



## FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES

Máster Universitario en Psicología General Sanitaria

Factores determinantes del afrontamiento adaptativo en el personal sanitario interviniente en el COVID 19.

**Trabajo de Fin de Máster.**

Autora: Carmen Fernández de Torres.

Tutora: Rocío Caballero Campillo.

## Resumen:

**Introducción.** La enfermedad por Covid-19 ha provocado un gran impacto en la salud mental de la población y en concreto, del personal sanitario. Los profesionales de la salud que trabajaron durante la pandemia experimentaron síntomas de ansiedad, depresión y estrés postraumático. Afecciones que podían verse reducidas gracias al afrontamiento adecuado, el apoyo social, el descanso y las emociones positivas entre otros.

**Objetivo.** En el presente trabajo se pretende conocer qué factores predicen un afrontamiento adaptativo en el personal sanitario tras dos años de pandemia.

**Método.** Se recogió una muestra de 102 participantes a los que se les aplicó la escala COPE-28 para medir la variable dependiente de estrategias de afrontamiento y las escalas del PANAS, EMAS, PSS, y CESQT para evaluar las variables independientes de Afecto positivo, Apoyo social, Estrés y Fatiga laboral respectivamente. A continuación, se realizó un análisis descriptivo de las variables sociodemográficas además de un análisis de correlación para conocer si las variables están relacionadas entre sí. Y, por último, se llevó a cabo una regresión lineal por pasos hacia adelante para conocer qué variables predicen y con qué peso, el afrontamiento adaptativo de la muestra de sanitarios.

**Resultados.** Se obtuvo un alto uso de las estrategias de aceptación, afrontamiento activo, apoyo emocional, planificación y apoyo social, encontrándose que el afecto positivo, el apoyo social, el estrés y la fatiga laboral eran variables explicativas de las diferentes estrategias de afrontamiento adaptativas. Además, se obtuvo un nivel medio en las variables de afecto positivo, y estrés y puntuaciones altas en la mayoría de las estrategias de afrontamiento adaptativas y en apoyo social, en concreto por parte de personas relevantes, además de puntuaciones altas en fatiga laboral.

**Discusión.** Las estrategias de afrontamiento en las que los participantes puntuaron más alto (aceptación, afrontamiento activo, apoyo emocional, planificación y apoyo social) forman parte de las estrategias de afrontamiento centradas en el problema que tienden a ser las más utilizadas (Arrogante, 2016) y las que generan un mayor bienestar psicológico (Kavčič, 2022) además de ser las más comúnmente utilizadas en el ámbito laboral. Dentro de las implicaciones clínicas, se concluyó en la importancia de fomentar el apoyo social y psicológico en el personal sanitario, así como las emociones positivas para lograr un afrontamiento adecuado en los profesionales.

**Palabras clave:** personal sanitario, Covid-19, pandemia, afrontamiento adaptativo, apoyo social.

### **Abstract:**

**Introduction.** The Covid-19 disease has had a great impact on the population's mental health and specifically on that of health personnel. Health professionals who worked during the pandemic experienced symptoms of anxiety, depression, and post-traumatic stress.

Conditions that could be reduced thanks to adequate facing process, social support, rest and positive emotions among others.

**Objective.** In the present dissertation, we intend to know which factors predict an adaptive facing process in health personnel after two years of pandemic.

**Method.** A sample of 102 participants was collected to whom the COPE-28 scale was applied to measure the dependent variable of facing strategies and the PANAS, EMAS, PSS, and CESQT scales to evaluate the independent variables of positive affect, social support, stress and work fatigue respectively. Next, a descriptive analysis of the sociodemographic variables was carried out in addition to a correlation analysis to find out if the variables are related to each other. And, finally, a forward stepwise linear regression was carried out to find out which variables predict, and with what weight, the adaptive coping of the sample of health workers.

**Results.** A high use of acceptance, active coping, emotional support, planning and social support strategies was obtained, finding that positive affect, social support, stress and work fatigue were explanatory variables of the different adaptive coping strategies. In addition, a medium level was obtained in the variables of positive affect, and stress and high scores in most adaptive coping strategies and in social support, specifically by relevant people, in addition to high scores in work fatigue.

**Discussion.** The coping strategies in which the participants scored the highest (acceptance, active coping, emotional support, planning and social support) are part of the problem-focused coping strategies that tend to be the most used (Arrogante, 2016) and those that generate greater psychological well-being (Kavčič, 2022) in addition to being the most commonly used in the workplace. Within the clinical implications, it was concluded that it is important to promote social and psychological support in health personnel, as well as positive emotions to achieve adequate coping in professionals.

**Key words:** health personnel, Covid-19, pandemic, adaptive facing process, social support.

## ÍNDICE

|   |    |
|---|----|
| 1. Introducción .....                               | 5  |
| 1.1. Consecuencias psicológicas de la pandemia..... | 5  |
| 1.2. Factores protectores.....                      | 7  |
| 1.3. Objetivo del estudio .....                     | 9  |
| 2. Método.....                                      | 9  |
| 2.1. Participantes.....                             | 9  |
| 2.2. Procedimiento.....                             | 9  |
| 2.3. Instrumentos.....                              | 10 |
| 2.4. Análisis de datos.....                         | 12 |
| 3. Resultados.....                                  | 13 |
| 4. Discusión.....                                   | 30 |
| 5. Referencias.....                                 | 35 |

## 1. Introducción:

En Wuhan, Hubei, China, se descubrió en diciembre de 2019 la aparición de un grupo de casos de neumonía que, al estudiar su origen, se asoció con la aparición de un nuevo coronavirus (SARS-CoV-2) cuya propagación fue muy rápida causando una elevada mortalidad (Zhu et. al, 2020). En marzo de 2020 la enfermedad por COVID-19 fue constituida como una pandemia por la Organización Mundial de la Salud (World Health Organization, 2020). Actualmente se contabilizan 188.233.608 casos de COVID-19 acumulados en Europa desde el comienzo de la pandemia hasta ahora y en concreto en España se cuentan 11. 223. 977 de casos y 101.135 fallecidos hasta la actualidad (World Health Organization, 2022).

### 1.1. *Consecuencias psicológicas de la pandemia*

#### - *En la población general*

Según un estudio realizado por González y Jariago (2020) sobre los factores asociados al malestar psicológico en la población a raíz de la pandemia, se obtuvo que el 24,7% de los participantes experimentaron un impacto psicológico severo o moderado y dentro de los mismos un 48,8% presentó malestar psicológico asociado al Covid-19. Con respecto a este malestar, Brooks et al., (2020) relacionaron el sentir emociones como la ira, el miedo y la frustración y síntomas de ansiedad, depresión y estrés con el haber vivido una cuarentena. Además de un reducido bienestar psicológico, depresión, insatisfacción y necesidad de apoyo social y psicológico (Ammar et al., 2020). Según Cullen et al., (2020) la enfermedad infecciosa del COVID-19 ha generado en la población un gran impacto a nivel emocional dando lugar a un malestar emocional, conductas no adaptativas y ansiedad. Estos síntomas pueden continuar a largo plazo, según una investigación realizada por Liu et al. (2020), que encontraron que, pasado un mes de la pandemia, un 7% de los participantes seguían experimentando síntomas de estrés postraumático. Asimismo, Chiliquinga et al., (2021) descubrieron que las duras condiciones laborales, el miedo al contagio, el haber vivido una cuarentena y el tener contacto con personas infectadas, produjeron en la población niveles altos de preocupación y ansiedad. Estas consecuencias negativas que ha sufrido la población a raíz de la enfermedad por Covid-19 también se han visto influenciadas por hábitos de vida poco saludables como un bajo ejercicio físico, un sueño deficiente, una interacción social

reducida, ausencia de trabajo y una alimentación poco sana, además de un uso extremo de las tecnologías (Ammar et al., 2020).

- *En el personal sanitario*

Es llamativo el hecho de que existan estudios sobre la enfermedad del COVID-19, sobre su sintomatología y consecuencias y que por otro lado exista una escasez de estudios relacionados con el impacto que ha supuesto para el personal sanitario (Xiang, 2020), ya que es uno de los grupos más vulnerables de la pandemia y que por ello, es esencial que puedan recibir apoyo psicológico (Izurieta y Izurieta, 2021). Además, el personal sanitario se ha visto obligado a enfrentarse a situaciones laborales muy estresantes, con un aumento considerable de las jornadas, medidas de seguridad muy estrictas, escasos recursos de protección ante posibles infecciones y realización de funciones diferentes a las que solían realizar por su formación previa (Vieta et al., 2020). Se encontró que un 39,1% de sanitarios en Wuhan, experimentaron malestar psicológico a raíz de su inquietud ante las precauciones tomadas en relación a la protección y el riesgo de estar infectados (Dai et al., 2020). Además, en un estudio realizado con profesionales de la salud de sesenta países distintos, se observó fatiga laboral asociada al alto volumen de trabajo y su influencia en la realización de labores domésticas, la exposición a pacientes infectados y la toma de decisiones importantes en el trabajo que se asoció con un elevado estrés (Morgantini, 2020). En otro estudio, la mitad de los profesionales médicos de la UCI presentaron agotamiento y ansiedad graves, y un 30% experimentaron síntomas de ansiedad (Azoulay et al., 2020). Además, se encontró que los trabajadores sanitarios presentaron altas puntuaciones en ansiedad, estrés, depresión, perturbaciones del descanso y estrés postraumático (Tolsa y Malas, 2021), siendo el estrés y la ansiedad factores que afectan negativamente a la calidad del sueño y la autoeficacia del personal sanitario (Xiao et al. 2020). Pan et al. (2020) descubrieron que los niveles de ansiedad en los médicos y enfermeras en China durante la pandemia fueron mayores que la norma y se redujeron con el tiempo. También Xu et al. (2020) descubrieron que las puntuaciones en ansiedad y depresión del personal quirúrgico eran más altas durante el periodo de pandemia en comparación con el periodo sin la misma.

