cada paso, cada día, cada lágrima, cada risa; desde la cenas que me llevaste a guardias, hasta cada vez que fuiste a verme al servicio social. Si me siento orgullosa de mí, es gracias a ti, a tu impulso, tus porras, tus brazos amorosos y abiertos, tus palabras bonitas, tu fé infinita e inquebrantable en mi potencial. Este papel dice mi nombre, pero el logro también es tuyo. Te amo siempre.

Marlene

ÍNDICE GENERAL

1. MARCO TEÓRICO.....	9
1.1. ANTECEDENTES CIENTÍFICOS SOBRE LAS VARIABLES.....	9
1.2. TEORIAS O MODELOS SOBRE LA ANSIEDAD	15
1.2.1. Modelo de vulnerabilidad cognitiva.....	15
1.2.2. Modelo de expectativa de ansiedad de Reiss.....	17
1.2.3. Modelo de la aprensión ansiosa de Barlow.	18
1.2.4. Modelo de Evitación cognitiva de Barkovec.....	19
1.2.5. Modelo metacognitivo de la preocupación y el trastorno de ansiedad generalizada de Wells.....	19
1.2.6. Modelo de Intolerancia a la incertidumbre de Dugas.....	20
1.3. ANSIEDAD Y PERSONAL DE SALUD	20
1.4. TEORIAS DE LOS TEST.....	22
1.4.1. Teoría Clásica de los Tests (TCT).....	22
1.4.2. Teoría de Respuesta al Ítem (TRI).....	23
1.5. TRADUCCIÓN Y ADAPTACION DE INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN.....	24
1.5.1. Traducción y adaptación transcultural de instrumentos de evaluación en psiquiatría: aspectos metodológicos.	24
1.5.2. Proceso de traducción	24
1.5.2.1. Metodología de la traducción (procedimientos).....	26
1.5.2.2. Proceso de verificación transcultural.....	27
1.5.2.3. Técnicas inespecíficas	27
1.5.2.4. Técnicas de análisis cualitativo.....	27
1.5.3. Adaptación cultural y validación de cuestionarios de salud: revisión y recomendaciones metodológicas.....	28
1.5.3.1. Primera etapa: traducción y adaptación cultural	29

1.5.3.2. Segunda etapa: validación del cuestionario en el idioma destino	31
1.5.4. Directrices para la traducción y adaptación de los test: segunda edición ..	36
1.6. MARCO CONCEPTUAL.....	41
2. JUSTIFICACIÓN.	42
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	45
3.1 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	48
4. OBJETIVOS	48
4.1. OBJETIVO GENERAL.....	48
4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	48
5. MATERIAL Y MÉTODOS.....	49
5.1. DISEÑO METODOLÓGICO.....	49
5.2. UNIVERSO.....	49
5.3. POBLACIÓN BLANCO.....	50
5.4. POBLACIÓN ACTUAL.....	50
5.5. UNIDAD DE OBSERVACIÓN Y ANÁLISIS.....	50
5.6. MUESTREO Y CÁLCULO DE LA MUESTRA.....	50
5.7. CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	50
5.8. DEFINICIÓN DE VARIABLES.....	51
5.9. VALIDEZ DEL INSTRUMENTO	52
5.9.1. Traducción del Instrumento Coronavirus Anxiety Scale.....	52
5.9.2. Validez aparente.....	52
5.9.3. Validez de contenido.....	52
5.9.4. Validez de constructo.....	52
5.9.5. Validez de criterio.....	53
5.9.6. Confiabilidad.....	53

5.9.7. Descripción del instrumento.....	53
5.10. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.....	54
5.11. TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	54
5.12. LOGÍSTICA.....	54
5.12.1. Logística de traducción.	54
5.12.2. Logística de validez aparente.	54
5.12.3. Logística de validez de contenido.	55
5.12.4. Logística de validez de constructo.	55
5.12.5. Logística de confiabilidad.....	55
5.13. PLAN EL PARA PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	56
5.14. ASPECTOS ÉTICOS.....	56
5.15. RECURSOS, FINANCIAMIENTOS Y FACTIBILIDAD.....	57
5.15.1. Recursos humanos.	57
5.15.2. Recursos tecnológicos.....	58
5.15.3. Recursos materiales.	58
6. RESULTADOS.....	58
6.1. CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN	58
6.2. TRADUCCIÓN.....	61
6.3. VALIDEZ DE CONTENIDO	62
6.4. VALIDEZ APARENTE	63
6.5. VALIDEZ DE CRITERIO.....	63
6.6. VALIDEZ DE CONSTRUCTO	64
6.7. CONFIABILIDAD	68
6.8. RESULTADOS DE LA ESCALA DE ANSIEDAD POR COVID-19	69
7. DISCUSION	73

8. CONCLUSIONES.....	76
9. GLOSARIO.....	78
10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	79
11. ANEXOS	85
ANEXO 1. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	86
ANEXO 2. CURVA CARACTERÍSTICA DE UN ÍTEM	87
ANEXO 3. PROCESO DE TRADUCCIÓN, ADAPTACIÓN CULTURAL Y VALIDACIÓN.....	87
ANEXO 4: OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.....	88
ANEXO 5. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	90
ANEXO 6: INSTRUMENTO “CORONAVIRUS ANXIETY SCALE”.....	91
ANEXO 7: MANUAL OPERACIONAL.....	92
ANEXO 8: CARTA DE NO INCONVENIENTE.....	97
ANEXO 9: PLANILLA DE JUICIO DE EXPERTOS	98
ANEXO 10. AUTORIZACIÓN DE ADAPTACIÓN POR PARTE DEL AUTOR ORIGINAL.....	100

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Edad.....	59
Tabla 2. Sexo.....	59
Tabla 3. Estado civil.....	59
Tabla 4. Numero de hijos.....	60
Tabla 5. Religión	60
Tabla 6. Escolaridad	61
Tabla 7. Turno.....	61

Tabla 8. Concordancia entre las observaciones de los expertos 63

Tabla 9. Palabras no entendibles por el paciente 63

Tabla 10. Matriz de correlaciones 65

Tabla 11. Varianza explicada..... 66

Tabla 12. Análisis factorial exploratorio 67

Tabla 13. Coeficientes de validez de constructo..... 68

Tabla 14. Análisis de confiabilidad..... 69

Tabla 15. Me sentí mareado, aturdido o débil cuando leí o escuché noticias relacionadas con el coronavirus 70

Tabla 16. Tuve problemas para conciliar el sueño o permanecer dormido porque no dejaba de pensar en el coronavirus 70

Tabla 17. Me sentí aturdido o bloqueado cuando pensé o me enteré de algo relacionado al coronavirus..... 72

Tabla 18. Perdí el interés por la comida cuando pensé o me enteré de algo relacionado al coronavirus..... 72

Tabla 19. Sentí náuseas o tuve problemas digestivos cuando pensé o me enteré de algo relacionado al coronavirus..... 73

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Diagrama de Cochran 9

RESUMEN

Antecedentes: La pandemia por COVID-19 ha tenido un impacto negativo en la salud mental de las personas, especialmente en el personal de salud. Los trastornos de ansiedad han sido prevalentes en esta población, lo que ha llevado a la necesidad de contar con instrumentos válidos y confiables para detectar y tratar este problema. **Objetivo:** El objetivo del estudio fue adaptar transculturalmente y validar el Instrumento Coronavirus Anxiety Scale al idioma español en la Unidad de Medicina Familiar No. 11 del IMSS, Delegación Aguascalientes, para detectar síndrome de ansiedad relacionado con la pandemia en el personal de salud. **Material y Métodos:** Se llevó a cabo un estudio transversal utilizando metodología psicométrica. La muestra estuvo compuesta por 50 individuos, médicos, enfermeros y estomatólogos de ambos sexos, de todos los turnos y categorías, excepto aquellos con diagnóstico previo de trastorno de ansiedad, ausentes de sus labores o que no accedan a participar en el estudio. Se utilizó un proceso sistematizado de adaptación cultural del instrumento, que incluyó la traducción del idioma original, la consolidación por un panel de expertos y la medición de su fiabilidad. **Resultados:** El análisis de confiabilidad mostró un coeficiente alfa de Cronbach de 0.758 para los 5 ítems del instrumento. La varianza total explicada fue del 51.244% para el primer componente extraído. La prueba de esfericidad de Bartlett fue significativa (Chi-cuadrado=57.387; gl=10; p=0.000), indicando la adecuación de los datos para el análisis factorial. La matriz de correlaciones entre los ítems mostró correlaciones significativas entre ellos. **Conclusiones:** El instrumento Coronavirus Anxiety Scale adaptado y validado en el presente estudio mostró ser válido y confiable para la detección del síndrome de ansiedad relacionado con la pandemia en el personal de salud de la Unidad de Medicina Familiar No. 11 del IMSS, Delegación Aguascalientes.

Palabras clave: adaptación transcultural, validación, instrumento Coronavirus Anxiety Scale, síndrome de ansiedad, personal de salud.

ABSTRACT

Background: The COVID-19 pandemic has had a negative impact on people's mental health, especially on healthcare workers. Anxiety disorders have been prevalent in this population, leading to the need for valid and reliable instruments to detect and treat this problem. **Objective:** The objective of the study was to cross-culturally adapt and validate the Coronavirus Anxiety Scale instrument into Spanish language at the Family Medicine Unit No. 11 of the IMSS, Aguascalientes Delegation, to detect pandemic-related anxiety syndrome in healthcare personnel. **Materials and Methods:** A cross-sectional study using psychometric methodology was conducted. The sample consisted of 50 individuals, including male and female doctors, nurses, and dentists from all shifts and categories, except those with a previous diagnosis of anxiety disorder, absent from work, or who did not agree to participate in the study. A systematic process of cultural adaptation of the instrument was used, which included the translation of the original language, consolidation by an expert panel, and measurement of its reliability. **Results:** The reliability analysis showed a Cronbach's alpha coefficient of 0.758 for the 5 items of the instrument. The total explained variance was 51.244% for the first component extracted. Bartlett's test of sphericity was significant (Chi-square=57.387; df=10; p=0.000), indicating the suitability of the data for factor analysis. The correlation matrix between the items showed significant correlations between them. **Conclusions:** The Coronavirus Anxiety Scale instrument adapted and validated in this study proved to be valid and reliable for the detection of pandemic-related anxiety syndrome in healthcare personnel at the Family Medicine Unit No. 11 of the IMSS, Aguascalientes Delegation.

Keywords: cross-cultural adaptation, validation, Coronavirus Anxiety Scale instrument, anxiety syndrome, healthcare personnel.

INTRODUCCIÓN

La pandemia del COVID-19 ha generado una importante crisis sanitaria a nivel mundial, y ha sido particularmente difícil para el personal de salud que trabaja en la primera línea de atención a pacientes infectados. El estrés y la ansiedad son comunes entre los trabajadores de la salud, y pueden tener un impacto negativo en su bienestar físico y mental. Es por eso por lo que se hace necesario contar con herramientas que permitan la identificación temprana del síndrome de ansiedad y proporcionen un tratamiento oportuno y efectivo.

En este contexto, se propone la adaptación transcultural y validación del instrumento Coronavirus Anxiety Scale para su uso en el personal de salud de la Unidad de Medicina Familiar No. 11 del IMSS, delegación Aguascalientes. Este instrumento ha sido diseñado específicamente para evaluar la ansiedad relacionada con la pandemia del COVID-19, y ha sido validado en poblaciones de habla inglesa. El proceso de adaptación transcultural y validación es fundamental para garantizar la confiabilidad y validez del instrumento en la población objetivo, ya que las diferencias culturales y lingüísticas pueden afectar la comprensión y la interpretación de los ítems. Se seguirán las directrices internacionales para la adaptación y validación de instrumentos, con el objetivo de garantizar una adaptación adecuada y una validación rigurosa.

El presente estudio tendrá como objetivos específicos la adaptación transcultural del instrumento, la evaluación de la validez aparente, de contenido, de constructo y de criterio, así como la evaluación de la fiabilidad y consistencia interna. Se utilizarán técnicas cuantitativas y cualitativas para llevar a cabo estas evaluaciones.

Se espera que la adaptación transcultural y validación del instrumento Coronavirus Anxiety Scale permita la identificación temprana del síndrome de ansiedad en el personal de salud de la Unidad de Medicina Familiar No. 11 del IMSS, delegación Aguascalientes, y proporcione una herramienta útil para el tratamiento oportuno y efectivo de este problema de salud mental en la población objetivo.

1. MARCO TEÓRICO

1.1. ANTECEDENTES CIENTÍFICOS SOBRE LAS VARIABLES

Para la elaboración de este trabajo de investigación, como primer acercamiento, se realizó una búsqueda sistematizada dentro de los motores de búsqueda PUBMED y BVS, utilizando búsqueda avanzada y los siguientes descriptores: *Patient Health Questionnaire, PHQ-2, Anxiety Scale, Test Anxiety Scale, cultural adaptation, cross-cultural adaptation, psychometric y validation study y COVID-19*, con los booleanos AND y OR, tanto en título como en abstract, encontrando 922 artículos, con filtro para los últimos 5 años.

Se seleccionaron 8 artículos que contaban con antecedentes, información actual e instrumentos de medición competentes y de utilidad para su utilización en el desarrollo de este protocolo; descartando 914 artículos por encontrarse duplicados, con contenido no relevante o no relacionado al tema de estudio.

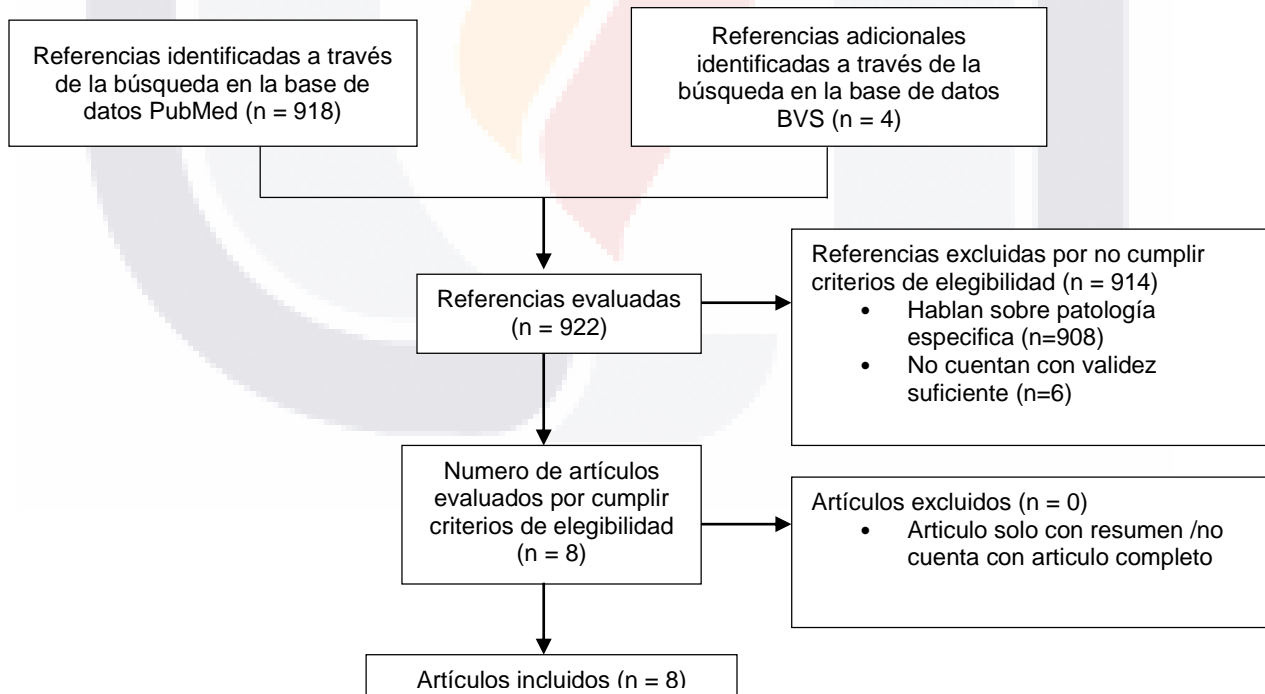


Figura 1. Diagrama de Cochrane

provocada por el coronavirus, mediante el estudio denominado “*Coronavirus*

Anxiety Scale: A brief mental health screener for Covid-19 related anxiety” mismo que fue elaborado como tamizaje breve para identificar aquellos casos con probable ansiedad disfuncional provocada o asociada a la pandemia por COVID-19. Se realizó un estudio tipo transversal con una recopilación de datos realizada mediante encuestas en línea en una población muestra compuesta por 775 adultos, contemplado como condicionante el que los participantes hubieran pasado una hora como mínimo, al pendiente de los medios de comunicación sobre noticias del coronavirus, durante los últimos 14 días y con ello, haber experimentado sentimientos negativos de miedo, preocupación o ansiedad.

Para la introducción de la escala, se desarrollaron un conjunto de 20 ítems aspiracionales basados en literatura psicológica, con el propósito de evidenciar las manifestaciones clínicas asociadas a la ansiedad en lo cognitivo, conductual, emocional y fisiológico. Mediante un Análisis de Componentes Principales (PCA) y Análisis Factoriales Confirmatorios (CFA), se identificaron cinco cargas o dimensiones que fueron elegidas como las más representativas por exceder con creces los criterios para ítems psicométricamente sólidos: mareo, trastornos del sueño, inmovilidad tónica, pérdida del apetito y malestar abdominal, con un α de Cronbach altamente confiable como grupo con 0.93. Los resultados determinaron al CAS como una herramienta válida y de gran utilidad que evalúa las reacciones fisiológicas de miedo y ansiedad relacionadas con la pandemia por COVID-19, comprobando poseer una excelente consistencia interna, confiabilidad, constructo y validez concurrente. Por lo que resulta un tamizaje óptimo dentro de la esfera en salud mental, por poseer cualidades diagnósticas con alta sensibilidad y especificidad (90 y 85% respectivamente). (1)

Cuneyt Evren, Bilge Evren, Ercan Dalbudak y colaboradores, desarrollaron en 2020 la validación turca de la escala Coronavirus Anxiety Scale (CAS) con su estudio “*Measuring anxiety related to COVID-19: a Turkish validation study of the Coronavirus Anxiety Scale*”. Para ello realizaron un estudio transversal en población general, con inclusión de un total de 1,023 participantes reclutados mediante una muestra aleatorizada a quienes se les aplicó la CAS (α de Cronbach = 0.93), la escala de obsesión por COVID-19 (OCS) (α de Cronbach = 0.71) y la escala de

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

miedo a COVID-19 (α de Cronbach = 0.87). Se siguieron los pasos convencionales para la traducción de instrumentos de evaluación mediante traducción y retrotraducción. Consecuente a la aplicación en línea de estos instrumentos a la población muestra, se procedió al proceso de validación, donde se utilizó AMOS para el Análisis Factorial Confirmatorio e IBM y SPSS Statics Version 20 para los análisis estadísticos restantes. Los resultados mostraron una validez convergente adecuada con una varianza media extraída de 0.57 y un coeficiente de confiabilidad mayor a las expectativas con 0.87; la fiabilidad de consistencia interna fue alto, con un alfa de Cronbach = 0.80, con correlaciones ítem-total para la CAS igualmente fuertes con oscilación entre 0.662 y 0.811. Con ello se concluye que la adaptación turca del CAS es una medida válida y confiable para la medición de ansiedad disfuncional, útil con fines de investigación y diagnóstico. (2)

Oli Ahmed, Rajib Ahmed Faisal, Tanima Sharkar et al, publicaron en 2020 la adaptación de la Coronavirus Anxiety Scale al idioma bengalí con el desarrollo de su estudio denominado “*Adaptation of the Bangla Version of the COVID-19 Anxiety Scale*”. Se realizó un estudio transversal en población general, con una muestra aleatorizada de un total de 737 adultos de ambos sexos. Se les aplicó la Escala de Ansiedad por Coronavirus (CAS), la Escala de preocupación por COVID-19 (CWS) ($\omega = 0.881$, α de Cronbach = 0.875), las subescalas de ansiedad y depresión cortas (DASS-21) ($\omega = 0.874$, α de Cronbach = 0.872, $\omega = 0.804$, α de Cronbach = 0.899 respectivamente), y la Escala Breve de Bienestar Mental Warwick- Edinburgh (SWEMWBS) ($\omega = 0.876$, α de Cronbach = 0.874). Se siguieron las directrices de la International Test Commission para la traducción y adaptación de instrumentos de evaluación. Los resultados demostraron una alta correlación con las escalas relacionadas aplicadas en el estudio, una excelente confiabilidad de consistencia interna con un alfa de Cronbach de 0.872, además buena correlación entre ítems y con la puntuación total de la escala, oscilando entre 0.68 y 0.73, lo que traduce una buena discriminación entre puntajes altos y bajos, intervalo de confianza del 95%. La validación de la CAS al bengalí demostró ser útil para la evaluación de ansiedad disfuncional. (3)

Deokhoon Jun, Venerina Johnston y colaboradores, realizaron un estudio en 2016 denominado "*Cross-cultural adaptation and validation of the Depression, Anxiety and Stress Scale-21 (DASS-21) in the Korean working population*" para la traducción y adaptación cultural al coreano de la versión abreviada de la Escala de depresión, ansiedad y estrés (DASS-21), y en el que se analizaron sus propiedades psicométricas específicas para la población trabajadora de ese país. El proceso de traducción se realizó mediante traducción del inglés al coreano. Se continuó con la retro-traducción y revisión por un comité de expertos, quien buscó el consenso con cuatro consideraciones principales de equivalencia: semántica, idiomática, experiencial y conceptual.

