



FACULTAD DE PSICOLOGÍA Y CS. SOCIALES

Niveles de depresión y ansiedad en mujeres trabajadoras de entidades bancarias públicas

Estudiante: María Daiana Berrojalbis

Legajo: 23493

Director/es: Mg. Cecilia Beatriz Garau

Co-director/es: Dra. Analía Verónica Losada y Dra. Mercedes Olivera

Trabajo Final de Integración para acceder al título de Lic. en Psicología

2025

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA LA PUBLICACIÓN DE OBRAS EN EL REPOSITORIO DIGITAL INSTITUCIONAL DE LA UFLO UNIVERSIDAD

RIUFLO - *Repositorio Institucional de la Universidad de Flores* - fue creado para gestionar y mantener una plataforma digital de acceso libre y abierto para la difusión de la creación intelectual de la Universidad de Flores.

El autor cede a la Universidad de forma gratuita pero no exclusiva, los derechos de reproducción, de distribución y de comunicación pública de su obra, a través del RIUFLO. Por lo tanto, la Universidad adopta para los ítems allí depositados la Licencia Creative Commons atribución - no comercial - compartir igual 4-0 internacional y siempre requerirá que se cite la fuente y se reconozca la autoría. De solicitar otras limitaciones, el autor podrá detallarlas en forma expresa o a través de la elección de otro modelo de Licencia.

Autorizo la publicación de la obra:

Desde la fecha [x]

Dentro de los 6 meses posteriores a su aceptación []

Otro plazo mayor detallar/justificar:

Lugar y fecha: Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 15 de diciembre de 2025.

Firma y aclaración del autor:



Berrojalbís, María Daiana

INDICE

RESUMEN	4
INTRODUCCIÓN	5
Delimitación del Objeto de Estudio	5
Planteo del problema	6
Viabilidad	8
Objetivos	9
Hipótesis	9
ESTADO DEL ARTE	10
MARCO TEÓRICO	19
Salud Mental	19
Entidades Bancarias	37
Variables Sociodemográficas a Estudiar	44
MÉTODO	50
Operacionalización de Variables con Indicadores	50
Diseño	51
Participantes	52
Instrumentos	53
Procedimiento	54
RESULTADOS	56
Análisis de los Datos Sociodemográficos	56
Análisis Descriptivo de las Variables Depresión y Ansiedad	60
Análisis de las Variables Depresión y Ansiedad según Variables Sociodemográficas	62
DISCUSIÓN	68
CONCLUSIÓN	73
APORTES Y CONTRIBUCIONES DE LA INVESTIGACIÓN	74
LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN	75
LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN FUTURAS	75
PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN	76
REFERENCIAS	78
ANEXOS	85
Anexo I: Consentimiento Informado	85
Anexo II: Cuestionario Sociodemográfico	86
Anexo III: Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II)	89
Anexo IV: Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)	95

RESUMEN

El presente trabajo se propuso investigar los niveles de depresión y ansiedad en mujeres trabajadoras de entidades bancarias públicas de la CABA y GBA. Se pretendió describir si algunas características sociodemográficas como la edad, hijos/as bajo su responsabilidad o cargo jerárquico se relacionaban con diferencias en niveles de malestar psicológico demostrados. El diseño fue cuantitativo, empírico, transversal y descriptivo-correlacional. La muestra estuvo formada por 112 mujeres cisgénero, seleccionadas por muestreo no probabilístico en cadena. Se utilizó un cuestionario sociodemográfico junto con el Inventario de Depresión de Beck-II (Beck et al., 1996; adaptación de Brenlla y Rodríguez, 2006) y el Inventario de Ansiedad de Beck (Beck et al., 1988; adaptación de Vizioli y Pagano, 2020). Los resultados indican que las medianas de ansiedad y depresión se mantuvieron en rangos leves y que no hubo diferencias significativas en depresión o ansiedad asociadas a tener cargo jerárquico, hijos/as o a la edad. Sin embargo, un porcentaje importante registró niveles entre moderados y graves (depresión 33,9% y ansiedad 40,2%). Los hallazgos sugieren que los niveles de malestar psicológico no se ven modificados por las variables sociodemográficas mencionadas y que existen factores moderadores que no fueron investigados.

Palabras clave: Depresión. Ansiedad. Mujeres trabajadoras. Entidades bancarias. Género.

INTRODUCCIÓN

Delimitación del Objeto de Estudio

El presente trabajo se propuso investigar los niveles de depresión y ansiedad en mujeres trabajadoras de entidades bancarias públicas de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Gran Buenos Aires (Argentina). Se pretendió describir si algunas características sociodemográficas como la edad, hijos/as bajo su responsabilidad o cargo jerárquico se relacionaban con diferencias en niveles de malestar psicológico demostrados.

El diseño fue empírico, de metodología cuantitativa, de corte transversal y diseño descriptivo correlacional. La muestra estuvo formada por 112 mujeres cisgénero trabajadoras bancarias de entidades públicas, seleccionadas por muestreo no probabilístico en cadena o por redes. Para la recolección de datos se utilizaron los siguientes instrumentos: un cuestionario sociodemográfico que incluyó variables como edad, nivel educativo, situación de pareja, hijos bajo su responsabilidad y cargo jerárquico; el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II por sus siglas en inglés) desarrollado por Beck et al. (1996), adaptado y validado para su uso en población argentina por Brenlla y Rodríguez (2006) y el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI por sus siglas en inglés) desarrollado por Beck et al. (1988), adaptado y validado para población adulta de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires por Vizioli y Pagano (2020).

Planteo del problema

Según la OMS (2022), en el mundo entero se estima que una de cada ocho personas padece un trastorno mental, siendo más frecuentes los trastornos de ansiedad y depresión. Luego de la pandemia por COVID-19, los trastornos de ansiedad aumentaron un 26% y los trastornos depresivos un 28% (OMS, 2022). Posteriormente, la OMS (2023), calculó que el 4% de la población mundial transita por un trastorno de ansiedad y un 3,8% por un trastorno de depresión, indicando que la prevalencia es mayor en mujeres que en hombres. En América Latina, diversas investigaciones revelan que las mujeres trabajadoras presentan niveles elevados de ansiedad y depresión asociados a las condiciones laborales y al desequilibrio entre trabajo y cuidado familiar (Rodríguez Bermúdez et al., 2021; Nava-Jiménez et al., 2022).

En Argentina, un estudio epidemiológico de salud mental en la población general de este país, evidencia que el 29,1% de los mayores de 18 años tuvo algún trastorno mental en el transcurso de su vida y que el 37,1% tiene el riesgo de padecerlo hasta los 75 años (Stagnaro et al., 2018). Una investigación a nivel nacional indica que el 48,64% de las personas encuestadas posee niveles de ansiedad moderada a severa y el 40,27% tiene los mismos niveles de depresión (Etchevers et al., 2024). Otras investigaciones recientes en el país (Del Valle et al., 2022; Grasso et al., 2024) confirman mayores niveles de ansiedad y depresión en mujeres, lo que sugiere la influencia de factores relacionados con el género.

En el sector bancario, una encuesta nacional realizada por la Asociación Bancaria en Argentina (2022), indica una brecha de género asociada a la segregación vertical, es decir, a que los hombres ocupan más cargos jerárquicos que las mujeres. Este informe también sostiene que la distribución inequitativa de las tareas de cuidado es una de las causas de la desigualdad estructural entre hombres y mujeres, siendo las mujeres quienes más dedican tiempo a las tareas de cuidado y las que menos comparten las responsabilidades con sus parejas. Estos hallazgos son similares a los datos extraídos de la Encuesta Nacional sobre Uso del Tiempo 2021 realizada por el Instituto

Nacional de Estadística y Censos (INDEC) (2022), los cuales revelan que el 90% de las mujeres encuestadas realizan tareas de trabajo doméstico no remunerado, dedicando 6 horas por día, mientras que solo el 67% de los hombres lo hace, dedicando 2,37 horas a dichas tareas.

Estas inequidades de género, junto con las condiciones cambiantes del sector bancario, tales como la digitalización, la automatización y las nuevas demandas organizacionales que han modificado las tareas tradicionales del sector (Goren y Delfino, 2024), constituyen factores de riesgo potenciales para la salud mental de las mujeres. En particular, entre los factores de riesgo se encuentra la sobrecarga laboral, la desigual distribución de las tareas de cuidado, la doble presencia y la persistencia de los estereotipos de género (Lamas, 2018; Burin, 2012).

En cuanto a las causas del problema, la OMS (2025a), sostiene que existe una multiplicidad de factores individuales, sociales y estructurales que, al combinarse, pueden proteger o dañar la salud mental de las personas, destacando entre ellos las condiciones de vivienda, trabajo y demás condiciones psicosociales. Por su parte, Burin (2012), plantea que los roles de género y, en particular, el rol materno, constituyen factores de riesgo para la salud de las mujeres debido a las altas expectativas respecto de su cumplimiento y a la falta de apoyo social para afrontarlas. Asimismo, la autora destaca que el cansancio vivido por estas mujeres no se reconoce debido a que no se consideran las tareas de cuidado como un trabajo, incrementando el malestar padecido.

En cuanto a las consecuencias de padecer estos trastornos, Clark y Beck (2012), sostienen que los trastornos depresivos que cursan a la vez con un trastorno de ansiedad, se asocian con un mayor deterioro funcional, una mayor persistencia del trastorno y síntomas con mayor gravedad. Por su parte, Hirschfeld (2001), expone que la presencia de dicha comorbilidad se asocia con una mayor cronicidad de los cuadros, una recuperación más lenta, una mayor tasa de recurrencia, junto con mayor incapacidad psicosocial. Finalmente, la OMS (2023), advierte que los trastornos de ansiedad pueden afectar tanto las actividades de la vida cotidiana como generar conflictos en otros ámbitos de la vida de la persona, tales como su vida familiar, social y laboral.

La presente investigación tiene el objetivo de conocer los niveles de depresión y ansiedad de las mujeres que trabajan en entidades bancarias públicas de CABA y GBA. La necesidad de realizar el presente estudio, radica en la escasa producción científica que analice la situación de la salud mental de las mujeres trabajadoras del ámbito bancario desde una perspectiva de género. Además, las investigaciones sobre mujeres trabajadoras suelen enfocarse en el estrés laboral, pero no así en los niveles de depresión y ansiedad. De esta forma, los resultados aportarán evidencia empírica actualizada que permita el diseño de estrategias de intervención acordes con el contexto actual, orientadas a promover el bienestar psicológico de esta población.

En consecuencia, se formula la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son los niveles de depresión y ansiedad en mujeres trabajadoras de entidades bancarias públicas de CABA y GBA, y cómo se relacionan con características sociodemográficas como la edad, la maternidad y el cargo jerárquico?

Viabilidad

Esta investigación es viable, ya que se cuenta con los recursos humanos y financieros necesarios para su realización, así como con el acceso a la muestra y el tiempo necesario para su desarrollo. Así mismo, se cuenta con acceso a bibliografía actualizada sobre el tema, la cual fue recabada, en su mayoría, por medio de bases de datos de publicaciones científicas. Cabe destacar que también se tuvo acceso a los instrumentos de recolección de datos, el Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II) y el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI). Esto facilitó el desarrollo de la presente investigación en todas sus instancias.

Objetivos

Objetivo general

Analizar los niveles de depresión y ansiedad en mujeres trabajadoras de entidades bancarias públicas de CABA y GBA y su relación con características sociodemográficas determinadas.

Objetivos específicos

- 1) Describir los niveles de depresión y ansiedad en mujeres trabajadoras de entidades bancarias públicas de CABA y GBA según los puntajes de corte de los test administrados para depresión y ansiedad.
- 2) Comparar los niveles de depresión y ansiedad entre los grupos de mujeres trabajadoras de entidades bancarias públicas de CABA y GBA con y sin cargo jerárquico.
- 3) Comparar los niveles de depresión y ansiedad entre los grupos de mujeres trabajadoras de entidades bancarias públicas de CABA y GBA con y sin hijos/as.
- 4) Examinar la relación entre la edad de mujeres trabajadoras de entidades bancarias públicas de CABA y GBA y los niveles de depresión y ansiedad.

Hipótesis

1) Las mujeres trabajadoras de entidades bancarias de CABA y GBA presentan niveles elevados de depresión y ansiedad.

2) Las mujeres trabajadoras bancarias con cargo jerárquico presentan mayores niveles de depresión y ansiedad que aquellas que no lo tienen.

3) Las mujeres trabajadoras bancarias con hijos/as presentan mayores niveles de depresión y ansiedad que aquellas que no tienen hijos/as.

4) Existe una relación inversamente proporcional entre la edad de las mujeres trabajadoras bancarias y sus niveles de depresión y ansiedad.

ESTADO DEL ARTE

El primer antecedente que se expone es el realizado en México por Rodríguez Bermúdez et al. (2021), quienes realizaron una investigación con el objetivo de evaluar la relación entre los niveles de ansiedad, depresión, estrés percibido y los patrones de sueño en mujeres trabajadoras durante el periodo de aislamiento social obligatorio por COVID-19. en 2020. En cuanto a la metodología, este estudio fue de tipo cuantitativo, transversal y correlacional. La muestra estuvo compuesta por 45 mujeres, de entre 19 y 43 años, que prestaban servicios profesionales remunerados y que tenían, al menos, dos hijos con los que conviven un promedio de cinco horas a la semana. Los instrumentos utilizados fueron un cuestionario de datos sociodemográficos, el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II), la Escala de Estrés Percibido (PSS-14), el Cuestionario de Esfuerzo-Recompensa (ERI) y el Índice de Calidad del Sueño de Pittsburgh (PSQI).

Los resultados del estudio indican que 18 mujeres padecían depresión de gravedad mínima, diez mujeres padecían depresión leve, tres mujeres manifestaban depresión moderada y dos depresión grave. Además, 16 mujeres mostraron niveles de ansiedad leve, 12 mujeres padecían ansiedad moderada y cinco ansiedad grave. Los autores hallaron que las participantes del estudio presentaban mayores niveles de estrés, depresión y ansiedad ante las demandas laborales. Esto sugiere una asociación significativa entre la carga laboral y el malestar psicológico. Además, el sobre compromiso evaluado a través del Cuestionario de Esfuerzo-Recompensa (ERI), mostró correlaciones positivas con mayores niveles de depresión, estrés percibido y ansiedad. Así, los niveles de ansiedad se relacionan positivamente con el nivel de aporte a la economía familiar (Rodríguez Bermúdez et al., 2021).

Por otro lado, los niveles de malestar psicológico se asociaron de manera inversa con el apoyo social percibido y los niveles de ansiedad se asociaron de manera inversa con la realización de actividad física regular. Los autores destacaron la importancia de buscar estilos de vida que impliquen beneficios, tanto físicos como emocionales, tales como la actividad física regular y contar con una red de familiares y amigos que resulten de apoyo (Rodríguez Bermúdez et al., 2021).

Por su parte, en el mismo país, Nava-Jimenez et al. (2022), realizaron una investigación cuyo objetivo fue identificar los niveles de depresión, ansiedad y estrés en mujeres trabajadoras con, al menos un hijo menor de seis años. La metodología contó con un diseño cuantitativo de corte transversal, descriptivo y correlacional, sin manipulación de variables. La muestra estuvo compuesta por 51 mujeres con estas características y residentes de una ciudad mexicana. Para la evaluación se utilizó la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21).

Los resultados expresaron niveles altos de sintomatología, particularmente en mujeres con más de un hijo y sin redes de apoyo. En cuanto a la depresión, el 45,1% presentó depresión moderada, el 29,4% experimentó depresión severa y el 25,5% depresión extrema. La medición de los niveles de ansiedad arrojó que el 66,7% de las madres encuestadas experimentaron ansiedad extrema, mientras que un 27,4% reportaron ansiedad severa. Solo un 4% de las madres experimentaron ansiedad moderada. Además, se encontró una relación significativa entre las variables de depresión, ansiedad y estrés. Los autores sostienen que las madres trabajadoras integran una población vulnerable en términos de factores de riesgo asociados a la salud mental (Nava-Jimenez et al., 2022).

Otro estudio que se expone es el de De Breij et al. (2022), quienes realizaron, en Países Bajos, un estudio con el objetivo de investigar la asociación del sexo y el género con los síntomas depresivos en trabajadores mayores y el papel de las condiciones laborales en dicha asociación. La metodología utilizada fue cuantitativa de corte longitudinal, con un diseño de efecto retardado. Para el análisis se utilizaron los datos del estudio de cohorte prospectivo en curso Longitudinal Aging

Study Amsterdam (LASA) de los períodos 2012-2013 y 2015-2016. La muestra estuvo compuesta por 313 personas de 55 años o más, luego de excluir a aquellas personas que no tenían trabajo remunerado en el primer o el segundo período, o bien que no habían participado de la segunda etapa. En cuanto a los síntomas depresivos, estos se midieron según la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos. Además incluyeron en sus modelos un índice sobre sexo biológico, otro que mide los roles de género en las dimensiones: ingresos, jornada laboral, educación, segregación ocupacional, tiempo dedicado a las tareas domésticas, cuidado informal y otro de condiciones laborales.

En cuanto a la asociación sexo-género, el 18,1% de los hombres y el 70,6% de las mujeres fueron categorizados como género femenino en dicho índice. Esto indica una fuerte asociación entre el sexo biológico y el género, según los roles de género estereotipados, tales como número de horas trabajadas, ingresos, segregación ocupacional, nivel educativo, prestación de cuidados informales y tiempo dedicado a las tareas domésticas. Es por este análisis que los autores sostienen que los roles de género permanecen como un prototipo profundamente arraigado en la sociedad. Sobre esto, cabe destacar que el análisis de los ítems individuales de género indicó que tener un ingreso más alto y un mayor número de horas trabajadas se asoció con el sexo masculino. Por otro lado, realizar tareas de cuidado informales, dedicar más tiempo a las tareas domésticas se asoció con el sexo femenino. En relación con los síntomas depresivos, el sexo femenino y el género femenino se asociaron estadísticamente de forma significativa con una mayor presencia de esta sintomatología (De Breij et al., 2022).

En Argentina, Del-Valle et al., (2022), realizaron un estudio con el objetivo de analizar la sintomatología ansiosa y depresiva durante los primeros 13 meses de la pandemia. Se utilizó una metodología cuantitativa, no experimental, comparativa, descriptiva, analítica y de corte longitudinal. La muestra estuvo compuesta por 988 personas entre 18 y 77 años de diferentes regiones del país, de las cuales el 82% se identificó como mujer y el 18% como hombre. El 11,2% de

las personas encuestadas tenía entre 18 y 25 años, el 41% de 26 a 40 años, el 36,2% de 41 a 60 años y el 11,5% de más de 60 años. En cuanto al nivel educativo, el 0,6% informó secundaria incompleta, el 4,7% secundaria completa, el 28,2% estudios universitarios o terciarios incompletos o en curso, el 35,1% estudios universitarios completos y el 31,4% estudios de posgrado completos o incompletos. La distribución del nivel socioeconómico fue 8,2% bajo y medio-bajo, 51,4% medio y medio-alto, y 40,4% alto, variable utilizada como indicador de ingresos percibidos.

Para el relevamiento de la información, se administraron el Inventario de Depresión de Beck-II y el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo que se distribuyeron de forma online en marzo, abril, mayo y agosto de 2020 y en abril de 2021, tratándose de cinco mediciones realizadas a los mismos participantes. Los resultados indicaron un aumento progresivo en ambas variables en la población general a lo largo de la pandemia, a excepción de una ligera disminución de la ansiedad en la Ola 2 (abril de 2020). Por otro lado, los resultados mostraron diferencias estadísticamente significativas en ansiedad y en depresión por género, siendo las mujeres quienes mostraron mayores niveles que los hombres. En todas las mediciones, las mujeres reportaron niveles de depresión y ansiedad más elevados que los hombres, manteniendo esa brecha a lo largo del período analizado. En cuanto al nivel socioeconómico, las personas que pertenecían a grupos con ingresos bajos y medio-bajos presentaron puntuaciones medias significativamente más altas en comparación con el grupo medio, medio-alto y alto, en las mediciones de ansiedad y depresión en todos los períodos analizados. En relación con la edad, en indicadores de ansiedad y de depresión, el grupo de mayores de 60 años presentó los niveles más bajos, mientras que el grupo de 18 a 25 años mostró los niveles más altos. Es de destacar que después de la tercera ola (mayo 2020), la sintomatología depresiva tendió a disminuir o estabilizarse en el grupo de menor edad, a la vez que se mostró un aumento lineal positivo en los grupos de adultos mayores. (Del-Valle et al., 2022).