## 1.2. Factores protectores

### - En la población general

Es esencial tener en cuenta aquellas variables que pueden influir en el bienestar de la población a raíz del Covid-19. Para ello hablaremos de las estrategias de afrontamiento que resultan más adaptativas. Carver (1997) habla de que existen tres formas de afrontamiento, las ajustadas al problema, las ajustadas a la emoción y las desadaptativas. Las centradas en el problema consisten en una manera activa y planificada de hacer frente al problema, con la existencia de un apoyo instrumental. Las centradas en la emoción engloban el uso de la broma, el apoyo del entorno, la espiritualidad, la aceptación y la resignificación positiva. Por último, las estrategias de afrontamiento desadaptativas implican la evitación mediante la distracción, la culpabilización a uno mismo, la negación y el consumo de sustancias entre otras. En un estudio realizado con población eslovena durante la primera ola de la pandemia se encontró que las estrategias orientadas al problema fomentaban el bienestar psicológico (Kavčič, 2022). Esta forma de afrontamiento está influenciada por una serie de factores como la existencia de un clima de afecto, ayuda y tranquilidad en el hogar y la aceptación de las limitaciones relacionadas con la pandemia (Tintori et al., 2020).

### - En el personal sanitario

A continuación, hablaremos de aquellos factores protectores que pueden favorecer el bienestar en el personal sanitario. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020) el personal sanitario interviniente en la pandemia presenta un riesgo mayor de padecer una serie de síntomas psicológicos como los mencionados anteriormente y recomendó el ejercicio físico, la alimentación saludable y el descanso al igual que la presencia de un contacto social, con familiares, compañeros y amigos. El apoyo social constituye la manera en la que la persona interpreta de manera subjetiva sus fuentes de apoyo existentes, el apoyo familiar, el apoyo de los amigos y de otras personas importantes en la vida del sujeto (Zimet et. al, 1988) y se ha visto esencial para afrontar la pandemia por Covid-19 pues promueve una adecuada adaptación a esta nueva forma de vida (Fiallo-Almendáris et. al, 2020) y disminuye las probabilidades de patología o malestar psicológico (Organización Mundial de la Salud, 2003). Esta relevancia del apoyo social en la salud mental del personal sanitario y, por tanto, en su desempeño laboral, fue observada en un estudio realizado por Hou et. al (2020) durante la pandemia de Covid-19. Además de que estudios previos ya habían relacionado un bajo apoyo social en el personal sanitario con estilos de afrontamiento desadaptativos como la

crítica a uno mismo (Zhang, 2012). Además del apoyo social, Muñoz-Fernández et al. (2020) mencionan el afrontamiento adecuado, la capacidad de introspección y de pedir ayuda, la existencia de un estilo de vida sano y la presencia de una pareja estable como factores que disminuyen la probabilidad de que se produzcan problemas psicológicos en el personal sanitario. Además, Kelly et al. (2022) descubrieron que el aumento de control sobre el tiempo de trabajo, la adecuada comunicación con los compañeros y el equilibrio entre el trabajo y la vida personal, fomentaban una disminución de la fatiga laboral. Dewey et al. (2020) proponen una serie de sugerencias que fomentan el desarrollo de una cultura de apoyo al personal sanitario entre las que se encuentran el valorar el papel crucial del personal sanitario, fomentar la comunicación y la clarificación de los horarios de trabajo. También menciona la importancia de que el personal sanitario tenga acceso a un equipo adecuado. Ante esta necesidad de dar importancia a las condiciones laborales de los trabajadores sanitarios, en un estudio realizado por Chen et al. en 2006, sobre el síndrome respiratorio agudo severo (SARS), afirmó que la existencia de un equipo apropiado de protección y un posible acceso a recibir apoyo psicológico disminuía los síntomas de ansiedad y depresión. Además, una investigación llevaba a cabo por Simón et al. (2022) pone de manifiesto la necesidad de priorizar el descanso en el personal de enfermería como otro elemento más en las conductas de autocuidado.

En la misma línea, se han estudiado otros factores que pueden actuar de agentes protectores en el personal sanitario, encontrándose entre ellos el tener una edad avanzada, ser hombre, la presencia de una adecuada calidad del sueño, así como un elevado afecto positivo y satisfacción vital. Todos ellos promovían un afrontamiento adecuado en los profesionales sanitarios (Bozdağ y Ergün, 2020). En concreto, con respecto al afecto positivo, que Fredrickson (2013) define como una respuesta ante interpretaciones de las circunstancias que llevan a una ampliación de las tendencias de pensamiento y acción y a la construcción de recursos personales ante situaciones difíciles que fomentan una transformación de la persona. Se ha descubierto que el experimentar estas emociones en momentos de sufrimiento facilitan un adecuado afrontamiento de situaciones difíciles. Además, varios estudios han encontrado una relación entre resiliencia y el haber experimentado emociones positivas de felicidad e interés en momentos de gran ansiedad (Fredrickson, 2001).

### 1.3. *Objetivo del estudio*

En el presente trabajo se pretende conocer qué factores predicen un afrontamiento adaptativo en el personal sanitario tras dos años de pandemia, contemplando las variables de apoyo social, afecto positivo, fatiga laboral, estrés percibido, el vivir una muerte cercana por Covid-19 y la existencia de apoyo psicológico en función también del tipo de profesión, el sexo y la edad de la persona.

## 2. Método

### 2.1 *Participantes*

Para la obtención de la muestra se realizó un cuestionario en la plataforma de Google Forms que se difundió por redes sociales, en concreto se publicó en las aplicaciones de Instagram y WhatsApp con el objetivo de llevar a cabo el muestreo no probabilístico de bola de nieve.

La muestra, compuesta por profesionales sanitarios intervinientes en la pandemia, fue reclutada entre enero de 2022 y marzo de 2022. Se obtuvieron respuestas de 102 participantes, de los cuales todos ellos dieron su consentimiento para participar en el estudio de manera previa a que rellenasen el cuestionario por lo que no fue excluido ningún participante.

### 2.2 *Procedimiento*

Esta investigación fue aprobada por el Comité de Ética de la Universidad Pontificia de Comillas y todos los sujetos participaron de manera voluntaria en el estudio.

Los resultados se obtuvieron a través de un cuestionario que fue diseñado en la plataforma de Google Forms y que estaba dividido en varias partes. La primera consistía en una breve explicación de la temática de la investigación, posteriormente, en la segunda sección se explicaba el objetivo del estudio y se pedía el consentimiento para participar voluntariamente en el mismo, en el caso de que se respondiese negativamente, se dirigía a la persona a la parte final del estudio en el cual se le agradecía su participación. Tras este apartado, se recogieron los datos sociodemográficos de género, edad y se preguntó por si había trabajado como sanitario/a en marzo de 2020 durante el inicio de la pandemia, en el

caso de que respondiese afirmativamente se le pidió que especificase el puesto de trabajo que llevó a cabo. Además, también se les preguntó por el tiempo que llevaban trabajando desde el inicio de la pandemia por Covid-19, si habían recibido apoyo psicológico durante ese periodo y si habían vivido una muerte cercana por Covid-19 y en el caso de que respondiesen afirmativamente se les pidió que concretasen el tipo de relación que tenían con el fallecido (familiar de primer grado, familiar de segundo grado, compañero/a de trabajo y paciente contagiado). Posteriormente de la cuarta a la octava sección se les presentaba en el siguiente orden las diferentes escalas: estrategias de afrontamiento, la escala de afectividad, la escala de apoyo social percibido, el cuestionario de estrés percibido y por último la escala de fatiga laboral.

Con respecto a las medidas que se llevaron a cabo para el mantenimiento del anonimato de la información obtenida, no se solicitó ningún dato que identificase a los participantes, al igual que se creó una cuenta específica de Google para realizar el Google Forms con el sistema de seguridad de “doble paso”.

### *2.3 Instrumentos*

Con respecto a los instrumentos utilizados en el presente estudio para la evaluación de las variables, estos son presentados a continuación.

Para la evaluación de la **variable dependiente** de **estrategias de afrontamiento** aplicamos la siguiente escala:

- *COPE-28*, la versión española del Brief COPE de Carver (1997) realizada por Morán y Manga. Presenta 14 subescalas, cada una conformada por 2 ítems, en total 28 ítems, siendo las opciones de respuesta del 0 al 3: 0 (No, en absoluto) al 3 (Mucho). Este cuestionario pretende medir las 14 estrategias de afrontamiento que consisten en: planificación, reinterpretación positiva, afrontamiento activo, apoyo emocional, apoyo social, desahogo, negación, auto distracción, desconexión, autoinculpación, humor, religión, uso de sustancias y aceptación. Con respecto a las características psicométricas del test, Morán et al. (2010) realizaron un estudio sobre las características de la escala en el cual no se pudieron obtener resultados concluyentes sobre la validez de la escala. Sin embargo, sí que se pudo observar una baja

consistencia interna en muchas de las subescalas, siendo sus puntuaciones del Alpha de Cronbach de: 0,78 en “Apoyo emocional”, 0,64 en "Apoyo Social", 0,58 en "Afrontamiento Activo", 0,60 en "Planificación", 0,93 en "Uso de Sustancias", 0,79 en "Humor", 0,80 en "Religión", 0,59 en "Autodistracción", 0,64 en "Negación", 0,58 en "Desahogo", 0,58 en "Autoinculpación", 0,63 en "Desconexión", 0,59 en "Reinterpretación Positiva" y 0,30 en "Aceptación". Por ello, se propuso reducir las 14 subescalas a 11, no teniendo en cuenta la subescala de aceptación debido a que no presentaba una adecuada consistencia interna y agrupándose los ítems de las subescalas de afrontamiento activo y planificación, y los ítems de las subescalas de apoyo social y apoyo emocional.

