



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
INSTITUTO DE POSGRADO
MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA MENCIÓN PSICOTERAPIA

SINTOMATOLOGÍA DE ANSIEDAD GENERALIZADA, ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y RESILIENCIA EN EL PERSONAL DE SALUD DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA DIRECCION DISTRITAL 10D02 ANTONIO-ANTE-OTAVALO-SALUD, POSTERIOR AL LEVANTAMIENTO DE RESTRICCIONES SANITARIAS POR COVID-19 EN LA POBLACIÓN EN GENERAL

Proyecto del Trabajo de Titulación previo a la obtención del Título de Magíster en
Psicología Clínica mención Psicoterapia

AUTOR: Psi. Cl. Estefanía Alejandra Cabrera Armas
TUTOR: PhD Henry Rafael Cadena Povea

Ibarra, 2023

DEDICATORIA

Para quienes ya no están, para quienes sobrevivieron y para las/os trabajadoras/es de la salud que se enfrentaron a lo desconocido.

AGRADECIMIENTO

A los héroes de bata blanca que supieron cuidar del enfermo contra todo pronóstico, colocaron primero el bienestar del otro sobre el propio, demostraron que lo verdaderamente importante es la vida, la salud y lo demás una ilusión, algo efímero que termina antes de lo esperado. Gracias por dejarlo todo y permitirnos recordar lo valioso de nuestra existencia.

AUTORIZACION DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD

1. IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA

En cumplimiento del Art. 144 de la Ley de Educación Superior, hago la entrega del presente trabajo a la Universidad Técnica del Norte para que sea publicado en el Repositorio Digital Institucional, para lo cual pongo a disposición la siguiente información:

DATOS DE CONTACTO			
CÉDULA DE IDENTIDAD	100408997-3		
APELLIDOS Y NOMBRES	Cabrera Armas Estefanía Alejandra		
DIRECCIÓN	José Mejía Lequerica y Pedro Vicente Maldonado		
EMAIL	estefyalejandra.ca@gmail.com		
TELÉFONO FIJO	062606934	TELEFONO MÓVIL	062606934

DATOS DE LA OBRA	
TÍTULO	Sintomatología de ansiedad generalizada, estrategias de afrontamiento y resiliencia en el personal de salud de primer nivel de atención de la Dirección Distrital 10D02 Antonio-Ante- Otavalo-Salud, posterior al levantamiento de restricciones sanitarias por COVID-19 en la población en general
AUTOR	Estefanía Alejandra Cabrera Armas
FECHA	17/02/2023
SOLO PARA TRABAJOS DE GRADO	
PROGRAMA DE POSGRADO	Maestría en Psicología Clínica mención Psicoterapia
TITULO POR EL QUE OPTA	Magister en Psicología Clínica mención Psicoterapia
DIRECTOR	PhD. Henry Cadena Povea

2. CONSTANCIAS

El autor manifiesta que la obra objeto de la presente autorización es original y se la desarrolló, sin violar derechos de autor de terceros, por lo tanto la obra es original y que es el titular de los derechos patrimoniales, por lo que asume la responsabilidad sobre el contenido de la misma y saldrá en defensa de la Universidad en caso de reclamación por parte de terceros.

Ibarra, a los 17 días del mes de Abril 2023

EL AUTOR:



Firmado electrónicamente por:
**ESTEFANIA ALEJANDRA
CABRERA ARMAS**

Estefanía Alejandra Cabrera Armas

CONFORMIDAD CON EL DOCUMENTO FINAL

Dra. Lucía Yépez

Directora


Instituto de Postgrado

ASUNTO: Conformidad con el documento final

Señora Directora:

Nos permitimos informar a usted que revisado el Trabajo final de Grado “Sintomatología de ansiedad generalizada, estrategias de afrontamiento y resiliencia en el personal de salud de primer nivel de atención de la Dirección Distrital 10D02 Antonio- Ante- Otavalo-Salud, posterior al levantamiento de restricciones sanitarias por COVID-19 en la población en general” de la maestrante Estefanía Alejandra Cabrera Armas, de la Maestría en Psicología Clínica mención Psicoterapia, certificamos que han sido acogidas y satisfechas todas las observaciones realizadas.

Atentamente,

	Apellidos y Nombres	Firma
Director/a	PhD. Henry Cadena Povea	HENRY RAFAEL CADENA POVEA Firmado digitalmente por HENRY RAFAEL CADENA POVEA Fecha: 2023.02.16 13:32:03 -05'00'
Asesor/a	MSc. Juan Fernando Jaramillo Mantilla	 Firmado electrónicamente por: JUAN FERNANDO JARAMILLO MANTILLA

ÍNDICE DE CONTENIDOS

DEDICATORIA.....	2
AGRADECIMIENTO	3
AUTORIZACION DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD ..	4
CONFORMIDAD CON EL DOCUMENTO FINAL	6
ÍNDICE DE CONTENIDOS.....	7
ÍNDICE DE TABLAS.....	9
ÍNDICE DE FIGURAS	10
RESUMEN	11
ABSTRACT	12
CAPÍTULO I.....	13
EL PROBLEMA	13
1.1. Planteamiento del Problema	13
1.2. Antecedentes	14
1.3. Objetivos.....	16
1.3.1. Objetivo General.....	16
1.3.2. Objetivos Específicos	16
1.4. Justificación	16
CAPÍTULO II.....	18
MARCO REFERENCIAL	18
2.1. Marco teórico	18
2.1.1. El afrontamiento en el personal de salud.....	18
2.1.2. La ansiedad como respuesta al impacto de la COVID-19 en el personal sanitario.....	21
2.1.3. La resiliencia en el personal de salud	23
2.1.4. El rol mediador del afrontamiento y resiliencia frente a la ansiedad del personal de salud.....	24
2.2. Marco legal	27
CAPÍTULO III	29
MARCO METODOLÓGICO	29

3.1. Descripción del grupo de estudio.....	29
3.2. Enfoque y tipo de investigación.....	30
3.3. Procedimientos.....	30
3.4. Consideraciones bioéticas.....	33
CAPÍTULO IV	36
RESULTADOS Y DISCUSION	36
4.1. Ansiedad Generalizada.....	38
4.2. Estrategias de Afrontamiento	41
4.3. Resiliencia	52
4.4. Correlaciones entre resiliencia, estrategias de afrontamiento y ansiedad generalizada.....	55
CAPÍTULO IV	65
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	65
5.1. Conclusiones.....	65
5.2. Recomendaciones	66
REFERENCIAS	67
ANEXOS	83
A. Indicaciones y consentimiento informado para llenado de cuestionario.....	83
B. Cuestionario de Ansiedad Generalizada – GAD7	84
C. Escala de estrategias de afrontamiento – Brief COPE-28	87
D. Escala de Resiliencia – RS14	89

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Tipos de Estrategias de Afrontamiento del instrumento Brief COPE-28	31
Tabla 2 Resultados de Distribución de Frecuencias Sociodemográficas	36
Tabla 3 Frecuencias Sociolaborales	37
Tabla 4 Frecuencias de Sintomatología de Ansiedad Generalizada.....	38
Tabla 5 Sintomatología de ansiedad generalizada por sexo	38
Tabla 6 Sintomatología de Ansiedad Generalizada por Profesiones.....	38
Tabla 7 Sintomatología de Ansiedad Generalizada por Condición Laboral	39
Tabla 8 Frecuencia de las Estrategias de Afrontamiento del Instrumento Brief COPE-28	41
Tabla 9 Tipos de Estrategias de Afrontamiento del Instrumento Brief COPE-28	42
Tabla 10 Estrategias de afrontamiento del instrumento Brief COPE-28 según el sexo .	42
Tabla 11 Tipos de Estrategias de Afrontamiento del Instrumento Brief COPE-28 Según el sexo.....	43
Tabla 12 Estrategias de Afrontamiento del Instrumento Brief COPE-28 por Profesiones	44
Tabla 13 Tipo de Estrategias de Afrontamiento del Instrumento Brief COPE-28 por Profesiones	44
Tabla 14 Estrategias de Afrontamiento del Instrumento Brief COPE-28 por Condición Laboral.....	48
Tabla 15 Tipo de Estrategias de Afrontamiento del Instrumento Brief COPE-28 por Condición Laboral	49
Tabla 16 Frecuencias del Nivel de Resiliencia.....	52
Tabla 17 Frecuencias del Nivel de Resiliencia Según el Sexo.....	53
Tabla 18 Frecuencias del Nivel de Resiliencia según las Profesiones	53
Tabla 19 Frecuencias del Nivel de Resiliencia según la Condición Laboral	54
Tabla 20 Contingencia de frecuencias de niveles de resiliencia y ansiedad generalizada	55
Tabla 21 Contingencia de Frecuencias de Niveles de Resiliencia y Ansiedad Generalizada según el Sexo.....	56
Tabla 22 Contingencia de Niveles de Resiliencia y Ansiedad Generalizada por Condición Laboral.....	58
Tabla 23 Matriz de Correlaciones de Pearson.....	60

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Contingencia de Niveles de Resiliencia y Ansiedad Generalizada en Enfermeras	57
Figura 2 Contingencia de Niveles de Resiliencia y Ansiedad Generalizada en Médicos	57
Figura 3 Contingencia de Niveles de Resiliencia y Ansiedad Generalizada en TAPS ..	58

RESUMEN

El inicio del año 2020 trajo consigo un reto para la humanidad, la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19), originada en la ciudad de Wuhan, se propagó rápidamente por China convirtiéndose en una amenaza para la salud mundial. Con la llegada del virus a Ecuador en febrero de 2020, se generó un impacto psicológico sin precedentes principalmente en el personal sanitario que tuvo que permanecer expuesto durante el transcurso de la pandemia tanto en los meses pico como en lo que actualmente se entiende como post-pandemia con restricciones sanitarias flexibles; Por ello, el presente estudio se desarrolló con el propósito de evaluar la relaciones entre la sintomatología de ansiedad generalizada, las estrategias de afrontamiento y los niveles de resiliencia en el personal de salud de primer nivel, posterior al levantamiento de restricciones sanitarias por COVID-19 en la población en general. La investigación se basa en una metodología descriptiva, no probabilística y transeccional, los participantes fueron 268 profesionales de la salud que contestaron los instrumentos en una sola ocasión, siendo estos la Escala de Ansiedad Generalizada (GAD-7), el Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento Brief COPE-28 y la Escala de Resiliencia (R-14), la información fue procesada a través del programa estadístico IBM SPSS Statistics versión 21.0. Se identificaron niveles leves de ansiedad generalizada en el 42,9% de los participantes, principalmente en el personal sanitario de sexo femenino 32%, de profesión enfermeras 34%, médicos entre niveles de leves y moderados 15% y Técnico en Atención Primaria en Salud (TAPS) niveles leves 13%, y en quienes mantienen una modalidad de contratación ocasional 32,5%. Se determinó además el empleo principal de estrategias de afrontamiento centradas en la resolución del problema especialmente afrontamiento activo y planeación, el estudio detalló asimismo niveles altos y muy altos de resiliencia, cuya finalidad adaptativa a la pandemia ha demostrado ser eficaz.

Palabras clave: *ansiedad, estrategias de afrontamiento, resiliencia, COVID-19, personal de salud*

ABSTRACT

The beginning of the year 2020 brought with it a challenge for humanity, the coronavirus disease 2019 (COVID-19), originated in the city of Wuhan, spread rapidly through China becoming a threat to global health. With the arrival of the virus in Ecuador in February 2020, an unprecedented psychological impact was generated mainly in healthcare personnel who had to remain exposed during the course of the pandemic both in the peak months and in what is currently understood as post-pandemic with flexible sanitary restrictions; Therefore, the present study was developed with the purpose of evaluating the relationships between generalized anxiety symptomatology, coping strategies and resilience levels in first level health personnel, after the lifting of health restrictions by COVID-19 in the general population. The research is based on a descriptive, non-probabilistic and cross-sectional methodology, the participants were 268 health professionals who answered the instruments on a single occasion, being these the Generalized Anxiety Scale (GAD-7), the Coping Strategies Questionnaire Brief COPE-28 and the Resilience Scale (R-14), the information was processed through the statistical program IBM SPSS Statistics version 21.0. Mild levels of generalized anxiety were identified in 42.9% of the participants, mainly in female health personnel 32%, nurses 34%, physicians between mild and moderate levels 15% and Primary Health Care Technician (TAPS) mild levels 13%, and in those who maintain a modality of occasional contracting 32.5%. It was also determined the main use of coping strategies focused on the resolution of the problem, especially active coping and planning, the study also detailed high and very high levels of resilience, whose adaptive purpose to the pandemic has proven to be effective.

Keywords: *anxiety, coping strategies, resilience, COVID-19, health personnel*

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del Problema

La declaratoria de pandemia constituyó para la población mundial uno de los acontecimientos más alarmantes y generadores de alteración emocional en los últimos años, dada la magnitud de la afectación de este nuevo virus, los individuos fueron observando las dificultades que comprometen su salud mental, pues casi de inmediato se observó problemas relacionados a la ansiedad, ataques de pánico, tendencias suicidas, entre otras (Ojeda-Casares y De Cosio, 2020).

Este escenario complejo produce innegablemente un impacto significativo en la vida de la población en general, así como también en la población que se encuentra en situaciones de mayor riesgo como lo son los profesionales de la salud, presentando mayor disposición a complicaciones a nivel de la salud mental, especialmente en aquellos que se encuentran en primera línea como personal médico, enfermería y de emergencia exhibiendo cuadros de ansiedad y miedo, devenidos a la disminución de los sistemas de apoyo psicosocial y de salud mental (Dullius et al., 2020).

Al ser personal de salud, encargado desde un principio de la contención de este mortal virus, su accionar no ha cesado, por lo que, se han visto expuestos de manera constante y prolongada a una amenaza que estaría comprometiendo de forma grave sus respuestas y estrategias de afrontamiento (Huang et al., 2020), a pesar de disponer de las habilidades y el conocimiento para brindar atención médica a la población infectada por el SARS-CoV-2. La pandemia en el personal sanitario ha provocado para Jackson y Usher (2020), el despliegue de emociones negativas que pueden agravar su estado emocional y forma de respuesta a la enfermedad.

Ante este planteamiento, la propuesta de investigación toma en consideración que los estudios señalados refieren que el equilibrio y la salud se mantienen mientras los profesionales disponen niveles óptimos de resiliencia sin embargo, esta puede verse alterada en el momento actual de la pandemia tras la flexibilización de las restricciones sanitarias, el Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2022), en su informe de fecha 20

julio, reporta un incremento de casos diarios que superan los 3.000 y que aquello se evidenciada en la ocupación de servicios de las unidades médicas principalmente de Quito y Guayaquil por lo tanto, para los profesionales de la salud esta condición podría resultar en una alta exposición al estrés en el sentido del manejo sanitario frente a un panorama semejante al del inicio de la pandemia.

1.2. Antecedentes

La crisis generada por la COVID-19, ha supuesto una pesada carga para la población en general y sin duda al mismo tiempo para el personal médico y los trabajadores de emergencia que laboraron en primera línea durante el inicio de la pandemia, pudiendo estar en riesgo de desarrollar problemas en su salud mental asociados con angustia, depresión, trauma, entre otros (Pulgarin et al., 2020).

El COE (2022), el 17 de marzo, resuelve dejar sin efecto las medidas restrictivas frente a aforos, espacios abiertos y cerrados, toda clase de eventos públicos y privados masivos, movilidad, actividades económicas, comerciales, laborales y educativas; así también de acuerdo a la resolución COE (2022), del 28 de abril, en base a un informe epidemiológico del Ministerio de Salud Pública revelando los resultados de las estrategias de contención y el proceso de vacunación en el país, se elimina el carácter obligatorio del uso de mascarilla con ciertas recomendaciones, entendiéndose por lo tanto que se levantan gran parte de las restricciones sanitarias, más no el cese de la emergencia sanitaria de la pandemia por COVID-19, como lo exponen en los documentos.

Entre tanto, Juliá-Sanchis (2021), en un artículo reflexivo expone textualmente que:

Los servicios de salud cuando intenten reanudar las actividades no relacionadas con la COVID, así como las implicaciones éticas en la práctica clínica de profesionales sanitarios en el proceso de reanudación y renovación, donde la <nueva normalidad> de las unidades asistenciales de salud mental se presentará como una oportunidad de mejora. Sin embargo, la recuperación no estará exenta de dificultades dada la persistencia de la presión pandémica (p. 18).

Por consiguiente, el afrontamiento y la resiliencia durante una pandemia se configuran como factores protectores que atenúan posibles efectos psicológicos adversos (Maiorano et al., 2020). Dicha aseveración fue planteada, a partir de la investigación realizada sobre los efectos directos y mediadores de las estrategias de afrontamiento y la resiliencia sobre el trauma secundario en el personal médico italiano y trabajadores de emergencia involucrados en la primera fase de la pandemia por COVID-19, concluyendo por lo tanto que las enfermeras y los médicos experimentaron niveles más altos de estrés que los trabajadores de emergencia; además, el contacto directo con pacientes con el virus, pertenecer al sexo femenino, los eventos inesperados y carencia de equipos de protección personal (EPP) fueron factores de riesgo para desarrollar estrés, mientras que especificando sobre las variables de resiliencia y las estrategias de afrontamiento resultó que las mismas jugaron un papel protector reduciendo el efecto del estrés sobre el trauma secundario.

De forma similar Lorente et al. (2021), gestionaron el estudio del análisis transversal de las fuentes de estrés durante la pandemia de COVID-19, principalmente en la reacción afectiva de angustia psicológica de las enfermeras, centrándose en el papel determinante de las estrategias de afrontamiento y la resiliencia. Para la investigación se utilizaron los siguientes instrumentos: Nursing Stress Scale (NSS); COPE; escala de resiliencia de Stephens et al., del 2013; y DASS-21. Sus resultados concluyeron que todos los factores estresantes tienen un impacto significativo negativo de la relación afectiva con la angustia psicológica donde las estrategias de afrontamiento centradas en las emociones se relacionan de manera negativa con el malestar psicológico a través de la resiliencia; y que las estrategias de afrontamiento centradas en el problema se relacionan de forma fuerte o positiva con la angustia psicológica.

Así mismo, Croghan et al. (2021), en su estudio denominado “estrés, resiliencia y afrontamiento en trabajadores de la salud durante la pandemia COVID-19” evaluaron un total de 302 personas entre personal no médico en contacto con el paciente y personal no médico sin contacto con el paciente que laboraron en el mes de Abril del 2020 el centro de Midwestern Health Care de EEUU; los instrumentos utilizados fueron la Escala de Estrés Percibido (PSS); Escala de Resiliencia Breve (BRS) y Escala de Afrontamiento de Resiliencia Breve (BRCS). Destacando de la investigación las diferencias significativas entre categorías laborales para el estrés y la resiliencia, donde las enfermeras obtuvieron

puntuaciones más altas de estrés, y el grupo de médicos, asistentes médicos y enfermeras practicantes puntuaciones más altas de resiliencia, el personal más joven tuvo mayor estrés y más resiliencia.