Por otra parte, Jirón Jiménez et al. (2024), realizaron una investigación en Ecuador cuyo objetivo fue identificar qué funciones laborales realizan con más frecuencia los docentes

universitarios de la ciudad de Quito, determinar sus niveles de depresión, ansiedad y estrés y relacionar estos riesgos psicosociales (depresión, ansiedad y estrés) con las variables sociodemográficas. La metodología adoptada fue cuantitativa, descriptiva-correlacional, no experimental y transversal. La muestra estuvo compuesta por 162 docentes de universidades públicas y privadas de Quito, de los cuales el 48.1% se identificó como hombres y el 51.9% como mujeres. En relación con la edad, el 25.9% se encuentra en el rango etario entre 26 a 35 años; el 44.4% entre 36 y 45 años; el 22.2% entre los 46 y 55 años y el 7.4% más de 56 años.

Para la recolección de datos se utilizó la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21). Los resultados indican que el 85.2% de las personas entrevistadas presentaron depresión leve; el 7.4% depresión moderada, 3.7% severa y 3.7% extremadamente severa. Por otro lado, el 74.2% presentó ansiedad leve, el 18.5% ansiedad moderada. A su vez, el 3.7% comparten ansiedad severa y extremadamente severa. Estos datos evidencian una correlación significativa inversa del sexo con la depresión y la ansiedad. En función de que la muestra mayoritaria de este estudio estuvo constituida por mujeres, la correlación inversa significativa evidenció que los niveles de ansiedad y depresión se presentaron más en hombres. De igual modo, los autores indicaron que no existen datos estadísticamente significativos que puedan mostrar una correlación entre sexo y estrés (Jirón Jiménez, et al. 2024).

En Estados Unidos, Payne (2024), realizó una investigación cuyo objetivo fue analizar los niveles de depresión, ansiedad y estrés entre los líderes de laboratorios clínicos, considerando su sexo. La metodología utilizada se corresponde con un diseño de investigación comparativa cuantitativa. Para la recolección de la información se utilizó el cuestionario integral Escala de depresión, ansiedad y estrés-21 (DASS 21) que evaluó los niveles de estas variables entre los y las líderes de laboratorios clínicos. La muestra estuvo compuesta por 32 personas líderes de laboratorios clínicos de dos laboratorios de Long Island, de los cuales 16 eran hombres y 16 mujeres. En cuanto a la distribución por edad, la mayoría de los hombres tenía entre 25 y 54 años, con una edad

promedio de 42,5 años. Por su parte, las mujeres, en su mayoría, tenían entre 35 y 54 años, con una edad promedio de 44,5 años. Para la autora, estos datos sugieren que los participantes masculinos son más jóvenes que sus contrapartes femeninas en esta muestra.

Los resultados indican que el sexo tuvo un impacto significativo en los niveles de depresión y ansiedad, siendo moderado en las dos variables. Por otra parte, los hallazgos sugieren que los líderes de laboratorio clínico, hombres y mujeres, experimentan la depresión y la ansiedad de manera diferente. Las mujeres líderes de laboratorio clínico reportaron niveles más altos de depresión en comparación con los hombres. Según la interpretación de la autora, este resultado tiene relación con los desafíos continuos que enfrentan las mujeres líderes en su ámbito laboral y que engloban prejuicios por su género, así como expectativas sociales y laborales que suelen afectarles de manera estructural. En cuanto a la ansiedad, estas reportaron también niveles más altos en comparación con sus pares masculinos (Payne, 2024). Este último dato puede ser un indicador de que la ansiedad sería un problema de salud prevalente en mujeres con roles de liderazgo (APA, 2023, como se citó en Payne, 2024).

En Argentina, Grasso et al. (2024), realizaron una investigación con el objetivo de evaluar sintomatología de ansiedad y de depresión en distintos grupos etarios de personas adultas de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y del Conurbano Bonaerense. La metodología empleada fue cuantitativa, descriptiva, transversal y comparativa. Como instrumentos de recolección de datos se administraron un cuestionario sociodemográfico, el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) y el Inventario de Depresión de Beck (BDI). En cuanto a la muestra, esta fue de 1103 participantes cuyas edades oscilaron entre los 18 y los 65 años, tanto residentes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (35 %) como del Conurbano Bonaerense (65 %). En cuanto al género, el 63 % de la muestra se identificó con el femenino y el 37 % con el género masculino.

Los resultados indican que el grupo de participantes de 18 a 24 años, reportó niveles más elevados de síntomas de depresión y ansiedad que los grupos de 25 a 55 y de 56 a 65 años. Además,

el grupo de 25 a 55 años mostró niveles más elevados de síntomas de depresión que el grupo de 56 a 65 años. Los autores sostienen que los resultados sugieren que la juventud (tener entre 18 a 24 años) se presentó como un factor de riesgo. Por otro lado, las personas que poseían un mayor nivel de instrucción, reportaron mayor nivel de síntomas depresivos. En relación con el género, las personas que se identificaron como mujeres, exhibieron niveles significativamente más elevados de depresión y ansiedad. Cabe destacar que las personas de género femenino que se ubicó en el rango etario de 25 a 55 años evidenciaron niveles significativos más elevados de ansiedad en comparación con las personas de género masculino de la misma edad. (Grasso et al., 2024)

También en Argentina, Etchevers et al. (2024), realizaron un estudio con el objetivo de conocer el estado psicológico de la población del país, a través de la evaluación de su sintomatología psicológica general e inespecífica, la sintomatología ansiosa y depresiva, el riesgo suicida y los problemas del sueño. En esta investigación, la metodología fue cuantitativa, de tipo descriptiva y transversal. En cuanto a la muestra, esta se trató de 4.822 personas mayores de 18 años y residentes de Ciudad Autónoma de Buenos Aires (15,13%), Gran Buenos Aires (33,09%), interior de la provincia de Buenos Aires (16,27%) y resto del país (35,51%). En cuanto al género, el 88% se identificó como mujer, el 11,09% como hombre y el 0,21 % como Otro.

Para la recolección de datos se utilizaron los inventarios SCL-27 (Symptom Checklist de 27 ítems) para sintomatología psicológica inespecífica, la versión en español de la Escala de Severidad y Limitación General de la Ansiedad (Overall Anxiety Severity and Impairment Scale) (OASIS) para sintomatología ansiosa, la versión en español de la Escala de Severidad y Limitación General de la Depresión (Overall Depression Severity and Impairment Scale) (ODSIS) para sintomatología depresiva, la versión en español de la Escala de Evaluación de Riesgo Suicida, (Risk Assessment Suicidal Scale) (RASS) y cuestionarios ad-hoc para indagar sobre conductas saludables, problemáticas y otras conductas. (Etchevers et al., 2024).

Los resultados indicaron que el 8,7% de los participantes tiene las condiciones que indican estar en riesgo de padecer un trastorno mental. El 48,64% presentó niveles de ansiedad entre moderada y severa y el 40,27% presentó niveles de depresión entre moderada y severa. En cuanto a la edad, los participantes de menor rango etario presentan mayor sintomatología psicológica inespecífica. Además, los adultos jóvenes presentaron mayor sintomatología ansiosa en comparación con los adultos mayores. En relación con la depresión, los participantes más jóvenes obtuvieron puntajes más altos en comparación con los mayores de 60 años. En resumen, los participantes más jóvenes y los de sectores socioeconómicos más bajos tuvieron mayores porcentajes en las escalas de ansiedad y depresión. Finalmente, se destaca que la investigación no diferencia los resultados por género (Etchevers et al., 2024).

En Brasil, Frasson et al. (2024), realizaron un estudio con el objetivo de identificar síntomas de ansiedad, depresión y somáticos, así como indicadores de bienestar, estrategias de afrontamiento (coping) y apoyo social en profesionales bancarios de Santa Catarina. En cuanto a la metodología se utilizó un diseño cuantitativo, descriptivo y de corte transversal. La muestra estuvo compuesta por 100 empleados bancarios de Santa Catarina, de los cuales el 60% eran mujeres. En relación con las particularidades de la muestra, el 57% se encontraba en la franja etaria de 37 a 49 años; el 62% se encontraba casados o en unión estable; el 37% tenía estudios superiores y el 57% estudios medios; 39% era gerente y la antigüedad en el trabajo predominante estuvo entre 10 y 20 años para el 59%. Para la recolección de datos se utilizó la Batería de Salud Mental Ocupacional (BSMO), la cual evalúa síntomas de ansiedad somáticos y depresión; también permite conocer indicadores de apoyo social, bienestar y uso de estrategias de afrontamiento (coping).

Los resultados reportan que los puntajes de los síntomas de ansiedad, depresión y somáticos se correlacionaron positivamente entre sí, lo que indica una convergencia alta entre estos síntomas. Por otro lado, el bienestar tuvo una correlación negativa con la sintomatología mencionada y el apoyo social presentó una relación negativa de correlación moderada a los síntomas. En cuanto al

género, no hubo diferencias significativas en los síntomas de malestar psicológico, pero el bienestar fue mayor en hombres (Frasson et al., 2024).

En la discusión, los autores destacaron que estos síntomas se vinculan al contexto laboral y a sus exigencias, así como también a las distintas formas de violencia que están expuestas las personas trabajadoras. Asimismo, afirmaron que, a menor apoyo social percibido, mayor es el padecimiento psíquico. A su vez, sostuvieron que las mujeres tienden a experimentar más conflictos en la conciliación de las demandas laborales y familiares y que reciben menor apoyo organizacional, lo que puede explicar sus menores niveles de bienestar (Frasson et al., 2024).

También en Brasil, Almeida Barbosa y Firmino Rabelo (2025), realizaron un estudio con el objetivo de determinar la prevalencia de Trastornos Mentales Comunes (TMC) en mujeres de mediana edad y evaluar su asociación con variables sociodemográficas y de salud. La metodología de enfoque cuantitativo estuvo conformado por una muestra de 398 mujeres de 40 a 59 años, con promedio de 48,8 años de edad, de las cuales el 97,7% eran mujeres cisgénero, y el 81,7% eran empleadas. La información fue recolectada durante la pandemia de COVID-19 a través del inventario Self-Reporting Questionnaire (SRQ20) junto con un cuestionario sociodemográfico y de salud.

En lo atinente a los hallazgos de la investigación, las autoras indicaron que la mediana edad es un período en el que las mujeres corren riesgo de enfermarse psíquicamente debido a la sobrecarga de roles y a cambios físicos y sociales. Los resultados indicaron una alta prevalencia de TMC en las mujeres de esta franja etaria. En particular, se relacionaron con mayor morbilidad: vivir solamente con sus descendientes, el color de piel mestiza, peor salud percibida, menor edad, percepción de empeoramiento de las condiciones de vida, menores ingresos, escolaridad baja y no tener suficiente dinero para los gastos cotidianos (Almeida Barbosa y Firmino Rabelo, 2025).

MARCO TEÓRICO

Salud Mental

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2025a, párr.1), la salud mental “es un estado de bienestar mental que permite a las personas hacer frente a los momentos de estrés de la vida, desarrollar todas sus habilidades, poder aprender y trabajar adecuadamente y contribuir a la mejora de su comunidad”.

En este sentido, la OMS (2025a), sostiene que la salud mental se considera un derecho humano primordial, ya que permite que las personas puedan tomar decisiones, establecer vínculos sociales, entre otros, lo que trae aparejado el desarrollo personal, comunitario y consecuentemente socioeconómico. De este modo, la salud mental implica la interrelación de la experiencia personal y el ambiente, cuyos resultados sociales y clínicos son diferentes para cada persona. Como contraparte, dicho organismo considera a los trastornos mentales como las alteraciones que son clínicamente significativas en las dimensiones cognitivas, emocionales y conductuales, y que conllevan altos grados de angustia o incapacidad funcional en áreas de la vida importantes para la persona. En general, la OMS expone que las personas que atraviesan estos cuadros son más propensas a poseer un menor nivel de bienestar psicológico, aunque esto no ocurre en todos los casos. Asimismo, indica que los problemas de salud mental engloban un término más amplio que abarcan tanto los trastornos mentales como otros estados mentales asociados a alguna discapacidad psicosocial o que implique riesgo de conductas autolesivas.

En cuanto al marco normativo local, la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 (2010), establece que esta es un proceso dinámico de construcción social determinado por componentes socioeconómicos, históricos, culturales, biológicos y psicológicos. Dicha ley refiere que, para preservar y obtener mejoras en la salud mental, es necesario que todas las personas puedan tener acceso a los derechos humanos y sociales que le corresponden. A su vez, en su capítulo cuarto esta

ley detalla los derechos de las personas con padecimiento mental, tales como el acceso a atención sanitaria y social de manera integral y humanizada, así como el derecho a ser tratado o tratada con la alternativa terapéutica que sea más conveniente en el sentido que restrinja menos sus derechos y libertades. De esta manera, se busca favorecer la integración familiar, laboral y comunitaria.

De esta misma forma, la reglamentación de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 (2010) en el capítulo uno, artículo primero, define al padecimiento mental como un proceso complejo y multidimensional determinado por multiplicidad de componentes, el cual se refiere a cualquier tipo de sufrimiento psíquico que puede originarse en distintos tipos de crisis previsible o imprevistas, así como a situaciones más duraderas. Esto incluye trastornos y enfermedades, conforme a la Ley N° 26.657.

Volviendo a la noción de salud mental, Galderisi et al. (2015, pp.231-232), sostienen que “la salud mental es un estado dinámico de equilibrio interno que permite a las personas utilizar sus capacidades en armonía con los valores universales de la sociedad.” En este sentido, los autores reconocen componentes importantes de la salud mental, tales como la capacidad de modular las propias emociones, el desarrollo de habilidades cognitivas y sociales, la flexibilidad para afrontar eventos adversos en la vida y una relación armoniosa entre mente y cuerpo. Esto contribuiría al desarrollo de un estado de equilibrio interno.

Por su parte, autoras contemporáneas como Delle Fave et al. (2023), proponen que la salud mental se comprende mejor por la condición dinámica de equilibrio armonioso entre las facetas de la vida de la persona, que por la maximización aislada de dimensiones específicas. De esta forma, definen la salud mental como la percepción de satisfacción personal y paz interior, interactuando entre deseos, objetivos y responsabilidades personales, siempre en el marco de un intercambio con el medio, considerando desafíos y oportunidades. Así, la salud mental se halla orientada a la búsqueda de metas y a la construcción de significado.

Finalmente, Delle Fave et al. (2023), sostienen que la salud mental, según su criterio teórico está sustentada en tres aspectos clave, en primer lugar permite promover cambios cualitativos y cuantitativos en la vida del individuo, implicando un proceso complejo y dinámico de integración y adaptación en el tiempo, materializándose en la adquisición progresiva de diversas competencias, habilidades y experiencias esenciales de la existencia; en segundo lugar, toma en cuenta la ocurrencia natural y posible de situaciones negativas y circunstancias ambientales, obligando a los sujetos a revisar sus proyectos y metas, incorporando aspectos positivos y negativos en el contexto de su cotidianidad; finalmente, la salud mental incluye y abarca todos los ámbitos de la vida, tales como como la salud, la familia, el trabajo, la comunidad/sociedad y la noción de espiritualidad/trascendencia.

Determinantes de la Salud Mental

Según la OMS (Organización Panamericana de la Salud, s/f), existe una multiplicidad de factores individuales, sociales y estructurales que, al combinarse, pueden proteger o dañar la salud mental de las personas. Particularmente, los determinantes sociales de la salud (DSS) se entienden, según este organismo, como el conjunto de circunstancias que atraviesan la vida de las personas del nacimiento a la vejez; lo que, además, incluye condiciones globales y estructurales que afectan la vida cotidiana. Además, la OMS (Organización Panamericana de la Salud, s/f), distingue entre determinantes estructurales (relacionados con contextos socioeconómicos y políticos, implicando una desigual distribución del poder y los recursos) de los intermedios que hacen alusión a las condiciones que influyen directamente sobre la cotidianidad de los sujetos, tales como las condiciones de vivienda, trabajo y demás condiciones psicosociales. Cabe destacar que los determinantes estructurales causan los intermedios.

Entre los factores de riesgo individuales, la OMS (2025a), reconoce condiciones psicológicas y biológicas, tales como el abuso de sustancias, determinadas características emocionales y la predisposición genética, factores que incrementan la vulnerabilidad de las personas a desarrollar problemas de salud mental. Asimismo, distingue la existencia de condiciones sociales, económicas, geopolíticas y ambientales que predisponen a las personas al padecimiento de estas afecciones, tales como la pobreza, violencia, desigualdad o degradación ambiental. También deben considerarse factores de riesgo a nivel global como las crisis económicas, las pandemias y epidemias, las guerras, con su consecuente emergencia humanitaria y los desplazamientos forzados, así como la intensificación de la crisis climática.

Por otro lado, la OMS (2025a), indica entre los factores de protección a las habilidades emocionales individuales, interacciones sociales positivas y condiciones estructurales como la educación de calidad, el trabajo con derechos garantizados, la cohesión social y condiciones habitacionales seguras. Es de destacar que no todas las personas que estén expuestas a factores de riesgo van a desarrollar problemas de salud mental, ya que los determinantes de la salud están interrelacionados de manera compleja y pueden contribuir o vulnerar la salud de las personas.

Prevalencia

En el panorama global, las estimaciones de la OMS (2022), indican que, en 2019 una de cada ocho personas padecía un trastorno mental, siendo más frecuentes los trastornos de ansiedad y depresión. Luego, en 2020, tras la pandemia por COVID-19, los trastornos de ansiedad aumentaron un 26% y los trastornos depresivos un 28%. Respecto a la ansiedad, la OMS (2023), calculó que el 4% de la población mundial transita un trastorno de este tipo. En 2019, un aproximado de 301 millones de personas en el mundo tenían un diagnóstico de ansiedad. Esto implica que sea uno de los trastornos más comunes. Sin embargo, solo el 27,6% de estas personas acceden a un tratamiento. En cuanto a la depresión, la OMS (2025b), indica que aproximadamente 332 millones de personas en el mundo transitan un trastorno depresivo, tratándose del 4% de la población. Asimismo, este

organismo indica que se trataría del 4,6% de la población masculina y el 6,9% de la femenina, afectando, aproximadamente, en un 50% más a las mujeres que a los hombres.

En el plano local, un estudio epidemiológico de salud mental en la población general de Argentina (Stagnaro et al., 2018), indicó que el 29,1% de los mayores de 18 años tuvo algún trastorno mental en el transcurso de su vida y que el 37,1% tiene el riesgo de padecerlo hasta los 75 años. Al momento del estudio, el 14,8% afirmó haber padecido en los últimos 12 meses algún trastorno, de los cuales, el 3,7% fue un trastorno severo, el 5,3% se trató de un trastorno moderado y el 5,8% de un trastorno leve. En cuanto a los trastornos con prevalencia de vida más elevada estos fueron el trastorno depresivo mayor (8,7%), el trastorno por abuso de alcohol (8,1%) y la fobia específica (6,8%). El grupo de mayor prevalencia fue el de los trastornos de ansiedad (16,4%). En segundo lugar, los trastornos del estado de ánimo (12,3%), seguidos por los trastornos por sustancias (10,4%) y los trastornos del control de impulsos (2,5%).

De igual modo, Stagnaro et al. (2018), indican que la prevalencia de trastornos mentales en los últimos 12 meses en Argentina incluyeron los Trastornos de ansiedad (9,4%), los Trastornos del estado de ánimo (5,7%), los Trastornos por uso de sustancias (2,4%), siendo el menos común el Trastornos del control de los impulsos (0,5%). En cuanto a la prevalencia de los trastornos individuales más comunes en los últimos 12 meses en el país fueron la Fobia específica (4,8%) (en primer lugar), seguida por el Trastorno depresivo mayor (3,8%), el Trastorno obsesivo-compulsivo (2,5%) y finalmente, el Trastorno bipolar (2,0%).

Comorbilidad

Diversos estudios muestran la elevada comorbilidad entre los trastornos depresivos y los trastornos de ansiedad, tal como expresa Gorman (1996, en Vizioli y Pagano, 2020), la mayor parte de las personas con trastornos depresivos, experimentan a la vez trastornos de ansiedad y viceversa. Por su parte, Clark y Beck (2012), sostienen que los trastornos de ansiedad tienden a ocurrir más con unos que con otros trastornos. Exponen que la mayor parte de la investigación sobre comorbilidad se centra en ansiedad y depresión. En este sentido, citan a Brown y Barlow (2002, como se citó en Clark y Beck, 2012), quienes indican que, aproximadamente el 55% de los pacientes diagnosticados con trastornos de ansiedad o depresión, presentaban, al menos, otro trastorno de ansiedad o depresión asociado. Además, este índice alcanzaba el 76% cuando se tienen en cuenta los diagnósticos de toda la vida. De manera similar, Hirschfeld, (2001), sostiene que de los pacientes que consultaron en atención primaria por un trastorno de ansiedad o depresión, un porcentaje de más del 50% de ellos padece un segundo trastorno de ansiedad o depresivo comórbido.