Para la evaluación de las **variables independientes** de **Afecto positivo**, **Apoyo social**, **Estrés percibido** y **Fatiga laboral**, se utilizaron los siguientes instrumentos:

- La escala de *Positive Affect and Negative Affect Schedule (PANAS)* de Watson, et al., 1988 contiene 20 ítems, de los cuales 10 hacen referencia a la Escala de Afecto Negativo y los otros 10 a la Escala de Afecto Positivo. Este cuestionario mide las respuestas mediante una escala Likert de 1 a 5, siendo 1 (*Nada*) a 5 (*Mucho*). Con respecto a las propiedades psicométricas de la prueba, la escala PANAS presentó una adecuada validez y consistencia interna, siendo el coeficiente de Alfa de Cronbach de la subescala PANAS negativo de .91 y para afecto positivo de .77.
- En relación a la evaluación del apoyo social percibido, se podría pasar la *Escala Multidimensional de Apoyo Social percibido (EMAS)* adaptada al castellano por Landeta, et. al (2002). Este cuestionario contiene 12 ítems con 7 opciones de respuesta, yendo del 1 (*Totalmente en desacuerdo*) al 7 (*Totalmente de acuerdo*). Con respecto a las propiedades psicométricas de la escala, estas fueron adecuadas. En relación a la consistencia interna de la escala, se obtuvieron las siguientes puntuaciones del Alfa de Cronbach: para las subescalas de “Un otro significativo”, “Familia” y “Amigos”, los valores fueron .91, .87 y .85, respectivamente. La puntuación de la escala total fue de .88 (Zimet et al., 1988).
- Con respecto al estrés percibido, se aplicó la versión española de la *Perceived Stress Scale (PSS)* de Cohen, et. al (1983), adaptada por Remor (2006). Esta

escala está compuesta por 14 ítems con 4 opciones de respuesta, siendo el 0 (*nunca*) y el 4 (*muy a menudo*). Con respecto a las propiedades psicométricas de la versión española de la escala, está mostró una adecuada validez y consistencia interna, siendo la puntuación del Alpha de Cronbach de 0,81.

- Por último, para medir la fatiga laboral se utilizó el *Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (CESQT)* de Gil-Monte (2011). Presenta 20 ítems que son repartidos en 4 subescalas: ilusión por el trabajo, desgaste psíquico, indolencia y culpa. Con respecto al rango de respuesta, este es del 0 al 4, siendo el 0 (*nunca*) y 4 (*muy frecuentemente: todos los días*). Además, el cuestionario ofrece una puntuación total que consiste en la suma de todas las subescalas menos la de culpa, ya que esta únicamente permite la diferenciación de dos perfiles, aquel con niveles muy altos de culpa y aquel sin niveles muy altos de la misma. Es importante señalar que altas puntuaciones en desgaste psíquico, indolencia y culpa junto a bajas puntuaciones en ilusión por el trabajo muestran altos niveles del SQT. En relación a las propiedades psicométricas de la escala, se han obtenido resultados de fiabilidad y consistencia interna correctos, aunque en validez presenta elementos mejorables, su valoración es adecuada (Gil-Monte y Faúndez, 2011).

#### 2.4. Análisis de datos

Para la realización del TFM se realizó un estudio descriptivo transversal en el que en un inicio se realizó un análisis descriptivo de las variables sociodemográficas de la muestra. A continuación, se realizó un análisis de correlación para conocer si las variables están relacionadas entre sí. Y, por último, para conocer qué variables predicen y con qué peso, el afrontamiento adaptativo de la muestra de sanitarios, se llevó a cabo una regresión lineal por pasos hacia adelante cuya variable dependiente era el afrontamiento adaptativo (Planificación, Reinterpretación positiva, Afrontamiento activo, Apoyo emocional, Apoyo social, Desahogo, Humor, Religión y Aceptación) y las variables independientes (Afecto positivo, Apoyo social, Estrés percibido, Fatiga laboral, Género, Edad, Desempeño al inicio de la pandemia, Puesto de trabajo del personal que ejerció al inicio de la pandemia, Tiempo de ejercicio, Apoyo psicológico, Muerte cercana y Relación con el/la fallecido/a).

### 3. Resultados

Participaron 102 profesionales sanitarios en este estudio, de las cuales 83 (81,4%) eran mujeres y 19 (18,6%) hombres. La edad oscilaba entre los 22 y los 65 años ( $M= 43,7$ ,  $DT= 13,57$ ). Un total de 88 (86,3%) participantes trabajaron desde el inicio de la pandemia y un 90,2% de la muestra llevaba trabajando como sanitarios más de un año. Estos datos pueden observarse en la **Tabla 1**.

**Tabla 1**

*Características Sociodemográficas de la Muestra (N=102)*

| Variables   | N (%)        |
|---|--------------|
| Género  |              |
| Femenino  | 83 (81.4)    |
| Edad media  | 43,7 (22-65) |
| Desempeño inicio pandemia   |              |
| Sí  | 88 (86.3)    |
| Puesto de trabajo del personal que ejerció al inicio de la pandemia             |              |
| Médico/a  | 44 (50)      |
| Enfermero/a y Auxiliar de enfermería (TCAE)                                     | 27 (30,7)    |
| Otros (fisioterapeutas, celadores y farmacéuticos)                              | 17 (19.3)    |
| Tiempo de ejercicio   |              |
| Más de un año   | 92 (90,2)    |
| Apoyo psicológico   |              |
| No  | 87 (85.3)    |
| Muerte cercana  |              |
| No  | 52 (51)      |
| Relación con el/la fallecido/a  |              |
| Paciente que por alguna razón usted haya tenido una mayor implicación emocional | 21 (41.2)    |

|  |           |
|--|-----------|
| Familiar de primer grado (padres, hijo/a, hermano/a) y familiar de segundo grado (tío/a, abuelo/a) | 15 (29.4) |
| Compañero/a de trabajo   | 15 (29.4) |

En la **Tabla 2** se muestran los valores medios y las desviaciones típicas de las variables analizadas. Se pudo observar un alto uso de las estrategias de afrontamiento adaptativo de planificación ( $M= 4,29$ ,  $DT=1,43$ ), afrontamiento activo ( $M=4,91$ ,  $DT=1,17$ ), apoyo emocional ( $M=4,46$ ,  $DT= 1,54$ ), apoyo social ( $M=4,05$ ,  $DT=1,59$ ) y aceptación ( $M=5,02$ ,  $DT=1,09$ ). Teniendo en cuenta que las puntuaciones del 0 al 0,16 consisten en un uso muy bajo de la estrategia, del 0,61 al 1,20 es un uso bajo de la estrategia, del 1,21 al 1,80 conlleva un uso mediano de la estrategia, del 1,81 al 2,40 es un alto uso de la estrategia y por último una puntuación de 2,41 al 3 consiste en un uso muy elevado de la estrategia de afrontamiento. Además de una mayor puntuación en la Escala de Emociones Positivas ( $M=34,66$ ,  $DT=6,89$ ) y en la subescala de apoyo de personas relevantes ( $M=24,25$ ,  $DT= 4,95$ ).

**Tabla 2**

*Características de la Muestra en las Variables de Estrategias de Afrontamiento, Afecto Positivo, Apoyo Social, Estrés Percibido y Fatiga Laboral.*

| Escala                         | $M$  | $DT$ |
|--------------------------------|------|------|
| COPE planificación             | 4,29 | 1,43 |
| COPE reinterpretación positiva | 3,80 | 1,53 |
| COPE afrontamiento activo      | 4,91 | 1,17 |
| COPE apoyo emocional           | 4,46 | 1,54 |
| COPE apoyo social              | 4,05 | 1,49 |
| COPE desahogo                  | 3,61 | 1,36 |
| COPE humor                     | 2,72 | 1,88 |

|                          |       |      |
|--------------------------|-------|------|
| COPE religión            | 2,25  | 2,31 |
| COPE aceptación          | 5,02  | 1,09 |
| PANAS positivo           | 34,66 | 6,89 |
| PANAS negativo           | 26,87 | 8,03 |
| EMAS amigos              | 23,25 | 5,36 |
| EMAS familia             | 23,39 | 5,54 |
| EMAS personas relevantes | 24,25 | 4,95 |
| PSS                      | 27,42 | 9,42 |
| CESQT ilusión trabajo    | 1,39  | 0,97 |
| CESQT desgaste psíquico  | 2,62  | 1,05 |
| CESQT indolencia         | 1,75  | 0,74 |
| CESQT culpa              | 1,37  | 0,85 |
| CESQT total              | 0,38  | 0,15 |

*Nota.* Abreviaturas: *M*= Media aritmética; *DT*= Desviación Estandar; *COPE* = Coping Orientation to Problems Experienced; *PANAS*= Positive Affect and Negative Affect Scale; *EMAS* = Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido; *PSS* = Perceived Stress Scale; *CESQT* = Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo.