En definitiva, el carácter de interés de la propuesta de investigación recae en estudiar las relaciones entre sintomatología de ansiedad generalizada, estrategias de afrontamiento y resiliencia en el personal de salud que mantiene atención directa con la enfermedad de COVID-19 en el contexto actual de la enfermedad debido a que esta problemática aun cuenta con estudios limitados que sirvan de base para ampliar conocimientos e información relacionada a la perspectiva pos pandémica.

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo General

Evaluar las relaciones entre la sintomatología de ansiedad generalizada, las estrategias de afrontamiento y los niveles de resiliencia en el personal de salud de primer nivel de atención de la Dirección Distrital 10D02 Antonio Ante-Otavalo-Salud, posterior al levantamiento de restricciones sanitarias por COVID-19 en la población en general.

1.3.2. Objetivos Específicos

- Determinar los niveles de ansiedad generalizada a través de la Escala de Ansiedad Generalizada (GAD-7) de los participantes
- Diagnosticar las estrategias de afrontamiento de los participantes mediante el cuestionario Brief COPE-28
- Medir los niveles de resiliencia por medio de la escala de resiliencia (RS-14) en los participantes
- Describir las relaciones entre la sintomatología de ansiedad generalizada, las estrategias de afrontamiento y los niveles de resiliencia de los participantes

1.4. Justificación

El informe de políticas de las Naciones Unidas (2020), refleja la necesidad constante y creciente de analizar, estudiar e intervenir en la salud mental de la población y, más aun de aquella que se mantiene expuesta conteniendo la enfermedad de COVID-

19, el documento señala que los profesionales de la salud han sostenido alta exposición a estrés, enfrentándose además a un volumen de trabajo extenuante, toma de decisiones difíciles, riesgo de infectarse o infectar a sus familias. En las investigaciones realizadas en Canadá, China y Pakistán sobre la salud mental de este grupo, se encontró que el personal sanitario sostuvo niveles elevados de depresión, ansiedad, angustia e insomnio y por lo tanto requerían de programas de apoyo psicológico (Forner-Puntonet et al., 2021).

Por ello, la presente investigación admite ampliar estudios de salud mental asociados a un evento sanitario fortuito que aún está presente y que repercute en una población vulnerable escasamente abordada en nuestro contexto. Además el estudio, constituye un punto de partida que facilita el desarrollo de mecanismos de apoyo e intervención para el personal de salud, tomando en consideración constructos como el afrontamiento y la resiliencia, a fin de reducir el riesgo de morbilidad psiquiátrica.

Es prioritario además integrar al problema de estudio lo mencionado por las Naciones Unidas (2018), en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), principalmente lo relacionado con el apartado número 3, dedicado a Salud y Bienestar, el cual prioriza las garantías para una vida sana y promueve el bienestar para todos en todas las edades, además de acuerdo a lo desarrollado en la descripción del inciso 3D, describe los refuerzos que permitan aportar a la capacidad de todos los países, en particular los países en desarrollo, en materia de alerta temprana, reducción de riesgos y gestión de los riesgos para la salud nacional y mundial.

Una problemática constante en las realidades de los profesionales de salud en Latinoamérica y el Ecuador, que justifica ponderar las temáticas de salud mental en trabajadores mencionados, es cuando la carencia de planificación presupuestaria, insuficientes ofertas de políticas públicas, ubica escenarios pobres estadísticamente hablando según lo referido desde la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (ONU) (2019), en donde apenas un 2% del presupuesto en salud en Latinoamérica es dedicado para promoción, prevención y tratamiento de la salud mental, surgiendo una necesidad creciente y constante para que los recursos, investigaciones e intervenciones por parte del conglomerado político de nuestro país, se prioricen en su agenda de trabajo a través de la viabilidad costo-eficacia que se proponen en los objetivos de desarrollo sostenible.

CAPÍTULO II

MARCO REFERENCIAL

2.1. Marco teórico

2.1.1. El afrontamiento en el personal de salud

Folkman et al. (1986), definen como afrontamiento a los esfuerzos cognitivos y conductuales en constante cambio que se ponen en marcha con el fin de gestionar demandas externas y/o internas específicas, que se evalúan como una carga o un exceso de los recursos de la persona. Existen tres características clave para comprender esta definición. La primera, apunta al proceso, es decir lo que la persona piensa o hace en una situación estresante, y como esto cambia a medida que avanza la situación. La segunda, el afrontamiento es contextual, es decir las variables particulares de la persona y las situaciones juntas dan como resultado a los esfuerzos de afrontamiento; y una tercera característica, no se realiza el análisis previo de lo que constituye un buen o mal afrontamiento; simplemente éste se define como los esfuerzos de una persona para manejar las demandas, sin importar que dichos esfuerzos tengan o no éxito.

Lazarus y Folkman (1986), distinguen dos tipos generales de estrategias de afrontamiento; las estrategias centradas en la resolución de problemas y las centradas en la regulación emocional. Las primeras se dirigen al manejo o alteración del problema que está ocasionando el malestar, mientras que las segundas se encaminan a la regulación de la respuesta emocional ante la situación estresante. Por lo tanto, el despliegue de uno u otro tipo de estrategias recae en la naturaleza del estresor y de las circunstancias en las que este se produce.

Morales Insaurralde (2022), de igual modo plantea que las estrategias de afrontamiento pueden clasificarse según se focaliza su accionar, categorizándolas como estrategias centradas en el problema, en tanto que, Peñafiel-León (2021) plantean otras, centradas en la emoción y según Torres-Montaña et al. (2013), centradas en la emoción con conductas de escape-evitación y aceptación, confrontación, planeación, entre otras propuestas.

Al hablar de estas categorías para hacer frente a situaciones que exacerban el estrés y dificultan el manejo de estas, la actual situación sanitaria que cursa la población mundial en relación con la pandemia de COVID-19, es un claro panorama que expone el accionar de las habilidades de afrontamiento en contextos complejos y en sobre manera para aquellos grupos de mayor vulnerabilidad y riesgo.

La exposición prolongada del personal de salud, ante una emergencia de salud nueva y complicada, generó un impacto significativo en la salud mental de los profesionales precipitando el desarrollo de su propio contingente resolutivo en lo afectivo, cognitivo y conductual. Las reacciones afectivas experimentadas por el personal de salud se manifiestan de forma elevada y particularmente son quienes desarrollan con mayor incidencia, habilidades para aminorar estas expresiones de afectos disruptivos ante situaciones estresantes (Valdez López et al., 2022), puesto que estas reacciones ante el estrés repercuten en los entornos en que se desenvuelven, aminorando de forma negativa su desempeño laboral (Crisanto Cánepa et al., 2022).

Los factores asociados que determinan que los profesionales de salud experimenten reacciones disruptivas que aminoran sus recursos de afrontamiento, son principalmente el temor al contagio, descrito como la disonancia que trata de equilibrar la responsabilidad profesional, el altruismo con el miedo personal por uno mismo y por los demás; ausencia de apoyo social y comunicación; falta de preparación y/o capacitación, pudiendo incrementar la vulnerabilidad a problemas psiquiátricos (Munawar & Choudhry, 2021).

Estas condiciones parecen empeorar el estado general de salud de los profesionales y no únicamente su desempeño laboral en la contención sanitaria de la pandemia. Huang et al. (2020) confirma que el afrontamiento inicial, es decir durante el brote de la enfermedad, el personal exteriorizaba grandes preocupaciones asociadas con el miedo a contagiarse y por ende a sus familias tal vez porque muchos tenían a su cargo niños pequeños y padres vivos que podrían agravarse dada la elevada tasa de mortalidad asociada a la infección por COVID-19.

En este sentido la falta de medidas de afrontamiento positivas se relacionó con importantes problemas de salud mental (Dong et al., 2000). El estrés en los profesionales de la salud tiende a perturbar sus emociones y debilitar su comportamiento de afrontamiento, Chong et al., (2004) describen un claro ejemplo, el estar en cuarentena se asocia significativamente con el comportamiento de evitación, de igual forma la

comunicación limitada por el uso de mascarilla y los equipos de protección se relacionan con reacciones de mal humor, por lo tanto para este autor, el apoyo resulta crucial para el despliegue de respuestas favorables que faciliten la contención del estrés y disminuyan las secuelas a largo plazo.

En contraste con lo señalado al final del párrafo anterior, a pesar de que el afrontamiento, en un principio fue una condición complicada de manejar para todos y más aún para el personal sanitario, varias investigaciones realizadas en países alrededor del mundo detallan la existencia de mecanismos desarrollados a través del aprendizaje en el personal de salud de primera línea promovieron el despliegue de estrategias más adaptativas.

Munawar y Choudhry (2021) describieron que el personal de salud de Pakistán, disponían de acciones consecuentes que aminoraron la carga de emociones desagradables experimentadas mientras formaban parte de los servicios de emergencia que atendían a pacientes con la enfermedad entre ellas están: la exposición limitada a los medios de comunicación, el intercambio mínimo de detalles de su desempeño al tratar a pacientes, el afrontamiento basado en la fe y en el sistema de creencias religiosas y la conceptualización de la pandemia como una emergencia más enfatizando la naturaleza de su deber como personal de salud.

En forma similar, Dullius et al. (2021) determinó que el personal sanitario de primera línea de atención de personas con sospecha o diagnóstico de COVID-19, emplearon mecanismos de afrontamiento agrupados en las siguientes categorías: prácticas personales, apoyo social y acciones para evitar el riesgo de infección por el virus. El uso principalmente de estrategias asociadas con la conexión interpersonal han denotado positividad en la disminución del estrés producto de su actividad profesional, sin embargo si a esto se añaden mecanismos apegados a la reflexión diaria sobre la capacidad de actuar en tiempos de crisis y la atención preventiva que duplique cuidados en el personal de salud frente a la pandemia, concluye por tanto, en un alto índice paliativo frente a las alteraciones de salud mental, relacionados con el apareamiento de síntomas de síntomas de ansiedad y estrés.

2.1.2. La ansiedad como respuesta al impacto de la COVID-19 en el personal sanitario

Las crisis de seguridad sanitaria por lo general son eventos en los que se ve amenazada la vida de las personas, causando cantidades exorbitantes de enfermos y fallecidos. Ocasionan sobrecarga de los recursos locales y vulnera el funcionamiento normal de la comunidad. Desde la perspectiva de la salud mental, una pandemia implica una perturbación psicosocial que puede exceder la capacidad de manejo de la población afectada, que incluso, puede considerarse en que toda la población queda expuesta al sufrimiento de tensiones y angustias en mayor o menor medida (OPS, 2009).

En este impacto psicológico, se observa que la ansiedad es una de las primeras reacciones en aparecer y así lo demuestran las múltiples investigaciones a nivel mundial. Para Sierra et al. (2003), la ansiedad representa:

Un estado de agitación e inquietud desagradable caracterizado por la anticipación del peligro, el predominio de síntomas psíquicos y la sensación de catástrofe o de peligro inminente, es decir, la combinación entre síntomas cognitivos y fisiológicos, manifestando una reacción de sobresalto, donde el individuo trata de buscar una solución al peligro, por lo que el fenómeno es percibido con total nitidez (p.17).

Esta respuesta emocional dada ante un evento crítico como lo es una pandemia, parece aflorar debido al cambio súbito en la normalidad de vida de la población, asociándose principalmente con reacciones de incertidumbre, miedo y angustia (Sánchez-Loyo et al., 2021). El impacto en la salud mental con relación a eventos críticos en materia de salud, ya se ha documentado con los brotes de SRS-CoV-1 en el 2003, H1N1 en el 2009, MERS-CoV en 2012 o ébola, determinando incidencia y prevalencia de niveles considerables de ansiedad, estrés, depresión y estrés postraumático (Danet, 2021).

Por lo tanto, las secuelas a nivel de la salud mental principalmente en el personal sanitario como resultado de la crisis actual de la COVID-19, genera una mayor susceptibilidad para desarrollar afecciones psiquiátricas, denotando entre ellas el apareamiento de síntomas de ansiedad. Los trabajadores de atención en primera línea, que enfrentaron grandes cargas de trabajo, decisiones de vida o muerte y riesgo de

infección, se vieron especialmente afectados. El motivo recae en las largas horas de labores, cansancio físico, exposición a la enfermedad, limitantes en el uso de equipos de protección, aislamiento y separación de sus familias (Nicolini, 2020).

Durante un estudio realizado en China, con 1257 trabajadores de la salud que trataron a pacientes expuestos a COVID-19, presentaron síntomas psicopatológicos. Una proporción considerable informó haber mantenido síntomas de depresión 50,4%, ansiedad 44,6%, insomnio 34% y angustia 71,5%. El personal de enfermería, mujeres, trabajadores de atención médica en primera línea y los que trabajaban en Wuhan, sostuvieron mayor gravedad en todas las mediciones de síntomas de salud mental, en comparación con otros trabajadores de atención médica (Lai et al., 2020).

Huang et al. (2020) describen que en los meses más críticos de la pandemia, también en China investigaron el estado de la salud mental del personal médico de primera línea, el estudio determinó que la incidencia de ansiedad en los equipos sanitarios fue del 23,04%, y la puntuación de la misma fue $(42,91 \pm 10,89)$ entre ansiedad leve, moderada y grave. El estudio encontró que la incidencia de ansiedad entre el personal médico femenino era más alta que la de los hombres, y las puntuaciones de ansiedad en las mujeres eran también más altas que las de los hombres, esto debido a que las mujeres prestan más atención a la experiencia interna no verbal y el sentimiento propio, que está relacionado con los factores biológicos, psicológicos y sociales (Neitzke, 2015).

La incidencia de ansiedad en los profesionales de la salud parece inclinarse con mayor frecuencia hacia el personal de enfermería en comparación con el personal médico, lo que puede deberse al hecho de que las enfermeras realizan operaciones de área, trabajan más tiempo en salas de aislamiento que los médicos y tienen un contacto más cercano y estrecho con los pacientes, pues son quienes completan el tratamiento de estos, provocando fatiga y tensión (Chen et al., 2020).

Entre los síntomas más frecuentes relacionados con la ansiedad en el personal de salud, Miranda y Murguía (2021) señalan al nerviosismo, fobia, taquicardia y sudoración además de preocupaciones asociadas con las complicaciones y fallecimiento del paciente, contagiarse, contagiar a la familia y no contar con EPP. Así mismo, en la investigación de Monterrosa-Castro et al. (2020), se determinó que el personal sanitario afirmó presencia de síntomas como nerviosismo y/o alteración, miedo e imposibilidad de dejar

de preocuparse mientras prestaban sus servicios a pacientes con COVID-19 en establecimientos de salud en Colombia.

2.1.3. La resiliencia en el personal de salud

La resiliencia es un término que en la actualidad ha tomado interés, expresa la adaptabilidad de las personas o los grupos frente a retos o amenazas. Se ha definido como la habilidad para vivir, desarrollarse positivamente, o superarse a pesar de las adversidades que por lo general pueden causar consecuencias negativas. Oriol-Bosch (2012), enfatiza en lo positivo del concepto centrándose en los mecanismos para enfrentarse de manera exitosa a los contratiempos y a las adversidades y que sobre todo refuerza a los individuos.

Los trabajadores de la salud representan un grupo endeble frente a las tareas extenuantes asociadas a preservar y cuidar la vida, la pandemia por COVID-19 ha sido un duro desafío, que ha desbordado los recursos de los profesionales para cumplir con su objetivo. Un grupo considerable de los mismos han reportado el impacto en su salud mental debido al cambio radical que han debido experimentar tanto en su vida profesional como personal por la presencia de la enfermedad, provocando un efecto colateral asociado a la disminución de su productividad, disfunción personal y deterioro en la calidad del cuidado para el paciente.

Las largas jornadas laborales, el riesgo de exposición al virus, la falta de insumos médicos y equipos de protección individual, generan síntomas exacerbados de estrés, ansiedad, depresión, por lo tanto, la resolución exitosa de dichos eventos emocionales, pueden depender en gran medida de la capacidad que poseen para afrontar de forma efectiva las situaciones desfavorables, variando en función de su personalidad y capacidad resiliente de cada sujeto (Rodríguez y Ortunio, 2019).

En tal sentido, Páez (2020), acuerda que la resiliencia desde una perspectiva optimista es una conducta adaptativa que implica competencias personales, en el orden de lo emocional cognitivo y social, abarca además de los procesos intrapsíquicos, componentes sociales que favorecen la calidad de vida y además del logro de un bienestar integral, tanto a nivel físico como psicológico, en medio de la fatalidad. En definitiva, la resiliencia se vincula de forma relevante con la potencialidad de cada persona, centrada

en la connotación positiva de los eventos adversos, aminorados a través de estrategias de afrontamiento más adecuadas y propositivas.

Por lo tanto, la resiliencia entendida bajo el principio de lo positivo, es considerada en la literatura actual, como un factor protector de la salud proponiéndose como una herramienta eficaz para la promoción del bienestar mental físico y social (Caro Alonso y Rodríguez-Martín, 2018). Algunos de sus atributos que admiten definirla como un elemento indispensable incluyen a la autoeficacia, optimismo, sentido del humor, espiritualidad, actitud positiva, perseverancia y actitud hacia la meta (Martínez Arriaga et al., 2021).

En contraste con lo mencionado, Badu et al. (2020), señalan que profesionales de enfermería a modo de ejemplo, emplean varios atributos individuales y recursos organizativos para gestionar la adversidad en su lugar de trabajo. En función de los atributos individuales incluyen el uso del equilibrio trabajo-vida y la organización del trabajo, además la autosuficiencia, la pasión y el interés, el pensamiento positivo y la inteligencia emocional como mecanismos de autoeficacia; y en relación con los recursos organizacionales se encuentran los servicios de apoyo (tanto formales como informales), el liderazgo y el modelado de roles.

Entre tanto, sobre la descripción de niveles de resiliencia relacionados al manejo sanitario de la pandemia por COVID-19 en los profesionales de la salud, se han reportado diferentes resultados. Gamboa-Moreno et al. (2021), señalan que de una u otra manera el personal de salud busca adquirir habilidades de resiliencia con el objetivo de sobrellevar el estrés laboral y así mejorar la calidad de vida y el ambiente laboral del equipo. Esto en vista de que el desempeño laboral representa uno de los actos que mayormente atrae esfuerzos físicos y psicológicos en los seres humanos por lo que resulta indispensable el aprendizaje de acciones resilientes que aminoren cargas de estrés y demás manifestaciones psicopatológicas.

2.1.4. El rol mediador del afrontamiento y resiliencia frente a la ansiedad del personal de salud

En términos del impacto epidemiológico en la salud mental, los trabajadores sanitarios representan un grupo particularmente vulnerable, debido a la exposición inminente de múltiples estresores como: el riesgo de infección, el aumento del estrés

laboral y el miedo a contagiarse y contagiar a sus familias, lo cual denota que las manifestaciones psicopatológicas producto de esta carga aparecen no solo por la preocupación de su salud individual, sino que esta se extiende por la salud de su núcleo familiar y círculo social, afectando de tal modo a las relaciones interpersonales en sus redes de apoyo principales (Hidalgo Azofeifa et al., 2021).