De esta forma, se expone que los trastornos depresivos que cursan a la vez con un trastorno de ansiedad, se asocian con un mayor deterioro funcional, una mayor persistencia del trastorno y síntomas con mayor gravedad (Clark y Beck, 2012). En esta línea, Hirschfeld (2001), expone que la presencia de dicha comorbilidad se asocia con una mayor cronicidad de los cuadros, una recuperación más lenta, una mayor tasa de recurrencia, junto con mayor incapacidad psicosocial. De manera complementaria, la investigación realizada por Ter Meulen et al., (2021), determinó que los pacientes con comorbilidad se caracterizaban por tener mayores determinantes de riesgo psicosocial, mayor deterioro funcional y más enfermedades somáticas y psiquiátricas, lo que indica un peor pronóstico para el paciente con comorbilidad. Sobre esta cuestión, Hirschfeld (2001), sostiene que el reconocimiento de la alta prevalencia de la comorbilidad junto con el impacto negativo a nivel psicosocial que esto genera, conducirán a un tratamiento más eficaz.

Ansiedad

La OMS (2023), sostiene que las personas que padecen algún trastorno de ansiedad manifiestan miedo y preocupación de manera excesiva e intensa, junto con síntomas somáticos, conductuales y cognitivos. Estos trastornos pueden afectar tanto las actividades de la vida cotidiana como generar conflictos en otros ámbitos de la vida de la persona, tales como su vida familiar, social y escolar o laboral. Además, si no se recibe tratamiento, la sintomatología puede prolongarse en el tiempo.

Por su parte, el DSM-5 (APA, 2014), delimita a los trastornos de ansiedad como aquellos donde las personas manifiestan miedo y ansiedad excesivos, lo que conlleva a alteraciones en la conducta. Define al miedo como la respuesta emocional que se genera ante la percepción de una amenaza inminente, ya sea real o imaginaria, mientras que la ansiedad es una respuesta anticipatoria a un evento futuro percibido como amenazante. La diferencia principal radica en que el miedo genera una activación del sistema nervioso necesario para la defensa o huida, mientras que la ansiedad se asocia a una tensión muscular y vigilancia relacionada con el futuro, generando comportamientos de cautela o evitación.

En este sentido, los trastornos de ansiedad se diferencian del miedo o la ansiedad adaptativa, acorde con la etapa evolutiva, por ser de intensidad desproporcionada en cuanto a la amenaza, o por persistir en el tiempo fuera de lo esperado para esa etapa del desarrollo. El DSM-5 (APA, 2014), diferencia a los trastornos de ansiedad entre sí, según el tipo de situación u objeto que genera miedo, ansiedad o las conductas de evitación, junto con las cogniciones asociadas a la situación desencadenante. Entre ellos se encuentra el trastorno de ansiedad generalizado, el trastorno de ansiedad social o el trastorno de pánico, entre otros.

A los efectos del presente trabajo, sólo se detallan los criterios diagnósticos del trastorno de ansiedad generalizada, el cual, según el DSM-5 (APA, 2014) se define como:

A. Ansiedad y preocupación excesiva (anticipación aprensiva), que se produce durante más días los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades (como en la actividad laboral o escolar).

B. Al individuo le es difícil controlar la preocupación.

C. La ansiedad y la preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (y al menos algunos síntomas han estado presentes durante más días de los que han estado ausentes durante los últimos seis meses):

1. Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta.

2. Facilidad para fatigarse.

3. Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco.

4. Irritabilidad.

5. Tensión muscular.

6. Problemas de sueño (dificultad para dormirse o para continuar durmiendo, o sueño inquieto e insatisfactorio) (p.222).

Según el DSM-5 (APA, 2014), cada uno de los tipos de ansiedad se diagnostica sólo cuando los síntomas no son atribuidos a alguna condición médica, uso de sustancias o medicamentos y no se explican mejor por otro trastorno mental.

El Modelo Cognitivo de la Ansiedad

Por otro lado, desde los modelos cognitivos en Psicología, Clark y Beck (2012), sostienen que la ansiedad es un entramado complejo de respuestas conductuales, emocionales, fisiológicas y cognitivas que se pone en marcha cuando el individuo anticipa situaciones que evalúa como

altamente aversivas o amenazantes. Se constituyen en escenarios vividos como imprevisibles o fuera de control, y que, ante esa percepción de peligro inminente, se presentan como capaces de poner en riesgo aspectos esenciales para el bienestar o los intereses vitales del sujeto.

Según este modelo, la ansiedad, además, incluye otros factores cognitivos además del miedo, tales como la incertidumbre, la indefensión, incontrolabilidad y aversión conductual percibida.

Con respecto a los criterios para distinguir el miedo y ansiedad adaptativos de los patológicos, estos autores sugieren algunos:

1. La teoría cognitiva sostiene que el miedo y la ansiedad patológicas provienen de una cognición disfuncional, es decir, que existe una valoración errónea de peligro en una situación que no puede ser confirmada por la observación directa.

2. La ansiedad clínica implica un deterioro del funcionamiento. Es por ello que la persona no puede realizar un manejo adecuado y adaptativo de la amenaza percibida, lo que tiene consecuencias en su vida cotidiana.

3. La ansiedad persiste de forma prolongada, más allá de lo esperable para la situación que la origina. Lo que mantiene una perspectiva futura de anticipación de una amenaza o peligro.

4. Se producen falsas alarmas, es decir, que hay una ausencia de estímulo, pero existe miedo visible.

5. En los estados clínicos de ansiedad hay una hipersensibilidad hacia los estímulos, lo que genera una respuesta de miedo ante estímulos o situaciones de intensidad leve que a otras personas parecerían inocuos.

Particularmente, Clark y Beck (2012), sostienen que el modelo cognitivo de la ansiedad está compuesto por dos formas de procesar la información que se dan en dos circuitos. Por un lado, está

la valoración primaria de amenaza que analiza de forma rápida y automática la evaluación del potencial de amenaza de los estímulos. En el caso de los trastornos de ansiedad, existe una sobrevaloración de la probabilidad de daño y de su severidad. El segundo proceso se denomina reevaluación secundaria donde se necesita de un procesamiento estratégico de la información con un análisis controlado y elaborativo. En este sentido, las personas con ansiedad patológica tienen dificultades para percibir los aspectos seguros de las situaciones consideradas peligrosas y para estimar las propias capacidades de afrontamiento, subestimándolas. Según este modelo, el mantenimiento de los síntomas y del trastorno se deben a los procesos cognitivos automáticos.

En cuanto a los síntomas de la ansiedad, el modelo cognitivo planteado por Clark y Beck (2012), describe síntomas fisiológicos como palpitaciones o respiración acelerada, presión en el pecho, mareos, sudores y temblores, entre otros. Entre los síntomas cognitivos se expresan el miedo a perder el control, a enloquecer, a la muerte, la presencia de pensamientos atemorizantes, falta de concentración, hipervigilancia y pérdida de memoria, entre los más resaltantes. Con respecto a los síntomas conductuales, dicho modelo refiere comportamientos evitativos, inquietud, búsqueda de seguridad, hiperventilación, quedarse paralizado o dificultad para hablar, entre otros aspectos. Finalmente, en lo atinente a los síntomas afectivos, los pacientes indican estar nerviosos, inquietos, con temor o impaciencia y tensos.

Sobre esta sintomatología, Clark y Beck (2012, p.42), sostienen que gran parte de los síntomas “son de naturaleza fisiológica y reflejan la activación de los sistemas nerviosos simpático (SNS) y parasimpático (SNP)”. Así mismo, indican que la activación del sistema nervioso simpático explica respuestas como la dilatación de las pupilas, la respiración acelerada, la tensión muscular o el aumento del ritmo cardíaco. Explican, además, que a nivel de neurotransmisores se evidencia la secreción de adrenalina y noradrenalina, lo que se expresa clínicamente con aumento de la sudoración, temblores, palpitaciones, o con la sensación de ahogo. Además, los autores indican que la investigación psicofisiológica ha demostrado que aquellos sujetos que presentan ansiedad crónica

tienen niveles más elevados de activación autónoma, es decir, que presentan una hiperactivación constante, un retorno a la calma más lento y una capacidad de ajuste más rígida. Para Clark y Beck (2012), estas características facilitan la mala interpretación de las sensaciones corporales como una amenaza.

Para finalizar este apartado, cabe destacar que, en cuanto a la prevalencia del trastorno de la ansiedad en mujeres, uno de los objetos de estudio de esta investigación, Craske (2003, como se citó en Clark y Beck, 2012), sostiene que estas están más expuestas a manifestar mayores índices de trastornos de ansiedad a causa de un aumento de vulnerabilidad determinado, en ciertos casos, por los siguientes factores: (1) existencia de patrones de socialización claramente marcados hacia ellas, los cuales sugieren que las niñas deben ser más dependientes, prosociales, empáticas, pero mucho menos asertivas y controladoras ante los desafíos cotidianos; (2) mayor afectividad negativa; (3) mayor tendencia a la ansiedad generalizada tal y como se comprueba mediante la respuesta de ansiedad menos discriminativa y más sobregeneralizada; (4) tendencia a recurrir, con mayor frecuencia, a la evitación de situaciones que implican alguna amenaza potencial, así como a la preocupación y a la reiteración de pensamientos de alerta ante posibles amenazas y/o (5) sensibilidad exacerbada con respecto a los desafíos amenazantes y a las claves contextuales que se identifiquen con algún tipo de amenaza.

Depresión

Para la OMS (2025b), la depresión se diferencia de la variación del estado de ánimo que se produce habitualmente en la vida cotidiana. De este modo, la depresión o el trastorno depresivo se considera como un trastorno mental “común” que conlleva la pérdida de placer, del interés por actividades o que implica un estado de ánimo deprimido a lo largo de un amplio período de tiempo. Este trastorno suele tener consecuencias negativas en los

distintos ámbitos de la vida de la persona, especialmente en sus vínculos sociales. En este sentido, puede ser causado por problemas en ámbitos escolares o laborales, así como generarlos.

En cuanto a los Trastornos Depresivos, el DSM V (APA, 2014), distingue entre trastorno de desregulación perturbador del estado de ánimo, trastorno de depresión mayor o trastorno depresivo persistente (distimia), entre otros. A los efectos del presente trabajo, sólo se detallan los criterios diagnósticos del trastorno de depresión mayor. Según lo establecido en el mencionado manual, este trastorno se diagnostica cuando el paciente presenta cinco (o más) de los síntomas siguientes durante al menos dos semanas, siendo indispensable que al menos uno de los síntomas sea estado de ánimo deprimido o pérdida de interés o de placer. Entre los síntomas característicos de la depresión mayor se encuentran:

- 1) Estado de ánimo deprimido (tristeza, desesperanza, sensación de vacío); 2) disminución importante de sentir el placer o el interés que presentaba anteriormente; 3) aumento o disminución importante de peso sin hacer dieta o alteraciones en el apetito; 4) insomnio o hipersomnias; 5) agitación o enlentecimiento psicomotor; 6) fatiga o pérdida de energía; 7) sentimientos de inutilidad o culpabilidad excesiva; 8) disminución de la capacidad para concentrarse o tomar decisiones y 9) pensamientos recurrentes de muerte, ideas suicidas, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

Asimismo, los síntomas deben causar deterioro social, laboral o en otras áreas importantes para el funcionamiento de la persona, el cual se acompaña con malestar clínicamente significativo. Por otro lado, el episodio no puede atribuirse a los efectos de una sustancia o afección médica, el episodio de depresión mayor no se explica mejor por otro trastorno y el paciente no ha cursado un episodio maníaco o hipomaníaco.

Modelo Cognitivo de Beck

A partir de la interacción entre observaciones clínicas y de investigaciones experimentales, Beck et al. (1983), desarrollaron progresivamente el modelo cognitivo de la depresión junto con el tipo de terapia que se deriva del mismo. Este modelo indica que la depresión se basa en tres conceptos que la explican: la tríada cognitiva, los esquemas y los errores cognitivos.

La tríada cognitiva se refiere a tres patrones de pensamiento característicos del individuo que hacen que se perciba a sí mismo, a sus experiencias y al futuro de una forma particular. El primer elemento se trata de una visión negativa acerca de sí mismo, considerándose como una persona con poca valía, cuyos defectos determinan las experiencias de su entorno que considera como desagradables, considerando, además, que no posee las características necesarias para lograr sentir alegría o felicidad (Beck et al., 1983).

El segundo elemento de la tríada se relaciona con que estas personas suelen tener una visión negativa de sus experiencias, lo que las lleva a interpretar los acontecimientos que le suceden de forma negativa, considerando que reciben demandas del mundo que son inalcanzables o que le causan obstáculos que son imposibles de superar. En cuanto a sus interacciones con el medio, estos individuos se basan en cogniciones de fracaso o de derrota. En este sentido, desestima interpretaciones alternativas que sean menos perjudiciales (Beck et al., 1983).

El tercer elemento de la tríada está direccionado a una visión negativa acerca del futuro. De esta forma, cuando la persona con depresión hace proyectos anticipa que tendrá dificultades de forma interminable. Es por ello que tiene una expectativa de fracaso cada vez que debe hacerse cargo de alguna tarea en el futuro inmediato (Beck et al., 1983).

En cuanto a los esquemas, Beck et al. (1983), los definen como patrones de pensamiento que son estables en el tiempo, que funcionan como una base regular sobre la cual se realizan las interpretaciones del sujeto sobre distintos tipos de situaciones. Es decir, se trata de estructuras

latentes que funcionan como base para organizar las experiencias. Esto explica cómo se mantienen los síntomas del cuadro depresivo, ya que las personas atienden selectivamente a estímulos específicos, desestimando otros.

En relación con los errores cognitivos, los autores refieren que se tratan de errores en el procesamiento de la información donde se le otorga validez a la concepción negativa del sujeto, incluso ante la evidencia contraria (Beck, 1967, como se citó en Beck et al., 1983). En este sentido, es posible entenderlos como distorsiones sistemáticas en el procesamiento de la información.

Entre los errores más comunes, los autores mencionan la inferencia arbitraria en la que se otorga una respuesta adelantada en ausencia de evidencia; la abstracción selectiva que se refiere a centrar la atención en un estímulo, ignorando las características relacionadas con el contexto o situación; la generalización excesiva donde se elabora una respuesta general a partir de un evento aislado, aplicando esta conclusión a otros eventos que estén o no relacionados; la maximización y minimización en la que se exagera o minimiza la dimensión del evento; la personalización que se atribuye a sí mismo distintos fenómenos externos que no están conectados y, finalmente, el pensamiento dicotómico o absolutista donde se categorizan las experiencias en una o dos extremos opuestos (Beck et al., 1983).

Posteriormente, Beck y Alford (2009), complementan el modelo cognitivo, ampliando la descripción de la sintomatología depresiva y dividiéndola en cuatro grandes grupos: manifestaciones emocionales, cognitivas, motivacionales y físicas o vegetativas.

Para estos autores, las manifestaciones emocionales se refieren a una modificación en los sentimientos del paciente o en la conducta, atribuible de forma directa a estos cambios emocionales. Entre ellas se encuentran el estado de ánimo abatido que es descrito por cada paciente de forma diferente. En los casos más leves, los pacientes pueden referir estar tristes, mientras que en los más graves, el malestar es más persistente y más marcado, indicando sentimientos de desesperanza.

También, expresan sentimientos negativos hacia sí mismos, distinguiéndose el disgusto hacia la propia persona, refiriendo ser inútiles. En los casos más leves, estos individuos expresan sentirse decepcionados de sí mismos, y en los más graves, pueden manifestar odio contra sí mismos. Además, se evidencia una disminución importante de la gratificación o pérdida de satisfacción que al principio suele aparecer con algunas actividades, extendiéndose a todos los ámbitos de la vida cuando la depresión progresa. En los casos más severos, la persona no siente satisfacción ante ningún tipo de reconocimiento o afecto, ni en la realización de ninguna actividad (Beck y Alford, 2009).

Siguiendo con los síntomas emocionales, Beck y Alford (2009), refieren que los pacientes con depresión manifiestan la pérdida de vínculos emocionales significativos con otras personas, en los casos más leves se evidencia una baja en el entusiasmo por la realización de determinadas actividades o por personas, aunque esto podría implicar un aumento de la dependencia de los vínculos más cercanos. En casos de gravedad moderada, se manifiesta indiferencia hacia los otros, lo que puede implicar pérdida de interés hacia el trabajo, la familia o la apariencia personal. En casos más graves, se observa apatía. Dentro de este mismo grupo de manifestaciones, se encuentra el aumento de episodios de llanto que oscila desde llorar ante estímulos menores, destacándose el llanto sin motivo aparente, hasta no poder llorar teniendo ganas de hacerlo. Finalmente, también se manifiesta la pérdida de la alegría o del sentido del humor.

En cuanto a las manifestaciones cognitivas, los autores mencionan la existencia de tres grupos, por un lado los referidos a la triada cognitiva de la depresión que incluye una baja autoestima, autoimagen distorsionada y expectativas negativas. En un segundo grupo se encuentra la tendencia de los pacientes a responsabilizarse por cualquier dificultad o problema con el que se encuentren, la autculpa y autocrítica. Finalmente, un tercer grupo concentra los síntomas involucrados en la toma de decisiones, particularmente, en la indecisión (Beck y Alford, 2009).

Una baja autoestima implica que los pacientes se vean como deficientes en los atributos que consideran importantes, tales como la inteligencia, la fortaleza, los recursos económicos, etc. En

algunos casos de gravedad leve, puede observarse que estas personas reaccionan exageradamente ante sus errores o dificultades. En este sentido, estos se comparan con otras personas, concluyendo que son inferiores. A más gravedad, interpretan situaciones neutras como evidencias de esa ineficiencia. En los casos más graves, las personas con depresión se autoevalúan en su punto más bajo, rebajándose en los roles que desempeñan y se consideran fracasadas (Beck y Alford, 2009).

La autoimagen distorsionada se refiere a una percepción alterada del propio aspecto físico, que, según la investigación de los autores, afecta en mayor proporción a las mujeres que a los hombres. En los casos más leves, estas personas se empiezan a preocupar en exceso por su apariencia, posteriormente, estos pueden llegar a la creencia de ser personas feas o repulsivas que no tienen atractivo personal. También manifiestan expectativas negativas que se expresa en un pesimismo relacionado con la desesperanza. Así, los pacientes esperan lo peor y rechazan la posibilidad de que ocurra alguna mejoría. Esto deteriora sus vínculos cuando tratan de ayudarlos y constituye un obstáculo en el tratamiento.

De igual modo, Beck y Alford (2009), sostienen que los pacientes con depresión manifiestan autculpa y autocrítica, debido a un patrón de causalidad centrado en el yo, donde atribuyen las causas de sus circunstancias a sus propias deficiencias, criticándose por ellas. En los casos más leves se comparan con estándares rígidos y perfeccionistas, mientras que en los casos más graves se critican por aspectos de su personalidad o bien interpretan cualquier estímulo como una muestra de desaprobación pública sobre su persona.

La última de las manifestaciones cognitivas propuestas por Beck y Alford (2009), es la indecisión. En este caso, los pacientes anticipan que van a tomar la decisión equivocada a la par de que cuentan con tendencias evitativas y un aumento de la dependencia. Las decisiones rutinarias parecen convertirse en problemas mayores. En los casos más leves, los pacientes no encuentran soluciones con la facilidad que solían hacerlo, lo cual se puede hacer extensivo, progresivamente, a

todas las actividades que realiza la persona con depresión. En los casos más severos, quienes padecen de depresión creen que son incapaces de tomar decisiones, y por lo tanto, no lo intentan.

Por otro lado, entre las manifestaciones motivacionales, los autores se refieren a los deseos, tendencias e impulsos experimentados conscientemente por los pacientes con depresión. Al respecto, estos se constituyen en forma de patrones con una naturaleza “regresiva”, es decir, que estos pacientes tienden a realizar actividades que requieren un grado menor de iniciativa o responsabilidad, por lo tanto, optan por la pasividad y la dependencia. Esta tendencia evasiva se expresa finalmente en lo que Beck y Alford (2009, p.28), denominan “el deseo de retirarse de la vida mediante el suicidio”.

Entre estas manifestaciones motivacionales se encuentra la parálisis de la voluntad que expresa la pérdida de motivación positiva, ya que no hay ningún estímulo interno que los mueva, incluso a realizar tareas primordiales o vitales. En los casos más leves, las personas solo desean realizar actividades que impliquen una gratificación inmediata. En los casos moderados, el deseo espontáneo se encuentra ausente en casi todas las actividades del paciente. En los casos severos, se observa una parálisis total de la voluntad marcada por el hecho de que los pacientes no realizan siquiera las tareas esenciales para la vida (Beck y Alford, 2009).