La posterior validación de la versión síntesis traducida mostró una consistencia de medición excelente en todas las pruebas psicométricas: consistencia interna con un coeficiente de Cronbach 0.866, 0.833 y 0.828 para las escalas de depresión, ansiedad y estrés probando una buena consistencia y coherente con los valores de la versión en inglés ($0.80 << 0.91$); el análisis factorial exploratorio para el análisis de la validez del constructo de la nueva versión coreana con un valor del análisis KMO de 0.92; consistencia de medición con un coeficiente correlacional intraclase de valores entre 0.84 y 0.94 para cada escala, con un intervalo de confianza del 95. Demostrando así que la versión adaptada del DASS-21 al idioma coreano demostró una excelente validez y fiabilidad en la medición de depresión, ansiedad y estrés.

(4)

Yara Feghali, Hilba Koubissy et al en su estudio "*Cross cultural adaptation and validation of the Arabic Version of the Rating Anxiety in Dementia Scale*" publicado en 2019, realizaron mediante un estudio transversal la traducción y adaptación transcultural de la escala Rating Anxiety in Dementia (RAID) al idioma árabe, en el que se evaluaron sus propiedades psicométricas y se determinó el punto de corte óptimo para la identificación de la ansiedad. La traducción y adaptación de la escala RAID se realizó mediante cinco pasos: traducción del instrumento en su idioma original inglés al árabe, síntesis de la traducción de ambos expertos del idioma, traducción inversa; análisis por comité de expertos, aplicación del pre-test.

La muestra para la ejecución del estudio fue realizada bajo las directrices de 5 a 10 participantes por ítem, contando con un total de 136 participantes, todos con diagnóstico de algún tipo de demencia (Alzheimer, vascular, fronto-temporal, Parkinson, u otros). Dentro de las propiedades psicométricas, la escala RAID-A demostró una alta consistencia interna con un coeficiente alfa de 0.82, con coeficientes de correlaciones totales entre 0.28 y 0.59, lo que indica que cada ítem contribuye de manera significativa al total de la escala. La confiabilidad del test-re-test demostró una fuerte reproductibilidad con una escala interclase = 0.995 y un intervalo de confianza del 95%. Los resultados del análisis de la curva de funcionamiento del receptor demostraron una puntuación de 11 óptima como punto de corte para el diagnóstico de TAG con una sensibilidad del 91% y una especificidad del 82%. (5)

Jafet Arrieta, Mercedes Aguerrebere, Giuseppe Raviola et al publicaron un estudio en 2017, denominado *“Validity and utility of the patient health questionnaire (PHQ)-2 and PHQ-9 for screening and diagnosis of depression in rural Chiapas, México: A Cross-Sectional Study”* en donde se buscó la validez de su uso en poblaciones rurales de habla hispana. Para este estudio, se realizó un diseño transversal para la evaluación de las propiedades psicométricas del Patient Health Questionnaire (PHQ-9) en el diagnóstico de depresión y ansiedad, así como el análisis de la sensibilidad y especificidad del PHQ-2 para su cribado. Se tomó una muestra compuesta por 223 adultos pertenecientes a una comunidad rural de Chiapas, México, en donde mediante entrevista directa, se recopiló los datos utilizando el PHQ-9, el PHQ-2 y la escala BREF de calidad de vida de la organización mundial de la salud (WHOQOL-BREF), que comprende cuatro dominios: salud física, psicológica, relaciones sociales y medio ambiente.

La consistencia interna del PHQ-9 fue buena con un alfa de Cronbach = 0.8, demostrando una adecuada validez predictiva, ya que los participantes que presentaron un diagnóstico de depresión mediante el PHQ-9 tuvieron puntuaciones de calidad de vida más bajas en la escala general de WHOQOL-BREF y para cada uno de sus dominios. Con un punto de corte óptimo de 3, y utilizando el PHQ-9 como gold estándar, el PHQ-2 presentó una sensibilidad del 80% y especificidad del

86.9%, con un odd ratio de probabilidad positiva y negativa de 6.10 y 0.23, respectivamente, así como un área bajo la curva operativa del receptor = 0.89, con un intervalo de confianza del 95%. Se determinó finalmente que tanto el PHQ-2 como el PHQ-9 son herramientas valiosas y útiles para el cribado y diagnóstico de depresión y otros trastornos psiquiátricos, como la ansiedad, en poblaciones rurales de habla hispana. (6)

Zhiecheng Luo, Yuqian Li, Yitan Hou et al en 2015, realizaron el estudio "*Adaptation of the two-item generalized anxiety disorder scale (GAD-2) to Chinese rural population: a validation study and meta-analysis*" donde se buscó determinar las propiedades psicométricas de dicho cuestionario para el diagnóstico de Trastorno de Ansiedad Generalizada entre una población rural china, con la finalidad de verificar su especificidad mediante un estudio de validación. Se realizó un metaanálisis con una muestra de 694 adultos, como parte de un estudio de cohorte; se incluyeron como muestra ciudadanos con edades entre 18 y 79 años. Se aplicó la versión china del GAD-2 en una comparación estadística entre grupos con y sin diagnóstico previo de Trastorno de Ansiedad generalizada; se utilizó la prueba de *t* de student y el alfa de Cronbach para la determinación de la consistencia interna del GAD-2.

En los estudios realizados la prevalencia del TAG diagnosticado utilizando pruebas estándar osciló entre 4.0% y 77.0%. Los resultados arrojaron que 37 pacientes de los reclutados cumplieron con los criterios para TAG actual, con un intervalo de confianza del 95%, siendo de mayor predominancia el sexo femenino, pacientes con tabaquismo activo y bajos niveles de actividad física ($P < 0.05$). Para la fiabilidad y propiedades psicométricas se realizaron pruebas comparativas con búsqueda de casos, reportando una fuerte consistencia interna con un valor de alfa de Cronbach de 0.806. En un punto de corte óptimo de 3, el GAD-2 arrojó un alto índice de Youden de 0.845, con una sensibilidad de 0.865 y una especificidad de 0.980. El área debajo de la curva ROC fue de 0.954 (consistencia interna del 95%: 0.936-0.968), lo que tradujo una alta utilidad y precisión para el GAD-2. Se concluyó que el GAD-2 contiene propiedades psicométricas más que aceptables para la

identificación del Trastorno de Ansiedad Generalizada en la población rural china.
(7)

Jaime A. Yañez, Asghar Afshar Jahanshai y colaboradores, publicaron uno de los pocos estudios hasta la fecha realizados en América Latina sobre la ansiedad y el impacto psicológico en los trabajadores de la salud, titulado “Anxiety, Distress, and Turnover Intention of Healthcare Workers in Peru by Their Distance to the Epicenter during the COVID-19 Crisis”, donde se aborda lo que denominaron *efecto dominó*, un fenómeno referido a aquellos problemas de salud mental mayormente presentados en el personal de salud que labora en el centro del epicentro de atención sanitaria para la pandemia por Covid-19. Se realizó un estudio transversal mediante cuestionario de encuesta durante un periodo aproximado de 4 semanas, con una población de 303 trabajadores sanitarios (médicos, enfermeros, técnicos, farmacéuticos, otros) pertenecientes a instituciones públicas de Perú, circundantes al epicentro de atención principal de pacientes por coronavirus: Lima, Perú. Se utilizaron escalas para medir la ansiedad, angustia y la intención de los trabajadores de renunciar a su labor mediante la Escala de Ansiedad Generalizada (GAD-7) (α de Cronbach = 0.92, correlación interclase = 0.83, sensibilidad y especificidad = 0.80), escala de angustia psicológica de Kessler (K6) (α de Cronbach= 0.89 – 0.92) y a escala de intención de recambio, respectivamente. Los resultados dejaron de manifiesto que el personal de salud encontrado geográficamente más alejado de Lima (epicentro de atención a pacientes contagiados) experimentaron menos ansiedad y angustia mental. (8)

1.2. TEORIAS O MODELOS SOBRE LA ANSIEDAD

1.2.1. Modelo de vulnerabilidad cognitiva.

La vulnerabilidad cognitiva, tiene su origen en la temprana experiencia de apego y afecto en la vida del individuo, instaladas y posteriormente reforzadas a lo largo de su vida, creando así una estructura y características de la personalidad que proveen de herramientas y capacidades individuales para lograr una adaptación y funcionalidad ante las adversidades; sin embargo, la falta de control sobre factores

externos, puede provocar una sensación de “incontrolabilidad”, percibida como malestar emocional, estrés ante un evento considerado entonces negativo, impredecible, indeseable. (9)

La salud mental está determinada por una relación estrecha con la capacidad de adaptabilidad a las condiciones de vida de la persona, es decir, manifiesta estabilidad emocional ante situaciones o circunstancias adversas como el estrés.

Este modelo sugiere que el desarrollo de un ambiente vulnerable y propicio para sufrir descompensación por determinados factores de estrés psicosocial, están sujetas a alteraciones genéticas y factores adquiridos, que son capaces de manifestar la vulnerabilidad y generar en un individuo episodios psicósomáticos. Dichos episodios, pueden presentarse como una reacción tras eventos de sobre exigencia en individuos con tal predisposición; considerando que la posibilidad de que surja un fenómeno en personas que previamente se conocían como sanas, es mayor cuando éstas han sido expuestas a determinado factor.

De esta manera, define a la ansiedad como “una emoción orientada hacia el futuro, caracterizada por las percepciones de incontrolabilidad e impredecibilidad con respecto a sucesos potencialmente aversivos y con un cambio rápido en la atención hacia el foco de acontecimientos potencialmente peligrosos o hacia la propia respuesta afectiva ante tales sucesos”.

El modelo cognitivo de la ansiedad se centra en el concepto de *vulnerabilidad*, misma que consideran como una percepción de sí mismo del individuo como blanco de peligros internos y externos, sobre los que no posee control o éste es insuficiente para proveer la sensación de seguridad. Dicho aumento de la vulnerabilidad, considerada también como una valoración primaria de la amenaza, lleva al individuo a crearse una perspectiva equivocada que aumenta excesivamente la estimación de que se produzca algún tipo de daño y la consecuente gravedad del mismo. A esto, le sigue una deficiente capacidad o subestimación de las propias capacidades para hacer frente al peligro o daño anticipado. Así entonces, se considera a la ansiedad y sus diversos niveles de intensidad, proporcionales a la valoración inicial

de la amenaza y secundariamente a la capacidad y seguridad que se posea para afrontar el peligro.

Manifiesta distintos criterios para la distinción de la ansiedad y miedo anormales, de los que destaca la *cognición disfuncional*, un principio que deriva de una apropiación falsa y una valoración errónea de una situación peligrosa que no puede ser confirmada a través de una valoración directa; el miedo excesivo y considerable, es provocado por creencias disfuncionales sobre la amenaza, mismo que se considera independiente de la realidad objetiva de las circunstancias. (9)

Esta teoría considera variables que pueden ser consideradas tanto como “protectoras” o, por el contrario, “potenciadoras” de una reacción de este tipo. *Factor de riesgo o de protección*, se considera a aquellas cualidades o situaciones propios o no de los individuos, que pueden relacionarse con fenómenos de salud y que tienen la capacidad de determinar una mayor o menor probabilidad de que ocurra un evento en la salud de los individuos expuestos a ellos.

Visto así, esta teoría remarca la injerencia importante que representa lo que podríamos denominar un umbral de vulnerabilidad: si la situación productora de estrés se encuentra por debajo del umbral, el individuo responderá al factor de estrés con una crisis de menor gravedad, con mayor capacidad autorreguladora y buscará el equilibrio nuevamente de manera casi automática; si por el contrario, el nivel de tensión sobre dicho umbral rebasa las habilidades adaptativas, el resultado obtenido será de la presentación de una crisis mayor. (9)

1.2.2. Modelo de expectativa de ansiedad de Reiss.

Defiende el concepto de “sensibilidad a la ansiedad”, en una ampliación del modelo por Reiss y McNally (1985), que hace referencia a las creencias o convicciones de los individuos altamente sensibles a la ansiedad, considerando que éstos poseen una tendencia mayor a experimentar sensaciones de angustia, en comparación a aquellas personas con bajos niveles de sensibilidad. Traspolando a las teorías de condicionamiento, este modelo propone que lo aprendido no es la asociación entre

un estímulo no condicionado y otro condicionado, sino lo que se espera ocurra ante ciertos acontecimientos, las expectativas.

En otras palabras, bajo este modelo, el autor nos denota una predisposición a reconocer con miedo, angustia e incertidumbre a objetos o situaciones de adversidad, respondiendo con aprehensión a signos y síntomas desencadenados, siendo así, predictores de ataques de pánico y desarrollo posterior de trastornos de ansiedad generalizada. (10)

1.2.3. Modelo de la aprensión ansiosa de Barlow.

Propone que la *aprensión ansiosa*, término que se adjudica a todos los trastornos de ansiedad, no solamente al TAG (Trastorno de Ansiedad Generalizada), es un proceso que comienza ante la percepción por parte del individuo de un estímulo en una situación determinada, que potencialmente provoca predisposición ansiosa a través de recuerdos almacenados en la memoria a largo plazo, mismo que dará lugar al desarrollo de un alto efecto negativo en el estado de ánimo, desencadenado por emociones dominadas principalmente por una sensación de incontrolabilidad, impredecibilidad e incapacidad para el manejo de la situación de estrés.

Dado lo anterior, la consecuencia inmediata será una “autoevaluación” por parte del individuo, es decir, un cambio en la atención donde se centra en sí mismo, que da como resultado un aumento en la *activación* o hipervigilia, condicionando así que éste comience a desarrollarse de manera crónica.

Esta activación del esquema cognitivo aprensivo da como resultado una incapacidad de afrontamiento, que invariablemente tendrá como consecuencia a largo plazo, la disminución del rendimiento del individuo para aquellas actividades donde la concentración y la atención sostenida sean requeridas. Por tal motivo, la preocupación desarrollada se considerada como patológica, dando lugar a lo que el autor denomina como un “esquema cognitivo de incapacidad”. (11)

1.2.4. Modelo de Evitación cognitiva de Barkovec.

Centra su atención en el papel fundamental de la “preocupación” dentro de la génesis de la ansiedad; maneja a este término como una necesidad imperante del individuo de encontrar una solución a determinado problema, mediante la respuesta que dé ante una amenaza percibida. No obstante, a pesar de ser una emoción presente de manera cotidiana en los individuos ante situaciones de estrés, el autor apunta que la preocupación se vuelve patológica cuando, una vez que el individuo se preocupa, aquellas imágenes o recuerdos desagradables o aversivos que normalmente se desean evitar, vuelven al pensamiento actual con suma facilidad, provocando paradójicamente un estado de activación o hipervigilia.

Este modelo señala que el origen de la preocupación patológica tiene lugar en aquellos individuos que tienden a percibir el mundo o la realidad de una manera deformada, borrosa, dudosa, concibiéndolo como un lugar peligroso donde, ellos creen, no tendrán las capacidades necesarias para enfrentar situaciones amenazantes hipotéticas.

Según lo señala el autor, con lo anterior, la preocupación patológica da lugar a una serie de pensamientos que el individuo se ve imposibilitado de controlar sobre cómo enfrentar posibles amenazas, es decir, una “respuesta de evitación cognitiva interna”, misma que dará lugar posteriormente a un reforzamiento negativo percibido por el sujeto, puesto que al no concretarse ninguna amenaza preconcebida, el pensamiento del individuo concluye que al preocuparse, se disminuyen las probabilidades de que el suceso temido termine aconteciendo de manera real. (11)

1.2.5. Modelo metacognitivo de la preocupación y el trastorno de ansiedad generalizada de Wells.

Este modelo señala que la preocupación patológica, concepto previamente desarrollado por otros autores, surge en contradicción al modelo de Barkovec, con base en el desarrollo y mantenimiento de ideas o creencias metacognitivas

positivas, dentro del mismo proceso de la preocupación; es decir, la convicción del individuo en que, entre mayor sea su preocupación, mejor serán los resultados obtenidos. Tal principio tiene su fundamento en el “aprendizaje modelado por figuras parentales” (padres preocupadizos) y el refuerzo negativo propuesto Barkovec, que tiene lugar tras experimentar preocupación, pero amenazas temidas no concretadas. (11)

1.2.6. Modelo de Intolerancia a la incertidumbre de Dugas.

Mantiene a la intolerancia a la incertidumbre, como un factor determinante y estrechamente relacionado con el origen de la preocupación excesiva y por ende, del trastorno de ansiedad; representando reacciones emocionales, cognitivas y de conducta predominantemente negativas hacia circunstancias de incertidumbre.

Se define la intolerancia a la incertidumbre, como una predisposición del individuo a responder de manera negativa, independientemente de las probabilidades de ocurrencia o sus posibles consecuencias, ante cualquier evento, situación o circunstancia incierta, con un rol subjetivo determinante. Este modelo señala, que entre mayor sea el nivel de dicha intolerancia, más elevado será el número y gravedad de las reacciones ante situaciones negativas o de estrés, conllevando consigo una activación emocional y estado de hipervigilia constante. (11)

1.3. ANSIEDAD Y PERSONAL DE SALUD

Dentro del ámbito sanitario, el personal de salud se desenvuelve en un ambiente fluctuante y de constante cambio, donde la responsabilidad ética sobre el tratamiento, manejo y toma de decisiones respecto al paciente y sus familias, conlleva una carga de trabajo, estrés laboral y tensión emocional importantes. Todo exceso e interpretación emocional desproporcionada lleva consigo consecuencias a nivel físico y psicológico, mismos que influyen de manera importante en cómo se desempeña el profesional de la salud, su calidad de la atención y contacto con el paciente. (12)

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

A finales de la década de 1970, fueron publicados los primeros estudios sobre desarrollo de sintomatología psicosomática en profesiones relacionadas con atención a pacientes, como lo es la medicina y enfermería; dentro de éstas investigaciones se destaca el Síndrome de Burnout y reacciones emocionales vinculadas con estrés, depresión y ansiedad. (13)

Según García Rivera y colaboradores, en su estudio “Estados afectivos emocionales (depresión, ansiedad y estrés) en personal de enfermería del sector salud público en México”, se deja de manifiesto que el estrés laboral, íntimamente vinculado como desencadenante de sintomatología de ansiedad, es considerado un problema de gran magnitud y trascendencia mundial, que afecta al trabajador y su propia productividad en el ámbito hospitalario, además de ser considerado como la segunda causa de baja laboral. (13)

Con el avance del arte del conocimiento científico, la tecnología en materia de salud y la demanda de profesionales capacitados para un grupo poblacional, que muchas veces excede el número de recursos humanos sanitarios disponibles, se ha observado el incremento de estados de ansiedad patológica en puestos de trabajo dedicados al área de la salud. (12) Con ello, se han identificado un gran número de factores de riesgo predisponentes y causales de episodios de ansiedad, tales como la carga laboral, grado de responsabilidad, turnos de trabajo incompatibles con el ciclo biológico, contacto con pacientes, horarios irregulares, escasez de personal, así como limitación en el tiempo para brindar una atención en salud de calidad, entre otros. (14)

Lo anteriormente mencionado termina por desencadenar en los trabajadores del área de la salud problemas de salud mental a corto, mediano y largo plazo, determinados por el grado y calidad de apoyo que reciben antes, durante y después de un acontecimiento de estrés significativo y desafiante, como lo es en la actualidad, la pandemia por COVID-19.

Para la determinación de dichos problemas en salud mental, deben identificarse comportamientos indicadores de alteraciones con un trasfondo psicológico secundario a factores de riesgo (ya mencionados) o acontecimientos de estrés importantes; dentro de éstos podemos citar:

- Frecuencia cardiaca rápida palpitaciones, tensión muscular, cefalea, temblor, molestias gastrointestinales, náuseas, incapacidad para relajarse durante horarios laborales, problemas para conciliar el sueño.
- Aumento o disminución en los niveles de energía, aumento en el consumo de alcohol, tabaco u otras sustancias psicoactivas,
- Sentimientos negativos de enojo, frustración, irritabilidad, tristeza.
- Dificultad del pensamiento: desorientación o confusión, dificultad para resolver problemas y tomar decisiones, dificultad para recordar instrucciones.
- Comportamientos problemáticos o riesgosos: negación para seguir órdenes, poner en peligro a compañeros de trabajo, mal uso de medicamentos prescritos o alcohol.
- Conflictos sociales: irritabilidad, ira, hostilidad, culpa, poca empatía hacia compañeros de trabajo, conflictos laborales o familiares, aislamiento personal. (15)

1.4. TEORIAS DE LOS TEST.

1.4.1. Teoría Clásica de los Tests (TCT).

Es el enfoque predominante en la construcción y análisis de los tests, con más de cien años en uso. Surge del modelo lineal de puntuaciones formulado por Spearman y Novick (1966). La formulación matemática que maneja es simple: el puntaje observado en un test de un individuo es el resultado de la suma del valor real (puntaje verdadero) y el error de medición. (16) (17)

Se basa en el *Modelo Lineal Clásico* desarrollado por Spearman a principios del siglo XX, que consiste en asumir que la puntuación un sujeto obtiene de un test (puntuación empírica, representada por X) está conformada por dos unidades: la puntuación verdadera (v) y el segundo error (e). (17)

Es así, que Spearman añadió tres supuestos al modelo, necesarios para que el modelo sea operativo matemáticamente; éstos derivan de la consideración de aleatoriedad para los errores:

- TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS
1. La puntuación verdadera (V) es aquella que se obtiene como media si a una persona se la aplicara infinitas veces el mismo cuestionario. Se representa como $V = E(X)$.
 2. El valor dado a la puntuación verdadera es independiente del error de medición. Se representa como $r(v, e) = 0$.
 3. Los errores de medida cometidos en una ocasión, en un test concreto, no se relacionan con los errores cometidos en otro test distinto. (18)

1.4.2. Teoría de Respuesta al Ítem (TRI)

La teoría de la respuesta al ítem (TRI) es un marco teórico que se utiliza en la evaluación psicológica y educativa para el diseño, análisis y calibración de pruebas y cuestionarios. Esta teoría se basa en la idea de que las respuestas a un ítem o pregunta específica en un examen o evaluación están influenciadas no solo por las habilidades o rasgos del evaluado, sino también por las características del ítem en sí. (17)

La TRI se enfoca en la relación entre la habilidad o rasgo del evaluado y la probabilidad de responder correctamente a un ítem específico. La TRI utiliza modelos matemáticos para predecir la probabilidad de que un evaluado responda correctamente a un ítem en particular, lo que permite estimar su nivel de habilidad o rasgo subyacente. (16)

El objetivo principal de la TRI es proporcionar medidas de la habilidad o rasgo de un individuo que sean precisas y confiables, y que también sean comparables a través de diferentes ítems y pruebas. Esto es especialmente útil en situaciones donde se desea comparar el rendimiento de diferentes individuos o grupos, o evaluar el cambio en la habilidad o rasgo de un individuo a lo largo del tiempo. (18)

Se presenta la Curva Característica del Ítem en el Anexo 1.

