



UNIVERSIDAD ABIERTA INTERAMERICANA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA Y RELACIONES
HUMANAS

Trabajo de Integración Final

***“ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN ENFERMEROS
PERTENECIENTES A LA ASOCIACIÓN CIVIL CEMIC”***

ALUMNA: Noelia Cabral

DIRECTORA: Lic. Victoria Gabotto

Título a obtener con la presentación de la tesis: Licenciatura en
Psicología

Octubre de 2023

RESUMEN

El objetivo de esta investigación es analizar la relación entre los niveles de ansiedad y depresión de los enfermeros pertenecientes a la Asociación Civil CEMIC. Se planteó como hipótesis que existe una relación positiva entre la ansiedad y la depresión en los enfermeros pertenecientes al CEMIC. El tipo de estudio es no experimental, de tipo descriptivo, correlacional, transversal, con un abordaje cuantitativo. La muestra estuvo conformada por 101 enfermeros, con una edad promedio de 42,35 años (DT= 9,305 años; Mediana= 40 años; Máx.= 63 años; Mín.= 28 años), quienes respondieron el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo [STAI] (Spielberger et al., 1983; adaptación argentina: Leibovich de Figueroa, 1991), y el Inventario de Depresión de Beck, Segunda Versión [BDI-II] (Beck et al., 2009; adaptación argentina: Brenlla y Rodríguez, 2009). La administración de los protocolos se llevó a cabo bajo una modalidad híbrida, empleándose el programa SPSS 26.0 para efectuar el análisis de la información. Los resultados mostraron la presencia de relaciones significativas y positivas entre la depresión y la ansiedad. Además, se encontraron diferencias significativas según el género, el tipo de trabajo y si realiza alguna actividad asociada con el bienestar, para la ansiedad rasgo, la depresión y sus dimensiones. Por otra parte, se encontraron diferencias significativas según si tiene hijos y si realiza horas extra, para la depresión y su dimensión cognitivo-afectiva respectivamente.

Palabras clave: Ansiedad, Depresión, Enfermería, Pandemia de COVID-19, CEMIC.

ABSTRACT

The objective of this investigation is to analyze the relationship between the anxiety and depression levels of nurses belonging to the CEMIC Civil Association. It was put forward as a hypothesis that there is a positive relationship between anxiety and depression in nurses belonging to the CEMIC. The type of study is non-experimental, descriptive, correlational, cross-sectional, with a quantitative approach. The sample consisted of 101 nurses, with an average age of 42,35 years (SD= 9,305 years; Median= 40 years; Max.= 63 years; Min.= 28 years), who answered the State-Trait Anxiety Inventory [STAI] (Spielberger et al., 1983; Argentine adaptation: Leibovich de Figueroa, 1991), and the Beck Depression Inventory, Second Version [BDI-II] (Beck et al., 2009; Argentine adaptation: Brenlla & Rodríguez, 2009). The administration of the protocols was carried out under a hybrid modality, using the SPSS 26.0 program to make the analysis of the information. Results showed the presence of significant and positive relationships between depression and anxiety. In addition, they were found significant differences according to gender, type of work and whether they perform any activity associated with well-being, for trait anxiety, depression and their dimensions. On the other hand, they were found significant differences depending on whether they have children and whether they work overtime, for depression and its cognitive-affective dimension, respectively.

Keywords: Anxiety, Depression, Nursing, COVID-19 pandemic, CEMIC.

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN.....	1
ABSTRACT.....	2
ÍNDICE GENERAL.....	3
1. INTRODUCCIÓN	4
1.1. Objetivo general	6
1.2. Objetivos específicos.....	6
1.3. Hipótesis	6
1.1. ESTADO DEL ARTE.....	7
2. MARCO TEÓRICO.....	11
2.1. La depresión	11
2.2. Diferencias entre la ansiedad y la depresión	14
2.3. Los trastornos depresivos	15
2.4. La ansiedad.....	16
2.5. Trastorno de ansiedad generalizada.....	20
2.6. La pandemia de COVID-19 y la enfermería	22
3. MÉTODO.....	24
3.1. Relevancia	24
3.1.1. Teórica	24
3.1.2. Práctica.....	24
3.1.3. Social	24
3.2. Tipo de estudio y diseño.....	25
3.3. Muestra	25
3.4. Instrumentos	26
3.5. Procedimiento.....	28
4. RESULTADOS.....	29
4.1. Caracterización de la muestra.....	29
4.2. Descripción de las variables	29
4.3. Análisis de la normalidad	30
4.4. Análisis de la relación entre las variables	31
4.5. Análisis de las diferencias de grupo	32
5. DISCUSIÓN	36
6. REFERENCIAS.....	41
7. ANEXOS.....	53

1. INTRODUCCIÓN

La depresión conforma un trastorno afectivo muy frecuente y una de las principales razones para acudir a consultas médicas, incluso cuando su presencia puede encontrarse desapercibida, es usualmente crónico y necesita de un tratamiento extendido en el tiempo (Angst, 1997 citado en Blazer, 2003). El deterioro en la salud lleva hacia un ánimo deprimido, aunque no se suele reconocer que los síntomas depresivos dificultan el tratamiento de las enfermedades físicas, elevando el riesgo de padecer nuevas enfermedades.

En la población general, su prevalencia es de entre el 8 y el 12% (Andrade et al., 2003). Se calcula que para el 2030, se encontrará en el primer lugar en la evaluación de carga de enfermedad adaptado a los años de vida ajustados por discapacidad (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2008). Sin embargo, su diagnóstico sigue generando diversos desafíos conceptuales y clínicos. Para resolver las cuestiones de validez y confiabilidad de los criterios diagnósticos, hoy en día se emplea un modelo atóxico, cuya utilidad fue cuestionada, por lo que no existe una solución definitiva (Alarcón, 2009).

Al igual que la depresión, la ansiedad es uno de los trastornos psicológicos más asentados en los centros de salud en la población general (Agudelo et al., 2008). Existe una exposición a riesgos en el ámbito laboral, entre los que se pueden señalar los psicosociales (Rodríguez, 2009), incrementándose la preocupación por los problemas de ansiedad, estrés y depresión, los cuales llevan a bajas laborales. Aunque estos trastornos no son solo de los trabajadores.

Dentro de los desórdenes psiquiátricos, la ansiedad posee una mayor incidencia en la comunidad en general, representando alrededor del 15 al 20% de los pacientes (Reus, 1998). Este trastorno puede ser síntoma de una condición psiquiátrica primaria o una respuesta a una patología orgánica. La bibliografía señala que su frecuencia es tres

veces superior en mujeres comparados con los hombres (Zerbe,1995).

Por otro lado, desde el comienzo de la pandemia, el personal de enfermería se encontró en la primera línea de atención, lo que provocó que se expusieran a sucesos extremos para desempeñar su trabajo. Se pueden mencionar el riesgo de infección, extensas jornadas laborales, incluso careciendo del equipo apropiado, con fatiga, angustia, cansancio, incertidumbre; sumado a los dilemas éticos y el estigma social, llegando a expresarse en violencia física y psicológica por parte de la sociedad. Esto significó el enfrentamiento de un “pandemónium”, haciendo peligrar la vida de estos profesionales y del equipo (Eslava-Albarracin, 2021).

Además, los enfermeros debieron soportar la precariedad de los sistemas de salud. Históricamente, América Latina contó con escasez de personal de enfermería y frente a la pandemia, esto se exacerbó. La velocidad en el aumento de la cantidad de pacientes llevó a que se tomaran medidas urgentes para incrementar y aumentar la oferta de los servicios, de todas formas, la falta de personal de salud fue tangible, tanto en cantidad como en calidad. Esto provocó que las enfermeras sin especialidad fuesen capacitadas velozmente o de forma virtual para paliar el déficit. Sin embargo, esto supone una solución parcial, ya que para brindar atención en terapia intensiva se debe poseer formación especializada y un entrenamiento riguroso. Además, en algunos países se contrató personal de salud jubilado para trabajar temporalmente en el sector público (Eslava-Albarracin, 2021).

En las siguientes páginas, se describirán las características de los constructos depresión y ansiedad. Luego, se analizará la situación de pandemia de COVID-19 a la luz de la labor realizada por los enfermeros que debieron afrontar esta situación, la cual generó transformaciones en la forma de vida y la adaptación a una situación que fue tanto novedosa como igualmente peligrosa. Por último, se describirá la historia del CEMIC como institución dedicada a la formación y la investigación, así como al cuidado de la

salud de la comunidad.

Tal como se mencionó, los enfermeros estuvieron en la primera línea contra la lucha del COVID-19. Por lo tanto, este estudio se plantea responder la siguiente pregunta de investigación: ¿existen relaciones significativas entre la depresión y la ansiedad en los enfermeros pertenecientes a la asociación civil CEMIC?

El objetivo de este estudio es analizar la relación entre los niveles de ansiedad y depresión de los enfermeros pertenecientes a la Asociación Civil CEMIC. Se planteó como hipótesis que existe una relación positiva entre la ansiedad y la depresión en los enfermeros pertenecientes al CEMIC.

1.1. Objetivo general

Analizar la relación entre los niveles de ansiedad y depresión de los enfermeros pertenecientes a la Asociación Civil CEMIC.

1.2. Objetivos específicos

- Describir el nivel de depresión de los enfermeros encuestados.
- Describir el grado de ansiedad de los sujetos en cuestión.
- Asociar los niveles de depresión y de ansiedad de los enfermeros pertenecientes al CEMIC.
- Comparar el nivel de depresión y de ansiedad de los individuos según las variables sociodemográficas.

1.3. Hipótesis

Existe una relación positiva entre la ansiedad y la depresión en los enfermeros pertenecientes al CEMIC.

1.1. ESTADO DEL ARTE

Arango-Dávila y Rincón-Hoyos (2018) realizaron una revisión narrativa de los elementos fisiopatológicos y clínicos de la comorbilidad entre la depresión y el dolor crónico. Se emplearon artículos de investigación sobre cuestiones significativas asociadas a la fisiopatología de ambas manifestaciones. Una elevada proporción de trastornos depresivos se acompañan de expresiones ansiosas, como la depresión y la ansiedad junto al dolor. Este último genera o empeora los síntomas depresivos y ansiosos. Los resultados mostraron que la respuesta inflamatoria no solo era un atributo etiopatogénico del dolor, sino que lo era del estrés y la depresión. El conocimiento de la comorbilidad depresión-ansiedad-dolor crónico es vital en la búsqueda de intervenciones terapéuticas efectivas.

Por otro lado, Arrieta Vergara et al. (2014) realizaron un estudio con el objetivo de analizar la relación entre síntomas depresivos y ansiosos con las características socio-demográficas, académicas, comportamentales y familiares en alumnos universitarios colombianos. El diseño del estudio fue transversal, participando 973 estudiantes universitarios escogidos mediante un muestreo probabilístico. Se empleó un instrumento de auto-reporte que incluía variables sociodemográficas, el cuestionario de cribado para ansiedad y depresión, cuestionario Goldberg, el APGAR familiar y preguntas vinculadas a factores asociados. Los resultados mostraron una prevalencia de síntomas ansiosos y depresivos, relacionados a dificultades económicas, familiares, consumo de alcohol y antecedentes familiares de ansiedad o depresión. Se concluyó que la sintomatología fue elevada, por lo que se deben implementar intervenciones que modifiquen estas conductas para mejorar la calidad de vida de los jóvenes.

A su vez, Ozamiz-Etxebarria et al. (2020) realizaron un estudio en la Comunidad Autónoma Vasca, en la que se investigaron los niveles de estrés, ansiedad y depresión por el arribo del coronavirus, analizándose los niveles de sintomatología psicológica de acuerdo a la edad y el confinamiento. Se empleó una muestra de 976 sujetos, midiéndose

las variables ansiedad, estrés y depresión mediante la escala Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS). Los resultados mostraron que la población joven y con enfermedades crónicas evidenció una mayor sintomatología. A su vez, se encontró un mayor nivel de sintomatología por el confinamiento, previéndose que la sintomatología se incremente a medida que transcurre el confinamiento. Se señalaron intervenciones psicológicas para la prevención y el tratamiento del impacto psicológico ocasionado por la pandemia.

