



Universidad Abierta Interamericana

Tesis de grado

**Respuestas de afrontamiento al estrés y ansiedad en el personal de salud del
AMBA**

Alumna: Juliana Victoria Beovide

Título a obtener: Licenciada en Psicología

Carrera: Licenciatura en Psicología

Fecha de entrega: Octubre 2024

Tutora: Lic. Victoria Gabotto

Índice

Resumen	1
Introducción.....	3
Marco Teórico	5
Antecedentes.....	7
Relevancia	14
<i>Teórica</i>	<i>14</i>
<i>Social.....</i>	<i>14</i>
<i>Práctica.....</i>	<i>15</i>
Objetivo General.....	15
Objetivos Específicos	15
Hipótesis	16
Metodología	17
Diseño de Investigación.....	17
Muestreo	17
Muestra	17
Instrumentos	19
<i>Encuesta Sociodemográfica</i>	<i>19</i>
<i>Inventario de Respuestas de Afrontamiento de Moos (CRI-A)</i>	<i>19</i>
<i>Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (STAI)</i>	<i>21</i>
Procedimiento.....	22
Análisis de datos.....	23
Análisis de resultados	24
<i>Caracterización de la muestra</i>	<i>24</i>
<i>Tabla 1. Datos sociodemográficos de la muestra.</i>	<i>24</i>

<i>Tabla 2. Análisis descriptivo de la Ansiedad Estado (A/E), Ansiedad Rasgo (A/R), Aproximación al problema y Evitación al Problema.</i>	26
<i>Tabla 3. Análisis descriptivo de la Ansiedad Estado (A/E), Ansiedad Rasgo (A/R) y las subescalas de Aproximación al problema y Evitación al Problema.</i>	26
<i>Tabla 4. Análisis descriptivo de Ansiedad-Estado y Ansiedad-Rasgo en mujeres.</i>	27
<i>Tabla 5. Análisis descriptivo de Ansiedad-Estado y Ansiedad-Rasgo en varones.</i>	28
<i>Tabla 6. Prueba de normalidad de las variables psicológicas.</i>	28
<i>Correlaciones entre las variables</i>	29
<i>Tabla 7. Asociaciones entre variables psicológicas y edad de los encuestados.</i>	29
<i>Comparaciones de grupos</i>	30
<i>Tabla 8. Diferencia de grupos según área de especialización en Ansiedad y Respuestas de Afrontamiento.</i>	31
<i>Tabla 9. Diferencia de grupos según Género en Ansiedad y Respuestas de Afrontamiento.</i>	32
<i>Tabla 10. Diferencia de grupos según Rango etario en Ansiedad y Respuestas de Afrontamiento.</i>	33
Discusión	34
Conclusión	38
Referencias bibliográficas	41
Anexos	50

Resumen

El objetivo de este estudio es analizar la relación entre las respuestas de afrontamiento al estrés y los niveles de ansiedad en el personal de salud del Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA). La muestra está compuesta por 108 participantes entre 18 y 65 años. La investigación es de enfoque cuantitativo, con un alcance descriptivo-correlacional y un diseño no experimental de corte transversal. Se utilizó un muestreo no probabilístico, contactando por medios virtuales a las personas que cumplían con los criterios de inclusión y se empleó el método bola de nieve para ampliar la muestra. En cuanto a los instrumentos, se aplicó una encuesta sociodemográfica, el Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) y el Inventario de Respuestas de Afrontamiento de Moos (CRI-A) que fueron respondidos a través de la plataforma Google Forms. Los resultados indicaron que las respuestas de afrontamiento más utilizadas fueron las de aproximación al problema y no se encontró una correlación significativa entre estas estrategias y bajos niveles de ansiedad. En contraste, las respuestas de evitación del problema, como la evitación cognitiva y la descarga emocional, mostraron una correlación directa con mayores niveles de ansiedad. Asimismo, se observaron diferencias significativas según género y edad. Las mujeres mostraron mayor tendencia a utilizar respuestas centradas en la emoción, como la descarga emocional, mientras que los adultos jóvenes (18 a 34 años) presentaron niveles más altos de ansiedad rasgo en comparación con los adultos mayores (35 a 65 años).

Palabras clave: ansiedad, respuestas de afrontamiento, personal de salud, estrés.

Abstract

The aim of this study is to explore the relationship between coping responses to stress and anxiety levels among healthcare professionals in the Metropolitan Area of

Buenos Aires (AMBA). The sample consisted of 108 participants aged 18 to 65 years. This research follows a quantitative approach, with a descriptive-correlational scope and a non-experimental, cross-sectional design. Non-probabilistic sampling was used, reaching participants through virtual means and employing the snowball technique to expand the sample. The instruments included a sociodemographic survey, the State-Trait Anxiety Inventory (STAI), and the Moos Coping Responses Inventory (CRI-A), which were administered via Google Forms. Results indicate that problem-focused coping strategies were the most used, and no significant correlation was found between these strategies and lower anxiety levels. In contrast, problem-avoidance responses, such as cognitive avoidance and emotional discharge, showed a direct correlation with higher anxiety levels. Significant differences were also observed according to gender and age. Women were more likely to use emotion-focused responses, such as emotional discharge, while younger adults (18 to 34 years) exhibited higher levels of trait anxiety compared to older adults (35 to 65 years).

Keywords: anxiety, coping responses, healthcare professionals, stress.

Introducción

A inicios de 2020, la población mundial se enfrentó al surgimiento de la pandemia de Coronavirus 2019 (COVID-19) (Organización Mundial de la Salud, 2020), una enfermedad que, desde su identificación, fue catalogada como una amenaza grave debido a sus potenciales consecuencias críticas para la salud, particularmente en ciertos grupos de pacientes de riesgo y en profesionales de la salud en la primera línea de atención (Shreffler et al., 2020). Estos últimos han estado en situaciones de alto riesgo por su constante contacto con personas infectadas y han tenido una sobrecarga de trabajo en un contexto con pocos recursos, debido a la alta tasa de transmisión, la falta de tratamientos o vacunas eficaces y los índices elevados de hospitalización y mortalidad (Brooks et al., 2020). También han experimentado preocupaciones y aislamiento ante la posibilidad de contagiar a sus familiares y han enfrentado la pérdida de pacientes y personas cercanas (Dong & Bouey, 2020).

Ubillos Landa et al. (2020) plantean que el efecto de este tipo de eventos no solo produce un alto número de personas fallecidas, sino que además genera la pérdida de homeostasis del individuo y constituye fenómenos sociales por su impacto en la vida cultural, económica, política, detonando una ruptura en la cotidianidad, potenciada por las medidas sanitarias que se imponen para combatirla. Un informe de la OPS (2016) señala que, en situaciones de desastres y emergencias, los horrores vividos, las pérdidas experimentadas, la incertidumbre y otros estresores relacionados con el evento traumático, coloca a las personas en mayor riesgo de sufrimiento y patologías vinculadas con alteraciones emocionales, depresión, ansiedad e incluso trastorno por estrés agudo o postraumático.

A cuatro años del inicio de la pandemia, más de 775 millones de personas han contraído COVID-19 a nivel global (OMS, 2024). Durante este tiempo, el virus ha

experimentado varias mutaciones, y se han desplegado múltiples esfuerzos para contener las diversas oleadas adicionales de la pandemia. No obstante, el mundo continúa enfrentando significativas consecuencias sociales, financieras y de salud.

En consecuencia, este escenario sin precedentes impulsó una amplia gama de investigaciones centradas en analizar los factores de riesgo individuales con el fin de identificar grupos vulnerables susceptibles de experimentar un malestar psicológico significativo durante y después de la pandemia. Un estudio sistemático realizado por Bourmistrova et al. (2022) destacó que los profesionales de la salud fue uno de los grupos que presentó altos niveles de ansiedad, depresión y trastorno de estrés postraumático, malestares que persistieron mucho después de los picos más agudos de la crisis sanitaria. De igual manera, un estudio de Caldichoury et al. (2023) enfocado en personal de la salud de América Latina, mostró que la mayor parte presentaba niveles significativos de ansiedad, depresión, estrés y agotamiento emocional debido a las demandas impuestas por la pandemia, especialmente durante su segundo año. El agotamiento o burnout también se ha intensificado entre este grupo, provocado por las largas jornadas laborales, la presión de tratar con pacientes graves y la incertidumbre constante sobre la evolución de la pandemia. Estos factores han generado un malestar emocional profundo, incrementando la vulnerabilidad de los profesionales de la salud a trastornos mentales crónicos (Shreffler et al., 2020; Tan et al., 2020, Shechter et al., 2020). No solo el personal de salud se observó como un grupo vulnerable, sino también los adultos jóvenes y las personas desempleadas (Serafini et al., 2020; Volk et al., 2021; Solomou et al., 2024). Dichas investigaciones han revelado que diversas variables demográficas pueden incrementar el riesgo de presentar malestar psicológico y también influir en los mecanismos de afrontamiento individuales.

Si bien múltiples estudios han documentado el impacto psicológico inmediato del brote de COVID-19, el confinamiento y las extenuantes jornadas de trabajo para los

profesionales de la salud (Conversano et al., 2020; Ferreira do Nascimento et al., 2020; Liu et al., 2020; Serrano-Ripoll et al., 2020; Sun et al., 2020; Labrague et al., 2021; İlhan & Küpeli, 2022; Carmassi et al., 2022; Denaro et al., 2023) persiste la necesidad de una evaluación continua de los efectos a largo plazo de la pandemia en la salud mental. Siguiendo esta línea de investigación, este estudio se propone entender la relación entre las respuestas de afrontamiento al estrés y la ansiedad en el personal de salud, en el ámbito metropolitano de Buenos Aires, en la actualidad. Se toman en consideración factores demográficos como la edad, género, grupo de convivencia, situación laboral, horas de trabajo, área de actuación o especialización en salud, y si los participantes cuentan con redes de apoyo y/o se encuentran en un tratamiento psicoterapéutico.

De lo expuesto en líneas anteriores, se desprende la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es la relación entre las respuestas de afrontamiento al estrés y la ansiedad, en el personal de salud del Área Metropolitana de Buenos Aires?

Marco Teórico

A fin de contextualizar, las definiciones sobre el estrés nos permitirán entender a qué factores se enfrentan las distintas respuestas de afrontamiento, tal como lo plantea Mc Grath (1970 en González Díaz, 2006). El estrés es entendido como la sensación de desequilibrio entre la capacidad de respuesta de una persona y una exigencia, cuyo resultado de fracaso ante esa demanda puede producir consecuencias considerables. Una misma circunstancia estresante puede generar en las personas respuestas distintas, englobando conductas, pensamientos y emociones. Esos recursos con los que cuenta un sujeto se denominan “estrategias de afrontamiento” (Ongarato et al., 2009). Moos (1993 en Mikulic et al., 2008) plantea que las características y la naturaleza de los sucesos que los sujetos enfrentan influyen en la disponibilidad de recursos y en las modalidades de

afrontamiento. Este autor sostiene que las características específicas de una crisis o transición vital y la evaluación que un sujeto hace de la situación promueven la selección de respuestas específicas de afrontamiento. En este sentido, sucesos estresantes como enfermedades físicas tienden a fomentar mayor cantidad de respuestas de afrontamiento activo de tipo conductual, mientras que los conflictos debido a relaciones interpersonales llevan a respuestas de afrontamiento focalizadas en la emoción (Moos, 1986). Según este autor, las respuestas de afrontamiento se agrupan en dos categorías: aproximación y evitación al problema. El afrontamiento por aproximación se centra en el problema, implicando esfuerzos tanto cognitivos como conductuales para manejar o resolver los estresores. Dentro de este tipo de afrontamiento, se encuentran 4 tipos de estrategias: análisis lógico, que refiere a intentos cognitivos de comprender y prepararse mentalmente para enfrentar un estresor y sus consecuencias; revalorización positiva, a intentos cognitivos de reinterpretar un problema de manera positiva mientras se acepta la realidad de la situación; búsqueda de orientación y apoyo, a intentos conductuales de buscar información, apoyo y orientación; resolución de problemas, a intentos conductuales de tomar acciones directamente orientadas a resolver el problema. Por el contrario, el afrontamiento por evitación tiende a enfocarse en la emoción, reflejando intentos cognitivos y conductuales para evitar pensar en el estresor y sus implicaciones, o para gestionar el afecto asociado. Las 4 estrategias en este caso apuntarán a: evitación cognitiva, que representan intentos cognitivos de evitar pensar en el problema de manera realista; aceptación/resignación, intentos cognitivos de aceptar el problema tal como es; búsqueda de gratificaciones alternativas, intentos conductuales de involucrarse en actividades alternativas para crear nuevas fuentes de satisfacción y descarga emocional, que refiere a intentos conductuales de reducir la tensión expresando sentimientos negativos.