Al igual que en la TCT, la Teoría de Respuesta al Ítem posee tres supuestos para su valor operativo matemático:

- TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS
1. Unidimensionalidad del Espacio Latente: en donde el espacio latente es un espacio k-dimensional en el que todos los individuos que respondan a un test pueden ser representados.
 2. Independencia local de ítems y sujetos: con un valor de rasgo determinado (Θ), la probabilidad de acertar en ese ítem es independiente de la de obtener el mismo acierto en cualquier otro.
 3. La CCI y todas sus propiedades permanecen invariables de un grupo a otros sujetos siempre y cuando los conjuntos tengan un referente común. (18)

1.5. TRADUCCIÓN Y ADAPTACION DE INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN.

1.5.1. Traducción y adaptación transcultural de instrumentos de evaluación en psiquiatría: aspectos metodológicos.

Nos resalta la importancia de seguir un proceso que nos asegure la equivalencia conceptual con el instrumento de evaluación original y que contenga una aplicabilidad transcultural garantizada. Y aún más, tratándose de instrumentos de evaluación psiquiátrica, puesto que éstos valoran aspectos de una manera muy subjetiva, motivo por el que resulta indispensable contemplar las características culturales e idiomáticas, cuyas diferencias influyen de forma casi directa en cómo es percibida y comunicada la enfermedad por los individuos. (19)

Este trabajo mantiene que, para llegar a esto, se deben de cumplir tres fases principales: 1) Traducción del instrumento 2) adaptación idiomática y cultural y 3) verificación de fiabilidad y validez psicométricas.

1.5.2. Proceso de traducción

Se señala que inicialmente se deben contemplar las diferencias culturales y étnicas entre la cultura origen del instrumento y aquella en la que se pretende utilizar la nueva versión; para ello, es necesario conocer dos términos que nos ayudarán a discernir entre aspectos comunes entre varias culturas y, por el contrario, aquello

que se considera específico de una cultura determinada: aspectos *etic* y *emic*, respectivamente.

Maneja cuatro aproximaciones como opciones al momento de plantearse la traducción de un instrumento:

- a) *Etnocéntrica*, que plantea una traducción a otro idioma sin considerar la adecuación cultural, puesto que las dimensiones conceptuales en materia de salud que posee el instrumento de origen son enteramente transferibles a la cultura objetivo, es decir, ambos idiomas, el origen y diana, tienen una relación suficiente como para permitirse este tipo de *traducción* (aspectos *etic*).
- b) *Pragmática*, busca los aspectos que potencialmente puedan ser compartidos entre las dos culturas, con la finalidad de realizar una traducción únicamente de éstos.
- c) *Emic y Etic*, consiste en una fusión de las dos anteriores, puesto que busca determinar los aspectos comunes a ambas culturas y traducirlos, como primera instancia, para continuar con aquellos específicos de la cultura diana (aspectos *emic*), con el objetivo de realizar una adaptación que pueda ser socio culturalmente valorada.
- d) *Reinterpretación*, en este apartado, la traducción que es imposible de llevar a cabo, puesto que las culturas o idiomas no comparten aspectos en común. Es entonces que, para lograr el objetivo, se recurre al desarrollo de todos los ítems, desde cero, con una reinterpretación de sus conceptos.

Posteriormente debe verificarse la *equivalencia de las versiones*, es decir, conseguir que ambas versiones, tanto la original como la traducida sean semejantes y que midan los mismos aspectos, pudiéndose utilizar distintas equivalencias: técnica, semántica o conceptual. Todas poseen un objetivo en común: “obtener un equivalente cultural del instrumento”.

Antes de iniciar con un proceso metodológico para la traducción del instrumento, se debe seleccionar al traductor que lo llevará a cabo. Éste debe poseer determinadas

características en base a su conocimiento del idioma y la cultura del instrumento de origen: dominar ambos idiomas, sobre todo aquel de la cultura diana; ser no solo bilingüe, sino bicultural (haber vivido en ambos países); ser capaz de utilizar ambos idiomas tanto de manera personal como social; estar familiarizado con el proceso en técnicas de traducción, entre otras.

1.5.2.1. Metodología de la traducción (procedimientos)

- a) *Traducción simple*: en éste, la traducción del instrumento es realizado por un solo traductor; sus ventajas son el bajo costo, requiere poco tiempo en su realización y se realiza sin mayores complicaciones.
- b) *Traducción en grupo*: participan dos o más personas bilingües, que traducen el instrumento por separado, para en un segundo paso, trabajar sus respectivas versiones para obtener una única versión consensuada en base a la discusión previa sobre las diferencias encontradas.
- c) *Traducción – retrotraducción*: consiste en un primer paso con la traducción del idioma original al diana por un bilingüe, seguida de una nueva traducción de ésta versión obtenida inicialmente, al idioma original nuevamente, realizada por un traductor bilingüe distinto. De esta manera, lo que se obtiene son dos versiones diferentes en el idioma original del instrumento, mismas que serán comparadas entre sí, en búsqueda de incongruencias o diferencias en los conceptos, expresiones o palabras de los ítems. Esta técnica es también conocida como *traducción doble*.
- d) *Traducción descentralizada*: variante de la técnica anterior, consiste en el mismo principio, con la diferencia de la realización de modificaciones sucesivas en ambas versiones, tanto la original como la diana, obteniendo cuestionarios equivalentes conceptualmente.

1.5.2.2. Proceso de verificación transcultural

Una vez realizada la traducción del instrumento, el proceso de verificación transcultural consiste en corroborar el comportamiento del cuestionario en grupos distintos a los investigadores; para lo cual es necesario una muestra, ya sea de población general representativa al objetivo de la aplicación del instrumento, o en figuras claves de sectores representativos relacionados íntimamente con el contenido del instrumento. Se cuentan con las siguientes técnicas:

1.5.2.3. Técnicas inespecíficas

- a) *Estudio piloto*: basada en una muestra de individuos preferentemente representativos a la población objetivo de la aplicación del instrumento; en esta técnica se detectan posibles discrepancias del proceso de traducción, mediante la opinión de los individuos de la población, sobre la comprensión del cuestionario.
- b) *Estudio con individuos bilingües*: en ella participan varios individuos que dominan tanto el idioma origen como diana, para realizar un análisis de ambas versiones, con a finalidad de comparar la igualdad de respuestas para cada ítem.
- c) *Comprobación de tareas*: variante de la técnica anterior, en donde la aplicación de los cuestionarios contiene la realización de distintas tareas, con lo que el individuo entrevistado realiza lo que mismo que en el cuestionario original.

1.5.2.4. Técnicas de análisis cualitativo.

- a) *Elaboración de mapas de conceptos*: consistente en obtener la opinión por parte del entrevistado, acerca de distintos aspectos sobre los conceptos, áreas o ítems incluidos en el instrumento.

- b) *Entrevista con información clave*: técnica que pretende eliminar el llamado “error democrático”, comúnmente cometido cuando la muestra de población se realiza a partir de un solo miembro de un grupo cultural; con esta técnica se busca la participación de aquellos individuos verdaderamente representativos de un grupo, ya sea por su posición, reputación o conocimiento.
- c) *Panel de expertos*: un grupo de personas consideradas como expertas en el tema manejado en el instrumento participan en la comprobación del contenido, tanto lingüístico como conceptual de la cultura donde pretende emplear.
- d) *Ordenación por montones*: en ésta los participantes ordenan los ítems o conceptos en grupos, mediante tarjetas, con el objetivo de conocer la manera en que se agrupan los conceptos propios del instrumento.
- e) *Listado libre*: consiste en la composición de una lista realizada por los individuos, sobre los ítems o elementos que suponen están incluidos en un tema o concepto abordado en el instrumento; así, se determina que ítems tienen mayor significancia ya sea por su importancia o la frecuencia de su aparición.
- f) *Grupos de focalización*: entrevista que permite la obtención de información relacionada con opiniones y sentimientos propios de un problema determinado. (19)

1.5.3. Adaptación cultural y validación de cuestionarios de salud: revisión y recomendaciones metodológicas.

José María Ramada, Consol Serra, George L Delclos-Clanchet y colaboradores, en su trabajo “Adaptación cultural y validación de cuestionarios de salud: revisión y recomendaciones metodológicas” resaltan la importancia sobre la traducción, adaptación cultural y validación de cuestionarios de salud, denominado bajo las siglas TACV; puesto que si dicho proceso, no es realizado de manera adecuada, pueden llegar a producirse errores de distinta índole, siendo necesario incluso

cuando el objetivo es aplicar un instrumento con un mismo idioma, pero a países diferentes. Es por tal motivo, que dicha necesidad de realizar un intercambio de experiencias y comparaciones entre las distintas poblaciones requiere de versiones lingüísticamente adaptadas y validadas de manera adecuada de los instrumentos. (20)

Los autores realizaron una revisión bibliográfica de artículos sobre la TACV, cuyo objetivo fue la traducción de un cuestionario a un idioma distinto al original, consensando recomendaciones metodológicas a partir de la opinión en común de distintos autores; mencionan que éste debe ser un procedimiento sistematizado, donde proponen deben seguirse dos etapas principales, con sus subsiguientes pasos:

1. *Adaptación cultural*: donde se lleve a cabo una traducción directa del idioma origen, su síntesis, una posterior traducción inversa, consolidación por un panel de expertos y un pre-test. Siendo necesario en esta etapa, tener en cuenta el contexto cultural y la percepción en cuanto a salud y enfermedad que puede llegar a ser muy distinta entre las diferentes poblaciones.
2. *Validación*: evaluación de la consistencia interna, confiabilidad intra e interobservador, validez lógica de contenido, criterio y constructo; donde el principal objetivo será la valoración de las propiedades psicométricas del instrumento traducido.

1.5.3.1. Primera etapa: traducción y adaptación cultural

Etapla donde se realiza la traducción del cuestionario en su versión original, procurando mantener la estructura del instrumento. Su objetivo principal es lograr que la nueva versión traducida mantenga una equivalencia semántica, experiencial, idiomática y conceptual con la herramienta de evaluación original.

El consenso realizado por los autores refiere se recomiendan una secuencia de cinco pasos dentro de esta fase:

1. Traducción directa

Es la traducción conceptual del instrumento de evaluación, donde deben participar preferentemente, dos traductores bilingües independientes, cuyo idioma natal sea el idioma destino. Será necesario que uno de los traductores posea experiencia previa en la técnica de traducción de textos y que, además, conozca los objetivos y conceptos del cuestionario. El otro de los traductores participantes no tendrá conocimientos previos sobre el instrumento o los objetivos de éste y el estudio a realizar.

La tarea principal de los traductores será la detección de dificultades en la comprensión y traducción del cuestionario ocasionadas por el uso de tecnicismos o utilización de vocablos poco comunes.

2. Traducción inversa

También denominada “retrotraducción”, consiste en retro-traducir, es decir, tomar la síntesis de la versión traducida, y realizar una nueva traducción a su idioma original, con la participación de al menos dos traductores profesionales bilingües cuyo idioma natal sea la misma del instrumento original.

Su utilidad radica en que se determina si entre el instrumento original y la versión de síntesis obtenida anteriormente, existen diferencias semánticas o conceptuales importantes.

3. Consolidación por un comité de expertos

Su objetivo es llegar a un único instrumento consolidado y catalogado como pre-final, adaptado al idioma destino. Deberá estar constituido por un comité multidisciplinario, además de los traductores ya implicados previamente, con expertos bilingües en el tema si es posible: lingüistas, expertos en metodología y un profesional de la salud.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

A este punto del proceso de TACV, ya se debe contar con los pasos previos de traducciones directas, versiones de síntesis y retrotraducciones. El comité de expertos se asegurará de que el cuestionario pre-final sea totalmente comprensible para una persona escolarizada.

4. Pre-test (aplicabilidad/viabilidad)

La realización de un pre-test resulta imprescindible para la correcta realización del proceso de TACV, puesto que permite evaluar la calidad de los pasos anteriores ya realizados: la traducción, adaptación cultural y la aplicabilidad o viabilidad del cuestionario. Para su ejecución, la recomendación dicta realizar el pre-test con participantes de distintos niveles educativos, con la condición de saber leer y comprender lo leído, para la aplicación de cuestionarios autocumplimentados.

Para la selección de muestra será necesario determinar los criterios de inclusión y exclusión, que incluyan el método de selección de los participantes. Una vez seleccionados, se solicitará a cada participante datos relevantes que incluyan características sociodemográficas, nivel educativo y ocupación.

Posterior a la realización de la versión consolidada del pre-test, se les solicitará a los participantes aportar comentarios sobre cualquier aspecto que haya tenido dificultad para ser comprendido, con el objetivo de realizar un informe donde se identifiquen los posibles conflictos en la comprensión de las instrucciones, preguntas u opciones de respuestas en el instrumento de evaluación. Se considera que, si al menos un 15% de los participantes expresaron dificultades con una pregunta específica, ésta debe ser revisada nuevamente por el comité de expertos.

1.5.3.2. Segunda etapa: validación del cuestionario en el idioma destino

La validación en el idioma de destino representa el segundo reto en el proceso de TACV puesto que, a pesar de contar con una correcta traducción y posterior adaptación cultural, eso no siempre garantiza la preservación de las propiedades psicométricas del instrumento original.

Según los autores, para que un instrumento se considere admitido, debe reunir ciertas características relacionadas con dos propiedades de los cuestionarios, la fiabilidad y la validez: a) ser fiable y capaz de utilizarse para evaluación y medición sin errores; b) detectar y medir cambios tanto entre los individuos participantes como en un mismo participante a través del tiempo; c) ser sencillo, fácil de comprender, viable y aceptado globalmente por los investigadores y usuarios; d) ser apropiado para realizar la medición del fenómeno de estudio; e) reflejar la teoría subyacente en el concepto que se pretende medir.

Según revisiones las revisiones en la literatura realizadas por los autores, la evaluación de la fiabilidad y validez de los instrumentos tiene distintos métodos propuestos, de entre los que se puede citar el siguiente orden:

1. Fiabilidad

Se le denomina así al nivel en que un cuestionario es capaz de realizar una medición sin errores. Según el artículo de revisión “mide la proporción de variación en las mediciones que es debida a la diversidad de valores que adopta la variable y no al posible error sistemático o aleatorio”. Su fiabilidad podrá ser evaluada para todas o ciertas de sus tres dimensiones, dependiendo de las características propias del instrumento:

1.1 *Consistencia interna*

Se le denomina así al grado de interrelación y coherencia de los ítems, a través del cual, podrá evaluarse si éstos últimos, tratándose de aquellos que miden un mismo constructo, presentan homogeneidad entre ellos. Se le conoce como *constructo* a aquella cualidad latente e invisible de un individuo o población que no puede ser observada ni medida directamente, puesto que se desarrolla dentro de una teoría; sin embargo, continúa siendo imprescindible probar de forma empírica que el cuestionario es útil para medir lo que se pretende.

Comúnmente la medición de los constructos es realizada a través de cuestionarios donde cada ítem guarda relación con la cualidad de interés no observable, solicitando una respuesta a la que se le asigna una puntuación; la suma de la puntuación brinda la escala del instrumento, que puede estar conformada por un subgrupo de escalas en algunas ocasiones.

El *coeficiente de alfa de Cronbach* es la media utilizada para ponderar las correlaciones entre los ítems que conforman una escala. Adopta valores entre 0 y 1, considerándose valores de alfa superiores a 0.70 como aquellos suficientes para garantizar la consistencia interna de la escala. Se debe calcular igualmente cuando existan subescalas, de manera que deberá medirse para los ítems respecto a una puntuación global y respecto al valor de la misma subescala, obteniendo la correlación ítem-total y correlación ítem-subescala, respectivamente.

1.2 Fiabilidad test-retest (también conocida como fiabilidad intra-observador)

Se refiere a la repetibilidad del cuestionario cuando es aplicado mediante el mismo método a la misma población, pero en dos momentos distintos. Cuenta con dos variantes, cuantitativa y cualitativa; en el caso de la primera, su análisis se realiza mediante el cálculo del *coeficiente de correlación intraclass (CCI)*, mientras que en al ser cualitativa, se utiliza el cálculo del *índice Kappa de Cohen*.

Un punto a considerar dentro de este paso en la validación es el tiempo transcurrido entre la aplicación del test por primera vez y la segunda (re-test), mismo que dependerá íntegramente del objetivo a medir dentro del estudio. Se recomienda no sea tiempo prolongado para con ello evitar que el fenómeno observado pueda ser susceptible de sufrir variaciones que pudiera alterar el valor de repetibilidad; tampoco deberá ser un periodo de tiempo demasiado corto, puesto que se pretende evitar el recuerdo de las respuestas del cuestionario.

1.3 Fiabilidad inter-observador

Se le conoce así al grado de acuerdo que existe entre dos o más evaluadores que valoran a los mismos individuos en un mismo cuestionario. Se trata de una

propiedad que no es posible evaluarse en el caso de cuestionarios autocumplimentados; su evaluación se realizara mediante el coeficiente de correlación intraclase para escalas cuantitativas y el índice de Kappa de Cohen para cualitativas.

2. Validez

Es la facultad del instrumento de medir el constructo para el que fue diseñado. Es susceptible de evaluarse en todas sus dimensiones, o solo alguna de las cuatro existentes: validez aparente o lógica, de contenido, de criterio y constructo.

2.1 Validez aparente o lógica

Es el nivel en que el instrumento puede medir de manera lógica lo que se pretende medir, a criterio de los usuarios y expertos. Es una dimensión dentro de la validez que deberá ser medida en el momento de su diseño.

2.2 Validez de contenido

Se le conoce al grado en que el cuestionario posee la capacidad de medir la mayor parte de las dimensiones del constructo, teniendo en cuenta que, éste último, suele estar compuesto por varias dimensiones. Su evaluación representa la valoración de los ítems y si éstos representan de manera significativa lo que se quiere medir. Así, una herramienta con alta validez de contenido será aquella que mide todas las dimensiones del constructo.

2.3 Validez de criterio

Recurre a la comparación del instrumento contra algún criterio externo o prueba de referencia, comúnmente conocida como *gold standard* (GS). Posee dos dimensiones:

- a) Validez concurrente: nivel en que el resultado del cuestionario coincide con el valor de un GS. Su análisis y cuantificación, puede ser realizado de dos maneras: una consiste en evaluar la fuerza de correlación que existe entre el resultado del instrumento y el del GS,

que puede ser cuantificado mediante el coeficiente de correlación de Pearson (r). El otro enfoque consiste en el análisis de la sensibilidad y la especificidad. Entre mayor sean éstas y menor sea el porcentaje de resultados falsos positivos o negativos, mayor será la validez concurrente.

Se conoce como *sensibilidad* a la capacidad de un cuestionario para detectar a los individuos que presentan el fenómeno de estudio; dicho de otra manera, es la probabilidad de que al aplicarle el instrumento al individuo que realmente presenta el fenómeno, su resultado sea positivo. Puede ser calculado mediante el cociente entre verdaderos positivos (VP) y la suma de los VP con los falsos negativos (FN).

La *especificidad*, por otra parte, es la facultad para detectar a aquellos que no presentan el fenómeno de estudio, siendo así la probabilidad de que el resultado sea negativo al aplicar el cuestionario a un individuo que no presente el fenómeno estudiado. Se calcula mediante el cociente entre los VN y la suma de los VN y los FP.

En términos generales, se consideran valores superiores a 0.80 para determinar una sensibilidad y especificidad aceptable.

- b) Validez predictiva: grado en que puede predecir un resultado determinado. El *valor predictivo positivo* (VPP) es la probabilidad de obtener un resultado positivo en la aplicación del cuestionario a un individuo que presenta el fenómeno de estudio que se pretende medir. Se conoce como *valor predictivo negativo* (VPN) a la probabilidad de que el fenómeno estudiado no esté presente cuando el resultado del cuestionario es negativo.

2.4 Validez de constructo

Es el nivel en que las evaluaciones resultantes de las respuestas del instrumento pueden ser consideradas como una medición del fenómeno estudiado. Para su realización es necesario contrastar las hipótesis formuladas previamente sobre el comportamiento de las puntuaciones de un cuestionario en circunstancias distintas.

En el anexo 2, se muestra una imagen resumen del consenso sobre el abordaje de las etapas en secuencia de 5 pasos.

1.5.4. Directrices para la traducción y adaptación de los test: segunda edición

Se trata de un artículo donde José Muñiz, Paula Elosua, Ronald K. Hambleton y colaboradores realizaron una revisión sobre las directrices originales propuestas por la Comisión Internacional de Test para la guía en el proceso de traducción y adaptación cultural de instrumentos de evaluación. (21)

Lo anterior considerando que el proceso de adaptación de test y cuestionarios para su utilización en contextos lingüísticos y culturales distintos al idioma de origen no es una práctica reciente; sino que su uso ha ido incrementándose durante los últimos años como una respuesta a la necesidad en los ámbitos educativo, social, clínico, para la implementación de contacto entre culturas e idiomas por medio de la aplicación de instrumentos.

Sabedores de dicha necesidad, la comisión Internacional de Tests (*international Test commission, ITC*), en 1994 emprendió la elaboración de normas relacionadas con este proceso, proyecto que llevó al origen de un conjunto de 22 directrices cuyo objetivo es orientar al investigador sobre las distintas fuentes de error que pueden intervenir en el proceso de adaptación de instrumentos de evaluación. Dichas directrices fueron agrupadas en cuatro apartados: contexto, construcción y adaptación, aplicación e interpretación.