Para Folkman y Lazarus (1988), el estrés tiende a asociarse con el riesgo de desarrollar expresiones sintomáticas cuando las demandas externas superan a los recursos y las habilidades de afrontamiento. Durante las pandemias SRS-CoV-1 en el 2003 y MERS-CoV en 2012, los trabajadores de la salud que se mantuvieron en primera línea de atención reportaron altos niveles de estrés asociados con manifestaciones psicopatológicas, como ansiedad, depresión y trauma secundario (Tam et al., 2004). El estrés junto con el despliegue de secuelas psicopatológicas se relaciona con un impacto negativo en la sensación de gratificación en el propio trabajo y la pérdida de la capacidad de afrontar las dificultades.

Según la teoría transaccional del estrés y el afrontamiento, los individuos establecen relaciones con su entorno a partir de dos procesos transaccionales: la evaluación cognitiva y el afrontamiento (Folkman & Lazarus, 1980). La evaluación cognitiva se refiere al juicio de eventos ambientales y se lleva a cabo a través de la evaluación primaria y secundaria, mientras que el afrontamiento aparece una vez realizada esta tarea de análisis con el objetivo de desplegar una serie de habilidades que permitan hacer frente a la situación que le genera estrés (Pereira et al., 2020).

Por lo tanto, las estrategias de afrontamiento involucran esfuerzos cognitivos y conductuales dirigidos a manejar demandas internas o externas, que se evalúan como sobrecargas en las características del individuo (Folkman et al., 1986). Se subdividen en dos tipos; las centradas en la emoción y las centradas en el problema.

El primer tipo de afrontamiento busca regular la respuesta emocional desencadenada por un estresor, a través de procesos defensivos y de afrontamiento de evitación de confrontación, mientras que el afrontamiento centrado en el problema, se encaminan en la adopción de estrategias activas para abordar el estresor (Folkman & Lazarus, 1980).

Al hablar de la pandemia y su estrés consecuente, Brown et al., (2002) mencionan

que las estrategias centradas en el problema suelen estar correlacionadas con niveles de estrés más bajos en los trabajadores sanitarios y trabajadores de urgencias. El uso de estrategias de afrontamiento activo durante el COVID-19, reduce el estrés y facilita la utilización de protocolos de seguridad y búsqueda de apoyo familiar y social (Cai et al., 2020).

Sin embargo, aunque el efecto positivo de ciertas estrategias es indudable, muchos de los individuos expuestos a situaciones complejas despliegan estrategias de evitación, a pesar de relacionarse con niveles elevados de estrés y el desarrollo de psicopatologías (Loo et al., 2015).

Por otro lado, la resiliencia se trata de un proceso y no de una cualidad, se va construyendo con las variables culturales, familiares, ambientales, además de las personales, es decir es un evidente proceso dinámico y contextual, con lo cual se remarca la oportunidad de crecimiento que conlleva, por las estrategias de ajuste y de afrontamiento.

De hecho, se afirma en una conceptualización más nueva del término que la resiliencia se vincula con la virtud de generar opciones, metamorfosis y seguir viviendo. Permite experimentar la adversidad como una oportunidad de crecimiento y desarrollo (Fernández Poncela, 2021).

Al referir que la resiliencia es un proceso de construcción respecto de algunas variables, entre ellas las personales, resulta necesario en este sentido de referirse al término resistencia, mismo que se define como un atributo individual que forma parte de la personalidad y que comprende tres características generales: compromiso, control y desafío, mismos que facilitan la entereza de los sujetos bajo situaciones estresantes (Kobasa, 1979).

La resistencia se asocia con estados internos positivos, conllevando a las personas a considerar los eventos externos como oportunidades para el cambio y superación personal según Bartone (2012), por lo general los niveles más altos de resistencia conducen a enfoques de afrontamiento adaptativos, que permiten reducir el estrés, parecen asociarse principalmente con estilos de afrontamiento activo y en menor medida con aquellos de evitación (Bartone et al., 2016).

En consecuencia, las estrategias de afrontamiento y la resiliencia para Maiorano et al. (2020), tienen efectos tanto directos como mediadores en la reducción de los efectos negativos del estrés en los trabajadores de la salud. Como efecto directo Judkings (2001), menciona que el estrés se puede reducir cuando se adoptan estrategias de afrontamiento y se aumenta el nivel de resistencia.

En tanto sobre el efecto mediador, se verificó que la resistencia detiene las emociones y pensamientos desagradables provocando por el contrario el enfoque en el problema reduciendo de esta manera el efecto del estrés en la generación de síntomas de excitación y evitación, aumentando por otra parte estado mentales positivos (Vagni et al., 2020).

2.2. Marco legal

Las instituciones laborales en el Ecuador, de forma obligatoria deben disponer la responsabilidad de cumplimiento de normativas constitucionales, que permitan realizar un accionar apegado a la realidad, a los derechos y obligaciones de cada componente de la fuerza laboral, en este caso el personal sanitario. El estudio a continuación acoge lo descrito en la Constitución de la República del Ecuador mismo que refiere que “toda persona tendrá derecho a desarrollar sus labores en un ambiente adecuado y propicio, que garantice su salud, integridad, seguridad, higiene y bienestar” (Asamblea Constituyente de Ecuador, 2008, p.162).

Además que los principios normativos de la salud mental, forman parte de los riesgos psicosociales en las instituciones, y que el Instrumento Andino de Seguridad y Salud en el Trabajo - Decisión 584, en su Artículo número 2, muestra textualmente:

Las normas previstas en el presente instrumento tienen por objeto promover y regular las acciones que se deben desarrollar en los centros de trabajo de los Países Miembros para disminuir o eliminar los daños a la salud del trabajador, mediante la aplicación de medidas de control y el desarrollo de las actividades necesarias para la prevención de riesgos derivados del trabajo (Comunidad Andina, 2004, p.3-4)

De acuerdo a la normativa Ecuatoriana, se toma en consideración lo señalado en el Acuerdo Ministerial No. MDT-2017-0135 Instructivo para el cumplimiento de las obligaciones de los empleadores públicos y privados (2017), en su Artículo 10 sobre las Obligaciones en materia de seguridad y salud en el trabajo y gestión de riesgos se detalla que “El empleador deberá efectuar el registro, aprobación, notificación y/o reporte de las obligaciones laborales en materia de seguridad y salud en el trabajo” (p.8).

A su vez, en el Reglamento del Seguro General de Riesgos del Trabajo. Resolución C.D. 513 detalla tópicos relacionados a los riesgos psicosociales encontrando que:

En el ámbito de la prevención de riesgos del trabajo, integra medidas preventivas en todas las fases del proceso laboral, con el fin de evitar o disminuir los riesgos derivados del trabajo, guardando concordancia con lo determinado en la normativa vigente y convenios internacionales ratificados por parte del Estado (Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, 2016, p.3)

Los funcionarios investigados, son parte del servicio público, amparados por la Ley Orgánica del Servicio Público, que en su Art. 23, textualmente menciona a los: “Derechos de las servidoras y los servidores públicos. - Son derechos irrenunciables de las servidoras y servidores públicos: literal l: Desarrollar sus labores en un entorno adecuado y propicio, que garantice su salud, integridad, seguridad, higiene y bienestar” (Asamblea Nacional República del Ecuador, p.15).

Añadido como fuente legal, la Asamblea Nacional República del Ecuador (2022), mediante registro oficial, aprueba la Ley Orgánica de Carrera Sanitaria, misma que hace manifiesto en contener como objetivos primordiales a través de su Artículo 4, numeral 5 la protección de la salud del talento humano; Artículo 7, numeral 21: La promoción y prevención de la salud mental; como salvaguardas jurídicas del presente estudio.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. Descripción del grupo de estudio

Al ser un diseño de investigación transeccional tomando datos en una situación determinada, dispone de una característica descriptiva, misma que pretende analizar los niveles de las variables estudiadas y correlacionarlas; se ha tomado en cuenta al total de la población que labora en Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Dirección Distrital 10D02 Antonio Ante-Otavalo y que desempeñan sus actividades en los establecimientos de salud de primer nivel de atención, se establece como una muestra homogénea, autoseleccionada (Hernández-Sampieri et al., 2014) del listado total del personal, pues al realizar estimaciones en todos los participantes, estos tuvieron igual posibilidad de ser considerados dentro del estudio.

El tipo de muestreo que emplea la investigación es la no probabilística, que de acuerdo con Hernández-Sampieri et al. (2014), en las muestras no probabilísticas “la elección de los elementos no depende de la probabilidad, sino de causas relacionadas con las características de la investigación o los propósitos del investigador” (p. 176).

El procedimiento usado no se basa en fórmulas de probabilidad, en su lugar toma un proceso de decisiones que el investigador realiza, obedeciendo ciertos criterios del estudio, para elegir este tipo de muestreo se tomará como punto de partida el planteamiento, del diseño y de la contribución que se piensa realizar con la investigación.

Por ello, la elección de este tipo de muestreo se lo toma porque su ejecución estuvo sujeta a las características del estudio fundamentalmente, los participantes fueron 268 profesionales del área de salud entre ellos personal médico, enfermería, TAPS, psicólogos, odontólogos entre otros, que laboran en Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Dirección Distrital 10D02 Antonio Ante-Otavalo y que desempeñan sus actividades en los establecimientos de salud de primer nivel de atención.

3.2. Enfoque y tipo de investigación

Según Hernández-Sampieri et al. (2014), el enfoque que enmarca el diseño del estudio fue el cuantitativo no experimental de tipo transeccional, descriptiva y correlacional buscó recolectar la información de los comportamientos del personal, mismo que establece la no manipulación intencional de las variables, sino que por el contrario únicamente se observaron los fenómenos ya existentes en su contexto natural, para analizarlos.

El tipo de investigación se estableció de acuerdo con el diseño transversal correlacional, los datos fueron recolectados en un único momento y su análisis permitió determinar las relaciones entre tres constructos del comportamiento humano. La investigación limitó y/o determinó diferentes relaciones entre las variables, sin necesariamente precisar el sentido de causalidad (Hernández-Sampieri et al., 2014).

3.3. Procedimientos

Se utilizó en el estudio tres escalas:

Para evaluar la presencia de sintomatología relacionada al trastorno de ansiedad generalizada se utilizaron las 7 preguntas que conforman la Escala de Ansiedad Generalizada (GAD-7), unifactorial, que tiene origen en inglés, pero aplicado en castellano en población ecuatoriana en el estudio de Pazmiño Erazo et al. (2021), como instrumento de detección breve, con adecuados valores psicométricos de consistencia interna ($\alpha = 0,936$). Además dispone de respuestas tipo Likert como indicadores de frecuencia de síntomas, desde 0 (nada) a 3 (casi todos los días), y sus puntuaciones varían entre 0 a 21, con puntos de corte menor a 4 como normalidad, valores entre 5 a 9 como ansiedad leve, puntaje de 10 a 15 como ansiedad moderada y mayores a 15 se categoriza como ansiedad severa (Camargo et al., 2021).

Con relación a estrategias de afrontamiento, el Brief COPE-28 valora varias dimensiones de estrategias, fue desarrollado por Morán Astorga et al. (2010), está integrado por 14 subescalas de 2 ítems cada una, con respuestas tipo Likert de 0 a 3 entre “nunca hago esto” a “hago siempre esto”. El instrumento categoriza a las estrategias de afrontamiento en; centradas en el problema, en la emoción. El cuestionario COPE

completo de 60 ítems fue adaptado en España por Crespo y Cruzado (1997), y se desarrolló una versión corta “teniendo en cuenta la equivalencia léxica y gramatical, así como su equivalencia conceptual y cultural. Ha sido utilizado en población ecuatoriana en la investigación de Heras Berrezueta y Tamayo Campoverde (2019), sin embargo, estadísticamente este inventario en otras aplicaciones, se manifiestan diferencias en la estructura factorial de estrategias de afrontamiento al pasar de una muestra a otra, recomendando que sea utilizado en población específica, que comparta similitudes y características (Morán Astorga et al, 2010), en este caso ubicaría la exposición del personal de salud al COVID-19; esta escala dispone de adecuada validez con alfa de Cronbach global de 0,78 afirman Reich et al. (2016).

Para una mejor comprensión del detalle de los recursos de afrontamiento, en el estudio de Heras Berrezueta y Tamayo Campoverde (2019), se organizan las estrategias, en las que se centran en el problema, se subclasifican en dos formas, resolver y evitar, logrando una mayor utilidad y pragmatismo del instrumento en la categorización de respuestas para la interpretación de resultados, por consiguiente, se disponen su conceptualización propia.

Tabla 1

Tipos de Estrategias de Afrontamiento del instrumento Brief COPE-28

<i>Estrategias centradas en la Emoción</i>	
Apoyo Emocional	Reducir el malestar emocional obteniendo simpatía o apoyo de otras personas
Reevaluación Positiva	Extraer lo positivo de la situación o dificultad
Negación	Hacer como si es que el factor estresor no estuviera presente o cercano
Religión	Uso de creencias y/o conductas relacionadas al aspecto espiritual o religioso
Apoyo Social	Búsqueda de consejo, asesoría o información con las personas
Aceptación	Tolerancia a la presencia del acontecimiento o factor estresor

Estrategias centradas en el problema

Estrategias centradas en Resolver el problema

Afrontamiento Activo	Proceso de punto de partida y adecuación a búsqueda de solución
----------------------	-----------------------------------------------------------------

Planificación	Pensamiento de opciones y posibilidades de respuesta para poder ejecutarlo
---------------	----------------------------------------------------------------------------

Estrategias centradas en Evitar el problema

Autoinculpación	Atribución de culpabilidad de los acontecimientos estresores a sí mismo
-----------------	-------------------------------------------------------------------------

Humor	Recurrir a bromas para poder hacer frente al estresor
-------	-------------------------------------------------------

Autodistracción	Ejecución de diferentes actividades para no pensar en el factor estresor
-----------------	--------------------------------------------------------------------------

Desconexión	Dejar de realizar el esfuerzo para hacer frente al factor estresor
-------------	--------------------------------------------------------------------

Desahogo	Expresión afectiva y/o verbal del malestar generado
----------	-----------------------------------------------------

Uso de sustancias	Recurrencia a sustancias para disuadir efectos del factor estresor
-------------------	--------------------------------------------------------------------

Finalmente se aplicó la Escala de Resiliencia de 14 ítems (RS-14) de Wagnild (2009), versión en español. La misma que consta de 2 factores: Factor I: Competencia Personal (11 ítems, auto-confianza, independencia decisión, ingenio y perseverancia) y Factor II: Aceptación de uno mismo y de la vida (3 ítems, adaptabilidad, balance, flexibilidad y una perspectiva de vida estable). Estos factores se responden en base a un formato de respuesta Tipo Likert de 7 anclajes, siendo 1= Totalmente en desacuerdo y 7= Totalmente de acuerdo. La puntuación media de la escala es de 71 y el rango de puntuación estará comprendido entre un mínimo de 24 y un máximo de 98 puntos. Sostiene una adecuada consistencia interna ($\alpha= 0,79$) y validez de criterio calculada con otras medidas de resiliencia general como la Escala de Resiliencia de Connor y Davidson del 2003 concluyendo en su valor clínico y científico (Sánchez-Teruel & Robles-Bello, 2015).

El contexto con mejor viabilidad para recolectar la información fue de manera on-line, mediante la aplicación Google Forms, con un tiempo aproximado 40 minutos en los que los participantes desarrollaron el cuestionario en su totalidad.

3.4. Consideraciones bioéticas

Para investigación en seres humanos, el presente estudio comparte los principios de la declaración de Helsinki IV en su revisión de Edimburgo en el año 2000 en sus apartados en los que respeta, acoge, vela y aplica, las obligaciones y cumplimiento de postulados jurídicos internacionales, al ser llevada a cabo por profesional con formación, calificación científica y principios bioéticos acordes a los intereses, derechos y seguridad de los voluntarios (Winkler Müller & Letelier Soto, 2014).

Para Ocampo Martínez (2013) de forma textual detalla las Enmiendas del 2010 del código de conducta y los principios éticos de la Asociación Americana de Psicología (APA), así:

Los psicólogos están comprometidos a incrementar su conocimiento científico y profesional sobre la conducta y la comprensión de las personas sobre sí mismas y sobre otros y al uso de ese conocimiento para mejorar las condiciones de los individuos, las organizaciones y la sociedad. Los psicólogos respetan y protegen los derechos humanos y civiles, y la importancia fundamental de la libertad de expresión y de indagación en la investigación, docencia y publicación. Se esfuerzan por ayudar al público a desarrollar juicios y elecciones con información sobre el comportamiento humano. Para ello, se desempeñan en distintos roles, tales como investigador, docente, evaluador diagnóstico, terapeuta, supervisor, consultor, administrador, interventor social y testigo experto (p.255)

El principio de no maleficencia, que evita de manera activa la generación de daño o conflictos de intereses por parte del investigador hacia la integridad psicológica de los participantes, como también de los responsables institucionales, o a su vez a la cultura organizativa, minimizando en lo posible daños, riesgos o perjuicios en el sitio que se ha efectuado el estudio, se acoge al informe de Belmont y los principios éticos de los psicólogos y código de conducta de la APA, y la declaración de Helsinki (Winkler & Letelier, 2014).

A su vez comprendiendo la obligación ética de garantizar la protección ética de los datos personales entregados, respetando la confidencialidad otorgada en el consentimiento informado, como pregunta obligatoria dentro del formulario digital, al acceder en formar parte de este estudio de forma voluntaria, resguardando el derecho de intimidad que propone la declaración del Helsinki según Winkler Müller & Letelier Soto (2014), y demás apartados dentro del marco legal ecuatoriano que el investigador se acoge.

De acuerdo con los principios establecidos en los Tratados y Convenios Internacionales de Derechos Humanos entre ellos: el Código de Núremberg, la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos y mediante la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, este estudio se desarrollará conforme a los siguientes criterios:

El Código de Núremberg establece consideraciones bioéticas como base fundamental un consentimiento voluntario, la finalidad de obtener resultados beneficiosos para el bienestar de la sociedad, ser realizado sólo por personas calificadas científicamente y que el sujeto será libre de hacer terminar la investigación en cualquier momento Katz (1996).

Así también, la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos (Siverino Bavio, 2009) está conformada por un Preámbulo y 28 artículos de los cuales se tomarán los siguientes para efectos de la presente investigación:

- Art 3. Dignidad humana y derechos humanos
- Art. 4. Beneficios y efectos nocivos
- Art. 6. Consentimiento informado
- Art. 8. Respeto por la vulnerabilidad humana y la integridad personal
- Art. 9 Privacidad y confidencialidad

Adicional de acuerdo a la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial resulta importante tomar los extractos a continuación descritos para ejecución del estudio, el deber del investigador es promover y velar por la salud, bienestar y derechos de los pacientes, incluidos los que participan en la investigación; comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones

preventivas, diagnósticas y terapéuticas a través de un estudio que sea seguro, asequible y de calidad Manzini, (2000).

Por lo tanto, a través de lo detallado, el estudio sustenta su actuar mediante consideraciones bioéticas tomadas de normativa internacional y nacional, respetando los derechos de los participantes durante el proceso de investigación.

