

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA DE PSICOLOGÍA

Trabajo final de grado (TFG)
bajo la modalidad de tesis
para optar por el grado de Licenciatura en Psicología

Características asociadas al miedo al COVID-19 en personas
funcionarias de la CCSS trabajando durante la emergencia sanitaria

Sustentante:

Paola Sofía Gómez Montero

Comité Asesor:

Directora: Dra. Gloriana Rodríguez Arauz

Lectora: Dra. Vanessa Smith Castro

Lectora: Dra. Henriette Raventós Vorst

Ciudad Universitaria Rodrigo Facio, Costa Rica

2023

HOJA DE APROBACIÓN



Dr. Jorge Sanabria León
Presidente del Tribunal Examinador



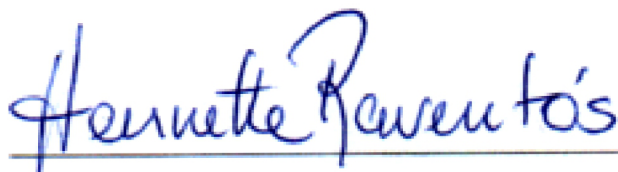
Dr. Benjamín Reyes Fernández
Profesor invitado



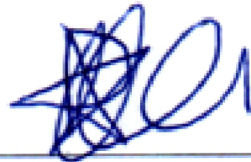
Dra. Gloriana Rodríguez Arauz
Directora del Trabajo Final de Graduación



Dra. Vanessa Smith Castro
Lectora



Dra. Henriette Raventós Vorst
Lectora



Paola Sofía Gómez Montero
Sustentante

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, me gustaría agradecerles a las personas funcionarias la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS), así como otras personas de entidades tanto públicas como privadas que han trabajado arduamente durante esta pandemia por COVID-19 velando por la salud y el bienestar de quienes habitamos en Costa Rica. De estas personas, les agradezco especialmente a quienes decidieron usar parte de su limitado tiempo para participar en este estudio.

En segundo lugar, quiero agradecerle a mi equipo asesor por acompañarme y guiarme en este proceso. A ustedes tres las tengo en muy alta estima y las admiro tanto como profesionales exitosas como personalmente por su amabilidad, consideración y carisma. Ustedes hicieron que mi experiencia en este trabajo final de graduación, así como mi participación en el estudio del que se desprende esta tesis, fuera extremadamente placentera y aprendiera mucho más de lo que esperaba. Por esta última razón, también me gustaría agradecerle al M.Sc. Raúl Ortega Moreno de la Universidad Nacional con quien tuve el gusto de conocer y trabajar durante este estudio.

En tercer lugar, me gustaría agradecer a la Caja Costarricense del Seguro Social, el Ministerio de Salud, la Universidad de Costa Rica y la Universidad Nacional en darnos el apoyo que hizo posible este estudio y por su interés en ayudar al personal sanitario.

En cuarto lugar, pero no por ello menos importante, quiero agradecerles a todas las personas que me han apoyado y motivado a lo largo de mis estudios universitarios. Les mando un gran abrazo especialmente a mis amistades Angie, Cristina, Gloriana, Esteban, Anny, Ignacio, Amanda, María Alexandra, Laura y Alexandra, así como mi familia quien ha sido un pilar de apoyo muy grande para mí. Además, quiero agradecerle al M.Sc. Bradly Marín por ser en uno de mis mentores desde que fui su estudiante y durante mi experiencia como su asistente en diferentes proyectos durante gran parte de mi experiencia universitaria.

RESUMEN

Gómez-Montero, P. (2022). *Características asociadas al miedo al COVID-19 en personas funcionarias de la CCSS trabajando durante la emergencia sanitaria* [Tesis de Licenciatura, Universidad de Costa Rica].

Contagiarse y fallecer por la enfermedad COVID-19 es una amenaza real que han enfrentado prácticamente todas las personas desde que se declaró la pandemia en el 2020. Las personas que laboran en contextos hospitalarios no fueron exentas de ello, sino lo contrario.

Utilizando un diseño cuantitativo transversal, el objetivo de este trabajo fue analizar la asociación entre las características demográficas e institucionales y la experiencia subjetiva del miedo al COVID-19 del personal de salud que ha trabajado durante la pandemia.

Se reclutó por correo electrónico entre febrero y octubre del 2021. Se les pidió llenar un cuestionario en línea donde se incluyó la escala FCV-19S que mide la severidad del miedo al COVID-19, entre otros.

Participaron 1,565 personas funcionarias de la CCSS, las cuales eran predominantemente mujeres (71.37%), tenían entre 18 y 72 años (promedio 38.98 años, DE = 9.50), y laboraban en áreas de enfermería y cuidado (29.46%), medicina (23.07%), administración y apoyo logístico (16.74%), salud mental y apoyo psicosocial (9.14%), y otros.

Los datos fueron analizados con el paquete estadístico *IBM SPSS Statistics 23.0*. Primero, se realizaron análisis psicométricos para asegurarse de que las escalas para medir el miedo al COVID-19 y las condiciones laborales tuvieran propiedades psicométricas adecuadas. Seguidamente, se realizaron análisis univariados para describir la muestra y caracterizarla. Luego, se llevaron a cabo análisis bivariados, donde se encontró que una mayor severidad del miedo al

COVID-19 se asoció con ser mujer, su área laboral (donde el área administrativa y apoyo logístico reportó un mayor miedo, seguido del personal de enfermería y cuidado, el área de otros profesionales, el área de medicina), no coordinar un equipo de trabajo, encontrarse en un grupo de mayor riesgo a complicaciones o muerte producto de enfermarse por COVID-19 o convivir con personas que se encuentren en este grupo, haber tenido COVID-19, haber recibido atención por profesionales en salud mental alguna vez en la vida, y tener una valoración más baja a las condiciones laborales (lo cual incluye condiciones de bioseguridad y de salud ocupacional). Por último, se realizaron análisis multivariados para encontrar el mejor modelo de predicción del miedo al COVID-19, y se encontró que este modelo es uno que incluye todas las variables que fueron significativas en los análisis bivariados excluyendo el dar positivo para COVID-19; este modelo predijo el 12.76% de la varianza explicada.

En conclusión, además de las características personales de cada individuo, existen características ambientales que influyen en la severidad en que se experimenta esta emoción. A partir de estos hallazgos se insta a las entidades correspondientes a instaurar, continuar y financiar actividades para ayudar a esta población a aliviar su miedo. Esto implica que además de acciones directamente relacionadas con la salud mental, se realicen actividades como capacitaciones y asegurarse que las condiciones de bioseguridad y salud ocupacional sean óptimas. Asimismo, el miedo a enfermedades infecciosas no es exclusivo del COVID-19, por lo cual, los hallazgos cobran especial importancia ya que coinciden en su mayoría con otras investigaciones en contexto de pandemia y epidemia.

Palabras claves: miedo, emociones, pandemia, COVID-19, personal de salud

ÍNDICE DE CONTENIDOS

AGRADECIMIENTOS	ii
RESUMEN	iii
1. INTRODUCCIÓN	1
2. MARCO DE REFERENCIA	5
2.1. Antecedentes	5
2.1.1. Características sociodemográficas	5
2.1.2. Características institucionales	14
2.2. Marco conceptual	18
2.2.1. Psicología social de la salud	18
2.2.2. Pandemia y epidemia	18
2.2.3. Miedo y emoción	19
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	21
4. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN	22
5. HIPÓTESIS	22
6. OBJETIVO GENERAL Y ESPECÍFICOS	24
7. MÉTODO	24
7.1. Diseño metodológico	24
7.2. Características de la población y definición de la muestra	25
7.3. Técnicas e instrumentos para la obtención de los datos	28

7.4. Procedimiento	28
7.5. Estrategia de análisis estadístico	29
7.6. Protección de las personas participantes	31
8. RESULTADOS	31
8.1. Análisis psicométricos	31
8.2. Análisis univariado: Caracterización de la muestra	36
8.2.1. Información sociodemográfica	36
8.2.2. Características institucionales	39
8.2.3. Miedo al COVID-19	41
8.3. Análisis bivariado	42
8.3.1. Asociación de variables sociodemográficas con el miedo al COVID-19	42
8.3.2. Asociación de variables institucionales con el miedo al COVID-19	51
8.4. Análisis multivariado: Modelos de predicción del miedo al COVID-19	54
9. DISCUSIÓN	61
10. CONCLUSIONES	70
11. LIMITACIONES	72
12. RECOMENDACIONES	74
13. REFERENCIAS	79
14. ANEXOS	93

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro 1.	Valor característico, varianza explicada y cargas factoriales para la escala FCV-19S.	32
Cuadro 2.	Estadísticos total-elemento para la escala FCV-19S.	33
Cuadro 3.	Valor característico, varianza explicada y cargas factoriales para las dimensiones de condiciones laborales.	34
Cuadro 4.	Estadísticos total-elemento para la dimensión de Salud Ocupacional de la escala de condiciones laborales.	35
Cuadro 5.	Estadísticos total-elemento para la dimensión de Condiciones de Bioseguridad de la escala de condiciones laborales.	35
Cuadro 6.	División de profesiones de las personas participantes según área laboral.	36
Cuadro 7.	Condiciones que hacen que las personas tengan un mayor riesgo por COVID-19.	38
Cuadro 8.	Estado civil de las personas participantes.	39
Cuadro 9.	Lugar de trabajo del personal sanitario que participaron en el estudio.	40
Cuadro 10.	Puntuación de la escala de condiciones laborales.	40
Cuadro 11.	Puntuación de la escala de miedo al COVID-19 (FCV-19S).	41
Cuadro 12.	Comparación entre los modelos de predicción del miedo al COVID-19 con el modelo nulo según un análisis de regresión.	54
Cuadro 13.	Modelo 1 de predicción del miedo al COVID-19 según un análisis de regresión múltiple.	55

Cuadro 14.	Modelo 2 de predicción del miedo al COVID-19 según un análisis de regresión múltiple.	56
Cuadro 15.	Modelo 3 de predicción del miedo al COVID-19 según un análisis de regresión múltiple.	58
Cuadro 16.	Comparación entre los modelos de predicción del miedo al COVID-19 entre sí según un análisis de regresión múltiple jerárquico para encontrar el mejor modelo de predicción.	60
Cuadro 17.	Porcentaje de hospitalizaciones por COVID-19 en la CCSS entre febrero y octubre 2021.	118
Cuadro 18.	Matriz de correlaciones entre variables de condiciones laborales.	119
Cuadro 19.	Distribución de sexo por el tipo de profesión según análisis de chi cuadrado.	121

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1.	Promedio del miedo al COVID-19 de personas funcionarias de la CCSS según sexo.	42
Figura 2.	Promedio del miedo al COVID-19 de personas funcionarias de la CCSS según área laboral.	43
Figura 3.	Promedio del miedo al COVID-19 de personas funcionarias de la CCSS si asumen o no un cargo de coordinación.	45
Figura 4.	Promedio del miedo al COVID-19 de personas funcionarias de la CCSS según encontrarse personalmente en un grupo de mayor riesgo por COVID-19.	46
Figura 5.	Promedio del miedo al COVID-19 de personas funcionarias de la CCSS según residir con personas que estén en grupo de mayor riesgo por COVID-19.	47
Figura 6.	Promedio del miedo al COVID-19 de personas funcionarias de la CCSS según haber dado positivo al COVID-19.	47
Figura 7.	Promedio del miedo al COVID-19 de personas funcionarias de la CCSS según haber tenido atención por parte de profesionales en salud mental en algún momento de la vida.	48
Figura 8.	Gráfico de dispersión de la asociación entre el miedo al COVID-19 de personas funcionarias de la CCSS y la edad.	49
Figura 9.	Gráfico de dispersión de la asociación entre el miedo al COVID-19 de personas funcionarias de la CCSS y los años de ejercicio profesional.	50
Figura 10.	Promedio del miedo al COVID-19 de personas funcionarias de la CCSS según la cantidad de hospitalizaciones del lugar de trabajo.	51

Figura 11.	Gráfico de dispersión de la asociación entre el miedo al COVID-19 de personas funcionarias de la CCSS y la valoración a las condiciones laborales.	52
Figura 12.	Propuesta de modelo explicativo del efecto de las características sociodemográficas en la respuesta subjetiva del miedo de personas funcionarias de la CCSS.	93
Figura 13.	Propuesta de modelo explicativo del efecto de las características institucionales en la respuesta subjetiva del miedo de personas funcionarias de la CCSS.	93
Figura 14.	Modelo explicativo del efecto de las características sociodemográficas e institucionales en la respuesta subjetiva del miedo de personas funcionarias de la CCSS.	122

1. Introducción

Las pandemias son brotes a gran escala de enfermedades infecciosas, las cuales pueden generar el aumento en gran medida de la morbilidad y la mortalidad en un área geográfica amplia y causar importantes perturbaciones de tipo económicas, sociales y políticas (Jamison et al., 2018). Estas impactan especialmente a países en desarrollo debido a que tienen un nivel alto de empleo informal y un limitado acceso a servicios de salud, protección social e información (Molina, 2020).

Se considera que son pocos los fenómenos que han moldeado a las sociedades y las culturas en la historia de la humanidad de la forma en que los brotes de enfermedades infecciosas lo han logrado (Huremović, 2019). Las pandemias, así como otros brotes de enfermedad y pestes, han sido examinadas minuciosamente en la historia, ya que estas han permitido la innovación y avances en la medicina, así como en la ciencia en general (Taylor, 2019).

A pesar de lo anterior, se considera que la atención que se le ha dado a este tipo de brotes desde las ciencias sociales del comportamiento y las ramas de la medicina que están fundadas en parte por las ciencias sociales como la psiquiatría ha sido muy limitada (Huremović, 2019). En la era de las humanidades modernas se ha prestado poca atención a la forma en que estas afectan a nivel psicológico a las sociedades, tanto a nivel individual como a nivel grupal (Taylor, 2019).

En la historia se han registrado diversas pandemias con diferentes grados de contagio y letalidad; por ejemplo, la pandemia más famosa del pasado ha sido la peste negra en el siglo XIV (Taylor, 2019). Más recientemente otras pandemias han sido las dos gripes rusas (1889-1890, 1977-1978), la gripe española (1918-1920), VIH/SIDA (1981-presente), la gripe porcina (2009-2010), la pandemia por el virus de Zika (2015-2016), entre otras (Huremović, 2019; Taylor, 2019). A pesar de estos antecedentes, se dice que el nivel de escala y el impacto global que ha tenido la pandemia por COVID-19 ha sido sin precedentes (van de Pas, 2020).

El brote de la enfermedad COVID-19 fue clasificado como pandemia el 6 de marzo del año 2020 (Organización Mundial de la Salud, 2020). Para junio del 2022 se ha reportado que este brote pandémico ha

ocasionado el contagio de más de 530 millones de personas y la muerte de más de 6.30 millones personas en todo el mundo, y en el caso de Costa Rica para esta misma fecha el contagio de más de 900 mil personas y la muerte de más de 8 mil personas (Our World in Data, 2022a, Our World in Data, 2022b).

La Organización Mundial de la Salud a principios de abril mencionó que en algunos países hasta el 10% de las personas trabajadoras en salud se han infectado de COVID-19 (Lacina, 2020). Asimismo, el Consejo Internacional de Enfermeras (2020a) en octubre del 2020 indicó que el 10% de los casos de COVID-19 en el mundo son de personas trabajadoras de la salud.

El Consejo Internacional de Enfermeras (2020b, 2020c) explica que no hay un registro sistemático y estandarizado de las personas trabajadoras de la salud que se han infectado o han muerto; sin embargo, en mayo del 2020 comunicó que, realizando una estimación con información de 30 países, más 90 mil personas trabajadoras de la salud se infectaron, y en otro comunicado a inicios de junio estimó que esta cifra era mayor a 230 mil personas infectadas. En cuanto a la muerte de las personas trabajadoras de la salud asociada con el COVID-19, Amnistía Internacional (2020) reportó en setiembre del 2020 que más de 7 mil personas con esta profesión fallecieron por COVID-19 o alguna causa asociada en 79 países.

En el caso de Costa Rica, para inicios de agosto del 2020, cinco meses después del primer caso en el país, se confirmó como positivas para esta enfermedad a 996 personas funcionarias de centros de salud (Nuñez & Cordero, 2020); y, en diciembre de ese mismo año se reportaron 6,791 personas infectadas (Alvarado, 2020). Para el 3 de enero del 2021 el total de fallecimientos del personal de salud fue de 17 personas (Quesada, 2021).

Tomando en cuenta lo anterior, se puede afirmar que existe una amenaza real de contagio y de muerte por esta enfermedad para el personal sanitario. En varios países se han evidenciado factores que aumentan el riesgo de enfermar de COVID-19, entre las que se encuentran: falta o inadecuado equipo de protección personal (EPP), falta de medidas preventivas por parte de los hospitales, y exponerse a una gran cantidad de pacientes en jornadas de trabajo largas con periodos inadecuados de descanso, entre otros (Brahmi et al., 2020; Herron et al., 2020; Kisely et al., 2020; Lacina, 2020; Valero, 2020). En la literatura se ha sugerido de otros factores

que pueden incidir, como el lugar de trabajo (por la cantidad de casos y hospitalizaciones de la zona), la capacitación brindada para atender pacientes, y horarios de trabajo (Abolfotouh et al., 2017; Brahmi et al., 2020; Kisely et al., 2020; Lai et al., 2020; Rymarowicz et al., 2020; Valero, 2020).

Se debe tomar en cuenta que la literatura reciente evidencia una relación entre los factores anteriormente mencionados (que están asociados con el contagio de esta población) y aspectos como la preocupación constante, la percepción de riesgo y otros síntomas relacionados a problemas de salud mental como ansiedad y depresión (Kinman et al., 2020; Kisely et al., 2020; Lai et al., 2020; Rymarowicz et al., 2020; Valero, 2020; Wu et al., 2020).

Además de estos aspectos relacionados con la institución en la que se trabaja, también se han asociado características demográficas que también podrían estar explicando estos resultados psicológicos. El sexo, edad, experiencia laborando, tipo de trabajo y especialidad se han asociado con el miedo y la preocupación de contagio, así como un incremento en sintomatología asociada a la ansiedad, distrés, depresión y estrés postraumático (Abolfotouh et al., 2017; Kisely et al., 2020; Tam et al., 2004; Wu et al., 2020). El tener un cargo de jefatura también puede ser un predictor de menor estrés y menor preocupación por su salud y la de sus familiares, pero hay menos información al respecto en contexto de epidemias (Loveridge, 2017; Nickell et al., 2004). También se piensa que el dar positivo por COVID-19 en el pasado puede afectar en el miedo que tenga una persona por volverse a contagiar y morir por esta enfermedad, pero no se ha encontrado evidencia de que esto aumente o disminuya este temor.

Este trabajo propone conocer la vivencia del personal de salud de estar trabajando durante la pandemia en relación con su experiencia subjetiva del miedo al contagio y a la muerte y las características sociodemográficas e institucionales que se han encontrado asociadas a esta.

Los trastornos de procesamiento del miedo, y los relacionados con el pánico y ansiedad, como el trastorno de pánico, ansiedad social, fobias y trastorno de estrés postraumático se encuentran entre los trastornos psiquiátricos más comunes y llegan a afectar a millones de personas (Mobbs et al., 2019). Además,

el miedo de las personas trabajadoras puede tener consecuencias a nivel laboral, como disminuir la productividad y el desempeño organizacional, y puede incidir en la tasa de ausentismo laboral de forma indirecta debido a que consecuencias a largo plazo del miedo y el estrés como enfermedades cardiovasculares, entre otros (Bedoya & García, 2016).

Por lo anterior, se considera relevante investigar este tema porque puede dar luces para avanzar en el entendimiento teórico del miedo y, aún más importante, para entender cómo las características sociodemográficas e institucionales de un contexto laboral pueden incidir en esta respuesta subjetiva del miedo. Además, se considera como un aporte en la comprensión de la experiencia que se tiene del personal de la CCSS que labora durante la pandemia y está en busca de factores que pueden incidir en el miedo de estas personas lo cual puede servir de insumo para las autoridades de la CCSS para desarrollar programas de atención para las personas funcionarias.

Este trabajo tuvo un diseño transversal correlacional, por medio de la recolección de datos cuantitativos de la encuesta del proyecto 339-2021 “Efectos psicosociales de la pandemia en el personal sanitario de la CCSS en primera línea de atención”. El proyecto 339-2021 estuvo a cargo de la Universidad de Costa Rica (UCR) con la colaboración de la Universidad Nacional (UNA), la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) y el Ministerio de Salud, el cual buscó indagar sobre las diferentes formas de malestar físico y emocional del personal sanitario de esta institución, declarado de interés institucional por el Ministerio de Salud (oficio MS-DM- 4215-2020).

La estrategia metodológica seleccionada tomó en cuenta el reporte verbal escrito de la población meta. Se considera adecuado esta estrategia ya que diversas personas han considerado que los reportes verbales son el ‘estándar de oro’ para investigar sobre el miedo como experiencia subjetiva (Paul et al., 2020; Pine & LeDoux, 2017).

Finalmente, se debe destacar que no hay dos brotes de enfermedades infecciosas iguales, ya que cada uno difiere en su locación geográfica, patogénesis, transmisibilidad, infectividad y fatalidad, además de que

cada uno tiene un impacto único en el personal hospitalario que le hace frente (Khalid et al., 2016). Por lo tanto, si bien la literatura internacional sirve de guía y permite tener un panorama general de lo que podía estar sucediendo en el personal sanitario en Costa Rica, se consideró pertinente y relevante realizar este tipo de investigaciones en el país.

2. Marco de referencia

2.2. Antecedentes

Tras una revisión de literatura, se identificaron posibles factores y características sociodemográficas e institucionales que se asociaron en diversos estudios con la experiencia que tuvo las personas que laboran en centros hospitalarios en epidemias y pandemias, así como los efectos psicológicos que se tuvo en estos momentos incluido el miedo. A continuación, se encuentran los resultados principales divididos por cada una de estas características que fueron de interés para la investigación:

2.2.1. Características sociodemográficas.

Las características sociodemográficas abordadas son: sexo biológico y género, edad, tipo de trabajo y especialidad, años de experiencia laborando, asumir un cargo de coordinación, dar positivo por COVID-19, y encontrarse o vivir con al menos una persona que se encuentre en un grupo de riesgo al COVID-19.

2.1.2.1. Sexo biológico y género

Riecher-Rössler (2019) explicó que el sexo y el género de las personas son factores que se ha visto que influyen en la salud mental y que ambos se asocian con factores protectores y de riesgo. En el caso del género, esta autora dice que hombres y mujeres parecen tener diferentes vulnerabilidades y una distribución diferente de los factores de riesgo, principalmente por la socialización, los diferentes roles sociales, los estereotipos de roles de género, y otros factores como violencia de género o discriminación (Riecher-Rössler, 2019). En este

sentido, en un estudio se encontró una asociación en donde las niñas y mujeres tuvieron una ansiedad mayor que los niños y hombres a morir, aunque no se encontraron diferencias sobre el miedo a la muerte o al morir de otras personas (Amjad, 2014).

En un metaanálisis realizado por Luo et al. (2021), en donde se incluyó 44 artículos de diferentes países, tanto de población general al igual que otras específicas como estudiantes de universidad¹, se encontró que las mujeres puntuaron tener más miedo al COVID-19 que los hombres. Asimismo, una investigación costarricense con población general encontró que las mujeres tenían manifestaciones físicas y emocionales más acentuadas del miedo al COVID-19 que los hombres (Carazo, 2021).

En torno al COVID-19 específicamente en el personal de salud, un estudio realizado en Polonia concluyó que el sexo femenino es un factor que contribuye en el miedo de contagiarse de la enfermedad (Rymarowicz et al., 2020). En China otro estudio con profesionales en hospitales que recibieron pacientes con COVID-19 indicó que el ser mujer se asoció significativamente con experimentar síntomas severos de depresión, ansiedad y distrés (Lai et al., 2020). En Paraguay se reportó que las mujeres del personal de salud obtuvieron significativamente una mayor proporción de los síntomas anteriores, además de presentar un mayor puntaje en fatiga por compasión (Samaniego et al., 2020).

En las investigaciones anteriores, el ser mujer se asoció con tener más síntomas de depresión, ansiedad y distrés, tanto si la persona trabajaba en un hospital durante la pandemia por COVID-19 como población general. Esto también se vio con el personal que enfrentó el brote del SARS en Hong Kong y el MERS en Arabia Saudita, donde ser mujer se asoció con la morbilidad psicológica y con el temor a contagiarse del virus (Bukhari et al., 2016; Tam et al., 2004). Una razón de esto puede ser que, las mujeres padecen más frecuentemente de trastornos de ansiedad y depresión, entre otros, y que después de un trauma las mujeres desarrollan más frecuentemente trastorno de estrés postraumático (Riecher-Rössler 2019).

¹ En este se incluyen artículos con personal que labora en hospitales como muestra; no obstante, en estos no se da información específica de la puntuación por género/sexo, por lo que se asume que estos fueron excluidos de este análisis comparativo.

En síntesis, los estudios anteriores brindan evidencia a favor de que las mujeres del personal sanitario tuvieron una incidencia mayor en sintomatología asociada a trastornos mentales, así como temor a la muerte y el contagio, por lo cual se consideró importante tomar esta como un posible predictor.

2.1.2.2.Edad

Tener una mayor edad se ha asociado a más experiencia en pérdidas y en circunstancias vitales consideradas desagradables lo cual se ha visto que puede facilitar el desarrollo de estrategias de afrontamiento más eficaces ante la muerte, así como ayudar a que se vea como menos traumático el proceso de morir (Edo-Gual et al., 2011). Se encontró evidencia que las personas adolescentes y adultas hasta los 59 años han reportado un mayor miedo y ansiedad ante la muerte que las personas mayores de 60 años, lo cual se puede deber a que estas personas han tenido una mayor ‘preparación’ para enfrentar la muerte y una mayor madurez psicosocial (Amjad, 2014). Asimismo, las personas de mayor edad (entre 40 años y 69 años) obtuvieron niveles más bajos (en comparación con personas entre 18 y 39 años) de miedo a su propia muerte y a la muerte de otras personas (Démuthová, 2013).

Lo anterior también se ha visto en investigaciones realizadas con profesionales de salud en epidemias y pandemias. Durante el SARS en China se encontró que las personas menores a 50 años fueron más propensas a reportar niveles altos de síntomas de estrés postraumático (Wu et al., 2009) y que el tener menor edad se asoció con mayor estrés asociado al trabajo (Tam et al., 2004); y, en Canadá se encontró que ser mayor de 50 años se asoció con niveles menores de preocupación (Nickell et al., 2004). En el H1N1 en Japón se reportó que las personas que estaban en sus veintes reportaron mayor ansiedad hacia la infección que quienes estaban en sus cuarentas, cincuentas y sesentas; y, las personas en sus cuarentas y cincuentas reportaron más fuertemente sentirse protegidos (Matsuishi et al., 2012). En el caso del COVID-19 en Paraguay encontraron que las personas de menor edad que son profesionales en salud tuvieron un mayor riesgo de presentar síntomas de depresión, ansiedad y distrés (Samaniego et al., 2020).

A pesar de lo anterior, no hay evidencia concluyente de que el ser más joven realmente sea un factor de riesgo para el miedo al COVID-19 y problemas psicológicos asociados. Lo anterior se afirma porque en el metaanálisis de Luo et al. (2021), el cual no incluye los dos estudios anteriores, se encontró que la relación entre edad y miedo al COVID-19 no fue significativa. Asimismo, una encuesta en Polonia encontró que las personas que tenían mayor edad fueron quienes obtuvieron más miedo a morir de COVID-19, aunque no hubo diferencias significativas con el miedo al contagio (Rymarowicz et al., 2020). Además, un estudio en China encontró que el personal médico de mayor edad reportó mayor estrés psicológico al tratar pacientes de COVID-19, y se sugiere que puede deberse a que estas personas de mayor edad pueden tener más probabilidad de tener enfermedades subyacentes (como diabetes, problemas cardíacos y asma), aunque el equipo investigador no reportó haber controlado por la presencia de enfermedades subyacentes en la muestra (Xiang et al., 2020). Un estudio costarricense del COVID-19 en población general encontró más bien una campana o “u” invertida, ya que las personas de menor y mayor edad tuvieron las manifestaciones más leves del miedo al COVID-19, mientras que las personas de rangos intermedios son quienes puntuaron un mayor miedo (Carazo et al., 2021).

Tomando en cuenta la literatura anterior, se consideró relevante incorporar la variable de edad para predecir la intensidad del miedo que reporta el personal que trabaja en Costa Rica en centros de salud que atienden el COVID-19. Esto debido a que en su mayoría se encontró una relación entre menor edad y mayor reporte de miedo o de impacto a nivel psicológico.

2.1.2.3. Años de experiencia laborando

Una de las razones por las que se ha considerado que el personal de salud más joven tendió a sufrir ansiedad y fobia que lleva a problemas de salud, tanto física como mental, al encontrarse con eventos de salud pública tan repentinos como una pandemia, puede deberse a evidencia que señala que estas personas han tenido menos experiencia en el campo y en tratar con dificultades e infortunios (Xing et al., 2020). En este sentido,

Li et al. (2020) explicaron que la inexperiencia en situaciones tan urgentes como una pandemia se ha considerado particularmente estresante.

Brahmi et al. (2020) mencionan que se ha visto que trabajadores de salud ‘junior’ que voluntariamente se han unido a la lucha contra el COVID-19 han sido más impactados psicológicamente que profesionales médicos experimentados y que esto se puede deber a que están menos preparados para una situación estresante de este tipo al inicio de su carrera profesional. De forma similar, un estudio en Canadá sobre el SARS encontró que el tener más años de experiencia en el cuidado de la salud, así como el tener una percepción de que se brindó entrenamiento adecuado, fueron factores protectores para el distrés psicológico (Lancee et al., 2008). Además, en un estudio del personal médico expuesto al H7N9 (influenza aviar) en China reportó que las personas que tenían menos de 5 años de experiencia laboral y que no tenían experiencia similar obtuvieron puntajes más altos de síntomas de estrés postraumático (Tang et al., 2020).

Por lo anterior, se consideró una variable de interés los años de experiencia laboral. Específicamente se esperaba encontrar resultados que demostraran que las personas con menor experiencia laboral van a ser los que tuvieron frecuencias más altas de miedo.

2.1.2.4. Tipo de trabajo y especialidad

En los centros de salud además de profesionales en la salud, labora personal administrativo y de seguridad, entre otros. Estas personas igualmente pueden tener repercusiones en su salud mental al trabajar en contexto de pandemia. Sin embargo, Theorrell (2020) consideró que el personal médico y de enfermería han enfrentado decisiones difíciles que pueden considerarse éticamente problemáticas (como que se acabe el suministro de respiradores disponibles y que solo se le pueda brindar ayuda paliativa), en comparación con el personal no médico como el de administración. En una revisión también se señaló que el trabajar en un rol administrativo o de gerencia fue un factor protector ante resultados psicológicos adversos, mientras que trabajar en enfermería fue un factor de riesgo (Kisely et al, 2020).

