

ARTICULOS ORIGINALES

REVISTA ARGENTINA
DE SALUD PÚBLICA
Suplemento COVID-19

FECHA DE RECEPCIÓN: 05 de octubre de 2020

FECHA DE ACEPTACIÓN: 10 de febrero de 2021

FECHA DE PUBLICACIÓN: 01 de abril de 2021

FUENTE DE FINANCIAMIENTO: ninguna.

*AUTOR DE CORRESPONDENCIA:

gildamarieljones@gmail.com

Registro Nacional de Investigaciones en
Salud N°: IS003167.

COVID-19: ANSIEDAD DE RASGO Y ESTADO EN UNA POBLACIÓN SELECCIONADA DE ARGENTINA EN UN CONTEXTO DE CUARENTENA EXTENDIDA

COVID-19: anxiety of trait and status in a selected population of Argentina in a context of extended quarantine

* **Marcelo Rodríguez Ceberio**¹. Doctor en Psicología.
Gilda Mariel Jones¹. Licenciada en Psicología.
María Gabriela Benedicto¹. Magíster en Biometría.

¹ Escuela Sistemática Argentina, Universidad de Flores, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

RESUMEN. INTRODUCCIÓN: Un contexto de pandemia y aislamiento social puede potenciar la tríada emocional de ansiedad, miedo y angustia, ante la incertidumbre, los problemas económicos, el exceso de información y la escolaridad en línea, entre otros factores. El objetivo de esta investigación fue evaluar la ansiedad en el contexto de la pandemia por COVID-19 en una muestra de la población argentina a los 60 días de confinamiento obligatorio. MÉTODOS: Estudio no experimental transversal. Se seleccionó una muestra de tipo no probabilística de 712 voluntarios, con una amplia cobertura etaria y geográfica, a la que se le aplicó el cuestionario de ansiedad de estado y de rasgo. Este instrumento psicométrico mide ambos tipos de ansiedad y está constituido por 40 ítems distribuidos en dos subescalas. Se analizaron tres subgrupos: profesionales de la salud, personas con otras profesiones de riesgo y personas que desarrollan actividades sin riesgo específico vinculado. RESULTADOS: Se observaron niveles bajos de ansiedad en general, pero las mujeres mostraron valores de ansiedad más altos que los hombres. Se detectaron diferencias significativas del 5% en el caso de las mujeres, resultando los valores medios de AE superiores a los valores medios de AR para todos los subgrupos analizados. DISCUSIÓN: Este estudio abre el interrogante sobre cuál sería el factor de mayor malestar, si la COVID-19 o las medidas de prevención; a la vez que la evidencia de bajos niveles de ansiedad nos lleva a la necesidad de investigar, en un futuro cercano, indicadores de depresión.

PALABRAS CLAVE: COVID-19; Cuarentena; Ansiedad; Miedo.

ABSTRACT. INTRODUCTION: A context of pandemic and social isolation can enhance the emotional triad of anxiety, fear and anguish, in the face of uncertainty, economic problems, excess information, among other factors. The objective of this research was to evaluate anxiety in the context of a COVID-19 pandemic in a sample of the Argentine population after 60 days of mandatory confinement. METHODS: Non-experimental cross-sectional study. A nonprobabilistic sample of 712 volunteers was selected, with a wide age and geographic coverage, to which the state and trait anxiety questionnaire was applied. This psychometric instrument measures both types of anxiety, and is made up of 40 items distributed in two subscales. Three subgroups were analyzed: health professionals, people with other risk professions and people who carry out activities without specific associated risk. RESULTS: Low levels of anxiety were observed, however women had higher anxiety values than men. Significant differences were detected at 5% in the case of women, resulting in the mean AR values for all the subgroups analyzed. DISCUSSION: This study opens the question as to which would be the factor of greatest discomfort, if COVID-19 or the consequent prevention measures; At the same time, the evidence of low anxiety levels leads us to the need to investigate depression indicators in the near future.

KEY WORDS: COVID-19; Quarantine; Anxiety; Fear.

ARTÍCULOS ORIGINALES - Rodríguez Ceberio M. COVID-19: ansiedad de rasgo y estado en una población seleccionada de Argentina en un contexto de cuarentena extendida. *Rev Argent Salud Publica.* 2021;13 Supl COVID-19:e22.

INTRODUCCIÓN

En diciembre de 2019 comenzó un brote de COVID-19 en China, declarado luego como pandemia por la Organización Mundial de la Salud (OMS) el 11 de marzo de 2020¹. Se determinó que el contagio era muy rápido y que el virus se transmitía entre personas por vía respiratoria y por contacto con fomites o superficies contaminadas. Esta característica determinó que la principal medida epidemiológica de prevención fuera el aislamiento social preventivo y obligatorio (ASPO), dispuesto en Argentina el 20 de marzo de 2020, inicialmente por dos semanas, pero luego extendido de manera sucesiva por períodos similares.

Los anuncios gubernamentales en los que se informa cada nueva extensión es una medida estratégica que podría dar buenos resultados en comparación con el anuncio de un ASPO de varios meses de duración. Pero, de igual manera, podría decirse que esta situación es una experiencia potencialmente traumática, ya que quiebra los esquemas cognitivos habituales de la persona, aumenta la incertidumbre y, a la vez, es una situación ineludible (nadie en el mundo está exento del contagio) que genera mucho miedo. Esta situación cumple con el criterio A de la cuarta edición del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM-IV): "Evento que implica una amenaza de muerte o lesiones graves o una amenaza para la integridad física o lesiones graves del yo o de los otros"², a esto se le suma la percepción que tenga la persona, noción contemplada en el DSM-V³.

En Argentina, hay varios elementos adicionales a tener en cuenta en este momento: la crisis socioeconómica que ya venía atravesando el país, la cantidad de jóvenes que suelen migrar a las grandes ciudades para estudiar (muchos de los cuales no pudieron regresar junto a sus familias debido a la interrupción del transporte de media y larga distancia), la transmisión de imágenes perturbadoras provenientes de lugares donde el brote por coronavirus ya había ocurrido y de información (muchas veces falsa); la incertidumbre, la escolaridad en línea y el encierro, entre otros factores, podrían haber aumentado la ansiedad anticipatoria y el miedo, con el consiguiente estado de vulnerabilidad de los habitantes del país y la predisposición a un estado de ansiedad patológica.

La pandemia y el ASPO -enfermedad y tratamiento preventivo- podrían constituir dos potenciales factores ansiogénicos por la incertidumbre que implica toda la situación de crisis. Ambos factores han generado un campo fértil para el desarrollo de todo tipo de acciones y representaciones cognitivas a partir de la ansiedad y el miedo. Tanto el miedo como la ansiedad son dos emociones que se retroalimentan a pesar de que muchos autores las asocian⁴. Para los autores, son dos emociones bien diferenciadas, tal como las define Barlow⁵⁻⁸, que sostiene que el miedo consiste en una alarma primitiva en respuesta a un peligro presente, caracterizada por activación elevada y afecto negativo alto.