Asimismo, Monterrosa-Castro et al. (2020) realizaron una investigación con el objetivo de establecer la existencia de síntomas de estrés laboral, ansiedad y miedo al COVID-19 en médicos, y analizar la asociación en base al ente territorial donde se desempeñaban. El estudio fue transversal, empleándose una muestra de 531 médicos generales con una edad promedio de 30 años, quienes respondieron un formulario virtual con preguntas sobre el COVID-19, la Escala para el Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD-7) y el FCV-19S (Miedo al COVID-19). Los resultados mostraron que un tercio de los encuestados evidenció estrés laboral leve y el 6% estrés elevado, habiendo síntomas de ansiedad en el 72.9%, mientras que el 37.1% mostró síntomas de miedo al COVID-19 (FCV-19S). Se concluyó que los factores psicosociales y psicosomáticos vinculados al miedo son la base de los síntomas de ansiedad y estrés laboral en las pandemias.

Además, Botto et al. (2014) realizaron un trabajo con el objetivo de revisar el constructo de la depresión desde una visión multidimensional, considerando el punto de vista clínico, sociocultural y las variables patógenas. Estos autores consideraron a la depresión como un fenómeno complejo que puede ser estudiado desde distintas perspectivas, desde los genes hasta la conducta, incluyendo la personalidad y la interacción con el ambiente sociocultural. En el final, se brindó una propuesta para una perspectiva diagnóstica.

Por otro lado, Ramacciotti (2022) escribió un artículo en el que se analizaron las

representaciones del ámbito de la salud en lo que fueron vivenciados como modificaciones en las rutinas laborales por la pandemia de COVID-19. Se describieron las actividades que aumentaron y cambiaron por la pandemia y se hizo hincapié en las dudas, sobre todo en el comienzo de la misma, en relación a las medidas de seguridad y las incertidumbres alrededor de los tratamientos a seguir. Posteriormente se señalaron las estrategias implementadas para hacer frente a los momentos difíciles durante las internaciones, como el acompañamiento de la muerte.

A su vez, Cadena-Estrada et al. (2020) realizaron una investigación con el objetivo de describir la experiencia de enfermería frente al COVID-19 como un punto fundamental para la prevención y el control de la pandemia. Siguiendo con las recomendaciones de la Secretaría de Salud, la evidencia clínica y los recursos de las instituciones de salud, se tomaron medidas de prevención de la enfermedad en la comunidad y en las instituciones de salud. La reconversión de los hospitales y los protocolos de atención pretendieron fortalecer el control y disminuir los efectos de la enfermedad.

Por su parte, Loyola da Silva et al. (2021) llevaron a cabo un estudio con el objetivo de describir y explicar el impacto de la pandemia en el papel que juega la enfermería. Se realizó una revisión narrativa de la bibliografía realizando búsquedas en bases de datos, referencia de artículos y sitios web oficiales. Los resultados mostraron 44 referencias, evidenciándose que la pandemia repercutió en las rutinas del trabajo de enfermería, en la actualización de las medidas para prevenir el contagio y las lesiones por presión por la utilización del equipo de protección, la atención a la salud mental, y el reconocimiento de la importancia de la categoría. Se concluyó que la pandemia generó nuevas condiciones laborales para el personal de enfermería, afectando cuestiones personales y laborales que se asociaban con la calidad de la atención de salud.

En adición, Lozano-Vargas (2020) efectuó un estudio en el que analizaron las consecuencias en el personal de salud mental, como el estrés, la ansiedad, la depresión,

el insomnio, la negación, el enojo y el miedo. En un estudio chino, se encontró que la ansiedad en el personal de salud era del 23,04%, mayor en mujeres y en las enfermeras por sobre los médicos. A su vez, en la población general china se encontró un 16,5% de síntomas depresivos y un 28,8% de síntomas ansioso, entre moderados y severos. Los factores relacionados con el alto impacto psicológico, estrés, ansiedad y depresión fueron el género femenino, los síntomas físicos específicos y la percepción pobre de la salud. Se concluyó que la pandemia generó el desafío de cuidar la salud mental del personal de salud y de la población general.

Además, Obando Zegarra et al. (2020) realizaron un estudio con el objetivo de evaluar el nivel de ansiedad, estrés y depresión en enfermeros que atendían a los pacientes sospechados de padecer COVID-19. El estudio fue descriptivo trasversal, con muestra no probabilística por cuotas de 126 enfermeros de dos hospitales públicos peruanos. Los resultados mostraron que el 39.1% de los enfermeros presentaron ansiedad, 24.6% depresión y 8,8% estrés. El género femenino se relacionó con estos constructos. Otros atributos asociados a la condición fueron la edad, la antigüedad laboral y la ubicación del hospital. Se concluyó que los enfermeros presentaron mayor ansiedad que depresión, siendo pocos los casos que presentaron estrés.

Finalmente, Torreccilla et al. (2021) realizaron un estudio con el objetivo de describir el grado de ansiedad y depresión en enfermeros que atendían pacientes con COVID-19 en terapia intensiva. Se realizó un estudio descriptivo y trasversal, con una muestra intencional de 52 enfermeros de la Ciudad de Mendoza. Se emplearon cuestionarios validados para evaluar dichos constructos. Los resultados mostraron niveles elevados de ansiedad en el 72,1% y depresión en el 13,5%. Se concluyó que se observaron niveles elevados de ansiedad y depresión, identificándose indicadores de estrés y factores protectores dentro del ámbito laboral.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. La depresión

En las sociedades occidentales, se debe concebir la depresión como una “enfermedad” con elementos hereditarios y biológicos. Existe una visión “situacional” que engloba los síntomas en el ámbito de un estrés psicosocial y de problemas interpersonales que suelen relacionarse con sociedades tradicionales y grupos minoritarias. Existen personas que interpretan los problemas como respuestas emocionales frente a las adversidades del ambiente y no la consideran algo patológico, siendo menos propensos a buscar ayuda profesional (Karasz, 2005).

Por otro lado, la psicopatología de la depresión varía entre los pacientes y los episodios en la vida de un mismo paciente. Este pleomorfismo conforma un desafío en el análisis de la etiopatogenia (Mann, 2010).

Frente a esta realidad clínica, se encuentra un problema grave. La evidencia señala que para los psiquiatras existen dificultades al plantear un diagnóstico que sea acorde para el cuidado de los pacientes con depresión (Rush, 1990), por lo que también el médico general puede encontrarse con las mismas dificultades. Se vio que, en atención primaria de salud, la depresión es sobrediagnosticada, subdiagnosticada y tratada insuficientemente (Cepoiu et al., 2008; Katon et al., 2004; Kohn et al., 2004).

Los sentimientos de tristeza pueden ser vivenciados por todos los sujetos, siendo parte de las expresiones emocionales frente al duelo y la pérdida. Por otro lado, la forma en que la depresión es pensada, interpretada, debatida y comunicada difiere entre culturas. En algunos idiomas del sudeste asiático no existe un término que se refiera al estar “deprimido”, en países como Nigeria se emplea sólo una palabra para la depresión, la ansiedad y el enojo (Thakker & Ward, 1998).

En el origen de la depresión, existen factores genéticos y ambientales. Su heredabilidad se corroboró en investigaciones de gemelos, siendo de entre 31-42% junto

a una contribución ambiental de 58-67% (Sullivan et al., 2000). Los modelos biológicos de la depresión consideran la serie de genes (Hong & Tsai, 2003), como el que codifica el transportador de serotonina (Caspi et al., 2003). A su vez, las subclases de depresión se asocian a patrones de alteración (Austin et al., 2001).

Las vivencias traumáticas infantiles pueden llevar al surgimiento de la depresión en la adultez (Heim & Nemeroff, 2001), sobre todo en los sujetos más vulnerables (Risch et al., 2009). Inclusive se planteó la presencia de subtipos neurobiológicos de depresión dependiendo de la existencia de eventos adversos (Heim et al., 2004). Se sugirió que diferentes procesos inflamatorios tendrían un rol en la etiopatogenia de la depresión como precipitantes y como elementos mantenedores de la sintomatología (Krishnadas & Cavanagh, 2012).

Sigmund Freud diferenció los dinamismos psicológicos que subyacen a las respuestas emocionales de duelo y los síntomas de la depresión melancólica (Freud, 2000), planteando que la melancolía se caracteriza por una pérdida de la autoestima, la cual se evidencia por los autorreproches. Luego, el modelo cognitivo-conductual de la depresión planteó la presencia de cogniciones distorsionadas en relación a la forma de interpretar las experiencias (Beck, 2008).

El modelo formulado por Beck et al. (1979) parte del supuesto de que el individuo depresivo cuenta con esquemas cognitivos inconscientes que siguen una organización de significados personales que lo llevan a ser vulnerable a ciertos sucesos. Estos significados personales son enunciados inflexibles en relación a ciertos objetivos vitales y a su relación con ellas. Se activan luego de ciertos eventos asociados a la no confirmación de esos significados por los hechos, lo que hace que el sujeto depresivo procese la información de forma errada, lo que se conoce como distorsiones cognitivas. En su conciencia irrumpen pensamientos negativos y automáticos que son creídos por el sujeto y los llevan a tomar una visión negativa de sí mismo, el contexto y el desarrollo de los sucesos futuros

(triada cognitiva).

Los pensamientos automáticos negativos interactúan con el estado afectivo depresivo y los comportamientos asociados, generando como resultado el "cuadro depresivo". Beck et al. (1979) identifican las siguientes distorsiones cognitivas en la depresión:

1. *Inferencia arbitraria*: es la obtención de conclusiones sin evidencia que la sustente o siendo contraria a esa conclusión.

2. *Abstracción selectiva*: es el enfocarse en un detalle del contexto, ignorando los demás elementos de la situación, lo que genera una conclusión en base a ese detalle.

3. *Sobregeneralización*: es el arribar a una conclusión general y emplearla en sucesos particulares distintos o no relacionados entre sí.

4. *Maximización y minimización*: es el enfocarse excesivamente en los errores y problemas personales y no considerar lo suficientemente los aciertos y las capacidades personales.

5. *Personalización*: es la tendencia del paciente a relacionar sucesos externos asociados a sí mismo sin evidencia suficiente.

6. *Pensamiento dicotómico o polarización*: es la propensión a clasificar la experiencia en relación a extremos y opuestos sin considerar la evidencia de categorías intermedias.

La terapia cognitiva de Beck et al. (1979) pretende lograr tres objetivos generales en el tratamiento de la depresión:

1° *Modificación de los síntomas objetivos*: pretende tratar los elementos cognitivos, emocionales, motivacionales, comportamentales y fisiológicos que constituyen el síndrome. En relación a la urgencia y el acceso de modificación inicial, se comienza el abordaje.

2° *Detección y transformación de los pensamientos automáticos generados por las distorsiones cognitivas*.

3º Identificación de los supuestos personales y su modificación.

Los objetivos del tratamiento pretenden que se modifique el estado depresivo, desde las interrelaciones entre las cogniciones-afectos-conductas, a los elementos subyacentes cognitivos, como las distorsiones y creencias personales.

2.2. Diferencias entre la ansiedad y la depresión

En trabajos recientes, los trastornos de ansiedad contaban con una elevada prevalencia, siendo Beekman et al. (2000) el más ilustrativo, al estratificar la muestra por edad y género, indicando que su prevalencia era del 10,2%, relacionándolos a factores de vulnerabilidad, como el género femenino, nivel educativo bajo, soledad, enfermedad crónica y limitación funcional.

Con frecuencia, las nociones de ansiedad y depresión se suelen confundir, porque la utilización que se realiza sirve para significar cosas distintas. Se pueden diferenciar dos conceptualizaciones: que algunos autores se refieren a las emociones básicas que corresponden al miedo y la tristeza respectivamente. La segunda se refiere a estos constructos como expresiones clínicas, síntomas o como formas clínicas dentro de trastornos psicológicos (Piqueras Rodríguez et al., 2008).