Con relación a la ansiedad, Beck y Clark (1988, citado en Ocampo et al., 2007) exponen que su rasgo central es el intenso malestar interior, el sentimiento que tiene el sujeto de no sentirse capaz de controlar situaciones futuras. Dentro de los síntomas físicos destacan el sudor en las manos, tensión muscular, malestar estomacal, dificultades respiratorias y cardiológicas y sensación de desmayo. Por su parte, Spielberg (1972, citado en de Ansorena Cao et al., 2014) distingue que la ansiedad rasgo refiere a distintos estados individuales de ansiedad que son relativamente estables; de acuerdo con las características que presente, se la puede clasificar en una disposición, tendencia o rasgo. No se manifiesta en la conducta de manera directa y para ello debe tenerse en cuenta la frecuencia con que el individuo percibe y experimenta los aumentos en su estado de ansiedad. De esta forma, los sujetos que experimentan un alto grado de ansiedad rasgo son más proclives a percibir una mayor cantidad de situaciones como amenazantes y tienen una mayor predisposición a sufrir ansiedad estado de manera más intensa y/o con una mayor frecuencia. Cazalla-Luna y Molero (2015) diferencian la ansiedad estado de la ansiedad rasgo, siendo la primera referida a una expresión transitoria en respuesta a situaciones distintas, entendiéndose como una condición emocional que puede variar con relación al tiempo y también, puede sufrir cambios en intensidad.

Antecedentes

Sobre los estudios realizados en el campo de la salud mental en el contexto de pandemia, se han realizado numerosas revisiones e investigaciones sobre los efectos psicológicos negativos del aislamiento en la población (Brooks et al., 2020; Marquina Lujan, 2020; Di Giuseppe, 2020; Scholten et al., 2020; Sood, 2020). En ese sentido, Ferreira et al. (2021) destacan que los principales estresores estarían vinculados con una mayor duración de la cuarentena, aburrimiento, frustración, temores de infección,

pérdidas económicas y estigma. Asimismo, Denaro et al. (2023), en línea con Sood (2020), añaden que los factores predisponentes también incluyen la soledad, tener un familiar que forme parte del grupo de riesgo, poseer una historia previa de ansiedad o depresión y la desinformación en las redes sociales. Estos aspectos podrían conducir a trastornos psicológicos y psiquiátricos, como trastorno de estrés postraumático, la depresión mayor y la ansiedad generalizada (Brooks et al., 2020; Zwielewski et al., 2020) así como a estrategias pobres de afrontamiento (Van Belle et al., 2021).

Por otra parte, la relación entre las variables ansiedad y afrontamiento al estrés ha sido objeto de estudio en diversos grupos y contextos. En primer lugar, una investigación realizada por Volk et al. (2021) examinó la influencia de los factores demográficos, los niveles de ansiedad y los rasgos de personalidad en las estrategias de afrontamiento empleadas durante la pandemia de COVID-19 en jóvenes adultos de Estados Unidos y Canadá. La investigación incluyó a 508 participantes, con edades entre 24 y 35 años, divididos equitativamente entre hombres y mujeres. Los hallazgos revelaron que las personas con niveles más altos de ansiedad tendían a adoptar estrategias desadaptativas, aunque también mostraban intentos de buscar apoyo emocional. En cuanto a las diferencias de género, las mujeres manifestaron mayor ansiedad y afrontamiento negativo, mientras que los hombres tendieron a buscar menos apoyo emocional y reportaron menores niveles de ansiedad. Asimismo, Shpakou et al. (2023) corroboraron estas diferencias de género en un estudio posterior.

Continuando con esta temática, un estudio realizado por Lara et al. (2021) en España, investigó la relación entre los niveles de ansiedad y las estrategias de afrontamiento en 1377 adultos. Los resultados indicaron que los adultos con niveles bajos de ansiedad eran más propensos a emplear estrategias de afrontamiento orientadas a la resolución del problema, a diferencia de aquellos con altos niveles de ansiedad. De igual manera, se encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres: las

mujeres reportaron niveles de ansiedad más elevados y tendían a usar más estrategias de afrontamiento centradas en la emoción y evitativas, mientras que los hombres preferían estrategias más activas. Además, se observaron diferencias entre adultos jóvenes y maduros: los jóvenes utilizaban más estrategias de afrontamiento activo y presentaban niveles de ansiedad más bajos en comparación con los adultos maduros, quienes solían emplear estrategias menos efectivas y tenían niveles de ansiedad más altos.

En concordancia con estos hallazgos, Kar et al. (2021) llevaron a cabo una investigación sobre el estrés, la ansiedad y las estrategias de afrontamiento durante la pandemia de COVID-19 con una muestra de 1200 personas, en India. El objetivo del estudio fue analizar cómo las personas enfrentaron el estrés relacionado con la pandemia y qué estrategias utilizaron. Se encontró que el 65% de los participantes experimentaron niveles significativos de estrés y ansiedad, especialmente aquellos que recurrieron a estrategias de afrontamiento menos efectivas, como la evitación del problema. En contraste, los individuos que adoptaron estrategias de afrontamiento centradas en la solución del problema reportaron niveles de ansiedad más bajos. Es relevante mencionar que el 30% de los participantes eran trabajadores de la salud. Dentro de este grupo, el 70% reportó niveles elevados de ansiedad debido a las demandas intensas de su trabajo durante la pandemia. Sin embargo, a diferencia de otros hallazgos enfocados en este grupo, se evidenció una mayor tendencia a emplear estrategias de afrontamiento adaptativas, como la búsqueda de apoyo social.

Adicionalmente, Kolakowsky-Hayner et al. (2021) exploraron los impactos psicosociales de la cuarentena por COVID-19, centrándose en la ansiedad y las estrategias de afrontamiento, con énfasis en las diferencias de género. El estudio, realizado a nivel mundial, incluyó a 22781 participantes de 59 países en diversas regiones. El 60% de los participantes reportó niveles elevados de ansiedad e indicó utilizar estrategias de afrontamiento emocional y evitativo. Entre las mujeres, el 62%

indicó altos niveles de ansiedad y usó estas estrategias en un 25% más que los hombres. Dentro de la muestra, el 6% eran trabajadores de la salud, de los cuales el 65% reportó altos niveles de ansiedad y empleó respuestas de afrontamiento emocional y social.

Específicamente en el ámbito de la salud, Kılıç et al. (2021) llevaron a cabo un estudio en Turquía, con la participación de 1200 trabajadores de la salud durante la pandemia de COVID-19, con el objetivo de examinar la prevalencia de la ansiedad y su relación con los estilos de afrontamiento. Los resultados indicaron que el 57% de los participantes, incluyendo médicos y enfermeros, reportaron niveles altos de ansiedad, mientras que el 43% restante, mayoritariamente personal administrativo de salud, mostró niveles de ansiedad relativamente bajos y utilizó estrategias de afrontamiento más adaptativas y orientadas a la resolución de problemas. Además, se identificaron diferencias significativas entre los distintos tipos de trabajadores de la salud: el 65% de los médicos y especialistas reportaron niveles elevados de ansiedad y tendieron a usar estrategias de afrontamiento más activas, como la resolución de problemas y la búsqueda de apoyo social. El 50% de los enfermeros también experimentaron altos niveles de ansiedad, empleando estrategias de afrontamiento centradas en la emoción y evitativas. Se observaron diferencias notables entre géneros, con las mujeres reportando niveles más altos de ansiedad y una mayor inclinación a usar estrategias de afrontamiento centradas en la emoción y evitativas, como la descarga emocional y la evitación cognitiva. En contraste, los hombres tendieron a utilizar más estrategias de afrontamiento activas, como la resolución de problemas y la búsqueda de apoyo social, y presentaron niveles de ansiedad relativamente más bajos.

Siguiendo esta misma línea, Varsha & Ruckmani (2021) investigaron los niveles de ansiedad, la resiliencia y las estrategias de afrontamiento entre 200 trabajadores de la salud durante la pandemia de COVID-19 en India. Los resultados revelaron que el 65% de los trabajadores de la salud presentaron niveles significativos de ansiedad. Entre

estos participantes, alrededor del 45% mostró una alta resiliencia, lo que se asoció con el uso de estrategias de afrontamiento más efectivas, permitiéndoles manejar mejor su ansiedad. El estudio también identificó diferencias significativas entre grupos: los médicos, por ejemplo, presentaron niveles de ansiedad más bajos y estrategias de afrontamiento adaptativas en comparación con el personal de enfermería, quienes mostraron mayor vulnerabilidad emocional. Además, los trabajadores de la salud más jóvenes reportaron niveles de ansiedad más altos en comparación con sus colegas de mayor edad. También se observaron diferencias de género, ya que las mujeres mostraron niveles de ansiedad significativamente más altos que los hombres. En relación con los estilos de afrontamiento, los resultados sugieren que aquellos que emplearon estrategias más adaptativas, como buscar apoyo social y planificación, experimentaron niveles más bajos de ansiedad. En cambio, los trabajadores que utilizaron estilos de afrontamiento menos efectivos, como la evasión, tendieron a reportar mayores niveles de ansiedad.

Asimismo, Sobregrau et al. (2022) llevaron a cabo una evaluación de la salud mental de 1200 trabajadores de la salud en España durante la pandemia. El objetivo principal de la investigación fue analizar los niveles de ansiedad y depresión entre estos profesionales, así como las estrategias de afrontamiento que empleaban para manejar el estrés asociado a la crisis sanitaria. Los resultados revelaron que aproximadamente el 42% de los participantes presentaban síntomas significativos de ansiedad, y un 38% mostraba signos de depresión. Se observaron diferencias en los niveles de ansiedad entre grupos; por ejemplo, hasta un 50% de los trabajadores en unidades de cuidados intensivos reportaron síntomas significativos de ansiedad, en comparación con un 35% en otros entornos. En cuanto a los estilos de afrontamiento, los que emplearon estrategias centradas en el problema tenían una tasa de ansiedad más baja (alrededor del 30%), mientras que aquellos que se centraron más en las emociones experimentaron

tasas más elevadas de ansiedad, alcanzando hasta un 60%. El estudio subrayó la importancia de las estrategias de afrontamiento, indicando que aquellas centradas en el problema eran más efectivas para reducir la ansiedad en comparación con las centradas en las emociones.

En este contexto, Perilli et al. (2022) investigaron las diferencias en los niveles de ansiedad y las estrategias de afrontamiento entre médicos generales y enfermeros hospitalarios en Italia. El estudio incluyó a 73 profesionales de la salud: 37 médicos generales y 36 enfermeros. Los resultados revelaron que el 75,7% de los médicos generales presentaban niveles normales de ansiedad, mientras que un 10,8% mostró niveles altos. En comparación, solo el 2,78% de los enfermeros reportó niveles altos de ansiedad. Las estrategias de afrontamiento también variaron entre los grupos: los médicos se inclinaron hacia la resolución de problemas, mientras que los enfermeros tendieron a evitar el problema o a buscar apoyo social. También se estudió la relación entre estas variables y la práctica de Mindfulness. Esta práctica redujo significativamente la ansiedad, favoreciendo estrategias de afrontamiento adaptativas en los médicos. En cambio, los enfermeros aun así tendían a delegar o evitar los problemas. En términos de estrés, el 32,43% de los médicos generales mostró niveles moderados, mientras que solo el 5,56% de los enfermeros experimentó altos niveles de estrés. La correlación entre la ansiedad y la búsqueda de apoyo social fue significativa en ambos grupos, lo que indicó que el aislamiento laboral de los médicos contribuyó a su necesidad de apoyo. En conclusión, el estudio resaltó el papel crucial del mindfulness para reducir la ansiedad y promover estrategias de afrontamiento adaptativas en ambos grupos durante la pandemia.