En cambio, la ansiedad es una combinación difusa de emociones orientada hacia el futuro. De esta forma, mientras que el miedo se caracteriza por presentar componentes más primigenios, biológicos y, en cierto modo, automáticos, como son las reacciones de alarma y defensa, y una orientación hacia el presente, la ansiedad es fundamentalmente de naturaleza cognitiva y de orientación marcada hacia el futuro.

La ansiedad es una emoción que tiene una función adaptativa, que permite estar alerta en relación funcional con el contexto y un afrontamiento de la situación, para dar lugar a una adaptación mejor. No obstante, si esta ansiedad es excesiva en relación con el estímulo que la provoca, se torna desadaptativa y se convierte en fuente de malestar⁴. A lo largo de la historia, la ansiedad ha sido definida de varias maneras. En 1968, Lang formuló que las emociones se manifiestan a través de reacciones agrupadas en distintas categorías: cognitiva, fisiológica y comportamental. Es decir, que una persona puede mostrar una reacción muy intensa en lo cognitivo, moderada en lo fisiológico y leve en lo comportamental, mientras que otra persona puede mostrar lo contrario.

Por su parte, Wolpe⁹ definió a la ansiedad como una respuesta autónoma de un organismo individual concreto, después de la presentación de un estímulo nocivo³. En términos de aprendizaje, la ansiedad sería, entonces, tanto una respuesta condicionada como una respuesta incondicionada; las respuestas de ansiedad ante los estímulos condicionados pueden ser superiores incluso a las producidas ante los estímulos incondicionados⁹. En 1984, Lazarus y Folkman se refirieron a la ansiedad como una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por este como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar¹⁰. En la misma época, Spielberg se definió como una reacción emocional de aprensión, tensión, preocupación, activación y descarga del sistema nervioso autónomo¹¹.

Cualquiera sea la definición de ansiedad que se considere, es importante diferenciar entre la ansiedad normal y patológica. La ansiedad normal puede definirse como una emoción psicobiológica básica, adaptativa ante un desafío o peligro presente o futuro y se encuentra ligada al instinto de conservación de la especie^{4,12}. Su función es la de motivar conductas apropiadas para superar dicha situación y su duración tiene relación con la magnitud y a la resolución del problema que la desencadenó. En cambio, la ansiedad patológica es una respuesta exagerada, no necesariamente ligada a un peligro, situación u objeto externo, que puede llegar a resultar incapacitante, al punto de condicionar la conducta de un individuo, y cuya aparición o desaparición son aleatorias¹².

La ansiedad comprende tres sistemas de respuesta: cognitivo, fisiológico y motor¹³: dentro de lo cognitivo están las percepciones subjetivas vinculadas a los estímulos (miedo, preocupaciones, pensamientos negativos). En el aspecto fisiológico, se produce un incremento de

la actividad del sistema nervioso autónomo (diarrea, palpitaciones, hipertensión, temblores y malestar gástrico, entre otros) y en aquello relacionado con lo conductual, se manifiesta mediante gestos, agitación y respuestas de escape y evitación.

La ansiedad también aparece, en muchas ocasiones, acompañada de otras emociones tales como la angustia y el miedo¹⁴. El término viene del latín *anxietas*, que significa congoja o aflicción^{3,12}. La angustia significa estrechez o angostamiento y se relaciona con el componente orgánico y visceral de esta emoción, es el temor indefinido a algo futuro que implica inhibición y paralización vital¹⁵. El miedo es una emoción que surge de la detección de una situación, objeto, o persona, que puede ser amenazante para el protagonista. La atribución del peligro real o subjetivo desencadena una serie de reacciones neurofisiológicas también relacionadas con la ansiedad (adrenalina y cortisol), aunque con una gran participación de la amígdala. Sirve para la protección y supervivencia, ya que nos da la posibilidad de generar el mecanismo de lucha o huida; puede decirse que en el miedo siempre existe la ansiedad, pero no siempre ocurre a la inversa¹⁴.

En este estudio se utilizará la diferencia entre ansiedad estado y ansiedad rasgo. La ansiedad "estado" contiene a los sentimientos subjetivos de tensión y nerviosismo junto a una activación del sistema nervioso autónomo frente a una situación amenazante. Vallejo Ruiloba (1998)¹⁵ sintetiza esta categoría como la valoración del estado mental en tiempo presente del cual habla Spielberger¹¹. La ansiedad rasgo se refiere a las características de algunas personas a ser más propensas que otras a padecer síntomas de ansiedad¹⁵. Spielberger, Pollance y col.¹¹ mencionan que las personas con rasgos de ansiedad son más vulnerables al estrés y les atribuyen peligro a muchas más situaciones que la media normal.

En China se comenzó a investigar qué trastornos podría causar esta pandemia en la población, sobre todo en los profesionales de la salud. Huang y col.¹⁶ estudiaron el impacto psicológico del personal en la primera línea de atención entre el 7 y el 14 de febrero de 2020; para ello, aplicaron la Escala de autoevaluación de ansiedad (SAS, por su sigla en inglés) y la Escala de trastorno por estrés postraumático a una muestra de 230 profesionales. Se evidenció que la incidencia de la ansiedad en el personal médico fue del 23,1% y que fue más elevada en el personal femenino. En cuanto al trastorno por estrés postraumático, la incidencia fue del 27,4%, también más elevada en el personal femenino. Lai y col.¹⁷ realizaron un estudio transversal en 1 257 profesionales de la salud de 34 hospitales de China, entre el 29 de enero y el 3 de febrero de 2020, cuyo objetivo era estudiar los niveles de depresión, ansiedad, insomnio y reacción al estrés. El personal informó la presencia de síntomas de depresión (50,4%), de ansiedad (44,6%), insomnio (34%) y reacción al estrés (71,5%).

En España se realizó un estudio con el objetivo de

examinar el impacto psicológico de la pandemia y el confinamiento durante los meses de marzo y abril de 2020 sobre una muestra de 1161 participantes¹⁸. Se aplicó el Cuestionario de impacto psicológico del coronavirus, la Escala de intolerancia a la incertidumbre¹² y las escalas PANAS de afecto positivo y negativo. Los resultados indicaron que los miedos más comunes corresponden a las categorías de contagio-enfermedad-muerte, aislamiento social, y problemas de trabajo-ingresos. Se halló un impacto emocional alto, reflejado en el miedo al coronavirus, problemas de sueño y síntomas tales como ansiedad, depresión, desesperanza. Por otra parte, también se encontró que el confinamiento favorecía experiencias personales positivas.