Otra de las manifestaciones motivacionales propuestas por los autores son los deseos de evitación, escapismo y retraimiento. Los pacientes con depresión manifiestan el deseo evasivo de romper con su rutina habitual. En los casos más leves, las personas sienten el deseo de posponer o evitar la realización de tareas que encuentran extenuantes o poco interesantes. En los casos mas severos, se expresa un marcado aislamiento y el suicidio aparece como una vía de escape ante una situación considerada como intoblable (Beck y Alford, 2009).

En estos pacientes también se encuentran los deseos suicidas, observándose en altas proporciones en pacientes con depresión grave. En los casos más leves, el deseo de morir se

evidencia de una forma pasiva, ya que afirman que no tomarían medidas para causar su muerte, pero consideran que la idea de morir representa un alivio. En los casos moderados, los sujetos tienden a tomar riesgos innecesarios debido a un deseo suicida más directo y frecuente. En los casos de mayor gravedad, los deseos suicidas tienden a tener mayor intensidad, aunque a causa de su propia inhibición o enlentecimiento, el paciente no cometería ningún intento (Beck y Alford, 2009).

Otra manifestación observable en el campo motivacional es la del aumento de la dependencia. En este sentido, se expresa en el deseo de recibir ayuda, orientación o dirección donde el paciente le otorga un significado más emocional que de apoyo efectivo para la realización de determinada actividad. El paciente, en los casos más leves, pasa de la independencia a requerir ser ayudado o apoyado, prefiriendo realizar actividades acompañado. En los casos moderados, el deseo de recibir instrucciones y reafirmación se vuelve más intenso, requiriendo que otras personas realicen sus tareas. En los casos más graves, aumenta el deseo de recibir ayuda, posicionándose pasivamente (Beck y Alford, 2009).

Finalmente, Beck y Alford (2009), refieren las manifestaciones físicas y vegetativas en personas con depresión, tales como la pérdida de apetito, alteraciones del sueño, la pérdida del deseo sexual y fatigabilidad que evidencia una alteración en el sistema nervioso autónomo responsable del estado depresivo. La pérdida de apetito constituye uno de los primeros signos de una incipiente depresión. En los casos leves, los pacientes no disfrutan de la misma forma que antes el hecho de comer. En los casos moderados, el deseo de comer puede haber desaparecido, saltando comidas sin notarlo. En los casos severos, los pacientes pueden sentir aversión a la comida, debiendo obligarse a comer, esto conlleva a una pérdida de peso considerable. En cuanto a los trastornos del sueño, este es uno de los síntomas más destacados en los casos severos; ante estos, las personas pueden dormir menos horas que lo habitual o despertarse durante la noche, también se observan casos opuestos donde las personas duermen más de lo habitual. En los casos más severos, algunas personas refieren no haber dormido nada y recuerdan estar pensando toda la noche.

Entre las manifestaciones físicas, los autores también indican la pérdida de libido que se manifiesta en una pérdida del deseo sexual espontáneo en los casos más leves; en los moderados, el deseo se encuentra marcadamente reducido y, en los casos severos, se pierde todo tipo de respuesta a los estímulos sexuales, considerando incluso tener una aversión a la sexualidad. En relación con la fatigabilidad, esta se expresa como una sensación física donde las extremidades se sienten pesadas y la persona nota la falta de energía. En los casos más leves, los sujetos refieren que se cansan con mayor facilidad; en los casos moderados, los individuos con depresión refieren estar cansados al despertar y que cualquier actividad agrava el síntoma. En los casos severos, los pacientes refieren estar muy cansados como para hacer algo y solo logran tareas simples como vestirse bajo la influencia de presiones externas (Beck y Alford, 2009).

Entidades Bancarias

En Argentina, según la Ley N° 21.526/77 las entidades financieras son aquellas que realizan intermediación entre oferta y demanda de recursos financieros de manera habitual. Dicha ley distingue dentro de esta clasificación a los bancos (comerciales, de inversión o hipotecarios), cajas de crédito, compañías financieras y sociedades de ahorro y préstamo para la vivienda. Hasta mayo de 2025 el sistema financiero argentino estaba compuesto por 61 bancos, de los cuales 47 son privados y 14 públicos, además de 13 compañías financieras. Es posible diferenciar a las entidades financieras de acuerdo con el origen de su capital, ya que las privadas son de capital nacional o extranjero mientras que las públicas tienen participación del Estado nacional, provincial o municipal. Entre estas últimas se encuentran el Banco de la Nación Argentina (BNA), el Banco de la Provincia de Buenos Aires (BPBA), el Banco de la Ciudad de Buenos Aires, el Banco Municipal de Rosario y el Banco de la Provincia de Córdoba, entre otros (Banco Central de la República Argentina, BCRA, s.f).

La banca pública, objeto de estudio de esta investigación, además de la búsqueda de rentabilidad que rige a las entidades bancarias, cumple con funciones sociales, de inclusión y desarrollo, tales como por ejemplo tener presencia en localidades de baja densidad poblacional, teniendo como prioridad brindar servicios a todos los ciudadanos por sobre las utilidades económicas (Goren y Delfino, 2024). Por otra parte, la banca pública argentina también es responsable del otorgamiento de préstamos a tasas subsidiadas y con período de gracia en cuanto al pago de capital para personas que hayan sido afectadas por fenómenos naturales (BPBA, s.f)

Sobre estas entidades, Albano et al. (2023), destacan dos rasgos distintivos en su rol dentro del sistema financiero argentino; en primer lugar, la tendencia a incrementar su participación en el crédito destinado a las empresas. En segundo lugar, la actuación contracíclica, dado que sostienen el financiamiento en contextos adversos para la actividad económica. Asimismo, los autores señalan que, en los últimos años, el Banco de la Provincia de Buenos Aires otorgó financiamiento a las pequeñas y medianas empresas para reforzar el capital de trabajo y la inversión, lo que favoreció el acompañamiento de la actividad productiva. Este apoyo se materializó en el otorgamiento de tasas preferenciales o subsidiadas, profundizando su función tradicional de banca de cercanía y ampliando la inclusión financiera en el ámbito de la provincia de Buenos Aires.

Cambios Recientes en el Sistema Bancario

En el país, el sector bancario ha tenido que adaptarse tanto a las políticas estatales como a las innovaciones tecnológicas y otros cambios contextuales. De esta forma, Goren y Delfino (2024), sostienen que la incorporación de tecnología produjo transformaciones significativas en los procesos productivos, en las formas de organizar el trabajo y en la relación con los clientes, debido a que el desarrollo tecnológico depende de factores sociales, políticos y económicos. Esto ha provocado que

se descentralicen funciones, se diversifiquen servicios y se acelere la automatización y tercerización de tareas, generando que el entorno laboral se vuelva más flexible, y a menudo, más precario.

En cuanto a los cambios en las condiciones laborales, los autores sostienen que la digitalización condujo a la fragmentación del trabajo bancario entre tareas centrales y tareas subcontratadas, lo que genera un impacto en la población trabajadora. Además, la automatización de determinadas tareas o procesos genera la eliminación de puestos de trabajo más repetitivos y rutinarios o que requieren una menor cualificación (Goren y Delfino, 2024).

Finalmente, a partir de la irrupción de las fintech¹, Allami (2024), sostiene que esto produjo la transformación de los sistemas financieros, caracterizado por un mayor número de actores, por un aumento de la competencia por la reducción de costos y por una mayor segmentación. En este sentido, la autora sostiene que las fintech tienen un doble impacto, ya que compiten con los bancos tradicionales, y además, impulsan a que estos tengan que adoptar nuevas tecnologías e innovaciones.

Población Trabajadora Bancaria

La Secretaría de Derechos Humanos, Género e Igualdad de la Asociación Bancaria en Argentina (2022), realizó una encuesta nacional entre las personas afiliadas al sindicato, representando el 60,5% del total de trabajadores/as bancarios/as a octubre de 2021. De la información relevada se obtuvo que la cantidad de empleados hombres supera a la cantidad de mujeres en 7 puntos porcentuales. Particularmente, esta segmentación por género en la banca pública indica que el 56% de la población trabajadora es de hombres, indicando una masculinización

¹ El término fintech proviene de las palabras en inglés Finance and Technology y se refiere a todas las actividades que impliquen el empleo de innovación y desarrollos tecnológicos para la prestación de productos y servicios financieros, lo cual incluye tanto el diseño como la oferta. (Comisión Nacional del Mercado de Valores, s.f.)

propia de los sectores financieros en la mayoría de los rangos etarios encuestados: hasta 30 años, de 30 a 45 años, de 46 a 59 y de 60 años o más. Solo en el rango de hasta 30 años, las mujeres superan en un punto porcentual.

En cuanto a la brecha salarial, las inequidades son mayores en el sector privado aunque el sector bancario, en general, es el de menor brecha del mercado laboral argentino. En el ámbito público, la brecha salarial es del 6% y es del 3% en el segmento etario de 60 años o más. En tanto que en el sector privado, la brecha es del 19% y llega a un 24% en el último segmento etario (Asociación Bancaria, 2022).

El análisis realizado sobre los quintiles de ingreso indica que existe un 61% de mujeres en la base de la pirámide que representa la fuerza laboral y un 39% en la cúspide en ambos sectores. Esto indica que la brecha salarial está determinada por la segregación vertical, sobre la que se dará una explicación teórica más adelante. Es de destacar que esta encuesta indica que la segregación vertical no está sustentada en una diferencia en el nivel educativo entre hombres y mujeres, ya que los niveles de educación superior son de un 28,5%, conformado por 14,5% por mujeres y 14% por hombres, sin diferencias significativas entre ambos sectores (Asociación Bancaria, 2022).

Este informe también sostiene que la distribución inequitativa de las tareas de cuidado es una de las causas de la desigualdad estructural entre hombres y mujeres. En este sentido, el 53% de las personas entrevistadas declaró convivir con su pareja e hijas/os, mientras que el 19% refirió vivir en pareja sin hijos y el 14% viven solos. Los hogares monoparentales alcanzan al 10%, de los cuales el 7,18% están a cargo de una mujer. En cuanto al porcentaje que declaró tener personas bajo su cuidado, el 66% de las mujeres declaró tener esta responsabilidad mientras que el 61% de los varones coincidió con estas. La mayoría de estas personas están a cargo de sus hijos/as en un 77% y, además, un 8% está a cargo de madres o padres. Del total de trabajadores bancarios, el 63% comparte las tareas de cuidado con significativas diferencias de género. El 49% de los hombres manifestó compartir las tareas de cuidado con su pareja, mientras que en el caso de las mujeres, ese

porcentaje alcanza el 29%. Asimismo, el 17% de las mujeres declaró tener personal doméstico remunerado y en el caso de los hombres fue el 11%. Respecto a los usos del tiempo, la distribución de horas de trabajo productivo es equitativo entre hombres y mujeres, alrededor de las 8,95 horas diarias. Sin embargo, las bancarias dedican 5,3 horas diarias a las tareas domésticas y los hombres 4,6 horas (Asociación Bancaria, 2022).

Género y Roles de Género en las Mujeres Trabajadoras Bancarias

Para iniciar el análisis de las condiciones que afectan o impactan a las mujeres en el ámbito laboral y familiar, es necesario empezar por las definiciones teóricas relativas al género, estereotipos y roles de género.

El Comité de Naciones Unidas que monitorea el cumplimiento de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW, 2010), define al sexo como a las diferencias biológicas entre hombres y mujeres. En cambio, el género se refiere a los atributos construidos socialmente, identidades y funciones que se asignan a hombres y mujeres, junto con el significado que se le otorga socialmente a esas diferencias biológicas. Por su parte, ONU Mujeres (2001), indica que estos atributos correspondientes al género son aprendidos a través de procesos de socialización, de acuerdo con las expectativas y reglas implícitas sobre lo que implica ser hombre o mujer en determinados contextos.

En relación con la identidad de género, esta es definida como la vivencia individual e interna del género, de acuerdo con la experiencia personal, la cual puede corresponder o no con el sexo asignado al nacer. Esto incluye, además, la vivencia personal del cuerpo que puede involucrar modificaciones libremente escogidas u otro tipo de expresiones de género tales como la vestimenta y la forma de hablar (ACNUDH, 2013). En Argentina, la Ley N° 26743/12, Ley Nacional de Identidad

de Género, establece que toda persona tiene derecho a la identidad de género, tomando una definición teórica de las mismas características que la mencionada previamente.

Existen variadas identidades de género, entre ellas, las personas cisgénero son quienes tienen una identidad de género que coincide con el sexo biológico. Por otro lado, las personas transgénero tienen una identidad de género distinta de la asignada al nacer, para abarcar las diferentes variantes utilizan el término Trans². Las personas intersex son aquellas que tienen características genéticas de ambos sexos y que su corporalidad varía de los estándares culturales para hombres o mujeres (ACNUDH, 2013). Las personas de género no binario son aquellas que no se identifican con el binario femenino/masculino. Actualmente, el Documento Nacional de Identidad argentino admite tres opciones de género: M para masculino, F para femenino y bajo la letra X se encuadran las personas cuya identidad de género es no binaria, no informada, indefinida, indeterminada, no especificada o no consignada (Decreto N° 476/2021). En cuanto a la clasificación de la orientación sexual y afectiva de las personas, esto no será abordado en esta investigación ya que no constituye su objeto de estudio.

El presente trabajo toma como población a las personas cuya identidad de género es mujer, es decir que se autoperciben como mujeres, ya sean cisgénero o transgénero.

Continuando con las consideraciones teóricas referentes a las relaciones de género en el mundo del trabajo y el mundo privado, es necesario definir a los roles de género como el conjunto de normas que dicta la cultura y la sociedad sobre el comportamiento masculino y femenino. Si bien existen variantes culturales, según clase social, etnia o grupo etario es posible sostener una división básica correspondiente a la división sexual del trabajo más primaria, debido a que las mujeres que dan a luz a los hijos suelen ser quienes deben cuidarlos, por lo tanto, se asocia lo femenino a lo doméstico y maternal en contraposición con lo masculino que se identifica con lo público. Esta

² Trans es un término político inclusivo que incluye entre otros a: transexuales, transgéneros, travestis, queers de género, travestidos/as y muchos otros. (Principios de Yogyakarta, 2010).

dicotomía entre hombres y mujeres establece estereotipos que condicionan los roles que cumplen estas personas y limitan sus potencialidades al reprimir o estimular determinados comportamientos en función de adecuarse a su género (Lamas, 1986).

Estos mandatos de género, para Lamas (2018), no solo implican la asunción de determinados roles sociales, sino que también involucran tanto al psiquismo individual como a la subjetividad social, en tanto que estos se nutren de las valoraciones culturales. En esta línea, Elias (2012, como se citó en Lamas, 2018), plantea que la estructura social y los cambios en las relaciones interpersonales están relacionados con la estructura de la psiquis de las personas y de los modos habituales de orientar el comportamiento. En este sentido, el autor identifica que los esquemas de conducta derivan de un proceso histórico que se mantiene por medio de un control social estrictamente organizado.

En función de lo expuesto, es necesario destacar que la división social y sexual del trabajo conducen a segregaciones de género en materia ocupacional. En este sentido, la Asociación Bancaria (2022), sostiene que la segregación ocupacional determina que, a partir de un conjunto de variables de género, étnicas, raciales o económicas ciertas personas sean excluidas de determinados empleos mientras que otras sean favorecidas para concentrarse en estos, expresando una desigualdad estructural que afecta especialmente a las mujeres, aunque no de manera exclusiva.

Esta segregación puede manifestarse de forma horizontal o vertical. En cuanto a la horizontal, Espino y De los Santos (2019), sostienen que esta se manifiesta en un predominio femenino en cierto tipo de ocupaciones y en determinados sectores de la actividad económica. Sobre esto, la Asociación Bancaria (2022), sostiene que existen tareas, trabajos u oficios feminizados, es decir, asignados mayoritariamente a personas del género femenino. Por otra parte, indican la presencia de otras tareas u ocupaciones valoradas socialmente como masculinas.

Por otro lado, la segregación vertical se establece cuando hombres y mujeres tienden a ocupar distintas categorías, siendo las categorías inferiores, por lo general, asignadas a las mujeres y los cargos gerenciales o altos mandos, ocupados mayoritariamente por el género masculino (Asociación Bancaria, 2022). La segregación vertical es conocida con la metáfora del techo de cristal, la cual se refiere a los obstáculos invisibles que impiden a las mujeres el acceso a cargos jerárquicos (Espino y De los Santos, 2019).

Según Anker (1997, como se citó en Espino y De los Santos, 2019), la segregación tiene como consecuencia distintos efectos negativos sobre la vida de las mujeres, el desarrollo de las sociedades y sus economías. Entre ellos, se encuentra la perpetuación de los estereotipos de género vinculados con la percepción de la actividad económica. Asimismo, tiene un efecto en las decisiones relativas a la capacitación y educación de las futuras generaciones en cuanto a las expectativas que brinda el mercado laboral.

Esta segregación de género es, además, una de las causas principales de las brechas salariales de género, la cual se define según la Asociación Bancaria (2022), como la medida que indica la distancia o diferencia entre los salarios medios masculinos y femeninos.

Variables Sociodemográficas a Estudiar

Mujeres con Cargos Jerárquicos

Para Schlemenson (1990), la estructura se refiere al conjunto de posiciones oficiales o roles que constituyen el sistema organizacional. De esta estructura organizativa se desprende el organigrama que determina las áreas, los niveles jerárquicos y las relaciones formales entre estos. Además, la estructura supone la definición de las funciones asignadas a cada puesto, la descripción de las tareas, el mecanismo de comunicaciones formales y los distintos tipos y niveles de autoridad.

En la misma línea, Robbins y Judge, (2013), definen que una estructura organizacional establece la forma en la que se dividen, coordinan y agrupan las tareas en el trabajo formalmente, incluyendo elementos como cadena de mandos, especialización laboral, tramo de control, departamentalización, centralización y descentralización, así como formalización. En este marco, la cadena de mandos se refiere a la línea de autoridad que se extiende de forma continua desde la parte superior de la organización hasta los puestos inferiores, determinado quién reporta a quién.

Más adelante, Robbins y Judge, (2013, p.485), define la autoridad como el “derecho inherente de una posición gerencial para dar órdenes y esperar que se acaten”, mientras que la “unidad de mando” señala que “un subordinado debe tener sólo un superior ante el cual es responsable directo”.

Según Weber (en Schlemenson, 1990, p.171), el poder se entiende como “la probabilidad de un actor, dentro de una relación social, de estar en la posición de realizar su propia voluntad a pesar de la resistencia”. La autoridad, en cambio, se refiere al poder legitimado, es decir, aquel que consienten quienes lo acatan.

En este sentido, para Schein (1988), dentro de las culturas empresariales, uno de los elementos más importantes se refiere al sistema jerárquico que emerge de la tecnología tradicional, habitualmente basado en la posesión de puntos de información clave o en su capacidad de análisis.

De este modo, las mujeres que acceden a cargos jerárquicos desempeñan tareas que implican el ejercicio de poder legitimado, asumiendo un rol de liderazgo. Este último se entiende como la capacidad de ejercer influencia en un grupo y dirigirlo hacia la consecución de objetivos o metas (Robbins y Judge, 2013).

Sin embargo, esta experiencia está atravesada por barreras de género. A nivel global, las mujeres tienen escasa representación en los puestos de toma de decisiones. Según un informe realizado por la Organización Internacional del Trabajo (OIT, 2024) junto con la Organización

Internacional de Empleadores (OIE) en 2023, apenas el 28 % de las organizaciones encuestadas habían logrado que su nivel directivo sea equilibrado, ya que entre el 40% y el 60% de sus cargos de dirección estaban ocupados por mujeres. Este informe advierte que una de cada diez empresas no cuentan con ninguna mujer en estos puestos.

En el caso del sistema bancario público argentino, el Banco de la Provincia de Buenos Aires constituye un ejemplo ilustrativo de lo expuesto. Hasta el 2024, su presidente era hombre, su directorio estaba compuesto por seis hombres y una sola mujer. La gerencia general también estaba encabezada por dos varones que ocupan los puestos de Gerente General y Subgerente General, mientras que, de las siete subgerencias, apenas dos estaban a cargo de mujeres. A nivel gerencial, según datos del 2024, hay 266 mujeres frente a 681 hombres, mientras que en los niveles medios hay 1587 mujeres y 1725 varones. Esto se mantiene en los niveles iniciales donde 2889 son mujeres, 3157 hombres y dos personas no binarias (BPBA, 2024). Estos datos demuestran una subrepresentación de las mujeres en los puestos de toma de decisiones.