En una investigación por Lu et al. (2020) a finales de febrero del 2020 se comparó el estado psicológico del personal de salud (medicina y enfermería) con el personal administrativo del hospital provincial de Fujian en China, y encontró diferencias significativas entre ambos grupos en la severidad del miedo y la ansiedad siendo mayor en el primer grupo. Seguidamente al comparar un subgrupo del personal de salud en contacto de alto riesgo con el personal administrativo se encontró este primero era 1.4 veces más propenso a sentir miedo y el doble de probable de tener ansiedad y depresión; no obstante, no se encontraron diferencias significativas entre el subgrupo del personal de salud en contacto de bajo riesgo con el personal administrativo (Lu et al., 2020). El nivel de contacto que tuvo el personal con personas enfermas podría explicarlo; de hecho, en la revisión de Kisely et al. (2020) se reportaron 30 artículos que concluyen que el aumento del contacto de pacientes infectados es un factor que aumenta el riesgo de resultados psicológicos adversos en el personal de salud que trabajan durante brotes de virus.

A pesar de lo anterior, un estudio en Singapur del COVID-19 (Tan et al., 2020) encontró que el personal de medicina y enfermería obtuvo una menor prevalencia y puntaje en ansiedad, incluso después de ajustarse por otros posibles factores (e.g. sexo, edad, enfermedades y condiciones de salud). Este estudio, así como el de Abolfotouh et al. (2017), sugirió que esto se dio por el acceso de información, en ocasiones de primera fuente o por la revisión de artículos científicos en contraste con recibir información solo por medios de comunicación masivos, sobre el brote; mayor entrenamiento con equipo de protección personal y medidas de control de infección; y, mayor acceso a soporte formal psicológico.

Se ha considerado posible encontrar diferencias entre trabajar en medicina y en enfermería. Por ejemplo, en la investigación de Abolfotouh et al. (2017) en Arabia Saudita con el brote del MERS se encontró el personal médico reportó una menor preocupación de esta enfermedad en comparación con enfermería, así como también en comparación con otras áreas profesionales como administración, farmacia, técnicos/as, etc.

Sintetizando lo anterior, hay evidencia de que el personal de medicina y enfermería ha tenido una mayor propensión a tener efectos psicológicos adversos en comparación con las personas de puestos administrativos;

sin embargo, se han visto excepciones. Además, se tomó en cuenta indicios de que el nivel de contacto que se tenía con las personas enfermas puede influenciar en que haya diferencias entre estos grupos.

2.1.2.5. Asumir un cargo de coordinación

Kath et al. (2013) señaló que se ha visto como estresante el trabajar en gerencia de enfermería, porque se ejerce un rol crítico en el éxito organizacional, en los resultados de los y las pacientes y en la satisfacción laboral y empoderamiento. A pesar de que esto, una investigación en Colombia de Moreno y Rios (2019) encontró que las personas de cargos auxiliares, asistentes y operativos obtuvieron un nivel de estrés alto en comparación con el personal en jefatura y en cargos profesionales y tecnólogos que presentaron un nivel medio. Además, un estudio sobre el personal hospitalario, que atendió el SARS en Canadá, encontró que el trabajar en un puesto de supervisión se asoció a tener niveles más bajos de preocupación de su salud y la de sus familiares (Nickell et al., 2004). Cabe destacar que no se encontró información al respecto en la literatura consultada sobre el personal de salud durante la pandemia por COVID-19.

2.1.2.6. Dar positivo por COVID-19

Si bien para el conocimiento de la autora no se ha encontrado información referente a diferencias entre el impacto que tiene el dar positivo por COVID-19 en el miedo u otros factores de impacto psicológico en el personal médico, se tomó en cuenta que en febrero del 2021 se reveló que 374 de las personas funcionarias de la CCSS rechazaron la vacuna para COVID-19; y, entre las diversas razones que reportaron, se encontró la creencia que el contagio les protegía de infecciones futuras (Peña, 2021). Por esta razón, se consideró como posible que las personas que ya tuvieron COVID-19 puntuasen más bajo en el miedo al COVID-19.

2.1.2.7. Grupo de riesgo para el COVID-19

En enfermedades como el COVID-19 se ha encontrado que ha habido personas con una mayor vulnerabilidad de tener complicaciones o incluso fallecer producto del contagio, y a esto se le conoce como estar en un grupo de riesgo ante esta enfermedad; algunos factores de riesgo para la severidad y/o mortalidad a causa de COVID-19 son hipertensión y otras enfermedades cardiovasculares, diabetes, enfermedad renal crónica, obesidad, tener más de 64 o 65 años, entre otros (Wolff et al., 2020).

En brotes de enfermedades infecciosas como el COVID-19 y otros coronavirus como el SARS no solo las personas pueden preocuparse por enfermarse, sino también por enfermar a otras personas, entre ellas, a seres queridos. Al respecto, hay reportes que el personal de salud se encontró más preocupado de contagiar a familiares en comparación a enfermarse personalmente (Rodríguez, 2021; Temsah et al., 2020) y se vio que incluso han tomado medidas como vivir temporalmente en otro lugar (Chan, 2003; Guarino, 2020).

Es lógico suponer que hubo personas que trabajan en servicios de salud que continuaron residiendo con personas que se encontraban en grupos de riesgo durante la emergencia sanitaria. En estudios como el de Bedoya et al. (2021) se encontró una asociación entre esta variable con grados leves de ansiedad y depresión y puntajes intermedios de miedo al COVID-19 en personal de salud de Colombia. También se ha visto en estudios en la población general de Israel y Suiza (Diaz et al., 2021; Gilbar et al., 2022) que vivir con alguien de alto riesgo se relaciona con tener ansiedad (en el primer caso) y un deterioro del bienestar mental (que en el segundo caso además de auto percibir ansiedad se refiere a percibir menor placer en actividades como antes, entre otros).

Entonces, se consideró que el tener una condición de salud, características del estilo de vida y/o características sociodemográficas que haga que una persona tenga un mayor riesgo de tener COVID-19, así como convivir con personas que se encontrasen en grupos de riesgo por estas razones, se puede asociar con tener un puntaje más alto en el miedo al COVID-19, ya que son personas que sabían que esta enfermedad pudo ser más grave en ellas o en sus personas cercanas.

2.1.2.8. Atención de salud mental

En momentos de pandemia y de crisis sanitarias, se dice que los hospitales deben de enfocarse en proveer apoyo psicológico a su personal no solo para disminuir las consecuencias en su salud y bienestar (Geoffroy et al., 2020; Kisely et al., 2020), sino también porque este apoyo es necesario para que las personas funcionarias puedan desempeñarse a su potencial completo por un periodo extendido de tiempo (Blake et al., 2020). Entre los factores que se ha visto que ayudan a disminuir los resultados psicológicos adversos está que el personal pueda recibir intervenciones psicológicas personalizadas basadas en las necesidades de cada persona (Kisely et al., 2020).

Kinman et al. (2020) reconocieron que el personal de salud está en particular necesidad de iniciativas de apoyo que ayuden a mitigar los efectos de la pandemia por COVID-19, tanto por su bienestar actual como el futuro, pero también han hecho hincapié de que aceptar apoyo psicológico puede encontrarse frecuentemente estigmatizado en el personal de salud, como es en el caso de Gran Bretaña. Esto es importante, ya que se ha dicho que, durante una pandemia, así como en otros momentos, estas personas suelen quitarle prioridad a su propia salud y bienestar en favor de cuidar a pacientes y rechazan ayuda de este tipo (Blake et al., 2020; Cole et al., 2020).

En una experiencia en Italia, de Buselli et al. (2020), de un servicio multidisciplinario de atención psicológica en marzo y abril, se encontró que el porcentaje que solicitó el apoyo fue mayoritariamente representado por el personal que ya tenía vulnerabilidades en su salud mental y que las personas que ya se encontraban en terapia en psiquiatría pidieron integración psicológica para enfrentar esta primera fase de la emergencia por COVID-19.

A partir de lo anterior se consideró importante investigar si el recibir un acompañamiento psicológico por parte de la institución pudo ayudar a disminuir la frecuencia en que se reporta el miedo en el personal de salud. Si bien en la literatura se ha asociado que este acompañamiento ayuda a disminuir los resultados

psicológicos adversos (Kisely et al., 2020), también se tomó en cuenta la posibilidad de que quienes acudieron a estos servicios ya tenían una vulnerabilidad y atendían intervenciones psicológicas desde antes (Buselli et al., 2020).

2.2.2. Características institucionales

Las características institucionales abordadas son el lugar de trabajo y las condiciones laborales.

2.1.2.1. Lugar de trabajo

Otra variable que fue de interés es el lugar de trabajo en el que se encontraban las personas. Específicamente, averiguar si hay diferencias entre el miedo que tenían las personas al COVID-19 dependiendo de si trabajaban en hospitales que atendieron muchas personas contagiadas en comparación con hospitales que no atendieron o atendieron menos casos.

En la investigación de Lai et al. (2020) se reclutó 1257 personas que trabajaron en el cuidado de la salud de 34 hospitales diferentes en China a finales de enero y principios de febrero del 2020, y se comparó los resultados de acuerdo con su locación geográfica: en la provincia de Hubei, específicamente Wuhan (origen y epicentro del brote), en la provincia de Hubei y fuera de Wuhan, y fuera de la provincia de Hubei. El personal de Wuhan tuvo un riesgo mayor de síntomas de depresión, ansiedad, insomnio y distrés. Además, se asoció que las personas que trabajaron fuera de la provincia de Hubei tuvieron un riesgo menor de experimentar distrés. Este estudio tuvo como limitación que no hubo distinción entre la asociación de síntomas de ser personal de cuidados de salud de esta zona y el hecho de vivir en esta región (Lai et al., 2020).

En otra investigación, realizada por Abolfotouh et al. (2017), en la epidemia del MERS entre octubre y diciembre del 2014 en Arabia Saudita, se reclutó al personal de un hospital de la región central (donde fue el pico más alto de infección de la enfermedad), otro de la región oeste (donde se originó el virus en el 2012), y otro de la región este. Los resultados mostraron que las personas que se encontraron en la región central se

asociaron con un nivel de preocupación hacia el MERS más alto en comparación con las otras locaciones, inclusive después de ajustar por covariables, lo cual fue evidente en los dominios relacionados a las medidas tomadas por el gobierno, lugar de trabajo, y autosatisfacción, pero no se vio en los dominios relacionados al estatus social y al relacionado al control de la infección.

Asimismo, una encuesta polaca en abril del 2020 encontró que el personal de hospitales no dedicados a la atención de pacientes de COVID-19 tuvo los mismos niveles de ansiedad de quienes trabajaron en hospitales que sí atendieron a estas personas; sin embargo, esto pudo deberse a que en hospitales no dedicados a esta atención hubo una proporción importante de pacientes con esta enfermedad cuando se recolectaron los datos (Rymarowicz et al., 2020).

En Latinoamérica, en la investigación de Monterrosa-Castro (2020) en Colombia, también se quiso ver si había diferencias según el lugar en que laboró el personal de salud. No se encontraron diferencias del miedo al COVID-19, síntomas de ansiedad o de estrés laboral al trabajar en un municipio capital en comparación con trabajar en un municipio no capital. No obstante, sí encontraron que quienes trabajaron en municipio capital reportaron más frecuentemente sentir miedo de llevar la infección a sus residencias y cumplir con un protocolo exhaustivo de desinfección al llegar a sus residencias. En este estudio no se especificó si los municipios capitales tuvieron más o menos casos de COVID-19 en comparación con los municipios no capitales.

En las investigaciones de Abolfotouh et al. (2017) y Lai et al. (2020), el trabajar en una zona con pico de infección más alto se relacionó con mayor preocupación y un riesgo mayor de presentar de síntomas de trastornos psicológicos; no obstante, la investigación de Monterrosa-Castro sugirió que esto no necesariamente es la norma. Al respecto, Rymarowicz et al. (2020) sugirieron que se debe tomar en cuenta la cantidad de casos que se atiende por hospital. Por lo anterior, se consideró que es de interés explorar si el lugar en que se trabaja y la cantidad de casos que hay cerca de este sitio pudo influir a una mayor frecuencia de miedo reportado.

2.1.2.2. Condiciones laborales

Según el Consejo de Salud Ocupacional (2022) de Costa Rica, las condiciones de trabajo se refieren a cualquier característica del trabajo que pueda llegar a influir significativamente en la presencia de riesgos en el lugar en que se trabaja, y se considera que los daños en la salud surgen como el resultado de la existencia de condiciones laborales inadecuadas. Esta entidad clasifica los factores de riesgo de las condiciones laborales en 9 categorías, de las cuales para este trabajo son de interés los factores de riesgo biológico (se refieren a la probabilidad de daño por exponerse a seres vivos como virus que pueden desencadenar enfermedades infectocontagiosas entre otras) y psicosocial (como desplazarse del trabajo a la vivienda y viceversa).

Durante la pandemia por COVID-19 las condiciones de bioseguridad, como el equipo de protección Personal (EPP), han sido clave para evitar que el personal médico se contagie (Valero, 2020). No obstante, se ha dicho que muchas de estas personas profesionales se han infectado tanto en países desarrollados como países en desarrollo debido a que: no han estado trabajando con el EPP, que este no ha sido el adecuado, que el personal no ha recibido suficiente entrenamiento o que el uso prolongado de este puede aumentar el riesgo de infección (Brahmi et al., 2020; Cawcutt et al., 2020; Herron et al., 2020; Valero, 2020).

La perspectiva que tuvieron las personas trabajadoras en salud sobre su EPP se ha asociado con su preocupación ante la enfermedad infecciosa que atienden y el impacto psicológico reportado. En un estudio del MERS en Arabia Saudita se encontró que el ofrecer medidas protectoras adecuadas tranquilizó al personal de salud, y que ayudarles a que estas personas se sintiesen preparadas ayudó en la moral (Abolfotouh et al., 2017). Durante el brote del SARS en Canadá, se encontró que el pensar que las medidas de precaución tomadas en el trabajo fueran suficientes ayudó a disminuir los niveles de preocupación del personal hospitalario (Nickell et al., 2004); y, en Hong Kong, se vio que la percepción de qué tan apropiadas fueron las medidas de protección contribuyó a reducir la morbilidad psicológica del personal de salud (Tam et al., 2004).

En una encuesta polaca se encontró que las personas que reportaron tener más miedo a contagiarse y morir de COVID-19 fueron quienes menos reportaron tener EPP adecuado (Rymarowicz et al., 2020). Además,

en un estudio tailandés en marzo del 2020 encontró que el 71% del personal sugirió que para mejorar la ansiedad y el miedo se debía de mejorar la política hospitalaria en EPP (Apisarnthanarak et al., 2020).

Aunado a lo anterior, al considerar los protocolos de atención de pacientes con COVID-19 que incluyen el uso de EPP restrictivo, estos se han visto como un posible factor que afectó la salud ocupacional de las personas, al comprometer la nutrición e hidratación (Mustofa, 2020).

Asimismo, en la revisión de Kisely et al. (2020) se mencionó que un factor de riesgo para resultados psicológicos adversos fue la percepción de recibir un entrenamiento inadecuado para el brote, mientras que un factor protector fue tener entrenamiento e informarse sobre enfermedades infecciosas.

Otro factor importante a considerar es el horario de trabajo. En una revisión elaborada por Ganster et al. (2018) se señaló la creencia de que las jornadas largas de trabajo son perjudiciales para la salud y el bienestar, pero la literatura no mostró un efecto causal directo entre las horas de trabajo y el bienestar físico y mental, aunque sí mencionó que los efectos que produjo pueden variar considerablemente de acuerdo con la población de estudio, su género, edad, condiciones laborales, etc. En el caso del personal de salud, en otra revisión (Manyisa & Aswegen, 2017) señaló que las jornadas largas representaron una de las quejas más grandes, lo cual se ha visto que llega a tener efectos físicos y cognitivos como fatiga, estrés, sueño reducido, y ha podido llevar a un declive en el funcionamiento que contribuye con lesiones y errores.

En investigaciones de epidemias pasadas se ha dicho que entre los predictores claves del estrés en el personal de salud están las jornadas largas de trabajo (Kinman et al., 2020). En el MERS se dice que el personal se mostró descontento de trabajar horas extras, aunque la mayoría estaba dispuesta a continuar trabajando después de su experiencia inicial (Khalid et al., 2016). Asimismo, el número de horas que se trabajaron a la semana y la frecuencia de fines de semana que se trabajó también se ha asociado en el pasado con el burnout (Wu et al., 2020). Además, en la revisión de Kisely et al. (2020) se dice que el tener tiempo libre adecuado ha sido un factor que disminuye el riesgo de resultados psicológicos adversos. En el caso del COVID-19, se vio que largos turnos de trabajo se han asociado con estrés y ansiedad (Brahmi et al., 2020; Valero, 2020).

Por último, el transporte se ha considerado como un factor oportuno de explorar. Esto debido a que no todas las funciones de personas que trabajaron en servicios de salud pudieron realizar teletrabajo, por lo que tuvieron que trasladarse; y una característica que se ha presentado en esta pandemia ha sido la preocupación por utilizar el transporte público por el miedo al contagio (Currie et al., 2021).

En resumen, se consideró la importancia de explorar el acceso y la calidad del EEP como una variable de interés en este trabajo debido a que en su mayoría se ha visto no solo que puede disminuir el riesgo del personal de salud a contagiarse y morir, sino que también parece ayudar en su mayoría a disminuir o aliviar el impacto psicológico, incluido el miedo, de esta población. De igual forma, se consideraron variables de interés la capacitación brindada para atender pacientes, las condiciones de las instalaciones, el horario de trabajo, la alimentación, hidratación, y el transporte.

2.3. Marco conceptual

En este apartado se explican los conceptos de epidemia y pandemia. Se detalla también el debate que hay entorno a la conceptualización teórica del miedo y se declara el posicionamiento teórico.

2.3.1. Psicología Social de la Salud

La Psicología Social de la Salud se define como la aplicación específica de los conocimientos y técnicas de la Psicología Social para comprender problemas de la salud y diseñar e implementar programas de intervención al respecto en que se toman en cuenta los factores biopsicosociales que pueden impactarlos (Rodríguez-Marín & Neipp, 2008).

2.3.2. Pandemia y epidemia

Porta (2014) define como ‘pandemia’ a una epidemia que ocurre en un área muy amplia, que cruza fronteras internacionales y usualmente afecta un gran número de personas. A su vez, este autor se refiere a

‘epidemia’ en relación meramente a la frecuencia de los casos, ya que habla de una ocurrencia de casos de enfermedad, comportamiento específico relacionado a la salud u otros eventos relacionados con la salud que se dan de una manera excesiva a la expectativa normal en un periodo de tiempo y en una comunidad o región específica. La Organización Mundial de la Salud (2020) el 6 de marzo del 2020 catalogó el brote por COVID-19 como pandemia.

2.3.3. Miedo y emoción

El miedo es la emoción que más ha sido estudiada, no obstante, todavía se debate su definición (LeDoux & Hofmann, 2018; Mobbs et al., 2019). De hecho, todavía la definición de emoción se considera un tema contencioso y en la actualidad continúan las discusiones científicas al respecto (LeDoux & Hofmann, 2018; Paul et al., 2020). Como explica Feldman Barrett, varios de estos debates dentro de la ciencia del miedo, y la ciencia de la emoción de forma general, son filosóficos más que científicos (Mobbs et al., 2019).

El término emoción se usa en discusiones científicas de forma variable para referirse a las experiencias subjetivas, los movimientos comportamentales, respuestas fisiológicas y/o las cogniciones que se contribuye a lo anterior (LeDoux & Hofmann, 2018). Hay quienes consideran que es conveniente usar esta palabra como un término sombrilla que hace referencia a la variedad de aspectos observados del procesamiento emocional o similar a la emoción en un rango de especies, ya sea que sean experimentadas conscientemente o no (Paul et al., 2020). LeDoux y Hofmann (2018) consideran que se debería de usar ‘emoción’ para referirse únicamente a la experiencia subjetiva, y que se debería de buscar otra terminología para describir las respuestas objetivas que usualmente correlacionan con estas experiencias.

LeDoux define al miedo como la percepción consciente de que se está en peligro o que se va a ser dañado, y que esta experiencia de sentirse en peligro es personal y única (Mobbs et al., 2020). Este autor, junto a un colega (LeDoux & Pine, 2016), ha planteado un marco de dos sistemas como modelo del miedo en donde se considera que tanto los estados emocionales como no emocionales de la conciencia son productos de un

mismo sistema, pero que se distinguen estos según los procesos de input de las redes de conciencia cortical. Lo anterior lleva a que el miedo no se origine directamente de circuitos corticales que controlan las respuestas a las amenazas que son fisiológicas y comportamentales, pero estas contribuyen al miedo al generar respuestas como *arousal* del cerebro y el cuerpo que afectan la función de memoria de trabajo (LeDoux & Pine, 2016).

Existen otras personas (Mobbs et al., 2019) que investigan el tema del miedo que no coinciden completamente con LeDoux, pero sí concuerdan en algunos aspectos importantes para este estudio; por ejemplo, Tyer acepta la definición que LeDoux da de que el miedo es la experiencia consciente en que se tiene la creencia de que se está a punto de ser dañado. Fanselow, quien está más abiertamente en contra del posicionamiento de LeDoux, no contradice exactamente la idea de que en el miedo hay una respuesta subjetiva o niega la existencia del miedo consciente; en cambio, propone que el miedo consciente es solamente un componente que refleja una respuesta integrada, en donde la respuesta subjetiva correlaciona con las respuestas autonómicas y comportamentales del miedo (Fanselow & Pennington, 2019; Mobbs et al., 2019). Adolphs considera que el miedo es un estado distinto a la experiencia consciente del miedo, pero admite que las personas logran reconocer este estado por la experiencia consciente y que estas logran reconocer este estado en otras personas por medio de sus reportes verbales o por su comportamiento (Mobbs et al., 2019).

En este trabajo se entiende el miedo como esta experiencia subjetiva consciente que puede ser verbalizada por las personas la cual, bajo el posicionamiento de LeDoux, se presenta cuando se cree que va a ser dañado; sin embargo, considera el posicionamiento de Fanselow el cual describe que el miedo también involucra respuestas autonómicas y comportamentales, las cuales en este trabajo se investigarán de forma indirecta por medio de un cuestionario. Esto no excluye que la conceptualización del miedo y de las formas de investigarlo pueda ser más amplio, ya que esto se encuentra en debate, pero dentro de esta fracción de consenso se plantea la investigación.

Se debe considerar que el miedo es diferente a la ansiedad. LeDoux y Pine (2016) consideran que el miedo y la ansiedad son estados mentales, y proponen que se debe de evitar usar estos términos para referirse

a las respuestas fisiológicas y comportamentales que ocurren cuando alguien se siente temeroso o ansioso. Para ambos, el miedo se debe usar para describir los sentimientos que ocurren cuando la fuente de peligro o de amenaza es inmediata o inminente, y que se debe usar ansiedad para referirse a los sentimientos que ocurren cuando la fuente del daño es incierta o se encuentra distal en el espacio o tiempo.

En este trabajo específicamente se va a investigar sobre el miedo provocado por el COVID-19. Una característica que tienen las enfermedades infecciosas como esta es que genera miedo, el cual se encuentra directamente asociado con la tasa de transmisión y medio de transmisión (rápida e invisible), su morbilidad, y su mortalidad (Ahorsu et al., 2020).

3. Planteamiento del problema

En la actualidad no hay un consenso sobre una definición universal del miedo; no obstante, existen varios autores que concuerdan en que el miedo tiene un componente subjetivo que se relaciona con una respuesta cognitiva-emocional que en las personas puede darse de forma consciente y que puede ser verbalizado (Fanselow & Pennington, 2018; LeDoux & Hofmann, 2018; Mobbs et al., 2019; Paul et al., 2020). Esto permite tener un posicionamiento teórico de la razón por la que se considera posible estudiar el miedo a través de las técnicas de recolección de información seleccionadas (auto reporte), así como su pertinencia.

Este trabajo se plantea realizar en el marco de una pandemia, en donde el miedo al que se enfrenta la población de estudio respondió a una posibilidad real de contagiarse y morir, como se vio en diversos países, incluido Costa Rica (Amnistía Internacional; 2020; Gao et al., 2020; Kenny, 2020; Lagasse, 2020; Nuñez & Cordero, 2020; Renwick & Dubnow, 2020; Soto, 2020).

Un aporte de esta investigación, por tanto, fue generar un modelo explicativo en donde se pudo constatar cómo las características sociodemográficas e institucionales afectan en la frecuencia en que se reporta el miedo al COVID-19 en personas que trabajan en instituciones de salud atendiendo la pandemia. Se considera

que esto es de utilidad porque se exploraron las características que pudiesen afectar este resultado, y así identificar también posibles factores protectores y de riesgo para esta problemática.

4. Preguntas de investigación

Las preguntas de investigación pertinentes a este trabajo son:

- A. ¿Cuáles son las características sociodemográficas asociadas con los temores al contagio y el miedo a la muerte de las personas trabajadoras de instituciones de salud atendiendo la pandemia por COVID-19?
- B. ¿Cuáles son las características institucionales asociadas con los temores al contagio y el miedo a la muerte de las personas trabajadoras de instituciones de salud atendiendo la pandemia por COVID-19?

La variable independiente de la primera pregunta de investigación son las características sociodemográficas, la cual incluye sexo, edad, oficio o área profesional en el que se desempeña, años de ejercer su profesión, coordinar un equipo de trabajo, estar en grupo de mayor riesgo o vivir con alguien que lo esté, dar positivo por COVID-19, y haber recibido atención de salud mental en algún momento de su vida.

La variable independiente de la segunda pregunta son las características institucionales. Específicamente son el lugar de trabajo y la valoración que se tiene de las condiciones laborales.

5. Hipótesis

A continuación, se detallan las hipótesis correspondientes a la primera pregunta de investigación; esta se refiere a la relación entre las características sociodemográficas y la respuesta del miedo al COVID-19 (ver apartado 14.1 para la propuesta del modelo):

- H1: Si se es mujer se espera que se tenga mayor intensidad en el miedo al COVID-19 en comparación con los hombres.

- H2: Si se tiene menor edad se espera que se tenga mayor intensidad en el miedo al COVID-19 en comparación con las personas de mayor edad.
- H3: Si se tiene menos experiencia laboral se espera que se tenga mayor intensidad en el miedo al COVID-19 en comparación con mayor experiencia.
- H4: Si se trabaja en medicina y enfermería se espera que se tenga mayor intensidad en el miedo al COVID-19 en comparación con personas que trabajan en otras labores.
- H5: Si se encuentra en un grupo de riesgo de COVID-19 se espera que tengan una mayor intensidad en el miedo al COVID-19 en comparación con las personas que no estén en grupo de riesgo.
- H6: Si se convive con al menos una persona que esté en un grupo de riesgo de COVID-19 se espera que tengan una mayor intensidad en el miedo al COVID-19 en comparación con las personas que no conviven con nadie que esté en grupo de riesgo.

Asimismo, se propone como hipótesis exploratorias que las variables de coordinar un equipo de trabajo, dar positivo por COVID-19 y haber recibido atención por parte de una persona profesional de la salud mental alguna vez en su vida también se consideran que pueden asociarse con el miedo. A pesar de que no se encontró suficiente información y que esta no fuera concluyente, de forma preliminar se puede hipotetizar que las personas que han dado positivo por COVID-19 posiblemente reporten menor miedo.

Seguidamente, se encuentran las hipótesis correspondientes a la segunda pregunta de investigación; esta se refiere a la relación entre las características institucionales y la respuesta del miedo al COVID-19:

- H7: Si se tiene una valoración personal baja de las condiciones laborales se espera que se tenga mayor intensidad al miedo al COVID-19 en comparación con quienes tienen una valoración más alta.

- H8: Si se trabaja en lugares con mayor cantidad de casos de COVID-19 se espera que se tenga mayor intensidad al miedo al COVID-19 en comparación con quienes trabajan en lugares con menor cantidad de casos.

6. Objetivo general y específicos

Objetivo general:

- Analizar la asociación entre las características demográficas e institucionales y la experiencia subjetiva del miedo al COVID-19 del personal de salud que ha trabajado durante la pandemia.

Objetivos específicos:

- a. Determinar la asociación entre las características demográficas y la frecuencia en que se reporta experimentar el miedo al COVID-19.
- b. Estimar la asociación entre las características institucionales y la frecuencia en que se reporta experimentar el miedo al COVID-19.
- c. Identificar las variables tanto demográficas e institucionales que en conjunto predicen la intensidad en que se reporta el miedo al COVID-19.

7. Método

7.1. Diseño metodológico

El enfoque metodológico de esta investigación fue cuantitativo, lo cual significa que la recolección de los datos se hizo por medio de medición de variables y buscó hacer las relaciones entre las variables de interés a través de la recolección de datos medidos de forma numérica y analizados estadísticamente (Hernández et al., 2010). Esto se fundamenta en la asignación de valores numéricos a los niveles de las variables que fueron

medidas a partir de la información recolectada en un cuestionario estandarizado completado por personas funcionarias de la CCSS.

Este fue un estudio de carácter transversal correlacional. Los estudios transversales buscan describir las variables y analizar su incidencia e interrelación a partir de los datos recolectados en un solo momento (Hernández et al., 2010). Si bien la pandemia fue catalogada como tal desde marzo del 2020 (Organización Mundial de la Salud, 2020), los datos fueron recolectados durante el 2021. Los estudios con diseño correlacional describen las relaciones entre dos o más categorías, conceptos o variables en un momento dado en términos de cómo estos se asocian entre sí (Hernández et al., 2010).

7.2. Características de la población y definición de la muestra

Las personas participantes fueron trabajadoras de la CCSS, lo cual incluyó el personal médico, de enfermería, auxiliar de enfermería, de laboratorio, administrativo y de limpieza, personal de administrativo, entre otros. La CCSS contaba, para febrero del 2021 (el mes que inició el reclutamiento), con 60,011 personas trabajadoras, las cuales 55.9% eran mujeres, tenían como edad promedio 36 años, y la antigüedad promedio fue de 13 años (Dirección de Administración y Gestión de Personal de la CCSS, 2021).

En total participaron 1,565 personas, quienes tenían entre 18 y 72 años (promedio 38.98 años, DE = 9.50). La mayoría de estas personas reportaron su sexo como mujer (71.37%), seguidos de quienes reportaron hombre (28.18%), y solo 7 personas prefirieron no contestar la pregunta (0.45%). Estas personas llevaban entre 0 y 43 años de ejercer su profesión (promedio de 13.11 años, DE = 9.17). En el apartado de resultados se encuentra una descripción detallada de las características sociodemográficas y laborales de estas personas.