Orellana y Orellana¹⁹ realizaron un estudio cuantitativo transaccional no experimental, con el objetivo de explorar la manifestación de síntomas emocionales y potenciales predictores en la población salvadoreña en cuarentena por COVID-19, con una muestra de 339 participantes. Un cuestionario en línea registró acciones y percepciones sobre la situación de pandemia y síntomas emocionales (escala DASS-21). El 75% experimentó síntomas emocionales leves y, en comparación con los hombres, las mujeres informaron más síntomas emocionales. El temor al contagio, ser más joven y la alteración de rutinas cotidianas constituyeron predictores centrales de la aparición de síntomas emocionales.

En India, por ejemplo, se registraron suicidios asociados al miedo a estar infectado por COVID-19²⁰. También el aislamiento ha causado numerosas reacciones conductuales y emocionales que se reflejaron en diversas investigaciones como estudios sobre la circulación de la información²¹, el consumo de drogas en el aislamiento²²; las problemáticas de las empresas medianas y pequeñas en el confinamiento²³; o la medición de variables de ansiedad, estrés y depresión²⁴, depresión, estrés e ideación suicida²⁵⁻²⁷; y síntomas de ansiedad como insomnio, incapacidad, preocupación y cansancio²⁸.

Otros autores destacan la presencia de ansiedad y miedo ante la muerte en contexto del COVID-19²⁹, ansiedad y depresión³⁰; estrés, ansiedad, síntomas depresivos, insomnio, negación, ira³¹; también hay artículos científicos que se refieren a las manifestaciones ansiógenas en diferentes situaciones y poblaciones en el contexto de la pandemia³²⁻³⁷. Se destaca, asimismo, el estudio de síntomas y patologías orgánicas tales como inmunodeficiencias, cardiopatías, diabetes, hipertensión y patologías respiratorias, entre otras³⁸⁻⁴¹.

Hoy en día se cuenta con el antecedente de un primer estudio realizado en los primeros 15 días de aislamiento preventivo⁴², lo que motiva a realizar una nueva investigación a los 60 días de ASPO con el fin de determinar si los niveles de ansiedad se han modificado en el tiempo. Dicho estudio arrojó valores bajos de ansiedad para la población en general, aunque con una diferencia en favor de las mujeres (estas presentaron valores superiores a los de los hombres en ambas escalas). Los valores medios

de ansiedad como estado (AE) fueron superiores a los valores medios de ansiedad como rasgo (AR) para aquellas personas que no sabían si pertenecían o no a un grupo de riesgo y para quienes creían que en su trabajo estaban en riesgo de contagio. Los profesionales de la salud presentaron niveles de AE superiores a los no profesionales de la salud.

El objetivo general de este estudio fue evaluar la ansiedad en el contexto de la pandemia por COVID-19. Los objetivos específicos fueron:

- i) Medir la ansiedad de los grupos de factores de riesgo.
- ii) Medir la ansiedad de las personas expuestas al contagio por su trabajo, en particular en profesionales de la salud, analizando las posibles diferencias.

MÉTODOS

La investigación es un estudio no experimental transversal⁴³. El muestreo fue de tipo no probabilístico, con voluntarios, y se alcanzó una muestra significativa, con una amplia cobertura etaria y geográfica. El antecedente de un primer estudio realizado en los primeros 15 días del ASPO motivó a realizar una nueva investigación a los 60 días de ASPO, con el fin de determinar si los niveles de ansiedad se habían modificado en el tiempo; se utilizó la misma encuesta y el mismo modo de distribución.

El cuestionario fue diseñado en un formulario de Google[®] y distribuido por redes sociales (Facebook[®], WhatsApp[®] e Instagram[®]) entre la segunda semana de mayo y la primera semana de junio de 2020. La distribución se realizó entre los contactos del equipo de investigadores, quienes a su vez lo difundieron a través de sus redes sociales, lo que permitió difundir el formulario en forma masiva.

Se obtuvieron las respuestas de 760 personas, de las cuales 38 resultaron ser extranjeros, por lo que se los excluyó del estudio.

Las preguntas de la encuesta eran de carácter cerrado. En la primera parte contemplaban variables de control en relación con:

- i) Antecedentes de pertenencia a grupos de riesgo para la COVID-19;
- ii) Antecedente laboral y posible exposición laboral al contagio.
- iii) Si el participante era profesional de la salud, cuál era su lugar de trabajo.
- iv) Variables sociodemográficas: sexo, edad, ocupación, profesión, nacionalidad y localización geográfica.

Además de las preguntas mencionadas, se incluyó también en la encuesta el Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI, por sus siglas en inglés), que es un instrumento psicométrico que comprende 40 ítems distribuidos en dos escalas separadas de autoevaluación⁴⁴. Estas escalas miden dos conceptos de ansiedad independientes: la ansiedad como estado (AE, condición emocional transitoria) y la ansiedad como rasgo (AR, propensión ansiosa relativamente estable). Cada

subescala se conforma por un total de 20 ítems que utiliza una escala Likert de 4 puntos según la intensidad (0: nada, 1: un poco, 2: bastante, 3: mucho). La puntuación total en cada una de las subescalas oscila entre 0 y 60 puntos. Esta escala ha sido validada en Argentina⁴⁵.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad de Flores. No fue necesario obtener consentimiento informado, ya que las encuestas se respondieron en forma anónima, y no hay ninguna posibilidad de identificar a los respondientes.

RESULTADOS

La muestra original estuvo conformada por 760 personas, que luego quedó reducida a 712 al excluir las respuestas correspondientes a los extranjeros. Las edades de los encuestados fueron desde los 17 a los 84 años (media: 47,48; mediana: 46,50; desviación estándar: 13,65). Debido a que los valores de referencia para evaluar el nivel de ansiedad en la población argentina a partir del cuestionario utilizado están tabulados para hombres y mujeres por separado y para los grupos etarios de 19 a 39 años, 40 a 49 años y 50 a 69 años, a la hora de comparar los valores medios de los niveles de AE y AR con el baremo (comparación realizada en la Tabla 1), se excluyen las respuestas que corresponden a personas menores de 19 años y a mayores de 69 años. Cabe mencionar que en la escala de Rasgo se excluyó la respuesta completa de una mujer, ya que no había sido completada la totalidad de los ítems correspondientes (de haberlo tenido en cuenta, se estaría subestimado el verdadero valor del AR para dicha persona).

En función de los grupos de interés del trabajo, la muestra estuvo conformada de la siguiente manera:

- El 34,4% de los participantes declaró pertenecer a algún grupo de riesgo, mientras que un 10,4% dijo no estar seguro.
- El 81,6% de todos los que respondieron a la encuesta no tenía en ese momento una ocupación con riesgo de contagio.
- El 23,3% era profesional de la salud.