Retomando los aportes de Burin (2012), cabe destacar el concepto de techo de cristal, el cual se refiere a las barreras invisibles que encuentran las mujeres en su trayectoria profesional y que impiden su ascenso en la escala organizacional, a pesar de la capacitación y las calificaciones que estas posean. Esta estructura se encuentra permeada por las responsabilidades domésticas, el nivel de exigencias debido a su género, los estereotipos sociales de lo que debe ser y hacer una mujer, junto con la percepción que tienen de sí mismas, entre otros elementos. La autora sostiene que esto constituye un factor de riesgo para la salud mental de las mujeres.

Mujeres Trabajadoras Madres

Tarducci (2008), expone que la maternidad es una institución que se ha esencializado, es decir, que se la confunde con la feminidad y aparece ligada como un principio universal. En este

sentido, indica que cuando no se cumplen con los mandatos de clase, sexualidad o edad, entre otros, la maternidad se evidencia como un fenómeno sociohistórico y contingente.

Por su parte, Burin (2012), añade que los roles de género y, en particular, el rol materno, constituyen factores de riesgo para la salud de las mujeres. Esto se debe a la existencia de prácticas sociales asociadas a este rol, cargadas de altas expectativas respecto de su cumplimiento. Esta situación puede agravarse cuando no se cuenta con el apoyo social suficiente para hacer frente a estas demandas. Además, esta autora destaca el cansancio vivido por estas mujeres como un factor de riesgo, ya que muchas veces no se reconocen las tareas de cuidado como un trabajo. En estos casos, el cansancio por el trabajo materno puede ser desestimado o vivido con culpa y angustia, llevando al incremento del malestar padecido.

En particular, se caracteriza a la función materna como aquella que tiene la obligación de satisfacer las necesidades de alimentación, de contención emocional y de cuidados personales de sus hijos e hijas. Esto indica que se trata de un trabajo invisible, rutinario, de máxima dedicación y esfuerzo (Burin, 2012).

En este marco, cabe destacar que el trabajo doméstico y de cuidados no remunerado (TDCNR) es aquel trabajo que posibilita que las personas vean sus necesidades básicas y de cuidados satisfechas, pudiendo realizar sus actividades cotidianas como participar del mercado laboral, estudiar, disfrutar del ocio y vivir en condiciones de habitabilidad (Ministerio de Economía de la Nación, 2020).

En esta línea, resulta pertinente considerar al concepto de doble presencia, acuñado por Balbo (1979, como se citó en Torns Martín et al., 2002), el cual muestra que las mujeres que tienen presencia en el ámbito productivo, es decir, un trabajo remunerado, deben afrontar, a la vez, el trabajo doméstico familiar. Esta carga mental permanente se sostiene en la responsabilidad que tienen las mujeres sobre las tareas domésticas y de cuidados, generando efectos nocivos en su salud.

Mujeres y Mediana Edad

Desde la perspectiva del ciclo vital, Lachman et al. (2015), consideran al cambio como un proceso dinámico y sostienen que en todas las etapas de la vida las personas experimentan tanto ganancias como pérdidas. En este sentido, afirman que la mediana edad constituye un período crucial en el que se equilibran procesos de declive y crecimiento, articulando entre etapas anteriores y posteriores. Se considera que la mediana edad abarca de los 40 a los 60 años, con una diferencia de 10 años según el estudio, lo que se convierte en una aproximación relativa.

Estos autores sostienen que las personas que atraviesan la mediana edad desempeñan múltiples roles, al mismo tiempo que lidian con distintas transiciones vitales, lo que puede generar sobrecarga y estrés. Por otro lado, también se considera una etapa donde mejoran los ingresos y la posición laboral, la capacidad de tomar decisiones, la confianza en sí mismos, las contribuciones a la comunidad y las creencias de control (Lachman et al., 2015). Por su parte, Kremen et al. (2012, como se citó en Lachman et al., 2015), agregan que, en este sentido, coexisten factores de protección y de riesgo. Entre los factores de riesgo se incluyen la soledad, el tabaquismo y problemas alimenticios. Entre los factores protectores se encuentran el ejercicio físico, el apoyo social, un estilo de vida activo y tener creencias positivas como la sensación de control (Kremen et al., 2012, como se citó en Lachman et al., 2015).

Infurna et al. (2020), sostienen que las personas adultas de mediana edad suelen asumir responsabilidades de cuidado hacia hijos/as y padres, por lo que ven afectada su salud y bienestar. Mencionan que estas personas encuentran dificultades para equilibrar su vida laboral y personal, lo que, además, tiene consecuencias en su desempeño laboral. Es por ello que, según De Pasquale et al. (2016, 2017; Polenick et al. (2016, como se citó en Infurna et al., 2020), reportan más conflictos entre la familia y el trabajo, problemas de sueño, peor calidad en sus vínculos de pareja, mayor angustia y estrés percibido y utilizan más servicios de salud que aquellos que no son cuidadores.

En cuanto a las trayectorias profesionales, las personas de la mediana edad se ven afectadas por la reducción de las horas de trabajo, el cambio a un trabajo menos exigente, retrasos en el desarrollo profesional, la jubilación anticipada y el abandono del trabajo para convertirse en cuidadores a tiempo completo (Eifert et al., 2016; Feinberg, 2018, como se citó en Infurna et al., 2020). Además, se destacan diferencias de género, ya que las hijas y sus cónyuges tienen mayor probabilidad de brindar apoyo a sus padres mayores (Johnson y Weiner, 2006, como se citó en Infurna et al., 2020).

Finalmente, Burin (2000), destaca que la mediana edad considerada como crisis puede tener una doble interpretación. Por un lado, se trata de la ruptura de un equilibrio anterior vivenciado con sufrimiento, pero por otro, la persona puede ubicarse como sujeto activo y producir una reformulación de ese equilibrio. En esta etapa, las mujeres ponen en crisis las identificaciones con las que habían configurado su subjetividad. Así, la autora distingue tres duelos: por el cuerpo juvenil, lo que implica la percepción de cambios en la imagen corporal; por los padres juveniles, lo que conlleva la resignificación de estos vínculos y por los ideales juveniles, transformando sus deseos y proyectos personales más allá de los mandatos de la cultura patriarcal, en relación con el rol maternal. La autora destaca que la edad media de la vida puede configurarse como una crisis negativa o como una reorganización psíquica que les permite a las mujeres generar nuevos deseos, tales como el deseo de saber y de poder. De esta manera, la mediana edad se presenta como la posibilidad de transformar las pérdidas en nuevos horizontes que resignifiquen su vida.

MÉTODO

Operacionalización de Variables con Indicadores

1. Depresión (variable dependiente)

Definición conceptual: Se trata de una alteración del estado de ánimo, caracterizada por tristeza o apatía, acompañada de un negativo autoconcepto, deseos autopunitivos y regresivos, con cambios vegetativos y modificaciones en el nivel de actividad tales como agitación, donde los síntomas son consecuencia de patrones cognitivos negativos (Beck y Alford, 2009)

Definición operacional: Se mide a través del puntaje obtenido en el Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II; Beck, Steer y Brown, 1996; adaptación argentina: Brenlla y Rodríguez, 2006).

Indicadores: Tristeza, anhedonia (pérdida de interés), fatiga, insomnio o hipersomnias, baja autoestima, dificultad para concentrarse, pensamientos de inutilidad o desesperanza.

2. Ansiedad (variable dependiente)

Definición conceptual: Es un patrón de respuesta cognitiva, afectiva, fisiológica y conductual, ante la activación del miedo, que se manifiesta de manera subjetiva y permanente, caracterizada por la interpretación de los sucesos como amenazas incontrolables e inciertas para sus intereses vitales (Clark y Beck, 2012).

Definición operacional: se evalúa mediante el puntaje obtenido en el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) (BDI-II; Beck, Steer y Brown, 1996; adaptación argentina: Brenlla y Rodríguez, 2006).

Indicadores: Nerviosismo, palpitaciones, sudoración, temblores, miedo anticipatorio, tensión muscular, pensamientos intrusivos, dificultad para relajarse.

3. Edad (variable independiente)

Definición conceptual: tiempo de vida transcurrido, desde el nacimiento de la persona hasta su participación en el estudio.

Definición operacional: Edad en años cumplidos, autorreportada mediante ficha sociodemográfica.

Indicador: Número de años cumplidos.

4. Cantidad de hijos (variable independiente)

Definición conceptual: número de hijos/as biológicos o adoptivos que tiene la participante.

Definición operacional: Total de hijos reportado por la participante en la ficha sociodemográfica.

Indicador: Número total de hijos (0, 1, 2, etc.).

5. Nivel jerárquico (variable independiente)

Definición conceptual: posición ocupacional dentro de la estructura organizacional del banco, que implica distintos grados de responsabilidad y toma de decisiones.

Definición operacional: categoría jerárquica autorreportada por la participante.

Indicadores: funciones desempeñadas, grado de autonomía en la toma de decisiones, nivel de responsabilidad institucional.

Diseño

La presente investigación es empírica, cuantitativa, no experimental, de corte transversal, descriptiva y correlacional, según los lineamientos metodológicos propuestos por Hernández Sampieri et al. (2014). Se trata de una metodología cuantitativa, porque, según los autores, la recolección de datos se basa en la medición y el análisis de las variables estudiadas a través de

herramientas estadísticas. Asimismo, se seleccionó un diseño no experimental dado que no hay manipulación de las variables, ya que estas se observan en su estado natural para su posterior análisis, y es de corte transversal, debido a que se recopilan los datos en un momento determinado. Además, el diseño es descriptivo porque busca especificar las características relevantes del fenómeno a estudiar; es correlacional debido a que se propone examinar cómo son las relaciones entre dos variables, finalmente, esta investigación es de diferencia de grupos, ya que se analizan las diferencias entre dos grupos según características sociodemográficas (Hernandez-Sampieri et al., 2014).

Participantes

La población se compone por todos los casos que cumplen con determinadas especificaciones. La muestra es el subgrupo de la población, delimitado y definido con antelación y precisión sobre el cual se recolectarán los datos (Hernandez Sampieri, et al., 2014). La misma está compuesta por 112 personas que se autoperciben mujeres cisgénero, trabajadoras de entidades bancarias públicas de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Gran Buenos Aires. Se utilizó un muestreo en cadena o por redes, también conocido como bola de nieve (Hernandez Sampieri, et al., 2014). Se identificó a algunas participantes que cumplían con los requisitos y se les solicitó que reenviaran el cuestionario a las personas que cumplieran con los criterios establecidos.

Los criterios de inclusión fueron: identificarse con el género femenino, tener entre 20 y 60 años, estar empleada actualmente en una entidad bancaria de CABA o GBA. Por otro lado, los criterios de exclusión fueron: no identificarse con el género fememino, no tener entre 20 y 60 años y no estar empleada actualmente en una entidad bancaria pública de CABA o GBA.

Instrumentos

Para el relevamiento de los datos sociodemográficos se elaboró un cuestionario *ad hoc*³, es decir, un conjunto de preguntas sobre las variables que se van a medir (Chasteauneuf, 2009, en Hernández-Sampieri et al., 2014). El mismo evaluó variables como edad, antigüedad laboral, hijos/as a cargo, nivel de estudios, cargo jerárquico, modalidad de trabajo y cantidad de hijos. Cabe destacar que para los efectos del análisis solo se tomaron las siguientes variables: edad, hijos/as a cargo y nivel jerárquico.

Por otra parte, se administró el Inventario de Depresión de Beck segunda edición (BDI-II por sus siglas en inglés) desarrollado por Beck, Steer y Brown (1996), adaptado y validado para su uso en población argentina por Brenlla y Rodríguez⁴ (2006). Esta escala autoadministrada se utiliza para la detección y medición de la intensidad de los síntomas de depresión durante las últimas dos semanas en personas mayores de 13 años. Comprende 21 ítems de tipo escala de Likert con opciones de 0 a 3. El puntaje total se obtiene sumando las puntuaciones de los 21 ítems, alcanzando una medición entre 0 y 63.

Se utilizan los siguientes puntajes de corte: depresión mínima 0–13; depresión leve 14–19; depresión moderada 20-28 y depresión grave 29-63.

La adaptación argentina del BDI-II mostró alta fiabilidad interna, con un coeficiente alfa de Cronbach de 0.88 en población clínica y adecuada validez de constructo con una estructura unidimensional en muestras argentinas. (Brenlla y Rodríguez, 2006).

Además, se utilizó el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI por sus siglas en inglés) desarrollado por Beck, Epstein, Brown y Steer (1988), adaptado y validado para población adulta de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires por Vizioli y Pagano⁵ (2020). Esta escala autoadministrada contiene 21 ítems que evalúan la gravedad de la sintomatología ansiógena. Cada ítem representa un

³ Ver modelo en Anexo II.

⁴ Ver modelo en Anexo III.

⁵ Ver modelo en Anexo IV.

síntoma de ansiedad y para cada uno de ellos, las personas encuestadas califican el grado en el que se sintieron afectadas durante la última semana en una escala Likert de 4 puntos que va de 0 (para nada) a 3 (severamente – me molestó mucho). A cada elemento se le asigna de 0 a 3 puntos, dependiendo de la respuesta seleccionada. El puntaje total se obtiene sumando las respuestas a los 21 ítems pudiendo obtener un puntaje total de 0 a 63.

Para interpretar los resultados se consideran los siguientes puntajes de corte: nivel mínimo de ansiedad 0-7; nivel leve de ansiedad 8-15; nivel moderado de ansiedad 16-25 y nivel grave de ansiedad 26-63.

La versión adaptada por Vizioli y Pagano (2020), mostró alta consistencia interna, con un alfa de Cronbach de 0.91 en población adulta de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, valor que fue corroborado en estudios posteriores (Vizioli y Pagano, 2022). El análisis factorial confirmatorio evidenció una estructura unifactorial sólida, respaldando su validez de constructo.

Con el propósito de adaptar los instrumentos a la muestra seleccionada, se decidió adaptar al género femenino todos los ítems, dada la autopercepción con este género por parte de todas las participantes.

Procedimiento

La convocatoria de participantes se realizó mediante la técnica en cadena o por redes, o también conocido como bola de nieve entre trabajadoras de entidades bancarias públicas de Ciudad Autónoma y Gran Buenos Aires. La recolección de datos se llevó a cabo mediante un cuestionario en Google Forms en el que se detallaron los objetivos de la investigación, el tiempo estimado de participación (15 minutos) y el consentimiento informado. Como plantea Losada (2014), el uso del consentimiento⁶ tiene el objetivo de que la participación de las personas sea libre y voluntaria, y se

⁶ Ver modelo en Anexo I.

base en información completa. Una vez aceptado, las participantes accedían primero al cuestionario sociodemográfico (Anexo II), seguido por el Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II) (Anexo III) y el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) (Anexo IV).

El análisis de los datos se realizó de la siguiente manera: a partir de las 112 respuestas válidas entre el 8 y el 16 de octubre, se procedió a descargar los datos en formato Excel/CSV desde Google Forms. Posteriormente, se realizó una revisión y limpieza de la base de datos (eliminando respuestas duplicadas, respuesta por fuera del rango de edad previsto para la muestra, etc.). La base final se importó al software Jamovi (versión 2.6.44) para el análisis estadístico. Luego, se efectuaron análisis descriptivos (frecuencias, porcentajes, medias, medianas y desviaciones estándar).

A través de la prueba U de Mann-Whitney, dentro del software Jamovi (versión 2.6.44), se realizaron análisis comparativos entre grupos según cargo jerárquico y condición de maternidad. Para examinar la relación entre la edad y los niveles de depresión y ansiedad se empleó la correlación de Pearson. Finalmente, los resultados fueron organizados en tablas y gráficos para su presentación.

RESULTADOS

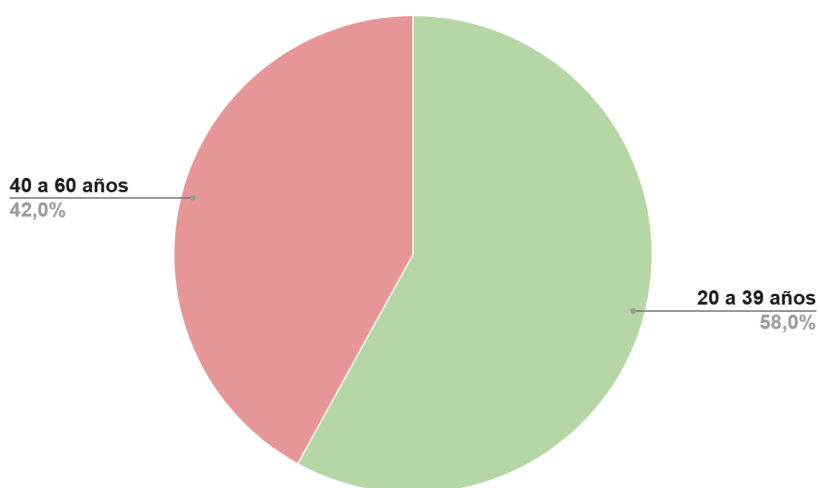
Análisis de los Datos Sociodemográficos

Como primer paso para abordar el análisis de los resultados de esta investigación, se realizó un análisis de las variables sociodemográficas de las participantes del estudio. Tal como se expuso en el apartado anterior, la muestra estuvo compuesta por 112 mujeres trabajadoras de entidades bancarias públicas de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) y del Gran Buenos Aires (GBA) que se identificaron en su totalidad como mujeres cisgénero. La edad media fue de 39,3 años (DE = 7,9) y con un rango entre 23 y 58.

Se evaluó la distribución de la muestra según el rango etario, el cual indicó que el 58% (n = 65) de las participantes se encuentra entre los 20 a 39 años de edad y el 42% (n=47) entre 40 y 60 años. Esto puede observarse en la siguiente figura:

Figura 1

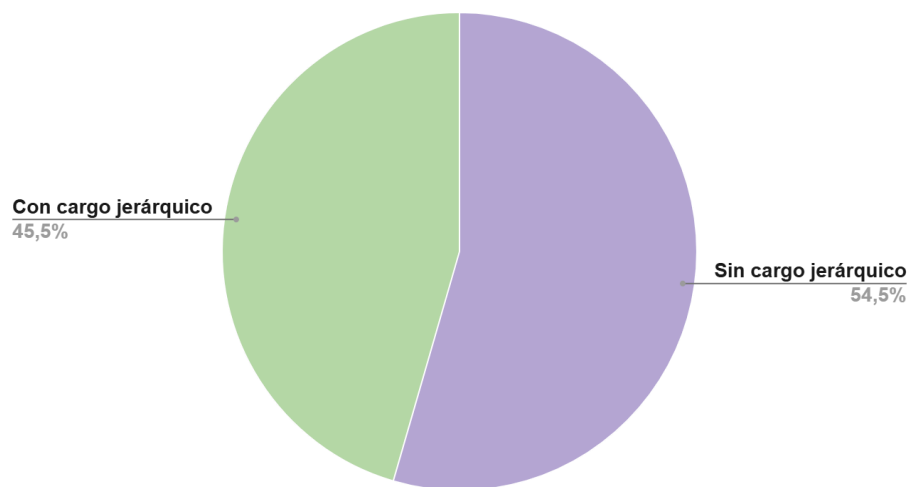
Distribución de la muestra por rango etario considerando sus correspondientes porcentajes.



En cuanto al cargo jerárquico, las participantes que manifestaron tenerlo fueron el 45,5% (n = 51) de la muestra, mientras que el 54,5% (n = 61) no lo ostenta, tal como se observa en la siguiente figura:

Figura 2

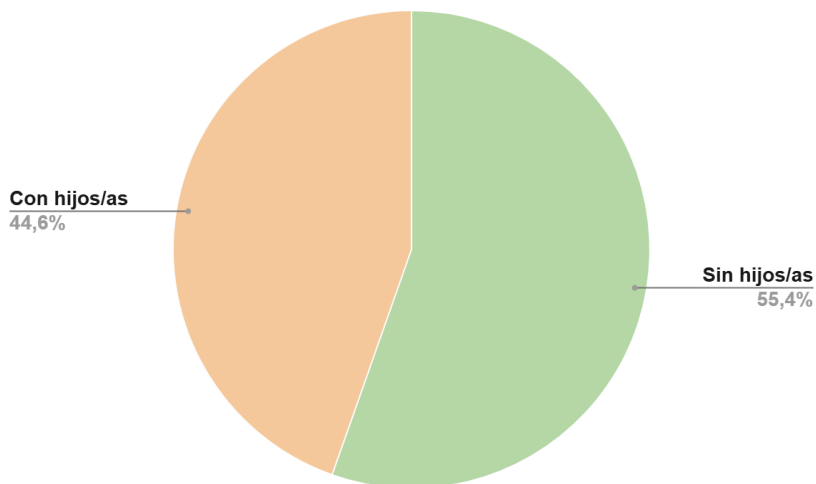
Distribución de la muestra por cargo jerárquico con su respectivo porcentaje.