Como criterio de inclusión se estaba que las personas participantes tenían que laborar de forma directa o indirectamente en la atención de los usuarios de los servicios de salud de la CCSS, lo cual abarcó hospitales nacionales o especializados, centros especializados, y áreas de salud y hospitales.

Como criterio de exclusión se tuvo que no se hubiese completado todos los ítems de interés para este trabajo de grado. Por esto, para este estudio se contó con una muestra de 1,565 personas de las 2,920 respuestas guardadas en donde se excluyeron 1,355 respuestas. No hubo filtro por sexo, edad, profesión, entre otros; sin embargo, estas características sociodemográficas se tomaron en consideración para los análisis estadísticos.

7.3. Técnicas e instrumentos para la obtención de los datos

El instrumento utilizado constó de un cuestionario que contuvo preguntas para indagar sobre su información sociodemográfica y características institucionales, así como escalas psicométricas (ver apartado 14.2 elaborado por el equipo investigador del proyecto 339-2021 “Efectos psicosociales de la pandemia en el personal sanitario de la CCSS en primera línea de atención”).

7.3.1. Información sociodemográfica

En relación con los factores sociodemográficos del cuestionario, se preguntó su sexo (hombre, mujer, otro, y prefiero no contestar), edad (número de años), tipo de trabajo y especialidad (se brindan opciones como área administrativa, enfermería y especialidades en enfermería, medicina general, especialidades médicas, limpieza y lavandería, entre otros), años de ejercer su profesión u oficio (número de años), si coordinaba algún equipo de trabajo (sí/no), si estaba en grupo de mayor riesgo por COVID-19 (sí/no) y si dio positivo por COVID-19 (sí/no).

Para el tipo de trabajo y especialidad, a partir de la lista de opciones para seleccionar, las personas se dividieron en cinco grupos: 1) medicina, 2) enfermería y cuidado, 3) administración y apoyo logístico, 4) salud mental y atención psicosocial, y 5) otras áreas laborales. En el apartado de resultados se hizo un listado más específico de las profesiones según el área laboral en que se dividió para los análisis de este estudio.

Respecto al acompañamiento psicológico institucional se preguntó directamente si en algún momento ha recibido atención por parte de un profesional en salud mental. Esto se analizó de forma dicotómica (sí/no).

7.3.1. Información sobre las características institucionales

En esta sección se preguntó sobre el lugar en donde laboran y con base a ello se hizo dos grupos. El primero fue quienes laboran el Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia (HCG), Hospital México, Hospital San Juan de Dios, Hospital Nacional Psiquiátrico Manuel Antonio y Centro de Atención COVID-19 (CEACO), ya que estos atendieron el 59.85% de las hospitalizaciones de la CCSS durante el periodo de recolección de datos (ver apartado 14.3), y el segundo grupo lo integran las personas de los demás hospitales y servicios.

También se aplicó una escala de valoración de las condiciones laborales en la que las personas evaluaron personalmente sus condiciones de trabajo, la cual fue contestada en una escala Likert de 1 = Muy mal a 5 = Muy bien. Esta escala fue creada por el equipo de investigación del proyecto al que se inscribe este TFG. Los análisis psicométricos de esta escala se encuentran en los resultados, sin embargo, se destaca que esta posee dos subescalas, la primera sobre aspectos de salud ocupacional (por ejemplo, “los horarios de trabajo” y “tiempos de descanso”) con un alfa de Cronbach de .84 y la segunda se refiere a aspectos de bioseguridad (como “el acceso al equipo de protección personal (EPP) para atender a pacientes con COVID-19”, “la calidad del equipo de protección personal (EPP) para atender a pacientes con COVID-19”, “capacitación brindada para atender a pacientes con COVID-19”) con un alfa de Cronbach de .81. Cada subescala se puntúa como el promedio de las puntuaciones de los ítems. (Más información en los apartados 8.1.2 y 14.4).

7.3.2. Escala de miedo al COVID-19 (FCV-19S)

La escala de miedo al COVID-19 (conocida por sus siglas en inglés como FCV-19S) fue creada por Ahorsu et al. (2020) y comprende 7 ítems que reflejan la severidad al miedo que tenía una persona hacia el COVID-19, e incluye tanto el contagiarse de esta enfermedad como el fallecer por esta. Se inquirió por el nivel de acuerdo que tenían las personas de los enunciados en ese momento en una escala de cinco puntos que va de

1 = Totalmente en desacuerdo a 5 = Totalmente de acuerdo. Esta tuvo ítems como “tengo mucho miedo del coronavirus (COVID-19)”, “tengo miedo de perder mi vida a causa del coronavirus (COVID-19)”, y “mi corazón se acelera o palpita cuando pienso en contagiarme del coronavirus (COVID-19)”. Los rangos posibles de puntuación iban de 7 a 35 puntos, y a mayor puntuación, más miedo tenía la persona. La información recaudada no fue para fines diagnósticos y esto tampoco fue el interés principal del proyecto en donde se enmarcó este trabajo.

El instrumento original ha presentado una alta consistencia interna, con alfas de Cronbach superiores a .80 en población iraní (Ahorsu et al., 2020), y su traducción al español en población peruana y española han reportado alfas de Cronbach entre .86 y .94 (Huarcaya-Victoria, 2020; Martínez-Lorca, 2020). En este trabajo esta escala obtuvo un alfa de Cronbach de .89 (más información en el apartado 8.1.1).

7.4. Procedimiento

Este trabajo se desarrolló a partir de la información recolectada en el proyecto 339-2021. Las personas participantes fueron invitadas a participar por medio un correo electrónico institucional interno de la CCSS (todas son funcionarias de la institución) donde se incluyó enlace con el cuestionario en línea (ver apartado 14.2). Distintas jefaturas de la CCSS informaron y motivaron a las personas trabajadoras de la institución a participar de esta investigación. La semana del 22 de febrero del 2021 se envió el cuestionario a Recursos Humanos para su divulgación y se cerró el envío de respuestas la semana del 25 de octubre de ese mismo año.

Al entrar al enlace adjunto al correo electrónico, se presentó en una primera pantalla el consentimiento informado, al cual las personas deben leer y aceptar para poder llenar el cuestionario. En las pantallas siguientes se les presentó las preguntas y una vez que sean contestadas, se dirigió a una última pantalla donde se les ofreció información de contacto si desean más información sobre el estudio y se les agradeció su participación.

7.5. Estrategia de análisis estadístico

Los análisis estadísticos de los resultados se hicieron por medio del paquete estadístico *IBM SPSS Statistics 23.0*.

En un primer momento se evaluaron las propiedades psicométricas de las escalas utilizadas. Para esto se realizó un análisis factorial exploratorio con el fin de estimar la estructura subyacente a los ítems de la escala de miedo al COVID-19, ya que no se ha validado para la población costarricense, y también se realizó un análisis de componentes principales para la escala de condiciones laborales. Seguidamente, se estimó la consistencia interna de ambas escalas o sus respectivas subescalas por medio del coeficiente de Alpha de Cronbach, además de la realización de un análisis de las correlaciones entre los ítems que componen cada escala (correlación ítem-total), con el fin de construir los indicadores numéricos de cada constructo.

En un segundo momento se realizaron análisis univariados con el fin de definir las características de la muestra para lo cual se utilizó un análisis de frecuencias para las variables de interés de este trabajo.

En un tercer momento se corrieron análisis bivariados. Para esto se realizaron pruebas *t* o análisis de varianza para estimar diferencias en los puntajes de miedo al COVID-19 según las variables independientes dicotómicas o politómicas: sexo, tipo de trabajo, dar positivo por COVID-19, lugar de trabajo, si recibió acompañamiento psicológico institucional, etc. En el caso de las pruebas *t*, primero se hizo la prueba de Levene para calcular la igualdad de las varianzas y si su nivel de significación fue mayor a .05 se usó la prueba *t* de Student, pero si su nivel de significación fue menor a .05 se usó la prueba *t* de Welch. En el caso del único análisis de varianza (el cual usó como variable independiente el tipo de trabajo) este se hizo usando el estadístico de Welch y el análisis post hoc de Games-Howell, ya que la prueba de Levene dio significativa, $F = 3.48$, $p = .004$. Además, se empleó un análisis de correlación para conocer la asociación entre la variable dependiente de miedo al COVID-19 y las variables independientes de intervalo-razón (edad, experiencia laborando, y la escala de condiciones laborales).

En un último momento se realizaron análisis multivariados, al hacer un análisis de regresión lineal para estimar el efecto que tuvieron las variables asociadas a las características sociodemográficas e institucionales en la predicción de las puntuaciones de la variable miedo al COVID-19 (variable dependiente). Específicamente, se utilizó el análisis de regresión lineal múltiple jerárquica, lo cual significó que las variables independientes o predictoras (factores sociodemográficos e institucionales) se introdujeron en diferentes modelos por pasos y se presta particular atención en el porcentaje de predicción (varianza explicada) por medio de evaluar el cambio en R^2 que ocurrió al añadir cada bloque de variables para así crear un nuevo modelo (Meyers et al., 2016).

En este trabajo se realizaron 3 modelos de regresión y el criterio jerárquico de inclusión de estas variables fue el revisar el nivel de significancia estadística (por medio del valor p) en los análisis bivariados. Por esta razón, en un primer modelo se añadieron todas las variables que tuvieron una significancia estadística menor a .001, en el segundo modelo se añadieron aquellas que tuvieran una significancia menor a .05 y mayor a .001, y en el tercer modelo se añadieron todas las variables que no fueron significativas. La jerarquía de estos modelos, por tanto, responde a una decisión impulsada por los datos encontrados en el trabajo, ya que la asociación de dichas variables fue exploratoria. Se resalta la importancia de estos análisis de regresión para la interpretación de los resultados (particularmente el modelo 3 que contuvo todas las variables estudiadas), especialmente después de observar los análisis bivariados, ya que estos segundos no permitieron controlar por todas las variables sociodemográficas y laborales de manera simultánea.

La razón por la que se consideró pertinente comparar 3 modelos entre sí se encuentra basada en el principio de parsimonia. Este principio, según señalan Vandekerckhove et al. (2015), favorece modelos que logren explicar los fenómenos de interés de la manera más simple posible sin que esta sea incorrecta sobre modelos más complejos que pueden sobreajustar los datos y dar predicciones menos precisas al incorporar variables que pueden introducir ruido. Asimismo, se consideró lo aportado por (Bitton, 2018), lo cual hace referencia a que al comunicarse con las autoridades pertinentes sobre los resultados y así poder trabajar en el

cambio, lo ideal es centrarse en las variables más importantes, por lo cual, tener modelos más simples ayuda a concretar cuáles son estas variables para enfocarse en futuras intervenciones. Por lo anterior, si bien se considera importante la inclusión de un modelo en donde se incorporen todas las variables (modelo 3), también se tomó en cuenta modelos que incluyeron únicamente las variables significativas. De esta forma, se llevó a cabo una prueba F para decidir cuál de los 3 modelos tuvo un mejor ajuste a los datos.

7.6. Protección de las personas participantes

Las personas participantes dieron su consentimiento a participar al presionar un botón específico indicando que aceptaban colaborar con la investigación. El consentimiento incluyó información sobre el anonimato y voluntariedad de su participación, así como confidencialidad que se guarda de los datos proveídos. Los datos serán almacenados por 10 años.

8. Resultados

8.1. Análisis psicométricos

En este subapartado se encuentran los resultados de los análisis psicométricos realizados a la escala de miedo al COVID-19 llamada FCV-19S y a la escala de condiciones laborales. Para esto se hizo, respectivamente, un análisis factorial exploratorio y un análisis de componentes principales, además de analizar la consistencia interna de ambas escalas.

8.1.1. Análisis psicométricos de FCV-19S

La prueba de esfericidad de Bartlett dio significativa para la escala FCV-19S, $\chi^2 (21) = 6105.52, p < .001$, lo cual indicó que fue apropiado usar un modelo factorial analítico. Asimismo, se encontró que, usando la adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), se cumplió de forma meritoria con una medida de .88.

El análisis de factores exploratorios utilizando el método de rotación Promax indicó una estructura factorial de una dimensión para el miedo al COVID-19 en la escala FCV-19S. En el Cuadro 1 se describe en detalle lo encontrado.

Cuadro 1

Valor característico, varianza explicada y cargas factoriales para la escala FCV-19S

	FCV-19S
Valor característico	4.31
Varianza explicada (%)	55.34
Cargas factoriales de los reactivos	
1. Mi corazón se acelera o palpita cuando pienso en contagiarme del coronavirus (COVID-19).	.85
2. No puedo dormir porque estoy preocupado(a) de contagiarme del coronavirus (COVID-19).	.79
3. Cuando veo noticias e historias sobre el coronavirus (COVID-19) en redes sociales me pongo nervioso(a) o ansioso(a).	.76
4. Me pone incómodo(a) pensar en el coronavirus (COVID-19).	.73
5. Tengo miedo de perder mi vida a causa del coronavirus (COVID-19).	.72
6. Tengo mucho miedo del coronavirus (COVID-19).	.68
7. Mis manos se ponen húmedas cuando pienso en el coronavirus (COVID-19).	.67

Asimismo, esta escala presentó un Alfa de Cronbach de .89 y las correlaciones ítem-total de sus reactivos fueron todas superiores a .60, lo cual indica que la medida posee una adecuada consistencia interna y capacidad de discriminación entre los distintos niveles del constructo (ver Cuadro 2).

Cuadro 2

Estadísticos total-elemento para la escala FCV-19S

Ítem	Correlación Ítem- Total Corregido	Alpha de Cronbach's si el ítem se elimina
Tengo mucho miedo del coronavirus (COVID-19).	.66	.88
Me pone incómodo(a) pensar en el coronavirus (COVID-19).	.69	.88
Mis manos se ponen húmedas cuando pienso en el coronavirus (COVID-19).	.62	.88
Tengo miedo de perder mi vida a causa del coronavirus (COVID-19).	.68	.88
Cuando veo noticias e historias sobre el coronavirus (COVID-19) en redes sociales me pongo nervioso(a) o ansioso(a).	.71	.87
No puedo dormir porque estoy preocupado(a) de contagiarme del coronavirus (COVID-19).	.73	.87
Mi corazón se acelera o palpita cuando pienso en contagiarme del coronavirus (COVID-19).	.78	.87

8.1.2. Análisis psicométricos de la escala de condiciones laborales.

La prueba de esfericidad de Bartlett dio significativa para la escala de condiciones laborales, $\chi^2(36) = 6300.49$, $p < .001$. Además, la adecuación muestral KMO cumplió de forma meritoria con una medida de .85.

El análisis de factores, utilizando el método de extracción de componentes principales y el método de rotación Varimax con la normalización de Kaiser, indicó una estructura factorial bidimensional. Estos dos factores explicaron en conjunto un 62.79% de la varianza de los reactivos. Ver Cuadro 3.

Cuadro 3

Valor característico, varianza explicada y cargas factoriales para las dimensiones de condiciones laborales

	Componentes	
	Salud ocupacional	Condiciones de bioseguridad
Valor característico	4.31	1.34
Varianza explicada (%)	47.89	14.9
Carga factorial de los reactivos		
1. Alimentación	.83	
2. Hidratación	.82	
3. Tiempos de descanso	.80	
4. Horarios de trabajo	.68	
5. Transporte	.58	
6. Acceso al equipo de protección personal		.88
7. Calidad del equipo de protección personal		.85
8. Capacitación para atender pacientes COVID-19		.71
9. Condiciones de las instalaciones		.62

El primer factor extraído o dimensión de la escala de condiciones laborales obtuvo un valor característico de 4.31 y una varianza explicada de 43.89%. Este reunió reactivos que reflejaron aspectos relativos a la salud ocupacional. Los reactivos que conformaron esta dimensión son “alimentación” (carga factorial = .83), “hidratación” (carga factorial = .82), “tiempos de descanso” (carga factorial = .80), “horarios de trabajo” (carga factorial = .68), y “transporte” (carga factorial = .58). Además, este factor obtuvo un Alfa de Cronbach de .84 y las correlaciones ítem-total de sus reactivos fueron todas superiores a .47, lo cual según

Tornimbeni et al. (2008), indicó que los reactivos se asociaron adecuadamente entre sí y que fueron capaces de discriminar entre niveles bajos y alto del constructo que pretendieron medir (ver Cuadro 4).

Cuadro 4

Estadísticos total-elemento para la dimensión de Salud Ocupacional de la escala de condiciones laborales

Ítem	Correlación Ítem-Total Corregido	Alpha de Cronbach's si el ítem se elimina
Horarios de trabajo	.59	.82
Tiempos de descanso	.69	.79
Transporte	.48	.84
Alimentación	.74	.77
Hidratación	.71	.78

El segundo factor extraído o dimensión de la escala de condiciones laborales tuvo un valor característico de 1.34 y una varianza explicada del 14.9%, Este agrupó los ítems relativos a las condiciones de bioseguridad de las personas trabajadoras. Sus ítems fueron el “acceso al equipo de protección personal” (carga factorial = .88), “calidad del equipo de protección personal” (carga factorial = .85), “capacitación para atender pacientes COVID-19” (carga factorial = .71), y “condiciones de las instalaciones” (carga factorial = .62). Asimismo, este factor obtuvo un Alfa de Cronbach de .81 y las correlaciones ítem-total de sus reactivos fueron todas superiores a .50 (ver Cuadro 5).

Cuadro 5

Estadísticos total-elemento para la dimensión de Condiciones de Bioseguridad de la escala de condiciones laborales

Ítem	Correlación Ítem-Total	Alpha de Cronbach's si el
	Corregido	ítem se elimina
Condiciones de las instalaciones	.50	.82
Acceso al equipo de protección personal	.73	.71
Calidad del equipo de protección personal	.71	.72
Capacitación para atender pacientes COVID-19	.59	.78

8.2. Análisis univariado: Caracterización de la muestra

En este subapartado se encuentran resultados descriptivos en los que se caracteriza a las personas que participaron de este estudio. Para esto primero se dan especificaciones sobre la información sociodemográfica de estas personas, y luego se brindan datos sobre aspectos institucionales como su lugar de trabajo y la percepción de condiciones laborales. Asimismo, se dice el porcentaje de personas que se considera que tuvo miedo al COVID-19 y se dan detalles de los datos asociados a la severidad que tuvo de este miedo.

8.2.1. Información sociodemográfica

En el Cuadro 6 se encuentra la distribución de la muestra según las áreas laborales en que se desempeña el personal sanitario consultado. Un poco más de la mitad (52.6%) de las personas laboraron en las áreas de enfermería y cuidado, y de medicina.

Cuadro 6

División de profesiones de las personas participantes según área laboral

Área laboral	%	Profesión	%
Enfermería y cuidado	29.46	Enfermería y especialidades en enfermería	12.20

		Auxiliares de enfermería	11.18
		Asistentes de pacientes	4.60
		ATAPS (Asistente Técnico de Atención Primaria en Salud)	1.47
Medicina	23.07	Medicina general	12.14
		Especialidades médicas	10.93
Otras áreas laborales	21.60	Farmacia	6.84
		Microbiología y laboratorio clínico	4.79
		Otro	4.28
		Odontología	2.11
		Nutrición	1.98
		Terapia respiratoria	1.60
Área administrativa y apoyo logístico	16.74	Área administrativa	8.65
		REDES (Registros de Salud)	4.92
		Limpieza y lavandería	2.30
		Seguridad y vigilancia	0.58
		Transporte	0.38
Salud mental y apoyo psicosocial	9.14	Trabajo Social	6.26
		Psicología	2.30
		Psiquiatría	0.58

El 36.80% de las personas asumieron un cargo de coordinación. En promedio estas personas participantes tuvieron 57.71 personas a su cargo (DE = 191.07), de las cuales 4 personas que tuvieron a su cargo entre mil y dos mil personas.

Para el momento en que completaron el cuestionario, el 94.76% de las personas se habían vacunado. Asimismo, un 18.72% de las personas participantes contestó que había dado positivo en la prueba de COVID-19, mientras que un 35.85 contestó que no había dado positivo en esta prueba en el pasado; nótese que un 45.43% de las personas no contestó esta segunda pregunta, lo cual fue inusual al tener el resto de las preguntas sin valores perdidos.

El 25.37% de las personas participantes se encontraban en al menos un grupo de mayor riesgo por COVID-19. Ver Cuadro 7 para el desglose de las condiciones asociadas a estar en el grupo de mayor riesgo.

Cuadro 7

Condiciones que hacen que las personas tengan un mayor riesgo por COVID-19

Lugar de trabajo	%
Hipertensión arterial	60.20
Enfermedad pulmonar crónica o asma moderado a grave	22.67
Diabetes	19.14
Obesidad grave (índice de masa corporal de 40 o superior)	16.62
Sistema inmunitario deprimido	10.08
Mayor de 65 años	6.04
Afección cardíaca grave	5.04
Enfermedades de coagulación de la sangre	4.28
Cáncer	3.27
Enfermedad renal crónica en tratamiento de diálisis	1.51

Nota. Es posible que una persona se encuentre en más de un grupo de mayor riesgo. El porcentaje mostrado es tomando en cuenta las personas que marcaron que se encuentran en un grupo de mayor riesgo.

El 90.35% de las personas compartió residencia con otras personas. Un 44.15% personas reportaron compartir residencia con alguien que se encontraba en un grupo de mayor riesgo por COVID-19.

En el Cuadro 8 hay información respecto al estado civil de las personas participantes.

Cuadro 8

Estado civil de las personas participantes

Lugar de trabajo	%
Casado(a)	39.42
Soltero(a)	33.86
En unión libre	15.85
Divorciado(a)	10.10
Viudo(a)	0.77

En cuanto a la experiencia en procesos terapéuticos, el 54.44% de las personas recibió atención por parte de profesionales en salud mental en algún punto de su vida. Además, un 34.63% de las personas recibió acompañamiento de la CCSS y un 16.36% en este momento estaba recibiendo acompañamiento de esta institución en el momento que se completó el cuestionario.

8.2.2. Características institucionales

Casi un tercio (33.22%) de las personas participantes trabajaron en 5 hospitales nacionales o especializados. Estos 5 hospitales fueron los centros de la CCSS en los que se dieron más hospitalizaciones durante el periodo de reclutamiento de la muestra. En el Cuadro 9 se encuentra más información respecto sobre la cantidad de personas que trabajaron en estos hospitales, y en el apartado 14.3 se encuentra más información de la cantidad de hospitalizaciones por centro de salud.

Cuadro 9

Lugar de trabajo del personal sanitario que participaron en el estudio

Lugar de trabajo	%	Hospital o servicio	%
Hospitales con mayor cantidad de hospitalizaciones	33.22	Hospital San Juan de Dios	9.58
		Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia	9.07
		Hospital México	6.40
		Centro de Atención COVID19 (CEACO)	4.28
		Hospital Nacional Psiquiátrico Manuel Antonio	3.90
Otros hospitales y servicios	66.77	Áreas de Salud y Hospitales Regionales o Periféricos	54.38
		Otros hospitales nacionales o especializados	12.28
		Centro especializado (en este caso solo es el Centro Nacional de Imágenes Médicas)	0.13

En el Cuadro 10 se encuentra un resumen de la escala de condiciones laborales. Si bien no se cuenta con puntos de corte o similar, las puntuaciones de esta escala y de todos los ítems de esta se encontraron entre el rango de regular (puntuación de 3) y bueno (puntuación de 4).

Cuadro 10

Puntuación de la escala de condiciones laborales

	Promedio	DE
Escala de condiciones laborales	3.61	0.78

Subescala salud ocupacional	3.55	0.92
1. Alimentación	3.49	1.21
2. Hidratación	3.26	1.33
3. Tiempos de descanso	3.33	1.20
4. Horarios de trabajo	3.88	.99
5. Transporte	3.80	1.15
Subescala condiciones de bioseguridad e instalaciones	3.69	0.85
6. Acceso al equipo de protección personal	3.81	1.03
7. Calidad del equipo de protección personal	3.78	1
8. Capacitación para atender pacientes COVID-19	3.55	1.16
9. Condiciones de las instalaciones	3.60	1.10

Nota. El rango posible es de 1 a 5, donde 1 = Muy mal y 5 = Muy bien.

8.2.3. Miedo al COVID-19

Las personas puntuaron en la escala de miedo al COVID-19 FCV-19S en un rango de 7 a 35 puntos, lo cual fue el mismo rango posible de puntuar en esta escala. La puntuación promedio fue de 16.58 puntos (DE = 6.34). En el Cuadro 11 se encuentran las puntuaciones por ítem de esta escala.

Cuadro 11

Puntuación de la escala de miedo al COVID-19 (FCV-19S)

	Promedio	DE
FCV-19S	16.58	6.34
1. Tengo mucho miedo del coronavirus (COVID-19).	3.13	1.16

2. Me pone incómodo(a) pensar en el coronavirus (COVID-19).	2.68	1.22
3. Mis manos se ponen húmedas cuando pienso en el coronavirus (COVID-19).	1.66	0.91
4. Tengo miedo de perder mi vida a causa del coronavirus (COVID-19).	2.87	1.38
5. Cuando veo noticias e historias sobre el coronavirus (COVID-19) en redes sociales me pongo nervioso(a) o ansioso(a).	2.44	1.26
6. No puedo dormir porque estoy preocupado(a) de contagiarme del coronavirus (COVID-19).	1.85	1.02
7. Mi corazón se acelera o palpita cuando pienso en contagiarme del coronavirus (COVID-19).	1.96	1.13

Nota. El rango posible es de 1 a 5, donde 1 = Totalmente en desacuerdo y 5 = Totalmente de acuerdo.

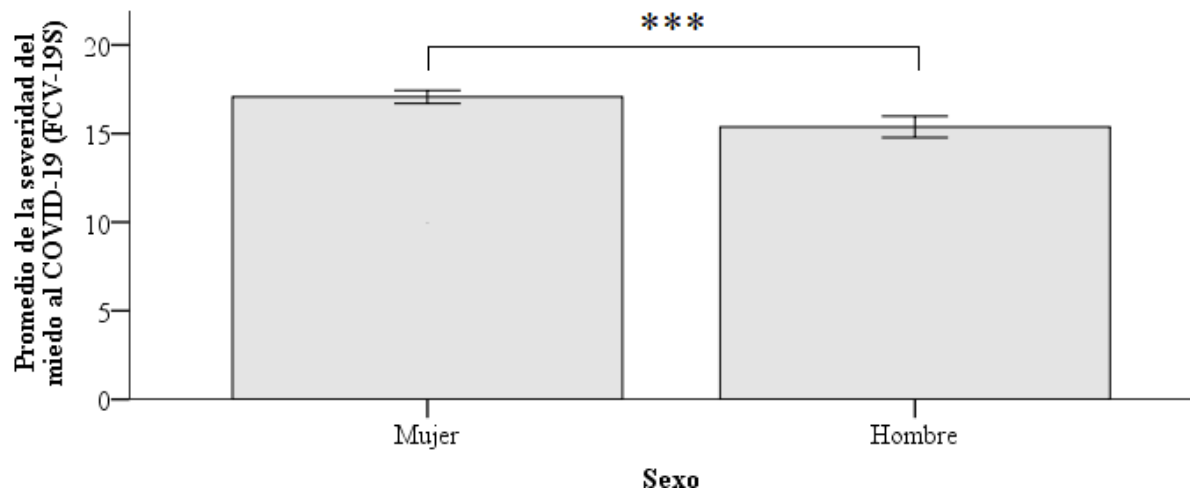
8.3. Análisis bivariado

8.3.1. Asociación de variables sociodemográficas con el miedo al COVID-19

El sexo se encontró asociado significativamente al miedo al COVID-19, $t(1556) = 4.78$, $p < .001$. Específicamente, las mujeres tuvieron más miedo ($M = 17.70$, $DE = 6.26$) que los hombres ($M = 15.38$, $DE = 6.43$). Ver Figura 1.

Figura 1

Promedio del miedo al COVID-19 de personas funcionarias de la CCSS según sexo

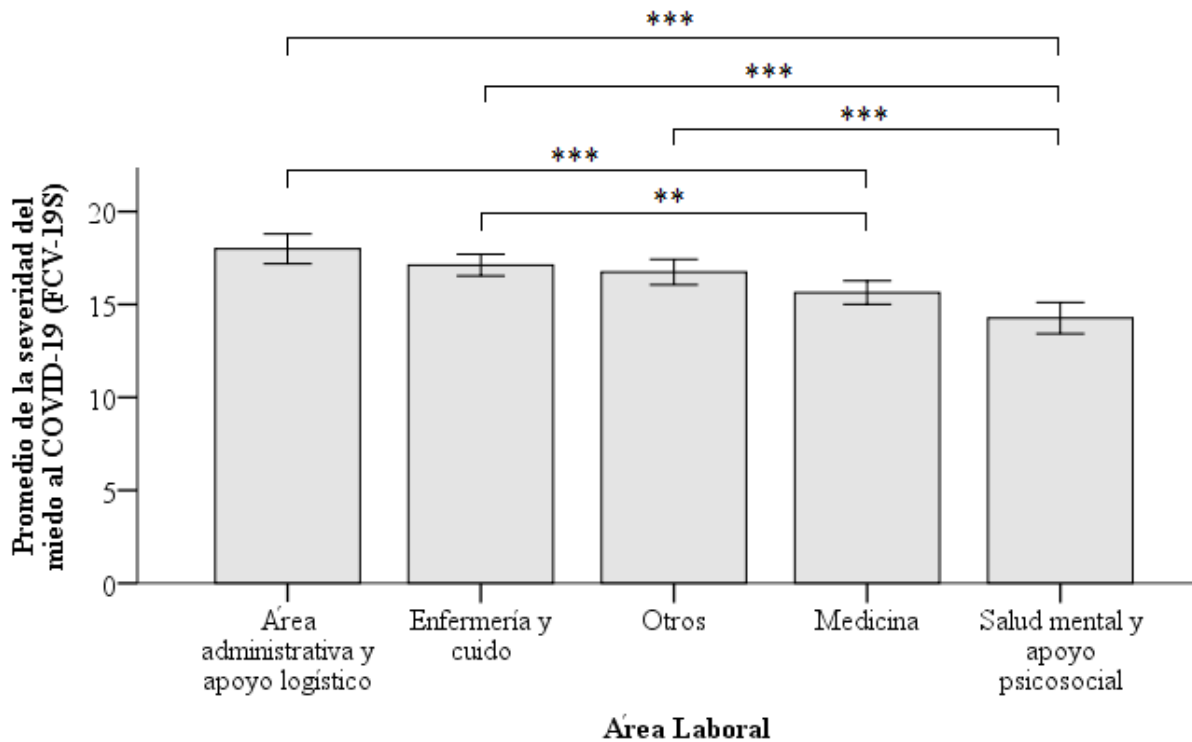


Nota. *** $p < .001$. Barras de error: 95% IC.

