Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela de Psicología

Sede Heredia

Trabajo de Graduación para optar por el grado de Licenciatura en Psicología:

Impacto en la salud mental con énfasis en la sintomatología ansiosa, depresiva y estrés debido al distanciamiento físico y social por la pandemia COVID-19 en estudiantes de la Escuela de Psicología de la Universidad Latina, sede San Pedro

Tutor:

Lic. Raúl Arias Cordero

Estudiantes:

Carolina Mena Ramírez

Abigail Huertas Sánchez

Heredia, Costa Rica

2021

Tribunal Examinador

Este trabajo final de graduación titulado: “Impacto en la salud mental con énfasis en la sintomatología ansiosa, depresiva y estrés debido al distanciamiento físico y social por la pandemia COVID-19 en estudiantes de la Escuela de Psicología de la Universidad Latina, sede San Pedro”, realizado por las estudiantes: Carolina Mena Ramírez y Abigail Huertas Sánchez, fue aprobado por el tribunal examinador en la carrera de Psicología de la Universidad Latina de Costa Rica, Campus Heredia, como requisito del grado académico de Licenciatura en Psicología.

CA SINPE - PERSONA FISICA v2
2021.05.23 20:20:43 -06:00

Lic. Raúl Arias Cordero
Tutora

EDITH VANESSA BOLAÑOS LOPEZ (FIRMA)
Firmado digitalmente por EDITH VANESSA BOLAÑOS LOPEZ (FIRMA)
Fecha: 2021.05.24 09:56:54 -06'00'

Licda. Edith Bolaños López

Lectora

JOU MASIS PORTUGUEZ (FIRMA)
Firmado digitalmente por JOU MASIS PORTUGUEZ (FIRMA)
Fecha: 2021.05.24 08:45:24 -06'00'

M.Sc. Jou Masís Portuguez
Representante de Rectoría

Comité Asesor

CA SINPE -
PERSONA FISICA
v2
2021.05.23
20:19:17 -06:00

Lic. Raúl Arias Cordero
Tutor

EDITH VANESSA BOLAÑOS LOPEZ (FIRMA)

Firmado digitalmente por EDITH VANESSA BOLAÑOS LOPEZ (FIRMA)
Fecha: 2021.05.24 09:56:24 -06'00'

Licda. Edith Bolaños López
Lectora

JOU MASIS PORTUGUEZ (FIRMA)

Firmado digitalmente por JOU MASIS PORTUGUEZ (FIRMA)
Fecha: 2021.05.24 08:44:17 -06'00'

M.Sc. Jou Masís Portuguez
Representante de Rectoría

Sustentantes

Carolina Mena Ramírez

Abigail Huertas Sánchez

Agradecimientos

La universidad nos brindó la oportunidad incomparable para la formación profesional y adquisición de nuevos conocimientos, tanto a nivel académico, como profesional y personal. La disciplina ha sido el principal factor para llegar hasta esta meta, al igual que el apoyo constante de nuestros docentes y compañeros a lo largo de la carrera.

Agradecemos a Dios por cada oportunidad de crecimiento en cuanto a la formación como profesionales en psicología. Asimismo, damos las gracias al coordinador de carrera, sede Heredia, el M. Sc. Jou Masis Portuguez, a nuestro tutor, el Lic. Raúl Arias Cordero y lectora Lic. Edith Bolaños López, quienes con sus conocimientos y apoyo nos guiaron a través de cada una de las etapas de este proyecto para alcanzar de forma satisfactoria los objetivos determinados.

También, queremos agradecer a los estudiantes de la carrera de psicología de la Universidad Latina, sede San Pedro quienes participaron y permitieron llevar a cabo el estudio de investigación.

Por último, pero no menos importante, a nuestras familias por el amor, la confianza y el apoyo; a nuestros hijos Emiliano y Gael, por ser nuestros promotores de sueños y sobre todo enseñarnos que la valentía, la constancia y la perseverancia son la clave para lograr cada uno de ellos y todo lo que nos propongamos.

Dedicatoria

El presente trabajo de investigación está dedicado a la población estudiantil participante, a la población en general afectada por las consecuencias de la pandemia por el virus SARS-CoV-2. Especialmente, a quienes perdieron a sus seres queridos y a los profesionales que en primera línea han luchado contra las graves secuelas del virus para reducir su impacto y salvaguardar la vida humana.

Tabla de contenido

Capítulo I: 11
Problema y propósito 11
1.1 Antecedentes 12
1.1.1 Antecedentes internacionales 12
1.1.2 Antecedentes nacionales 18
1.2. Planteamiento del problema 20
1.2.1. Pregunta general 21
1.2.2. Preguntas derivadas 22
1.3. Justificación 22
1.4. Objetivos 24
1.4.1. Objetivo general 24
1.4.2. Objetivos específicos 24
Capítulo II: 26
Marco teórico 26
2.1. Marco conceptual 27
2.1.1. Salud mental 27
2.1.2. Pandemia 30
2.1.3. Enfermedad COVID-19 33
2.1.4. Distanciamiento social 36
2.1.5. Impacto psicosocial 37
2.1.6. Ansiedad 44
2.1.7. Depresión 48
2.1.8. Estrés 52
2.1.9. Estrategias del afrontamiento del estrés 53
2.2. Marco epistemológico 56
2.2.1. Psicología cognitiva 56
2.2.2. Teoría del afrontamiento del estrés 66
Capítulo III: 75
Marco metodológico 75
3.1. Tipo de investigación 76
3.2. Sujetos y fuentes de información 77

3.3. Definición de variables 78
3.4. Descripción de técnicas e instrumentos utilizados en la recopilación de datos 82
3.5. Sustentación de la confiabilidad y la validez de los instrumentos de investigación 84
3.6. Ética y calidad 86
Capítulo IV: 87
Análisis de los datos 87
4.1. Datos generales de la población 88
4.1.1. Sintomatología ansiosa asociada a la limitación de movilidad y la distancia física y social de los estudiantes de psicología de la Universidad Latina, sede San Pedro 93
4.1.2. Relación entre síntomas de depresión y el distanciamiento físico y social en la población estudiantil universitaria 116
4.1.3. Indicadores de estrés relacionados con las medidas de restricción sanitarias por las autoridades de salud 140
4.1.4. Apoyo social y cuidado de la salud mental durante el distanciamiento físico y social 174
Capítulo V: 201
Conclusiones y recomendaciones 201
5.1. Conclusiones 202
5.2. Recomendaciones 205
5.2.1. Estudiantes de la carrera de psicología 205
5.2.2. Para la Universidad 205
5.2.3. Centros médicos 206
5.2.4. Para posibles nuevas investigaciones 206
Capítulo VI: 207
Referencias y anexos 207
6.1. Lista de referencias 208

Índice de figuras

Figura 1. Pensamientos automáticos 59
Figura 2. Criterios de inclusión y exclusión 78
Figura 3. Operacionalización de variables 79
Figura 4. Porcentajes predominantes de la población muestra 89
Figura 5. Presenta síntomas ansiosos o depresivos antes de la pandemia 89
Figura 6. Sintomatología que presenta antes de la pandemia 90
Figura 7. Participantes que cuentan con diagnóstico 91
Figura 8. Percepción de síntomas durante la pandemia 92
Figura 9. Resultados del inventario de ansiedad de Beck 94
Figura 10. Relación resultados de ansiedad por sexo 95
Figura 11. Relación resultado de ansiedad por sexo (porcentajes generales) 96
Figura 12. Relación resultado de ansiedad por edad 97
Figura 13. Relación de resultado de ansiedad por edad (porcentajes generales) 98
Figura 14. Relación de resultado de ansiedad por nacionalidad 99
Figura 15. Relación de resultado de ansiedad por nacionalidad 100
Figura 16. Relación resultado de ansiedad muy baja por personas con las que habita 101
Figura 17. Relación de resultados de ansiedad moderada por personas con las que habita 102
Figura 18. Resultado de ansiedad severa por personas con las que habita 103
Figura 19. Relación de resultados de ansiedad por personas con las que habita (porcentajes generales) 103
Figura 20. Relación de resultado de ansiedad por personas con hijos 105
Figura 21. Relación resultado de ansiedad por personas con hijos 106
Figura 22. Relación de resultado de ansiedad por estado laboral 107
Figura 23. Relación de resultado de ansiedad por estado laboral (porcentajes generales) 108
Figura 24. Resultado de ansiedad baja por personas con diagnóstico 109
Figura 25. Relación de resultado de ansiedad moderada por personas con diagnóstico 110
Figura 26. Relación de resultado de ansiedad severa por personas con diagnóstico 110
Figura 27. Resultado de ansiedad por personas que presentan síntomas antes de pandemia 112
Figura 28. Resultado de ansiedad muy baja por síntomas durante pandemia 113
Figura 29. Relación de ansiedad moderada por síntomas durante la pandemia 93
Figura 30. Resultado de ansiedad severa por síntomas durante pandemia 115
Figura 31. Resultado del inventario de depresión de Beck 117
Figura 32. Relación resultado de depresión por sexo 118
Figura 33. Relación de resultado de depresión por sexo (porcentajes generales) 119
Figura 34. Relación de resultado de depresión por edad 121
Figura 35. Relación de resultados de depresión por edad (porcentajes generales) 122
Figura 36. Relación de resultado de depresión por nacionalidad 124
Figura 37. Relación de resultado de depresión por nacionalidad (porcentajes generales) 125
Figura 38. Relación de resultado de depresión por personas con hijos 126
Figura 39. Relación de resultado de depresión por personas con hijos (porcentajes generales) 127
Figura 40. Relación de resultados de depresión por personas con las que habita 128

Figura 41. Relación de resultado de depresión por personas con las que habita 129
Figura 42. Relación de los resultados de depresión por estado laboral 130
Figura 43. Relación de resultado de depresión por estado laboral (porcentajes generales) 132
Figura 44. Relación de resultado de depresión por síntomas que se presentaban 134
Figura 45. Relación resultado de depresión por síntomas antes de la pandemia 135
Figura 46. Relación resultado de depresión por personas con diagnóstico 137
Figura 47. Relación resultado de depresión por síntomas durante la pandemia 138
Figura 48. Resultados generales de estrés 140
Figura 49. Resultado de estrés familiar y no familiar 142
Figura 50. Percepción de estrés de una persona en particular 143
Figura 51. Persona particular que genera estrés 144
Figura 52. Relación resultado de estrés por sexo 145
Figura 53. Relación resultado de estrés por sexo (porcentajes generales) 146
Figura 54. Relación resultado de estrés por edad 147
Figura 55. Relación resultado de estrés por edad (porcentajes generales) 148
Figura 56. Relación resultado de estrés por personas con las que habita 149
Figura 57. Relación resultado de estrés por personas con las que habita 150
Figura 58. Relación resultado de estrés por personas con hijos 151
Figura 59. Relación resultado de estrés por personas con hijos (porcentajes generales) 152
Figura 60. Relación resultado de estrés por estado civil 153
Figura 61. Relación resultado de estrés por estado civil (porcentajes generales) 154
Figura 62. Relación resultado de estrés por estado laboral 155
Figura 63. Relación resultado de estrés por estado laboral (porcentajes generales) 156
Figura 64. Resultado de estrategias del afrontamiento del estrés más utilizadas 158
Figura 65. Estrategias de afrontamiento del estrés por sexo 161
Figura 66. Estrategias del afrontamiento del estrés por edad 163
Figura 67. Estrategias de afrontamiento por ansiedad muy baja 165
Figura 68. Estrategias del afrontamiento por ansiedad moderada 166
Figura 69. Estrategias de afrontamiento por ansiedad severa 168
Figura 70. Estrategias del afrontamiento por No presenta depresión 169
Figura 71. Estrategias del afrontamiento por depresión leve 170
Figura 72. Estrategias del afrontamiento por depresión moderada 171
Figura 73. Estrategias de afrontamiento por depresión grave 172
Figura 74. Resultado de apoyo general 174
Figura 75. Resultado apoyo familiar y no familiar 175
Figura 76. Percibe apoyo de una persona en particular 176
Figura 77. Persona particular que brinda apoyo 177
Figura 78. Relación resultado de apoyo por edad 179
Figura 79. Relación resultados de apoyo por edad (porcentajes generales) 180
Figura 80. Relación resultado de apoyo por sexo 181
Figura 81. Relación resultado de apoyo por sexo (porcentajes generales) 182
Figura 82. Relación resultado de apoyo por estado civil 183
Figura 83. Relación resultado de apoyo por estado civil (porcentajes generales) 184
Figura 84. Relación resultados de apoyo por personas con hijos 185

Figura 85. Relación resultados de apoyo por personas con hijos (porcentajes generales)..... 186
Figura 86. Relación resultados de apoyo por personas con las que habita..... 188
Figura 87. Relación de apoyo por personas con las que habita (porcentajes generales) 189
Figura 88. Cuido de la salud mental durante la pandemia 191
Figura 89. Relación cuido de la salud mental por sexo 193
Figura 90. Relación salud mental por edad 194
Figura 91. Relación salud mental por resultados de ansiedad 195
Figura 92. Relación salud mental por resultados de depresión 196
Figura 93. Relación de salud mental por estrategias de afrontamiento 198
Figura 94. Relación salud mental por estrategias de afrontamiento 199

Capítulo I:

Problema y propósito

1.1 Antecedentes

En el presente apartado se mencionan algunos estudios recientes en relación con el tema en investigación, en los cuales se plasma la respuesta conductual y emocional de las personas en cuanto al impacto de las medidas sanitarias establecidas para reducir el contagio del virus SARS-COV2. Con ello se pretende obtener mayor comprensión sobre los alcances de dicha enfermedad.

1.1.1 Antecedentes internacionales

El ámbito investigativo internacional tiende a ejecutar proyectos de investigación en diferentes áreas de aplicación, tal como lo es el ámbito de la salud mental. En este sentido, durante el transcurso de la pandemia se evidencia un desarrollo importante sobre la comprensión del impacto que ha tenido esta situación en los seres humanos. Por lo tanto, es válido mencionar y explicar algunos de los estudios, en procura de un mayor acercamiento y comprensión del tema de investigación. Seguidamente, se mencionan dichos trabajos.

En primera instancia, se considera la investigación de Sandín *et al.* (2020), titulada "*Impacto psicológico de la pandemia de COVID-19: Efectos negativos y positivos en población española asociados al periodo de confinamiento nacional*", y publicada en la Revista de Psicopatología y Psicología Clínica de España. El objetivo del estudio fue examinar el impacto a nivel psicológico del confinamiento por la pandemia COVID-19 en la población española durante los meses de marzo y abril del año 2020. Se realizó desde un enfoque cuantitativo, con una muestra de 1.161 participantes con edades entre los 16 y los 84 años, a través de un Cuestionario sobre la importancia psicológica del coronavirus, la Escala Intolerancia a la Incertidumbre, y las escalas PANAS de afecto positivo y negativo. El estudio tiene como resultado que el miedo más alto puntuó en las categorías de contagio, enfermedad, muerte y aislamiento social, también por el trabajo e ingresos económicos. Luego, en

cuanto al impacto emocional, se encontró miedo al coronavirus, alteraciones en el sueño y síntomas emocionales como estrés, ansiedad, esperanza, inquietud y nerviosismo. El exceso de información de los diferentes medios de comunicación y la intolerancia a la incertidumbre se determinaron como factores relevantes en dicho impacto. Además, se encontró que el confinamiento tuvo un impacto positivo en los logros personales de quienes participaron en el estudio.

Así mismo, se consulta a González *et al.* (2020), por medio de su investigación, titulada "*Impacto psicológico en estudiantes universitarios mexicanos por confinamiento durante la pandemia por Covid-19*", y elaborada desde la Universidad Autónoma de México. El objetivo propuesto fue evaluar los niveles de ansiedad, depresión, estrés y la percepción del estado de salud de estudiantes universitarios mexicanos durante siete semanas de confinamiento por la pandemia de Covid-19. Esto a partir de un método observacional transaccional, con una muestra por conveniencia de 644 participantes distribuidos por sexo (276 mujeres y 368 hombres) y con edades entre los 18 y 43 años. Además, se aplicó tanto a estudiantes como a docentes de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos; ello, mediante plataformas digitales como Facebook, WhatsApp, Microsoft Teams, con un período de siete meses activo. El instrumento se elaboró según seis apartados: el primero, conformado por aspectos científicos, consentimiento y anonimato; el segundo, por datos personales, tales como edad, sexo y lugar de residencia; el tercero, por el Inventario de Ansiedad Estado de Apielberger y Díaz Guerrero; el cuarto, por la Escala de Estrés percibido de Cohen, Kamarak y Memelsteian; el quinto, por el Cuestionario General de Salud de Goldberg; y el sexto, por los agradecimientos y datos de contacto. De esta manera, en los resultados obtenidos se refleja, durante el distanciamiento social, la presencia de altos indicadores de síntomas, como ansiedad (el más alto, con un 40,3 %), siendo la población masculina predominante en ese factor; también, problemas para dormir en un 36,3 % y estrés en un

31,92 %. En cuanto a los síntomas psicosomáticos se determina el 5-9 %, disfunción social en la actividad diaria en 9,5%, y depresión, puntuando como la más baja, con el 4,9 %.

Luego, en un estudio elaborado por Ozamiz *et al.* (2020) con el título "*Niveles de estrés, ansiedad y depresión en la primera fase del brote del COVID-19 en una muestra recogida en el norte de España"*, de la Universidad del País Vasco, Leioa, España, se fijó como objetivo conocer los síntomas de depresión, ansiedad y estrés. En detalle, la investigación es de tipo exploratorio descriptivo sobre la medición del impacto psicológico, en el factor de ansiedad, estrés y depresión, hecha mediante la Escala de DASS en una muestra de 976 personas de la Comunidad Autónoma Vasca, tanto hombres como mujeres de los 18 a los 70 años de edad. Así pues, se realizó mediante la aplicación digital de Google Forms, lo cual se habilitó mediante correo electrónico y otras redes sociales. Los resultados obtenidos determinan que los niveles de sintomatología son bajos en la población más joven, mientras que en población mayor con enfermedades crónicas son los más altos, considerando el distanciamiento social como principal factor ansiógeno en los síntomas expuestos.

Por su parte, Cao *et al.* (2020) presentan un estudio con el nombre *"The psychological impact of the COVID-19 epidemic on college students in China".* Publicado por la Revista Psychiatry Res, China, con el objetivo de evaluar el estado mental de los estudiantes durante la pandemia. Para esto se llevó a cabo una investigación cuantitativa, compuesta por una población de estudiantes universitarios de la Facultad de Medicina de la Universidad de Changgzhi; la muestra fue por grupos. El test fue conformado por la Escala de Trastorno de ansiedad Generalizada de 7 ítems e información básica. Los resultados arrojaron que el 0,9 % de las personas encuestadas experimenta ansiedad severa, el 2,7 % ansiedad moderada y el 21,3 % ansiedad leve. Como factores de protección se determinan vivir en zonas urbanas, estabilidad de ingresos familiares y vivir con los padres. Dentro de los factores ansiógenos se destaca tener familiares, amigos o conocidos infectados por el SARSC-02. Además, la economía, los

efectos en la rutina diaria y el retraso en las actividades académicas se relacionaron positivamente con el nivel de ansiedad, a diferencia del apoyo social que se correlacionó de forma negativa.

Un estudio elaborado por García et al. (2020) con el nombre "*Impacto del SARS-COV-2 (COVID-19) en la salud mental de los profesionales sanitarios: una revisión sistemática"*, publicado en la Revista Sanidad, Consumo y Bienestar Social, se puso como objetivo analizar el impacto en la salud mental de los profesionales sanitarios que prestar atención a los pacientes durante el brote del virus SARS-CoV-2. Para ello, se empleó una revisión sistemática siguiendo el formato prisma en las bases de datos electrónicas Pubmed, Scopus, Web of Science, CINAHL, PsycINFO y ScienceDirect, entre los meses de enero y mayo de 2020. Se evaluó la calidad metodológica a partir de las herramientas de evaluación crítica para estudios no randomizados del Joanna Briggs Institute. En los resultados se mostró una gran variabilidad de resultados. Por ejemplo, se observaron niveles medio-altos de ansiedad con 26,5 % - 44,6 %, depresión 8,1 % - 25 %, preocupación e insomnio 23,6 % - 38 %, y por último en cuanto a niveles de estrés por debajo de lo esperado con 3,8 % - 68,3 %. En los resultados se concluye que la salud mental de los profesionales sanitarios se vio comprometida ante la pandemia de SARS-CoV-2 en el ejercicio de sus funciones, siendo especialmente afectados los profesionales que se encontraban en la primera línea de batalla contra el virus.

De igual forma, Wang *et al.* (2020) elaboran un estudio titulado "*Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China"*, el cual fue publicado en International Journal Environ Res Public Health. El objetivo fue comprender mejor los niveles de impacto psicológico, ansiedad, depresión y estrés durante la etapa inicial del brote de la pandemia COVID-19. La metodología empleada fue una encuesta de tipo transversal mediante un cuestionario anónimo en línea para evaluar la respuesta inmediata psicológica de los individuos evaluados durante la pandemia

COVID-19. La población se compuso de estudiantes universitarios, con un total de 1.210 personas en 194 ciudades de China, administrando la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21). En los resultados se determinó que el 16,5 % de los colaboradores manifestó síntomas depresivos de moderados a graves; el 28,8 %, síntomas de ansiedad de moderados a graves; y el 8,1 %, advirtió de niveles de estrés de moderados a graves. Se concluyó que la mayoría de las personas encuestadas experimenta un impacto en la salud mental como consecuencia de la pandemia COVID-19.

Sumado a lo anterior, se toma en cuenta el estudio de Ribot *et al.* (2020), nombrado "*Efectos de la COVID-19 en la salud mental de la población"*, el cual fue publicado en la Revista Habanera de Ciencias Médicas de Cuba. El objetivo fue analizar la repercusión que sobre la salud mental pudiera provocar la COVID-19 y las medidas para su prevención y control, así como las estrategias para favorecerla. En cuanto a la metodología empleada se realizó una revisión bibliográfica, se consultaron fuentes de información disponibles en internet, el buscador Google Académico y buscadores propios de las diferentes fuentes. También, se describen elementos que integran la salud mental como constructo multidisciplinario y los efectos que sobre la misma producen las epidemias, así como estrategias para potenciar conductas que atributen a la salud mental durante la pandemia COVID-19. En los resultados se determina que a partir de las medidas sanitarias existe una gran necesidad de potenciar la resiliencia, el crecimiento personal, las relaciones intrafamiliares y la atención especial a los grupos de vulnerabilidad para lograr minimizar el impacto psicosocial de la epidemia en la población general.

Así mismo, Gallegos *et al.* (2020) en una investigación titulada "*Cómo afrontar la pandemia del Coronavirus (Covid-19) en las Américas: recomendaciones y líneas de acción sobre salud mental"* publicado en la Universidad del Rosario, establecen como objetivo construir una guía de recomendaciones sobre diferentes temas y problemáticas psicológicas. Para esto, se llevó a cabo una revisión sistemática de la literatura científica referida a la afectación de la salud mental provocada por

este tipo de pandemia. Con base en la información recuperada y analizada de diversas bases de datos científicos como PsycInfo, Scielo, Redalyc y Dialnet; así como fuentes documentales procedentes de organismos nacionales e internacionales de salud mental, consulta a expertos en salud mental y diversas investigaciones científicas. En los resultados se redactó un documento de orientación a las personas para afrontar las consecuencias emocionales y psicosociales debido a la enfermedad por Covid-19.

Luego, un estudio realizado por Jonhson *et al.* (2020), titulado "*Emociones, preocupaciones y reflexiones frente a la pandemia del COVID-19 en Argentina",* publicado por Ciencia & Saúde Coletiva, estableció como objetivo explorar los sentimientos y expectativas que genera el COVID-19 en Argentina durante la primera etapa de la pandemia. Con este fin, se aplicó una encuesta de la Organización Mundial de la Salud adaptada al contexto local. Se incluyeron preguntas abiertas para indagar sentimientos de las personas frente al COVID-19, y se realizó un análisis de contenido. En los resultados se indica que la población encuestada siente incertidumbre, miedo y angustia, pero también surge un sentimiento de responsabilidad y cuidado frente al COVID-19. Además, se menciona presencia de sentimientos positivos para la sociedad como una valoración de la interdependencia social. También, los resultados arribados señalan que el impacto en la salud mental es desigual según el género, el nivel educativo alcanzado y el confort percibido en el hogar. Por último, en los resultados concluye que las dimensiones emocionales y vinculares de las personas resultan aspectos centrales ante la pandemia del COVID-19 en Argentina.

Cobo *et al.* (2020) en un estudio titulado "*Consideraciones institucionales sobre la Salud Mental en estudiantes universitarios durante la pandemia de Covid-19",* publicado en la Revista CienciÁmerica, estableció como objetivo aportar algunas consideraciones institucionales sobre la salud mental en estudiantes universitarios durante la pandemia por COVID-19. El método empleado corresponde a un diseño documental, en el cual se relatan estudios sobre salud mental en universitarios y

se reflexiona sobre los posibles aportes de las universidades desde el marco de la Responsabilidad Social. En los resultados se menciona el incremento en los síntomas de depresión, estrés postraumático, ideación suicida y alteraciones de sueño. Además, en relación con las universidades, recomiendan trabajar en beneficio de la salud mental de los estudiantes durante y después de la pandemia por el virus SARS-Cov2, con base en los posibles efectos psicológicos que puedan desarrollar y para lograr un beneficio en el desarrollo de la sociedad.

Finalmente, una investigación elaborada por Mertens *et al.* (2020), titulada "*Miedo al coronavirus (COVID-19): predictores en un estudio en línea realizado en marzo de 2020*", publicado por la Revista de Trastornos de ansiedad, estableció como objetivo investigar posibles predictores de un mayor miedo al coronavirus. El método empleado fue una encuesta en línea, publicada a través de las diferentes plataformas virtuales como Linkedln, Facebook, Twitter y Reddit; con un total de 439 encuestados, de 28 países. En los resultados se determinó un aumento del miedo en relación con los riesgos percibidos para los seres queridos y ansiedad por la salud. También, el miedo se relacionó con el uso regular de las redes sociales en cuanto a la información de estas.

1.1.2 Antecedentes nacionales

Según la indagación hecha a nivel nacional, las universidades estatales en conjunto con la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) y el Ministerio de Salud han creado alianzas para desarrollar investigaciones con el fin de comprender a profundidad el impacto que han tenido las medias empleadas para la contención del virus en la salud mental de las personas habitantes del país. Actualmente, dichas instituciones están desarrollando tres investigaciones que las organizaciones, los especialistas en psicología y otros profesionales de la salud mental deben conocer para determinar el estado emocional de la población en general, así como de los colaboradores de primera línea de atención y de la población adulta mayor. Dichas investigaciones se mencionan a continuación.

La primera investigación en curso es nombrada "*Impacto en la salud mental en las Personas Adultas Mayores durante la emergencia sanitaria por COVID-19 en Costa Rica y España*" (2020). Se trata de un estudio coordinado por la Escuela de Psicología de la Universidad Nacional (UNA) con la participación del Instituto de Investigaciones Psicológicas de la Universidad de Costa Rica (UCR), la Universidad de Valencia, España, y las universidades norteamericanas de California, en Davis, y Carolina del Norte, en Charlotte. Tiene como objetivo contar con evidencia sobre el incremento de los problemas en la salud mental en la población adulta mayor para colaborar en preservar la calidad de vida durante y después de la pandemia. Actualmente, no cuenta con resultados debido a que la investigación continúa en desarrollo.

Otra investigación, titulada "*Efectos psicosociales de la pandemia en el personal sanitario de la CCSS en primera línea de atención*" (2020), es una estudio interinstitucional a cargo de la UCR y la UNA en coordinación del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (MMTS). Tiene como objetivo indagar sobre la variación de malestar físico y emocional del personal sanitario de la CCSS que brinda atención directa e indirecta de las personas usuarias de la institución. La metodología empleada es la aplicación de un cuestionario en línea a todo el personal. Las respuestas son anónimas con el fin de garantizar la confidencialidad de la información brindada. Al igual, es una investigación que se encuentra en curso y no cuenta con publicación de resultados.

A su vez, se cuenta con un estudio elaborado por la Universidad Estatal a Distancia (UNED), UNA y CCSS (2020), nombrado "*Salud mental y relaciones con el entorno en tiempos de COVID-19*" publicada por la Revista Acontecer de la UNED, Costa Rica. Estableció como objetivo entender con profundidad el impacto cognitivo, conductual, emocional y físico del COVID-19 en la población en general, así como el riesgo percibido y el miedo al contagio, la capacidad y estrategias de afrontamiento de las personas. Además de dar a conocer el cumplimiento de medidas sanitarias y respeto de la burbuja

social, también explorará las afectaciones y estrategias actuales y a futuro en el ámbito educativo bajo modalidades de educación presencial, a distancia, virtual y mixta. La metodología empleada se conforma por un cuestionario en línea abierto en línea para la población en general, durante un periodo comprendido entre el 9 al 29 de octubre del 2020. Los resultados se basan en la primera investigación realizada del 30 de marzo al 31 de marzo del 2020, con una muestra de 6.786 personas participantes. En conclusión, se determinó que el 32,1 % de la población presenta una afectación crítica en su salud mental y el estado depresivo aumentó en un 50 % desde el inicio de la pandemia en el país. Así mismo, un 61,0 % de la población posee sintomatología depresiva, un 43,7 % sintomatología asociada con ansiedad generalizada severa, un 43,6 % de la población reporta sudoración de manos, palpitaciones en el pecho y dificultades para dormir, y un 51,5 % de la población presenta reacciones emocionales adversas destacadas ante el miedo de contraer el COVID-19, lo cual se manifiesta, entre otras formas, con la incomodidad al pensar al respecto, miedo a perder la vida, nervios o ansiedad frente a noticias e historias sobre el virus.

1.2. Planteamiento del problema

El distanciamiento, la limitación a la movilización social y la privación de actividades se han determinado como las medidas más efectivas para reducir el riesgo de infección por la enfermedad COVID-19, ya que el contagio de dicho virus es más probable al tener contacto directo con otras personas. Al respecto, se menciona que “El virus se transmite por el contacto directo con las gotas de la respiración que una persona infectada puede expulsar al toser o estornudar. Además, una persona puede contraer el virus al tocar superficies contaminadas y luego tocarse la cara” (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2020, p. 2).

Sin embargo, las medidas empleadas han representado un cambio drástico en la rutina de los individuos, lo cual ha provocado consecuencias psicológicas en la población en general. De acuerdo con Richaud (2020) “Estos efectos pueden incluir bajo estado de ánimo o depresión, irritabilidad severa y ansiedad, mayores niveles de conflicto familiar y violencia doméstica, mayor consumo de alcohol y otras sustancias y Trastorno de Estrés Postraumático” (p. 3).

Así mismo, los efectos que se mencionan anteriormente son factores de gran relevancia que pueden incrementar el riesgo de que una persona decida quitarse la vida. Según lo menciona la Organización Panamericana de la Salud (2020), la sociedad se encuentra en circunstancias muy inesperadas y desafiantes mientras se enfrenta a la pandemia por COVID-19. El impacto del nuevo coronavirus probablemente ha tenido un impacto negativo en el bienestar mental de todas las personas. Por tal motivo, este año, más que nunca, es crucial que se trabaje en conjunto para prevenir el suicidio. De manera que, es un tema importante que actualmente está presente en múltiples investigaciones y los resultados de estas han determinado un importante incremento en síntomas, especialmente de trastornos depresivos y ansiedad, entre otros. Así mismo, la Organización Mundial de Salud (2020) ha indicado sobre una posible pandemia a nivel psiquiátrico por las consecuencias del distanciamiento social. Por lo anterior, se da lugar a la siguiente pregunta general de investigación.

1.2.1. Pregunta general

¿Cuál ha sido el impacto provocado por el distanciamiento físico y social en la salud mental, especialmente en los trastornos del afecto y estrés, debido a la pandemia COVID-19 en los estudiantes de la Psicología de la Universidad Latina, sede San Pedro?

1.2.2. Preguntas derivadas

a. ¿Existe una posible prevalencia de sintomatología ansiosa asociada a la limitación de movilidad y el distancia social en los estudiantes de psicología de la Universidad Latina, sede San Pedro?
b. ¿Existe evidencia de una relación entre la sintomatología de trastornos depresivos y el distanciamiento físico y social en los estudiantes de psicología?
c. ¿Se presencian indicadores de estrés en los estudiantes de psicología relacionados con las medidas de restricción sanitarias por las autoridades de salud?
d. ¿Le brinda la importancia al cuidado de la salud mental durante el distanciamiento físico y social, la población estudiantil y de qué manera lo realiza?

1.3. Justificación

La relevancia del presente estudio radica en el alto porcentaje de factores que han influido en la salud mental de las personas a nivel nacional e internacional debido a la pandemia por COVID-19. En este sentido, es de real importancia examinar cuánto y cómo ha influido en los estudiantes de nivel universitario y el tipo de afrontamiento que han utilizado ante los diferentes cambios que se han experimentado en nuestro país.

La pandemia por la enfermedad COVID-19 ha generado cambios drásticos en el estilo de vida de las personas por el impacto a nivel sanitario, social y económico, lo cual ha generado nuevas formas de llevar a cabo las tareas y las funciones en los diferentes sistemas en los que se desenvuelve cada individuo. Por ende, a nivel laboral, académico y familiar, se ha empleado una nueva metodología que ha alterado los procesos comunes que se utilizaban antes del brote del virus SAR-CoV-2. Dicha técnica puede llevarse a cabo de forma adaptativa o de forma desadaptativa, siendo el confinamiento la forma más asertiva para lograr el fin de no incrementar el contagio.

Al respecto, González *et al.* (2020) señala que el confinamiento ha sido una de las estrategias de salud pública internacionales para detener la propagación del Covid-19, la cual consiste en el aislamiento social y resguardo de las personas en sus hogares. Esto ha implicado un cambio drástico en las actividades y en los comportamientos en la vida cotidiana; entre ellos, el trabajo y la educación en línea, así como las restricciones en la práctica de actividades fuera de casa, obligando a los ciudadanos a implementar nuevas formas de vida dentro del hogar ante dicha contingencia. Sin embargo, desde la perspectiva de diversos estudios científicos realizados en diferentes naciones, el confinamiento durante las pandemias provoca impacto psicológico en las personas. Es decir, la implementación de medidas restrictivas para evitar la propagación del virus, tales como el distanciamiento social y físico, la movilidad restringida y la carencia de contacto con otras personas, representan factores que pueden influir en la salud mental de la población, lo cual ocasiona efectos a corto, mediano o largo plazo, que podrían aumentar la vulnerabilidad de una persona para la presentación de complicaciones psiquiátricas.

En relación con esto, la Organización Mundial de la Salud (2020) determina “lo comprensible de las respuestas emocionales como miedo, preocupación y estrés en momentos en que el individuo se enfrenta a la incertidumbre, a lo desconocido y crisis” (s. p.). Así mismo, los cambios en la vida cotidiana en las diferentes áreas en las personas, provocados por los esfuerzos para contener y frenar la propagación del virus, son factores generadores de dichas respuestas emocionales y conductuales.

Así las cosas, la investigación planteada contribuirá en la comprensión del impacto en la salud mental en estudiantes universitarios, determinando los principales efectos del poco contacto social y otros factores que pueden influir en algún tipo de sintomatología psicológica. Por lo tanto, es de suma importancia lograr identificar los diferentes factores sociales, económicos y psicológicos durante la crisis que se está viviendo a nivel internacional, que han afectado a los estudiantes universitarios, y cómo estos han afrontado, ya sea favorable o desfavorablemente, dichas situaciones.

De forma que, se pondrá el foco de atención en las sintomatologías de los trastornos de ansiedad y trastornos depresivos, ya que, según los antecedentes de investigaciones relacionadas al tema, estos han sido los síntomas más resaltados por las poblaciones en estudio. También, la investigación de las diferentes estrategias de afrontamiento del estrés durante el aislamiento en los estudiantes universitarios será llevada a cabo por su real importancia en relación con el aumento o disminución de las sintomatologías psicológicas.

De igual forma, se pretende indagar si los estudiantes a nivel universitario le dan importancia a la salud mental, y si fuese así, de qué forma lo hacen. Esto aportaría una información valiosa para los diferentes trabajadores en el campo de la salud mental.

1.4. Objetivos

A continuación, se presenta el objetivo general y los específicos que guían el presente estudio de investigación.

1.4.1. Objetivo general

Evaluar el impacto en la salud mental, específicamente en la prevalencia de síntomas de ansiedad, depresión y estrés como resultado del distanciamiento físico y social por la pandemia COVID-19 en estudiantes de psicología de la Universidad Latina, sede San Pedro.

1.4.2. Objetivos específicos

a. Determinar la prevalencia de sintomatología ansiosa asociada a la limitación de movilidad y la distancia social de los estudiantes de psicología de la Universidad Latina, sede San Pedro.

b. Comprobar si existe una evidencia entre síntomas de depresión y el distanciamiento social en la población estudiantil de psicología.
c. Evidenciar la posible presencia de indicadores de estrés en los estudiantes de psicología relacionados con las medidas de restricción sanitarias por las autoridades de salud.
d. Indagar si la población estudiantil le brinda importancia al apoyo social y al cuidado de la salud mental durante el distanciamiento físico y social y de qué manera lo realiza.

Capítulo II:

Marco teórico

2.1. Marco conceptual

En el presente apartado se brindan los conceptos más relevantes de la investigación, lo cual implica definición, percepciones y las características que lo determinan. De esta manera, se busca darle al lector una guía con significados claros por medio de la exploración de dichos criterios y de esta forma lograr un mejor entendimiento del trabajo a realizar.

2.1.1. Salud mental

La salud mental se puede definir como un bienestar individual, parte integral de la salud y que se ve influida con diferentes factores medioambientales, sociales, económicos y biológicos. Es un componente fundamental de la salud que se apoya en las capacidades propias e incluye tolerar diferentes situaciones del diario vivir, tener productividad en las diferentes áreas de la vida y relación solidaria con las demás personas. También, se relaciona con ser un individuo activo y responsable en la sociedad. O bien, se entiende como un proceso o estado dinámico que refiere a las formas que el individuo piensa, siente y se comporta. Sumado a ello, Sánchez (2016) comenta que "La salud mental es una cuestión de grado y no un estado absoluto. La salud es relativa a cada persona, cultura y sociedad" (p. 13).

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2018) la salud mental es "un estado de bienestar en el que la persona realiza sus capacidades y es capaz de hacer frente al estrés normal de la vida, de trabajar de forma productiva y de contribuir a su comunidad" (s. p.). De forma que, se puede entender salud mental como un elemento fundamental del ser humano en su bienestar y calidad de vida; así mismo, hace referencia a actividades y técnicas que fomentan y mantienen la salud mental, la cual es una condición influenciada por factores endógenos y exógenos como biológicos y sociales que le permite al individuo alcanzar la satisfacción de sus instintos, formar y mantener relaciones armónicas

con otras personas, desarrollarse en áreas laborales y académicas, así como ser un individuo activo de la sociedad.

Tal como Carranza (2002) manifiesta, la salud mental tiene que ver con la vida diaria de todos, se refiere a la manera en que cada persona se relaciona con las actividades en general en la comunidad; comprende la manera en que cada uno armoniza sus deseos, anhelos, habilidades, ideales, sentimientos y valores morales con los requerimientos para hacer frente a las demandas de la vida. La salud mental depende de: cómo uno se siente frente a sí mismo, cómo uno se siente frente a otras personas, y en qué forma uno responde a las demandas de la vida.

Es decir, la salud mental es la forma en la cual se enfrenta el diario vivir, la cotidianeidad. Se hace para confrontar los retos nuevos, del día a día, pero también tomando en cuenta los deseos, habilidades, educación y emociones que hacen que la persona actúe de una forma o de otra.

En esta línea, Rocha *et al.* (2010) menciona que:

> La salud mental puede ser definida como el estado de bienestar que permite a los individuos realizar sus habilidades, afrontar el estrés normal de la vida, trabajar de manera productiva y fructífera y hacer una contribución significativa a su comunidad. Cabe destacar que los trastornos mentales son enfermedades muy prevalentes y constituyen un problema de salud pública con un gran impacto en términos de dependencia, discapacidad, costes económicos y sanitarios (p. 389).

La salud mental se encuentra determinada por factores endógenos y factores exógenos; estos últimos, como los aspectos socioeconómicos y culturales, incluyendo el desempleo, la pobreza, la desigualdad, la cohesión social, la urbanización, las normas, los límites y los valores. En virtud del impacto que tienen en la sociedad los trastornos mentales y condiciones asociadas con el comportamiento, la salud mental ha ido ganando visibilidad.

Así mismo, se podría categorizar la salud mental como esos procesos complejos que ayudan a las personas a adaptarse emocionalmente y por ende conductualmente a la sociedad, a pesar del estrés que se debe afrontar diariamente en esta. Pero se debe tomar en cuenta que los trastornos mentales al no lograr estos procedimientos son prevalentes. También, es una aceptación comprensiva de un estado de bienestar definido por la sociedad a la cual pertenece. Al respecto, Parales (2008) señala que "la salud mental se refiere a posibilidades y capacidades de realizarse personalmente y contribuir a la comunidad a la que se pertenece" (p. 664).

Además, Parales (2008) menciona que la salud mental tiene entre sus fundamentos la calidad de las relaciones sociales, y oportunidades de participación. Las relaciones sociales son más que vínculos instrumentales o medios de acceso a recursos y oportunidades; se trata también de un factor que protege de los embates y circunstancias difíciles propias de la existencia. A lo largo de la historia los resultados de las investigaciones determinan la importancia de las redes sociales en los individuos, relacionado con la función que cumplen estas en la salud mental las relaciones interpersonales, siendo así también un aporte a la sociedad.

De acuerdo con Mebarak *et al.* (2009), al hablar de salud mental necesariamente hay que referirse a enfermedad mental, y es así como inicialmente se expondrá una mirada a la concepción que ha tenido la humanidad de ella. En relación con esto, se debe recordar que por miles de años los seres humanos han tratado de explicarse y controlar los comportamientos anormales, pero los intentos siempre se derivan de las teorías o modelos de conductas populares de la época. El propósito de tales paradigmas consiste en explicar por qué alguien actúa de determinada forma.

La salud mental, como se mencionó, es un concepto integral, y para mayor comprensión de este Parales (2008) agrega una serie de características, las cuales se mencionan a continuación:

- ✓ Estar en contacto con la realidad, estar orientado o saber enfrentarse a los problemas de la vida diaria con fundamentos realistas y aceptar lo que no puede modificarse.
- ✓ Aceptar y reconocer las limitaciones propias.
- ✓ Tener satisfacciones racionales de las actividades del día a día.
- ✓ Conocer las fortalezas y debilidades de sí mismo.
- ✓ Mantener una vida equilibrada a nivel emocional.
- ✓ Tener un nivel de adaptación importante en la sociedad.
- ✓ Tener sentimientos de seguridad apropiados.
- ✓ Poseer una filosofía de vida con convicciones sobre el valor personal.

Así pues, cuando se refiere a enfermedad mental se puede hacer alusión a la ausencia de salud, en este caso mental. Es decir, cuando una persona no goza de una entera salud mental, lo cual puede estar atribuido por múltiples factores. En este caso, se enfoca el presente trabajo en la salud mental afectada por la pandemia ocurrida en el 2020 por el virus del COVID-19.

2.1.2. Pandemia

La pandemia se puede definir como una enfermedad epidémica que se extiende de continente a continente de manera acelerada y afecta a la mayoría de los individuos, los cuales son casos provocados por trasmisión comunitaria. Implica la afectación de seres humanos y cumple con un criterio de severidad manifiesta por la letalidad que representa. También, el término pandemia se puede definir como epidemia que se extiende a muchos países y ataca a muchos individuos en una región; mientras que epidemia se refiere a la enfermedad que azota a un gran número de personas o animales en un mismo lugar en un período determinado.

Antes bien, es importante identificar las diferencias entre epidemia, brote y pandemia. En cuanto a esto, Pulido (2020) cataloga la epidemia como cuando una enfermedad se propaga activamente debido a que el brote se descontrola y se mantiene en el tiempo. De esta forma, aumenta el número de casos en un área geográfica concreta. Así mismo, "Un brote epidémico es una clasificación usada en la epidemiología para denominar la aparición repentina de una enfermedad debida a una infección en un lugar específico y en un momento determinado" (Pulido, 2020, s. p.).

La Organización de las Naciones Unidas (2010) comenta que tanto en el caso de la gripe estacional como de la pandémica, el porcentaje de personas que se enfermen puede variar. De igual forma, la gravedad de los síntomas de la enfermedad tiende a ser más frecuente en esta última, influido en parte por el número importante de personas que carecen de inmunidad frente al nuevo virus. Además, cuando se contagia una gran parte de la población, siendo este pequeño el porcentaje de los que padecen la enfermedad grave, el total de los casos graves puede ser muy aliviado.

También, Cañada y Tirado (2011) mencionan que "Las epidemias no constituyen exclusivamente un problema biológico y médico. Son fenómenos que exhiben diferentes dimensiones" (p. 134). Para su abordaje se requiere de la integración de los diferentes organismos responsables para lograr un eficiente proceso de contención de la propagación, a nivel sanitario el papel que juega el saber experto al lego en su tratamiento, en cuanto a las decisiones políticas que se implementan y las tecnologías que se requieran para vigilar y atender el fenómeno.

Los autores mencionados con anterioridad describen que las pandemias nos muestran, aparte de su problema biológico o médico, problemas sociales, culturales, tecnológicos, políticos, que pueden influenciar el recorrido y determinación de la pandemia que se esté presentando.

También, se define como una emergencia de un nuevo virus. Las pandemias pueden tener características epidemiológicas diferentes y los brotes pueden ser influenciados por diferentes factores. Así pues, para la definición de una pandemia se mantienen conceptos como dispersión geográfica y trasmisión del virus. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2010) “Se llama pandemia a la propagación mundial de una nueva enfermedad” (s. p.).

De acuerdo con Castañeda y Ramos (2020), a lo largo de la historia las pandemias han generado importantes eventos, como la distribución global, en todas las latitudes, la facilidad de propagación, el recelo en la población ante el temor de contagiosidad, muchas pérdidas de vidas humanas y desolación social. Además, a nivel sanitario puede provocar colapsos en los sistemas de salud, deficiencia y carencia del recurso humano en los centros médicos, así como de equipos para atender la emergencia como el diagnóstico de esta y otros procedimientos. Sin embargo, lo más importante bajo un contexto de pandemia ha sido la conservación de la vida humana a través del desempeño de parte de los administradores y gobiernos de las naciones, así como de la propia organización para la atención de la salud pública.

En relación con lo anterior, se han determinado siete fases en una pandemia. La fase uno corresponde a la interpandemia, que consiste en la vigilancia de los virus que existen en animales con posibilidad de afectar a seres humanos. La fase dos comprende la detección de virus de animales salvajes o domésticos en los seres humanos. En la fase tres se describen grupos de personas, o también llamados clústeres, afectadas por la enfermedad con similares características en común, en donde ya puede haber trasmisión de persona a persona, pero no a nivel comunitario. La fase cuatro describe trasmisión comunitaria de persona a persona y se notifica a la Organización Mundial de la Salud para planificar la intervención focalizada. En la fase cinco ya existen comunidades afectadas en al menos dos países de un mismo continente e indica que puede ser inminente; pero esto se declara hasta llegar a la

fase seis, que comprende la trasmisión comunitaria en países de dos o más regiones (Rosselli, 2020, p. 169).

En el año 2019 se presenta la más reciente pandemia debido a un virus nuevo, llamado SARS-CoV-2 conocido como el COVID-19, el cual ha confinado a millones de personas en todo el mundo por su fácil adquisición y las consecuencias físicas que pueda generar en el individuo, lo cual incluye la muerte. El distanciamiento físico y social, el uso de implementos como la mascarilla o careta, colocación constante de alcohol en gel, el lavado frecuente de manos y la desinfección de superficies, entre otras medidas, han sido parte de las estrategias implementadas a nivel nacional e internacional por las entidades sanitarias encargadas para tratar de reducir el contagio del virus y proteger las vidas humanas, lo cual ha llevado a la mayoría de las personas a vivir cambios drásticos en su estilo de vida. Pero ¿qué es realmente la enfermedad COVID-19 y por qué ha paralizado las actividades comunes de las personas a nivel mundial? A continuación, se desarrolla este tema.

2.1.3. Enfermedad COVID-19

La enfermedad por COVID-19 es un nuevo tipo de coronavirus zoonótico que ha sido identificado como el agente causante de la epidemia de neumonía viral originada en el continente asiático; específicamente en Wuhan, China, a finales del año 2019. Las características patogénicas influyen en la propagación amplia, una transmisibilidad eficiente de persona a persona mediante gotas respiratorias o por el contacto de fluidos corporales. La mayoría de las personas infectadas logra superar la enfermedad. No obstante, debido al incremento de casos en diferentes países los sistemas de salud han colapsado y la tasa de mortalidad ha incrementado. Asimismo, pertenece a la familia de coronavirus, lo cual corresponde a una sepa que no se había identificado previamente en el ser humano y que se consignó inicialmente con el nombre de 2019-nCovO y posteriormente SARS-CoV-2. Se determina que

“el SARS-CoV-2 infecta y se replica en los neumocitos y macrófagos del sistema respiratorio específicamente en el parénquima pulmonar en donde reside el receptor celular ACE-2” (Peña *et al.*, 2020, p. 17).

Además, “El SARS-CoV-2 es un virus de la familia *Coronaviridae*, que presenta una estructura esférica con una glicoproteína de espiga, responsable de la unión inicial del virus a la célula pulmonar” (Yenny, 2020, p. 62). De modo que, este virus es el responsable de la enfermedad COVID-19.

Según menciona Díaz y Toro (2020), el brote se extendió de forma acelerada, el número de casos se incrementó rápidamente y en diferentes regiones de China durante los meses de enero y febrero de 2020. La enfermedad, ahora conocida como COVID-19, que proviene del inglés *Coronavirus disease*-2019, continuó su propagación fuera del continente asiático hacia otros continentes. El 11 de marzo de 2020 la OMS declaró la existencia de la pandemia de COVID-19, exhortando a todos los países a tomar medidas y aunar esfuerzos de control en lo que parece ser la mayor emergencia en la salud pública mundial.

En este sentido, la Caja Costarricense del Seguro Social (2020) define que “La COVID-19 es la enfermedad infecciosa causada por el coronavirus que se ha descubierto más recientemente. Tanto el nuevo virus como la enfermedad eran desconocidos antes de que estallara el brote en Wuhan, China, en diciembre de 2019” (s. p.).

También, se puede definir como “una enfermedad respiratoria aguda, causada por un virus” (Sánchez, 2020, p. 42), la cual se ha convertido en una pandemia mundial como anteriormente se menciona. Por ello, es motivo de investigación de numerosos científicos, quienes con sus publicaciones en revistas especializadas desean aportar sus resultados al conocimiento de la ciencia.

Según Yan *et al.* (2020) la enfermedad del COVID-19 se define de la siguiente manera:

> Se clasifica como un tipo de virus de ARN, perteneciente a la familia de los coronavirus, que conduce principalmente a una infección del sistema respiratorio. Uno de los hallazgos principales para COVID-19 es la neumonía. Aunque se desconoce el origen exacto de COVID-19, los primeros casos reportados se relacionaron con el Mercado Mayorista de Mariscos de Huanan en el sur de China donde los animales salvajes como los murciélagos se vendieron ilegalmente. También se ha encontrado evidencia de que se puede transmitir de humano a humano a través de gotitas respiratorias, contacto e incluso a través de la transmisión fecal-oral (p. 388).

Los datos recogidos hasta el momento indican que el COVID-19 es una enfermedad causada por un coronavirus altamente transmisible, con una tasa de letalidad entre baja y moderada, dependiendo de las comorbilidades y la situación geográfica. Pareciera que esta enfermedad golpea más fuerte a los sistemas de salud que a los individuos, lo cual tiene como resultado el colapso de los centros de atención de las regiones más afectadas. Esto contribuye con un retraso en la atención primaria a los pacientes (Díaz y Toro, 2020, p. 199).

Los síntomas más frecuentes son cansancio, tos seca y fiebre, sin embargo, en cada grupo de personas varía, según sus características. También, algunos pacientes pueden presentar dolores musculares, congestión nasal, rinorrea, dolor de garganta o diarrea. Lo anterior, puede aparecer de forma gradual y leve, incluso en algunos casos las personas no desarrollan ningún síntoma. Es importante mencionar que dichos síntomas se pueden agravar en personas adultas mayores, con asma crónica, enfermedad pulmonar obstructiva, enfermedad cardiaca, renal crónica, diabetes, hipertensión arterial, entre otras características que representen riesgo a nivel de sistema inmunitario.

Al ser un virus que tiene un nivel de contagio alto y una tasa de letalidad de baja a moderada, se han tomado diferentes medidas preventivas para reducir el número de contagios, como lo es el distanciamiento social, pero específicamente porque el acelerado número de personas contagiadas por el virus SARS-CoV-2 puede perjudicar los sistemas de salud, ya que dependiendo de su capacidad para atender a los pacientes infectados y de la cantidad de camas y equipos con los que cuente, se puede reducir la tasa de mortalidad. Esto aplica también para los demás recursos con los que cuente el país para la atención a la emergencia.

2.1.4. Distanciamiento social

Como se mencionó con anterioridad, en el contexto de pandemia se requiere de acciones colectivas, liderazgo político y de la sociedad para que la población en general pueda acceder a los servicios de salud con una atención óptima para resguardar las vidas humanas. Pues bien, dentro de las principales acciones para la contención del contagio de la enfermedad COVID-19 se estableció a nivel mundial el distanciamiento social, lo cual se ha convertido en una de las estrategias más importantes y efectivas, ya que permite no paralizar los sistemas de salud de los países, principal problema para el aumento de las tasas de mortalidad debido al Coronavirus.

El distanciamiento social también se conoce como distanciamiento físico, y se puede definir como la distancia segura entre las personas que no pertenecen a su hogar. Es actualmente la medida más relevante para reducir la propagación de la enfermedad del coronavirus por COVID-19. Se implementa como medida cuando en una comunidad existen personas infectadas que pueden contagiar a otras personas. El distanciamiento social implica el cierre de lugares de concentración mayor de personas, como centros comerciales, estadios, centros de eventos sociales y escuelas.

Lo anterior, según Sánchez y Figuerola (2020), “el distanciamiento social consiste en alejarse de lugares concurridos y restringir la interacción entre las personas tomando cierta distancia física o evitando el contacto directo entre ellas” (p. 27). Además, Sánchez y de la Fuente (2020) explican que el distanciamiento social consiste en alejarse de lugares concurridos y restringir la interacción entre las personas tomando cierta distancia física o evitando el contacto directo entre ellas. Esta medida se implementa cuando en una comunidad existen personas infectadas que, al no haber sido identificadas ni aisladas, pueden seguir transmitiendo la enfermedad. Por tal motivo, el distanciamiento social implica el cierre de lugares donde hay mayor concentración de personas como escuelas, centros comerciales, eventos sociales, oficinas, entre otros.

2.1.5. Impacto psicosocial

Las epidemias son emergencias sanitarias de gran impacto en las que se ve amenazada la vida de muchos seres humanos debido al contagio y enfermar u ocasionar la muerte, en una cantidad importante. Esto representa una amenaza para la seguridad de la sociedad y su funcionamiento ordinario. Al respecto, la OMS (2016) menciona que, en relación con el impacto social, se puede sobrepasar la capacidad de la población afectada, se estima un aumento en la incidencia de trastornos mentales y manifestaciones emocionales; la cantidad de población y sus características determinan la vulnerabilidad. Sin embargo, es importante mencionar que al igual que en otras emergencias humanitarias, no todas las reacciones son trastornos mentales, sino que pueden ser respuestas normales ante una situación nueva.

A propósito, ¿qué se entiende por riesgo social? Pues bien, se refiere a la posibilidad de sufrir afectación en salud física y mental producto de condiciones, elementos y situaciones externas que representen una amenaza o bien, por condiciones internas que representen vulnerabilidad. En relación

con este tema, la OMS (2016) aclara que “El riesgo psicosocial se define como la probabilidad de que un evento traumático exceda un valor específico de daños, en términos sociales y de salud mental” (p. 2).

De manera que, bajo el contexto de pandemia la ruptura de la continuidad de las actividades, debido al confinamiento y a la ausencia de los vínculos con otras personas, puede tener un impacto negativo en los seres humanos a corto, mediano y plazo. Por ende, es fundamental prestar atención a la salud mental y el impacto que esta situación ha tenido, así como en todos los aspectos físicos, cognitivos y sociales. Sin duda, frente a una nueva situación es imprescindible la detección de factores psicosociales de riesgo que pueden afectar la salud. Esto con el fin de reconocer y abordar los procesos eficaces para adaptarlos a la nueva realidad social.

Para Leiva *et al.* (2020) el aumento de contagios y de muertes diarias a nivel mundial debido a la pandemia ha representado grandes e importantes pérdidas económicas, lo cual implica un relevante y significativo riesgo psicosocial, especialmente en personas con vulnerabilidad económica, de condición precaria y que carecen de acceso a los servicios sociales y de salud. Esto ha marcado las diferentes clases sociales e influye de forma más significativa en familias de ingresos medios y bajos. En la medida que las personas se aíslan, las redes sociales con la que cuenta el individuo se rompen, con lo cual se pierde o limita el intercambio con otros elementos significativos del entorno, como son los familiares, amigos, organizaciones laborales, o centros comunitarios que representan un apoyo tanto tangible como intangible.

La enfermedad de COVID-19 no hace discriminación alguna de contagio, sin embargo, hay grupos de vulnerabilidad, como lo son las personas adultas mayores y personas con diferentes patologías, quienes presentan una mayor posibilidad de desarrollar sintomatología más severa debido a dichas comorbilidades. Ante esto, Aquino *et al.* (2020) menciona que “los colectivos vulnerables están

integrados por: adultos mayores, personas con comorbilidades, personas inmunocomprometidas, incluido el tratamiento del cáncer, gestantes, personas discapacitadas" (p. 3).