En lo atinente a la muestra de las mujeres que manifestaron no tener hijos/as, estas conforman el 55,4% (n = 62) del total analizado, mientras que quienes declararon ser madres conforman el 44,6% (n = 50), con una cantidad de hijos/as que oscila a entre 1 y 4. Además, de este grupo de madres, el 96% convive con su descendencia y sólo el 4% no lo hace, tal como puede observarse a continuación:

Figura 3

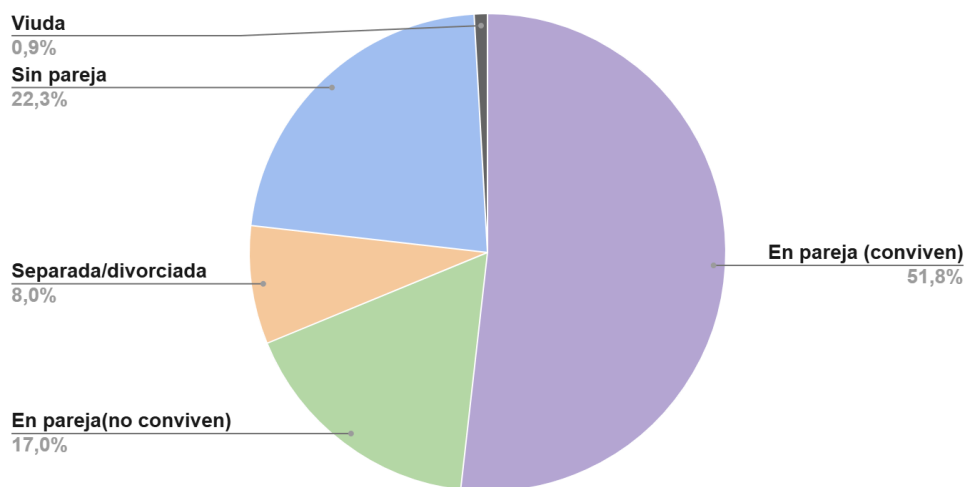
Distribución por mujeres que tienen hijos/a con su respectivo porcentaje.



En cuanto a la situación de pareja que declara la muestra, el 51,8% (n=58) manifestó convivir con su pareja; el 17% está en pareja, pero no conviven (n = 19); el 8% (n=9) de las participantes está separada o divorciada; el 22,3% (n=25) no está en pareja y el 0,9% de la muestra (n=1) es viuda. Tal como se evidencia en la siguiente figura:

Figura 4

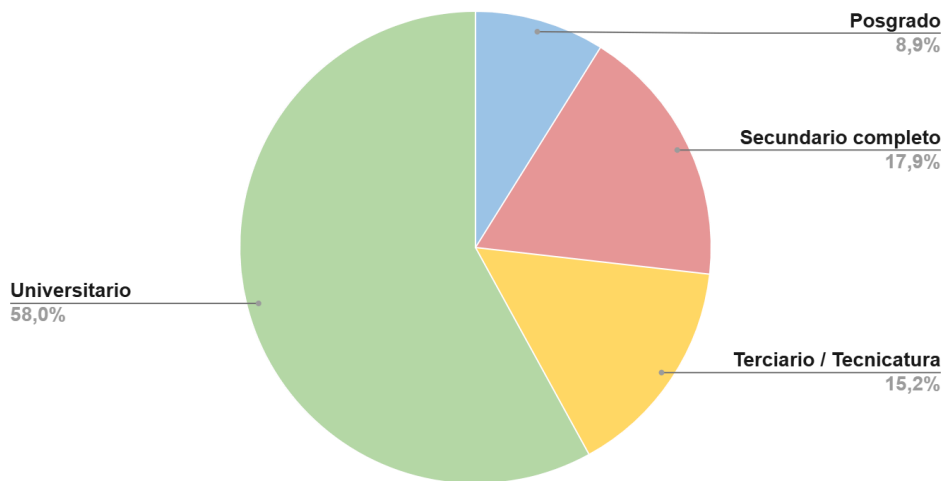
Situación de pareja con su respectivo porcentaje.



Sobre el nivel de estudios de las participantes, el 58% alcanzó nivel universitario (n=65); el 17,9% (n=20) tiene el nivel secundario completo; el 15,2% alcanzó un nivel terciario o tecnicatura (n=17) y el 8,9% tiene una especialización, maestría o doctorado de posgrado (n=10). Esto se evidencia a continuación en el siguiente gráfico:

Figura 5

Nivel de estudios con su respectivo porcentaje.

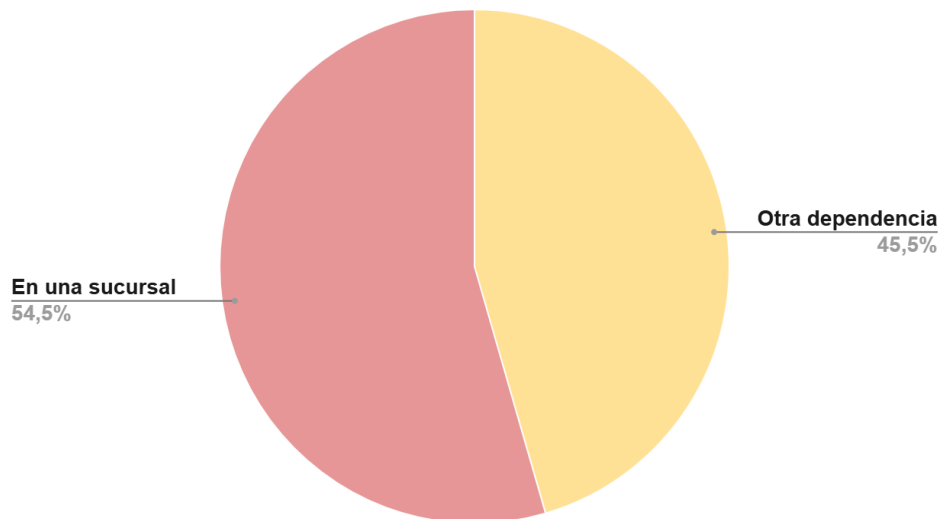


En lo atinente a la antigüedad laboral, se obtuvo una media de 14,5 años y una mediana de 13 (DE = 9,12), con un mínimo de 1 y un máximo de 33. Sobre las horas trabajadas, se evidencia en la muestra una media de 7,84; una mediana de 8 (DE = 0,692), con un mínimo de 6 y máximo de 10.

En cuanto al lugar de trabajo, el 54,5% (n=61) de la muestra indica que se desempeña en sucursales, mientras que el 45,5% (n=51) cumple funciones en otro tipo de dependencia (área central, técnica, etc.), tal como se observa a continuación:

Figura 6

Lugar de trabajo con su respectivo porcentaje



Análisis Descriptivo de las Variables Depresión y Ansiedad

En cuanto al análisis descriptivo de las variables de estudio seleccionadas, se evaluaron los niveles de depresión y ansiedad. Respecto a la depresión, se utilizó, tal como se expuso en el apartado anterior, el Inventario de Depresión de Beck II que puntúa de 0 a 63, y según el cual las puntuaciones superiores indican un mayor nivel de depresión. Los puntos de corte establecidos en la escala implican: de 0-13 depresión mínima; de 14-19 depresión leve; de 20-28 depresión moderada y de 29-63, depresión grave.

En relación con la ansiedad, se utilizó el Inventario de Ansiedad de Beck que puntúa de 0 a 63, según el cual las puntuaciones superiores indican mayores niveles de ansiedad. Los puntos de corte establecidos en la escala implican: de 0-7 nivel mínimo de ansiedad; de 8-15 nivel leve de ansiedad; de 16-25 nivel moderado de ansiedad y de 26-63, nivel grave de ansiedad.

A continuación se describen los resultados:

Tabla 1*Análisis descriptivo de las variables de estudio*

	N	Media	Mediana	Desviación Estándar	Mínimo	Máximo
Depresión	112	16	14	10,3	0	48
Ansiedad	112	13,3	10	10,7	0	46

Nota. Se presentan los estadísticos descriptivos de las variables depresión y ansiedad en la muestra total (N = 112).

Los resultados indican que la puntuación media del nivel de depresión es de 16, con una mediana de 14, con un desvío estándar de 10,3. En cuanto a la ansiedad, se obtuvo una media de 13,3, una mediana de 10, con un desvío estándar de 10,7.

Se realizó un análisis de frecuencia para determinar la distribución de la muestra según el nivel de depresión determinado por los puntajes de corte:

Tabla 2*Análisis de frecuencias según nivel de depresión*

Nivel	Frecuencias	% del Total
Depresión mínima	50	44.6%
Depresión leve	24	21.4%
Depresión moderada	26	23.2%
Depresión grave	12	10.7%

Nota. Se presentan las frecuencias y porcentajes de los niveles de depresión según los puntos de corte del BDI-II (N = 112).

Los resultados indican que el 44,6% de la muestra reportó depresión mínima, el 21,4% depresión leve, el 23,2% depresión moderada y el 10,7% depresión grave. Aproximadamente, un tercio de la muestra presenta sintomatología clínica (moderada a grave).

De igual manera, se realizó un análisis de frecuencia para determinar la distribución de la muestra según el nivel de ansiedad determinado por los puntajes de corte:

Tabla 3

Análisis de frecuencias según nivel de ansiedad

Niveles	Frecuencias	% del Total
Mínimo	42	37.5%
Leve	25	22.3%
Moderado	26	23.2%
Grave	19	17.0%

Nota. Se presentan las frecuencias y porcentajes de los niveles de ansiedad según los puntos de corte del BAI (N = 112).

Los resultados demuestran que el 37,5% de la muestra tiene nivel mínimo de ansiedad, el 22,3% ansiedad leve, el 23,2% ansiedad moderada y el 17% ansiedad grave.

Análisis de las Variables Depresión y Ansiedad según Variables Sociodemográficas

Según Cargo Jerárquico

En primer lugar, se compararon los puntajes de ansiedad y depresión entre las mujeres que integran la muestra según la variable independiente con y sin cargo jerárquico, considerando a las variables dependientes (ansiedad y depresión) como continuas, es decir que se evaluaron los puntajes totales sin dividirlos por rango (leve, moderado, alto). Para ello se utilizó la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney, la cual realizó una diferencia de medianas (Md).

En cuanto a la depresión, no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos (U = 1364, p = 0.264). Las medianas fueron similares en ambos grupos (sin cargo: Md = 16; con cargo: Md = 14), lo que indica que, en este estudio, tener cargo jerárquico no se asoció con mayores niveles de depresión. Estos resultados se pueden observar en las siguientes tablas:

Tabla 4

Comparación de niveles de depresión por grupos según cargo jerárquico

		Estadístico	p		Tamaño del Efecto
Depresión	U de Mann-Whitney	1364	0.264	Correlación biseriada de rangos	-0.123

Nota. La comparación de los niveles de depresión según cargo jerárquico se realizó mediante la prueba U de Mann-Whitney. Se informa el valor del estadístico U, el nivel de significación (p) y el tamaño del efecto, expresado mediante la correlación biseriada de rangos.

Tabla 5

Mediana y Media resultante a partir de la comparación de niveles de depresión por grupos según cargo jerárquico

	Grupo	N	Media	Mediana	DE	EE
Depresión	No tiene cargo	61	17.2	16.0	11.4	1.45
	Sí tiene cargo	51	14.5	14.0	8.78	1.23

Nota. La tabla presenta las medidas descriptivas de los niveles de depresión según la presencia o ausencia de cargo jerárquico. Se informan el tamaño muestral (N), la media, la mediana, la desviación estándar (DE) y el error estándar (EE) para cada grupo.

En cuanto a la ansiedad, dado que se obtuvieron los valores $U = 1355$, $p = 0.241$, no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos. Las medianas fueron sin

cargo: Md = 10; con cargo: Md = 11, lo que indica que, en este estudio, tener cargo jerárquico no se asoció con mayores niveles de ansiedad. Esto puede observarse a continuación:

Tabla 6

Comparación de niveles de ansiedad por grupos por cargo jerárquico

		Estadístico	p		Tamaño del Efecto
Ansiedad	U de Mann-Whitney	1355	0.241	Correlación biseriada de rangos	-0.129

Nota. La comparación de los niveles de ansiedad según cargo jerárquico se realizó mediante la prueba U de Mann-Whitney. Se informa el valor del estadístico U, el nivel de significación (p) y el tamaño del efecto, expresado mediante la correlación biseriada de rangos.

Tabla 7

Mediana y Media resultante a partir de la comparación de niveles de ansiedad por grupos según cargo jerárquico

	Grupo	N	Media	Mediana	DE	EE
Ansiedad	No tiene cargo	61	14.5	10.0	11.7	1.50
	Sí tiene cargo	51	11.8	11.0	9.28	1.30

Nota. La tabla presenta las medidas descriptivas de los niveles de ansiedad según la presencia o ausencia de cargo jerárquico. Se informan el tamaño muestral (N), la media, la mediana, la desviación estándar (DE) y el error estándar (EE) para cada grupo.

Variable con o sin Hijos/as

Además, se aplicó la prueba U de Mann-Whitney para comparar los niveles de depresión entre los grupos de mujeres con y sin hijos/as. No se observaron diferencias estadísticamente significativas ($U = 1349$, $p = 0.240$). Las medianas fueron con hijos/as $Md = 14$ y sin hijos $Md = 15.5$, lo que indica que los niveles de sintomatología entre ambos grupos no difieren significativamente.

Tabla 8

Comparación de niveles de depresión por grupos de mujeres con o sin hijos/as.

		Estadístico	p		Tamaño del Efecto
Depresión	U de Mann-Whitney	1349	0.240	Correlación biseriada de rangos	-0.130

Nota. La comparación de los niveles de depresión entre mujeres con y sin hijos/as se realizó mediante la prueba U de Mann-Whitney. Se informa el valor del estadístico U, el nivel de significación (p) y el tamaño del efecto, expresado mediante la correlación biseriada de rangos.

Tabla 9

Mediana y Media resultante a partir de la comparación de niveles de depresión por grupos según la condición de maternidad o no.

	Grupo	N	Media	Mediana	DE	EE
Depresión	SIN HIJOS	62	17.0	15.5	10.6	1.35
	CON HIJOS	50	14.6	14.0	9.88	1.40

Nota. La tabla presenta las medidas descriptivas de los niveles de depresión según la condición de maternidad. Se informan el tamaño muestral (*N*), la media, la mediana, la desviación estándar (DE) y el error estándar (EE) para cada grupo.

Luego se aplicó la misma prueba para comparar los puntajes de ansiedad entre los grupos de participantes con y sin hijos/as. Los valores de $U=1528$ y $p=0.897$ indican que no existen diferencias estadísticamente significativas. Las medianas fueron con hijos $Md=10$ y sin hijos $Md=11.5$, lo que indica que los niveles de sintomatología entre ambos grupos son similares.

Tabla 10

Comparación de niveles de ansiedad por grupos de mujeres con o sin hijos/as.

		Estadístico	p		Tamaño del Efecto
Ansiedad	U de Mann-Whitney	1528	0.897	Correlación biseriada de rangos	0.0145

Nota. La comparación de los niveles de ansiedad entre mujeres con y sin hijos/as se realizó mediante la prueba U de Mann-Whitney. Se informa el valor del estadístico U, el nivel de significación (*p*) y el tamaño del efecto, expresado mediante la correlación biseriada de rangos.

Tabla 11

Mediana y Media resultante a partir de la comparación de niveles de ansiedad por grupos según la condición de maternidad o no.

	Grupo	N	Media	Mediana	DE	EE
Ansiedad	SIN HIJOS	62	12.9	11.5	9.94	1.26
	CON HIJOS	50	13.8	10.0	11.7	1.65

Nota. La tabla presenta las medidas descriptivas de los niveles de ansiedad según la condición de maternidad. Se informan el tamaño muestral (*N*), la media, la mediana, la desviación estándar (DE) y el error estándar (EE) para cada grupo.

Según Edad

Finalmente, para determinar si existía una relación significativa entre la edad y los niveles de depresión y ansiedad, se empleó el coeficiente de correlación r de Pearson. Los resultados indican que no hay una correlación significativa entre la edad y la depresión ($r = -0.08$, $p = 0.404$) ni entre la edad y la ansiedad ($r = -0.046$, $p = 0.627$). Esto manifiesta que, en esta muestra, la edad no se relaciona con mayores o menores niveles de sintomatología. Por otro lado, el análisis de correlación entre los puntajes totales de depresión y ansiedad demuestra una asociación positiva fuerte y estadísticamente significativa entre ambas variables ($r = 0.681$, $p < .001$). Esto refleja que a mayores puntajes de depresión, se encuentran mayores puntajes de ansiedad, lo que también se observa en sentido inverso.

Tabla 12

Matriz de correlaciones entre edad, ansiedad y depresión.

		<u>Edad</u>	<u>Depresión</u>	<u>Ansiedad</u>
<u>Edad</u>	<u>R de Pearson</u>	=		
	<u>gl</u>	=		
	<u>valor p</u>	=		
	<u>N</u>	=		
<u>Depresión</u>	<u>R de Pearson</u>	<u>-0.080</u>	=	
	<u>gl</u>	<u>110</u>	=	
	<u>valor p</u>	<u>0.404</u>	=	
	<u>N</u>	<u>112</u>	=	
<u>Ansiedad</u>	<u>R de Pearson</u>	<u>-0.046</u>	<u>0.681***</u>	=
	<u>gl</u>	<u>110</u>	<u>110</u>	=
	<u>valor p</u>	<u>0.627</u>	<u><.001</u>	=
	<u>N</u>	<u>112</u>	<u>112</u>	=

*Nota. Se presentan los coeficientes de correlación de Pearson entre edad, depresión y ansiedad. Se informan los valores de r, los grados de libertad (gl), el nivel de significación (p) y el tamaño muestral (N). $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$*

DISCUSIÓN

El presente trabajo tuvo como objetivo general analizar los niveles de depresión y ansiedad en mujeres trabajadoras de entidades bancarias públicas de CABA y GBA y su relación con las características sociodemográficas (edad, maternidad y cargo jerárquico). Al respecto, cabe destacar, en primer lugar, que los resultados descriptivos evidencian que las medianas de los niveles de ansiedad y depresión se mantuvieron en rangos leves. Además, no hubo diferencias significativas en depresión o ansiedad según el cargo jerárquico, tener o no hijos/as, ni existe relación significativa entre la edad y los puntajes totales de depresión y de ansiedad. En conjunto, los análisis muestran que, en este estudio, los niveles de malestar psicológico no se ven modificados/afectados por las variables sociodemográficas mencionadas.

Estos hallazgos indican que la presencia de malestar psicológico de las trabajadoras bancarias que participaron del estudio es independiente del lugar que ocupan en la estructura organizacional, lo que invita a pensar que estas mujeres comparten características socioeconómicas similares, en lo referente a nivel educativo, de ingresos y en lo relacionado con las condiciones laborales y beneficios comunes incluidos en el convenio colectivo de trabajo. No obstante, es llamativo que existan subgrupos de personas con niveles moderados y altos de malestar psicológico. Dado a que estas diferencias individuales no se justifican por edad, cargo jerárquico y condición de maternidad, lo cual permite pensar que la diferencia está originada en dimensiones no incluidas en el análisis.

En cuanto al primer objetivo específico, se cumplimentó la descripción, ya que se planteaba describir los niveles de depresión y ansiedad en mujeres trabajadoras de entidades bancarias públicas de CABA y GBA según los puntajes de corte de los test administrados para depresión y ansiedad. Sobre esto, si bien casi la mitad de la muestra presentó sintomatología mínima, un

porcentaje importante registró niveles entre moderados y graves (depresión 33,9% y ansiedad 40,2%), lo que sugiere la existencia de un subgrupo de trabajadoras bancarias con elevados niveles de malestar psicológico. Estos hallazgos confirman, parcialmente, la primera hipótesis: las mujeres trabajadoras de entidades bancarias de CABA y GBA presentan niveles elevados de depresión y ansiedad, ya que si bien existe malestar elevado, este no es generalizable a toda la muestra.

Estos resultados conciben con lo que expone Jirón Jiménez et al. (2024) y Etchevers et al. (2024), quienes obtuvieron niveles elevados de ansiedad y depresión en población laboralmente activa. Asimismo, resulta pertinente considerar las conceptualizaciones sobre salud mental propuestas por autores como Galderisi et al. (2015) y Delle Fave et al. (2023), quienes reconocen a la salud mental como un proceso dinámico de equilibrio interno que relaciona al contexto con la experiencia interna. Desde esta perspectiva, las trabajadoras bancarias podrían manifestar malestar psicológico, incluso ante la falta de factores diferenciales externos.

Otro aspecto a resaltar es que estos resultados no contradicen la evidencia epidemiológica que identifica a las mujeres como una población de riesgo de malestar psicológico, tanto a nivel local (Grasso et al., 2024; Del-Valle et al., 2022) como mundial (OMS, 2025a), sino que sugieren que este riesgo puede manifestarse de manera heterogénea dentro de una misma población laboral.