Durante las últimas décadas, se han producido avances trascendentales en cuanto al proceso de traducción y adaptación de instrumentos, desde perspectivas metodológicas, psicométricas y sustantivas, lo que ha dado lugar a la obligación de analizar las normas originales para la revisión de los nuevos desarrollos. El objetivo de estas directrices es que la adaptación final respecto al instrumento original consiga la mayor equivalencia lingüística, cultural, conceptual y métrica posible.

Directrices previas

Centran su atención sobre dos puntos previas a la realización de cualquier proceso de adaptación socio cultural y que implican su correcta planificación: a) la comprobación del registro de propiedad intelectual; ya que garantiza la autenticidad de la síntesis final y protege a los instrumentos de adaptaciones no acreditadas, y b) el estudio de la relevancia del constructo, es decir, el análisis de las particularidades del constructo que se pretende medir en la población objetivo, puesto que suele cometerse el error de asumir sin más la universalidad de los constructos entre las distintas culturas, lo que vuelve imprescindible la evaluación del solapamiento entre la población origen y la población diana.

Directrices sobre el desarrollo del test

Orientan sobre todo el proceso de adaptación y desarrollo del cuestionario, además de ofrecer modelos para evitar errores comunes durante el procedimiento, como el utilizar la traducción literal como garantía de equivalencia entre instrumentos, o por otra parte, poner todo el peso de la validez a la traducción inversa.

Las normas del desarrollo aconsejan la implementación de un procedimiento iterativo de depuración para tener en consideración los distintos factores lingüísticos y culturales durante la adaptación, que se inicia con diversas traducciones independientes que serán valoradas posteriormente por un comité multidisciplinario donde, de preferencia, se verán incluidos especialistas en el campo de evaluación que tengan a viera analizar la adecuación de la nueva versión adaptada, además de los traductores ya incluidos por defecto.

Estas directrices incluyen a su vez una sección en donde se enfatiza la importancia de realizar pruebas piloto, con el fundamento en que, al realizar éstas mediante una pequeña muestra, la disponibilidad de datos obtenidos permite analizar y corregir lo necesario en el instrumento durante el desarrollo de su adaptación. La realización de *pruebas piloto* provee de diversos beneficios, entre los que se citan: a) recoger “in situ” las reacciones de las personas que realizan la prueba; b) asegura que

instrucciones e ítems sean tengan una adecuada comprensión por parte del participante; c) colecta información sobre posibles errores en el contenido que deberán ser corregidos antes de pasar a la siguiente fase; d) permite el registro del tiempo necesario para la ejecución del instrumento de evaluación.

Directrices de confirmación

En el caso de las directrices de confirmación, hace referencia a propiedades técnicas relacionadas a aspectos psicométricos del cuestionario adaptado y su equivalencia con el instrumento original. Proponen entonces, realizar estudios de equivalencia métrica entre ambas versiones, la original y la final adaptada, que permitan determinar el nivel de relación entre cada uno de los ítems que integran el cuestionario y la dimensión que éstos representan. Si tras realizarse lo anterior, la relación funcional entre los instrumentos no es equivalente, la validez de la escala se verá amenazada. Sugieren para la llevar a cabo dicho cometido, la utilización de modelos, tales como los modelos de teoría de respuesta a los ítems, modelos de detección de funcionamiento diferencial o los modelos de ecuaciones estructurales.

Directrices sobre aplicación

Señalan la influencia importante que poseen propiedades de la aplicación del test (la relación aplicador – examinado, la manera en que se dan a conocer las instrucciones) sobre las propiedades psicométricas de las puntuaciones obtenidas del mismo, llámese la fiabilidad o la validez. Manifiestan que los aplicadores deben cumplir con características esenciales: a) ser elegidos de entre la población de estudio para la aplicación del instrumento; b) tener conocimiento y familiaridad con la cultura propia de la población de estudio; c) conocer los procedimientos establecidos y normados para la aplicación de tests; d) poseer experiencia y habilidades para la aplicación de cuestionarios.

Directrices sobre puntuación e interpretación

Previene sobre los riesgos posibles que se derivan de la tentación de comparar puntuaciones obtenidas en contextos culturales o lingüísticos distintos a través de escalas adaptadas, puesto que representa un problema importante que se agrava al momento de su interpretación. Es por ello que los autores señalan que los estudios con fines comparativos nunca deberán ser utilizados con el mero fin de la comparación sin más, sino que su uso adecuado está destinado para la comprensión de semejanzas y diferencias de los grupos analizados.

Directrices sobre documentación

Se refiere a la disposición de una buena documentación acerca del proceso de adaptación, donde será necesario incluir los detalles sobre cómo fue llevado a cabo, los cambios y modificaciones que fueron necesarios del instrumento original.

A continuación, se citan las veinte directrices agrupadas en las seis secciones anteriormente referidas:

Directrices para la traducción/adaptación de test

1. Directrices previas

- Son las recomendaciones que se deben considerar antes de iniciar el proceso de traducción y adaptación de un instrumento de evaluación psicológica. Entre ellas se incluyen la revisión de los objetivos del test, su población objetivo, su estructura y formato, y la disponibilidad de recursos necesarios para llevar a cabo la traducción y adaptación.

2. Directrices de desarrollo

- Son las recomendaciones que se deben seguir durante el proceso de traducción y adaptación del test. Se incluyen en esta sección los procedimientos y consideraciones específicas para la selección de traductores y revisores, la creación de versiones preliminares y

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

finales del test, y la revisión y validación de las versiones adaptadas.

3. Directrices de confirmación

- Son las recomendaciones para la validación y confirmación de la equivalencia lingüística y cultural de las versiones adaptadas del test. Estas directrices incluyen procedimientos para la administración de las versiones adaptadas a muestras de población objetivo, la comparación de resultados obtenidos con las versiones originales y adaptadas, y la determinación de la fiabilidad y validez de las versiones adaptadas.

4. Directrices sobre la aplicación

- Directrices sobre la aplicación: Son las recomendaciones para la aplicación del test adaptado. Estas directrices incluyen consideraciones sobre el ambiente y las condiciones de administración del test, la selección y capacitación de los administradores del test, y el seguimiento y control de calidad de la administración del test.

5. Directrices sobre puntuación e interpretación

- Son las recomendaciones para la puntuación y la interpretación de los resultados del test adaptado. Estas directrices incluyen consideraciones sobre el uso de las escalas de puntuación y las tablas normativas, la interpretación de los resultados obtenidos, y la elaboración de informes y recomendaciones basados en los resultados del test adaptado.

6. Directrices sobre la documentación

- Son las recomendaciones para la documentación y presentación del proceso de traducción y adaptación del test. Estas directrices incluyen la elaboración de informes y registros de los procedimientos seguidos, la documentación de las decisiones tomadas en el proceso de traducción y adaptación, y la presentación y publicación de los resultados obtenidos.(21)

1.6. MARCO CONCEPTUAL

Ansiedad: Es una respuesta emocional ante situaciones percibidas como amenazantes o peligrosas. La ansiedad puede manifestarse de diversas formas, como miedo, preocupación, inquietud, tensión, entre otras. (22)

Trastorno de ansiedad no especificado: Se refiere a una categoría diagnóstica dentro del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) que se utiliza para clasificar a los pacientes que presentan síntomas de ansiedad significativos, pero que no cumplen con los criterios diagnósticos de otros trastornos de ansiedad específicos.(23)

COVID-19: Es una enfermedad infecciosa causada por el coronavirus SARS-CoV-2, que se detectó por primera vez en la ciudad de Wuhan, en China, en diciembre de 2019. La COVID-19 se caracteriza por síntomas respiratorios, como fiebre, tos y dificultad para respirar, y puede tener complicaciones graves en algunos pacientes. (24)

Pandemia: Se refiere a la propagación de una enfermedad infecciosa a nivel mundial, afectando a un gran número de personas en diferentes regiones del mundo.(25)

Personal de salud/sanitario: Son aquellos profesionales que se dedican a la atención, prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades y trastornos de salud en la población, como médicos, enfermeros, estomatólogos, psicólogos, entre otros.(26)

Adaptación cultural de un instrumento: Proceso mediante el cual se realiza una modificación de un instrumento de medición para asegurar que su contenido y formato sean culturalmente apropiados y comprensibles para la población en la que se va a utilizar.(19)

Fiabilidad: Se refiere a la consistencia de los resultados obtenidos al utilizar un instrumento de medición en diferentes momentos y/o por diferentes evaluadores.(20)

Consistencia interna: Se refiere a la homogeneidad de los ítems que componen un instrumento de medición, es decir, que miden la misma cosa o constructo. (20)

Constructo: Es una idea abstracta o concepto que no puede ser observado directamente, pero que se infiere a partir de la observación de un conjunto de características o comportamientos. (20)

Validez: Se refiere a la capacidad de un instrumento de medición para evaluar lo que pretende medir, es decir, que mide lo que se supone que debe medir. (20)

Validez aparente: Se refiere al grado en que un instrumento de medición parece medir lo que se supone que debe medir a partir de su apariencia superficial. (20)

Validez de contenido: Se refiere al grado en que los ítems que componen un instrumento de medición representan adecuadamente el constructo que se pretende medir. (20)

Validez de constructo: Se refiere al grado en que un instrumento de medición mide el constructo que se pretende medir de manera precisa y coherente. Este tipo de validez se puede evaluar mediante la comparación de los resultados obtenidos con otros instrumentos o medidas de referencia que miden el mismo constructo. (27)

2. JUSTIFICACIÓN.

Las enfermedades mentales constituyen un rubro dentro de la atención médica que continúa infravalorado, infra diagnosticado e incluso, manejado como tabú. Dentro de este sentido, durante los últimos meses, la pandemia por Covid-19 y todas sus implicaciones, ha fungido como causante de deterioro de la salud mental de los individuos, ocasionando un impacto psicológico trascendental cuyas dimensiones reales a corto y mediano plazo, no han sido consideradas con la pertinencia y responsabilidad necesarias. (28)

Esta problemática representa no solo un conflicto en el ámbito psicológico, sino que condiciona un parteaguas para el inicio o exacerbación de problemas de índole social y familiar, siendo el personal de salud uno de los grupos con mayor afectación

psicológica, por representar la primera línea de atención, viéndose reflejado de manera directa o indirecta en el quehacer diario del gremio médico: su criterio y toma de decisiones, falta de apego a normatividad, además de implicar a su vez un impacto importante dentro del entorno familiar del individuo, su bienestar social y calidad de vida. (29)

Desde el inicio de la pandemia se han realizado diversos estudios acerca del impacto psicológico y sus consecuencias a nivel físico, social y familiar en el personal de salud en atención de primera y segunda línea ante la pandemia por COVID-19 (28), siendo en su mayoría análisis realizados en China y diversos países de Europa; abordando distintas variables y donde, tras la revisión de ellos, se obtienen resultados en común: una de las principales consecuencias en el ámbito de salud mental a consecuencia del coronavirus, ha sido el desarrollo y exacerbación de trastornos de ansiedad, así como de trastornos depresivos y síndrome de burnout, oscilando cada uno de éstos entre los tres primeros lugares dependiendo del lugar donde se realice el estudio.

Para la medición de tales variables, los autores de dichas publicaciones utilizaron diversos instrumentos en salud mental, entre los que figuraron con mayor frecuencia el GAD-7 (escala de ansiedad generalizada), STAI (State Trait Anxiety Scale), BHS (Beck Hopelessness Scale) y PHQ-4 (cuestionario de salud del paciente), todos ellos cuestionarios con validación y vasta experiencia en su uso para la detección de trastornos psicológicos y psiquiátricos. Sin embargo, ninguno de éstos mide de manera específica el desarrollo de estas entidades por la relación directa con la pandemia por covid-19.

A partir de esta problemática, Sherman A. Lee desarrolló la CAS “Coronavirus Anxiety Scale”, un instrumento elaborado para la identificación de casos con probable ansiedad asociada específicamente a la pandemia por COVID-19. Ésta escala ha sido adaptada y validada por diferentes autores para su uso en distintos idiomas y países por su alto nivel de confiabilidad.(1)

En México, el departamento de psicología del Instituto Nacional de Pediatría en asociación con otros centros de reconocimiento nacional, realizaron un estudio

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

sobre el desarrollo del término “coronaphobia” utilizando una adaptación de la CAS desarrollada por Lee; no obstante, su trabajo de investigación contó con importantes limitantes, siendo la ausencia de una traducción y validación cultural para el idioma español en la utilización de la escala para la ansiedad por coronavirus, una de las más importantes.(30)

Esto último representa el pie de investigación para el presente trabajo, puesto que hasta el momento no existe una traducción y adaptación socio cultural al idioma español validada para la *Coronavirus Anxiety Scale*, una herramienta que sin duda representa una auxiliar de gran valor para el diagnóstico de Trastorno de Ansiedad en los individuos dentro de esta crisis en la que nos encontramos actualmente.

Se busca esclarecer el impacto psicológico que ha acarreado la pandemia por COVID-19 desde sus inicios a finales del año 2019 y su exacerbación en nuestro presente actual, a través de la validación de un instrumento que será de una utilidad sin precedentes, para la identificación precoz de individuos con sintomatología psicósomática asociada a Trastorno de Ansiedad, un envío oportuno para la atención médica que permita un diagnóstico certero, así como un tratamiento eficaz.

Además, que considerando el impacto importante que el desarrollo de sintomatología de ansiedad ha tenido en el personal de salud y su rendimiento laboral dentro del Instituto Mexicano del Seguro Social, la futura aplicación de este instrumento de evaluación representará un primer paso hacia la mejora, al identificar a aquellos médicos, enfermeros, estomatólogos, etc., y poder realizar las derivaciones pertinentes que permitan su atención oportuna y una mejora significativa en su productividad.

Considerando que el médico familiar juega un papel fundamental dentro del primer nivel de atención, se reconoce su profunda responsabilidad ante las necesidades en detección precoz y tratamiento oportuno de los trastornos de ansiedad, sus consecuencias y limitaciones, por lo que no sólo son necesarios los conocimientos y habilidades clínicas, sino también proactividad en el tamizaje y resolución de casos presentados.

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Dentro de las características socioeconómicas y culturales de nuestra población en estudio, en México, según el Anuario Estadístico del Estado de Aguascalientes 2017, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) cuenta con un total de 13,511 recursos humanos, de los cuales un total de 3, 092 en personal médico; 2,756 se encuentran en contacto directo con el paciente y 333 dedicados a otras labores; del personal en contacto directo con paciente, se cuenta con 741 médicos generales, 1,222 médicos especialistas, 126 odontólogos, 247 médicos residentes y 423 médicos pasantes. El personal de enfermería, se encuentra dentro del rubro no médico con un total de 4, 092 recursos humanos, desglosándose en auxiliar 1,167, general 1,731, especializado 436, pasantes 470 y otros 288. (31)

A finales de diciembre de 2019 se reportaron en Wuhan, China, 40 casos de neumonía de origen viral, en personas comerciantes y distribuidores del mercado de mariscos de Huanan Seafood. La Organización Mundial de la Salud (OMS) denominó al agente etiológico como un nuevo coronavirus, al que ahora se conoce como SARS-COV-2. La enfermedad infecciosa se extendió por todo el mundo a una velocidad alarmante, por lo que la OMS declaró el 11 de marzo como pandemia global, puesto que afectaba a más de 100 países. (10)

Sumándose a los grandes estragos en salud, económicos y sociales, la pandemia ha traído consigo no solo el riesgo de muerte por infección, sino también una presión psicológica importante. A poco más de un año del inicio de la pandemia, se ha observado un importante impacto en la salud mental de la población general, pero con mayor incidencia y gravedad, en el personal de salud, secundario a los cambios importantes provocados por los esfuerzos puestos en la contención y lucha contra la propagación del virus.

La incertidumbre e imposibilidad de controlar la amenaza constante e impredecible por la pandemia, propagación a través de redes sociales y medios de comunicación de información alarmante, falsa y sin evidencia científica, prolongadas jornadas de trabajo, miedo constante ante el contacto directo con pacientes portadores e

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

infectados que propicia pánico ante el inminente contagio, pérdida de contacto afectivo con familia y seres queridos, discriminación por parte de la población en general, han propiciado el desarrollo de distintas patologías psicológicas y psiquiátricas dentro del gremio médico, siendo uno de los más relevantes, el trastorno de ansiedad.

Diversos estudios realizados tanto en China como en Europa han explorado el impacto psicosocial de la pandemia en los trabajadores del área de la salud. (7,10,39,40,29,32–38) Uno de ellos, revela que existe una mayor prevalencia de síntomas como insomnio, ansiedad, depresión y diversos grados de somatización en personal médico, en comparación de personal no médico, ante la epidemia mundial por Covid-19. (36)

Lo anterior se añade a las aseveraciones de diversos autores, donde se señala que los profesionales de la salud poseen mayores factores de riesgo para el desarrollo de sintomatología psicosomática, especialmente estrés y ansiedad, que pueden significar respuestas negativas ante situaciones de adversidad con consecuencias psicológicas a largo plazo. (41)

Dichos estudios acerca del impacto en salud mental y sus consecuencias a nivel físico, social y familiar en el personal de salud a consecuencia de la pandemia por COVID-19, han utilizado instrumentos de evaluación con validez dentro del área psiquiátrica y psicológica, mismos que han sido utilizados para la identificación de trastornos psiquiátricos en población general. Sin embargo, sin una especificidad para la sintomatología psicosomática desencadenada por el estrés, conocimiento y contacto con el coronavirus, misma que cada día se vuelve más predominante en los trabajadores de la salud.

En América Latina, se han realizado estudios sobre la repercusión a nivel psicológico de la pandemia por COVID-19, en donde se deja de manifiesto la relación directa de la exposición al coronavirus con el desarrollo de angustia, ansiedad y estrés; entre mayor sea el conocimiento, cercanía o exposición a éste, mayor la repercusión en salud mental. (8) No obstante, utilizando escalas de uso cotidiano en el área de psiquiatría y psicología, para la medición de trastornos de

ansiedad, pero no específicas para desarrollo de dichas entidades debido concretamente a coronavirus.

Hasta la fecha, la escala validada que se ha utilizado para medir ansiedad asociada a COVID-19, fue desarrollada en 2020 por Sherman A. Lee; un instrumento dirigido a la población estadounidense y adaptado culturalmente a varios países asiáticos y europeos. (1) Se han realizado traducciones y adaptaciones culturales de esta escala, tal como la desarrollada por Ahmed Oli y colaboradores, para la versión bengalí y la presentada por Cuneyt Evren et al, para la validación turca de la CAS. La versión Bengalí, fue desarrollada para la medición de ansiedad disfuncional secundaria a COVID-19, entre los habitantes de Bangladesh, mediante una recopilación de datos a través de una encuesta en línea; cuenta con buenas confiabilidades de consistencia interna, confiabilidad test-retest y confiabilidad compuesta ($\geq 0,7$); con un análisis de replicación del original por Lee, arrojando una alta fiabilidad de consistencia interna para el CAS (α osciló entre 0,92 y 0,93). (3) El estudio de validación turca de la CAS, igualmente fue realizado mediante encuestas en línea, con el objetivo de evaluar sus propiedades psicométricas en una muestra reclutada de población general en Turquía. Los resultados revelaron un apoyo estadístico a la validez del CAS en varios niveles, demostrando ser internamente consistente con un alfa de Cronbach alto de 0,80. (2)

Ambas escalas demostraron poseer una medida validada y confiable de ansiedad disfuncional asociada al coronavirus, que puede ser utilizado con fines de investigación y diagnóstico, sin embargo no ha sido traducida ni adaptada a otros idiomas.

Específicamente en México, se realizó un estudio de análisis psicométrico para el término “coronafobia”, utilizando una adaptación de esta escala en personal médico; sin embargo, contó con importantes limitantes psicométricas, entre ellas, el no contar con un proceso de traducción-retrotraducción, además de la ausencia de un análisis factorial exploratorio que consolidara su validez. (30)

Es por tal motivo que surge la necesidad de contar con un instrumento adaptado al habla latinoamericana, válido, de alta confiabilidad y propiedades psicométricas

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

suficientes para detectar ansiedad por la pandemia de COVID-19 en la población mexicana, y con mayor necesidad, en el personal de salud, puesto que ninguno de los utilizados a la fecha, han sido específicos para coronavirus, validados al idioma español ni la cultura mexicana, donde se aborde esta problemática que continua en crecimiento, además de encontrarse múltiples factores predisponentes propias de ésta, como la falta de empatía, agresiones físicas y psicológicas contra el personal médico, negación e irresponsabilidad por parte de los ciudadanos, negligencia ante las medidas de sana distancia, entre otros.

3.1 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.

¿Cuáles son las propiedades psicométricas de la traducción, adaptación transcultural y validación del Instrumento *Coronavirus Anxiety Scale* en el personal de salud de la Unidad de Medicina Familiar No 11 IMSS, Delegación Aguascalientes?

4. OBJETIVOS

4.1. OBJETIVO GENERAL

Realizar la traducción, adaptación transcultural y validación del instrumento de evaluación Coronavirus Anxiety Scale al idioma español en la Unidad de Medicina Familiar No. 11 del IMSS, Delegación Aguascalientes.

4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Caracterizar a médicos, enfermeros y estomatólogos según las variables epidemiológicas de tiempo, lugar y persona adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 11 IMSS, Delegación Aguascalientes.
2. Realizar la traducción al idioma español del Instrumento *Coronavirus Anxiety Scale* para identificar síndrome de ansiedad en el personal de salud de la Unidad de Medicina Familiar No. 11 IMSS, Delegación Aguascalientes.