En la Tabla 1 se muestran los resultados de ansiedad-rasgo y de ansiedad-estado según el grupo etario. En toda la muestra, los puntajes de ambas escalas (AE y AR) se corresponden con percentiles bajos (percentiles menores a 20 en la escala AE y menores a 7 en la AR, para todos los grupos). Esto significa que todos los grupos presentan un nivel bajo de ansiedad. No obstante, dentro del nivel bajo que presentan todos los grupos, se detectaron algunas diferencias cuando se comparan los límites superiores del intervalo de confianza del 95% (IC95%) para el nivel medio de cada escala, teniendo en cuenta su variabilidad, con los percentiles tabulados. Así, se observa que las mujeres presentaron un nivel de ansiedad mayor al del grupo de hombres y que, en ellas, el nivel de AE

TABLA 1. Niveles de ansiedad estado y de ansiedad rasgo, según grupo etario y sexo.

Edad (años)	Hombres		Mujeres		
	AE	AR	AE	AR	
19-39	N	43	43	170	170
	Media (percentil)	21,74 (8)	18,79 (<3)	26,19 (17)	22,85 (7)
	IC95%	(19,01-24,48)	(15,99-21,59)	(24,55-27,84)	(21,28-24,41)
40-49	N	43	43	138	138
	Media	20,14 (5)	17,56 (<1)	24,64 (16)	18,67 (0)
	IC95%	(17,11-23,17)	(14,86-20,26)	(22,82-26,46)	(16,89-20,44)
50-69	N	52	52	224	223*
	Media	18,54 (<6)	16 (<3)	21 (8)	16,47 (<7)
	IC95%	(16,20-20,88)	(13,62-18,38)	(19,63-22,37)	(15,17-17,77)

AR: ansiedad rasgo, AE: ansiedad estado, IC95%: intervalo de confianza del 95%.

*Una mujer no respondió a una de las preguntas que aporta para el cálculo de AR.

era significativamente mayor que el de AR. No ocurrió lo mismo en el grupo de los hombres, donde los intervalos de confianza se solaparon.

A continuación, se comparan los grupos de interés, con base en que, en todos los casos, los niveles se corresponden con valores de ansiedad bajos en ambas escalas. A los efectos de ver si existen diferencias entre quienes manifestaron pertenecer a grupos de riesgo y los que no, se calculó el promedio de AE y AR en cada uno de esos grupos, para hombres y mujeres por separado. No se advierten diferencias entre quienes se consideran o no grupos de riesgo. Esto ocurre tanto para los hombres como para las mujeres. Aquellos que afirman no saber si pertenecen o no a un grupo de riesgo evidencian valores de AE superiores en ambos grupos.

Cuando las mujeres sienten que en su trabajo está en riesgo de contagio, aumenta el nivel de AE, a la vez que presentan una ansiedad rasgo levemente más elevada. Los varones evidencian un valor más alto cuando no saben si fehacientemente están en riesgo de contagio o no.

En la escala AR no se observan diferencias entre quienes sienten riesgo y quienes no lo sienten. Cuando no saben si están en riesgo, el comportamiento es diferente: en el caso de los hombres, el nivel de AR es más elevado, mientras que, en las mujeres, disminuye.

Una vez más, se detectan diferencias significativas entre los niveles medios de AE y AR para las mujeres en todos los subgrupos analizados (salvo para las que dicen no saber si están en riesgo de contagio). El nivel medio de AE es significativamente mayor que el nivel medio de AR (ver Tabla 2).

Se distinguieron otros dos grupos: aquellos que son profesionales de la salud de los que no lo son. Los profesionales de la salud presentan un nivel medio de AE escasamente más elevado que quienes no lo son (23,51 versus 22,89), a la vez que presentan una AR media levemente más baja (menor propensión ansiosa): 18,04 para

los profesionales de la salud y 19,22 para quienes no lo son. No obstante, las diferencias entre ambos grupos no son significativas (ver Tabla 3).

Con foco en el análisis del grupo de profesionales de la salud, y con el objeto de analizar las diferencias que pudiesen existir entre las distintas especialidades, se calculó, para cada sexo, los niveles de AE y AR. Se excluyeron de la comparación las especialidades que tenían una frecuencia muy baja (1 o 2 personas de una misma especialidad).

Se pudo observar que, en las mujeres, las que presentaron mayor AE fueron las técnicas radiólogas, las enfermeras y las odontólogas; las que presentaron menor AE fueron las profesionales de salud mental, de trabajo social y de laboratorio. En cuanto a la AR, fue más elevada en las técnicas radiólogas, las odontólogas y las enfermeras. Las médicas y las trabajadoras sociales presentaron menor nivel de AR. Entre los hombres, la AE se presenta más elevada en los profesionales de salud mental, le siguen los médicos y, en último lugar, los odontólogos. En cuanto a la AR de este grupo, se evidenció mayor vulnerabilidad en los médicos; en segundo lugar, los profesionales de salud mental y, luego, los odontólogos (ver Gráficos 1 y 2).

Con respecto a la comparación de los profesionales que en ese momento trabajaban en forma virtual y los que trabajaban en forma presencial, se pudo observar un leve incremento en la AE para los hombres que trabajaban en línea respecto de aquellos que lo hacían en forma presencial (20,95 y 20,04, respectivamente). Las mujeres presentan mayor nivel de AE cuando trabajaban en forma presencial (24,72 versus 23,03) y, con respecto a la AR, casi no hay diferencia (18,70 para quienes trabajan en forma presencial y 18,62 para quienes lo hacen en línea).

En cuanto a las propiedades psicométricas, el cuestionario posee una buena consistencia interna para ambas escalas: el alfa de Cronbach para la escala AE va desde 0,893 a 0,913, mientras que para la escala AR toma valores entre 0,861 y 0,875. La correlación entre

TABLA 2. Niveles de ansiedad estado y de ansiedad rasgo según pertenencia a grupo de riesgo o riesgo de contagio y sexo.