Así pues, el impacto de la pandemia ha sido en todo el mundo y para todas las personas, sin embargo, existen factores que influyen en una mayor afectación, los cuales están estrechamente relacionados con carencia de apoyo social, el género, la edad, el tiempo de confinamiento, la inestabilidad económica y la cantidad de exposición a los medios de comunicación. Igualmente, esto representa la implementación de medidas para proteger las necesidades básicas de las poblaciones más vulnerables.

Por tales motivos, las diferentes organizaciones de cada país han establecido planes de protección. Por ejemplo, la Organización Panamericana de la Salud (2020) desarrolló un modelo de recomendaciones estratégicas para responder a las necesidades de los individuos, de lo cual se ha determinado oportuno utilizar la pirámide de intervenciones de SMAPS del IASC, lo cual representa una guía para formar redes de apoyos. En este sentido, es relevante mencionar que durante la pandemia se ha visto un incremento en la concientización de la salud mental y por ende destacar los aspectos psicosociales en relación.

El contacto social y la percepción de apoyo social son parte de los principales factores de protección de salud más efectivos, especialmente en momentos de emergencia o catástrofe que represente sentimientos de estrés y angustia. Por lo tanto, las recomendaciones emitidas tienen que ir de la mano con las características propia de la población, de su condición, con el fin de ampliar las diferentes redes de apoyo en el presente momento de crisis. Así mismo, mantener vínculos en la modalidad que le sea posible y segura, le permite al individuo un sentido de protección que contribuye a su bienestar.

El impacto psicológico y social de la pandemia por el virus SARS-CoV2 ha sido de gran relevancia. El confinamiento de carácter obligatorio y la necesidad del distanciamiento físico y social llevó a cerrar la mayoría de los centros recreativos, lugares de trabajo y centros educativos. Dichas medidas, necesarias para el enfrentamiento de la emergencia, generan cambios sustanciales en la vida diaria de las personas. Sin embargo, esto no ha tenido el mismo significado e impacto para todos. Según Valdés *et al.* (2020) "A muchos les ha costado tiempo entender la importancia del aislamiento inmediato, o al menos en alguna ocasión se ha entendido su importancia, y que tendrán que resistir la adopción de medidas restrictivas" (p. 257). Esto a pesar de ser la medida de mayor efectividad para contener el contagio.

Sumado a lo anterior, las diferentes variantes de distanciamiento implican las distintas áreas a las que pertenezca el individuo. Por ejemplo, en el ámbito laboral, la integración de nuevas formas de trabajo; la suspensión de las clases presenciales, lo cual lleva la educación a métodos a distancia acompañados de herramientas tecnológicas; la imposibilidad de visitar y compartir con familiares y amigos ajenos a la burbuja social; limitación de realizar deporte y otras actividades al aire libre, etc.

Además, a esta realidad se une el tema de la exposición de los individuos a la información. En cuanto a esto, Valdés *et al*. (2020) se refiere a la necesidad de la información sobre el desarrollo de la pandemia por la enfermedad que es necesaria, pero advierte que esto puede representar hechos lamentables que ocurren a diario, todo desde el advenimiento de las tecnologías de la información, las cuales pueden tener efectos negativos en la salud mental de las personas, lo cual guarda relación con la vulnerabilidad individual y la presencia de trastornos mentales previos. Es decir, la exposición a las noticias diarias se da en niños, adolescentes, adultos y personas adultas mayores, sin embargo, su regulación tiene el objetivo de informar y mantenerse actualizado con los datos, sin la sobreexposición, ya que puede repercutir de forma considerable en la salud mental de la población.

En otras palabras, la información que se le brinde a la población debe ser consiente y coherente con la realidad que viven las personas alrededor del mundo. Además, debe conservar un sentido de organización y de común acuerdo con las entidades gubernamentales de salud y los medios de comunicación, para reducir dicho impacto en la salud mental, y de esta forma colaborar con una guía para las personas, en dirección a la protección y contención del contagio del virus. Modificando así, las rutinas de la población y limitando la posibilidad de sostener y desarrollar habilidades sociales, afectación en las relaciones familiares, la conclusión de tareas laborales y el aprendizaje a nivel académico.

En la actualidad, la enfermedad de COVID-19 presenta nuevos retos relacionados con el ámbito universitario. Al respecto, no solo se ha impactado en la modalidad virtual para recibir las lecciones y en el cambio de la dinámica de las demás actividades, sino que ha repercutido a nivel de socialización, debido a que asistir a la universidad de forma presencial posibilita un entorno en el cual a nivel de sistema ambiental se llevan a cabo relaciones interpersonales y actividades varias que las mejoran. En este sentido, las medidas implementadas están estrechamente relacionadas con la tecnología, ante lo cual Lozano *et al*. (2020) apunta que “el espacio de lo virtual pasa a convertirse en el nuevo entorno educativo donde el estudiantado debe poner en funcionamiento todas sus estrategias cognitivas, afectivas y motivacionales para autorregular su aprendizaje del modo más exitoso posible” (p. 81).

Ahora bien, el acceso a los servicios y contar con los recursos necesarios influyen en los diferentes procesos de adaptación, y cuando a nivel académico se habla de modalidad virtual, esto no es la excepción. Cuando un estudiante cuenta con todo el equipo tecnológico, de espacio y comodidad, el proceso de aprendizaje puede lograrse de forma exitosa y lo más eficiente posible. Sin embargo, no todos los estudiantes cuentan con dichas oportunidades y el proceso de aprendizaje bajo esta modalidad se puede ver afectado. Por lo tanto, no se puede generalizar el proceso de enseñanza en todos los

estudiantes, ya que cada uno de forma individual y con los recursos que cuente, se le facilitará o no su capacidad para afrontar el proceso de adaptación a las clases virtuales.

La adaptación de la enseñanza virtual es un problema causado por la virtualización forzosa de las clases, lo cual perjudicó de forma inmediata la salud mental de los estudiantes de todos los niveles. Esto incluye a los estudiantes universitarios, debido a que se vieron en una nueva experiencia rodeada de reformas de aprendizaje y organización sin tener experiencia previa.

De acuerdo con Marín (2007):

> Asistir a la universidad significa, al principio, una serie de sensaciones de pérdida de control que ocasionan estrés y que podrían, incluso, llevar a la deserción universitaria. Este hecho, unido con una flexibilidad necesariamente impuesta, tuvo como consecuencia un aumento excesivo en los niveles de estrés universitario. Hecho que, a su vez, significó afecciones a la salud mental de los estudiantes (p. 89).

Además, es importante agregar que existen otros factores que pueden influir en los estudiantes universitarios en el momento de emergencia por la pandemia, los cuales son impactados por las condiciones del contexto actual que anteriormente se menciona. Es decir, la pandemia ha dejado en evidencia qué asuntos son esenciales para las personas. En relación con la familia, se puede mencionar la necesidad de cubrir las necesidades básicas como la alimentación, la inserción familiar de menores de edad, la comunicación con los miembros internos y externos del círculo familiar, la violencia de género y doméstica, entre otros, que predominan durante la cuarentena. Por lo tanto, cuando se habla de salud mental en los estudiantes no se puede excluir la dinámica familiar, debido a que esta puede tener una influencia positiva o negativa.

En cuanto a este tema, diversos estudios han determinado elementos que influyen en las familias bajo el contexto de pandemia. De acuerdo con Cerón (2021) “además del papel en la educación que puede tener la familia del estudiante, la interacción con esta puede mitigar los efectos psicosociales del confinamiento” (p. 5).

Por último, las consecuencias de la pandemia implican factores no solo intangibles, sino también tangibles, tales como reducción de jornada laboral, ruptura de la relación laboral y pérdida de bienes materiales. Esto influye en la dinámica familiar, lo cual lleva a conflictos, problemas y separaciones. En definitiva, representa un problema en consideración durante y posterior a la pandemia por la enfermedad COVID-19.

Según menciona Socías *et al.* (2020):

> Se requieren más medidas de prevención primaria y/o educativas que permitan potenciar las dinámicas y competencias familiares, como principales factores de protección frente a los riesgos infanto-juveniles del confinamiento. Se incluyen un conjunto de medidas internacionales para promover el desarrollo de las competencias parentales y familiares durante el confinamiento por la COVID-19 (p. 10).

Por último, la familia puede desarrollar un desajuste a lo interno, lo cual es un sentimiento de inadecuación en la relación con los miembros de la familia, con predominancia en la carencia de competencias para establecer los valores y la armonía en la dinámica familiar. Así mismo, dificultad para regularse según las normas familiares, lo cual genera discusiones o ausencia de diálogo, y, en consecuencia, conflictos y problemas. Dichos elementos pueden influir en el desarrollo de sintomatología patológica de ansiedad y depresión, entre otros, lo cual afecta la salud mental.

2.1.6. Ansiedad

Los signos y trastornos de ansiedad se han visto en incremento después de la aparición del virus por COVID-19. Esto se puede ver reflejado en las estadísticas de estudios hechos a partir de la emergencia nacional en cuanto a cómo ha influenciado la pandemia en la salud mental de las personas.

Así pues, Navas *et al.* (2012) definen ansiedad como: “una emoción que surge ante situaciones ambiguas, en las que se anticipa una posible amenaza, y que prepara al individuo para actuar ante ellas mediante una serie de reacciones cognitivas, fisiológicas y conductuales” (p. 2). Es decir, son pensamientos rumiantes o recurrentes de que algo malo puede suceder. En el caso de la pandemia que se vive en la actualidad muchas personas han experimentado pensamientos negativos, como un posible contagio, la muerte de un ser querido o de sí mismo.

En este sentido, Sierra *et al.* (2003) manifiestan que existe una cercanía entre el miedo y la ansiedad, pero es importante diferenciarlos: “mientras el miedo es una perturbación cuya presencia se manifiesta ante estímulos presentes, la ansiedad se relaciona con la anticipación de peligros futuros, indefinibles e imprevisibles” (p. 15). Por lo tanto, el miedo es un sentimiento de alteración a situaciones presentes, ya sean racionales o no, mas, la ansiedad se caracteriza por estar siempre enfocada en el futuro, en anticipar posibles situaciones de tragedia o catástrofes. Ambos sentimientos son usuales en la mayoría de los seres humanos, solamente que la ansiedad puede afectar a la persona dependiendo de la durabilidad, intensidad y cantidad de síntomas que presenta, contrastando esta ansiedad de tipo común en un trastorno de ansiedad.

Sin duda, muchas personas han experimentado pensamientos ansiosos durante la pandemia de COVID-19, pero no todas han sido diagnosticadas con algún trastorno de ansiedad porque no cumplen con los criterios diagnósticos; es decir, sí se experimenta ansiedad como tal, que como se mencionaba

con anterioridad, es un miedo anticipado a una situación negativa, la cual puede ser o no irracional, pero no es una ansiedad que comprometa o interfiera en el diario vivir de la persona.

De modo que, diferenciar la ansiedad de un trastorno de ansiedad es indispensable para trabajar con la sintomatología. Una persona con ansiedad experimenta un sentimiento de temor temporal y transitorio, mientras que, para Estrada (s.f.) “una persona con un trastorno de ansiedad, el sentimiento se convierte en algo que no le permite seguir con su vida normal y que empeora a través del tiempo, puede interferir con sus actividades diarias” (p. 1).

Asimismo, se pueden señalar otras manifestaciones o sensaciones somáticas como: aumento de la tensión muscular, mareos, sensación de cabeza vacía, sudoración, fluctuaciones de la presión arterial, palpitaciones, midriasis, taquicardia, parestesias, temblor, molestias digestivas, aumento de la frecuencia y urgencia urinarias, diarrea. También se pueden dar síntomas cognoscitivos, conductuales y afectivos como: intranquilidad, inquietud, nerviosismo, preocupación excesiva y desproporcionada, insomnio, alteraciones en el apetito, miedos irracionales, ideas catastróficas, deseo de huir, temor a perder la razón y el control, sensación de muerte inminente. A continuación, se mencionan los trastornos de ansiedad más comunes.

Primeramente, se cita el trastorno de ansiedad generalizada, el cual, según lo definen Martínez y López (2011) “Se caracteriza por la presencia de ansiedad y preocupaciones de carácter excesivo y persistente durante al menos seis meses” (p. 2). Muchos pacientes presentan síntomas somáticos inespecíficos como insomnio, cefalea, dolores musculares, fatiga y síntomas de malestar gastrointestinal.

Luego, se menciona el trastorno de estrés postraumático, el cual lo desarrolla una persona que ha vivido un evento traumático, puede ser aquella que fue afectada, el daño puede haberle sucedido a una persona querida, o la persona puede haber sido testigo/a de un evento traumático que sucedió a sus seres

queridos o a desconocidos. Según Rojas (2016) “Es un evento que involucra directamente haber experimentado o presenciado una amenaza inmediata a la vida propia, de otra persona, la violación de la integridad física, moral propia o de otra persona; incluyendo asalto, abuso sexual o físico” (p. 233).

En cuanto al trastorno obsesivo compulsivo, Navas y Vargas (2012) apuntan que este se caracteriza por presentar “Obsesiones [ansiedad o malestar significativo, son intrusas, persistentes e inapropiadas], y/o compulsiones [con el propósito de prevenir o aliviar la ansiedad, pero no proporcionar placer o gratificación]” (p. 501).

Por su parte, la fobia social es definida por Navas y Vargas (2012) como “Ansiedad exagerada en las situaciones en las que una persona es observada y puede ser criticada por otros. Hay ansiedad anticipatoria. Síntomas frecuentes son el enrojecimiento y temblor.” (p. 501).

Por último, la fobia específica, según Martínez y López (2011), implica un “Temor persistente y acusado que es excesivo o irracional, desencadenado por la presencia o anticipación de un objeto o situación específicos” (p. 2). Además, el temor puede ser a animales, lugares, personas, objetos, entre otros.

Así las cosas, la ansiedad ha sido investigada con amplitud a lo largo de la historia. Por lo tanto, la variedad de tratamientos ha sido fundamental para el abordaje de las personas con el trastorno. Algunos se amplían a continuación.

El tratamiento farmacológico utilizado para los trastornos de ansiedad se divide en cuatro líneas. En la primera línea se encuentran los inhibidores de la recaptura de serotonina. Al respecto, Martínez y López (2011), señalan que “Principalmente: escitalopram, sertralina y paroxetina. Aunque la fluoxetina, citalopram, fluvoxamina también han demostrado buenos resultados en estos pacientes” (p. 106). En la

segunda línea, están los inhibidores de la recaptura de serotonina y noradrenalina, el medicamento más utilizado es la venlafaxina, y usualmente se pueden combinar con benzodiacepina. En la tercera línea, se mencionan los antidepresivos tricíclicos, que son agonistas de las monoaminas, también es un inhibidor de recaptura de serotonina, noradrenalina y dopamina. En cuanto a esto, Martínez y López (2011) advierten que "Especialmente al inicio del tratamiento el cumplimiento de este puede ser amenazado por los efectos adversos" (p. 105). Los efectos secundarios de este tipo de antidepresivos son tan frecuentes que se utiliza solamente en pacientes que no han logrado una estabilidad emocional con antidepresivos comunes. Por último, se menciona la cuarta línea de fármacos, que son las benzodiazepinas, es decir, ansiolíticos de nivel psicotrópico. Estas, a diferencia de las tres anteriores, tienen un efecto inmediato, y la dependencia es más común. No se recomienda su uso en personas con antecedentes de abuso de sustancias.

Otro de los tratamientos es la terapia psicológica. Las terapias psicológicas se centran primordialmente en disminuir y percibir los signos y síntomas de la ansiedad. Para ello, es importante hacer antes un adecuado diagnóstico para lograr la detección. Además, si es notoria la presencia de los síntomas ansiosos es importante llevar a cabo valoraciones como escalas, test u otros instrumentos que puedan fundamentar lo que el profesional está dictaminando. Es fundamental hacer un diagnóstico diferencial de los trastornos de ansiedad, para así detectar de la mejor manera y, por ende, tratar con mayor fundamento al paciente.

También, parte importante de la psicoterapia es la psicoeducación, tanto con el paciente como con sus redes de apoyo. Por tal razón, se debe ahondar en las causas del trastorno, para así trabajar en ellas y aliviar los pensamientos rumiantes, los temores y los diferentes síntomas que puede estar presentando el paciente con respecto a la raíz. Muchas veces los pacientes no son conscientes de las

causas, por lo que el trabajo es más profundo. Se busca trabajar en la represión y lograr traer a la consciencia lo que desencadenó el trastorno de ansiedad.

Igualmente, se trabaja en la prevención de recaídas, principalmente cuando hubo intento o pensamiento de suicidio durante las crisis de ansiedad y cuando hay comorbilidad con algún otro trastorno psiquiátrico. De modo que, una de las acciones más relevantes del psicólogo es discriminar cuándo es necesario referir al paciente a una evaluación psiquiátrica, pensando en que es necesaria la medicación en conjunto con las terapias psicológicas.

Pues bien, ante la pandemia que se vive en estos momentos es posible determinar que los trastornos de ansiedad que se pueden diagnosticar o intensificar son el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno obsesivo compulsivo, y el trastorno de estrés postraumático. Esto por las características que determinan a cada una.

En conclusión, tanto la ansiedad como los trastornos de ansiedad se han visto en incremento desde el inicio de la pandemia. Esto se puede observar en los antecedentes internacionales, los cuales reflejan por medio de números estas ampliaciones, ya sea en síntomas y signos, como en diagnósticos de trastornos de ansiedad.

No obstante, la ansiedad no es el único trastorno que se ha visto en incremento durante el proceso de la enfermedad por COVID-19, otros, como la depresión y el estrés, también van en aumento. Por ello, son importantes de tomar en cuenta para el presente estudio.

2.1.7. Depresión

Como se explica con anterioridad, cuando las personas se enfrentan a nuevas situaciones es probable que también comiencen o aumenten los síntomas de algunos trastornos o enfermedades

mentales. Al confrontar la pandemia por COVID-19, donde a nivel internacional se ha tenido que tomar medidas como la cuarentena, obligando a las personas a socializar lo mínimo, trabajar desde su hogar o a los estudiantes llevar sus lecciones de manera virtual, se ha provocado una ola de sentimientos y pensamientos de soledad, tristeza y desesperación.

La depresión es uno de los trastornos psiquiátricos que aumentó durante este proceso de cuarentena que aún no acaba. Por ende, se le debe de dar una real importancia a su incremento y buscar las formas de amortiguar las repercusiones a mediano y largo plazo de estas.

Según National Institute of Mental Health (2016) "La depresión, también llamada depresión clínica o trastorno depresivo, es un trastorno del estado de ánimo que causa síntomas de angustia, que afectan cómo se sienten, piensan y coordinan las actividades diarias, como dormir, comer o trabajar" (p. 2). Por su parte, Navas y Vargas (2012) se expresan de la depresión como uno de los trastornos psiquiátricos "más frecuentes y que provoca mayor discapacidad, con gran impacto en la comunidad, incluso mayor que enfermedades médicas crónicas. Los pacientes deprimidos pueden experimentar gran deterioro en su funcionamiento habitual, en su bienestar y también en su calidad de vida." (p. 19).

La depresión tiene variantes en sus síntomas, ya sea por durabilidad, por severidad o por el conjunto de estas. Por lo tanto, dependiendo de las características de los síntomas, así se realizará el diagnóstico.

Para Alarcón *et al*. (s.f.) la depresión es una alteración en el estado del humor donde "destaca un ánimo deprimido, falta de energía y/o pérdida de interés, o de la capacidad para disfrutar u obtener placer, que afecta la vida de la persona, durante la mayor parte del día y durante al menos dos semanas" (p. 13).

Entre los síntomas más frecuentes de los estados depresivos se citan: tristeza, mal humor, irritabilidad, alteraciones del sueño, llanto constante, alteraciones en el apetito, falta de interés y energía, visión negativa hacia el futuro, pesimismo, sentimientos de culpabilidad o inutilidad, impotencia, pensamientos o intentos de suicidio, autoagresiones, pérdida de placer. Además, síntomas físicos como, dolores de cabeza o espalda, agotamiento, náuseas, problemas digestivos como colitis o gastritis y presión arterial alta. Estos síntomas afectan el diario vivir de la persona y su calidad de vida mientras se presentan.

Ahora bien, existen varios tipos de depresión, los cuales se desarrollan a continuación.

El primer tipo es la depresión mayor, que según el National Institute of Mental Health (2016) es "cuando se tienen síntomas de depresión la mayor parte del día, casi todos los días, durante por lo menos dos semanas y estos interfieren con su capacidad para trabajar, dormir, estudiar, comer y disfrutar de la vida" (p. 2). Por ende, es posible que la persona tenga un solo episodio de depresión mayor durante toda su vida, aunque es más común que se repita con el paso de los años.

El segundo tipo corresponde a distimia que, según Jiménez *et al.* (2013) "se define como un trastorno afectivo crónico que persiste por lo menos dos años en adultos y un año en adolescentes y niños" (p. 212). Los síntomas suelen ser menos agresivos que en la depresión mayor, pero su durabilidad es mucho mayor. Las personas con distimia pueden presentar la combinación de ambos trastornos, es decir, estar diagnosticados con distimia, pero tener episodios de depresión mayor ocasionalmente.

En tercer lugar, se tiene la depresión perinatal, más conocida como depresión postparto. Es el conjunto de síntomas depresivos que se presentan durante y después del embarazo. En este tipo de depresión las hormonas juegan un papel fundamental, al igual que los cambios en el estilo de viva, la carga social, entre otros.

Por último, se sabe de la depresión psicótica, la cual, de acuerdo con el National Institute of Mental Health (2016) se refiere a "cuando una persona tiene depresión grave además de alguna forma de psicosis, como tener creencias falsas fijas y perturbadoras [delirios] o escuchar o ver cosas inquietantes que otros no pueden oír o ver [alucinaciones]" (p. 2).

De manera que, para la depresión se han estudiado diferentes tratamientos. Parte de ellos se amplían a continuación.

En primera instancia, se considera el tratamiento farmacológico. El uso de antidepresivos suele tener un resultado favorable para las personas que sufren de algún trastorno depresivo. Además, suelen hacer efecto entre las primeras dos y cuatro semanas, normalmente trabajando químicamente con los neurotransmisores implicados que son la serotonina y la noradrenalina. Estos fármacos suelen tener efectos secundarios, pero con el tiempo van disminuyendo.

Posterior, y muy importante, la psicoterapia. De acuerdo con National Institute of Mental Health (2016), el objetivo es "enseñar nuevas formas de pensar y comportarse, y cómo cambiar los hábitos que pueden estar contribuyendo a la depresión. Puede ayudarle a entender y resolver las relaciones o las situaciones difíciles que pueden estar causándole la depresión o empeorándola" (p. 4).

Así pues, el profesional en psicología determinará el abordaje adecuado para el paciente después de aplicar una evaluación diagnóstica que represente su condición de salud mental, la forma adecuada de brindarle los apoyos para mejorar su calidad de vida, así como determinar sí se requiere del apoyo farmacológico.

2.1.8. Estrés

Regueiro (s.f.) define el estrés como “la reacción fisiológica del organismo en el que entran en juego diversos mecanismos de defensa para afrontar una situación que se percibe como amenazante o de demanda incrementada” (p. 1). Además, menciona que es una respuesta natural y necesaria para la supervivencia, pero que al no ser bien manejada puede causar efectos físicos y psicológicos, como enfermedades o anomalías que no permitan el normal funcionamiento de la persona en su diario vivir.

Ante la pandemia por COVID-19 los niveles de estrés de las personas se ven afectados porque, como se dijo anteriormente, es una respuesta natural. Sin embargo, hay que prestar atención a los manejos que se le dan a estas reacciones fisiológicas, para que no causen una repercusión en la persona.

Al respecto, Pérez (2014) indica que “el estrés es una condición que de no abordarse adecuadamente sus síntomas producen una serie de trastornos en el individuo, repercutiendo en la salud de este, pudiendo crearse diversos problemas como conflictos, insatisfacciones y dificultad en su desenvolvimiento social” (p. 354).

Entonces, se puede definir que el estrés es la relación que tiene la persona con el entorno, y cómo esta percibe y reacciona ante las situaciones que se van presentando en el diario vivir. Esto propicia en la persona la capacidad de enfrentar estas situaciones de una manera positiva o, por lo contrario, causar conflictos en su medio. Al respecto, se han determinado tres fases en el estrés, las cuales se exponen a continuación:

- ✓ Reacción de alarma: es la primera exposición al estresor, pero donde todavía no existe la tensión fisiológica o psicológica.

- ✓ Resistencia: en esta fase es donde aparecen los síntomas físicos o psicológicos, pero esto dependerá de cada persona, y de su forma de enfrentar la situación.
- ✓ Agotamiento: cuando el manejo del estrés no fue el adecuado y empieza a actuar de forma agresiva en la persona con síntomas como: migrañas, agotamiento severo, insomnio, alteraciones en el apetito, llanto constante, hipertensión, ataques al corazón, accidentes cerebrovasculares, alteraciones dermatológicas, entre otros.

Antes bien, se debe advertir que no todas las personas pasan por las tres fases. Esto se puede explicar por medio de las estrategias del afrontamiento del estrés; algunos no pasan de la fase uno, mientras que otros por cada momento de estrés llegan a la fase 3. Por ende, es de real importancia verificar cuáles son las estrategias utilizadas al momento en que se enfrenta a una situación nueva.

Así pues, sentirse estresado es una de las experiencias humanas más comunes. Todas las personas experimentan estrés en algún momento de la vida, pero no todas lo procesan de la misma manera. Por esta razón, se toman en cuenta las estrategias del afrontamiento del estrés, expuestas por Lazarus y Folkman, donde explican cómo las evaluaciones y la forma en que se enfrentan las nuevas situaciones que se presentan en el diario vivir pueden afectar hasta qué fase se llega.

2.1.9. Estrategias del afrontamiento del estrés

Ante una situación atípica, como lo es el distanciamiento social por una pandemia, las personas pueden comenzar a experimentar nuevas emociones o actitudes que les repercuten en el diario vivir, y es aquí donde se valoriza cómo enfrentar la situación; es decir, qué estrategia utiliza para afrontar nuevos escenarios, los cuales repercuten directamente en el estrés asociado a la situación en específico.

En cuanto a esto, Naranjo (2009) indica que “El estrés se caracteriza por una respuesta subjetiva hacia lo que está ocurriendo” (p. 172). También, parafraseando a Vega *et al*. (2013), se sabe que el estrés se manifiesta ante una situación de daño o desafío, y es específicamente la valoración que se le da

a esta. Es decir, cada persona valora o percibe su situación de diferente manera, manifestando un nivel de estrés diferente cada una.

De forma que, como se puede observar, el estrés es la forma en la que el ser humano reacciona ante las diferentes circunstancias que se van enfrentando en la vida; la manera en la que las personas valoren la situación podrá afectar positiva o negativamente la calidad de vida y las diferentes áreas en las que se desenvuelve.

Luego, mencionando algunos de los factores que se pueden observar dependiendo de esta valoración, Vega *et al.* (2013) manifiestan que el estrés "se encuentra relacionado con baja autoestima, depresión, insomnio, consumo de narcóticos, excesiva ingesta de alimentos o pérdida de apetito" (p. 3).

El mencionado tipo de valoraciones se correlaciona con el afrontamiento que se le va a dar a la circunstancia vivida en el momento, es decir, las estrategias que cada persona utiliza para canalizar el estrés.

Pues bien, durante la pandemia por COVID-19 se ha observado un incremento de síntomas y/o trastornos psicológicos por medio de estudios de campo, así como se puede ver en los antecedentes internacionales. Por lo tanto, se puede analizar la probabilidad de que las estrategias de afrontamiento no han sido las más apropiadas para la situación y de esta manera se ha visto el incremento.

Ante esto, Kirchner *et al*. (2011) explica que "Frente a situaciones que generan estrés, las personas suelen poner en marcha una serie de mecanismos que reciben el nombre de afrontamiento" (p. 228). Por ende, el afrontamiento podría definirse como los mecanismos utilizados para hacer frente a las condiciones de la vida que pueden generar algún tipo de estrés.

Es importante que el afrontamiento ante situaciones tan atípicas como una pandemia sean valoradas por expertos, y de esta forma amortiguar la presencia de síntomas o trastornos psicológicos. He ahí la relevancia de realizar estudios constantemente durante la crisis, y de esta manera ayudar con

los mecanismos puestos en acción por la ciudadanía para enfrentar su estrés y aminorar posibles repercusiones.

Según Cabanach *et al.* (2010) “El concepto de afrontamiento haría referencia concretamente al tipo de estrategias adoptadas por la persona para hacer frente a esa situación estresante a partir de la evaluación cognitiva acerca de la misma” (p. 52). En ese sentido, las estrategias de afrontamiento van a depender completamente de la persona que enfrenta la situación. Además, no todos van a reaccionar de la misma manera a las diferentes circunstancias de la vida, estando en manos de las diferentes historias de vida, temperamentos, personalidades, capacidades cognitivas, entre otras.

En relación con esto, Castaño y León (2010) describen lo siguiente: “las estrategias de afrontamiento serían los procesos concretos que se utilizan en cada contexto y pueden ser altamente cambiantes dependiendo de las situaciones desencadenantes” (p. 246). En esta definición se puede observar que los autores describen las estrategias de afrontamiento como cambiantes, por lo cual se podría mencionar que no solamente se depende de las circunstancias personales del sujeto en cuestión, sino también de las características ambientales, sociales y culturales, que podrían causar cambios en la forma de afrontar la situación.

Para Fierro (s.f.) “La acción completa de afrontamiento incluye un componente instrumental, operante, de alguna transformación en el medio, mas no sólo o no siempre del medio exterior: a veces se trata de transformación del medio interior”. En otras palabras, las estrategias de afrontamiento son la búsqueda constante de la persona para resolver la situación nueva que se presente en el medio exterior y la manera que esta considera más oportuna, siendo así, en algunas ocasiones adaptativas y también no adaptativas para su entorno y la situación presente.

Según los antecedentes internacionales, durante la presencia de la pandemia por COVID-19 se ha observado la intensificación de signos y síntomas relacionados con la ansiedad y la depresión, llegando

en algunos casos hasta a diagnosticarse un trastorno de los dos antes mencionados. Con ello, queda la incertidumbre sobre la capacidad de afrontar las nuevas situaciones con estrategias adaptativas y que no incurran en el estrés, las cuales asociadas a las diferentes características de la persona, pueden desencadenar en estos trastornos.

2.2. Marco epistemológico

La psicología tiene muchas ramas, sin embargo, para efectos del presente trabajo se determina la teoría cognitiva como la más adecuada para el desarrollo del estudio. En síntesis, se basa en el proceso a través del cual el individuo adquiere el conocimiento del entorno, de los eventos y los resultados de estos.

2.2.1. Psicología cognitiva

A lo largo de la historia diferentes exponentes han realizado sus aportes, pero uno de los más reconocidos y con mayor influencia es Aaron Beck. Según menciona Baringoltz (2009) “Desde su aparición en los años sesenta, la teoría y terapia cognitiva de Aarón Beck se ha convertido en uno de los enfoques más aceptados” (p. 1).

Aaron Beck se graduó de medicina, posteriormente se especializó en neurología y psiquiatría. Luego, se interesó por la psicología de una forma gradual, tras varios fracasos y tiempo invertido en dichos estudios y teorías. Así, sobre diferentes aportes de esta disciplina creó la teoría cognitiva y relacionó su teoría y la terapia de esta en la depresión, ansiedad y estrés. Por ello, se considera como uno de los exponentes más relevantes de la historia de la psicología; tal como lo menciona Korman (2011) “Beck es una de las principales figuras en el desarrollo de la terapia cognitiva tanto por sus propuestas teóricas como por la copiosa producción de quienes fueron sus discípulos” (p. 117).

Además, actualmente es una de las teorías más utilizadas debido a que cuenta con un importante respaldo científico. Esto último con base en el esfuerzo y recorrido de Beck en el ámbito de la investigación y el interés por tener resultados que determinaran la efectividad de la teoría.

Korman (2011) menciona, en relación con el trabajo de Aaron, lo siguiente:

> El modelo de Beck es un modelo que se centra muy fuertemente en los resultados de investigación; a raíz de esto, Beck no dio a conocer sus primeros desarrollos en la clínica de la depresión sino hasta después de terminados los estudios que daban cuenta de que la terapia cognitiva era un tratamiento eficaz para este trastorno (p. 118).

Así pues, se puede definir la teoría cognitiva como un procedimiento estructurado, activo, el cual está influido en el subyacente de que los efectos y la conducta de un individuo están determinados por la forma que tiene de estructurar el mundo que le rodea. Sumado a ello, la teoría cognitiva está basada en el modelo cognitivo, la cual determina la hipótesis de que las percepciones de los eventos influyen sobre las emociones y el comportamiento de las personas. Así mismo, explica los sentimientos como el modo de que las personas interpretan las situaciones y no de que están determinados por las situaciones mismas. Al igual, la respuesta emocional está condicionada por la percepción, siendo esta de carácter individual. Por lo tanto, bajo el contexto de la pandemia, cada ser humano percibe la situación de forma diferente; es decir, sus pensamientos y conductas no son las mismas.

Ahora bien, ¿por cuál motivo distintas personas interpretan la situación de forma distinta?, ¿por qué una misma persona puede interpretar una situación de dos maneras distintas en dos momentos diferentes? La respuesta, según la teoría, se relaciona con un fenómeno cognitivo denominado: creencias.

Las preguntas anteriores dan pie a lo que hoy en día las personas perciben de la pandemia. Un antes y un después del brote por el virus SARS-CoV2, esto al ser una experiencia completamente nueva para muchas generaciones tomando en cuenta las medidas que se tomaron. Dichas medidas incluyen al confinamiento, que como bien se explica en los párrafos anteriores, es la medida de mayor efectividad para contener y reducir el contagio. En consecuencia, el individuo puede interpretar la pandemia y el confinamiento de dos maneras distintas. Así mismo, como la teoría lo expone, surgen pensamientos automáticos.

Las personas, a lo largo de su desarrollo, desarrollan creencias acerca de ellas mismas, de otras personas y del mundo. De acuerdo con Beck (1995) existen dos tipos de creencias. Por una parte, las creencias centrales son ideas profundas y fundamentales que no se expresan, son ideas consideradas por el individuo como verdades absolutas, determinando que es así como son las cosas, el individuo mantiene su atención en aquella información que le confirme su creencia central, de manera que él mantiene su creencia a pesar de que esta sea disfuncional y equivocada. Además, son globales, rígidas y se generalizan en exceso. Los pensamientos automáticos son las palabras e imágenes que pasan por la mente del individuo, son específicos para cada situación en particular y es considerado como el nivel de cognición superficial.

Por otra parte, están las creencias intermedias, las cuales tienen lugar entre los pensamientos automáticos y las creencias centrales. Estas últimas inciden en el desarrollo de creencias, que se conforman por actitudes, reglas y presunciones, que a menudo no son expresados. Dichas creencias influyen en la forma de percibir un acontecimiento y dicha visión influye en el pensamiento, en los sentimientos y, por ende, en el comportamiento.

A continuación, se menciona un ejemplo citado por Beck (1995) en relación con lo expuesto anteriormente:

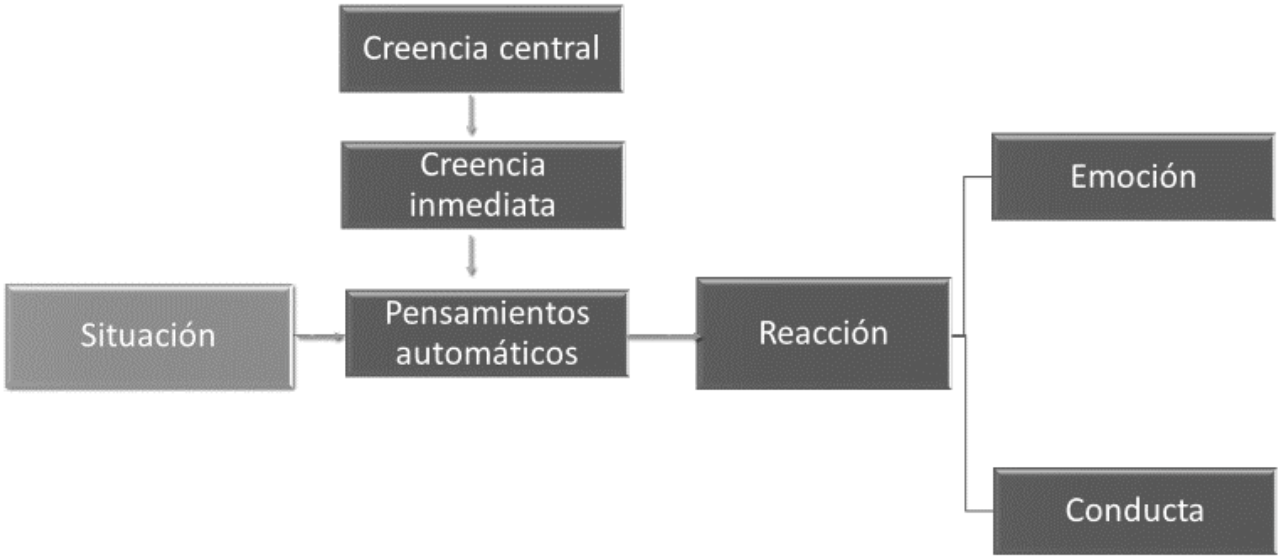
Actitud: “Ser incompetente es algo terrible”.

Reglas/expectativas: “Debo trabajar lo más duro que pueda todo el tiempo”. Presunción: “Si trabajo muy duro, podré hacer algunas cosas que otras personas pueden hacer fácilmente” (p. 35).

De acuerdo con Beck (1995) “En una situación específica, las creencias subyacentes de una persona influyen sobre sus percepciones, y esto se expresa por medio de pensamientos automáticos específicos para esa situación. Estos pensamientos, a su vez, inciden sobre las emociones” (p. 36).

También, los pensamientos automáticos influyen sobre la conducta y a menudo derivan respuestas fisiológicas; tal como se demuestra en la siguiente figura para lograr una mayor claridad.

Figura 1. Pensamientos automáticos



Fuente: elaboración propia.

Pues bien, en cuanto al contexto actual de la pandemia, en primera instancia las creencias centrales, posterior las creencias intermedias, la situación que es el confinamiento, el cual deriva un

pensamiento automático y por último la emoción. Así mismo, agregar, posterior a la emoción, una posible respuesta fisiológica, como lo son síntomas patológicos, como síntomas de la depresión o ansiedad. De esta forma, se explican los principios fundamentales de la teoría según el contexto actual de la pandemia, lo cual puede generar una respuesta patológica.

Según Beck el rango generalizado de muchos trastornos se deriva de los pensamientos automáticos, las creencias y sentimientos negativos, los cuales le generan al individuo sentimientos como la tristeza, desmotivación, entre otros síntomas. Así pues, realizó importantes aportes en cuanto a la compresión de la ansiedad, la depresión y el estrés, lo cual es muy útil en la actualidad, considerando que el confinamiento ha generado respuestas emocionales y conductuales en los individuos, lo cual representa un alto porcentaje de ansiedad y depresión.

2.2.1.1. El modelo cognitivo de la depresión

Surgió a partir de las observaciones clínicas sistemáticas e investigaciones experimentales. La depresión es un estado complejo que transita con variedad de manifestaciones de diversidad sintomática, influida por varios factores biológicos, psicológicos y sociales que interactúan en la patogénesis de la depresión. Dicho modelo determina tres conceptos específicos para explicar la depresión desde la psicología; estos son la tríada cognitiva, los esquemas y los errores cognitivos.

El primer componente de la tríada cognitiva se centra en la visión negativa del individuo acerca de sí mismo, tiene un negativo autoconcepto, tiende a atribuir sus experiencias desagradables a un defecto suyo de tipo mental, físico o moral; se considera inútil y carece de valor, esto por su forma de percibir las cosas. También, piensa que carece de atributos que considera esenciales para lograr la felicidad y alegría (Beck, 2010, p. 20).

Como segundo componente de la tríada cognitiva Beck (2010) se centra en la tendencia del individuo depresivo a interpretar sus experiencias de una forma negativa. Percibe que el mundo le hace exageradas demandas y los obstáculos a propósito son insuperables para lograr alcanzar sus objetivos. La interpretación de su entorno es en una dirección negativa, omitiendo posibilidades alternas de carácter positivo y en solución de estas. En el presente punto, el individuo puede enterarse de que sus interpretaciones negativas iniciales estaban desviadas si reflexiona sobre otras alternativas que no son negativas.

El último componente de la tríada cognitiva se centra en la visión negativa acerca del futuro. La persona hace proyectos de gran alcance, está anticipando que sus dificultades o sufrimientos actuales permanezcan, debido a que espera penas, frustraciones y privaciones interminables. Cuando piensa en ser el responsable de una tarea a futuro sus expectativas son de fracaso, esto siendo inevitable.

Pues bien, desde la teoría se considera a los signos y síntomas de la depresión como consecuencia de los patrones cognitivos negativos, en respuesta de un determinado pensamiento. Los síntomas motivacionales, en relación con los síntomas motivaciones, los cuales son como deseo de escape, poca fuerza de voluntad, entre otros, también se explican de las condiciones negativas.

A propósito, la tríada explica los componentes de la depresión, lo cual señala que si en un individuo las cogniciones negativas predominan, los síntomas de la depresión pueden aparecer y desarrollar no solo síntomas, sino también el trastorno depresivo. Durante la pandemia el individuo puede tener dicha predominancia a nivel cognitivo, sin embargo, se puede desarrollar durante el confinamiento como respuesta a una situación totalmente nueva. Ahora, es importante destacar que influye la satisfacción consigo mismo, satisfacción con otras relaciones y cómo afronta las demandas del ambiente y a futuro.

De igual forma, el modelo cognitivo también menciona los síntomas físicos de la depresión. De acuerdo con Beck (2010), la apatía, la falta de energía pueden ser consecuencia de la creencia del paciente de que esta predestinado a fracasar en todos los proyectos que se proponga. Dicha visión negativa, que es sensación de futilidad, puede producir una inhibición psicomotriz.

El modelo cognitivo, el segundo componente de dicho modelo, se refiere a los esquemas, los cuales permiten explicar el motivo por el cual el individuo depresivo presenta actitudes que le hacen sufrir y son contraproducentes, incluso debatiendo los factores positivos presentes en su vida. Cualquier situación está compuesta por una serie de estímulos que el individuo atiende selectivamente a estímulos específicos, los combina y los conceptualiza en la situación. Tal como lo menciona Beck (2010) a continuación:

> Aunque personas diferentes pueden conceptualizar la misma situación de maneras diferentes, una persona determinada tiende a ser consistente en sus respuestas a tipos de fenómenos similares. Ciertos patrones cognitivos relativamente estables constituyen la base de la regularidad de las interpretaciones acerca de un determinado conjunto de situaciones (p. 21).

Por lo tanto, cuando se habla de esquemas, el presente modelo designa patrones cognitivos estables. Durante la pandemia por la enfermedad COVID-19, a pesar de ser una nueva experiencia, única y sin control, cada persona la conceptualiza de forma diferente. Así mismo, su respuesta está influida por esta conceptualización y su respuesta tanto emocional como conductual es de una forma determinada. Esto debido a que cada tipo de esquema empleado determina el modo como un individuo estructura y estructurará las distintas experiencias que se puedan presentar.

Además, es importante mencionar que un esquema puede estar inactivo durante un largo tiempo, pero se puede activar por estímulos ambientales, y dichas situaciones pueden ser generadoras de

depresión, ansiedad u otras. Dichos esquemas determinan directamente la forma de responder de la persona. De acuerdo con Beck (2010) “En los estados psicopatológicos tales como la depresión, las conceptualizaciones de los pacientes acerca de determinadas situaciones se distorsionan de tal modo que se ajustan a esquemas inadecuados prepotentes” (p. 21).

Como se menciona en el párrafo anterior, en un estado anticipado del trastorno o los síntomas de este, como la depresión, al presentarse una situación específica nueva, tal como la pandemia, las conceptualizaciones que este desarrolle acerca de esta se distorsionan, conformando o adaptándose a esquemas prepotentes inadecuados, lo cual influye en la salud mental del individuo.

Por último, el tercer componente del modelo son los errores en el procesamiento de la información. Estos son los que se dan a nivel de pensamiento de la persona depresiva, le hace mantener la creencia sobre la validez de sus conceptos negativos, incluso a pesar de la existencia de lo contrario. Según Beck (2010) dichos errores son los siguientes: inferencia arbitraria, abstracción selectiva, generalización excesiva, maximización y minimización, personalización y pensamiento absolutista.

2.2.1.2. El modelo cognitivo de la ansiedad

Otro de los aportes relevantes de Beck fue sobre el tema de la ansiedad. Varios autores mencionan la ansiedad como un aspecto inevitable y positivo con límite en el ser humano. En palabra de Beck *et al.* (2016) “la ansiedad puede hacer que estemos mejor preparados para una importante reunión de trabajo o para tomar precauciones suplementarias cuando viajamos a un lugar desconocido. Así pues, necesitamos cierta dosis de miedo y de ansiedad en nuestras vidas” (p. 15).

De modo que, la ansiedad se puede definir como un estado emocional complejo y prolongado, que puede ser desencadenado a un miedo inicial. Es un estado de aprensión y excitación física en el cual la persona cree no tener el control del evento ni la posibilidad de predecir acontecimientos en un futuro,

orientada a este último elemento, al futuro. También, se considera como un estado en respuesta de cuando una persona anticipa que cierta situación o acontecimiento futuro implica una amenaza personalmente desconcertante, impredecible e incontrolable para sus intereses. En la teoría, Beck menciona el miedo como un factor elemental e inicial de la ansiedad, por lo cual es importante tener claridad de la diferencia entre estos conceptos. La ansiedad se puede distinguir del miedo en cuanto que es un proceso emocional, mientras que este es un proceso cognitivo.

De acuerdo con Beck *et al.* (2014):

> El miedo es entonces una valoración del peligro; la ansiedad, un estado emocional desagradable provocado cuando se estimula el miedo. Además de la ansiedad, se puede provocar concurrentemente toda una variedad de síntomas referibles a los sistemas autónomo y nervioso somático (p. 61).

El miedo es un estado de alarma, es automático y consiste en la percepción de suposición de un peligro o una amenaza de una determinada situación que pone en riesgo su seguridad propia. Beck *et al*. (2016) señalan que el "miedo es una respuesta básica, automática, a un objeto, situación o circunstancia específicos que implican el reconocimiento [o percepción] de un peligro real o potencial" (p. 34).

En el capítulo anterior se menciona que la respuesta de miedo frente a una situación desconocida es normal. Sin embargo, debido al desconocimiento del miedo y el posible impacto que pueda tener a propósito de la pandemia, dicha respuesta es normal frente a este importante acontecimiento, lo cual puede generar síntomas de ansiedad.

En este sentido, Beck *et al*. (2016) menciona los efectos más usuales de la ansiedad. En cuanto a síntomas físicos se menciona ritmo cardiaco incrementado, palpitaciones, respiración entrecortada, acelerada, dolor o presión en el pecho, sensación de ahogo, vahídos, mareo, sudores, calores, escalofríos,

náuseas, malestar estomacal, diarrea, estremecimiento, temblores, hormigueo o entumecimiento de brazos y piernas, debilidad, inestabilidad, desmayo, músculos tensos, rigidez y boca seca. Luego, en relación con los síntomas cognitivos, agrega, miedo a perder el control, a ser incapaz de hacer frente a la situación, miedo a lesiones o muerte, miedo a volverse loco, miedo a una evaluación negativa por parte de los demás, pensamientos, imágenes o recuerdos atemorizantes, percepciones de irrealidad o desapego, falta de concentración, confusión, distracción, mala memoria, dificultad para razonar y pérdida de objetividad. Por último, se mencionan síntomas conductuales como evitación de indicadores o situaciones de amenaza, escape, huida, búsqueda de seguridad y tranquilidad, inquietud, agitación, andar de un lado para otro e hiperventilación.

La ansiedad es una fuerte experiencia que tiende a ocultar otros componentes de la respuesta de amenaza. El ser humano tiende a responder de forma intensa cuando se presenta un peligro. De modo que, la pandemia representa una amenaza para el ser humano, quien puede responder de múltiples formas, y la ansiedad puede ser una de ellas.

Para Beck *et al.* (2014) la ansiedad juega un papel de captación de atención, desvía la atención de otras preocupaciones y las dirige a la presente situación desagradable que se esté experimentando. Por lo general, dicha experiencia es bastante desagradable como para que el individuo desee reducirla mediante un cambio de estrategia. La función de la ansiedad puede comparase a la del dolor, debido a que la ansiedad no es la causa, sino la respuesta. Además, constituye un mecanismo persistente e ineficiente que contribuye a que el individuo minimice el supuesto peligro que está activando la respuesta de ansiedad.

En relación con lo anterior, antes de que se detectara el primer caso de infección por el virus SARS-CoC2 la palabra pandemia, u otras relacionadas a estas, podía no generar ninguna respuesta importante en el ser humano al verse lejos de lo posible y no imaginar el impacto a nivel mundial que

pudiese ocasionar. Sin embargo, después de la detección del primer caso, el avance, y las múltiples consecuencias que ha tenido, el ser humano lo establece como un peligro, lo cual activa una respuesta de ansiedad. Antes, al no existir, no representaba un peligro y el individuo no tenía el control para bloquearlo. “El fenómeno de la ansiedad representa sólo una entre muchas “estrategias” diferenciadas pero interrelacionadas para hacer frente a la amenaza” (Beck, 2014, p. 69).

Frente a una situación nueva el ser humano puede experimentar diferencias a nivel cognitivo, y por ende a nivel conductual. Además, por naturaleza, tiende a afrontar dichas situaciones de una forma determinada, según los recursos internos y externos con los que cuente. Al respecto, Richard Lazarus, otro gran exponente de la psicología cognitiva plantea una teoría que explica factores de gran relevancia para afrontar situaciones, y la forma de hacerlo, que le generen al individuo estrés; esta, se desarrolla a continuación.

2.2.2. Teoría del afrontamiento del estrés

A continuación, se expone el referente conceptual de la teoría del afrontamiento del estrés, elaborada por Richard Lazarus, así como los aspectos relevantes planteados.

Richard Lazarus nació el 3 de marzo de 1922 en la ciudad de New York, y falleció a sus 80 años en el año 2002. Estudió psicología en su ciudad natal y se graduó en el año 1942, ejerciendo su profesión y en el campo de la docencia e investigación, en conjunto con otros importantes exponentes en el estudio de la conducta humana. Es reconocido como uno de los psicólogos más influyentes de la historia, pionero de la emoción y el estrés, destacando la relación con la cognición. De acuerdo con Ortiz (2005) “desarrolló una teoría caracterizada especialmente por su énfasis en el papel que juegan las valoraciones cognitivas en la constitución de las emociones y del estrés, fenómenos que consideró más procesos que estados” (p. 207).

Según expone Lazarus (2000) “Puede decirse que la palabra estrés se usó por primera vez en un sentido no técnico en el siglo XIV, para referirse a las dificultades, luchas, adversidades y aflicción” (p. 43). También, nos manifiesta que Aristóteles consideraba el estrés como la reacción obtenida por una persona ante una situación determinada. Es decir, cómo se ve afectada una persona ante un contexto en particular.

Asimismo, Lazarus (2000) nos indica que “no pueden predecirse las reacciones bajo condiciones estresantes sin referirse a los rasgos personales y a los procesos que explican las diferencias individuales en el modo en que responden las personas a los denominados estímulos estresantes” (p. 68). De modo que, el estrés, según Lazarus, es la forma en que una persona percibe su contexto actual, es decir, la persona divisa la situación que está sucediendo como algo que le afecta emocionalmente en su día a día, y es algo que puede poner en peligro su bienestar emocional. Por ende, las emociones se ven afectadas por el estrés y no de forma contraria.

Antes bien, cabe aclarar que todo depende de la personalidad del individuo. Un evento puede ser estresante para uno, mientras que para otro no. Esto debido a que el evento es la reacción que tiene la persona y cómo lo visualiza en su entorno. Al respecto, Lazarus (2000) agrega que “se requiere tanto la condición del estímulo estresante como el de una persona vulnerable para generar la reacción de estrés” (p. 66). Así pues, la percepción de un evento es de carácter individual, por lo tanto, la pandemia por la enfermedad por COVID-19 puede generar una condición estresante para algunos individuos y para otros no, pues esto depende de la vulnerabilidad de dichas personas, influenciadas por factores internos y externos.

Ahora bien, es importante mencionar que para este autor existen tres divisiones del estrés: el daño/pérdida, que se refiere a cuando el daño ya está producido; una amenaza, interfiere un daño todavía

no sustentado, pero que está posible a suceder en un futuro cercano; y los desafíos, cuando las dificultades que se interponen en el diario vivir, a pesar de ser complicadas, pueden ser superadas.

Pues bien, durante el proceso de pandemia se pueden observar las tres divisiones de diferentes formas. Por ejemplo, el daño o la pérdida de un familiar, amigo o conocido, pérdida de empleo o reducción de la jornada laboral o bienes materiales propios del impacto económico; la amenaza que existe de ser impactado por las consecuencias del contagio exponencial, como la saturación de los centros médicos, desabastecimiento de alimentos, advertencias de futuras pérdidas de empleo, vidas humanas y condiciones solubles; por último, todas las recomendaciones emitidas por las instituciones estatales reguladoras para evitar la propagación del virus, como el distanciamiento físico y social, el confinamiento, el uso obligatorio de mascarilla, lavado continuo de manos, regulación de ingreso a sitios públicos, entre otros.

Entonces, no se puede hacer un desligue de estrés con las emociones, ya que, como se mencionó con anterioridad, las emociones se pueden ver afectadas por el estrés. Lazarus (2000) menciona que la idea del estrés “es mucho más sencilla que la de las emociones. Bien como una dimensión simple o con pocas categorías funcionales, el estrés nos dice relativamente poco sobre los detalles de la lucha de la persona por adaptarse” (p. 46). Las emociones, en cambio, incluyen quince variables diferentes como mínimo.

En relación con lo anterior, Lazarus (2000) menciona “mi listado de 15 emociones incluyen: la ira, la envidia, los celos, la ansiedad, el temor, la culpa, la vergüenza, el alivio, la esperanza, la tristeza, la felicidad, el orgullo, el amor, la gratitud y la compasión” (p. 46). Las situaciones que se presentan en el transcurso de la vida van ocasionando que las personas presenten las diferentes emociones que se mencionaron, algunas pueden verse afectadas por el estrés y otras no. Por lo tanto, la vulnerabilidad puede influir en la respuesta emocional del individuo durante la pandemia.

Luego, Lazarus (2009) explica que es claro que las reacciones emocionales son eventos complejos, de carácter relacional. Sus elementos separados y considerados uno por uno parecerían como otros eventos no emocionales. Por tal razón, no podemos distanciar la interrelación que existe entre el estrés y las emociones, por eso no parece congruente que se estudien por separado sin perjudicar a ambos.

El estrés es descrito en esta teoría como el resultado a un estímulo ambiental, por lo tanto, se podría hablar de diferentes estímulos y sus implicaciones. Esto Lazarus lo menciona como enfoque de estímulos y es un listado de situaciones estresantes que pueden aparecer en la vida de una persona y cambiar sus emociones de forma abrupta. De modo que, cuando se presente una nueva experiencia, como la aparición de un nuevo virus desconocido, las emociones del individuo pueden presentar dichos cambios.

De igual forma, hace referencia a acontecimientos como: la muerte de un cónyugue, los divorcios, experiencias sexuales, el matrimonio, una condena judicial, el nacimiento de un hijo; todas estas situaciones son cambios sociales que pueden determinar un acontecimiento estresante para la persona.

Ante los diferentes acontecimientos se realiza lo que el autor determina: valoración del estrés, lo cual es la forma en que el individuo ve la situación y la analiza. Este proceso está ligado a factores sociales determinantes.

Al respecto, Lazarus (2000) comenta que existen cuatro variables ambientales que pueden afectar la valoración del estrés, esta son:

- ✓ Demandas: son presiones inculcadas por la sociedad. Es una forma de sentirse aceptado o respetado. Se va interiorizando en el trascurso de la vida, cuando se va presionando socialmente a pensar o actuar de una determinada manera.
- ✓ Limitaciones: al contrario de las demandas, las limitaciones nos impulsan a lo que debemos o no debemos hacer como individuos de una sociedad.
- ✓ Oportunidades: es la capacidad que tienen las personas para aprovechar las oportunidades que la vida va revelando, es decir, una temporización afortunada. Pero no todas las personas logran aprovechar estas oportunidades.
- ✓ Cultura: diferencias culturales que pueden afectar tanto en los niveles de estrés como también en las emociones y en el manejo de estas.

Además, la teoría plantea que hay dos actos de valoración, el primario y el secundario, los cuales se desarrollan a continuación.

En el acto primario se hace referencia a que si lo que sucede es relevante para el individuo, según sus creencias, compromisos y sus valores. Así mismo, si no existe ningún evento que el individuo perciba de interés para el bienestar propio en una transacción determinada, no se genera estrés ni otra emoción. Lazarus (2000) explica “La persona vive atendiendo asuntos rutinarios hasta que se produzca un indicador de que algo de mayor importancia adaptativa está ocurriendo” (p. 88).

El acto secundario se da principalmente cuando ya se dio el acto de valoración primaria y el individuo se presenta frente a una situación amenazante, donde empieza una búsqueda activa de información acerca del evento estresor, las emociones, y el cómo actuar ante tal situación.

2.2.2.1. Las estrategias de afrontamiento del estrés.

Lazarus y Folkman (1986) describen las estrategias de afrontamiento como “aquellos procesos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (p. 164).

Además, Lazarus y Folkman (1986) distinguen dos tipos generales de estrategias. Primero las estrategias de resolución de problemas, que son aquellas directamente dirigidas a manejar o alterar el problema que está causando el malestar. Segundo, las estrategias de regulación emocional, que son los métodos dirigidos a regular la respuesta emocional ante el problema.

Ahora bien, en cuanto al afrontamiento dirigido al problema, se determina que se orienta a la modificación de este, a otra situación que no sea amenazante para el sujeto. Casado (s.f.) señala que “La superación de estas situaciones da lugar a un aumento de la capacidad de ajuste del sujeto, a una autoevaluación en el sentido de la eficacia, y a claros sentimientos de gozo y alegría” (p. 6).