3. Determinar la validez de contenido del Instrumento *Coronavirus Anxiety Scale* para identificar síndrome de ansiedad en el personal de salud de la Unidad de Medicina Familiar No. 11 IMSS, Delegación Aguascalientes.
4. Determinar la validez aparente del Instrumento *Coronavirus Anxiety Scale* para identificar síndrome de ansiedad en el personal de salud de la Unidad de Medicina Familiar No. 11 IMSS, Delegación Aguascalientes.
5. Determinar la validez de criterio del Instrumento *Coronavirus Anxiety Scale* para identificar síndrome de ansiedad en el personal de salud de la Unidad de Medicina Familiar No. 11 IMSS, Delegación Aguascalientes.
6. Determinar la validez de constructo del Instrumento *Coronavirus Anxiety Scale* para identificar síndrome de ansiedad en el personal de salud de la Unidad de Medicina Familiar No. 11 IMSS, Delegación Aguascalientes.
7. Determinar la consistencia interna del Instrumento *Coronavirus Anxiety Scale* para identificar síndrome de ansiedad en el personal de salud de la Unidad de Medicina Familiar No. 11 IMSS, Delegación Aguascalientes.
8. Determinar la confiabilidad del Instrumento *Coronavirus Anxiety Scale* para identificar síndrome de ansiedad en el personal de salud de la Unidad de Medicina Familiar No. 11 IMSS, Delegación Aguascalientes.

5. MATERIAL Y MÉTODOS.

5.1. DISEÑO METODOLÓGICO.

Se llevó a cabo un estudio tipo transversal de metodología psicométrica para la adaptación cultural y validación de un instrumento para identificar trastornos de ansiedad en el personal de salud en la UMF 11 del IMSS, Delegación Aguascalientes.

5.2. UNIVERSO.

Todo el personal de salud (médicos, enfermeros y estomatólogos) del IMSS Delegación Aguascalientes.

5.3. POBLACIÓN BLANCO.

Personal de salud (médicos, enfermeros y estomatólogos) adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 11, IMSS Delegación Aguascalientes.

5.4. POBLACIÓN ACTUAL.

Personal de salud (médicos, enfermeros y estomatólogos) usuarias de la UMF No. 11, IMSS Delegación Aguascalientes, que cumpla con criterios de inclusión.

5.5. UNIDAD DE OBSERVACIÓN Y ANÁLISIS.

Personal de salud incluyendo médico, enfermera y estomatólogo de la Unidad de Medicina Familiar No. 11 del IMSS Delegación Aguascalientes.

5.6. MUESTREO Y CÁLCULO DE LA MUESTRA.

Se realizó un muestreo por conveniencia, tomando la plantilla de personal de donde se eligieron 10 trabajadores de la salud por ítem.

El tamaño de la muestra fue de acuerdo con el criterio de Nunnally, que indica que deben ser 10 sujetos por cada ítem (10k), dando un total de 50 individuos con perfil para personal de la salud, incluyendo 25 médicos familiares, 15 enfermeras (os) especialistas en medicina de familia, 8 enfermeras (os) generales y 2 estomatólogos, de la Unidad de Medicina Familiar No. 11 del IMSS, Delegación Aguascalientes.

5.7. CRITERIOS DE SELECCIÓN.

Criterios de inclusión

- Personal de salud (médicos, enfermeros y estomatólogos) adscrito a la Unidad de Medicina Familiar No. 11, en primer nivel.
- Personal de salud (médicos, enfermeros y estomatólogos) adscrito a la Unidad de Medicina Familiar No. 11, en primer nivel, de turno matutino, vespertino, nocturno y jornada acumulada.
- Personal de base, suplente y roladores (médicos, enfermeros y estomatólogos) adscrito a la Unidad de Medicina Familiar No. 11, en primer nivel.
- Ambos géneros del personal de salud (médicos, enfermeros y estomatólogos) adscrito a la Unidad de Medicina Familiar No. 11, en primer nivel.

Criterios de no inclusión

- Personal adscrito a la Unidad de Medicina Familiar No. 11 que se encuentre de vacaciones, licencia o incapacidad durante la realización del estudio.
- Personal adscrito a la Unidad de Medicina Familiar No. 11 que cuente con diagnóstico previo de Trastorno de Ansiedad.
- Aquellos que no accedan participar en el estudio bajo previa firma de carta de consentimiento informado.

Criterios de exclusión

- Personal que no haya respondido el cuestionario en al menos un 80% de su totalidad.

5.8. DEFINICIÓN DE VARIABLES.

Mareo: sentir malestar perdiendo la estabilidad, y a veces, la consciencia. (42)

Trastornos del sueño relacionado con otro trastorno mental: alteraciones del sueño debidas a un trastorno mental diagnosticable (a menudo del estado de ánimo o trastornos de ansiedad) que es de suficiente gravedad como para merecer atención clínica independiente. (23)

Sideración (Inmovilidad tónica): anulación total y repentina de todas las actividades emocionales y motoras de una persona tras sufrir un accidente o un suceso traumático. (43)

Pérdida de apetito: situación que se presenta cuando se reduce el deseo de comer. (44).

Malestar abdominal: Es el dolor que se siente en el área entre el pecho y la ingle, a menudo denominada región estomacal o vientre. (45)

La definición conceptual y operacional, así como las características de las variables se especifican en la tabla de operacionalización adjunta en anexo 1.

5.9. VALIDEZ DEL INSTRUMENTO

5.9.1. Traducción del Instrumento Coronavirus Anxiety Scale.

Se contó con la autorización del protocolo de investigación por parte del comité, y el instrumento de evaluación fue traducido por un especialista en la traducción de artículos médicos del idioma inglés al español latinoamericano.

5.9.2. Validez aparente.

La validez aparente de las 5 dimensiones que se valoran en el instrumento Coronavirus Anxiety Scale se llevó a cabo mediante la conformación de un grupo focal conformado por 6 personas de la UMF No. 11 del IMSS, delegación Aguascalientes, a quienes se les solicitó su participación para que, tras la lectura del cuestionario y de cada ítem, indicaran si todos ellos eran comprensibles o requerían modificaciones.

5.9.3. Validez de contenido.

En caso de que se encontraran ítems no del todo comprensibles durante la validez aparente, se llevó a cabo la validez de contenido del instrumento Coronavirus Anxiety Scale mediante la evaluación de un comité de expertos conformado por un investigador competente en validación y adaptación de instrumentos, un psicólogo, un psiquiatra y dos médicos familiares, a quienes se les entregó individualmente el instrumento traducido. Su análisis se realizó a través del coeficiente de concordancia W de Kendall.

5.9.4. Validez de constructo.

Para la validez de constructo, se aplicó el análisis factorial exploratorio mediante el método de rotación Varimax, el análisis de las comunalidades y el eigenvalor al instrumento Coronavirus Anxiety Scale, en una muestra ya abordada en el apartado de Cálculo del tamaño de la muestra.

5.9.5. Validez de criterio.

En cuanto a la validez de criterio, se tomó en cuenta el ítem o dimensión que demostró contar con el mayor peso dentro del instrumento Coronavirus Anxiety Scale para la detección de síndrome de ansiedad por Covid-19, mismo que se consideró como gold standard, para posteriormente medir el coeficiente de correlación de Pearson.

5.9.6. Confiabilidad.

Para la confiabilidad, se comprobó la consistencia interna de cada ítem a través del alfa de Cronbach.

5.9.7. Descripción del instrumento

La Escala de Ansiedad por Coronavirus (Coronavirus Anxiety Scale) fue creada por Sherman A. Lee y su equipo en 2020, con el fin de detectar rápidamente posibles casos de ansiedad disfuncional relacionada con la pandemia de COVID-19 y brindar ayuda en salud mental. Para su elaboración, se recolectaron datos de 775 adultos que experimentaron ansiedad, miedo o preocupación relacionados con el coronavirus en las últimas dos semanas. La escala consta de 5 dimensiones con 5 ítems, que buscan identificar manifestaciones específicas de ansiedad en lo cognitivo, conductual, emocional y fisiológico, evaluando la frecuencia de los síntomas en una escala de 5 puntos. La CAS es la primera medida de psicopatología relacionada con COVID-19 validada en una gran muestra de adultos que informaron ansiedad significativa relacionada a la pandemia por coronavirus. Su validación demostró que la CAS es eficaz y válida para la investigación y práctica clínicas, con una puntuación optimizada de ≥ 9 (sensibilidad del 90% y especificidad del 85%) y un alto valor confiable (alfa de Cronbach = 0.93).

5.10. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.

En el Anexo 1 se muestra la operacionalización de las variables con los ítems en su idioma original en inglés. Una vez que el proyecto de investigación se aprobó por el comité y registrado, se llevaron a cabo los procedimientos necesarios para la traducción y adaptación transcultural del instrumento.

5.11. TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

La recolección de datos se llevó a cabo a través de una entrevista aplicada a 50 participantes con perfil de personal de salud, compuesto por médicos, enfermeros y estomatólogos, utilizando el instrumento Coronavirus Anxiety Scale, el cual fue previamente traducido por expertos y validado culturalmente. Para ser incluido en el presente estudio de investigación, era necesario que los participantes respondieran la entrevista en su totalidad y dieran su consentimiento informado.

5.12. LOGÍSTICA.

Después de que se autorizó el protocolo, Marlene Guadalupe Aguilera Arévalo, residente de la Especialidad en Medicina Familiar, llevó a cabo los siguientes procesos para la adaptación transcultural:

5.12.1. Logística de traducción.

Se contrató a un especialista en la traducción de artículos médicos del idioma inglés al español latinoamericano.

5.12.2. Logística de validez aparente.

Se invitó a cinco trabajadores de la salud de la Unidad de Medicina Familiar No. 11 del IMSS, delegación Aguascalientes, a una reunión donde se les proporcionó una copia del cuestionario previamente traducido. Los participantes leyeron cada ítem y se les preguntó si comprendían su contenido. Si hubo algún ítem que no se entendió, se marcó y se pidió sugerencias para mejorar su comprensión. Al finalizar la sesión, se revisó la grabación de audio y/o video para comprobar las

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

observaciones presentadas durante la lectura del cuestionario. Si no hubo incomprensiones, el proceso de adaptación y validez pasó a la siguiente etapa.

5.12.3. Logística de validez de contenido.

Si se presentaron observaciones sobre la comprensión del contenido del instrumento durante la fase de validez aparente, se analizó si era necesario modificar la redacción de los ítems seleccionados. Se conformó un panel de expertos compuesto por un investigador experto en validación y adaptación de instrumentos, un psicólogo, un psiquiatra y dos médicos familiares. Los expertos analizaron la propuesta de cambios para cada ítem, su redacción y comprensión, para evaluar su congruencia y propiedades. Al término de las evaluaciones por parte del panel, se realizó un análisis con el Coeficiente de concordancia W de Kendall.(46)

5.12.4. Logística de validez de constructo.

Después de la validez aparente (y en caso de ser necesario, la validez de contenido), se realizó un muestreo por conveniencia y se seleccionaron aleatoriamente a 10 trabajadores de la salud por ítem, a quienes se entrevistó y se les preguntó las cinco preguntas que componen el instrumento.

5.12.5. Logística de confiabilidad.

Los datos obtenidos se capturaron en una base de datos utilizando la herramienta de Office Excel y se sometieron a un análisis estadístico mediante el programa SPSS Statics 27.

Si algún participante presentó sensibilización durante la aplicación del instrumento, con presencia de sintomatología propia del síndrome de ansiedad como nerviosismo, agitación o tensión, aumento del ritmo cardíaco, respiración acelerada, sudoración, temblores, debilidad y/o cansancio, se contó con el apoyo de la Lic. en Psicología Elena María Agredano González, quien brindó su servicio para la

contención emocional del participante en un espacio privado y asilado dentro de la unidad, respetando siempre su privacidad.

5.13. PLAN EL PARA PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Una vez obtenida la información, se creó una base de datos con el programa Excel, incluyendo el nombre de la variable, etiqueta de la variable y tipo de variable. Esta información se analizó e interpretó con el programa SPSS versión 21. Se realizó la validez aparente del instrumento Coronavirus Anxiety Scale con una técnica grupal, transcribiendo literalmente y ordenando la información para su análisis cualitativo en el software "Atlas.ti". Si se consideraba necesario, se realizó la validez de contenido a través de un panel de expertos, analizando la información contenida en la grabación.

Para la validación del instrumento, se llevó a cabo la validez de contenido con técnica individual mediante el método Delphi, utilizando el coeficiente de concordancia de W de Kendall para escala nominal. También se utilizó la técnica grupal, codificando la información en dos planos (descriptivo y conceptual) y realizando un análisis cualitativo. La validez de constructo se evaluó utilizando la medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), la prueba de esfericidad de Bartlett y el análisis factorial mediante el método de componentes principales con rotación varimax. Se utilizó la correlación para la validez de criterio y el alfa de Cronbach para evaluar la confiabilidad entre los dominios y dimensiones. Para el coeficiente de fiabilidad test-retest, se utilizó el coeficiente de correlación intraclase (CCI).

5.14. ASPECTOS ÉTICOS.

Con respecto al cumplimiento de los acuerdos de Nuremberg, el Tratado de Helsinki y el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación, se puede decir que la investigación presentada cumple con los principios éticos establecidos por dichos acuerdos y normativas.

En primer lugar, se respetó el principio de autonomía de los participantes, ya que se les informó adecuadamente sobre los objetivos y el procedimiento de la

investigación, y se les solicitó su consentimiento informado antes de su participación. Además, se garantizó la confidencialidad y privacidad de los datos obtenidos, respetando el derecho a la intimidad de los participantes.

En segundo lugar, se cumplió con el principio de no maleficencia, ya que se procuró que los participantes no sufrieran ningún tipo de daño o riesgo por su participación en la investigación. En caso de que se presentara algún tipo de sensibilización o síntoma propio del síndrome de ansiedad, se contó con la asistencia profesional de una psicóloga para brindar contención emocional y apoyo.

En tercer lugar, se garantizó la equidad y justicia en la selección de los participantes, tomando en cuenta su perfil y su capacidad para responder adecuadamente a los cuestionarios y entrevistas, y evitando cualquier tipo de discriminación.

En cuanto al Tratado de Helsinki, se cumplió con los principios éticos establecidos para la investigación médica en seres humanos, garantizando el respeto a la dignidad humana, la protección de los participantes y la justicia en la distribución de los beneficios y riesgos de la investigación.

Finalmente, en cuanto al Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación, se cumplieron con los requisitos y procedimientos para la realización de investigaciones en salud, como la autorización del protocolo de investigación, la realización de la validación transcultural del instrumento, la recopilación y análisis de datos, y la evaluación de la validez y confiabilidad de los resultados obtenidos.

5.15. RECURSOS, FINANCIAMIENTOS Y FACTIBILIDAD.

Para la elaboración del presente proyecto de investigación, se contó con los siguientes recursos:

5.15.1. Recursos humanos.

- Investigador principal
- Tesista
- Psicólogo
- Psiquiatra

- Médicos familiares
- Especialista en la traducción de artículos médicos
- Investigador experto en la adaptación cultural y validación de instrumentos.

5.15.2. Recursos tecnológicos.

- Computadora personal
- Impresora
- Conexión a red
- Paquetería de office y programas estadísticos

5.15.3. Recursos materiales.

- Transporte propio
- Insumos para la aplicación de las encuestas

El costo total de la realización de este protocolo quedó a cargo de la tesista.

6. RESULTADOS

6.1. CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN

A continuación, se presenta una interpretación exhaustiva de las tablas proporcionadas sobre las características sociodemográficas del personal de salud de la UMF 11 del IMSS Aguascalientes:

La mayoría del personal (60%) tiene entre 40 y 44 años, lo que indica que la fuerza laboral es relativamente joven. El siguiente grupo de mayor tamaño se encuentra en el rango de 45 a 49 años, que representa el 26% del personal. El grupo de 50-54 años comprende el 10%. Los rangos de edad con menor representación son los

de 55-59 y 60-64 años, ambos con un 2%. Esto sugiere que la mayoría de los trabajadores de la salud en la UMF 11 son de mediana edad (Tabla 1).

Tabla 1. Edad

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
40-44	30	60%
45-49	13	26%
50-54	5	10%
55-59	1	2%
60-64	1	2%
Total	50	100%

Fuente: Instrumento aplicado

En términos de género, hay una distribución bastante equilibrada entre el personal de salud, con un 54% de mujeres y un 46% de hombres. Esto indica que la UMF 11 del IMSS Aguascalientes cuenta con una diversidad de género en su personal médico (Tabla 2).

Tabla 2. Sexo

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Femenino	27	54%
Masculino	23	46%
Total	50	100%

Fuente: Instrumento aplicado

La mayor parte del personal de salud está casado (70%), lo que puede sugerir que tienen responsabilidades familiares además de sus funciones laborales. Mientras tanto, un 30% se encuentra soltero, lo que puede indicar una población más joven o con menos responsabilidades familiares en comparación con sus colegas casados (Tabla 3).

Tabla 3. Estado civil

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
--	-------------------	-------------------

Casado(a)	35	70%
Soltero(a)	15	30%
Total	50	100%

Fuente: Instrumento aplicado

El 40% del personal tiene 2 hijos, seguido por un 24% con 3 hijos. Un 20% no tiene hijos, lo que puede indicar trabajadores más jóvenes o aquellos que han decidido no tener hijos. Un 12% tiene 1 hijo y un 4% tiene 4 hijos. Estos datos sugieren que la mayoría de los empleados tienen responsabilidades familiares adicionales al trabajo en la UMF 11 (Tabla 4).

Tabla 4. Numero de hijos

	Frecuencia	Porcentaje
0	10	20%
1	6	12%
2	20	40%
3	12	24%
4	2	4%
Total	50	100%

Fuente: Instrumento aplicado

La mayoría del personal (94%) profesa la religión católica, lo cual es consistente con la prevalencia del catolicismo en México. También hay un pequeño porcentaje de personal que se identifica como cristiano (2%), evangélico (2%) y ninguno (2%). Esto demuestra cierta diversidad religiosa en la UMF 11 del IMSS Aguascalientes (Tabla 5).

Tabla 5. Religión

	Frecuencia	Porcentaje
Católica	47	94%
Cristiana	1	2%
Evangélica	1	2%
Ninguno	1	2%
Total	50	100%

Fuente: Instrumento aplicado

El personal de salud en la UMF 11 cuenta con una alta formación académica, ya que el 36% posee una licenciatura y el 64% cuenta con un posgrado. Esto indica que la mayoría de los empleados tienen una sólida base educativa y están bien capacitados para proporcionar atención médica de calidad. Tabla 6

Tabla 6. Escolaridad

	Frecuencia	Porcentaje
<i>Licenciatura</i>	18	36%
<i>Posgrado</i>	32	64%
Total	50	100%

Fuente: Instrumento aplicado

La mayoría del personal (68%) trabaja en el turno matutino, lo que puede indicar una mayor demanda de atención médica durante las horas del día. El turno vespertino representa el 28% del personal, mientras que la jornada acumulada y el turno nocturno tienen la menor representación con un 2% cada uno. Esto sugiere que la UMF 11 del IMSS Aguascalientes tiene una distribución de turnos centrada en las horas diurnas, con una menor proporción de personal en horarios nocturnos y jornada acumulada. Tabla 7

Tabla 7. Turno

	Frecuencia	Porcentaje
<i>Jornada Acumulada</i>	1	2%
<i>Matutino</i>	34	68%
<i>Nocturno</i>	1	2%
<i>Vespertino</i>	14	28%
Total	50	100%

Fuente: Instrumento aplicado

6.2. TRADUCCIÓN

Para traducir el cuestionario "Coronavirus Anxiety Scale" (CAS) para su aplicación en la población de personal de salud en México se siguió un proceso minucioso y estructurado; iniciando por la solicitud del permiso de los autores originales del cuestionario para realizar la traducción y adaptación a la población objetivo. Posteriormente, se realizó una traducción del cuestionario al español. Esta traducción fué realizada por dos profesionales bilingües con experiencia en psicometría, quienes puedan trabajar de manera independiente. Después se compararon y contrastaron las dichas traducciones independientes, llegando a un consenso para obtener una versión unificada en español. (Anexo 10)

6.3. VALIDEZ DE CONTENIDO

Se realizaron cambios en el contenido del instrumento, y las sugerencias de los expertos se incorporaron de manera pertinente. El primer y segundo experto no proporcionaron observaciones específicas para los ítems. El tercer experto también estuvo de acuerdo en que no había observaciones para los ítems 1 al 3. Sin embargo, para los ítems 4 y 5, los expertos 4 y 5 sugirieron cambiar "algo al respecto" por la palabra "coronavirus" para mejorar la claridad y especificidad del instrumento.

Después de incorporar las sugerencias de los expertos, se aplicó el coeficiente de concordancia W de Kendall para evaluar el grado de asociación entre las puntuaciones otorgadas por los 5 expertos en cada ítem. Los ítems se agruparon en rangos del 1 al 16 para reflejar las puntuaciones otorgadas por los expertos.

Al calcular el coeficiente W de Kendall, se obtuvo un valor de $W=0.769$. La prueba de chi-cuadrado generó un valor de $X^2=10.098$ con 4 grados de libertad y una significación asintótica (p) de 0.021. Dado que el valor de p es menor que 0.05, se rechaza la hipótesis de concordancia nula y se concluye que hay una concordancia significativa entre las puntuaciones otorgadas por los expertos en los ítems del instrumento. Esto sugiere que los expertos aplicaron esencialmente el mismo estándar en sus evaluaciones. **Tabla 8**

Tabla 8. Concordancia entre las observaciones de los expertos

	Exp 1	Exp 2	Exp 3	Exp 4	Exp 5	Suma de rangos (ΣR)
Suficiencia	14	16	16	16	16	78
Coherencia	16	15	16	16	16	79
Relevancia	14	14	16	16	16	76
Claridad	15	14	15	15	16	75
	59	59	63	63	64	
W de Kendall **	X ²	gl	p	W=0.769		
	10.098	4	0.021			

Coeficiente de concordancia de Kendall, X²= Chi-cuadrado, gl= grados de libertad

6.4. VALIDEZ APARENTE

Se incorporaron recomendaciones a partir de las palabras que el personal de salud identificó que no expresaban una idea central o que la representaban de manera muy redundante.