El estudio se llevó a cabo una vez obtenida la aprobación del Comité de Ética de Investigación de la Institución en la que se efectuó el estudio con la autorización del representante legal de la institución. El estudio dispuso de un consentimiento informado en donde los sujetos aceptaron o rechazaron su participación, sin que aquello implique perjuicios.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSION

Se ha tabulado la información desde la plataforma de Google Forms, pasando a proceso de tratamiento de datos demográficos, caracteres alfanuméricos, separación por variables y generando la base de datos y efectuando los cálculos estadísticos en el utilitario SPSS versión 21.0 es un software perteneciente a la compañía IBM.

Tabla 2

Resultados de Distribución de Frecuencias Sociodemográficas

Sexo	frecuencia	Porcentaje
Hombre	64	23,9
Mujer	204	76,1
Total (N=268)		
Rangos de edad		
21 a 30 años	112	41,8
31 a 40 años	101	37,7
41 a 50 años	34	12,7
51 a 60 años	15	5,6
61 años o más	6	2,2
Total (N=268)		
Estado Civil	frecuencia	Porcentaje
Casado/a	116	43,3
Divorciado/a	18	6,7
Soltero/a	112	41,8
Unión Libre	20	7,5
Viudo/a	2	0,7
Total (N=268)		

Tabla 3*Frecuencias Sociolaborales*

Profesión	frecuencia	Porcentaje
Enfermero/a	51	19,0
Médico/a	66	24,6
Nutricionista	4	1,5
Obstetra/iz	4	1,5
Odontólogo/a	31	11,6
Otro	34	12,7
Psicólogo/a	3	1,1
TAPS	75	28,0
Total (N=268)		
Condición Laboral	frecuencia	Porcentaje
Contrato ocasional	196	73,1
Nombramiento definitivo	47	17,5
Nombramiento provisional	10	3,7
Otro	15	5,6
Total (N=268)		

Como datos demográficos participaron de forma mayoritaria el género femenino con un 76,1% del total de la población, los rangos de edad se obtuvieron mayores frecuencias entre 21 a 30 años, con el 41,8% de participantes; por otra parte, se observan gran frecuencia de participantes en estado civil casado y soltero con porcentajes superiores al 40% observable en la Tabla 2.

Respecto a las condiciones socio laborales en la Tabla 3, se obtuvieron porcentajes mayores al 24% de participantes de profesión médico/a y de TAPS, dentro de la característica “Otro”, se detalla al personal auxiliares de enfermería, auxiliares de odontología, personal de admisión, personal de limpieza; se observa también que en función de la modalidad contractual de los participantes, los que se encuentran bajo la condición de contrato ocasional son la mayoría de participantes con el 73%; en de la

condición laboral con la característica “Otro” se integran a los contratos colectivos, contratos indefinidos y contratos de servicio rural.

4.1. Ansiedad Generalizada

Tabla 4

Frecuencias de Sintomatología de Ansiedad Generalizada

Nivel GAD-7	frecuencia	Porcentaje
Normal	70	26,1
Leve	115	42,9
Moderado	59	22,0
Severo	24	9,0
Total (N=268)		

Tabla 5

Sintomatología de ansiedad generalizada por sexo

Nivel GAD-7	Normal		Leve		Moderado		Severo		Total	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Sexo										
Hombre	22	8,2	27	10,1	12	4,5	3	1,1	64	23,9
Mujer	48	17,9	88	32,8	47	17,5	21	7,8	204	76,1
Total (N=268)		70	26,1	115	42,9	59	22,0	24	9,0	

Tabla 6

Sintomatología de Ansiedad Generalizada por Profesiones

Nivel GAD7	Normal		Leve		Moderado		Severo		Total	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Profesión										
Enfermero/a	13	4,9	23	8,6	10	3,7	5	1,9	51	19,0
Médico/a	12	4,5	21	7,8	21	7,8	12	4,5	66	24,6
Nutricionista	1	0,4	1	0,4	2	0,7	0	0	4	1,5

Nivel GAD7	Normal		Leve		Moderado		Severo		Total	
Obstetra/iz	1	0,4	1	0,4	2	0,7	0	0	4	1,5
Odontólogo/a	9	3,4	14	5,2	6	2,2	2	0,7	31	11,6
Psicólogo/a	0	0	3	1,1	0	0	0	0	3	1,1
TAPS	28	10,4	35	13,1	11	4,1	1	0,4	75	28,0
Otro	6	2,2	17	6,3	7	2,6	4	1,5	34	12,7
Total (N=268)	70	26,1	115	42,9	59	22,0	24	9,0		

Tabla 7

Sintomatología de Ansiedad Generalizada por Condición Laboral

Nivel GAD7	Normal		Leve		Moderado		Severo		Total	
Condición laboral	<i>F</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Contrato ocasional	57	21,3	87	32,5	38	14,2	14	5,2	196	73,1
Nombramiento definitivo	7	2,6	20	7,5	13	4,9	7	2,6	47	17,5
Nombramiento provisional	1	0,4	3	1,1	5	1,9	1	0,4	10	3,7
Otro	5	1,9	5	1,9	3	1,1	2	0,7	15	5,6
Total (N=268)	70	26,1	115	42,9	59	22,0	24	9,0		

Se realizó una distribución de frecuencias en valores entre 0 a 11 puntos se ubica en una categoría de nivel “Leve” de 5 a 9 puntos, en nivel “Moderado” entre 10 a 15 puntos y valores superiores es “Alto”, según los autores de la escala GAD-7; además se ubican a continuación las frecuencias distribuidas de la investigación, por edad, dependencia y por área o servicio a la que pertenecen, se evidencia que la población dispone de 42,9% de síntomas relacionados a ansiedad generalizada según la Tabla 4.

De acuerdo al planteamiento del problema del estudio, los individuos dispusieron problemas relacionados a la ansiedad en el inicio de la pandemia, al parecer este parámetro en esta investigación confirma con una magnitud de nivel leve, al encontrarse el contexto pandémico en una etapa psicosocial diferente que en su comienzo Ojeda-Casares y De Cosio (2020).

Discutiendo la cuantificación similar en relación al porcentaje del estudio de Lai et al. (2020) en los inicios de la pandemia en el que la conducta de ansiedad obtuvo un 44%, que no se especificó en categorías, a diferencia del estudio de Flores-Villavicencio et al. (2010) en población sanitaria pre-pandémica con valores menores al 38% entre categorías de ansiedad somática y cognitiva; reflejan valores análogos al presente estudio que de forma particular, se connota el análisis a la población sanitaria el curso de dicha reacción afectiva de forma leve, con cierta elevación en la frecuencia de apareamiento de esta conducta en comparación a antes de la pandemia, y una disminución aparente posterior al inicio de la pandemia, surgen inferencias ante las estrategias de gestión sanitaria y experiencia adquirida para el manejo y contingencia de la enfermedad por COVID-19, que podría influir en el descenso porcentual mínimamente significativo y/o de intensidad que parecería ser la mayor representatividad.

Se distribuyó las frecuencias entre sexo y el nivel de ansiedad generalizada, observándose que el comportamiento en ambos sexos presentan valores similares de acuerdo a la Tabla 5, sin embargo se determina la diferencia que corresponde a que el personal femenino que realiza labores de enfermería en Flores-Villavicencio et al. (2010) dispuso de mayores niveles de ansiedad, diferencia notable en el presente estudio que los médicos, enfermeras y TAPS integran el conjunto de profesiones en la institución que experimentan ansiedad leve, se podría entender de acuerdo a las investigaciones previas durante la pandemia sobre todo en los meses álgidos del curso de la misma, que el factor tiempo para desarrollar sus actividades laborales y la sobrecarga de las mismas, son determinantes directos en el apareamiento de síntomas.

Los datos obtenidos ante las condiciones y modalidades laborales de los funcionarios ubican a que el personal con contratos ocasionales dispone de sintomatología ansiosa generalizada en la Tabla 7 de forma leve con 32,5% sumados el nivel moderado que representan datos llamativos y, quienes disponen de modalidades de nombramiento definitivo ligeramente se encuentran entre frecuencias de leve a moderado, en comparación en el estudio de Chura Castro et al., (2021), en la nomenclatura contractual peruana y la ansiedad en profesionales de salud, se observa comportamientos similares en personas con nombramientos definitivo y contratos de ocasión, existen variación entre la cuantificación de frecuencias entre ambos estudios pero se enfatiza en la categorización mayormente entre ambos de forma leve.

Se puede evidenciar que la variable de ansiedad generalizada se ubica en grupos de género femenino con edades comprendidas entre 21 a 40 años, en grupos de solteros y casados, con profesión médico o TAPS, con condiciones laborales de contratos ocasionales, se podría entender que la condición patológica de esta conducta sería influenciada como lo expone Delgado (2020), en factores de riesgo asociados a fatiga por compasión, alta responsabilidad, exposición a violencia y/o fluidos corporales.

4.2. Estrategias de Afrontamiento

Se tabuló datos de los participantes con una distribución propuesta de la escala Brief COPE-28, categorizando en 3 dimensiones (a) estrategias centradas en la emoción, (b) centradas en el problema que se dividen en 2 subdimensiones, que son estrategias centradas a resolver el problema (b1) y centradas a evitar el problema (b2), las frecuencias de los valores en cada dimensión de afrontamiento el autor no propone con especificidad puntos de corte que clasifiquen el nivel en el que se encuentra cada categoría, puesto que la totalidad del instrumento dispone de 14 modalidades de afrontamiento y para esto se ha propuesto estandarizar los resultados como línea base la media de los puntajes efectuados y su desviación estándar, siendo 0 el puntaje mínimo y 6 el puntaje máximo.

Siendo así en cada grupo estudiado, quienes dispongan valores más cercanos al puntaje máximo se consideran como mayor frecuencia de aplicación de la estrategia de afrontamiento; otro autor de forma similar para interpretar los resultados de este instrumento ha propuesto la utilización de la media teórica para representar la distribución de frecuencias entre cada estrategia, en este caso el punto de corte teórico sería 3 (Campello López, 2016).

Tabla 8

Frecuencia de las Estrategias de Afrontamiento del Instrumento Brief COPE-28

Estrategias de Afrontamiento	Media	DS
Estrategias Centradas en la Emoción	2,81	1,11
Estrategias Centradas en Resolver el Problema	3,67	1,37
Estrategias Centradas en Evitar el Problema	1,96	1,01

Nota. Valores: Mínimo = 0 y Máximo = 6; N=268; DS: Desviación Standard

Tabla 9*Tipos de Estrategias de Afrontamiento del Instrumento Brief COPE-28*

Tipo de estrategias de afrontamiento – Brief		COPE – 28	Media	DS
Estrategias centradas en la emoción		Apoyo Emocional	2,54	1,50
		Reevaluación Positiva	3,31	1,62
		Negación	1,80	1,42
		Religión	2,96	1,83
		Apoyo Social	2,56	1,47
		Aceptación	3,72	1,35
Estrategias centradas en el problema	Resolver el problema	Afrontamiento Activo	3,72	1,48
		Planificación	3,63	1,53
	Evitar el problema	Autoinculpación	2,20	1,58
		Humor	2,22	1,67
		Autodistracción	3,18	1,47
		Desconexión	1,66	1,35
		Desahogo	1,98	1,33
		Uso de sustancias	0,54	1,11

*Nota: Valores: Mínimo = 0 y Máximo = 6; N=268; DS: Desviación Standard***Tabla 10***Estrategias de afrontamiento del instrumento Brief COPE-28 según el sexo*

Sexo	Estrategias de afrontamiento						
	Estrategias centradas en la emoción		Estrategias centradas en el problema				
	Media	DS	Resolver el problema		Evitar el problema		
			Media	DS	Media	DS	
Hombre	2,80	1,16	3,86	1,37	2,30	1,17	
Mujer	2,81	1,10	3,61	1,37	1,85	0,93	
Total	2,81	1,11	3,67	1,37	1,96	1,01	

Nota. Valores: Mínimo = 0 y Máximo = 6; N=268; DS: Desviación Standard

Tabla 11*Tipos de Estrategias de Afrontamiento del Instrumento Brief COPE-28 Según el sexo*

Sexo	Tipo de estrategias de afrontamiento - Brief COPE – 28		Media	DS	
Hombre	Estrategias centradas en la emoción	Apoyo Emocional	2,52	1,70	
		Reevaluación Positiva	3,63	1,65	
		Negación	1,92	1,47	
		Religión	2,61	1,80	
		Apoyo Social	2,27	1,52	
		Aceptación	3,91	1,45	
	Estrategias centradas en el problema	Resolver el problema	Afrontamiento Activo	3,88	1,49
			Planificación	3,86	1,48
		Evitar el problema	Autoinculpación	2,58	1,70
			Humor	3,02	1,72
			Autodistracción	3,33	1,55
			Desconexión	1,95	1,51
			Desahogo	2,08	1,42
			Uso de sustancias	0,88	1,46
Sexo	Tipo de estrategias de afrontamiento - Brief COPE – 28		Media	DS	
Mujer	Estrategias centradas en la emoción	Apoyo Emocional	2,54	1,43	
		Reevaluación Positiva	3,22	1,60	
		Negación	1,76	1,40	
		Religión	3,07	1,83	
		Apoyo Social	2,65	1,44	
		Aceptación	3,66	1,32	
	Estrategias centradas en el problema	Resolver el problema	Afrontamiento Activo	3,67	1,47
			Planificación	3,56	1,53
		Evitar el problema	Autoinculpación	2,08	1,52
			Humor	1,98	1,57
			Autodistracción	3,14	1,44
			Desconexión	1,57	1,27
			Desahogo	1,95	1,29
			Uso de sustancias	0,44	0,95

Nota: Valores: Mínimo = 0 y Máximo = 6; N=268; DS: Desviación Standard

Tabla 12*Estrategias de Afrontamiento del Instrumento Brief COPE-28 por Profesiones*

Profesión	Estrategias de afrontamiento					
	Estrategias centradas en la emoción		Estrategias centradas en el problema			
			Resolver el Problema		Evitar el Problema	
Media	DS	Media	DS	Media	DS	
Enfermero/a	2,72	1,08	3,58	1,08	1,96	0,91
Medico/a	2,99	1,08	4,02	1,35	2,30	1,11
Nutricionista	3,25	0,84	3,37	1,18	2,16	0,49
Obstetra/iz	3,29	0,76	4,00	1,63	1,79	1,37
Odontólogo/a	2,86	1,28	3,58	1,52	2,09	1,00
Otro	2,86	1,10	3,89	1,63	2,00	1,03
Psicólogo/a	3,11	0,94	4,33	1,52	1,72	0,19
TAPS	2,61	1,13	3,34	1,34	1,60	0,91
Total	2,81	1,11	3,67	1,37	1,96	1,01

Nota. Valores: Mínimo = 0 y Máximo = 6; N=268; DS: Desviación Standard

Tabla 13*Tipo de Estrategias de Afrontamiento del Instrumento Brief COPE-28 por Profesiones*

Profesión	Tipo estrategias de afrontamiento - Brief COPE – 28		Media	DS	
Enfermero/a	Estrategias centradas en la emoción	Apoyo Emocional	2,31	1,28	
		Reevaluación Positiva	3,18	1,64	
		Negación	1,90	1,51	
		Religión	2,75	1,73	
		Apoyo Social	2,59	1,37	
		Aceptación	3,63	1,23	
	Estrategias centradas en el problema	Resolver el problema	Afrontamiento Activo	3,65	1,18
			Planificación	3,53	1,23
		Evitar el problema	Autoinculpación	2,14	1,31
			Humor	2,00	1,62
			Autodistracción	3,33	1,22

			Desconexión	1,76	1,29	
			Desahogo	1,96	1,19	
			Uso de sustancias	0,59	1,16	
Médico/a	Estrategias centradas en la emoción		Apoyo Emocional	2,31	1,28	
			Reevaluación Positiva	3,59	1,42	
			Negación	1,68	1,40	
			Religión	2,79	1,90	
			Apoyo Social	2,91	1,54	
			Aceptación	4,03	1,30	
		Estrategias centradas en el problema	Resolver el problema		Afrontamiento Activo	4,03
				Planificación	4,02	1,39
	Evitar el problema			Autoinculpación	2,85	1,68
				Humor	2,80	1,79
				Autodistracción	3,50	1,50
				Desconexión	1,79	1,48
		Desahogo	2,15	1,43		
	Uso de sustancias	0,71	1,36			
Nutricionista	Estrategias centradas en la emoción		Apoyo Emocional	3,25	1,50	
			Reevaluación Positiva	3,50	1,00	
			Negación	2,50	1,00	
			Religión	3,00	2,44	
			Apoyo Social	3,50	1,29	
			Aceptación	3,75	0,95	
		Estrategias centradas en el problema	Resolver el problema		Afrontamiento Activo	3,75
				Planificación	3,00	1,41
	Evitar el problema			Autoinculpación	2,75	0,50
				Humor	1,50	1,50
				Autodistracción	3,50	1,29
				Desconexión	2,75	0,95
		Desahogo	2,25	0,50		
	Uso de sustancias	0,50	1,00			

Profesión	Tipo estrategias de afrontamiento - Brief COPE – 28		Media	DS	
Obstetra/iz	Estrategias centradas en la emoción	Apoyo Emocional	3,50	1,00	
		Reevaluación Positiva	3,75	1,70	
		Negación	1,75	1,70	
		Religión	4,50	1,29	
		Apoyo Social	2,25	1,50	
		Aceptación	4,00	1,63	
	Estrategias centradas en el problema	Resolver el problema	Afrontamiento Activo	3,60	1,63
			Planificación	3,85	1,56
		Evitar el problema	Autoinculpación	1,25	1,89
			Humor	1,25	1,89
			Autodistracción	3,50	0,57
			Desconexión	1,25	1,89
			Desahogo	2,50	0,57
			Uso de sustancias	1,00	2,0
Odontólogo/a	Estrategias centradas en la emoción	Apoyo Emocional	2,52	1,67	
		Reevaluación Positiva	3,45	1,67	
		Negación	1,90	1,37	
		Religión	2,84	2,13	
		Apoyo Social	2,55	1,56	
		Aceptación	3,94	1,61	
	Estrategias centradas en el problema	Resolver el problema	Afrontamiento Activo	3,65	1,53
			Planificación	3,52	1,74
		Evitar el problema	Autoinculpación	2,32	1,73
			Humor	2,61	1,72
			Autodistracción	3,29	1,69
			Desconexión	1,68	1,16
			Desahogo	1,97	1,19
			Uso de sustancias	0,68	1,04