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de área laboral en la puntuación de la escala de miedo al COVID-19, F de Welch (4, 630.72) = 13.17, $p < .001$. El tamaño del efecto fue pequeño, $\eta^2 = .028$. Específicamente, se encontró que el personal del área administrativa y apoyo logístico tuvieron el promedio más alto en la escala de miedo al COVID-19 (M = 17.99, DE = 6.64), seguidos del área de enfermería y cuidado (M = 17.12, DE = 6.37), otras áreas profesionales (M = 16.74, DE = 6.42), el área de medicina (M = 15.63, DE = 6.37), y, por último, el área de salud mental y apoyo psicosocial (M = 14.27, DE = 5.07). Ver Figura 2.

Figura 2

Promedio del miedo al COVID-19 de personas funcionarias de la CCSS según área laboral



Nota. ** $p < .01$. *** $p < .001$. Barras de error: 95% IC.

Utilizando el procedimiento post hoc de Games-Howell se encontró que hay diferencias significativas entre los grupos de:

- Laborar en el área administrativa y apoyo logístico y laborar en el área de salud mental y apoyo psicosocial, siendo el primer grupo quien tuvo una mayor puntuación en la escala de miedo al COVID-19; diferencia de promedio entre grupos de 3.73 y $p < .001$.
- Laborar en el área de enfermería y cuidado y laborar en el área de salud mental y apoyo psicosocial, siendo el primer grupo quien tuvo una mayor puntuación en la escala de miedo al COVID-19; diferencia de promedio entre grupos de 2.85 y $p < .001$.
- Laborar en el grupo de ‘otros’ (consiste en quienes no laboraron en ninguna de las otras áreas mencionadas) y laborar en el área de salud mental y apoyo psicosocial, siendo el primero quien

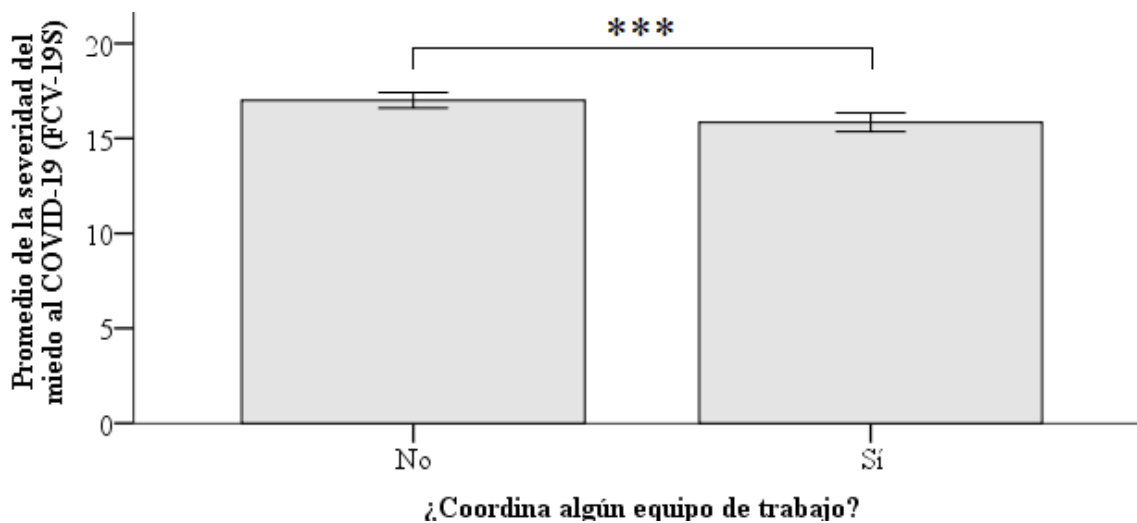
tuvo una mayor puntuación en la escala de miedo al COVID-19; diferencia de promedio entre grupos de 2.48 y $p < .001$.

- Laborar en el área administrativa y apoyo logístico y laborar en el área de medicina, siendo el primer grupo quienes tuvieron una mayor puntuación en la escala de miedo al COVID-19; diferencia de promedio entre grupos de 2.36 y $p < .001$.
- Laborar en el área de enfermería y cuidado y laborar en medicina, siendo el primero quien tuvo una mayor puntuación en la escala de miedo al COVID-19; diferencia de promedio entre grupos de 1.48 y $p < .01$

El coordinar un equipo de trabajo fue asociado significativamente al miedo al COVID-19, $t(1270.76) = 3.569$, $p < .001$. Específicamente se observó que las personas que coordinan un equipo de trabajo tuvieron menos miedo ($M = 15.85$, $DE = 6.04$) que quienes no coordinaban un equipo de trabajo ($M = 17.01$, $DE = 6.48$). Ver Figura 3.

Figura 3

Promedio del miedo al COVID-19 de personas funcionarias de la CCSS si asumen o no cargo de coordinación

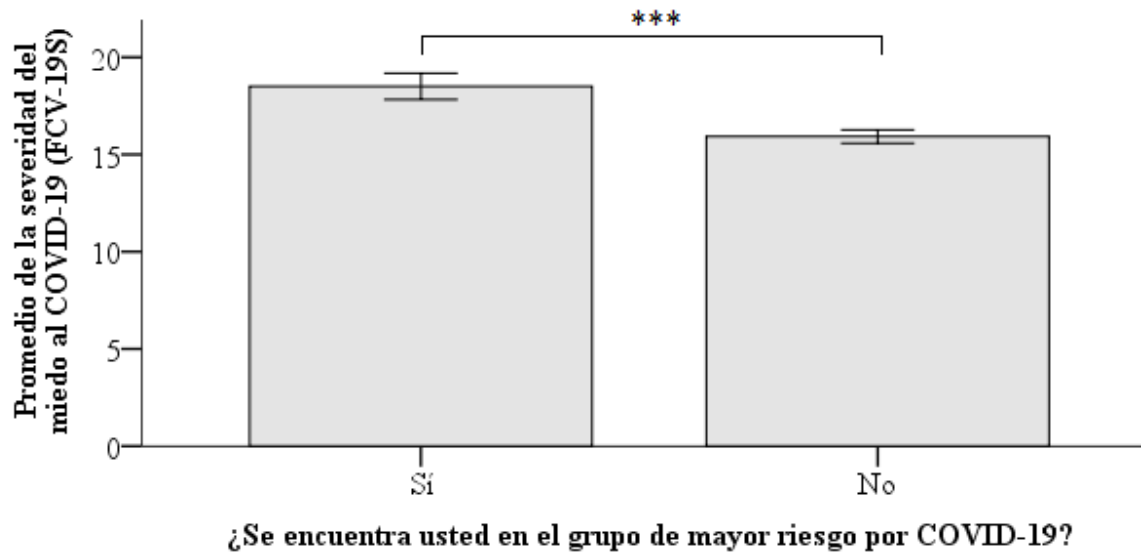


Nota. *** $p < .001$. Barras de error: 95% IC.

El encontrarse en un grupo de mayor riesgo por COVID-19 por alguna condición de salud fue asociado significativamente al miedo al COVID-19, $t(613.81) = 6.64$, $p < .001$. Específicamente se observó que las personas que se encontraban en un grupo de riesgo tuvieron más miedo ($M = 18.50$, $DE = 6.89$) que quienes no estaban en ningún grupo de riesgo ($M = 15.93$, $DE = 6.01$). Ver Figura 4.

Figura 4

Promedio del miedo al COVID-19 de personas funcionarias de la CCSS según encontrarse personalmente en un grupo de mayor riesgo por COVID-19.



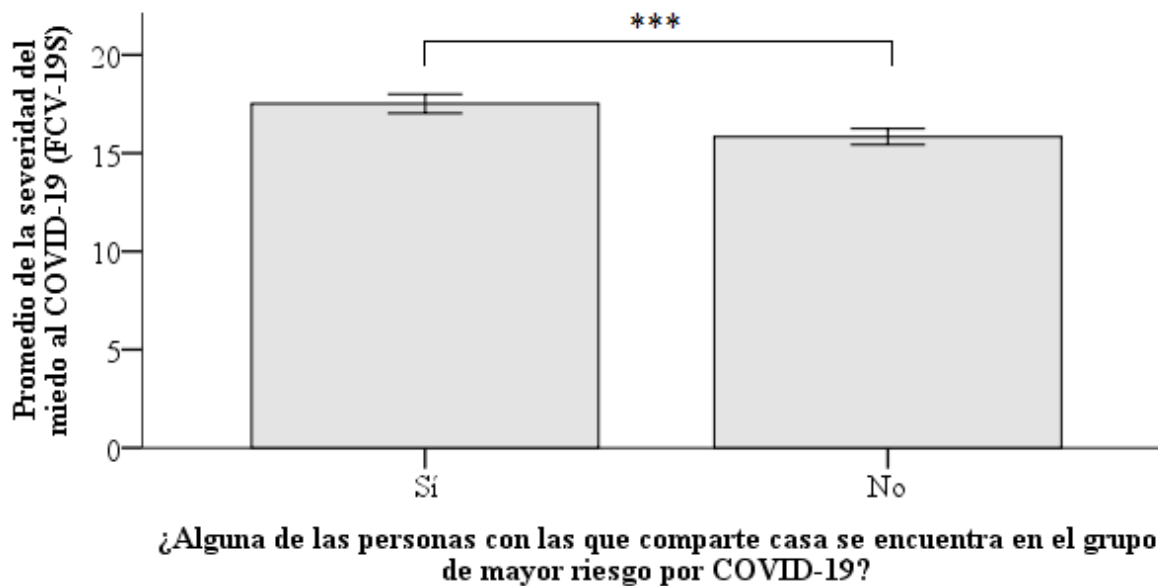
Nota. *** $p < .001$. Barras de error: 95% IC.

El vivir con al menos una persona que se encuentre en grupo de mayor riesgo por COVID-19 por alguna condición de salud fue asociado significativamente al miedo al COVID-19, $t(1437.940) = 5.20$, $p < .001$. Específicamente se observó que las personas que viven con una persona en un grupo de riesgo tuvieron más

miedo ($M = 17.52$, $DE = 6.50$) que quienes no estaban en ningún grupo de riesgo ($M = 15.84$, $DE = 6.12$). Ver Figura 5.

Figura 5

Promedio del miedo al COVID-19 de personas funcionarias de la CCSS según residir con personas que estén en grupo de mayor riesgo por COVID-19.

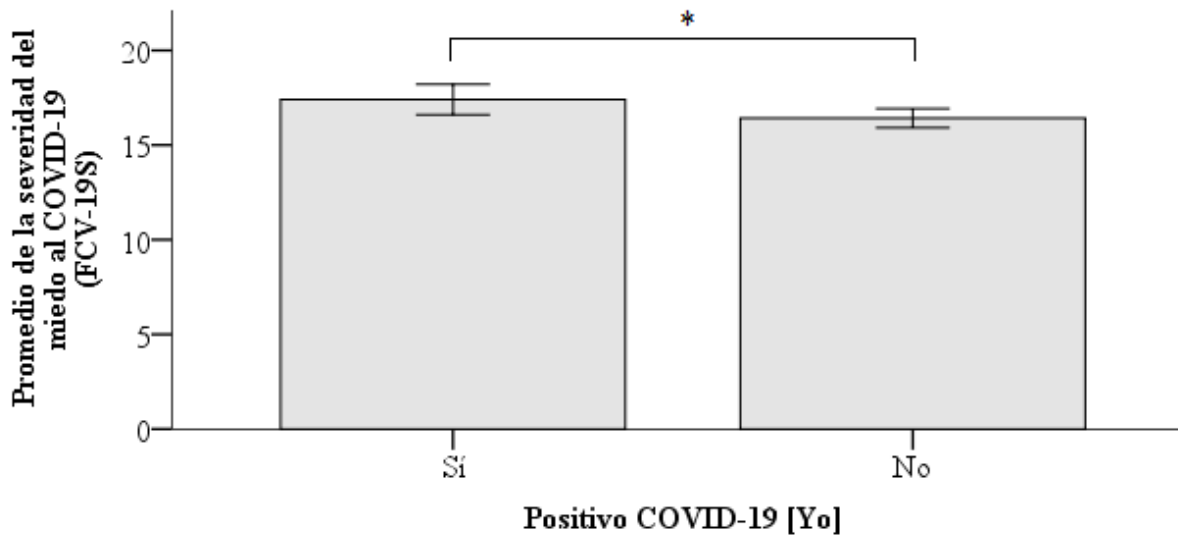


Nota. *** $p < .001$. Barras de error: 95% IC.

El haber tenido COVID-19 se asoció significativamente al miedo al COVID-19, $t(527.56) = 2.06$, $p = .04$. Específicamente se observó que las personas que han tenido COVID-19 tuvieron más miedo ($M = 17.41$, $DE = 6.98$) que quienes no habían tenido esta enfermedad ($M = 16.41$, $DE = 6.01$). Ver Figura 6.

Figura 6

Promedio del miedo al COVID-19 de personas funcionarias de la CCSS según haber dado positivo al COVID-19

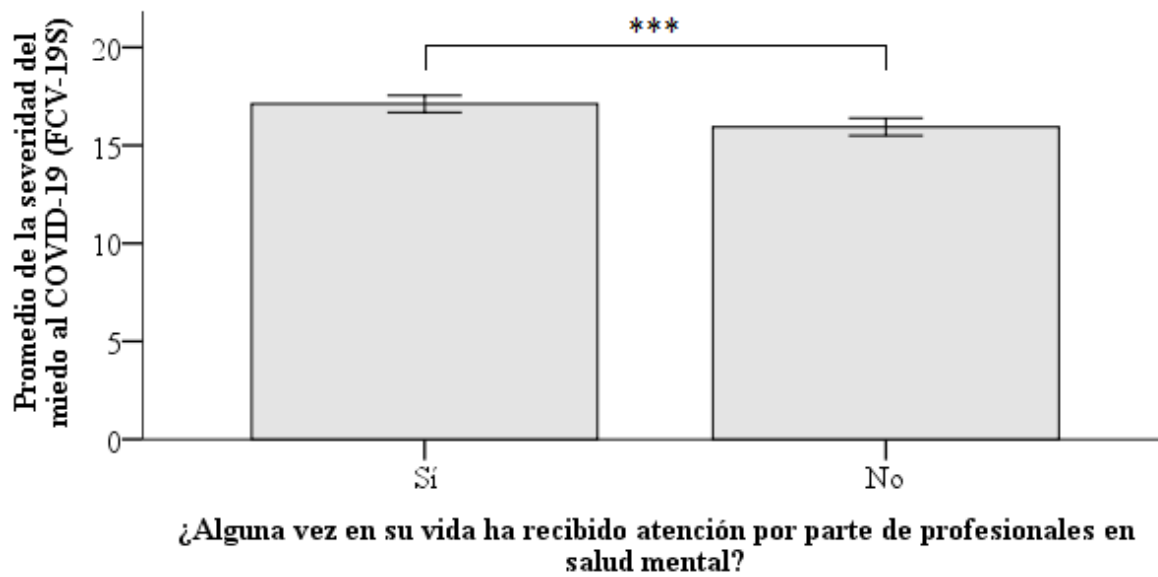


Nota. * $p < .05$. Barras de error: 95% IC.

El acompañamiento psicológico se asoció significativamente al miedo al COVID-19, $t(1563) = 2.55$, $p < .001$. Específicamente se observó que las personas que sí habían recibido atención por parte de profesionales en salud mental alguna vez en su vida reportaron un mayor miedo ($M = 17.11$, $DE = 6.46$) que las personas que no habían recibido atención de este tipo ($M = 15.94$, $DE = 6.15$). Ver Figura 7.

Figura 7

Promedio del miedo al COVID-19 de personas funcionarias de la CCSS según haber tenido atención por parte de profesionales en salud mental en algún momento de la vida.

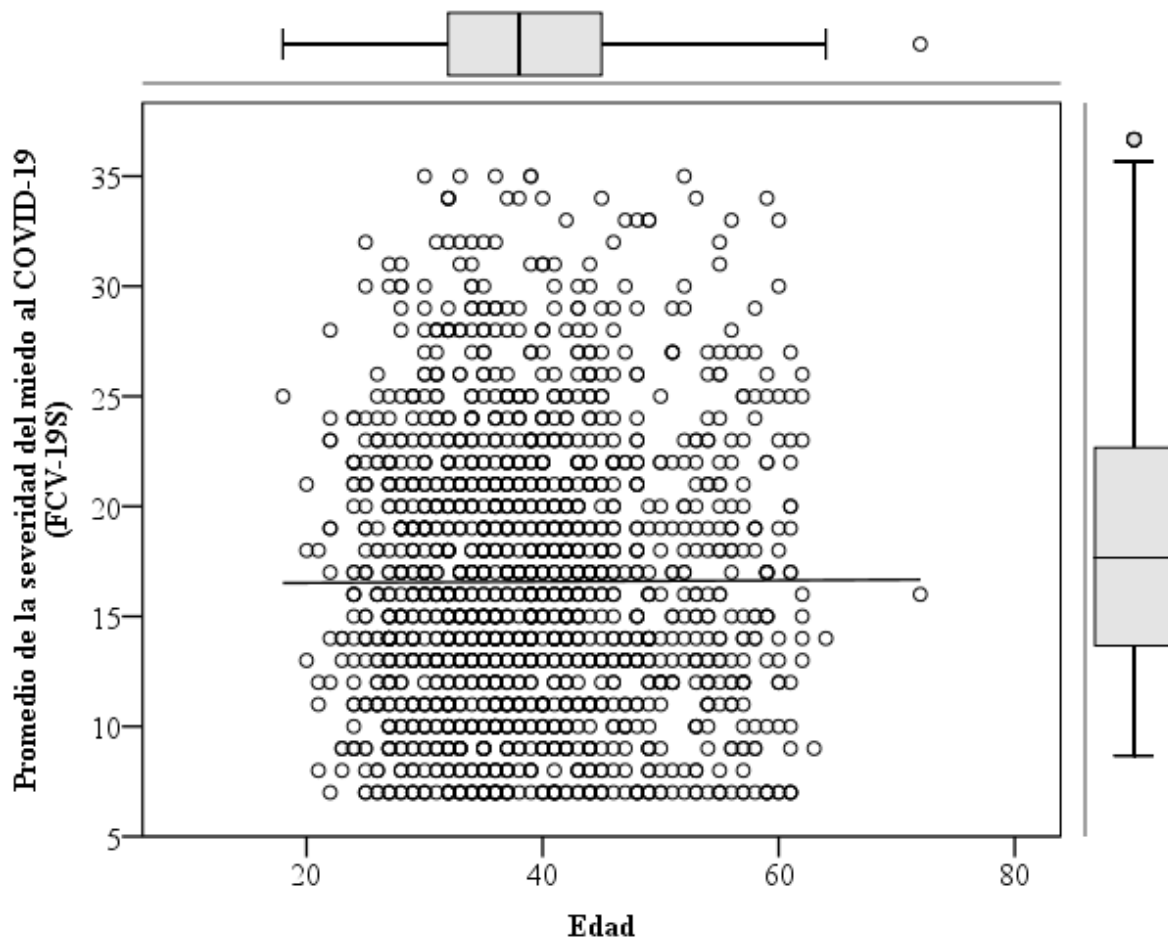


Nota. *** $p < .001$. Barras de error: 95% IC.

No se encontró asociación significativa entre la edad y la puntuación en la escala de miedo al COVID-19, $r(1558) = .004$, $p > .05$. Ver Figura 8.

Figura 8

Gráfico de dispersión de la asociación entre el miedo al COVID-19 de personas funcionarias de la CCSS y la edad

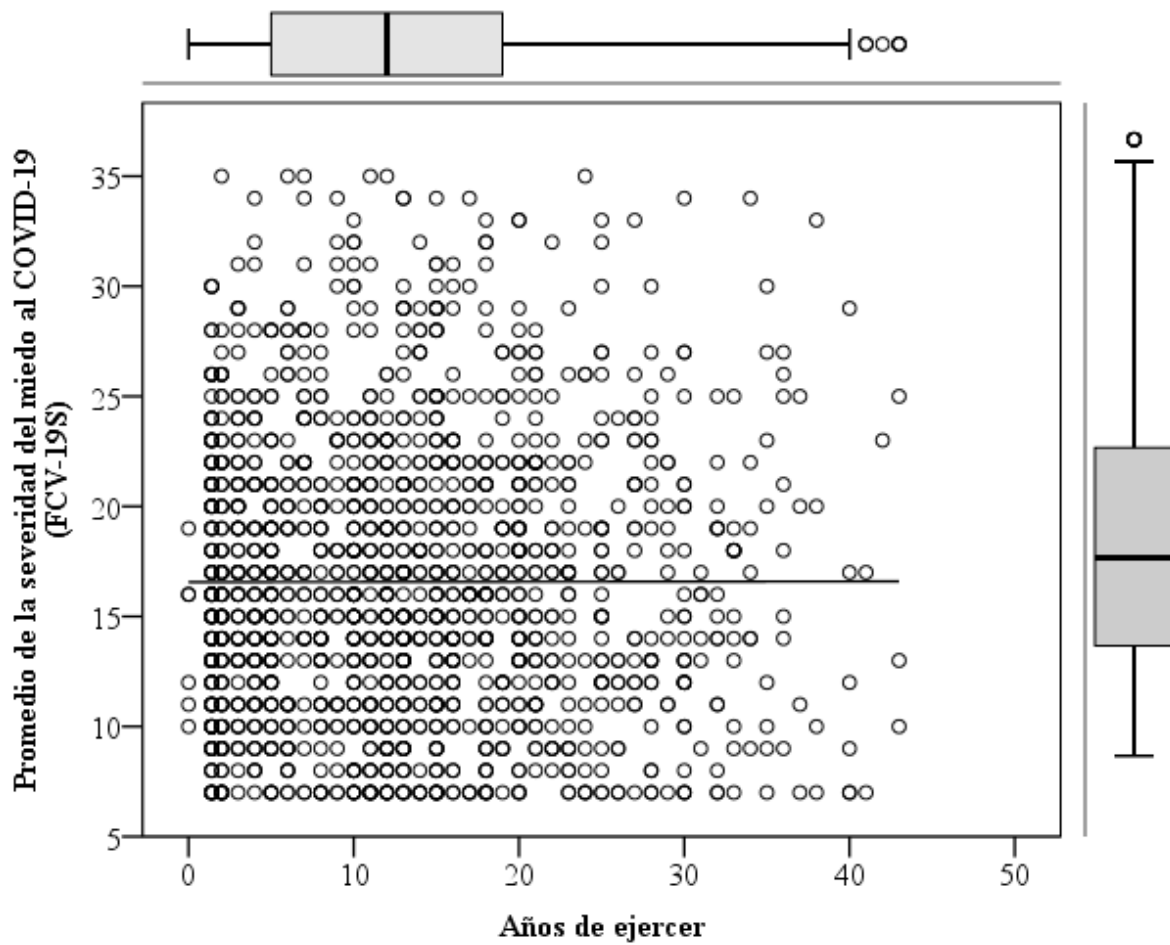


Nota. Esta correlación no fue estadísticamente significativa.

Tampoco se encontró asociación significativa entre la cantidad de años en que ha ejercido su profesión y la puntuación en la escala de miedo al COVID-19, $r(1554) = .001, p > .05$. Ver Figura 9.

Figura 9

Gráfico de dispersión de la asociación entre el miedo al COVID-19 de personas funcionarias de la CCSS y los años de ejercicio profesional



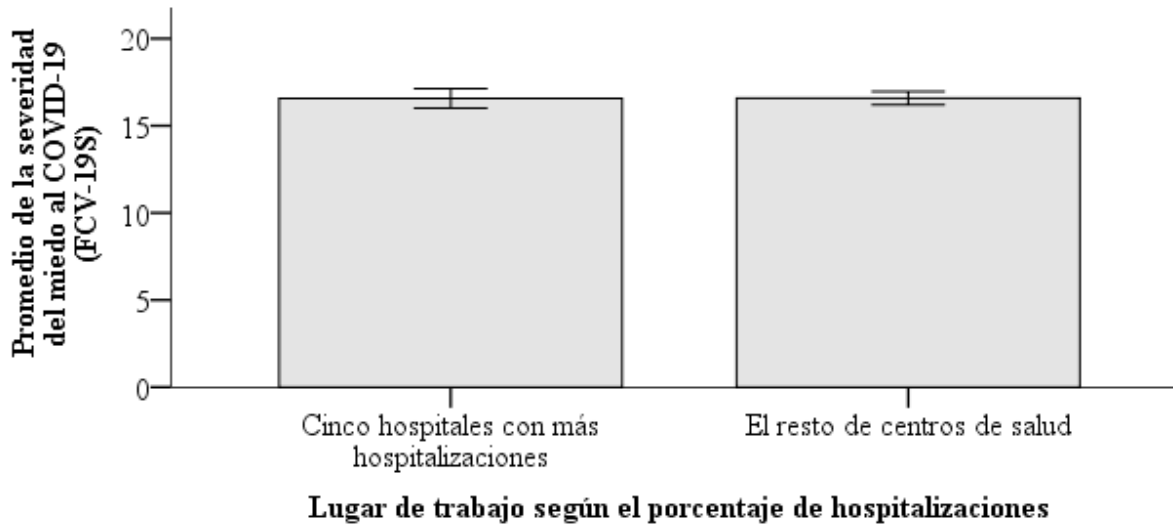
Nota. Esta correlación no fue estadísticamente significativa.

8.3.2. Asociación de variables institucionales con el miedo al COVID-19

El lugar en donde trabajan las personas no se encontró asociado al miedo al COVID-19, $t(1563) = -.04$, $p > .05$. Ver Figura 10.

Figura 10

Promedio del miedo al COVID-19 de personas funcionarias de la CCSS según la cantidad de hospitalizaciones del lugar de trabajo

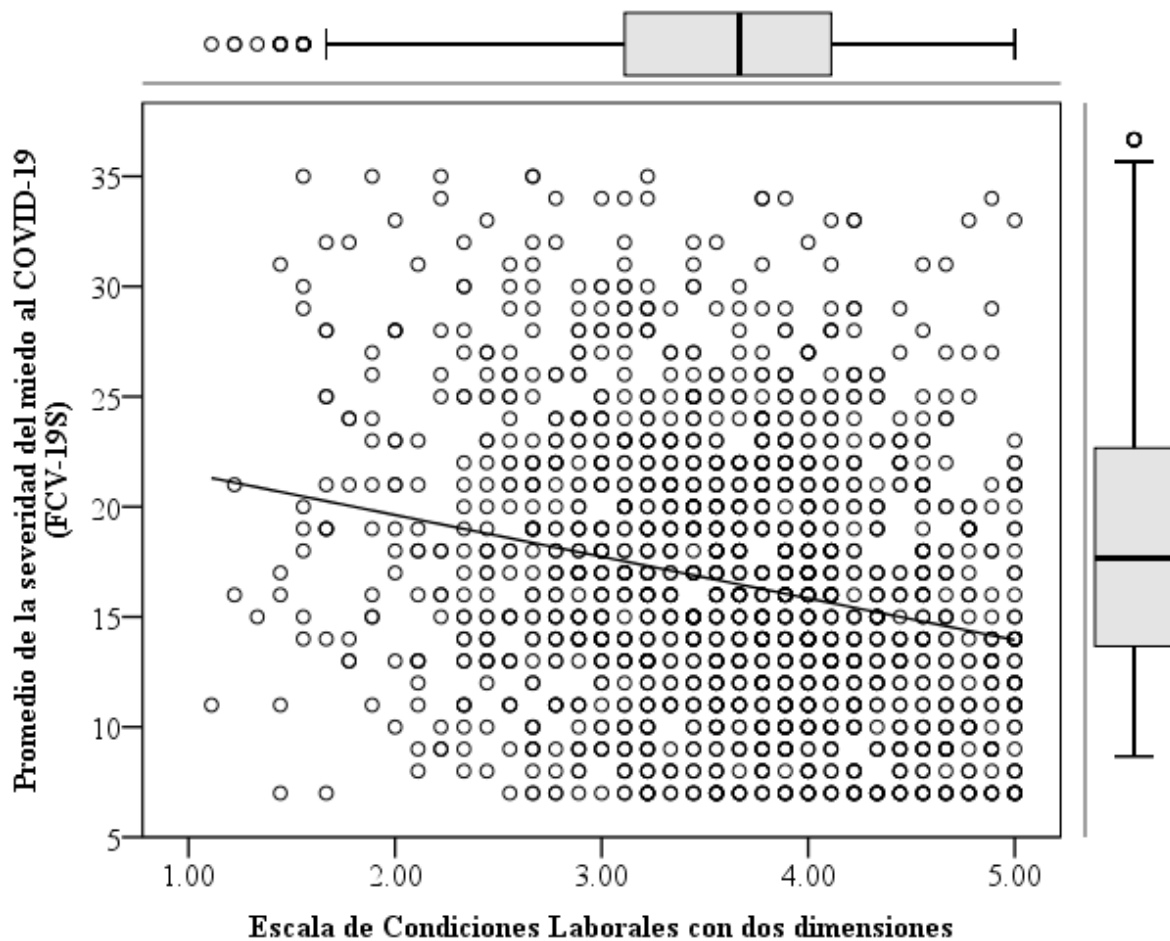


Nota. No se encontraron diferencias estadísticas significativas. Barras de error: 95% IC.

Se encontró una asociación significativa negativa entre la escala de condiciones laborales con la escala de miedo al COVID-19, $r(1563) = -.23, p < .001$; esto quiere decir que entre más puntaje se haya obtenido en la escala de condiciones laborales, más baja fue su puntuación en la escala de miedo al COVID-19. Ver Figura 11.

Figura 11

Gráfico de dispersión de la asociación entre el miedo al COVID-19 de personas funcionarias de la CCSS y la valoración a las condiciones laborales



Nota. Se encontraron diferencias significativas a $p < .001$.

Esta relación se observó tanto en la escala de condiciones laborales total como en sus dos subescalas: en la subescala de salud ocupacional se tuvo una $r(1563) = -.20$, $p < .001$ y en la subescala de condiciones de bioseguridad se obtuvo una $r(1563) = -.21$, $p < .001$. Asimismo, también se encontró una relación significativa positiva entre ambas subescalas entre sí, $r(1563) = .53$, $p < .001$; lo cual se refiere que a mayor puntaje de la subescala de salud ocupacional, mayor puntaje en la subescala de condiciones de bioseguridad, y viceversa. Cabe destacar que, al analizar el coeficiente de correlación de Pearson como representante del tamaño del efecto, se obtuvo que las primeras correlaciones mencionadas reflejan un efecto pequeño y la última correlación tuvo un tamaño del efecto mediano (Meyers et al., 2016).

8.4. Análisis multivariado: Modelos de predicción del miedo al COVID-19

En este apartado se encuentran los modelos de regresión lineal múltiple que se realizaron con el fin de encontrar el mejor modelo que prediga la severidad del miedo al COVID-19. Para esto, primero se describen estos y luego se indica cuál se considera como el óptimo entre ellos.