Este cambio fue aprobado por el comité de expertos previo al cambio en el instrumento. **Tabla 9**

Tabla 9. Palabras no entendibles por el paciente

Palabras anteriores	Palabras corregidas	Aceptación de los expertos
Sin fuerzas	Débil	5/5
Experimenté dificultades	Tuve problemas	5/5
Desconcertado o paralizado	Aturdido o bloqueado	5/5
Apetito	Interés en la comida	5/5

6.5. VALIDEZ DE CRITERIO

La matriz de correlaciones presenta los coeficientes de correlación entre los cinco ítems del instrumento utilizado en la investigación para medir el síndrome de

ansiedad relacionado con el coronavirus. Los coeficientes de correlación varían de -1 a 1, donde -1 indica una correlación negativa perfecta, 0 indica ausencia de correlación y 1 indica una correlación positiva perfecta. En este caso, podemos observar que hay correlaciones positivas moderadas a fuertes entre la mayoría de los ítems del instrumento. En particular, los ítems 2 y 3 tienen la correlación más fuerte (0.610), seguidos del ítem 3 y 4 (0.313), y el ítem 2 y 5 (0.405). Estos resultados sugieren que los síntomas de ansiedad relacionados con el coronavirus medidos por el instrumento están interrelacionados, lo que sugiere una buena validez de constructo para el instrumento. **Tabla 10**

6.6. VALIDEZ DE CONSTRUCTO

La **tabla 11** presenta los resultados del análisis de componentes principales, que es una técnica de reducción de datos utilizada para identificar la estructura subyacente en un conjunto de variables correlacionadas. La tabla muestra los autovalores iniciales y las sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción para cada componente, junto con el porcentaje de varianza total explicada y el porcentaje acumulado de varianza explicada. En este caso, el componente extraído tiene un autovalor inicial de 2.562, lo que representa el 51.244% de la varianza total explicada por el instrumento. Esto sugiere que el componente extraído es un buen resumen de la información contenida en los cinco ítems del instrumento. El primer ítem del instrumento (Me sentí mareado, aturdido o débil cuando leí o escuché noticias relacionadas con el coronavirus) tiene una saturación de 1.000, lo que indica que este ítem tiene una contribución máxima al componente extraído. Los otros cuatro ítems tienen saturaciones menores, lo que sugiere que son menos importantes en la medición del síndrome de ansiedad relacionado con el coronavirus.

Tabla 10. Matriz de correlaciones

	Me sentí mareado, aturdido o débil cuando leí o escuché noticias relacionadas con el coronavirus:	Tuve problemas para conciliar el sueño o permanecer dormido porque no dejaba de pensar en el coronavirus.	Me sentí aturdido o bloqueado cuando pensé o me enteré de algo relacionado al coronavirus.	Perdí el interés por la comida cuando pensé o me enteré de algo relacionado al coronavirus.	Sentí náuseas o tuve problemas digestivos cuando pensé o me enteré de algo relacionado al coronavirus.
Me sentí mareado, aturdido o débil cuando leí o escuché noticias relacionadas con el coronavirus:	1.000				
Tuve problemas para conciliar el sueño o permanecer dormido porque no dejaba de pensar en el coronavirus.	.434	1.000			
Me sentí aturdido o bloqueado cuando pensé o me enteré de algo relacionado al coronavirus.	.548	.610	1.000		
Perdí el interés por la comida cuando pensé o me enteré de algo relacionado al coronavirus.	.274	.350	.313	1.000	
Sentí náuseas o tuve problemas digestivos cuando pensé o me enteré de algo relacionado al coronavirus.	.230	.405	.376	.274	1.000

Fuente: Cuestionario aplicado

En general, estos resultados sugieren que el instrumento utilizado en la investigación es unidimensional y que el ítem 1 es el más importante en la medición del síndrome de ansiedad relacionado con el coronavirus. Sin embargo, es importante tener en cuenta que estos resultados deben interpretarse en el contexto de la metodología utilizada y los resultados de otros análisis para una interpretación completa y precisa de los resultados de la validación del instrumento.

Tabla 11. Varianza explicada

ítem	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
Me sentí mareado, aturdido o débil cuando leí o escuché noticias relacionadas con el coronavirus:	2.562	51.244	51.244			
Tuve problemas para conciliar el sueño o permanecer dormido porque no dejaba de pensar en el coronavirus.	.815	16.293	67.537			
Me sentí aturdido o bloqueado cuando pensé o me enteré de algo relacionado al coronavirus.	.742	14.840	82.377	2.562	51.244	51.244
Perdí el interés por la comida cuando pensé o me enteré de algo relacionado al coronavirus.	.519	10.382	92.759			
Sentí náuseas o tuve problemas digestivos cuando pensé o me enteré de algo relacionado al coronavirus.	.362	7.241	100.000			

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

Fuente: Cuestionario aplicado

La **tabla 12** presenta los resultados del análisis de componentes principales, en particular, la matriz de componentes con eigenvalores, que muestra las cargas de factor (también conocidas como coeficientes de componente) para cada uno de los ítems del instrumento utilizado en la investigación para medir el síndrome de ansiedad relacionado con el coronavirus. Los coeficientes de componente indican la fuerza de la relación entre cada ítem y el componente extraído del análisis de componentes principales. En este caso, se extrajo un solo componente, que explica el 51.4% de la varianza total. Los coeficientes de componente para los cinco ítems sugieren que todos los ítems tienen cargas positivas en el componente extraído, lo que indica que todos los ítems contribuyen de manera similar a la medición del síndrome de ansiedad relacionado con el coronavirus.

Sin embargo, los coeficientes de componente no son iguales, lo que sugiere que algunos ítems tienen una mayor relación con el componente extraído que otros. En particular, el ítem 3 (Me sentí aturdido o bloqueado cuando pensé o me enteré de algo relacionado al coronavirus) tiene la carga más alta (.829), seguido del ítem 2 (Tuve problemas para conciliar el sueño o permanecer dormido porque no dejaba

de pensar en el coronavirus) y el ítem 5 (Sentí náuseas o tuve problemas digestivos cuando pensé o me enteré de algo relacionado al coronavirus), ambos con cargas de componente de .810 y .616, respectivamente. El ítem 4 (Perdí el interés por la comida cuando pensé o me enteré de algo relacionado al coronavirus) tiene la carga más baja (.580). En general, estos resultados sugieren que todos los ítems del instrumento son relevantes para la medición del síndrome de ansiedad relacionado con el coronavirus, pero algunos ítems tienen una mayor relación con el constructo que otros.

Tabla 12. Análisis factorial exploratorio

Ítems	Componente 1
Me sentí mareado, aturdido o débil cuando leí o escuché noticias relacionadas con el coronavirus:	.709
Tuve problemas para conciliar el sueño o permanecer dormido porque no dejaba de pensar en el coronavirus.	.810
Me sentí aturdido o bloqueado cuando pensé o me enteré de algo relacionado al coronavirus.	.829
Perdí el interés por la comida cuando pensé o me enteré de algo relacionado al coronavirus.	.580
Sentí náuseas o tuve problemas digestivos cuando pensé o me enteré de algo relacionado al coronavirus.	.616

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

Fuente: Cuestionario aplicado

La **tabla 13** presenta los resultados de dos pruebas de validez de constructo utilizadas en el análisis factorial exploratorio del instrumento para medir el síndrome de ansiedad relacionado con el coronavirus. La medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) es una prueba que evalúa la adecuación de los datos para el análisis factorial exploratorio. El valor de KMO oscila entre 0 y 1, donde un valor de 1 indica una adecuación perfecta de los datos para el análisis factorial. En este caso, el valor de KMO es de 0.774, lo que sugiere que los datos tienen una adecuación moderada para el análisis factorial exploratorio.

La prueba de esfericidad de Bartlett es otra prueba utilizada para evaluar la validez de constructo en el análisis factorial exploratorio. Esta prueba evalúa la hipótesis

nula de que la matriz de correlación de los ítems es una matriz de identidad, es decir, que los ítems no están correlacionados. Un valor significativo de la prueba de Bartlett indica que la hipótesis nula debe ser rechazada, lo que sugiere que los ítems están correlacionados y que son adecuados para el análisis factorial exploratorio. En este caso, el valor de la prueba de Bartlett es de 57.387 con 10 grados de libertad y un valor p menor a 0.001, lo que indica que la hipótesis nula debe ser rechazada y que los ítems están correlacionados. Esto sugiere que los datos son adecuados para el análisis factorial exploratorio y que la estructura subyacente del constructo puede ser identificada mediante este análisis.

Tabla 13. Coeficientes de validez de constructo

Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.	.774
Chi-cuadrado aproximado	57.387
Prueba de esfericidad de Bartlett	
gl	10
Sig.	.000

Fuente: Cuestionario aplicado

6.7. CONFIABILIDAD

La **tabla 14** presenta los resultados del análisis de confiabilidad del instrumento utilizado en la investigación para medir el síndrome de ansiedad relacionado con el coronavirus. En el caso de este trabajo, el valor de alfa de Cronbach para los cinco ítems presentados en la tabla fue de 0.758, con el cual podemos afirmar que el instrumento utilizado en la investigación tiene una buena consistencia interna, ya que el valor de alfa de Cronbach es mayor a 0.7, que es considerado como un umbral mínimo para una buena confiabilidad interna.

Además, los valores de media y desviación estándar sugieren que los participantes experimentaron síntomas moderados de ansiedad relacionados con el coronavirus.

Tabla 14. Análisis de confiabilidad

ítems	Media	Desviación típica	N	Alfa de Cronbach
Me sentí mareado, aturdido o débil cuando leí o escuché noticias relacionadas con el coronavirus:	2.78	1.47	50	0.758
Tuve problemas para conciliar el sueño o permanecer dormido porque no dejaba de pensar en el coronavirus.	3.08	1.37	50	
Me sentí aturdido o bloqueado cuando pensé o me enteré de algo relacionado al coronavirus.	2.62	1.38	50	
Perdí el interés por la comida cuando pensé o me enteré de algo relacionado al coronavirus.	2.58	1.18	50	
Sentí náuseas o tuve problemas digestivos cuando pensé o me enteré de algo relacionado al coronavirus.	3.30	1.28	50	
Total	14.36	4.78	5	

Fuente: Cuestionario aplicado

6.8. RESULTADOS DE LA ESCALA DE ANSIEDAD POR COVID-19

La **tabla 15** presenta la frecuencia y el porcentaje de respuestas para el ítem "Me sentí mareado, aturdido o débil cuando leí o escuché noticias relacionadas con el coronavirus" del instrumento utilizado en la investigación sobre el síndrome de ansiedad relacionado con el coronavirus. En total, se obtuvieron 50 respuestas para este ítem. De estas respuestas, el 20% indicó que nunca se sintió mareado, aturdido o débil al leer o escuchar noticias relacionadas con el coronavirus, el 38% indicó que rara vez se sintió así (menos de uno o dos días), el 8% indicó que se sintió casi todos los días en las últimas 2 semanas, el 12% indicó que se sintió varios días, y el 22% indicó que se sintió más de 7 días en las últimas 2 semanas. En general, estos resultados sugieren que una proporción significativa de los participantes experimentaron síntomas de mareo, aturdimiento o debilidad al leer o escuchar noticias relacionadas con el coronavirus, lo que sugiere la presencia de síntomas de ansiedad relacionados con la pandemia en el personal de salud de la Unidad de Medicina Familiar No.11 IMSS, Delegación Aguascalientes.

Tabla 15. Me sentí mareado, aturdido o débil cuando leí o escuché noticias relacionadas con el coronavirus

	Frecuencia	Porcentaje	
Nunca	10	20%	■■■■
Rara vez, menos de uno o dos días	19	38%	■■■■■■■■■■
Casi todos los días en las últimas 2 semanas	4	8%	■■
Varios días	6	12%	■■■■
Más de 7 días	11	22%	■■■■■■■■
Total	50	100%	

Fuente: Cuestionario aplicado

La **tabla 16** presenta la frecuencia y el porcentaje de respuestas para el ítem "Tuve problemas para conciliar el sueño o permanecer dormido porque no dejaba de pensar en el coronavirus" del instrumento utilizado en la investigación sobre el síndrome de ansiedad relacionado con el coronavirus. El 10% indicó que nunca tuvo problemas para conciliar el sueño o permanecer dormido debido al pensamiento sobre el coronavirus, el 40% indicó que tuvo este problema rara vez (menos de uno o dos días), el 32% indicó que tuvo este problema varios días y el 18% indicó que tuvo este problema más de 7 días en las últimas 2 semanas. Estos resultados sugieren que una proporción significativa de los participantes experimentaron problemas para conciliar el sueño o permanecer dormido debido a sus pensamientos sobre el coronavirus, lo que indica la presencia de síntomas de ansiedad relacionados con la pandemia en el personal de salud de la Unidad de Medicina Familiar No.11 IMSS, Delegación Aguascalientes. Además, estos resultados también sugieren que los problemas de sueño relacionados con la ansiedad por el coronavirus son una preocupación común entre el personal de salud en la muestra estudiada.

Tabla 16. Tuve problemas para conciliar el sueño o permanecer dormido porque no dejaba de pensar en el coronavirus

	Frecuencia	Porcentaje
--	------------	------------

Nunca	5	10%	■
Rara vez, menos de uno o dos días	20	40%	■■■■■
Varios días	16	32%	■■■■■
Más de 7 días	9	18%	■■■
Total	50	100%	

Fuente: Cuestionario aplicado

La **tabla 17** presenta la frecuencia y el porcentaje de respuestas para el ítem "Me sentí aturdido o bloqueado cuando pensé o me enteré de algo relacionado al coronavirus" del instrumento utilizado en la investigación sobre el síndrome de ansiedad relacionado con el coronavirus.

En total, se obtuvieron 50 respuestas para este ítem. De estas respuestas, el 28% indicó que nunca se sintió aturdido o bloqueado cuando pensó o se enteró de algo relacionado al coronavirus, el 28% indicó que rara vez se sintió así (menos de uno o dos días), el 6% indicó que se sintió casi todos los días en las últimas 2 semanas, el 30% indicó que se sintió varios días, y el 8% indicó que se sintió más de 7 días en las últimas 2 semanas.

Estos resultados sugieren que una proporción significativa de los participantes experimentaron síntomas de aturdimiento o bloqueo al pensar o enterarse de noticias relacionadas con el coronavirus, lo que indica la presencia de síntomas de ansiedad relacionados con la pandemia en el personal de salud de la Unidad de Medicina Familiar No.11 IMSS, Delegación Aguascalientes. Además, estos resultados sugieren que los síntomas de aturdimiento o bloqueo son una preocupación común entre el personal de salud en la muestra estudiada.

La **tabla 18** presenta la frecuencia y el porcentaje de respuestas para el ítem "Perdí el interés por la comida cuando pensé o me enteré de algo relacionado al coronavirus" del instrumento utilizado en la investigación sobre el síndrome de ansiedad relacionado con el coronavirus. En total, se obtuvieron 50 respuestas para este ítem. De estas respuestas, el 18% indicó que nunca perdió el interés por la

comida cuando pensó o se enteró de algo relacionado al coronavirus, el 42% indicó que rara vez perdió el interés (menos de uno o dos días), el 6% indicó que lo perdió casi todos los días en las últimas 2 semanas, el 32% indicó que lo perdió varios días y el 2% indicó que lo perdió más de 7 días en las últimas 2 semanas. Estos resultados sugieren que una proporción significativa de los participantes experimentaron una disminución del interés por la comida debido a pensamientos o noticias relacionadas con el coronavirus, lo que indica la presencia de síntomas de ansiedad relacionados con la pandemia en el personal de salud de la Unidad de Medicina Familiar No.11 IMSS, Delegación Aguascalientes. Además, estos resultados sugieren que la disminución del apetito es una preocupación común entre el personal de salud en la muestra estudiada.

Tabla 17. Me sentí aturdido o bloqueado cuando pensé o me enteré de algo relacionado al coronavirus

	Frecuencia	Porcentaje	
Nunca	14	28%	██████
Rara vez, menos de uno o dos días	14	28%	██████
Casi todos los días en las últimas 2 semanas	3	6%	██
Varios días	15	30%	██████
Más de 7 días	4	8%	███
Total	50	100%	

Fuente: Cuestionario aplicado

Tabla 18. Perdí el interés por la comida cuando pensé o me enteré de algo relacionado al coronavirus

	Frecuencia	Porcentaje	
Nunca	9	18%	████
Rara vez, menos de uno o dos días	21	42%	████████
Casi todos los días en las últimas 2 semanas	3	6%	██
Varios días	16	32%	██████
Más de 7 días	1	2%	
Total	50	100%	

Fuente: Cuestionario aplicado

La **tabla 19** presenta la frecuencia y el porcentaje de respuestas para el ítem "Sentí náuseas o tuve problemas digestivos cuando pensé o me enteré de algo relacionado

al coronavirus" del instrumento utilizado en la investigación sobre el síndrome de ansiedad relacionado con el coronavirus.

En total, se obtuvieron 50 respuestas para este ítem. De estas respuestas, el 6% indicó que nunca sintió náuseas o tuvo problemas digestivos cuando pensó o se enteró de algo relacionado al coronavirus, el 30% indicó que rara vez sintió estos síntomas (menos de uno o dos días), el 14% indicó que los sintió casi todos los días en las últimas 2 semanas, el 28% indicó que los sintió varios días, y el 22% indicó que los sintió más de 7 días en las últimas 2 semanas.

Estos resultados sugieren que una proporción significativa de los participantes experimentaron síntomas de náuseas o problemas digestivos cuando pensaron o se enteraron de noticias relacionadas con el coronavirus, lo que indica la presencia de síntomas de ansiedad relacionados con la pandemia en el personal de salud de la Unidad de Medicina Familiar No.11 IMSS, Delegación Aguascalientes. Además, estos resultados sugieren que los síntomas gastrointestinales son una preocupación común entre el personal de salud en la muestra estudiada.

Tabla 19. Sentí náuseas o tuve problemas digestivos cuando pensé o me enteré de algo relacionado al coronavirus

	Frecuencia	Porcentaje	
Nunca	3	6%	■
Rara vez, menos de uno o dos días	15	30%	■■■■■
Casi todos los días en las últimas 2 semanas	7	14%	■■■
Varios días	14	28%	■■■■■
Más de 7 días	11	22%	■■■■■
Total	50	100%	

Fuente: Cuestionario aplicado

7. DISCUSION

Los resultados presentados en la investigación sobre la validación y adaptación transcultural de la Escala de Ansiedad por Coronavirus son de gran importancia para la comprensión de la ansiedad relacionada con el coronavirus en el personal

de salud de la Unidad de Medicina Familiar No.11 IMSS, Delegación Aguascalientes. Estos resultados tienen implicaciones importantes tanto para la salud mental de los trabajadores de la salud como para la atención médica que reciben los pacientes.

En primera instancia, los resultados del análisis de la estructura factorial de la escala indican que es un instrumento unidimensional, lo que sugiere que los ítems de la escala miden un solo constructo o dimensión de ansiedad relacionada con el coronavirus. Esto es importante porque indica que la escala puede ser utilizada para medir la ansiedad relacionada con el coronavirus en el contexto de la población estudiada con una buena validez. Además, los resultados de la medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin y la prueba de esfericidad de Bartlett sugieren que los datos tienen una adecuación razonable para el análisis factorial, lo que respalda la validez de la escala en la población estudiada.

Los resultados de las tablas de frecuencias correspondientes a los ítems de la escala también son importantes porque proporcionan información detallada sobre la prevalencia de los síntomas de ansiedad relacionados con el coronavirus en la población estudiada. En general, los resultados sugieren que estos síntomas son comunes en el personal de salud de la Unidad de Medicina Familiar No.11 IMSS, Delegación Aguascalientes.

Estos hallazgos son especialmente importantes en el contexto de la pandemia del coronavirus, ya que el personal de salud está expuesto a un mayor riesgo de infección, por lo que puede experimentar niveles más altos de estrés y ansiedad en consecuencia a las demandas emocionales y físicas de su trabajo. Es esencial comprender y abordar la ansiedad relacionada con el Covid-19 en el personal de salud, así como la atención a la misma, para garantizar tanto la salud mental como el bienestar de los trabajadores de la salud y, con ello, la calidad de la atención médica que se brinda a los pacientes.

Los resultados de la investigación sobre la validación y adaptación transcultural de la Escala de Ansiedad por Coronavirus son importantes porque proporcionan información valiosa sobre la ansiedad relacionada con el coronavirus en el personal de salud de la Unidad de Medicina Familiar No.11 IMSS, Delegación

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Aguascalientes. Estos resultados respaldan la validez de la escala y destacan la importancia de comprender y abordar los síntomas de ansiedad relacionados con el coronavirus en el personal de salud.

En cuanto a los instrumentos analizados en los antecedentes, se puede comparar el Instrumento Coronavirus Anxiety Scale adaptado en este estudio con la Escala de Ansiedad Generalizada (GAD-7) y el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) en términos de su capacidad para evaluar la ansiedad relacionada con la pandemia por COVID-19 en el personal de salud. En el estudio de Luo et al. (2015), se encontró que la versión china del GAD-2 presentó una sensibilidad del 86.5% y una especificidad del 98% para la identificación del Trastorno de Ansiedad Generalizada en la población rural china. Además, la Escala de Ansiedad de Hamilton (HAM-A) también demostró ser válida y confiable para la evaluación de la ansiedad en pacientes con COVID-19 en el estudio de Mazza et al. (2020), con un coeficiente alfa de Cronbach de 0.94. Por otro lado, en el estudio de Jafet Arrieta et al. (2017), se encontró que tanto el PHQ-2 como el PHQ-9 son herramientas valiosas y útiles para el cribado y diagnóstico de depresión y otros trastornos psiquiátricos, como la ansiedad, en poblaciones rurales de habla hispana, con una sensibilidad del 80% y especificidad del 86.9% para el punto de corte óptimo de 3 en el PHQ-2. En comparación con estos instrumentos, el Instrumento Coronavirus Anxiety Scale adaptado en el estudio actual presentó un coeficiente alfa de Cronbach de 0.758, lo que indica una buena consistencia interna, y una varianza total explicada del 51.244% para el primer componente extraído. Si bien el estudio no reporta información sobre la sensibilidad y especificidad de la escala para la detección del síndrome de ansiedad relacionado con la pandemia, los resultados sugieren que la escala es válida y confiable para su uso en la población de interés.