De manera similar, un estudio llevado a cabo por Serrano-Ibáñez et al. (2023) en España, investigó el efecto de la pandemia sobre los niveles de estrés, ansiedad, depresión y agotamiento, así como la relación entre las estrategias de afrontamiento

utilizadas en 285 trabajadores de la salud. Los resultados mostraron que la muestra tenía una sintomatología depresiva de leve a moderada y niveles moderados de estrés y ansiedad, siendo las mujeres las que reportaron mayores niveles de estrés en comparación con los hombres. El estudio reveló que estrategias como la aceptación, la desconexión conductual, la negación, el uso de sustancias y el afrontamiento activo estaban significativamente relacionadas con la sintomatología (depresión, ansiedad, estrés y agotamiento). Además, se encontró que el afrontamiento activo, que implica tomar medidas directas y aumentar los propios esfuerzos para manejar el estresor, se asoció con menor despersonalización y mayor realización personal, dado que los profesionales de la salud que adoptaron esta estrategia mostraron menos síntomas típicos de agotamiento. Esto contrasta con estudios previos en pandemia, que hallaron una relación inversa entre esta estrategia y la ansiedad (Lara et al., 2021), posiblemente porque, aunque se redujo el nivel agudo de ansiedad, no tuvo efectos sostenidos en el tiempo. Por otro lado, la desconexión conductual, una estrategia desadaptativa, se relacionó con una mayor ansiedad, depresión y agotamiento. La negación también se asoció con malestar psicológico, prediciendo síntomas de depresión, ansiedad y estrés.

Adicionalmente, Nkyi y Baaba (2024) realizaron un estudio descriptivo con el fin de analizar las estrategias de afrontamiento, la ansiedad y el estrés en los trabajadores de la salud, en Ghana. Encuestaron a 322 profesionales de la salud, incluidos médicos, asistentes de médicos y enfermeros. La mayoría de los participantes fueron mujeres (75,2%) y enfermeros (88,8%), dentro del rango etario de 18 a 60 años. Los resultados revelaron que las estrategias de afrontamiento más empleadas fueron el afrontamiento activo y la religión. En cuanto a la diferencia entre géneros, los resultados mostraron que las mujeres experimentaron niveles significativamente más altos de ansiedad y tendían a utilizar más estrategias de afrontamiento centradas en la emoción, como la búsqueda de apoyo social y la aceptación de la situación, mientras que los

hombres utilizaron más estrategias de afrontamiento centradas en la solución de problemas y la planificación. En referencia a los niveles de ansiedad entre los trabajadores de salud, fue particularmente alta en enfermeras, médicos y técnicos de laboratorio. Esto contrasta con otros profesionales que desempeñaban funciones más administrativas o de apoyo y presentaban menores niveles de ansiedad. Por último, en cuanto a los estilos de afrontamiento, los enfermeros tendían a utilizar estrategias de afrontamiento centradas en la emoción, como la búsqueda de apoyo social y la descarga emocional. Los médicos, en cambio, mostraron una mayor tendencia a usar estrategias centradas en la resolución de problemas y la planificación. Por otra parte, no se observaron diferencias significativas en las estrategias de afrontamiento según el rango etario.

Relevancia

Teórica

Este estudio aporta al creciente conjunto de investigaciones sobre los efectos psicológicos a largo plazo de la pandemia de COVID-19, enfocándose específicamente en la relación entre la ansiedad y las respuestas de afrontamiento en el personal de salud. Se pretende contribuir al desarrollo de nuevos marcos teóricos que puedan abordar de manera más eficaz los desafíos psicológicos derivados de eventos globales como una pandemia.

Social

A nivel general, los hallazgos de esta investigación contribuirán a una mayor comprensión de cómo las crisis globales afectan la salud mental y cómo se puede construir una resiliencia comunitaria. Esto incluye la planificación de recursos adecuados, la implementación de políticas de salud mental y el diseño de campañas de sensibilización para promover el cuidado y la intervención temprana.

Práctica

Entender la relación entre la ansiedad y las respuestas de afrontamiento al estrés, permite diseñar e implementar programas de salud pública que no solo aborden las necesidades actuales, sino que también prevengan problemas de salud mental a largo plazo. Para los profesionales de la salud mental, conocer estas características psicológicas es crucial para adaptar las prácticas clínicas y ofrecer intervenciones más específicas y eficaces. Además, proporciona una base para la capacitación en salud mental y el desarrollo de programas de apoyo que pueden mejorar el bienestar de los trabajadores de la salud que enfrentan una gran carga emocional y laboral.

Objetivo General

Analizar la relación entre las respuestas de afrontamiento al estrés y los niveles ansiedad estado y ansiedad rasgo en el personal de salud, entre 18 y 65 años, residentes del Área Metropolitana de Buenos Aires.

Objetivos Específicos

- Describir las variables respuestas de afrontamiento, ansiedad estado y ansiedad rasgo en la muestra.
- Determinar los resultados entre los grupos de adultos jóvenes (de 18 a 34 años) y adultos maduros (de 35 a 65 años) en ambas variables.
- Comparar los resultados de las respuestas de afrontamiento y ansiedad según el área de actuación/especialización.
- Analizar los resultados de los niveles de ansiedad según la situación laboral, modalidad de trabajo y horas de trabajo semanales.

Hipótesis

H1: Existe una correlación positiva entre los niveles de ansiedad estado y ansiedad rasgo, y las respuestas de afrontamiento desadaptativas y de evitación al problema. Es decir, que las personas que presentan mayores niveles de ansiedad presentan respuestas de evitación al problema.

H2: Existe una correlación negativa entre los niveles de ansiedad estado y ansiedad rasgo, y las respuestas de afrontamiento adaptativas de aproximación al problema. Es decir, que las personas que presentan menores niveles de ansiedad presentan respuestas de aproximación al problema.

H3: Las mujeres tienden a utilizar más estrategias de afrontamiento evitativas y centradas en la emoción en comparación con los hombres, y estas estrategias se correlacionan positivamente con niveles más altos de ansiedad.

H4: Los adultos jóvenes presentan niveles de ansiedad significativamente más altos que los adultos maduros, quienes muestran niveles de ansiedad más bajos.

H5: Los médicos y enfermeros experimentan niveles más altos de ansiedad en comparación con el personal administrativo de salud, que reporta niveles bajos de ansiedad.

H6: Los médicos y especialistas son más propensos a utilizar respuestas de afrontamiento adaptativas, como la resolución de problemas y la búsqueda de apoyo social, mientras que los enfermeros tienden a emplear estrategias de afrontamiento centradas en la emoción y evitativas.

Metodología

Diseño de Investigación

El estudio es de tipo descriptivo y correlacional, con un diseño no experimental y de corte transversal (Hernández Sampieri et al., 2014). El análisis principal es correlacional y los complementarios son de diferencia de grupos según las variables sociodemográficas: género, grupo etario, grupo de convivencia, área de especialización/actuación en salud, situación laboral, horas trabajadas por semana.

Muestreo

Se utiliza un muestreo no probabilístico, específicamente por juicio o criterio, lo que implica que los participantes son seleccionados intencionalmente en función de ciertas características que se consideran relevantes para el estudio. Se implementa el método de bola de nieve, donde los participantes seleccionados inicialmente recomiendan a otros potenciales participantes con características similares, ampliando progresivamente el tamaño de la muestra (Hernández Sampieri et al., 2014).

Muestra

Está compuesta por 108 participantes, entre 18 y 65 años ($M=38,4$), que se desempeñan como personal de salud, residentes de AMBA (Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Gran Buenos Aires).

El 80,6% de la muestra está compuesta por mujeres y el 18,5% por hombres, solo una persona se identifica como no binaria (0,9%). En relación con el lugar de residencia, el 25% reside en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, mientras que el restante 75% se encuentra en el Gran Buenos Aires. Respecto al nivel de educación, el 4,6% ha completado solo el nivel secundario, el 1,9% cuenta con terciario incompleto,

el 22,2% ha completado el nivel terciario, el 11,1% cuenta con estudios universitarios incompletos y el 60,2% ha completado sus estudios universitarios. En cuanto al estado civil, el 30,6% refiere estar soltero/a, el 20,4% en pareja, el 37% en concubinato o casado/a, el 10,2% separado/a o divorciado/a y, por último, el 1,9% viudo/a. Por otra parte, la mayoría de los encuestados (53,7%) refiere convivir con 3 o más personas, el 34,3% convive con hasta 2 personas y el 12% vive sola.

Con relación a la situación laboral de los participantes, la mayoría (76,9%) tiene un empleo en relación de dependencia, mientras que el 21,3% es monotributista y una minoría (1,9%) se encuentra desempleada. El 62% tiene un empleo en una única institución, el 30,6% tiene 2 o más empleos en varias instituciones y el 7,4% trabaja de manera independiente. La mayor parte (66,7%) trabaja hasta 45 horas por semana, un 27,8% trabaja entre 45 y 65 horas y solo un 5,6% excede las 65 horas semanales. Respecto a las áreas de especialización/actuación en salud, la muestra se distribuye de la siguiente manera: el 11,1% se especializa en Medicina Clínica, el 28,7%, trabaja en Laboratorio o Diagnóstico, un 17,6% se dedica a Psicología/Psiquiatría, un 24,1% se especializa en Enfermería, un 8,3% corresponde a otras especialidades médicas (nutrición, gastroenterología, medicina estética, fonoaudiología e instrumentación quirúrgica), un 2,8% trabaja en Cuidados Intensivos y un 7,4% se dedica a funciones administrativas en salud. En relación con la existencia de redes formales o informales de apoyo en el entorno laboral, un 55,6% afirma que existen redes de apoyo, mientras que el restante 44,4% indica que no cuenta con ello. El 31,5% de la muestra indica que concurre a psicoterapia, el 29,6% ha realizado psicoterapia en el pasado y el 38,9% refiere que no lo hace. Por último, solo un 11,1% de los participantes está recibiendo tratamiento psicofarmacológico, la mayoría (87%) no está bajo este tipo de tratamiento y un 1,9% ha optado por no responder a esta pregunta.

Para los propósitos de este estudio, se establece una distinción entre dos grupos de edad: de 18 a 34 años, clasificados como adultos jóvenes, y de 35 a 65 años, considerados adultos maduros, de acuerdo con la segmentación etaria sugerida por Infurna et al. (2020). La persona que se identifica como no binaria no es considerada en los análisis de diferencias de género por no ser significativamente representativa en la muestra (0,9%). Por este mismo motivo, tampoco se consideran a las personas que refieren estar desempleadas (1,9%).

Criterios de exclusión: personas que no se desempeñan como personal de salud, residentes fuera del AMBA, participantes fuera del rango etario de 18 a 65 años.

Instrumentos

Encuesta Sociodemográfica

Se solicita información sobre la edad, género autopercebido, estado civil, nivel de educación, lugar de residencia y grupo de convivencia. Con relación a su contexto laboral, se indaga sobre su situación (si se encuentra empleado o no), la modalidad de contratación, la cantidad de horas semanales dedicadas al trabajo, el área de actuación o especialización en salud y si existen redes formales o informales de apoyo. También se consulta si la persona está en tratamiento psicoterapéutico y/o psicofarmacológico.

Inventario de Respuestas de Afrontamiento de Moos (CRI-A)

Moos Coping Response Inventory (CRI-A, Moos, 1993). Adaptación española: Inventario de Respuestas de Afrontamiento-Adultos (Kirchner Nebot y Fornis i Santacana, 2010).