La ansiedad y la depresión se asocian con expresiones clínicas de ciertas emociones, donde el carácter adaptativo de las mismas se pierde, ya que se tornan una problemática que interfiere y provoca malestar clínicamente significativo. Esto se corresponde con factores psicológicos planteados por el DSM bajo la denominación de Factores psicológicos que repercuten en la condición médica (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 4º edición revisada [DSM-IV-TR], 2000) y con la categoría Factores psicológicos y de la conducta en los trastornos o enfermedades clasificadas en otro sitio en el CIE-10 (Organización Mundial de la Salud [OMS], 1992).

Específicamente, el DSM-IV-TR (2000) señala diferentes factores psicológicos

que pueden afectar una condición médica. Aunque no sólo la ansiedad y la depresión pueden afectar una condición médica, entre las enfermedades médicas existe una elevada prevalencia de problemas de ansiedad y depresión como resultado de las primeras y que deben ser consideradas (Martín, 2005).

2.3. Los trastornos depresivos

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 5º edición [DSM-5] (2014), los trastornos depresivos engloban al trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, el trastorno de depresión mayor, el trastorno depresivo persistente, el trastorno disfórico premenstrual, el trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento, el trastorno depresivo debido a otra afección médica, otro trastorno depresivo especificado y otro trastorno depresivo no especificado. En todos estos trastornos prevalece un estado de ánimo triste, junto a cambios somáticos y cognitivos que afectan la funcionalidad del individuo, variando la dimensión y la etiología.

El trastorno depresivo es el clásico, habiendo una presencia de episodios que persisten como mínimo dos semanas y provocan transformaciones emocionales, cognitivas y en las funciones neurovegetativas, junto a remisiones interepisódicas. Usualmente, el trastorno es recurrente y se debe diferenciar entre la tristeza normal y la que tiene lugar en el episodio depresivo mayor. A pesar de que ocasiona un gran padecimiento, el duelo no provoca un episodio depresivo mayor. La depresión tiene lugar en sujetos vulnerables a los trastornos depresivos, pudiendo lograrse la recuperación a través de un tratamiento antidepresivo. El diagnóstico de depresión y de trastorno depresivo persistente son efectuados cuando existen alteraciones de dos años como mínimo (DSM-5, 2014).

En cuanto a su curso, el trastorno depresivo mayor es inconsistente, pueden tener

lugar remisiones o pocos síntomas dependiendo del individuo. La cronicidad aumenta si existen trastornos subyacentes y disminuye las posibilidades de que el tratamiento logre una remisión completa. La mayoría de las veces, la recuperación tiene lugar entre los tres meses y el año. El comienzo afecta la recuperación a corto plazo, incluso puede ser que ocurra una recuperación total (DSM-5, 2014).

A pesar de la prevalencia de los trastornos depresivos, existen diferencias entre los géneros. En el trastorno depresivo mayor, no parecen haber efectos por la edad sobre la respuesta al tratamiento. Por otro lado, los síntomas como hipersomnia e hiperfagia pueden originarse en personas jóvenes, y los síntomas melancólicos, en los adultos mayores. Los intentos de suicidio disminuyen en la adultez media y tardía, aunque no lo hace el riesgo de suicidio consumado. Las depresiones tempranas se vinculan a alteraciones de la personalidad. El trastorno depresivo mayor no se modifica con la edad. El tiempo promedio de recuperación se estabiliza en periodos extensos, y el hecho de ingresar en el episodio no aumenta o se reduce en el tiempo (DSM-5, 2014).

En las mujeres, existe una mayor epidemiología del trastorno depresivo mayor, no habiendo diferencias entre los sexos en cuanto a los síntomas, curso, tratamiento y consecuencias. Ellas presentan más posibilidades de intentos de suicidio, pero con un índice menor de suicidio consumado. Todo el tiempo sucede que exista una conducta suicida, mientras tienen lugar los episodios de depresión mayor. El hecho de ser hombre, encontrarse soltero, vivir solo y contar con sentimientos de desesperanza incrementa el riesgo de suicidio. La presencia del trastorno límite de la personalidad aumenta el riesgo de intentos de suicidio (DSM-5, 2014).

2.4. La ansiedad

La ansiedad fue objeto de estudio de una gran cantidad de trabajos científicos. Más de sesenta investigadores asociados al National Institute of Mental Health (NIMH)

predijeron que los trastornos de ansiedad delegarían a la esquizofrenia y a los trastornos afectivos en los estudios psiquiátricos y neurológicos (Hinton & Good, 2009). Las publicaciones pueden encontrarse en la base datos de revistas científicas. Por otro lado, no se puede negar que la ansiedad sea un constructo complejo en cuanto a su definición, ya que implica distintos planos y dimensiones.

Se considera que las diferentes traducciones de investigaciones en psicología y psiquiatría agregaron imprecisiones alrededor de la definición de estos términos (Barlow, 2002). La palabra inglesa “*anxiety*” fue empleada para referirse a estados emocionales como la duda, el fastidio, la timidez, la falta de concentración y los estados depresivos. Los términos ansiedad y angustia son empleados indistintamente. En el DSM-4 (1995), “*panic attack*”, una de las expresiones más significativas y denominador común de los trastornos de ansiedad, fue traducida como “crisis de angustia”. Asimismo, la bibliografía freudiana de la editorial Amorrortu, es el resultado de una traducción alemán-inglés-español, en la que el término “*angst*”, traducido al inglés como “*anxiety*”, fue traducido como “angustia”.

De esta forma, desde la perspectiva psicológico-psiquiátrica, los términos son amplios y difusos, lo que dificulta su conceptualización como una entidad mórbida, ya que las diferenciaciones entre normalidad y patología, la “significación clínica” de los manuales diagnósticos se encuentra vacía de contenido (Sarudiansky, 2010).

Siguiendo a Miguel-Tobal y Casado (1999), se efectuará una discriminación terminológica:

- *Ansiedad y miedo*: se suele definir la ansiedad como una emoción próxima al miedo o como una clase de esta. Para diferenciarlos, se emplea el término de proporcionalidad, el miedo sería una respuesta proporcionada al peligro real sobre la ansiedad. Ambos son sinónimos, aunque en la literatura psicológica se prefiere emplear uno u otro término según la peligrosidad “real” del estímulo, lo cual es complejo por la percepción subjetiva.

La palabra “miedo” debe emplearse para señalar la respuesta emocional de temor frente a un peligro real. Por otro lado, el término “ansiedad”, se emplea para hacer referencia al temor vivenciado de manera indeterminada, sin presencia de objeto (Martínez Otero-Pérez, 2014).

- *Ansiedad y angustia*. La angustia es el estado emocional que contiene sobrecogimiento, inhibición y prevalencia de síntomas somáticos y viscerales, por otro lado, la ansiedad genera sobresalto, inquietud y riqueza psíquica. La ansiedad se refiere a síntomas cognitivos, físicos y conductuales, que antes se los consideraba como angustia. Actualmente, la “ansiedad” es empleada por la psicología científica y la “angustia” por la psicología humanista y el psicoanálisis (Miguel-Tobal y Casado, 1999).

- *Ansiedad y estrés*: entre ansiedad y estrés existen diferentes elementos comunes. La “ansiedad” se refiere a la experiencia de inquietud y de falta de objeto. El término “estrés”, se emplea para designar la sobrecarga emocional generada por una fuerza externa que ubica al sujeto cerca del agotamiento.

- *Ansiedad y arousal*: El arousal es una respuesta del organismo frente a una estimulación intensa. Es el nivel de activación en común con las emociones. La ansiedad es el arousal que genera la percepción de peligro.

La cercanía de la ansiedad a otros conceptos, así como la comorbilidad con otros trastornos, como la depresión hacen que se solapen, por lo que en la práctica se pueden observar depresiones con mucha ansiedad o cuadros de ansiedad con sintomatología depresiva (Serrano et al., 2013).

Spielberger et al. (1997) distinguen entre ansiedad estado y ansiedad rasgo. La primera es un estado personal o emocional transitorio, que puede fluctuar con el tiempo en intensidad, el cual se caracteriza por sentimientos subjetivos, percibidos de forma consciente de tensión, y una hiperactividad del sistema nervioso autónomo.

Por otro lado, la ansiedad rasgo evidencia una propensión ansiosa en el sujeto en cuanto a su tendencia a percibir los eventos como amenazadoras y a aumentar su ansiedad estado. Los sujetos con una elevada ansiedad rasgo presentan una ansiedad estado más alta, ya que suelen percibir más sucesos como amenazadores. Como resultado, las personas con ansiedad rasgo suelen responder con un incremento de la ansiedad estado en circunstancias de relaciones interpersonales que generan alguna amenaza a la autoestima. El que los sujetos que difieren en ansiedad rasgo evidencien semejanzas en ansiedad estado depende de cómo el evento específico es percibido como amenazador, lo que se encuentra regido por las experiencias anteriores (Spielberger et al., 1997).

El que la noción de *rasgo* de cuenta de una peculiaridad personal estable que lleva a responder de cierta forma frente a determinados eventos, y que la idea de *estado* remita a una condición personal que varía, da cuenta que no es igual “ser ansioso” o “estar ansioso”. En el primer caso, puede deberse a una “personalidad ansiosa” y en el segundo a una “afectación ansiosa” (Martínez Otero-Pérez, 2014).

Según Reyes-Ticas (2005), la ansiedad es una vivencia emocional, un fenómeno normal que lleva al autoconocimiento, moviliza las defensas del organismo para el aprendizaje, promueve el desarrollo de la personalidad, lleva al logro de metas y ayuda a mantener un alto nivel de trabajo y comportamiento. De forma excesiva, la ansiedad es perjudicial, maladaptativa y lleva a las enfermedades. La ansiedad puede significar un ánimo de tensión, un reflejo de la conciencia por un peligro, un anhelo, una respuesta fisiológica frente a una demanda y un trastorno de ansiedad.

En el ámbito de la psiquiatría, fueron motivo de controversia y confusión los vocablos angustia, estrés, miedo y la utilización en psicopatología de la ansiedad como sentimiento, síntoma, síndrome y enfermedad. En el caso de la angustia, según las raíces lingüísticas y a su uso idiomático cuentan con el mismo significado. En las clasificaciones del CIE-10 y DSM-IV, ansiedad y angustia son considerados sinónimos. Sin embargo, se

deja la ansiedad para los conflictos actuales o pasados, y la angustia para cuando es de origen endógeno o biológico (Reyes-Ticas, 2005).

En cuanto al estrés, Selye lo designó como la respuesta fisiológica de un organismo frente a una demanda o la prevención de las amenazas, en otras palabras, para lograr la homeostasis. Por otro lado, Lazarus la consideró un factor de riesgo al conceptualizarla como las demandas impuestas a un sujeto que agotan o sobrepasan la capacidad de adaptación. Debe existir un estresor, mientras que para la ansiedad no. La ansiedad puede formar parte del estrés siendo la respuesta de defensa frente a una amenaza o como resultado del análisis individual al no superar una demanda. El estrés no siempre se acompaña de ansiedad (Reyes-Ticas, 2005).

En psiquiatría, la ansiedad es un estado afectivo desagradable en el que existe una sensación subjetiva de peligro, malestar o aprensión, seguido de una descarga neurovegetativa. Su causa no es reconocida por el sujeto. En el miedo existe una respuesta fisiológica similar a la de la ansiedad, aunque existe una causa, un peligro real presente o que amenaza con aparecer (Reyes-Ticas, 2005).

2.5. Trastorno de ansiedad generalizada

El Trastorno de ansiedad generalizada es uno de los trastornos mentales más comunes, con una prevalencia/año de entre un 1,7% y un 3,4% en Europa. Como sucede con el trastorno de pánico, la incidencia es del doble en mujeres (Wittchen et al., 2011), con una prevalencia/vida del 18,2% para estas y del 10,1% para los hombres (Steel et al., 2014). Es el trastorno de ansiedad de inicio tardío, que suele comenzar con una edad promedio de 31 años (Bandelow & Michaelis, 2015).