Profesión	Tipo estrategias de afrontamiento - Brief COPE – 28		Media	DS	
Otro	Estrategias centradas en la emoción	Apoyo Emocional	2,41	1,48	
		Reevaluación Positiva	3,53	1,67	
		Negación	2,09	1,62	
		Religión	3,35	1,63	
		Apoyo Social	2,35	1,41	
		Aceptación	3,44	1,58	
	Estrategias centradas en el problema	Resolver el problema	Afrontamiento Activo	3,85	1,72
			Planificación	3,94	1,75
		Evitar el problema	Autoinculpación	2,21	1,70
			Humor	2,41	1,59
			Autodistracción	2,97	1,64
			Desconexión	1,74	1,48
			Desahogo	2,24	1,63
			Uso de sustancias	0,47	0,96
Psicólogo/a	Estrategias centradas en la emoción	Apoyo Emocional	3,67	2,51	
		Reevaluación Positiva	5,33	1,15	
		Negación	0,33	0,57	
		Religión	2,67	1,15	
		Apoyo Social	2,67	1,52	
		Aceptación	4,00	0	
	Estrategias centradas en el problema	Resolver el problema	Afrontamiento Activo	4,33	1,52
			Planificación	4,33	1,52
		Evitar el problema	Autoinculpación	1,00	1,00
			Humor	2,33	2,08
			Autodistracción	3,33	0,57
			Desconexión	0,67	1,15
			Desahogo	3,00	0
			Uso de sustancias	0	0

Profesión	Tipo estrategias de afrontamiento - Brief COPE – 28		Media	DS	
TAPS	Estrategias centradas en la emoción	Apoyo Emocional	2,54	1,49	
		Reevaluación Positiva	3,31	1,62	
		Negación	1,80	1,42	
		Religión	2,96	1,83	
		Apoyo Social	2,56	1,47	
		Aceptación	3,72	1,35	
	Estrategias centradas en el problema	Resolver el problema	Afrontamiento Activo	3,72	1,47
			Planificación	3,63	1,52
		Evitar el problema	Autoinculpación	2,20	1,58
			Humor	2,22	1,66
			Autodistracción	3,18	1,47
			Desconexión	1,66	1,34
			Desahogo	1,98	1,32
			Uso de sustancias	0,54	1,11

Nota. Valores: Mínimo = 0 y Máximo = 6; N=268; DS: Desviación Standard

Tabla 14

Estrategias de Afrontamiento del Instrumento Brief COPE-28 por Condición Laboral

Modalidad	Estrategias de afrontamiento					
	Estrategias centradas en la emoción		Estrategias centradas en el problema			
	Media	DS	Resolver el problema		Evitar el problema	
	Media	DS	Media	DS	Media	DS
Contrato ocasional	2,77	1,12	3,60	1,30	1,95	1,03
Nombramiento definitivo	2,83	0,99	3,82	1,50	1,80	0,77
Nombramiento provisional	3,23	1,36	4,40	1,41	2,78	1,13
Otro	2,95	1,23	3,66	1,78	2,06	1,18
Total	2,81	1,11	3,67	1,37	1,96	1,01

Nota. Valores: Mínimo = 0 y Máximo = 6; N=268; DS: Desviación Standard

Tabla 15

Tipo de Estrategias de Afrontamiento del Instrumento Brief COPE-28 por Condición Laboral

Modalidad	Tipo estrategias de afrontamiento - Brief COPE – 28		Media	DS	
Contrato Ocasional	Estrategias centradas en la emoción	Apoyo Emocional	2,54	1,49	
		Reevaluación Positiva	3,22	1,62	
		Negación	1,80	1,42	
		Religión	2,88	1,81	
		Apoyo Social	2,55	1,43	
		Aceptación	3,68	1,31	
		Estrategias centradas en el problema	Resolver el problema	Afrontamiento Activo	3,64
	Planificación			3,56	1,45
	Evitar el problema		Autoinculpación	1,66	1,37
			Humor	2,24	1,64
			Autodistracción	3,17	1,47
			Desconexión	1,47	1,25
			Desahogo	1,91	1,33
	Uso de sustancias	0,56	1,13		
Modalidad	Tipo estrategias de afrontamiento - Brief COPE – 28		Media	DS	
Nombramiento Definitivo	Estrategias centradas en la emoción	Apoyo Emocional	2,34	1,41	
		Reevaluación Positiva	3,53	1,55	
		Negación	1,57	1,17	
		Religión	3,26	1,89	
		Apoyo Social	2,45	1,61	
		Aceptación	3,85	1,42	
		Estrategias centradas en el problema	Resolver el problema	Afrontamiento Activo	3,83
	Planificación			3,83	1,65
	Evitar el problema		Autoinculpación	1,87	1,49
			Humor	1,83	1,34
			Autodistracción	3,11	1,35
			Desconexión	1,51	1,15
			Desahogo	2,09	1,19
	Uso de sustancias	0,43	0,85		

Modalidad	Tipo estrategias de afrontamiento - Brief COPE – 28		Media	DS		
Nombramiento Provisional			Apoyo Emocional	2,50	1,58	
			Reevaluación Positiva	3,90	1,85	
	Estrategias centradas en la emoción			Negación	2,50	1,95
				Religión	3,30	1,94
				Apoyo Social	2,80	1,61
				Aceptación	4,40	1,43
	Estrategias centradas en el problema	Resolver el problema	Afrontamiento Activo		4,20	1,75
			Planificación		4,60	1,26
		Evitar el problema	Autoinculpación		3,80	1,61
			Humor		3,00	1,82
			Autodistracción		4,00	1,41
			Desconexión		2,10	1,44
			Desahogo		2,60	1,64
			Uso de sustancias		1,20	1,93
Otro	Estrategias centradas en la emoción		Apoyo Emocional	3,13	1,72	
			Reevaluación Positiva	3,47	1,64	
			Negación	2,00	1,64	
			Religión	2,80	1,85	
			Apoyo Social	2,93	1,43	
			Aceptación	3,40	1,54	
	Estrategias centradas en el problema	Resolver el problema	Afrontamiento Activo		3,73	1,83
			Planificación		3,60	1,92
		Evitar el problema	Autoinculpación		2,47	1,59
			Humor		2,67	2,46
			Autodistracción		3,07	1,79
			Desconexión		1,80	1,52
			Desahogo		2,13	1,45
Uso de sustancias		0,27	0,70			

Nota. Valores: Mínimo = 0 y Máximo = 6; N=268; DS: Desviación Standard

A continuación, las frecuencias distribuidas de las estrategias de afrontamiento de forma general, encontramos con mayor frecuencia de respuestas que los participantes, disponen mayormente de estrategias centradas en el problema, específicamente en la resolutoria del mismo, utilizando estrategias de afrontamiento relacionadas a una forma activa de afrontamiento 3,72 y planificación 3,63; también existe un valor significativo con una media de 3,72 en estrategias centradas en la emoción particularmente en la aceptación según la Tabla 7 y 8.

Estos datos se asemejan al estudio pre-pandémico en el personal de enfermería señalado por Perea-Baena y Sánchez-Gil (2008), en que existe un promedio relativamente superior de resolver problemas, con el restante de estrategias estudiadas, asumiendo que el nivel de exigencia, formación y actividades desempeñadas genera una aplicabilidad recurrente y muy habitual de esta modalidad de afrontamiento en los profesionales de salud.

Al realizar la distribución estadística entre género y estrategias de afrontamiento, se observa que ambos géneros centran sus esfuerzos con mayor frecuencia (Tabla 10), a resolver problemas, particularmente comparten la frecuencia de afrontamiento en estilos, activo y planificador; mientras que dentro del grupo centrado en la emoción también se comparte la frecuencia en la aceptación (Tabla 11), que para (Mendoza Mendoza et al., 2020) y los autores que proponen en su discusión, las estrategias utilizadas en el personal de enfermería peruano tienen una diferencia llamativa de acuerdo al sexo, pues la utilización del recurso de afrontamiento direccionado al problema lo realizan los hombres, mientras que en mujeres hacia la emoción, los autores no especifican la modalidad dentro de cada grupo de estrategias como sí lo hace el presente estudio. Se podría entender que en ambas investigaciones, las modalidades de afrontar una situación en este caso la pandemia, que genera problemas y emociones, la población sanitaria busca ejecutar soluciones a las experiencias afectivas o a las dificultades que emergen, obteniendo una acción directa para aminorar las consecuencias, sean de cualquier índole: psicológico, laboral u otro, para lograr adaptabilidad, y mejorar su acción laboral dentro de los establecimientos de salud durante la pandemia.

Por último, de acuerdo con las condiciones laborales de los profesionales de salud se encuentra cierta diferencia, al comparar las diferentes modalidades contractuales y su relación con estabilidad laboral, quienes disponen de un nombramiento provisional son

quienes mayormente destacan entre los diferentes grupos con formas estratégicas a la resolutoria del problema, convergiendo de la misma manera en las estrategias específicas de afrontamiento activo, planificación y aceptación.

Serna Corredor y Martínez Sánchez (2020) destacan el manejo que muchos profesionales realizan en función de su condición laboral y áreas de trabajo, tratan de planificar de forma adecuada el tiempo, la búsqueda de información, el análisis asertivo de las circunstancias, procesos personales de adaptación de las expectativas a la realidad y formación continua para lograr adaptarse a su lugar de trabajo.

Se realiza una connotación breve con relación a la menor frecuencia de recurso en profesionales de salud entre todos los grupos demográficos participantes, fueron de resultados mínimos respecto al uso de sustancias, que en comparación con grupos similares en otros estudios en referencia a edad, género y contexto se presenta muy frecuente esta forma de afrontamiento.

Por último, según Valdes et al. (2009) las estrategias de afrontamiento activo a resolver el problema, que disponen los profesionales del presente estudio, son protectoras para el no desarrollo del síndrome de burnout, muy al contrario de las estrategias pasivas encargadas de evitar el problema o centrarse en la emoción.

4.3. Resiliencia

Tabla 16

Frecuencias del Nivel de Resiliencia

Nivel Resiliencia - RS14	Frecuencia	porcentaje
Muy Baja	8	3,0
Baja	5	1,9
Normal	35	13,1
Alta	103	38,4
Muy Alta	117	43,7
Total (N=268)		

Se ha distribuido la frecuencia de respuestas con una interpretación de resultados propuesta por la escala, categorizando en 5 puntos de corte desde muy baja hasta muy alta la capacidad de resiliencia en los funcionarios, de forma general se obtiene la premisa evidente que los profesionales disponen de Alta a Muy Alta resiliencia con valores de 38% y 43% respectivamente, más del 80% de la población estudiada.

Tabla 17

Frecuencias del Nivel de Resiliencia Según el Sexo

Sexo	Niveles Resiliencia - RS14											
	Muy Baja		Baja		Normal		Alta		Muy Alta		Total	
	<i>F</i>	%	<i>f</i>	%	<i>F</i>	%	<i>F</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Hombre	2	0,7	1	0,4	5	1,9	24	9,0	32	11,9	64	23,9
Mujer	6	2,2	4	1,5	30	11,2	79	29,5	85	31,7	204	76,1
Total (N=268)	8	3,0	5	1,9	35	13,1	103	38,4	117	43,7		

Tabla 18

Frecuencias del Nivel de Resiliencia según las Profesiones

Profesión	Niveles de Resiliencia – RS14											
	Muy Baja		Baja		Normal		Alta		Muy Alta		Total	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>F</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Enfermero/a	3	1,1	1	0,4	5	1,9	22	8,2	20	7,5	51	19,0
Medico/a	2	0,7	3	1,1	13	4,9	19	7,1	29	10,8	66	24,6
Nutricionista	0	0	0	0	2	0,7	2	0,7	0	0	4	1,5
Obstetra/iz	0	0	0	0	0	0	2	0,7	2	0,7	4	1,5
Odontólogo/a	0	0	0	0	5	1,9	11	4,1	15	5,6	31	11,6
Otro	2	0,7	0	0	2	0,7	14	5,2	16	6,0	34	12,7
Psicólogo/a	0	0	0	0	0	0	1	0,4	2	0,7	3	1,1
TAPS	1	0,4	1	0,4	8	3,0	32	11,9	33	12,3	75	28,0
Total	8	3,0	5	1,9	35	13,1	103	38,4	117	43,7		

Tabla 19*Frecuencias del Nivel de Resiliencia según la Condición Laboral*

Modalidad	Niveles de Resiliencia – RS14											
	Muy Baja		Baja		Normal		Alta		Muy Alta		Total	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>F</i>	%	<i>F</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
CO	6	2,2	3	1,1	27	10,1	75	28,0	85	31,7	196	73,1
ND	2	0,7	2	0,7	3	1,1	18	6,7	22	8,2	47	17,5
NP	0	0	0	0	3	1,1	1	0,4	6	2,2	10	3,7
Otro	0	0	0	0	2	0,7	9	3,4	4	1,5	15	5,6
Total	8	3,0	5	1,9	35	13,1	103	38,4	117	43,7		

Nota. *f*: frecuencias y %: porcentaje; CO: Contrato Ocasional, ND: Nombramiento

Definitivo, NP: Nombramiento Provisional; N=268

Entre ambos sexos, los niveles de resiliencia encontrados no destacan diferencias significativas en la Tabla 17 de la distribución general, que a diferencia de Peñafiel-León (2021) en su estudio en personal de salud, los puntajes de la media no llegan hasta los puntajes máximos que el 59% atendía de forma directa a pacientes con positividad para COVID-19, se podría inferir que el estudio del autor fue cuando la pandemia se encontraba en proceso de adquisición de aprendizaje y la atención directa hacia pacientes COVID-19 y sus vicisitudes, todavía representaban cargas afectivas, que a diferencia del momento en que se desarrolló el presente estudio ya se dispuso la implementación de varias herramientas para mitigar los afectos disruptivos como se evidenció en las estrategias de afrontamiento y la contingencia de la misma enfermedad.

Respectivamente, en el tópicó sociodemográfico, se encontró que los grupos de edad entre 21 a 30 años y de 31 a 40 años son quienes disponen de puntajes mayores en niveles de alta a muy alta resiliencia, no se evidencia que los grupos de mayor edad dispongan menores niveles de resiliencia, analizando esta premisa Gonçalves Oliveira y Sala Escarrabill (2020), comentan que las condiciones etarias y el tiempo transcurrido en el lugar de trabajo de personal de salud es influencia de forma directa para disponer de estrategias organizacionales para gestionar procesos laborales, generando equipos de

trabajo saludables con adecuados niveles de bienestar, según los autores la resiliencia, promueve mayor productividad organizacional.

Consecuentemente los niveles de resiliencia según la condición laboral se comportan de similar forma entre todos los participantes de una forma muy elevada, similar al estudio de Gamboa-Moreno et al. (2021) realizado durante el curso de la pandemia en Perú, siendo parte en los profesionales de salud la resiliencia un factor determinante que aminora el estrés, frustración y generación de ambientes laborales saludables.

Sin embargo, quienes disponen de contratos ocasionales experimentan de forma poco significativa niveles bajos a muy bajos de resiliencia con un 4,9% como mencionaba el párrafo no prolongar la estadía laboral no representa la adquisición de conductas de bienestar y aprendizaje por el mismo hecho de ser personal aparentemente transitorio en la institución y no afianzar sus laborales en función de tiempo.

4.4. Correlaciones entre resiliencia, estrategias de afrontamiento y ansiedad generalizada

Tabla 20

Contingencia de frecuencias de niveles de resiliencia y ansiedad generalizada

Niveles GAD7	Niveles de Resiliencia						Total
	Muy Baja	Baja	Normal	Alta	Muy Alta		
Conservado	<i>F</i>	3	0	3	22	42	70
	<i>%</i>	1,1	0	1,1	8,2	15,7	26,1
Leve	<i>F</i>	4	2	9	51	49	115
	<i>%</i>	1,5	0,7	3,4	19,0	18,3	42,9
Moderado	<i>F</i>	1	1	15	23	19	59
	<i>%</i>	0,4	0,4	5,6	8,6	7,1	22,0
Severo	<i>F</i>	0	2	8	7	7	24
	<i>%</i>	0	0,7	3,0	2,6	2,6	9,0

Se ha asociado las frecuencias que contengan la mayor parte de información de variables nominales, en este caso sociodemográficas como sexo y las variables nominales socio-laborales como profesión y condición laboral, con las variables que contienen en sus instrumentos y propiedades psicométricas categorías de forma ordinal, en este caso ansiedad generalizada y resiliencia.

Tabla 21

Contingencia de Frecuencias de Niveles de Resiliencia y Ansiedad Generalizada según el Sexo

Sexo	Niveles GAD7	Niveles de Resiliencia					Total	
Hombre	Conservado	Muy Baja	Baja	Normal	Alta	Muy Alta	Total	
		<i>f</i>	2	0	0	7		13
	Leve	<i>%</i>	3,1	0	0	10,9	20,3	34,4
		<i>f</i>	0	1	0	12	14	27
	Moderado	<i>%</i>	0	1,6	0	18,8	21,9	42,2
		<i>f</i>	0	0	4	4	4	12
	Severo	<i>%</i>	0	0	6,3	6,3	6,3	18,8
		<i>f</i>	0	0	1	1	1	3
	Total	<i>%</i>	0	0	1,6	1,6	1,6	4,7
		<i>f</i>	2	1	5	24	32	64
	Total	<i>%</i>	3,1	1,6	7,8	37,5	50,0	100
		Mujer	Conservado	Muy Baja	Baja	Normal	Alta	Muy Alta
<i>f</i>	1			0	3	15	29	48
Leve	<i>%</i>		0,5	0	1,5	7,4	14,2	23,5
	<i>f</i>		4	1	9	39	35	88
Moderado	<i>%</i>		2,0	0,5	4,4	19,1	17,2	43,1
	<i>f</i>		1	1	11	19	15	47
Severo	<i>%</i>		0,5	0,5	5,4	9,3	7,4	23,0
	<i>f</i>		0	2	7	6	6	21
Total	<i>%</i>		0	1,0	3,4	2,9	2,9	10,3
	<i>f</i>		6	4	30	79	85	204
Total	<i>%</i>		2,9	2,0	14,7	38,7	41,7	100