Se corrieron 3 modelos, los cuales todos fueron mejores predictores en comparación con un modelo nulo (ver Cuadro 12).

Cuadro 12

Comparación entre los modelos de predicción del miedo al COVID-19 con el modelo nulo según un análisis de regresión

	Grados de libertad	F
<i>Modelo 1</i>	8, 836	16.43***
<i>Modelo 2</i>	9, 835	14.81***
<i>Modelo 3</i>	12, 832	11.37***

Nota. *** $p < .001$

En el primer modelo (Cuadro 13) se encuentran todas las variables que en los análisis bivariados fueron estadísticamente significativos con una $p < .001$. En el caso de las variables de área laboral, debido a que se comparan entre sí 5 grupos, se tomó la decisión de incluir dos variables DUMMY. Al respecto, la primera variable DUMMY introducida se crea al comparar el grupo que reportó mayor miedo al COVID-19 que es el área administrativa y apoyo logístico con el resto de las áreas (en los análisis bivariados, la puntuación de esta fue mayor significativamente que las áreas de medicina y salud mental y apoyo psicosocial). La segunda variable DUMMY introducida se creó al comparar el área que reportó menor miedo al COVID-19 (en los

análisis bivariados, la puntuación fue menor significativamente que las áreas de administración y apoyo logístico, enfermería y cuidado, y otras áreas profesionales).

Cuadro 13

Modelo 1 de predicción del miedo al COVID-19 según un análisis de regresión múltiple

Predictores del modelo 1 del miedo al COVID-19	B	EE de B	β	95% IC de B	
Sexo	-1.48	.47	.10**	-2.40	-.56
Área de administración	1.87	.58	.11**	.74	3.00
Área de atención psicosocial	-1.68	.76	-.07*	-3.17	-.19
Coordinar equipo de trabajo	-.98	.44	.07*	-1.85	-.11
Grupo de riesgo (personal)	1.48	.51	.097**	.48	2.47
Grupo de riesgo (con quien convive)	1.17	.43	.09**	.33	2.02
Recibir atención de salud mental alguna vez en su vida	1.46	.42	.11**	.64	2.28
Condiciones laborales	-1.94	.27	-.24***	-2.47	-1.41

R^2 ajustada = .1276

$F(8, 836) = 16.43***$

Nota. * $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$. Sexo (0 = hombre, 1 = mujer), Área de administración (0 = El resto de grupos profesionales, 1 = Administración y apoyo logístico), Área de salud mental (0 = El resto de grupos profesionales, 1 = Apoyo psicosocial y salud mental), coordinar equipo de trabajo (0 = sí coordinar, 1 = no coordinar), grupo de riesgo personal (0 = no estar en grupo de riesgo, 1 = sí estar en grupo de riesgo), grupo de riesgo de personas con quien vive (0 = no vivir con personas en grupo de riesgo, 1 = sí vivir con personas en grupo de riesgo), recibir atención de salud mental alguna vez en su vida (0 = no ha recibido atención, 1 = sí

ha recibido atención).

Como se observa a nivel multivariado, todos los predictores utilizados fueron significativos en este modelo. Específicamente, estos resultados dan indicios que el ser mujer, quienes no coordinan un equipo de trabajo, quienes se encontraban en un grupo de riesgo o conviven personas que estén en grupo de riesgo del COVID-19, quienes han recibido alguna vez en su vida atención por parte de profesionales de salud mental, y quienes tuvieron una valoración más baja de sus condiciones laborales presentan mayores niveles de miedo al COVID-19 en comparación con los hombres, quienes sí coordinan un equipo de trabajo, quienes no se encontraban o no conviven con personas en grupo de riesgo, quienes nunca han recibido atención por parte de profesionales de la salud mental, y quienes tuvieron una valoración más alta de sus condiciones laborales. Asimismo, se encontró que las personas que trabajaban en área de administración y logística presentaron un mayor miedo al COVID-19 que el resto de las personas trabajadoras, y que, por lo contrario, las personas que laboraban en el área de salud mental (Psiquiatría, Psicología y Trabajo Social) reportaron un menor miedo que el resto del personal. En conjunto, las variables de este modelo llegaron a predecir un 12.76% de la severidad del miedo al COVID-19.

En el segundo modelo (Cuadro 14) se encuentran todas las variables que aparecen en el primer modelo y se le agrega la variable que tuvo una significancia estadística de $p < .05$, que en este caso fue haber obtenido una prueba de COVID-19 positiva.

Cuadro 14

Modelo 2 de predicción del miedo al COVID-19 según un análisis de regresión múltiple

Predictores del modelo 1 del miedo al COVID-19	B	EE de B	β	95% IC de B	
Sexo	-1.48	.47	.10**	-2.41	-.56

Área de administración	1.85	.58	.11**	.72	2.98
Área de atención psicosocial	-1.67	.76	-.07*	-3.16	-.18
Coordinar equipo de trabajo	-.97	.44	.07*	-1.84	-.10
Grupo de riesgo (personal)	1.45	.51	.095**	.45	2.45
Grupo de riesgo (con quien convive)	1.18	.43	.09**	.34	2.02
Recibir atención de salud mental alguna vez en su vida	1.42	.42	.11**	.599	2.24
Condiciones laborales	-1.92	.27	-.24***	-2.45	-1.39
Positivo COVID-19 (personal)	.58	.44	.04	-.28	1.44

R^2 ajustada = .1284

$F(9, 835) = 14.81***$

Nota. * $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$. Sexo (0 = hombre, 1 = mujer), Área de administración (0 = El resto de grupos profesionales, 1 = Administración y apoyo logístico), Área de salud mental (0 = El resto de grupos profesionales, 1 = Apoyo psicosocial y salud mental), coordinar equipo de trabajo (0 = sí coordinar, 1 = no coordinar), grupo de riesgo personal (0 = no estar en grupo de riesgo, 1 = sí estar en grupo de riesgo), grupo de riesgo de personas con quien vive (0 = no vivir con personas en grupo de riesgo, 1 = sí vivir con personas en grupo de riesgo), recibir atención de salud mental alguna vez en su vida (0 = no ha recibido atención, 1 = sí ha recibido atención), positivo COVID-19 (0 = no haber dado positivo, 1 = sí haber dado positivo).

En este segundo modelo se encontró que los predictores principales fueron solamente las variables que se encontraban en el modelo 1, mientras que la variable que se agregó a este modelo, la de haber dado positivo al COVID-19, no fue significativa estadísticamente ($p > .05$). Este modelo llegó a predecir un 12.84% de la severidad del miedo al COVID-19.

En el tercer modelo (Cuadro 15) se encontraron todas las variables que aparecen en el primer y segundo modelo, y adicionalmente se agregaron las variables que no tuvieron significancia estadística en los análisis bivariados ($p > .05$): la edad, años de ejercer la profesión, y el lugar de trabajo según número de hospitalizaciones.

Cuadro 15

Modelo 3 de predicción del miedo al COVID-19 según un análisis de regresión múltiple

Predictores del modelo 1 del miedo al COVID-19	B	EE de B	β	95% IC de B	
Sexo	-1.56	.47	.11**	-2.48	-.63
Área de administración	1.78	.58	.10**	.64	2.92
Área de atención psicosocial	-1.72	.76	-.08*	-3.22	-.23
Coordinar equipo de trabajo	-1.09	.45	.08*	-1.98	-.21
Grupo de riesgo (personal)	1.295	.53	.08*	.26	2.34
Grupo de riesgo (con quien convive)	1.19	.43	.09**	.34	2.03
Recibir atención de salud mental alguna vez en su vida	1.33	.42	.10**	.50	2.16
Condiciones laborales	-1.96	.28	-.25***	-2.50	-1.41
Positivo COVID-19 (personal)	.59	.44	.04	-.27	1.46
Edad	.02	.04	.03	-.06	.10
Años de ejercer	.02	.04	.02	-.07	.099
Lugar de trabajo (hospitalizaciones)	-.53	.45	-.04	-1.412	.348

R^2 ajustada = .1285

$$F(12, 832) = 11.37***$$

Nota. * $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$. Sexo (0 = hombre, 1 = mujer), Área de administración (0 = El resto de grupos profesionales, 1 = Administración y apoyo logístico), Área de salud mental (0 = El resto de grupos profesionales, 1 = Apoyo psicosocial y salud mental), coordinar equipo de trabajo (0 = sí coordinar, 1 = no coordinar), grupo de riesgo personal (0 = no estar en grupo de riesgo, 1 = sí estar en grupo de riesgo), grupo de riesgo de personas con quien vive (0 = no vivir con personas en grupo de riesgo, 1 = sí vivir con personas en grupo de riesgo), recibir atención de salud mental alguna vez en su vida (0 = no ha recibido atención, 1 = sí ha recibido atención), positivo COVID-19 (0 = no haber dado positivo, 1 = sí haber dado positivo), lugar de trabajo según la cantidad de hospitalizaciones (0 = servicios con más hospitalizaciones, 1 = servicios con menos hospitalizaciones).

Los principales predictores del modelo 3 fueron todas las variables que se encontraban en el modelo 1, lo cual excluyó las variables nuevas que se agregaron para los modelos 2 y 3, ya que estas no eran significativas estadísticamente ($p > .05$). Este modelo predijo el 12.85% de la severidad del miedo al COVID-19.

Cabe destacar que este tercer modelo, además ser utilizado para compararse con los primeros dos para encontrar cuál fue el mejor modelo estadístico, también permitió que se pudieran observar todas las variables analizadas en este estudio y “controlarlas”, lo cual a nivel estadístico quiere decir que se puede conocer si cada una de las variables utilizadas es significativa en comparación con todas las demás (para esto nos fijamos si en este último modelo las variables fueron o no significativas)². Por ello, se puede decir que en este Cuadro 15 se constata que la variable de haber dado positivo de COVID-19 ya no es significativa al controlarse con el resto

² En el caso de la variable de tipo de profesión se debe de tomar en cuenta que no se está tomando en consideración todas las opciones de los grupos analizados en los análisis bivariados, solamente los referentes a las variables DUMMY seleccionadas para los modelos de regresión. Para más información ver apartado 14.5.

de las variables estudiadas, a pesar de que en los análisis bivariados sí lo fue y que el resto de las variables analizadas fueron o no significativas al igual que lo observado en los análisis bivariados.

Al comparar entre los tres modelos de regresión, se encontró que el mejor modelo es el primero (Cuadro 13). Esto se constata en el Cuadro 16, ya que se dice que estadísticamente el primer modelo fue mejor que un modelo nulo ($p < .001$), además de que el modelo 2 no fue mejor estadísticamente que el modelo 1 ($p > .05$), y que el modelo 3 tampoco fue mejor estadísticamente que el modelo 2 ($p > .05$).

Cuadro 16

Comparación entre los modelos de predicción del miedo al COVID-19 entre sí según un análisis de regresión múltiple jerárquico para encontrar el mejor modelo de predicción

	Grados de libertad	<i>F</i>
<i>Modelo Nulo – Modelo 1</i>	8, 836	16.43***
<i>Modelo 1 – Modelo 2</i>	1, 835	0.18
<i>Modelo 2 – Modelo 3</i>	3, 832	0.37

Nota. *** $p < .001$

Tomando en cuenta todo lo anterior, se encontró que a nivel multivariado el mejor modelo explicativo del miedo al COVID-19 fue uno que toma como predictores el sexo, la profesión que se ejerce (donde destacan las áreas de administración y apoyo logístico, y atención psicosocial y salud mental), coordinar un grupo de trabajo, encontrarse o convivir con alguien que se encontraban en grupo de riesgo para el COVID-19, haber recibido atención de salud mental alguna vez en la vida, y una mejor valoración de las condiciones laborales.

9. Discusión

En este apartado se contrasta la información encontrada en este trabajo final de graduación con lo encontrado en otros estudios realizados.

9.1. Utilidad de la escala del miedo al COVID-19 (FCV-19S)

En este trabajo se encontró que la escala FCV-19S utilizada para medir la intensidad del miedo al COVID-19 tuvo una estructura unidimensional, lo cual coincide con el estudio original en Irán (Ahorsu et al., 2020) y otros estudios con muestras españolas (Martínez-Lorca, 2020) y mexicanas (García-Reyna et al., 2020). Sin embargo, se debe tener presente que en Perú los hallazgos respaldaron un modelo bifactorial que consta de un factor general y dos factores específicos: uno de reacciones emocionales de miedo y otro de expresiones somáticas de miedo al COVID-19 (Huarcaya-Victoria et al., 2020). A esto último se le agrega que en una investigación que reclutó personas de 48 países (no incluye a Costa Rica ni Irán ni México, pero sí a Perú y España) encontró que una estructura de dos factores mencionados anteriormente pareció ser la ideal; no obstante, se dijo que esta solución no aplica para todos los países, ya que en algunos funciona mejor una que tuviera un solo factor (Sawicki et al., 2022).

Respecto a la varianza explicada, en este trabajo se encontró que la escala FCV-19S de un único factor logra explicar el 55.34%. De forma similar, en el estudio original este único factor explica el 51% (Ahorsu et al., 2020) y en el español explica el 49.1% (Martínez-Lorca, 2020).

Asimismo, se encontró que las propiedades psicométricas de esta escala son robustas, lo cual coincide con otros estudios internacionales. En este sentido, los 7 ítems de la escala tuvieron una aceptable correlación ítem-total (rango de .62 a .78), lo cual fue parecida a otros estudios como el original con población iraní (rango de .47 a .56) y el español (rango de .67 a .83) (Ahorsu et al., 2020; Martínez-Lorca, 2020). Asimismo, estos 7 ítems tuvieron cargas factoriales fuertes (rango de .67 a .85) al igual que otros estudios como el original (rango de .66 a .74), el español (rango de .61 a .77) y el mexicano (rango de .64 a .88) (Ahorsu et al.; Martínez-Lorca,

2020). Aunado esto, en el estudio peruano también se averiguó las cargas factoriales de la escala de manera unifactorial, al igual que los estudios pasados, y también encontró cargas fuertes (rango de .53 a .83) (Huarcaya-Victoria et al., 2020)

Además, valores de fiabilidad como la consistencia interna de esta escala de un factor fueron aceptables ($\alpha = .89$), lo cual concordó con el estudio original ($\alpha = .82$) y en otros como el español ($\alpha = .86$), el mexicano ($\alpha = .90$) y el peruano ($\alpha = .94$) (Ahorsu et al., 2020; García-Reyna et al., 2020; Huarcaya-Victoria et al., 2020; Martínez-Lorca, 2020).

Cabe destacar que en este trabajo no se realizaron análisis de validez concurrente al verificar si esta escala correlacionaba con otras que miden constructos similares. Sin embargo, en otras investigaciones que sí han comparado esta escala con otras, como la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS, por sus siglas en inglés), la Escala de Percepción de Vulnerabilidad a la Enfermedad, y el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI), han encontrado que la escala FCV-19S sí es una herramienta válida para evaluar el miedo al COVID-19 (Ahorsu et al., 2020; Martínez-Lorca, 2020). Nótese que en estos estudios se dice que como esta escala ha correlacionado significativamente con depresión y ansiedad es posible que las personas que tengan un miedo severo al COVID-19 también tengan estos trastornos comórbidos.

9.2. Contraste del miedo al COVID-19 reportado con otros estudios

En la muestra estudiada se encontró que en promedio las personas tuvieron una puntuación de 16.58 puntos (DE = 6.34). Esto fue un valor menor al encontrado en otros estudios con muestras de personal que labora en servicios de salud en Irán y Filipinas (Ahorsu et al. 2021; Labrague & De los Santos, 2020), aunque estos no tuvieron una muestra exactamente igual a la estudiada ya que solo participaron profesionales en enfermería que se encontraban atendiendo casos de COVID-19. Ejemplificando lo anterior, en la investigación en Irán realizada entre setiembre y noviembre del 2020, se encontró que la puntuación promedio fue de 21.45 puntos (DE = 6.13) (Ahorsu et al. 2021). Otro ejemplo es el caso del estudio realizado entre marzo y mayo del

2020 se reportó una puntuación promedio de 19.92 (DE = 6.15) (Labrague & De los Santos, 2020). Un estudio mexicano, desarrollado en abril y mayo del 2020, se asemeja a este trabajo según las profesiones de la muestra recolectada ya que tomó en cuenta además del personal de medicina y enfermería a personal administrativo y personal no clínico que estaba en contacto con personas con COVID-19; este reportó un promedio de puntuación de la escala FCV-19S de 19.5 (DE = 6.8) (García-Reyna et al., 2020).

En una revisión, la cual incluyó algunos de los artículos mencionados anteriormente (García-Reyna et al., 2020; Labrague & De los Santos, 2020), encontró que los estudios que han tenido los mayores puntajes promedio en la escala FCV-19S son los que tuvieron como muestra al personal de servicios de salud (M = 19.51) en comparación con estudios de población general y estudiantes universitarios, y que estos últimos fueron los que tuvieron los promedios más bajos de miedo (M = 17.43) (Luo et al., 2021).

Los estudios nacionales revisados correspondieron a dos estudios con población general realizados en el último cuatrimestre del 2020 (Carazo et al., 2021; Rodríguez, 2021). El primero de ellos contó con una participación de casi 4 mil personas y fue liderado por la Universidad Estatal a Distancia (UNED) junto a otras entidades (Carazo et al., 2021). Cabe destacar que este estudio incluyó la escala FCV-19S (así como una adaptación al test Vozmediano y otros ítems complementarios), la cual se analizó desde su estructura bidimensional. No se encontró descrito el promedio de puntuación de esta escala por lo que se dificulta su comparación, pero se dice que el 43,6% de las personas manifiesta temor ante el COVID-19 con reacciones físicas significativas (como sudoración de manos y dificultades para dormir) y el 51,5% presenta manifestaciones emocionales significativas (como miedo a perder la vida).

El segundo estudio nacional revisado contó con una participación de más de 2 mil personas y fue realizado por Instituto de Investigaciones Psicológicas de la UCR en coordinación con otros centros y escuelas de esta universidad (Rodríguez, 2021). En este no se utilizó la escala FCV-19S, pero se encontró que entre los temores encontrados está el miedo a contagiarse (82,60%), perder a un ser querido (75,80%), enfermarse de COVID-19 (70,50%), morir (43,80%) y perder a un compañero(a) de trabajo (20,20%).

A pesar de todo lo escrito anteriormente en este subapartado, es imperante tener cautela a la hora de analizar y comparar este estudio con los otros descritos, por diversos motivos. El primer motivo es que, si bien se describieron que hay diferencias entre los valores presentados, estas deben ser utilizadas únicamente como guía, ya que no se conoce si estadísticamente es correcto decir que estos estudios encontraron una mayor o menor puntuación promedio en la escala FCV-19S que este estudio. El segundo motivo se refiere a que se debe considerar las diferencias culturales y de acceso a servicios de salud, tal cual lo señaló Luo et al. (2021), ya que estas difirieron entre estudios. El tercer motivo es que se debe tomar en cuenta la fecha en que se realizó el reclutamiento de la muestra; por ejemplo, la mayoría de estas investigaciones se hicieron en el 2020, a diferencia de esta investigación que hizo el reclutamiento en el 2021. Esta fecha podría influir por diversas razones como el contexto epidemiológico en que se hizo el reclutamiento —aunque en este trabajo en específico no hay evidencia a favor de que existan diferencias entre centros que atienden más hospitalizaciones, lo cual se retoma más adelante— y/o por el nivel de habituación que puedan tener las personas.

9.3. Evidencia en torno a las hipótesis planteadas

Tomando en cuenta la literatura internacional de la pandemia por COVID-19 así como de otras epidemias se generaron 11 hipótesis para esta investigación, de las cuales 3 fueron exploratorias. De estas, en este trabajo de investigación se encontró evidencia a favor de 6 hipótesis y no se encontró evidencia a favor de 5 hipótesis.

En el caso del sexo, los datos apoyaron la hipótesis de que ser mujer es un factor de riesgo para tener una mayor severidad del miedo al COVID-19. Esto reflejó lo visto en distintas investigaciones y revisiones en los que se dice que el sexo y el género son factores que influyen en la salud mental, en donde las mujeres solían tener mayores puntajes en el miedo tanto al contagio y muerte de COVID-19 así como de morir en general, y más síntomas de ansiedad, depresión, estrés, etc. (Amjad, 2014; Luo et al., 2021; Riecher-Rössler, 2019).

Igualmente, se encontró evidencia a favor de la hipótesis que dice que quienes coordinaron un equipo de trabajo reportan menor miedo al COVID-19 en comparación con quienes no tuvieron a su cargo un equipo. Lo encontrado concordó con estudios previos al COVID-19, en donde quienes sí tuvieron cargos de jefaturas y supervisión obtuvieron menor estrés y preocupación a la salud que quienes no tuvieron estos puestos (Moreno y Rios, 2019; Nickell et al., 2004).

Aunado a lo anterior, se apoyaron las dos hipótesis sobre encontrarse personalmente en grupo de riesgo de COVID-19 así como convivir con alguien que se encuentre en este grupo; específicamente, se encontró que estar o convivir con alguien que esté en el grupo de riesgo hace que se tenga una mayor intensidad en el miedo al COVID-19 en comparación al resto de personas que no estaban o no convivían con personas en este grupo. Esto coincidió con lo esperado según la revisión bibliográfica previa (Bedoya et al. 2021; Diaz et al., 2021; Gilbar et al., 2022).

Tomando en cuenta que el miedo refiere a la percepción de estar en peligro (Mobbs et al., 2020), se esperaba que esta percepción se relacionase intrínsecamente con encontrarse en un grupo de mayor riesgo de severidad de la enfermedad y a la muerte producto de esta; lo cual sucedió. Los resultados de este trabajo también reflejaron que además de un componente egocéntrico de temer por las consecuencias personales que puede conllevar esta enfermedad, también se observó un componente más altruista en el sentido de que esta preocupación de contagio se relaciona con las consecuencias que pueden generar con otras personas cercanas. De hecho, en un estudio costarricense, liderado por el Instituto de Investigaciones Psicológicas de la UCR (Rodríguez, 2021), encontró un mayor porcentaje de miedo a perder a un ser querido (75,80%) que al morir (43,80%); no obstante, no se sabe si esta diferencias de porcentajes fueron significativas.

Asimismo, se encontró evidencia a favor de la hipótesis respecto al haber recibido atención de una persona profesional en salud mental, ya que se encontró que quienes sí han recibido tuvieron una mayor intensidad al miedo al COVID-19 en comparación con quienes no han asistido a estos servicios. Esto puede deberse a que estas personas ya de por sí tuvieron una mayor vulnerabilidad que les haga más propensas a

experimentar malestar psicológico como el asociado al miedo al COVID-19, como lo hipotetizaron Buselli et al. (2020). Por esta razón, es imperante considerar que este fue un estudio transversal correlacional, por lo cual no se pudo inferir causalidad claramente al ver las relaciones entre las variables (esto se retoma en el apartado 11 de limitaciones).

La variable de condiciones de trabajo se consideró también como un predictor al miedo al COVID-19. En ella se encontró a su vez aspectos de salud ocupacional que se relacionaron tanto con aspectos que pueden ser modificables por medio de la ergonomía (se refiere a la adaptación de las condiciones de trabajo para conseguir condiciones óptimas) de seguridad (e.g. el EPP) referente a una de las dimensiones de la escala utilizada, así como la ergonomía temporal (e.g. horarios de trabajo) y ambiental (e.g. las instalaciones) asociada a la otra dimensión.

Los hallazgos encontrados se asociaron con lo reportado en la literatura, en donde el uso de EPP y de capacitación del uso de este se han asociado con el miedo a enfermedades como el COVID-19 así como otras variables psicológicas (Aparnathanarak et al., 2020; Kisely et al., 2020; Nickell et al., 2004). A su vez, se ha visto que aspectos como el comer e hidratarse pueden verse afectados por el mismo uso de EPP (Mustofa, 2020), lo cual se consideró que puede darse tanto porque se dificulta estos espacios de ingesta de alimentos y bebida, pero también porque las personas pueden tener menos disposición de quitarse el EPP por el propio miedo al COVID-19, sin embargo, no se indagó las razones por las que se da esta asociación. En la revisión de literatura no se encontró una relación directa entre los horarios de trabajo y el miedo al contagio de enfermedades como lo encontrado en este trabajo, no obstante, sí ha habido asociaciones con otros predictores del bienestar como estrés, ansiedad y burnout (Brahmi et al., 2020; Manyisa & Aswegen, 2017; Wuet al., 2020).

Cabe destacar que esto debe considerarse desde una perspectiva más amplia que la pandemia, ya que el interés por mejorar las condiciones laborales debe ser constante, independientemente de estar en estado de emergencia sanitaria o no. Esto se encuentra respaldado por la Ley N°6727 de Costa Rica en la cual se estipula

de interés público la promoción y mantenimiento del bienestar de las personas trabajadoras. Al respecto, este trabajo fue tanto un ejemplo de que las condiciones laborales afectan el bienestar de las personas trabajadoras como un llamado a incluir en las propuestas de promoción de la salud acciones para mejorar estas si se quiere mejorar el bienestar, lo cual se insta que suceda tanto en contexto de emergencia sanitaria como cuando esta no se encuentre.

También se debe considerar que no se puede comparar estrechamente este estudio con otros, ya que los estudios internacionales revisados no tenían una escala equiparable al ser predominantemente preguntas dicotómicas que se hicieron que no tomen en cuenta todas las de interés de este estudio al mismo tiempo.

De esta forma, a partir de las 6 hipótesis apoyadas por los datos, se encontró que ser mujer, no coordinar un equipo de trabajo, haber recibido atención por parte de profesionales en salud mental en algún momento de la vida y tener una valoración más baja de las condiciones laborales se encontraron asociadas con un mayor miedo al COVID-19; no obstante, estas variables no fueron las únicas incluidas en el modelo, ya que los resultados de tipo de profesión también sirven para la comprensión del fenómeno del miedo al COVID-19, a pesar de que los datos no apoyaron la hipótesis propuesta.

En el caso del tipo de profesión, no se encontró evidencia para apoyar la hipótesis planteada inicialmente, ya que el personal de medicina y enfermería no reportó tener el mayor miedo; en cambio, al comparar el personal de administración y apoyo logístico con el resto del personal se encontró que estas personas fueron las que reportaron mayor miedo al COVID-19. Aunado a esto, se destaca que las puntuaciones de enfermería y medicina fueron distintas, siendo las personas de enfermería quienes reportaron más miedo. El orden de las profesiones según la intensidad del miedo que reportaron es el siguiente: 1) administración y apoyo logístico, 2) enfermería, 3) otras profesiones, 4) medicina, y 5) salud mental y apoyo psicosocial.

Este resultado es importante de analizar, ya que no es exactamente igual al esperado. Sin embargo, se debe considerar que, en la mayoría de los estudios revisados, como se mencionó anteriormente en el apartado 9.1, no se hicieron comparaciones entre todos los grupos profesionales; en cambio, se tendió a hacer la

distinción de medicina y enfermería entre sí o entre ambos con el resto del personal, y se contaba con muestras en contacto directo con personas con COVID-19 y no convocatorias abiertas a todo el personal de servicios de salud. También se considera importante considerar otras posibles covariables como lo es el sexo, ya que este también se considera como un predictor del miedo al COVID-19 y en algunos grupos profesionales se encontraban más sobre representados que otros (ver apartado 14.5), lo cual se considera pertinente de investigar más detalladamente en futuras investigaciones.

A pesar de las diferencias entre muestras y grupos profesionales investigados en diversos estudios, sí se han encontrado varios estudios en donde se dice que el personal de administración y apoyo logístico tuvieron un nivel mayor de miedo, así como de ansiedad, y que esto puede deberse a desconocimiento sobre la enfermedad y otros como ansiedad (Abolfotouh et al., 2017; Tan et al., 2020). En el caso de estudio este grupo está compuesto no solo por personas del área administrativa y registro, sino también de limpieza y lavandería, seguridad y vigilancia y transporte, los cuales no tenían conocimiento médico como otras profesiones. No obstante, este trabajo, al igual que estos estudios revisados, mantiene esto como una afirmación especulativa porque no se preguntó al respecto. Para futuros trabajos se considera oportuno incluir también una sección en la que se indague sobre esto, así como sobre el conocimiento de mitos y concepciones erróneas acerca del tema. A pesar de esto, hay otros estudios a inicios de la pandemia con datos que apoyan lo contrario (Lu et al., 2020), por lo que el momento de recolección podría estar influenciando los resultados, así como el nivel de contacto que se obtuvo con pacientes con COVID-19 (Kisely et al., 2020).

En el caso de dar positivo por COVID-19, en los análisis bivariados no se encontró evidencia favor de la hipótesis planteada porque, aunque se asoció esta variable con el miedo, se observó que va a en dirección contraria; es decir, se encontró que quienes les dio COVID positivo tuvieron más miedo, mientras que inicialmente se pensó primeramente que quienes habían dado positivo tendrían menos miedo. Independientemente de esto, en los análisis multivariados tampoco se encontró evidencia a favor de esta hipótesis, pero en esta ocasión se encontró que esta variable no estaba asociada significativamente del todo con

el miedo al COVID-19. Cabe destacar que esta hipótesis respecto a dar positivo al COVID-19 originalmente se planteó como exploratoria, ya que no se encontraron estudios en donde esta variable fuera explorada.

Por último, no se encontró evidencia favor de las hipótesis planteadas en las cuales la edad, la cantidad de años en que se ejerce la profesión y el lugar de trabajo estaban asociados con el miedo al COVID-19.

En cuanto a la hipótesis de edad esta no encontró apoyo en los datos, ya que no se encontró relación entre la edad y la severidad al miedo al COVID-19. Esto fue en contra de la literatura revisada, ya que en estudios sin brotes epidemiológicos se ha visto que quienes tuvieron menos edad reportan más miedo a la muerte (Amjad, 2014; Démuthová, 2013) y en estudios con brotes epidemiológicos previos a la pandemia de COVID-19 se ha reportado que estas personas han tenido mayores niveles de preocupación, así como ansiedad de contagiarse, entre otros (Nickell et al., 2004; Matsuishi et al., 2012). No obstante, en un metaanálisis del miedo al COVID-19 con estudios del 2020 no se encontró relación entre este y la edad (Luo et al., 2021), lo cual coincide con los resultados de este trabajo.

Una razón por la que se pensó que la edad podría llegar a influir en el miedo, es que se dice que las personas que tuvieron más edad pueden tener mejores estrategias de afrontamiento debido a la experiencia que han tenido de pérdidas y de circunstancias vitales consideradas desagradables (Edo-Gual et al., 2011). Esto es importante de considerar, porque también se puede argumentar que un evento como la pandemia que se estuvo viviendo previamente por aproximadamente un año antes de que las personas participaran en este estudio puede haber afectado lo encontrado por temas de habituación. A pesar de que no se revisaron estudios longitudinales que sustenten esta afirmación, se debe considerar que el origen del miedo es la novedad de un estímulo que brinda incertidumbre tal como lo hace una pandemia (García-Reyna et al., 2022). Esto mismo puede ser una razón por la que tampoco se encontró relación con los años de experiencia trabajando, ya que todas las personas han estado viviendo y laborando en la misma pandemia.