El TAG radica en la presencia de un nivel de ansiedad excesivamente alto y que es persistente, junto a diferentes síntomas psíquicos y somáticos, repercutiendo en diversos ámbitos de la vida cotidiana.

Como ocurre con el trastorno de pánico, debe dejarse de lado que la sintomatología sea explicada por patologías endocrinológicas, neurológicas o cardíacas, o por el consumo de sustancias. Además, debe tenerse en cuenta la posibilidad de que exista además otro trastorno psiquiátrico concomitante, como el trastorno obsesivo compulsivo, el trastorno por estrés postraumático o el mencionado trastorno de pánico (Locke et al., 2015; Sadock et al., 2017).

Es considerado como un trastorno de evolución crónica, tendiendo a fluctuar en la gravedad a través del tiempo. Es común que se establezca en edades más tardías comparado con los demás trastornos de ansiedad, apareciendo en edades tempranas sin llegar a cumplir los criterios para el diagnóstico (Angst et al., 2009; Alegría et al., 2010). A su vez, entre un 50-90% de los pacientes con TAG muestran comorbilidad con otros trastornos mentales, como la depresión y demás trastornos de ansiedad (Sadock et al., 2017) y con el abuso de sustancias a lo largo de la vida en el 50% de los casos (Alegría et al.).

Dentro de los abordajes existentes, la Terapia Cognitivo Conductual es la que cuenta con mayor evidencia (Carpenter et al., 2018; Kaczurkin & Foa, 2015). El tratamiento psicoterapéutico a través de la TCC se basa en la observación de que la mayoría de los sujetos con TAG evidencian sesgos de atención que los lleva a sobredimensionar las amenazas (Goodwin et al., 2017), habiendo poca tolerancia a la incertidumbre y una mayor predisposición a las conductas evitativas (Behar et al., 2008). Estos mecanismos llevan a la retroalimentación de las preocupaciones y la ansiedad.

La depresión suele acompañar los trastornos de ansiedad, por lo que también deben atenderse. Los síntomas como sentimientos de tristeza, apatía, modificaciones en el apetito o en el sueño, y la dificultad para concentrarse caracterizan la depresión, pudiendo ser tratados efectivamente con medicamentos antidepresivos o con psicoterapia. Algunos sujetos responden mejor combinando medicamentos y psicoterapia, lo que puede

ayudar a la mayoría de los sujetos que padecen depresión. Las personas con TAG se sobresaltan más fácilmente, se suelen sentir cansados, les es difícil concentrarse y padecen de depresión (Asociación Mundial de Psiquiatría, 1999).

El TAG aparece gradualmente y repercute más frecuentemente a sujetos en la niñez o adolescencia, pudiendo empezar en la edad adulta. Es más frecuente en las mujeres, sucediendo con los familiares de los individuos afectados. Se diagnostica luego de transcurrir al menos seis meses, preocupándose de forma desmedida por los problemas cotidianos (Asociación Mundial de Psiquiatría, 1999). Este trastorno lleva a la anticipación de desastres, preocuparse de forma excesiva por la salud, el dinero, la familia o el trabajo. A su vez, las preocupaciones se ven acompañadas por síntomas físicos como, temblores, tensión muscular y náusea.

2.6. La pandemia de COVID-19 y la enfermería

En diciembre del 2019 se reportó por primera vez en Wuhan, China, un nuevo coronavirus (SARS-CoV-2), el cual se ha propagado rápidamente por todos los continentes (Li et al., 2020; Xiao, 2020). Fue el brote de neumonía atípica más grande a nivel mundial, siendo relacionado con el Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SARS, por sus siglas en inglés) originado en el 2003, y que cuenta con una difusión más veloz, mayor tasa de infección y mayor mortalidad que el COVID-19 (Hawryluck et al., 2004).

En enero del 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró al COVID-19 una Emergencia de Salud Pública de Interés Internacional, llegando a la categoría de pandemia en marzo de dicho año (Organización Panamericana de la Salud [OPS]/OMS, 2020). Las autoridades de todos los países, los organismos encargados de la salud y las sociedades científicas tomaron acciones y brindaron recomendaciones para afrontar los retos de la infección en cuanto a sanidad, economía y seguridad social (Accini-Mendoza et al., 2020; Centers for Disease Control and Prevention. [CDC], 2020;

OPS/OMS, 2020).

Las crisis de seguridad sanitaria provocan estrés y pánico en la población general y en los profesionales de salud, al sentir miedo por contagiarse y morir como resultado de la infección (Hawryluck et al., 2004; Kang et al., 2020; Rana et al., 2020). Por su parte, Sim et al. (2010) analizaron el impacto psicológico de la epidemia SARS en comunidades no infectadas y encontraron una presencia significativa de morbilidad psiquiátrica. Los trabajadores de la salud temen contagiar a sus familias, amigos o compañeros, sintiendo síntomas de estrés, ansiedad o depresión con consecuencias psicológicas a largo plazo (Accini-Mendoza et al., 2020; Khalid et al., 2016; Lai et al., 2020; Nickell et al., 2004; OPS/OMS, 2020; Xiao 2020).

Asimismo, Kang et al. (2020) y Lai et al. (2020) indicaron que los profesionales de la salud evidencian tasas de depresión, ansiedad, estrés e insomnio por la pandemia de COVID-19.

Sin embargo, no existen suficientes investigaciones en Latinoamérica que analicen los aspectos psicosociales en epidemias. Se deben identificar las alteraciones en salud mental y de estrés laboral de los profesionales de la salud, para generar recomendaciones a las autoridades gubernamentales o sanitarias, y llevar a cabo acciones preventivas o intervención (Monterrosa-Castro et al., 2020).

Por su parte, el Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas “Norberto Quirno” (CEMIC) es una Asociación Civil sin fines de lucro, una Entidad de Bien Público y universitaria. Fue creada en 1958 por el Dr. Norberto Quirno y un grupo de discípulos que quisieron mejorar la medicina argentina. Esta visión la llevó a volverse una institución líder en el ámbito de la salud.

3. MÉTODO

3.1. Relevancia

3.1.1. Teórica

La investigación se considera relevante, debido a que se obtuvo información acerca de la situación entorno a la ansiedad y la depresión en una muestra perteneciente al ámbito sanitario. Esta relación brindará datos sobre cómo es la situación actual en el personal sanitario en un momento de post pandemia.

3.1.2. Práctica

La información que se originó en este estudio podría ser empleada para mejorar las condiciones laborales de una población que se encuentra exhausta por la pandemia de COVID-19. Por lo tanto, desde la psicología clínica, representa un aspecto significativo el poder brindarles herramientas a los enfermeros para que puedan identificar estados ansiógenos y depresivos, y que puedan recibir los tratamientos pertinentes.

3.1.3. Social

Como ya se mencionó, este estudio supone una ampliación del conocimiento alrededor del personal sanitario, por lo que sería fundamental que se planteen políticas de salud mental que tengan en consideración al personal de salud. Esta población se encuentra aun atravesando los efectos de la pandemia de COVID-19, por lo que se deben fomentar tratamientos que promuevan los factores protectores frente a la ansiedad y la depresión.

3.2. Tipo de estudio y diseño

El tipo de estudio es no experimental, ya que se efectuó sin manipular de manera intencional las variables. Solo se limitó a analizar los fenómenos en su ambiente natural. Además, la investigación es de tipo descriptiva, ya que se indagan los atributos de un fenómeno; es correlacional, porque se asocian dos o más variables siguiendo un patrón previsible en cierta población en determinado entorno, analizando la correlación sustentada en hipótesis (Hernández Sampieri et al., 2006).

El diseño de la investigación es transversal, porque se tomó en un solo momento temporal. Se recurrió a la recolección de información y a la descripción de las variables. Por último, el enfoque metodológico es el cuantitativo, porque permite valorar la información recopilada y llevar a cabo el análisis respectivo alrededor de la problemática a investigar. Se utiliza la recolección de datos para probar la hipótesis, empleando la medición numérica y el análisis estadístico (Hernández Sampieri et al., 2006).

3.3. Muestra

Se recurrió al muestreo probabilístico, debido a que se considera cada unidad que compone la población con cierta probabilidad o se sabe de antemano que no podrá llevarse a cabo. El muestreo es subjetivo por decisión razonada, ya que las unidades de análisis son elegidas siguiendo sus características, mientras que el proceso de elección se realiza siguiendo criterios racionales, sin recurrir a la selección causal (Corbetta, 2007).

Los individuos que constituyeron la muestra cumplieron los siguientes criterios de inclusión:

- Tenían entre 20 y 65 años de edad.
- Residían en el Área Metropolitana de Buenos Aires.
- Contaban con título en enfermería.

- Trabajaron en CEMIC un mínimo de 6 meses.
- Aceptaron participar de la investigación.

Asimismo, se consideraron los siguientes criterios de exclusión:

- Personas que, a pesar de contar con la titulación y la antigüedad laboral necesarias, se encontraran desempeñando otras funciones en CEMIC.
- Personas que no pertenecieran a dicha asociación civil.
- Sujetos que se encontraran bajo licencia por un más de una semana al momento de la administración de los cuestionarios.

La muestra estuvo conformada por 101 enfermeros, con una edad promedio de 42,35 años (DT= 9,305 años; Mediana= 40 años; Máx.= 63 años; Mín.= 28 años).

3.4. Instrumentos

Se administró el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo [STAI] (Spielberger et al., 1983; adaptación argentina: Leibovich de Figueroa, 1991). Este cuestionario analiza cómo se siente el sujeto al responder la prueba y de forma general. Cuenta con dos series de afirmaciones que evalúan la ansiedad estado y la ansiedad rasgo, con una escala Likert que oscila entre 1- Nada y 4- Mucho y 1- Casi nunca y 4- Casi siempre, para los ítems de ambas series respectivamente. El cuestionario posee 40 ítems, de los cuales los ítems 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20, 21, 23, 26, 27, 30, 33, 34, 36 y 39 puntúan de forma inversa.

En Argentina, se aplicó la escala a personas de Capital Federal y Gran Buenos Aires. El orden de presentación rasgo-estado fue constante y se procedió a su evaluación. Esta técnica es útil en labores de rastillaje para diagnosticar precozmente dificultades de aprendizaje, en el caso de los niños. La escala posee dos dimensiones:

- *Ansiedad estado*: ítems 1 al 20. Evalúa la intensidad de los sentimientos de ansiedad al momento de responder ($\alpha = 0.90$).

- *Ansiedad rasgo*: ítems 21 al 40. Analiza como la persona se siente generalmente y la frecuencia con la que se vivencian sentimientos vinculados con la ansiedad (correlación test-retest: 0.73).

El Inventario de Depresión de Beck, Segunda Versión [BDI-II] (Beck et al., 2009; adaptación argentina: Brenlla y Rodríguez, 2009) posee 21 ítems, los cuales cuentan con una escala de cuatro puntos que oscila entre 0 y 3. Si hubiera elecciones múltiples se escoge la más elevada. La puntuación máxima es de 63 puntos. En el caso de los ítems Cambios en los hábitos de sueño y Cambios en el apetito (ítems 16 y 18), poseen siete opciones de respuestas que diferencian entre el aumento y la reducción de dichos comportamientos. En la versión argentina, se recurrió a 472 individuos de población general y 248 estudiantes universitarios. Para la población clínica, se emplearon 325 pacientes externos de institutos. Se encontró una consistencia interna con un alfa de Cronbach de .88 para la muestra clínica y de .86 para la población general. La fiabilidad test-retest luego de 7-10 días fue de $r = .90$ en la población clínica y de $r = .86$ en la población general.

En la versión argentina, existen dos factores:

- *Dimensión Cognitivo-Afectiva*: conformada por 13 los ítems Tristeza, Pesimismo, Fracaso, Pérdida de placer, Sentimientos de culpa, Sentimientos de castigo, Disconformidad con uno mismo, Autocrítica, Pensamientos o deseos suicidas, Llanto, Pérdida de interés, Desvalorización y Cambios en el apetito.
- *Dimensión Somática*: compuesta por los ítems Agitación, Indecisión, Pérdida de energía, Cambios en los hábitos de sueño, Irritabilidad, Dificultad de concentración, Cansancio o fatiga y Pérdida de interés en el sexo (Brenlla y Rodríguez, 2009).