Figura 1

Contingencia de Niveles de Resiliencia y Ansiedad Generalizada en Enfermeras

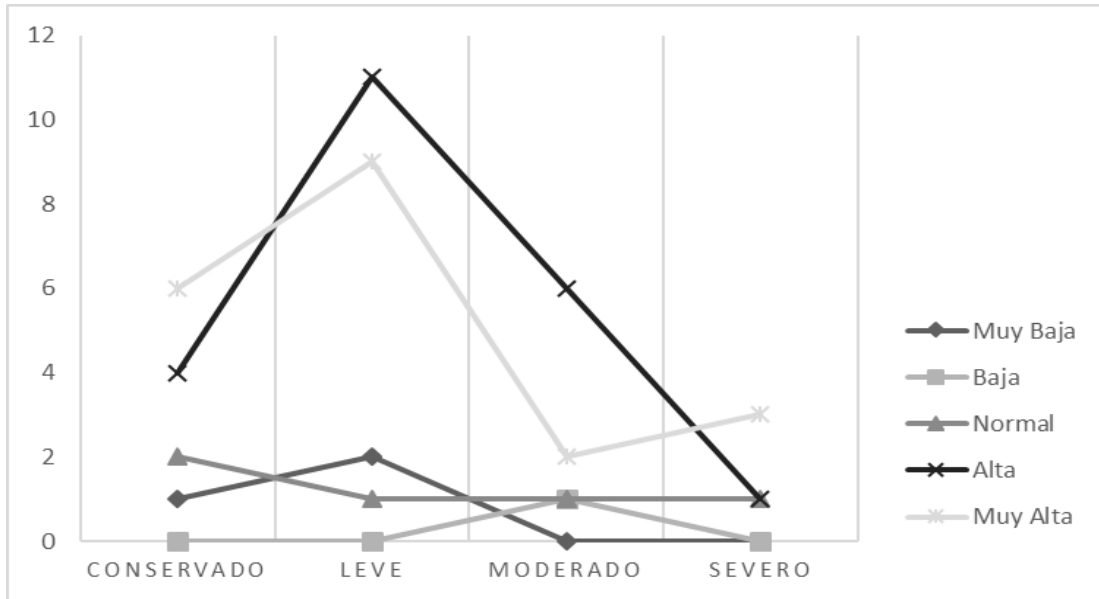


Figura 2

Contingencia de Niveles de Resiliencia y Ansiedad Generalizada en Médicos

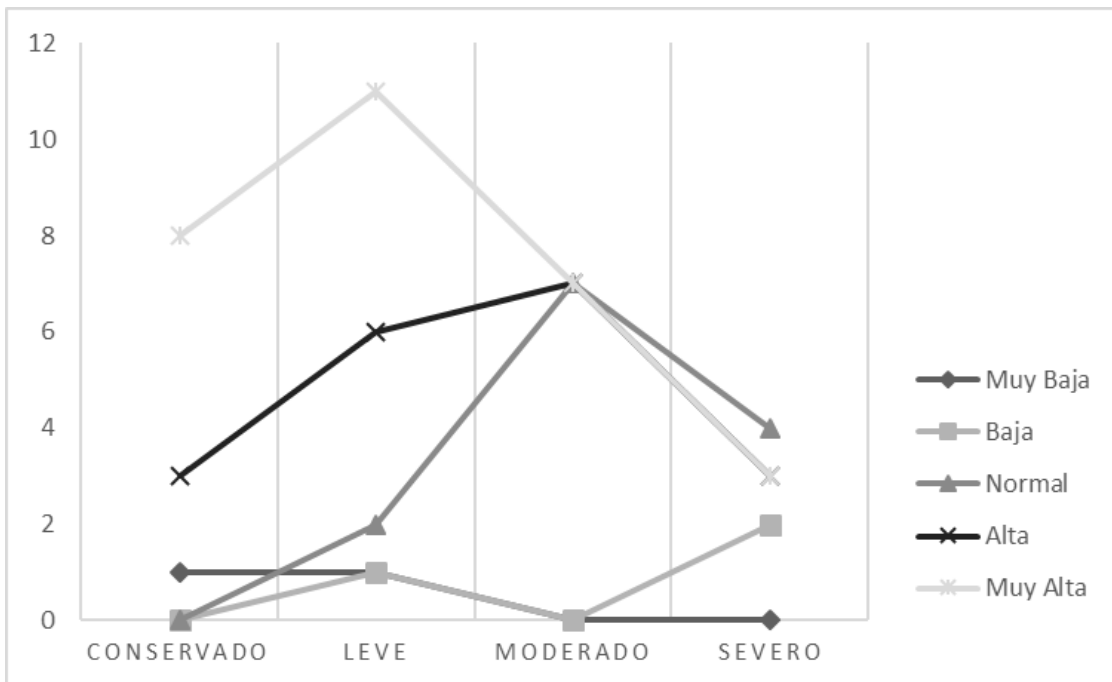


Figura 3

Contingencia de Niveles de Resiliencia y Ansiedad Generalizada en TAPS

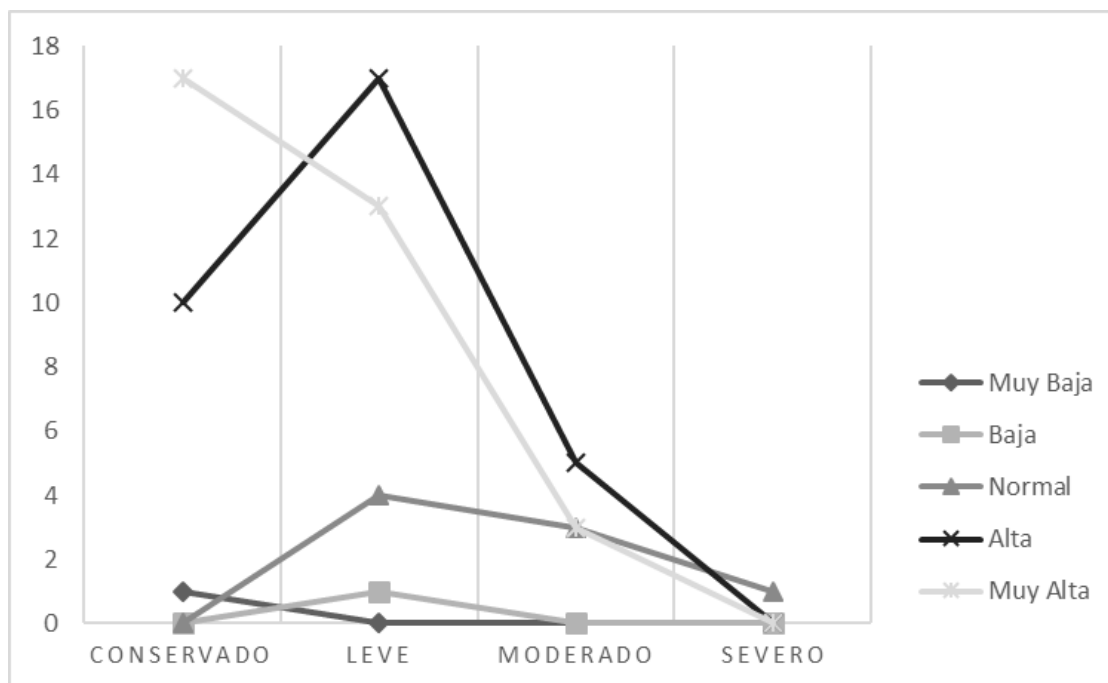


Tabla 22

Contingencia de Niveles de Resiliencia y Ansiedad Generalizada por Condición Laboral

Modalidad	Niveles GAD7	Niveles de Resiliencia – RS14					Total	
		Muy Baja	Baja	Normal	Alta	Muy Alta		
Contrato ocasional	Conservado	<i>f</i>	3	0	3	16	35	57
		<i>%</i>	1,5	0	1,5	8,2	17,9	29,1
	Leve	<i>f</i>	3	1	8	39	36	87
		<i>%</i>	1,5	0,5	4,1	19,9	18,4	44,4
	Moderado	<i>f</i>	0	1	10	16	11	38
		<i>%</i>	0	0,5	5,1	8,2	5,6	19,4
	Severo	<i>f</i>	0	1	6	4	3	14
		<i>%</i>	0	0,5	3,1	2,0	1,5	7,1
Total	<i>f</i>	6	3	27	75	85	196	
	<i>%</i>	3,1	1,5	13,8	38,3	43,4	100	

Nombramiento definitivo	Niveles GAD7	Niveles de Resiliencia – RS14					
		Muy Baja	Baja	Normal	Alta	Muy Alta	Total
Conservado	<i>f</i>	0	0	0	4	3	7
	%	0	0	0	8,5	6,4	14,9
Leve	<i>f</i>	1	1	0	9	9	20
	%	2,1	2,1	0	19,1	19,1	42,6
Moderado	<i>f</i>	1	0	2	4	6	13
	%	2,1	0	4,3	8,5	12,8	27,7
Severo	<i>f</i>	0	1	1	1	4	7
	%	0	2,1	2,1	2,1	8,5	14,9
Total	<i>f</i>	2	2	3	18	22	47
	%	4,3	4,3	6,4	38,3	46,8	100
Nombramiento provisional							
Conservado	<i>f</i>	0	0	0	0	1	1
	%	0	0	0	0	10,0	10,0
Leve	<i>f</i>	0	0	0	0	3	3
	%	0	0	0	0	30,0	30,0
Moderado	<i>f</i>	0	0	2	1	2	5
	%	0	0	20,0	10,0	20,0	50,0
Severo	<i>f</i>	0	0	1	0	0	1
	%	0	0	10,0	0	0	10,0
Total	<i>f</i>	0	0	3	1	6	10
	%	0	0	30,0	10,0	60,0	100
Otro							
Conservado	<i>f</i>	0	0	0	2	3	5
	%	0	0	0	13,3	20,0	33,3
Leve	<i>f</i>	0	0	1	3	1	5
	%	0	0	6,7	20,0	6,7	33,3
Moderado	<i>f</i>	0	0	1	2	0	3
	%	0	0	6,7	13,3	0	20,0
Severo	<i>f</i>	0	0	0	2	0	2
	%	0	0	0	13,3	0	13,3
Total	<i>f</i>	0	0	2	9	4	15
	%	0	0	13,3	60,0	26,7	100

Matriz de Correlaciones de Pearson

Correlaciones ^b		GAD-7	Brief COPE28			RS-14	
		ansiedad generalizada	EC en la emoción	EC resolver problema	EC evitar problema	Factor 1:	Factor 2
Ansiedad generalizada	<i>r</i>	1	0,373**	0,198**	0,454**	-0,197**	-0,255**
	Sig. (bilateral)		0,000	0,001	0,000	0,001	0,000
EC en la emoción	<i>R</i>	0,373**	1	0,681**	0,686**	0,106	0,068
	Sig. (bilateral)	0,000		0,000	0,000	0,083	0,271
EC resolver problema	<i>R</i>	0,198**	0,681**	1	0,457**	0,245**	0,217**
	Sig. (bilateral)	0,001	0,000		0,000	0,000	0,000
EC evitar problema	<i>R</i>	0,454**	0,686**	0,457**	1	-0,042	-0,098
	Sig. (bilateral)	0,000	0,000	0,000		0,495	0,110
Factor 1	<i>R</i>	-0,197**	0,106	0,245**	-0,042	1	0,917**
	Sig. (bilateral)	0,001	0,083	0,000	0,495		0,000
Factor 2	<i>R</i>	-0,255**	0,068	0,217**	-0,098	0,917**	1
	Sig. (bilateral)	0,000	0,271	0,000	0,110	0,000	

Nota. **. La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral). b. N por lista = 268; EC: Estrategia Centrada; Factor 1: Competencia Personal, Factor 2: Aceptación con uno mismo y con la vida

Al realizar el primer cruce de tablas en forma de matriz de contingencias entre los niveles de ansiedad generalizada y los niveles de resiliencia, en la totalidad de participantes, se puede observar quienes disponen de mayores niveles de resiliencia mantienen a la vez niveles normales o leves de sintomatología de ansiedad generalizada; no existen resultados llamativos en síntomas severos o moderados de ansiedad generalizada, lo cual no establece asociación directa entre niveles bajos o muy bajos entre resiliencia y ansiedad generalizada, al notar que cada nivel no llega a conformar el 1% de los participantes, generando una mayor adaptabilidad, con el uso de estrategias de afrontamiento centradas en resolver los problemas que se generaron en la pandemia, fomentando el desarrollo de herramientas conductuales, cognitivas que buscan una mejor respuesta ante hechos estresantes.

La comparación de variables socio laborales nominales y los niveles de resiliencia con respecto a ansiedad generalizada como variables ordinales, está la condición laboral de los funcionarios, denotando que los síntomas de ansiedad generalizada se mantienen leves y normales entre todos los participantes con niveles de resiliencia de normal a muy alta, siendo el personal de enfermería y médico los que disponen de puntuaciones entre normal y muy alta resiliencia sin embargo con síntomas moderados y severos de ansiedad generalizada están en el grupo de contratos ocasionales, particularidad que a pesar de niveles de alta a muy alta resiliencia mantengan dicha sintomatología, inclusive las estrategias de afrontamiento son las similares al resto de la población, se puede inferir que dicha sintomatología ansiosa responde a otros factores añadidos a la condición individual, familiar, y así misma a la estabilidad laboral dentro de la institución, que repercutiría a esta dificultad particular.

Respondiendo a la inquietud a la que reflejó el caso del personal de enfermería y médico, dispongan de niveles de resiliencia normales y altos con síntomas severos a moderados de ansiedad se suma otra explicación por Dullius et al. (2020), que en ese tipo de profesiones, existen cuadros de ansiedad en referencia a la disminución de los sistemas de apoyo psicosocial y de salud mental, que al parecer previo y posterior a la pandemia este percance permanece estático, acrecentando los factores individuales estrechamente no relacionados al desarrollo de funciones en su área de trabajo.

Finalmente se ha integrado la matriz de correlaciones estadísticas entre todas las variables en la Tabla 34, incluido los factores del instrumento Brief COPE-28, con cada

categoría que pertenece a cada instrumento psicométrico utilizado en la presente investigación y se evidenció la correlación positiva de moderada y fuerte, entre los factores propios del mismo instrumento Brief COPE-28 en que se asocian estrategias centradas en la emoción y centradas en resolver el problema, pues en el estudio del desarrollo del instrumento para adaptación al español de Brief COPE-28 en Crespo y Cruzado (1997) se observa diferencias significativas en las formas utilizadas entre hombres y mujeres siendo los primeros estrategias centradas en el problema y en mujeres centradas en la emoción, en la presente investigación los grupos se comportaron en centrar sus esfuerzos en resolver el problema, sin diferencias significativas, debido a que el contexto pandémico ha impactado y ha exigido de la misma forma a ambos géneros para afrontar y conseguir el mismo objetivo, lograr adaptarse.

Entre las estrategias de afrontamiento y resiliencia se asocian de manera positiva de una manera leve a moderada, siendo a mayores estrategias mayor resiliencia, de lo cual, se puede hacer una connotación como menciona Serna Corredor y Martínez Sánchez (2020) que, de forma contundente, la aplicación de las diversas estrategias de afrontamiento acarrea al incremento de la resiliencia, en este caso del personal de salud.

Sobre los síntomas de ansiedad generalizada, se observa que a mayor experimentación de ansiedad mayores estrategias de afrontamiento describiendo este resultado como una correlación positiva de leve a moderada; por lo contrario los síntomas de ansiedad generalizada tienen una correlación negativa con la resiliencia, es decir a menores síntomas más resiliencia o viceversa.

Los valores de correlación entre variables de ansiedad y resiliencia se asemejan de forma negativa a la investigación de Maestre Maroto (2022), en la que se estableció el impacto negativo del COVID-19 en personal médico, desglosando los factores de resiliencia para el factor 1: competencia personal $r = -0,197$ y factor 2: aceptación con uno mismo y con la vida $r = -0,255$, disponiendo concordancia de este fenómeno de ansiedad generalizada a través de resiliencia, como se evidencia en los dos estudios.

Por ende, se acepta como hipótesis alternativa, las correlaciones investigadas entre cada variable al disponer de una probabilidad de error estadístico significativo con valor de $p: 0,001$, confirmando la existencia de asociación negativa entre la ansiedad generalizada y resiliencia.

Los resultados obtenidos no se alejan de la propuesta central de esta investigación, igualmente se han tomado en consideración, que los estudios señalados refieren que el equilibrio y la salud se mantienen mientras los profesionales dispongan de niveles óptimos de resiliencia, lo que se ha confirmado en este estudio, sin embargo, se obtuvo al momento una alteración leve en ansiedad como consecuencia del impacto por la pandemia, de ahí que lo expuesto por Maiorano et al. (2020), el afrontamiento y la resiliencia durante una pandemia se configuran como factores protectores que atenúan los posibles efectos psicológicos adversos.

Las deducciones obtenidas en este estudio concuerdan a las de Lorente et al. (2021) dejando impresiones significativas de la relación de afectos ansiosos generalizados con las estrategias de afrontamiento centradas en las emociones, pues están relacionadas de manera negativa, es decir a mayor uso de estrategias menores síntomas; y además que, las estrategias de afrontamiento centradas en el problema se relacionan de forma positiva moderada con la angustia psicológica, encontrada por el autor y en comparación con esta investigación con la ansiedad generalizada, es decir mientras más se intenta resolver un problema de mayor forma se expresan síntomas de ansiedad, debido a que los factores desencadenantes que sostienen reacciones disruptivas afectivas de tipo ansioso son sostenidos con gran frecuencia por procesos cognitivos subyacentes.

Al respecto de las profesiones y las edades, las semejanzas cualitativas encontradas por Croghan et al. (2021), donde el grupo de médicos, asistentes médicos y enfermeras practicantes tienen puntuaciones más altas de resiliencia siendo similar en esta investigación y como también se evidenció que el personal más joven tuvo también más resiliencia como refiere el investigador.

El estudio de Peñafiel-León (2021) correlacionó variables en el contexto ecuatoriano en el que se dispuso de similares condiciones sociodemográficas, pandemia y personal de salud, encontró que las asociaciones entre ansiedad estado y resiliencia $r = -0,266$, ansiedad rasgo $r = -0,321$, obtuvieron valores y condiciones similares al presente trabajo investigativo; y por su parte entre ansiedad estado y afrontamiento $r=0,182$ y ansiedad rasgos $r=0.150$, se mantuvo el comportamiento semejante entre las variables; la diferencia con el presente estudio radica en que no se particulariza las formas de afrontamiento que dispone el personal de salud, como fueron afrontamiento activo y planeación, las mayormente utilizadas por todos los grupos, así como también la

aceptación como parte de las estrategias centradas en la emoción, confirmando lo propuesto por Morales Insaurralde (2022) en que la aceptación de la realidad estresante permite estructurar el crecimiento individual impactando en la salud mental, instaurando un segundo factor de salvaguarda de la salud mental la utilidad expresiva y aplicativa de las diversas formas de afrontamiento, logrando el objetivo de similar forma, la adaptación.

Por último, se hace la connotación a que sí las variables disponen de una fuerte asociación entre sus desempeños psicométricos, este proceder no es sugerible para establecer causalidad entre el apareamiento de cada reacción conductual como secuencia de la otra según Hernández-Sampieri et al., (2014), para ello se recomienda plantear modelos estadísticos que logren observar regresiones, aunque representaría un hito de dificultad agregada por las vicisitudes y la dinámica propia del contexto pandémico.

CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

Los niveles de sintomatología de ansiedad generalizada en el 42% de los participantes se encuentran en magnitud leve, siendo el personal sanitario de sexo femenino 32%, de profesión enfermeras/os 8,6%, médicos entre leve a moderado con 15% y TAPS de forma leve 13%, y que mantienen una modalidad de contratación ocasional 32,5% son aquellos que mayormente advirtieron presencia de síntomas.

Las estrategias de afrontamiento mayormente utilizadas por los participantes fueron las que se centran en resolver el problema con una media de 3,67 del puntaje máximo y las que se centran en la emoción con una media de 3,72. De acuerdo a las estrategias que se centran en el problema se ubican con mayor frecuencia de uso, la estrategia de afrontamiento activo con una media de 3,72; seguida de la estrategia de planeación con una media de 3,63. Y, sobre las estrategias centradas en la emoción la mayormente empleada es la aceptación con la valoración detallada en las líneas principales.

Los participantes disponen de un nivel alto a muy alto de resiliencia con el 38,4% y 43,7% respectivamente; no existen diferencias de esta conducta en todos los grupos, los niveles bajos no sobrepasan el 5%.