En cuanto al lugar de trabajo, no se encontró relación entre esta variable y el miedo al COVID-19. Más específicamente se pensaba que iba a ver una diferencia entre este lugar de trabajo, ya que algunos servicios

reciben muchos más casos de COVID-19 que otros (5 hospitales atendieron aproximadamente el 59.85% de las hospitalizaciones de la CCSS), pero este no fue el caso. Cabe destacar que si bien se contaba con investigaciones que reflejaron una posible relación entre ambas variables (Abolfotouh et al., 2017; Lai et al., 2020), también existieron otras que señalaron que no había relación entre ambas (Monterrosa-Castro, 2020).

Tomando en cuenta todo lo anterior, se resalta la variedad de factores que se encontraban asociados y que pueden ser utilizados para la predicción del miedo al COVID-19, los cuales incluyen aspectos sociodemográficos que desde un punto de vista laboral no pueden ser modificados, aunque no por ello invisibilizados, así como aspectos institucionales que desde la gerencia y recursos humanos se puede gestionar para que estos sean atendidos.

10. Conclusiones

El miedo es una experiencia subjetiva, particular de cada persona. A pesar de este hecho, en este trabajo se ha evidenciado que en el intermediano factores no solo personales como aspectos sociodemográficos, sino también ambientales como lo son las características institucionales.

Observando los resultados de este trabajo, se afirma que se cumplieron con los objetivos, ya que se logró analizar la asociación entre el miedo al COVID-19 de una muestra del personal que labora en la CCSS con sus características sociodemográficas e institucionales y se encontró el mejor modelo que utilizando las variables de interés predicen la intensidad en que se experimenta este miedo. Para lograr esto, se tuvo que estimar las propiedades psicométricas de dos escalas, una de ellas fue la FCV-19, que mide la severidad del miedo al COVID-19, y la otra fue la Escala de Condiciones Laborales, la cual fue creada para este estudio; se encontró que ambas escalas tuvieron propiedades psicométricas adecuadas para el uso que se les dio.

Sintetizando los hallazgos obtenidos, se encontró que el modelo estadístico que mejor predice el COVID-19 es uno que tenga como predictores el sexo, la profesión en que se ejerce, coordinar un grupo de trabajo, encontrarse o convivir con alguien que se encuentra en grupo de riesgo para el COVID-19, haber

recibido atención de salud mental alguna vez en la vida, y la valoración que se obtuvo de las condiciones laborales. Asimismo, se consideran que las variables de haber dado positivo por COVID-19, la edad de las personas, la cantidad de años en que se ejerce la profesión y el lugar de trabajo se encontraban asociados con el miedo al COVID-19 no son buenos predictores del miedo al COVID-19 según esta muestra.

Este trabajo de investigación tiene como aporte la descripción una muestra poblacional del personal que ha trabajado en la CCSS durante el periodo de emergencia sanitaria por la pandemia de COVID-19. Más específicamente, esta tesis es la primera investigación en Costa Rica que ha buscado, además de encontrar características asociadas al miedo al COVID-19 en el personal de la CCSS atendiendo la pandemia, desarrollar un modelo predictor de este miedo con el fin de buscar factores protectores y de riesgo para que esta información sea tomada en cuenta por las autoridades respectivas para así mejorar las condiciones en que se labora así como resaltar las características que tuvieron las personas que deben ser tomadas más en cuenta en programas de salud mental (y otros) ya que estas son las que probabilísticamente se encuentren más vulnerables.

Además, si bien se dice que no existen dos brotes de enfermedades infecciosas idénticos, en donde un aspecto a considerar es la locación geográfica en que este se da (Khalid et al., 2016), en los hallazgos de este trabajo en Costa Rica se encontraron similitudes con estudios a nivel latinoamericano y global en general, así como en otros estudios que se realizaron en otras epidemias como el SARS y el MERS (Bukhari et al., Nickell et al., 2004; 2016; Tam et al., 2004). Esta afirmación evidencia el gran aporte que hace este trabajo porque se replican algunos resultados y también sirve de insumo para la discusión sobre la complejidad de las características que pueden o no influir al miedo al COVID-19

Asimismo, a pesar de que se considera que la pandemia por COVID-19 ha sido sin precedentes por la escala global de impacto que ha tenido, sí es bien conocido la relación entre los brotes epidemiológicos y la globalización (van de Pas, 2020). Por lo tanto, al encontrarnos en una sociedad globalizada, se puede refutar que la pandemia por COVID-19 será la última, y, por esto, se resalta la importancia de que las lecciones que

se han tenido durante este tiempo y las investigaciones realizadas estos últimos años sirvan para una mejor preparación y actuación para cuando llegue el próximo brote, así como para mejorar la respuesta actual.

11. Limitaciones

Una limitación de este trabajo fue que la participación fue voluntaria. Esto dificultó el obtener una muestra representativa de la institución ya que hubo mayor porcentaje de participación de algunas profesiones en comparación a otras. Aunado a esto, en el caso de la variable de haber recibido atención de salud mental, al encontrarse una muestra en donde alrededor 1 de cada 2 personas sí ha asistido a estos servicios se podría encontrar un sesgo; no obstante, no se cuenta con información que apoye o refute que esta característica sea un reflejo de la población trabajadora de la CCSS.

A pesar de lo anterior, se debe considerar que las características de edad y tiempo de ejercer su profesión se asemejan a las características poblacionales de la CCSS en cuanto a sus promedios, las cuales fueron variables que se encontraron que no tenían relación con el miedo al COVID-19. Esta limitación hace que no puedan ser generalizables los resultados encontrados a toda la población trabajadora de la CCSS; no obstante, este trabajo brinda indicios importantes que ayudan a entender la vivencia de estas personas y también luces de quiénes son las personas que necesitan mayor atención lo cual es importante para que la CCSS y otras instituciones lo tomen en consideración.

Una segunda limitación en la realización de este trabajo fue que hubo un atraso en la aprobación e inicio de la recolección de los datos, el cual fue de varios meses después de ser considerado este proyecto de investigación de interés institucional. Este atraso hizo que para el momento en que se inició el reclutamiento también había iniciado la vacunación (el 94.8% de la muestra estaba vacunada), por lo que no se pudo explorar la posible relación de esta variable con el miedo al COVID-19.

Tomando en cuenta lo anterior, se resalta que este es un estudio transversal, por lo que se tomó en cuenta el momento en que se realizó este estudio en el análisis de resultados, ya que la recolección de datos

inició casi un año después de que se diera el primer caso en Costa Rica y se hiciera la declaratoria de pandemia. Esto no quiere decir que haya una limitación a nivel estadístico de los resultados, solamente que estos reflejan el momento en que se hizo la recolección.

Una tercera limitación es que este trabajo tuvo un diseño correlacional, por lo que no se puede inferir una relación causa-efecto de los resultados encontrados con total certeza, solo la asociación entre las variables de interés (Hernández et al., 2010). Esta es una limitación de los estudios transversales, ya que estos no permiten determinar la secuencia temporal entre la variable dependiente y las variables independientes al basarse en la recolección de los datos en un único momento, en vez de interesarse por analizar cambios durante un periodo de tiempo (Cvetkovic-Vega et al., 2021; Hernández et al., 2010).

Una cuarta limitación fue que si bien se ha dicho que reportes verbales como el utilizado en el método de esta investigación se consideran como el ‘estándar de oro’ en investigaciones del miedo como experiencia subjetiva (Paul et al., 2020; Pine & LeDoux, 2017), esto no elimina los inconvenientes que este tipo de auto reportes en donde la deseabilidad social podría estar afectando las respuestas brindadas (Ahorsu et al., 2020).

Una quinta limitación fue que la escala utilizada para medir la severidad del miedo al COVID-19 (FCV-19S), a pesar de tener buenas propiedades psicométricas tanto en este estudio como en otros en el extranjero, se detectó que dependiendo del estudio los hallazgos respaldan mejor un modelo unifactorial o uno bifactorial, lo cual sucedió incluso en estudios realizados en un mismo país como el caso de España (Martínez-Lorca, 2020; Sawicki et al., 2022). Esto fue un problema a la hora de comparar los resultados con otros estudios porque la forma en que se reportaron los datos en estos estudios pudo variar por esto.

Aunado a lo anterior, hay estudios que reportaron el promedio de todos los ítems (rango de 1 a 5 puntos), la presencia o ausencia de este medio miedo según un determinado punto de corte, o dividen las opciones de respuesta como unas negativas y otras positivas para obtener una variable dicotómica de si sucede o no lo descrito en cada ítem (como sucede en Monterrosa-Castro et al., 2020). No obstante, en la escala original de Ahorsu et al. (2020) se pide que se reporte la sumatoria de los puntos obtenidos en todos los ítems (rango de 7

a 35 puntos), lo cual sí siguen la mayoría de los estudios consultados (como la revisión sistemática de Luo et al., 2021). Por lo tanto, se considera relevante que todas las investigaciones puedan reportar la sumatoria total de la escala como base y luego hacer los reportes de sus demás resultados como les parezca más adecuado. Asimismo, existen estudios (como el de Rymarowicz et al., 2021) en donde se indagó el miedo al COVID-19, pero no se utilizó ninguna escala en específico, por lo cual también se dificulta hacer comparaciones con estos estudios.

Una sexta limitación fue que no se pudo conocer si estaban en contacto directo con personas con COVID-19, ya que solo se obtuvo información de profesiones, los lugares en que trabajaron y aproximados de la cantidad de hospitalizaciones que hubo en cada uno de estos lugares. De esto último, no se encontró evidencia a favor de la hipótesis de que las personas que trabajan en los lugares que atendieran más casos de COVID-19 tuvieron más miedo a esta enfermedad. Tampoco se tuvo información de si algunas personas por las características de su profesión, como lo es algunos puestos de administración, hicieron o no teletrabajo, o si todas las personas iban presencialmente a su jornada.

12. Recomendaciones

12.1. Al personal que trabaja en centros de salud

Es importante reconocer el esfuerzo que han hecho laborando no solo en un contexto que ha afectado su lugar de trabajo y la forma en que han trabajado, sino también por repercusiones en otros niveles como psicológicos, sociales, económicos, y políticos que conlleva una pandemia como esta. Si bien se debe rescatar su capacidad de resiliencia, también es importante destigmatizar y priorizar la salud (la cual es integral, por lo que se incluye su salud mental), y por ello quiero enfatizar que está bien buscar y pedir ayuda. Esta ayuda no necesariamente tiene que ser de una persona profesional en salud mental (aunque se recomienda si su malestar está afectándole significativamente), pero también puede ser buscar apoyo de personas cercanas como sus

pares, familiares, y amistades. Por esto mismo, destaco que, en general, es imperante ser amables y tener empatía con el resto de las personas, y nunca minimizar las emociones que tienen otras personas.

12.2. Al empleador (la CCSS) y otras instituciones que contratan personas en contextos similares

En este trabajo se estudió el miedo al COVID-19, no obstante, el miedo a enfermedades infecciosas ha existido antes de esta enfermedad y continuará existiendo en el futuro. Esto se debe considerar especialmente en el personal que trabaja en servicios hospitalarios, ya que no hace falta que haya un brote epidémico o pandémico para que haya riesgo de contagiarse de una enfermedad infecciosa, aunque la severidad del miedo puede fluctuar. Por esto, se considera importante que las entidades tanto de la CCSS como de otras instituciones, públicas y privadas, tomen en cuenta los hallazgos de este estudio, así como literatura similar, como insumo para:

- Reconocer la importancia de salud mental de las personas que trabajan en servicios de salud. Para esto se considera necesario incluir la salud mental y la calidad de vida profesional del personal como un tema estratégico a nivel institucional para asegurar la recuperación psicosocial y el fortalecimiento de las capacidades de afrontamiento individual, grupal, departamental e institucionales.
- Visibilizar y comprender el impacto que puede haber no solo en personal de enfermería y medicina, sino también en otras profesiones y posiciones dentro de la organización, como es el caso de las personas que trabajan en el área administrativa y de logística al igual que las personas que no coordinan ningún equipo de trabajo.
- Consolidar, financiar y evaluar programas y acciones (no solo de salud mental, también de capacitación de enfermedades infecciosas) que tomen en cuenta a las personas más vulnerables con el fin de facilitar la recuperación psicosocial a corto, medio y largo plazo. En este sentido:

- Continuar y fomentar programas de atención individual y grupal que promuevan su autocuidado, así como establecer estrategias para el cuidado propio y el cuidado colectivo de las personas trabajadoras de la institución (así como instar estrategias comunitarias a nivel país), de manera general, y, específicamente, para poblaciones en condición de vulnerabilidad, con el fin de facilitar la recuperación psicosocial a corto, medio y largo plazo.
- Tomar acciones para promocionar tanto la seguridad del personal como su bienestar (por ejemplo, adquirir recursos como equipo de protección personal de buena calidad). Como empleador la CCSS también debe priorizar la salud de las personas que emplea y por tanto debe considerar que no todas las acciones que ayudan a la salud mental son meramente relativas a dar acompañamiento psicológico, sino considerar también otras variables como las condiciones de trabajo.
- Asegurarse que toda decisión y programa implementado sea basado en evidencia. Esto implica tanto el marco teórico del que parten como también hacer una evaluación constante sobre los alcances y la eficacia que tienen y puntos de mejora.
- Continuar haciendo seguimiento e investigaciones de los efectos negativos en la salud mental y la calidad de vida profesional de las personas trabajadoras de la institución. Para que esto se haga de la forma más eficiente y eficaz posible se debe de contar con procedimientos protocolizados, especialmente en momentos de emergencia nacional e internacional, de aprobar e implementar en brevedad investigaciones declaradas de interés nacional por el Despacho del Ministro de Salud y validadas técnicamente por representantes expertos de la CCSS.

12.3. Para futuras investigaciones

Una primera recomendación para futuras investigaciones es valorar otros medios para hacer el reclutamiento. Esto debido a que el medio utilizado en este trabajo fue el correo electrónico institucional, ya que es la vía oficial que se tiene en la institución, sin embargo, no fue el medio óptimo por el número limitado de participantes. Asimismo, se recomienda hacer recordatorios de forma más seguida, porque en este trabajo estos se hicieron con un distanciamiento de varias semanas o meses.

Una segunda recomendación es hacer un balance entre las variables que se quieren indagar en el estudio y la extensión del cuestionario (o su equivalente) utilizado. Esto porque si se hace muy extenso es probable que las personas no lo completen o lo dejen incompleto, lo cual genera que haya una menor participación de personas. Por esta razón, es imperante hacer una revisión lo más exhaustiva posible al proponer el estudio, para así sopesar cuáles son los aspectos vitales de indagar, tomando en cuenta que en investigaciones de emergencia sanitaria que se dan de forma inesperada también se hace vital el momento en que se hace la recolección de datos y la publicación de resultados para así informar trabajos que se están realizando durante este mismo periodo.

Una tercera recomendación es valorar cuál es el mejor tipo de estudio según los intereses y recursos que se dispongan. En este sentido, al tomar la decisión de realizar un estudio transversal o longitudinal se debe de tomar en consideración otros aspectos como la complejidad y el presupuesto disponible, ya que el primero de estos tiene un costo menor al igual que una ejecución más fácil y rápida en comparación con el segundo (Cvetkovic-Vega et al., 2021).

Una cuarta recomendación es contemplar, desde que se diseña la investigación, las formas en las que se pueden superar o mitigar las desventajas de los auto reportes como método de investigación. Al respecto, una solución para ello es el empleo de instrumentos que proporcionen información sobre la deseabilidad social de las personas participantes, ya que a partir de estos datos se pueden tomar decisiones para los criterios de inclusión y exclusión de estudio (Burga-Leóna & Ecurra-Mayaute, 2017).

Una quinta recomendación es explorar las propiedades psicométricas de las escalas utilizadas en los estudios, especialmente cuando esta no se encuentra adaptada a nivel nacional o un grupo específico de personas (como lo es el personal de servicios de salud). Asimismo, resulta importante crear u utilizar un consenso en la forma en que se reportan los datos para las escala como la FCV-49S, así como para otras escalas psicométricas que son reportadas en artículos científicos si estas no lo tienen, para que sea más sencillo hacer comparaciones entre estudios.

12.4. Para las universidades y futuros TFG

A las universidades se recomienda el incentivar que los TFG se inserten en la medida de lo posible en proyectos de investigación. Esto ya que permite agilizar procesos como pasar por el Comité de Ética si el proyecto ya ha pasado por este filtro en la universidad, por lo cual hay una economización de tiempo. Además, en casos como este TFG, se permite también tener experiencia en grupos de investigación interdisciplinarios.

Considero que es especialmente importante si se puede insertar la participación de la persona proponente del TFG desde la fase de diseño de la investigación, como en este caso, ya que permite un involucramiento más activo al poder brindar retroalimentación y procurar incluir aspectos de interés para su trabajo. No obstante, incluso en el caso de personas que deseen hacer su TFG una vez terminada la fase de recolección de datos, se considera que el aporte sigue siendo valioso, ya que pueden desplegarse ideas y preguntas que no fueron contempladas originalmente en los proyectos y así sacar provecho de ellos. Asimismo, se recomienda que el TFG pueda utilizarse para realizar estudios de seguimiento y así poder incorporar un estudio de tipo longitudinal.

13. Referencias

- Abolfotouh, M. A., AlQarni, A. A., Al-Ghamdi, S. M., Salam, M., Al-Assiri, M. H., & Balkhy, H. H. (2017). An assessment of the level of concern among hospital-based health-care workers regarding MERS outbreaks in Saudi Arabia. *BMC Infectious Diseases*, *17*, 1–10. doi:10.1186/s12879-016-2096-8
- Ahorsu, D. K., Lin, C.-Y., Imani, V., Saffari, M., Griffiths, M. D., & Pakpour, A. H. (2020). The Fear of COVID-19 Scale: Development and Initial Validation. *International Journal of Mental Health and Addiction*. doi:10.1007/s11469-020-00270-8
- Ahorsu, D. K., Lin, C. Y., Marznaki, Z. H., & H Pakpour, A. (2022). The association between fear of COVID-19 and mental health: The mediating roles of burnout and job stress among emergency nursing staff. *Nursing Open*, *9*(2), 1147-1154. <https://doi.org/10.1002/nop2.1154>
- Alfaro, J. (2021, Marzo 16). *Costa Rica esperará estudios sobre efectos secundarios antes de aplicar vacuna de AstraZeneca*. Amelia Rueda. <https://www.ameliarueda.com/nota/salud-espera-estudios-vacunas-astrazeneca-noticias-costa-rica>
- Alvarado, J. (2020, Diciembre 28). *Casi 7.000 contagios y 16 fallecidos: cifras ponen a personal de salud en primer grupo de vacunas*. CRHoy. <https://www.crhoy.com/nacionales/casi-7-000-contagios-y-16-fallecidos-cifras-ponen-a-personal-de-salud-en-primer-grupo-de-vacunas/>
- Alvarado, J. (2021, Enero 27). *Personal de pensiones y prestaciones de la CCSS será vacunado antes que personas en riesgo*. CRHoy. <https://www.crhoy.com/nacionales/personal-de-pensiones-y-prestaciones-de-la-ccss-sera-vacunado-antes-que-personas-en-riesgo/>
- Amjad, A. (2014). Death Anxiety as a Function of Age and Religiosity. *J. Appl. Environ. Biol. Sci.*, *4*(9S)333-341.
- Amnistía Internacional. (2020, Setiembre 3). *Global: Análisis de Amnistía revela que más de 7.000 profesionales de la salud han muerto a causa de la COVID-19*.

<https://www.amnesty.org/es/latest/news/2020/09/amnesty-analysis-7000-health-workers-have-died-from-covid19/>

- Apisarnthanarak, A., Apisarnthanarak, P., Siripraparat, C., Saengaram, P., Leeprechanon, N., & Weber, D. J. (2020). Impact of anxiety and fear for COVID-19 toward infection control practices among Thai healthcare workers. *Infection control and hospital epidemiology*, 41(9), 1093–1094. <https://doi.org/10.1017/ice.2020.280>
- Bedoya, C., & García, M. (2016). Efectos del miedo en los trabajadores y la organización. *Estudios Generales*, 32, 6070. <http://dx.doi.org/10.1016/j.estger.2015.10.002>
- Bedoya, J.D., Pulido, J., García, J., Aguirre, D.C., & Cardeño, C.A. (2021). Factores asociados con la intensidad de los síntomas ansiosos y depresivos en personal de salud de dos centros de referencia para la atención de pacientes con COVID-19 de Antioquia, Colombia. Un análisis de clases latentes. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. doi: 10.1016/j.rcp.2021.09.002.
- Bitton, A. (2018). Finding a Parsimonious Path for Primary Care Practice Transformation. *The Annals of Family Medicine*, 16(Suppl 1): S16–S19. <https://doi.org/10.1370/afm.2234>
- Blake, J., Bermingham, F., Johnson, G., Tabner, A. (2020). Mitigating the Psychological Impact of COVID-19 on Healthcare Workers: A Digital Learning Package. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(9), 1-15. <https://doi.org/10.3390/ijerph17092997>
- Brahmi, N., Singh, P., Sohal, M., & Singh Sawhmey, R. (2020). Psychological trauma among the healthcare professionals dealing with COVID-19. *Asian Journal of Psychiatry*, 54. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102241>
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*. 395, 912-920. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)

- Bukhari, E. E., Temsah, M. H., Aleyadhy, A. A., Alrabiaa, A. A., Alhboob, A. A. N., Jamal, A. A., & Binsaeed, A. A. (2016). Middle East respiratory syndrome coronavirus (MERS-CoV) outbreak perceptions of risk and stress evaluation in nurses. *Journal of Infection in Developing Countries*, *10*(8), 845–850. <https://doi-org.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr/10.3855/jidc.6925>
- Burga-León, A., & Escurra-Mayaute, M. (2017). Propiedades psicométricas de la escala de discapacidad social de Marlowe y Crowne en docentes peruanos. *Liberabit*, *23*(2), 189-210. <https://doi.org/10.24265/liberabit.2017.v23n2.03>
- Buselli, R., Baldanzi, S., Corsi, M., Chiumiento, M., Del Lupo, E., Carmassi, C., Dell’Osso, L., & Cristaudo, A. (2020). Psychological Care of HealthWorkers during the COVID-19 Outbreak in Italy: Preliminary Report of an Occupational Health Department (AOUP) Responsible for Monitoring Hospital Staff Condition. *Sustainability*, *12*, 5039. doi:10.3390/su12125039
- Carazo, E., Ortega, R., Arias, H., González, A., & Greibin, V. (2021). *Salud mental y relaciones con el entorno en tiempos de COVID19* (Informe de investigación). Universidad Estatal a Distancia, con participación de la Universidad Nacional. <https://investiga.uned.ac.cr/wp-content/uploads/2021/01/INFORME-Salud-mental-en-tiempos-de-COVID-19.pdf>
- Cawcutt, K. A., Starlin, R., & Rupp, M. E. (2020). Fighting fear in healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *Infection Control & Hospital Epidemiology*, *41*(10), 1192-1193. <https://doi.org/10.1017/ice.2020.315>
- Chan, S. (2003). Nurses Fighting Against Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS) in Hong Kong. *Journal of Nursing Scholarship*, *35*(3), 209–209. doi:10.1111/j.1547-5069.2003.00209.x
- Cole, C.I., Waterman, S., Stott, J., Saunders, R., Buckman, J.E.J., Pilling, S., & Wheatley, J. (2020). Adapting IAPT services to support frontline NHS staff during the Covid-19 pandemic: the Homerton Covid Psychological Support (HCPS) pathway. *The Cognitive Behaviour Therapist*, *13*(12), 1-12. <https://doi.org/10.1017/S1754470X20000148>

- Consejo de Salud Ocupacional. (2022). *Antología de salud ocupacional* (segunda edición). ISBN 978-9968-40-019-0.
- Consejo Internacional de Enfermeras. (2020a, Mayo 6). *ICN calls for data on healthcare worker infection rates and deaths*. <https://www.icn.ch/news/icn-calls-data-healthcare-worker-infection-rates-and-deaths>
- Consejo Internacional de Enfermeras. (2020b, October 28). *ICN confirms 1,500 nurses have died from COVID-19 in 44 countries and estimates that healthcare worker COVID-19 fatalities worldwide could be more than 20,000* (Press Information). https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/PR_52_1500%20Nurse%20Deaths_FINAL-3.pdf
- Consejo Internacional de Enfermeras. (2020c, Junio 3). *More than 600 nurses die from COVID-19 worldwide*. <https://www.icn.ch/news/more-600-nurses-die-covid-19-worldwide>
- Creech, C.B., Walker, S.C., Samuels, R.J. (2021) SARS-CoV-2 Vaccines. *JAMA*. doi:10.1001/jama.2021.3199
- Currie, G., Jain, T., & Aston, L. (2021). Evidence of a post-COVID change in travel behaviour–Self-reported expectations of commuting in Melbourne. *Transportation Research Part A: Policy and Practice*, 153, 218-234. <https://doi.org/10.1016/j.tra.2021.09.009>
- Cvetkovic-Vega, A., Maguiña, J. L., Soto, A., Lama-Valdivia, J., & López, L. E. C. (2021). Estudios transversales. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*, 21(1), 179-185. <http://dx.doi.org/10.25176/rfmh.v21i1.3069>
- Diaz, L., Giezendanner, S., Fischer, R., & Zeller, A., (2021). The effect of COVID-19 on mental well-being in Switzerland: a cross-sectional survey of the adult Swiss general population. *BMC Fam Pract* 22(181) <https://doi.org/10.1186/s12875-021-01532-7>
- Démuthová, S. (2013). Fear of Death in Relation to Religiosity in Adults. *GRANT Journal*, 11-15.
- Dirección de Administración y Gestión de Personal de la CCSS. (2021, Febrero). *Información Estadística en Recursos Humanos*. <https://rrhh.ccss.sa.cr/INFO/>

- Edo-Gual, M., Tomás-Sábado, J., & Aradilla-Herrero, A. (2011). Miedo a la muerte en estudiantes de enfermería. *Enfermería Clínica*, *21*(3), 129-135. doi: 10.1016/j.enfcli.2011.01.007
- Fanselow, M. S., & Pennington, Z. T. (2017). The Danger of LeDoux and Pine's Two-System Framework for Fear. *American Journal of Psychiatry*, *174*(11), 1120-1121. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2017.17070818>
- Fanselow, M. S., & Pennington, Z. T. (2018). A return to the psychiatric dark ages with a two-system framework for fear. *Behaviour Research and Therapy*, *100*, 24–29. doi:10.1016/j.brat.2017.10.012
- Gagneux-Brunon, A., Detoc, M., Bruel, S., Tardy, B., Rozaire, O., Frappe, P., & Botelho-Nevers, E. (2020). Intention to get vaccinations against COVID-19 in French healthcare workers during the first pandemic wave: a cross sectional survey. *Journal of Hospital Infection*. doi:10.1016/j.jhin.2020.11.020
- Ganster, D.C., Rosen, C.C. & Fisher, G.G. (2018). Long Working Hours and Well-being: What We Know, What We Do Not Know, and What We Need to Know. *J Bus Psychol* *33*, 25–39. <https://doi.org/10.1007/s10869-016-9478-1>
- Gao, W., Sanna, M., Tsai, M. & Wen, C.P. (2020). Geo-temporal distribution of 1,688 Chinese healthcare workers infected with COVID-19 in severe conditions—A secondary data analysis. *PLOS ONE*, *15*(5). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0233255>
- García-Reyna, B., Castillo-García, G. D., Barbosa-Camacho, F. J., Cervantes-Cardona, G. A., Cervantes-Pérez, E., Torres-Mendoza, B. M., Fuentes-Orozco, C., Pintor-Belmontes, K.J., Guzmán-Ramírez, B.G., Bernal-Hernández, A., González-Ojeda, A., & Cervantes-Guevara, G. (2020). Fear of COVID-19 Scale for hospital staff in regional hospitals in Mexico: A brief report. *Int J Ment Health Addiction* *20*, 895–906 (2022). <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00413-x>
- Gilbar, O., Gelkopf, M., Berger, R., & Greene, T. (2022). Risk factors for depression and anxiety during COVID-19 in Israel: A two-wave study before and during the pandemic. *Stress and Health*. <https://doi.org/10.1002/smi.3127>

- Guarino, B. (2020, Abril 16). Nurses, doctors take extreme precautions to avoid infecting family members. *The Washington Post*. <https://www.washingtonpost.com/health/2020/04/16/nurses-doctors-are-taking-extreme-precautions-avoid-bringing-coronavirus-home/>
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2010). *Metodología de la Investigación*. Editorial McGraw Hill.
- Herron, J.B.T., Hay-David, A.G.C., Gilliam, A.D., & Brennan, P.A. (2020). Personal protective equipment and Covid-19- a risk to healthcare staff? [Editorial]. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 58, 500-502. <https://doi.org/10.1016/j.bjoms.2020.04.015>
- Hidalgo, K. (2021, Marzo 17). *Funcionarios de Salud que se oponen a vacunarse contra Covid-19 pierden reclamo ante Sala IV*. Amelia Rueda. <https://www.ameliarueda.com/nota/funcionarios-salud-pierden-recurso-sala-vacuna-covid19-noticias-costa-rica>
- Huarcaya-Victoria, J., Villarreal-Zegarra, D., Podestà, A., & Luna-Cuadros, M.A. (2020). Psychometric Properties of a Spanish Version of the Fear of COVID-19 Scale in General Population of Lima, Peru. *Int J Ment Health Addiction*. <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00354-5>
- Huremović, D. (2019). Brief History of Pandemics (Pandemics Throughout History). In: Huremović, D. (Ed.). *Psychiatry of pandemics*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-15346-5>
- Jamison, D.T., Gelband, H., Horton, S., Jha, P., Laxminarayan, R., Mock, C.N., & Nugent, R. (Ed.). (2018). *Disease Control Priorities: Improving Health and Reducing Poverty* (Third Edition). World Bank. doi: 10.1596/978-1-4648-0527-1
- Kath, L.M., Stichler, J.F., Ehrhart, M.G., & Sievers, A. (2013). Predictors of nurse manager stress: A dominance analysis of potential work environment stressors. *International Journal of Nursing Studies*, 50(11), 1474-1480. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.02.011>
- Kenny, (2020, May 6). *90,000 healthcare workers infected with COVID-19: ICN*. Anadolu Agency. <https://www.aa.com.tr/en/europe/90-000-healthcare-workers-infected-with-covid-19-icn/1831765>