En cuanto a la relación entre las variables objeto de este estudio, estas se muestran en la **Tabla 3**. Se encontraron relaciones directas entre: la estrategia de afrontamiento de Planificación y el PANAS positivo, la estrategia de Reinterpretación Positiva y el PANAS positivo y el EMAS familia, la estrategia de Afrontamiento Activo y el PANAS positivo, EMAS Amigos y EMAS familia, la estrategia de Apoyo Emocional y el PANAS positivo, EMAS Amigos, EMAS Familia y EMAS personas relevantes, la estrategia de Apoyo Social y la edad, el PANAS positivo, EMAS amigos y el PSS y la estrategia de afrontamiento de Desahogo y el PANAS negativo, PSS, CESQT ilusión por el trabajo, CESQT Desgaste psíquico, CESQT indolencia, CESQT culpa y CESQT total. Asimismo, la capacidad de afrontamiento de Aceptación presenta una relación directa y significativa con la edad, el PANAS positivo, EMAS familia y EMAS personas relevantes. Por otro lado, se encontraron

relaciones indirectas entre la estrategia de Afrontamiento Activo y el PSS, las estrategias de Apoyo Emocional y Social y la edad, y la estrategia de Aceptación y el PANAS negativo, el PSS, el CESQT ilusión por el trabajo y el CESQT culpa. Por último, con respecto al tipo de afrontamiento de Humor y Religión no presentan una relación directa y significativa con ninguna de las variables independientes del estudio ( $p > 0,05$ ).

**Tabla 3**

*Correlación entre los COPE y las Variables Sociodemográficas y las Diferentes Subescalas.*

| Variable          | COPE<br>Planificación | COPE<br>Reinterpretación<br>positiva | COPE<br>Afrontamiento<br>activo | COPE<br>Apoyo<br>emocional | COPE<br>Apoyo<br>social | COPE<br>Desahogo | COPE<br>Humor | COPE<br>Religión | COPE<br>Aceptación |
|-------------------|-----------------------|--------------------------------------|---------------------------------|----------------------------|-------------------------|------------------|---------------|------------------|--------------------|
| Edad              | ,049                  | -,073                                | ,180                            | <b>-,270*</b>              | <b>-,366**</b>          | ,155             | -,067         | ,061             | <b>,215*</b>       |
| PANAS<br>positivo | <b>,208*</b>          | <b>,245*</b>                         | <b>,367**</b>                   | <b>,198*</b>               | <b>,213*</b>            | -,12             | ,044          | ,169             | <b>,539**</b>      |
| PANAS<br>negativo | ,064                  | -,008                                | -,082                           | ,014                       | ,152                    | <b>,235*</b>     | ,091          | ,08              | <b>-,315**</b>     |
| EMAS<br>amigos    | ,178                  | ,06                                  | <b>,241*</b>                    | <b>,345**</b>              | <b>,290**</b>           | ,094             | ,128          | ,101             | ,086               |
| EMAS<br>familia   | ,166                  | <b>,203*</b>                         | <b>,216*</b>                    | <b>,326**</b>              | ,174                    | ,059             | 0             | ,127             | <b>,382**</b>      |

|            |       |       |               |               |              |               |       |       |               |
|------------|-------|-------|---------------|---------------|--------------|---------------|-------|-------|---------------|
| EMAS       |       |       |               |               |              |               |       |       |               |
| personas   | ,01   | ,054  | ,143          | <b>,346**</b> | ,153         | ,077          | -,017 | ,188  | <b>,245*</b>  |
| relevantes |       |       |               |               |              |               |       |       |               |
| PSS        | -,083 | -,049 | <b>-,253*</b> | ,056          | <b>,213*</b> | <b>,263**</b> | ,104  | ,109  | <b>-,303*</b> |
| CESQT      |       |       |               |               |              |               |       |       |               |
| ilusión    | -,026 | -,061 | -,152         | -,13          | -,193        | <b>,358**</b> | ,082  | -,097 | <b>-,199*</b> |
| trabajo    |       |       |               |               |              |               |       |       |               |
| CESQT      |       |       |               |               |              |               |       |       |               |
| desgaste   | ,117  | ,062  | -,016         | ,079          | ,096         | <b>,331**</b> | ,066  | ,035  | -,151         |
| psíquico   |       |       |               |               |              |               |       |       |               |
| CESQT      |       |       |               |               |              |               |       |       |               |
| indolencia | ,029  | -,054 | -,017         | -,105         | -,144        | <b>,233*</b>  | ,108  | -,018 | -,086         |
| CESQT      |       |       |               |               |              |               |       |       |               |
| culpa      | -,124 | -,037 | -,076         | ,118          | ,070         | <b>,244*</b>  | ,004  | ,120  | <b>-,215*</b> |
| CESQT      |       |       |               |               |              |               |       |       |               |
| total      | ,054  | -,015 | -,079         | -,055         | -,087        | <b>,391**</b> | ,103  | -,032 | -,187         |

---

\* $p < .05$ . \*\* $p < .01$

*Nota.* Abreviaturas: *COPE* = Coping Orientation to Problems Experienced; *PANAS* = Positive Affect and Negative Affect Scale; *EMAS* = Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido; *PSS* = Perceived Stress Scale; *CESQT* = Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo.

Para identificar aquellas variables predictoras del afrontamiento adaptativo se realizó un análisis de regresión lineal por pasos hacia delante para cada tipo de afrontamiento adaptativo. Para ello se comprobaron una serie de supuestos previos como la multicolinealidad mediante la correlación de Pearson y se comprobó que ninguna de las relaciones superaba el 0,70. Otro de los supuestos previos utilizados fue la estimación de Durbin Watson donde se obtuvieron valores comprendidos entre 1,5 y 2,5. Por último se evaluó el VIF en el cual se consiguieron valores inferiores a 10 en todas las variables excepto en CESQT Total por lo que no incluimos dicha variable en la regresión. A continuación, se muestran los modelos de regresión lineal por pasos hacia delante que se realizaron para predecir el efecto de las variables independientes que correlacionaron significativamente con cada una de las variables dependientes de afrontamiento.

Para la estrategia de afrontamiento de planificación (COPE Planificación) se incluyó únicamente en el primer paso de la regresión la variable de PANAS positivo por tratarse de la única variable que correlacionó significativamente con el COPE Planificación (ver **Tabla 4**). Podemos observar en el modelo final como el factor de PANAS positivo explica un 4,3% de la variación del COPE planificación. Además de una asociación significativa ( $\beta = 0,054$ ,  $p = ,36$ ) de la variable de afecto positivo (PANAS positivo) con la estrategia de afrontamiento de planificación (COPE Planificación).

**Tabla 4**

*Resumen del Modelo de Regresión y el Análisis Estadístico de Varianza para COPE Planificación (N=102)*

| Variable       | $R^2$ | $\Delta R^2$ | $\beta$ | Valor t | p     |
|----------------|-------|--------------|---------|---------|-------|
| Paso 1         | ,043  |              |         |         |       |
| (Constante)    |       |              | 2,797   | 3,896   | <,001 |
| PANAS positivo |       |              | 0,043   | 2,125   | ,036  |

*Nota.* Abreviaturas: *COPE* = Coping Orientation to Problems Experienced; *PANAS*= Positive Affect and Negative Affect Scale.

Con respecto a la variable dependiente de COPE Reinterpretación Positiva, se introdujeron en la regresión la variable independiente de afecto positivo (PANAS positivo) y de apoyo social (EMAS familia), ya que fueron las que correlacionaron significativamente con el COPE. El modelo únicamente incluyó al PANAS positivo, teniendo una relación significativa con el COPE Reinterpretación Positiva ( $\beta = 0,054$ ,  $p=,013$ ) y explicando un 6% de la varianza de la variable dependiente. Los valores se pueden observar en la **Tabla 5**.

**Tabla 5**

*Resumen del Modelo de Regresión y Análisis Estadístico de Varianza para COPE Reinterpretación Positiva (N=102)*

| Variable       | $R^2$ | $\Delta R^2$ | $\beta$ | Valor t | p    |
|----------------|-------|--------------|---------|---------|------|
| Paso 1         | ,06   |              |         |         |      |
| (Constante)    |       |              | 1,918   | 2,525   | ,013 |
| PANAS positivo |       |              | 0,054   | 2,531   | ,013 |

*Nota.* Abreviaturas: *COPE* = Coping Orientation to Problems Experienced; *PANAS*= Positive Affect and Negative Affect Scale.

En relación al modelo de regresión lineal múltiple hacia delante para la variable dependiente de COPE Afrontamiento Activo, se incluyeron en el primer paso la variable sociodemográfica de Desempeño al inicio de la pandemia. En el segundo paso se añadió el afecto positivo (PANAS positivo) y en el tercer paso el apoyo social (EMAS amigos). Excluyéndose del modelo las variables de apoyo social (EMAS familia) y estrés percibido (PSS) que también correlacionaban significativamente con el COPE afrontamiento activo. Tras esto se observó como los factores incluidos en el modelo explican un 19,9% de la varianza del COPE planificación. Además, se observa en el modelo final como, tanto el PANAS positivo ( $\beta= 3,427$ ,  $p= ,001$ ) como el EMAS amigos ( $\beta = 2,154$ ,  $p= ,034$ ) se asocian de una manera significativa con el COPE de Afrontamiento Activo (ver **Tabla 6**).