Parámetro		Hombres		Mujeres		
		AE	AR	AE	AR	
¿Pertenece a un grupo de riesgo?	Sí	N	56	56	189	188
		Media	21,32	19,04	23,59	18,71
		IC95%	(18,61-24,03)	(16,21-21,86)	(22,01-25,16)	(17,17-20,24)
	No	N	81	81	312	312
		Media	19,72	17,44	23,00	18,96
		IC95%	(17,62-21,81)	(15,46-19,43)	(21,81-24,20)	(17,79-20,12)
	No sabe	N	10	10	64	64
		Media	25,80	18,00	26,89	21,59
		IC95%	(21,80-29,80)	(13,09-22,91)	(24,34-29,44)	(19,13-24,06)
¿Tiene riesgo de contagio?	Sí	N	27	27	89	89
		Media	19,52	18,00	26,74	19,37
		IC95%	(15,99-23,05)	(14,56-21,44)	(24,57-28,92)	(17,29-21,45)
	No	N	115	115	466	465
		Media	20,73	17,91	23,06	19,17
		IC95%	(18,92-22,54)	(16,11-19,71)	(22,07-24,04)	(18,20-20,14)
	No sabe	N	5	5	10	10
		Media	27,60	22,60	23,10	17,60
		IC95%	(20,28-34,92)	(14,87-30,33)	(14,62-31,58)	(9,01-26,19)

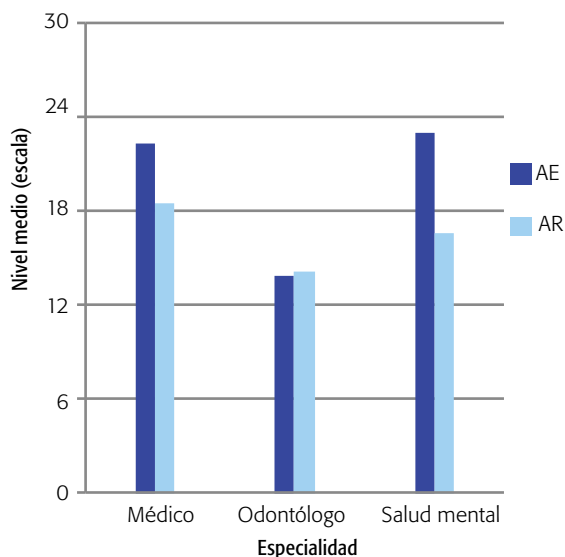
AR: ansiedad rasgo, AE: ansiedad estado, IC95%: intervalo de confianza del 95%.

TABLA 3. Comparación de los niveles de AE y de AR entre profesionales de la salud y quienes no lo son.

		Tabla de ANOVA					
			Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
AE*Profesional de la Salud	Inter-grupos (Combinadas)		49,272	1	49,272	0,435	0,510
	Intra-grupos		80136,846	707	113,348		
	Total		80186,119	708			
AR*Profesional de la Salud	Inter-grupos (Combinadas)		178,525	1	178,525	1,684	0,195
	Intra-grupos		74841,215	706	106,007		
	Total		75019,740	707			

AR: ansiedad rasgo, AE: ansiedad estado.

GRÁFICO 1. Nivel medio de ansiedad estado y de ansiedad rasgo según la especialidad (hombres)



AR: ansiedad rasgo, AE: ansiedad estado.

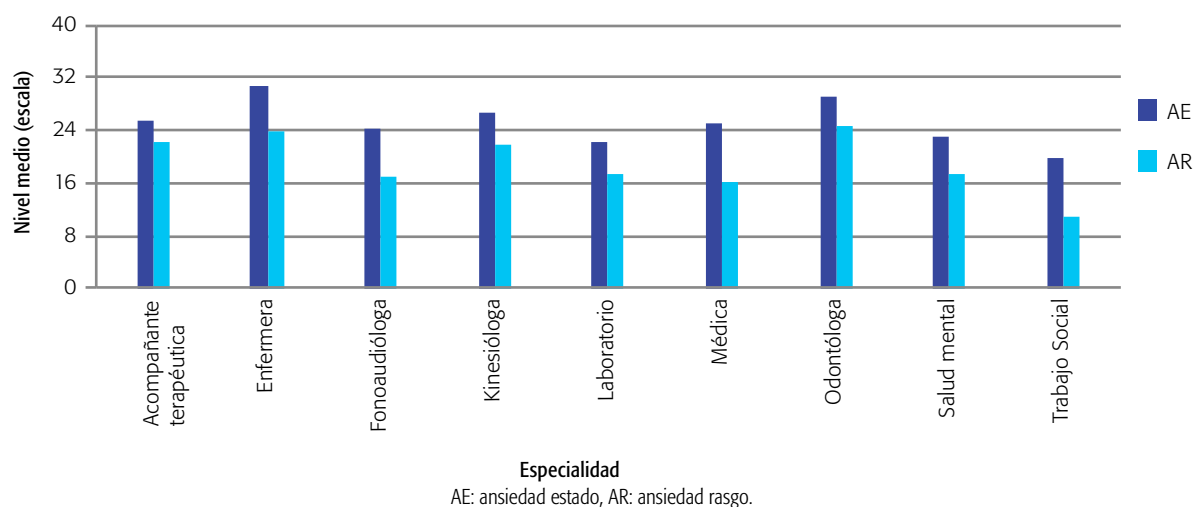
ambas escalas resultó ser de 0,712 y significativamente diferente de cero, lo que indica que existe una correlación lineal positiva entre ambas variables.

DISCUSIÓN

La posibilidad de evaluar la ansiedad de la población en estos momentos permite evidenciar el estado de la población argentina luego de aproximadamente 60 días de iniciada la cuarentena y, de esta manera, orientar las políticas de salud mental hacia una mejor psicoeducación, con recursos que ayuden a la población a afrontar esta crisis, y la promoción del desarrollo de mecanismos de resiliencia.

El conjunto de las personas que respondieron a la encuesta evidenció bajo nivel de ansiedad luego de cumplir dos meses de confinamiento obligatorio. La pregunta que surge es si la ansiedad se encuentra obturada por el desánimo, la pasividad, la evitación y una escasa visión de futuro, síntomas propios de la depresión⁴⁶. Del impacto de la situación inicial, cuando se evidenció un proceso de ansiedad de baja intensidad, tal cual se observó en los resultados de la primera toma del STAI a los 15 días del comienzo de la cuarentena

GRÁFICO 2. Nivel medio de ansiedad estado y de ansiedad rasgo según la especialidad (mujeres).



(mencionada en la introducción de este estudio)⁴², en esta administración se ratificaron los valores bajos tanto en ansiedad de rasgo como en ansiedad de estado. En este período, después de haber pasado por el primer impacto del encierro y la circulación de noticias falsas, continúa la incertidumbre con respecto a la pandemia y sus consecuentes medidas, por lo que se lo podría considerar un factor de influencia importante.

La escolaridad y los problemas de tecnología para padres y estudiantes, la escasez de equipos tecnológicos para el estudio, el trabajo domiciliario, la falta de espacio y privacidad tanto para las parejas como para las familias y de extrema soledad en las personas que viven solas, son factores para tener en cuenta en el cuadro de situación actual. A todo esto, se le deben sumar los problemas económicos que surgieron y que no dependen exclusivamente de la jerarquía social, sino que afectan tanto a empleados, obreros, jornaleros y dueños de empresas de diverso tamaño. Por otra parte, no solo existe un freno en la producción, sino también en las prácticas de consumo; tal ecuación aventura malos pronósticos. Hay estudios que consideran que las personas que carecen de recursos económicos están más propensas a tener depresión^{47,48}.