3.5. Procedimiento

La administración de los protocolos se llevó a cabo bajo una modalidad híbrida, es decir, se realizó la administración en formato papel en hospitales y demás instituciones pertenecientes al CEMIC. Por otro lado, debido a la pandemia de COVID-19, también se compartieron los protocolos de manera virtual a través de redes sociales.

En ambos casos, primero se solicitó autorización a las autoridades del CEMIC para poder realizar la recopilación de la información. Se explicó que el protocolo contaba con un consentimiento informado en el que se explicaba la finalidad de la investigación, la utilización que se le daría a la información, el anonimato de las respuestas y de los sujetos, y la no devolución sobre los resultados. Una vez recopilada la información, fue trasladada a una base de datos en el programa SPSS 26.0, donde se efectuó el análisis de la información, utilizando estadística descriptiva e inferencial.

4. RESULTADOS

4.1. Caracterización de la muestra

Tabla 1

Datos sociodemográficos de la muestra

Variable	Etiqueta	N	Porcentaje
Género	Femenino	64	63,4
	Masculino	37	36,6
Estado civil	Soltero/a	23	22,8
	Convive/pareja de hecho	34	33,7
	Casado/a	20	19,8
	Separado/a	18	17,8
	Divorciado/a	5	5
	Viudo/a	1	1
	Tiene hijos	Sí	65
No		36	35,6
Zona de residencia	CABA	49	48,5
	GBA	52	51,5
Cuenta con otro trabajo por fuera de la enfermería	Sí	23	22,8
	No	78	77,2
Antigüedad laboral	Menos de 1 año	1	1
	Entre 1 y 3 años	19	18,8
	Entre 3 y 5 años	33	32,7
	Más de 5 años	48	47,5
Realiza horas extra	Sí	29	28,7
	No	72	71,3
Nivel educativo	Terciario completo	28	27,7
	Universitario incompleto	10	9,9
	Universitario completo	63	62,4
Realiza actividad asociada con el bienestar	Sí	67	66,3
	No	34	33,7

Nota: N=101

El 63,4% de los sujetos pertenece al género femenino y el 36,6% al género masculino. El 64,4% tiene hijos. Además, el 21,8% de los enfermeros trabaja en otra

institución además del CEMIC y el 28,7% realiza horas extra. Cabe destacar que el 33,7% de los enfermeros no realiza ninguna actividad asociada con el bienestar.

4.2. Descripción de las variables

Tabla 2

Estadística descriptiva de las variables

Variabes	Media	Desvío Típico	Mínimo	Máximo
Ansiedad estado	38,67	9,689	20	78
Ansiedad rasgo	38,32	8,797	21	64
Ansiedad total	76.99	17,312	41	124
Cognitivo-afectiva	7.69	6,074	0	22
Somática	6.28	4,913	1	21
Depresión	13.97	10,366	0	41

4.3. Análisis de la normalidad

Se efectuó el análisis de normalidad para las variables descritas anteriormente, mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Los resultados fueron los siguientes:

Tabla 3

Normalidad de las variables a estudiar

	p
Ansiedad estado	,200
Ansiedad rasgo	,081
Ansiedad total	,200
Cognitivo-afectiva	,000
Somática	,013
Depresión	,007

Nota: estadístico utilizado: prueba de Kolmogorov-Smirnov

En los resultados se observa una distribución normal en Ansiedad Estado, Ansiedad Rasgo y Ansiedad Total, ya que el puntaje p es mayor a 0,05. Por otro lado, en las dimensiones de depresión se observa una distribución no normal, ya que p fue inferior a 0,05.

4.4. Análisis de la relación entre las variables

Tabla 4

Asociación entre la ansiedad, la depresión y las variables sociodemográficas

Medidas	1.	2.	3.	4.	5.	6.
1. Ansiedad estado	-	,789**	,949**	,711**	,657**	,723**
2. Ansiedad rasgo		-	,934**	,840**	,768**	,844**
3. Ansiedad total			-	,808**	,748**	,820**
4. Cognitivo-afectiva				-	,818**	,964**
5. Somática					-	,932**
6. Depresión						-

Nota. Las correlaciones r de Pearson y Rho de Spearman fueron reportadas para todas las variables. *p<.05. **p<.01.

Las variables se asocian de manera directa y fuerte, ya que la significación es menor a 0,05 y los coeficientes de correlación son positivos.

Tabla 5

Correlación entre la Ansiedad estado y la cantidad de hijos

	Ansiedad estado
Cantidad de hijos	Coefficiente Correlación ,251

Nota: Se utilizó Rho de Spearman. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral)

Las variables se asocian de manera directa y débil, ya que la significación es menor a 0,05 y el coeficiente de correlación es positivo, lo que indica que a mayor cantidad de hijos, mayor niveles de ansiedad.

Tabla 6

Correlación entre la cantidad de horas trabajadas y la depresión

		Cantidad de horas trabajadas
Depresión	Coeficiente Correlación	-,209
	Sig. Bilateral	,036*
Somática	Coeficiente Correlación	-,258
	Sig. Bilateral	,009**

Nota: Se utilizó Rho de Spearman. La correlación es significativa al nivel 0,01 y 0,05 (bilateral)

Las variables se asocian de manera inversa y débil con la cantidad de horas trabajadas, ya que la significación es menor a 0,05. Los coeficientes de correlación son negativos, lo cual indicaría que a mayor cantidad de horas trabajadas se presentan menores niveles de depresión.

4.5. Análisis de las diferencias de grupo

Tabla 7

Comparación de variables según el género

Variable	Rango Promedio		Sig. (Asintót.)
	Femenino	Masculino	Sig.
Ansiedad Rasgo	39,61	36,08	,049*

Cognitivo-afectiva	55,67	42,92	,034*
Somática	57,94	39	,002**
Depresión	56,95	40,72	,007**

Nota. estadísticos utilizados: T de Student y U de Mann-Whitney *p<.05. **p<.01.

Para todas las variables, la significación fue menor a 0,05, lo que implica que hay diferencias de grupos. Las mujeres mostraron mayores niveles de ansiedad rasgo, de depresión y sus dimensiones, en comparación con los hombres.

Tabla 8

Comparación de variables de ansiedad y depresión según el tipo de trabajo

Variable	Rango Promedio		Sig. (Asintót.)
	Relación de dependencia	Independiente	Sig.
Ansiedad Rasgo	42,75	35,16	,036*
Cognitivo-afectiva	19,19	11,82	,025*
Somática	19	11,89	,034*
Depresión	19,75	11,58	,013*

Nota. estadísticos utilizados: T de Student y U de Mann-Whitney *p<.05. **p<.01.

Para todas las variables, la significación fue menor a 0,05, lo que implica que hay diferencias de grupos. Los sujetos que cuentan con otro trabajo en relación de dependencia mostraron mayores niveles de ansiedad rasgo, de depresión y sus dimensiones, comparados con quienes trabajan de forma independiente.

Tabla 9

Comparación de variable depresión según si tiene hijos

	Rango Promedio	Sig. (Asintót.)
Tiene hijos	55,58	,035*
No tiene hijos	42,74	

Nota. estadísticos utilizados: U de Mann-Whitney. *p<.05. **p<.01.

La significación fue menor a 0,05, lo que implica que hay diferencias de grupos. Las personas con hijos mostraron un mayor nivel de depresión comparados con los sujetos sin hijos.

Tabla 10

Comparación de variable cognitivo-afectiva según si realiza horas extra

	Rango Promedio	Sig. (Asintót.)
Trabaja horas extra	60,21	,044*
No trabaja horas extra	47,29	

Nota. estadísticos utilizados: U de Mann-Whitney. *p<.05. **p<.01.

La significación fue menor a 0,05, lo que implica que hay diferencias de grupos. Las personas que realizan horas extra evidenciaron un mayor nivel de la dimensión cognitivo-afectiva comparados con quienes no las llevan a cabo.

Tabla 11

Comparación de variables de depresión y ansiedad según si realiza alguna actividad asociada con el bienestar

Variable	Rango Promedio		Sig. (Asintót.)
	Realiza actividad	No realiza actividad	Sig.
Ansiedad Rasgo	36,66	47,29	,002**
Ansiedad estado	36,43	42,03	,002**
Ansiedad	73,09	84,68	,001**
Cognitivo-afectiva	44,4	64,01	,001**
Somática	42,87	67,01	,000**
Depresión	43,23	66,31	,000**

Nota. estadísticos utilizados: T de Student y U de Mann-Whitney *p<.05. **p<.01.

La significación fue menor a 0,05, lo que implica que hay diferencias de grupos. Las personas que realizan alguna actividad asociada con el bienestar evidenciaron un menor nivel de ansiedad y depresión comparados con los enfermeros que no las efectúan.

5. CONCLUSIÓN

El objetivo general de este estudio fue analizar la relación entre los niveles de ansiedad y depresión de los enfermeros pertenecientes a la Asociación Civil CEMIC. Los resultados obtenidos pudieron corroborar la presencia de relaciones significativas y positivas entre la ansiedad, la depresión y sus dimensiones ya que los resultados de correlación arrojaron índices de correlación que oscilaron entre ,657 y ,844, por ende, se puede señalar que, a mayor nivel de ansiedad, existe un mayor nivel de depresión, tanto en las dimensiones ansiedad estado y rasgo, y cognitivo-afectiva y somática respectivamente. Por todo lo mencionado, la hipótesis del estudio, la cual señala que existe una relación positiva entre la ansiedad y la depresión en los enfermeros pertenecientes al CEMIC, se corrobora.

Además, se encontraron relaciones significativas y positivas entre la cantidad de hijos y la ansiedad estado, y relaciones significativas y negativas entre la cantidad de horas trabajadas y la depresión y su dimensión Somática. A saber:

- A mayor cantidad de hijos se evidenciaron mayores niveles de ansiedad estado
- A menor cantidad de horas trabajadas, mayores niveles de depresión

A su vez, los resultados de esta investigación mostraron la presencia de diferencias significativas según el género, el tipo de trabajo y si realiza alguna actividad asociada con el bienestar, para la ansiedad rasgo, la depresión y sus dimensiones. A saber:

- Las mujeres mostraron mayores niveles de ansiedad rasgo, de depresión y sus dimensiones, en comparación con los hombres
- Las personas que realizan alguna actividad asociada con el bienestar evidenciaron un menor nivel de ansiedad y depresión comparados con los enfermeros que no realizan actividades relacionadas al bienestar

- Los sujetos que cuentan con otro trabajo en relación de dependencia mostraron mayores niveles de ansiedad rasgo, de depresión y sus dimensiones, comparados con quienes trabajan de forma independiente

6. DISCUSIÓN

Para arribar a los resultados descritos, primero se debieron describir los niveles de depresión y de ansiedad de los enfermeros, para luego proceder a la asociación de ambos constructos. Este trabajo se pudo realizar sin mayores dificultades, ya que existen escalas validadas en el entorno local para evaluar las variables en cuestión. Esto le daría mayor validez a los resultados obtenidos.

Sin embargo, sí se pudo observar cierta reticencia de los enfermeros a responder los cuestionarios, quizás por temores infundados de que las respuestas serían analizadas por la institución en cuestión. Esto sucedió a pesar de que se presentara un consentimiento informado junto a los protocolos, donde se explicaba el anonimato de las respuestas y su utilización con fines académico-científicos.

Con frecuencia, las nociones de ansiedad y depresión se suelen confundir (Piqueras Rodríguez et al., 2008). Entre las enfermedades médicas, existe una elevada prevalencia de problemas de ansiedad y depresión como resultado de las primeras (Martín, 2005), por ende, se debe señalar que no caben dudas que constituyen constructos diferenciados pero que presentan grandes semejanzas, tal como fue descrito en el marco teórico de esta investigación.