**Tabla 6**

*Resumen del Modelo de Regresión y Análisis Estadístico de Varianza para COPE  
Afrontamiento Activo (N=102)*

| Variable                     | $R^2$ | $\Delta R^2$ | $\beta$ | t      | p     |
|------------------------------|-------|--------------|---------|--------|-------|
| Paso 1                       | ,046  |              |         |        |       |
| (Constante)                  |       |              | 4,286   | 13,965 | <,001 |
| Desempeño<br>inicio pandemia |       |              | 0,726   | 2,196  | ,030  |
| Paso 2                       | ,161  | ,115         |         |        |       |
| (Constante)                  |       |              | 2,415   | 4,134  | <,001 |
| Desempeño<br>inicio pandemia |       |              | 0,556   | 1,767  | ,08   |
| PANAS<br>positivo            |       |              | 0,058   | 3,686  | <,001 |
| Paso 3                       | ,199  | ,038         |         |        |       |
| (Constante)                  |       |              | 1,568   | 2,254  | ,026  |
| Desempeño<br>inicio pandemia |       |              | 0,564   | 1,825  | ,071  |
| PANAS<br>positivo            |       |              | 0,054   | 3,427  | ,001  |
| EMAS amigos                  |       |              | 0,043   | 2,154  | ,034  |

*Nota.* Abreviaturas: *COPE* = Coping Orientation to Problems Experienced ; *PANAS*= Positive Affect and Negative Affect Scale; *EMAS*= Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido.

Con respecto a la variable dependiente de COPE Apoyo Emocional, se incluyeron en el primer paso del modelo de regresión, la variable sociodemográfica de edad, excluyéndose en el modelo la variable de apoyo psicológico que también correlacionaba significativamente con la variable dependiente. En el segundo paso se añadió la variable de afecto positivo (PANAS positivo) y en el tercer paso la variable de apoyo social (EMAS personas relevantes), excluyéndose el EMAS amigos y EMAS familia. El modelo final explica un 18,5% de la variación del COPE apoyo emocional y se observó una asociación significativa de la edad ( $\beta = -0,565$ ,  $p = ,01$ ) y el EMAS personas relevantes ( $\beta = 0,087$ ,  $p = 0,005$ ) con la estrategia de afrontamiento de Apoyo Emocional (ver **Tabla 7**).

**Tabla 7**

*Resumen del Modelo de Regresión y Análisis Estadístico de Varianza para COPE Apoyo Emocional (N=102)*

| Variable          | $R^2$ | $\Delta R^2$ | $\beta$ | t      | p     |
|-------------------|-------|--------------|---------|--------|-------|
| Paso 1            | ,073  |              |         |        |       |
| (Constante)       |       |              | 5,512   | 13,675 | <,001 |
| Edad              |       |              | -0,627  | -2,802 | ,006  |
| Paso 2            | ,117  | ,044         |         |        |       |
| (Constante)       |       |              | 3,926   | 4,795  | <,001 |
| Edad              |       |              | -0,647  | -2,944 | ,004  |
| PANAS<br>positivo |       |              | 0,047   | 2,213  | ,029  |
| Paso 3            | ,185  | ,068         |         |        |       |
| (Constante)       |       |              | 2,423   | 2,556  | ,012  |
| Edad              |       |              | -0,565  | 2,643  | ,01   |

|                             |       |       |      |
|-----------------------------|-------|-------|------|
| PANAS<br>positivo           | 0,025 | 1,149 | ,253 |
| EMAS personas<br>relevantes | 0,087 | 2,868 | ,005 |

*Nota.* Abreviaturas: *COPE* = Coping Orientation to Problems Experienced; *PANAS*= Positive Affect and Negative Affect Scale; *EMAS*= Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido.

En el modelo de regresión lineal múltiple hacia delante para la variable dependiente de *COPE* Apoyo Social se incluyeron las variables independientes que correlacionaron significativamente con la misma. En el primer paso de la regresión se añadieron las variables sociodemográficas de género y edad, incluyéndose únicamente la variable de edad. En el segundo paso se añadió la variable de *PANAS* positivo y en el tercero la variable de *PSS*, ya que la variable de *EMAS* Amigos se excluyó de la regresión. Los factores del modelo final explican un 26,9% de la varianza de la variable dependiente. Se observó una relación significativa de la edad ( $\beta = -0,68$ ,  $p=,001$ ), el *PANAS* positivo ( $\beta=0,086$ ,  $p= <,001$ ) y *PSS* ( $\beta=0,054$ ,  $p=,001$ ) con la estrategia de afrontamiento de *COPE* apoyo social. Los datos anteriores pueden observarse en la **Tabla 8**.

**Tabla 8**

*Resumen del Modelo de Regresión y Análisis Estadístico de Varianza para COPE Apoyo Social (N=102)*

| Variable    | $R^2$ | $\Delta R^2$ | $\beta$ | t      | p     |
|-------------|-------|--------------|---------|--------|-------|
| Paso 1      | ,134  |              |         |        |       |
| (Constante) |       |              | 5,425   | 14,436 | <,001 |
| Edad        |       |              | -0,821  | -3,935 | <,001 |

|                   |      |      |        |              |
|-------------------|------|------|--------|--------------|
| Paso 2            | ,186 | ,052 |        |              |
| (Constante)       |      |      | 3,76   | 4,959 <,001  |
| Edad              |      |      | -0,842 | -4,136 <,001 |
| PANAS<br>positivo |      |      | 0,049  | 2,509 ,014   |
| Paso 3            | ,269 | ,083 |        |              |
| (Constante)       |      |      | 0,716  | 0,617 ,539   |
| Edad              |      |      | -0,68  | -3,407 ,001  |
| PANAS<br>positivo |      |      | 0,086  | 3,974 <,001  |
| PSS               |      |      | 0,054  | 3,349 ,001   |

*Nota.* Abreviaturas: *COPE* = Coping Orientation to Problems Experienced; *PANAS*= Positive Affect and Negative Affect Scale; *PSS*= Perceived Stress Scale.

En relación al modelo de regresión del *COPE* Desahogo, añadimos las variables independientes que correlacionaron significativamente con la variable dependiente. Estas fueron, el apoyo psicológico que sí que se incluyó en el primer paso, el *PANAS* negativo que se añadió en el segundo paso y el *CESQT* ilusión por el trabajo que se sumó en el tercer paso. Descartándose el *CESTQ* desgaste psíquico, el *CESQT* indolencia y el *CESQT* culpa. El modelo final explica un 18,4% de la variación en la puntuación de *COPE* desahogo. Observándose también una asociación significativa entre este y el *CESQT* ilusión por el trabajo ( $\beta = 0,420, p=,002$ ). Ver **Tabla 9**

**Tabla 9***Resumen del Modelo de Regresión y Análisis Estadístico de Varianza para COPE Desahogo**(N=102)*

| Variable             | $R^2$ | $\Delta R^2$ | $\beta$ | t      | p     |
|----------------------|-------|--------------|---------|--------|-------|
| Paso 1               | ,059  |              |         |        |       |
| (Constante)          |       |              | 3,471   | 24,456 | <,001 |
| Apoyo<br>psicológico |       |              | 0,929   | 2,509  | ,014  |
| Paso 2               | ,1    | ,041         |         |        |       |
| (Constante)          |       |              | 2,564   | 5,669  | <,001 |
| Apoyo<br>psicológico |       |              | 0,813   | 2,21   | ,029  |
| PANAS<br>negativo    |       |              | 0,034   | 2,109  | ,038  |
| Paso 3               |       | ,084         |         |        |       |
| (Constante)          | ,184  |              | 2,256   | 5,087  | <,001 |
| Apoyo<br>psicológico |       |              | 0,661   | 1,859  | ,066  |
| PANAS<br>negativo    |       |              | 0,025   | 1,574  | ,119  |

|               |       |       |      |
|---------------|-------|-------|------|
| CESQT ilusión |       |       |      |
| trabajo       | 0,420 | 3,181 | ,002 |

*Nota.* Abreviaturas: *COPE* = Coping Orientation to Problems Experienced; *PANAS*= Positive Affect and Negative Affect Scale; *CESQT* = Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo.

En la regresión lineal múltiple hacia delante para la variable dependiente de *COPE* humor, únicamente se llevó a cabo un paso donde se incluyó la variable independiente de Apoyo psicológico. El modelo final explicó un 11,9% de dicha variable, obteniéndose una asociación significativa de la misma con la variable de Apoyo psicológico ( $\beta = 1,818$ ,  $p = <,001$ ). Se pueden observar los datos mencionados anteriormente en la **Tabla 10**.

**Tabla 10**

*Resumen del Modelo de Regresión y Análisis Estadístico de varianza para COPE humor (N=102)*

| Variable          | $R^2$ | $\Delta R^2$ | $\beta$ | t      | p     |
|-------------------|-------|--------------|---------|--------|-------|
| Paso 1            | ,119  |              |         |        |       |
| (Constante)       |       |              | 2,448   | 12,878 | <,001 |
| Apoyo psicológico |       |              | 1,818   | 3,668  | <,001 |

*Nota.* Abreviaturas: *COPE* = Coping Orientation to Problems Experienced

Con respecto al modelo de regresión lineal múltiple realizado para la variable de *COPE* religión, se realizó un único paso con la variable de Muerte cercana. Se obtuvo que el modelo final formado por el factor de Muerte cercana explicaba un 6,7% de la varianza de *COPE* Religión, siendo sus valores de  $\beta = 1,187$  y  $p = ,009$ . Dichos datos pueden observarse en la **Tabla 11** que se muestra a continuación.