- Khalid, I., Khalid, T. J., & Qabajah, M. R. (2016). Healthcare Workers Emotions, Perceived Stressors and Coping Strategies During a MERS-CoV Outbreak. *Clinical Medicine & Research*, 14(1), 7–14. <https://doi-org.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr/10.3121/cmr.2016.1303>
- Kinman, G., Teoh, K., & Harris, A. (2020). Supporting the well-being of healthcare workers during and after COVID-19. *Occupational Medicine*, 70(5), 294–296. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqaa096>
- Kisely, S., Warren, N., McMahon, L., Dalais, C., Henry, I., Siskin, D. (2020). Occurrence, prevention, and management of the psychological effects of emerging virus outbreaks on healthcare workers: rapid review and meta-analysis. *BMJ*, 369. <https://doi.org/10.1136/bmj.m1642>
- Labrague, L. J., & de Los Santos, J. A. A. (2020). Fear of Covid-19, psychological distress, work satisfaction and turnover intention among frontline nurses. *Journal of nursing management*, 29(3), 395-403. <https://doi.org/10.1111/jonm.13168>
- Lacina, L. (2020, April 10). *What's needed now to protect health workers: WHO COVID-19 briefing*. World Economic Forum. <https://www.weforum.org/agenda/2020/04/10-april-who-briefing-health-workers-covid-19-ppe-training/>
- Lagasse, J. (2020, August 11). *COVID-19 is the likely cause of death for 922 healthcare workers to date*. Healthcare Finance News. <https://www.healthcarefinancenews.com/news/covid-19-likely-cause-death-922-healthcare-workers-date>
- Lai, J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z. Hu, J., Wei, N., Wu, K., Du, H., Chen, T., Li, R., Tan, H., Kang, L., Yao, L., Huang, M., Wang, H., Wang, G., Liu, Z., Hu, S. (2020). Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. *JAMA Network Open*, 3(3), 1-12. doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.3976
- LeDoux, J. E. (2015). Feelings: What Are They & How Does the Brain Make Them? *Daedalus*, 144(1), 96–111. https://doi.org/10.1162/DAED_a_00319

- LeDoux, J.E., & Hofmann, S. (2018). The subjective experience of emotion: a fearful view. *Current Opinion in Behavioral Sciences*, 19, 67-72. <https://doi.org/10.1016/j.cobeha.2017.09.011>
- LeDoux, J.E., & Pine, D.S. (2016). Using Neuroscience to Help Understand Fear and Anxiety: A Two-System Framework. *Am J Psychiatry*, 173(11), 1083-1093. doi: 10.1176/appi.ajp.2016.16030353.
- Ley N°6727. Ley de Riesgos del Trabajo de 9 de marzo de 1982 y sus reformas. https://www.cso.go.cr/legislacion/leyes/ley_n_6727_reforma_del_titulo_IV_del_codigo_de_trabajo.pdf
- Li, Y., Wang, Y., Juang, J., Valdimarsdóttir, U.A., Fall, K., Fang, F., Song, H., Lu, D., & Zhang, W. (2020). Psychological distress among health professional students during the COVID-19 outbreak. *Psychological Medicine*, 1-3. <https://doi.org/10.1017/S0033291720001555>
- Loveridge, S. (2017). Straight talk: Nurse manager role stress. *Nursing Management*, 48(4), 20-27. doi: 10.1097/01.NUMA.0000514058.63745.ad
- Lu, W., Wang, H., Lin, Y., & Li, L. (2020). Psychological status of medical workforce during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional study. *Psychiatry research*, 288, 112936. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112936>
- Luo, F., Ghanei Gheshlagh, R., Dalvand, S., Saedmoucheshi, S., & Li, Q. (2021). Systematic review and meta-analysis of fear of COVID-19. *Frontiers in psychology*, 12, 1311. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.661078>
- Manyisa, Z.M., & van Aswegen, E.J. (2017). Factors affecting working conditions in public hospitals: A literature review. *International Journal of Africa Nursing Sciences*, 6, 28-38. <https://doi.org/10.1016/j.ijans.2017.02.002>
- Martínez-Lorca, M., Martínez-Lorca, A., Criado-Álvarez, J. J., Armesilla, M., & Latorre, J. M. (2020). The Fear of COVID-19 scale: Validation in spanish university students. *Psychiatry research*, 293, 113350. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113350>

- Matsuishi, K., Kawazoe, A., Imai, H., Ito, A., Mouri, K., Kitamura, N., Miyake, K., Mino, K., Isobe, M., Takamiya, S., Hitokoto, H., & Mita, T. (2012). Psychological impact of the pandemic (H1N1) 2009 on general hospital workers in Kobe. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 66(4), 353-360. doi:10.1111/j.1440-1819.2012.02336.x
- Mazza C, Ricci E, Biondi S, Colasanti, M., Ferracuti, S., Napoli, C., & Roma, P. (2020). A Nationwide Survey of Psychological Distress among Italian People during the COVID-19 Pandemic: Immediate Psychological Responses and Associated Factors. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(9), 1-14. doi:10.3390/ijerph17093165
- Méndez, J. (2021, Enero 25). *Así avanza la vacunación contra la COVID-19 en Costa Rica*. Delfino. <https://delfino.cr/2021/01/asi-avanza-la-vacunacion-contra-la-covid-19-en-costa-rica>
- Meyers, L.S., Gamst, G., & Guarino, A.J. (2016). *Applied multivariate research: design and interpretation* (Third Edition). ISBN: 9781506329765.
- Ministerio de Salud de Costa Rica. (2021, Febrero 23). *Situación Nacional COVID-19: Reporte 22 de febrero*. <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/centro-de-prensa/noticias/741-noticias-2020/1725-situacion-nacional-covid-19>
- Mobbs, D., Adolphs, R., Fanselow, M.S., Feldman Barrett, L., LeDoux, J.E., Ressler, K., & Tye, K.M. (2019). Viewpoints: Approaches to defining and investigating fear. *Nat Neurosci* 22(8), 1205–1216. <https://doi.org/10.1038/s41593-019-0456-6>
- Molina, J. (2020). Trabajo y salud mental en tiempos de pandemia. *Realidad Empresarial*, (9), 52-55. <https://doi.org/10.5377/reuca.v0i9.10071>
- Monterrosa-Castro, A., Dávila-Ruiz, R., Mejía-Mantilla, A., Contreras-Saldarriaga, J., Mercado-Lara, M., & Flores-Monterrosa C. (2020). Estrés laboral, ansiedad y miedo al COVID-19 en médicos generales colombianos. *MedUNAB*, 23(2), 195-213. doi: 10.29375/01237047.3890

- Moreno, A.P., & Rios, L.A. (2019). *Factores de riesgo psicosocial y estrés en trabajadores de una institución de salud de Antioquia, Colombia* [tesis de grado, Universidad de Antioquia]. https://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/14611/1/MorenoAna_2019_FactoresEstr%C3%A9sTrabajadores.pdf
- Mustofa, N. D., & (2020). Hydration and nutrition concerns among healthcare workers on full personal protective equipment (PPE) in Covid-19 wards. *Clinical Nutrition Espen*, 40, 616. <https://doi.org/10.1016/j.clnesp.2020.09.631>
- Nickell, L. A., Crighton, E. J., Tracy, C. S., Al-Enazy, H., Bolaji, Y., Hanjrah, S., Hussain, A., Makhlof, S. & Upshur, R. E. (2004). Psychosocial effects of SARS on hospital staff: survey of a large tertiary care institution. *CMAJ*, 170(5), 793-798. DOI:10.1053/cmaj.1031077
- Núñez, M. & Cordero, M. (2020). *16% de trabajadores de la CCSS con incapacidades asociadas a COVID-19*. Seminario Universidad. <https://semanariouniversidad.com/pais/16-de-trabajadores-de-la-ccss-con-incapacidades-asociadas-a-covid-19/>
- Organización Mundial de la Salud. (2020, 30 de julio). *Cronología de la respuesta de la OMS a la COVID-19*. <https://www.who.int/es/news-room/detail/29-06-2020-covidtimeline>
- Our World in Data (2022, Junio 1). *Statistic and Research: Coronavirus (COVID-19) Cases*. <https://ourworldindata.org/covid-cases>
- Our World in Data (2022, Junio 1). *Coronavirus (COVID-19) Deaths*. <https://ourworldindata.org/covid-deaths>
- Paul, E. S., Sher, S., Tamietto, M., Winkielman, P., & Mendl, M. T. (2020). Towards a comparative science of emotion: Affect and consciousness in humans and animals. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 108, 749–770. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2019.11.014>
- Peña, S. (2021, Febrero 4). *374 funcionarios de salud han rechazado vacuna contra COVID-19*. Teletica. https://www.teletica.com/coronavirus/374-funcionarios-de-salud-han-rechazado-vacuna-contra-covid-19_279047

- Pine, D.S., & LeDoux, J.E. (2017). Elevating the Role of Subjective Experience in the Clinic: Response to Fanselow and Pennington. *American Journal of Psychiatry*, 174(11), 1121-1122. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2017.17070818r>
- Porta, M. (Ed.). 2014. *A Dictionary of Epidemiology* (6th ed.). Oxford University Press. doi: 10.1093/acref/9780195314496.001.0001
- Quesada, J. (2021, Enero 3). *COVID-19 acabó con la vida de otro funcionario de salud*. CRHoy. <https://www.crhoy.com/nacionales/covid-19-acabo-con-la-vida-de-otro-funcionario-de-salud/>
- Renwick, D. & Dubnow, S. (2020, August 26). *Over 1,000 US health workers died of Covid-19. Many were immigrants and minorities*. The Guardian. <https://www.theguardian.com/us-news/2020/aug/26/us-health-workers-covid-19-deaths-lost-on-the-frontline>
- Riecher-Rössler A. (2019) Vulnerability and Protective Factors for Mental Health: A Rereading in Gender Perspective. In: Tarricone I., Riecher-Rössler A. (eds). *Health and Gender*. Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-030-15038-9_5
- Rodríguez, J.P. (2021, Setiembre 27). Las personas más afectadas por la pandemia son mujeres jóvenes de zonas costeras y baja escolaridad. *Universidad de Costa Rica*. <https://www.ucr.ac.cr/noticias/2021/09/27/las-personas-mas-afectadas-por-la-pandemia-son-mujeres-jovenes-de-zonas-costeras-y-baja-escolaridad.html>
- Rodríguez-Marín, J., & Neipp, M. C. (2008). *Manual de psicología social de la salud*. Madrid: Editorial Síntesis. ISBN: 978-84-975659-9-8.
- Rymarowicz, J., Stefura, T., Major, T., Szeliga, J., Wallner, G., Nowakowski, M., & Pedziwiatr, M. (2020). General surgeons' attitudes towards COVID-19: A national survey during the SARS-CoV-2 virus outbreak. *European surgery: Acta chirurgica Austriaca*, 1-6. <https://doi.org/10.1007/s10353-020-00649-w>

- Samaniego, A., Urzúa, A., Buenahora, M., & Vera-Villaroel, P. (2020). Sintomatología asociada a trastornos de salud mental en trabajadores sanitarios en Paraguay: Efecto COVID-19. *Revista Interamericana de Psicología*, 54(1), 1-2. doi:10.30849/ripijp.v54i1.1298.
- Sawicki, A. J., Żemojtel-Piotrowska, M., Balcerowska, J. M., Sawicka, M. J., Piotrowski, J., Sedikides, C., Jonason, P. K., Maltby, J., Adamovic, M., Agada, A. M. D., Ahmed, O., Al-Shawaf, L., Appiah, S. C. Y., Ardi, R., Babakr, Z. H., Bălțătescu, S., Bonato, M., Cowden, R. G., Chobthamkit, P., ... & Zand, S. (2022). The fear of COVID-19 scale: Its structure and measurement invariance across 48 countries. *Psychological Assessment*, 34(3), 294-310. <https://doi.org/10.1037/pas0001102>
- Soto, N. (2020, Agosto 28). *100 trabajadores de la salud han fallecido por COVID*. Cinco. <https://www.cinco8.com/periodismo/100-trabajadores-de-la-salud-han-fallecido-por-covid/>
- Tam, C. W. C., Pang, E. P. F., Lam, L. C. W., & CHiu, H. F. K. (2004). Severe acute respiratory syndrome (SARS) in Hong Kong in 2003: stress and psychological impact among frontline healthcare workers. *Psychological Medicine*, 34(7), 1197–1204. doi:10.1017/s0033291704002247
- Tan, B.Y.Q., Chew, N.W.S., Lee, G.K.H., Jing, M., Goh, Y., Yeo, L.L., Zahng, K., Chin. H.K., Ahmad, A., Khan, F.A., Shanmugam, G.N., Chan, B.P.L., Sunny, S., Chandra, B., Ong, J.J.Y., Paliwal, P.R., Wong, L.Y.H., Sagayanatham R., Chen, J.T., Ng, A.Y.Y., Teoh, H.L., Ho, C.S., Ho, R.C., & Sharma, V.K. (2020). Psychological Impact of the COVID-19 Pandemic on Health Care Workers in Singapore. *Annals of Internal Medicine*, 173(4), 317–320. <https://doi.org/10.7326/M20-1083>
- Tang, L., Pan, L., Yuan, L., & Zha, L. (2016). Prevalence and related factors of post-traumatic stress disorder among medical staff members exposed to H7N9 patients. *International journal of nursing sciences*, 4(1), 63–67. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2016.12.002>
- Taylor, S. (2019). *The Psychology of Pandemics: Preparing for the Next Global Outbreak of Infectious Disease*. Cambridge Scholars Publishing. ISBN-13:978-1-5275-4900-5.

- Temsah, M. H., Al-Sohime, F., Alamro, N., Al-Eyadhy, A., Al-Hasan, K., Jamal, A., Al-Maglouth, I., Aljamaana, F., Amri, M., Barrya, M.A., Al-Subaiea, S., & Somily, A. M. (2020). The psychological impact of COVID-19 pandemic on health care workers in a MERS-CoV endemic country. *Journal of infection and public health*, 13(6), 877-882.
- The Wayback Machine (s.f.). *Calendar view of search*.
https://web.archive.org/web/*/https://infogram.com/65ba8a73-3f5c-4003-8f61-e7054a08e5fe
- Theorell, T. (2020). COVID-19 and Working Conditions in Health Care. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 89, 193-194. <https://doi.org/10.1159/000507765>
- Tornimbeni, S., Pérez, E. & Olaz, F. (2008). *Introducción a la Psicometría*. Buenos Aires: Paidós.
- Valero, N. (2020). La bioseguridad y el personal de salud: A propósito de la pandemia de COVID-19 [Editorial]. *Enfermería Investiga, Investigación, Vinculación, Docencia y Gestión*, 5(3), 1-4.
<http://dx.doi.org/10.31164/enf.inv.v5i3.901.2020>
- van de Pas, R. (2020). *Globalization Paradox and the Coronavirus pandemic (Clingendael Report)*.
https://euagenda.eu/upload/publications/report_globalization_paradox_and_coronavirus_pandemic_may_2020.pdf.pdf
- Vandekerckhove, J., Matzke, D., & Wagenmakers, E. J. (2015). Model comparison and the principle of parsimony. In Busemeyer, J.R., Wang, Z., Townsend, J.T., & Eidels, A. (Eds), *The Oxford handbook of computational and mathematical psychology* (pp.300-319).
<https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199957996.001.0001>
- Ward, J.K., Peretti-Watel, P., Bocquier, A. Seror, V., & Verger, P. (2019). Vaccine hesitancy and coercion: all eyes on France. *Nat Immunol* 20, 1257–1259. <https://doi.org/10.1038/s41590-019-0488-9>
- Witter, S., Wurie, H., Chandiwana, P., Namakula, J., So, S., Alonso-Garbayo, A., SSengooba, F., & Raven, J. (2017). How do health workers experience and cope with shocks? Learning from four fragile and

conflict-affected health systems in Uganda, Sierra Leone, Zimbabwe and Cambodia. *Health Policy and Planning*, 32, 3–13. doi: 10.1093/heapol/czx112

Wolff, D., Nee, S., Hickey, N., & Marschollek, M. (2020). Risk factors for Covid-19 severity and fatality: a structured literature review. *Infection* 49, 15–28 (2021). <https://doi.org/10.1007/s15010-020-01509-1>

Wu, P., Fang, Y., Guan, Z., Fan, B., Kong, J., Yao, Z., Liu, X., Fuller, C., Susser, E., Lu, J., & Hoven, C. (2009). The Psychological Impact of the SARS Epidemic on Hospital Employees in China: Exposure, Risk Perception, and Altruistic Acceptance of Risk. *La Revue canadienne de psychiatrie*, 54(5), 302-311. doi: 10.1177/070674370905400504.

Wu, Y., Wang, K., Luo, C., Hu, S., Lin, X., Anderson, A., Bruera, E., Yang, X., Wei, S., & Qian, Y. (2020). A Comparison of Burnout Frequency Among Oncology Physicians and Nurses Working on the Frontline and Usual Wards During the COVID-19 Epidemic in Wuhan, China. *Journal of Pain and Symptom Management*, 60(1), 60-65. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.04.008>

Xiang, J., Sun, N., Xu, J., Geng, S., & Li, Y. (2020). Study of the mental health status of medical personnel dealing with new coronavirus pneumonia. *PLoS ONE* 15(5). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0233145>

14. Anexos

14.1. Propuesta del modelo explicativo de la severidad al miedo al COVID-19

Figura 12

Propuesta de modelo explicativo del efecto de las características sociodemográficas en la respuesta subjetiva del miedo del personal de salud

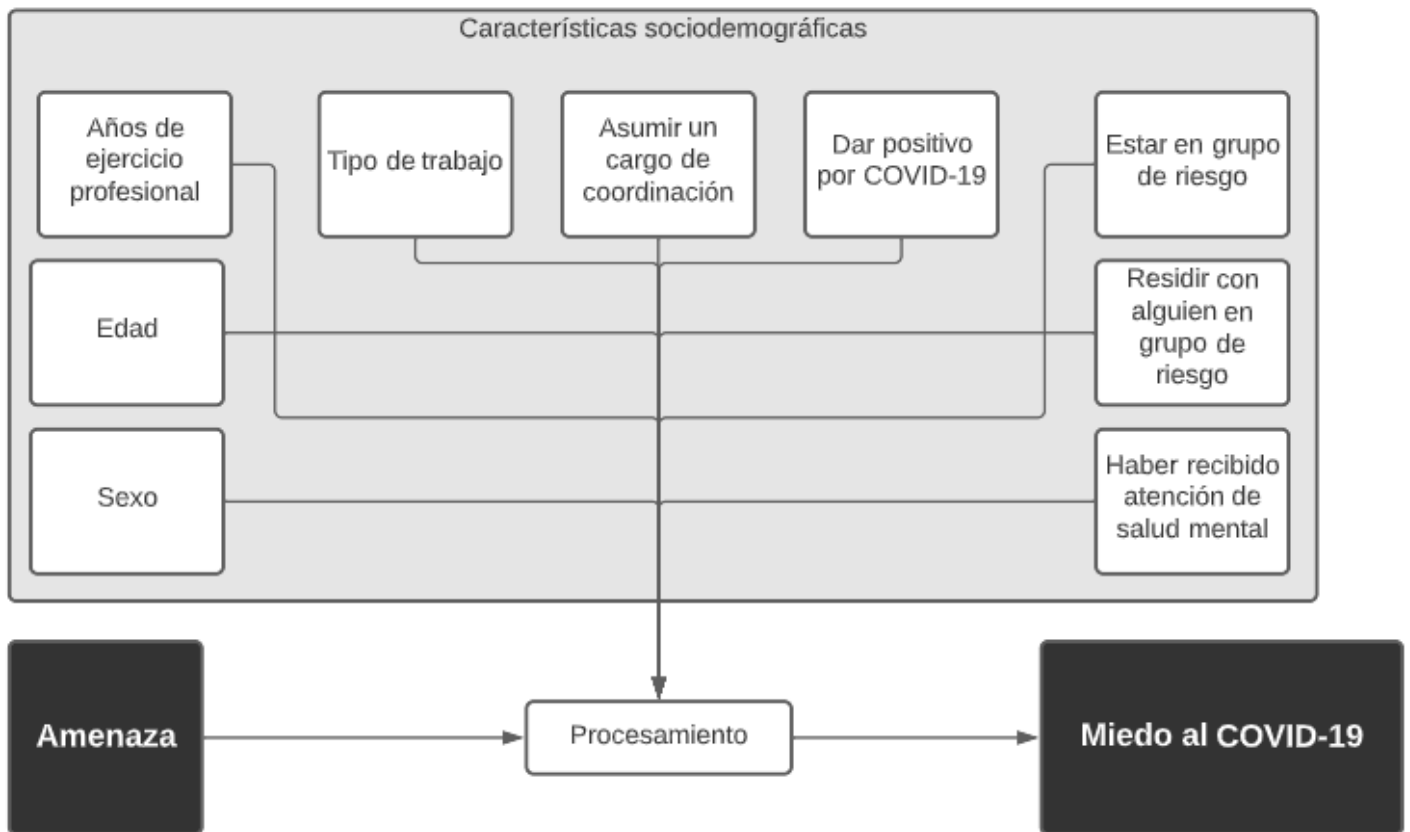
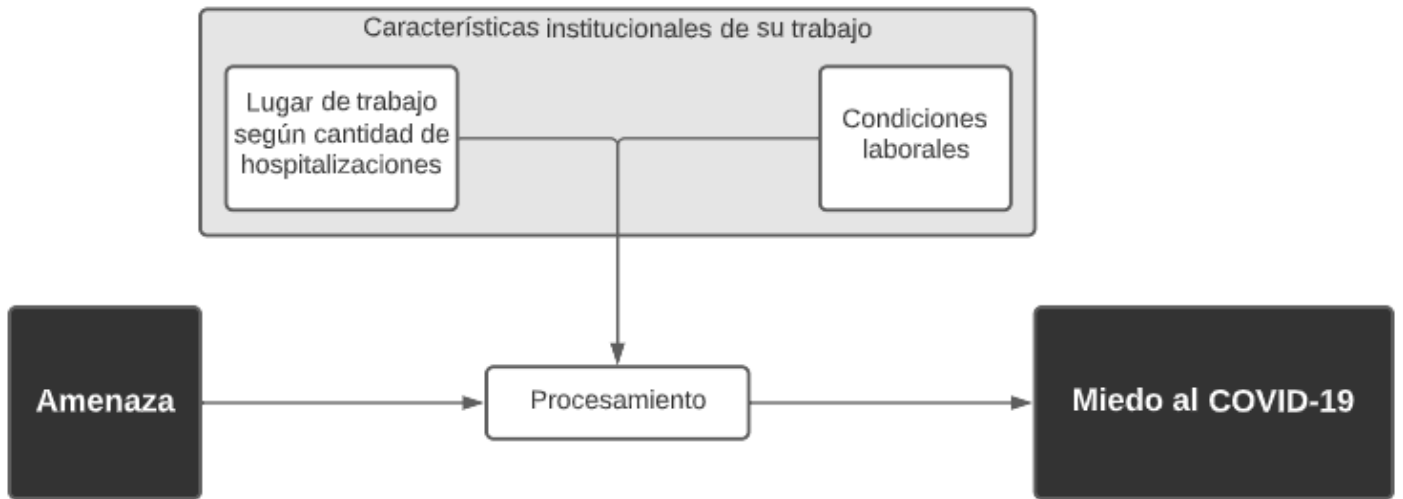


Figura 13

Propuesta de modelo explicativo del efecto de las características institucionales en la respuesta subjetiva del miedo del personal de salud



14.2. Cuestionario utilizado (con consentimiento informado)

PERSONAS TRABAJADORAS DE INSTITUCIONES DE SALUD ATENDIENDO LA PANDEMIA POR COVID-19

Muy estimados y estimadas colegas:

En primer lugar, queremos expresarles nuestro más profundo agradecimiento y admiración por todo el trabajo que están realizando en este momento.

Desde la Universidad de Costa Rica, la Universidad Nacional, el Ministerio de Salud y la Caja Costarricense de Salud Social estamos realizando la siguiente encuesta entre las personas trabajadoras de las instituciones de salud del país que se encuentran atendiendo en primera línea la pandemia por COVID-19 en el país.

Sus respuestas a esta encuesta serán de gran utilidad para poder comprender mejor las condiciones de trabajo del personal de instituciones de salud y orientar acciones que permitan proporcionarle los apoyos que puede requerir.

Hay 48 preguntas en la encuesta.

PROPÓSITO DEL PROYECTO: la Universidad de Costa Rica y la Universidad Nacional juntamente con el Ministerios de Salud y la Caja Costarricense del Seguro Social están llevando a cabo un estudio sobre factores de riesgo y de protección a padecer diferentes formas de malestar físico y emocional ante la actual crisis sanitaria por el COVID-19.

¿QUÉ SE HARÁ?: Si usted acepta participar en este estudio se le solicitará completar un cuestionario con preguntas personales. Completar el cuestionario le tomará máximo 15 minutos.

RIESGOS: Participar en este estudio no significa para usted ningún riesgo, ni físico, ni psicológico, ni legal.

BENEFICIOS: Usted no recibirá un beneficio directo por participar en esta investigación, pero los datos que se obtengan de esta investigación pueden ser de mucha ayuda para comprender los factores de riesgo y de protección a padecer diferentes formas de malestar emocional ante la actual crisis sanitaria por el COVID-19.

VOLUNTARIEDAD: Su participación en este estudio es voluntaria. Usted puede negarse a participar o retirarse en cualquier momento sin perder los beneficios a los cuales tiene derecho.

CONFIDENCIALIDAD: La información que se recopile será tratada con estricta confidencialidad. Los resultados podrían aparecer en publicaciones o reuniones científicas, pero de una manera anónima. Las bases de datos podrán ser utilizadas para futuros análisis en otros estudios, tesis y prácticas de cursos, pero igualmente de manera anónima.

INFORMACION: Si desea más información sobre el estudio, puede obtenerla llamando a la Dra. Henriette Ranventós al teléfono 2511-2273 en el horario de 7 a.m. a 4 p.m. Además, puede consultar sobre los derechos de los Sujetos Participantes en Proyectos de Investigación al Consejo Nacional de Salud del Ministerio de Salud (CONIS), a los teléfonos 2233-3594, 2223-0333 extensión 292, de lunes a viernes de 8 a.m. a 4 p.m. Cualquier consulta adicional puede comunicarse a la Vicerrectoría de Investigación de la Universidad de Costa Rica a los teléfonos 2511-4201 o 2511-5839, de lunes a viernes de 7 a.m. a 4 p.m.