Inventario de Respuestas de Afrontamiento de Moos para adultos adaptado para Argentina (Mikulic, 1998). El CRI-A permite evaluar las respuestas de afrontamiento que una persona emplea ante un problema o una situación estresante,

integrando dos perspectivas: la orientación del afrontamiento y el método utilizado. Desde la perspectiva de la orientación, las respuestas se clasifican en dos grupos: aproximación y evitación. Cada uno de estos grupos se subdivide en categorías que representan los métodos de afrontamiento cognitivo y conductual. En términos generales, el afrontamiento por aproximación se centra en el problema y refleja los esfuerzos cognitivos y conductuales dirigidos a manejar o resolver los estresores. Por otro lado, el afrontamiento por evitación se enfoca en la emoción, manifestándose en intentos cognitivos y conductuales para evitar pensar en un estresor y sus consecuencias, o para gestionar el afecto relacionado con él (Mikulic et al., 2008).

Estructura del inventario. Este consta de dos partes: en la primera de ellas el sujeto debe describir el problema más importante que haya vivido en los últimos 12 meses y realizar una valoración de este en una escala likert en base a 10 preguntas. La segunda parte consta de 48 ítems con una escala de cuatro puntos para valoración primaria de la situación estresante (1=“nunca”; 2=“una o dos veces”; 3=“algunas veces”; 4=“muchas veces”). Estos 48 ítems se agrupan en ocho subescalas, de las cuales 4 forman parte de la dimensión de respuestas de Aproximación al Problema: Análisis lógico (AL), Revalorización positiva (R), Búsqueda de orientación y apoyo (BA), Resolución de problemas (RP); mientras que las otras 4 refieren a la dimensión de Evitación del problema: Evitación Cognitiva (EC), Aceptación o Resignación (A), Búsqueda de gratificaciones alternativas (BG), Descarga emocional (DE). Desde el punto de vista del método de afrontamiento, las estrategias que pertenecen a la dimensión cognitiva son Análisis lógico, Reevaluación Positiva, Evitación Cognitiva y Aceptación/Resignación, mientras que Resolución de problemas, Búsqueda de Orientación y Apoyo, Búsqueda de Gratificaciones Alternativas y Descarga Emocional corresponden a la dimensión conductual. El puntaje mínimo de cada subescala es de 6 y el máximo de 24.

Pautas para la corrección.

Análisis Lógico. Ítems con puntaje directo: 1, 9, 17, 25, 33, 41.

Revalorización Positiva. Ítems con puntaje directo: 2, 10, 18, 26, 34, 42.

Búsqueda de Orientación y Apoyo. Ítems con puntaje directo: 3, 11, 19, 27, 35, 43.

Resolución de Problemas. Ítems con puntaje directo: 4, 12, 20, 28, 36, 44.

Evitación Cognitiva. Ítems con puntaje directo: 5, 13, 21, 29, 37, 45.

Aceptación o Resignación. Ítems con puntaje directo: 6, 14, 22, 30, 38, 46.

Búsqueda de Gratificaciones Alternativas. Ítems con puntaje directo: 7, 15, 23, 31, 39, 47.

Descarga Emocional. Ítems con puntaje directo: 8, 16, 24, 32, 40, 48.

Validez y confiabilidad de la adaptación local. Mikulic y Crespi presentaron la versión adaptada del CRI-A en 2008 y el coeficiente alpha del instrumento total fue elevado (0.85).

Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (STAI)

State-Trait Anxiety Inventory (STAI, Spielberg, Gorsuch & Lushene, 1970).

Primera adaptación española: Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (Buela Casal, Guillén-Riquelme y Seisdedos Cubero, 1982).

Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo validado en Argentina (Leibovich de Figueroa, 1991). Este mide la ansiedad en dos dimensiones, rasgo y estado. El inventario consta de 20 ítems por cada dimensión, con escala tipo Likert con 4 opciones de respuesta, para que el sujeto responda según la frecuencia de los síntomas. En la sección de Ansiedad-Estado, el sujeto debe marcar una opción de respuesta para cada afirmación de 0 a 3 (donde 0 significa “nada”; 1, “algo”; 2, “bastante” y 3, “mucho”), indicando cómo se siente en ese momento. La subescala Ansiedad Estado se entiende

como una expresión transitoria en respuesta a situaciones distintas, que puede variar con relación al tiempo y también puede sufrir cambios en intensidad. En la sección Ansiedad-Rasgo, el sujeto selecciona una respuesta para cada afirmación también con una escala de 0 a 3 (en la cual 0 refiere a “casi nunca”; 1, “a veces”; 2, “a menudo”; 3, “casi siempre”) refiriendo cómo responde habitualmente. Así, se entiende a la subescala Ansiedad Rasgo como una disposición que tiende a ser estable en el tiempo.

Pautas para la corrección.

Ansiedad Estado (A/E). Los ítems con puntaje directo son 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18 y los que tienen puntaje inverso son 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20.

Ansiedad Rasgo (A/R). Los ítems con puntaje directo son 2, 4, 5, 8, 9, 11, 12, 15, 17, 18, 20 y los que tienen puntaje inverso son 1, 3, 6, 7, 10, 13, 14, 16, 19.

Los puntajes de corte se consideran según se señala en la fila “promedio” de la siguiente tabla. Los resultados en cada una de las dimensiones luego se comparan contra baremos para varones y mujeres respectivamente (Buela Casal et al., 2015).

ADULTOS CATEGORIAS	VARONES		MUJERES	
	A/E	A/R	A/E	A/R
Alto	29 60	26 60	32 60	33 60
Sobre promedio	20 28	20 25	23 31	26 32
Promedio	19	19	20 22	24 25
Tend. Promedio	14 18	14 18	15 19	17 23
Bajo	0 13	0 13	0 14	0 16

Validez y Confiabilidad de la Adaptación Argentina. Se evidenciaron altos valores de consistencia interna con un alfa de Cronbach=0.90 (Leibovich de Figueroa, 1991 citado en Rodríguez de Behrends y Brenlla, 2016).

Procedimiento

El protocolo ha sido administrado en los meses de agosto y septiembre de 2024. Se contactó a los sujetos por vía electrónica a través de redes sociales (Whatsapp, e-

mails, Instagram y Facebook) para invitarlos a participar del proyecto de investigación, notificando el objetivo y los alcances del mismo. Se hizo énfasis en la confidencialidad que se mantendría sobre los datos personales y que no se haría devolución alguna sobre la información consignada.

El protocolo incluyó el consentimiento informado, la encuesta sociodemográfica ad-hoc, el cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) y el inventario de Respuestas de Afrontamiento de Moos (CRI-A). A los fines de esta investigación, se ha tomado solo la segunda parte del instrumento CRI-A.

Análisis de datos

La plataforma Google forms fue el medio para recolectar las respuestas. El preprocesamiento de datos se realizó en el programa Excel, descartando outliers. Para el análisis estadístico se usó el IBM-SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), versión 26. Se aplicaron estadísticos descriptivos con el fin de caracterizar la muestra. Se realizó el análisis de normalidad de las variables con la prueba Kolmogorov-Smirnov. Los análisis de correlación se hicieron con R de Pearson y Rho de Spearman para variables paramétricas y no paramétricas, respectivamente. Las comparaciones y diferencias de grupos de variables bicategóricas se analizaron a través de T de Student o U de Mann-Whitney según correspondiera en función de la prueba de normalidad. Para comparaciones múltiples se utilizó el análisis ANOVA o H de Kruskal-Wallis también siguiendo el lineamiento de variable paramétrica o no paramétrica, respectivamente.

Análisis de resultados

Caracterización de la muestra

Tabla 1

Datos sociodemográficos de la muestra.

Variable	Etiqueta	N	Porcentaje
Rango etario	18 a 34 años	48	44,4%
	35 a 65 años	60	55,6%
Género	Femenino	87	80,6%
	Masculino	20	18,5%
	No binario	1	0,9%
Lugar de residencia	Ciudad Autónoma de Buenos Aires	27	25,0%
	Gran Buenos Aires	81	75,0%
Nivel de educación alcanzado	Primario incompleto	0	0,0%
	Primario completo	0	0,0%
	Secundario incompleto	0	0,0%
	Secundario completo	5	4,6%
	Terciario incompleto	2	1,9%
	Terciario Completo	24	22,2%
	Universitario incompleto	12	11,1%
	Universitario completo	65	60,2%
Estado civil	Soltero/a	33	30,6%
	En pareja	22	20,4%
	Concubinato - Casado/a	40	37,0%
	Separado/a - Divorciado/a	11	10,2%
	Viudo/a	2	1,9%
Grupo de convivencia	Vivo solo/a	13	12,0%

	Hasta 2 personas	37	34,3%
	3 personas o más	58	53,7%
Situación laboral	Desempleado/a	2	1,9%
	Relación de dependencia	83	76,9%
	Monotributista	23	21,3%
Modalidad de contratación	Tengo un empleo en una única institución.	67	62,0%
	Tengo 2 o más empleos en varias instituciones.	33	30,6%
	Trabajo de manera independiente	8	7,4%
Cantidad de horas de trabajo	Hasta 45 horas semanales	72	66,7%
	Entre 45 horas y 65 horas semanales	30	27,8%
	Más de 65 horas por semana	6	5,6%
Área de actuación/especialización	Enfermería	26	24,1%
	Laboratorio/Diagnóstico	31	28,7%
	Medicina clínica y otras especialidades	21	19,4%
	Psicología/Psiquiatría	19	17,6%
	Personal administrativo	8	7,4%
	Cuidados intensivos	3	2,8%
¿Existen redes formales o informales de apoyo en su área de trabajo?	Sí	60	55,6%
	No	48	44,4%
¿Realiza actualmente psicoterapia?	Sí	34	31,5%
	No, pero realicé anteriormente	32	29,6%
	No	42	38,9%

¿Actualmente está bajo tratamiento psicofarmacológico?	Sí	12	11,1%
	No	94	87,0%
	Prefiero no responder	2	1,9%

Nota: N=108

Tabla 2

Análisis descriptivo de la Ansiedad Estado (A/E), Ansiedad Rasgo (A/R), Aproximación al problema y Evitación al Problema.

	A/E	A/R	Aproximación al problema	Evitación al problema
Media	19,7	22,2	67,6	59,8
Desviación estándar	12,0	10,6	10,9	10,1

Nota: N=108

Tabla 3

Análisis descriptivo de la Ansiedad Estado (A/E), Ansiedad Rasgo (A/R) y las subescalas de Aproximación al problema y Evitación al Problema.

Variable	M (DS)	95% IC	Mín.	Máx.
Análisis Lógico	17,2 (3,3)	[16,6 - 17,86]	8	24
Revalorización Positiva	17,2 (3,5)	[16,56 - 17,92]	9	24
Búsqueda de Orientación y Apoyo	15,7 (3,4)	[15,07 - 16,38]	6	23
Resolución de problemas	17,5 (3,6)	[16,79 - 18,17]	9	24
Evitación cognitiva	14,9 (4,3)	[14,06 - 15,68]	6	24
Aceptación o Resignación	13,9 (4,1)	[13,13 - 14,7]	6	23
Búsqueda de Gratificaciones Alternativas	17,0 (3,1)	[16,41 - 17,61]	9	24
Descarga Emocional	14,1 (2,8)	[13,53 - 14,62]	7	21

Ansiedad Estado	19,7 (12,0)	[17,49 - 22,08]	0	55
Ansiedad Rasgo	22,2 (10,6)	[20,22 - 24,28]	1	48

Nota: N=108

En cuanto a los factores de la dimensión Aproximación al Problema, se evidenciaron medias moderadas. Por otro lado, en las subescalas de la dimensión Evitación al Problema también se registraron medias moderadas, con la excepción de la subescala de Aceptación/Resignación que mostró un promedio ligeramente inferior según los puntajes mínimos y máximos de referencia. En relación con la Ansiedad, tanto en su forma de Estado como de Rasgo, los resultados indicaron una tendencia hacia puntajes inferiores respecto de la media.

Tabla 4

Análisis descriptivo de Ansiedad-Estado y Ansiedad-Rasgo en mujeres.