El conocimiento de la comorbilidad depresión-ansiedad-dolor crónico es vital en la búsqueda de intervenciones terapéuticas efectivas. Una elevada proporción de trastornos depresivos se acompañan de expresiones ansiosas (Arango-Dávila y Rincón-Hoyos, 2018). La depresión suele acompañar los trastornos de ansiedad. Los sentimientos de tristeza, apatía, cambios en el apetito o en el sueño y la dificultad para concentrarse caracterizan a este trastorno (Asociación Mundial de Psiquiatría, 1999).

Por otra parte, las crisis de seguridad sanitaria provocan estrés y pánico en la población general y en los profesionales de salud (Hawryluck et al., 2004; Kang et al.,

2020; Rana et al., 2020). Estos últimos temen contagiar a sus familias, amigos o compañeros, padeciendo estrés, ansiedad o depresión (Accini-Mendoza et al., 2020; Kang et al., 2020; Khalid et al., 2016; Lai et al., 2020; Nickell et al., 2004; OPS/OMS, 2020; Xiao 2020).

En relación a las variables sociodemográficas, se puede mencionar el género, ya que diversas investigaciones asociaron mayor ansiedad y depresión con el género femenino (Beekman et al., 2000; Lozano-Vargas, 2020; Obando Zegarra et al., 2020). En este estudio, se pudo corroborar un mayor nivel de ansiedad rasgo en las mujeres. Incluso otros atributos vinculados a estos constructos fueron la edad y la antigüedad laboral (Obando Zegarra et al., 2020). Tal como se mencionó, el trastorno depresivo mayor no se modifica con la edad (DSM-5, 2014).

Por otra parte, los trabajadores en relación de dependencia mostraron mayor nivel de ansiedad rasgo, posiblemente debido a que los enfermeros de esta muestra se desempeñaban bajo esta modalidad en el CEMIC. En adición, el hecho de que tengan hijos supone un mayor nivel de exigencia sobre los enfermeros, sumado a la posibilidad de contagiarlos con COVID-19, lo cual podría explicar estos hallazgos. A su vez, queda en evidencia la importancia de realizar alguna actividad asociada con el bienestar, para prevenir los elevados niveles de ansiedad y depresión. En cuanto a las horas extra, el hecho de trabajar más tiempo, expuestos a las exigencias laborales y al mencionado contagio, podría explicar el mayor nivel de la dimensión cognitiva de la depresión.

Además, los resultados mostraron que, a mayor cantidad de hijos, existe un mayor nivel de ansiedad estado. Esto podría explicarse por el hecho de que el contar con más hijos a los que cuidar supone un nivel de estrés mayor, lo que provoca un estado de ansiedad constante. A su vez, a mayor cantidad de horas trabajadas, existe un menor nivel de depresión y de la dimensión somática, lo cual podría deberse al hecho de que mantenerse ocupado llevaría a que los enfermeros se encuentren más activos, o que al

contar con un menor nivel de depresión trabajen más tiempo. En este estudio, no se observaron relaciones significativas entre la edad, la cantidad de horas extra, el nivel de educación, la antigüedad laboral, y la ansiedad, la depresión y sus dimensiones.

Como limitación de esta investigación, se puede indicar la accesibilidad a la muestra, se observó reticencia de parte de los enfermeros para responder el cuestionario administrado. Por otro lado, al recurrirse al muestreo no probabilístico no se puedan generalizar los resultados obtenidos. Como fortaleza, este estudio sentó el punto de inicio para analizar una población que padeció especialmente las consecuencias de la crisis por la pandemia de COVID-19. Esto generó diversas repercusiones en la población en general y más específicamente en el personal de salud.

Por último, sería recomendable que continuar estudiando las consecuencias de la pandemia en los enfermeros, así como en el resto del personal de salud. Por otra parte, se recomienda indagar los efectos que otros constructos psicológicos podrían ejercer en esta población, particularmente afectada por las consecuencias de la pandemia. Luego de tres años de comenzada la misma, se empiezan a observar los efectos de la misma en la sociedad en general en los distintos ámbitos, en los que se incluye también la salud mental. Debido al poco interés inicial que se le dedicó a esta durante el período de aislamiento social, no se debe dejar de lado la importancia que posee, sobre todo en el personal de salud, y más específicamente, en los enfermeros.

7. REFERENCIAS

- Accini-Mendoza, J. L., Beltrán, N., Nieto-Estrada, V. H., Ramos-Bolaños, E., Pizarro-Gómez, C., Rebolledo, C. E., Duran Pérez, J. C., Dueñas Castell, C., Arias, A., Barciela, E., Camargo, R., Rojas, J. A., Zabaleta Polo, Y., Florian Pérez, M. C., & Torres, V. (2020). Declaration of consensus in critical medicine for multidisciplinary care of the patient with a suspected or confirmed diagnosis of COVID-19. *Acta Colombiana de Cuidado Intensivo*, 20(4), 287-333-<https://doi.org/10.1016/j.acci.2020.04.003>
- Agudelo, D. M., Casadiegos, C. P., y Sánchez, D. L. (2008). Características de ansiedad y depresión en estudiantes universitarios. *International Journal of Psychological Research*, 1(1), 34-39.
- Alarcón, R. (2009). Culture, cultural factors and psychiatric diagnosis: review and projections. *World Psychiatry*, 8(3), 131-139. doi: 10.1002/j.2051-5545.2009.tb00233.x
- Alegría, A. A., Hasin, D. S., Nunes, E. V., Liu, S. M., Davies, C., Grant, B. F., & Blanco, C. (2010). Comorbidity of generalized anxiety disorder and substance use disorders: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 71(9), 1187-95. doi: 10.4088/JCP.09m05328gry
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4^o edition, text revision). Author.
- Andrade, L., Caraveo-Anduaga, J. J., Berglund, P., Bijl, R. V., De Graaf, R., Vollebergh, W., Dragomirecka, E., Kohn, R., Keller, M., Kessler, R. C., Kawakami, N.,

- Kiliç, C., Offord, D., Ustun, T. B., & Wittchen, H. U. (2003). The epidemiology of major depressive episodes: results from the International Consortium of Psychiatric Epidemiology (ICPE) Surveys. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 12(1), 3-21. doi: 10.1002/mpr.138.
- Angst, J. (1997). A regular review of the long term follow up of depression. *BMJ*, 315(7116), 1143-1146. doi: 10.1136/bmj.315.7116.1143.
- Angst, J., Gamma, A., Baldwin, D. S., Ajdacic-Gross, V., & Rössler, W. (2009). The generalized anxiety spectrum: prevalence, onset, course and outcome. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 259(1), 37-45. doi: 10.1007/s00406-008-0832-9.
- Arango-Dávila, C. A. y Rincón-Hoyos, H. G. (2018). Trastorno depresivo, trastorno de ansiedad y dolor crónico: múltiples manifestaciones de un núcleo fisiopatológico y clínico común. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 47(1), 46-55. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2016.10.007>
- Arrieta Vergara, K. M., Díaz Cárdenas, S., y González Martínez, F. (2014). Síntomas de depresión y ansiedad en jóvenes universitarios: prevalencia y factores relacionados. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 7(1), 14-22. DOI:10.4321/S1699-695X2014000100003
- Asociación Mundial de Psiquiatría (1999). *Diagnóstico y tratamiento de los trastornos de ansiedad*.
- Asociación Psiquiátrica Americana (1995). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales* (4° ed.). Masson.
- Asociación Psiquiátrica Americana. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (5°ed.). Editorial Médica Panamericana.

- Austin, M. P., Mitchell, P. H., & Goodwin, G. (2001). Cognitive deficits in depression: Possible implications for functional neuropathology. *The British Journal of Psychiatry*, *178*, 200-6. doi: 10.1192/bjp.178.3.200.
- Bandelow, B. & Michaelis, S. (2015). Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, *17*(3), 327-35. doi: 10.31887/DCNS.2015.17.3/bbandelow
- Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (2^o ed.). Guilford Press.
- Beck, A. (2008). The evolution of the cognitive model of depression and its neurobiological correlates. *American Journal of Psychiatry*, *165*, 969-77. doi: 10.1176/appi.ajp.2008.08050721.
- Beck, A. T., Rush, A., Shaw, B., & Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. The Guilford Press.
- Beck, A., Steer, R., y Brown, G. (2009). *Inventario de depresión de Beck: BDI-II*. Paidós.
- Beekman, A. T., De Beurs, E., & Van Balkom, A. J. (2000). Anxiety and depression in the later lifeco-occurrence and communality of risk factors. *American Journal of Psychiatry*, *157*(1), 89-95. doi: 10.1176/ajp.157.1.89.
- Behar, E., DiMarco, I. D., Hekler, E. B., Mohlman, J., & Staples, A. M. (2009). Current theoretical models of generalized anxiety disorder (GAD): conceptual review and treatment implications. *Journal of Anxiety Disorder*, *23*(8), 1011-23. doi: 10.1016/j.janxdis.2009.07.006.
- Blazer, D. G. (2003). Depression in Late Life: Review and Commentary. *The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, *58*(3), 249-65. doi: 10.1093/gerona/58.3.m249.

- Botto, A., Acuña, J., y Jiménez, J. P. (2014). La depresión como un diagnóstico complejo. Implicancias para el desarrollo de recomendaciones clínicas. *Revista Médica de Chile*, 142, 1297-1305
- Brenlla, M. E. y Rodríguez, C. M. (2009). Adaptación argentina del Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II). En A. Beck, R. Steer & G. Brown, *Inventario de depresión de Beck: BDI-II* (pp. 11-38). Paidós.
- Cadena-Estrada, J. C., Olvera-Arreola, S. S., López-Flores, L., Pérez-Hernández, E., Lira-Rodríguez, G., Sánchez-Cisneros, N., y Quintero-Barrios, M. M. (2020). Enfermería ante el COVID-19, un punto clave para la prevención, control y mitigación de la pandemia. *Archivos de Cardiología de México*, 90, 94-99. DOI: 10.24875/ACM.M20000058
- Carpenter, J. K., Andrews, L. A., Witcraft, S. M., Powers, M. B., Smits, J. A. J., & Hofmann, S. G. (2018). Cognitive behavioral therapy for anxiety and related disorders: A meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *Depress Anxiety*, 35(6), 502-14. doi: 10.1002/da.22728.
- Caspi, A., Sugden, K., Moffitt, T., Taylor, A., Craig, I., Harrington, H., McClay, J., Mill, J., Martin, J., Braithwaite, A., & Poulton, R. (2003). Influence of Life Stress on Depression: Moderation by a Polymorphism in the 5-HTT Gene. *Science*, 301: 386-9. doi: 10.1126/science.1083968.
- CEMIC (s.f.). ¿Qué es el CEMIC? https://www.facebook.com/CEMICHospitalUniversitario/?locale=es_LA
- Centers for Disease Control and Prevention. (2020). Coronavirus disease 2019 (COVID-19). Stress and coping. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/daily-lifecoping/managing-stress-anxiety.html>

- Cepoiu, M., McCusker, J., Cole, M. G., Sewitch, M., Belzile, E., & Ciampi A. (2008). Recognition of depression by non-psychiatric physicians: a systematic literature review and metaanalysis. *Journal of General Internal Medicine*, 23(1), 25-26. doi: 10.1007/s11606-007-0428-5
- Corbetta, P. (2007). *Metodología y técnicas de investigación social*. McGraw Hill.
- Eslava-Albarracin, D. G. (2021). Enfermería. Retos y desafíos en tiempos de pandemia. *Revista Ciencia y Cuidado*, 18(3), 5-8
- Freud, S. (2000). Duelo y Melancolía. En: *Obras completas*. Editorial Amorrortu.
- Goodwin, H., Yiend, J., & Hirsch, C. R. (2017). Generalized Anxiety Disorder, worry and attention to threat: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 54, 107-22. doi: 10.1016/j.cpr.2017.03.006.
- Hawryluck, L., Gold, W. L., Robinson, S., Pogorski, S., Galea, S., & Styra, R. (2004). SARS control and psychological effects of quarantine, Toronto, Canada. *Emerging Infectious Disease*, 10(7), 1206-1212. oi: 10.3201/eid1007.030703.
- Heim, Ch. & Nemeroff, Ch. (2001). The Role of Childhood Trauma in the Neurobiology of Mood and Anxiety Disorders: Preclinical and Clinical Studies. *Biological Psychiatry*, 49(12):1023-39. doi: 10.1016/s0006-3223(01)01157-x.
- Heim, Ch., Plotsky, P., & Nemeroff, Ch. (2004). Importance of studying the contributions of early adverse experience to neurobiological findings in depression. *Neuropsychopharmacology*, 29(4), 641-8. doi: 10.1038/sj.npp.1300397.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., y Baptista Lucio, P. (2006). *Metodología de la investigación* (4º ed.). McGraw Hill.
- Hinton, D. & Good, B. (2009) *Culture and Panic Disorder*. Stanford University Press.