**Tabla 11**

*Resumen del Modelo de Regresión y Análisis Estadístico de Varianza para COPE Religión (N=102)*

| Variable       | $R^2$ | $\Delta R^2$ | $\beta$ | t     | p     |
|----------------|-------|--------------|---------|-------|-------|
| Paso 1         | ,067  |              |         |       |       |
| (Constante)    |       |              | 1,673   | 5,388 | <,001 |
| Muerte cercana |       |              | 1,187   | 2,676 | ,009  |

*Nota.* Abreviaturas: *COPE* = Coping Orientation to Problems Experienced

Por último, las variables de edad, afecto positivo (PANAS positivo), afecto negativo (PANAS negativo), apoyo social (EMAS familia, EMAS personas relevantes), estrés percibido (PSS), fatiga laboral (CESQT ilusión trabajo y CESQT culpa) correlacionaban significativamente con la variable dependiente de COPE aceptación. Sin embargo, en la regresión se incluyeron, en el primer paso la variable de edad, en el segundo paso se añadió el PANAS Positivo y en el tercer paso la variable de EMAS familia. El modelo final explicaba un 36 % de la varianza de COPE Aceptación que estaba asociado significativamente con la edad ( $\beta = 0,347$  y  $p = ,011$ ), el PANAS positivo ( $\beta = 0,07$  y  $p < ,001$ ) y EMAS familia ( $\beta = 0,04$ ,  $p = ,028$ ). A continuación, en la **Tabla 12** se pueden ver dichos datos.

**Tabla 12**

*Resumen del Modelo de Regresión y Análisis Estadístico de Varianza para COPE Aceptación (N=102)*

| Predictores | $R^2$ | $\Delta R^2$ | $\beta$ | t      | p     |
|-------------|-------|--------------|---------|--------|-------|
| Paso 1      | ,046  |              |         |        |       |
| (Constante) |       |              | 4,428   | 15,297 | <,001 |
| Edad        |       |              | 0,353   | 2,197  | ,030  |

|                   |      |      |       |             |
|-------------------|------|------|-------|-------------|
| Paso 2            | ,327 | ,281 |       |             |
| (Constante)       |      |      | 1,579 | 3,121 ,002  |
| Edad              |      |      | 0,318 | 2,341 ,021  |
| PANAS<br>positivo |      |      | 0,084 | 6,434 <,001 |
| Paso 3            | ,360 | ,033 |       |             |
| (Constante)       |      |      | 1,094 | 2,021 ,046  |
| Edad              |      |      | 0,347 | 2,595 ,011  |
| PANAS<br>positivo |      |      | 0,07  | 4,873 <,001 |
| EMAS familia      |      |      | 0,04  | 2,23 ,028   |

*Nota.* Abreviaturas: *COPE* = Coping Orientation to Problems Experienced *PANAS*= Positive Affect and Negative Affect Scale; *EMAS* = Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido.

#### 4. Discusión

En el presente estudio se analizaron las variables de afecto positivo, apoyo social, estrés percibido y fatiga laboral además de las variables sociodemográficas (género, edad, vivir una muerte cercana por Covid-19 y la existencia de apoyo psicológico) para conocer su grado de relación y su efecto predictor sobre las diferentes estrategias de afrontamiento adaptativo (planificación, reinterpretación positiva, afrontamiento activo, apoyo emocional, apoyo social, desahogo y aceptación) en el personal sanitario interviniente en la pandemia. En relación a las hipótesis formuladas, se han cumplido la mayoría. Concretamente se ha encontrado que el afecto positivo, el apoyo social, el estrés y la fatiga laboral son variables explicativas de las diferentes estrategias de afrontamiento adaptativas. Además, se ha obtenido un nivel medio en las variables de afecto positivo, y estrés y puntuaciones altas en la mayoría de las estrategias de afrontamiento adaptativas y en apoyo social, en concreto por parte de personas relevantes, además de puntuaciones altas en fatiga laboral.

Con respecto a las estrategias de afrontamiento medidas mediante el COPE-28, se encontró un mayor uso de las estrategias de aceptación, afrontamiento activo, apoyo emocional, planificación y apoyo social, mencionadas en orden de mayor a menor uso, encontrándose todas dentro de una utilización elevada. Todas ellas forman parte de las estrategias de afrontamiento centradas en el problema que tienden a ser las más utilizadas (Arrogante, 2016) y las que generan un mayor bienestar psicológico (Kavčič, 2022). La razón por la cual los participantes de este estudio han obtenido mayores puntuaciones en esas estrategias de afrontamiento puede haber sido debido a que las situaciones de estrés a las que se han enfrentado forman parte del ámbito laboral y según Hernández et al. (2007) estas estrategias son las más efectivas en esa área a diferencia de las estrategias denominadas como “desadaptativas” según Carver (1997), que resultan ser perjudiciales, aumentando el estrés en el trabajo (Gil-Monte et al., 1998).

Un dato a tener en cuenta es la correlación significativa y negativa entre la edad y las estrategias de afrontamiento de apoyo emocional y apoyo social, es decir, que a medida que aumenta la edad, menor es el uso de estas estrategias. Este resultado se podría relacionar con la creencia popular de que las personas mayores tienen un menor contacto social y por tanto afectivo, debido al fallecimiento de familiares y amigos, además de las pocas oportunidades de establecer nuevas relaciones, de empezar a vivir en residencias y la jubilación. Sin embargo, también se han encontrado evidencias de un aumento de las relaciones sociales en

la vejez (Arias, 2015), dato que rebata a los resultados de este estudio, al igual que lo obtenido en un estudio realizado por Brennan et al. (2012) donde obtienen que a medida que aumenta la edad, menor es el uso de todas las estrategias de afrontamiento excepto la de apoyo social que continúa a lo largo del tiempo. Asimismo, Mayordomo et al. (2015) encontraron un mayor uso de la estrategia de afrontamiento de la religión a medida que aumentaba la edad, a diferencia de lo obtenido en este estudio, donde no se ha encontrado dicha relación.

El afecto positivo medido mediante la escala del PANAS es descrito por Fredrickson (2013) como una respuesta ante determinadas situaciones que da lugar a la ampliación de tendencias de acción y pensamiento y que fomenta el desarrollo de recursos personales que dan lugar a un adecuado afrontamiento. Los resultados de este estudio van acorde a dicha teoría, ya que se encontró una relación significativa directa entre las emociones positivas y todas las estrategias de afrontamiento adaptativas excepto la de desahogo. Estos resultados también son coherentes con los que se obtuvieron en una investigación realizada por Ruiz-Pérez et al. (2020) en población de países de Latinoamérica además de EE. UU y Europa durante la pandemia de Covid-19. En este estudio se encontró dicha asociación entre el afecto positivo y las formas de afrontamiento adaptativas como el afrontamiento activo, resultado que también comparte la investigación realizada por Gloria y Steinhardt, (2016).

Con respecto al estrés, se encontró que tenía una relación directa significativa con la estrategia de afrontamiento de apoyo social y de desahogo. Esto puede resultar en un principio contradictorio, sin embargo, como refieren Orcasita y Uribe (2010), es en momentos de elevado estrés cuando se recurre a pedir apoyo a figuras importantes del entorno. Esto puede ser debido a que gracias a ello se obtiene un mayor control sobre el episodio estresante y con ello se afronta de una manera más adecuada (Festinger, 1954).

Además, sobre el apoyo social medido mediante la escala EMAS, los resultados obtenidos indican una influencia directa de la variable de apoyo social en todas las estrategias de afrontamiento adaptativo excepto en la estrategia de desahogo. Estos resultados son apoyados por autores como Fiallo-Almendáris et al. (2020) quien afirma que el apoyo social es esencial para la adaptación a la nueva vida tras la pandemia y como refiere Zhang (2012) es vital para el desarrollo de estilos de afrontamiento adaptativos. Es curioso el hecho de que de los tres tipos de apoyo social (familia, amigos y personas relevantes) se ha obtenido una mayor puntuación en la subescala de EMAS personas relevantes. Esto puede haber sido

debido a que a lo largo de la pandemia se han ido reduciendo los contactos con amigos y familiares debido al riesgo de contagio (Ausín, et al., 2022) por lo que es posible que haya habido un mayor contacto con la pareja debido a que implica un peligro menor.

Las personas que recibieron apoyo psicológico tuvieron una mayor puntuación en las estrategias de afrontamiento adaptativo de apoyo emocional y desahogo, lo que podríamos relacionar con los resultados descritos por Monzón-Falconi et al. (2021) quienes refieren una disminución del estrés y del malestar psicológico en residentes sanitarios a raíz de acudir a sesiones de apoyo psicológico durante la pandemia. Además, en un estudio realizado por Argüero-Fonseca et al. (2021) sobre la telepsicología descrita por la Asociación Americana de Psicología (APA, 2013) como el ejercicio de la terapia mediante los nuevos medios de comunicación, se encontró que dicha modalidad de terapia reducía los síntomas de depresión y ansiedad durante la pandemia.

En relación a la fatiga laboral o Síndrome de Burnout, se encontraron las puntuaciones más altas en las subescalas de desgaste psíquico e indolencia. Gil-Monte (2011) describe la subescala de desgaste psíquico como un cansancio físico y psicológico debido al contacto con pacientes que experimentan problemas y la subescala de indolencia como la presencia de impasibilidad hacia los pacientes. Leiter y Maslach (2016) refieren que para confirmar un caso de burnout solo se necesita la presencia de las variables anteriormente descritas. Asimismo, los niveles altos de estos dos componentes en los participantes de este estudio, puede ser debido al nivel medio de estrés percibido en la muestra. Según la Organización Internacional del Trabajo (OIT) (2020), con la pandemia, han aumentado el número de elementos estresantes para el personal sanitario lo que ha influido en el aumento de la fatiga laboral y en conjunto en el bienestar psicológico del personal sanitario.