Las respuestas a una pérdida significativa (duelo, ruina económica) pueden incluir sentimientos de tristeza intensa, insomnio, y otros parecidos a la depresión³. Estos signos deben tenerse en cuenta en un contexto en el que los rituales de despedida (velatorios, sepelios) han sido restringidos y las personas con COVID-19 que fallecen sufren una muerte en soledad. Las costumbres de socialización, los encuentros, las salidas, las rutinas y los trabajos, se suman a la larga lista de pérdidas consecuentes de esta crisis sociosanitaria mundial y causan esta tristeza y desesperanza en lugar de ansiedad.

Dentro de la muestra, se pudieron observar algunas

diferencias: las mujeres, en general, presentaron mayor AE que los hombres, tal como se evidenció en el estudio realizado en El Salvador en donde las mujeres -emocionalmente más sensibles y más cuidadoras en su actitud⁴⁹- también mostraron más síntomas emocionales¹⁹. Tanto en varones como en mujeres se observó una AE más elevada cuando no saben si pertenecen al grupo de factor de riesgo, tal vez porque la conciencia despierta el miedo a la muerte y la incertidumbre, que juega un papel importante como disparador de la ansiedad ante esta fantasía. Las mujeres que sienten que se exponen al contagio en su trabajo presentaron AE más elevada, al igual que en la AR (mayor vulnerabilidad). Se observó una diferencia con respecto a los hombres, cuya AE aumenta cuando no saben si están en riesgo de contagio (nuevamente el incremento de la incertidumbre), presentando también mayor predisposición a la ansiedad.

Dentro de los profesionales de la salud, en el grupo de los hombres se observó una mayor AE en los profesionales de la salud mental, aunque los médicos tuvieron mayor predisposición a la ansiedad de rasgo. En las mujeres, la AE fue más elevada en las radiólogas, enfermeras, las profesionales de laboratorio y acompañantes terapéuticas, siendo estas últimas las que presentaron mayor predisposición a la ansiedad, probablemente por la exposición física y emocional. En este grupo, los hombres presentaron, de manera notable, mayor ansiedad al trabajar en forma virtual, a pesar de que esta modalidad los pone a salvo del contagio. Cabe preguntarse si estar expuestos al escaso dominio de la tecnología y a mostrar la intimidad del hogar, pueden ser factores que activen la ansiedad. En cambio, las mujeres presentaron mayor ansiedad al trabajar en forma presencial, esto se evidenció en el grupo de mujeres que en el trabajo se exponen al contagio, presentando estas últimas una AE más alta.

Tal como se indicó antes, el hecho de que el

relevamiento no se haya realizado a partir de un muestreo probabilístico constituye una limitación a la hora de hacer inferencia al resto de la población. La no representatividad de la muestra se refleja, en particular, en el hecho de que la mayoría de los participantes (79,4%) fueron mujeres, y este factor podría sesgar las conclusiones, ya que la composición de la muestra no se corresponde con la verdadera composición poblacional según el sexo.

La escasa ansiedad observada en general a esta altura del confinamiento podría desencadenar síntomas lindantes con la depresión, o por lo menos de un decaimiento del estado de ánimo y mayor fastidio, malhumor, tedio, aburrimiento, ante el escaso control de la situación y, por lo tanto, escasa visión de futuro. Algunas de las investigaciones antes mencionadas van en esa dirección³⁰⁻³². Esto nos lleva a considerar la posibilidad de evaluar, en un próximo estudio, la depresión y el trastorno por estrés postraumático, ya que de la misma manera que se entró a la cuarentena con el estrés que se desprendía de la situación, hoy se vive el estrés de la salida del encierro.

Más allá de este planteo, de acuerdo con los valores

que recogimos de la muestra, los niveles bajos de ansiedad de rasgo y de estado podrían describir a una población con características fruto de un sistema social, político y económico inestable⁵⁰, y que, más precisamente, es estable en su inestabilidad. Sobre esta hipótesis, para lograr sostenerse en un medio cuya inestabilidad se halla totalmente sistematizada, es necesario crear recursos y activar la inventiva: ser resiliente^{51,52}. Por tales razones, es posible que la ansiedad en la crisis de la COVID-19 no se encuentre en niveles elevados. Esta estabilidad de la inestabilidad podría haber generado grandes niveles de resiliencia, es decir, la capacidad de adaptación frente a un contexto que permanentemente tiende al desequilibrio^{53,54}.

Este estudio abre interrogantes con respecto a cuál sería el factor que genera mayor malestar, si la COVID-19 (con temor al contagio y sus consecuencias) o el contexto de cuarentena con sus implicancias, ya que se limita a medir la ansiedad, sin explorar cuál es la percepción de la población estudiada con respecto a los factores ansiógenos. Por otro lado, al evidenciarse una escasa ansiedad, aparece la necesidad de investigar si hay indicadores de depresión y medir niveles de resiliencia en la población argentina.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES: No hubo conflicto de intereses durante la realización del estudio.

Cómo citar este artículo: Rodríguez Ceberio M, Jones GM, Benedicto MG. COVID-19: Ansiedad de rasgo y estado en una población seleccionada de Argentina en un contexto de cuarentena extendida. *Rev Argent Salud Pública*. 2021;13 Supl COVID-19:e22. Publicación electrónica 1 Abr 2021.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

¹ Organización Mundial de la Salud. Alocución de apertura del Director General de la OMS en la rueda de prensa sobre la COVID-19 celebrada el 11 de marzo de 2020. Ginebra: OMS; 2020. Disponible en: <https://www.who.int/es/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>

² Asociación Estadounidense de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 4° ed (DSM-4). Virginia: American Psychiatric Association Publications;1994.

³ Asociación Estadounidense de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 5° ed (DSM-5). Virginia: American Psychiatric Association Publications; 2013

⁴ Ceberio MR. Los juegos del miedo: hacia un modelo integrador en el tratamiento de los trastornos de pánico. En: Medina R. Pensamiento sistémico. Guadalajara: Ed. UDG; 2014.

⁵ Barlow DH, Craske MG. Mastery of your anxiety and panic, 3rd edition (MAP-3): Client workbook for anxiety and panic. San Antonio: Graywind Publications/The Psychological Corporation; 2000.

⁶ Barlow DH, Durand M. Psicología anormal: un enfoque integral. CDMX: International Thomson Editores; 2001.