**HE LEIDO Y COMPRENDIDO LAS CONDICIONES DEL ESTUDIO Y ESTOY
DISPUESTO/A A PARTICIPAR.**

*

Seleccione una de las siguientes opciones
Por favor seleccione **sólo una** de las siguientes opciones:

- SI
- NO

**SI ESTÁ DISPUESTO/A A PARTICIPAR, LE AGRADECEMOS CONTINUAR CON LA
ENCUESTA**

**¿En dónde trabaja actualmente? (si trabaja en más de un establecimiento de salud,
indique en cuál ha trabajado más tiempo durante la emergencia sanitaria)**

*

Por favor seleccione **sólo una** de las siguientes opciones:

- Hospital Nacional o Especializado
- Centro especializado
- Áreas de Salud y Hospitales Regionales o Periféricos

HOSPITALES NACIONALES O ESPECIALIZADOS *

Sólo conteste esta pregunta si se cumplen las siguientes condiciones:

La respuesta fue 'Hospital Nacional o Especializado' en la pregunta '3 [SOC01A]' (¿En dónde trabaja actualmente? (si trabaja en más de un establecimiento de salud, indique en cuál ha trabajado más tiempo durante la emergencia sanitaria))

Seleccione una de las siguientes opciones

Por favor seleccione **sólo una** de las siguientes opciones:

- Centro de Atención COVID19 (CEACO)
- Centro Nacional de Rehabilitación (CENARE)
- Hospital de las Mujeres Rodolfo Carit Eva
- Hospital Dr. Maximiliano Peralta
- Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia
- Hospital México
- Hospital Nacional de Geriatria y Gerontología Dr. Raúl Blanco Cervantes
- Hospital Nacional de Niños
- Hospital Nacional Psiquiátrico Manuel Antonio Chapuí y Torres
- Hospital Psiquiátrico Roberto Chacón Paut
- Hospital San Juan de Dios

CENTROS ESPECIALIZADOS *

Sólo conteste esta pregunta si se cumplen las siguientes condiciones:

La respuesta fue 'Centro especializado' en la pregunta '3 [SOC01A]' (¿En dónde trabaja actualmente? (si trabaja en más de un establecimiento de salud, indique en cuál ha trabajado más tiempo durante la emergencia sanitaria))

Seleccione una de las siguientes opciones

Por favor seleccione **sólo una** de las siguientes opciones:

- Banco Nacional de Sangre
- Centro Nacional de Citologías
- Centro Nacional de Control del Dolor y Cuidados Paliativos
- Centro Nacional de Imágenes Médicas
- Clínica Oftalmológica
- Laboratorio de Genética Humana Molecular (pruebas de paternidad)

ÁREAS DE SALUD Y HOSPITALES REGIONALES O PERIFÉRICOS *

Sólo conteste esta pregunta si se cumplen las siguientes condiciones:

La respuesta fue 'Áreas de Salud y Hospitales Regionales o Periféricos' en la pregunta '3 [SOC01A]' (¿En dónde trabaja actualmente? (si trabaja en más de un establecimiento de salud, indique en cuál ha trabajado más tiempo durante la emergencia sanitaria))

Seleccione una de las siguientes opciones

Por favor seleccione **sólo una** de las siguientes opciones:

- Red integrada de prestación de servicios de salud BRUNCA
- Red integrada de prestación de servicios de salud CENTRAL NORTE
- Red integrada de prestación de servicios de salud CENTRAL SUR
- Red integrada de prestación de servicios de salud CHOROTEGA
- Red integrada de prestación de servicios de salud HUETAR ATLÁNTICA
- Red integrada de prestación de servicios de salud HUETAR NORTE
- Red integrada de prestación de servicios de salud PACÍFICO CENTRAL

REGIÓN BRUNCA *

Sólo conteste esta pregunta si se cumplen las siguientes condiciones:

La respuesta fue 'Red integrada de prestación de servicios de salud BRUNCA' en la pregunta '6 [SOC01D]' (ÁREAS DE SALUD Y HOSPITALES REGIONALES O PERIFÉRICOS)

Seleccione una de las siguientes opciones

Por favor seleccione **sólo una** de las siguientes opciones:

- Área de Salud Buenos Aires
- Área de Salud Corredores
- Área de Salud Coto Brus
- Área de Salud Golfito
- Área de Salud Osa
- Área de Salud Pérez Zeledón
- Hospital de Ciudad Neily
- Hospital de Golfito Manuel Mora Valverde
- Hospital de Osa Tomás Casas Casajús
- Hospital de San Vito De Coto Brus
- Hospital Fernando Escalante Pradilla

REGIÓN CENTRAL NORTE *

Sólo conteste esta pregunta si se cumplen las siguientes condiciones:

La respuesta fue 'Red integrada de prestación de servicios de salud CENTRAL NORTE ' en la pregunta '6 [SOC01D]' (ÁREAS DE SALUD Y HOSPITALES REGIONALES O PERIFÉRICOS)

Seleccione una de las siguientes opciones

Por favor seleccione **sólo una** de las siguientes opciones:

- Área de Salud Alajuela Central
- Área de Salud Alajuela Norte (Clínica Dr. Marcial Rodríguez)
- Área de Salud Alajuela Oeste
- Área de Salud Alajuela Sur
- Área de Salud Belén-Flores
- Área de Salud de Atenas
- Área de Salud de Barva (Coopesiba)

- Área de Salud de Grecia
- Área de Salud de Heredia-Cubujuquí
- Área de Salud de León XIII-La Carpio
- Área de Salud de Naranjo
- Área de Salud de Palmares
- Área de Salud de Poás
- Área de Salud de Puerto Viejo
- Área de Salud de San Isidro de Heredia
- Área de Salud de San Pablo de Heredia
- Área de Salud de San Rafael de Heredia
- Área de Salud de San Ramón
- Área de Salud de Santa Bárbara
- Área de Salud de Santo Domingo de Heredia
- Área de Salud de Tibás Coopesaín
- Área de Salud de Tibás-Uruca-Merced (Clínica Clorito Picado)
- Área de Salud de Valverde Vega
- Área de Salud de Zarcerro
- Área de Salud Heredia-Virilla
- Área de Salud Horquetas- Río Frío
- Hospital Carlos Luis Valverde Vega
- Hospital Maximiliano Terán Valls
- Hospital Monseñor Víctor Manuel Sanabria Martínez
- Hospital San Francisco de Asís
- Hospital San Rafael de Alajuela
- Hospital San Vicente de Paúl

REGION CENTRAL SUR *

Sólo conteste esta pregunta si se cumplen las siguientes condiciones:

La respuesta fue 'Red integrada de prestación de servicios de salud CENTRAL SUR ' en la pregunta '6 [SOC01D]' (ÁREAS DE SALUD Y HOSPITALES REGIONALES O PERIFÉRICOS)

Seleccione una de las siguientes opciones

Por favor seleccione **sólo una** de las siguientes opciones:

- Área de Salud de Acosta
- Área de Salud de Alajuelita
- Área de Salud de Aserri (Clínica Mercedes Chacón Porras)
- Área de Salud de Carmen Montes de Oca
- Área de Salud de Cartago
- Área de Salud de Concepción-San Diego-San Juan
- Área de Salud de Coronado (Clínica de Coronado)
- Área de Salud de Corralillo-La Sierra
- Área de Salud de Curridabat
- Área de Salud de Desamparados 1 (Clínica Dr. Marcial Fallas)
- Área de Salud de Desamparados 2 (Coopesalud)
- Área de Salud de Desamparados 3

- Área de Salud de El Guarco
- Área de Salud de Escazú (Coopesana)
- Área de Salud de Goicoechea 1 (Clínica Jiménez Nuñez)
- Área de Salud de Goicoechea 2
- Área de Salud de Hatillo (Clínica Solón Nuñez)
- Área de Salud de La Unión
- Área de Salud de Los Santos
- Área de Salud de Mata Redonda-Hospital (Clínica Dr. Moreno Cañas)
- Área de Salud de Mora
- Área de Salud de Moravia
- Área de Salud de Oreamuno-Pacayas -Tierra Blanca
- Área de Salud de Paraíso-Cervantes
- Área de Salud de Pavas (Coopesalud)
- Área de Salud de Puriscal-Turubares
- Área de Salud de San Francisco-San Antonio (Coopesana)
- Área de Salud de San Sebastián-Paso Ancho (ASEMECO)
- Área de Salud de Santa Ana (Coopesana)
- Área de Salud de Turrialba
- Área de Salud de Zapote-Catedral (Clínica Dr. Carlos Durán Cartín)
- Hospital William Allen Taylor Cartago

REGION CHOROTEGA *

Sólo conteste esta pregunta si se cumplen las siguientes condiciones:

La respuesta fue 'Red integrada de prestación de servicios de salud CHOROTEGA' en la pregunta '6 [SOC01D]' (ÁREAS DE SALUD Y HOSPITALES REGIONALES O PERIFÉRICOS)

Seleccione una de las siguientes opciones

Por favor seleccione **sólo una** de las siguientes opciones:

- Área de Salud de Abangares
- Área de Salud de Bagaces
- Área de Salud de Cañas
- Área de Salud de Carrillo
- Área de Salud de Colorado
- Área de Salud de Hojanca
- Área de Salud de Jicaral- Las Islas
- Área de Salud de La Cruz
- Área de Salud de Liberia
- Área de Salud de Nandayure
- Área de Salud de Nicoya
- Área de Salud de Santa Cruz
- Área de Salud de Tilarán
- Área de Salud de Upala
- Hospital de La Anexión Nicoya
- Hospital de Upala
- Hospital Enrique Baltodano Briceño

REGION HUETAR ATLÁNTICA *

Sólo conteste esta pregunta si se cumplen las siguientes condiciones:

La respuesta fue 'Red integrada de prestación de servicios de salud HUETAR ATLÁNTICA' en la pregunta '6 [SOC01D]' (ÁREAS DE SALUD Y HOSPITALES REGIONALES O PERIFÉRICOS)

Seleccione una de las siguientes opciones

Por favor seleccione **sólo una** de las siguientes opciones:

- Área de Salud de Cariari
- Área de Salud de Guácimo
- Área de Salud de Guápiles
- Área de Salud de Limón
- Área de Salud de Matina
- Área de Salud de Siquirres
- Área de Salud de Talamanca
- Área de Salud del Valle de La Estrella
- Hospital de Guápiles
- Hospital Tony Facio Castro

REGION HUETAR NORTE *

Sólo conteste esta pregunta si se cumplen las siguientes condiciones:

La respuesta fue 'Red integrada de prestación de servicios de salud HUETAR NORTE' en la pregunta '6 [SOC01D]' (ÁREAS DE SALUD Y HOSPITALES REGIONALES O PERIFÉRICOS)

Seleccione una de las siguientes opciones

Por favor seleccione **sólo una** de las siguientes opciones:

- Área de Salud de Aguas Zarcas
- Área de Salud de Ciudad Quesada
- Área de Salud de Florencia
- Área de Salud de Fortuna
- Área de Salud de Guatuso
- Área de Salud de Los Chiles
- Área de Salud de Pital
- Área de Salud de Santa Rosa
- Hospital de San Carlos
- Hospital Los Chiles

REGION PACÍFICO CENTRAL *

Sólo conteste esta pregunta si se cumplen las siguientes condiciones:

La respuesta fue 'Red integrada de prestación de servicios de salud PACÍFICO CENTRAL' en la pregunta '6 [SOC01D]' (ÁREAS DE SALUD Y HOSPITALES REGIONALES O PERIFÉRICOS)

Seleccione una de las siguientes opciones

Por favor seleccione **sólo una** de las siguientes opciones:

- Área de Salud de Barranca
- Área de Salud de Chacarita
- Área de Salud de Chomes- Monteverde
- Área de Salud de Cóbano
- Área de Salud de Esparza
- Área de Salud de Garabito
- Área de Salud de Montes de Oro
- Área de Salud de Orotina-San Mateo
- Área de Salud de Paquera
- Área de Salud de Parrita
- Área de Salud de Quepos
- Área de Salud de San Rafael-Puntarenas
- Hospital Maximiliano Terán Valls
- Hospital Monseñor Víctor Manuel Sanabria Martínez

¿En cuál área profesional se desempeña actualmente?

*

Por favor seleccione **sólo una** de las siguientes opciones:

- Área administrativa (contabilidad, auditoría, secretaría, recepción, recursos humanos, validación de derechos, etc.)
- Asistentes de pacientes
- ATAPS (Asistente Técnico de Atención Primaria en Salud)
- Auxiliares de enfermería
- Enfermería y especialidades en Enfermería
- Especialidades médicas
- Farmacia
- Limpieza y lavandería
- Medicina general
- Microbiología y laboratorio clínico
- Nutrición
- Odontología
- Psicología
- Psiquiatría
- REDES (Registros de Salud)
- Seguridad y vigilancia Terapia respiratoria
- Trabajo Social
- Transporte
- Otro

¿Coordina algún equipo de trabajo? *

Seleccione una de las siguientes opciones
Por favor seleccione **sólo una** de las siguientes opciones:

- No
- Sí

¿Tiene usted un puesto de JEFATURA DE SERVICIO? *

Seleccione una de las siguientes opciones
Por favor seleccione **sólo una** de las siguientes opciones:

- No
- Sí

¿Cuántas personas están a su cargo? *

Sólo conteste esta pregunta si se cumplen las siguientes condiciones:
La respuesta fue 'Sí' en la pregunta '16 [SOC03B]' (¿Tiene usted un puesto de JEFATURA DE SERVICIO?)

Sólo se pueden introducir números en este campo.
Por favor, escriba su respuesta aquí:

-

¿Cuántos años tiene usted de ejercer su profesión u oficio? *

Sólo se pueden introducir números en este campo.
Por favor, escriba su respuesta aquí:

-

Sexo *

Seleccione una de las siguientes opciones
Por favor seleccione **sólo una** de las siguientes opciones:

- Hombre
- Mujer
- Otro
- Prefiero no contestar

Edad en años *

Sólo se pueden introducir números en este campo.
Por favor, escriba su respuesta aquí:

-

Estado civil *

Seleccione una de las siguientes opciones
Por favor seleccione **sólo una** de las siguientes opciones:

- Soltero/a
- Casado/a
- En unión libre
- Divorciado/a
- Viudo/a

¿Con quién vive o comparte casa usted en este momento? (Puede marcar más de una)
*

Marque las opciones que correspondan
Por favor, marque las opciones que correspondan:

- Pareja actual (personas casadas o en unión libre)
- Hijos/as
- Padres (Padre, Madre o ambos)
- Abuelos/as
- Hermanos/as
- Otros familiares
- Amigos/as u otras personas con las que comparte su vivienda.
- Vive solo/a
- Otro:

¿Se encuentra usted en el grupo de mayor riesgo por COVID-19? *

Seleccione una de las siguientes opciones
Por favor seleccione **sólo una** de las siguientes opciones:

- No
- Sí

Por favor especifique: *

Sólo conteste esta pregunta si se cumplen las siguientes condiciones:

La respuesta fue 'Sí' en la pregunta '23 [SOC09A]' (¿Se encuentra usted en el grupo de mayor riesgo por COVID-19?)

Marque las opciones que correspondan

Por favor, marque las opciones que correspondan:

- Personas mayores de 65 años
- Personas con hipertensión arterial
- Personas con enfermedad pulmonar crónica o asma moderada a grave
- Personas con afecciones cardíacas graves
- Personas con su sistema inmunitario deprimido
- Personas con obesidad grave (índice de masa corporal [IMC] de 40 o superior)
- Personas con diabetes
- Personas con enfermedad renal crónica en tratamiento de diálisis
- Personas con cáncer
- Personas con enfermedades de coagulación de la sangre
- Otro:

¿Alguna de las personas con las que comparte casa se encuentra en el grupo de mayor riesgo por COVID-19? *

Seleccione una de las siguientes opciones

Por favor seleccione **sólo una** de las siguientes opciones:

- No
- Sí

Por favor especifique: *

Sólo conteste esta pregunta si se cumplen las siguientes condiciones:

La respuesta fue 'Sí' en la pregunta '25 [SOC010A]' (¿Alguna de las personas con las que comparte casa se encuentra en el grupo de mayor riesgo por COVID-19?)

Marque las opciones que correspondan

Por favor, marque las opciones que correspondan:

- Personas mayores de 65 años
- Personas con hipertensión arterial
- Personas con enfermedad pulmonar crónica o asma moderada a grave
- Personas con afecciones cardíacas graves
- Personas con su sistema inmunitario deprimido

- Personas con obesidad grave (índice de masa corporal [IMC] de 40 o superior)
- Personas con diabetes
- Personas con enfermedad renal crónica en tratamiento de diálisis
- Personas con cáncer
- Personas con enfermedades de coagulación de la sangre
- Otro:

¿Usted o alguna persona entre sus familiares o seres queridos ha dado positivo por COVID-19? *

Seleccione una de las siguientes opciones
 Por favor seleccione **sólo una** de las siguientes opciones:

- No
- Sí

Por favor especifique: *

Sólo conteste esta pregunta si se cumplen las siguientes condiciones:
 La respuesta fue 'Sí' en la pregunta '27 [SOC011]' (¿Usted o alguna persona entre sus familiares o seres queridos ha dado positivo por COVID-19?)

Marque las opciones que correspondan
 Por favor, marque las opciones que correspondan:

- Yo
- Pareja actual (personas casadas o en unión libre)
- Hijos/as
- Padre
- Madre
- Abuelo
- Abuela
- Hermanos o hermanas
- Otros familiares
- Amigos u otras personas con las que comparte casa o apartamento.
- Otro:

¿Ha tenido que tomar medidas de distanciamiento físico (aislamiento) en su hogar?

Seleccione una de las siguientes opciones
Por favor seleccione **sólo una** de las siguientes opciones:

- No
- Sí

¿Se ha vacunado? *

Seleccione una de las siguientes opciones
Por favor seleccione **sólo una** de las siguientes opciones:

- No
- Sí

¿Cuál considera usted que es el principal beneficio de haberse vacunado? Explique brevemente. *

Por favor, escriba su respuesta aquí:

¿Tiene alguna preocupación en relación con su vacunación? Describa brevemente. *

Por favor, escriba su respuesta aquí:

DESDE SU VALORACIÓN PERSONAL, ¿Cómo están sus condiciones de trabajo en

los siguientes aspectos?:

*

Por favor, seleccione la respuesta apropiada para cada concepto:

	Muy mal	Mal	Regular	Bien	Muy bien
Las condiciones de las instalaciones en las que trabaja diariamente					
El acceso al equipo de protección personal (EPP) para atender a pacientes con COVID-19					
La calidad del equipo de protección personal (EPP) para atender a pacientes con COVID-19					
La capacitación brindada para atender a pacientes con COVID-19					
Los horarios de trabajo					
Los tiempos de descanso					
El transporte desde y hacia el trabajo					
Alimentación					
Hidratación					

Por favor, mencione EL PRINCIPAL PROBLEMA que enfrenta en su trabajo como parte del equipo de atención de primera línea contra COVID-19. En caso de no presentar ningún problema anote NINGUNO.

*

Por favor, escriba su respuesta aquí:

Por favor, mencione LA PRINCIPAL NECESIDAD que usted tiene en este momento para realizar su trabajo adecuadamente. En caso de no tener ninguna necesidad anote NINGUNA.

*

Por favor, escriba su respuesta aquí:

Por favor, mencione UNA MEDIDA que usted recomendaría a sus jefaturas para mejorar sus condiciones de trabajo. Si no desea mencionar ninguna medida anote NINGUNA. *

Por favor, escriba su respuesta aquí:

Durante las últimas 2 semanas, ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas? *

Por favor, seleccione la respuesta apropiada para cada concepto:

Ningún día	Varios días	La mitad de los días	Casi todos los
-------------------	--------------------	-----------------------------	-----------------------

días

Poco interés o placer en hacer cosas

Se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas

Ha tenido dificultad para quedarse o permanecer dormido(a), o ha dormido demasiado

Se ha sentido cansado(a) o con poca energía

Sin apetito o ha comido en exceso

Se ha sentido mal con usted mismo(a) – o que es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia

Ha tenido dificultad para concentrarse en ciertas actividades, tales como leer el periódico o ver la televisión

¿Se ha movido o hablado tan lento que otras personas podrían haberlo notado? o lo contrario – muy inquieto(a) o agitado(a) que ha estado moviéndose mucho más de lo normal

Pensamientos de que estaría mejor muerto(a) o de lastimarse de alguna manera

Durante las últimas 2 semanas, ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas?: *

Por favor, seleccione la respuesta apropiada para cada concepto:

Ningún día

Varios días

La mitad de los días

Casi todos los días

No ha sido capaz de parar o controlar su preocupación

Se ha preocupado demasiado por motivos diferentes

Ha tenido dificultad para

relajarse

Se ha sentido tan inquieto(a) que
no ha podido quedarse quieto(a)

Se ha molestado o irritado
fácilmente

Ha tenido miedo de que algo
terrible fuera a pasar

¿Hasta qué punto las siguientes afirmaciones describen su manera de reaccionar ante las dificultades? *

Por favor, seleccione la respuesta apropiada para cada concepto:

	Casi nunca	Raras veces	Algunas veces	Con frecuencia	Casi siempre
Busco formas creativas de enfrentarme a las situaciones difíciles					
No importa lo que me ocurra, confío en que puedo controlar mi reacción.					
Creo que puedo aprender cosas positivas cuando afronto situaciones difíciles					
Busco de forma activa la forma de reemplazar las pérdidas que encuentro en la vida					

A continuación por favor indique el número que mejor refleje que tan frecuentemente ha experimentado las siguientes situaciones en las últimas 2 semanas: *

Por favor, seleccione la respuesta apropiada para cada concepto:

	Nunca	Caso nunca	Algunas veces	Con frecuencia	Casi siempre	Siempre
Soy feliz.						
Estoy preocupado(a) por una o más personas a las que he ayudado o ayudo						
Estoy satisfecho(a) de poder ayudar a la gente						
Me siento vinculado(a) a otras personas						

Me sobresaltan los sonidos
inesperados

Me siento fortalecido(a)
después de trabajar con las
personas a las que he
ayudado.

Encuentro difícil separar mi
vida personal de mi vida
laboral

Pierdo el sueño por las
experiencias traumáticas de
las personas a las que he
ayudado

Creo que he sido afectado(a)
por las experiencias
traumáticas de aquellos a
quienes he ayudado

Me siento atrapado(a) por mi
trabajo

Debido a mi trabajo tengo la
sensación de estar al límite en
varias cosas

Me gusta trabajar ayudando
a la gente

Me siento deprimido(a) por
las experiencias traumáticas
de aquellos a quienes he
ayudado

Me siento como si fuera yo el
que experimenta el trauma de
alguien al que he ayudado

Tengo creencias (religiosas,
espirituales u otras) que me
apoyan

Estoy satisfecho(a) por cómo
soy capaz de mantenerme al
día en las técnicas y
procedimientos de mi trabajo

Soy la persona que siempre he
querido ser

Mi trabajo me hace sentirme
satisfecho(a)

Por causa de mi trabajo me
siento agotado(a)

Tengo pensamientos y sentimientos de satisfacción acerca de las personas a las que he ayudado y sobre cómo he podido ayudarles

Me siento abrumado(a) por la cantidad y tipo de trabajo que tengo que afrontar

Creo que puedo hacer cambiar las cosas a través de mi trabajo

Evito ciertas actividades o situaciones porque me recuerdan a las experiencias espantosas de la gente a la que he ayudado

Estoy orgulloso(a) de lo que puedo hacer

Como resultado de mi trabajo, tengo pensamientos molestos, repentinos o indeseados.

Me siento “estancado(a)” (sin saber qué hacer) por como funciona el sistema sanitario

Considero que soy un(a) buen(a) trabajador(a)

No puedo recordar determinados acontecimientos relacionadas con víctimas muy traumáticas.

Soy una persona demasiado sensible.

Estoy feliz por haber elegido hacer este trabajo

¿Alguna vez en toda su vida ha recibido atención por parte de un profesional en salud mental?

*

Seleccione una de las siguientes opciones
Por favor seleccione **sólo una** de las siguientes opciones:

- No
- Sí

¿Ha recibido ALGUNA VEZ acompañamiento del equipo de Psicología, Trabajo Social, Psiquiatría o Enfermería de Salud Mental de la CCSS?

*

Seleccione una de las siguientes opciones
 Por favor seleccione **sólo una** de las siguientes opciones:

- No
- Sí

EN ESTE MOMENTO, ¿recibe acompañamiento del equipo de Psicología, Trabajo Social, Psiquiatría o Enfermería de Salud Mental de la CCSS o de otro profesional con entrenamiento en salud mental?

*

Seleccione una de las siguientes opciones
 Por favor seleccione **sólo una** de las siguientes opciones:

- No
- Sí

¿En qué medida ha experimentado los siguientes temores durante esta crisis sanitaria?

*

Por favor, seleccione la respuesta apropiada para cada concepto:

	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
Temor a perder a un ser querido					
Miedo a perder compañeros de trabajo					
Temor a infectarse y enfermarse por COVID-19					
Miedo a morir					
Miedo a contagiar a sus seres queridos					
Miedo a contagiar a sus					

compañeros de trabajo
 Temor a enfrentar pérdidas
 materiales o económicas
 Temor a perder el trabajo una
 vez que haya pasado la peor
 parte de la crisis
 Temor a las consecuencias
 negativas de la pandemia en
 familiares y seres cercanos
 Temor a las consecuencias
 negativas de la pandemia para
 el país en general
 Temor a las consecuencias del
 estrés sobre su salud física y
 mental
 Miedo a no saber qué pasará en
 el futuro

Por favor indique su acuerdo con las siguientes frases: *

Por favor, seleccione la respuesta apropiada para cada concepto:

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
Tengo mucho miedo del coronavirus (COVID-19)					
Me pone incómodo(a) pensar en el coronavirus (COVID-19)					
Mis manos se ponen húmedas cuando pienso en el coronavirus (COVID-19)					
Tengo miedo de perder mi vida a causa del coronavirus (COVID-19)					
Cuando veo noticias e historias sobre el coronavirus (COVID-19) en redes sociales me pongo nervioso(a) o ansioso(a)					
No puedo dormir porque estoy preocupado(a) de contagiarme del coronavirus (COVID-19)					
Mi corazón se acelera o					

**palpita cuando pienso en
contagiarme del coronavirus
(COVID-19)**

¿Qué acciones recuerda haber utilizado en momentos de crisis o emergencia en el pasado que podrían ayudarle ahora? *

Por favor, escriba su respuesta aquí:

AQUÍ TERMINA LA ENCUESTA

Si desea realizar algún comentario u observación, puede hacerlo a continuación:

Por favor, escriba su respuesta aquí:

Recuerde que puede consultar los servicios de atención para personal que se encuentra atendiendo la crisis sanitaria de la CCSS. Más información con la Coordinación Nacional de Trabajo Social a los teléfonos: 2539-0594 o 2539-0220, correo: trabsoci@ccss.sa.cr

Adicionalmente, puede encontrar material valioso para su salud en los siguientes enlaces:

<https://psicologiacr.com>

<http://iip.ucr.ac.cr/es/COVID-19>

<https://www.facebook.com/saludmentacibcmucr/>

Si desea mayor información sobre el estudio y sus resultados anote su correo electrónico. Toda información será tratada confidencialmente.

Por favor, escriba su respuesta aquí:

MUCHAS GRACIAS

Enviar su encuesta.
Gracias por completar esta encuesta.

14.3. Hospitalizaciones por COVID-19 según hospital y/o servicio de salud

Para tener un estimado de los hospitales y servicios de la CCSS en donde hubo más hospitalizaciones se revisaron los reportes que el Ministerio de Salud (2021) publica informando la situación nacional de COVID-19. Cabe destacar que el histórico de estos reportes no se encontraba en la página web oficial cuando se consultó, ya que con cada actualización estos datos dejaban de ser accesibles; por consiguiente, se utilizó la librería digital The Wayback Machine (s.f.) que guarda información de sitios electrónicos y otros artefactos culturales en donde se encontró archivados un gran porcentaje de estos reportes. Al no encontrarse todos los reportes lo que se hizo fue tomar un reporte de cada semana en la que se hizo el reclutamiento (todos, excepto dos reportes, fueron lunes o martes). A partir de la información recopilada se hizo un conteo por hospital y

servicio en que se dieron hospitalizaciones en el país y luego se calculó el porcentaje de estos centros para conocer en cuáles hubo más internamientos por COVID-19, para lo cual fue necesario excluir de esta operación los hospitales y servicios privados, dejando únicamente aquellos que fueran pertenecientes a la CCSS. En el Cuadro 17 se encuentra un resumen de los resultados encontrados.

Cuadro 17

Porcentaje de hospitalizaciones por COVID-19 en la CCSS entre febrero y octubre 2021

Hospital o servicio	% de hospitalizaciones
Hospital Calderón Guardia	15.75
Hospital México	13.05
Hospital Nacional Psiquiátrico	11.81
Hospital San Juan de Dios	11.49
CEACO-INS	7.75
Hospital Enrique Baltodano Briceño	5.93
Hospital de Cartago	5.40
Hospital de Heredia	4.25
Hospital de San Carlos	4.06
Hospital Monseñor Sanabria	3.71
Hospital San Rafael de Alajuela	3.67
Hospital de Pérez Zeledón	3.05
Hospital Tony Facio	1.99
Hospital La Anexión	1.92
Hospital de Guápiles	1.65

Hospital Nacional de Niños	1.28
Otros hospitales públicos	3.12

Nota. Esta lista **excluye** a hospitales y servicios privados que no pertenecen a la CCSS como el Hospital CIMA San José, Hospital Clínica Bíblica y Hospital La Católica. Elaboración propia a partir de la información del Ministerio de Salud de Costa Rica (2021) recuperada mediante The Wayback Machine (s.f.).

14.4. Correlaciones entre las variables de condiciones laborales

Originariamente en este trabajo se planteó el explorar las variables de condiciones laborales (e.g. calidad del EPP y horarios de trabajo) como variables independientes en vez de incluirlas en una sola escala para realizar los análisis bivariados y multivariados. No obstante, al analizar una matriz de correlación en donde se encontraban todas estas variables (ver Cuadro 18) y observar que todas estas correlacionaban entre sí de forma significativa, $p < .001$, se decidió explorar si estas podían tratarse como una escala, lo cual los datos apoyaron que esto efectivamente sucediera (ver apartado 8.1.2).

Cuadro 18

Matriz de correlaciones entre variables de condiciones laborales

Variable	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. Alimentación	—								
2. Hidratación	.74***	—							
3. Tiempos de descanso	.59***	.58***	—						
4. Horarios de trabajo	.46***	.45***	.64***	—					
5. Transporte	.46***	.41***	.35***	.35***	—				

6. Acceso al equipo de protección personal	.33***	.32***	.30***	.33***	.27***	—		
7. Calidad del equipo de protección personal	.36***	.35***	.35***	.35***	.30***	.76***	—	
8. Capacitación para atender pacientes COVID-19	.35***	.37***	.36***	.39***	.33***	.54***	.53***	—
9. Condiciones de las instalaciones	.33***	.31***	.32***	.35***	.26***	.46***	.43***	.41***

Nota. *** $p < .001$

Aunado a lo anterior, en un primer momento en el diseño de este trabajo de investigación se planteó realizar dos modelos de análisis de regresión en donde en uno se encontrarán únicamente las variables sociodemográficas y en otro las variables institucionales. Esto se ideó de esta manera para velar por la parsimonia de los modelos al evitar que la variabilidad se parta al usar muchas variables independientes simultáneamente. Sin embargo, al disminuir el número de variables con la creación de esta escala de condiciones laborales, en el modelo de variables institucionales quedó solamente el lugar de trabajo y condiciones laborales como posibles predictores; por tanto, se hizo la modificación en los análisis tal y como se describe en el método de este trabajo (ver apartado 7.5). Por esta razón, se pasó de contar con dos propuestas del modelo explicativo del miedo (ver apartado 14.1) al modelo explicativo final generado a partir de los hallazgos de este estudio (ver apartado 14.6).

14.5. Consideraciones sobre la distribución de sexo según el tipo de profesión

Este trabajo se caracteriza por analizar diversas variables y cómo estas pueden ayudar a predecir el miedo al COVID-19. En los análisis bivariados se buscan realizar asociaciones simples en donde solamente

hay dos variables que se analizan juntas, los cuales sus resultados pueden estar influenciados por otras variables; mientras que, en los análisis multivariados hay más de dos variables que se analizan juntas y se puede tomar en consideración la relación que tienen todas las variables del modelo entre sí al controlarse estadísticamente los efectos de todos los predictores (Meyers et al., 2016).

En el caso de los resultados encontrados en la variable de tipo de profesión, en este trabajo se hace el llamado de tomar con cautela lo encontrado en los análisis bivariados, pero no en los multivariados. Esto debido a que, en los análisis multivariados es donde se logra ‘controlar’ la varianza que explican todas las variables entre sí, solamente se incluyen al modelo la comparación del grupo de Administración y Apoyo Logístico con el resto de las personas y el grupo de Atención Psicosocial con las demás personas, pero no se toma en consideración las posibles diferencias en la distribución de sexo que existen en los otros grupos.

Con el objetivo de indagar si en cada uno de los grupos profesionales se encontraba una mayor distribución de mujeres o hombres se llevó a cabo un análisis de chi cuadrado. Este encontró que sí hay diferencias en la distribución de sexo según el grupo profesional estudiado, $\chi^2(4) = 66.351, p < .001$ (ver Cuadro 19). En este sentido, resulta particularmente importante que se encontró que en el grupo de enfermería y cuidado hay una sobre representación de mujeres y en el grupo de medicina hay una sobre representación de hombres.

Cuadro 19

Distribución de sexo por el tipo de profesión según análisis de chi cuadrado

Área laboral		Mujer	Hombre	Total
Área administrativa y apoyo logístico	<i>n</i>	163	96	259
	% dentro de Sexo	14.59	21.77	16.62
Enfermería y cuidado	<i>n</i>	368	91	459
	% dentro de Sexo	32.94	20.63	29.46

Otros	<i>n</i>	231	105	336
	% dentro de Sexo	20.68	23.81	21.57
Medicina	<i>n</i>	226	135	361
	% dentro de Sexo	20.2	30.6	23.2
Salud mental y apoyo psicosocial	<i>n</i>	129	14	143
	% dentro de Sexo	11.55	3.17	9.17
Total	<i>n</i>	1117	441	1558
	% dentro de Sexo	100	100	100

Cabe mencionar que estos datos deben de ser analizados considerando también la distribución de sexo que hay en los grupos de trabajo a nivel poblacional en la CCSS. Esto porque a pesar de que la muestra fue a conveniencia, se considera probable que esta distribución de hombres en medicina y mujeres en enfermería y cuidado puede ser similar a la realidad de la CCSS en estas profesiones.

14.6. Propuesta del modelo explicativo de la severidad al miedo al COVID-19

En la Figura 14 se encuentran las variables predictoras del miedo al COVID-19 según lo encontrado en el Modelo 1 de los análisis multivariados, el cual se considera como el mejor modelo de los evaluados en este trabajo de investigación (ver apartado 8.4).

Figura 14

Modelo explicativo del efecto de las características sociodemográficas e institucionales en la respuesta subjetiva del miedo de personas funcionarias de la CCSS