Existen dos tipos de afrontamiento dirigido al problema. Por un lado, el que es activo, busca las soluciones, no se tarda en poner en práctica las ideas, o al menos busca la forma de mitigar los efectos emocionales que puede producir este evento. Por otro lado, está el demorado, el cual es más paciente, piensa más antes de actuar, y lo hace de forma no apresurada.

Sin embargo, cuando el afrontamiento va dirigido a la emoción, busca un balance entre las emociones, busca equilibrar los estados de ánimo provocados por la situación, pero comúnmente no se modifica la situación, ya que no se considera posible; es probable desarrollar patologías por la evitación a la situación y se busca un alejamiento. Comúnmente, como menciona Casado (s.f.) es un “manejo a nivel no-real, sino ilusorio, a veces manipulativo, en otras de negación, o de transferencia a otros de su

responsabilidad en lo ocurrido, o de atribución de intenciones" (p. 6). Por lo tanto, es una forma no funcional de manejar las demandas que el individuo afronta.

También, el afrontamiento, según Macías *et al.* (2013) "se deriva de las interacciones de las personas con otras y en las múltiples circunstancias de su vida en los contextos socioculturales, lo cual deja ver la multicausalidad del fenómeno" (p. 5).

Las estrategias de afrontamiento son aquellas manifestaciones que un sujeto hace al enfrentarse a una situación que puede ser estresante para sí mismo. Sin embargo, dependiendo del manejo que tenga de las situaciones puede ser beneficiosas o perjudiciales. Por ejemplo, un mal manejo de un factor estresante puede llevar a una persona a enfermar de gravedad, pero un buen manejo de los diferentes eventos puede impulsar a una persona a aumentar sus destrezas.

Además, "La propuesta de estrategias de afrontamiento individual privilegia la dimensión social del ser humano, al reconocer que el afrontamiento surge de la interacción recíproca y de la rutina, exigiendo tomar alguna decisión por parte del individuo" (Macías *et al*., 2013, p. 128).

Al respeto, Lazarus y Folkman (1986) mencionan siete estrategias que el individuo puede experimentar para afrontar situaciones externas y percibir o no estrés y otras emociones. Estas se mencionan a continuación:

- ✓ Confrontación: intentar solucionar la situación sin importar si se utilizan medidas no correspondientes, como la agresión física.
- ✓ Planificación: analizar la situación y crear estrategias diversas para confrontarla.
- ✓ Distanciamiento: alejarse del problema, no pensar en él, no buscar solución y evitar la afectación.
- ✓ Autocontrol: esfuerzos para controlar los propios sentimientos y respuestas emocionales.

- ✓ Aceptación de responsabilidad: analizar el problema y la responsabilidad que la persona tuvo para el inicio y continuación de la situación, aceptando los cargos requeridos para su solución.
- ✓ Escape-evitación: empleo de un pensamiento irreal improductivo o de estrategias como comer, beber, usar drogas o tomar medicamentos.
- ✓ Reevaluación positiva: percibir de forma positiva la situación, y no dejarse llevar solo por los factores negativos del problema.

Cabe destacar que estas estrategias de afrontamiento varían según el perfil psicológico del individuo para solucionar un evento. Además, es importante rescatar que las personas pueden utilizar estas estrategias dirigiéndose a la emoción, o pueden hacerlo dirigido al problema, y esto puede cambiar el rumbo que tome el evento.

De igual manera, si la estrategia que se utiliza genera más estrés que al principio es porque esa no es la estrategia correcta, y se debe de buscar otra.

2.2.2.2. Factores de manejo utilizados en situaciones estresantes

Lazarus menciona que las personas utilizan diferentes factores de manejo ante los eventos que se van presentando en el día a día. Todas las personas requieren de un tiempo diferente para enfrentar la situación, y una forma de manejarlo puede aumentar o disminuir el estrés.

Por tal razón, Lazarus (2000) menciona algunos de los factores de manejo, los cuales son:

- ✓ Manejo como rasgo. Aquellas personas que utilizan la misma estrategia de afrontamiento cada vez que se encuentra en un evento estresante. Por ejemplo, que utilizaron la reevaluación positiva en alguna ocasión, les trajo buenos resultados y desde entonces esa es su estrategia de afrontar los problemas.

- ✓ Manejo como proceso. Este tipo de manejo se refiere a las personas que utilizan varias estrategias de afrontamiento para un mismo problema, o cambian de estrategia dependiendo del evento. Es decir, van actuando, dependiendo del proceso de la situación.
- ✓ Por medio de la valoración. Se valora si es modificable o no, y de ahí se parte para escoger una de las estrategias. Es común que cuando la situación es modificable, la estrategia se centre en el problema. Sin embargo, cuando la estrategia es no modificable se centra más en las emociones causadas por la situación.
- ✓ El manejo como mediador. El manejo se considera un poderoso mediador entre el estrés y las emociones, se va manejando la situación según las emociones que van aflorando en el momento.

En conclusión, es importante tomar en cuenta que todo se correlaciona. Primeramente, el tipo de valoración que se da ante una situación, determinando si esta es modificable o no modificable. Luego están los factores sociales y ambientales, los cuales van a influir en la toma de decisión en cuanto a la estrategia de afrontamiento y al modo de manejo que se dará para sobrellevar el evento. Todo esto se lleva a cabo para que las circunstancias sean lo menos estresantes posibles.

Así mismo, los eventos estresores y las emociones se entrelazan y crean una relación única en cada individuo. Por ende, la personalidad, el ambiente sociocultural, las interacciones sociales y los factores psicológicos, serán aspectos que determinarán el transcurso de estos eventos y cuánto puede afectar a las emociones. De manera que, dichos elementos influyen en la determinación de la respuesta del individuo bajo el contexto de pandemia.

Capítulo III:

Marco metodológico

3.1. Tipo de investigación

A continuación, se desarrolla el tipo de metodología que se empleará para llevar a cabo esta investigación, con sus diferentes características y descripciones, correlacionándolos con el tema principal.

En primera instancia, se establece el paradigma positivista, el cual es un modelo que se utiliza en las investigaciones que se realizan buscando resultados de causa-efecto de forma objetiva que sea medible, cuantificable y analizable matemáticamente. Según Ramos (2015) "sustentará a la investigación que tenga como objetivo comprobar una hipótesis por medios estadísticos o determinar los parámetros de una determinada variable mediante la expresión numérica" (p. 10). Asimismo, el instrumento empleado permite que los resultados puedan ser medibles y cuantificables, según la respuesta de los participantes y de su realidad dada a través de su experiencia. Esto para comprobar los objetivos planteados, así como su interpretación de una forma cuantificable.

La investigación se desarrolla desde un enfoque cuantitativo, lo cual se conoce como un conjunto de procesos de carácter secuencial y probatorio que permite determinar la correlación entre variables, la generalización y objetivación de los resultados obtenidos a través de la muestra. En relación con esto, Sampieri *et al.* (2014) mencionan que "Utiliza la recolección de datos para probar hipótesis con base en la medición numérica y el análisis estadístico, con el fin de establecer pautas de comportamiento y probar teorías" (p. 4). De forma que, a través de este enfoque se puede acotar la información y lograr medir con precisión las variables del estudio, teniendo foco y por ende claridad. También, se puede establecer con exactitud los patrones de comportamiento de la población participante de la investigación.

En cuanto a las variables para la presente investigación, se indica que la variable dependiente establecida es el distanciamiento físico y social, y la variable independiente se determina como salud

mental. Además, para llevar a cabo la investigación se tomará como base el método no experimental, el cual permite que el estudio se lleve a cabo sin la manipulación deliberada de variables; únicamente se observan los fenómenos en su contexto natural para poder analizarlos. Sampieri *et al.* (2014) lo definen como "investigación que se realiza sin manipular deliberadamente variables. Es decir, se trata de estudios en los que no hacemos variar en forma intencional las variables independientes para ver su efecto sobre otras variables" (p. 152). El método anteriormente mencionado permite en la presente investigación observar el fenómeno tal y como se da en el contexto natural, con lo cual se logra una construcción a través de la realidad, siendo esta la información recolectada por medio del instrumento aplicado a la población participante.

Por último, se determina la investigación de tipo carácter correlacional, la cual tiene como objetivo principal relacionar las variables o factores de la información obtenida en la recolección de datos. Según Peña (2012) la finalidad de este tipo de estudio es "establecer el grado de relación o asociación no causal existente entre dos o más variables. Se caracterizan porque primero se miden las variables y luego, mediante pruebas de hipótesis correlacionales y la aplicación de técnicas estadísticas, se estima la correlación" (p. 4). Lo anterior, permite que la investigación tenga un valor parcial explicativo, ya que al conocer los conceptos, y por ende la profundidad de las variables, se pueden correlacionar y lograr una explicación válida y amplia de estas, sustentando la relevancia de su desarrollo a lo largo del estudio y en el análisis previo de los resultados.

3.2. Sujetos y fuentes de información

Para realizar el presente estudio se hace la selección de los participantes, para quienes se determinaron diferentes criterios de inclusión y exclusión. Estos exponen a continuación.

Figura 2. Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Rango de edad de personas a partir de los 18 años	Personas menores de 18
Estudiantes de la Facultad de Psicología	Estudiantes de otras facultades
Estudiantes de la Universidad Latina de Costa Rica, sede San Pedro	Estudiantes de otras sedes o universidades nacionales e internacionales
Estudiantes que no necesariamente han sido diagnosticados con trastornos psiquiátricos	
Hombres y mujeres	
Personas costarricenses y extranjeros	

Fuente: elaboración propia.

Así pues, la población estudiada se conforma por 857 estudiantes de la carrera de psicología de la Universidad Latina de Costa Rica, sede San Pedro; por ende, la muestra corresponde a 285 participantes en total. Del dato mencionado se determina un 95 % de confiabilidad y un 5 % de margen de error, lo cual contempla un significativo nivel de confianza para la investigación. Además, la información se obtiene de fuente primaria, debido a que los estudiantes son los que responden los ítems del instrumento empleado.

3.3. Definición de variables

A continuación, se expondrán las variables que se han determinado para la presente investigación.

Figura 3. Operacionalización de variables

Variables de análisis	Definición conceptual	Definición operacional	Definición instrumental
Sintomatología ansiosa asociada a la limitación de movilidad y la distancia física y social de los estudiantes de psicología de la Universidad Latina, sede San pedro.	Según Beck (2010), se entiende por ansiedad, citando a Barlow, como la "emoción orientada hacia futuro, caracterizada por las percepciones de controlabilidad e impredecibilidad con respecto a sucesos potencialmente aversivos y con un cambio rápido en la atención hacia el foco de acontecimientos potencialmente peligrosos o hacia la propia respuesta afectiva ante tales sucesos" (p. 22).	A través del inventario de ansiedad de Beck se buscará la detección de los síntomas o signos de la ansiedad en los estudiantes por causa del distanciamiento físico y social. Para la detección de síntomas de depresión en la población estudiantil debido al distanciamiento físico y social se utilizará el inventario de depresión de Beck. El cuestionario consta de 21 preguntas, en las que se debe de indicar el grado de severidad del síntoma. .	Los 21 síntomas que incluye el inventario son los siguientes: 1. Torpe o entumecido. 2. Acalorado. 3. Con temblor en las piernas. 4. Incapaz de relajarse. 5. Con temor a que ocurra lo peor. 6. Mareado, o que se le va la cabeza. 7. Con latidos del corazón fuertes y acelerados. 8. Inestable. 9. Atemorizado o asustado. 10. Nervioso. 11. Con sensación de bloqueo. 12. Con temblores en las manos. 13. Inquieto, inseguro. 14. Con miedo a perder el control. 15. Con sensación de ahogo. 16. Con temor a morir. 17. Con miedo. 18. Con problemas digestivos.

			19. Con desvanecimientos. 20. Con rubor facial. 21. Con sudores, fríos o calientes.
Relación entre síntomas de depresión y el distanciamiento físico y social en la población estudiantil universitaria.	La OMS (2017), en relación con la definición de depresión, menciona: "es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración" (s. p.).	Para la recolección de datos sobre la depresión se utilizará el inventario de depresión de Beck, el cual consta de 21 ítems.	Los 21 ítems del presente inventario son los siguientes síntomas, calificados por la gravedad en que se presentan: 1. Tristeza. 2. Pesimismo. 3. Fracaso. 4. Pérdida de placer. 5. Sentimientos de culpa. 6. Sentimientos de castigo. 7. Disconformidad con uno mismo. 8. Autocrítica 9. Pensamientos o deseos suicidas. 10. Llanto. 11 Agitación. 12 Pérdida de interés. 13. Indecisión. 14. Desvalorización. 15. Pérdida de energía. 16. Cambios en los hábitos de sueño. 17. Irritabilidad. 18. Cambios en el apetito. 19. Pérdida de peso. 20. Cansancio o fatiga.

			21. Pérdida de interés en el sexo.
Indicadores de estrés relacionados con las medidas de restricción sanitarias por las autoridades de salud.	La Organización Mundial de la Salud (2010) define el estrés como el "conjunto de reacciones fisiológicas que preparan el organismo para la acción" (s. p.).	Para la determinar los datos referentes al estrés en los estudiantes durante la pandemia por COVID-19, se utilizará el segundo apartado de la escala de apoyo social y estrés de Duke.	Los ítems que recolectarán estos datos son los siguientes: el estrés que le genera la siguiente persona: C.1. Su mujer/marido u otras personas allegadas. C.2. Sus hijos o nietos. C.3. Sus padres o abuelos. C.4. Sus hermanos o hermanas. C.5. Sus otros parientes de sangre. 6.- Sus parientes por matrimonio (políticos, ex - cónyuge). C.7. Sus vecinos. C.8. Sus compañeros de trabajo. C.9. Miembros de su Iglesia. C.10. Sus otros amigos. C.11. Persona especial que genere estrés. C.12 ¿qué persona es?
Apoyo social y cuidado de la salud mental durante el distanciamiento físico y social	De acuerdo con Plazas (2017), en relación con la salud mental, se afirma que "no solamente se relaciona con los trastornos mentales y los costos que acarrean, sino también, su relevancia	Para la recolección de información sobre apoyo social y cuidado de la salud mental se utilizará la primera parte de la escala de apoyo social y estrés de Duke, donde se puede evidenciar el nivel de apoyo social y salud	Los ítems para determinar estos criterios son los siguientes: el apoyo emocional que le aporta la siguiente persona: D.1. Su mujer/marido u otras personas allegadas.

	a nivel individual, familiar, comunitario y social.” (p. 129)	percibido por el estudiante durante la pandemia, y cómo su círculo social y familiar afectan estos ámbitos en su vida.	D.2. Sus hijos o nietos. D.3. Sus padres o abuelos. D.4. Sus hermanos o hermanas. D.5. Sus otros parientes de sangre. D.6- Sus parientes por matrimonio (políticos, ex - cónyuge). D.7. Sus vecinos. D.8. Sus compañeros de trabajo. D.9. Miembros de su Iglesia. D.10. Sus otros amigos. D.11. Persona en particular en quien pueda confiar y a quien pueda acudir cuando tiene problemas personales. D.12. ¿qué persona es?

Fuente: elaboración propia.

3.4. Descripción de técnicas e instrumentos utilizados en la recopilación de datos

Para el presente estudio de investigación se empleó un instrumento conformado por nueve secciones. La primera reúne las instrucciones y el consentimiento informado; la segunda, los datos generales; la tercera, los antecedentes sintomáticos antes de la propagación de la enfermedad por COVID-19; en la cuarta, se hace la inclusión de las tres escalas de exploración de sintomatología de trastornos psicológicos; por lo tanto, la cuarta sección comprende el inventario de ansiedad de Beck; en la quinta, se incluye el inventario de depresión de Beck; la sexta y séptima sección incorporan la escala

de estrés y apoyo social de Duke; la octava, se basó en el cuidado de la salud mental y las estrategias de afrontamiento; y, por último, la sección novena expone el agradecimiento y el ítem de opción para recibir el resumen del presente estudio. Todas las secciones mencionadas mantienen las medidas establecidas por las instituciones gubernamentales para la contención del contagio del virus SARS-CoV-2.

A continuación, se desarrollan los tres inventarios utilizados para el trabajo investigativo.

A través del inventario de ansiedad de Beck se indagó la detección de los síntomas de ansiedad en los estudiantes por causa de la limitación de movilidad social. El cuestionario consta de 21 preguntas, en las que se debe de indicar el grado de severidad del síntoma, en una escala del 0 al 3, en el cual: 0 = en absoluto; 1 = levemente, no me molesta mucho; 2 = moderadamente: desagradable, pero puedo manejarlo y 3 = severo, no es soportable.

Los resultados se obtienen por medio de la suma de la información brindada de cada pregunta, llegando a una suma total de 63 puntos y se expresa de la siguiente forma: 00–21 - Ansiedad muy baja; 22–35 Ansiedad moderada y más de 36 - Ansiedad severa.

Luego, para la recolección de datos sobre síntomas de depresión durante el distanciamiento físico y social, se utilizó el inventario de depresión de Beck, el cual consta de 21 ítems. Se califica con una puntuación de 0 a 3, donde se cuantifica la puntuación que puede ser entre 0 y 63 puntos, y su interpretación es la siguiente: 0-9 no presenta depresión; 10-18 depresión leve; 19-29 depresión moderada y más de 30 depresión grave.

La tercera escala utilizada fue la escala de apoyo social y estrés de Duke, la cual explora las relaciones sociales del estudiante, con lo cual se mide el apoyo social o el estrés que le generan estas. La escala consta de 12 ítems de apoyo social percibido, y 12 ítems de nivel de estrés soportado. Se pueden

obtener varias puntuaciones: apoyo familiar, estrés familiar, apoyo no familiar, estrés no familiar, apoyo total y estrés total. Las puntuaciones de las distintas escalas oscilan entre 0 y 1. A mayor puntuación mayor estrés soportado o apoyo percibido.

Así las cosas, el instrumento se habilitó el día 11 de marzo del 2021 hasta el 21 de marzo del mismo año; comprendiendo así veinte días hábiles para participar y completar el instrumento. La fecha mencionada corresponde a un año posterior del inicio de la detección del primer caso positivo por el nuevo coronavirus en Costa Rica. Es un período en el cual el contexto se caracterizó por una disminución en los contagios y los decesos por estos, así como mayor apertura de las actividades sociales, comerciales y académicas. Además, es relevante mencionar que el inicio de la vacunación en el país se dio a finales del mes de diciembre del año 2020, por lo tanto, para la fecha de aplicación del instrumento un porcentaje importante de los grupos prioritarios ya habían recibido las dosis de la vacuna correspondiente contra la enfermedad.

3.5. Sustentación de la confiabilidad y la validez de los instrumentos de investigación

Las escalas que se emplean en el instrumento han sido ampliamente estudiadas, a la vez que han demostrado su efectividad en las áreas de aplicación y los resultados propuestos. En este sentido, se detalla sobre la fiabilidad y validez de cada una.

En cuanto a la fiabilidad de la escala de depresión de Beck, se puede afirmar que cuenta con una buena consistencia interna, la cual es de 0,88 % a 0,89 % en el Alfa de Cronbach. Muestra una validez predictiva como instrumento diagnóstico en estudios a nivel nacional. Muestra en pacientes psiquiátricos valores con una media de 0,7 2% y en individuos no psiquiátricos una media de 0,6 %. Al igual, muestra una importante sensibilidad al cambio, similar o inferior a la de la escala, con una correlación alta con la

mejoría a nivel clínico, evaluados por expertos en campo de clínica, tanto a nivel de terapias farmacológicas como psicológicas.

La fiabilidad de la segunda escala, el inventario de ansiedad de Beck, posee una elevada consistencia interna, el Alfa de Cronbach es de 0,90 % a 0,94 %. La correlación de los ítems con una puntuación entre de 0,71 %. Al igual, en cuanto a la fiabilidad de test-retest, se determina que en una semana 0,67 % a 0,93 % y posterior a 7 semanas de 0,62 %. Tiene una excelente correlación con medidas de ansiedad de poblaciones como adolescentes, personas adultas mayores, pacientes psiquiátricos y la población en general. Al respecto, Osman *et al*. (1997) apuntan que "Al analizar los elementos del test, Beck en el trabajo original encuentra dos factores principales: síntomas somáticos y síntomas subjetivos de ansiedad, pudiendo obtenerse dos subescalas. Con posterioridad el propio Beck describió cuatro factores: subjetivo, neurofisiológico, autonómico y pánico" (p. 14).

Por su parte, la escala de apoyo social y estrés de Duke cuenta con 0,66 % de fiabilidad con base en el Alfa Cronbach. En cuanto a la fiabilidad test-retest para apoyo familiar es de 0,76 %, para apoyo no familiar de 0,67 %, para estrés no familiar de 0,68 %, pero solo de 0,40 % para estrés familiar. Sin embargo, en otro estudio fue menor el valor de dicho coeficiente para estrés no familiar que para familiar. La validez de esta escala ha sido estudiada en varias ocasiones, mostrando una similitud con otros instrumentos, los resultados de los mismos obtuvieron en ocasiones resultados diferentes.

A propósito, a partir de lo mencionado anteriormente y según la fiabilidad de las escalas, el instrumento empleado posee un promedio de 83 % de validez y solo un 0,17 % de margen de error. Con ello se está por encima de la media establecida. Por lo tanto, indica una medición adecuada de las variables determinadas en este.

3.6. Ética y calidad

Dentro de las consideraciones éticas y de calidad del presente estudio de investigación, se establece el empleo de la normativa APA, séptima edición, respetando de esta forma los derechos del autor y el uso de fuentes con respaldo científico actualizadas. Además, se empleará el consentimiento informado, el cual asegura que la información recolectada será de carácter confidencial y utilizada únicamente para fines educativos, propios de la investigación. De igual forma, se aplicará el secreto profesional, por ende, no se publicarán nombres ni datos de las personas participantes; es de carácter voluntario. También, en el consentimiento informado se establece como criterio de exclusión a personas menores de edad, debido a que estas requerirían de la autorización de un adulto responsable.

Se contará con la supervisión de un tutor determinado, un lector y un filólogo, los cuales aportarán sus conocimientos profesionales para los lineamientos del presente estudio de investigación.

Capítulo IV:

Análisis de los datos

4.1. Datos generales de la población

A continuación, se presentan los resultados obtenidos del instrumento aplicado a la población participante, en análisis de las variables establecidas y mencionadas a lo largo del estudio. Por consiguiente, se muestran los datos generales de la población participante en la presente investigación.

La población contemplada está conformada por 857 estudiantes de la carrera de psicología de la Universidad Latina, de Costa Rica, sede San Pedro; el total de participantes fue de 285 personas, de las cuales 76,1 % fueron mujeres y 23,9 % hombres, con un rango de edad entre los 18 y 50 años, lo cual se fracciona como 81 % de personas participantes entre 18-30 años, siendo esta la de mayor participación, el 17,2 % entre 31-40 años, y el 1,8 % entre 41-50 años. Ante esto, cabe aclarar que el instrumento contempló la opción de un rango de 51años en adelante, pero no obtuvo ninguna selección. En cuanto a nacionalidad, el 92,3 % indicó ser de nacionalidad costarricense y un 7,7 % extranjeros; esto incluye las nacionalidades: nicaragüense, argentina, colombiana, holandesa, panameña y venezolana. Con respecto al estado civil, el 78,6 % de los individuos respondió estar soltero; el 11,9 %, casado; el 7,4 %, en unión libre; y el 2,1 %, divorciado. Además, el 84,3 % indicó no tener hijos y el 15,7 % sí tener hijos. En relación con las personas con las habita, el 62,1 % habita con el núcleo familiar (padre, madre y hermanos), el 21,40% con núcleo familiar (pareja e hijos, similares), el 14,8 % indicó vivir solo y el 1,7 % coinquilinos (*roommates*). Por último, respecto al estado laboral, las personas que indicaron estar en condición de desempleo representan el 63,8 %, siendo el resultado de mayor prevalencia; empleados, el 33,3 %; y empleado por cuenta propia, el 2,9 %.

Con base en lo descrito anteriormente, es importante mencionar que debido a la discrepancia obtenida en los resultados representados numéricamente de la población participante, en todas las categorías planteadas, se evidencia un sesgo en estos. Por lo tanto, para comprender a profundidad la

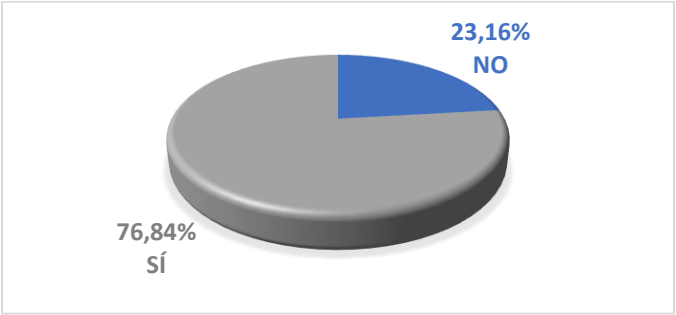
composición de los resultados se hace la aclaración de representar de forma general para lograr analizar el contenido en conjunto con el gráfico, para tener claridad de lo mencionado.

Figura 4. Porcentajes predominantes de la población muestra

Fuente: elaboración propia.

A lo largo del estudio se indagó sobre los antecedentes de sintomatología ansiosa y depresiva bajo un contexto previo del inicio de la pandemia por la enfermedad COVID-19. En relación con dicha información, se muestran los siguientes resultados.

Figura 5. Presenta síntomas ansiosos o depresivos antes de la pandemia



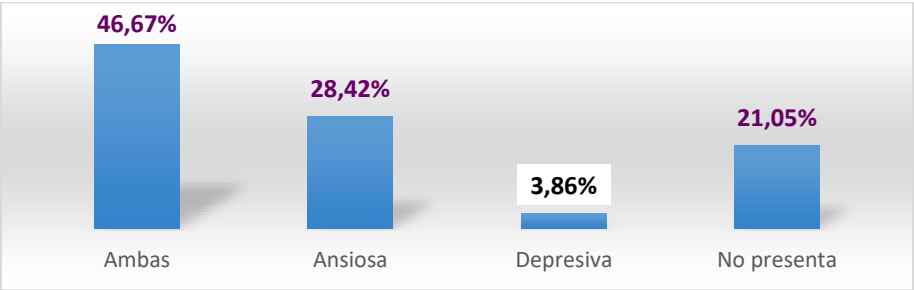
Fuente: elaboración propia.

Con base en los resultados, las personas participantes indicaron tener sintomatología ansiosa y/o depresiva antes del inicio de la pandemia, lo cual representa el 76,84 %, mientras que el 23,16% lo negó. Esto implica un porcentaje superior antes de la presencia del brote por el nuevo coronavirus. Los

resultados que se muestran determinan que en la mayoría de los individuos participantes ya percibía sintomatología ansiosa y/o depresiva antes del comienzo de la pandemia. Posterior al presente ítem se hace exclusión de los participantes que manifestaron no presentar ningún tipo de sintomatología anterior a la pandemia y se indaga de forma específica en dichas sintomatologías en conexión con el desarrollo del fenómeno.

El siguiente ítem hace referencia a la manifestación específica de la sintomatología ansiosa, depresiva o ambas, que se presentaba antes de la pandemia. Así pues, se pueden apreciar las puntuaciones obtenidas en la siguiente figura.

Figura 6. Sintomatología que presenta antes de la pandemia



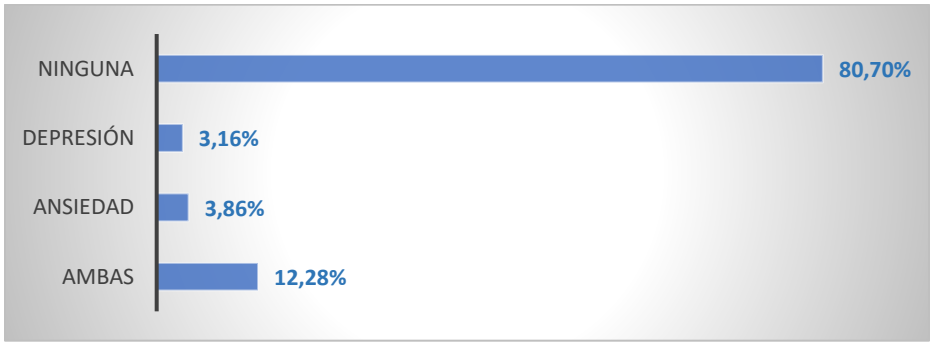
Fuente: elaboración propia.

Según los resultados obtenidos el 46,67 % de los participantes indicaron presentar sintomatología ansiosa y depresiva; el 28,42 %, únicamente ansiosa; el 3,86 %, respondió contar con síntomas depresivos; y por último, el 21,05 %, respondió no presentar ninguna. Siendo el porcentaje más alto la manifestación de ambas sintomatologías presente en la población participante y luego las personas que indican manifestación de sintomatología ansiosa. Con base en lo dicho se puede determinar que la mayoría de los participantes contaba con la presencia de síntomas ansiosos y depresivos antes de la pandemia. Además, se puede evidenciar un distanciamiento considerable entre la sintomatología únicamente ansiosa y depresiva, siendo esta última un rango mínimo en los porcentajes obtenidos. Por lo

tanto, el 95,11 % de los individuos que indicaron presentar ambas o solo síntomas ansiosos, manifiesta presencia tanto de forma individual como en conjunto con síntomas depresivos y solo el 4,89 % afirma tener sintomatología depresiva de forma individual. Así, se puede evidenciar que la sintomatología ansiosa es relevantemente mayor en cuanto a la percepción a diferencia de los síntomas de depresión.

Seguidamente, el objetivo del tercer ítem fue recolectar la información de los participantes que cuentan con un diagnóstico ante la sintomatología que manifiesta presentar, ya sea depresión, ansiedad o ambas. En el siguiente gráfico esto se muestra con mayor claridad.

Figura 7. Participantes que cuentan con diagnóstico



Fuente: elaboración propia.

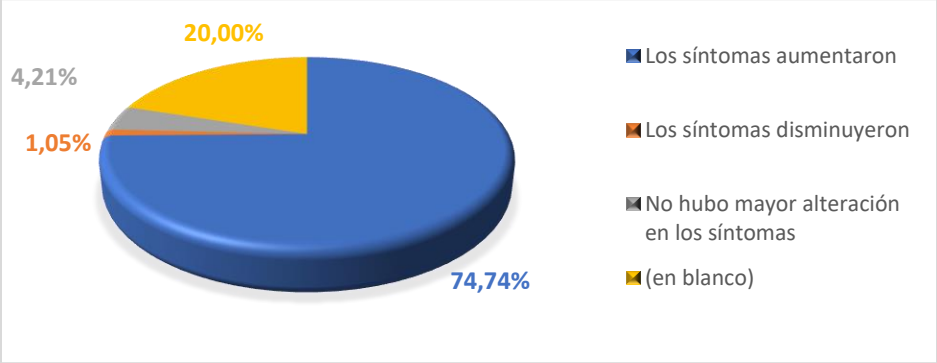
Los resultados determinaron que de los participantes el 80,70 % afirma no presentar ningún diagnóstico al momento de completar el instrumento empleado; el 3,16 %, con un diagnóstico de depresión; el 3,86 %, contar con un diagnóstico de ansiedad; y por último, el 12,28 % indicó contar con un diagnóstico tanto de ansiedad como de depresión. Por tal motivo, se puede determinar que el resultado más relevante es de las personas que no cuentan con ningún diagnóstico y posterior a este, las personas que respondieron tener un diagnóstico de ansiedad y depresión. Esto señala que pese a la presencia de sintomatología de forma considerable que las personas indican manifestar y se mostró en la información anterior, el porcentaje de personas que no cuentan con un diagnóstico es el 80,70 %, siendo

un porcentaje superior a diferencia de los que sí demostraron tener un diagnóstico, contemplando el 19,30 %.

En cuanto a la mayoría de las personas participantes que experimenta síntomas ansiosos, depresivos o ambos que no cuentan con un diagnóstico, se puede interpretar que no han contado con un proceso de evaluación diagnóstica o que han llevado dicho proceso y no cuentan con los criterios diagnósticos establecidos para un trastorno de ansiedad o depresión.

De acuerdo con la información anteriormente mencionada, el cuarto y último ítem se conforma sobre la dinámica de los síntomas durante el tiempo de la pandemia por el virus SARS-CoV-2. Por lo tanto, a continuación, se expone la siguiente información.

Figura 8. Percepción de síntomas durante la pandemia



Fuente: elaboración propia.

Como se muestra en el gráfico, de la población participante el 74,74 % indicó que los síntomas aumentaron durante la pandemia; el 4,21 % demostró que los síntomas disminuyeron; el 1,05 % que no hubo mayor alteración en los síntomas; y por último, el 20 % de los individuos no respondieron debido a no manifestar sintomatología ni antes ni durante de la pandemia.

El resultado de mayor prevalencia indica que la mayoría de las personas participantes ha tenido un incremento de los síntomas que presentaban antes de la pandemia durante el brote del virus SARS-

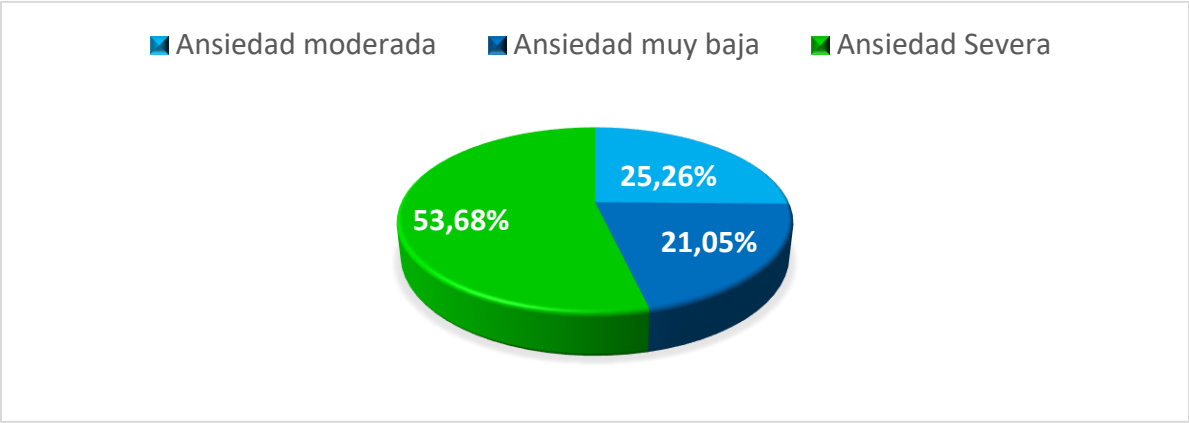
CoV-2, tal como se ha mencionado a lo largo de la investigación. Además, según lo mencionado por la OPS (2020), la pandemia ha tenido un impacto negativo en el bienestar mental de muchas personas. Al igual, la investigación elaborada por la UNED y UNA (2021), siendo este un estudio nacional que indaga el estado de la salud mental en Costa Rica, indica en sus resultados que el 32,1 % de la población presenta una afectación crítica en su salud mental por el nuevo coronavirus; datos que corroboran las puntuaciones obtenidas por los participantes del presente estudio que se mencionaron con anterioridad.

Por ende, según las puntuaciones del gráfico se puede evidenciar que la salud mental de los participantes se ha visto afectada de una forma considerable durante el transcurso de la pandemia. De modo que, el 74,74 % de la población colaboradora ha percibido la pandemia como un fenómeno con circunstancias desconocidas, inesperadas y desafiantes que influye en su respuesta emocional y conductual, lo cual impacta su salud mental.

4.1.1. Sintomatología ansiosa asociada a la limitación de movilidad y la distancia física y social de los estudiantes de psicología de la Universidad Latina, sede San Pedro

En cuanto a la primera variable, a los participantes se les suministró el inventario de ansiedad de Beck para determinar la posible existencia de sintomatología ansiosa en relación con la pandemia por el nuevo coronavirus. Los resultados se exponen según los diferentes elementos descriptivos de la población participante, lo cual se presentan a continuación.

Figura 9. Resultados del inventario de ansiedad de Beck



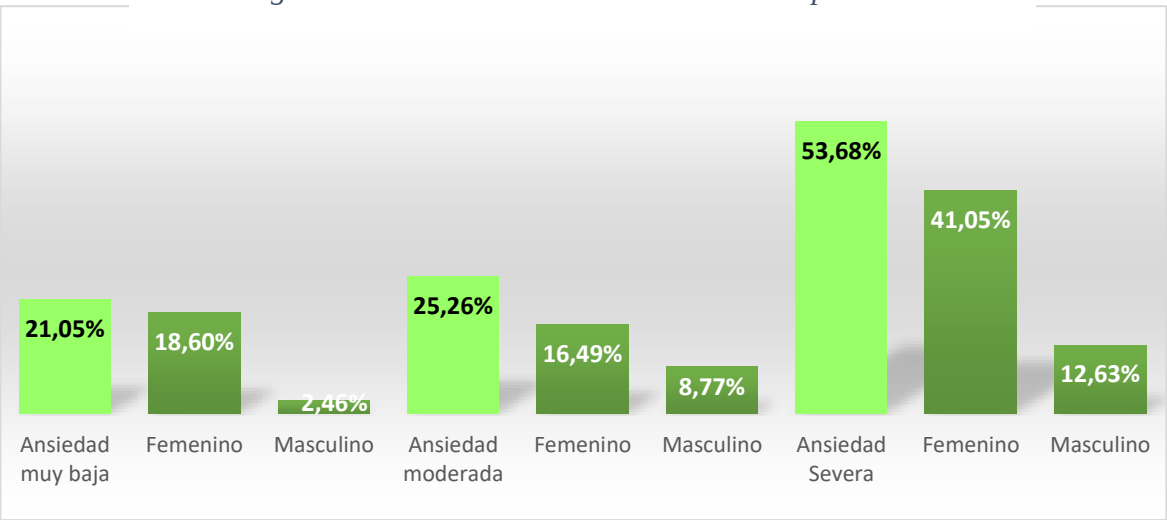
Fuente: elaboración propia.

Según los resultados obtenidos del inventario suministrado, del total de los participantes el 53,68 % presenta sintomatología de ansiedad severa; el 25,26 % sintomatología de ansiedad moderada. La puntuación más baja le compete al 21,05 %, sintomatología de ansiedad muy baja. El resultado más relevante determina que más de la mitad de los participantes presenta síntomas de ansiedad severa, por lo tanto, se evidencia lo que se ha mencionado a lo largo del presente trabajo, que los síntomas ansiosos han aumentado durante el transcurso de la pandemia. Esto también lo demuestran las investigaciones consultadas e incluidas como antecedentes, las cuales demuestran la prevalencia de los síntomas de ansiedad en la población que participó en dichas investigaciones.

Así mismo, la UNED y UNA (2021) indican en el reciente estudio nacional que el 43,7 % de la población consultada presenta sintomatología asociada con ansiedad generalizada severa, resultado que concuerda con los datos recolectados en el presente estudio, por lo cual se determina que la ansiedad severa predomina en la población consultada. Con base en lo dicho, la pandemia por la enfermedad COVID-19 ha representado una posible amenaza para los individuos. De modo que, para enfrentar dicha amenaza se experimentan reacciones cognitivas, fisiológicas y conductuales que se pueden caracterizar como síntomas de ansiedad.

De los datos anteriormente mencionados, según los síntomas de ansiedad por grado, la clasificación en cuanto a sexo se puede observar en el siguiente gráfico.

Figura 10. Relación resultados de ansiedad por sexo

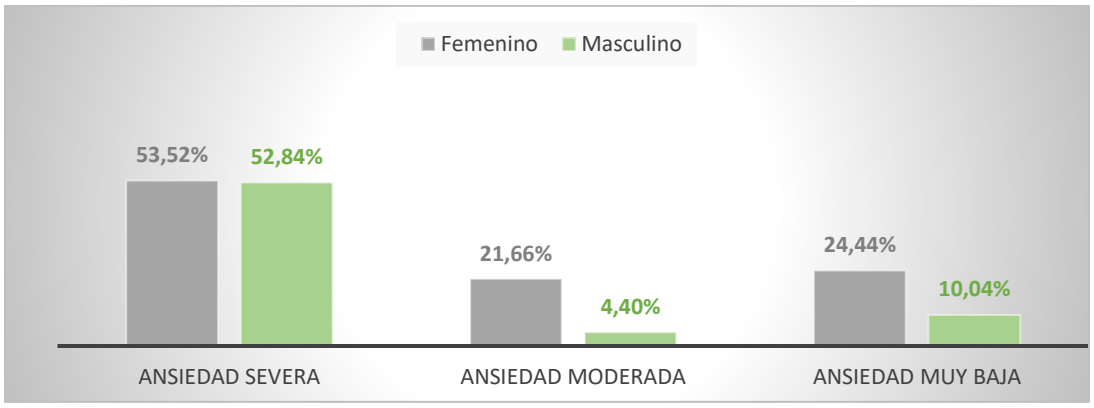


Fuente: elaboración propia.

En la figura anterior se ilustran los resultados según la información brindada por los participantes. Así pues, del porcentaje que presenta sintomatología de ansiedad severa el 41,05 % son mujeres y el 12,63 % hombres; en cuanto a los individuos que presentan sintomatología de ansiedad moderada el 16,49 % son mujeres y el 8,77 % son hombres. Por último, en relación con sintomatología ansiosa muy baja, el 18,60 % representa a las mujeres y el 2,40 % de hombres.

Como se puede observar en la figura anterior, se evidencia una prevalencia en las categorías de ansiedad de parte del sexo femenino. Sin embargo, el motivo es por la existencia de un sesgo debido a que de las personas participantes el porcentaje superior es femenino, lo cual contempla el 76,1 %. Por tal motivo, a continuación se desarrollan los resultados generales, fraccionando los porcentajes con el siguiente gráfico.

Figura 11. Relación resultado de ansiedad por sexo (porcentajes generales)



Fuente: elaboración propia.

A partir de los resultados generales en cuanto a sexo, el 52,84 % de los hombres y el 53,52% de las mujeres presentan sintomatología de ansiedad severa, lo cual marca una diferencia no significativa entre el sexo, pero sí una prevalencia en dicho rango de sintomatología severa, pues puntúa más del 50 % en ambos grupos. Esto determina la calificación más alta en los resultados que cita el inventario de ansiedad de Beck. En consecuencia, se refleja el sesgo mencionado con anterioridad, determinando una discrepancia en el resultado en contraste de la figura número 10 de los resultados específicos.

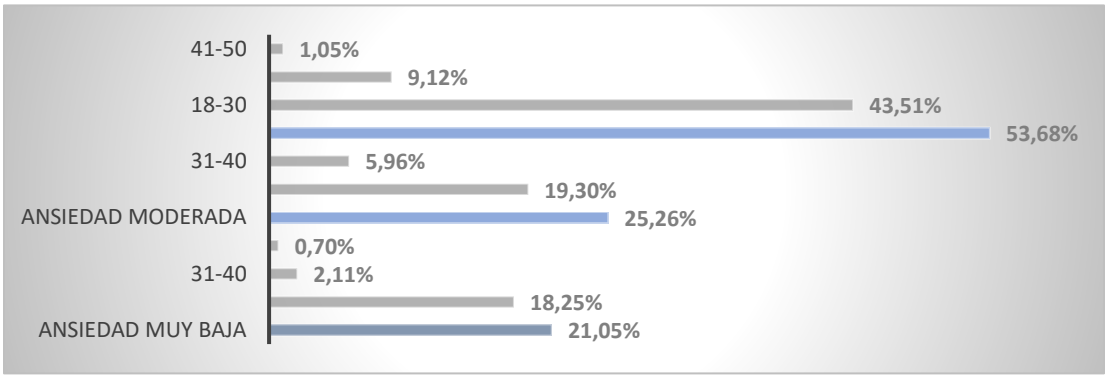
De la población muestra, la sintomatología de ansiedad moderada, el 21,66 %, corresponde al sexo femenino y el 36,69 % a la población masculina. Esto evidencia un leve incremento en los resultados del sexo masculino a diferencia del femenino. Además, esto coincide con el antecedente internacional que se mencionó anteriormente, el cual fue elaborado por González *et al*. (2020), en donde se menciona, en la variable de ansiedad, que la puntuación más alta corresponde al sexo masculino. De igual manera, esto se representa en las puntuaciones de dicha categoría de ansiedad.

Por último, de los individuos que presentaron sintomatología ansiosa muy baja, el 24,44 % abarca a las personas de sexo femenino en la totalidad y el 10,04 % de la población masculina

participante. A diferencia de la sintomatología ansiosa moderada, el sexo femenino es mayor en el presente rango.

Entonces, se evidencia que en los tres rangos de ansiedad mencionados la diferencia de los resultados es leve en lo que corresponde al sexo masculino y femenino desde la contextualización de los datos generales. También, es importante mencionar el rango de edad según las tres categorías que se mencionan con anterioridad. La siguiente relación se presenta a continuación.

Figura 12. Relación resultado de ansiedad por edad



Fuente: elaboración propia.

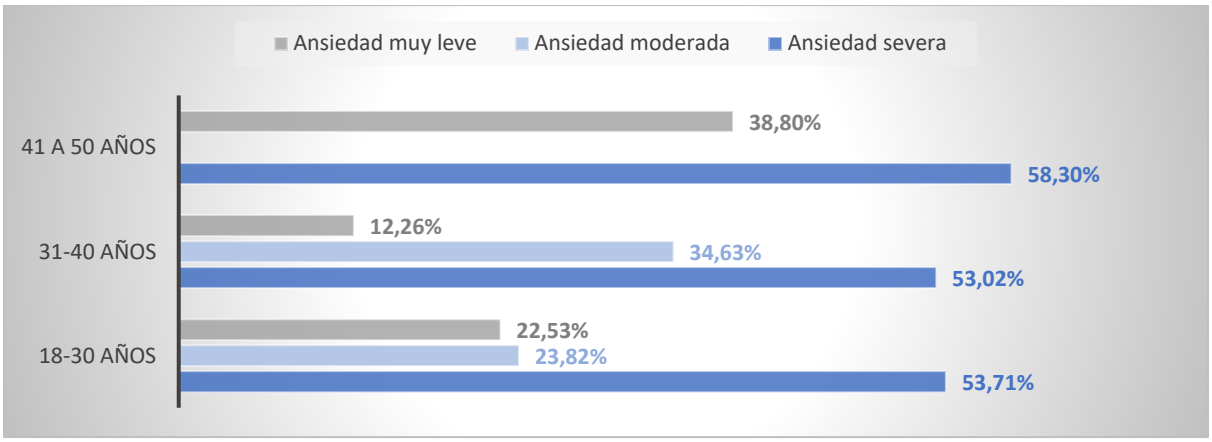
Con referencia a la categoría de ansiedad severa los datos demuestran que esta es la de mayor prevalencia en la población participante con 53,68 %, lo cual según la edad, el 1,05 % representa a individuos entre 41-50 años; el 9,12 %, de 31-40 años; y por último, el 43,51 % a personas entre 18-30 años.

En la segunda categoría, en ansiedad moderada, se demuestra el 5,96 % de personas entre 31-40 años; el 19,30 % entre 18-30 años de edad, en dicha categoría de ansiedad no se presenta puntuación en personas con un rango de edad entre 41-50 años.

Por último, en la tercera categoría, ansiedad muy baja, el 0,70 % representa a personas entre 41-50 años; el 2,11 % entre los 31-40 años; y el 18,25 % a personas entre los 18-30 años de la población participante de la presente selección de edad.

En el presente grupo correspondiente a la edad de los participantes, se detectó un sesgo por la cantidad de población en cada una de las selecciones. Por consiguiente, se presenta el gráfico con los porcentajes generales de cada una de ellas; esto para lograr una comprensión mayor.

Figura 13. Relación de resultado de ansiedad por edad (porcentajes generales)



Fuente: elaboración propia.

Tal como se muestra en el gráfico anterior, según el total de la población participante, en relación con ansiedad severa, el 58,3 % corresponde al rango de edad entre 41-50 años; el 53,02 %, a personas entre 31-40 años; y el 53,71 %, compete a los jóvenes entre 18-30 años. Esto representa la puntuación más significativa en las tres subcategorías de edad, lo cual muestra un leve incremento de puntuación en las personas con un rango de edad entre 41-50 años. De modo que, se puede interpretar que de los síntomas que se presentan en la ansiedad severa están los signos fisiológicos, emocionales y conductuales, los cuales pueden influir en el diario vivir. Este dato demuestra la necesidad de acudir a un especialista en psicología para recibir la atención adecuada en cuanto a evaluación y tratamiento.

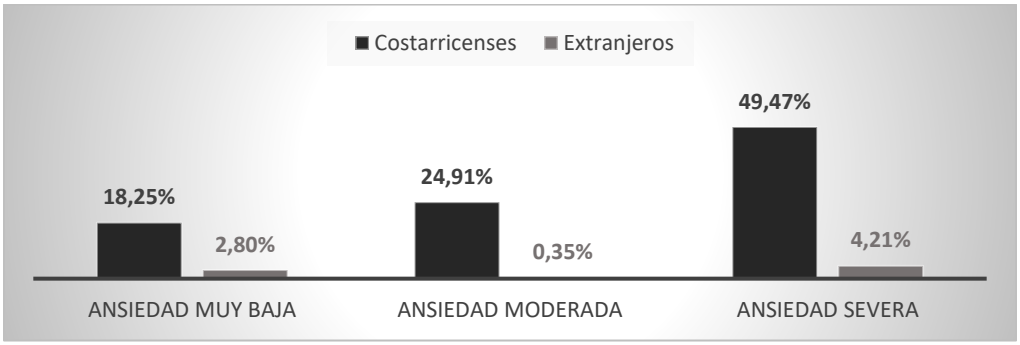
La segunda categoría representa los datos de ansiedad moderada, ante lo cual el 34,63 % corresponde al rango de edad entre 31-40 años de años y el 23,82 %, al grupo de 18-30 años. Asimismo, se evidencia una leve diferencia de los resultados obtenidos entre los rangos de edad de las personas participantes, no puntuando en los adultos entre 41-50 años, lo cual deja en evidencia que las personas entre dicho rango de edad presentan sintomatología en sus dos extremos, ya sea severa o muy leve.

En la última categoría, de ansiedad muy leve, los resultados determinan el 38,8 % de la población participante con un rango de edad 41-50 años; el 12,26 %, entre 31-40 años; y por último, el 22,53 % correspondiente a las personas entre 18-30 años.

Así pues, los resultados determinan una muestra significativa de sintomatología de ansiedad severa en los tres rangos de edad, lo que demuestra que no existe un resultado predominante por los subgrupos de edad en cuanto a los síntomas ansiosos.

Luego, siguiendo con las características principales de la población participante, en relación con la nacionalidad, se establecen dos grupos: nacionales y extranjeros. Los resultados de ansiedad según las categorías se muestran a continuación.

Figura 14. Relación de resultado de ansiedad por nacionalidad



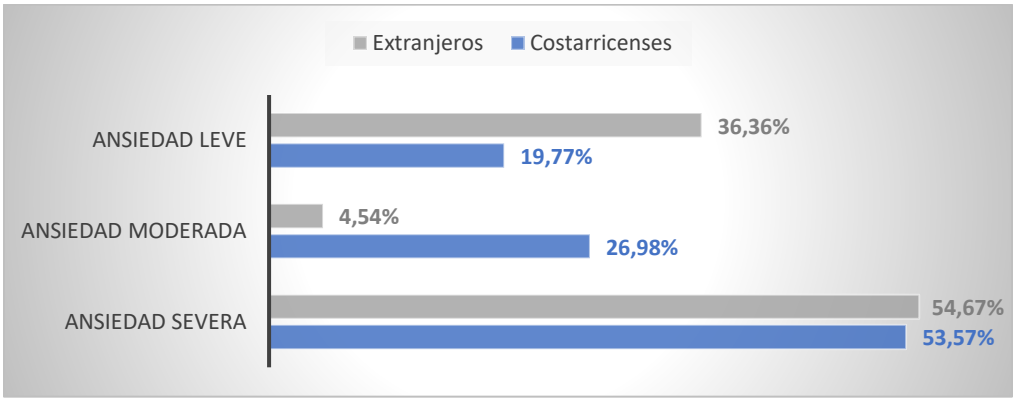
Fuente: elaboración propia

Como el gráfico muestra, la ansiedad muy baja, en relación con la nacionalidad de las personas participantes, comprende el 2,8 % de extranjeros y el 18,25 % de costarricenses. Los resultados, según la categoría de ansiedad moderada, señalan el 0,35 % de los participantes extranjeros y el 24,91 % de costarricenses.

Por último, en cuanto al dato según la categoría de ansiedad severa, el 4,21 % son extranjeros y el 49,47 % costarricenses, siendo este último el de mayor prevalencia, al igual que las otras categorías.

Así pues, en conexión con los datos mencionados anteriormente se evidencia una diferencia importante en los resultados numéricos. Por ende, resulta relevante exponer el contenido de modo general para comprenderlos con mayor precisión. En la siguiente figura se puede apreciar dicha información.

Figura 15. Relación de resultado de ansiedad por nacionalidad (porcentajes generales)



Fuente: elaboración propia.

Los datos recolectados estiman en ansiedad severa, según la puntuación general, el 53,57 % de la población total de costarricenses y el 54,67 % de los individuos de otras nacionalidades. En cuanto a ansiedad moderada, se tiene el 26,98 % en nacionales y el 4,54 % en extranjeros, lo cual marca una

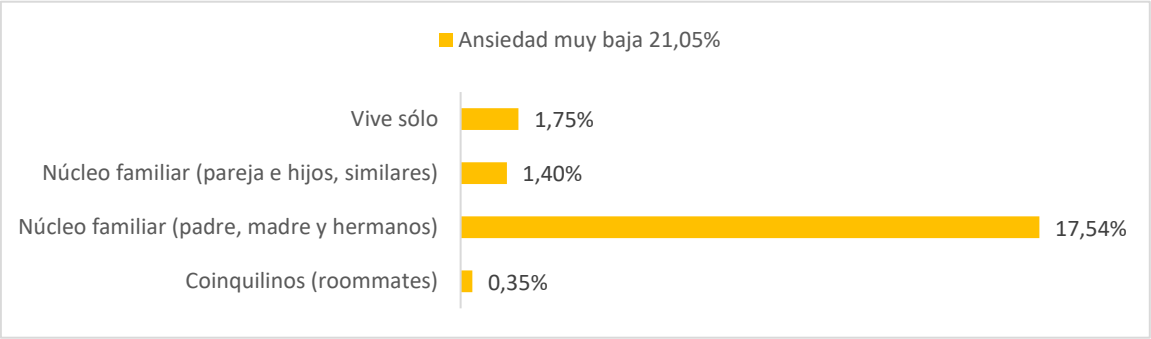
diferencia considerable en dicha categoría. Por último, los costarricenses puntuaron 19,77 % en ansiedad muy baja y los extranjeros 36,36 %, siendo este último el resultado superior, con una notoria diferencia.

De manera que, se puede interpretar que las personas participantes en el estudio de nacionalidad extranjera puntuaron más alto en ansiedad muy baja y ansiedad severa, en contraste con los costarricenses, quienes comprenden el grupo de ansiedad moderada en cuanto a prevalencia. Sin embargo, pese a la diferencia porcentual existe una similitud de mayor incidencia en los datos de la categoría de ansiedad severa, tanto para costarricenses como para extranjeros.

También, la información expuesta permite corroborar que la ansiedad severa sobresale en las diferentes categorías determinadas, pese a la discrepancia en los porcentajes de los subgrupos muy leve y moderada.

Según los datos brindados por las personas participantes, en relación con las personas con las que habita, se fracciona de la siguiente manera: núcleo familiar (padre, madre y hermanos), núcleo familiar (pareja e hijos, similares), coinquilinos (*roommates*), unión libre y vive solo. Los datos se muestran a continuación.

Figura 16. Relación resultado de ansiedad muy baja por personas con las que habita

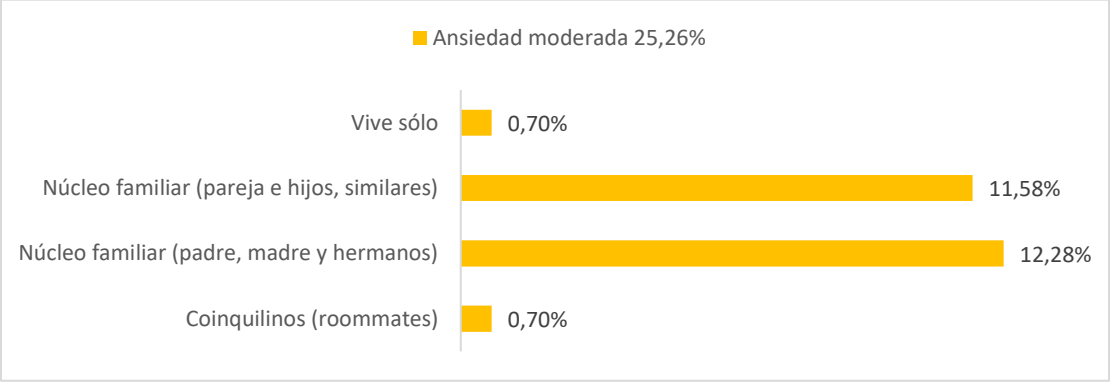


Fuente: elaboración propia.

Tal como se muestra en la figura de ansiedad muy baja, del 21,05 % que resultó de la población total participante, en fracción de convivencia, el 1,75 % vive solo; el 1,40 % convive con su núcleo familiar que comprende a la pareja e hijos y similares; el 17,54% indicó vivir con su núcleo familiar que incluye a padres y hermanos; y el 0,35 % habita con coinquilinos.

La segunda categoría corresponde a la relación entre los resultados de ansiedad moderada y las personas con las que convive. En esta línea, los individuos participantes muestran los siguientes resultados.