⁷ Barlow DH. Anxiety and its disorders: the nature and treatment of anxiety and panic. 2° ed. Nueva York: Guilford Press; 2002.

⁸ Barlow DH, Craske M.G. Mastery of your anxiety and panic: Client

workbook. 4°ed. Oxford University Press. 2007.

⁹ Wolpe J. Psychotherapy by reciprocal inhibition. Stanford: Stanford University; 1979.

¹⁰ Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal and coping. New York: Springer Publishing Company; 1984.

¹¹ Spielberger CD, Pollans CH, Worden TJ. Anxiety disorders. En: Turner M; Hersen M (Eds.). Adult Psychopathology and diagnosis. Nueva York: Wiley & sons; 1984:263-303.

¹² Cía AH. La ansiedad y sus trastornos: manual diagnóstico y terapéutico. Buenos Aires: Editorial Polemos; 2007.

¹³ Sandín B, Chorot P. Concepto y categorización de los trastornos de ansiedad. En: Manual de psicopatología. Madrid: McGraw-Hill; 1995:53-80.

¹⁴ Ceberio, MR. Uso de prescripciones paradójicas en trastornos de pánico y agorafobias: un estudio de revisión. Calidad de Vida y Salud. 2020 [citado 17 Mar 2021];13:2-17. Disponible en: <http://revistacdvs.uflo.edu.ar>

¹⁵ Vallejo Ruiloba, J. Introducción a la psicopatología y psiquiatría, 4° ed. Barcelona: Ed. Masson; 1998.

¹⁶ Huang JZ, Han MF, Luo TD, Ren AK, Zhou XP. Mental health survey of 230 medical staff in a tertiary infectious disease hospital for COVID-19. Chinese Journal of Industrial Hygiene and Occupational Diseases [Internet]. 29 de febrero 2020;38(3):192-5. Doi: [10.3760/cma.j.cn121094-20200219-00063](https://doi.org/10.3760/cma.j.cn121094-20200219-00063)

¹⁷ Lai J, Ma S, Wang Y, Cai Z, Hu J, Wei N, Tan H. Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. JAMA Network Open [Internet]. 2020 [citado 17 Mar

2021];3(3):e203976. Disponible en: <https://jamanetwork.com/> Doi: 10.1001/jamanetworkopen.2020.3976

¹⁸ Sandin B, Valiente RM, García-Escalera J, Chorot P. Impacto psicológico de la pandemia de COVID-19: Efectos negativos y positivos en población española asociados al periodo de confinamiento nacional. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica* [Internet]. 2020 [citado 17 Mar 2021];25(1). Disponible en: <http://www.aepcp.net/http://revistas.uned.es/index.php/rppc>

¹⁹ Orellana CI, Orellana LM. Predictores de síntomas emocionales durante la cuarentena domiciliar por pandemia de COVID-19 en El Salvador. *Actuallidades en Psicología* [Internet]. 2020[citado 17 Mar 2021];34(128):103-120. Disponible en: <http://revistas.ucr.ac.cr/index.php/actualidades>.

²⁰ Goyal K, Chauhan P, Chhikara K, Gupta P, Singh MP. Fear of COVID 2019: First suicidal case in India! *Asian Journal of Psychiatry* [Internet]. 2020;49:101989. Doi: 10.1016/j.ajp.2020.101989.

²¹ Masip P, Aran-Ramspott S, Ruiz-Caballero C, Suau J, Almenar E, Puertas-Graell D. Consumo informativo y cobertura mediática durante el confinamiento por el Covid-19: sobreinformación, sesgo ideológico y sensacionalismo. *EPI* [Internet]. 2020 [citado 17 Mar 2021];29(3). Disponible en: <https://doi.org/10.3145/EPI>

²² Wei Y, Shah R. Substance use disorder in the COVID-19 pandemic: a systematic review of vulnerabilities and complications. *Pharmaceuticals* [Internet]. 2020 [citado 17 Mar 2021];13(7):155. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/ph13070155>

²³ González-Díaz RR, Ledesma KNF. Cultura organizacional y sustentabilidad empresarial en las Pymes durante crisis periodos de confinamiento social. *CiD Journal*. 2020 [citado 17 Mar 2021];1(1):28-41. Disponible en: <https://doi.org/10.46785/cidj.v1i1.40>

²⁴ Ozamiz-Etxebarria N, Dosil-Santamaria M, Picaza-Gorrochategui M, Idoia-ga-Mondragon N. Niveles de estrés, ansiedad y depresión en la primera fase del brote del COVID-19 en una muestra recogida en el norte de España. *Cadernos de Saude Publica* [Internet]. 2020 [citado 17 Mar 2021];36(4). Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/csp/2020.v36n4/e00054020/es/>

²⁵ Arias Molina Y, Herrero Solano Y, Cabrera Hernández Y, Guyat DC, Mederos YG. Manifestaciones psicológicas frente a la situación epidemiológica causada por la COVID-19. *Revista Habanera de Ciencias Médicas* [Internet]. 2020 [citado 17 Mar 2021];19. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2020000400012

²⁶ Huarcaya-Victoria J. Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de COVID-19. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública* [Internet]. 2020 [citado 17 Mar 2021];37(2). Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/rpmpsp/2020.v37n2/327-334/es/>

²⁷ Cedeño NJV, Cuenca MFV, Mojica AAD, Portillo M T. Afrontamiento del COVID-19: estrés, miedo, ansiedad y depresión. *Enfermería Investiga* [Internet]. 2020 [citado 17 Mar 2021];5(3):63-70. Disponible en: <https://revistas.uta.edu.ec/erevista/index.php/enfi/article/view/913>

²⁸ Moreno-Proano G. Pensamientos distorsionados y ansiedad generalizada en COVID-19. *CienciaAmérica* [Internet]. 2020 [citado 17 Mar 2021];9(2):251-55. Disponible en: <http://cienciaamerica.uti.edu.ec/openjournal/index.php/uti/article/view/314>

²⁹ Tomás-Sábado J. Miedo y ansiedad ante la muerte en el contexto de la pandemia de la COVID-19. *Revista de Enfermería y Salud Mental* [Internet]. 2020 [citado 17 Mar 2021];16(1):26-30. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7544334.pdf>

³⁰ Galindo-Vázquez O, Ramírez-Orozco M, Costas-Muñoz R, Mendoza-Contreras LA, Calderillo-Ruiz G, Meneses-García A. Síntomas de ansiedad, depresión y conductas de autocuidado durante la pandemia de COVID-19

en la población general. *Gaceta Médica* [Internet]. 2020 [citado 17 Mar 2021];156:298-305. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7725297>