Con respecto a los modelos de regresión realizados, se obtuvo que la edad, el afecto positivo y el apoyo social familiar ayudan a explicar la estrategia de afrontamiento adaptativo de aceptación en un 36% (**Tabla 12**). Esto va en línea con lo anteriormente comentado, además de estar relacionado con el estudio realizado por Bozdağ y Ergün, (2020) quienes afirman que la edad avanzada y el afecto positivo forman parte de los factores protectores para un afrontamiento adecuado. Asimismo, el modelo de regresión de la estrategia de apoyo social (**Tabla 8**) conformado por los factores de edad, PANAS positivo y estrés, explica un 26,9% de dicha estrategia lo que va acorde con los estudios mencionados anteriormente. Por último, el tercer modelo que explica en gran medida una de las estrategias de afrontamiento,

en concreto, la estrategia de afrontamiento activo está formado por la variable sociodemográfica de haber ejercido como sanitario/a desde el inicio de la pandemia, el afecto positivo y el apoyo social por parte del círculo de amigos. Estos factores explican un 19,9% de dicha estrategia, resultado que al igual que los anteriores, va acorde con lo dicho con anterioridad (**Tabla 6**).

El presente trabajo responde a la necesidad de estudios sobre la manera en la que el personal sanitario se ha visto afectado por la pandemia de Covid-19, ya que parece no existir mucha investigación sobre ello en la actualidad (Xiang, 2020). Asimismo, aporta información relevante sobre aquellos factores protectores de la vida del personal sanitario que pueden predecir un afrontamiento adaptativo durante la pandemia de Covid-19, información que resulta esencial para la manera en la que afronta el personal sanitario la pandemia actual. Además, proporciona resultados que apoyan la importancia de las emociones positivas y el apoyo social y psicológico en el desarrollo de estrategias de afrontamiento adaptativas en los profesionales de la salud durante la pandemia.

Por otro lado, este estudio presenta algunas limitaciones. En primer lugar, el tamaño de la muestra fue reducido por lo que podríamos decir que su distribución no es representativa de la población sanitaria. Además, en un inicio resultó difícil el acceso a los participantes ya que solo podían participar en este estudio profesionales de la salud. En segundo lugar, la naturaleza transversal del estudio imposibilita hacer inferencias de causalidad debido a que se realiza en un periodo de tiempo concreto. En tercer lugar, la inexistencia de escalas validadas que midan variables psicológicas relacionadas con la pandemia ha podido afectar a los resultados del estudio. Al igual que el bajo nivel de fiabilidad de algunas de las subescalas del COPE, en concreto de las estrategias de: Afrontamiento activo, Desahogo, Reinterpretación positiva y Aceptación.

Por último, es de gran importancia mencionar las implicaciones clínicas de este trabajo, en concreto para la intervención con el personal sanitario que se enfrenta a la pandemia por Covid-19. Cabe destacar la relevancia de fomentar en el personal sanitario el apoyo de sus familiares, amigos, compañeros de trabajo y parejas como también afirmó la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2020). Al mismo tiempo que promover las emociones positivas ya que en momentos de ansiedad pueden dar lugar al desarrollo de la resiliencia (Fredrickson, 2001). Además, es esencial psicoeducar al personal sanitario acerca de la relevancia del descanso (Simón et al., 2022) y la comunicación clara y adecuada en el

trabajo (Dewey et al., 2020), además de recibir apoyo psicológico ya que como hemos visto en este estudio, solo una minoría de los profesionales de la salud que participaron recibieron apoyo psicológico durante la pandemia. Por ello esto podría abrir una vía de investigación para conocer la causa de esta escasa atención psicológica y explorar no solo las limitaciones existentes en las propias instituciones sobre estrategias de prevención adecuadas sino también si existen resistencias del personal sanitario para pedir ayuda. Pues en un estudio realizado por Beresin et. al (2016) sobre aquellos elementos que obstaculizan el bienestar en el personal sanitario, se obtuvo una mayor dificultad de pedir ayuda en médicos/as. Para finalizar, este trabajo ha reflejado la gran cualificación y formación de los profesionales de la salud que, tras enfrentarse por primera vez a una crisis sanitaria mundial, han logrado desarrollar y llevar a cabo estrategias de afrontamiento adaptativas acorde a la situación de emergencia. Sin embargo, como ya se ha mencionado con anterioridad, se puede hacer mucho más para proteger a nuestros profesionales, su salud mental es una prioridad.

## 5. Referencias

- American Psychological Association (2013, 31 de julio). *Guidelines for the practice of telepsychology*. <http://www.apa.org/practice/guidelines/telepsychology>
- Ammar, A., Brach, M., Trabelsi, K., Chtourou, H., Boukhris, O., Masmoudi, L., ... & Hoekelmann, A. (2020). Effects of COVID-19 home confinement on physical activity and eating behaviour Preliminary results of the ECLB-COVID19 international online-survey. *MedRxiv*. doi: [10.3390/nu12061583](https://doi.org/10.3390/nu12061583)
- Argüero-Fonseca, A., Cervantes-Luna, B. S., Martínez-Soto, J., de Santos-Ávila, F., Aguirre-Ojeda, D. P., Espinosa-Parra, I. M., & Beltrán, I. L. (2021). Telepsicología en la pandemia Covid-19: Una revisión sistemática. *Uaricha*, 18, 1-10. Disponible en: <http://www.revistauaricha.umich.mx/index.php/urp/article/view/357/293>
- Arias, C. J. (2015). *Red de apoyo social y bienestar psicológico en personas de edad* (Doctoral dissertation).
- Arrogante, Ó. (2016). Estrategias de afrontamiento al estrés laboral en Enfermería. *Metas enfermería*, 71-76. Recuperado de: <http://www.enfermeria21.com/revistas/metas/articulo/81011/>
- Ausín, B., González-Sanguino, C., Castellanos, M. A., Sáiz, J., Zamorano, S., Vaquero, C., & Muñoz, M. (2022). The Psychological Impact of the COVID-19 Pandemic in Spain: A Longitudinal Study. *Psicothema*, 34(1), 66-73. doi: 10.7334/psicothema2021.290
- Azoulay, E., De Waele, J., Ferrer, R., Staudinger, T., Borkowska, M., Pova, P., ... & Cecconi, M. (2020). Symptoms of burnout in intensive care unit specialists facing the COVID-19 outbreak. *Annals of Intensive Care*, 10(1), 1-8. <https://doi.org/10.1186/s13613-020-00722-3>
- Beresin, E. V., Milligan, T. A., Balon, R., Coverdale, J. H., Louie, A. K., & Roberts, L. W. (2016). Physician wellbeing: a critical deficiency in resilience education and training. *Academic Psychiatry*, 40(1), 9-12. <https://doi.org/10.1007/s40596-015-0475-x>
- Bozdağ, F., & Ergün, N. (2020). Psychological resilience of healthcare professionals during COVID-19 pandemic. *Psychological reports*. doi: 10.1177/0033294120965477

Brennan, P. L., Holland, J. M., Schutte, K. K., & Moos, R. H. (2012). Coping trajectories in later life: A 20-year predictive study. *Aging & Mental Health*, 16(3), 305-316. doi: 10.1080/13607863.2011.628975

Brooks, S.K., Webster, R.K., Smith, L.E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., Rubin, G.J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet* 395, 912–920. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)

Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4(1), 92–100. [https://doi.org/10.1207/s15327558ijbm0401\\_6](https://doi.org/10.1207/s15327558ijbm0401_6)

Chen, R., Chou, K-R., Huang, Y-J., Wang, T-S., Liu S-Y., y Ho, L-Y. (2006) Effects of a SARS prevention programme in Taiwan on nursing staff's anxiety, depression and sleep quality: A longitudinal survey. *International Journal of Nursing Studies*. 43(2): 215–25. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2005.03.006>

Chiliquinga, N. S. R., Mina, L. Á. P., Villavicencio, I. G. J., Rolando, B. I. S., & Urgilez, M. R. (2021). Factores de riesgo asociados a depresión y ansiedad por Covid-19 (SARS-Cov-2). *Journal of American Health*, 4(1), 63-71. doi: 10.37958/jah.v4i1.64

Cullen, W., Gulati, G., & Kelly, B. D. (2020). Mental health in the COVID-19 pandemic. *QJM: An International Journal of Medicine*, 113(5), 311-312. doi: 10.1093/qjmed/hcaa110.

Dai, Y., Hu, G., Xiong, H., Qiu, H., & Yuan, X. (2020). Psychological impact of the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak on healthcare workers in China. *MedRxiv*. doi: 10.1101/2020.03.03.20030874.

Dewey, C., Hingle, S., Goelz, E., & Linzer, M. (2020). Supporting Clinicians During the COVID-19 Pandemic. *Annals of Internal Medicine*, 172(11), 752–753. doi:10.7326/m20-1033

Festinger, L. (1954). A theory of social comparison processes. *Human Relations* (pp. 117- 140). <https://doi.org/10.1177/001872675400700202>

Fiallo-Almendáris, R., Vizcaíno, A., & Castro-Martínez, J. (2020). Reflexiones sobre el apoyo social en el afrontamiento a la COVID-19. *Revista de información científica para la*

*dirección en salud. INFODIR*, (35). Recuperado de <http://www.revinfodir.sld.cu/index.php/infodir/article/view/867>

Fredrickson B. L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology. The broaden-and-build theory of positive emotions. *The American psychologist*, 56(3), 218–226. <https://doi.org/10.1037//0003-066x.56.3.218>

Fredrickson, B. L. (2013). Positive emotions broaden and build. In *Advances in experimental social psychology* (Vol. 47, pp. 1-53). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-407236-7.00001-2>

Gil-Monte, P. R., Peiró, J. M., & Valcárcel, P. (1998). A model of burnout process development: An alternative from appraisal models of stress. *Comportamento Organizacional e gestão*, 4(1), 165-179. doi:10.5209/rev\_SJOP.2011.v14.n1.40.