Es importante tener en cuenta que cualquier estudio de investigación tiene limitaciones potenciales. Algunas de las posibles limitaciones del estudio de validación y adaptación transcultural de la Escala de Ansiedad por Coronavirus en el personal de salud de la Unidad de Medicina Familiar No.11 IMSS, Delegación Aguascalientes pueden incluir el tamaño de la muestra utilizado, ya que en este

estudio fue relativamente pequeño, con solo 50 participantes. Si bien esto puede ser adecuado para una validación preliminar de la escala, podría ser necesario un tamaño de muestra más grande para obtener resultados más precisos y confiables. La muestra utilizada en este estudio se limitó al personal de salud de una sola unidad de medicina familiar en una sola ubicación geográfica. Esto podría limitar la generalización de los resultados a otras poblaciones de trabajadores de la salud en diferentes ubicaciones geográficas. También existe la posibilidad de que algunos participantes puedan haber proporcionado respuestas sesgadas o inexactas a las preguntas de la escala debido a la influencia de factores como el deseo de dar respuestas socialmente deseables o la dificultad para recordar los detalles de su experiencia. Así mismo, si bien la Escala de Ansiedad por Coronavirus utilizada en este estudio es una herramienta valiosa para medir la ansiedad relacionada con el coronavirus, es posible que otros factores como la depresión, el estrés postraumático y otros factores psicológicos también influyan en la salud mental del personal de salud en el contexto de la pandemia. Así mismo, es importante mencionar que este estudio utilizó un diseño transversal, lo que significa que los datos fueron recopilados en un solo punto en el tiempo; es posible que los niveles de ansiedad relacionados con el coronavirus cambien dentro de esta línea, lo que podría limitar la capacidad de este estudio para proporcionar una imagen completa de la experiencia del personal de salud. No obstante, a pesar de estas limitaciones, los resultados del estudio son importantes para la comprensión de la ansiedad relacionada con el coronavirus en el personal de salud y pueden proporcionar información valiosa para la toma de decisiones en el ámbito de la salud pública y la atención médica.

8. CONCLUSIONES

El análisis de la estructura factorial de la Escala de Ansiedad por Coronavirus se realizó mediante el análisis de componentes principales, que es una técnica estadística utilizada para identificar los componentes o dimensiones subyacentes que explican la varianza de los datos. El resultado del análisis mostró que la escala

tesis tesis tesis tesis tesis

es unidimensional, lo que sugiere que los ítems de la escala miden un solo constructo o dimensión de ansiedad relacionada con el coronavirus. Esta es una evidencia importante de la validez de la escala, ya que sugiere que la escala está midiendo lo que tiene por objetivo medir.

La medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) es una medida de la adecuación de los datos para el análisis factorial. Un valor de KMO de 0.774 indica que los datos tienen una adecuación razonable para el análisis factorial. Además, la prueba de esfericidad de Bartlett significativa ($p < 0.001$) indica que los ítems están interrelacionados y que la estructura factorial de la escala es adecuada. El análisis de los ítems individuales de la escala también proporcionó evidencia de la validez de la escala. Todos los ítems presentaron cargas factoriales altas en el análisis de componentes principales, lo que indica que todos los ítems contribuyen significativamente a la medida de la ansiedad relacionada con el coronavirus. Esto significa que cada ítem de la escala está midiendo aspectos importantes de la ansiedad relacionada con el coronavirus.

Las tablas de frecuencias presentadas en la investigación proporcionan información detallada sobre la prevalencia de los síntomas de ansiedad relacionados con el coronavirus en la población estudiada. Cada tabla presenta la frecuencia y el porcentaje de los participantes que reportaron experimentar los síntomas de ansiedad en relación con diferentes situaciones relacionadas con el coronavirus, como leer o escuchar noticias sobre el coronavirus, tener problemas para conciliar el sueño o permanecer dormido debido a la preocupación por el coronavirus, sentirse aturdido o bloqueado cuando se piensa o se entera de algo relacionado con el coronavirus, perder el interés por la comida debido a la preocupación por el coronavirus y experimentar náuseas o problemas digestivos debido a la preocupación por el coronavirus.

Los resultados de las tablas de frecuencias sugieren que los síntomas de ansiedad relacionados con el coronavirus son comunes en el personal de salud de la Unidad de Medicina Familiar No.11 IMSS, Delegación Aguascalientes. En general, la mayoría de los participantes informaron experimentar estos síntomas de forma ocasional o frecuente. Por ejemplo, en la tabla de frecuencias para el ítem "Me sentí

mareado, aturdido o débil cuando leí o escuché noticias relacionadas con el coronavirus", el 58% de los participantes informó experimentar este síntoma de forma ocasional o frecuente.

Estos hallazgos son significativos, puesto que indican que las muestras de ansiedad relacionados con el coronavirus pueden ser un problema importante en el personal de salud y, como consecuencia, pueden afectar tanto su bienestar emocional como su capacidad para prestar atención médica adecuada. Además, estos resultados respaldan la validez de la Escala de Ansiedad por Coronavirus utilizada en la investigación, ya que sugieren que la escala puede medir con precisión los síntomas de ansiedad relacionados con el coronavirus en la población estudiada.

9. GLOSARIO

Adaptación transcultural: Proceso mediante el cual se adapta una herramienta o instrumento para que pueda ser utilizado en una cultura diferente a la de su origen, manteniendo su validez y confiabilidad.

Ansiedad: Estado emocional que se caracteriza por sentimientos de preocupación, tensión y miedo ante situaciones estresantes o desconocidas.

Coefficiente alfa de Cronbach: Medida de la consistencia interna de una escala, que indica la relación entre las puntuaciones de los diferentes ítems de una herramienta de evaluación.

COVID-19: Enfermedad infecciosa causada por el virus SARS-CoV-2, que se originó en Wuhan, China, en diciembre de 2019 y se ha propagado a nivel mundial.

Fiabilidad: Grado en el que una herramienta de evaluación mide de manera consistente lo que pretende medir.

Pandemia: Enfermedad infecciosa que se extiende a nivel mundial, afectando a una gran cantidad de personas.

Psicométrica: Área de la psicología que se encarga del diseño, desarrollo y validación de herramientas de evaluación y medición.

Síndrome de ansiedad: Conjunto de síntomas y signos que se relacionan con la ansiedad, como la preocupación excesiva, la tensión muscular, la inquietud y la irritabilidad, entre otros.

Transversal: Tipo de estudio que se realiza en un momento específico en el tiempo, en el que se recopilan datos de una muestra representativa de la población de interés.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lee SA. Coronavirus Anxiety Scale: A brief mental health screener for COVID-19 related anxiety. *Death Stud* [Internet]. 2020;44(7):393–401. Available from: <https://doi.org/10.1080/07481187.2020.1748481>
2. Evren C, Evren B, Dalbudak E, Topcu M, Kutlu N. Measuring anxiety related to COVID-19: A Turkish validation study of the Coronavirus Anxiety Scale. *Death Stud*. 2020;0(0):1–7.
3. Ahmed O, Faisal RA, Sharker T, Lee SA, Jobe MC. Adaptation of the Bangla Version of the COVID-19 Anxiety Scale. *Int J Ment Health Addict*. 2020;
4. Jun D, Johnston V, Kim JM, O’Leary S. Cross-cultural adaptation and validation of the Depression, Anxiety and Stress Scale-21 (DASS-21) in the Korean working population. *Work*. 2018;59(1):93–102.
5. Feghali Y, Koubaissy H, Fares Y, Abbas LA. Cross-Cultural Adaptation and Validation of the Arabic Version of the Rating Anxiety in Dementia Scale. *Clin Gerontol*. 2020;43(3):320–30.
6. Arrieta J, Aguerrebere M, Raviola G, Flores H, Elliott P, Espinosa A, et al. Validity and Utility of the Patient Health Questionnaire (PHQ)-2 and PHQ-9 for Screening and Diagnosis of Depression in Rural Chiapas, Mexico: A Cross-Sectional Study. *J Clin Psychol*. 2017;73(9):1076–90.
7. Luo Z, Li Y, Hou Y, Zhang H, Liu X, Qian X, et al. Adaptation of the two-item generalized anxiety disorder scale (GAD-2) to Chinese rural population: A

validation study and meta-analysis. *Gen Hosp Psychiatry*. 2019;60(February):50–6.

8. Yáñez JA, Jahanshahi AA, Alvarez-Risco A, Li J, Zhang SX. Anxiety, distress, and turnover intention of healthcare workers in Peru by their distance to the epicenter during the COVID-19 crisis. *Am J Trop Med Hyg*. 2020;103(4):1614–20.
9. Clark DA, Beck AT. David A. Clark Aaron T. Beck. 2012;994.
10. Sandín B, Chorot P, Valiente RM, Santed Germán MA, Lostao L. Dimensiones de la sensibilidad a la ansiedad: evidencia confirmatoria de la estructura jerárquica. *Rev Psicopatología y Psicol Clínica*. 2004;9(1):19–33.
11. Martínez-medina MP. MOD EL OS EX PL I CA T I V OS D EL T RA ST ORN O POR A N SI ED A D GEN ERA L I Z A D A Y D E L A PREOCU PA CI ÓN PA T OL ÓGI CA. 2016;(December).
12. Martínez LI. Ansiedad y personalidad en personal sanitario de Unidades de hospitalización del Principado de Asturias. 2015; Available from: <http://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/10651/34550/7/Lucia Ibañez.pdf>
13. García-Rivera B, Maldonado-Radillo SE, Ramírez Barón M. Estados afectivos emocionales (depresión, ansiedad y estrés) en personal de enfermería del sector salud pública de México. *Summa Psicológica*. 2014;11(1):65–73.
14. Dqg S, Uhodwlrq DQ, Wkh Z, Hi V, Dqg F, Vdwlvidfwlrq WKH, et al. La Ansiedad En El Personal Sanitario. *Enferm en Cardiol [Internet]*. 2008;42–43(3):41–5. Available from: http://www.enfermeriaencardiologia.com/revista/42_43.pdf#page=41
15. Torres-Muñoz V, Farias-Cortés JD, Reyes-Vallejo LA, Guillén-Díaz-Barriga C. Mental health risks and damage in healthcare personnel due to treating patients with COVID-19. *Rev Mex Urol*. 2020;80(3):1–10.
16. Attorresi HF, Lozzia GS, Abal FJP, Galibert MS, Aguerri ME. Teoría de respuesta al ítem: Conceptos básicos y aplicaciones para la medición de constructos psicológicos. *Rev Argentina Clin Psicol*. 2009;18(2):179–88.
17. Muñiz J. Las Teoría de los Tests: TCT y TRI. *Papeles del Psicólogo*.

2010;31(1):57–66.

18. Moscoso SC, Pérez-Gil JA. Master en Estudios Avanzados en Cerebro y Conducta. Diseño y medición de programas de intervención neuropsicológica: aspectos fundamentales. Univ Sevilla. 2008;32–53.
19. Gaité L, Universitario H, Valdecilla M De, Ramirez N, Rafael HS, Castanedo SH, et al. Traducción y adaptación transcultural de instrumentos de evaluación en Psiquiatría: aspectos metodológicos. 1997;(January).
20. Ramada-Rodilla JM, Serra-Pujadas C, Delclós-Clanchet GL. Adaptación cultural y validación de cuestionarios de salud: Revisión y recomendaciones metodológicas. Salud Publica Mex. 2013;55(1):57–66.
21. Muñiz J, Elosua P, Hambleton RK. Directrices para la traducción y adaptación de los tests: Segunda edición. Psicothema. 2013;25(2):151–7.
22. Escobar F. Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos de Ansiedad en el Adulto. 2010;177–89.
23. Navarro Ovando L. Trastornos somatomorfos. Vol. 10, Revista Mexicana de Neurociencia. 2009. 34–43 p.
24. Salud. OM de la. Preguntas y respuestas sobre la enfermedad por coronavirus (COVID-19) [Internet]. 2020 [cited 2020 Jul 15]. Available from: www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public/q-a-coronaviruses
25. Salud. OM de la. Alerta y Respuesta Mundiales (GAR) [Internet]. USA: OMS. 2020 [cited 2020 Jun 15]. Available from: https://www.who.int/csr/disease/swineflu/frequently_asked_questions/pandemic/es/
26. Salud. OM de la. Personal Sanitario [Internet]. 2020. [cited 2020 Oct 28]. Available from: [https://www.who.int/topics/health_workforce/es/#:~:text=El personal sanitario son «todas, salud en el mundo 2006\)](https://www.who.int/topics/health_workforce/es/#:~:text=El personal sanitario son «todas, salud en el mundo 2006))
27. Carvajal A, Centeno C, Watson R, Martínez M, Sanz Rubiales Á. ¿Cómo validar un instrumento de medida de la salud? An Sist Sanit Navar. 2011;34(1):63–72.

28. Lee SA, Crunk EA. Fear and Psychopathology During the COVID-19 Crisis: Neuroticism, Hypochondriasis, Reassurance-Seeking, and Coronaphobia as Fear Factors. *Omega (United States)*. 2020;1–14.
29. 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(July):1–9.
30. Mora-Magaña I, Lee SA, Maldonado-Castellanos I, Jiménez-Gutierrez C, Mendez-Venegas J, Maya-Del-Moral A, et al. Coronaphobia among healthcare professionals in Mexico: A psychometric analysis. *Death Stud [Internet]*. 2020;0(0):1–10. Available from: <https://doi.org/10.1080/07481187.2020.1808762>
31. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Anuario Estadístico y geografico Aguascalientes 2017. 2017;1:407. Available from: http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/Productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/anuarios_2017/702825092078.pdf
32. Liang Y, Wu K, Zhou Y, Huang X, Zhou Y, Liu Z. Mental health in frontline medical workers during the 2019 novel coronavirus disease epidemic in China: A comparison with the general population. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(18):1–12.
33. Ni MY, Yang L, Leung CMC, Li N, Yao XI, Wang Y, et al. Mental Health, Risk Factors, and Social Media Use During the COVID-19 Epidemic and Cordon Sanitaire Among the Community and Health Professionals in Wuhan, China: Cross-Sectional Survey. *JMIR Ment Heal*. 2020;7(5):e19009.
34. Yang X, Zhang Y, Li S, Chen X. Risk factors for anxiety of otolaryngology healthcare workers in Hubei province fighting coronavirus disease 2019 (COVID-19). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol [Internet]*. 2020;2019(0123456789). Available from: <https://doi.org/10.1007/s00127-020-01928-3>
35. Que J, Shi L, Deng J, Liu J, Zhang L, Wu S, et al. Psychological impact of the

covid-19 pandemic on healthcare workers: A cross-sectional study in China. *Gen Psychiatry*. 2020;33(3):1–12.

36. Zhang WR, Wang K, Yin L, Zhao WF, Xue Q, Peng M, et al. Mental Health and Psychosocial Problems of Medical Health Workers during the COVID-19 Epidemic in China. *Psychother Psychosom*. 2020;89(4):242–50.
37. Wang H, Huang D, Huang H, Zhang J, Guo L, Liu Y, et al. The Psychological Impact of COVID-19 Pandemic on Medical Staff in Guangdong, China: A Cross-Sectional Study. *Psychol Med*. 2020;
38. Lázaro-Pérez C, Martínez-López JÁ, Gómez-Galán J, López-Meneses E. Anxiety about the risk of death of their patients in health professionals in Spain: Analysis at the peak of the COVID-19 pandemic. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(16):1–16.
39. Luceño-Moreno L, Talavera-Velasco B, García-Albuérne Y, Martín-García J. Symptoms of posttraumatic stress, anxiety, depression, levels of resilience and burnout in Spanish health personnel during the COVID-19 pandemic. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(15):1–29.
40. Liu C, Yang Y, Zhang X. The prevalence and influencing factors in anxiety in medical workers fighting COVID-19 in China : a cross-sectional survey. 2020;
41. El-Hage W, Hingray C, Lemogne C, Yrondi A, Brunault P, Bienvenu T, et al. Health professionals facing the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic: What are the mental health risks? *Encephale* [Internet]. 2020;46(3):S73–80. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.encep.2020.04.008>
42. Española RA. Marear [Internet]. 2020 [cited 2020 Nov 29]. Available from: <https://dle.rae.es/marear#ONtwL2h>
43. Oxford L. Sideración [Internet]. 2020 [cited 2020 Nov 29]. Available from: <https://www.lexico.com/es/definicion/sideracion>
44. Services USD of H and H. Disminución de apetito [Internet]. 2020 [cited 2020 Nov 29]. p. MedlinePlus. Available from: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003121.htm#:~:text=Es una>

situación que se,para la inapetencia es anorexia.

45. Medicine USNL of. Dolor abdominal [Internet]. 2020 [cited 2020 Nov 29]. p. MedlinePlus. Available from: U.S. National Library of Medicine
46. Beebe DH. Structure of 3,4-(cis-1,4-)trans-1,4-polyisoprene by ^{13}C n.m.r. Polymer (Guildf). 1978;19(2):231–3.



11. ANEXOS

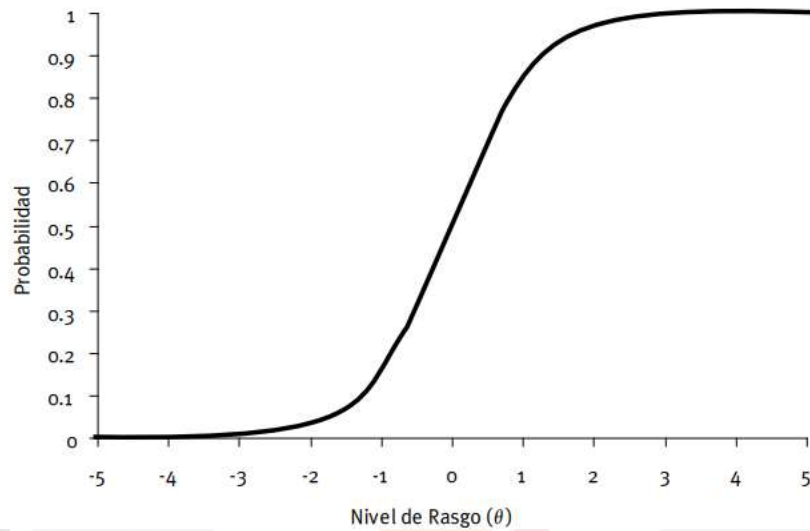


ANEXO 1. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

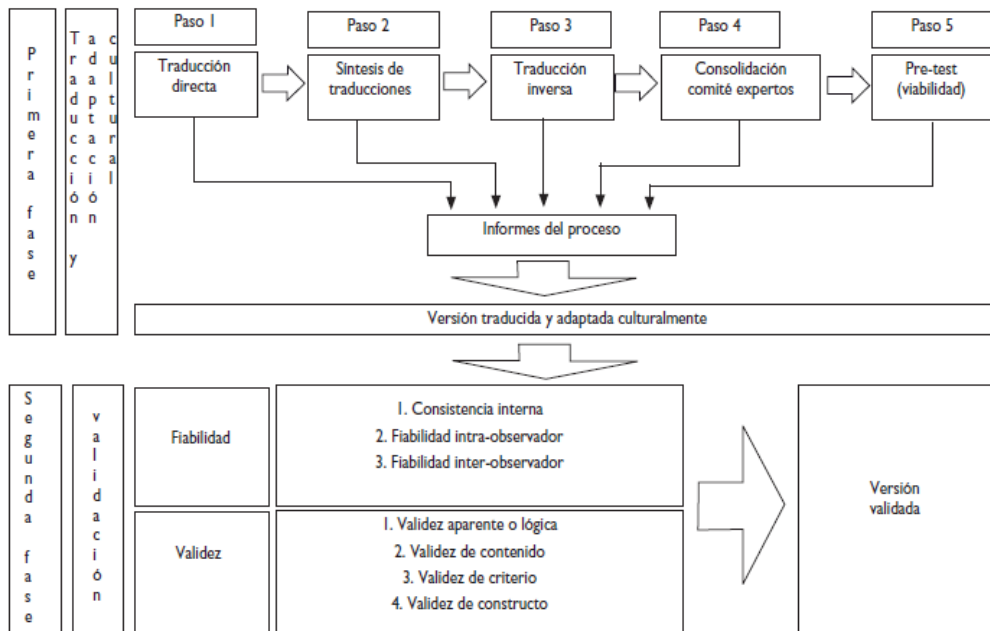
Actividad	2021												2022												2023					
	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar	Abr	May	
Revisión de la literatura	x																													
Diseño del protocolo	x																													
Planteamiento del problema	x																													
Antecedentes	x																													
Justificación		x																												
Introducción		x																												
Hipótesis		x	x																											
Material y métodos			x																											
Envío de protocolo a SIRELCIS			x	x																										
Registro y aprobación ante comité de ética				x																										
Registro y aprobación ante comité de investigación				x	x	x	x	x	x																					
Acopio de la información										x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x							
Captura y tabulación de la información																						x	x	x	x					
Análisis de la información																												x		
Elaboración del informe de tesis final																												x		
Discusión de resultados																													x	
Presentación de resultados																													x	

ANEXO 2. CURVA CARACTERÍSTICA DE UN ÍTEM

Figura 1. Curva Característica de un Ítem con parámetros $a = 1$, $b = 0$ y $c = 0$



ANEXO 3. PROCESO DE TRADUCCIÓN, ADAPTACIÓN CULTURAL Y VALIDACIÓN.



ANEXO 4: OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.

CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	VARIABILIDAD	ITEM	INDICADOR	VARIABLE
<p>Trastorno de ansiedad generalizada: ansiedad y preocupación excesivas (expectación aprensiva) que se observan durante un periodo superior a 6 meses y que se centran en una amplia gama de acontecimientos y situaciones; el individuo tiene dificultades para controlar este estado de constante preocupación. La ansiedad y la preocupación se acompañan de al menos otros tres síntomas de los siguientes: inquietud, fatiga precoz, dificultades para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular y trastornos del sueño.</p>	<p>Personal de salud que resulten afectados en su estado emocional con presentación de sintomatología psicósomática compatible con trastorno de ansiedad, reflejado con mareo, trastornos del sueño, parálisis y inmovilidad tónica, trastornos en el apetito, malestar abdominal.</p>	1. Mareo	El paciente puede no presentar mareo o desmayos.	I felt dizzy, lightheaded, or faint, when I read or listened to new about the coronavirus.	Se aplicará la primera pregunta de la escala para saber si presenta sintomatología vagal, a través de respuestas en una escala de de 5 puntos: Nada (0), Rara vez, menos de un día o dos (1), varios días (2), más de 7 días (3), Casi todos los días (4).	Cuantitativa
		2. Trastornos del sueño	El paciente puede no presentar alteraciones en la calidad del sueño.	I had trouble falling or stayin asleep because I was thinking about the coronavirus.	Se aplicará la segunda pregunta de la escala para saber si presenta trastornos del sueño, a través de respuestas en una escala de 5 puntos: Nada (0), Rara vez, menos de un día o dos (1), varios días (2), más de 7 días (3), Casi todos los días (4).	Cuantitativa
		3. Inmovilidad tónica	El paciente puede no presentar sensación de parálisis.	I felt paralyzed or frozen when I thought about or was exposed to information about the coronavirus.	Se aplicará la tercera pregunta de la escala para saber si presenta sensación de parálisis o inmovilidad, a través de respuestas en una escala de 5 puntos: Nada (0), Rara vez, menos de un día o dos (1), varios días (2), más de 7 días (3), Casi todos los días (4)	Cuantitativa

		4. Pérdida de apetito	El paciente puede no presentar pérdida de apetito.	I lost interest in eating when I thought when I thought about or was exposed to information about the coronavirus.	Se aplicará la cuarta pregunta de la escala para saber si presenta sensación de parálisis o inmovilidad, a través de respuestas en una escala de 5 puntos: Nada (0), Rara vez, menos de un día o dos (1), varios días (2), más de 7 días (3), Casi todos los días (4)	Cuantitativa
		5. Malestar abdominal	El paciente puede no presentar malestar abdominal.	I felt nauseous or had stomach problems when I thought about or was exposed to information about the coronavirus.	Se aplicará la quinta pregunta de la escala para saber si presenta sensación de parálisis o inmovilidad, a través de respuestas en una escala de 5 puntos.	Cuantitativa

ANEXO 5. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

	INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS)
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN (ADULTO)	
Nombre del estudio:	Adaptación transcultural y validación del Instrumento Coronavirus Anxiety Scale para identificar síndrome de ansiedad en el personal de salud de la Unidad de Medicina Familiar No.11 IMSS, Delegación Aguascalientes.
Lugar y fecha:	Julio de 2021
Número de registro:	En trámite
Justificación y objetivo del estudio:	Justificación: La pandemia por COVID 19 se ha encontrado íntimamente ligada al desarrollo de trastornos mentales, siendo uno de los más relevantes los relacionados a ansiedad, situación que repercute de manera directa en la productividad y calidad de la atención del personal de salud. Actualmente existen instrumentos para la medición del dicho trastorno, sin embargo ninguno de ellos validado y/o adaptado a población mexicana. Es por ello, que el objetivo del presente trabajo de investigación es realizar la adaptación cultural en el personal de salud y validación del instrumento de evaluación <i>Coronavirus Anxiety Scale</i> al idioma español en la Unidad de Medicina Familiar No. 11 del IMSS, Delegación Aguascalientes.
Procedimiento:	Declaro que se me ha informado ampliamente en qué consiste esta investigación, en donde se aplicará el instrumento <i>Coronavirus Anxiety Scale</i> siguiendo una serie de procesos a seguir: adaptación cultural con traducción directa del idioma de origen, consolidación por panel expertos de test y la aplicación de un pre-test (aplicabilidad y viabilidad del cuestionario) a la población elegida; medición de fiabilidad (grado en que un instrumento es capaz de medir sin errores), consistencia interna (interpretación y coherencia de los componentes), validez aparente (grado en que los ítems miden de modo lógico el constructo que se quiere medir), validez de contenido (grado en el que el contenido de un instrumento es capaz de medir la mayor parte de las dimensiones del constructo), validez de criterio (grado en que el resultado del cuestionario concuerda con algún criterio gold estándar), validez de constructo (grado en que las mediciones que resulten de las respuestas del cuestionario puedan considerarse como una medición del fenómeno estudiado). Se utilizará la técnica de cuestionario auto administrado, mismo que consta con un total de 5 ítems, en un lapso de alrededor de 5 minutos, tanto en la fase de traducción como de retro-traducción, realizándose en un espacio privado y aislado, sin presencia de terceros, para la comodidad del participante; contando en todo momento con la presencia del investigador principal en caso de presentarse dudas.
Posibles riesgos y molestias:	Riesgos mínimos: Uso de tiempo efectivo de actividades laborales del personal de salud participante (médicos, enfermeros y estomatólogos). Riesgos máximos: Sensibilización del encuestado ante la aplicación del instrumento con presencia de sintomatología propia de síndrome de ansiedad como nerviosismo, agitación o tensión, aumento del ritmo cardiaco, respiración acelerada, sudoración, temblores, debilidad y cansancio, para lo cual se contará con el apoyo pertinente por parte del servicio de psicología en caso necesario.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Los beneficios serán obtenidos de manera indirecta al generar conocimientos que ayuden a dirigir las estrategias en materia de implementación de estrategias para la detección de trastornos de ansiedad en personal de salud
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	El investigador responsable se ha comprometido en darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mí en la atención de los pacientes, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevaran a cabo, los riesgos, beneficios, o cualquier otro asunto relacionado con la investigación.
Participación o retiro:	Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo desee conveniente.
Privacidad y confidencialidad	Se me ha explicado que los datos recabados en la investigación serán confidenciales y que se protegerá en todo momento mi identidad mediante un número de folio, además los resultados serán analizados de manera colectiva y no individual.
En caso de colección de material biológico (si aplica)	<input type="radio"/> No autorizo que se tome la muestra <input type="radio"/> Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio <input type="radio"/> Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	Contar con un instrumento validado y eficaz para identificar ansiedad disfuncional secundaria a COVID-19.
Beneficios al término del estudio:	Contar con un instrumento validado y eficaz para identificar ansiedad disfuncional secundaria a COVID-19.
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador principal:	Dr. Jaime Azuela Antuna. MATRICULA: 99103554 ADSCRIPCIÓN: Unidad de Medicina Familiar No. 11, LUGAR DE TRABAJO: Unidad de Medicina Familiar No 11. DOMICILIO: Mariano Hidalgo 510 colonia Modelos 1, Aguascalientes, CP 20295 Teléfono 9774272 Ext. 31761. Correo electrónico: jaime.azuela@imss.gob.mx
Investigador asociado:	jaime.azuela@imss.gob.mx Dra. Marlene Guadalupe Aguilera Arévalo. MATRICULA 98010942. Residente de Medicina Familiar. ADSCRIPCIÓN: Unidad de Medicina Familiar No. 11, LUGAR DE TRABAJO: Unidad de Medicina Familiar No. 11, DOMICILIO: Mariano Hidalgo 510 colonia Modelos 1, Aguascalientes, CP 20295 Teléfono 9774272 Ext. 31761, Teléfono 9774272 Ext. 31762. Teléfono particular 4921169115 Correo electrónico: marleneaguilera@gmail.com
Colaboradores:	
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la 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: comision.etica@imss.gob.mx	
_____ Nombre y firma del sujeto	_____ 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. *En caso de contar con patrocinador externo, el protocolo deberá ser evaluado por la Comisión Nacional de Investigación científica Clave: 2810-009-013	

ANEXO 6: INSTRUMENTO “CORONAVIRUS ANXIETY SCALE”.

How often have you experienced the following activities over the last 2 weeks?

	Not at all	Rare, less than a day or two	Several days	More than 7 days	Nearly every day over the last 2 weeks
1 I felt dizzy, lightheaded, or faint when I read or listened to news about the coronavirus.	0	1	2	3	4
2 I had trouble falling or staying asleep because I was thinking about the coronavirus.	0	1	2	3	4
3 I felt paralyzed or frozen when I thought about or was exposed to information about the coronavirus.	0	1	2	3	4
4 I lost interest in eating when I thought about or was exposed to information about the coronavirus.	0	1	2	3	4
5 I felt nauseous or had stomach problems when I thought about or was exposed to information about the coronavirus.	0	1	2	3	4

ANEXO 7: MANUAL OPERACIONAL.

I.1 Ficha de Identificación

I.1.a Número de folio: /___/___/___/___/___/

I.1.b Fecha de aplicación: /___/___/___/

Día Mes Año

I.1.c Nombre del paciente: /_____/

I.1.d Número de afiliación: /___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/ --
/___/___/___/___/

I.1.e Sitio donde se realizó la entrevista: /___/ 1. Domicilio 2. UMF-11 3. Otros

I.1.f Domicilio: /_____/

I.1.g Teléfono: /_____/

I.1.h Número de consultorio: /___/

I.1.h Turno: /___/ 1) Matutino 2) Vespertino

Sección I

I.2 Características Sociodemográficas

I.2.a Edad: /___/

1) 20-30 años 2) 31-40 años 3) 41-50 años 4) 51-60 años 5) >60 años

I.2.b Sexo: /___/

1) Masculino 2) Femenino

I.2.c Grado de escolaridad: /___/

1) Analfabeta

2) Primaria incompleta

3) Primaria completa

4) Secundaria

5) Bachillerato/equivalente

6) Profesionista

7) Otros

I.2.d Estado Civil: /___/

1) Soltero (a)

2) Casado (a)

3) Unión libre

4) Divorciado (a)

5) Separado (a)

6) Viudo (a)

I.2.e Ocupación: /_____/

- 1) Médico
- 2) Enfermero (a) Especialista en Medicina de Familia
- 3) Enfermero (a) general
- 4) Estomatólogo

I.2.f Categoría: /_____/

- 1) Personal de base
- 2) Suplente
- 3) Rolador

Sección II

En esta sección se realiza el cuestionario del instrumento *Coronavirus Anxiety Scale* (Escala de Ansiedad al Coronavirus), con la finalidad de evaluar la ansiedad provocada por el coronavirus e identificar aquellos casos con probable ansiedad disfuncional provocada o asociada a la pandemia por covid 19.

La escala valora 5 dimensiones por sus criterios psicométricos sólidos para la identificación de ansiedad debida a la exposición en distintos rubros hacia el coronavirus:

- a) Mareo
- b) Trastornos del sueño
- c) Inmovilidad tónica
- d) Pérdida del apetito
- e) Malestar abdominal

Se le indicó al entrevistado las opciones que tenía para contesta, para esto se les presentó en hojas la CAS, con las siguientes opciones de respuesta: Nada en absoluto, rara vez menos de un día o dos, varios días, más del 7 días, casi todos los días en las últimas dos semanas.

Las respuestas del entrevistado fueron marcadas con un **X**, cada pregunta se codificó de acuerdo con la dimensión del instrumento, de la siguiente manera:

1. I felt dizzy, lightheaded, or faint when I read or listened to news about the coronavirus.

Traducción: Me he sentido mareado, aturdido o me he desmayado cuando leí o escuché noticias sobre el coronavirus.

Explicación: Con esta pregunta se pretende saber si el personal de salud (médicos, enfermeros (as) y estomatólogos) han presentado mareo, aturdimiento o desmayo a causa del contacto con medios de comunicación acerca del Coronavirus.

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cuál será identificada porque estará marcada con una X, así como del sentido de la pregunta y será:

0. Nada en absoluto
1. Rara vez, menos de un día o dos
2. Varios días
3. Más del 7 días
4. Casi todos los días en las últimas dos semanas.

2. I had trouble falling or staying asleep because I was thinking about the coronavirus.

Traducción: He tenido problemas para conciliar el sueño o quedarme dormido porque estaba pensando en el coronavirus.

Explicación: Con esta pregunta se pretende conocer si el personal de salud (médicos, enfermeros (as) y estomatólogos) han presentado trastornos del sueño a consecuencia de la exposición o conocimiento acerca del coronavirus.

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cuál será identificada porque estará marcada con una X, así como del sentido de la pregunta y será:

5. Nada en absoluto
6. Rara vez, menos de un día o dos
7. Varios días
8. Más del 7 días
9. Casi todos los días en las últimas dos semanas.

3. I felt paralyzed or frozen when I thought about or was exposed to information about the coronavirus.

Traducción: Me he sentido paralizado o inmóvil cuando he pensado o estuve expuesto a información sobre el coronavirus.

Explicación: Con esta pregunta se pretende saber si el personal de salud (médicos, enfermeros (as) y estomatólogos) han presentado sideración o inmovilidad tónica a consecuencia de exposición a información sobre el coronavirus.

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cuál será identificada porque estará marcada con una X, así como del sentido de la pregunta y será:

- 10. Nada en absoluto
- 11. Rara vez, menos de un día o dos
- 12. Varios días
- 13. Más del 7 días
- 14. Casi todos los días en las últimas dos semanas.

4. I lost interest in eating when I thought about or was exposed to information about the coronavirus.

Traducción: Perdí el interés en comer cuando pensé o estuve expuesto a información sobre el coronavirus.

Explicación: Con esta pregunta se pretende saber si el personal de salud (médicos, enfermeros (as) y estomatólogos) han presentado pérdida del apetito a consecuencia de exposición a información sobre el coronavirus.

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cuál será identificada porque estará marcada con una X, así como del sentido de la pregunta y será:

- 0. Nada en absoluto
- 1. Rara vez, menos de un día o dos
- 2. Varios días
- 3. Más del 7 días
- 4. Casi todos los días en las últimas dos semanas.

5. I felt nauseous or had stomach problems when I thought about or was exposed to information about the coronavirus.

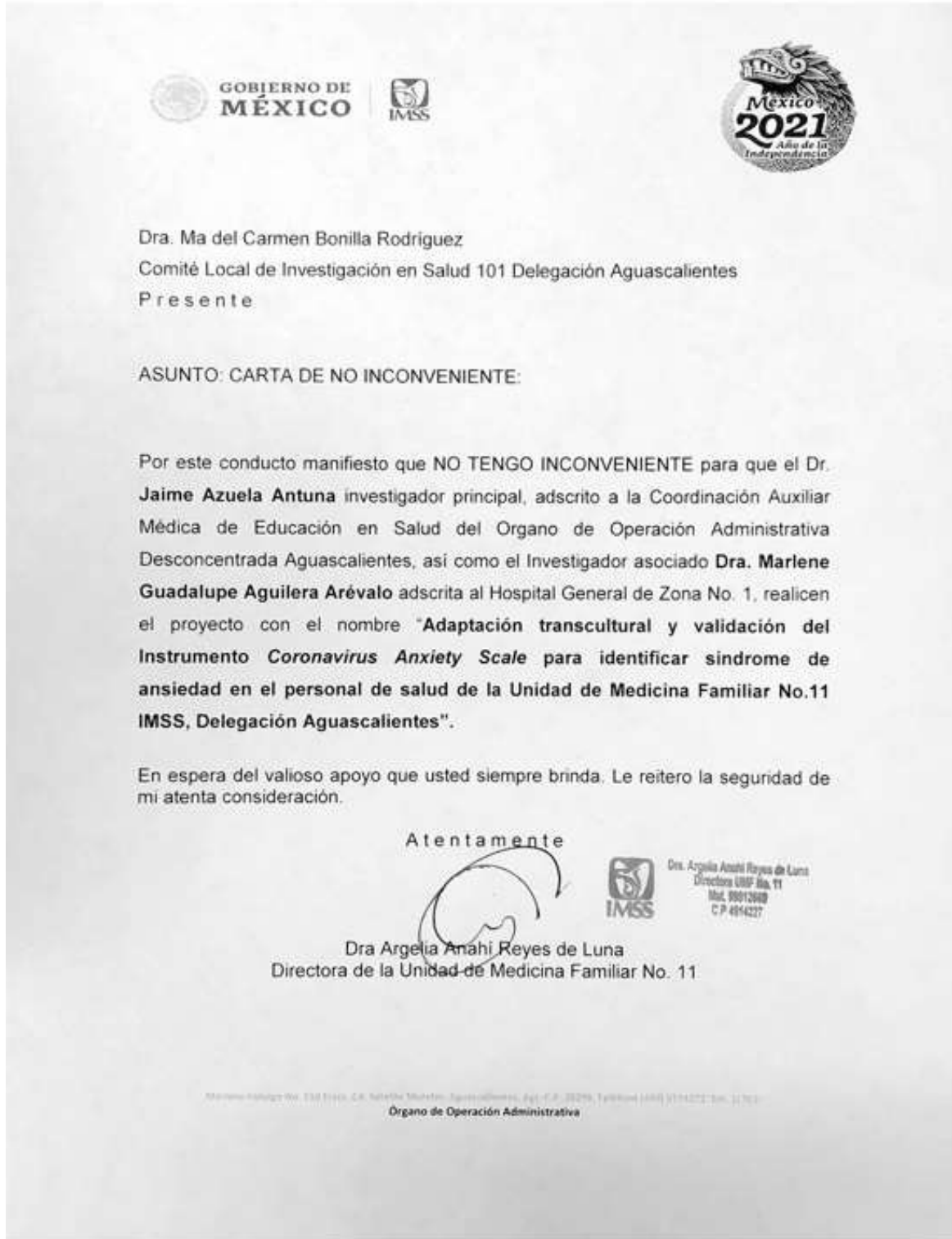
Traducción: He sentido náuseas o malestar abdominal cuando pienso o he estado expuesto a información sobre el coronavirus.

Explicación: Con esta pregunta se pretende saber si el personal de salud (médicos, enfermeros (as) y estomatólogos) han presentado malestar abdominal a consecuencia de la exposición a información sobre el coronavirus.

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cuál será identificada porque estará marcada con una X, así como del sentido de la pregunta y será:

0. Nada en absoluto
1. Rara vez, menos de un día o dos
2. Varios días
3. Más del 7 días
4. Casi todos los días en las últimas dos semanas.

ANEXO 8: CARTA DE NO INCONVENIENTE.



ANEXO 9: PLANILLA DE JUICIO DE EXPERTOS

PLANILLA DE JUICIO DE EXPERTOS

Respetado juez: Usted ha sido seleccionado para evaluar el Instrumento:

Evaluación “Escala de Ansiedad por Coronavirus”.

La evaluación de los instrumentos es de gran relevancia para lograr que sean válidos y que los resultados obtenidos a partir de éstos sean utilizados eficientemente; aportando tanto al área investigativa de la psicología como a sus aplicaciones. Agradecemos su valiosa colaboración.

NOMBRES Y APELLIDOS DEL JUEZ:

FORMACIÓN ACADÉMICA:

AREAS DE EXPERIENCIA PROFESIONAL:

TIEMPO:

CARGO ACTUAL:

INSTITUCIÓN:

OBJETIVO DE LA INVESTIGACIÓN:

CATEGORIA	CALIFICACIÓN	INDICADOR
SUFICIENCIA Los ítems que pertenecen a una misma dimensión bastan para obtener la medición de ésta.	1 No cumple con el criterio	Los ítems no son suficientes para medir la dimensión.
	2. Bajo Nivel	Los ítems miden algún aspecto de la dimensión, pero no corresponden con la dimensión total.
	3. Moderado nivel	Se deben incrementar algunos ítems para poder evaluar la dimensión completamente.
	4. Alto nivel	Los ítems son suficientes
CLARIDAD El ítem se comprende	1 No cumple con el criterio	El ítem no es claro
	2. Bajo Nivel	El ítem requiere bastantes modificaciones o una modificación

fácilmente, es decir, sintáctica y semántica adecuadas.	es su y son		muy grande en el uso de las palabras de acuerdo con su significado o por la ordenación de las mismas.
		3. Moderado nivel	Se requiere una modificación muy específica de algunos de los términos del ítem.
		4. Alto nivel	El ítem es claro, tiene semántica y sintaxis adecuada.
COHERENCIA El ítem tiene relación lógica con la dimensión o indicador que está midiendo.		1 No cumple con el criterio	El ítem no tiene relación lógica con la dimensión
		2. Bajo Nivel	El ítem tiene una relación tangencial con la dimensión.
		3. Moderado nivel	El ítem tiene una relación moderada con la dimensión que está midiendo.
		4. Alto nivel	El ítem se encuentra completamente relacionado con la dimensión que está midiendo.
RELEVANCIA El ítem es esencial o importante, decir debe ser incluido.		1 No cumple con el criterio	El ítem puede ser eliminado sin que se vea afectada la medición de la dimensión
		2. Bajo Nivel	El ítem tiene alguna relevancia, pero otro ítem puede estar incluyendo lo que mide éste.
		3. Moderado nivel	El ítem es relativamente importante.
		4. Alto nivel	El ítem es muy relevante y debe ser incluido.

Objetivo del juicio de expertos:

Objetivo de la prueba:

De acuerdo con los siguientes indicadores califique cada uno de los ítems según corresponda.

A continuación, se da a conocer el cuadro donde se valora la sintomatología de Trastorno de Ansiedad Generalizada secundario a la exposición por Coronavirus.

DIMENSIÓN	ITEM	SUFICIENCIA	COHERENCIA	RELEVANCIA	CLARIDAD	OBSERVACIONES
-----------	------	-------------	------------	------------	----------	---------------

Mareo	1					
Trastornos del sueño	2					
Inmovilidad tónica	3					
Pérdida del apetito	4					
Malestar abdominal	5					

ANEXO 10. AUTORIZACIÓN DE ADAPTACIÓN POR PARTE DEL AUTOR ORIGINAL



The Spanish Group LLC
 1 Park Plaza, Suite 600
 Irvine, CA 92614
 United States of America
<https://www.thespanishgroup.org>