Figura 17. Relación de resultados de ansiedad moderada por personas con las que habita

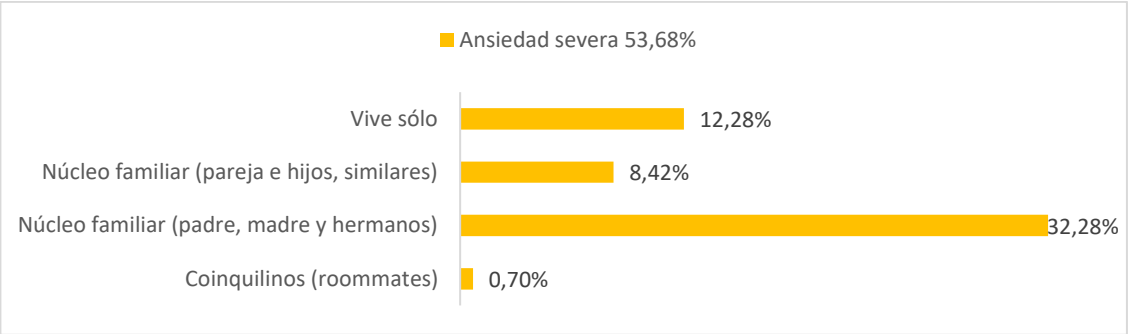


Fuente: elaboración propia.

A partir de los resultados que se exponen en el gráfico anterior, del 25,26 % de la población participante que puntúa tener sintomatología de ansiedad moderada, el 0,70 % vive solo; el 11,58 % convive con su núcleo familiar de pareja, hijos y similares; el 12,28 % indica habitar con su núcleo familiar que corresponde a padres y hermanos; y un 0,70 % convive con coinquilinos.

Por último, se muestra la relación de las personas con las habita y el resultado en conexión de ansiedad severa, la cual comprende un 53,68 % de la población participante. En el siguiente gráfico se aprecia dicha relación con mayor claridad.

Figura 18. Resultado de ansiedad severa por personas con las que habita

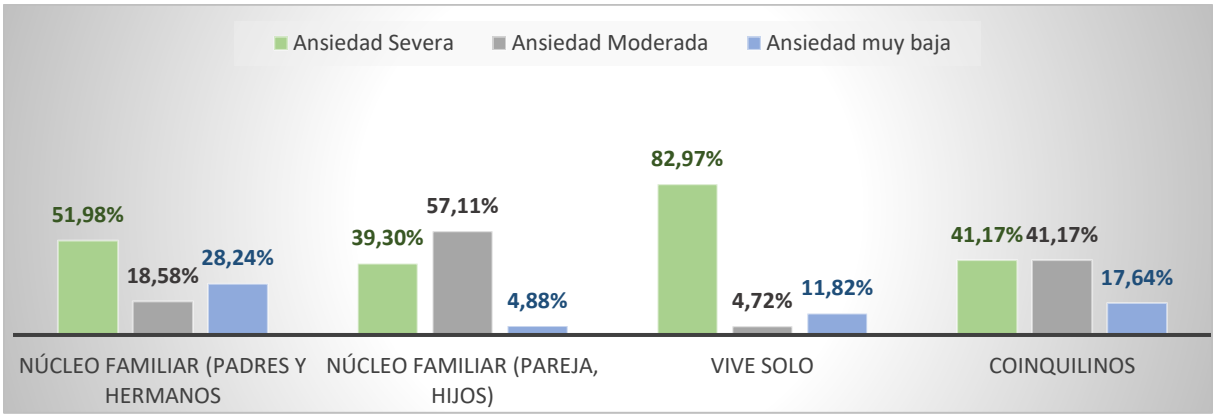


Fuente: elaboración propia.

Los resultados determinan que el 12,28 % de los participantes manifiesta vivir solo; el 8,42 % habita con núcleo familia que compre a pareja, hijos o similares; un 32,28 % indicó vivir con el núcleo familiar padres y hermanos; por último, el 0,70 % con coinquilinos.

De acuerdo con los datos específicos, se muestra un porcentaje superior en las tres categorías de ansiedad en las personas que habitan con su núcleo familiar que comprende a padres y hermanos. Sin embargo, en dicho grupo de convivencia, al ser el de mayor porcentaje, puede mostrar un sesgo en la información brindada con anterioridad. Por tal motivo, a continuación se presentan los datos generales.

Figura 19. Relación de resultados de ansiedad por personas con las que habita (porcentajes generales)



Fuente: elaboración propia.

En cuanto a los resultados generales de las personas participantes que indicaron vivir con su núcleo familiar que comprende a padres y hermanos, el 51,98 % compete a ansiedad severa, el 18,58 % a ansiedad moderada y el 28,24% reporta ansiedad muy baja. Luego, el núcleo familiar que está conformado por pareja e hijos muestra que el 39,3 % comprende a los participantes que puntuaron en ansiedad severa, el 57,11 % en ansiedad moderada y el 4,88 % en ansiedad muy baja. En relación con las personas que indicaron vivir solas, el 82,97 % corresponde a ansiedad severa, el 4,72 % a ansiedad moderada y el 11,82 % a ansiedad muy baja. Por último, en cuanto a los participantes que respondieron vivir con coinquilinos, el 41,17 % corresponde a ansiedad severa, el 41,17 % a ansiedad moderada y el 17,64 % a ansiedad muy baja.

Según la información anterior, se evidencia en ansiedad severa una prevalencia de las personas que indicaron vivir solas, superando el 80 % de la población con dicha característica. Por tal motivo, se puede interpretar que bajo el contexto de pandemia las personas cercanas, familiares o amigos representan una red de apoyo importante para enfrentar una situación desconocida, tal como lo es la emergencia sanitaria por la enfermedad COVID-19, al igual que durante la aplicación de las medidas establecidas para la contención del contagio y la dinámica si una persona contrae el virus.

Además, los datos demuestran que el núcleo familiar que comprende a padres y hermanos en el que predomina la ansiedad severa, permite interpretar el impacto que han tenido las medidas alternas tras la ruptura de la continuidad de las actividades en las diferentes áreas en las que se desarrolla la familia, tal como la laboral, académica, social y familiar. Esto representa un reto de adaptación para los miembros de la familia que puede repercutir en la dinámica de convivencia.

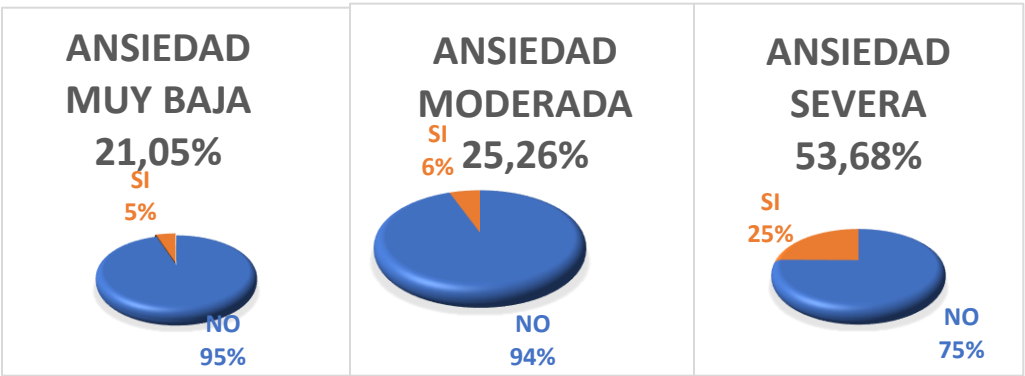
Por su parte, el núcleo familiar que involucra a pareja e hijos puntúa como el más bajo en ansiedad severa. Sin embargo, es una calificación considerable, ya que compete casi el 40 % de dicho grupo. Así mismo, en la presente categoría la puntuación más alta es ansiedad moderada, lo cual

representa uno de los datos más significativos del gráfico y muestra una posible afectación en la dinámica de la convivencia familiar.

Por último, en el grupo de personas que viven con coinquilinos presenta un resultado idéntico en dos de las puntuaciones, siendo estas las más altas con porcentajes superiores al 40 % en ansiedad moderada y severa. Por ende, se puede agregar que del presente grupo la población indica manifestar sintomatología ansiosa.

Ahora bien, a partir de los datos brindados por las personas participantes en el estudio que puntuaron en sintomatología ansiosa de alguna de las tres categorías, quienes indicaron tener hijos, en relación con dichas categorías, se logra componer el siguiente gráfico.

Figura 20. Relación de resultado de ansiedad por personas con hijos

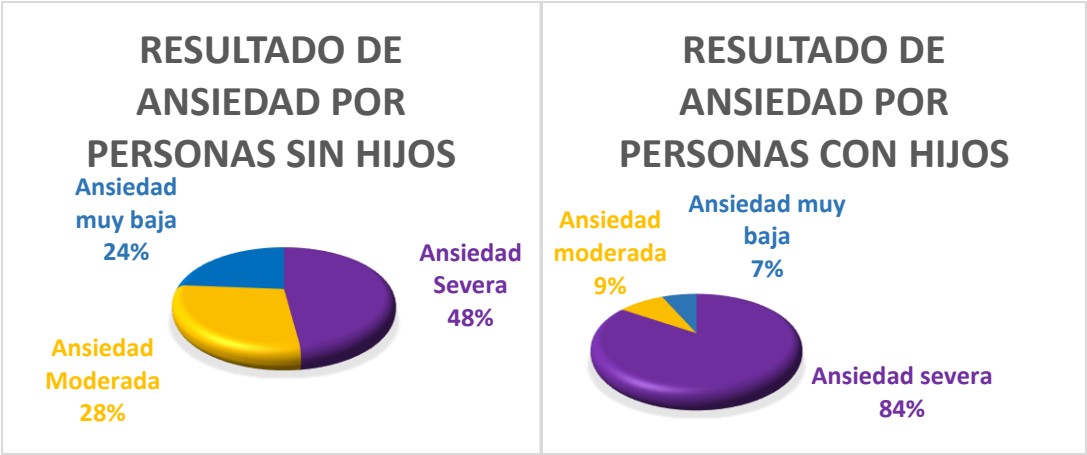


Fuente: elaboración propia.

Los resultados determinan, en la categoría de ansiedad muy baja, que el 5 % de los participantes indicó tener hijos y el 95 % no. En cuanto a ansiedad moderada, el 6 % sí tiene hijos y el 94% no. Por último, en ansiedad severa, el 25 % respondió sí tener hijos y el 75 % no, siendo esta la de mayor prevalencia en los participantes de las tres categorías mencionadas con anterioridad, al igual que el dato más relevante en cuanto a respuestas afirmativas de si tiene o no hijos.

A continuación, se presenta el gráfico que expone los resultados a nivel general, en contraste con los datos brindados anteriormente. Esto debido al sesgo que se visualiza por la diferencia significativa en cuanto a la población.

Figura 21. Relación resultado de ansiedad por personas con hijos (porcentajes generales)



Fuente: elaboración propia.

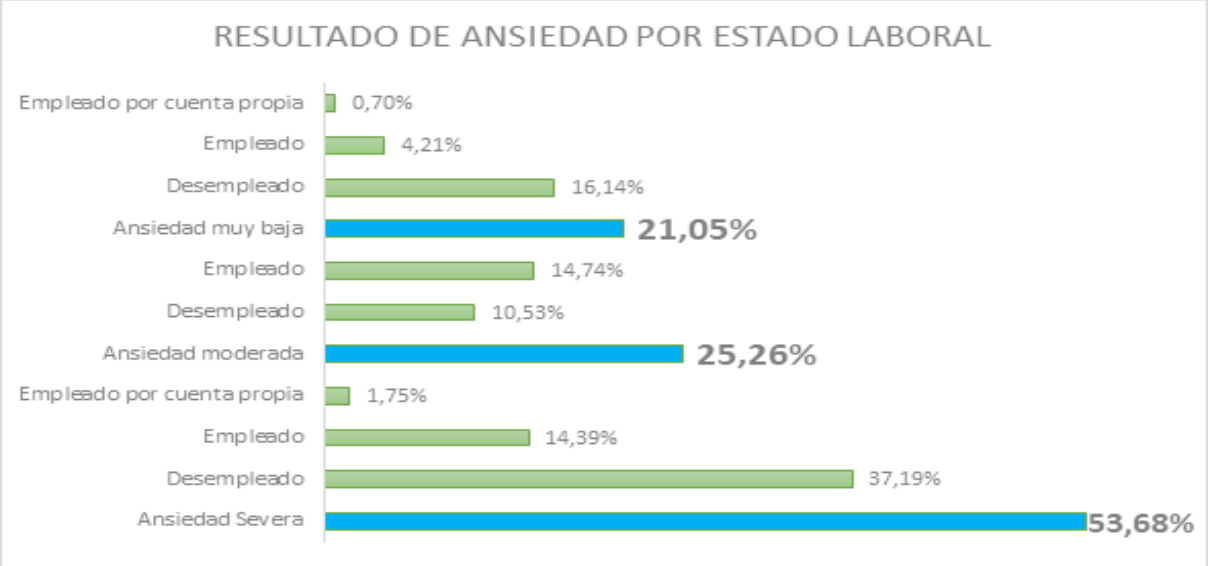
Como se refleja en la figura anterior, de las personas colaboradoras del estudio que indicaron sí tener hijos, el 9 % corresponde a la categoría de ansiedad moderada, el 7 % a ansiedad muy baja y el 84% a ansiedad severa. Por su parte, de los individuos que respondieron no tener hijos, el 28 % comprende con ansiedad moderada, el 24 % con ansiedad muy baja y el 48 % con ansiedad severa.

Lo anterior, revela que en ambos grupos los síntomas de ansiedad severa sobresalen, sin embargo, en las personas que sí tienen hijos dicha ansiedad puntúa de forma significativa. Este dato permite relacionar el incremento de respuesta ansiosa frente a una situación atípica, como lo es la pandemia por el virus SARS-CoV-2, con la responsabilidad de las funciones paternas. También, los padres de familia cumplen sus tareas laborales, académicas y otras, así como el proceso de acompañar a sus hijos en sus asignaciones académicas, el cuido y atención a sus necesidades básicas. Esto aumenta la

rigurosidad en la planeación familiar y contempla las medidas de higiene y protección para evitar el contagio. Además, dicha dinámica familiar puede implicar una serie de respuestas físicas y emocionales adaptativas o desadaptativas, lo cual impacta la salud mental.

Encuanto al estado laboral de las personas participantes se expone la relación de los resultados con la manifestación de sintomatología ansiosa, según el inventario empleado. Se desarrolla el resultado según las tres categorias anteriormente mencionadas. Así pues, se muestran los gráficos con los datos que indicaron los participantes.

Figura 22. Relación de resultado de ansiedad por estado laboral



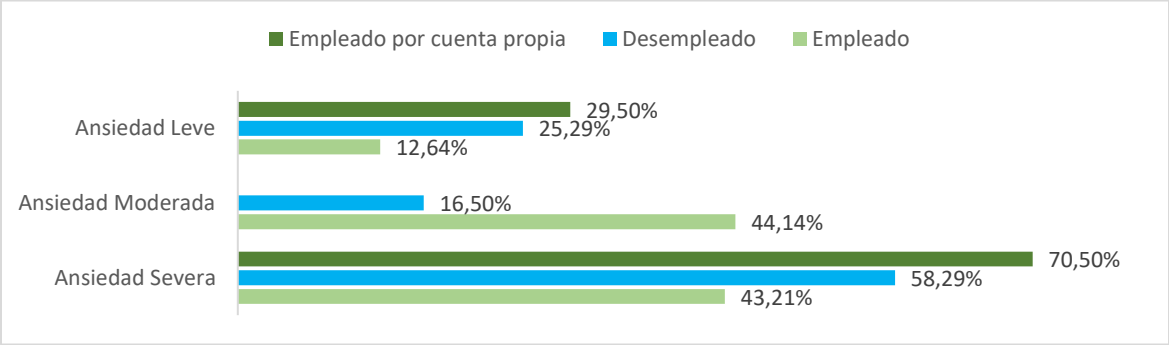
Fuente: elaboración propia.

De acuerdo con los resultados, del grupo de ansiedad muy baja, que corresponde el 21,05 % en total, el 0,70 % de los participantes indicó estar en condición de empleado por cuenta propia, el 4,21 % empleado y el 16,14 % desempleado. Luego, en relación con ansiedad moderada, que implica el 25,26 % de la población total, el 14,71 % indicó ser empleado y el 10,53 % estar en condición de desempleo. Por último, en cuanto a ansiedad severa, que contempla un 5,68 % de los individuos, los datos

demuestran que el 1,75 % está en condición de empleado por cuenta propia, el 14,9 % empleado y 7,19 % en condición de desempleo.

Ahora bien, a causa de la diferencia en la población participante en la presente categoría, se refleja un sesgo al ser la población desempleada considerablemente mayor. A continuación, se expone el gráfico para apreciar esto con mayor claridad.

Figura 23. Relación de resultado de ansiedad por estado laboral (porcentajes generales)



Fuente: elaboración propia.

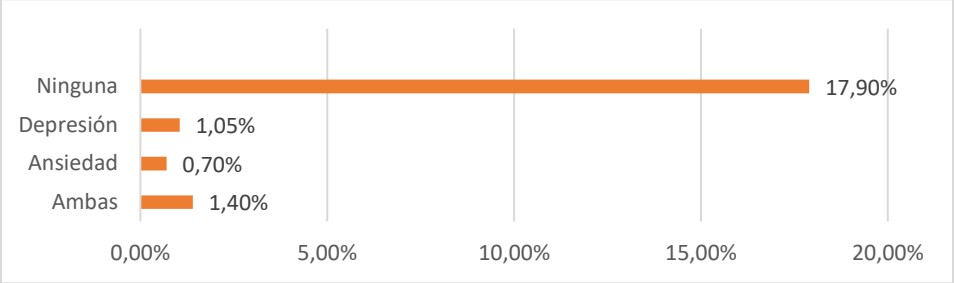
Como se aprecia en la figura expuesta, en lo que corresponde a la categoría de ansiedad leve, el 29,5 % se encuentra en condición de empleado por cuenta propia, el 25,29 % desempleado y el 12,64 % empleado. Posteriormente, respecto a la ansiedad moderada, el 16,5 % indicó estar en condición de desempleado y el 44,14 % empleado. Por último, en ansiedad severa, el 70,5 % de las personas respondió estar en condición de empleado por cuenta propia, el 58,29 % desempleado y 43,21 % empleado.

Los resultados determinan que los empleados por cuenta propia, en la categoría de ansiedad severa, comprenden la puntuación más significativa, lo cual, en conexión con las consecuencias e impacto que ha tenido la pandemia en el ámbito laboral y la economía tanto a nivel nacional como internacional a causa de la integración de nuevas formas de trabajo, implica que las personas que

trabajan por cuenta propia pueden presentar limitaciones e inestabilidad a nivel de negocio y por ende de los ingresos económicos. De igual forma, en la misma categoría de ansiedad, otro de los resultados más relevantes corresponde a las personas en condición de desempleado, lo cual refleja la afectación del estado laboral de las personas en el estado mental.

En cuanto a las personas participantes que respondieron de forma afirmativa en un diagnóstico de ansiedad, depresión, ambas o ninguna, se correlaciona con el resultado del inventario de ansiedad de Beck empleado. Esto, al igual que la dinámica anterior, se trabaja bajo las tres categorías de ansiedad y lo cual se presenta a continuación.

Figura 24. Resultado de ansiedad baja por personas con diagnóstico

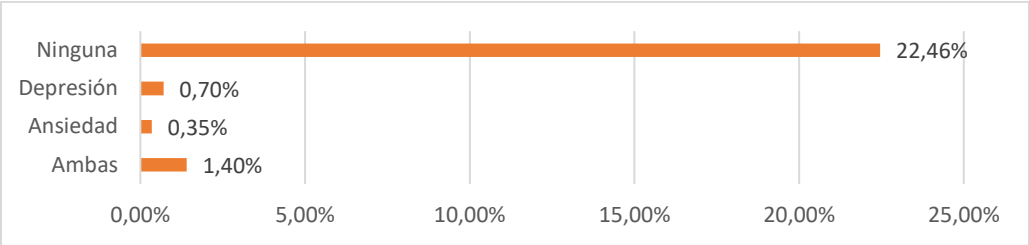


Fuente: elaboración propia.

En el gráfico anterior se evidencia que la categoría de ansiedad muy baja contempla un 21,05 % en total, lo cual representa la relación de las personas participantes en respuesta de la afirmación o negación de un diagnóstico. Los resultados indican que la puntuación más alta es de las personas que no han sido diagnosticadas, lo cual corresponde a 17,90 % de los individuos, el 1,05 % respondió tener un diagnóstico de depresión, el 0,70 % ansiedad, y por último, el 1,40 % indicó tener un diagnóstico de ansiedad y depresión.

La segunda categoría, que corresponde a la ansiedad moderada y según los datos recolectados, se muestra a continuación.

Figura 25. Relación de resultado de ansiedad moderada por personas con diagnóstico

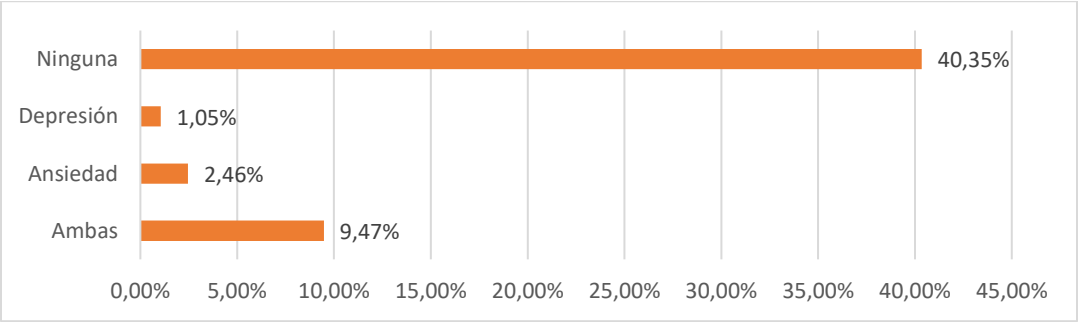


Fuente: elaboración propia.

Las cuantías demuestran, en relación con la presente categoría, que corresponde a un 25,26 % de la población total con presencia de sintomatología moderada, que el 22,46 % indicó no tener ningún diagnóstico, el 0,70 % respondió tener un diagnóstico de depresión, el 0,35 % de ansiedad, y el 1,40 % manifestó contar con un diagnóstico de ambas.

Por último, en la tercera categoría, que corresponde a ansiedad severa, la información se muestra a continuación.

Figura 26. Relación de resultado de ansiedad severa por personas con diagnóstico



Fuente: elaboración propia.

Como se muestra en el gráfico, dicha categoría comprende al 53,68 % de la población total participante. De este, el 40,35 % indicó no tener ningún diagnóstico, el 1,05 % depresión, el 2,46 % ansiedad, por último, el 9,47 % de los individuos respondió tener ambos diagnósticos.

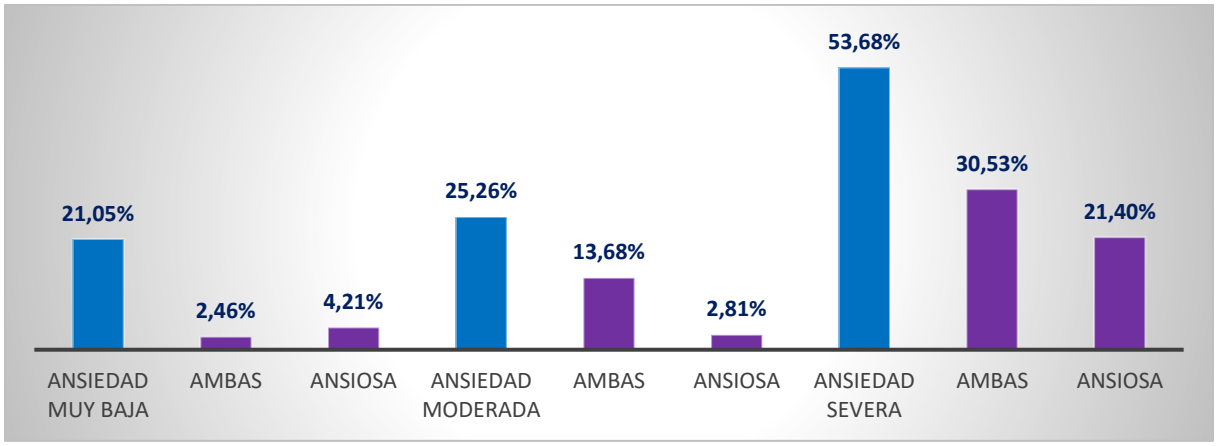
En referencia a las tres categorías, los resultados determinan una significativa prevalencia en los síntomas de ansiedad en las personas participantes que indicaron no tener ningún diagnóstico. Por lo tanto, es de gran relevancia mencionar que se presenta una importante manifestación sintomatológica en la población colaboradora del estudio según el inventario de ansiedad de Beck.

Las respuestas reflejan que los participantes que puntuaron en las diferentes subcategorías de ansiedad establecidas no cuentan con un diagnóstico, sin embargo, dicha población percibe los síntomas, los reconoce y acepta. A lo largo del trabajo se explica el impacto que han tenido las diferentes medidas para contener el contagio del virus, pero, de todas ellas, el distanciamiento físico y social ha sido una de las medidas que más impacto ha tenido en la población.

A propósito de lo mencionado, el distanciamiento físico y social ha influido en el individuo a tener espacios en soledad, permanecer en su hogar y lejos de las actividades sociales, lo cual puede representar un factor de atención en dicha sintomatología que se asocia a la pandemia. Sin embargo, pese a dicha información, se determina que los participantes no acuden a un profesional en psicología para recibir la atención adecuada a su salud mental.

Sumado a lo anterior, se indagó sobre la manifestación de sintomatología ansiosa en las personas participantes que indicaron presentar síntomas de ansiedad o depresión y ansiedad previo al inicio de la pandemia por el virus SARS-CoV-2. Los datos se muestran en las tres subcategorías de ansiedad mencionadas a lo largo del trabajo, en conexión con los resultados obtenidos por el inventario de ansiedad de Beck. Estos se muestran a continuación.

Figura 27. Resultado de ansiedad por personas que presentan síntomas antes de pandemia



Fuente: elaboración propia.

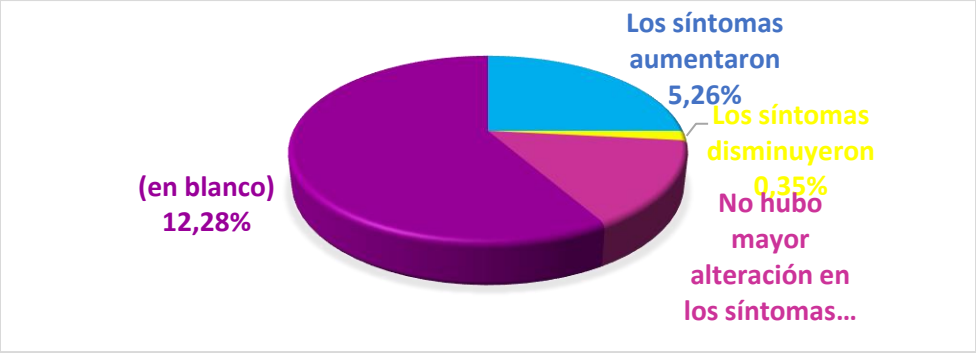
Tomando en cuenta los datos expuestos en el gráfico anterior se realiza el desarrollo de los resultados de la información brindada por los participantes. Primero, en cuanto a ansiedad moderada, que corresponde a un 25,56 % de los resultados, el 13,68 % de las personas participantes indicaron presentar sintomatología tanto de ansiedad como de coronavirus. Ansiedad muy baja puntúa en 21,05 % en total e indica que el 2,46 % respondió presentar ambas sintomatologías, y el 4,21 % únicamente sintomatología ansiosa. Por último, en relación con ansiedad severa, se contempla el 53,68 % de las personas participantes en total, de lo cual el 30,53 % corresponde a personas que indicaron presentar sintomatología tanto de ansiedad como de depresión, mientras que el 21,40 % únicamente de sintomatología ansiosa. Por lo tanto, haciendo énfasis en ansiedad, se evidencia una respuesta significativa de personas que presentaron dichos síntomas y depresión antes de la pandemia, predominando al igual la sintomatología ansiosa, siendo datos más relevantes en comparación con las otras categorías.

Dicha información permite interpretar que la percepción de síntomas ansiosos de las personas participantes, antes de la pandemia, se confirma con los resultados obtenidos por el inventario de

ansiedad de Beck, lo cual demuestra la existencia de los síntomas ansiosos que predominan en el estado de salud mental de las personas que participaron en el presente estudio.

Luego, en cuanto a los resultados obtenidos del inventario de ansiedad de Beck y en relación con la sintomatología que las personas participantes indicaron manifestar antes de la pandemia, se indaga acerca de la oscilación de dichos síntomas durante el contexto del brote por el virus SARS-CoV-2. A continuación, se exponen los gráficos sobre este aspecto.

Figura 28. Resultado de ansiedad muy baja por síntomas durante pandemia

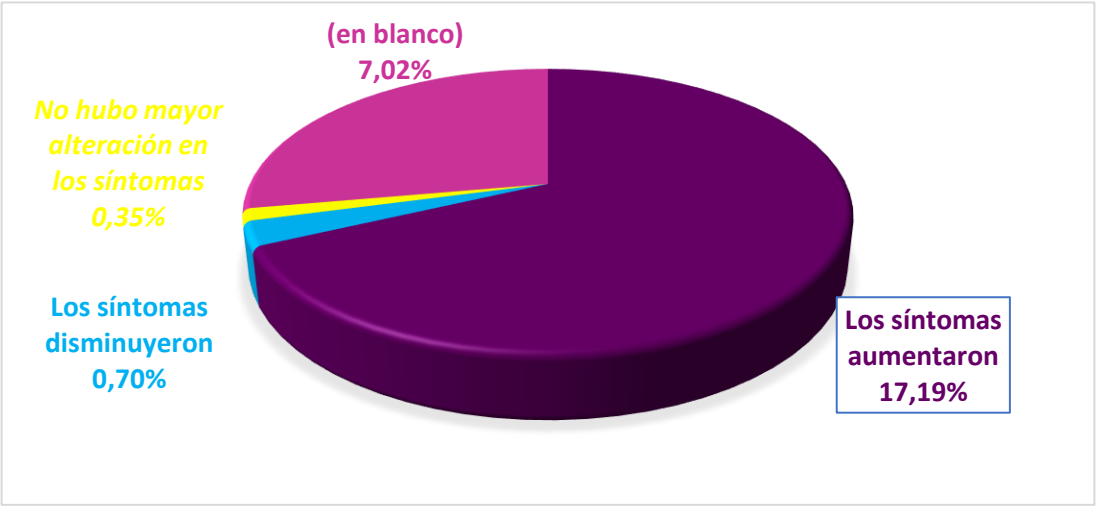


Fuente: elaboración propia.

Los datos recolectados según la ansiedad muy baja, lo cual comprende el 21,05 %, demuestran que el 5,26 % de los participantes respondieron que los síntomas aumentaron durante la pandemia, lo que representa un 25 % de la población en general que puntuaron en la presente categoría, así mismo el 0,35 % afirmó que los síntomas disminuyeron y 3,16% indicó que no hubo mayor alteración en los síntomas. Es importante mencionar que 12,28 % no brindó una respuesta al presente ítem debido a que manifiesta no presentar síntomas de ansiedad.

Por su parte, en ansiedad moderada, los resultados se pueden apreciar en el siguiente gráfico.

Figura 29. Relación de ansiedad moderada por síntomas durante la pandemia

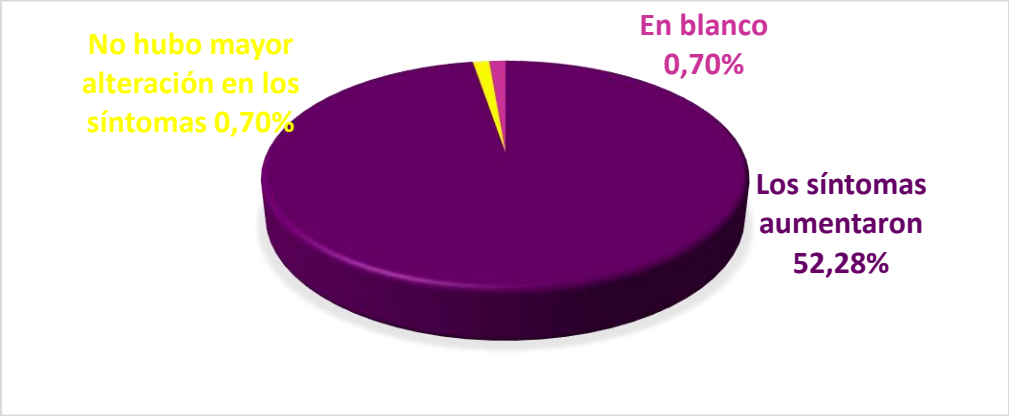


Fuente: elaboración propia.

Los resultados sobre la presente categoría y la percepción de los síntomas durante la pandemia por la enfermedad COVID-19, muestra que el 17,19 % de las personas indicaron que los síntomas aumentaron durante la pandemia, siendo esto el 68 % del dato de la población general que presentó ansiedad moderada según el inventario de ansiedad de Beck, lo cual muestra un valor significativo para el estudio. El 0,70 % indicó que los síntomas disminuyeron y el 0,35 % respondió que no hubo mayor alteración en los síntomas. De igual manera, el 7,02 % corresponde a la población que manifiesta no percibir síntomas de ansiedad, sin embargo, en el inventario empleado los resultados de síntomas puntúan en ansiedad moderada.

Por último, la tercera categoría, la cual corresponde a ansiedad severa, muestra los siguientes resultados.

Figura 30. Resultado de ansiedad severa por síntomas durante pandemia



Fuente: elaboración propia

Según los resultados, el 0,70 % de las personas participantes manifiesta no tener mayor alteración de síntomas. El mismo resultado de 0,70% corresponde a las personas que no respondieron al ítem, ya que manifestaron no presentar síntomas ansiosos. Sin embargo, en dichos datos sí puntuaron en ansiedad severa en el inventario implementado. Por su parte, un 52,28 % de la población enuncia un incremento en los síntomas ansiosos, siendo este último el 98 % general que puntuó en ansiedad severa, siendo el porcentaje de mayor prevalencia en comparación con las otras categorías.

A lo largo de la presente variable de ansiedad se muestra una importante prevalencia en los síntomas de ansiedad severa y posterior ansiedad moderada en las personas participantes de la investigación. Esto demuestra que la sintomatología existente antes de la pandemia prevaleció y aumentó durante el fenómeno.

La ansiedad es un estado emocional complejo y prolongado, con una respuesta de exaltación física según la creencia de la persona que considera no tener el control de un evento ni predecir los acontecimientos futuros; en especial a este último elemento, el futuro, tal como lo menciona Aaron Beck en su teoría. La información obtenida demuestra que la pandemia es una situación que representa una amenaza debido a la dinámica tan variable que ha presentado y el desconocimiento del nuevo

coronavirus. Por lo tanto, las consecuencias a nivel sanitario, social, académico y económico son incontrolables, lo cual genera respuestas cognitivas y conductuales en el ser humano.

Además, el impacto en la salud propia, de familiares, amigos y conocidos que puedan verse afectados tras el contagio del virus SARS-CoV-2, influye en la posibilidad de una respuesta de miedo, lo cual es una valoración de peligro y cuando esto se estimula genera ansiedad. Como resultado se obtiene una circunstancia que es percibida como un riesgo para la seguridad propia.

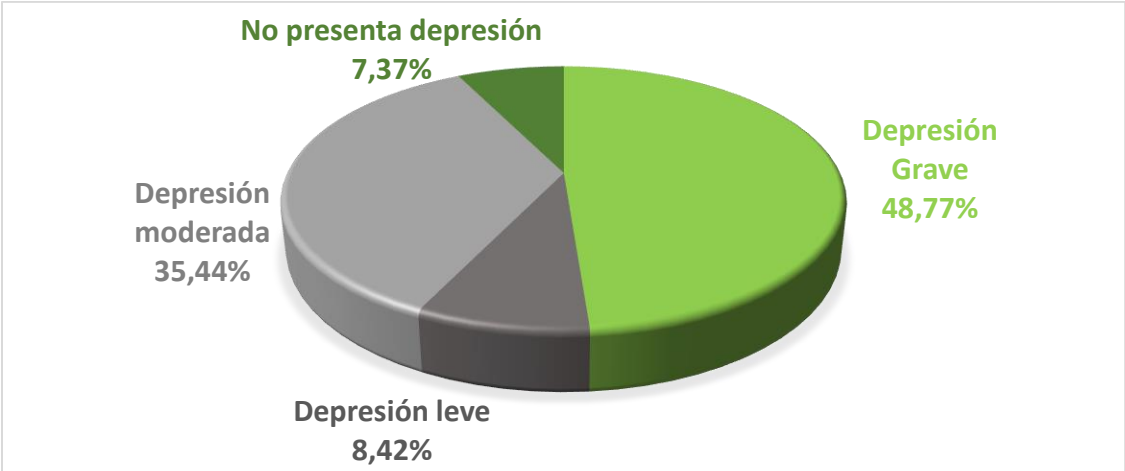
Dichos elementos mencionados implican una respuesta en el individuo, de modo que si ya presentaba síntomas antes de la pandemia, ahora representa una vulnerabilidad en la progresión de la sintomatología y un aumento de estos. Esto evidencia que la pandemia ha generado un impacto relevante en la salud mental de los estudiantes universitarios.

4.1.2. Relación entre síntomas de depresión y el distanciamiento físico y social en la población estudiantil universitaria

En relación con la segunda variable, la cual se enfoca en los síntomas depresivos en conexión con el distanciamiento físico y social durante el brote por el nuevo coronavirus, se implementó el inventario de depresión de Beck. Esto para lograr determinar si existe presencia de síntomas depresivos en la población estudiantil de la carrera la psicología de la Universidad Latina, sede San Pedro.

De manera que, para el actual trabajo de investigación es vital tomar en cuenta la depresión como una de las variables para analizar. Por tal razón, los resultados se mostrarán a continuación, no sin antes mencionar que, al igual que en la variable anterior, existe un sesgo en los resultados específicos por las significativas diferencias en las características de la población participante, por lo cual, en las figuras en que se presenta un sesgo, también se mostrarán los resultados de los porcentajes generales con respecto a cada característica, para una mejor comprensión de los datos.

Figura 31. Resultado del inventario de depresión de Beck



Fuente: elaboración propia.

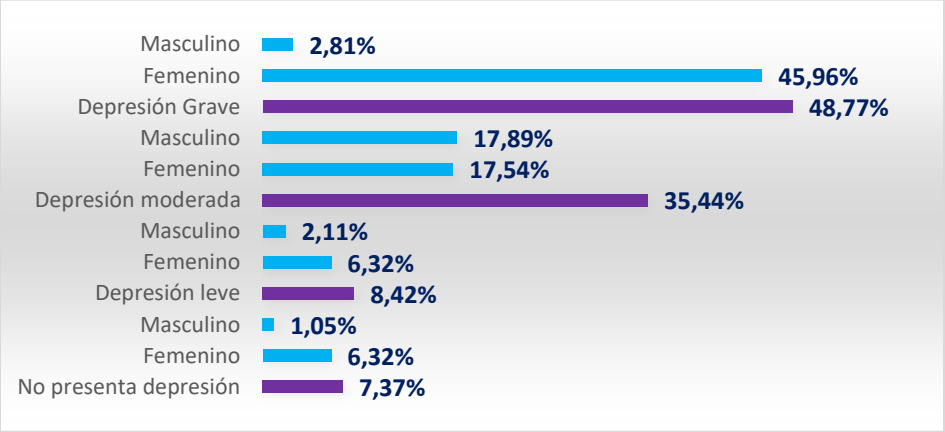
Según las puntuaciones desglosadas en el gráfico anterior, respecto a los resultados generales del inventario de depresión de Beck, se nota que el 48,77 % presenta síntomas de depresión grave, el 35, 44 % de depresión moderada, el 8,42 % sintomatología de depresión leve, y solamente el 7,37 % de la población total no presenta síntomas depresivos.

Tales cuantías demuestran que el 92,3 % de la población participante en el estudio presenta sintomatología depresiva, lo cual es un dato relevante y demuestra que la salud mental de los estudiantes se ha visto afectada por los diferentes cambios atribuidos a la pandemia por COVID-19. Esto se resalta en un estudio incluido en los antecedentes, elaborado por Cobo *et al*. (2020), en el cual se destaca en los resultados obtenidos el incremento de los síntomas de depresión, estrés postraumático, ideación suicida y alteraciones de sueño. De manera que, este dato permite corroborar la información que se brinda en el gráfico, lo que a la vez se puede interpretar que las diferentes poblaciones participantes en los estudios de investigación sobre la relación de la salud mental y la pandemia han percibido un incremento en los síntomas depresivos en respuesta del fenómeno.

Es importante sobresaltar que las dos puntuaciones más altas pertenecen a la sintomatología de depresión grave y depresión moderada, sumando entre ambas categorías el 84,21 %. Este dato refleja la importante afectación a nivel afectivo que, en conexión con la pandemia, evidencia que la puntuación de síntomas depresivos es considerable.

Ahora bien, los datos anteriores se distribuirán en relación con las diferentes características de las personas participantes. Por tal motivo, a continuación se muestra una figura con los resultados específicos del inventario de depresión de Beck, correlacionados tanto al sexo femenino como masculino.

Figura 32. Relación resultado de depresión por sexo

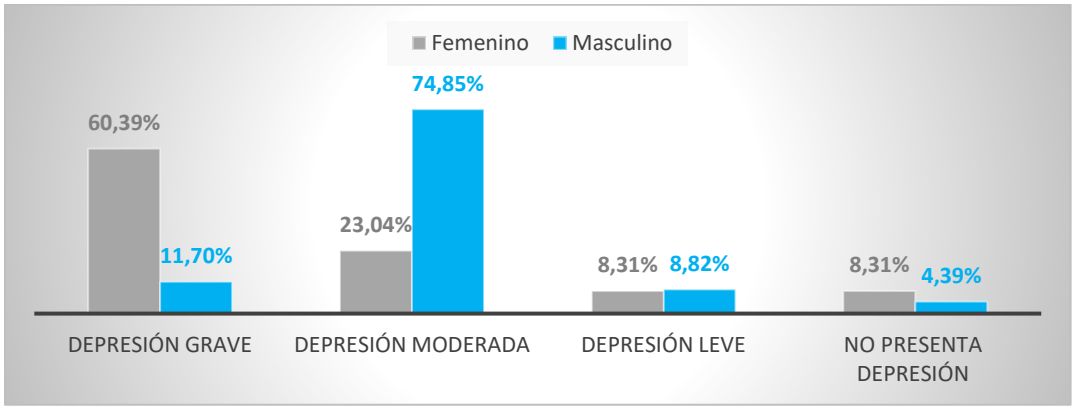


Fuente: elaboración propia.

Con base en las puntuaciones presentadas en el gráfico, de las personas colaboradoras que no presentan depresión, el 6,32 % corresponde al sexo femenino, mientras que el 1,05 % al masculino. En cuanto a la sintomatología de depresión leve, las mujeres calificaron el 6,32 %, y los hombres 2,11 %. A continuación, la depresión moderada, con puntuaciones muy similares, dado que el 17,54 % compete al sexo femenino y 17,89 % al masculino. Por último, la depresión grave puntúa al sexo femenino con 45,96 % y al masculino 2,81 %.

Como se observa en el gráfico anterior, es notoria la prevalencia de sintomatología depresiva en el sexo femenino, exceptuando el rango de depresión moderada, en donde las calificaciones son similares. Sin embargo, no se puede pasar por alto el sesgo que representan dichas numeraciones, al haber una diferencia relevante entre ambas características, pues el sexo femenino compete a un 76,1% de la totalidad de la población participante y el masculino al 23, 9%. Por lo tanto, en continuidad de la correlación entre resultados de síntomas depresivos y el sexo, se exponen los porcentajes generales.

Figura 33. Relación de resultado de depresión por sexo (porcentajes generales)



Fuente: elaboración propia.

En razón de las puntuaciones generales mostradas en el gráfico anterior, de la población que no presenta sintomatología depresiva, el 8,31 % corresponde al sexo femenino y el 4,39 % al sexo masculino; de quienes puntuaron en depresión leve, el 8,31 % son mujeres y el 8,82 % hombres, en cuanto a depresión moderada, el 23,04 % compete al sexo femenino y el 74,85 % al sexo masculino, mientras que las mujeres respondieron a depresión grave el 60,39 % y los hombres el 11,70 %.

Tal como se mencionó, las calificaciones muestran que el índice de población, tanto femenina como masculina, predomina en los rangos de depresión grave y moderada. Sin embargo, es notable la diferencia en ambas categorías; los hombres predominan en la depresión moderada con una diferencia mayor al 50 % que las mujeres, mientras en el sexo femenino indica predominar por una diferencia

similar en la depresión grave. Es decir, los hombres puntúan significativamente mayor en depresión moderada, y las mujeres lo hacen en la sintomatología grave; dicha diferencia indica que ambas poblaciones están siendo afectadas por sintomatologías depresivas. No obstante, la población femenina puntúa de forma relevante en las sintomatologías más severas, aunque esto no desplaza la importante puntuación masculina en síntomas de depresión moderada.

Además, el presente resultado permite agregar que las personas participantes de sexo masculino predominan en depresión moderada, en contraste con los resultados de otras investigaciones; tal como en el antecedente nacional elaborado por la UNED y UNA (2020) mencionado en el primer apartado, el cual en sus resultados agrega que las mujeres predominan en cuanto a depresión. Esto marca una relevante diferencia entre los estudios mencionados.

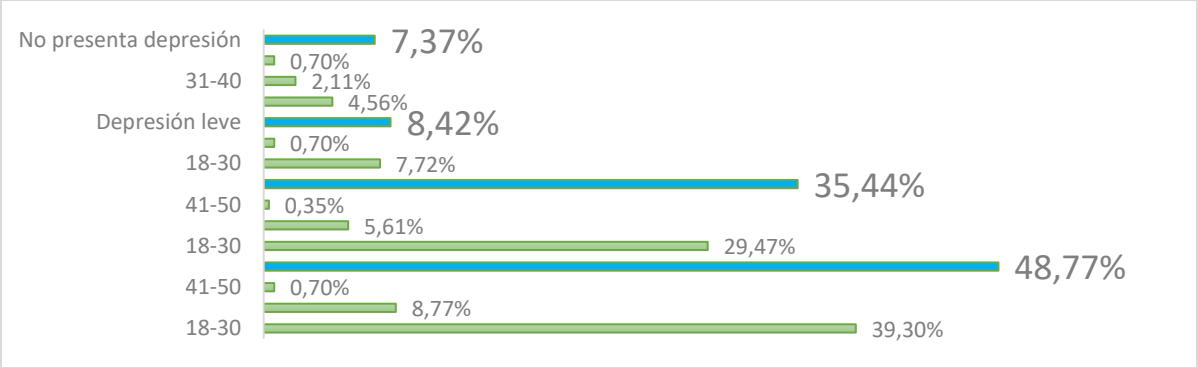
Sin duda, la pandemia por el nuevo coronavirus ha mostrado un aumento significativo en los trastornos mentales, como lo son la depresión y la ansiedad, lo cual representa el riesgo psicosocial provocado por dicho evento. En este sentido, las puntuaciones en el presente estudio en ambas sintomatologías son muy altas y no hay distinción de sexo, lo cual se ve reflejado en los resultados anteriormente mencionados.

De forma que, se puede interpretar que los resultados en ambos sexos son similares, debido a que las medidas y protocolos solicitados por las entidades gubernamentales de salud no han hecho distinción en cuanto a sexo; el distanciamiento físico y social ha sido una medida sanitaria tanto para hombres como para mujeres. Esto evidencia que la depresión surge a nivel general en la población durante el proceso de pandemia por la enfermedad del COVID-19.

En cuanto a los resultados en depresión leve o no presentan depresión, los porcentajes son bajos en ambas categorías. Esto indica que el porcentaje mayor de la población encuestada, como se refleja en el gráfico general, presenta síntomas depresivos severos.

Ahora bien, siguiendo con las correlaciones de los resultados de sintomatología depresiva y las características de la población encuestada, se muestra el gráfico de puntuaciones específicas relacionadas a los tres rangos de edad expuestos en el presente trabajo.

Figura 34. Relación de resultado de depresión por edad



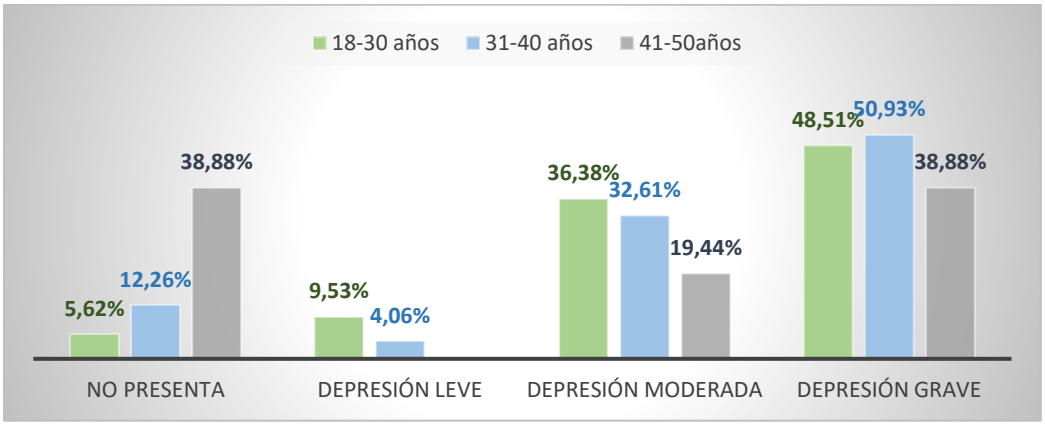
Fuente: elaboración propia.

Las puntuaciones del gráfico anterior muestran lo siguiente: en cuanto a la población que no presenta depresión, el 0,70 % corresponde al rango de edad entre 41-50 años, el 2,11 % a edades entre 31-40 años y el 4,56% a los jóvenes entre 18-30 años. Con respecto a la depresión leve, el 0,70 % corresponde a los adultos jóvenes en edades entre 31-40 años, mientras que el 7,72 % al rango de edad entre 18-30 años. Por su parte, del 35,44 % que compete a depresión moderada, el 0,35 % está entre los 41-50 años, el 5,61 % entre los 31-40 años y 29,47 % entre los 18-30 años. Por último, la sintomatología de depresión grave, siendo la más puntuada con el 48,77 % de la población total encuestada, indica que las personas entre 41-50 años calificaron el 0,70 %, las personas en un rango de edad entre los 31-40

años puntuaron 8,77 % y los jóvenes entre 18-30 años muestran el 39,30 % de la población en el mencionado rango de edad.

Lo anterior, infiere que la población joven que comprende la edad entre 18 y 30 años son quienes predominan en las cuatro categorías de sintomatologías depresivas. No obstante, cabe recordar que existe un sesgo, ya que dicha población compete al 81 % de la población total encuestada para el presente estudio. Por ende, a continuación se presenta la figura con los porcentajes generales de cada rango de edad, con lo cual evidenciar las diferencias ocasionadas por dicho sesgo en la población.

Figura 35. Relación de resultados de depresión por edad (porcentajes generales)



Fuente: elaboración propia.

Los resultados reflejados en la figura anterior son los siguientes. En cuanto a no presenta depresión: el 5,62 % corresponde al rango de edad entre 18-30 años; 12,26 %, a la población con edad entre 31-40 años; y 38,88 %, a las personas entre 41-50 años. Luego, respecto a la depresión leve, se observa que no hay puntuación de personas entre 41 y 50 años; el porcentaje del rango entre 18-30 años es de 9,53 % y de los adultos jóvenes de 4,06 %. Por su parte, la depresión moderada se desglosa de la siguiente manera: 36,32 % compete al rango de edad entre 18-30 años; 32,61 %, entre 31-40 años; y 19,44 %, a personas con edades entre 41-50 años. Por último, se presenta el resultado de sintomatología

de depresión grave, siendo el más alto con 48,51 % de personas entre 18-30 años; 50,93 %, entre los 31-40 años; y 38,88 %, en edades de 41-50 años.

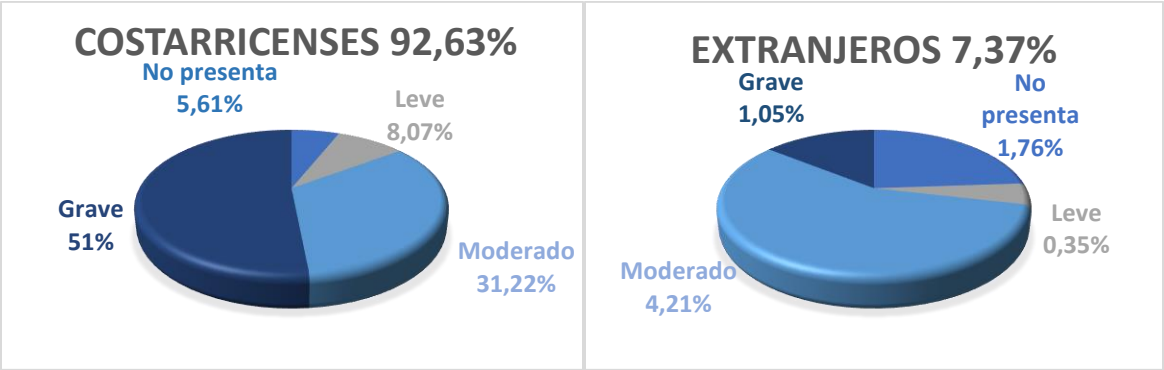
Los datos recolectados son indicadores de que la sintomatología de depresión grave es prevalente en los tres rangos de edad, lo que muestra que no hay distinción en cuanto a esta correlación. Además, es importante destacar que los resultados en dicha categoría sintomática de depresión son muy altos, principalmente entre los jóvenes de 18 a 30 y 31 a 40 años, mostrando ambos rangos un porcentaje de aproximadamente la mitad de la población encuestada con las características mencionadas de edad. De igual manera, los últimos dos grupos también son los que puntúan mayor en la depresión moderada, lo cual muestra que los jóvenes y jóvenes adultos son más vulnerables a presentar síntomas depresivos severos durante circunstancias desconocidas, como lo es una pandemia.

Sumado a lo anterior, se puede agregar la relación entre estos resultados con el estudio elaborado en Costa Rica a cargo de la UNED y UNA (2020), que se amplía en el aparto de antecedentes del presente trabajo. Dicho estudio concluye que las personas con mayor prevalencia de síntomas depresivos pertenece a la población con un rango de edad entre 36-40 años de edad y 51-55, pese a que en dicho estudio la prevalencia no ha sido en los adultos, las puntuaciones en dicha población son significativas, alcanzando aproximadamente el 40 % en depresión grave en las personas entre 41-50 años. Esto corrobora la prevalencia de síntomas de la que habla el estudio nacional expuesto.

Así pues, en el gráfico de porcentajes generales queda demostrado el sesgo con respecto a los porcentajes específicos, lo cual demuestra que los resultados varían de manera relevante al obtener dichos porcentajes dividiendo los rangos de edad.

Prosiguiendo con las correlaciones, la siguiente figura expone las puntuaciones de la población costarricense y extranjera, en relación con los resultados de las sintomatologías de depresión.

Figura 36. Relación de resultado de depresión por nacionalidad

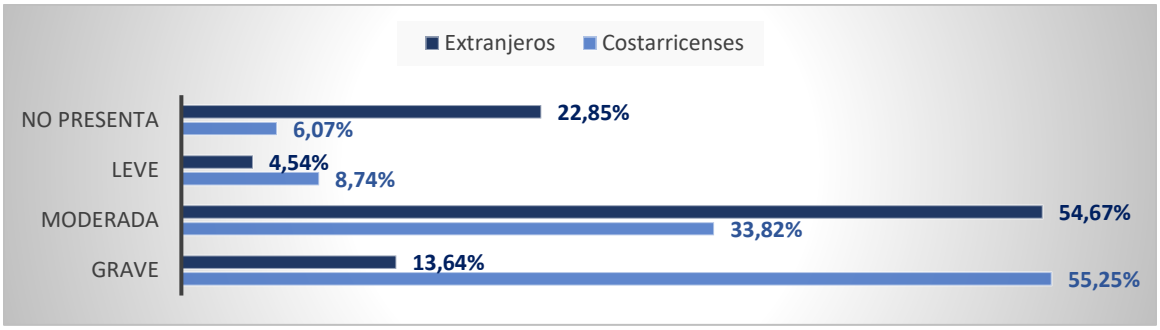


Fuente: elaboración propia.

En la figura anterior se muestran las puntuaciones específicas de los resultados del inventario de depresión de Beck y su relación con la nacionalidad de las personas participantes. Los resultados son los siguientes: del 92, 63 % de población costarricense, el 51 % indica síntomas de depresión grave, el 31,22 % de depresión moderada, el 8,07 % corresponde a la sintomatología de ansiedad leve, mientras que el 5,61 % no presenta síntomas. Con respecto a los extranjeros, el total de la población participante que seleccionó esta característica corresponde al 7,37 %, dividiendo de la siguiente manera los porcentajes específicos: 1,05 % presenta sintomatología depresiva grave, 4,21 % de depresión moderada, el 0,35 % presenta síntomas leves, y el 1,76 % no presenta sintomatología de depresión según los resultados obtenidos.

Tomando en cuenta dichos resultados, los costarricenses muestran una prevalencia en la sintomatología de depresión grave, mientras que los extranjeros lo muestran en la depresión moderada. Sin embargo, estos datos muestran un sesgo por la totalidad de población implicada en cada una de las categorías según la población encuestada en su totalidad. Por lo anterior, se muestran los porcentajes generales obtenidos de los resultados específicos.

Figura 37. Relación de resultado de depresión por nacionalidad (porcentajes generales)



Fuente: elaboración propia.