³¹ Lozano-Vargas A. Impacto de la epidemia del coronavirus (COVID-19) en la salud mental del personal de salud y en la población general de China. *Revista de Neuro-Psiquiatría* [Internet]. 2020 [citado 17 Mar 2021];83(1):51-56. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-85972020000100051

³² Soca Guzmán CA. Frecuencia de miedo, ansiedad y depresión en gestantes en el contexto COVID-19 en un hospital general de Lima-Metropolitana [Internet]. Lima: Repositorio de la Universidad Cayetano Heredia; 2020. [citado 17 Mar 2021] Disponible en: <http://repositorio.upch.edu.pe/handle/upch/8468>

³³ Saravia-Bartra MM, Cazorla-Saravia P, Cedillo-Ramírez L. Nivel de ansiedad de estudiantes de medicina de primer año de una universidad privada del Perú en tiempos de Covid-19. *Revista de la Facultad de Medicina Humana* [Internet]. 2020 [citado 17 Mar 2021];20(4). Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2308-05312020000400568

³⁴ Santamaría MD, Ozamiz-Etxebarria N, Rodríguez IR, Alboniga-Mayor JJ, Gorrotxategi MP. Impacto psicológico de la COVID-19 en una muestra de profesionales sanitarios españoles. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental* [Internet]. 2020. [citado 17 Mar 2021] Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2020.05.004>

³⁵ Jurado MM, Herrera-Peco I, del Carmen Pérez-Fuentes M, Linares JGG. Análisis de la amenaza percibida por la COVID-19 en población española. *Atención Primaria* [Internet]. 2020 [citado 17 Mar 2021];52(7):515-6. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656720301475/pdf?md5=9ba91452f4e18646732c4d6d37aa99db&pid=1-s2.0-S0212656720301475-main.pdf>

³⁶ Jerves Mora RS. Pandemia y ansiedad social. *Rev Fac Cienc Med* [Internet]. 2020 [citado 17 Mar 2021];13-16. Disponible en: <https://publicaciones.ucuena.edu.ec/ojs/index.php/medicina/article/view/3224>

³⁷ Sánchez MV, Águila HD. COVID-19: respuestas psicológicas y maneras de gestionarlas. *Revista del Hospital "Dr. Emilio Ferreyra"* [Internet]. 2020 [citado 17 Mar 2021];1(1):e33-e34. Disponible en: <http://revista.deiferreyra.com/index.php/RHEF/article/download/23/74>

³⁸ Cao X. COVID-19: immunopathology and its implications for therapy. *Nature Reviews Immunology* [Internet]. 2020 [citado 17 Mar 2021];20(5):269-270. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/s41577-020-0308-3%20/1%20auth-1>

³⁹ Clerkin KJ, Fried JA, Raikhelkar J, Sayer G, Griffin JM, Masoumi A, et al. COVID-19 and cardiovascular disease. *Circulation* [Internet]. 2020 [citado 17 Mar 2021];141(20):1648-55. Disponible en: <https://www.ahajournals.org/doi/full/10.1161/CIRCULATIONAHA.120.046941>

⁴⁰ Fang L, Karakiulakis G, Roth M. Are patients with hypertension and diabetes mellitus at increased risk for COVID-19 infection? *The Lancet Respiratory Medicine* [Internet]. 2020 [citado 18 Mar 2021];8(4):e21. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7118626/>

⁴¹ Serra Valdés MA. Infección respiratoria aguda por COVID-19: una amenaza evidente. *Revista Habanera de Ciencias Médicas* [Internet]. 2020 [citado 18 Mar 2021];19(1):1-5. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1729-519X2020000100001&script=sci_arttext&tlng=pt

⁴² Ceberio M, Jones GM, Benedicto G. La ansiedad en la población argentina en el contexto de la pandemia por el COVID-19. *RevPsi* [Internet]. 2021 [citado 17 Mar 2021];081. Disponible en: <https://revistas.unlp.edu.ar/revpsi/article/view/10229>

- ⁴³ Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. Fundamentos de metodología de la investigación. CDMX: McGraw-Hill; 2007.
- ⁴⁴ Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. STAI. Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Self Evaluation Questionnaire). Palo Alto California: Consulting Psychologist [Internet]. 1970 [citado 18 Mar 2021];22:1-24. Disponible en: <https://ci.nii.ac.jp/naid/10014833083/>.
- ⁴⁵ Figueroa N. Ansiedad: algunas concepciones teóricas y su evaluación. En: Casullo M, Figueroa N. y Aszkenazi: Teoría y Técnicas de Evaluación Psicológica. Buenos Aires: Psicoteca; 1991(6):123-135.
- ⁴⁶ Beck A. Terapia cognitiva de la depresión [Internet]. Madrid: Desclée De Brouwer; 2012. Disponible en: <https://www.cop.es/colegiados/PV00520/Guia%20Beck%20depresion.pdf>
- ⁴⁷ Pratt LA, Brody D J. Implications of two-stage depression screening for identifying persons with thoughts of self-harm. Gen Hosp Psychiatry [Internet]. 2014 [citado 18 Mar 2021] ;36(1):119-123. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0163834313002545>
- ⁴⁸ Gary *et al.* Beck Depression Inventory-II: factor analyses with three groups of midlife women of African descent in the Midwest, the South, and the U.S. Virgin Islands. Issues Ment Health Nurs [Internet]. 2018 [citado 18 Mar 2021];39(3):233-43. Disponible en: <https://www.researchgate.net/profile/Rosalynn-Conic/publication/321447258>
- ⁴⁹ Brizendine L. El cerebro femenino. Barcelona: Ed. RBA; 2010. Disponible en: https://www.academia.edu/download/65427480/kupdf.net_brizendine_l_el_cerebro_femenino_libropdf.pdf
- ⁵⁰ Luna F. Golpes militares y salidas electorales. Buenos Aires, Editorial Sudamericana; 1983.
- ⁵¹ Ceberio MR. Cenicentas y patitos feos. Barcelona: Herder Editorial; 2013.
- ⁵² Ceberio MR, Watzlawick P. Ficciones de la realidad, realidades de la ficción. Barcelona: Paidós Ibérica; 2008.
- ⁵³ Ceberio MR. También los superhéroes buscan reconocimiento. Ciencias Psicológicas II. 2008 [citado 18 Mar 2021](1):65-75. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3983726.pdf>
- ⁵⁴ Cyrulnik B. Los patitos feos. La resiliencia: una infancia infeliz no determina la vida. Barcelona: Editorial Gedisa; 2008.



Esta obra está bajo una licencia de *Creative Commons* Atribución-No Comercial-Compartir Igual 4.0 Internacional. Reconocimiento – Permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra. A cambio se debe reconocer y citar al autor original. No comercial – esta obra no puede ser utilizada con finalidades comerciales, a menos que se obtenga el permiso.