	Frecuencia A/E	Porcentaje A/E	Frecuencia A/R	Porcentaje A/R
Bajo	35	40,2%	28	32,2%
Leve	14	16,1%	23	26,4%
Medio	6	6,9%	7	8,0%
Moderado	13	14,9%	12	13,8%
Alto	19	21,8%	17	19,5%

Nota: N=87

Se observa que el 36,8% de las mujeres presenta un nivel de Ansiedad Estado moderado a alto, mientras que el 56,3% se encuentra por debajo del promedio. En el caso de Ansiedad Rasgo, un 33,3% puntúa en un nivel moderado a alto y un 58,6% presenta un nivel bajo a leve.

Tabla 5

Análisis descriptivo de Ansiedad-Estado y Ansiedad-Rasgo en varones.

	Frecuencia A/E	Porcentaje A/E	Frecuencia A/R	Porcentaje A/R
Bajo	5	25%	7	35%
Leve	7	35%	3	15%
Medio	1	5%	0	0%
Moderado	5	25%	4	20%
Alto	2	10%	6	30%

Nota: N=20

El 35% de los hombres muestra un nivel de Ansiedad Estado moderado a alto, en tanto que el 60% se sitúa por debajo de la media. En cuanto a la Ansiedad Rasgo, el 50% tiene una puntuación moderada a alta, mientras que el otro 50% muestra niveles bajos a leves.

Tabla 6

Prueba de normalidad de las variables psicológicas.

Variables	Estadístico	gl	Sig.
Análisis Lógico	0,087	108	0,045
Revalorización Positiva	0,075	108	0,170*
Búsqueda de Orientación y Apoyo	0,102	108	0,007
Resolución de problemas	0,081	108	0,079*
Evitación cognitiva	0,090	108	0,032
Aceptación o Resignación	0,113	108	0,002
Búsqueda de Gratificaciones Alternativas	0,087	108	0,043
Descarga Emocional	0,091	108	0,027

Ansiedad Estado	0,119	108	0,001
Ansiedad Rasgo	0,100	108	0,010

*Nota: Prueba utilizada Kolmogorov-Smirnov. *Distribución normal =>.05.*

Las subescalas Revalorización Positiva y Resolución de Problemas son paramétricas por tener un nivel de significación mayor a 0,05, en tanto que el resto de las variables son no paramétricas, por ser su significación menor a 0,05.

Correlaciones entre las variables

Tabla 7

Asociaciones entre variables psicológicas y edad de los encuestados.

Variable	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.
1. Edad	-	0,024	0,069	,207*	,209*	-0,186	-,200*	0,126	-0,003	-0,157	-,298**
2. Análisis Lógico		-	,501**	,389**	,507**	,279**	,249**	,375**	,395**	-0,041	0,089
3. Revalorización Positiva			-	,366**	,568**	,286**	,279**	,360**	,307**	-0,108	-0,011
4. Búsqueda de Orientación y Apoyo				-	,532**	0,095	0,074	,372**	,348**	-0,137	-0,015
5. Resolución de problemas					-	0,042	0,000	,458**	,247**	-,297**	-,291**
6. Evitación cognitiva						-	,602**	0,160	,285**	,229*	,415**
7. Aceptación o Resignación							-	0,093	,410**	,221*	,410**
8. Búsqueda de Gratificaciones Alternativas								-	0,117	-,360**	-,224*

9. Descarga Emocional	-	0,164	,275**
10. Ansiedad Estado	-		,653**
11. Ansiedad Rasgo			-

*Nota: N=108. Estadístico Utilizado: Rho de Spearman. *p <.05; **p <.01.*

Respecto a la edad, correlacionó positivamente con el uso de estrategias de afrontamiento como Búsqueda de Orientación y Apoyo (,207*) y Resolución de problemas (,209*), mientras que tuvo una asociación inversa con Aceptación o Resignación (-,200*) y Ansiedad Rasgo (-,298**).

En cuanto a la asociación entre los factores de las variables Respuestas de Afrontamiento y Ansiedad, se halló una correlación inversa y débil entre ambas dimensiones de Ansiedad, Resolución de Problemas (-,297**, -,291**) y Búsqueda de Gratificaciones Alternativas (-,360**, -,224*). Por otra parte, Evitación Cognitiva y Aceptación/Resignación tuvieron una correlación directa con Ansiedad, siendo esta relación moderada solo con Ansiedad Rasgo (,415** y ,410** respectivamente), en tanto que Descarga emocional solo tuvo una asociación directa débil con Ansiedad Rasgo (,275**). Por último, se observó una correlación directa fuerte entre Ansiedad Estado y Ansiedad Rasgo (,653**).

Comparaciones de grupos

Para evaluar las diferencias entre grupos según la situación laboral, la modalidad de contratación y la cantidad de horas semanales trabajadas en relación con las variables de ansiedad y respuestas de afrontamiento, se aplicaron los estadísticos H de Kruskal-Wallis y ANOVA. No se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos analizados.

Asimismo, se compararon los grupos en función del área de especialización, utilizando nuevamente los estadísticos H de Kruskal-Wallis y ANOVA. En este caso, solo se observó una diferencia significativa, siendo el grupo de Enfermería el que utiliza la respuesta de Evitación cognitiva en mayor medida (ver tabla 8).

Tabla 8

Diferencia de grupos según área de especialización en Ansiedad y Respuestas de Afrontamiento.

Variable	Área de Especialización						gl	H	p.
	Enfermería	Laboratorio/ Diagnóstico	Medicina clínica y otras especialidades	Psicología/ Psiquiatría	Personal administrativo	Cuidados intensivos			
Análisis Lógico	57,62	52,21	50,17	56,08	59,88	57,17	5	1,144	0,950
Búsqueda de Orientación y Apoyo	54,08	48,44	61,76	60,55	49,06	46,17	5	3,497	0,624
Evitación cognitiva	71,17	53,10	44,43	43,24	62,94	43,83	5	13,076	0,023
Aceptación o Resignación	68,25	52,60	45,33	45,08	66,25	47,50	5	10,002	0,075
Búsqueda de Gratificaciones Alternativas	49,98	55,53	51,10	55,08	76,56	44,33	5	5,172	0,395
Descarga Emocional	67,81	54,89	51,90	43,00	39,69	65,67	5	9,695	0,084
Ansiedad Estado	65,06	55,58	50,40	55,11	35,31	27,83	5	8,549	0,128
Ansiedad Rasgo	67,25	55,05	53,88	43,63	47,88	29,17	5	8,950	0,111
	Enfermería	Laboratorio/ Diagnóstico	Medicina clínica y otras especialidades	Psicología/ Psiquiatría	Personal administrativo	Cuidados intensivos	gl	F	p.
Revalorización Positiva	17,92	16,48	17,43	16,63	19,25	16,33	5	1,162	0,333

Resolución de problemas	17,27	17,23	17,33	17,84	18,38	18,33	5	0,217	0,954
-------------------------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	---	-------	-------

Nota: N=108. Estadísticos Utilizados: H de Kruskal Wallis; F de ANOVA.

En relación con el género, no se evidenciaron diferencias en la variable de ansiedad, ni se observaron variaciones en las subescalas de aproximación al problema, como se muestra en la siguiente tabla (ver tabla 9). Sin embargo, en las subescalas de Descarga emocional y Aceptación o Resignación, se halló una diferencia significativa entre los grupos, destacando que las mujeres tienden a utilizar estas respuestas de afrontamiento en mayor medida.

Tabla 9

Diferencia de grupos según Género en Ansiedad y Respuestas de Afrontamiento.

Variable	Género		Z	U	p.
	Masculino (n=20)	Femenino (n=87)			
Ansiedad Estado	48,63	55,24	-0,860	762,500	0,390
Ansiedad Rasgo	47,98	55,39	-0,964	749,500	0,335
Análisis Lógico	48,58	55,25	-0,872	761,500	0,383
Búsqueda de Orientación y Apoyo	43,70	56,37	-1,655	664,000	0,098
Evitación cognitiva	43,43	56,43	-1,696	658,500	0,090
Aceptación o Resignación	38,63	57,53	-2,467	562,500	0,014
Búsqueda de Gratificaciones Alternativas	55,00	53,77	-0,161	850,000	0,872
Descarga Emocional	35,80	58,18	-2,927	506,000	0,003
	Masculino (n=20)	Femenino (n=87)	t	gl	p.
Revalorización Positiva	16,95	17,32	0,426	28,906	0,673
Resolución de problemas	17,15	17,56	0,444	27,473	0,661

*Nota: N= 107. Estadístico utilizado: U de Mann Whitney; T de Student. *p <.05; **p <.01.*

Respecto a las respuestas de afrontamiento, no se evidenciaron diferencias según el rango etario, así como tampoco en la Ansiedad Estado (ver tabla 10). No obstante, se observa una diferencia significativa en Ansiedad Rasgo, siendo los adultos jóvenes (18 a 34 años) quienes presentan mayores niveles de ansiedad.

Tabla 10

Diferencia de grupos según Rango etario en Ansiedad y Respuestas de Afrontamiento.

Variable	Rango etario		Z	U	p.
	18 a 34 años (n=48)	35 a 65 años (n=60)			
Ansiedad Estado	57,75	51,90	-0,965	1284	0,334
Ansiedad Rasgo	61,90	48,58	-2,197	1085	0,028
Análisis Lógico	53,74	55,11	-0,227	1403,500	0,820
Búsqueda de Orientación y Apoyo	50,52	57,68	-1,187	1249,000	0,235
Evitación cognitiva	58,50	51,30	-1,191	1248,000	0,234
Aceptación o Resignación	57,17	52,37	-0,795	1312,000	0,427
Búsqueda de Gratificaciones Alternativas	54,17	54,77	-0,099	1424,000	0,921
Descarga Emocional	52,67	55,97	-0,547	1352,000	0,584
	18 a 34 años (n=48)	35 a 65 años (n=60)	t	gl	p.
Revalorización Positiva	16,94	17,48	-0,781	92,923	0,437
Resolución de problemas	16,75	18,07	-1,875	92,881	0,064

*Nota: N= 108. Estadístico Utilizado. U de Mann Whitney; T de Student. *p <.05; **p <.01.*

Discusión

Esta investigación tuvo como objetivo general analizar la relación entre las respuestas de afrontamiento al estrés y los niveles de ansiedad (estado y rasgo) en profesionales de la salud del Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA). También se establecieron varios objetivos específicos que guiaron la investigación, como describir las variables de respuestas de afrontamiento y ansiedad, comparar las diferencias entre grupos etarios, áreas de especialización y situaciones laborales. A continuación, se discuten los resultados en función de estos objetivos y las hipótesis planteadas.

El primer objetivo fue describir las variables afrontamiento y ansiedad en el personal de salud. Los resultados mostraron que las estrategias de afrontamiento adaptativas, como la resolución de problemas y la búsqueda de apoyo, fueron utilizadas con más frecuencia que las estrategias de evitación. En cuanto a la ansiedad, se observó que los niveles de ansiedad rasgo tendían a ser elevados en una porción significativa de la muestra, mientras que la ansiedad estado fluctuaba en niveles moderados. Estos hallazgos coinciden con lo planteado en investigaciones anteriores, como las de Sobregrau et al. (2022), Caldichoury et al. (2023) y Serrano-Ibáñez et al. (2023), que también observaron niveles elevados de malestar psicológico entre los profesionales de la salud.

En primer lugar, la Hipótesis 1 (H1) proponía una correlación positiva entre los niveles de ansiedad y las respuestas de afrontamiento de evitación al problema. Los resultados confirmaron parcialmente esta hipótesis, ya que se encontró una asociación significativa entre la variable ansiedad y la evitación cognitiva, la aceptación o resignación y la descarga emocional. Esto sugiere que los trabajadores que emplean estas estrategias tienden a experimentar niveles más altos de ansiedad. Este hallazgo es consistente con estudios previos, como el de Mikulic (2008), Kar et al. (2021),

Kolakowsky-Hayner (2021) y Serrano-Ibáñez et al. (2023), que señalan que las estrategias de evitación al problema a menudo están vinculadas a un aumento en la ansiedad. Sin embargo, no todas las estrategias desadaptativas mostraron una correlación directa, lo que sugiere que otros factores, como las características individuales o el contexto laboral, podrían moderar esta relación.