- Hong, C. & Tsai, T. (2003). The Genomic Approach to Major Depression. *Current Pharmacogenomics, 1*, 67-74. doi: 10.30773/pi.2019.06.16
- Kaczurkin, A. N. & Foa, E. B. (2015). Cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders: an update on the empirical evidence. *Dialogues in Clinical Neuroscience, 17*(3), 337-46. doi: 10.31887/DCNS.2015.17.3/ akaczurkin.
- Kang, L., Ma, S., Chen, M., Yang, J., Wang, Y., Li, R., Yao, L., Bai, H., Cai, Z., Xiang Yang, B., Hu, S., Zhang, K., Wang, G., Ma, C., & Liu, Z. (2020). Impact on mental health and perceptions of psychological care among medical and nursing staff in Wuhan during the 2019 novel coronavirus disease outbreak: A cross-sectional study. *Brain, Behavior and Immunity, 87*, 11-17. doi: 10.1016/j.bbi.2020.03.028.
- Karasz, A. (2005). Cultural differences in conceptual models of depression. *Social Science & Medicine, 60*(7), 1625-35. doi: 10.1016/j.socscimed.2004.08.011.
- Katon, W., Simon, G., Russo, J., Von Korff, M., Lin, E. H., Ludman, E., Ciechanowski, P. & Bush, T. (2004). Quality of depression care in a population based sample of patients with diabetes and major depression. *Medical Care, 42*(12), 1222-9. doi: 10.1097/00005650-200412000-00009.
- Khalid, I., Khalid, T. J., Qabajah, M. R., Barnard, A. G., & Qushmaq, I. A. (2016). Healthcare workers emotions, perceived stressors and coping strategies during a MERS-CoV outbreak. *Clinical Medicine & Research, 14*(1), 7-14. <https://doi.org/10.3121/cm.2016.1303>
- Kohn, R., Saxena, Sh., Levay, I., & Saraceno, B. (2004). The treatment gap in mental healthcare. *Bulletin of the World Health Organization, 82*, 858-66.

- Krishnadas, R. & Cavanagh, J. (2012). Depression: an inflammatory illness? *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 83(5), 495-502. doi: 10.1136/jnnp-2011-301779.
- Lai, J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J., Wei, N. Wu, J., Du, H., Chen, T., Li, R., Tan, H., Kang, L., Yao, L., Huang, M., Wang, H., Wang, G., Liu, Z., & Hu, S. (2020). Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. *JAMA Netw Open*, 3(3):e203976. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3976>
- Leibovich de Figueroa, N. B. (1991). Ansiedad: algunas concepciones teóricas y su evaluación. En M. M. Casullo, N. B. Leibovich de Figueroa, y M. Aszkenazi (Eds.): *Teoría y técnicas de evaluación psicológica* (pp. 123-155). Psicoteca Editorial.
- Ley de Educación Superior 24.521 (1995). *Ley de Educación Superior*. 7 de agosto de 1995.
- Li, Q., Guan, X., Wu, P., Wang, X., Zhou, L., Tong, Y., Ren, R., Leung, K. S. M., Lau, E. H. Y., Wong, J. Y., Xing, X., Xiang, N., Wu, Y., Li, C., Chen, Q., Li, D., Liu, T., Zhao, J., Liu, M.,... Feng, Z. (2020). Early transmission dynamics in Wuhan, China, of novel Coronavirus-Infected pneumonia. *New England Journal of Medicine*, 382(13), 1199-1207. DOI: 10.1056/NEJMoa2001316
- Locke, A. B., Kirst, N., & Shultz, C. G. (2015). Diagnosis and management of generalized anxiety disorder and panic disorder in adults. *American Family Physician*, 91(9), 617-24
- Loyola da Silva, T. C., Medeiros Pinheiro Fernandes, A. K., Brito do O, C., Mesquita Xavier, S. S., y Bezerra de Macedo, E. A. (2021). El impacto de la pandemia en

el rol de la enfermería: una revisión narrativa de la literatura. *Enfermería Global*, 63, 502-516

Lozano-Vargas, A. (2020). Impacto de la epidemia del coronavirus (COVID-19) en la salud mental del personal de salud y en la población general de China. *Revista de Neuropsiquiatría*, 83(1), 51-56 <https://doi.org/10.20453/rnp.v83i1.3687>

Mann, J. (2010). Clinical pleomorphism of major depression as a challenge to the study of its pathophysiology. *World Psychiatry*, 9(3), 167-8. doi: 10.1002/j.2051-5545.2010.tb00304.x

Martín, M. (2005). PSICRON: Una metodología computarizada para optimizar la asistencia, la investigación y la docencia con pacientes con enfermedades crónicas. En P. E. Vera-Villaroel y L. A. Oblitas (Eds.), *Manual de Escalas y Cuestionarios Iberoamericanos en Psicología Clínica y de la Salud*. PSICOM.

Martínez-Otero, Pérez, V. (2014). Ansiedad en estudiantes universitarios: estudio de una muestra de alumnos de la Facultad de Educación. *ENSAYOS, Revista de la Facultad de Educación de Albacete*, 29(2), 63-78.

Miguel-Tobal, J. J. y Casado, M. I. (1999). Ansiedad: aspectos básicos y de intervención. En E. G. Fernández-Abascal y F. Palmero (Eds.), *Emociones y salud* (pp. 91-124). Ariel.

Misión (s.f.). <https://www.cemic.edu.ar/instituto-universitario.php#mision>

Monterrosa-Castro, A., Dávila-Ruiz, R., Mejía-Mantilla, A., Contreras-Saldarriaga, J., Mercado-Lara, M., y Flores-Monterrosa, C. (2020). Estrés laboral, ansiedad y miedo al COVID-19 en médicos generales colombianos. *MedUNAB*, 23(2), 195-213. doi: 10.29375/01237047.3890

- Nickell, L. A., Crighton, E. J., Tracy, C. S., Al-Enazy, H., Bolaji, Y., Hanjrah, S., Hussain, A., Makhlouf, S., & Upshur, R. E. (2004). Psychosocial effects of SARS on hospital staff: survey of a large tertiary care institution. *CMAJ*, *170*(5), 793-798. doi: 10.1503/cmaj.1031077.
- Obando Zegarra, R., Arévalo-Ipanaqué, J. M., Aliaga Sánchez, R. A., y Obando Zegarra, M. (2020). Ansiedad, estrés y depresión en enfermeros de emergencia Covid-19. *Index de Enfermería*, *29*(4), 225-229
- Organización Mundial de la Salud (1992). *Clasificación Internacional de Enfermedades* (10° ed.). Autor.
- Organización Panamericana de la Salud (2020). Consideraciones psicosociales y de salud mental durante el brote de COVID-19. <https://www.paho.org/es/documentos/consideracionespnicosociales-salud-mental-durante-brote-covid-19>
- Ozamiz-Etxebarria, N., Dosil-Santamaria, M., Picaza-Gorrochategui, M., y Idoiaga-Mondragon, N. (2020). Niveles de estrés, ansiedad y depresión en la primera fase del brote del COVID-19 en una muestra recogida en el norte de España. *Cadernos de Saúde Pública*, *36*(4), 1-10 doi: 10.1590/0102-311X00054020
- Pan-American Health Organization/World Health Organization (2020). WHO characterizes COVID-19 as a pandemic https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=15756:who-characterizescovid-19-as-a-pandemic&Itemid=1926&lang=en
- Pérez, C., Maldonado, P., y Aguilar, C. (2013). Clima educativo y su relación con la salud mental de alumnos universitarios chilenos. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, *22*(3), 257-268.

- Piqueras Rodríguez, J. A., Martínez González, A. E., Ramos Linares, V., Rivero Burón, R., García López, L. J., y Oblitas Guadalupe, L. A. (2008). Ansiedad, depresión y salud. *Suma Psicológica*, 15(1), 43-73
- Ramacciotti, K. (2022). Trabajar en enfermería durante la pandemia de la Covid-19. *Cuadernos de H Ideas*, 16(16). DOI: <https://doi.org/10.24215/23139048e060>
- Rana, W., Mukhtar, S., & Mukhtar, S. (2020). Mental health of medical workers in Pakistan during the pandemic COVID-19 outbreak. *Asian Journal of Psychiatry*, 51. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102080>
- Reus, V. (1998). *Psychiatric Disorders. Harrison's Principles of Internal Medicine* (14^o Ed). International Edition.
- Reyes-Ticas, A. (2005). *Trastornos de ansiedad. Guía práctica para diagnóstico y tratamiento*.
- Risch, N., Herrell, R., Lehner, T., Liang, K., Eaves, L., Hoh, J., Griem, A., Kovacs, M., Ott, J., & Merikangas, K. R. (2009). Interaction Between the Serotonin Transporter Gene (5-HTTLPR), Stressful Life Events, and Risk of Depression: A Meta-analysis. *JAMA*, 301(23): 2462-71. doi: 10.1001/jama.2009.878.
- Rodríguez, M. (2009). Factores psicosociales de riesgo laboral: ¿nuevos tiempos, nuevos riesgos? *Observatorio Laboral*, 2(3), 127-141.
- Rush, A. J. (1990). Problems associated with the diagnosis of depression. *Journal of Clinical Psychiatry*, 51, 15-22.
- Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Ruiz, P. (2017). *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Wolters Kluwer.
- Sarudiansky, M. (2010). *Un recorrido transcultural sobre la ansiedad. II Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVII*

Jornadas de Investigación Sexto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología -Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Serrano, C., Rojas, A. y Ruggero, C. (2013). Depresión, ansiedad y rendimiento académico en estudiantes universitarios. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 15(1), 47-60.

Sim, K., Huak Chan, Y., Chong, P. N., Chua, H. C., & Wen Soon, S. (2010). Psychosocial and coping responses within the community health care setting towards a national outbreak of an infectious disease. *Journal of Psychosomatic Research*, 68(2), 195-202. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2009.04.004>

Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R., Vagg, P. R., & Jacobs, G. A. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Consulting Psychologists Press.

Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., y Lushene, R. E. (1997). *Cuestionario de ansiedad Estado-Rasgo, STAI*. TEA.

Steel, Z., Marnane, C., Iranpour, C., Chey, T., Jackson, J. W., Patel, V., & Silove, D. (2014). The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980-2013. *International Journal of Epidemiology*, 43(2), 476-93. doi: 10.1093/ije/dyu038.

Sullivan, P., Neale, M., & Kendler, K. (2000). Genetic Epidemiology of Major Depression: Review and Meta-Analysis. *The American Journal of Psychiatry*, 157, 1552-62. doi: 10.1176/appi.ajp.157.10.1552.

Thakker, J. & Ward, T. (1998). Culture and classification: the crosscultural application of the DSM-IV. *Clinical Psychological Review*, 18(5), 501-29. doi: 10.1016/s0272-7358(97)00107-4.