Las variables del comportamiento estudiadas se asocian y correlacionan de forma débil a moderada, muy distinta entre cada factor; siendo de forma negativa entre ansiedad generalizada y resiliencia; y, de forma positiva entre afrontamiento y resiliencia, validando que a mayores niveles de resiliencia menor ansiedad generalizada y a mayor estrategias de afrontamiento mayor resiliencia. Sin embargo es importante resaltar que esta asociación no es causal, responden a contextos multifactoriales en la población sanitaria, más allá del contexto laboral y pandémico.

5.2. Recomendaciones

Se propone trabajar en técnicas de mitigación de sintomatología de ansiedad generalizada, de manera terapéutica en el personal cuyas puntuaciones van desde niveles leves a graves, y desde el ámbito preventivo a quienes no experimenten estas reacciones afectivas o sus puntuaciones no representen riesgo para su salud mental.

Se exhorta a que las estrategias de afrontamiento y los niveles de resiliencia encontrados en este estudio se conserven o se potencien, a través de la divulgación de los resultados arrojados, desde la articulación entre entidades gubernamentales, medios difusivos, publicación científica y representatividad de instituciones de educación superior, logrando un mayor alcance como estímulo reforzador de dichas conductas en el trabajo diario en los profesionales sanitarios que no participaron en la investigación.

Se sugiere que las áreas encargadas de seguridad y salud ocupacional dispongan de una planificación anual, guías que contengan acciones correctivas y preventivas, en la que conste como objetivos a capacitar y/o sensibilizar las variables de salud mental y de riesgos psicosociales, para poder contrastar los cambios en las reacciones afectivas respecto con el curso de la actual pandemia y la ejecución de labores sanitarias; logrando potenciar de forma imprescindible por parte de autoridades, temáticas relacionadas a fomentar el aprendizaje constante para el desarrollo de nuevas o fortalecer las existentes estrategias de afrontamiento.

Se debería reconocer que además de la aplicación de los instrumentos propuestos para este estudio, se realice una exploración de estrés percibido por los funcionarios, así como también del empleo de cuestionarios que pormenoricen los riesgos psicosociales multifactoriales a que los funcionarios están expuestos y generar por lo tanto un mayor número de datos que permitan comprender de manera óptima el impacto de la pandemia en la salud mental.

Se induce a que los investigadores habiliten una opción de recolección respecto a la identificación personal de los participantes que hayan obtenido resultados significativos desfavorables, para en caso de ser necesario mantener el seguimiento y/o promover procesos de atención que mejoren la salud mental, respetando en lo posible la confidencialidad.

REFERENCIAS

- Acuerdo Ministerial No. MDT-2017-0135 Instructivo para el Cumplimiento de las Obligaciones de Empleadores, Resolución (2017, 20 de octubre) (Ecuador). *Registro Oficial*, (104). <https://www.gob.ec/regulaciones/acuerdo-ministerial-no-mdt-2017-0135-instructivo-cumplimiento-obligaciones-empleadores>
- Asamblea Constituyente. (2008). Constitución de la República del Ecuador. En A. Constituyente, Constitución de la República del Ecuador. Montecristi.
- Asamblea Nacional República del Ecuador. Ley Orgánica del Servicio Público, Ley Orgánica (2010, 6 de octubre) (Ecuador). *Registro Oficial*, (294). <https://www.gob.ec/regulaciones/ley-organica-servicio-publico>
- Asamblea Nacional Constituyente de la República del Ecuador. Ley Orgánica de Carrera Sanitaria (2022, 31 de agosto) (Ecuador). *Registro Oficial*, (139). http://ppless.asambleanacional.gob.ec/alfresco/d/d/workspace/SpacesStore/00c67b7b-664d-48f9-b7a9-1eb71916a175/ro-139-1er-supl-01-09-2022_compressed.pdf
- Badu, E., O'Brien, A., Mitchell, R., Rubin, M., James, C., McNeil, K., Nguyen, K., & Giles, M. (2020). Workplace stress and resilience in the Australian nursing workforce: A comprehensive integrative review [Estrés en el lugar de trabajo y resiliencia en la fuerza laboral de enfermería australiana: una revisión integral integral]. *International Journal of Mental Health Nursing*, 29(1), 5-34. <https://doi.org/10.1111/inm.12662>
- Bartone, P. T. (2012). Social and organizational influences on psychological hardiness: How leaders can increase stress resilience [Influencias sociales y organizacionales en la resistencia psicológica: cómo los líderes pueden aumentar la resiliencia al estrés]. *Security Informatics*, 1(1). <https://doi.org/10.1186/2190-8532-1-21>

- Bartone, P. T., Johnsen, B. H., Eid, J., Hystad, S. W., & Laberg, J. C. (2016). Hardiness, avoidance coping, and alcohol consumption in war veterans: A moderated-mediation study [Resistencia, afrontamiento de evitación y consumo de alcohol en veteranos de guerra: un estudio de mediación moderada]. *Stress and Health*, 33(5), 498-507. <https://doi.org/10.1002/smi.2734>
- Brown, J., Mulhern, G., & Joseph, S. (2002). Incident-related stressors, locus of control, coping, and psychological distress among firefighters in Northern Ireland [Factores estresantes relacionados con incidentes, locus de control, afrontamiento y angustia psicológica entre los bomberos de Irlanda del Norte]. *Journal of Traumatic Stress*, 15(2), 161-168. <https://doi.org/10.1023/a:1014816309959>
- Cai, H., Tu, B., Ma, J., Chen, L., Fu, L., Jiang, Y., & Zhuang, Q. (2020). Psychological impacts and coping strategies of front-line medical staff during COVID-19 outbreak in Hunan, China [Impactos psicológicos y estrategias de afrontamiento del personal médico de primera línea durante el brote de COVID-19 en Hunan, China]. *Medical Science Monitor*, 26. <https://doi.org/10.12659/msm.924171>
- Camargo, L., Herrera-Pino, J., Shelach, S., Soto-Añari, M., Porto, M. F., Alonso, M., González, M., Contreras, O., Caldichoury, N., Ramos-Henderson, M., Gargiulo, P., y López, N. (2021). Escala de ansiedad generalizada GAD-7 en profesionales médicos colombianos durante pandemia de COVID-19: validez de constructo y confiabilidad. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2021.06.003>
- Campello López, J. (2016). *Estilos de afrontamiento y adaptación a la enfermedad en progenitores de afectados/as de Síndrome de Sanfilippo. Estudio piloto* [Trabajo de Fin de Grado]. Universidad Miguel Hernández de Elche.

- Caro Alonso, P. Á., y Rodríguez-Martín, B. (2018). Potencialidades de la resiliencia para los profesionales de Enfermería. *Index de Enfermería*, 27(1), 42-46. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6596861>
- Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol' too long: Consider the brief cope. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4(1), 92-100. https://doi.org/10.1207/s15327558ijbm0401_6
- Chen, Q., Liang, M., Li, Y., Guo, J., Fei, D., Wang, L., He, L., Sheng, C., Cai, Y., Li, X., Wang, J., & Zhang, Z. (2020). Mental health care for medical staff in China during the COVID-19 outbreak [Atención de salud mental para el personal médico en China durante el brote de COVID-19]. *The Lancet Psychiatry*, 7(4), e15-e16. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(20\)30078-x](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(20)30078-x)
- Chong, M. Y., Wang, W. C., Hsieh, W. C., Lee, C. Y., Chiu, N. M., Yeh, W. C., Huang, T. L., Wen, J. K., & Chen, C. L. (2004). Psychological impact of severe acute respiratory syndrome on health workers in a tertiary hospital [Impacto psicológico del síndrome respiratorio agudo severo en trabajadores de salud de un hospital de tercer nivel]. *British Journal of Psychiatry*, 185(2), 127-133. <https://doi.org/10.1192/bjp.185.2.127>
- Chura Castro, G. E., Flores Sernaque, D. F., y Bouroncle Faux, S. M. (2021). *Ansiedad y estrés laboral en personal de salud expuesto al COVID 19 en centro de salud del distrito de Cayma-Arequipa*. [Tesis de pregrado]. Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa.
- Comité de Operaciones de Emergencias Nacional. (2020, 16 marzo). *Informe de Situación COVID-19 Ecuador No.008* [Comunicado de prensa]. <https://www.gestionderiesgos.gob.ec/wp-content/uploads/2020/03/Informe-de-Situaci%C3%B3n-No008-Casos-Coronavirus-Ecuador-16032020-20h00.pdf>

- Comité de Operaciones de Emergencias Nacional. (2022, 17 marzo). *RESOLUCIONES COE NACIONAL-Jueves 17 de marzo de 2022*. Gestión de Riesgos. <https://www.gestionderiesgos.gob.ec/wp-content/uploads/2022/03/Resolucio%CC%81n-COE-Nacional-17-de-marzo-de-2022-signed-signed.pdf>
- Comité de Operaciones de Emergencia Nacional. (2022). *RESOLUCIONES COE NACIONAL – jueves 28 de abril de 2022*. <https://www.gestionderiesgos.gob.ec/wp-content/uploads/2022/04/Resolucion-COE-Nacional-28-de-abril-2022.pdf>
- Comunidad Andina. Decisión del Acuerdo de Cartagena 584, Norma Internacional (2004, 7 de mayo). Registro Oficial, (464). <https://n9.cl/0cssx>
- Crisanto Cánepa, N. B., Erazo Olivares, A. G., y Campana Cruzado, F. A. (2022). *Estrés laboral y estrategias de afrontamiento en tiempos de Covid-19 en el personal de Salud Hospitalario de Miraflores, 2021* [Tesis de pregrado]. Universidad César Vallejo.
- Crespo, M., y Cruzado, J. A. (1997). La evaluación del afrontamiento: Adaptación española del cuestionario COPE con una muestra de estudiantes universitarios. *Análisis y modificación de conducta*, 23(92), 797-830. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7071279.pdf>
- Croghan, I. T., Chesak, S. S., Adusumalli, J., Fischer, K. M., Beck, E. W., Patel, S. R., Ghosh, K., Schroeder, D. R., & Bhagra, A. (2021). Stress, Resilience, and Coping of Healthcare Workers during the COVID-19 Pandemic [Estrés, resiliencia y afrontamiento de los trabajadores de la salud durante la pandemia de COVID-19]. *Journal of Primary Care & Community Health*, 12, 215013272110084. <https://doi.org/10.1177/21501327211008448>

- Danet, A. (2021). Impacto psicológico de la COVID-19 en profesionales sanitarios de primera línea en el ámbito occidental. Una revisión sistemática. *Medicina Clínica*, 156(9), 449-458. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2020.11.009>
- Delgado Ángulo, G. D. P. (2020). *Ansiedad en el personal de salud* [Trabajo de investigación]. Universidad Continental.
- Díaz-Castrillón, F. J., y Toro-Montoya, A. I. (2020). SARS-CoV-2/COVID-19: el virus, la enfermedad y la pandemia. *Medicina y Laboratorio*, 24(3), 183-205. <https://doi.org/10.36384/01232576.268>
- Dong, Z. Q., Ma, J., Hao, Y. N., Shen, X. L., Liu, F., Gao, Y., & Zhang, L. (2020). The social psychological impact of the COVID-19 pandemic on medical staff in China: A cross-sectional study [El impacto psicológico social de la pandemia de COVID-19 en el personal médico en China: un estudio transversal]. *European Psychiatry*, 63(1). <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2020.59>
- Dullius, W. R., Scortegagna, S. A., & McCleary, L. (2021). Coping strategies in health professionals facing Covid-19: Systematic review [Estrategias de afrontamiento en profesionales de la salud ante Covid-19: revisión sistemática]. *Psicologia: Teoria e Prática*, 23(1), 1–20. doi:10.5935/1980-6906/ePTPC191397
- Fernández Poncela, A. M. (2021). Resiliencia y pandemia: experiencias y relatos. *Revista Temas Sociológicos*, 29, 481-518. <https://doi.org/10.29344/07196458.29.2744>
- Flores Villavicencio, M. E. (2010). Ansiedad y estrés en la práctica del personal de enfermería en un hospital de tercer nivel en Guadalajara. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*; Vol 13, No 1, 13(1). <https://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol13num1/Art1Vol13No1.pdf>

- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1980). An Analysis of Coping in a Middle-Aged Community Sample [Un análisis del afrontamiento en una muestra comunitaria de mediana edad]. *Journal of Health and Social Behavior*, 21(3), 219. <https://doi.org/10.2307/2136617>
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1988). Coping as a mediator of emotion Afrontamiento como un mediador de la emoción]. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(3), 466-475. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.54.3.466>
- Folkman, S., Lazarus, R. S., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A., & Gruen, R. J. (1986). Dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes [Dinámica de un encuentro estresante: evaluación cognitiva, afrontamiento y resultados del encuentro]. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(5), 992-1003. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.50.5.992>
- Folkman, S., Lazarus, R. S., Gruen, R. J., & DeLongis, A. (1986). Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms [Evaluación, afrontamiento, estado de salud y síntomas psicológicos]. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(3), 571-579. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.50.3.571>
- Fornier-Puntonet, M., Fidel-Kinori, S. G., Beneria, A., Delgado-Arroyo, M., Perea-Ortueta, M., Closa-Castells, M. H., Estelrich-Costa, M. D. L. N., Daigre, C., Valverde-Collazo, M. F., Bassas-Bolibar, N., Bosch, R., Corrales, M., Dip-Pérez, M. E., Fernández-Quirós, J., Jacas, C., Lara-Castillo, B., Lugo-Marín, J., Nieva, G., Sorribes-Puertas, M., . . . Ramos-Quiroga, J. A. (2021). La Atención a las Necesidades en Salud Mental de los Profesionales Sanitarios durante la COVID-19. *Clínica y Salud*, 32(3), 119-128. <https://doi.org/10.5093/clysa2021a13>

- Gamboa-Moreno, L. N., Becerra-Rodríguez, K. G., López-Vergara, Y. I., y Goicochea-Ríos, E. (2021). Nivel de resiliencia del personal de salud frente a la pandemia por Covid-19. *Revista del Cuerpo Médico Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo*, 14(Sup1), 49-54. <https://doi.org/10.35434/rcmhnaaa.2021.14sup1.1170>
- Gonçalves Oliveira, L., y Sala Escarrabill, R. (2020). Importancia de la resiliencia individual y organizacional para la salud laboral del personal sanitario. *Revista de La Asociación Española de Especialistas En Medicina Del Trabajo*, 30(2), 151-160. <https://scielo.isciii.es/pdf/medtra/v30n2/1132-6255-medtra-30-02-151.pdf>
- Heras Berrezueta, D. T., y Tamayo Campoverde, T. F. (2019). *Rasgos de personalidad y estilos de afrontamiento en adultos mayores: un estudio correlacional* [Bachelor's thesis]. Universidad del Azuay.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, M. del P. (2014). *c* (Sexta). McGRAW-HILL/INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V. <https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>
- Hidalgo Azofeifa, S., Vargas Mena, R., y Carvajal Carpio, L. (2021). El efecto psicológico de la COVID-19 en el personal de salud. *Revista Médica Sinergia*, 6(8), e706. <https://doi.org/10.31434/rms.v6i8.706>
- Huang, L., Wang, Y., Liu, J., Ye, P., Cheng, B., Xu, H., Qu, H., & Ning, G. (2020). Factors Associated with Resilience among Medical Staff in Radiology Departments during the Outbreak of 2019 Novel Coronavirus Disease (COVID-19): A Cross-Sectional Study [Factores asociados con la resiliencia entre el personal médico de los departamentos de radiología durante el brote de la nueva enfermedad por coronavirus de 2019 (COVID-19): un estudio transversal]. *Medical Science Monitor*, 26. <https://doi.org/10.12659/msm.925669>

- Huang, Z. P., Zhang, K., He, X. Y., Ye, W. B., Lin, Z., Ou, L. M., & Li, L. (2020). Research on mental health status of medical staff during COVID-19 epidemic [Investigación sobre el estado de salud mental del personal médico durante la epidemia de COVID-19]. *Chinese Journal of Industrial Hygiene and Occupational Diseases*, 38(11), 834-838. <https://doi.org/10.3760/cma.j.cn121094-20200324-00153>
- Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. Reglamento Del Seguro General De Riesgos del Trabajo, Resolución del Consejo Directivo del IESS 513 (2016, 12 de julio) (Ecuador). *Registro Oficial*, (632 (Edición Especial)). <https://n9.cl/bfasy>
- Jackson, D., & Usher, K. (2020). COVID-19: Resiliencia y la Fuerza Laboral de los Profesionales de Enfermería. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 22. [https://revistas.javeriana.edu.co/files-articulos/IE/22%20\(2020\)/145263339002/145263339002_visor_jats.pdf](https://revistas.javeriana.edu.co/files-articulos/IE/22%20(2020)/145263339002/145263339002_visor_jats.pdf)
- Judkings, S. K. (2001). *Hardiness, stress, and coping strategies among mid-level nurse managers: implications for continuing higher education [Resistencia, estrés y estrategias de afrontamiento entre gerentes de enfermería de nivel medio: implicaciones para la educación superior continua]*. Higher Education. https://digital.library.unt.edu/ark:/67531/metadc2799/m2/1/high_res_d/dissertation.pdf
- Juliá-Sanchis, R. (2021). Más allá de la COVID: los retos éticos de la reanudación de los servicios de salud mental. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 41(139), 17-22. <https://doi.org/10.4321/s0211-57352021000100002>

- Katz, J. (1996). The Nuremberg Code and the Nuremberg Trial [El Código de Nuremberg y el Juicio de Nuremberg]. *JAMA*, 276(20), 1662. <https://doi.org/10.1001/jama.1996.03540200048030>
- Kobasa, S. C. (1979). Stressful life events, personality, and health: An inquiry into hardiness [Acontecimientos vitales estresantes, personalidad y salud: una investigación sobre la resistencia]. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37(1), 1-11. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.37.1.1>
- 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 [Factores asociados con los resultados de salud mental entre los trabajadores de la salud expuestos a la enfermedad por coronavirus 2019]. *JAMA Network Open*, 3(3), e203976. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3976>
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping [Estrés, evaluación y afrontamiento]*. (1.^a ed.). Springer Publishing Company. https://doi.org/10.1007/978-1-4419-1005-9_215
- Loo, G. T., DiMaggio, C. J., Gershon, R. R., Canton, D. B., Morse, S. S., & Galea, S. (2015). Coping Behavior and Risk of Post-Traumatic Stress Disorder Among Federal Disaster Responders [Comportamiento de afrontamiento y riesgo de trastorno de estrés postraumático entre los socorristas federales en casos de desastre]. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, 10(1), 108-117. <https://doi.org/10.1017/dmp.2015.141>