En lo que atañe al segundo objetivo específico: comparar los niveles de depresión y ansiedad entre los grupos de mujeres trabajadoras de entidades bancarias públicas de CABA y GBA con y sin cargo jerárquico, este también se cumplió. Contrario a lo esperado, las diferencias no fueron significativas para depresión ($p = 0.264$) ni para ansiedad ($p = 0.241$). Por lo que se refuta la segunda hipótesis: Las mujeres trabajadoras bancarias con cargo jerárquico presentan mayores niveles de depresión y ansiedad que aquellas que no lo tienen.

A pesar de que la literatura indica inequidades estructurales que afectan el acceso a cargos de decisión (Asociación Bancaria, 2022; Burin, 2012), en este estudio no se encontró que ocuparlos

modifique los niveles de depresión o ansiedad. Esto podría sugerir que las trabajadoras comparten ciertas condiciones laborales, tanto beneficios como exigencias y desafíos que son transversales al cargo jerárquico, tales como los cambios recientes en la actividad bancaria como la digitalización, la automatización y las nuevas demandas organizacionales (Goren y Delfino, 2024).

Por otro lado, también es necesario considerar que, a pesar de que las participantes del estudio, tengan que lidiar con demandas diferentes de acuerdo con el puesto que ocupen dentro de la organización y con respecto al ejercicio de poder legitimado que esto implique (Robbins y Judge, 2013), es posible que desarrollen distintas estrategias de afrontamiento que mediatizan o regulen el efecto de estas exigencias en la salud mental. No obstante, variables como estrategias de afrontamiento, apoyo organizacional o distribución de tareas, no fueron evaluadas.

Aunque no hay antecedentes de estudios sobre trabajadoras bancarias con cargo jerárquico, los estudios de Payne (2024) y Frasson et al. (2024), dialogan con los hallazgos. Investigaciones como Payne (2024), encontraron que las mujeres líderes de laboratorio clínico reportaron niveles más altos de depresión y ansiedad en comparación con los hombres en el mismo cargo. En este sentido, ante aparentes condiciones laborales similares, las mujeres deben enfrentar desafíos relacionados con prejuicios por su género, así como expectativas sociales y laborales que suelen afectarles de manera estructural.

Esto se contrasta con estudios sobre trabajadores y trabajadoras bancarias, como el de Frasson et al. (2024), donde no encontraron evidencia de la diferencia de género en el malestar psicológico, pero el bienestar fue mayor en los hombres. Sostienen que las mujeres tienden a experimentar más conflictos en la conciliación de las demandas laborales y familiares y que reciben menor apoyo organizacional, lo que podría explicar sus menores niveles de bienestar. A su vez, hallaron que en los y las empleadas bancarias la depresión, ansiedad y síntomas somáticos se correlacionan positivamente entre sí y que se correlacionan negativamente con el apoyo social.

Sobre el tercer objetivo que implicaba comparar los niveles de depresión y ansiedad entre los grupos de mujeres trabajadoras de entidades bancarias públicas de CABA y GBA con y sin hijos/as, no se observaron diferencias estadísticamente significativas en depresión ($p = 0.240$) ni en ansiedad ($p=0.897$). Por lo tanto, se refuta la tercera hipótesis: las mujeres trabajadoras bancarias con hijos/as presentan mayores niveles de depresión y ansiedad que aquellas que no tienen hijos/as.

En cuanto al contraste con la literatura, los estudios de Rodríguez Bermúdez et al. (2021) y Nava-Jiménez et al. (2022) reportaron resultados diferentes. Hallaron que las mujeres trabajadoras con hijos, reportan elevada sintomatología de depresión y ansiedad. Además, Rodríguez Bermúdez et al. (2021) indican que el malestar psicológico aumenta con las demandas laborales, el sobre compromiso y el nivel de aporte a la economía familiar. Por otro lado, los niveles de malestar psicológico disminuyen con el apoyo social percibido y la realización de actividad física regular. En la misma línea, Nava-Jiménez et al. (2022), encontraron niveles más altos de sintomatología en mujeres con más de un hijo y sin redes de apoyo. A su vez, Almeida Barbosa y Firmino Rabelo (2025), realizaron un estudio sobre mujeres de mediana edad, en el que hallaron que vivir solo con sus descendientes se asocia con mayor morbilidad por trastornos mentales comunes, junto con otros factores (peor salud percibida, bajos ingresos, etc).

De manera complementaria, los aportes de De Breij et al. (2022), encontraron que realizar tareas de cuidado informales, dedicar más tiempo a las tareas domésticas se asoció con el sexo femenino. En relación con los síntomas depresivos, el sexo femenino y el género femenino se asociaron estadísticamente de forma significativa con una mayor presencia de esta sintomatología.

Este estudio no replicó esos resultados. En este sentido, puede interpretarse que se consideró a esta variable en dimensiones dicotómicas (hijos/as: si/no), sin embargo, la experiencia de la maternidad tiene matices, es heterogénea, compleja y contextual. No se indagó sobre la edad de los hijos/as, ni sobre la distribución de las tareas de cuidado. Es por ello que se interpreta que el

impacto del rol materno podría estar mediado por variables que no se midieron, como doble presencia, carga doméstica o apoyo social.

Finalmente, en lo concerniente al cuarto objetivo específico: examinar la relación entre la edad de mujeres trabajadoras de entidades bancarias públicas de CABA y GBA y los niveles de depresión y ansiedad. Los resultados indican que no hay una correlación significativa entre la edad y la depresión ($r = -0.08$, $p = 0.404$) ni entre la edad y la ansiedad ($r = -0.046$, $p = 0.627$). Esto manifiesta que, en esta muestra, la edad no se relaciona con mayores o menores niveles de sintomatología. Por lo tanto, se refuta la cuarta hipótesis: existe una relación inversamente proporcional entre la edad de las mujeres trabajadoras bancarias y sus niveles de depresión y ansiedad.

En Argentina, estudios previos se contraponen con estos hallazgos, ya que diversos autores (Del-Valle et al., 2022; Grasso et al., 2024; Etchevers et al., 2024), encontraron que los participantes de menor edad manifestaban niveles más elevados de malestar psicológico, lo que implica que ser más joven constituye un factor de riesgo. En contraposición, Almeida Barbosa y Firmino Rabelo (2025,) realizaron un estudio sobre mujeres de 40–59 años y concluyen que la mediana edad es un período en el que las mujeres corren riesgo de enfermarse psíquicamente debido a la sobrecarga de roles y a cambios físicos y sociales. Los resultados indican una alta prevalencia de trastornos mentales comunes (TMC) en las mujeres de esta franja etaria.

En este estudio, la edad no funcionó como factor protector o de riesgo para esta muestra, lo que puede indicar que la estabilidad laboral y prestaciones del sector bancario reducen el impacto del ciclo vital sobre el malestar psicológico. Estos resultados también pueden interpretarse según lo planteado por Burin (2000), quien propone que la mediana edad puede vivirse como crisis o como reorganización subjetiva. En este sentido, la edad no opera como un factor lineal de protección ni de riesgo, sino un punto de convergencia entre ganancias y pérdidas, lo que lleva a la reconfiguración psíquica. Es por ello que, la falta de correlación estadística entre la edad y los puntajes totales de

depresión y de ansiedad podría deberse a las experiencias vitales y apoyos que acompañan este período.

CONCLUSIÓN

El presente trabajo tuvo como objetivo general analizar los niveles de depresión y ansiedad en mujeres trabajadoras de entidades bancarias públicas de CABA y GBA y su relación con características sociodemográficas (edad, maternidad y cargo jerárquico). Los hallazgos principales indicaron que las medianas de los niveles de ansiedad y depresión se mantuvieron en rangos leves. Además, no hay diferencias significativas en depresión o ansiedad según el cargo jerárquico o si son o no madres, ni existe relación significativa entre la edad y los puntajes totales de depresión y de ansiedad.

Este estudio aporta evidencia científica sobre la presencia de sintomatología depresiva y ansiosa en mujeres trabajadoras bancarias de CABA y GBA, indicando que hay un subgrupo con sintomatología elevada (23,2% depresión moderada, 10,7% depresión grave, 23,2% ansiedad moderada y 17% ansiedad grave).

Se cumplieron todos los objetivos planteados, sin embargo, solo se confirmó parcialmente la primera hipótesis: Las mujeres trabajadoras de entidades bancarias de CABA y GBA presentan niveles elevados de depresión y ansiedad. Las hipótesis 2, mayor malestar por tener cargo jerárquico; hipótesis 3, mayor malestar por tener hijo/as e hipótesis 4, relación inversa entre la edad y el malestar psicológico, fueron refutadas. Por lo tanto, este estudio demuestra que las variables sociodemográficas estudiadas, edad, cargo jerárquico y la maternidad, no explican por sí solas las diferencias en los niveles de sintomatología de depresión y de ansiedad. En consecuencia, se considera que las diferencias en los niveles de depresión y ansiedad pueden estar relacionadas con otras variables moderadoras como estrés laboral, estrategias de afrontamiento, apoyo social percibido, doble presencia y distribución de las tareas de cuidado, entre otras.

Esta investigación aporta evidencia local en un sector poco estudiado como la banca pública, e interpela al lector sobre las posibles causas del malestar psicológico en las empleadas bancarias, indagando sobre el impacto que tienen las distintas interseccionalidades sobre la salud mental de estas mujeres, ya sea por las expectativas sociales y laborales de género como por los recursos personales. Este trabajo destaca el análisis de que la salud mental no depende exclusivamente de características sociodemográficas, sino de procesos dinámicos, subjetivos y relacionales. En conclusión, esta investigación propone nuevas preguntas sobre aquello que aún no fue posible medir empíricamente, incluyendo la interrelación entre la salud mental individual y la colectiva.

APORTES Y CONTRIBUCIONES DE LA INVESTIGACIÓN

Este estudio aporta datos estadísticamente corroborados recientes sobre la presencia de sintomatología depresiva y ansiosa en mujeres trabajadoras bancarias de CABA y GBA, indicando que hay un subgrupo con sintomatología elevada.

Se destaca su originalidad ante la falta de investigaciones científicas sobre mujeres bancarias del ámbito público que aborden edad, jerarquía o condición de maternidad, utilizando instrumentos validados para su uso en el país.

Estos hallazgos son una fuente de información útil para la elaboración de programas referidos al bienestar laboral, promoviendo el desarrollo profesional y generando una mejora en la calidad de vida de las mujeres trabajadoras. De este modo, este estudio respalda la importancia de la implementación de políticas de género en el ámbito laboral, así como se destaca la necesidad de políticas públicas en la materia tendientes a la prevención y promoción de la salud mental.

LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

Este estudio presenta limitaciones metodológicas originadas por el tamaño de la muestra de 112 participantes y por el método de recolección utilizado, ya que, aunque son instrumentos validados, fueron administrados de forma online a través del autorreporte, por lo que puede existir una sobreestimación o subestimación de la gravedad de los síntomas. Además se utilizó un diseño transversal, por lo que el corte es en un momento específico, el cual puede estar situado en situaciones particulares o excepcionales.

En cuanto a las participantes solo contestaron mujeres identificadas como cisgénero, lo que no permitió abordar las experiencias emocionales de mujeres trans. No se abordaron otras características como la edad de los/as hijos/as, la existencia de otras personas a cargo (como padres u otras personas) así como la distribución de tareas de trabajo doméstico y de cuidado no remunerado (TDCNR).

Es de destacar que no se incluyeron otras variables de interés, tales como el estrés laboral, el clima organizacional, el apoyo social percibido, la doble presencia o la realización de actividad física. Tampoco se abordan fenómenos como violencia o acoso laboral. Estos factores restringen la generalización de los resultados.

LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN FUTURAS

Se propone que en futuras investigaciones se amplíe la muestra a otras regiones del país o que abarque entidades financieras públicas y privadas. Se podrían utilizar diseños longitudinales que permitan observar la evolución del malestar psicológico y su relación con los cambios laborales. También podrían utilizarse diseños mixtos que abarquen cualitativamente las experiencias emocionales de las participantes.

Sería provechoso incluir otras variables relacionadas, tales como estrés, el apoyo social percibido y la doble presencia para analizar el efecto que estas tienen en los niveles de depresión y ansiedad. Por otro lado, podrían evaluarse comparativamente las personas que trabajan en sucursales con atención al público con aquellas que laboran en oficinas u otro tipo de área y cuál es el impacto en su salud mental. Finalmente, se podrían realizar otro tipo de estudios en población bancaria femenina, tales como los de evaluación de intervenciones breves, fortaleciendo la evidencia local sobre la salud mental con enfoque de género.

PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN

Debido a que se halló que al menos un tercio de la muestra presentó niveles elevados de malestar psicológico, se propone un programa de intervención con el objetivo general de promover el bienestar y la salud mental, y, en particular, con el objetivo de reducir la sintomatología de ansiedad y depresión entre trabajadoras bancarias.

Concretamente se propone la realización de talleres sincrónicos online, de periodicidad quincenal, dentro del horario laboral, para facilitar que las colaboradoras de distintas dependencias bancarias puedan conectarse desde un dispositivo móvil. La inscripción es opcional, pero con el compromiso de asistir a los cuatro encuentros.

Estos talleres se organizarán en cuatro módulos:

- 1) Psicoeducación: se explica el modelo cognitivo de depresión y de ansiedad según los aportes de Beck et al. (1983), y Clark y Beck (2012).
- 2) Activación comportamental: realización de actividades que generen nuevas experiencias internas.

- 3) Reestructuración cognitiva: identificación de pensamientos automáticos y distorsiones cognitivas.
- 4) Técnicas de relajación basadas en Mindfulness.

Estos talleres serán teórico-prácticos con el envío del material utilizado para que puedan repetir las actividades realizadas en el taller y tener acceso al sustento teórico de las mismas. Además se habilitará un grupo de whatsapp para propiciar el intercambio entre las participantes y el fortalecimiento de redes de apoyo.

En cuanto a los recursos humanos, se contará con dos Licenciadas en Psicología de orientación Cognitivo Conductual (TCC) graduadas en la Universidad de Flores (UFLO), especializadas en perspectiva de género y Derechos Humanos, las cuales cuentan con recursos idóneos para el tratamiento de depresión y ansiedad.

Los talleres se fundamentan en los aportes teóricos de Beck et al. (1983), quienes desarrollaron el modelo cognitivo de la depresión basados en la tríada cognitiva, los esquemas y los errores cognitivos. A su vez, Clark y Beck (2012), sostienen que el mantenimiento de los síntomas de ansiedad y del trastorno mismo se deben a los procesos cognitivos automáticos, tal como se desarrolló en el marco teórico del presente trabajo.

La evaluación del impacto de las intervenciones o de los resultados se realizará a través de la utilización de escalas estandarizadas (BDI-II y BAI) y encuestas de bienestar. La medición se realizará en dos momentos: previo a la realización de los talleres y luego de su finalización.

REFERENCIAS

- ACNUDH-América del Sur. (Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos) (2013). Orientación sexual e Identidad de género en el Derecho Internacional de los Derechos Humanos. Santiago: ACNUDH-América del Sur. <https://acnudh.org/wp-content/uploads/2013/11/orentaci%C3%B3n-sexual-e-identidad-de-g%C3%A9nero2.pdf>
- Albano, J., Paskvan, U., Upegui, M. P. V., y Perilli, G. (2023). El Banco de la Provincia de Buenos Aires como impulsor del desarrollo productivo. *Documentos y Aportes en Administración Pública y Gestión Estatal*. DAAPGE., 24(41), 1-19. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9305473>
- Allami, C. (2024). Sistema bancario: transformaciones y perspectivas en el marco del auge de las fintech. *Márgenes. Revista de economía política*, (10), 101-120. <https://revistas.ungs.edu.ar/index.php/margenes/article/view/1202>
- Almeida Barbosa, M. L., y Firmino Rabelo, D. (2025). Transtornos Mentais Comuns, Circunstâncias Socioeconômicas e de Saúde na Meia Idade de Mulheres. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 25, 1-17. <https://www.e-publicacoes.uerj.br/revispsi/article/view/72645>
- Argentina (1977). *Ley 21.526: Entidades financieras*. Boletín Oficial de la República Argentina, 21 de febrero de 1977. <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/15000-19999/16071/texact.htm>
- Argentina (2010). *Ley 26.657: Derecho a la Protección de la Salud Mental*. Boletín Oficial de la República Argentina, 3 de diciembre de 2010. <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>
- Argentina (2012). *Ley 26.743: Derecho a la identidad de género de las personas*. Boletín Oficial de la República Argentina, 24 de mayo de 2012. <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/195000-199999/197860/norma.htm>
- Argentina (2021). *Decreto 476/2021: Disposiciones sobre el Registro Nacional de las Personas*. Boletín Oficial de la República Argentina, 21 de julio de 2021. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/decreto-476-2021-352187/texto>

- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5.ª ed.). Editorial Médica Panamericana.
- Banco Central de la República Argentina (BCRA) (s.f). *Sistema Financiero*.
https://www.bcra.gob.ar/SistemasFinancierosYdePagos/Entidades_financieras_informacion_e_structura.asp?bco=AAA00&tipo=1&Tit=1
- Banco de la Provincia de Buenos Aires (s.f). *Afectados Fenómenos Naturales*.
https://www.bancoprovincia.com.ar/productos/creditos/afecfenonat/benef_afec_fen_nat
- Banco de la Provincia de Buenos Aires (2024). *Reporte de sostenibilidad 2024*.
https://www.bancoprovincia.com.ar/CDN/Get/Reporte_de_sostenibilidad_2024
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., y Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6), 893–897.
<https://doi.org/10.1037/0022-006X.56.6.893>
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., y Emery, G. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. Desclée de Brouwer.
- Beck, A. T., Steer, R. A., y Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory–II*. Psychological Corporation.
- Beck, A. T., y Alford, B. A. (2009). *Depression: Causes and treatment*. University of Pennsylvania Press.
- Brenlla, M. E., y Rodríguez, C. M. (2006). Adaptación argentina del Inventario de Depresión de Beck (BDI-II). En A. T. Beck, R. A. Steer y G. K. Brown (Eds.), *BDI-II: Inventario de Depresión de Beck: Segunda edición: Manual* (pp. 115–123). Paidós.
- Burin, M. (2000). *La mediana edad: ¿crisis o transición?* En M. Burin y E. Meler (Comps.), *Género y familia: Poder, amor y sexualidad en la construcción de la subjetividad femenina* (pp. 225–285). Paidós.
- Burin, M. (2012). *Género y salud mental: construcción de la subjetividad femenina y masculina* [Preprint basado en clase dictada en 2010]. Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales (UCES). https://dspace.uces.edu.ar/bitstream/123456789/1529/1/Burin_2010_Preprint.pdf
- Clark, D. A., y Beck, A. T. (2012). *Terapia cognitiva para los trastornos de ansiedad: Ciencia y práctica* (J. Aldekoa, Trad.). Desclée de Brouwer.