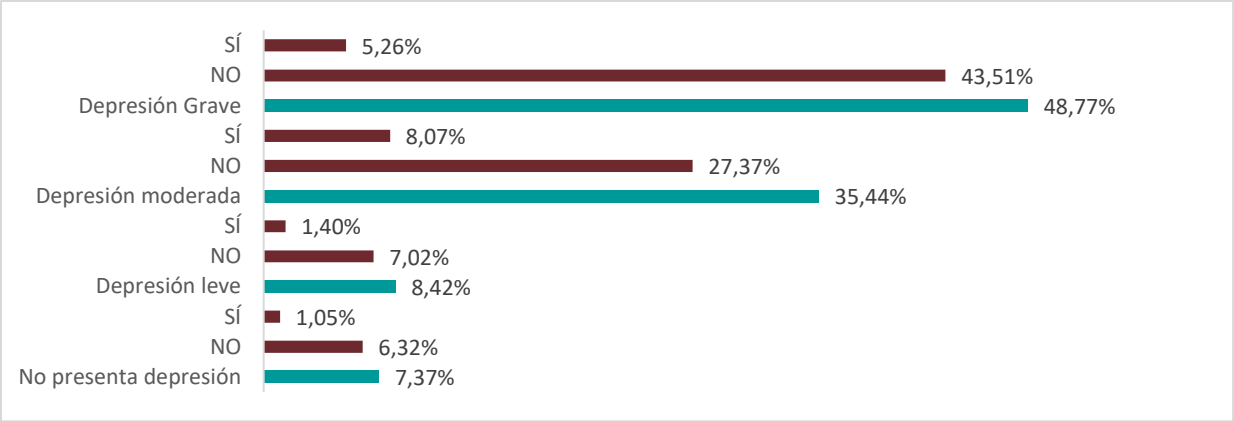
En el presente gráfico se muestra una variante significativa en cuanto a los resultados específicos y generales, mostrando nuevamente el sesgo causado por la diferencia en cantidad de población para cada característica.

Los resultados representados son los siguientes: con respecto a la nacionalidad costarricense el 6,07 % no presenta depresión, el 8,74 % puntuaron en la sintomatología de depresión leve, la depresión moderada puntúa en 33,84 % y el 55, 25 % manifiesta síntomas de depresión grave. Luego, de la totalidad de personas encuestadas que manifiestan ser extranjeros, el 22,48 % no presenta sintomatología depresiva, el 4,54 % corresponde a depresión leve, el 54,67 % puntúa en la sintomatología de depresión moderada, mientras que el 13,64 % a la depresión grave.

Según la información no se evidencia una distinción entre las personas participantes de nacionalidad costarricense y extranjeros. Así mismo, las puntuaciones indican una prevalencia en los resultados de sintomatología depresiva moderada y severa. También, se puede agregar que otra puntuación relevante compete a la categoría de personas que no presentan depresión, en la cual los extranjeros califican con un 22,85 %, lo cual es un índice considerable de tomar en cuenta.

Para la siguiente correlación se toman en cuenta las características de las personas participantes en dicho estudio que indicaron tener o no hijos, según los resultados del inventario de depresión de Beck en dicha población. A continuación, se expone el gráfico.

Figura 38. Relación de resultado de depresión por personas con hijos

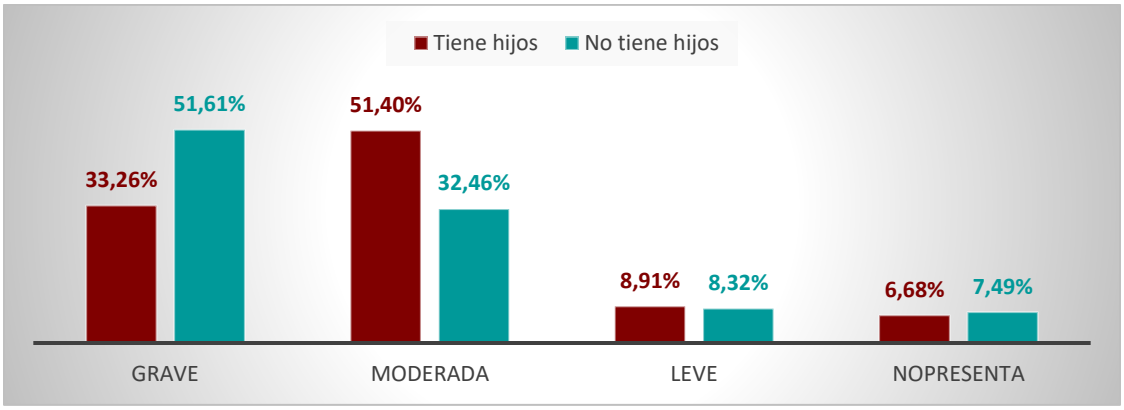


Fuente: elaboración propia.

El presente gráfico muestra que para la categoría de depresión grave el 43,51 % indicaron no tener hijos y el 5,26 % manifiestan ser padres de familia; en cuanto a la depresión moderada, el 27,37 % puntúa en la característica de no tener hijos y el 8,07 % sí tiene. Por su parte, para la siguiente categoría, depresión leve, el 7,02 % no tiene hijos y el 1,40 % sí. De la población que mostró no presentar sintomatología de depresión el 6,32 % no tiene hijos y el 1,05 % sí.

Según muestra la figura, la población que manifiesta no tener hijos es mayor en todas las categorías de sintomatología de depresión. Sin embargo, se toma en cuenta el sesgo que se produce por la relevante diferencia en la población que no tiene hijos y los que sí; por ende, a continuación se expone el gráfico de los porcentajes generales.

Figura 39. Relación de resultado de depresión por personas con hijos (porcentajes generales)

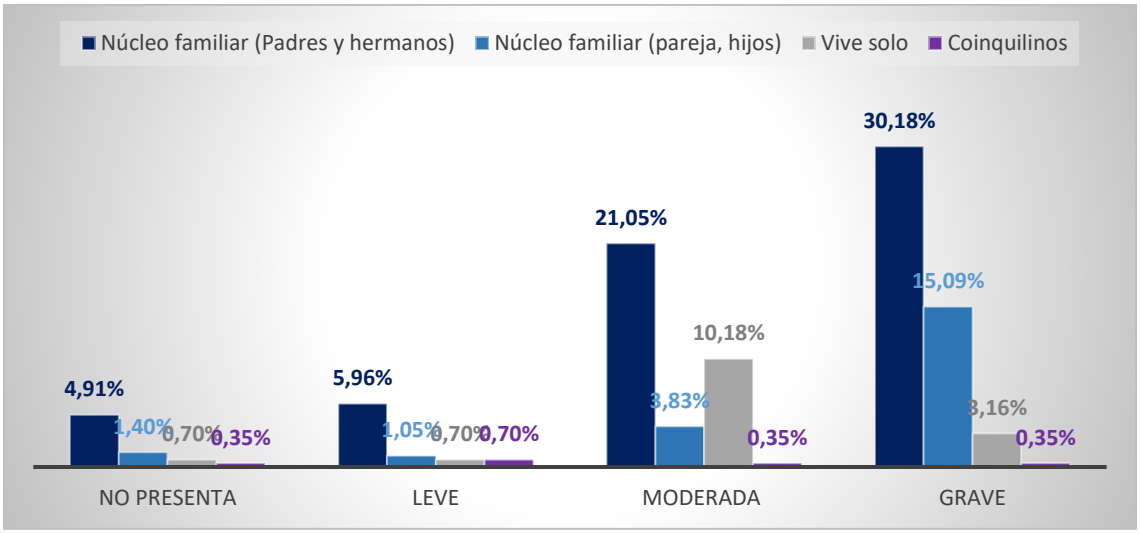


Tal como se expone, de los resultados de la población encuestada que manifiesta no tener hijos el 7,49 % no presenta síntomas depresivos, el 8,32 % muestra sintomatología de depresión leve; el 32,46 % compete a la depresión moderada y el 51,61 % manifiesta sintomatología de depresión grave. Luego, del porcentaje total de población que manifiesta sí tener hijos el 6,68 % corresponde la categoría que no presenta depresión, el 8,91 % a depresión leve, el 51,40 % a los que muestran sintomatología de depresión moderada y el 33,26 % corresponde a la categoría de síntomas de depresión grave.

Las puntuaciones mencionadas anteriormente muestran una similitud entre las categorías de depresión determinadas, tanto la población que indicó tener hijos como los que no, presentan porcentajes altos en depresión moderada y grave; en depresión grave los que no tienen hijos y en depresión moderada los que indicaron tener. Además, en ambas categorías califican inferior en sintomatología muy leve y los que no presentan depresión, predominando así las categorías de sintomatologías más severas.

El siguiente gráfico muestra los resultados específicos de depresión según el inventario de depresión Beck en la población participante en relación con las personas con las que habita.

Figura 40. Relación de resultados de depresión por personas con las que habita



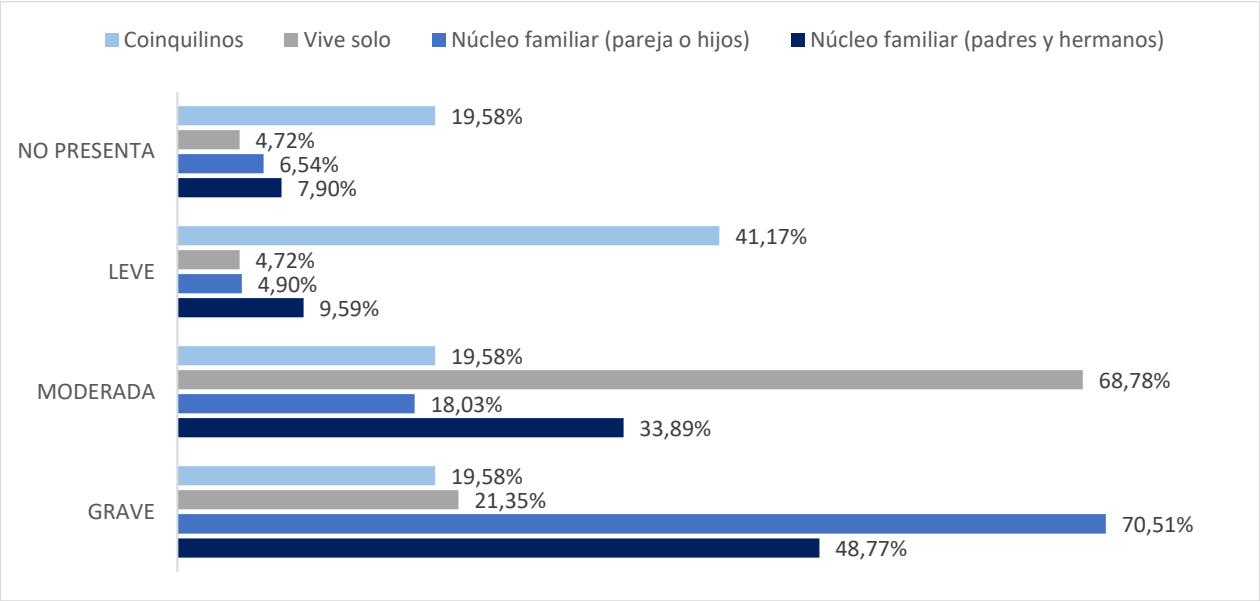
Fuente: elaboración propia.

La figura evidencia que la población colaboradora que vive con su núcleo familiar, que comprende a padres y hermanos, puntúa de la siguiente manera: 4,91 % no presenta depresión, 5,96 % manifiesta sintomatología depresión leve, 21,05 % presenta sintomatología de depresión moderada, y el 30,18 % presenta depresión grave. Siguiendo con la categoría del núcleo familiar que comprende a pareja e hijos el 1,40 % no presenta depresión, el 1,05 % presenta síntomas de depresión leve, el 3,83 % presenta depresión moderada y 15,09 % presenta sintomatología de depresión grave. Del total de la población que indicó vivir solos, el 0,70 % no presenta sintomatología depresiva, el 0,70 % presenta sintomatología leve, el 10,18 % presenta depresión moderada y 3,16 % muestra sintomatologías depresivas graves. Por último, el grupo de personas que indican vivir con coinquilinos calificaron de la siguiente forma: 0,35 % no presenta depresión, 0,70 % presenta depresión leve, 0,35 % presenta sintomatología de depresión moderada y el 0,35 % sintomatología de depresión grave.

Como se puede observar en el gráfico hay una prevalencia en cuanto a la población encuestada que indica vivir con su núcleo familiar que comprende a padres y hermanos, pero esto se debe a que está

la población mayor en esta categoría, la cual compete al 62,1%. Por lo tanto, queda en evidencia un sesgo relevante, por lo que a continuación, se muestran los resultados de los porcentajes generales.

Figura 41. Relación de resultado de depresión por personas con las que habita (porcentajes generales)



Fuente: elaboración propia.

Según los resultados reflejados en el gráfico, la población que presenta sintomatología de depresión grave puntúa en 48,77 % las personas que viven con su núcleo familiar que comprende a padres y hermanos, el 70,51 % los que indican vivir con el núcleo familiar que compete a la pareja o hijos, el 21,35 % corresponde a los que indican vivir solos y el 19,58 % a los que viven con coinquilinos. Con respecto a la sintomatología de depresión moderada, el 33,89 % corresponde a las personas que viven con el núcleo familiar de padres y hermanos, el 18,03 % a los que viven con el núcleo familiar de pareja o hijos, el 68,78 % viven solos y el 19,58 % viven con coinquilinos. Prosiguiendo con la depresión leve, los resultados son los siguientes: 9,59 % viven con su núcleo familiar de padres y hermanos, 4,90 % con su núcleo familiar de pareja o hijos, 4,72 % indicaron vivir

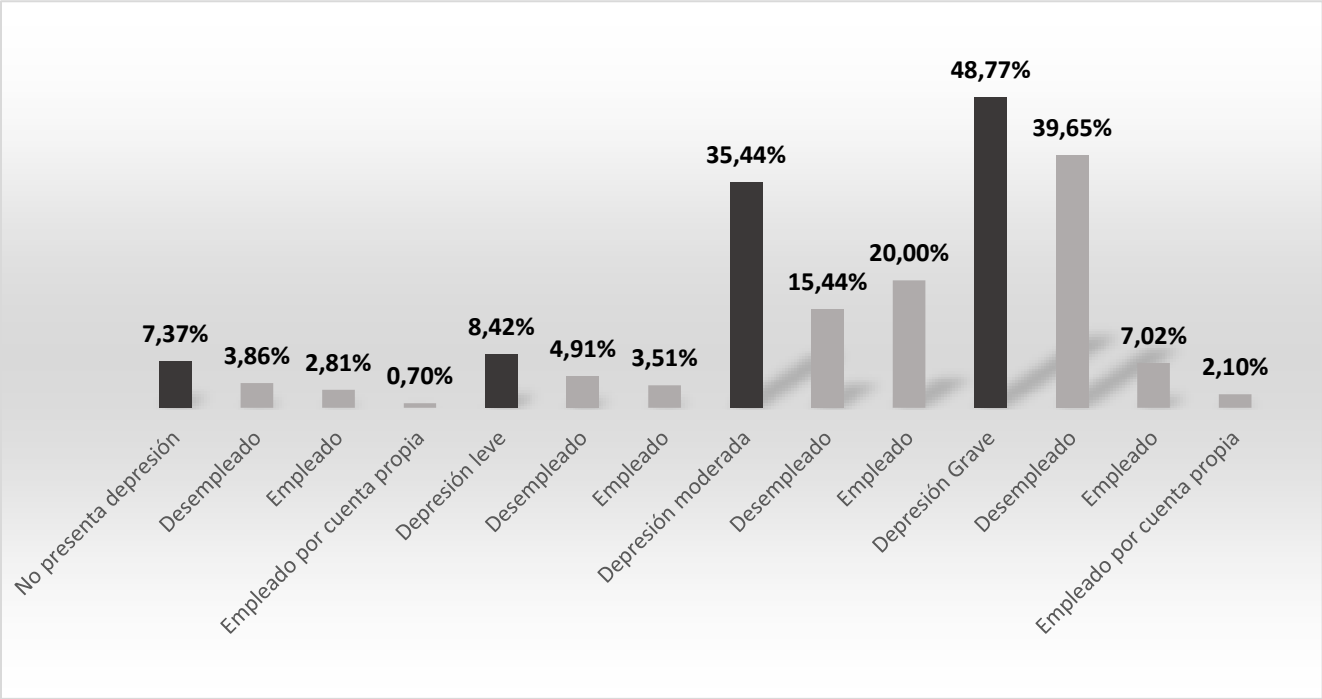
solos y el 41,17 % corresponde a los que viven con coinquilinos. Por último, los que no presentan síntomas de depresión mostraron las siguientes puntuaciones: 7,90 % vive con su núcleo familiar de padres y hermanos, 6,54 % núcleo familiar de pareja o hijos, 4,72 % viven solos y el 19,58 % con coinquilinos.

En referencia a la información mostrada en el gráfico, se observa una prevalencia en depresión moderada por parte de las personas que viven solas. Al igual que en la variable de ansiedad, dicho subgrupo presenta igualmente altos índices de sintomatología de depresión y ansiedad. Dicha información permite interpretar que la convivencia con otras personas durante la pandemia ha sido un factor fundamental en cuanto al apoyo, dado que esto influye en la salud mental.

Por último, el núcleo familiar que compete a padres e hijos destaca en la puntuación de sintomatología de depresión grave. También, el núcleo familiar que comprende a pareja e hijos califica de manera notoria. Esto demuestra que la familia puede desarrollar un desajuste, en respuesta a los sentimientos de inadecuación en la relación con los miembros que conforma al núcleo familiar. Tal como se menciona a lo largo del trabajo, esto se debe a una carencia de competencias y destrezas para establecer un ambiente armonioso en la familia. De igual manera, esto puede influir en la aparición de conflictos y problemas, lo cual impacta en el bienestar emocional de las personas implicadas.

Por consiguiente, se amplía la relación entre los resultados del inventario de depresión de Beck y el estado laboral de la población participante en el presente estudio. A continuación, los resultados específicos.

Figura 42. Relación de los resultados de depresión por estado laboral



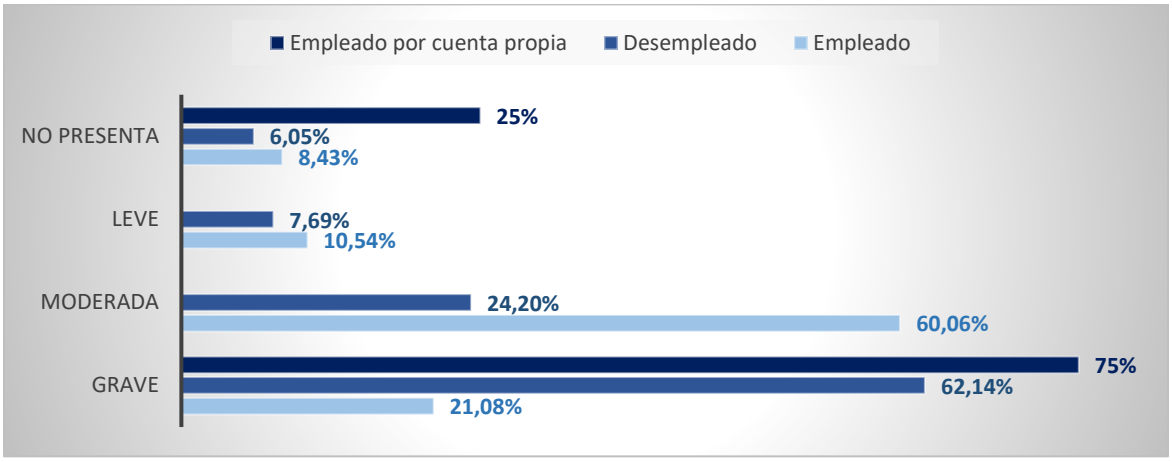
Fuente: elaboración propia.

Así pues, a propósito de los resultados específicos en relación con la población que no presenta síntomas de depresión, el 3,86 % manifiesta estar en condición de desempleado, el 2,81 % indica ser empleado, y el 0,70 % ser empleado por cuenta propia. En la siguiente categoría, depresión leve, el 4,91 % indica desempleo y el 3,51 % empleado. En cuanto al 35,44 % que corresponde a la categoría de sintomatología de depresión moderada, el 15,44 % seleccionó la opción de desempleados, mientras que el 20 % la opción de empleado. Y para la última categoría, depresión grave, el 39,65 % es población en condición de desempleo, el 7,02 % empleados y el 2,10 % empleados por cuenta propia.

Como se muestra en el gráfico, las puntuaciones más altas se dan en las personas que se encuentran en condición de desempleo, excepto en la depresión moderada que el empleado puntúa mayor. Al igual que en las categorías anteriores, la población desempleada es relevantemente mayor, asumiendo el 63,86 % de la población participante. Por lo tanto, se evidencia un sesgo en el gráfico anterior.

A continuación, se presenta la figura con los porcentajes generales de cada una de las categorías de estado laboral para comprender mejor las puntuaciones correlacionadas.

Figura 43. Relación de resultado de depresión por estado laboral (porcentajes generales)



Fuente: elaboración propia.

Las puntuaciones que se observan en el gráfico anterior son las siguientes: en cuanto a la categoría que no presenta sintomatología depresiva, el 25 % corresponde a la población empleados por cuenta propia, el 6,05 % a la población desempleada y el 8,43 % a la población en condición de empleo. De la población encuestada que presenta sintomatología depresiva leve, el 7,69 % corresponde a la población desempleada y el 10,54 % a la población en condición de empleo. Por su parte, el porcentaje que muestra la depresión moderada se divide de la siguiente forma, 24,20 % de desempleados y el 60,06 % de empleados. Luego, para la última categoría, depresión grave, el 75 % corresponde a las personas que seleccionaron la opción de empleados por cuenta propia, el 62,14 % a las personas en condición de desempleo y el 21,08 % a personas que dicen estar en condición de empleados.

Así las cosas, nuevamente se evidencia la diferencia de porcentajes específicos en relación con los generales, lo cual expone el sesgo que se mencionó con anterioridad.

Dichos datos demuestran que de las personas participantes en condición laboral de empleo puntúan significativamente en ansiedad moderada. Al respecto, se aclara que, para minimizar el contagio del nuevo coronavirus, las organizaciones se vieron obligadas a aplicar las diferentes variantes en el contexto de pandemia para continuar con la productividad empresarial, especialmente el confinamiento, lo cual influyó en las nuevas modalidades de trabajo. Esto representó un cambio de gran relevancia en la rutina diaria de las personas, lo cual permite interpretar que dichas variantes pueden repercutir en la salud mental de la población estudiantil participante. Sumado a lo anterior, se debe considerar la alta posibilidad de perder el empleo por el impacto económico a nivel mundial.

En la categoría de depresión grave, esto predomina en las personas que indicaron estar en condición de desempleo. Dicha afectación, mencionada a lo largo del estudio, influye en la reducción de adquirir un puesto laboral, lo cual implica un impacto afectivo. Además, debido al distanciamiento físico y social se agrava la complejidad de encontrar una oportunidad al cancelar el recibimiento de las hojas de vida en solicitud de empleo y habilitar únicamente medios virtuales para dichas solicitudes.

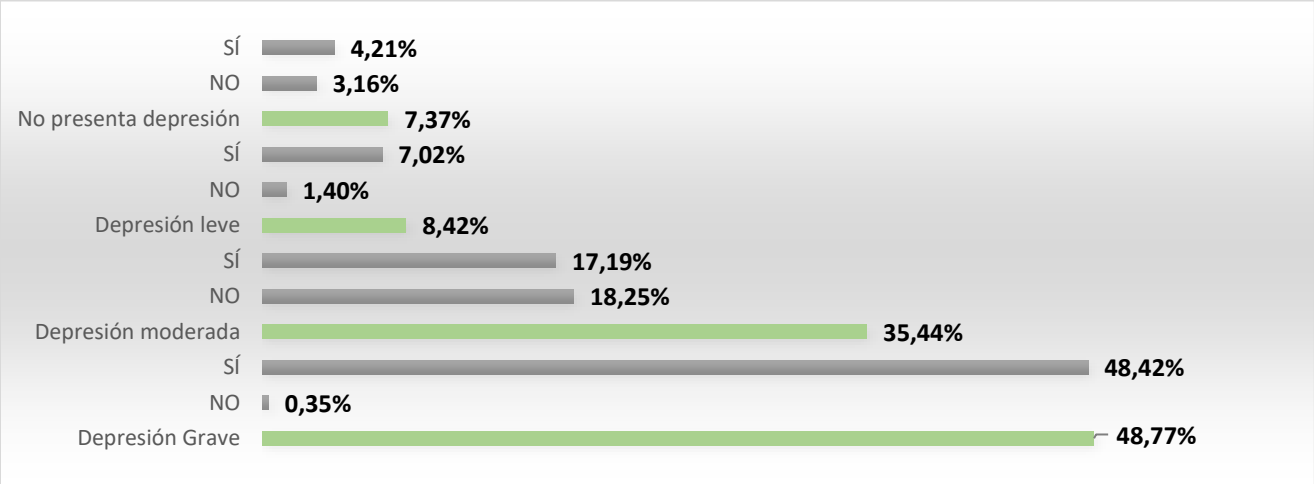
Por último, en la misma categoría de depresión grave, se demuestra que el resultado más relevante es de las personas que indicaron estar en condición de empleo por cuenta propia. Al igual que en la mención anterior, las personas con ingresos independientes son las más afectadas por el confinamiento, ya que por las medidas emitidas las limitaciones para salir son más complejas e implica la reducción de ingresos económicos en las personas con un negocio propio que no se pueda efectuar desde el hogar.

Además, tal como lo menciona Beck (2010), los síntomas depresivos son consecuencia de patrones cognitivos negativos, por lo tanto, el individuo depresivo se mantiene en una constante interpretación de las experiencias de forma negativa. Esto permite interpretar que las personas con síntomas depresivos en el contexto de la pandemia con una afectación en el ámbito laboral mantienen

una dirección negativa por la interpretación del entorno; la afectación que pueda sufrir un negocio y por ende en sus ingresos económicos durante un evento como la pandemia, influye debido a las expectativas de fracaso, siendo estas inevitables y afectando la salud mental de la persona.

Pues bien, para la siguiente correlación se tomarán en cuenta los resultados de sintomatología depresiva y las respuestas de la población encuestada en cuanto a la presencia de síntomas ansiosos o depresivos antes de la pandemia. Los resultados se muestran a continuación en la siguiente figura.

Figura 44. Relación de resultado de depresión por síntomas que se presentaban antes de la pandemia



Fuente: elaboración propia.

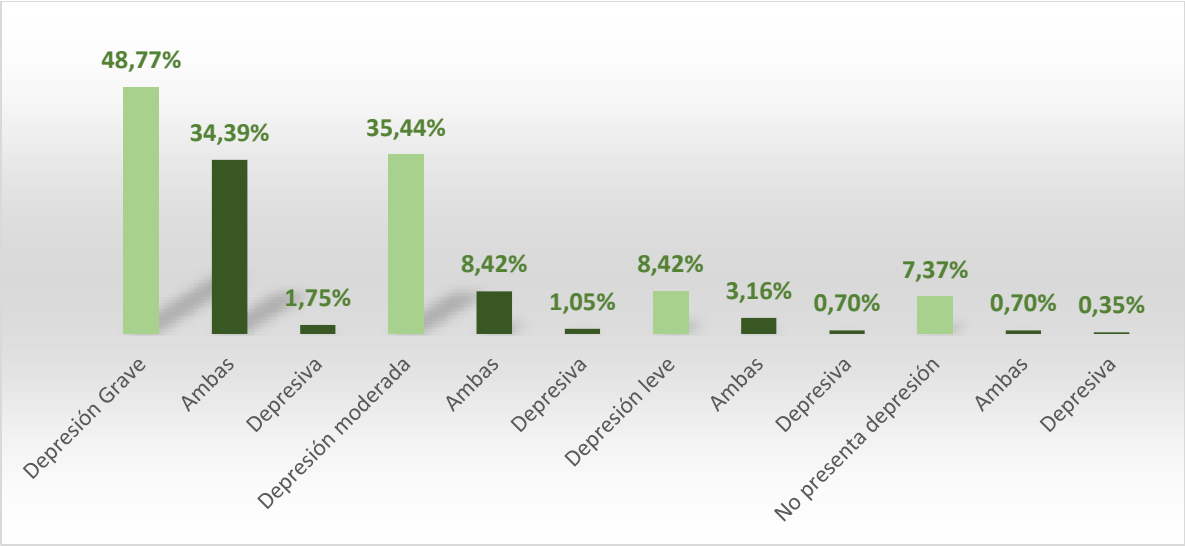
Los resultados que evidencia el gráfico anterior se desglosan de la siguiente forma: en cuanto a depresión grave, que corresponde al 48,77 % de la población participante, el 0,35 % manifiesta no presentar síntomas antes de la pandemia, mientras que el 48,42 % respondió afirmativamente a esta pregunta; es decir, indicaron que sí presentaban síntomas antes de la pandemia. Con respecto a la sintomatología de depresión moderada, el 18,25 % indicó no presentar síntomas antes de la pandemia y

el 17,19 % que sí presentaba síntomas. En relación con la depresión leve, el 1,40 % indica no haber presentado síntomas antes de la pandemia y el 7,02 % sí. Por último, en cuanto a la población que no presenta sintomatología de depresión, el 3,16 % respondió no haber presentado síntomas antes de la pandemia y el 4,21 % sí.

Las puntuaciones, tanto afirmativas como negativas, en las primeras tres categorías de depresión muestran un resultado similar. Sin embargo, la calificación en depresión grave con respeto a las personas que manifestaron percibir sintomatología antes de la pandemia es sobresaliente; el 99 % de los individuos respondieron de manera afirmativa en el mencionado subgrupo.

La figura que se presenta a continuación desglosa los porcentajes de la población con sintomatología depresiva según los resultados obtenidos por el inventario de depresión de Beck, así como, la relación con la sintomatología que mencionan presentar antes de la pandemia, la cual se clasifica en depresiva o ambas, esta última refiriéndose a síntomas de ansiedad y depresión.

Figura 45. Relación resultado de depresión por síntomas antes de la pandemia



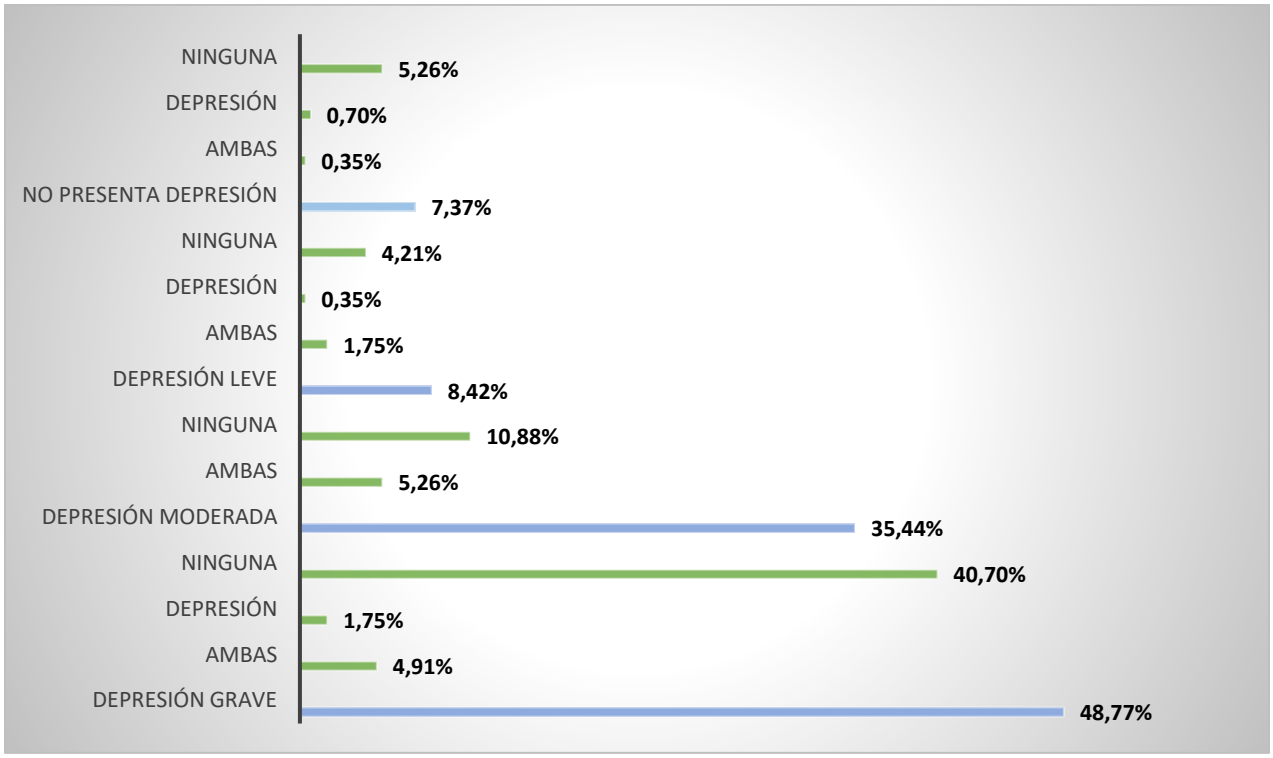
Fuente: elaboración propia.

De acuerdo con las cuantías que se exponen en la figura anterior, de la población que presenta sintomatología depresión grave, el 34,39 % indicó presentar sintomatología tanto ansiosa como depresiva antes de la pandemia, y el 1,75% solamente depresiva. En cuanto a la depresión moderada, el 8,42 % manifestó presentar ambas sintomatologías, mientras que el 1,05 % solamente depresiva. Tomando en cuenta los resultados de sintomatología de depresión leve, el 3,16 % manifiesta que presentaba sintomatología de ambas, y el 0,70 % solamente síntomas depresivos. Por su parte, la población que en sus resultados no presentaron síntomas depresivos, el 0,70 % manifestó presentar sintomatología tanto ansiosa como depresiva antes de la pandemia y el 0,35 % solo sintomatología depresiva.

Con base en los datos mostrados, los resultados de depresión son menores en todas las categorías establecidas, mientras que la sintomatología de ansiedad y depresión califican de forma superior. Relacionado así, lo dicho en la variable anterior, los síntomas de ansiedad se perciben con mayor claridad a diferencia de los de depresión.

La siguiente figura muestra la correlación entre los resultados del inventario de depresión de Beck y las puntuaciones obtenidas en la pregunta del instrumento referente a si la persona presenta o no un diagnóstico.

Figura 46. Relación resultado de depresión por personas con diagnóstico



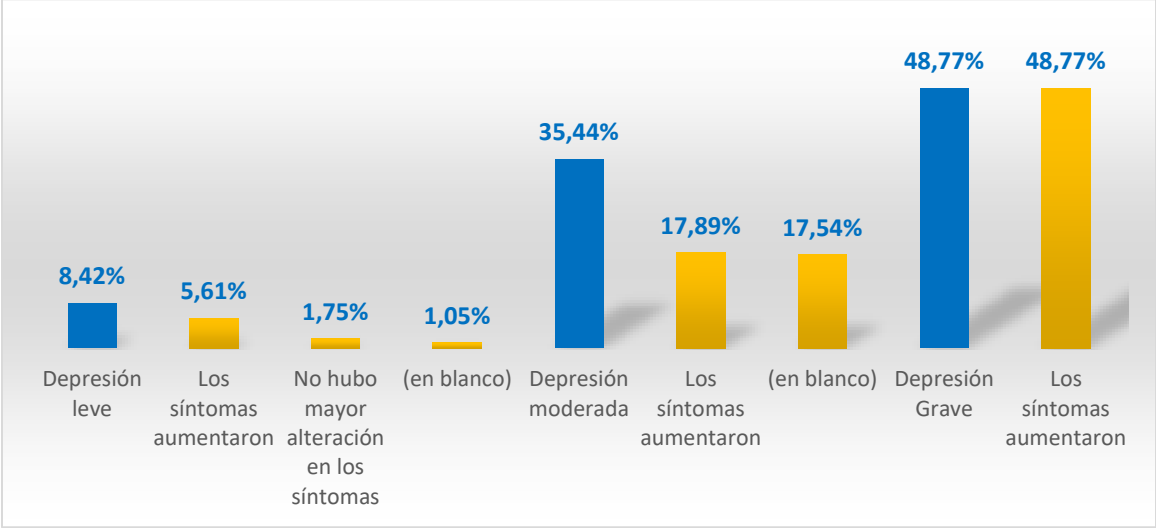
Fuente: elaboración propia.

Como se aprecia en el gráfico anterior, de las personas que no presentan depresión que competen al 7,37 % de los encuestados, 5,26 % no cuentan con ningún tipo de diagnóstico, 0,70 % manifiestan estar diagnosticados con depresión y 0,35 % declara un diagnóstico tanto de ansiedad como de depresión. Para la población que presenta sintomatología de depresión leve, la cual corresponde al 8,42 %, se desglosa de la siguiente forma: 4,21 % expresa no tener ningún tipo de diagnóstico, 0,35 % diagnóstico de depresión y 1,75 % diagnóstico de ansiedad y depresión. Con respecto a la depresión moderada, el 35,44 % de la población, el10,88 % manifiesta no tener diagnóstico de ningún trastorno y 5,26 % presenta diagnóstico tanto de ansiedad como de depresión. En cuanto a la depresión grave, siendo la categoría con mayor porcentaje, pues representa 48,77% de la población participante, el 40,70 % exteriorizó no tener diagnóstico ni de ansiedad ni depresión, el 1,75 % indicó estar diagnosticado con depresión, y el 4,91 % estar diagnosticado con ambas.

Ahora bien, la información de la figura 45 demuestra que la sintomatología de únicamente depresiva es menor en comparación con la presencia de ambos síntomas que incluyen ansiedad y depresión. En relación con el gráfico 46, se muestra que el porcentaje predominante pertenece a las personas que no cuentan con ningún diagnóstico y en ambos gráficos depresión puntúa de forma inferior que ansiedad.

Luego, en cuanto a los resultados de sintomatología depresiva mostrados en los participantes de dicho estudio, se hace la correlación de dichos datos con la percepción de aumento en los síntomas manifestada por las personas colaboradoras.

Figura 47. Relación resultado de depresión por síntomas durante la pandemia



Fuente: elaboración propia.

Según la figura anterior, de las personas participantes que evidencian presentar sintomatología depresión leve, el 5,61 % manifiestan un aumento en la sintomatología durante la pandemia, el 1,75 % manifiesta no percibir mayor alteración en los síntomas y 1,05 % no respondió a la pregunta, ya que indicaban no presentar síntomas antes de dicho contexto. Con respecto a la depresión moderada, el 17,89 % indicó un aumento en los síntomas, mientras que el 17,54 % no respondió a dicha pregunta por la

negación a percibir sintomatología antes de la pandemia. Por su parte, la población que puntuó en depresión grave, siendo esta el 48,77 % de la población participante, este mismo porcentaje, 48,77 %, manifestó un aumento en los síntomas durante el proceso de pandemia.

En la subcategoría de depresión moderada y severa se evidencia una respuesta significativa de las personas participantes que indicaron que los síntomas percibidos aumentaron durante la pandemia por el virus SARS-CoV-2. Así mismo, depresión a lo largo de los ítems anteriores puntuó de forma inferior en comparación con ansiedad. Sin embargo, el resultado de la escala empleada permite identificar la prevalencia de los síntomas depresivos, especialmente en la categoría moderada y severa. Al respecto, Beck (2010) afirma que la conceptualización de una situación es determinada por un esquema, que debido a diferentes estímulos ambientales puede generar síntomas de depresión. Con base en esto, se puede agregar que las personas participantes, debido a una conceptualización por los estímulos externos propios de la pandemia, pueden influir en el desarrollo de dicha sintomatología.

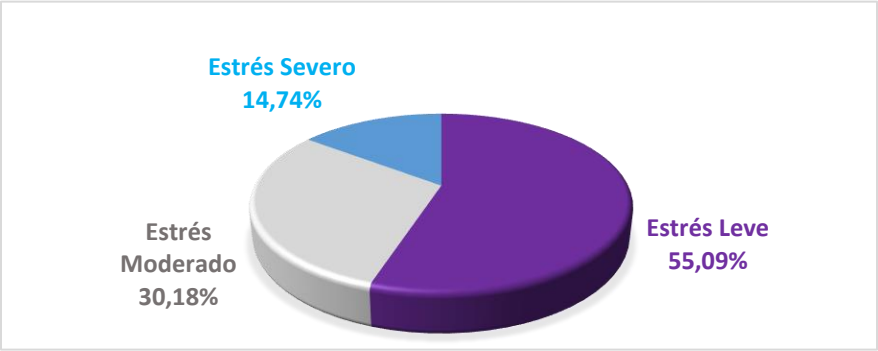
Por último, es importante mencionar que un esquema puede estar inactivo durante un tiempo, pero a causa de determinados estímulos ambientales se pueden activar, En este sentido, según la información recolectada, se puede señalar que la mayoría de los estudiantes universitarios que puntuaron en alguna categoría de las mencionadas con anterioridad, no presentaban síntomas de depresión, pero a partir de la atención selectiva de los estímulos específicos del fenómeno de la pandemia, se combina con los esquemas y esta influye en su respuesta emocional y conductual, mediada directamente por la cognición del individuo.

4.1.3. Indicadores de estrés relacionados con las medidas de restricción sanitarias por las autoridades de salud

La tercera variable consta de los indicadores de estrés de los estudiantes participantes del presente estudio en conexión con las estrategias implementadas para la reducción del contagio del virus SARS-CoV-2 y contener las consecuencias negativas propias de la pandemia.

La valoración de la presente variable se hace a través de la escala de apoyo social y estrés de Duke, específicamente en el segundo apartado del test. Los resultados se fraccionan en tres subgrupos, los cuales son: estrés leve, estrés moderado y estrés severo. Así pues, con base en los datos recolectados se desarrolla el siguiente gráfico, el cual representa el porcentaje de los participantes que puntuaron en las mencionadas categorías.

Figura 48. Resultados generales de estrés



Fuente: elaboración propia.

En la figura anterior, se evidencia que, de los participantes del presente estudio, el 55,09 % manifestó estrés leve; el 30,18 %, estrés moderado; y por último, el 14,74 %, estrés severo. Siendo este último el inferior en todas las categorías.

Tal como lo demuestra la figura, el porcentaje más significativo corresponde a la categoría de estrés leve, el cual contempla más del 50 % de la población muestra. Dicho dato permite interpretar que

los estudiantes universitarios no presentan niveles severos de estrés en el contexto de la pandemia, lo cual se puede relacionar con las características del período de apertura y cierre del cuestionario, lo cual se dio un año posterior a la detección del primer caso positivo del nuevo coronavirus en Costa Rica. Así mismo, coincide con la reducción de los contagios y los decesos a causa de la enfermedad, y por ende la apertura de lugares públicos, así como actividades sociales, académicas y económicas, entre otras. De modo que, se trata de un lapso más activo socialmente y mediado por la disminución de atención en las estrategias empleadas para la contención del contagio del virus.

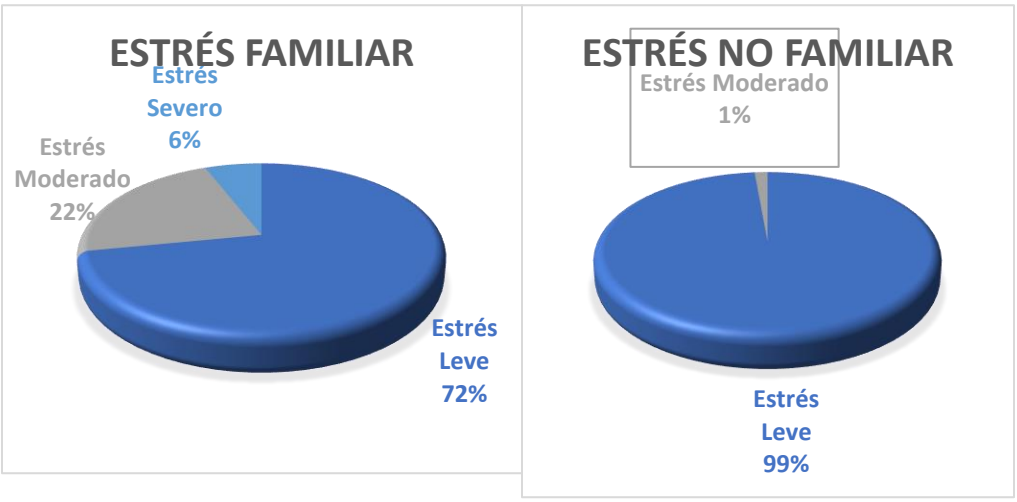
Al respecto, la renovación de la movilidad social fue motivada en gran parte por las entidades públicas, entre lo cual se incluían actividades que promuevan el turismo, para contribuir con la reactivación económica del país. Por lo tanto, la desviación de atención a las mencionadas actividades y no a la pandemia representa un aspecto positivo para los estudiantes en dicho período.

En otras palabras, el contexto de la pandemia en el período de aplicación del instrumento fue determinante en las respuestas brindadas por los individuos participantes. Esto confirma la influencia que tiene el medio exterior en la respuesta cognitiva y conductual en el ser humano.

Por último, es importante mencionar la aplicación de las vacunas contra la enfermedad por COVID-19, lo cual puede representar un elemento de contribución a la reducción de los niveles de estrés en las personas participantes. Ello por el significado de la confianza que representa la vacunación como escudo de protección para las personas, especialmente en los grupos vulnerables como las personas adultas mayores y personas con factores de riesgo, quienes, como se desarrolló a lo largo del trabajo, pueden enfermar con mayor gravedad. En la población muestra las personas jóvenes representan un mayor porcentaje, por lo tanto, el estrés puede estar caracterizado por el miedo y la preocupación de contagio a personas cercanas o familiares con dichas características.

En el siguiente gráfico se expone la información recolectada sobre el estrés familiar y no familiar.

Figura 49. Resultado de estrés familiar y no familiar



Fuente: elaboración propia.

La figura anterior muestra los resultados de estrés familiar desglosados de la siguiente manera: el estrés leve puntúa en 72 %; el estrés moderado, en 22 %; y el estrés severo, en 6 %. Por su parte, el rango de estrés no familiar exterioriza los resultados de la siguiente forma: 99 % estrés leve y 1 % estrés moderado. Antes esto, es relevante mencionar que los porcentajes de estrés severo se ven disminuidos en cuanto a los puntajes generales, ya que compete en su rango a la adición de personas familiares y no familiares; al hacer la división de estas dos categorías, el estrés severo se ve fraccionado y, por lo tanto, disminuye su porcentaje. De igual manera, es indispensable resaltar que el porcentaje que sí se ve reflejado se da en la categoría de estrés familiar; es decir, en la categoría de estrés no familiar, el estrés severo no puntúa.

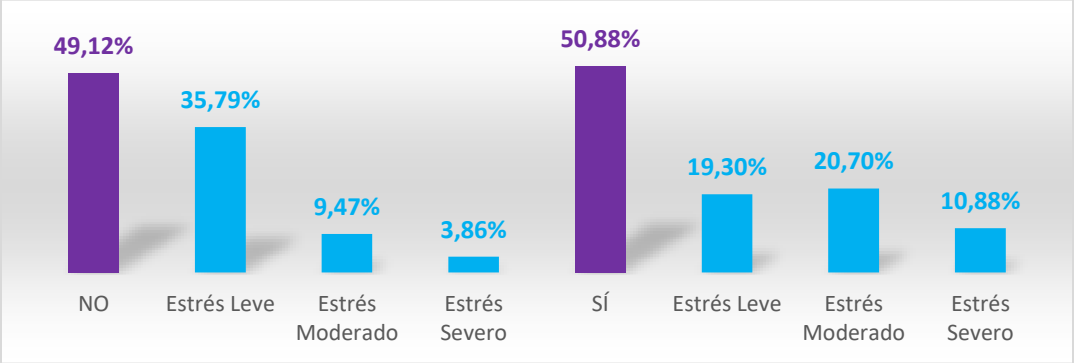
Tales datos evidencian que los estudiantes universitarios participantes perciben a la familia como un elemento de estrés superior a las personas externas a ella, puntuando de forma superior en estrés moderado y severo. Dicha información permite relacionar la presente variable con las otras elaboradas

en el estudio, las cuales son: depresión, ansiedad y apoyo social. Entonces, se demuestra que las medidas emitidas por las entidades gubernamentales responsables han impactado en la dinámica intrafamiliar, influyendo de manera significativa en la salud mental de los miembros de la familia.

Además, es importante mencionar que de los tres subgrupos el estrés leve puntúa de forma superior, lo cual refleja que el estrés está presente en la población participante, tanto en estrés familiar como en estrés no familiar, lo cual comprende la puntuación más representativa.

El siguiente gráfico muestra los resultados de las personas participantes que perciben un estrés particular de una persona en específico.

Figura 50. Percepción de estrés de una persona en particular



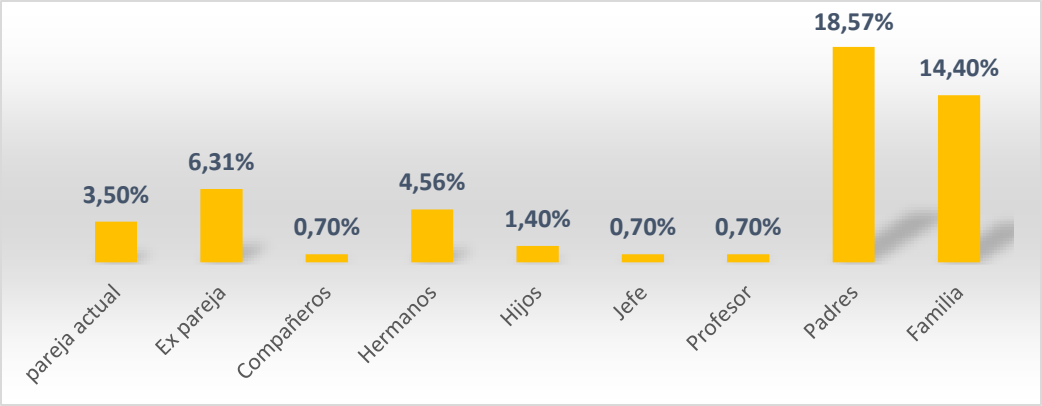
Fuente: elaboración propia.

Según los porcentajes reflejados en el gráfico anterior, el 49,12 % de las personas participantes indicaron no percibir estrés de una persona en específico, lo cual se desglosa según las categorías de estrés de la siguiente forma: 35,79 % estrés leve, 9,47 % estrés moderado y 3,86% estrés severo. Luego, el 50,88 % de las personas indica percibir estrés de una persona en particular, el desglose es el siguientes: 19,30 % estrés leve, 20,70 % estrés moderado y 10,88 % estrés severo.

En relación con el gráfico anterior, que representa según la fracción de los subgrupos de estrés las personas que indicaron percibir estrés de un individuo en particular, existe una similitud en dicho

subgrupo y en el que representa no percibir estrés de una persona determinada. Por lo tanto, es de gran relevancia profundizar en las respuestas de los participantes que manifestaron percibir a una persona como particular fuentes de estrés. Esto se muestra a continuación.

Figura 51. Persona particular que genera estrés



Fuente: elaboración propia.

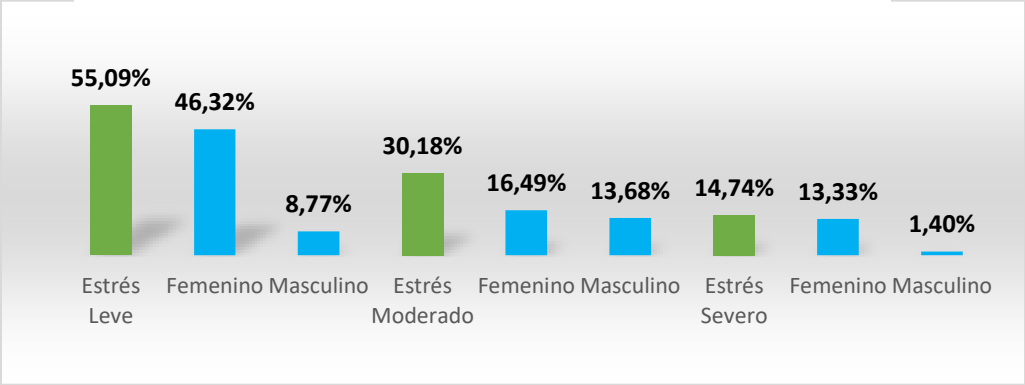
Así pues, en la figura se observan los porcentajes de personas que la población participante describe como generadoras de estrés, a saber: pareja actual 3,50 %, expareja 6,31 %, compañeros 0,70 %, hermanos 4,56 %, hijos 1,40 %, jefe 0,70 %, profesores 0,70 %, padres 18,57 % y un porcentaje de 14,40 % indicó a su familia en general como generadores de estrés.

Según los datos anteriores, existe una prevalencia relevante de las personas que indicaron percibir a los padres como principales fuentes de estrés y posterior a la familia en general, lo cual permite corroborar la información mostrada a lo largo del presente trabajo, que describe la repercusión de la limitación física y social debido a la pandemia por la enfermedad COVID-19. Esto implica una mayor convivencia entre los miembros de la familia, y dichos cambios en la rutina diaria puede representar un factor detonante de conflictos y problemas intrafamiliares, lo cual causa mayor percepción de estrés.

Además, posterior a dichos grupos, prosigue en puntuación la expareja, hermanos y la pareja actual; esto, según lo indicado por las personas que participaron. Al igual, las variantes que ha mostrado el nuevo coronavirus implican que las medidas de contención varíen y puedan influir en las relaciones de pareja, lo cual representa un factor de estrés durante la pandemia.

La siguiente figura corresponde a la correlación que se hace de los resultados generales de estrés por las dos categorías de sexo, femenino y masculino.

Figura 52. Relación resultado de estrés por sexo



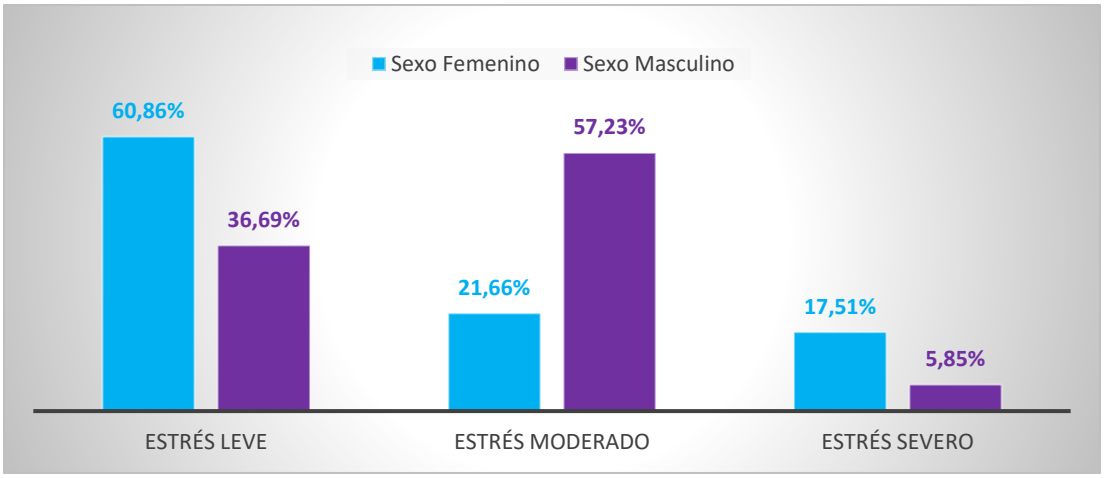
Fuente: elaboración propia.

Según las puntuaciones reflejadas, la categoría de estrés leve se fracciona con el 46,32 % de personas del sexo femenino y 8,77 % del masculino, lo cual suma en su totalidad un 55,09%. En cuanto a estrés moderado, el 16,49 % compete a las mujeres, y el 13,68 % a los hombres, lo cual da como un resultado general un 10,18 % en este rango de estrés. Por último, el estrés severo, que cuantifica 14,74 %, se desglosa de la siguiente forma: 13,33 % sexo femenino y 1,40 % sexo masculino.

No obstante, los porcentajes de las categorías específicas de la población general participante tienen predominancias significativas, las cuales causan un sesgo al momento de examinar los resultados

de las correlaciones con dichas características. En este caso, el sexo femenino puntúa 76,1% de la población general encuestada. Por tal motivo, a continuación se expondrá la gráfica con los porcentajes generales de cada característica.

Figura 53. Relación resultado de estrés por sexo (porcentajes generales)

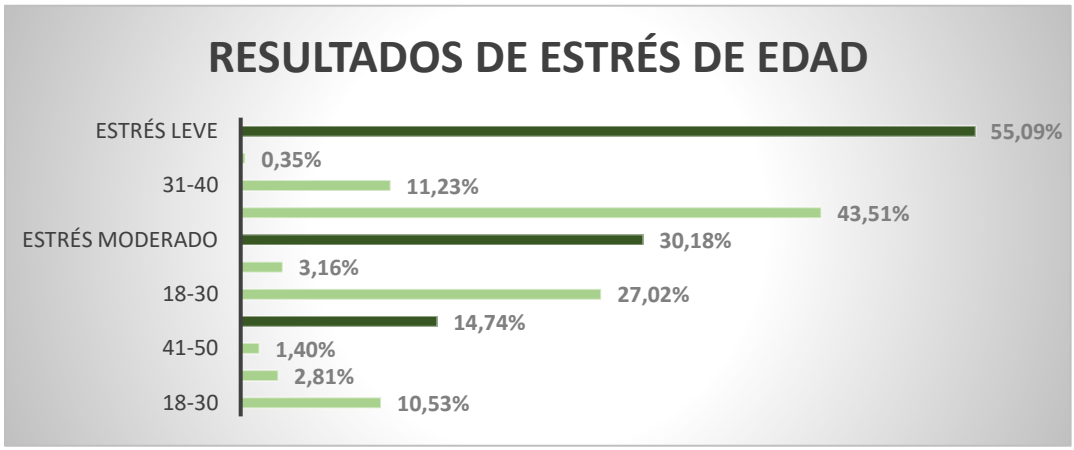


Fuente: elaboración propia.

En el gráfico anterior se aprecian las puntuaciones de la siguiente manera: el sexo femenino puntúa en estrés leve en un porcentaje de 60,86 %; en estrés moderado, en 21,66 %; y en estrés severo, en 17,51 %. Mientras que el sexo masculino refleja las siguientes calificaciones: 36,69 %, en estrés leve; 7,23 %, en estrés moderado; y 5,85 %, en estrés severo. Dicha información demuestra que en el sexo femenino percibe mayor estrés en la categoría leve y el sexo masculino tiene una percepción predominante en la categoría moderada. Siendo este el único resultado que predomina el sexo masculino en la presente variable.