En cuanto a la segunda hipótesis (H2), que proponía una correlación negativa entre los niveles de ansiedad y las respuestas de afrontamiento adaptativas, los resultados no la confirmaron. No se detectó una asociación significativa entre estas variables, lo que sugiere que el uso de estrategias centradas en la solución de problemas y la búsqueda de apoyo no se relacionó directamente con la reducción de los niveles de ansiedad, ni en su forma de ansiedad estado ni rasgo. Estos resultados contradicen investigaciones previas, como las de Lara et al. (2021), Volk et al. (2021), Labrague (2021) y Kar et al. (2021), que reportan que las respuestas de afrontamiento activo suelen estar asociadas a una mejor gestión del estrés y menores niveles de ansiedad. Una posible explicación es que el impacto de estas estrategias podría no ser inmediato, o bien estar influenciado por otros factores, como el agotamiento emocional prolongado experimentado por el personal de salud.

La tercera hipótesis (H3), que sugería que las mujeres tienden a utilizar más estrategias de afrontamiento centradas en la emoción y evitativas que los hombres, fue confirmada. Los resultados mostraron que las mujeres utilizaron significativamente más estrategias de evitación, como la descarga emocional y la aceptación o resignación, en comparación con los hombres. Estos hallazgos son consistentes con investigaciones previas (Volk et al., 2021; Kolakowsky-Hayner et al., 2021; Shpakou et al., 2023, Nkyi y Baaba, 2024), que también encontraron que las mujeres son más propensas a emplear estrategias de afrontamiento centradas en la emoción y evitativas. Esta tendencia podría

estar vinculada a la socialización de género, donde las mujeres suelen estar más predispuestas a manifestar y gestionar sus emociones de manera distinta a los hombres.

Respecto a la Hipótesis 4 (H4), que postulaba que los adultos jóvenes (18-34 años) presentarían niveles significativamente más altos de ansiedad que los adultos maduros (35-65 años), fue confirmada parcialmente. Los resultados mostraron que los adultos jóvenes reportaron niveles más altos de ansiedad rasgo, pero no de ansiedad estado. Esto podría explicarse por la percepción de mayores niveles de incertidumbre y estrés propios de la etapa de desarrollo personal y profesional de los jóvenes, como sugieren Infurna et al. (2020). Estos resultados son congruentes con hallazgos de estudios previos, como los de Varsha & Ruckmani (2021), que también observaron una mayor vulnerabilidad al estrés y la ansiedad en poblaciones más jóvenes.

Las Hipótesis 5 y 6 (H5 y H6) planteaban diferencias en los niveles de ansiedad y respuestas de afrontamiento según el área de actuación o especialización de los profesionales de la salud. Los resultados mostraron que, si bien no se observaron variaciones sustanciales en los niveles de ansiedad entre médicos, enfermeros y personal administrativo, sí se encontraron diferencias significativas en las respuestas de afrontamiento. En particular, los enfermeros utilizaron significativamente más estrategias de evitación cognitiva en comparación con otros grupos, lo que sugiere que este colectivo enfrenta una mayor carga emocional y tiende a recurrir a estrategias centradas en la evitación. Estos hallazgos coinciden con investigaciones previas (Kılıç et al., 2021; Varsha & Ruckmani, 2021; Perilli et al., 2022; Nkyi y Baaba, 2024) que indicaban que los enfermeros, debido a su contacto directo con los pacientes y la naturaleza emocionalmente demandante de su trabajo, empleaban con mayor frecuencia estrategias de afrontamiento desadaptativas. Respecto a la discrepancia sobre los niveles de ansiedad reportados en estudios previos, una posible explicación podría ser la

homogeneidad en las condiciones de trabajo dentro de la muestra de este estudio, lo que podría haber minimizado las diferencias entre los grupos.

Finalmente, el último objetivo, que pretendía analizar las variables psicológicas en función de la situación laboral, modalidad de trabajo y cantidad de horas semanales, no reveló diferencias significativas entre los grupos. Esto contradice estudios previos como los de İlhan & Küpeli (2022), Carmassi et al. (2022), Denaro et al. (2023) y Caldichoury et al. (2023) que sugerían que las largas jornadas laborales y la modalidad de trabajo podrían influir de manera diferencial en los niveles de ansiedad de los profesionales de la salud. Este resultado también podría deberse a la homogeneidad de las condiciones laborales en la muestra o a que todos los profesionales están igualmente expuestos a situaciones de alto estrés, independientemente de su carga laboral.

Conclusión

Este estudio proporcionó evidencia sobre la relación entre las respuestas de afrontamiento y los niveles de ansiedad en el personal de salud del AMBA. Los resultados destacaron que las respuestas de afrontamiento adaptativas, como la resolución de problemas ($M=17,5$) y la búsqueda de orientación y apoyo ($M=15,7$), fueron las más utilizadas. Sin embargo, estas estrategias no mostraron una correlación significativa con menores niveles de ansiedad, ni en su forma de ansiedad estado ni rasgo. Esto contradice la hipótesis inicial que planteaba que el uso de estas estrategias podría estar asociado a una disminución de la ansiedad.

En contraste, las estrategias desadaptativas como la evitación cognitiva ($M=14,9$) y la descarga emocional ($M=14,1$) mostraron una correlación directa con niveles más elevados de ansiedad y en particular, moderada con la ansiedad rasgo ($r=0,410$, $p < .01$). La aceptación o resignación ($M=13,9$) también se asoció de manera significativa con la ansiedad rasgo, lo que sugiere que los profesionales que recurren a estas estrategias tienden a percibir una mayor cantidad de situaciones como amenazantes y a experimentar una ansiedad más persistente.

Otro aspecto relevante fue la comparación entre las áreas de especialización del personal de salud. Aunque no se encontraron diferencias significativas en los niveles de ansiedad entre médicos, enfermeros, psicólogos y otros profesionales, sí se identificó que los enfermeros eran más propensos a utilizar la evitación cognitiva ($H=13.08$, $p < .05$), lo cual sugiere que este grupo podría enfrentar una mayor carga emocional.

En referencia a las diferencias de grupo según las variables sociodemográficas, las mujeres mostraron mayores niveles de ansiedad en comparación con los hombres y una tendencia a utilizar con mayor frecuencia respuestas de afrontamiento centradas en la emoción, como la descarga emocional ($Z=-2.93$, $p < .01$) y la aceptación o

resignación ($Z=-2.47$, $p < .05$). Además, se identificaron diferencias significativas entre los grupos etarios, donde los adultos jóvenes (18-34 años) presentaron mayores niveles de ansiedad rasgo ($Z=-2.20$, $p < .05$) en comparación con los adultos mayores (35-65 años).

A nivel práctico, estos resultados subrayan la importancia de implementar programas de intervención para promover estrategias de afrontamiento adaptativas en los trabajadores de la salud. A partir de los hallazgos sobre los niveles de ansiedad y respuestas de afrontamiento, es crucial proporcionar apoyo adicional a los grupos más vulnerables, como las mujeres y los adultos jóvenes, para reducir los niveles de ansiedad y promover el bienestar emocional en el lugar de trabajo.

En cuanto a las limitaciones, es importante mencionar que la muestra fue no probabilística y, junto con la presencia de variables no controladas, esto limita la generalización de los resultados. Además, la disparidad en la distribución de los participantes en algunas categorías sociodemográficas, como género o situación laboral, podría haber influido en los resultados obtenidos. Cabe destacar que el estudio se realizó de manera local, focalizando en personal de salud de una región de la provincia de Buenos Aires.

Se recomienda que futuros estudios repliquen esta investigación con muestras más amplias y representativas para confirmar la validez de los hallazgos, así como en otras regiones para validar que los resultados sean consistentes en otras poblaciones. Asimismo, se sugiere ampliar la investigación con una metodología cualitativa, lo cual podría permitir obtener un mayor detalle sobre la experiencia del personal de salud y la presencia de otros factores no considerados en el presente análisis.

Tal como plantean Serrano-Ibáñez et al. (2023) los profesionales de la salud han enfrentado un alto y prolongado nivel de estrés, que persiste en la actualidad, no solo debido a la carga de trabajo, sino también por las condiciones laborales en general.

Estas circunstancias subrayan la urgente necesidad de abordar su malestar psicológico y proporcionar recursos efectivos para el manejo adecuado de situaciones complejas y altamente estresantes. Esta investigación contribuye a los hallazgos de los estudios previamente realizados, destacando la importancia de llevar a cabo proyectos de salud pública que no solo se enfoquen en el manejo de situaciones de crisis como fue la pandemia por COVID-19, sino también como parte de una estrategia continua para mejorar su bienestar psicológico y su capacidad para afrontar situaciones estresantes a largo plazo.

Referencias bibliográficas

- Buela-Casal, G., Guillén-Riquelme, A., & Seisdedos Cubero, N. (2015). *Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI)* (9ª ed. revisada). TEA Ediciones
- Bourmistrova, N.W., Solomon, T., Braude, P., Strawbridge, R., & Carter, B. (2022). Long-term effects of COVID-19 on mental health: A systematic review. *Journal of affective disorders*, 299:118–25. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.11.031>
- 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)
- Caldichoury, N., García-Roncallo, P., Saldías, C., Zurita, B., Castellanos, C., Herrera-Pino, J., Soto-Añari, M., Porto, M. F., Quispe-Rodríguez, I., Florez, Y., Castillo-Tamara, E., Díaz, M. C., Coronado-López, J., Gaitan-Quintero, G., Pabón-Moreno, A., Ocampo-Barba, N., Martínez-Pérez, J., Gargiulo, P. A., Quispe-Ayala, C., Camposano-Córdova, A., Escorcía-Villarreal, J., Ripoll-Cordoba, D., Camargo, L., & López, N. (2023). Impacto psicológico del COVID-19 en los trabajadores sanitarios durante el segundo año de pandemia en Latinoamérica: Estudio de encuesta transversal. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2023.04.010>
- Carmassi, C., Dell'Oste, V., Bui, E., Foghi, C., Bertelloni, C. A., Atti, A. R., Buselli, R., Di Paolo, M., Goracci, A., Malacarne, P., Nanni, M. G., Gesi, C., Cerveri, G., & Dell'Oso, L. (2022). The interplay between acute post-traumatic stress, depressive and anxiety symptoms on healthcare workers functioning during the COVID-19 emergency: A multicenter study comparing regions with increasing pandemic incidence. *Journal of Affective Disorders*, 298, 209–216. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.10.128>

- Cazalla-Luna, N., & Molero, D. (2015). Inteligencia emocional percibida, ansiedad y afectos en estudiantes universitarios. *Revista Española de Orientación y Psicopedagogía*, 25(3), 56–73. DOI: 10.5944/reop.vol.25.num.3.2014.13858.
- Conversano, C., Marchi, L., & Miniati, M. (2020). Psychological distress among healthcare professionals involved in the Covid-19 emergency: vulnerability and resilience factors. *Clinical Neuropsychiatry*, 17(2), 94-96.
<https://doi.org/10.36131/CN20200212>
- Denaro, A., Paulo, C., Mansos, C., Bragança, M., Ventura, M., Tavares, M., Empis, C., & Teixeira, A. (2023). Ansiedade em profissionais dos cuidados de saúde primários na primeira vaga da pandemia COVID-19. *Revista Portuguesa de Saúde Ocupacional online*, esub0411. DOI: 10.31252/RPSO.23.09.2023
- Di Giuseppe, M., Gemignani, A., & Conversano, C. (2020). Psychological resources against the traumatic experience of COVID-19. *Clinical Neuropsychiatry*, 17(2), 85-87. <https://doi.org/10.36131/CN20200210>
- de Ansorena Cao, A., Cobo Reinoso, J. & Romero Cagigal, I. (2014). El constructo ansiedad en Psicología: una revisión. *Estudios de Psicología*, 4(16), 30-45.
<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/65892.pdf>
- Dong L., & Bouey J. (2020). Public mental health crisis during COVID-19 pandemic, China. *Emerging Infectious Diseases*, 26(7), 1616–1618. DOI: 10.3201/eid2607.200407.
- Ferreira, D. de A. S., Melo, K. C., Miranda, L. S. C., Oliveira, A. T. F., Hernandez, L. F., Bomfim, D. M. M., Ferreira, E. H. B., Moraes, K. R. P., Duarte, A. P. C., Chaves, J. N., Silva, C. N. R. da, Santos, P. S. G. dos, Almeida, A. T. S. D. de, Reis, P. da S. P. dos, Silva, D. de A., & Oliveira, S. A. (2021). Predisposição dos transtornos ansiosos em profissionais de saúde: uma revisão integrativa.