- Lorente, L., Vera, M., & Peiró, T. (2021). Nurses' stressors and psychological distress during the COVID-19 pandemic: The mediating role of coping and resilience [Estresores y malestar psicológico de las enfermeras durante la pandemia de COVID-19: el papel mediador del afrontamiento y la resiliencia]. *Journal of Advanced Nursing*, 77(3), 1335-1344. <https://doi.org/10.1111/jan.14695>
- Maestre Maroto, M. (2022). La resiliencia como predictora del impacto negativo (depresión, ansiedad y estrés) del COVID-19 en médicos de atención primaria. *Medicina de Familia. SEMERGEN*, 48(7), 101813. <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2022.101813>
- Maiorano, T., Vagni, M., Giostra, V., & Pajardi, D. (2020). COVID-19: Risk Factors and Protective Role of Resilience and Coping Strategies for Emergency Stress and Secondary Trauma in Medical Staff and Emergency Workers—An Online-Based Inquiry [Factores de riesgo y el rol protector de la resiliencia y estrategias de afrontamiento para el estrés de emergencia y el trauma secundario en el personal médico y los trabajadores de emergencia: una consulta en línea]. *Sustainability*, 12(21), 9004. <https://doi.org/10.3390/su12219004>
- Manzini, J. L. (2000). Declaración de Helsinki: principios éticos para la investigación médica sobre sujetos humanos. *Acta bioethica*, 6(2). <https://doi.org/10.4067/s1726-569x2000000200010>
- Martínez Arriaga, R. J., González Ramírez, L. P., Navarro Ruiz, N. E., De la Roca - Chiapas, J. M., y Reynoso González, O. U. (2021). Resiliencia asociada a factores de salud mental y sociodemográficos en enfermeros mexicanos durante COVID-19. *Enfermería Global*, 20(3), 1-32. <https://doi.org/10.6018/eglobal.452781>
- Mendoza Mendoza, M. E., Panta Puertas, J. A., y Esaine Suárez, L. M. (2020). *Estrés laboral y estrategias de afrontamiento utilizados por los profesionales de*

- enfermería de dos centros de salud de la ciudad de Cajamarca-2020*. [Tesis de pregrado]. Universidad Privada Antonio Guillermo Urrelo.
- Miranda, R., y Murguía, E. (2021). Síntomas de Ansiedad y Depresión en Personal de Salud que Trabaja con Enfermos de COVID-19. *International Journal of Medical and Surgical Sciences*, 1-12. <https://doi.org/10.32457/ijmss.v8i1.655>
- Ministerio de Salud Pública. (2022, 20 julio). *Se registra un rebrote de COVID-19 en el país* [Comunicado de prensa]. <https://salud.gob.ec/se-registra-un-rebrote-de-covid-19-en-el-pais/>
- Monterrosa-Castro, A., Dávila-Ruiz, R., Mejía-Mantilla, A., Contreras-Saldarriaga, J., Mercado-Lara, M., y Florez-Monterrosa, C. (2020). Estrés laboral, ansiedad y miedo al COVID-19 en médicos generales colombianos. *MedUNAB*, 23(2), 195-213. <https://doi.org/10.29375/01237047.3890>
- Morales Insaurrealde, L. (2022). Estrategias de afrontamiento, vías de protección del bienestar en tiempos de pandemia. *Revista Científica Arbitrada de la Fundación MenteClara*, 7. <https://doi.org/10.32351/rca.v7.307>
- Morán Astorga, C., Landero Hernández, R., y González Ramírez, M. T. (2010). COPE-28: un análisis psicométrico de la versión en español del Brief COPE. *Universitas Psychologica*, 9(2), 543-552. <https://doi.org/10.11144/javeriana.upsy9-2.capv>
- Munawar, K., & Choudhry, F. R. (2021). Exploring stress coping strategies of frontline emergency health workers dealing Covid-19 in Pakistan: A qualitative inquiry [Explorando las estrategias de afrontamiento del estrés de los trabajadores de salud de emergencia de primera línea que se ocupan de Covid-19 en Pakistán: una investigación cualitativa]. *American Journal of Infection Control*, 49(3), 286-292. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2020.06.214>

- Naciones Unidas. (2018). *La Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible Una oportunidad para América Latina y el Caribe*. https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/40155/24/S1801141_es.pdf
- Naciones Unidas. (2020). *Informe de políticas: La COVID-19 y la necesidad de actuar en relación con la salud mental*. https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/policy_brief_-_covid_and_mental_health_spanish.pdf
- Neitzke, A. B. (2015). An Illness of Power: Gender and the Social Causes of Depression [El género y las causas sociales de la depresión]. *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 40(1), 59-73. <https://doi.org/10.1007/s11013-015-9466-3>
- Nicolini, H. (2020). Depresión y ansiedad en los tiempos de la pandemia de COVID-19. *Cirugía y Cirujanos*, 88(5). <https://doi.org/10.24875/ciru.m20000067>
- Ocampo Martínez, J. (2012). Bioética y psicología clínica: reflexiones. *Anales Médicos de La Asociación Médica Del Centro Médico ABC*, 58(4), 253-259. <https://www.medigraphic.com/pdfs/abc/bc-2013/bc134f.pdf>
- Ojeda-Casares, H., y De Cosío, F. G. (2020). COVID-19 y salud mental: mensajes clave. *Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud*, 1-7. <https://www.paho.org/venezuela/dmdocuments/covid-19/covid19%20y%20salud%20mental%20mensajes%20claves%20definitivo.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud. (2009). *Protección de la Salud Mental en Situaciones de Epidemias* (THS/MH/06/1 (Esp.)). <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Pandemia%20de%20influenza%20y%20Salud%20mental%20Esp.pdf>

- Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. (2019). *Salud Mental*. <https://www.paho.org/es/temas/salud-mental>
- Oriol-Bosch, A. (2012). Resiliencia. *Educación médica*, 15(2), 77-78. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-18132012000200004
- Páez, M. (2020). La salud desde la perspectiva de la resiliencia. *Archivos de Medicina (Manizales)*, 20(1), 203-216. <https://doi.org/10.30554/archmed.20.1.3600.2020>
- Pazmiño Erazo, E. E., Alvear Velásquez, M. J., Saltos Chávez, I. G., y Pazmiño Pullas, D. E. (2021). Factores relacionados con efectos adversos psiquiátricos en personal de salud durante la pandemia de COVID-19 en Ecuador. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 50(3), 166-175. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2020.12.007>
- Peñafiel-León, J. E., Ramírez-Coronel, A. A., Mesa-Cano, I. C., y Martínez-Suárez, P. C. (2021). Impacto psicológico, resiliencia y afrontamiento del personal de salud durante la pandemia por COVID-19. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 40(3), 202-211.
- Perea-Baena, J.M., y Sánchez-Gil, L.M. (2008). Estrategias de afrontamiento en enfermeras de salud mental y satisfacción laboral. *Index de Enfermería*, 17(3), 164-168. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962008000300003&lng=es&tlng=es.
- Pereira, M. M., De Oliveira Rodrigues Marçulo, A., De Carvalho Chinelato, R. S., y Ferreira, M. C. (2020). Anxiety and coping strategies during the Covid-19 pandemic: The mediating role of positive attitudes at work [Ansiedad y estrategias de afrontamiento durante la pandemia de Covid-19: El papel mediador de las actitudes positivas en el trabajo]. *DOAJ: Directory of Open Access Journals - DOAJ*. <https://doi.org/10.22491/1678-4669.20200017>

- Pulgarin, J., Salamanca, E., y Manrique, J. (2020). *Factores psicosociales individuales generados por los cambios laborales en familias de clase media debido al COVID-19* [Trabajo de grado - Especialización]. Universidad ECCI.
- Reich, M., Costa Ball, C. D., & Remor, E. (2016). Estudio de las propiedades psicométricas del Brief COPE para una muestra de mujeres uruguayas. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 34(3), 615. <https://doi.org/10.12804/apl34.3.2016.13>
- Rodríguez, A., y Ortunio, M. (2019). Resiliencia en trabajadores de la salud de una unidad de cuidados intensivos pediátricos. *Revista Venezolana de Salud Pública*, 7(1), 27-33. <https://biblat.unam.mx/es/revista/revista-venezolana-de-salud-publica/articulo/resiliencia-en-trabajadores-de-la-salud-de-una-unidad-de-cuidados-intensivos-pediatricos>
- Sánchez-Loyo, L. M., Morfín López, T., y Vega Michel, C. (2021). Vivencias de ansiedad por la pandemia por covid-19 en llamadas de urgencias psicológicas. *Psicología Iberoamericana*, 29(3), e293340. <https://doi.org/10.48102/pi.v29i3.340>
- Sánchez-Teruel, D., y Robles-Bello, M. A. (2015). Escala de Resiliencia 14 ítems (RS-14): Propiedades Psicométricas de la Versión en Español. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación - e Avaliação Psicológica*, 2(40), 103-113. <https://www.redalyc.org/pdf/4596/459645432011.pdf>
- Serna Corredor, D.S., y Martínez Sánchez, L. M. (2020). Burnout en el personal del área de salud y estrategias de afrontamiento. *Correo Científico Médico*, 24(1), 372-387. Epub 01 de marzo de 2020. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812020000100372&lng=es&tlng=es.


- Sierra, J. C., Ortega, V., y Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal Estar e Subjetividade*, 3(1), 10-59. <https://doi.org/10.5020/23590777.3.1.10>
- Siverino Bavio, P. (2009). Una bioética en clave latinoamericana: aportes de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de UNESCO. *Derecho PUCP*, 63, 403-414. <https://doi.org/10.18800/derechopucp.200902.016>
- Tam, C., Pang, E., Lam, L., & Chiu, H. (2004). Severe acute respiratory syndrome (SARS) in Hong Kong in 2003: stress and psychological impact among frontline healthcare workers [Síndrome respiratorio agudo severo (SRAS) en Hong Kong en 2003: estrés e impacto psicológico entre los trabajadores sanitarios de primera línea]. *Psychological Medicine*, 34(7), 1197-1204. <https://doi.org/10.1017/s0033291704002247>
- Torres-Montaña, A. del P., Acosta, M., y Cruz, Á. M. (2015). Burnout y Estrategias de Afrontamiento en Personal de Atención en Salud en una Empresa Social del Estado Nivel 2. *Revista Colombiana de Salud Ocupacional*, 3(4), 16-19. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7890146.pdf>
- Vagni, M., Maiorano, T., Giostra, V., & Pajardi, D. (2020). Hardiness and Coping Strategies as Mediators of Stress and Secondary Trauma in Emergency Workers during the COVID-19 Pandemic [Robustez y Estrategias de Afrontamiento como Mediadores del Estrés y Trauma Secundario en Trabajadores de Emergencias durante la Pandemia de COVID-19]. *Sustainability*, 12(18), 7561. <https://doi.org/10.3390/su12187561>
- Valdes, B., Austria-Corrales, F., Kiengelher, L. H., García, J. A., Valero, C. Z. V., y Hernández, J. E. (2009). Estrategias activas de afrontamiento: un factor protector ante el síndrome de burnout “o de desgaste profesional” en trabajadores de la


- salud. *NCT neumología y cirugía de tórax*, 69(3), 137-142. <https://www.medigraphic.com/pdfs/neumo/nt-2010/nt103b.pdf>
- Valdez López, Y. C., Marentes Patrón, R. A., Correa Valenzuela, S. E., Hernández Pedroza, R. I., Enríquez Quintero, I. D., y Quintana Zavala, M. O. (2022). Nivel de estrés y estrategias de afrontamiento utilizadas por estudiantes de la licenciatura en Enfermería. *Enfermería Global*, 21(1), 248-270. <https://doi.org/10.6018/eglobal.441711>
- Wagnild, G. (2009). A Review of the Resilience Scale [Una revisión de la escala de resiliencia]. *Journal of Nursing Measurement*, 17(2), 105-113. <https://doi.org/10.1891/1061-3749.17.2.105>
- Winkler Müller, M. I., & Letelier Soto, A. (2014). ¿Una misma deontología para distintas ciencias?: Revisión de pautas nacionales e internacionales en ética de la investigación científica. *Acta bioethica*, 20(1), 81-91. <https://doi.org/10.4067/s1726-569x2014000100009>

ANEXOS

A. Indicaciones y consentimiento informado para llenado de cuestionario

Ministerio
de Salud
Pública


República
del Ecuador


Gobierno
del Encuentro | **Juntos
lo logramos**

Cuestionario de variables de Salud Mental 10D02-MSP

Considerando que aún se encuentran en primera línea brindando atención a la población afectada por la enfermedad por COVID19 y que se ha iniciado una etapa de levantamiento de restricciones sanitarias para la población en general. Estamos interesados en su bienestar integral, por tal razón le invitamos a participar en el desarrollo de las siguientes preguntas que tienen como objetivo levantar información sobre el estado del bienestar mental de los profesionales de salud de primer nivel de atención en el contexto actual de la pandemia por COVID-19.


El cuestionario es ANÓNIMO y su participación es completamente VOLUNTARIA y con fines netamente académicos; la participación o su negativa no le traerá ningún inconveniente legal o académico. Los datos ingresados serán tratados en lo indicado en el artículo 66 literal 19 de la Constitución de la República del Ecuador 2008 Registro Oficial # 449, donde se respalda el derecho a la protección de datos de carácter personal.

Para lo cual, le invitamos en primer lugar a seleccionar el siguiente casillero como parte del consentimiento informado para el uso de la información brindada.

Nota: Completar el formulario tomará un máximo de 20 min.





Declaro que he leído la información previa y he recibido una explicación satisfactoria sobre los procedimientos del estudio y su finalidad. Comprendo que mi decisión de participar es anónima y voluntaria. Presto mi consentimiento para la recolección de datos y la realización del formulario y conozco mi derecho a retirarme cuando lo desee. *

Elegir ▼





 Esta pregunta es obligatoria.

B. Cuestionario de Ansiedad Generalizada – GAD7

1. Se ha sentido nervioso/a, ansioso/a o con los nervios de punta *

			
0	1	2	3
Nunca	Menos de la mitad de los días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
0	1	2	3
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2. No ha sido capaz de parar o controlar su preocupación *

			
0	1	2	3
Nunca	Menos de la mitad de los días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
0	1	2	3
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3. Se ha preocupado demasiado por motivos diferentes *

0	1	2	3
Nunca	Menos de la mitad de los días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
0	1	2	3
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4. Ha tenido dificultad para relajarse *

0	1	2	3
Nunca	Menos de la mitad de los días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
0	1	2	3
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5. Se ha sentido tan inquieto/a que no ha podido quedarse quieto/a *

0	1	2	3
Nunca	Menos de la mitad de los días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
0	1	2	3
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6. Se ha molestado o irritado fácilmente *

0	1	2	3
Nunca	Menos de la mitad de los días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
0	1	2	3
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7. Ha tenido miedo de que algo terrible fuera a pasar *

0	1	2	3
Nunca	Menos de la mitad de los días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
0	1	2	3
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

C. Escala de estrategias de afrontamiento – Brief COPE-28

COPE-28 (Según el original de Carver, 1997)

Traducido por Consuelo Morán y Dionisio Manga

INSTRUCCIONES. Las frases que aparecen a continuación describen formas de pensar, sentir o comportarse, que la gente suele utilizar para enfrentarse a los problemas personales o situaciones difíciles que en la vida causan tensión o estrés. Las formas de enfrentarse a los problemas, como las que aquí se describen, no son ni buenas ni malas, ni tampoco unas son mejores o peores que otras. Simplemente, ciertas personas utilizan más unas formas que otras. Ponga 0, 1, 2 ó 3 en el espacio dejado al principio, es decir, el número que mejor refleje su propia forma de enfrentarse a ello, al problema. Gracias.

1. ____ Intento conseguir que alguien me ayude o aconseje sobre qué hacer.
2. ____ Concentro mis esfuerzos en hacer algo sobre la situación en la que estoy.
3. ____ Acepto la realidad de lo que ha sucedido.
4. ____ Recorro al trabajo o a otras actividades para apartar las cosas de mi mente.
5. ____ Me digo a mí mismo "esto no es real".
6. ____ Intento proponer una estrategia sobre qué hacer.
7. ____ Hago bromas sobre ello.
8. ____ Me critico a mí mismo.
9. ____ Consigo apoyo emocional de otros.
10. ____ Tomo medidas para intentar que la situación mejore.
11. ____ Renuncio a intentar ocuparme de ello.
12. ____ Digo cosas para dar rienda suelta a mis sentimientos desagradables.
13. ____ Me niego a creer que haya sucedido.

14. ____ Intento verlo con otros ojos, para hacer que parezca más positivo.
15. ____ Utilizo alcohol u otras drogas para hacerme sentir mejor.
16. ____ Intento hallar consuelo en mi religión o creencias espirituales.
17. ____ Consigo el consuelo y la comprensión de alguien.
18. ____ Busco algo bueno en lo que está sucediendo.
19. ____ Me río de la situación.
20. ____ Rezo o medito.
21. ____ Aprendo a vivir con ello.
22. ____ Hago algo para pensar menos en ello, tal como ir al cine o ver la televisión.
23. ____ Expreso mis sentimientos negativos.
24. ____ Utilizo alcohol u otras drogas para ayudarme a superarlo.
25. ____ Renuncio al intento de hacer frente al problema.
26. ____ Pienso detenidamente sobre los pasos a seguir.
27. ____ Me echo la culpa de lo que ha sucedido.
28. ____ Consigo que otras personas me ayuden o aconsejen.

D. Escala de Resiliencia – RS14

Por favor, lea las siguientes afirmaciones. A la derecha de cada una se encuentran siete números, que van desde “1” (totalmente en desacuerdo) a la izquierda a “7” (totalmente de acuerdo) a la derecha. Haga un círculo en el número que mejor indique sus sentimientos acerca de esa afirmación. Por ejemplo, si está muy de acuerdo con un enunciado, el círculo de “1”. Si no está muy seguro, haga un círculo en el “4”, y si está totalmente de acuerdo, haga un círculo en el “7”, y puede graduar según esta escala sus percepciones y sentimientos con el resto de los números.

Haga un círculo en la respuesta adecuada	Totalmente en desacuerdo				Totalmente de acuerdo		
	1	2	3	4	5	6	7
1. Normalmente, me las arreglo de una manera u otra	1	2	3	4	5	6	7
2. Me siento orgulloso de las cosas que he logrado	1	2	3	4	5	6	7
3. En general, me tomo las cosas con calma	1	2	3	4	5	6	7
4. Soy una persona con una adecuada autoestima	1	2	3	4	5	6	7
5. Siento que puedo manejar muchas situaciones a la vez	1	2	3	4	5	6	7
6. Soy resuelto y decidido	1	2	3	4	5	6	7
7. No me asusta sufrir dificultades porque ya las he experimentado en el pasado	1	2	3	4	5	6	7
8. Soy una persona disciplinada	1	2	3	4	5	6	7
9. Pongo interés en las cosas	1	2	3	4	5	6	7
10. Puedo encontrar, generalmente, algo sobre lo que reírme	1	2	3	4	5	6	7
11. La seguridad en mí mismo me ayuda en los momentos difíciles	1	2	3	4	5	6	7
12. En una emergencia, soy alguien en quien la gente puede confiar	1	2	3	4	5	6	7
13. Mi vida tiene sentido	1	2	3	4	5	6	7
14. Cuando estoy en una situación difícil, por lo general puedo encontrar una salida	1	2	3	4	5	6	7