La siguiente correlación corresponde a los resultados generales de estrés por las categorías de edad de la población participante.

Figura 54. Relación resultado de estrés por edad

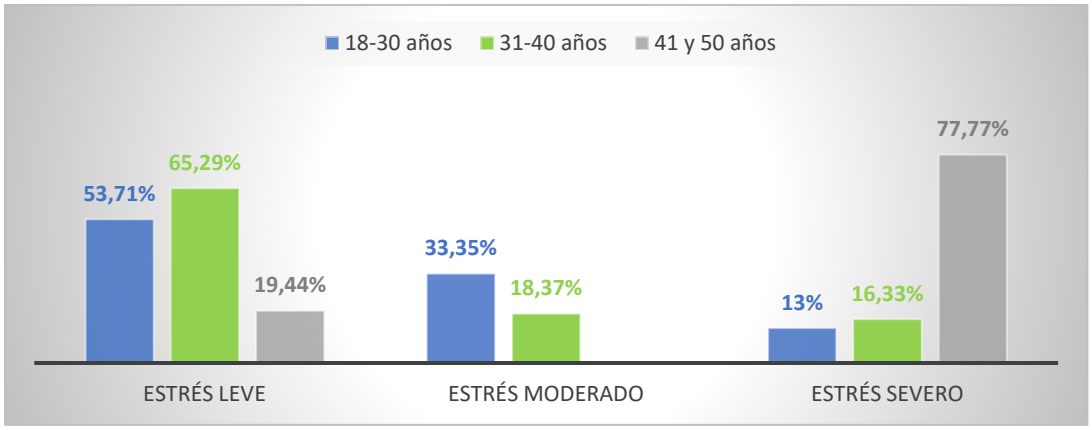


Fuente: elaboración propia.

Lo anterior, expone los siguientes porcentajes, según cada categoría de estrés. En estrés leve se tiene un 0,35 % correspondiente a los adultos entre 41 y 50 años; 11,23 %, entre 31 y 40 años; y 43,51 %, entre 18 y 30 años. Luego, en cuanto al estrés moderado, se muestra un 3,16 % a edades entre 31 y 40 años y un 27,02 % entre los 18 y 30 años. Por último, el estrés severo puntúa en 1,40 % en personas entre 41 y 50 años; 2,85 %, entre 31 y 40 años; y 10,53 %, entre 18 y 30 años.

De manera que, se evidencia una constante, en la cual los jóvenes entre 18 y 30 años son los que predominan en las tres características de edad. Sin embargo, no se puede excluir del análisis que el presente rango de edad sobresale significativamente, con 81 % de la población participante. Por tal razón, a continuación se presenta la figura con los datos generales para la correlación entre el resultado de estrés y los rangos de edad de los colaboradores.

Figura 55. Relación resultado de estrés por edad (porcentajes generales)



Fuente: elaboración propia.

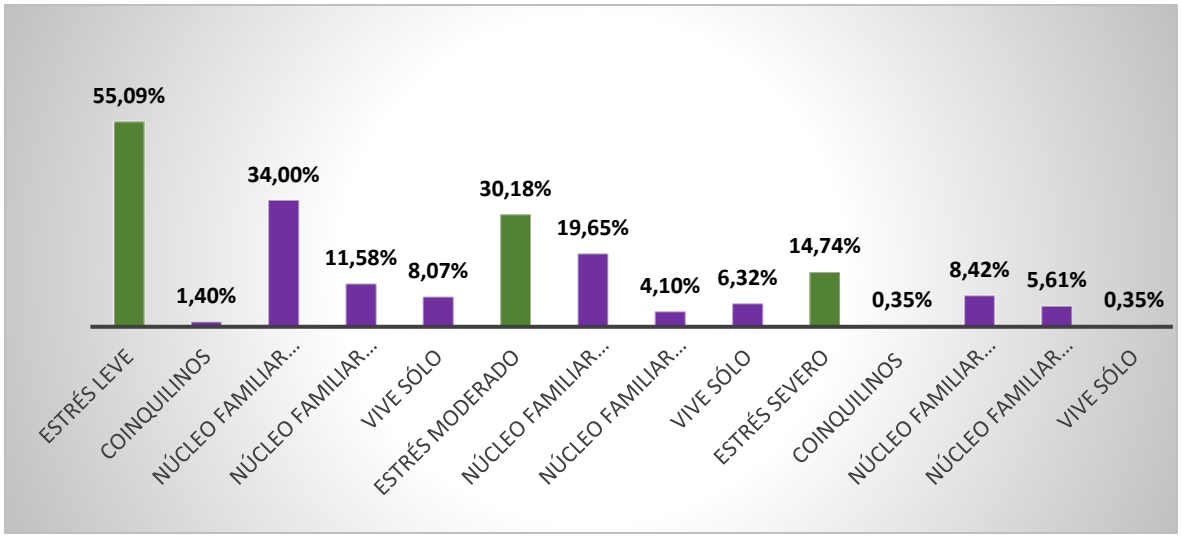
Los indicadores con respecto a edad reflejados en el gráfico anterior, evidencian el sesgo explicado a lo largo del presente trabajo. En las puntuaciones específicas se exteriorizó una prevalencia significativa en cuanto al rango de edad entre los 18 y 30 años en las tres categorías de estrés. Sin embargo, al proporcionar las puntuaciones generales de forma detallada para cada edad, los resultados varían y muestran los siguientes desgloses: en cuanto a los jóvenes entre 18 y 30 años, en estrés leve, puntúan 53,71 %, en estrés moderado 33,35 %, y en estrés severo 13 %. En cuanto a la característica de los adultos entre los 31 y 40 años, se muestran los siguientes porcentajes: 65,29 % en estrés leve, 18,37 % en estrés moderado y 16,33 % en estrés severo.

A propósito de la información recolectada, se evidencia que los adultos entre 41 y 50 años muestran datos significativos solo en dos cualidades de estrés, en el subgrupo leve con 19,44 % y en severo con 77,77 %, siendo este el de mayor relevancia en el gráfico. A lo largo de la investigación se mencionan los grupos de personas con factores de riesgo que representan vulnerabilidad frente a la enfermedad por COVID-19, dichos factores pueden ser obesidad, hipertensión, diabetes, tabaquismo, asma, enfermedad pulmonar crónica, entre otros, que la aparición suele ser después de 40 años. Por lo tanto, en conexión con las otras variables, el presente rango de edad muestra puntuaciones significativas

en estas, dicha respuesta emocional y conductual puede estar mediada por los factores anteriormente mencionados, entre otras características propias de la población de adultos entre 41 y 50 años de edad. Esto refleja una puntuación predominante en ansiedad severa, depresión grave y estrés severo.

A continuación, prosiguiendo con las correlaciones, se toman en cuenta las tres categorías de estrés y se relacionan con las personas con las que habitan. Dicha información se muestra en la siguiente figura.

Figura 56. Relación resultado de estrés por personas con las que habita

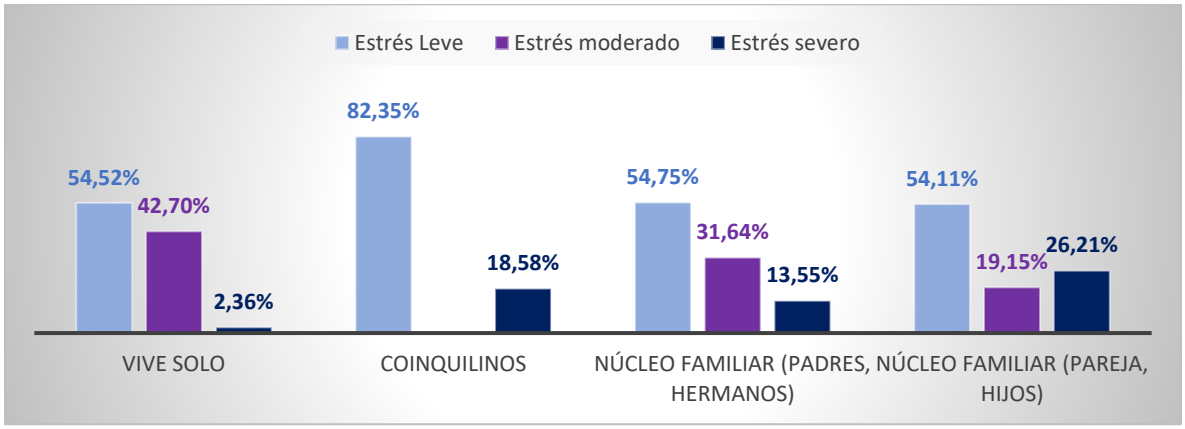


Fuente: elaboración propia.

Los datos revelados en el gráfico muestran lo siguiente: en cuanto al estrés leve 1,40% de las personas participantes vive con coinquilinos; 34 % con su núcleo familiar, que comprende a padres y hermanos; 11,58 % conviven con su núcleo familiar de pareja e hijos; y el 8,07 % indica vivir solo. Luego, de la población participante que puntúa en estrés moderado, el 19,65 % indica vivir con padres y hermanos, el 4,10 % con pareja o hijos y el 6,32 % vive solo. Por último, para estrés severo, el 0,35 % expresa vivir con coinquilinos, el 8,42 % con su núcleo familiar que compete a padres o hermanos, el 5,61 % indica que convive con su núcleo familiar de pareja e hijos, y el 0,35 % vive solo.

En relación con la presente correlación se encuentra un sesgo por las diferencias porcentuales entre las características de convivencia de las personas participantes, siendo las que conviven con el núcleo familiar, que contempla a sus padres y hermanos, relevantemente mayor, con 62,1 % de los colaboradores. A continuación, se desglosan los porcentajes generales para cada una de las convivencias mencionadas.

Figura 57. Relación resultado de estrés por personas con las que habita (porcentajes generales)



Fuente: elaboración propia.

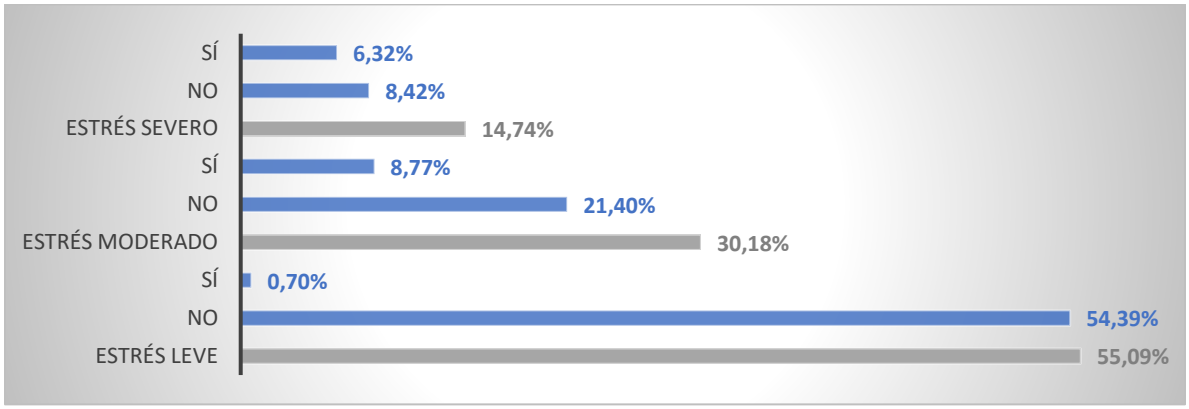
Referente al gráfico anterior, se observan los porcentajes generales de cada una de las categorías de convivencia según lo indicado por la población participante en el presente estudio. Así pues, la población que indica vivir sola desglosa sus puntuaciones de la siguiente manera: 54,52 % estrés leve, 42,70 % estrés moderado y 2,36 % estrés severo. En cuanto a las personas que manifiestan vivir con coinquilinos, el 82,35 % manifiesta estrés leve, y el 18,58% estrés severo. En cuanto al núcleo familiar que compete a padres o hermanos, el 54,75 % puntúa en estrés leve, el 31,64 % en estrés moderado y el 13,55 % en estrés severo. Por último, tomando en cuenta al núcleo familiar que comprende a la pareja e hijos, el 54,11 % calificó en estrés leve, el 19,15 % en estrés moderado y en estrés severo el 26,21 %.

Los resultados muestran una constante porcentual en la categoría de estrés leve en los cuatro subgrupos de personas con las que habitan. Así mismo, es el dato más alto, información que representa un aspecto positivo en cuanto a salud mental, pero contrasta con los datos recolectados en las variables de ansiedad y depresión.

Por su parte, en estrés moderado se representa un dato relevante de las personas que indicaron vivir solas, lo cual se relaciona con la importancia de contar con una red de apoyo en situaciones desconocidas y representen una posible amenaza, tal como lo es la pandemia. Por último, la categoría de estrés severo, que implica los resultados inferiores, destaca un dato en el núcleo familiar conformado por pareja e hijos.

En la siguiente figura se muestra la relación entre los resultados de estrés de Duke y las personas participantes que manifiestan tener o no tener hijos. A continuación, los resultados específicos.

Figura 58. Relación resultado de estrés por personas con hijos



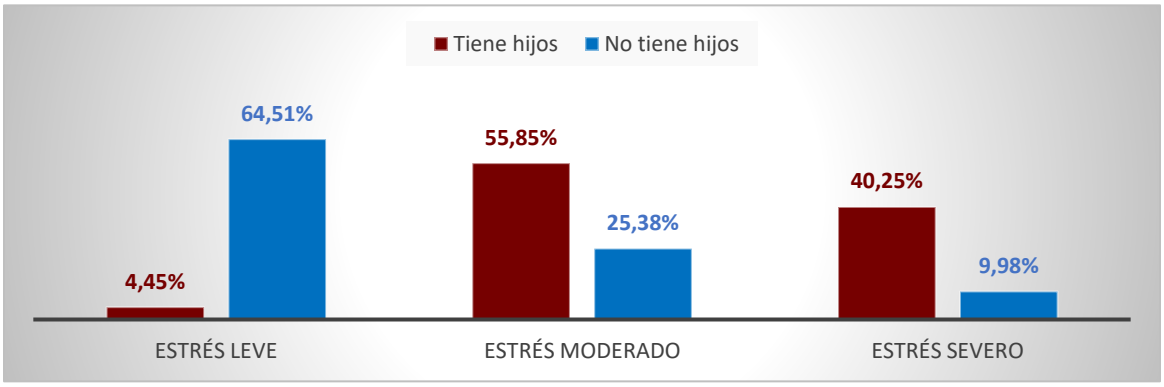
Fuente: elaboración propia.

En lo referente a las tres categorías de estrés, las personas que tienen hijos son las que puntúan inferior. En el caso de estrés leve el 0,70 % manifiesta sí tener hijos, y el 54,38 % no. En la categoría de estrés moderado, el 8,77 % indicó ser padre de familia y el 21,40 % no. Por último, en estrés severo, el

6,32 % manifiesta tener hijo y 8,42 % no. Sin embargo, dichos porcentajes se ven sesgados por la desigualdad de población entre ambas características, ya que el porcentaje de colaboradores que indica no tener hijos compete al 84,3 %, lo cual manifiesta una diferencia relevante.

A continuación, se muestran los resultados generales de la correlación anterior.

Figura 59. Relación resultado de estrés por personas con hijos (porcentajes generales)



Fuente: elaboración propia.

El desglose del gráfico anterior muestra las siguientes calificaciones: de los estudiantes que indicaron tener hijos el 4,45 % manifiesta estrés leve, el 55, 85 % estrés moderado y el 40,25 % estrés severo. En razón a los que indicaron no tener hijos, la segregación es la siguiente: 64,51 % resultó experimentar estrés leve, el 25,38 % estrés moderado y el 9,98 % estrés severo.

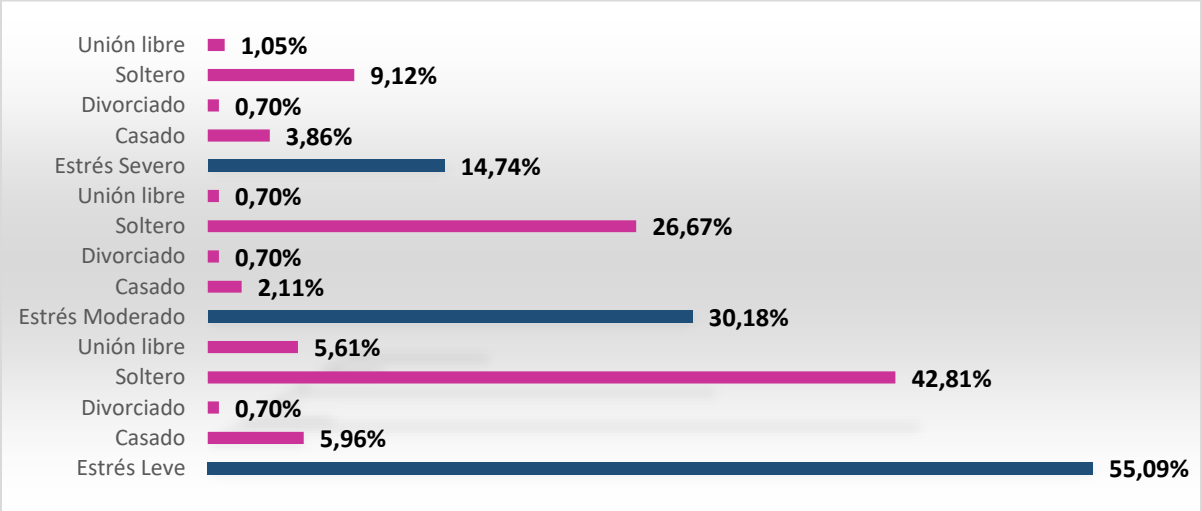
De modo que, queda en evidencia la desigualdad de cuantías en referencia a las puntuaciones específicas y los porcentajes generales de cada característica.

La información recolectada en la presente variable demuestra que los colaboradores que indicaron tener hijos puntúan de forma significativa en estrés moderado y estrés severo, mientras que el porcentaje más bajo corresponde a estrés leve. En consideración de la última categoría mencionada se

aprecia una discrepancia porcentual del 60 %, lo cual demuestra que los estudiantes participantes que son padres puntuaron de forma inferior en dicha categoría.

En la siguiente correlación se ven intervenidos los resultados de estrés con el estado civil que respondieron las personas participantes del estudio. A continuación, se reflejan los resultados específicos de dicha correlación.

Figura 60. Relación resultado de estrés por estado civil

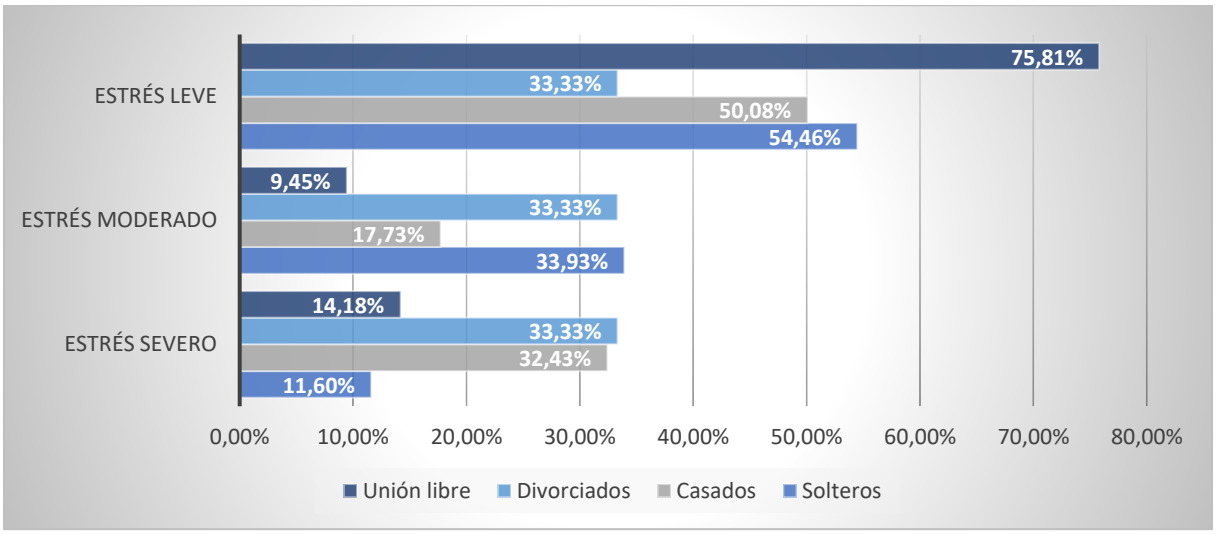


Fuente: elaboración propia.

Se observa en la figura anterior las cuatro categorías tomadas en cuenta en dicho estudio. Primero, las personas que indicaron estar casadas muestran las siguientes cuantías: 5,96 % estrés leve, 2,11 % estrés moderado y 3,86 % estrés severo. Así mismo, los individuos que manifiestan estar divorciados generan los siguientes porcentajes: 0,70 % estrés leve, 0,70 % estrés moderado, y 0,70 % estrés severo. Luego, la siguiente categoría es la de los estudiantes solteros, de los cuales el 42,81 % manifiesta estrés leve, el 26,67 % estrés moderado y 9,12 % estrés severo. Por último, de las personas que indican vivir en unión libre, el 5,61 % compete a estrés leve, el 0,70 % a estrés moderado y 1,05 % a estrés severo.

De igual manera, se refleja una constante en las tres categorías de estrés, en la cual predomina la población soltera. Sin embargo, es indispensable tomar en cuenta que dicha población compete al 78,6 % de la población, lo cual refleja un sesgo incuestionable en el gráfico mostrado con anterioridad. Por tal razón, se muestran los resultados de los porcentajes generales de cada rasgo en cuanto a estado civil, y los porcentajes anteriormente expuestos.

Figura 61. Relación resultado de estrés por estado civil (porcentajes generales)



Fuente: elaboración propia.

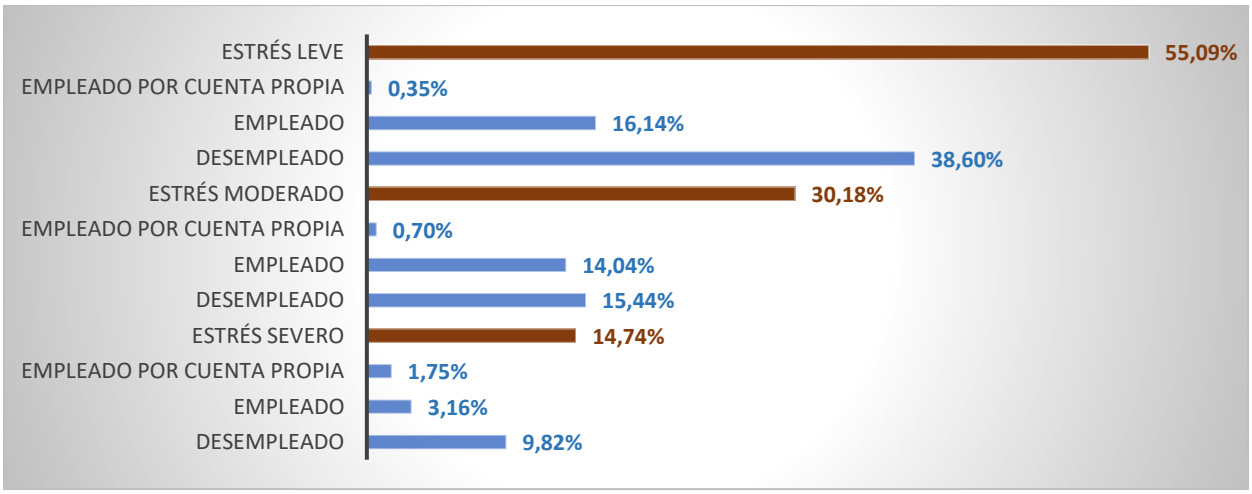
La figura muestra los siguientes porcentajes generales: en cuanto a estrés leve, el 75,81 % indicó vivir en unión libre; el 33,33 % corresponde a divorciados; el 50,08 %, a casados; y el 54,46 % a solteros. En cuanto a estrés moderado, el 9,45 % viven en unión libre, el 33,33 % están divorciados, el 17,73 % indicaron estar casados, y el 33,93 % estar solteros. Para concluir, el estrés severo refleja los siguientes datos en cuanto a estado civil, 14,18 % en unión libre, 33,33 % divorciados, 32,43 % casados y 11,60 % solteros.

La información expuesta permite determinar que las personas que indicaron estar en condición de unión libre comprenden el porcentaje más alto de la categoría de estrés leve, en las otras dos

categorías no se muestran datos relevantes. En cuanto a las personas divorciadas, se aprecia una constante en las tres categorías determinadas. Posteriormente, las personas que respondieron estar casadas puntúan de forma significativa en estrés leve y estrés severo. Por último, las personas solteras comprenden el segundo dato más importante en estrés.

Al respecto, el gráfico tiene como objetivo demostrar la relación entre los resultados de estrés y el estado laboral. A continuación, se exponen los resultados específicos.

Figura 62. Relación resultado de estrés por estado laboral

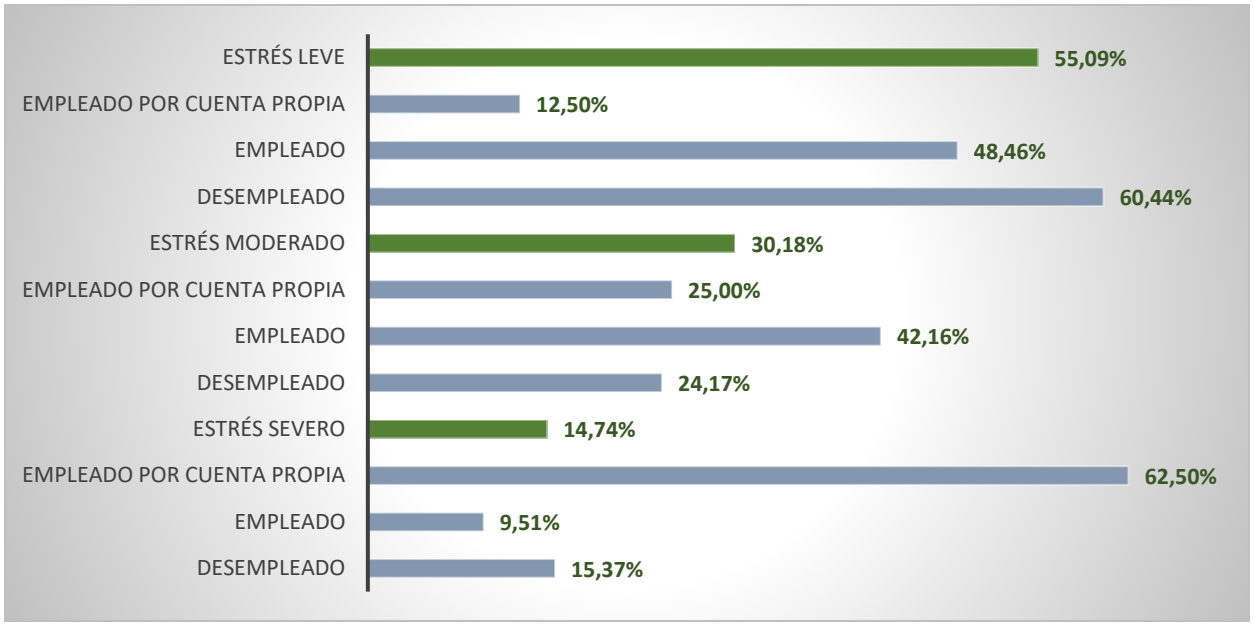


Fuente: elaboración propia.

Referente al gráfico, se observa el desglose de puntuaciones de la siguiente manera: en estrés leve, el 0,35 % indica ser empleado por cuenta propia, el 16,14 % ser empleados, y el 38,60 % estar desempleados. Las cuantías que conciernen a estrés moderado reflejan el 0,70 % como empleado por cuenta propia, el 14,04 % empleado, y el 15,44 % estar en condición de desempleo. En la última categoría, estrés severo, los porcentajes se distribuyen de la siguiente forma: 1,75 % empleado por cuenta propia, 3,16 % empleado y 9,82 % ser desempleado.

Ahora bien, para dicha correlación se desarrolla un sesgo por los datos de la población encuestada, en la cual el 63,86 % de esta se encuentra en condición de desempleo. Por consiguiente, se muestran las cuantías generales para cada categoría de estado laboral.

Figura 63. Relación resultado de estrés por estado laboral (porcentajes generales)



Fuente: elaboración propia.

Los resultados generales de la presente relación son los siguientes: en la categoría de estrés leve el 12,05 % corresponde a los empleados por cuenta propia, el 48,46 % a las personas que indican estar en condición de empleados y el 60,44 % a la población desempleada. Asimismo, para la categoría de estrés moderado, el 25 % compete a los empleados por cuenta propia, el 42,16 % a empleados y el 24,17 % a los que respondieron estar en condición de desempleo. La última categoría, estrés severo, muestra que el 62 % corresponde a la población participante que indica ser empleado por cuenta propia, 9,51 % a quienes respondieron ser empleados y el 15,37 % a la población desempleada.

Los datos expuestos determinan que cada subgrupo predomina en una categoría de estrés; en estrés leve la puntuación más relevante comprende a las personas que indicaron estar en condición de

desempleado. En estrés moderado la población predominante corresponde a las personas que respondieron estar empleadas. Y por último, en estrés severo, las personas que laboran por cuenta propia predominan con un porcentaje significativo.

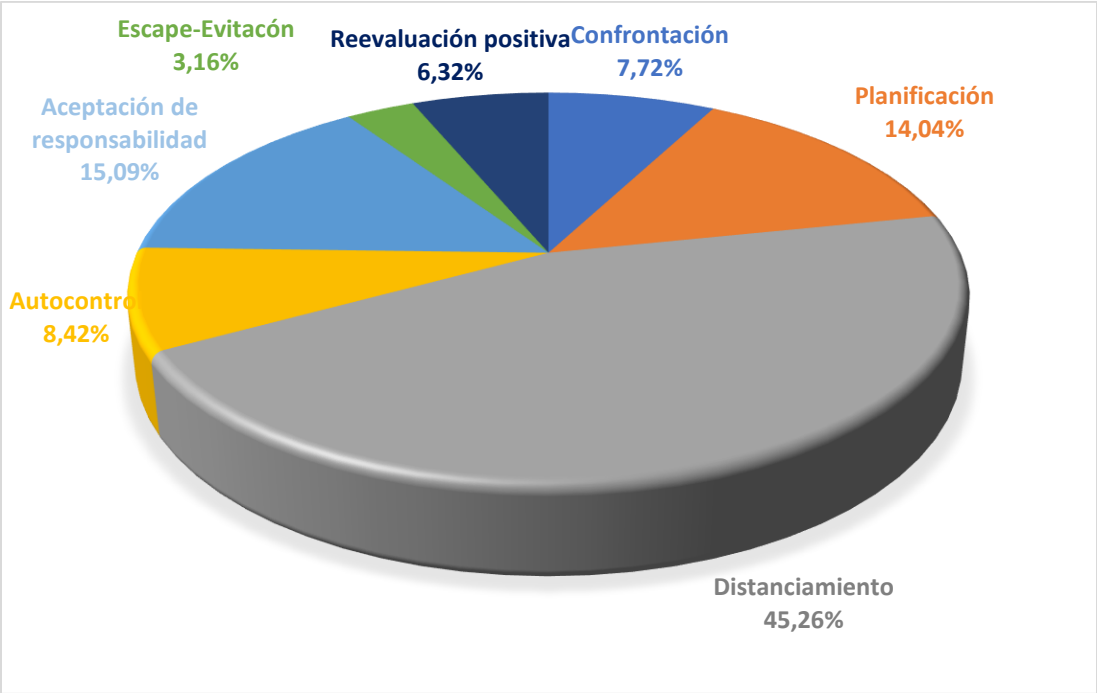
El último subgrupo mencionado refleja una constante en los resultados en las otras variables, sobresaliendo porcentualmente en las categorías de ansiedad severa, depresión grave y estrés severo. Tales datos permiten interpretar que la población en condición de empleado por cuenta propia refleja una mayor afectación en la salud mental, desarrollando síntomas propios de los mencionados trastornos mentales, mediados por la afectación en los negocios propios, lo cual reduce los ingresos económicos y la oportunidad de crecimiento debido a las medidas implementadas por las entidades de salud para evitar la propagación del nuevo coronavirus, impactando así la economía nacional e internacional.

4.1.3.1. Estrategias de afrontamiento de estrés

En relación con la variable de estrés en los estudiantes universitarios, se hace la inclusión de las estrategias de afrontamiento de estrés con el objetivo de conocer cuáles han sido las mencionadas estrategias implementadas por la población durante la pandemia por la enfermedad por COVID-19.

La siguiente figura muestra los resultados generales de las estrategias de afrontamiento empleadas por los individuos participantes en la investigación.

Figura 64. Resultado de estrategias del afrontamiento del estrés más utilizadas



Fuente: elaboración propia

Las puntuaciones reflejadas en la figura anterior determinan los porcentajes de la población participante que ha utilizado las diferentes estrategias de afrontamiento, mostrando que el 8,42 % indicó el autocontrol como estrategia, el 15,09 % la aceptación de responsabilidad, el 3,16 % respondió a la estrategia de escape-evitación, el 6,32 % usó la reevaluación positiva, el 7,72 % manifestó utilizar la confrontación, el 14,04 % pensó en la planificación y el 45,26 % aplicó el distanciamiento.

De manera que, según los datos expuestos, se demuestra que la estrategia de afrontamiento utilizada con mayor frecuencia en la población es el distanciamiento. Dicha categoría abarca el 45,26 %, siendo esta la respuesta más significativa, la cual comprende alejarse del problema, no buscar solución y evitar la afectación que dicho evento pueda generar.

Al respecto, los autores ya mencionados determinan no asertiva la presente estrategia. Esto permite interpretar que la mayoría de las personas participantes no emplea estrategias asertivas frente a

los diferentes conflictos y problemas que se puedan presentar durante el contexto de la pandemia por el nuevo coronavirus; por lo contrario, tomar distancia de dichos eventos es la forma de confrontar.

De igual forma, en la figura anterior el segundo dato más relevante está compuesto por la estrategia de afrontamiento denominada aceptación de responsabilidad, la cual es caracterizada por la concientización del problema y la responsabilidad que tiene el individuo para el inicio, la perduración y finalización de este, aceptando los cargos requeridos para la solución necesaria.

La siguiente categoría es la planificación, que abarca el 14,04 % de las respuestas. Esta comprende un análisis de la situación o el problema, así como generar nuevas estrategias para confrontar dicha situación de manera eficiente. Al igual que la categoría anterior, representa estrategias de impacto positivo para el individuo bajo un contexto de pandemia.

Luego, el 8,42 % de la población indicó hacer uso de la estrategia de afrontamiento nombrada como autocontrol, la cual representa la cuarta puntuación más alta en la presente figura. Esta consiste en la capacidad de dominar pensamientos, emociones, sentimientos y, por ende, conductas frente a situaciones adversas generadoras de estrés. Se relaciona con una habilidad de gran relevancia para enfrentar las diferentes adversidades propias de una pandemia, por lo cual influye en la disminución del impacto negativo en la salud mental.

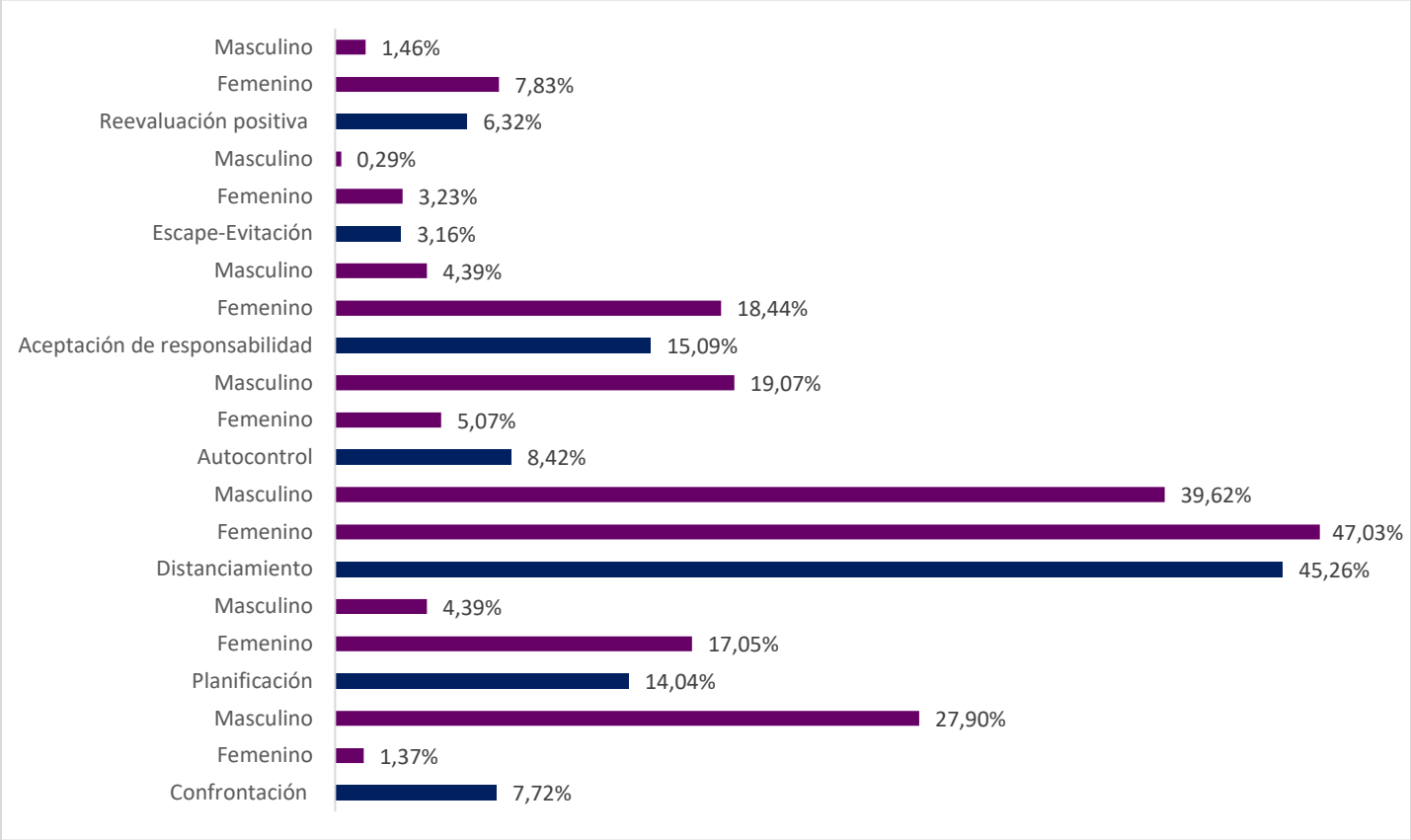
Ahora bien, el siguiente porcentaje corresponde a confrontación, lo cual representa un 7,72 % de las respuestas, siendo el método que se caracteriza por la solución de una situación ignorando las medidas utilizadas, las cuales pueden sobrepasar los límites y respeto hacia las otras personas involucradas en la situación, tal como la agresión física y verbal, ignorando las repercusiones que pueda tener. Es un sistema poco asertivo en cuanto a la solución de una determinada situación, ya que dicha estrategia podría ser generadora de más conflictos y agravar la situación.

El 6,2 % corresponde a las personas que respondieron hacer uso de la estrategia reevaluación afectiva, la cual corresponde a la capacidad de seleccionar y destacar los aspectos positivos de una determina situación, la cual es generadora de estrés. Así, reduciendo la atención en los elementos negativos, el individuo pueda encontrar la solución más eficaz, aminorando el impacto negativo que una situación de estrés pueda generar a nivel emocional.

Por último, la estrategia de escape-evitación abarca el 3,16 % de los resultados de las personas que indicaron hacer uso del método, siendo el dato menor en la presente categoría. Este se caracteriza por el empleo de pensamiento irreal, en sustitución de otras estrategias riesgosas, como consumir alcohol, drogas u otros medicamentos sin indicación médica. También, el empleo de conductas alimenticias, lo cual representa un riesgo para la salud, tal como los atracones. Dichas conductas se dan como sustitución de estrategias reales y eficientes.

A propósito de las estrategias de afrontamiento, se hace la correlación de estas con el sexo femenino y masculino. El siguiente gráfico lo muestra a continuación.

Figura 65. Estrategias de afrontamiento del estrés por sexo



Fuente: elaboración propia

Los resultados generales de la presente figura muestran que el sexo masculino desglosa los porcentajes de la siguiente manera: 1,46 % reevaluación positiva, 0,29 % escape-evitación, 4,39 % indicó utilizar la estrategia de aceptación de responsabilidad, 19,07 % autocontrol, 39,62 % distanciamiento, 4,39 % planificación y 27,90 % confrontación. Mientras que los desgloses porcentuales según las estrategias de afrontamiento utilizadas por el sexo femenino muestran los siguientes datos: 7,83 % indicó la reevaluación positiva, 3,23 % escape-evitación, 18,44 % aceptación de la responsabilidad, 5,07 % autocontrol, 47,03 % distanciamiento, 17,05 % planificación, y 1,37 % confrontación.

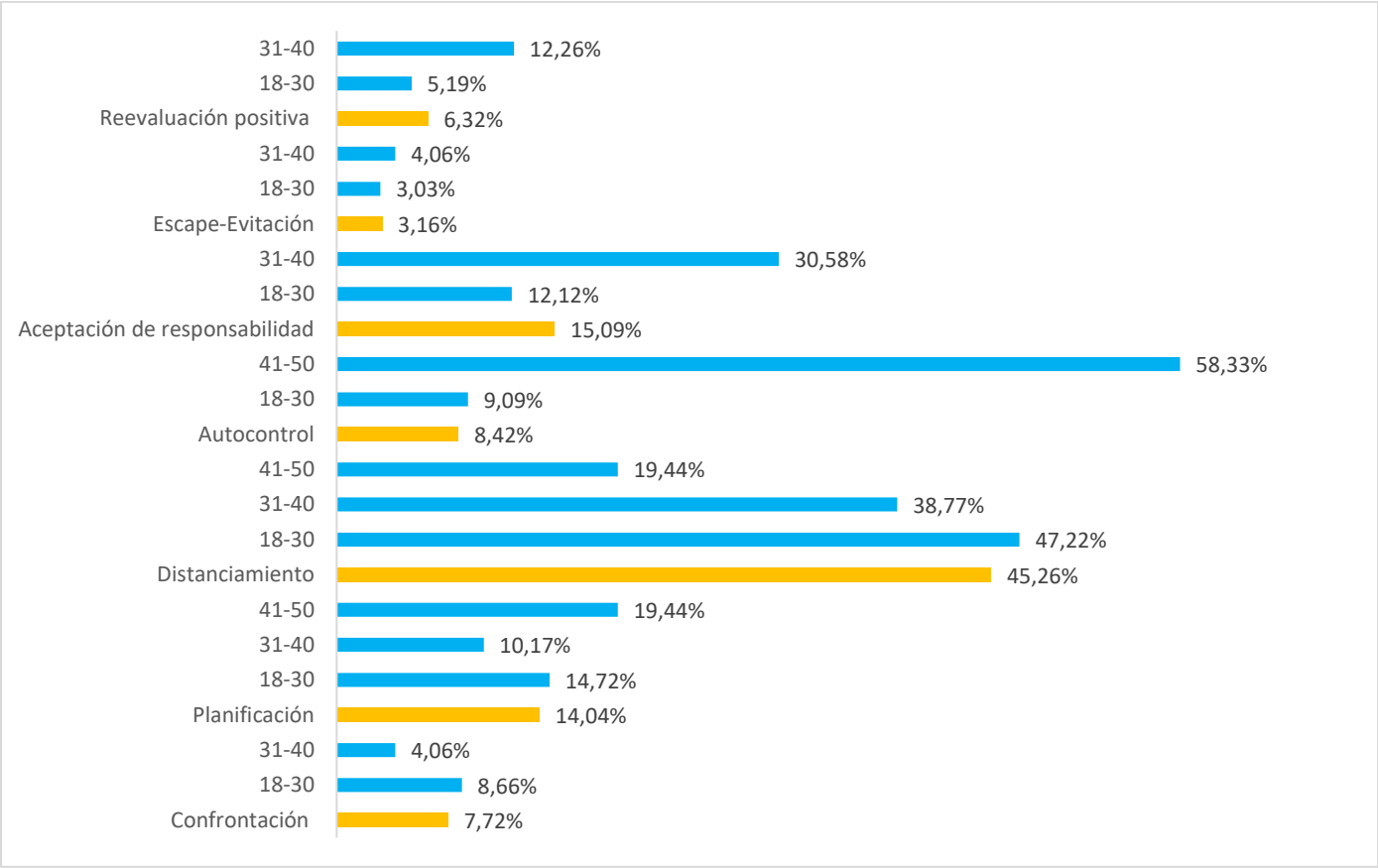
Los datos revelados demuestran una prevalencia en el porcentaje de las personas que indicaron hacer uso del distanciamiento como estrategia de afrontamiento. Tanto en el sexo masculino como el femenino, en dicha categoría, puntúa cifras mayores.

En el sexo masculino predomina la estrategia de afrontamiento denominada confrontación, mediada por conductas impulsivas y carentes de análisis. Además, es frecuente en las estrategias de autocontrol, siendo estrategias que muestran un contraste entre sus características.

En relación con el sexo femenino, las estrategias de afrontamiento predominantes corresponden a la segunda categoría, aceptación de responsabilidad; luego, planificación y reevaluación positiva. Esto demuestra que el sexo femenino hace uso de las estrategias de afrontamiento en las cuales se requiere de un análisis de la situación y planificación de diferentes métodos y estrategias para enfrentar un evento que genere estrés. Sin embargo, el porcentaje más alto en el presente sexo comprende el distanciamiento, lo cual reduce el uso de las capacidades anteriormente mencionadas, dato compartido con el sexo masculino.

Seguidamente, se muestra la relación de las estrategias de afrontamiento de estrés con la edad de las personas participantes de la investigación.

Figura 66. Estrategias del afrontamiento del estrés por edad



Fuente: elaboración propia.

Los porcentajes observables en el gráfico exponen que la estrategia de reevaluación positiva se indicó por jóvenes de 18 a 30 años en un 5,19 % y los adultos jóvenes en un 12,26 %. En relación con escape-evitación, el 3,03 % corresponde a las edades entre 18 y 30 años y 4,06 % de 31 a 40 años. La aceptación de responsabilidad puntuó 30,58 % en adultos jóvenes entre 31 y 40 años, y 12,12 % en los estudiantes entre 18 y 30 años. El autocontrol cuantificó en la categoría de adultos entre 41 y 50 años con el 58,33 % y en jóvenes de 18 a 30 años con el 9,09 %. La estrategia de distanciamiento puntúa en 19,44 % entre 41 y 50 años, en 38,77 % entre 31 y 40 años y en 47,22 % entre 18 y 30 años. La planificación calificó de la siguiente forma: 21 % entre 41 y 50 años, 10,17 % entre 31 y 40 años y 14,72

% entre 18 y 30 años. Con respecto a la confrontación, el 4,06 % corresponde a la población entre 31 y 40 años, mientras el 8,66 % a los jóvenes entre 18 y 30 años.

La información, según el gráfico, muestra al subgrupo de personas con un rango de edad entre 41 y 50 años puntuando únicamente en tres categorías, las cuales son, distanciamiento, planificación y autocontrol. Siendo la última estrategia mencionada la predominante en dicho rango de edad, lo cual permite interpretar que las personas con mayor edad cuentan con mayores habilidades asertivas para enfrentar un evento desconocido generador de estrés.

Las puntuaciones en distanciamiento son altas en los tres rangos de edad, sin embargo, la población entre 41 y 50 años es la que puntúa de forma inferior en dicha estrategia. A diferencia de los otros dos subgrupos de edad, siendo la estrategia de mayor porcentaje en la mencionada población.

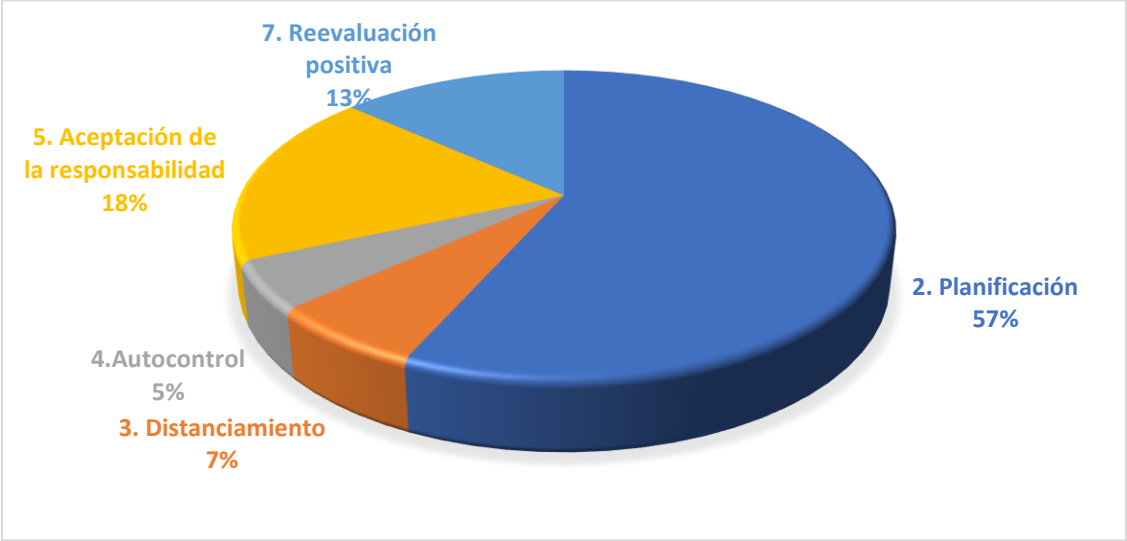
En cuanto al rango de edad de 31 a 40 años, las estrategias de afrontamiento más frecuentes, después del distanciamiento, son reevaluación positiva y aceptación de la responsabilidad. Esto implica estrategias asertivas que al ser empleadas en un evento percibido como estresor, el impacto negativo en el bienestar emocional es reducido. También, dicha información permite mencionar que las personas en ese rango de edad cuentan con las habilidades para solucionar un conflicto de forma eficiente.

Por último, la población entre 18 y 30 años del presente estudio, predomina con un 47 % el distanciamiento, siendo la población más alta en la mencionada estrategia de afrontamiento. Además, es el único subgrupo de edad que puntúa en todas las categorías de forma inferior a excepción de la estrategia nombrada planificación, con 14,72 %. La presente población evidencia la carencia de habilidades para enfrentar un problema de forma asertiva. En el contexto de pandemia es un grupo excluido de los riesgos por la enfermedad COVID-19, a excepción de las personas con un factor de

salud que pueda complicar la infección por el virus, razón que influye en la pobre atención al cuidado de la salud mental.

Ahora bien, la siguiente relación refleja las estrategias de afrontamiento más utilizadas en situaciones generadoras de estrés por las personas participantes de la investigación, las cuales puntuaron en la categoría de ansiedad muy baja según el inventario de ansiedad de Beck.

Figura 67. Estrategias de afrontamiento por ansiedad muy baja



Fuente: elaboración propia.

El gráfico anterior muestra los porcentajes de la siguiente forma: la estrategia de afrontamiento nombrada planificación comprende el 57 %; distanciamiento, el 7 %; autocontrol, el 5 %; aceptación de la responsabilidad, el 18 %; y reevaluación positiva, el 13 %.

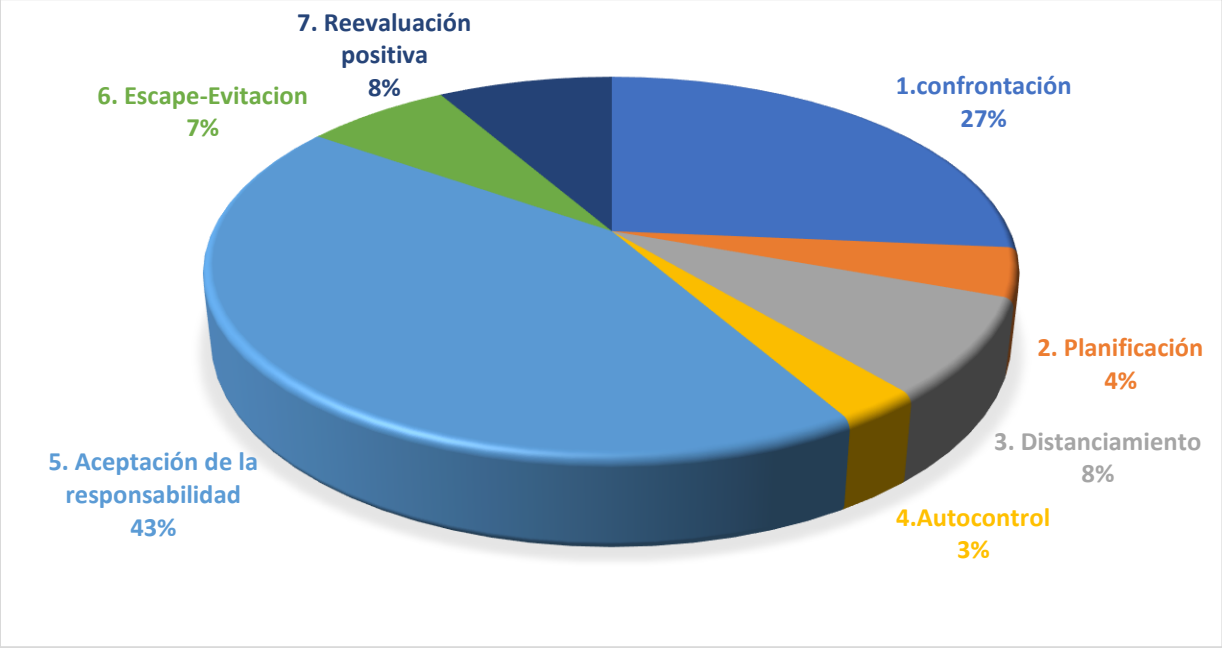
Los datos mencionados determinan que la población participante que manifiesta menor sintomatología de ansiedad emplea las estrategias de afrontamiento calificadas como asertivas. Tal como se muestra, un resultado superior en planificación, luego aceptación de la responsabilidad, reevaluación

positiva y autocontrol. De los resultados, solo el 7 % de las personas seleccionaron la opción de distanciamiento, lo cual representa uno de los resultados inferiores.

Además, la información permite interpretar la relación que existe entre las estrategias de afrontamiento y la existencia de sintomatologías. En el presente caso las estrategias se consideran asertivas y las sintomatologías ansiosas son leves.

En cuanto a los resultados de las personas participantes que calificaron, según el inventario de ansiedad de Beck, en la categoría determinada como ansiedad moderada en conexión con las estrategias de afrontamiento, distribuidos en los porcentajes que indicaron las personas de dicho subgrupo de ansiedad, se muestra los siguientes datos.

Figura 68. Estrategias del afrontamiento por ansiedad moderada



Fuente: elaboración propia.

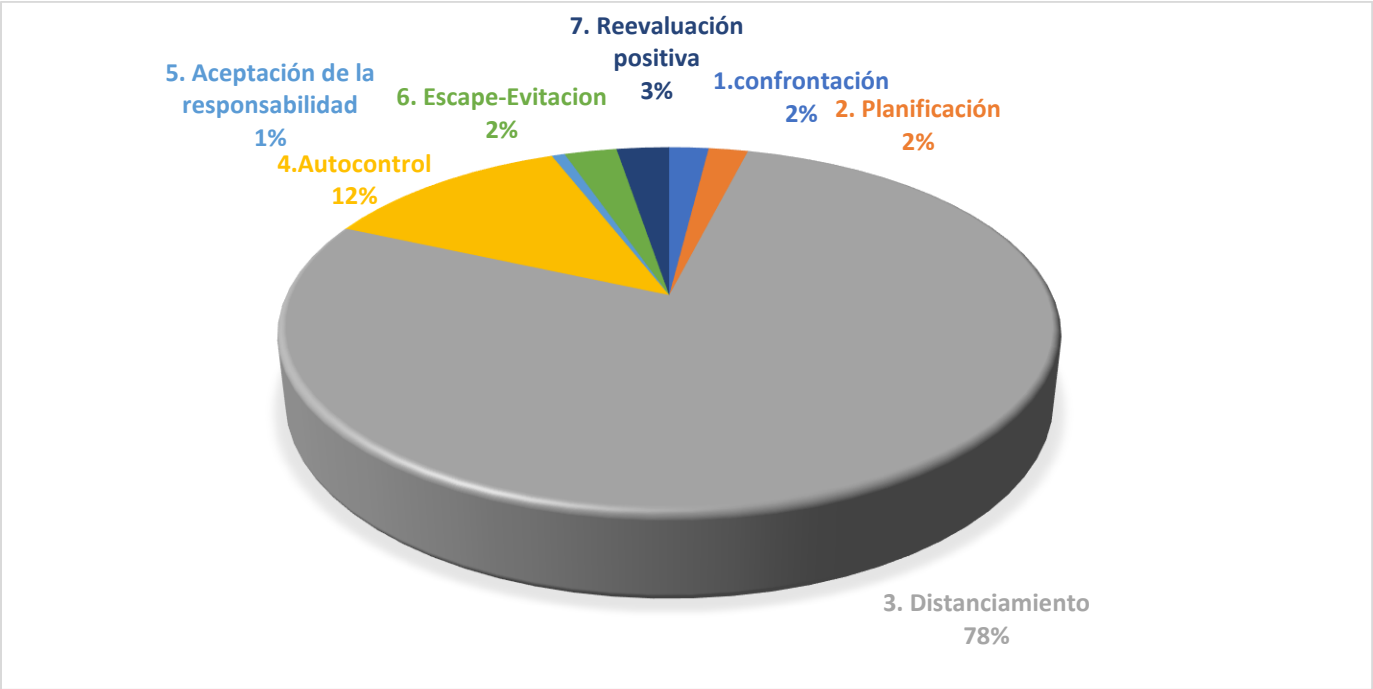
La información determina que de la población participante el 3 % indicó implementar la estrategia de afrontamiento denominada autocontrol; el 8% la de distanciamiento, el 4 % la de planificación, el 27 % la de confrontación, el 8 % la de reevaluación positiva, el 7 % la de escape-evitación, y por último, el 43% la de aceptación de la responsabilidad.