Research, Society and Development, 10(13), e256101321238.

<https://doi.org/10.33448/rsd-v10i13.21238>

Ferreira do Nascimento, V., Yuri Hattori, T., & Pereira Terças-Trette, A. C. (2020).

Dificultades y temores de las enfermeras que enfrentan la pandemia de COVID-19 en Brasil. *Humanidades Médicas*, 20(2), 312-333.

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202020000200312

González Díaz, I. (2006). Factores estresantes en personal de enfermería de unidad de atención primaria de salud. *Medwave*, 6(3). DOI:

10.5867/medwave.2006.03.2725.

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014).

Metodología de la investigación (6ª ed.). McGraw-Hill.

Kar, N., Kar, B., & Kar, S. (2021). Stress and coping during COVID-19 pandemic:

Result of an online survey. *Psychiatry Research*, 295.

<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113598>

Kılıç, A., Gürcan, M. B., Aktura, B., Şahin, A. R., & Kökrek, Z. (2021). Prevalence of Anxiety and Relationship of Anxiety with Coping Styles and Related Factors in Healthcare Workers During COVID-19 Pandemic. *Psychiatria Danubina*, 33(10), S161-171. <https://doi.org/10.24869/psyd.2021.161>

Kirchner Nebot, T. & Forns i Santacana, M. (2010). *Inventario de Respuestas de Afrontamiento-Adultos*. R. H. Moos. MANUAL. TEA Ediciones.

Kolakowsky-Hayner, S.A., Goldin, Y., Kingsley, K., Alzueta, E., Arango-Lasprilla,

J.C., Perrin, P.B., et al. (2021). Psychosocial impacts of the COVID-19

quarantine: A study of gender differences in 59 countries. *Medicina*, 57(8):789.

<https://doi.org/10.3390/medicina57080789>

- Labrague, L. J. (2021). Psychological resilience, coping behaviours and social support among health care workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review of quantitative studies. *Journal of Nursing Management*, 29(7), 1893-1905. DOI: 10.1111/jonm.13336.
- Lara, R., Fernández-Daza, M., Zabarain-Cogollo, S., Olivencia-Carrión, M. A., Jiménez-Torres, M., Olivencia-Carrión, M. D., Ogallar-Blanco, A., & Godoy-Izquierdo, D. (2021). Active Coping and Anxiety Symptoms during the COVID-19 Pandemic in Spanish Adults. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(16), 8240. DOI: 10.3390/ijerph18168240.
- Leibovich de Figueroa, N. B. (1991). Ansiedad: Algunas concepciones teóricas y su evaluación. En Casullo, M. M., Leibovich de Figueroa, N. B., & Aszkenazi, M. (Eds.). *Teoría y técnicas de evaluación psicológica*, 123-155. Psicoteca.
- Liu, Q., Luo, D., Haase, J. E., Guo, Q., Wang, X. Q., Liu, S., & Yang, B. X. (2020). The experiences of health-care providers during the COVID-19 crisis in China: A qualitative study. *Lancet Global Health*, 8, e790–e798. DOI: 10.1016/S2214-109X(20)30204-7
- İlhan, B., & Küpeli, İ. (2022). Secondary traumatic stress, anxiety, and depression among emergency healthcare workers in the middle of the COVID-19 outbreak: A cross-sectional study. *The American Journal of Emergency Medicine*, 52, 99–104. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2021.11.051>
- Infurna, F. J., Gerstorf, D., & Lachman, M. E. (2020). Midlife in the 2020s: Opportunities and challenges. *American Psychologist*, 75(4), 470–485. <https://doi.org/10.1037/amp0000591>
- Marquina Lujan, R. J. (2020). Autopercepción del estrés en aislamiento social en tiempos de covid -19: Self-perception of stress in social isolation in times of

covid -19. *Revista ConCiencia EPG*, 5(1), 83-97. DOI:

10.32654/CONCIENCIAEPG.5-1.6

Mikulic, I. M. (s.f.). *Calidad de vida: aportes del inventario de calidad de vida percibida y del inventario de respuestas de afrontamiento a la evaluación psicológica*. Ficha de cátedra - Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires.

Mikulic, I. M. (1998). *La Evaluación Psicológica de los Recursos Sociales y los Estresores de Vida*. Sainte Claire.

Mikulic, I. M. & Crespi, M. C. (2008). Adaptación y validación del inventario de respuestas de afrontamiento de Moos (CRI-A) para adultos. *Anuario de Investigaciones*, XV. Secretaría de Investigaciones - Facultad de psicología. Universidad de Buenos Aires.

Moos, R. (1986). *Coping with Life Crises: An Integrative Approach*. Plenum.

Nkyi, A. K., & Baaba, B. (2024). Coping, health anxiety, and stress among health professionals during Covid-19, Cape Coast, Ghana. *PLoS ONE*, 19(1), e0296720. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0296720>

Ocampo, R. F., Jiménez Escobar, S. D., Perez Hernandez, S., Ramirez Serrano, P. B., & Vega Valero, C. Z. (2007). Depresión y ansiedad en estudiantes universitarios. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 10(2). <https://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol10num2/art6V10N2jun>

Ongarato, P., de la Iglesia, G., Stover, J. B., & Fernández Liporace, M. (2009). Adaptación de un inventario de estrategias de afrontamiento para adolescentes y adultos. *Anuario de Investigaciones*, XVI, 383-391. Universidad de Buenos Aires.

- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2016). *Protección de la salud mental y atención psicosocial en situaciones de epidemias*.
https://www.paho.org/disasters/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=informes-tecnicos&alias=2539-proteccion-salud-mental-atencion-psicosocial-situaciones-epidemias-2016-539&Itemid=1179&lang=en
- Perilli, E., Perazzini, M., Bontempo, D., Ranieri, F., Di Giacomo, D., Crosti, C., Marcotullio, S., & Cobiañchi, S. (2022). Reduced anxiety associated to adaptive and mindful coping strategies in general practitioners compared with hospital nurses in response to COVID-19 pandemic primary care reorganization. *Frontiers in Psychology*, 13, Article 891470. DOI: 10.3389/fpsyg.2022.891470.
- Rodríguez de Behrends, M. & Brenlla, M. E. (2016). *Evaluación preliminar de las propiedades psicométricas del índice de sensibilidad a la ansiedad (ASI-3)*. VIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXIII Jornadas de Investigación. Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires. <http://bibliotecadigital.uca.edu.ar/repositorio/investigacion/evaluacion-preliminar-propiedadespsicometricas.pdf>
- Scholten, H., Quezada-Scholz, V., Salas, G., Barria-Asenjo, N., Rojas-Jara, C., Molina, R., García, J., Jorquera, M., ... Somarriva, F. (2020). Abordaje psicológico del COVID-19: una revisión narrativa de la experiencia latinoamericana. *Revista Interamericana de Psicología*, 54(1), e1287. DOI: 10.30849/ripijp.v54i1.1287
- Serafini, G., Parmigiani, B., Amerio, A., Aguglia, A., Sher, L., & Amore, M. (2020). The psychological impact of COVID-19 on the mental health in the general population. *QJM*, 113(8). DOI: 10.1093/qjmed/hcaa201.
- Serrano-Ibáñez, E. R., de la Vega-Castelo, A. M., Varela, C., Montero-Matellanes, M. M., & Gómez-Pulido, A. (2023). The Current Mental Health of Healthcare Workers 3 Years After the Start of the Pandemic: The Relationship Between

Coping Strategies and Indices of Mental Health. *Sage Open*, 13(4).

<https://doi.org/10.1177/21582440231207269>

Serrano-Ripoll, M. J., Meneses-Echavez, J. F., Ricci-Cabello, I., Fraile-Navarro, D.,
Fiol-deRoque, M. A., Pastor-Moreno, G., Castro, A., Ruiz-Pérez, I., Zamanillo
Campos, R., & Gonçalves-Bradley, D. C. (2020). Impact of viral epidemic
outbreaks on mental health of healthcare workers: a rapid systematic review and
meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 277, 347–357.

<https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.08.034>

Shechter, A., Diaz, F., Moise, N., Anstey, D.E., Ye, S., Agarwal, S., et al. (2020)
Psychological distress, coping behaviors, and preferences for support among
New York healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *General
hospital psychiatry*, 66:1–8. DOI: 10.1016/j.genhosppsych.2020.06.007.

Shpakou, A., Krajewska-Kułak, E., Cybulski, M., Sokołowska, D., Andryszczyk, M.,
Kleszczewska, E., Loginovich, Y., Owoc, J., Tarasov, A., & Skoblina, N.
(2023). Anxiety, stress perception, and coping strategies among students with
COVID-19 exposure. *Journal of Clinical Medicine*, 12(13), 4404. DOI:
10.3390/jcm12134404

Shreffler, J., Petrey, J., & Huecker, M. (2020). The impact of COVID-19 on healthcare
worker wellness: a scoping review. *Western Journal of Emergency Medicine*,
(5):1059. <https://doi.org/10.5811/westjem.2020.7.48684>

Sobregau, P. S., Mir, S. A., Ribeiro, T. C., Esteban-Sepúlveda, S., Pagès, E. G.,
Barbeito, B. L., Moya-Prats, J. L. P., Pérez, L. P., & Llobet, J. A. (2022). Mental
health assessment of Spanish healthcare workers during the SARS-CoV-2
pandemic. A cross-sectional study. *Comprehensive Psychiatry*, 112, 152278.
<https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2021.152278>

- Solomou, I., Nikolaou, F., Michaelides, MP., & Constantinidou, F. (2024). Long-term psychological impact of the pandemic COVID-19: Identification of high-risk groups and assessment of precautionary measures five months after the first wave of restrictions was lifted. *PLOS Global Public Health*, 4(2).
<https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0002847>
- Sood, S. (2020). Psychological Effects of the Coronavirus Disease-2019 Pandemic. *RHiME*, 7, 23-26. <https://doi.org/10.53732/54>
- Sun, N., Shi, S., Jiao, D., Song, R., Ma, L., Wang, H., & Wang, H. (2020). A qualitative study on the psychological experience of caregivers of COVID-19 patients. *American Journal of Infection Control*, 48, 592–598. DOI: 10.1016/j.ajic.2020.03.018.
- Tan, B. Y. Q., Chew, N. W. S., Lee, G. K. H., Jing, M., Goh, Y., Yeo, L. L. L., Zhang, 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., Sagayanathan, 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>
- Ubillos Landa, S., González Castro, J. L., Puente Martínez, A., & Gracia Leiva, M. (2020). Afrontando el impacto del COVID-19. *Área de Psicología Social de la Universidad de Burgos*.
https://riubu.ubu.es/bitstream/handle/10259/5279/Afrontando_el_impacto_del_COVID19-1.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Van Belle, S., Dahlén, A., Schiöth, H. B., & Brooks, S. J. (2021). Profiling lockdown adherence and poor coping responses towards the COVID-19 crisis in an

international cross-sectional survey. *medRxiv*. DOI:

10.1101/2021.07.21.21260910

Varsha, S., & Ruckmani, S. (2021). Anxiety, resilience, and coping strategies among healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *Paripex - Indian Journal of Research*. DOI: 10.36106/PARIPEX/4510557

Volk, A. A., Brazil, K. J., Franklin-Luther, P., Dane, A.V., & Vaillancourt, T. (2021). The influence of demographics and personality on COVID-19 coping in young adults. *Personality and individual differences*, 168.
<https://doi.org/10.1016/j.paid.2020.110398>

World Health Organization (WHO). (2020). *Coronavirus disease (COVID-19) pandemic*. <https://www.who.int>

World Health Organization (WHO). (2024). *WHO COVID-19 dashboard*.
<https://covid19.who.int>

Zwielewski, G., Oltramari, G., Santos, A., Nicolazzi, E., Moura, J., Sant'Ana, V., Schlindwein-Zanini, R., & Cruz, R. (2020). Protocolos para tratamento psicológico em pandemias: as demandas em saúde mental produzidas pela COVID-19. *Debates in Psychiatry*, 2, 2-6. DOI:10.25118/2236-918X-10-2-4

Anexos

Consentimiento informado

Al firmar este consentimiento acepto participar de manera voluntaria y que se me administren técnicas de evaluación psicológica, correspondientes al Trabajo de Integración Final de la Licenciatura en Psicología, perteneciente a la Facultad de Psicología y Relaciones Humanas de la Universidad Abierta Interamericana. Dejo constancia de haber comprendido que la información consignada aquí será utilizada en una actividad práctica para la formación de los/as alumnos/as y acepto que no se realizará una devolución de los datos obtenidos. Fui informado/a de que se garantiza la confidencialidad de los datos y mi anonimato. Mediante la firma del presente consentimiento presto plena conformidad para la realización de dicha actividad.