Gil-Monte, P. R. (2011). CESQT Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo. *Madrid: TEA Ediciones*. doi: [10.13140/RG.2.1.5008.0969/1](https://doi.org/10.13140/RG.2.1.5008.0969/1)

Gil-Monte, P. R., & Faúndez, V. E. O. (2011). Psychometric properties of the “Spanish Burnout Inventory” in Chilean professionals working to physical disabled people. *The spanish journal of psychology*, 14(1), 441-451. doi:10.5209/rev\_SJOP.2011.v14.n1.40.

Gloria, C. T., & Steinhardt, M. A. (2016). Relationships among positive emotions, coping, resilience and mental health. *Stress and Health*, 32(2), 145-156. doi:10.1002/smi.2589

González, A. P., & Jariego, J. C. L. (2020). COVID-19: Factores asociados al malestar emocional y morbilidad psíquica en población española. *Revista española de salud pública*, (94), 82. <http://hdl.handle.net/10272/18350>.

Hernández E, Cerezo S, López M. (2007). Estrategias de afrontamiento ante el estrés laboral en enfermeras. *Revista Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 15(3), 161– 166. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim2007/eim073h.pdf>

Hou, T., Zhang, T., Cai, W., Song, X., Chen, A., Deng, G., & Ni, C. (2020). Social support and mental health among health care workers during Coronavirus Disease 2019 outbreak: A moderated mediation model. *Plos one*, 15(5), e0233831. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0233831>.

Inspection, L. (2020). Frente a la pandemia: garantizar la seguridad y salud en el trabajo. Disponible en: [https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed\\_protect/---protrav/---safework/documents/publication/wcms\\_742732.pdf](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/publication/wcms_742732.pdf)>

Izurieta, I. L., & Izurieta, I. L. (2021). La salud mental del personal sanitario ante la pandemia del COVID-19. *Enfermería investiga*, 6(1), 47-50.

Kavčič, T., Avsec, A., & Kocjan, G. Z. (2022). Coping profiles and their association with psychological functioning: A latent profile analysis of coping strategies during the COVID-19 pandemic. *Personality and Individual Differences*, 185, 111287. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2021.111287>.

Kelly, E. L., Cunningham, A., Sifri, R., Pando, O., Smith, K., & Arenson, C. (2022). Burnout and Commitment to Primary Care: Lessons From the Early Impacts of COVID-19 on the Workplace Stress of Primary Care Practice Teams. *The Annals of Family Medicine*, 20(1), 57-62. <https://doi.org/10.1370/afm.2775>.

Landeta, O., & Calvete, E. (2002). Adaptación y validación de la escala multidimensional de apoyo social percibido. *Ansiedad estrés*, 8(2/3), 173-182.

Leiter, M. P., & Maslach, C. (2016). Latent burnout profiles: A new approach to understanding the burnout experience. *Burnout Research*, 3(4), 89-100. <https://doi.org/10.1016/j.burn.2016.09.001>

Liu, N., Zhang, F., Wei, C., Jia, Y., Shang, Z., Sun, L., ... & Liu, W. (2020). Prevalence and predictors of PTSS during COVID-19 outbreak in China hardest-hit areas: Gender differences matter. *Psychiatry research*, 287, 112921. doi: 10.1016/j.psychres.2020.112921

Mayordomo Rodríguez, T., Sales Galán, A., Satorres Pons, E., & Blasco Igual, C. (2015). Estrategias de afrontamiento en adultos mayores en función de variables sociodemográficas. *Escritos de Psicología (Internet)*, 8(3), 26-32. <https://dx.doi.org/10.5231/psy.writ.2015.2904>

Monzón-Falconi, J. F., Carballo-Magdaleno, A. A., Cueto-Vega, G. J., Solis, M. A. B., Espinosa-Aznar, J. E., Flores-Tapia, J. P., ... & Basulto-Martínez, M. J. (2021). Impacto psicológico de la pandemia por Covid-19 en los residentes de especialidades médicas. *Salud Pública de México*, 63(4), 465-466. <https://doi.org/10.21149/12171>

Morán, C., Landero, R., & González, M. T. (2010). COPE-28: un análisis psicométrico de la versión en español del Brief COPE. *Universitas Psychologica*, 9(2), 543-552. doi: 10.11144/Javeriana.upsy9-2.capv

Morgantini, L. A., Naha, U., Wang, H., Francavilla, S., Acar, Ö., Flores, J. M., & Weine, S. M. (2020). Factors contributing to healthcare professional burnout during the COVID-19 pandemic: A rapid turnaround global survey. *PloS one*, 15(9).  
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0238217>

Muñoz-Fernández, S. I., Molina-Valdespino, D., Ochoa-Palacios, R., Sánchez-Guerrero, O., & Esquivel-Acevedo, J. A. (2020). Estrés, respuestas emocionales, factores de riesgo, psicopatología y manejo del personal de salud durante la pandemia por COVID-19. *Acta Pediátrica de México*, 41(S1), 127-136.  
<http://dx.doi.org/10.18233/APM41No4S1ppS127-S1362104>

Orcasita, L. y Uribe, A. (2010). La importancia del apoyo social en el bienestar de los adolescentes. *Psychologia: Avances de la Disciplina*, 4 (2), 69-82.  
<https://doi.org/10.21500/19002386.1151>

Organización Mundial de la Salud, OMS (2003). *Social determinants of health. The solid facts*. [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0005/98438/e81384.pdf?ua1](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/98438/e81384.pdf?ua1).

Organización Mundial de la Salud (2020). *Consideraciones de salud mental durante el brote de COVID-19*. Organización Mundial de la Salud.

Pan, R., Zhang, L., & Pan, J. (2020). The anxiety status of Chinese medical workers during the epidemic of COVID-19: A meta-analysis. *Psychiatry investigation*, 17(5), 475.  
<https://doi.org/10.30773/pi.2020.0127>

Pérez-López, E., Atochero, A. V., & Rivero, S. C. (2021). Educación a distancia en tiempos de COVID-19: Análisis desde la perspectiva de los estudiantes universitarios. *RIED. Revista Iberoamericana de Educación a Distancia*, 24(1), 331-350.

Remor E. (2006). Psychometric Properties of a European Spanish Version of the Perceived Stress Scale (PSS). *The Spanish Journal of Psychology*, 9 (1), 86-93.  
doi:10.1017/S1138741600006004.

Simón Melchor, A., Jiménez Sesma, M. L., Solano Castán, J., Simón Melchor, L., Gaya Sancho, B., & Bordonaba Bosque, D. (2022). Análisis del impacto psicoemocional de

la pandemia del COVID-19 entre los profesionales de enfermería. *Enfermería Global*, 21(66), 184-234. doi: <https://doi.org/10.6018/eglobal.489911>

Tintori, A., Cerbara, L., Ciancimino, G., Crescimbene, M., La Longa, F., & Versari, A. (2020). Adaptive behavioural coping strategies as reaction to COVID-19 social distancing in Italy. *European review for medical and pharmacological sciences*.doi: 10.26355/eurrev\_202010\_23449

Tolsa, M. D., & Malas, O. (2021). COVID-19: Impacto Psicológico, Factores de Riesgo e Intervenciones Psicológicas en el Personal Sanitario. Una Revisión Sistemática. *Revista iberoamericana de psicología y salud*, 12(2). <https://doi.org/10.23923/j.rips.2021.02.045>

Vieta, E., Pérez, V., & Arango, C. Psychiatry in the aftermath of COVID-19. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2020;20:1–4. doi: 10.1016/j.rpsm.2020.04.004.

Watson, D., Clark, L. A., & Carey, G. (1988). Positive and negative affectivity and their relation to anxiety and depressive disorders. *Journal of abnormal psychology*, 97(3), 346. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.97.3.346>

World Health Organization, 2. (2020). Statement on the second meeting of the International Health Regulations (2005) Emergency Committee regarding the outbreak of novel coronavirus (2019-nCoV).

World Health Organization. Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard (2022, 14 de marzo). Available online: <https://covid19.who.int/>

Xiang, Y. T., Yang, Y., Li, W., Zhang, L., Zhang, Q., Cheung, T., & Ng, C. H. (2020). Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. *The lancet psychiatry*, 7(3), 228-229.doi:[https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30046-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30046-8)

Xiao, H., Zhang, Y., Kong, D., Li, S., & Yang, N. (2020). The effects of social support on sleep quality of medical staff treating patients with coronavirus disease 2019 (COVID-19) in January and February 2020 in China. *Medical science monitor: international medical journal of experimental and clinical research*, 26, e923549-1. doi: 10.12659/MSM.923549

Xu, J., Xu, Q. H., Wang, C. M., & Wang, J. (2020). Psychological status of surgical staff during the COVID-19 outbreak. *Psychiatry research*, 288, 112955.  
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112955>.

Zhang, R. M. (2012). Study on the relationship between mental health status, coping style and social support of medical staff. *China Health Nutr (late issue)*, 22, 11.

Zhu, N., Zhang, D., Wang, W., Li, X., Yang, B., Song, J., ... & Tan, W. (2020). A novel coronavirus from patients with pneumonia in China, 2019. *New England journal of medicine*. doi: 10.1056/NEJMoa2001017

Zimet, G.D., Dahlem, N., Zimet, S.G., & Farley, G. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 52(1), 30-41.  
doi:10.1207/ s15327752jpa5201\_2