De modo que, con base en los resultados anteriores, se evidencia que la población con síntomas de ansiedad moderada puntuó de forma significativa en aceptación de responsabilidad. La ansiedad es un estado de aprensión y excitación física como respuesta de un individuo cuando anticipa que una situación a futuro implica una amenaza, comprende así una captación de la atención, desviando esta de otras situaciones y la dirige únicamente a la que considera como amenaza, como en el presente caso debido a la pandemia por la enfermedad COVID-19. De manera que, por motivo del alto nivel de atención en dicha situación, el individuo tiende a analizar la situación y aceptar la responsabilidad que tiene en esta, con lo cual desarrolla rumiación de pensamientos relacionados al problema.

Luego, en otras puntuaciones inferiores, emplea al igual estrategias poco asertivas, tales como confrontación, distanciamiento y escape-evitación. En la presente categoría se presenta el mayor porcentaje en cuanto a las estrategias tituladas como confrontación y escape-evitación, a diferencia de la categoría de ansiedad leve y severa. Dicha información permite interpretar, según la relación entre las estrategias de afrontamiento y las emociones, la afectación a nivel de salud mental, que es representada según el instrumento de ansiedad de Beck, lo cual evidencia el uso de estrategias no funcionales frente a una situación como lo es la pandemia.

La siguiente figura muestra los porcentajes de la población participante con presencia de sintomatología de ansiedad severa. Esto según el inventario de ansiedad de Beck y las estrategias de afrontamiento del estrés que indicaron las personas con dicho resultado.

Figura 69. Estrategias de afrontamiento por ansiedad severa



Fuente: elaboración propia.

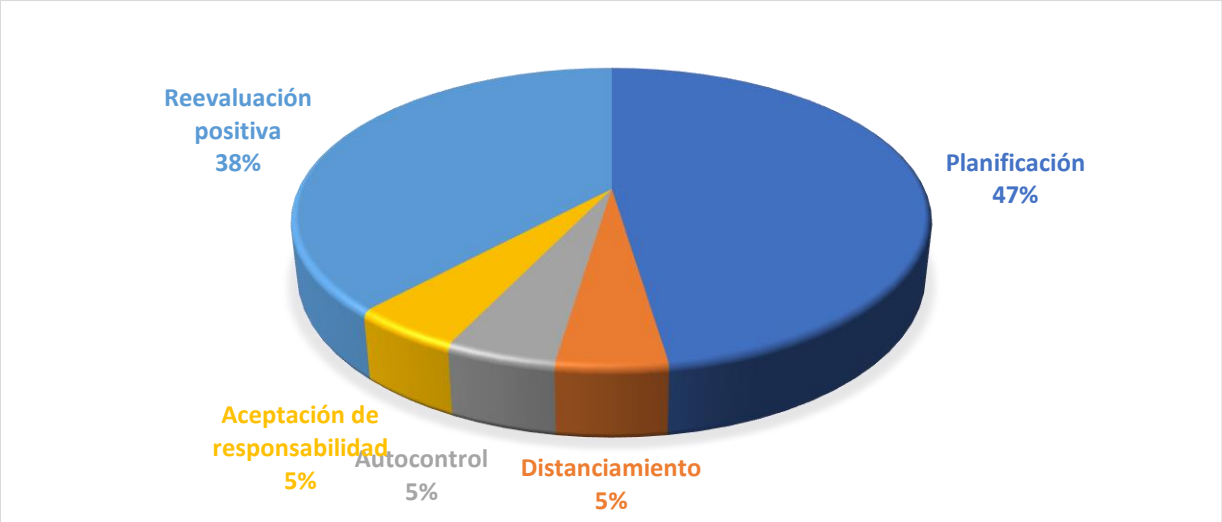
Los resultados de la figura demuestran que el 12 % de las personas colaboradas de la investigación indicaron hacer uso de la estrategia de afrontamiento nombrada autocontrol; así como el 2 % planificación, el 2 % confrontación, el 3 % reevaluación positiva, el 2 % escape-evitación, el 1 % aceptación de responsabilidad y el 78 % distanciamiento.

Tal como se mencionó, en la presente categoría de ansiedad la estrategia más utilizada por la población es el distanciamiento, resultado que corrobora la información mencionada con anterioridad. De modo que, se refleja que emplear una estrategia de afrontamiento no asertiva está relacionada con la sintomatología de ansiedad severa. La conexión entre las emociones y las estrategias de afrontamiento frente a una determinada situación generadora de estrés es inseparable y de gran relevancia para comprender la dinámica de los síntomas ansiosos durante el contexto de pandemia.

Por consiguiente, el gráfico refleja que la segunda estrategia de afrontamiento predominante en la población presente corresponde al denominado autocontrol, mientras que las otras estrategias no superan el 2 % en los porcentajes.

La figura siguiente detalla los porcentajes correspondientes a las estrategias de afrontamiento del estrés más utilizadas en las personas participantes que calificaron en la categoria de no presenta depresión. Esto según el inventario de depresión de Beck.

Figura 70. Estrategias del afrontamiento por No presenta depresión



Fuente: elaboración propia.

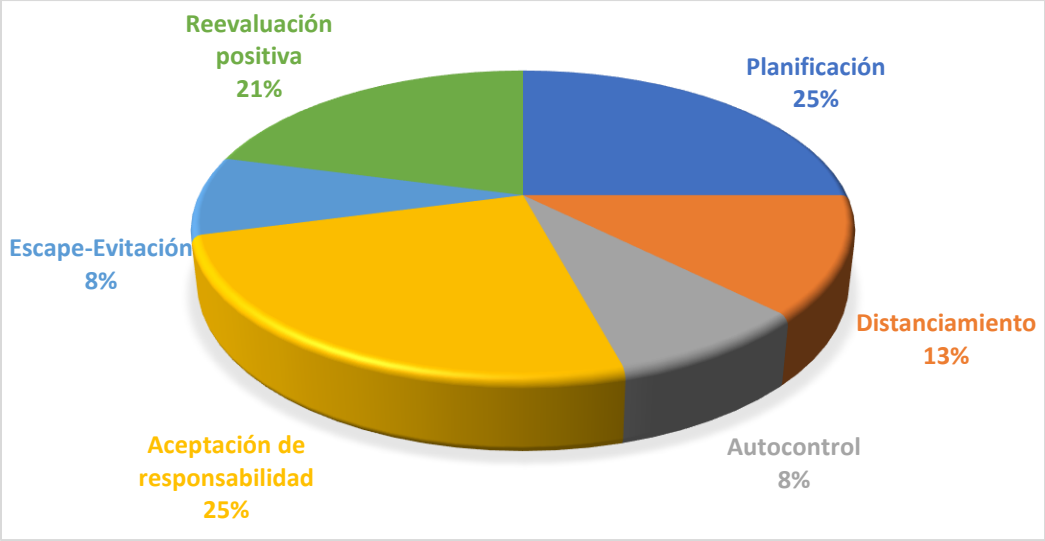
La población participante que no presenta depresión señaló las siguientes estrategias de afrontamiento empleadas: el 5 % indicó la estrategia nombrada aceptación de la responsabilidad; el 5 %, autocontrol; el5 %, distanciamiento; el 38 % la reevaluación positiva; y por último, el 47 % la planificación.

Los datos demuestran que en la presente población con ausencia de síntomas de depresión los métodos de afrontamiento son los considerados asertivos nombrados, planificación en primer lugar y luego reevaluación positiva. De las demás estrategias de afrontamiento utilizadas únicamente se muestra

el distanciamiento como método no asertivo. Esto demuestra la relación entre la estabilidad emocional y la estrategia de afrontamiento empleada, donde la más efectiva es la estrategia con menor presencia de sintomatología.

El gráfico a continuación muestra la relación entre los participantes que puntuaron en elinventario de depresión de Beck como depresión leve y los porcentajes en cuanto a las estrategias de afrontamiento del estrés que indicó utilizar el presente grupo de la población colaboradora.

Figura 71. Estrategias del afrontamiento por depresión leve



Fuente: elaboración propia.

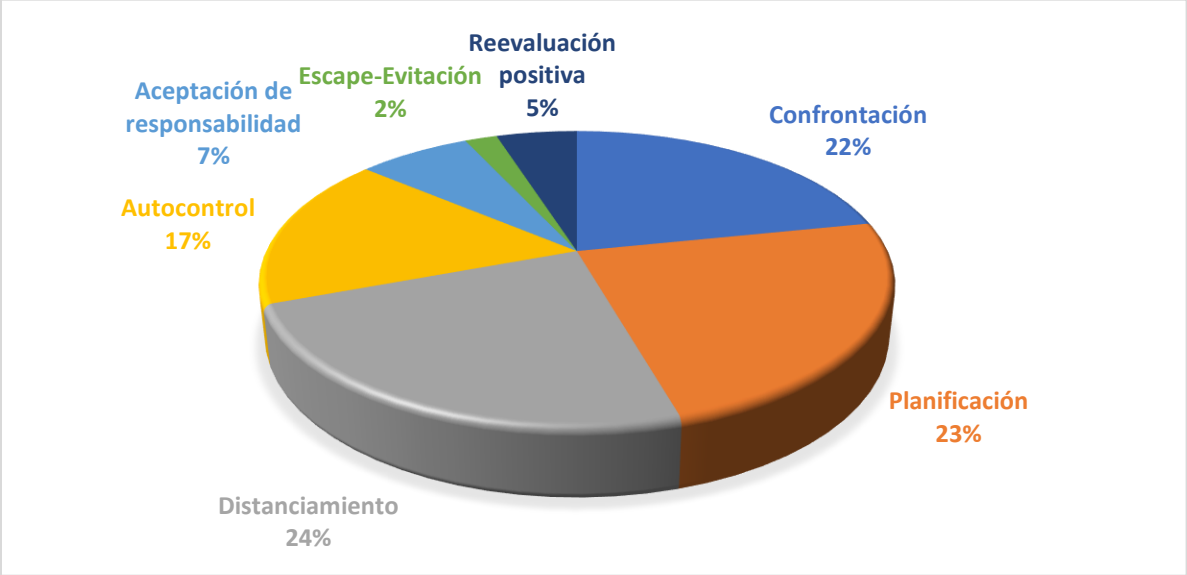
La población con resultado de depresión leve indicó hacer uso de las estrategias de afrontamiento del estrés nombradas como autocontrol, lo cual comprende el 8 % de los participantes; igualmente, se define el 13 % en distanciamiento, el 25 % en planificación, el 21 % en reevaluación positiva, el 8 % en escape-evitación y el 25 % en aceptación de responsabilidad.

De acuerdo con los datos obtenidos, tres resultados predominantes puntúan de forma similar en estrategias de afrontamiento asertivas, como lo es planificación, aceptación de la responsabilidad y reevaluación positiva. Esto corrobora la información expuesta a lo largo del trabajo, la cual determina

que las estrategias de afrontamiento son influidas por el estado emocional del individuo. Además, refleja en el gráfico anterior una sintomatología leve y el empleo de estrategias de afrontamiento asertivas. También, se evidencia el uso de dos de las estrategias no asertivas, nombradas distanciamiento y escape-evitación, lo cual comprende los porcentajes inferiores.

La siguiente figura indica las estrategias de afrontamiento del estrés más utilizadas por las personas que calificaron en la categoría de depresión moderada. Esto según el inventario de depresión Beck.

Figura 72. Estrategias del afrontamiento por depresión moderada



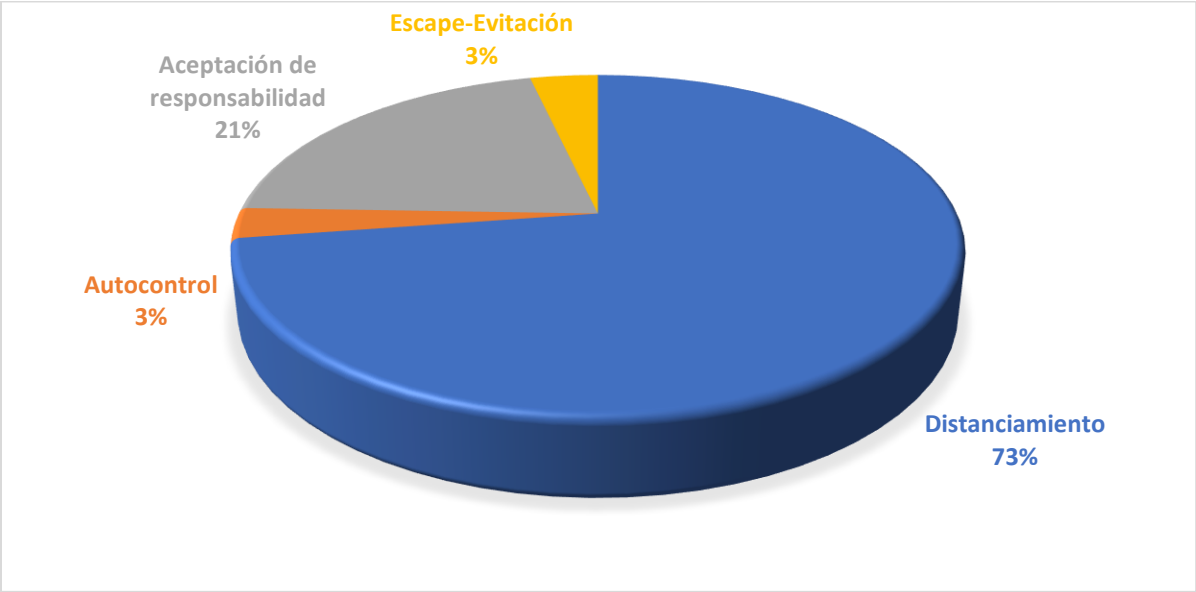
Fuente: elaboración propia.

Los porcentajes indican que las personas participantes en la presente categoría de depresión hacen uso de las siguientes estrategias de afrontamiento: el 23 % indicó utilizar el método de planificación, el 22 % la confrontación, el 5 % la reevaluación positiva, el 2 % escape-evitación, el 7 % aceptación de responsabilidad, el 17 % indicó el autocontrol y el 24 % el distanciamiento.

En cuanto a los resultados mencionados se destacan dos grupos de estrategias más utilizadas por el presente subgrupo, las cuales son consideradas como menos eficaces debido a la carencia de asertividad de estas: el distanciamiento y la confrontación. Sin embargo, pese a la prevalencia en dichas estrategias, también se destaca el método nombrado planificación, el cual, en contraste con las anteriores, es caracterizado por la asertividad. Dicha información permite interpretar que al igual que en las categorías previas, el empleo de estrategias poco asertivas se refleja en la sintomatología más severa.

El gráfico siguiente muestra los porcentajes de las estrategias de afrontamiento del estrés más utilizadas según lo indicado por las personas participantes del estudio. Estas, según el inventario de depresión de Beck, manifiestan sintomatología de depresión grave. Los resultados se exponen a continuación.

Figura 73. Estrategias de afrontamiento por depresión grave



Fuente: elaboración propia.

El desglose de los resultados mostrados expone que el 3 % de los individuos participantes indicaron emplear la estrategia de afrontamiento frente a una situación generadora de estrés, denominada

autocontrol, así como el 21 % utilizaron la aceptación de la responsabilidad, el 3 % escape-evitación y por último, el 73 % distanciamiento.

Así pues, se evidencia un resultado de gran relevancia correspondiente a la estrategia de afrontamiento nombrada como distanciamiento, la cual comprende el 73 % de las respuestas en la categoría de depresión grave, siendo esta la categoría más alta de los resultados de depresión en la población participante, comprendiendo el 48,77 %, lo que permite relacionar que la sintomatología de depresión más grave comprende la respuesta más alta en una de las estrategias del afrontamiento del estrés menos funcional.

Al respecto, Lazarus y Folkman (1986) mencionan que las estrategias de afrontamiento son procesos cognitivos y conductuales que permanecen en un constate cambio y se desarrollan como respuesta a las demandas endógenas y exógenas que representen un elemento generador de estrés y sea excedente de los recursos de la persona. En relación con la sintomatología de las variables desarrolladas a lo largo del trabajo, tal como ansiedad, depresión y estrés bajo el contexto de la pandemia por la enfermedad COVID-19, los resultados evidencian una correlación entre las estrategias de afrontamiento empleadas frente a una situación determinada y las emociones del individuo, en lo cual, ambos elementos se afectan directamente.

Así pues, como menciona Lazarus (2009), la relación entre las emociones y las estrategias de afrontamiento no se puede distanciar en el estudio de estas, debido a que ambas se afectan. Es decir, las emociones del individuo repercuten en la decisión de la estrategia de afrontamiento que utiliza, al igual, la estrategia puede influenciar a la emoción.

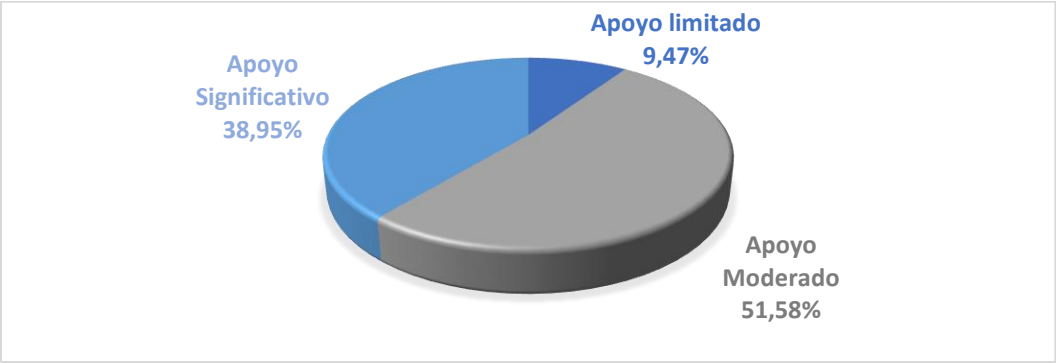
4.1.4. Apoyo social y cuidado de la salud mental durante el distanciamiento físico y social

En cuanto a la cuarta y última variable, se desarrollan los resultados acerca del apoyo social y el cuidado de la salud mental durante la pandemia por la enfermedad COVID-19 con énfasis en el distanciamiento físico y social. Para dicho objetivo, a las personas participantes se les aplicó la escala de apoyo social y estrés de Duke. Sin embargo, se toma en cuenta solamente la fracción de la escala que mide el apoyo social que percibe el individuo. Esto desde tres ámbitos, el general y posterior; el primero se divide en dos: el apoyo familiar y el apoyo no familiar.

Los resultados de dicho inventario se muestran a continuación, correlacionándolos y dividiéndolos según las características propias de los participantes. Esto para un análisis consistente y enriquecedor, que haga referencia a la salud mental y el distanciamiento físico y social por el brote del virus SARS-CoV-2.

La siguiente figura muestra las puntuaciones generales del apoyo social percibido por las personas participantes. Esto dividido en tres características, el apoyo limitado, el apoyo moderado y el apoyo significativo.

Figura 74. Resultado de apoyo general



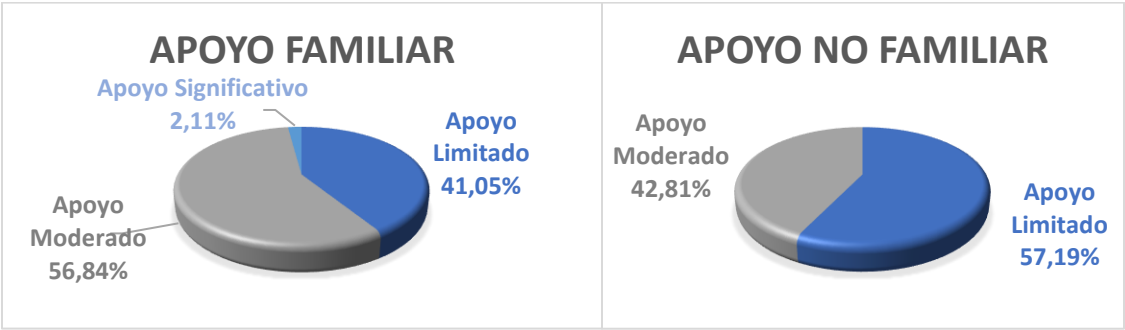
Fuente: elaboración propia.

La información anterior muestra una puntuación de apoyo limitado de 9,47 %, mientras que el apoyo moderado muestra el 51,58 % y el significativo el 38,95 %. Así pues, se observa que para los participantes el apoyo ha sido en su mayoría asertivo, ya sea familiar o no familiar, refieren que perciben a personas que les brindan apoyo, moderado o significativo. Además, y solamente menos del 10 % de los individuos señala un apoyo limitado, es decir, que no consideran percibir un soporte social oportuno para el proceso de distanciamiento físico y social que se experimenta por razones de pandemia.

La salud mental es la forma en que el individuo enfrenta el diario vivir, lo cual comprende, entre muchas características, la relación consigo mismo y con las demás personas, siendo las relaciones sociales una parte fundamental de esta. Por lo tanto, el hecho de que un índice de apoyo social percibido por los colaboradores como limitado sea inferior, se concibe como un resultado favorable.

De forma que, para delimitar los resultados anteriores y por la importancia que conlleva la percepción de un apoyo social, se brindan, a continuación, las puntuaciones del apoyo familiar y el no familiar.

Figura 75. Resultado apoyo familiar y no familiar



Fuente: elaboración propia.

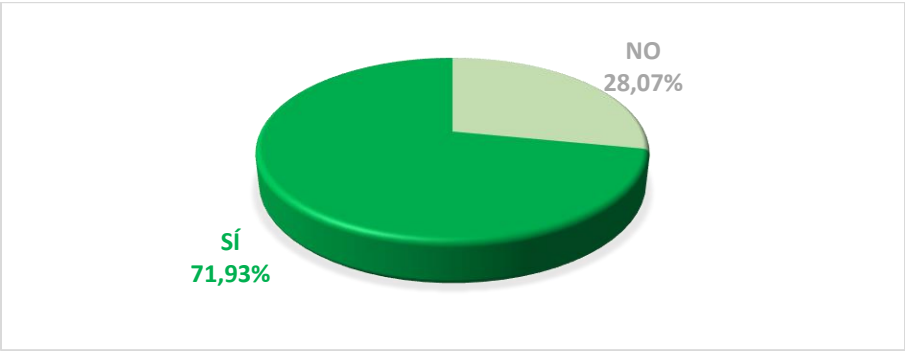
Los datos expuestos indican que los colaboradores del estudio manifiestan un apoyo familiar puntuado de la siguiente manera: 41,05 % apoyo limitado, el 56,84 % apoyo moderado y solamente 2,11

% apoyo significativo. En cuanto al apoyo no familiar, el apoyo limitado puntúa en 57,19 % y el apoyo moderado en 42,81 %. Las últimas cuantías insinúan que el apoyo tanto familiar como no familiar son percibidas de forma similar, pero anula el parámetro del apoyo significativo, siendo éste el más importante de las tres clasificaciones. Por tal motivo, el apoyo significativo se da cuando se agrupan las dos variables, la familiar y la no familiar, ya que contempla a personas que conforman la familia y las personas externas a ella.

Considerando la característica que brinda la información preliminar del apoyo significativo, se puede inferir que las personas que perciben este tipo de apoyo refieren un alto índice en la percepción de apoyo familiar y no familiar. De manera que, se puede determinar que durante el distanciamiento físico y social por pandemia, la presente población ha recibido un soporte social general valioso para el beneficio de su salud mental.

Ahora bien, siguiendo con el desarrollo de las referencias sobre el soporte social inferido por los participantes, la siguiente figura muestra el porcentaje específico de personas que consideran obtener un apoyo social en una persona en específico.

Figura 76. Percibe apoyo de una persona en particular



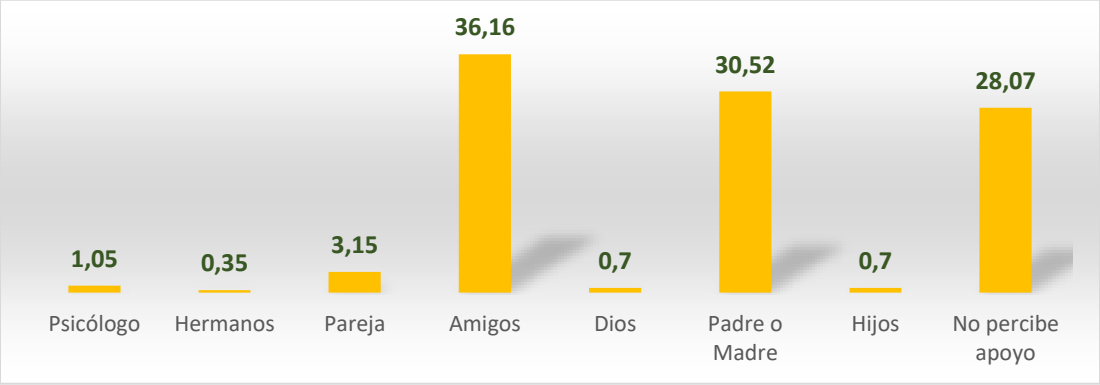
Fuente: elaboración propia.

La figura demuestra que el 71, 93 % de la muestra considera que sí cuenta con el apoyo particular de una persona y el 28,07 % no. Los resultados mencionados evidencian un porcentaje considerable de personas que no consideran tener un vínculo de manera estrecha con ninguna persona, dentro o fuera de su ámbito familiar, lo cual representa una carencia en las redes de apoyo e impacta en el bienestar mental durante el proceso de la pandemia por el nuevo coronavirus.

Como se ha explicado a lo largo del presente estudio, las secuelas psicológicas ocasionadas por el distanciamiento físico y social, parte indispensable de las medidas otorgadas por las autoridades de salud, son los sentimientos de soledad, tristeza y miedo a lo desconocido. Así pues, si se le suma a la presente variable que un individuo no percibe un apoyo significativo de parte de ninguna persona en particular, dichos sentimientos pueden aumentar en severidad y en tiempo, lo cual podría ocasionar la presencia de más síntomas ansiosos o depresivos, tales como insomnio, falta de apetito, falta de interés y energía, culpabilidad, entre otros.

El 71, 93 % de personas afirmaron contar con una persona en particular, la cual les brinda apoyo cuando le es requerido. En consecuencia, la siguiente pregunta describe cuáles son las personas que los participantes indicaron considerar como un sostén.

Figura 77. Persona particular que brinda apoyo



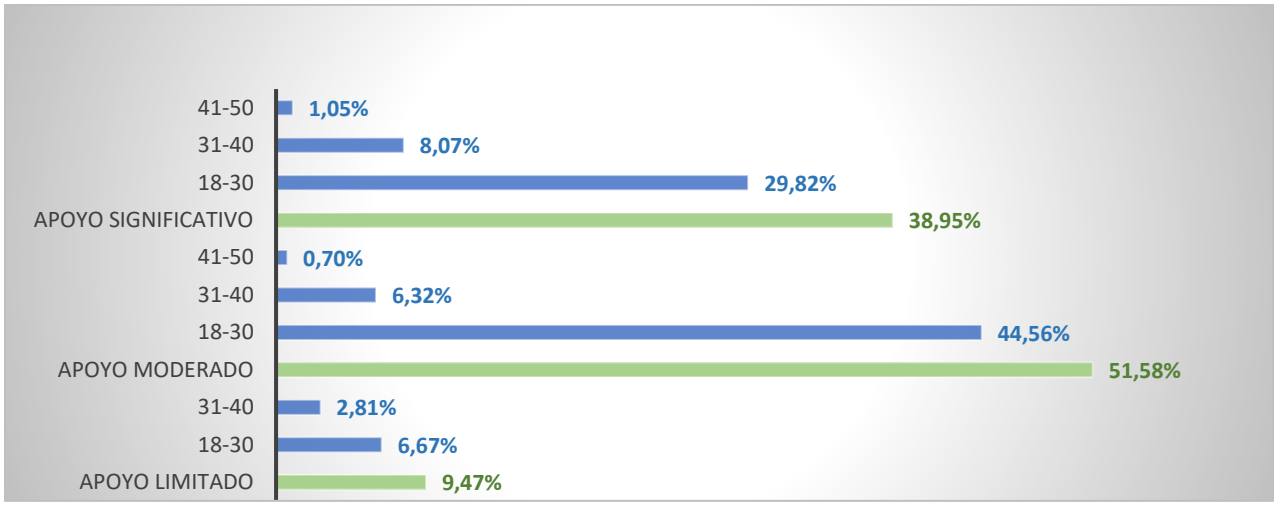
Fuente: elaboración propia.

Tal como se muestra, el apoyo percibido por una persona específica es mayor que el porcentaje de personas que no la perciben, siendo un 28,07 % las que lo manifiestan así. Sin embargo, al solicitar al 71,93 % de participantes describir quién es la persona específica que les brinda asiento, se demuestra lo siguiente: 30,52 % menciona a padre o madre, referentes al apoyo familiar, y el 36,16 % señala a los amigos, considerados apoyo no familiar. La información expuesta refleja los datos revelados con anterioridad que comprenden los resultados de apoyo familiar y no familiar, no se refleja el apoyo significativo, ya que está dividido en dos grandes grupos, por lo tanto, cuando se hace la segmentación, en el apoyo significativo se percibe solo el 2,11 % y no el resultado total, que es 38,95 %, de las personas participantes del presente estudio.

Además, de las dos grandes agrupaciones ya mencionadas se presenta lo siguiente: 3,15 % que exteriorizan a su pareja como persona específica que brinda apoyo, 1,05 % que indica al psicólogo, el 0,70 % a los hijos, de igual manera el 0,70 % a Dios, y el 0,35 % a los hermanos. Dichos porcentajes son bajos, pero no dejan de ser valiosos para la investigación, principalmente el porcentaje que indica que encuentran un importante apoyo en el psicólogo, siendo este un profesional en la salud mental. Sin embargo, al referirnos a estudiantes de psicología se ambicionaría que este porcentaje fuera mayor. Así mismo son considerablemente más altos los resultados de los que no consideran tener ningún tipo de apoyo, que los que lo encuentran en un psicólogo.

Prosiguiendo con los análisis de resultados de la escala de apoyo social, las siguientes correlaciones se centran en los resultados, sin hacer distinción en apoyo familiar o no familiar. En el siguiente gráfico se observa la relación que hay entre los resultados de apoyo social y la edad de los participantes.

Figura 78. Relación resultado de apoyo por edad

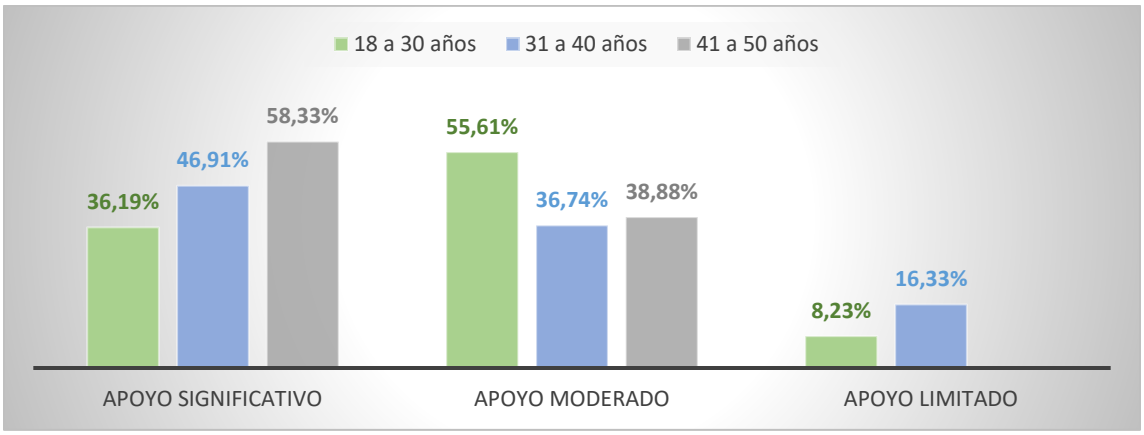


Fuente: elaboración propia.

Se muestran las tres agrupaciones determinadas de apoyo social, como se reflejó con anterioridad. Se puntúa el 51,58 % de apoyo social moderado, demostrando una división de la siguiente manera: 44,56 % son jóvenes de 18 a 30 años, 6,32 % adultos jóvenes entre 31 y 40 años, y 0,70 % adultos entre 41 y 50 años. En cuanto al apoyo significativo se agrupó de la siguiente forma: 29,82 % jóvenes entre 18 y 30 años, 8,07 % entre 31 y 40 años, y 1,05 % entre 41 y 50 años. Y en la puntuación menor que corresponde al 9,47 % en apoyo limitado, solamente encontramos dos rangos, el 6,67 % participantes entre 18 y 30 años, y el 2,81 % entre 31 y 40 años. En el apoyo limitado no se presenta calificación de personas entre los 41 y 50 años.

Con base en los índices en los tres tipos de apoyo se demuestra una prevalencia de los jóvenes entre 18 y 30 años, luego los participantes entre 31 y 40, y por último los de 41 a 50 años. Sin embargo, para la presente correlación también se debe de tomar en cuenta el sesgo producido por la relevante diferencia porcentual de las personas participantes, siendo los jóvenes de 18 a 30 años el 81 % del total de los colaboradores. A continuación, se muestra los resultados generales en el siguiente gráfico.

Figura 79. Relación resultados de apoyo por edad (porcentajes generales)



Fuente: elaboración propia.

Como se expone, los porcentajes se distribuyen de la siguiente manera según los rangos de edad: en apoyo significativo el 36,19 % corresponde a las personas participantes entre 18 y 30 años, el 46,91 % a los participantes entre 31 y 40 años, y por último, el 58,33 % a los que poseen edades entre 41 y 50 años. En el apoyo moderado se refleja el 55,61 % en jóvenes de 18 a 30 años, el 36,74 % a los que corresponden al rango de edad de 31 a 40 años, y 38,88 % a los adultos entre 41 y 50 años. Para el apoyo limitado se ven reflejados dos rangos de edad: los jóvenes entre 18 y 30 años, puntuando el 8,23 % y las personas entre 31 y 40 años, con el 16,33 %. Las personas participantes entre 41 a 50 años no determinaron en esta categoría de apoyo.

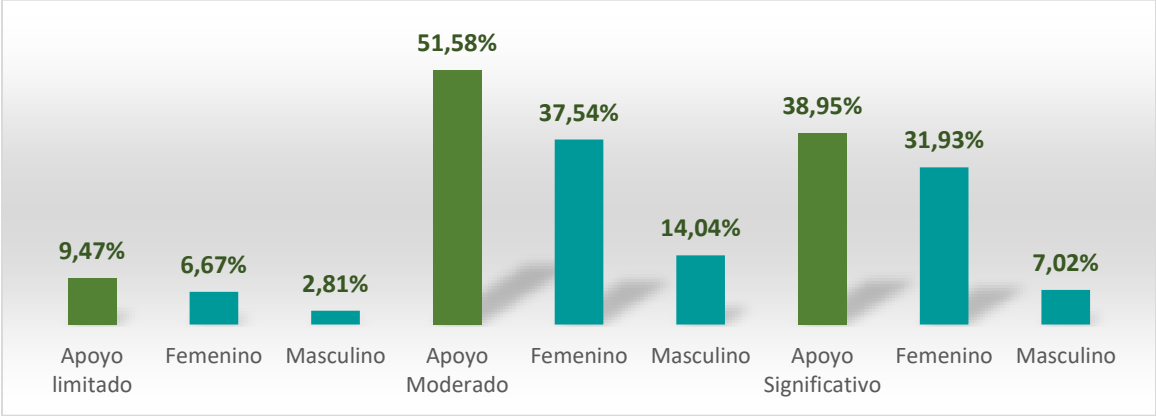
De acuerdo con lo reflejado en las apreciaciones anteriores, los porcentajes tanto en apoyo significativo como moderado son porcentualmente mayores con gran notabilidad en relación con los presentados en apoyo limitado. Esto refleja que las edades no han sido un factor característico para la distribución de proporciones en las diferentes categorías de apoyo.

Durante la pandemia, el apoyo tanto familiar como no familiar es indispensable, sin distinción por la edad, ya que se ha comprobado, según estudios hechos a nivel nacional e internacional, los cuales

se muestran en los antecedentes de estudios del presente trabajo de investigación, que el distanciamiento físico y social ha traído una ola de sentimiento de tristeza, soledad e incertidumbre, que ha provocado que los síntomas de ansiedad y depresión, principalmente, se disparen y los trastornos que vienen junto a ellos hayan aumentado en diagnóstico y severidad. Al haber un apoyo social, se disminuye la probabilidad de que las personas perciban el distanciamiento de una forma negativa, con lo cual se reduce la respuesta emocional y conductual anteriormente mencionadas.

La siguiente figura indica los resultados de apoyo social de Duke, relacionados por sexo.

Figura 80. Relación resultado de apoyo por sexo



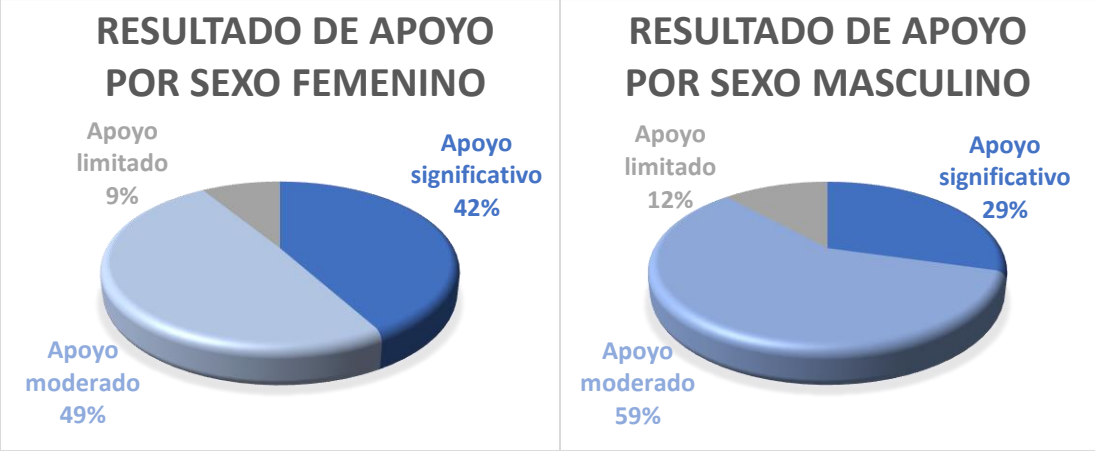
Fuente: elaboración propia.

Como se observa, los tres tipos de apoyo se dividen de la siguiente forma: apoyo limitado, 6,67 % mujeres y 2,81 % hombres; apoyo moderado, 37,54 % mujeres y 14,04 % hombres; y apoyo significativo, 31,93 % mujeres y 7,02 % hombres.

De forma que, se aprecia en los datos específicos expuestos que los participantes en su mayoría eran del sexo femenino, con 76,1% de intervención, mientras que los contribuyentes del sexo masculino puntuaron 23,9 %; hecho que hace predominante los indicadores para esta variable, por lo tanto, se atribuye un sesgo en dichos resultados. Por consiguiente, y para una mejor comprensión en cuanto a

dicha relación, se muestra a continuación el gráfico con los resultados generales de los porcentajes de ambos sexos.

Figura 81. Relación resultado de apoyo por sexo (porcentajes generales)

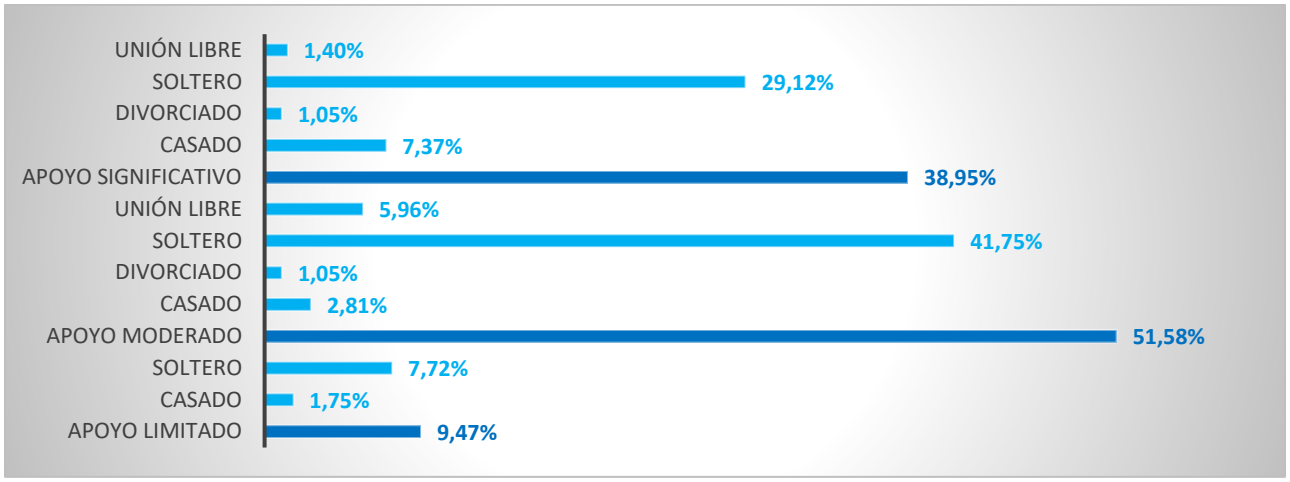


Fuente: elaboración propia.

Se refleja en el gráfico que los porcentajes generales confirman el sesgo que se mencionó con anterioridad. Los resultados se representan de la siguiente manera: el apoyo percibido por el sexo femenino puntúa el 9 % en apoyo limitado, el 49 % en apoyo moderado y el 42 % en el apoyo significativo. En cuanto al sexo masculino el apoyo limitado califica el 12 %, en apoyo moderado el 59 %, y el apoyo significativo el 29 %. Entonces, se puede observar que para ambos sexos el apoyo moderado es el que registra mayor porcentaje, sin embargo, el apoyo significativo tiene una puntuación relevante, no así el apoyo limitado, que en ambas categorías puntúa de forma inferior. Dicha información demuestra que no hay mayor diferencia en los porcentajes generales con respecto al sexo femenino o masculino.

Para la siguiente figura se toma en cuenta el resultado de apoyo social y se relaciona con el estado civil de las personas participantes.

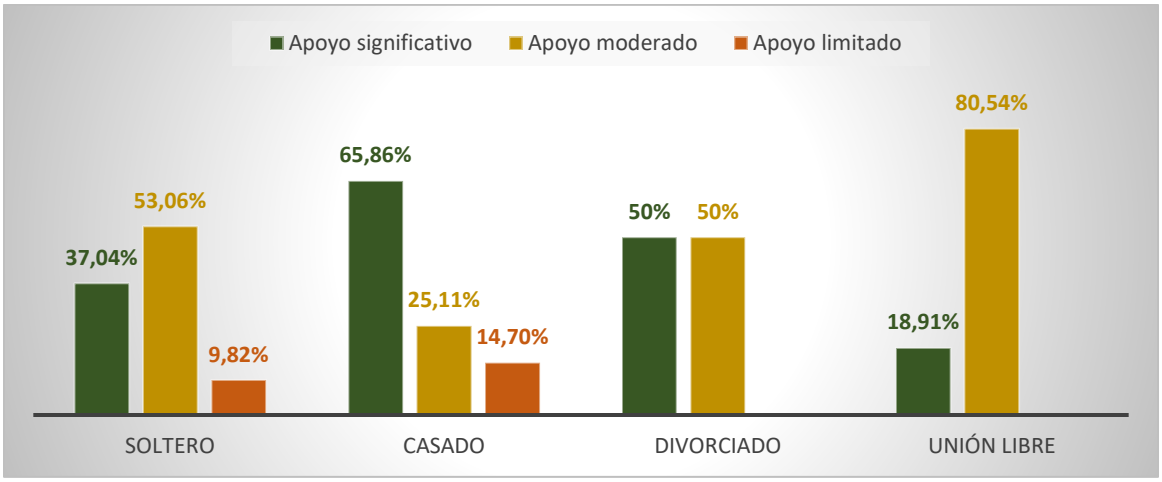
Figura 82. Relación resultado de apoyo por estado civil



Fuente: elaboración propia.

En la presente correlación los indicadores son los siguientes. En cuanto al apoyo limitado se divide en dos grupos: los solteros 7,72 % y los casados 1,75 %. Para el apoyo moderado se cuenta con 4 grupos, a saber: solteros 41,75 %, unión libre 5,96 %, casado 2,81 %, y divorciado 1,05 %. Para finalizar las tres categorías, el apoyo significativo muestra que el 29,12 % comprende a las personas que indicaron estar solteras, 7,37 % a los casados, un porcentaje de 1,40 % en unión libre y el 1,05 % divorciados. También, se puede apreciar una constante, en la cual los solteros son quienes señalan mayor percepción de apoyo en las tres categorías. Sin embargo, se debe de tomar en cuenta el sesgo por la cantidad de población que cumple con dicha característica, lo cual representa el 78,6 % de la totalidad de personas colaboradoras. Seguidamente, se muestra el gráfico y las puntuaciones generales para cada grupo de categorías según el estado civil.

Figura 83. Relación resultado de apoyo por estado civil (porcentajes generales)



Fuente: elaboración propia.

Según los porcentajes reflejados, en cuanto al resultado de apoyo percibido por las personas participantes según estado civil, los datos son variables. En el rango de apoyo significativo el 37,04 % corresponde a las personas solteras, el 65,86 % a los participantes casados, el 50 % a las personas divorciadas y el 18,91 % a quienes indicaron estar en unión libre. Con respecto al apoyo moderado, el 53,06 % compete a las personas que indicaron estar solteras, el 25,11 % a los individuos en la categoría de casados, el 50 %, que al igual que en la categoría anterior, corresponde a las personas que conforman el subgrupo de divorciados, y el 80,54 % a las personas participantes que respondieron estar en unión libre. Con respecto al apoyo limitado, se ve reflejado en dos categorías, el 9,82 % que corresponde a las personas solteras y el 14,70 % a los individuos casados.

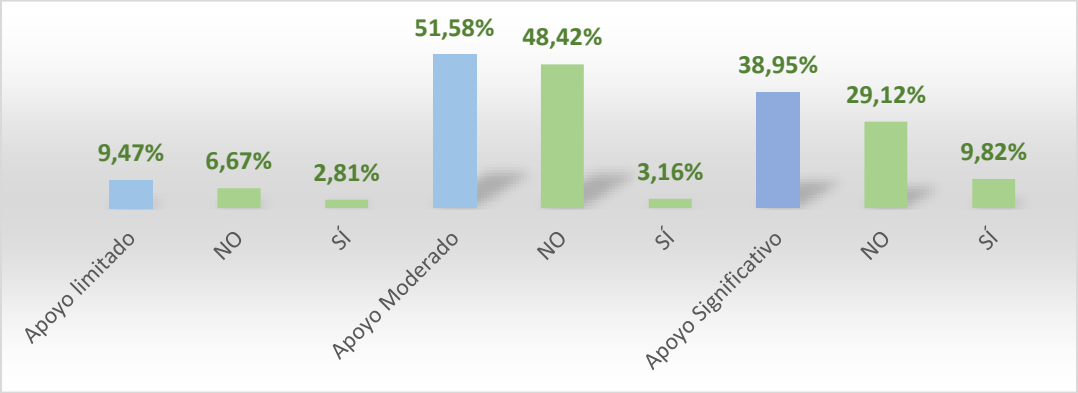
Así pues, se evidencia que el apoyo moderado tiene una prevalencia en dos de las categorías, en la de las personas solteras y en la de los individuos que indican estar en unión libre. Con respecto a las personas divorciadas los porcentajes son similares, con un 50 % para apoyo moderado y para apoyo significativo; en cuanto a esto último hay una prevalencia relevante en las personas casadas, señalando 65,86 %. Esto evidencia que las personas casadas son las que predominan en el apoyo significativo, y en

apoyo moderado sobresale las personas en unión libre. Por lo tanto, los resultados demuestran que los participantes que viven con su pareja encuentran un apoyo significativo, a diferencia de las personas solteras o divorciadas. No obstante, los porcentajes de los últimos dos subgrupos mencionados también indican una prevalencia importante en el apoyo significativo y moderado, pero los porcentajes son menores.

La información mostrada con anterioridad es transcendental, pues se debe destacar que las puntuaciones que corresponden al apoyo limitado, los cuales son inferiores de forma significativa y no se presenta en dos de las categorías, como lo son las personas divorciadas y en unión libre. Es un dato que demuestra que durante el distanciamiento físico y social el apoyo ha sido un factor importante para las personas colaboradoras, sin concernir el estado civil.

El siguiente aspecto por relacionar es el resultado de la escala de apoyo social de Duke y los participantes que indican tener o no tener hijos. A continuación, se exponen los resultados específicos de dicha correlación.

Figura 84. Relación resultados de apoyo por personas con hijos



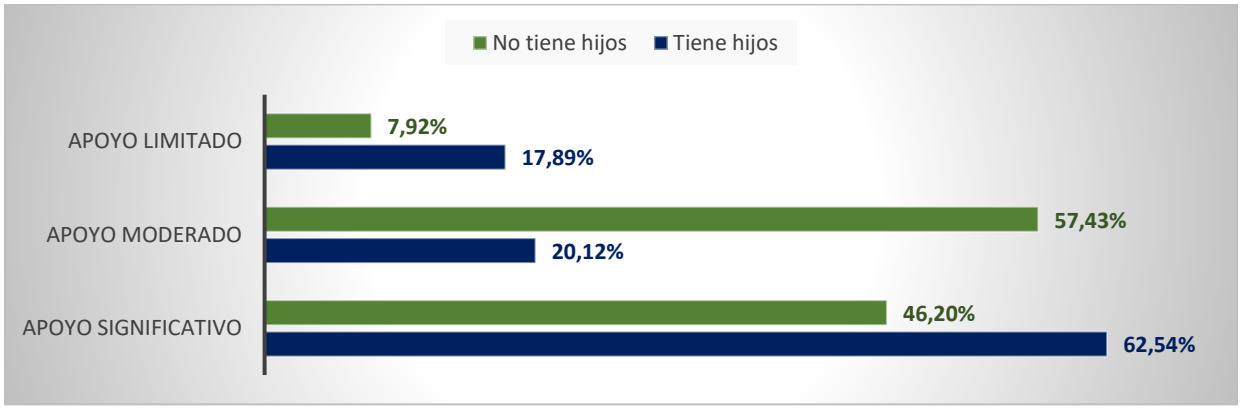
Fuente: elaboración propia.

De los estudiantes que tienen hijos, el 2,81 % percibe apoyo limitado; el 3,16 %, apoyo moderado; y 9,82%, apoyo significativo. Mientras que los que no tienen hijos puntuaron de la siguiente forma: 6,67% percibe apoyo limitado; 48,42%, apoyo moderado; y 29,12%, apoyo significativo.

Nuevamente se aprecia una constante, en la cual los resultados evidencian en las tres categorías de apoyo social el índice dominante en los estudiantes que no tienen hijos. Pero como se ha expuesto con anterioridad, esto se debe a que la población con hijos es significativamente menor que la que no tiene hijos, por cual se refleja esta evidente discrepancia, mostrando porcentajes desiguales, causantes de sesgo en la presente relación.

Por lo mencionado con anterioridad, se representan los porcentajes generales de las personas participantes que tienen o no tienen hijos, para comprender mejor los detalles numéricos de dicha correlación.

Figura 85. Relación resultados de apoyo por personas con hijos (porcentajes generales)



Fuente: elaboración propia

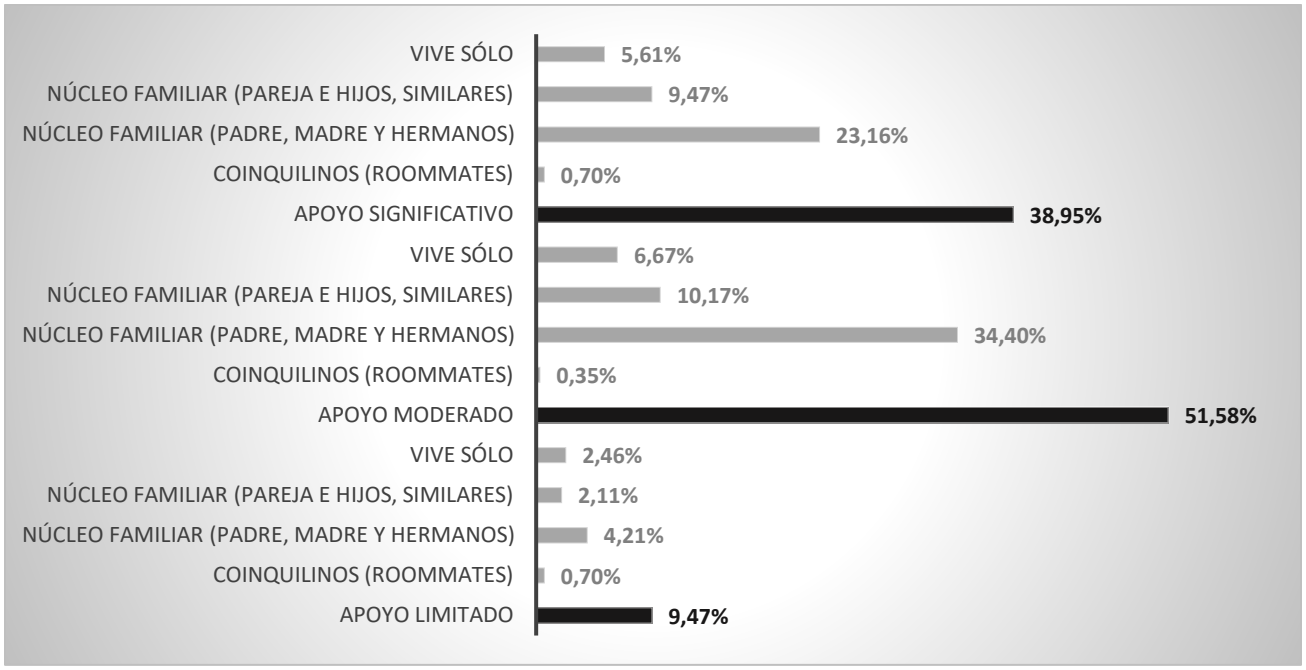
El gráfico anterior muestra los siguientes porcentajes según la categoría de apoyo. En cuanto al limitado, el 7,92 % manifiesta no tener hijos y el 17,89 % que sí. El que corresponde al apoyo moderado

el 57,43 % indicó no tener hijos, mientras que el 20,12 % respondió de forma afirmativa. Por último, en el apoyo significativo, el 46,20 % manifiesta no tener hijos, mientras que el 62,54 % sí tiene.

Los porcentajes indican que las personas con hijos tienen un apoyo significativo mayor que las personas que no tienen hijos. Sin embargo, las personas que no tienen hijos muestran una prevalencia en el apoyo moderado. El apoyo limitado continúa siendo el que muestra los porcentajes inferiores; las personas que tienen hijos son quienes puntúan más en dicha categoría, con el 17,89 %. Es importante agregar que el apoyo a las personas con hijos durante una situación desconocida, como lo es la pandemia, es fundamental, ya que la persona no debe velar solo por el cumplimiento de protocolos y por ende el evitar el contagio del virus en sí mismo, sino que también debe atender el actuar y el cumplir de las recomendaciones emitidas por las autoridades de salud para evitar la infección también en sus hijos.

Extendiendo el análisis de los resultados del instrumento de apoyo social de Duke, se realiza la relación entre estos y las personas con las que habitan las personas colaboradoras del presente estudio de investigación. Se exponen los resultados a continuación.

Figura 86. Relación resultados de apoyo por personas con las que habita

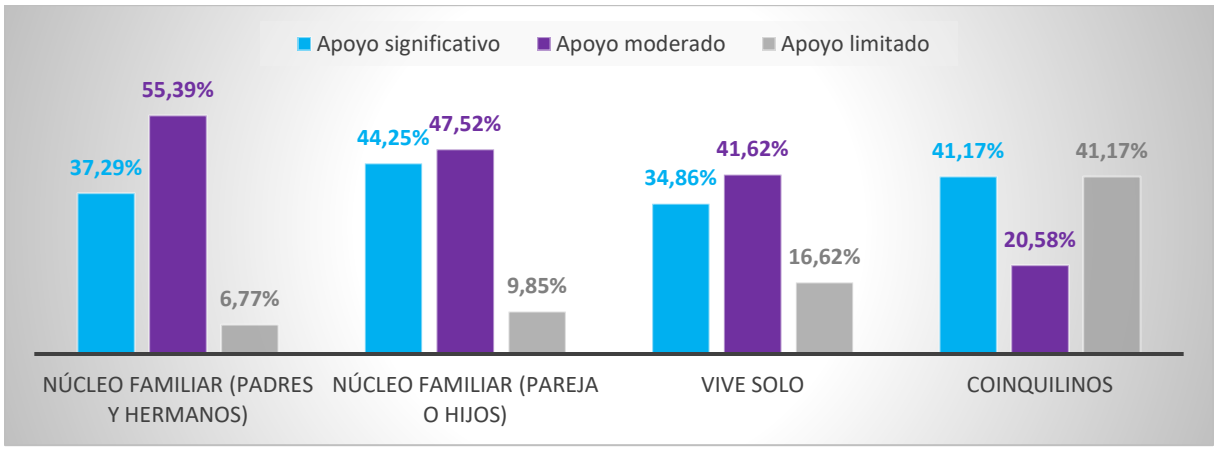


Fuente: elaboración propia.

Según las características cuantitativas del gráfico anterior, se puede determinar una firme relación de las tres categorías, en la cual los porcentajes son prácticamente idénticos. Empezando por el apoyo limitado, con un total del 9,47 %, se divide en cuatro categorías que comprende: primero, a las personas participantes que indicaron vivir solas, lo cual corresponde al 2,46 %; el núcleo familiar, que incluye a pareja e hijos o similares, con un 2,11%; núcleo familiar conformado por padres y hermanos, con un 4,21 %; y coinquilinos, con un 0,70%. Luego, con el apoyo moderado, los participantes indican en 0,35 % que viven con coinquilinos; en 34,40 %, con el núcleo familiar que contempla a padres y hermanos; en 10,42 %, con núcleo familiar de pareja e hijos; y 6,67%, los individuos que viven solos; esto ofrece un total de percepción de apoyo moderado de 51,58 %. Por último, se presenta el apoyo significativo dividido de la siguiente forma: un 0,70 % de las personas indicó vivir con coinquilinos; un 23,16 %, con su núcleo familiar que comprende a padres y hermanos; un 9,47 %, con su núcleo familiar de pareja e hijos o similares; y un 5,61 %, indica vivir solo.