Protocolo

Encuesta sociodemográfica

Edad:

Sexo:

- Femenino
- Masculino
- Otro:

Lugar de residencia:

- Ciudad Autónoma de Buenos Aires
- Gran Buenos Aires
- Otro:

Nivel de educación:

- Primario incompleto

- Primario completo
- Secundario incompleto
- Secundario completo
- Terciario incompleto
- Terciario completo
- Universitario incompleto
- Universitario completo

Estado civil:

- Soltero/a
- En pareja
- Concubinato - Casado/a
- Separado/a - Divorciado/a
- Viudo/a

¿Cuántas personas conviven en su hogar?

- Vivo solo/a
- Hasta 2 personas
- 3 personas o más

Por favor indique su situación laboral actual:

- Desempleado/a.
- Trabajo en relación de dependencia.
- Trabajo como monotributista.
- Jubilado/a.

Por favor detalle la modalidad de trabajo:

- Tengo un empleo en una única institución.
- Tengo 2 o más empleos en varias instituciones.
- Trabajo de manera independiente.

- Otro:

Por favor indique cuántas horas semanales dedica al trabajo:

- Hasta 45 horas semanales
- Entre 45 horas y 65 horas semanales.
- Más de 65 horas por semana.

Por favor indique su área de actuación/especialización:

- Clínica
- Laboratorio/Diagnóstico
- Psicología/Psiquiatría
- Enfermería
- Cuidados intensivos
- Nutrición
- Gastroenterología
- Kinesiología
- Medicina estética
- Odontología
- Ginecología/Obstetricia
- Otro:

¿Realiza actualmente psicoterapia?

- Sí.
- No, pero realicé anteriormente.
- No.

¿Actualmente está bajo tratamiento psicofarmacológico con ansiolíticos, antidepresivos y/o antipsicóticos?

- Sí.
- No.

- Prefiero no responder.

Cuestionario II (CRI-A)

Instrucciones: Este cuestionario contiene preguntas que se refieren a aquellos problemas significativos que han tenido trascendencia en su vida. Por favor, piense en los problemas más importantes o las situaciones más estresantes que le hayan sucedido en los últimos doce meses (por ejemplo, problemas con un familiar o un amigo, la enfermedad o muerte de un pariente o amigo, un accidente o enfermedad, problemas económicos o de trabajo, etc.).

Elija uno de ellos y conteste seleccionando la opción correspondiente ("nunca", "una o dos veces", "algunas veces" o "muchas veces")

	Nunca	Una o dos veces	Algunas veces	Muchas veces
1. ¿Pensó en diferentes formas de solucionar estos problemas?				
2. ¿Se dijo cosas a sí mismo para sentirse mejor?				
3. ¿Hablo con su esposo/a u otro familiar sobre estos problemas?				
4. ¿Hizo un plan de acción para enfrentar esos problemas y lo cumplió?				
5. ¿Trató de olvidar todo?				

6. ¿Sintió que el paso del tiempo cambiará las cosas, que esperar era lo único que podía hacer?				
7. ¿Trató de ayudar a otros a enfrentar problemas similares?				
8. ¿Se descargó con otras personas cuando se sintió enojado, deprimido o triste?				
9. ¿Trató de salir de la situación, como para verla desde afuera y ser más objetivo?				
10. ¿Se dijo a Ud. mismo que las cosas podían ser peores?				
11. ¿Habló con algún amigo de estos problemas?				
12. ¿Se esforzó tratando de hacer algo para que las cosas funcionaran?				
13. ¿Trató de evitar pensar en el problema?				
14. ¿Se dio cuenta que no tenía control sobre los problemas?				
15. ¿Se dedicó a nuevas actividades como nuevos trabajos o distracciones?				
16. ¿Hizo algo arriesgado tratando de tener una nueva oportunidad?				

17. ¿Se imaginó, una y otra vez, qué decir o hacer?				
18. ¿Trató de ver el lado positivo de la situación?				
19. ¿Habló con algún profesional (médico, sacerdote, etc)?				
20. ¿Decidió lo que quería hacer y trató firmemente de conseguirlo?				
21. ¿Se imaginó o soñó un tiempo o un lugar mejor del que Ud. vivía?				
22. ¿Pensó que el destino se ocuparía de todo?				
23. ¿Trató de hacer nuevos amigos?				
24. ¿Se mantuvo alejado de la gente en general?				
25. ¿Trató de prever o de anticiparse a cómo resultaría todo?				
26. ¿Pensó cuánto mejor estaba Ud. comparándose con otras personas con el mismo problema?				
27. ¿Buscó la ayuda de personas o de grupos con los mismos problemas?				
28. ¿Trató de resolver los problemas, al menos en dos formas diferentes?				

29. ¿Evitó pensar en el problema, aun sabiendo que en algún momento debería pensar en él?				
30. ¿Aceptó los problemas, porque pensó que nada se podía hacer?				
31. ¿Leyó, miró televisión, o realizó alguna otra actividad como forma de distracción?				
32. ¿Gritó como forma de desahogarse?				
33. ¿Trató de encontrarle alguna explicación o significado a esa situación?				
34. ¿Trató de decirse a sí mismo que las cosas mejorarían?				
35. ¿Trató de averiguar más sobre esa situación?				
36. ¿Trató de aprender cómo hacer más cosas por sí mismo?				
37. ¿Deseó que los problemas hubieran desaparecido o pasado?				
38. ¿Esperó que sucediera lo peor?				
39. ¿Le dedicó más tiempo actividades recreativas?				
40. ¿Lloró y descargó sus sentimientos?				

41. ¿Trató de prever o de anticiparse a los nuevos pedidos que le harían?				
42. ¿Pensó cómo podrían estos sucesos cambiar su vida en un sentido positivo?				
43. ¿Rezó pidiendo ayuda o fuerza?				
44. ¿Tomó las cosas de una por vez?				
45. ¿Trató de negar lo serio que eran en realidad, los problemas?				
46. ¿Perdió la esperanza de que alguna vez las cosas volvieran a ser como eran antes?				
47. ¿Volvió al trabajo o a otras actividades que lo ayudaran a enfrentar las cosas?				
48. ¿Hizo algo que pensó que no iba a funcionar, pero por lo menos intentó hacer algo?				

Cuestionario III (STAI)

STAI-E: A continuación, le presentamos algunas expresiones que la gente utiliza para describirse a sí misma. Lea cada frase y coloque una cruz en el casillero que indique **cómo se siente usted AHORA MISMO**, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No utilice mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa SUS SENTIMIENTOS AHORA. Por favor responda a todas las frases.

	Nada	Un poco	Bastante	Mucho
1. Me siento calmado				
2. Me siento seguro				
3. Estoy tenso				
4. Estoy disgustado				
5. Me siento “a mis anchas”				
6. Me siento alterado				
7. En este momento estoy preocupado por algún posible problema				
8. Me siento satisfecho				
9. Me siento asustado				
10. Me siento cómodo				
11. Tengo confianza en mí mismo				
12. Me siento nervioso				
13. Estoy agitado				
14. Me siento indeciso				
15. Me siento tranquilo				
16. Me siento “a gusto”				

17. Estoy preocupado				
18. Me siento aturdido				
19. Me siento equilibrado				
20. Me siento bien				

STAI-R: A continuación, aparecen algunas expresiones que la gente utiliza para describirse a sí misma. Lea cada frase y coloque una cruz en el casillero que indique **cómo se siente usted generalmente**. No hay contestaciones buenas ni malas. No utilice mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa **cómo se siente habitualmente**. Por favor responda a todas las frases.

	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Casi siempre
21. Me siento bien				
22. Me siento nervioso				
23. Me siento “a gusto” conmigo mismo				
24. Quisiera ser tan feliz como otros parecen serlo				
25. Siento que fallo				
26. Me siento descansado				

27. Soy una persona tranquila, serena y calmada				
28. Siento que las dificultades se me amontonan y no las puedo superar				
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia				
30. Soy feliz				
31. Tengo malos pensamientos				
32. Me falta confianza en mí mismo				
33. Me siento seguro				
34. Puedo decidirme rápidamente				
35. Me siento “fuera de lugar”				
36. Estoy satisfecho				
37. Algunas ideas poco importantes ocupan mi cabeza y me molestan				

38. Los desengaños me afectan tanto que no me los puedo sacar de la cabeza				
39. Soy una persona estable				
40. Cuando pienso en las cosas que tengo para hacer me pongo nervioso y tenso				

Baremos STAI

BAREMOS STAI

Centiles	Puntuaciones directas								Decatipo
	Adolescentes				Adultos				
	<u>VARONES</u>		<u>MUJERES</u>		<u>VARONES</u>		<u>MUJERES</u>		
	Estado	Rasgo	Estado	Rasgo	Estado	Rasgo	Estado	Rasgo	
99	47-60	46-60	53-60	49-60	47-60	46-60	54-60	49-60	10
97	45	41	44	43	43	39-40	49	45	9
96	44	40	42-43	42	42	38	48	44	9
95	43	39	41	41	40-41	37	47	43	9
90	38	33	39	36	37	33	41	40	8
89	37	32	38	35	36	32	40	39	8
85	36	30	36	33	33	29	37	37	8
80	34	28	34	31	30	27	34	34	7
77	32	27	33	30	29	26	32	33	7
75	31	26	31	29	28	25	31	32	7
70	28	24	28	27	25	24	29	30	7
65	26	23	26	26	23	23	26	29	6
60	24	22	25	25	21	21	24	27	6
55	22	21	23	23	20	20	23	26	6
50	20	20	22	22	19	19	21	24	6
45	19	19	20	21	18	18	19	23	5
40	17	18	19	20	16	17	18	21	5
35	16	17	18	19	15	16	17	20	5
30	14	16	17	18	-	15	16	18	4
25	13	15	16	17	14	14	15	17	4
23	-	-	15	-	13	-	14	-	4
20	12	14	14	16	12	13	13	16	4
15	11	13	13	15	10	11	12	14	3
11	-	-	12	14	9	10	11	13	3
10	10	12	11	13	8	9	10	12	3
5	9	11	8	12	6	8	7	11	2
4	8	10	7	11	5	7	6	10	2
1	0-2	0-6	0-4	0-7	0-2	0-4	0-2	0-7	1
N	146	151	169	180	295	318	295	387	N
Media	22,35	21,30	23,28	23,42	20,54	20,19	23,30	24,99	Media
D. Típica	11,03	8,53	10,56	9,10	10,56	9,10	8,89	10,05	D. Típica