Comisión Nacional del Mercado de Valores. (s.f.). ¿Qué es fintech? Guía rápida.
https://www.cnmv.es/DocPortal/Publicaciones/Fichas/GR03_Fintech.pdf

Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Recomendación general N°28 relativa al artículo 2 de la Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, CEDAW/C/GC/28, 16 de diciembre de 2010.
<https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2012/8338.pdf?file=fileadmin/Documentos/BDL/2012/8338>

De Breij, S., Huisman, M., Boot, C. R., y Deeg, D. J. (2022). Sex and gender differences in depressive symptoms in older workers: the role of working conditions. *BMC Public Health*, 22(1), 2-10.
<https://doi.org/10.1186/s12889-022-13416-1>

Del-Valle, M. V., López-Morales, H., Gelpi-Trudo, R., Poó, F. M., García, M. J., Yerro-Avincetto, M., Andrés, M. L., Canet-Juric, L., y Urquijo, S. (2022). More than a year of pandemic: Longitudinal assessment of anxiety and depressive symptoms in the Argentine general population during the COVID-19 outbreak. *Stress and Health*, 38(5), 1070–1079.
<https://doi.org/10.1002/smi.3163>

Delle Fave, A., Wissing, M. P., y Brdar, I. (2023). Beyond polarization towards dynamic balance: Harmony as the core of mental health. *Frontiers in psychology*, 14, 1-11.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1177657>

Espino, A., y De los Santos, D. (2019). *La segregación horizontal de género en los mercados laborales de ocho países de América Latina: implicancias para las desigualdades de género*. OIT-PNUD-CIEDUR.
https://www.ilo.org/sites/default/files/wcmsp5/groups/public/%40americas/%40ro-lima/documents/publication/wcms_715929.pdf

Etchevers, M. J., Garay, C. J., López, P., Putrino, N., y Grasso, J. (2024). *Relevamiento del estado psicológico de la población argentina*. Observatorio de Psicología Social Aplicada, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.
<https://www.psi.uba.ar/opsa/documentos/informes/24%20OPSA%20informe%20salud%20mental%20SCL-27%20OASIS%20ODSIS-2.pdf>

Frasson, R., Croce-Carlotto, P.A., Gai, M. J. P., y Cruz, R. M. (2024). Saúde mental de bancários em Santa Catarina: um estudo descritivo. *Trabalho (En)Cena*, 9,1-17.
<https://doi.org/10.20873/2526-1487e024017>

- Galderisi, S., Heinz, A., Kastrup, M., Beezhold, J., y Sartorius, N. (2015). Toward a new definition of mental health. *World psychiatry*, 14(2), 231-233. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/wps.20231>
- Gianni, N., y Costa, J.P. . (2022). *Encuesta Nacional Bancaria 2022: Mundo del trabajo y reconversión tecnológica*. Asociación Bancaria. https://labancaria.org/wp-content/uploads/2023/05/Informe_Final_Completo.pdf
- Goren, N., y Delfino, A. (2024). *Innovaciones en el sector bancario de Argentina: el desafío sindical*. Friedrich-Ebert-Stiftung. <https://library.fes.de/pdf-files/bueros/argentinien/21732.pdf>
- Grasso, J. E., Rozas, L. L., Mingorance, M. B., Gruccos, I. L. V., Gimeno, L. C., y Vizioli, N. A. (2024). Síntomas de ansiedad y de depresión en distintas etapas vitales. *Persona*, 27(2), 59-77. doi: [https://doi.org/10.26439/persona2024.n27\(2\).7324](https://doi.org/10.26439/persona2024.n27(2).7324)
- Hernández-Sampieri, R., Fernández-Collado, C., y Baptista-Lucio, P. (2014). *Metodología de la Investigación*. McGraw-Hill.
- Hirschfeld, R. M. (2001). The comorbidity of major depression and anxiety disorders: recognition and management in primary care. *Primary care companion to the Journal of clinical psychiatry*, 3(6), 244-254. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC181193/pdf/i1523-5998-003-06-0244.pdf>
- Infurna, F. J., Gerstorf, D., y Lachman, M. E. (2020). Midlife in the 2020s: Opportunities and challenges. *American Psychologist*, 75(4), 470–485. <https://doi.org/10.1037/amp0000591>
- Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC). (2022). *Encuesta Nacional de Uso del Tiempo 2021: Resultados definitivos*. [Libro digital, PDF]. https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/sociedad/enut_2021_resultados_definitivos.pdf
- Jirón Jiménez, J., Freire Muñoz, I., e Iriarte Pérez, L. (2024). Depresión, ansiedad y estrés: Análisis de la labor docente en universidades de Quito. *Wimb Lu*, 19(1), 1-20. <https://doi.org/10.15517/wl.v19i1.59344>
- Lachman, M. E., Teshale, S., y Agrigoroaei, S. (2015). Midlife as a pivotal period in the life course: Balancing growth and decline at the crossroads of youth and old age. *International Journal of Behavioral Development*, 39(1), 20–31. <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0165025414533223>

- Lamas, M. (1986). La antropología feminista y la categoría "género". *Nueva Antropología*, 8(30), 173–198. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=15903009>
- Lamas, M. (2018). División del trabajo, igualdad de género y calidad de vida. En M. Ferreyra (Coord.), *El trabajo de cuidados: una cuestión de derechos humanos y políticas públicas* (pp. 12–23). ONU-Mujeres.
https://mexico.unwomen.org/sites/default/files/Field%20Office%20Mexico/Documentos/Publicaciones/2018/05/LIBRO%20DE%20CUIDADOS_Web_2Mayo_final.pdf
- Losada, A. V. (2014). Uso en investigación y psicoterapia del consentimiento informado. En Kerman, B. y Rodríguez Ceberio, M. (Comps.), *En búsqueda de las ciencias de la mente. Investigación en Psicología sistémica* (pp. 159-167). Paidós.
- Ministerio de Economía de la Nación, Dirección Nacional de Economía, Igualdad y Género. (2020). *Los cuidados, un sector económico estratégico: Medición del aporte del trabajo doméstico y de cuidados no remunerados al Producto Interno Bruto*.
https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/los_cuidados_-_un_sector_economico_estrategico_0.pdf
- Nava-Jiménez, C. M., Velázquez-Narváez, Y., Ruiz-Ramos, L., & Martínez-Sulvarán, J. O. (2024). Nivel de depresión, ansiedad y estrés en madres trabajadoras con hijos menores de 6 años. *Revista Mexicana de Salud y Cuidado Ambiental*, 1, 23-32.
- ONU MUJERES (UN WOMEN, 2001). *Important concepts underlying gender mainstreaming*.
<https://www.un.org/womenwatch/osagi/pdf/factsheet2.pdf>
- Organización Internacional del Trabajo. (2024). *La mujer en las empresas: Cómo impulsan la igualdad de género las organizaciones empresariales*.
<https://www.ilo.org/es/publications/la-mujer-en-las-empresas-como-impulsan-la-igualdad-de-genero-las>
- Organización Mundial de la Salud. (2022). *Trastornos mentales*.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
- Organización Mundial de la Salud. (2023). *Trastornos de ansiedad*.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/anxiety-disorders>

- Organización Mundial de la Salud. (2025a). *Salud mental: Fortaleciendo nuestra respuesta*.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Organización Mundial de la Salud. (2025b). *Trastorno depresivo (depresión)*.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Organización Panamericana de la Salud. (s.f.). *Determinantes sociales de la salud*.
<https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud#marco>
- Payne, E. M. (2024). *A Comparison of Depression, Anxiety, and Stress Amongst Male and Female Clinical Laboratory Leaders*. [Tesis Doctoral. Liberty University, EEUU].
<https://digitalcommons.liberty.edu/doctoral/6305/>
- Principios de Yogyakarta. (2010). *Guía del activista para usar los Principios de Yogyakarta*.
https://yogyakartaprinciples.org/wp-content/uploads/2016/10/Guia_del_activista_nov_14_2010.pdf
- Robbins, S. P., y Judge, T. A. (2013). *Comportamiento organizacional* (L. E. Pineda Ayala, Trad.). Pearson Educación.
- Rodríguez Bermúdez, L., Muñoz, F. V., Loera, L. S. P., Delgado, M. D. C. Z., & Zavala, H. A. (2021). Niveles de ansiedad, niveles de estrés en mujeres trabajadoras durante el periodo de aislamiento social por COVID-19. *Jóvenes en la Ciencia*, 10, 1-8.
<https://www.jovenesenlaciencia.ugto.mx/index.php/jovenesenlaciencia/article/view/3293>
- Schein, E. H. (1988). *La cultura empresarial y el liderazgo*. Editorial Plaza & Janés Editores S.A.
- Schlemenson, A. (1990). *La perspectiva ética en el análisis organizacional: Un compromiso reflexivo con la acción*. Paidós.
- Stagnaro, J. C., Cía, A., Vázquez, N. R., Vommaro, H., Nemirovsky, M., Serfaty, E., Sustas, S. E., Medina Mora, M. E., Benjet, C., Aguilar-Gaxiola, S., y Kessler, R. (2018). Estudio epidemiológico de salud mental en población general de la República Argentina. *VERTEX: Revista Argentina de Psiquiatría*, 29, 275–299. <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/176579>
- Tarducci, M. (2008). *Maternidades en el siglo XXI*. Espacio.
- Ter Meulen, W. G., Draisma, S., van Hemert, A. M., Schoevers, R. A., Kupka, R. W., Beekman, A. T. F., y Penninx, B. W. J. H. (2021). Depressive and anxiety disorders in concert: A synthesis of findings

on comorbidity in the NESDA study. *Journal of Affective Disorders*, 284, 85–97.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.02.004>

The jamovi project. (2024). *jamovi (Version 2.6.44)* [Software estadístico]. <https://www.jamovi.org/>

Torns Martín, T., Carrasquer Oto, P., Borràs Català, V., y Roca de Torres, C. (2002). *El estudio de la doble presencia: Una apuesta por la conciliación de la vida laboral y familiar* (Informe de investigación, Proyecto I+D Exp. nº 37/00). Universitat Autònoma de Barcelona, Centre d'Estudis Sociològics sobre la Vida Quotidiana i el Treball (QUIT).
https://ddd.uab.cat/pub/estudis/2002/132328/Doble_Presencia_Informe_a2002.pdf

Vizioli, N. A., y Pagano, A. E. (2020). Adaptación del Inventario de Ansiedad de Beck en población de Buenos Aires. *Interacciones*, 6(3). <https://doi.org/10.24016/2020.v6n3.171>

Vizioli, N. A., y Pagano, A. E. (2022). Inventario de Ansiedad de Beck: validez estructural y fiabilidad a través de distintos métodos de estimación en población argentina. *Acta Colombiana de Psicología*, 25(1), 28-41. <https://www.doi.org/10.14718/ACP.2022.25.1.3>

ANEXOS

Anexo I: Consentimiento Informado

Consentimiento Informado

Mi nombre es María Daiana Berrojalbis, estudiante de la Licenciatura en Psicología en la Universidad de Flores. Este estudio forma parte de mi Trabajo Final Integrador y tiene como finalidad conocer los niveles de depresión y ansiedad en mujeres que trabajan en entidades bancarias públicas de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) y el Gran Buenos Aires (GBA).

Para ello, se utilizará un cuestionario que incluye preguntas sociodemográficas y dos instrumentos psicológicos validados: el Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II) y el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI).

La participación es voluntaria, anónima y confidencial. El cuestionario no solicita datos sensibles ni información que permita identificar a las participantes. El tiempo estimado para completarlo es de 15 minutos, y es posible interrumpir la participación en cualquier momento sin necesidad de dar explicaciones y sin que ello implique consecuencias.

Los datos serán utilizados exclusivamente con fines académicos y analizados de forma grupal, asegurando la protección de la información. Ante cualquier duda o consulta, puede comunicarse conmigo al correo institucional: maria.berrojalbis@uflouniversidad.edu.ar

Declaro que leí y comprendí la información brindada y acepto participar voluntariamente del estudio. *

Sí, acepto.

Criterio de inclusión

¿Trabajás actualmente en una entidad bancaria pública de CABA o GBA? *

Sí

No

Anexo II: Cuestionario Sociodemográfico

Cuestionario sociodemográfico

A continuación, se presentan preguntas generales sobre tu situación personal, laboral y familiar. Toda la información será tratada de manera confidencial.

Género autopercebido *

- Mujer cisgénero (me identifico con el sexo asignado al nacer)
- Mujer Trans (transexual, transgénero, travesti, queers de género, travestidas, etc)

Edad *

Tu respuesta _____

¿Cuál es el nivel educativo más alto que completaste? *

- Secundario incompleto
- Secundario completo
- Terciario / Tecnicatura
- Universitario (grado)
- Posgrado (especialización / maestría / doctorado)

¿Dónde residís actualmente? *

- Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA)
- Gran Buenos Aires (GBA)

¿Cuál es tu situación de pareja? *

- No tengo pareja
- Estoy en pareja (no convivimos)
- Estoy en pareja (convivimos)
- Estoy separada/divorciada
- Soy viuda

¿Con quién vivís actualmente? *

(marcar todas las que correspondan)

- Sola
- Con pareja
- Con hijos/as
- Con madre/padre
- Con otras personas (hermanos/as, amigas/os, etc.)

¿Dónde trabajás actualmente? *

- Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA)
- Gran Buenos Aires (GBA)

¿Hace cuántos años trabajás en el banco? *

(respuesta numérica)

Tu respuesta _____

¿Dónde trabajás actualmente dentro del banco? *

- En una sucursal
- En otro tipo de dependencia (área central, técnica, etc.)

¿Cuántas horas trabajás por día, en promedio? *

Tu respuesta _____

¿Tenés cargo jerárquico actualmente? *

Es decir, ¿ocupás un puesto con personas a tu cargo o funciones de supervisión?

- Sí
- No

Detalle del cargo jerárquico

¿Cuál es tu nivel de supervisión dentro del banco? *

El nivel de supervisión se refiere al grado de responsabilidad sobre otras personas y a la toma de decisiones.

- Primer nivel de supervisión (Ej.: jefa de sector, cajera principal con personal a cargo)
- Segundo nivel de supervisión (Ej.: supervisora, subgerenta, tesorera)
- Tercer nivel de supervisión o superior (Ej.: gerenta)
- No estoy segura / Prefiero no responder

Datos familiares

¿Tenés hijos/as? *

(Incluí tanto hijos/as biológicos/as como adoptivos/as.)

- Sí
- No

Detalles sobre los hijos/as

¿Cuántos hijos/as tenés? *

Tu respuesta _____

¿Convivís con tus hijos/as actualmente? *

- Sí
- No

Anexo III: Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II)

Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II)

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy.

Marque el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito)

1. Tristeza*

0 No me siento triste.

1 Me siento triste gran parte del tiempo

2 Me siento triste todo el tiempo.

3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo*

0 No estoy desalentada respecto de mi futuro.

1 Me siento más desalentada respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.

2 No espero que las cosas funcionen para mi.

3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

3. Fracaso*

0 No me siento como una fracasada.

1 He fracasado más de lo que hubiera debido.

2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.

3 Siento que como persona soy un fracaso total.

4. Pérdida de Placer*

0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.

1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.

2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.

3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5. Sentimientos de Culpa*

0 No me siento particularmente culpable.

1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.

2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.

3 Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de castigo*

0 No siento que esté siendo castigada.

1 Siento que tal vez pueda ser castigada.

2 Espero ser castigada.

3 Siento que estoy siendo castigada.

7. Disconformidad con una misma*

0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.

1 He perdido la confianza en mí misma.

2 Estoy decepcionada conmigo misma.

3 No me gusto a mí misma.

8. Autocrítica*

0 No me critico ni me culpo más de lo habitual.

1 Estoy más crítica conmigo mismo de lo que solía estarlo.

2 Me critico a mí misma por todos mis errores.

3 Me culpo a mí misma por todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos o deseos suicidas*

0 No tengo ningún pensamiento de matarme.

1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría.

2 Querría matarme.

3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10. Llanto*

0 No lloro más de lo que solía hacerlo.

1 Lloro más de lo que solía hacerlo.

2 Lloro por cualquier pequeñez.

3 Siento ganas de llorar pero no puedo.

11 Agitación*

0 No estoy más inquieta o tensa que lo habitual.

1 Me siento más inquieta o tensa que lo habitual.

2 Estoy tan inquieta o agitada que me es difícil quedarme quieta.

3 Estoy tan inquieta o agitada que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

12 Pérdida de Interés*

0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.

1 Estoy menos interesada que antes en otras personas o cosas.

2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.

3 Me es difícil interesarme por algo.

13. Indecisión*

0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.

1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones.

2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.

3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Desvalorización*

0 No siento que yo no sea valiosa.

1 No me considero a mí mismo tan valiosa y útil como solía considerarme.

2 Me siento menos valiosa cuando me comparo con otros.

3 Siento que no valgo nada.

15. Pérdida de Energía*

0 Tengo tanta energía como siempre.

1. Tengo menos energía que la que solía tener.

2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado.

3. No tengo energía suficiente para hacer nada.

16. Cambios en los Hábitos de Sueño*

0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.

1a. Duermo un poco más que lo habitual.

1b. Duermo un poco menos que lo habitual.

2a Duermo mucho más que lo habitual.

2b. Duermo mucho menos que lo habitual.

3a. Duermo la mayor parte del día.

3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme.

17. Irritabilidad*

0 No estoy tan irritable que lo habitual.

1 Estoy más irritable que lo habitual.

2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.

3 Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el Apetito*

0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.

1a. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.

1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.

2a. Mi apetito es mucho menor que antes.

2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual.

3a. No tengo apetito en absoluto.

3b. Quiero comer todo el día.

19. Dificultad de Concentración*

0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.

1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente.

2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.

3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o Fatiga*

0 No estoy más cansada o fatigada que lo habitual.

1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.

2 Estoy demasiado fatigada o cansada para hacer muchas de las cosas que solía hacer.

3 Estoy demasiado fatigada o cansada para hacer la mayoría de las cosas que solía.

21. Pérdida de Interés en el Sexo*

0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.

1 Estoy menos interesada en el sexo de lo que solía estarlo.

2 Estoy mucho menos interesada en el sexo.

3 He perdido completamente el interés en el sexo.

Anexo IV: Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

A continuación, hay una lista de síntomas comunes de ansiedad. Por favor, lea cuidadosamente cada ítem en la lista. Indique cuánto le ha molestado cada síntoma durante la última semana, incluyendo el día de hoy, marcando el número que crea adecuado.

1. Hormigueo o entumecimiento*

0 = Para nada

1 = Levemente - Pero no me molestó

2 = Moderadamente - Por momentos no fue agradable

3 = Severamente - Me molestó mucho

2. Sensación de calor intenso*

0 = Para nada

1 = Levemente - Pero no me molestó

2 = Moderadamente - Por momentos no fue agradable

3 = Severamente - Me molestó mucho

3. Debilidad en las piernas*

0 = Para nada

1 = Levemente - Pero no me molestó

2 = Moderadamente - Por momentos no fue agradable

3 = Severamente - Me molestó mucho

4. Incapacidad para relajarse*

0 = Para nada

1 = Levemente - Pero no me molestó

2 = Moderadamente - Por momentos no fue agradable

3 = Severamente - Me molestó mucho

5. Miedo a que pase lo peor*

0 = Para nada

1 = Levemente - Pero no me molestó

2 = Moderadamente - Por momentos no fue agradable

3 = Severamente - Me molestó mucho

6. Mareos o vértigos*

0 = Para nada

1 = Levemente - Pero no me molestó

2 = Moderadamente - Por momentos no fue agradable

3 = Severamente - Me molestó mucho

7. Palpitaciones o taquicardia*

0 = Para nada

1 = Levemente - Pero no me molestó

2 = Moderadamente - Por momentos no fue agradable

3 = Severamente - Me molestó mucho

8. Sensación de inestabilidad*

0 = Para nada

1 = Levemente - Pero no me molestó

2 = Moderadamente - Por momentos no fue agradable

3 = Severamente - Me molestó mucho

9. Con miedo o aterrorizada*

0 = Para nada

1 = Levemente - Pero no me molestó

2 = Moderadamente - Por momentos no fue agradable

3 = Severamente - Me molestó mucho

10. Nerviosa*

0 = Para nada

1 = Levemente - Pero no me molestó

2 = Moderadamente - Por momentos no fue agradable

3 = Severamente - Me molestó mucho

11. Sensación de ahogo*

0 = Para nada

1 = Levemente - Pero no me molestó

2 = Moderadamente - Por momentos no fue agradable

3 = Severamente - Me molestó mucho

12. Temblor de manos*

0 = Para nada

1 = Levemente - Pero no me molestó

2 = Moderadamente - Por momentos no fue agradable

3 = Severamente - Me molestó mucho

13. Inquieta, temblorosa*

0 = Para nada

1 = Levemente - Pero no me molestó

2 = Moderadamente - Por momentos no fue agradable

3 = Severamente - Me molestó mucho

14. Miedo a perder el control*

0 = Para nada

1 = Levemente - Pero no me molestó

2 = Moderadamente - Por momentos no fue agradable

3 = Severamente - Me molestó mucho

15. Dificultad para respirar*

0 = Para nada

1 = Levemente - Pero no me molestó

2 = Moderadamente - Por momentos no fue agradable

3 = Severamente - Me molestó mucho

16. Miedo a morir*

0 = Para nada

1 = Levemente - Pero no me molestó

2 = Moderadamente - Por momentos no fue agradable

3 = Severamente - Me molestó mucho

17. Asustada*

0 = Para nada

1 = Levemente - Pero no me molestó

2 = Moderadamente - Por momentos no fue agradable

3 = Severamente - Me molestó mucho

18. Indigestión o malestar estomacal*

0 = Para nada

1 = Levemente - Pero no me molestó

2 = Moderadamente - Por momentos no fue agradable

3 = Severamente - Me molestó mucho

19. Sensación de desvanecimientos o desmayos*

0 = Para nada

1 = Levemente - Pero no me molestó

2 = Moderadamente - Por momentos no fue agradable

3 = Severamente - Me molestó mucho

20. Ruborizarse, sonrojamiento*

0 = Para nada

1 = Levemente - Pero no me molestó

2 = Moderadamente - Por momentos no fue agradable

3 = Severamente - Me molestó mucho

21. Sudoración (no producida por calor)*

0 = Para nada


1 = Levemente - Pero no me molestó

2 = Moderadamente - Por momentos no fue agradable

3 = Severamente - Me molestó mucho

¡Muchas gracias por tu participación en este estudio!

Por favor, para finalizar presioná en "Enviar".

[Atrás](#)  Página 10 de 10 [Borrar formulario](#)