- Torreccilla, N. M., Victoria, M. J., y Richaud de Minzi, M. C. (2021). Ansiedad, depresión y estrés en personal de enfermería que trabaja en unidades de terapia intensiva con pacientes con COVID-19, Mendoza, 2021. *Revista Argentina de Salud Pública, 13*.
- Wittchen, H. U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B., Olesen, J., Allgulander, C., Alonso, J., Faravelli, C., Fratiglioni, L., Jennum, P., Lieb, R., Maercker, A., van Os, J., Preisig, M., Salvador-Carulla, L., Simon, R., & Steinhausen, H. C. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology, 21*(9), 655-679. doi: 10.1016/j.euroneuro.2011.07.018.
- World Health Organization (2008). *The Global Burden of Disease: 2004 Update*.
- Xiao, C. (2020). A Novel Approach of Consultation on 2019 Novel Coronavirus (COVID-19)-Related Psychological and Mental Problems: Structured Letter Therapy. *Psychiatry Investigation, 17*(2), 175-176. <https://doi.org/10.30773/pi.2020.0047>
- Zerbe, K. (1995). Anxiety Disorders in Women. *Bulleting of Menninger Clinic, 59*(2A), 38-52.

8. ANEXOS

8.1. Consentimiento informado

Tesis de grado “*Ansiedad y Depresión en Enfermeros Pertenecientes a la Asociación Civil CEMIC*”

Mi nombre es Noelia Cabral, soy estudiante de 5° año de la carrera de psicología de la Universidad Abierta Interamericana. Te invito a colaborar en mi tesis de grado, en la que se indagan la ansiedad y la depresión en enfermeros pertenecientes a la Asociación Civil CEMIC. Se te solicitará completar un protocolo digital, el cual te tomará cerca de 20 minutos. Tu participación es voluntaria. La información que brindes es anónima y tus datos no serán difundidos, se mantendrá la confidencialidad en todo momento.

Los resultados de la investigación serán empleados sólo para fines académicos. No se brindará devolución de los mismos y podrás retirarte del estudio en cualquier momento sin que te genere algún perjuicio. Ante cualquier duda podés contactarte conmigo a la siguiente dirección de e-mail: ncabral105@gmail.com

No hay respuestas correctas o incorrectas, por favor intentá no omitir ninguna pregunta y responder todo el cuestionario. Muchas gracias por tu participación.

Luego de leer el consentimiento informado, acepto participar de la investigación:

1. Si

2. No

E-mail: _____

CUESTIONARIO DE ANSIEDAD ESTADO-RASGO

Abajo aparecen algunas expresiones que la gente usa para describirse a sí misma. Lee cada frase y señalará cómo te sentís ahora mismo, o sea en este momento. No hay contestaciones buenas o malas. No utilices mucho tiempo para cada frase, pero tratá de dar la respuesta que mejor describa tus sentimientos ahora.

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

Abajo aparecen algunas expresiones que la gente usa para describirse a sí misma. Lee cada frase y señalá cómo te sentís generalmente. No hay contestaciones buenas o malas. No utilices mucho tiempo para cada frase, pero tratá de dar la respuesta que mejor describa cómo te sentís generalmente.

	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Casi siempre
21. Me siento bien.	1	2	3	4
22. Me siento nervioso/a.	1	2	3	4
23. Me siento “a gusto” conmigo mismo/a.	1	2	3	4
24. Quisiera ser tan feliz como otros parecen serlo.	1	2	3	4
25. Siento que fallo.	1	2	3	4
26. Me siento descansado/a.	1	2	3	4
27. Soy una persona tranquila, serena y calmada.	1	2	3	4
28. Siento que las dificultades se me amontonan y no puedo superarlas.	1	2	3	4
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia.	1	2	3	4
30. Soy feliz.	1	2	3	4
31. Tengo malos pensamientos.	1	2	3	4
32. Me falta confianza en mí mismo.	1	2	3	4
33. Me siento seguro/a.	1	2	3	4
34. Puedo decidirme rápidamente.	1	2	3	4
35. Me siento fuera de lugar.	1	2	3	4
36. Me siento satisfecho/a.	1	2	3	4
37. Algunas ideas poco importantes ocupan mi cabeza y me molestan.	1	2	3	4
38. Los desengaños me afectan tanto que no me los puedo sacar de la cabeza.	1	2	3	4
39. Soy una persona estable.	1	2	3	4

	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Casi siempre
40. Cuando pienso en las cosas que tengo entre manos me pongo nervioso/a y tenso/a.	1	2	3	4

Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, leé con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elegí uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como te sentiste las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy. Marcá el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo te parecen igualmente apropiados, marcá el número más alto.

1- Tristeza	
0- No me siento triste.	
1- Me siento triste gran parte del tiempo.	
2- Me siento triste todo el tiempo.	
3- Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.	
2- Pesimismo	
0- No estoy desalentado/a respecto de mi futuro.	
1- Me siento más desalentado/a respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.	
2- No espero que las cosas funcionen para mí.	
3- Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.	
3- Fracaso	
0- No me siento un fracasado/a.	
1- He fracasado más que de lo que hubiera debido.	
2- Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.	
3- Siento que como persona soy un fracaso total.	
4- Pérdida de placer	
0- Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.	

1- No disfruto de las cosas tanto como solía hacerlo.	
2- Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.	
3- No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.	
5- Sentimiento de culpa	
0- No me siento particularmente culpable.	
1- Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber.	
2- Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.	
3- Me siento culpable todo el tiempo.	
6- Sentimientos de Castigo	
0- No siento que este siendo castigado/a.	
1- Siento que tal vez pueda ser castigado/a.	
2- Espero ser castigado/a.	
3- Siento que estoy siendo castigado/a.	
7- Disconformidad con uno mismo/a.	
0- Siento acerca de mí lo mismo/a que siempre.	
1- He perdido la confianza en mí mismo/a.	
2- Estoy decepcionado conmigo mismo/a.	
3- No me gusto a mí mismo/a.	
8- Autocrítica	
0- No me critico ni me culpo más de lo habitual.	
1- Estoy más crítico conmigo mismo/a de lo que solía estarlo.	
2- Me critico a mí mismo/a por todos mis errores.	
3- Me culpo a mí mismo/a por todo lo malo que sucede.	
9- Pensamientos o deseos suicidas	
0- No tengo ningún pensamiento de matarme.	
1- He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría.	
2- Querría matarme.	
3- Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.	
10- Llanto	
0- No lloro más de lo que solía hacerlo.	
1- Lloro más de lo que solía hacerlo.	

2- Lloro por cualquier pequeñez.	
3- Siento ganas de llorar pero no puedo.	
11- Agitación	
0- No estoy más inquieto/a o tenso/a que lo habitual.	
1- Me siento más inquieto/a o tenso/a que lo habitual.	
2- Estoy tan inquieto/a o agitado/a que me es difícil quedarme quieto/a.	
3- Estoy tan inquieto/a o agitado/a que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.	
12- Pérdida de interés	
0- No he perdido el interés en otras actividades o personas.	
1- Estoy menos interesado/a que antes en otras personas o cosas.	
2- He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.	
3- Me es difícil interesarme por algo.	
13- Indecisión	
0- Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.	
1- Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones.	
2- Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.	
3- Tengo problemas para tomar cualquier decisión.	
14- Desvalorización	
0- No siento que yo no sea valioso/a.	
1- No me considero a mí mismo/a tan valioso y útil como solía considerarme.	
2- Me siento menos valioso/a cuando me comparo con otros/as.	
3- Siento que no valgo nada.	
15- Pérdida de energía	
0- Tengo tanta energía como siempre.	
1- Tengo menos energía que la que solía tener.	
2- No tengo suficiente energía para hacer demasiado.	
3- No tengo energía suficiente para hacer nada.	
16- Cambios en los hábitos de sueño	
0- No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.	
1a- Duermo un poco más que lo habitual.	
1b- Duermo un poco menos que lo habitual.	

2a- Duermo mucho más que lo habitual.	
2b-. Duermo mucho menos que lo habitual.	
3a- Duermo la mayor parte del día.	
3b- Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme.	
17- Irritabilidad	
0- No estoy más irritable que lo habitual.	
1- Estoy más irritable que lo habitual.	
2- Estoy mucho más irritable que lo habitual.	
3- Estoy irritable todo el tiempo.	
18- Cambios en el apetito	
0- No he experimentado ningún cambio en mi apetito.	
1a- Mi apetito es un poco menor que lo habitual.	
1b- Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.	
2a- Mi apetito es mucho menor que antes.	
2b- Mi apetito es mucho mayor que lo habitual.	
3a- No tengo apetito en absoluto.	
3b- Quiero comer todo el tiempo.	
19- Dificultad de concentración	
0- Puedo concentrarme tan bien como siempre.	
1- No puedo concentrarme tan bien como habitualmente.	
2- Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.	
3- Encuentro que no puedo concentrarme en nada.	
20- Cansancio o fatiga	
0- No estoy más cansado/a que lo habitual.	
1- Me fatigo o canso más fácilmente que lo habitual.	
2- Estoy demasiado fatigado/a o cansado/a para hacer muchas de las cosas que solía hacer.	
3- Estoy demasiado fatigado/a o cansado/a para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.	
21- Pérdida de interés en el sexo	
0- No he notado ningún cambio reciente en mí interés por el sexo.	
1- Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.	
2- Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo.	

3- He perdido completamente el interés en el sexo.	
--	--

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

a. **Edad:** _____ años.

b. **Género:** 1. Femenino 2. Masculino 3. Otro: _____

c. **Estado civil:**

- 1. Soltero/a
- 2. Convive/Pareja de hecho
- 3. Casado/a
- 4. Separado/a
- 5. Divorciado/a
- 6. Viudo/a

d. **Lugar de residencia:**

1. **Ciudad de Buenos Aires** Indicar barrio _____

2. **Gran Buenos Aires** Indicar localidad _____

e. **¿Tenés hijos?** 1. Sí 2. No

e.1. Si respondiste Sí, indicá la cantidad de hijos: ____

f. **¿Trabajás como enfermero/a en otra institución además del CEMIC?**

1. Sí 2. No

f.1. **¿Contás con otro trabajo por fuera de la enfermería?**

1. Sí 2. No

f.2. Si respondiste Sí, indicá el tipo de trabajo:

- 1. En relación de dependencia
- 2. De manera independiente
- 3. Ambas

f.3. Cantidad de horas que trabajás semanalmente como enfermero/a: _____

f.3. Antigüedad laboral en el CEMIC:

- 1. Menos de 1 año
- 2. Entre 1 y 3 años
- 3. Entre 3 y 5 años
- 4. Más de 5 años

h. ¿Trabajás por turnos? 1. Sí 2. No

i. ¿Realizás horas extra? 1. Sí 2. No

i.1. Cantidad de horas extra realizadas: _____

h. Remuneración mensual por tu trabajo:

- 1. Hasta \$50.000
- 2. De \$50.000 a \$100.000
- 3. De \$100.000 a \$150.000
- 4. De \$150.000 a \$200.000
- 5. Más de \$200.000

i.1. Tipo de relación laboral:

- 1. Titular/Estable
- 2. Temporario/Provisional
- 3. Pasante/Aprendiz
- 4. Interino/Suplente
- 5. Otra Especifique: _____

- i.2. Pertenecés a:**
- 1. Asociación Profesional
 - 2. Gremio
 - 3. Ninguna
 - 4. Otra Indique: _____

j. Tu sueldo, ¿Es sostén de familia? 1. Sí 2. No

j.1 Si respondiste Sí:

- 1. Único sueldo (no comparte sostén con nadie)
- 2. Primer sueldo (comparte pero su sueldo es la mayor entrada)
- 3. Segundo sueldo (comparte pero su sueldo no es la mayor entrada)
- 4. Otro (Indicá): _____

- k. Nivel de educación:**
- 1. Terciario incompleto
 - 2. Terciario completo
 - 3. Universitario incompleto
 - 4. Universitario completo

i. Título otorgado:

- 1. Auxiliar en enfermería
- 2. Enfermero/a
- 3. Licenciado/a en enfermería
- 4. Otro (en caso de contar con otro título/carrera): _____

l. ¿Realizás alguna actividad asociada a tu bienestar? 1. Si 2. No

l.1. Si contestaste Sí, indicá cuál: _____

¡MUCHAS GRACIAS POR TU PARTICIPACIÓN!