Como se menciona con anterioridad y se ha demostrado, existe un sesgo por porcentajes de población en la presente categoría, pues las personas que viven con su núcleo familiar que comprende a padres y hermanos es el 62,1 % de la población total encuestada. Por ende, a continuación se expondrá una figura con los resultados generales de cada una de las categorías de las personas con las que habita la población participante de la investigación.

Figura 87. Relación de apoyo por personas con las que habita (porcentajes generales)



Fuente: elaboración propia.

Según se muestra, la categoría de núcleo familiar que comprende a padres y hermanos se desglosa de la siguiente manera: 33,29 % de las personas indicó percibir un apoyo significativo; 55,39 %, un apoyo moderado; y el 6,77%, un apoyo limitado. Con respecto al subgrupo que corresponde al núcleo familiar que compete a la pareja e hijos, el 44,25 % manifiesta percibir un apoyo significativo; el 47,52%, un apoyo moderado; mientras que el 9,85%, apoyo limitado. La siguiente categoría son las personas que indican vivir solas, en la cual se desglosan los siguientes porcentajes: 34,86% indican apoyo significativo; 41,62%, apoyo moderado; y el 16,62%, apoyo limitado. Por último, en la presente categoría de personas que indican vivir con coinquilinos, estos señalan que el 41,17 % percibe apoyo significativo; el 20,58%, apoyo moderado; y el 41,17%, apoyo limitado.

De modo que, se refleja una prevalencia en el apoyo moderado en tres de las cuatro categorías, exceptuando a las personas que viven con coinquilinos. También, el apoyo significativo tiene un porcentaje relevante en todas las categorías. De igual forma, el apoyo limitado no es relevante, exceptuando la categoría de personas que viven con coinquilinos.

Entonces, queda en evidencia que las personas que viven con familiares, ya sean padres y hermanos o parejas e hijos, perciben un apoyo tanto significativo como moderado en mayor porcentaje, mientras, que las personas que viven solas o con coinquilinos puntúan menor en dichas categorías y mayor en el apoyo limitado. Al respecto, es importante que las personas que viven solas o con coinquilinos perciba un apoyo por parte de sus familiares durante situaciones desconocidas, como lo puede ser una pandemia.

Durante el proceso de pandemia por COVID-19 las personas han evidenciado un incremento en sintomatologías, ya sea de ansiedad o depresión, al igual que el estrés que se ha visto en aumento durante la situación de emergencia sanitaria. Por tal motivo, es relevante que las personas perciban un apoyo, ya sea familiar o no familiar, para amortiguar sentimientos de soledad, tristeza y miedo a lo desconocido, de las cuales se han expuesto con anterioridad.

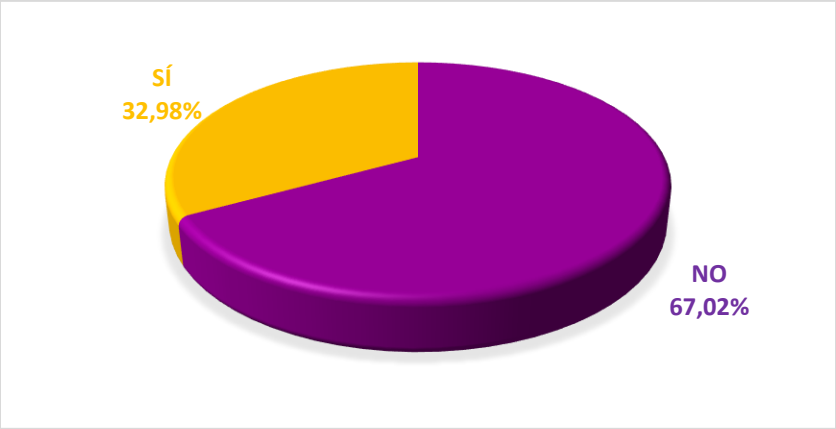
Los resultados de las personas participantes, con respecto a la escala de apoyo social de Duke, han reflejado información muy valiosa en cuanto al soporte social que perciben, y cómo al correlacionar dichos resultados con otras variables importantes se puede concluir acerca de las afectaciones en la salud mental por el tipo de apoyo que se percibe. También, como este apoyo ha determinado un aporte importante para las personas durante el distanciamiento físico y social por la pandemia COVID-19.

A continuación, se presentan las puntuaciones acerca de las preguntas que se realizaron en el instrumento sobre la salud mental, y su correlación con base en los datos obtenidos. Esto corresponde a

la cuarta variable de investigación, cuyo objetivo es determinar la importancia que se le ha dado al cuido de la salud mental durante el brote del virus SARS-CoV-2.

El primer ítem corresponde al reconocimiento de brindar importancia a la salud mental o no. Los resultados son los siguientes.

Figura 88. Cuido de la salud mental durante la pandemia



Fuente: elaboración propia.

En la figura se muestra que el 32,98 % de la población colaboradora manifestó haberle brindado importancia a la salud mental durante la pandemia por la enfermedad COVID-19, y un 67,02 % indicó que no. Dichos indicadores muestran que la mayoría de los estudiantes de psicología no están suministrando atención a su propia salud mental durante la pandemia, lo cual, con el distanciamiento físico y social, las consecuencias psicológicas que se perciben son alarmantes.

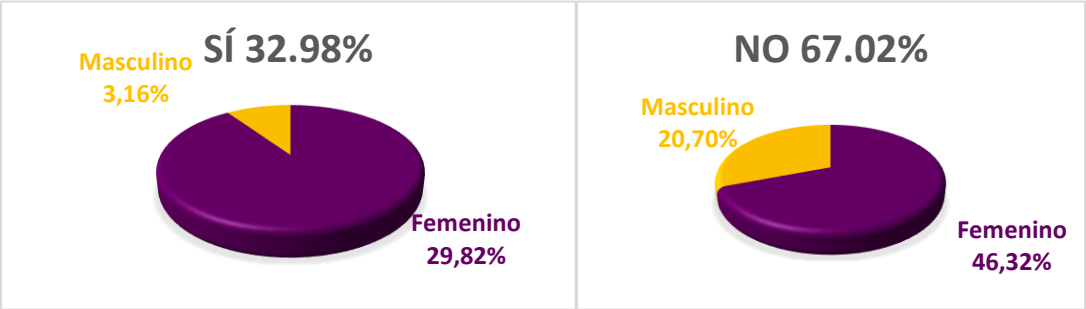
Como se observa en los resultados de antecedentes sintomáticos de ansiedad antes de la pandemia, se registran datos altos, calificando el 28,42 % de los participantes con 3,86 % en sintomatología depresiva y 46,67 % en ambas; es decir, solamente un 21,05 % manifiestan no percibir ningún tipo de síntoma antes de la pandemia. Si a esto se le amplía que el 73 % de los que exteriorizaron

presentar sintomatología indicaron que esta ha aumentado durante el distanciamiento físico y social, se demuestra que un porcentaje relevante de la población estudiantil de psicología de la Universidad Latina de San Pedro están presentando síntomas significativos de ansiedad, depresión o ambas durante la pandemia y no le están dando su debido interés.

Los datos mencionados no son alentadores. Además, con los resultados del inventario de ansiedad y el de depresión de Beck, se revelan cuantitativamente los datos que anteriormente se mencionaban, donde los índices de sintomatología son sumamente elevados; en la ansiedad severa se supera el 53 % de los encuestados, y en la depresión grave puntúa el 48,77 %. Como resultado se evidencia una población estudiantil universitaria con indicadores elevados a desarrollar trastornos mentales. Es una muestra de lo que se mencionó en el párrafo anterior, donde se expone que el presentar sintomatologías y a su vez no brindarle la importancia requerida generará mayoritariamente resultados negativos; en este caso, porcentajes muy altos de participantes con síntomas graves de depresión y ansiedad.

Pues bien, para proseguir con el análisis sobre la salud mental, es indispensable hacer la relación con el sexo. Esto para clarificar si hay una constante en ambas respuestas o si se logra demostrar una variable que indique el sexo con mayor o menor interés en cuido de la salud mental. A continuación, los resultados específicos de dicha correlación.

Figura 89. Relación cuido de la salud mental por sexo



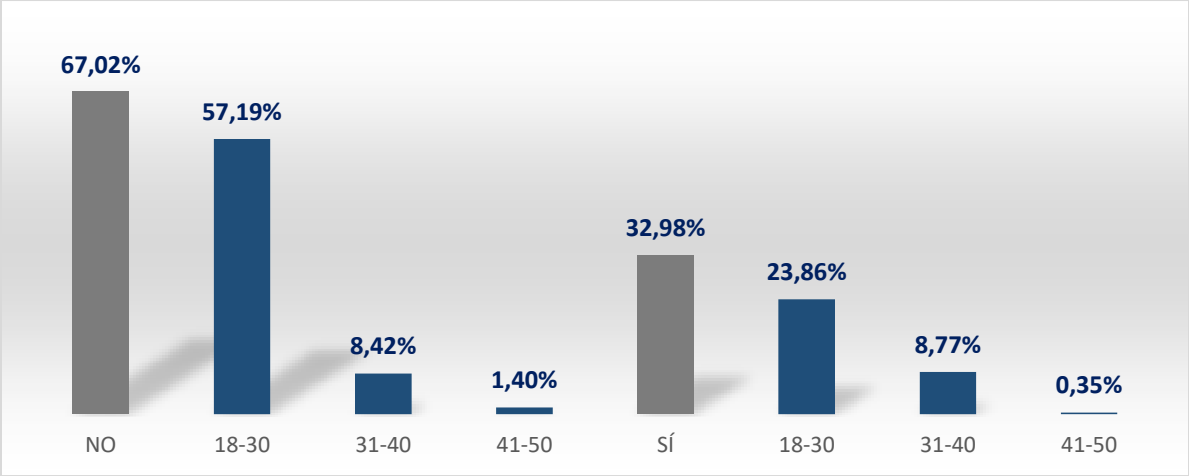
Fuente: elaboración propia.

Los indicadores muestran un 32,98 % de personas que sí le brindan atención a su salud mental, de los cuales el 29,82 % son del sexo femenino y 3,16 % del sexo masculino. Para la variable de los participantes que su respuesta fue negativa, se cuenta con un resultado total de 67.02 %, de los cuales el 46,32 % son mujeres y el 20,70 % hombres.

Al obtener los porcentajes generales de ambos sexos, se tiene que el 76,1 % son mujeres y el 23,9 % hombres. Por lo tanto, la correlación con base al sexo masculino es relevante, ya que menos del 14 % manifiesta brindar importancia a la salud mental y el 86,61 % indican no brindarle importancia a la salud mental. La diferencia es relevante, la población masculina ignora la importancia de su propia salud mental. Sin embargo, en las mujeres se puede percibir un porcentaje menos distanciado, pues se presenta un 40 % de mujeres que manifiestan no brindarle importancia a la salud mental, mientras que el 60 % sí. Esto revela una diferencia marcada entre los índices masculinos y femeninos.

Posteriormente, se interpretan los datos de salud mental relacionados con la edad de las personas participantes. Los indicadores se presentan en la siguiente figura.

Figura 90. Relación salud mental por edad



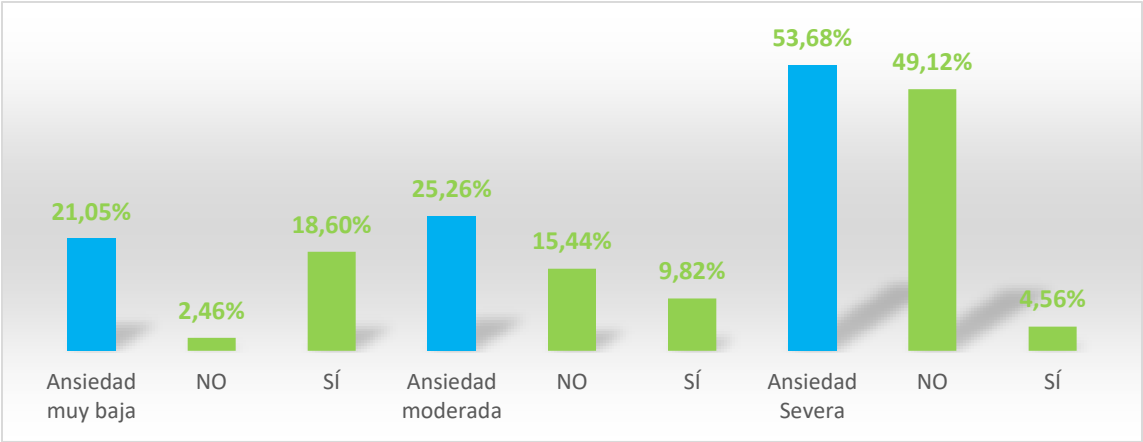
Fuente: elaboración propia.

Los resultados obtenidos son los siguientes. Los participantes que indicaron una respuesta negativa ante el cuidado de su salud mental se dividen de la siguiente forma: 57,19 % entre edades de 18 a 30 años, 8,42 % entre 31 y 40 años , y 1,40 % entre 41 y 50 años, lo cual se traduce a un total general del 67,02 %. Por su parte, en la categoría afirmativa el resultado total es de un 32 %, indicando que un 23,86 % son estudiantes de 18 a 30 años, un 8,77 % con edades que comprenden entre 31 y 40, y un 0,35 % con edades entre 41 y 50 años.

Los jóvenes entre 18 y 30 años que no le prestan atención a su salud mental cuenta con un 70,60 % y siendo la respuesta afirmativa de un 29,40 %. Los jóvenes adultos entre 31 y 40 años mostraron resultados muy leves en cambio, siendo prácticamente el 50 % el que indicó una respuesta negativa y otro el que indicó respuesta positiva, lo cual indica que la edad menos fluctuante en puntuación es la anterior. Sin embargo, el rango de edad que percibe los 41 a 50 años, muestra una diferencia radical, ya que solamente el 19,44 % indicó brindarle importancia a la salud mental, y el 80,56 % no. Así las cosas, se evidencia que la edad en la que las personas le brindan mayor cuidado a su salud mental es en la de los adultos jóvenes, entre los 31 y 40 años.

Como se mencionó con anterioridad, prestar atención a la salud mental es fundamental y primordialmente cuando se experimentan momentos adversos y desconocidos para la mayoría, como lo es el distanciamiento físico y social por una pandemia. Se evidenció que la población estudiantil presentaba sintomatología ansiosa, depresiva, y/o ambas, antes de la pandemia, y también se comprobó que muchos de los estudiantes manifiestan sentir un acrecentamiento de los síntomas durante el proceso. Por ende, es vital hacer la relación entre el cuido que le brindan a la salud mental los estudiantes y los resultados de los inventarios de ansiedad y depresión de Beck. Se inicia con la relación del inventario de ansiedad.

Figura 91. Relación salud mental por resultados de ansiedad



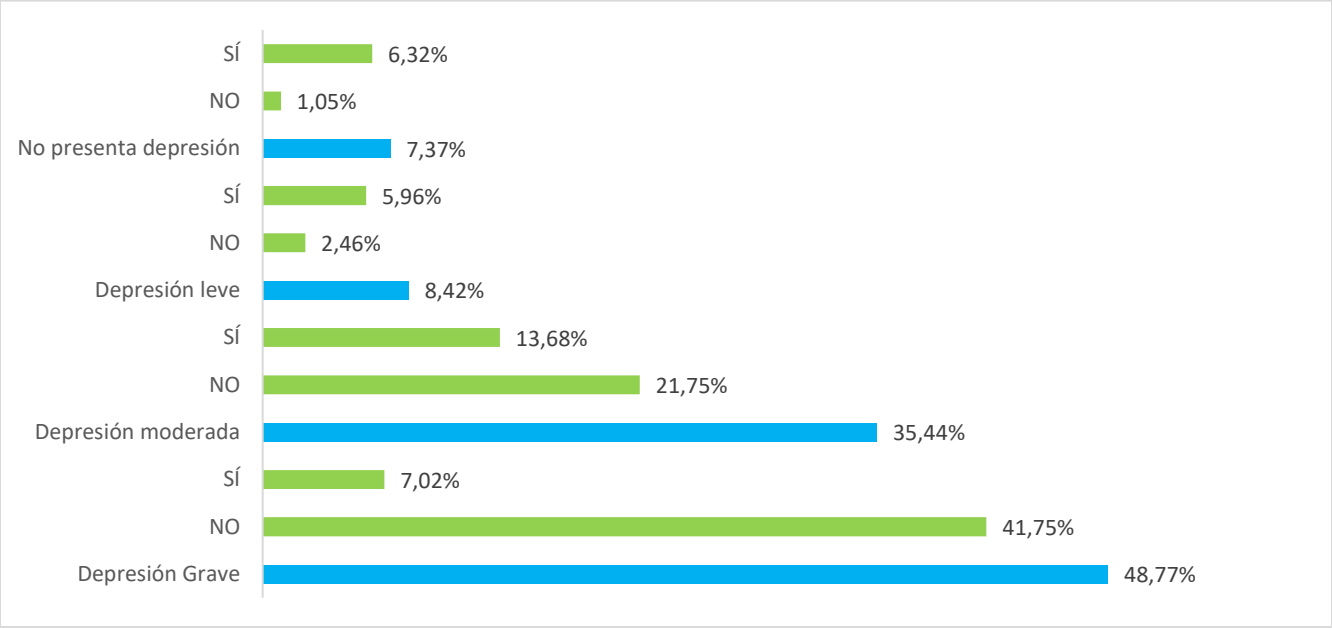
Fuente: elaboración propia.

Los resultados de la correlación son los siguientes. En ansiedad severa se observa un total general de 53,68 %, donde el 49 % manifiesta no cuidar su salud mental y un 4,56 % sí. En cuanto a la ansiedad moderada el 25,26 % es la puntuación total, de la cual el 15,44 % indica no prestarle atención a su salud mental y el 9,82 % sí. Por último, la ansiedad muy baja comprende el 21,05 % y se divide en 2,46 % que respondieron de manera negativa y el 18,60 % afirmativamente.

Dicha relación muestra lo importante de brindar un cuido a la salud mental, y cuantitativamente demuestra lo que anteriormente se ha evidenciado. Los porcentajes son claros, en el caso de la ansiedad severa un 91,50 % manifestó no cuidar su salud mental, lo cual es un indicador significativo. Posteriormente, en relación con la ansiedad moderada, el 61,12 % recalcan no prestarle atención a la presente variable de su vida. Por último, en cuanto a la ansiedad muy baja, solamente el 11,68 % respondieron de manera negativa, es decir, que el 88,32 % sí le brindan cuidado a su salud mental. Lo anterior, señala que entre mayor cuidado mental, menos sintomatología ansiosa se va a manifestar. En definitiva, como los resultados de la presente correlación expresan, ignorar el cuido de la salud mental puede encaminar a las personas a desarrollar sintomatologías ansiosas moderadas o severas, y por lo tanto trastornos de ansiedad.

Ahora bien, a partir de la relación entre los resultados de la escala de depresión de Beck y el cuido de la salud mental, se exponen los siguientes resultados.

Figura 92. Relación salud mental por resultados de depresión



Fuente: elaboración propia.

Los datos generales son los siguientes: depresión grave 48,77 %, depresión moderada 35,44 %, depresión leve 8,42 % y no presenta depresión 7,37 %. Las personas que contestaron de forma negativa a la pregunta sobre el cuido de su salud mental indicaron los siguientes resultados en el inventario aplicado: depresión grave 41,75 %, depresión moderada 21,75 %, depresión leve 2,46 %, y no presenta depresión 1,05 %. Mientras que los que contestaron de forma afirmativa se dividen de la siguiente forma: depresión grave 7,02 %, depresión moderada 13,68 %, depresión leve 5,96 % y no presenta depresión 6,32 %.

Tales porcentajes revelados demuestran reiteradamente la importancia de brindarle atención a la salud mental, pues queda demostrado que en la depresión leve y en las personas que no presentan depresión, los índices de vigilo de salud mental son más altos que los que no hacen cuido de ella. Contrario a lo que se observa en la depresión grave y moderada, donde los porcentajes en esta categoría son muy bajos. Se refleja que en estas categorías de depresión los participantes que indicaron no brindar cuido a su salud mental, son bastantes; en depresión grave un 85,60 % y en depresión moderada 61,37 %. En cambio en los colaboradores con resultados de sintomatología leve un 29,21 % y en los que no presentan síntomas un 14,24 % indicaron no hacer cuido de su salud mental. Un contraste significativo entre los diferentes resultados de sintomatologías y su respectivo porcentaje de negación o afirmación de brindarle cuido a su salud mental.

A continuación, se hace la inclusión de los resultados recolectados sobre la relación entre la atención al cuido de la salud mental y las estrategias de afrontamiento del estrés. Esto con base en lo indicado por los estudiantes participantes.

Figura 93. Relación de participantes que no le brindan atención a la salud mental por estrategias de afrontamiento

Fuente: elaboración propia.

El gráfico muestra que de la población participante que indicó no prestarle atención al cuido de la salud mental durante la pandemia por el virus SARS-CoV-2, las estrategias de afrontamiento más utilizadas son, en primer lugar, el denominado distanciamiento, que comprende el 66 % de la población total, así mismo el 12 % elige la confrontación, el 9 % el autocontrol, el 8 % aceptación de la responsabilidad, el 2 % planificación, el 2 % escape-evitación, y el1 % reevaluación positiva.

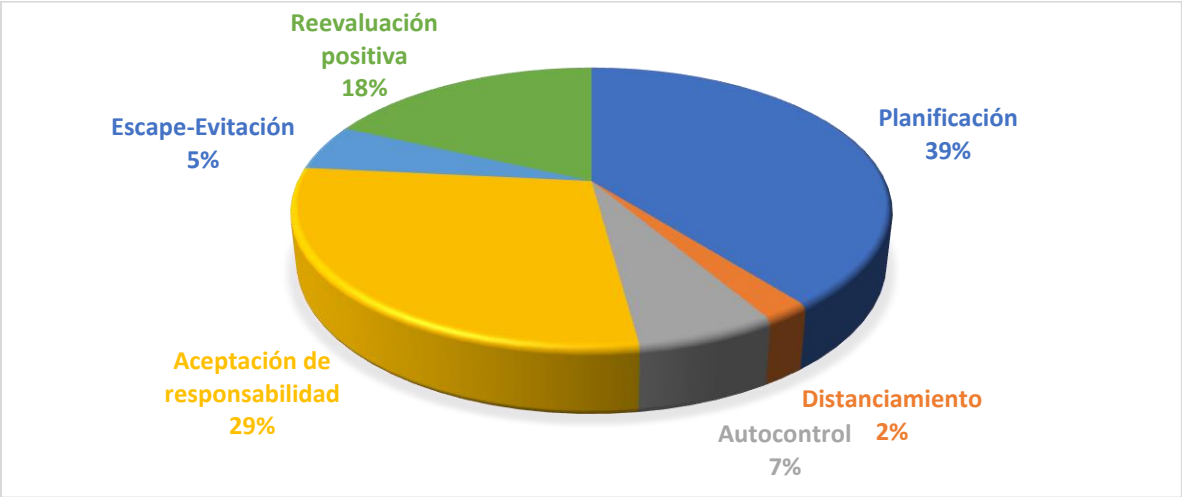
Los datos demuestran que la estrategia de afrontamiento más utilizada en la población descrita es el distanciamiento de forma predominante y posterior la confrontación; dos métodos de respuesta frente a una situación generadora de estrés carentes de asertividad. Por tal motivo, se puede interpretar que las personas que no le prestan atención a la salud mental durante la pandemia tienden a acudir a las

estrategias de afrontamiento menos funcionales, lo cual repercute directamente en el bienestar mental de dicha población. Esto se ve reflejado en las sintomatologías de las variables desarrolladas a lo largo del trabajo, corroborando dicha información por los resultados como ansiedad, depresión y estrés en las categorías más severas.

Como se mencionó anteriormente en la presente variable, un porcentaje muy significativo de la población estudiantil consultada indicó no prestarle atención a la salud mental durante el brote por el nuevo coronavirus. Por lo tanto, se evidencia que gran parte de la muestra hace uso de la estrategia denominada distanciamiento, la cual comprende acciones como alejarse del problema y no buscar soluciones en función de evitar alguna afectación.

Ahora bien, la siguiente figura muestra a las personas que indicaron sí prestarle atención al cuido de la salud mental.

Figura 94. Relación de participantes que sí le brindan atención a la salud mental por estrategias de afrontamiento



Fuente: elaboración propia.

Los resultados expuestos por el gráfico muestran que de la población participante que respondió prestarle atención a la salud mental durante el proceso de pandemia, el 39 % indicó hacer uso de la estrategia de afrontamiento nombrada planificación; el 29 %, aceptación de la responsabilidad; el 18 %, la reevaluación positiva; el 7 %, autocontrol; el 5 % escape-evitación; y, por último, el 2 %, distanciamiento.

Dicha información determina que para las personas de la presente categoría, la estrategia de afrontamiento más significativa es la planificación, seguida por la aceptación de responsabilidad y reevaluación positiva. Esto permite determinar una relación entre las estrategias de afrontamiento asertivas y el cuido de la salud mental. Por lo tanto, las personas que indicaron hacer uso de dichas estrategias son las que puntúan menor en las variables de ansiedad, depresión y estrés desarrolladas con anterioridad.

Las figuras 93 y 94 evidencian que la atención a la salud mental influye en la cognición y en la conducta de los individuos, reflejando que dichas estrategias pueden ser funcionales o no funcionales. Sumado a ello, la salud mental está relacionada con la capacidad de seleccionar los métodos de afrontamiento eficaces que le permitan a la persona responder de forma adaptativa a las circunstancias que se presenten, como lo puede ser la pandemia, lo cual permite desenvolverse de forma funcional en los diferentes sistemas a los que pertenezca.

Por último, la salud mental depende de cómo se siente el individuo consigo mismo, cómo se percibe ante las otras personas y la forma en la cual se responde a las diferentes demandas del entorno. Además, se toma en cuenta las habilidades, los valores y las emociones.

Capítulo V:

Conclusiones y recomendaciones

5.1. Conclusiones

En el presente capítulo se desarrollan las conclusiones finales tras un profundo análisis de los objetivos generales y específicos previamente anunciados en los capítulos anteriores y sustentados posteriormente en el marco teórico.

i. Se ha concluido que el distanciamiento físico y social debido a la pandemia por la enfermedad COVID-19 ha impactado de forma significativa en la salud mental de los estudiantes. Esto según los resultados que demostraron puntuaciones significativas en las categorías más severas con base en los inventarios de ansiedad y depresión de Beck. Además, se evidenció el incremento de los síntomas durante el fenómeno, en cuanto a ansiedad, depresión o ambas, lo cual abarca el 74,74 % de la población participante.

ii. Se concluye que la población estudiada no le da la importancia adecuada al cuidado de la salud mental, pese a ser estudiantes de psicología. Al respecto, de una población conformada por 857 estudiantes, solamente 285 participaron de la investigación, y únicamente 27 indicaron interés de recibir los resultados del estudio. Esto refleja una puntuación predominante de 67,02 % de personas que manifestaron no cuidar de la salud mental.

iii. Como resultado de la investigación se determinó que únicamente el 8,24 % de los estudiantes universitarios de psicología han recurrido a un profesional en psicología como estrategia para el cuidado de la salud mental frente a la pandemia por el nuevo coronavirus, lo cual representa la minoría de los participantes.

iv. Se determinó que de la población participante el 76,84 % manifestó presentar sintomatología depresiva, ansiosa o ambas, antes del comienzo de la pandemia, y solo el 19,30 % cuenta con un diagnóstico pese a percibir dicha sintomatología. Esto evidencia que no se prioriza acudir a un profesional en psicología para evaluación y tratamiento.

v. Los individuos que no prestan atención a los factores protectores de la salud mental representan la población con mayor manifestación de sintomatología de depresión grave y ansiedad severa, lo cual es similar con las personas que puntuaron en sintomatología leve o nula que sí le prestan atención a la salud mental.

vi. En deducción de los subgrupos de la población muestra, las personas con hijos, en condición de empleo propio o con un rango de edad entre 41-50 años, muestran, en líneas generales, una mayor afectación en la salud mental, prevaleciendo la sintomatología severa en los trastornos evaluados en el presente estudio.

vii. En consecuencia de lo investigado, un porcentaje superior de 53,68 % de la totalidad de la población participante manifiesta sintomatología de ansiedad severa. Así mismo, se evidencia que no existe discrepancia en los resultados de los subgrupos por sexo; el femenino abarca el 53,52 % y el masculino 52,84 %. Esto representa la sintomatología más significativa, tanto en el apartado de antecedentes del instrumento de recolección de datos empleado como en los resultados del inventario de ansiedad de Beck.

viii. Se obtuvo en la variable de depresión una diferencia en cuanto a la categoría de sexo, en la cual tanto hombres como mujeres manifiestan sintomatología depresiva. Sin embargo, las mujeres predominan en depresión grave y los hombres en depresión moderada.

ix. Se concluye que el 6,66 % de las personas participantes cuentan con un diagnóstico de depresión, mientras que los resultados obtenidos por el inventario de depresión de Beck reflejan que el 48,77 % presenta sintomatología de depresión grave y el 100 % de dicha población manifestó un aumento en los síntomas durante la pandemia por la enfermedad COVID-19.

x. En resolución, la categoría de estrés leve es la predominante en los estudiantes universitarios. Con ello se evidencia la percepción superior de estrés, lo cual comprende el 83,39 % de personas

que indicaron percibir a la familia como principal fuente de estrés durante el distanciamiento físico y social en el trascurso de la pandemia por el nuevo coronavirus.

xi. Las personas participantes perciben un apoyo oportuno tanto familiar como no familiar, sin embargo, pese a que el apoyo ha sido evidente, no se ve reflejado en la salud mental.

xii. Se concluye que el estado de la salud mental de las personas influye en las respuestas emocionales y conductuales frente a la pandemia por la enfermedad COVID-19 y la determinación de las estrategias de afrontamiento del estrés.

xiii. Se logró determinar que las estrategias de afrontamiento del estrés, denominadas planificación y reevaluación positiva, son las más utilizadas por los estudiantes que puntuaron en las categorías de sintomatologías leves o nulas, las cuales son de carácter positivo y asertivo. Esto concluye la relación inseparable entre el uso de dichos métodos de afrontamiento frente a estímulos externos con la estabilidad emocional y mental.

xiv. Se destaca que el distanciamiento fue la estrategia de afrontamiento más utilizada por los participantes con presencia de sintomatología más severa. Por lo tanto, se llega a la conclusión que los métodos caracterizados por la carencia de asertividad son más frecuentes en personas con ansiedad severa y depresión grave.

xv. Se determina que el porcentaje de la muestra que no le brinda atención a la salud mental, hace uso, durante la pandemia, de las estrategias de afrontamiento menos asertivas, tales como el distanciamiento y la confrontación. Por su parte, quienes sí cuidan de ella emplean las estrategias como aceptación de la responsabilidad, reevaluación positiva y planificación, caracterizadas por la asertividad.

xvi. En conclusión, se evidencia la relevancia de la salud mental en la manifestación de las sintomatologías estudiadas en la presente investigación y la relación inseparable con las

estrategias de afrontamiento, lo cual determina un impacto directo y recíproco entre los tres elementos anteriormente mencionados.

5.2. Recomendaciones

A continuación, de acuerdo con las conclusiones anteriormente desarrolladas, se visualiza la importancia de exponer recomendaciones en los diferentes campos de aplicación:

5.2.1. Estudiantes de la carrera de psicología

- ✓ Acudir a un profesional en psicología para llevar el debido proceso terapéutico.
- ✓ Destacar la promoción y prevención del cuidado de la salud mental.
- ✓ Desarrollar y participar de las investigaciones en el campo de la psicología.
- ✓ Ampliar conocimientos en los métodos psicológicos actuales basados en evidencia científica para la elaboración de investigaciones en el campo.

5.2.2. Para la Universidad

- ✓ Emplear recursos para los estudiantes universitarios de todas las facultades que se han visto afectados emocionalmente en consecuencia de la pandemia; involucrando atención individual y grupal dirigida por profesionales en la salud mental.
- ✓ Reforzar en el campo de psicología la importancia del cuidado y el abordaje en la salud mental.
- ✓ Establecer una entrevista psicológica a los estudiantes de nuevo ingreso para valorar las diferentes áreas del estudiante y proceder con una serie de apoyos en caso de requerirlos.
- ✓ Evidenciar la importancia de desarrollar y participar en las investigaciones elaboradas por los estudiantes y/o colaboradores de la Universidad.
- ✓ Implementar procesos para la promoción y prevención del cuidado de la salud mental.

- ✓ Aplicar en el currículo académico herramientas para la contención de los pacientes posterior a la pandemia con una afectación mental debido al fenómeno.
- ✓ Buscar alianzas con instituciones que brinden atención y tratamiento a personas con afectación en la salud mental para ampliar las experiencias y el conocimiento de los estudiantes en el campo profesional.

5.2.3. Centros médicos

- ✓ Implementar estrategias para la promoción y prevención del cuidado de la salud mental durante la pandemia por el virus SARS-CoV-2 y posterior a esta.
- ✓ Ampliar el servicio de atención psicológica en los centros médicos como elemento fundamental para el abordaje de los pacientes en cuanto a la salud mental de las personas para lograr una evaluación y atención anticipada a la sintomatología con un seguimiento oportuno.
- ✓ Brindar apoyo a las investigaciones dirigidas por profesionales en el campo de psicología.

5.2.4. Para posibles nuevas investigaciones

- ✓ Indagar los motivos por los cuales la población de estudiantes de la carrera de psicología no le presta la adecuada atención al cuidado de la salud mental y profundizar sobre el acceso a la atención psicológica, con el fin de comprender dichos motivos e implementar estrategias de accesibilidad.

Capítulo VI:

Referencias y anexos

6.1. Lista de referencias

Alarcón, R. *et al*. (s.f). *Guía de práctica clínica de los trastornos depresivos.* España. Recuperado de https://consaludmental.org/publicaciones/GPCtrastornosdepresivos.pdf

Aquino, C. R., Quispe, R. D. C. y Huaman, K. M. (2020). *COVID-19 y su relación con poblaciones vulnerables. Revista Habanera de Ciencias Médicas, 19*. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2020000400005

Baringoltz, S. (2009). Terapia cognitiva y depresión. *Revista de la Asociación de Psicoterapia de la República Argentina. Vol, 2*. Recuperado de: https://apra.org.ar/wp-content/uploads/2020/10/Terapia-Cognitiva-y-Depresion.pdf

Balluerka, M. N., Gómez, B. J., Hidalgo, M. D., Gorostiaga, M. A., Espada, J. P., Padilla, J. L. y Santed, M. Á. (2020). *Las consecuencias psicológicas de la COVID-19 y el confinamiento. Informe de investigación.* Recuperado de: https://addi.ehu.eus/bitstream/handle/10810/45924.

Beck, J. S. (1995). *Terapia cognitiva: conceptos básicos y profundización.* Editorial Gedisa. Recuperado de: https://elibro.net/es/ereader/ulatinacr/44350

Beck, A. T. (2010). *Terapia cognitiva de la depresión (19a. ed.).* Editorial Desclée de Brouwer. Recuperado de: https://elibro.net/es/ereader/ulatinacr/47611

Beck, A. T. Moreno Carrillo, B. (Trad.) y Emery, G. (2014). *Trastornos de ansiedad y fobias: una perspectiva cognitiva.* Bilbao, Editorial Desclée de Brouwer. Recuperado de: https://elibro.net/es/ereader/ulatinacr/128427

Beck, A. T. Clark, D. A. y Moreno Carrillo, B. (2016). *Manual práctico para la ansiedad y las preocupaciones: la solución cognitiva conductual (2a. ed.).* Bilbao, Editorial Desclée de Brouwer. Recuperado de: https://elibro.net/es/ereader/ulatinacr/127905

Campos, M. (2016). *Trastorno de estrés postraumático.* Costa Rica. Recuperado de: https://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/619/art07.pdf

Carranza, V. (2002). *El concepto de salud mental en psicología humanista–existencial. Universidad Católica de Bolivia.* Bolivia. Recuperado de: http://www.scielo.org.bo/pdf/rap/v1n1/v1n1a01.pdf

Casado, F. (s.f.) *Modelo de afrontamiento de Lazarus como heurístico de las intervenciones psicoterapéuticas* Servicio de Andaluz de salud.

Castañeda, G. C., y Ramos, S. G. (2020). Principales pandemias en la historia de la humanidad. *Revista Cubana de Pediatría*, 92, 1–24. Recuperado de: https://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&sid=2662c8ba-229c-4bbd-943f-612fb9b7312b%40sessionmgr4007

Cañada, J. y Tirado F. (2011). *Epidemias: un nuevo objeto sociotécnico*. Convergencia, México. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/pdf/conver/v18n56/v18n56a6.pdf

Cao, W., Fang, Z., Hou, G., Han, M., Xu, X. y Dong, J.. (2020) *The psychological impact of the COVID-19 epidemic on college students in China.* Psychiatry Res. Recuperado de: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165178120305400

Caycho-Rodríguez, T., Barboza-Palomino, M., Ventura-León, J., Carbajal-León, C., Noé-Grijlava, M., Gallegos, M.jn y Vivanco-Vidal, A. (2020). *Traducción al español y validación de una medida breve de ansiedad por el COVID-19 en estudiantes de ciencias de la salud.* Ansiedad y Estrés.

Recuperado de:
https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1134793720300348?via%3Dihub

Cerón, G. G. R. (2021). La familia y el juego como estrategia de aprendizaje a distancia durante la pandemia del Covid-19 en México: Una propuesta desde la enseñanza universitaria en ciencias de la salud. *Revista de Educación a Distancia (RED)*, *21*(65). Recuperado de: https://revistas.um.es/red/article/view/456231

Cobo-Rendón, R., Vega-Valenzuela, A. y García-Álvarez, D. (2020). *Consideraciones institucionales sobre la Salud Mental en estudiantes universitarios durante la pandemia de Covid-19*. CienciAmérica, 9(2), 277-284. Recuperado de: http://cienciamerica.uti.edu.ec/openjournal/index.php/uti/article/view/322

Córdoba, A. *et al.* (2010). *Diagnóstico y tratamiento de los trastornos de ansiedad en adultos.* México. Recuperado de:
http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/392_IMSS_10_Ansiedad/EyR_IMSS_392_10.pdf

Díaz, F. y Toro, I. (2020). *SARS-CoV-2/COVID-19: el virus, la enfermedad y la pandemia.* Colombia. Recuperado de: http://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/05/1096519/covid-19.pdf

Estrada, A. (s.f.). *Trastornos de ansiedad*. Recuperado de:
http://psiquiatria.facmed.unam.mx/pdfindex/ansiedad.pdf

Fierro, A. (s.f.). *Estrés, afrontamiento y adaptación*. España. Recuperado de:
https://www.uma.es/Psicologia/docs/eudemon/analisis/estres_afrontamiento_y_adaptacion.pdf

Florencia, L. y Domingo, P. (2018). Autoeficacia y estilos de afrontamiento al estrés en estudiantes universitarios. Montevideo, Uruguay. Recuperado de: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-42212018000100017

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2020). *Mensajes y acciones importantes para la prevención y el control del COVID-19 en las escuelas*. Recuperado de: https://www.unicef.org/lac/informes/mensajes-y-acciones-para-la-prevencion-y-control-del-covid-19-en-las-escuelas

Gallegos, M., Zalaquet, C. y Sánchez, L. (2020). *Cómo afrontar la pandemia del Coronavirus (Covid-19) en las Américas: recomendaciones y líneas de acción sobre salud mental*. Recuperado de: http://biblioteca.puntoedu.edu.ar/handle/2133/18298

García, J., Gómez, J., Martín, J., Facundo, J., Ayuso, D., Martínez, J. y Ruíz, C. (2020). *Impacto del sars-cov-2 (covid-19) en la salud mental de los profesionales sanitarios: una revisión sistemática.* España. Recuperado de: http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/108234

González, J, N., Tejeda, A, A., Espinosa M, C. y Ontiveros, H, Z., (2020). *Impacto psicológico en estudiantes universitarios mexicanos por confinamiento durante la pandemia por Covid-19.* Universidad Autónoma de México. Recuperado de: https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/756/version/797

Jiménez, M. *et al.* (2013). *La distimia en el contexto clínico*. México. Recuperado de: http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v42n2/v42n2a09.pdf

Jonhson, M., Saletti, L. y Tumas, N. (2020). *Emociones, preocupaciones y reflexiones frente a la pandemia del COVID-19 en Argentina*. Recuperado de: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413- 81232020006702447

Jurado, M. D. M. M., Herrera, P., I., del Carmen Pérez, F., M. y Linares, J. J. G. (2020). *Análisis de la amenaza percibida por la COVID-19 en población española*. Atencion primaria, 52(7), 515-516. Recuperado de: https://www.sciencedirect.com/

Kirchner, T. *et al.* (2011). *Conducta autolesiva e ideación suicida en estudiantes de Enseñanza Secundaria Obligatoria.* Diferencias de género y relación con estrategias de afrontamiento. España. Recuperado de: https://actaspsiquiatria.es/repositorio/13/72/ESP/13-72-ESP-226-235-920269.pdf

Korman, G. P. (2011). Bases teóricas en la conformación de la terapia cognitiva en la Argentina. *Interamerican Journal of Psychology*, *45*(2), 115-122. Recuperado de: https://www.redalyc.org/pdf/284/28422741002.pdf

Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1986). *El concepto de afrontamiento en estrés y procesos cognitivos.* Barcelona: Martínez Roca.

Lazarus, R. (2000). *Estrés y Emoción. Manejo e implicaciones en nuestra salud.* España: Editorial Desclée de Brouwer, S.A.

Lazarus, R. (2009). *Adaptación, psicología y emociones.* Fundación Universitaria Konrad Lorenz.

Leandro, G. (2013) *Estrategias de afrontamiento cognitivo-conductual emocionales que utilizan los padres y/o madres de niños y niñas con quemaduras de segundo y tercer grado en el Hospital Nacional de Niños, Don Carlos Sáenz Herrera.* Ciudad Universitaria Rodrigo Facio. Recuperado de: http://repositorio.sibdi.ucr.ac.cr:8080/jspui/bitstream/123456789/1692/1/35270.pdf

Leiva, A. M., Nazar, G., Martínez, M. A., Petermann, F., Ricchezza, J. y Celis, M. C. (2020). *Dimensión psicosocial de la pandemia: la otra cara del covid-19*. Ciencia y enfermería, 26. Recuperado de: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0717-95532020000100302&script=sci_arttext

Lozano, D. A., Fernández, J. S., Canosa, V. F. y Martínez, A. M. M. (2020*). Impactos del confinamiento por el COVID-19 entre universitarios: Satisfacción Vital, Resiliencia y Capital Social Online.* International Journal of Sociology of Education, 79-104. Recuperado de: https://hipatiapress.com/hpjournals/index.php/rise/article/view/5925

Martín, I. (2007). *Estrés académico en estudiantes universitarios.* Apuntes de Psicología, 25 (1), 87-89. Recuperado de http://copao.cop.es/files/contenidos/VOL25_1_7.pdf.

Martínez, M y López D. (2011). *Trastornos de ansiedad*. México. Recuperado de: https://www.medigraphic.com/pdfs/revneuneupsi/nnp-2011/nnp113d.pdf

Mebarak, M., Castro, A., Salamanca, M. y Quintero, M. (2009). *Salud mental: un abordaje desde la perspectiva actual de la psicología de la salud.* Psicología desde el Caribe. Recuperado de: http://www.scielo.org.co/pdf/psdc/n23/n23a06.pdf

Mertens, G., Gerritsen, L., Duijndam, S., Salemink, E. y Engelhard, I.M. (2020). Miedo al coronavirus (COVID-19): predictores en un estudio en línea realizado en marzo de 2020. *Journal of Anxiety Disorders*, *74*, 102258. Recuperado de: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0887618520300724

Ministerio de Salud de Costa Rica. (2020) *Costa Rica estudiará la salud mental de su población frente al COVID-19.* Recuperado de: https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/centro-de-

prensa/noticias/741-noticias-2020/1938-costa-rica-estudiara-la-salud-mental-de-su-poblacion-frente-al-covid-19

Naranjo, M. (2009). *Una revisión teórica sobre el estrés y algunos aspectos relevantes de éste en el ámbito educativo*. Costa Rica. Recuperado de: https://www.redalyc.org/pdf/440/44012058011.pdf

National Institute of Mental Health. (2016). *Depresión: información básica*. Estados Unidos. Recuperado de: https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depresion- sp/19-mh-8079spdf_159009.pdf

Navas, W. y Vargas, M. (2012). *Abordaje de la depresión: intervención en crisis.* Costa Rica. Recuperado de: https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v26n2/art3.pdf

Navas, W. y Vargas, M. (2012). Trastornos de ansiedad: revisión dirigida para atención primaria. Costa Rica. Recuperado de: https://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/604/art11.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2010). *¿Qué es una pandemia?* Recuperado de: https://www.who.int/csr/disease/swineflu/frequently_asked_questions/pandemic/es/

Organización Mundial de la Salud. (2019). *Salud Mental.* Recuperado de: https://www.who.int/es/news-room/facts-in-pictures/detail/mental-health

Organización Panamericana de la Salud. (2020). *Intervenciones recomendadas en la salud mental y apoyo psicosocial (SMAPS) durante la pandemia.* Recuperado de: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52427/OPSNMHNMCOVID-19200026_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Organización Mundial de la Salud. (2020). *Impacto en la salud mental de la pandemia COVI-19.* Recuperado de: https://www.who.int/es/campaigns/connecting-the-world-to-combat-coronavirus/healthyathome/healthyathome---mental-health

Organización Panamericana de la Salud. (2020). *Pandemia por COVID-19 exacerba los factores de riesgo de suicidio.* Recuperado de: https://www.paho.org/es/noticias/10-9-2020-pandemia-por-covid-19-exacerba-factores-riesgo-suicidio

Ortiz, V. G. (2005). Richard Stanley Lazarus (1922-2002). *Revista Latinoamericana de Psicología, 37* (1), 207-209. Recuperado de: https://www.redalyc.org/pdf/805/80537112.pdf

Osman A., Kooper B.A., Barrios F., Osman J.R. y Wade T. (1997). *The Beck Anxiety Inventory: Reexamination of Factor Structure and Psychometric Properties*. J of Clin Psychol; 53(1): 7-14. Recuperado de: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9120035/

Ozamiz, E. N., Dosil, M, S., Picaza, G, M. y Idoiga, M, N., (2020). *Niveles de estrés, ansiedad y depresión en la primera fase del brote del COVID-19 en una muestra recogida en el norte de España.* Cadernos de Saúde Pública [online]. v. 36, n. 4 [Accedido 29 Julio 2020], e00054020. Recuperado de: https://www.scielosp.org/article/csp/2020.v36n4/e00054020/#

Parales, Q. C. J. (2008). *Anomia Social y Salud Mental Publica*. Revista de Salud Pública, 10(4), 658-666. Recuperado de: https://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=7&sid=6331e486-6f1a-4f74-84e0-2af4e9cc146d%40sessionmgr103

Peña, L. B. O., Rincón, O. B. y Castillo, L. J. J. (2020). *SARS-CoV-2: generalidades bioquímicas y métodos de diagnóstico*. NOVA: Publicación Científica En Ciencias Biomédicas, 18 (35), 11–33. https://doi.org/10.22490/24629448.4183

Pérez, D. *et al.* (2014) *Conocimientos sobre estrés, salud y creencias de control para la Atención Primaria de Salud.* Cuba. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v30n3/mgi09314.pdf

Plazas, Á. M. B. (2017). Concepciones de salud mental a partir de la visión dominante de salud-enfermedad. *Poiésis*, 1(32), 127-134. Recuperado de: https://www.funlam.edu.co/revistas/index.php/poiesis/article/view/2305

Pullido, S. (2020) ¿Cuál es la diferencia entre brote, epidemia y pandemia? Investigación. España. Recuperado de https://gacetamedica.com/investigacion/cual-es-la- diferencia-entre-brote-epidemia-y-pandemia/

Ramos, C. (2015) *Los paradigmas de la investigación científica.* UNIFE. Recuperado de: http://www.unife.edu.pe/publicaciones/revistas/psicologia/2015_1/Carlos_Ramos.pdf

Regueiro, A. (s.f.) *Conceptos básicos: ¿Qué es el estrés y como nos afecta?.* España. Recuperado de: https://www.uma.es/media/files/tallerestr%C3%A9s.pdf

Reyes, V. *et al.* (2017). *Las estrategias de afrontamiento que utilizan los adolescentes ante situaciones que provocan miedo*. México. Recuperado de: http://www.scielo.org.co/pdf/psico/v20n38/0124-0137-psico-20-38-00240.pdf

Ribot, R. V. D. L. C., Chang, P. N. y González, C. A. L. (2020). Efectos de la COVID-19 en la salud mental de la población. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 19. Recuperado de: http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/3307/2531

Richaud, M. *et al.* (2020). *Efectos psicológicos del aislamiento por cuarentena por COVID 19.* AACC Argentina. Recuperado de: https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/114882

Rocha, K. B., Pérez, K., Rodríguez-Sanz, M., Borrell, C. y Obiols, J. E. (2010). *Prevalencia de problemas de salud mental y su asociación con variables socioeconómicas, de trabajo y salud: resultados de la Encuesta Nacional de Salud de España.* Psicothema, 22 (3), 389-395. Recuperado de: https://www.redalyc.org/pdf/727/72714400006.pdf

Sampieri, H. R., Lucio, B. P. y Collado, F. C. (2014) *Metodología de la investigación, Sexta edición*. México D.F. Interamericana editores.

Sánchez, M. (2016). *Enfermería psiquiátrica y salud mental*. Lérida, Spain: Edicions de la Universitat de Lleida. Recuperado de https://elibro.net/es/ereader/ulatinacr/54726?page=13.

Sánchez, V. A., y De la Fuente, A. V. (2020) *Cuarentena, aislamiento, distanciamiento social y Confinamiento ¿son lo mismo?* Perú. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/341289252_covid19_cuarentena_aislamiento_distanciamiento_social_y_confinamiento_son_lo_mismo

Sandín, B., Valiente, R. M., García, J. y Chorot, P. (2020). Impacto psicológico de la pandemia de COVID-19: Efectos negativos y positivos en población española asociados al periodo de confinamiento nacional. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 25 (1), 1–22. Recuperado de: https://doi.org/10.5944/rppc.27569.

Sierra, J. *et al.* (2003) *Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar*. Granada. Recuperado de: https://www.redalyc.org/pdf/271/27130102.pdf

Socías, C. O., Brage, L. B. y Nevot, C. L. (2020). *Apoyo familiar ante el covid-19 en España*. Recuperado de: https://scielo.org/es/

Universidad de Costa Rica. (2020). *Seminario universitario: Estudio sobre la salud mental del personal sanitario será realizado por universidades públicas.* Recuperado de:

https://www.ucr.ac.cr/noticias/2020/08/07/estudio-sobre-la-salud-mental-del-personal-sanitario-sera-realizado-por-universidades-publicas.html

Vega, C. (2013). *Estrategias de afrontamiento, estrés y alteración psicológica en niños.* México. Recuperado de: http://pepsic.bvsalud.org/pdf/alpsi/v17n28/n28a08.pdf

Valdés, M. A. P., Morales, N. E. Á. y Cárdenas, A. E. R. (2020). *Repercusión psicológica y social de la pandemia COVID-19*. Medimay, 27(2), 252-261. Recuperado de: http://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/1663/pdf_263

Vásquez, C., Crespo, M y Ring, J. (s.f.). *Estrategias de afrontamiento.* Recuperado de: http://www.psicosocial.net/historico/index.php?option=com_docman&view=download&alias=94-estrategias-de-afrontamiento&category_slug=trauma-duelo-y-culpa&Itemid=100225

Wang C. *et al.* (2020) *Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China.* Int J Environ Res Public Health. Recuperado de: https://www.mdpi.com/1660-4601/17/5/1729/htm

Yenny, Y. L. J., Ruth, M. S. M. y Sara, E. G. Q. (2020). *Potenciales estrategias terapéuticas basadas en péptidos para mitigar la infección por SARS-CoV-2.* NOVA: Publicación Científica En Ciencias Biomédicas, 18 (35), 61–66. Recuperado de: https://doi.org/10.22490/24629448.4187

6.2.1. Instrumento

Escala de indicadores de salud mental durante la pandemia por COVID-19

1. Responda según su posición personal desde el inicio de la pandemia hasta este momento
2. Tome el tiempo que necesite, si siente fatiga, tome unos minutos y continúe.
3. Debe de completarse de manera individual
4. Sea lo más objetivo y honesto posible
5. Tiempo estimado: 10 a 15 minutos

*Obligatorio

Consentimiento informado

El presente instrumento en línea nombrado "Impacto en la salud mental con énfasis en la sintomatología ansiosa, depresiva y estrés debido al distanciamiento físico y social por la pandemia COVID-19 en estudiantes de la Escuela de Psicología de la Universidad Latina, sede San Pedro" es parte de una investigación elaborada por Carolina Mena Ramírez y Abigail Huertas Sánchez, estudiantes de grado de licenciatura de la carrera de psicología de la Universidad Latina, sede Heredia.

Su participación es totalmente voluntaria, no recibirá beneficios directos al participar en el presente estudio de investigación. Sin embargo, sus respuestas contribuirán a comprender mejor sobre el impacto en la salud mental bajo la emergencia debido a la pandemia por la enfermedad COVID-19 en los estudiantes universitarios.

El instrumento no recopila información de identificación, por lo tanto, sus respuestas permanecerán anónimas y la información brindada se utilizará únicamente para fines académicos del estudio. Al finalizar la investigación usted puede seleccionar la opción de recibir un informe en resumen de los resultados de la misma, indicando una dirección de correo electrónico.

He leído la información anterior
Acepto Voluntariamente participar
Soy mayor de 18 años

1. Según el consentimiento informado usted está: *

Marca solo un óvalo.

- De acuerdo
- En desacuerdo

Datos generales

2. Edad *

Marca solo un óvalo.

- 18-30
- 31-40
- 41-50
- 50 en adelante

3. Sexo *

Marca solo un óvalo.

- Femenino
- Masculino

4. Nacionalidad *

_____

5. Estado civil *

Marca solo un óvalo.

- Soltero
- Casado
- Divorciado
- Viudo
- Unión libre

6. Estado Laboral *

Marca solo un óvalo.

- Empleado
- Empleado por cuenta propia
- Subempleado
- Desempleado

7. ¿Tiene hijos? *

Marca solo un óvalo.

- SI
- NO

8. Personas con las que habita *

Marca solo un óvalo.

- Núcleo familiar (padre, madre y hermanos)
- Núcleo familiar (pareja e hijos, similares)
- Coinquilinos (roommates)
- Vive sólo
- Otros: _____

Antecedentes

9. ¿Ha presentado usted síntomas de ansiedad o depresión antes del comienzo de la pandemia? *

Si su respuesta a esta pregunta es: NO, continúe a la sección A. Si su respuesta respuesta es SI, por favor continúe con la siguiente pregunta

Marca solo un óvalo.

- SI
- NO

10. Manifiesta sintomatología:

Marca solo un óvalo.

- Depresiva
- Ansiosa
- Ambas

11. Está diagnosticado (a) con:

Marca solo un óvalo.

- Depresión
- Ansiedad
- Ambas
- Ninguna
- Otros: _____

12. Indique la opción que considera más acertada. Durante la pandemia:

Marca solo un óvalo.

- Los síntomas aumentaron
- Los síntomas disminuyeron
- No hubo mayor alteración en los síntomas

Sección A

Indique para cada uno de los siguientes síntomas el grado en que se ha visto afectado por cada uno de
ellos durante el último año. Elija de entre las siguientes opciones la que mejor se corresponda:
0 = en absoluto
1 = Levemente, no me molesta mucho
2 = Moderadamente, fue muy desagradable, pero podía soportarlo
3 = Severamente, casi no podía soportarlo

13. A.1 - Hormigueo o entumecimiento *

Marca solo un óvalo.

- 0
- 1
- 2
- 3

14. A.2 - Sensación de calor *

Marca solo un óvalo.

- 0
- 1
- 2
- 3

15. A.3 - Temblor de piernas *

Marca solo un óvalo.

- 0
- 1
- 2
- 3

16. A.4 - Incapacidad de relajarse *

Marca solo un óvalo.

- 0
- 1
- 2
- 3

17. A.5 - Miedo a que suceda lo peor *

Marca solo un óvalo.

- 0
- 1
- 2
- 3

18. A.6 - Mareo o aturdimiento *

Marca solo un óvalo.

- 0
- 1
- 2
- 3

19. A.7 - Palpitaciones o taquicardia *

Marca solo un óvalo.

- 0
- 1
- 2
- 3

20. A.8 - Sensación de inestabilidad e inseguridad física *

Marca solo un óvalo.

- 0
- 1
- 2
- 3

21. A.9 - Terrores *

Marca solo un óvalo.

- 0
- 1
- 2
- 3

22. A.10 - Nerviosismo *

Marca solo un óvalo.

- 0
- 1
- 2
- 3

23. A.11 - Sensación de ahogo *

Marca solo un óvalo.

- 0
- 1
- 2
- 3

24. A.12 - Temblores de manos *

Marca solo un óvalo.

- 0
- 1
- 2
- 3

25. A.13 - Temblor generalizado o estremecimiento *

Marca solo un óvalo.

- 0
- 1
- 2
- 3

26. A.14 - Miedo a perder el control *

Marca solo un óvalo.

- 0
- 1
- 2
- 3

27. A.15 - Dificultad para respirar *

Marca solo un óvalo.

- 0
- 1
- 2
- 3

28. A.16 - Miedo a morirse *

Marca solo un óvalo.

- 0
- 1
- 2
- 3

29. A.17 - Sobresaltos *

Marca solo un óvalo.

- 0
- 1
- 2
- 3

30. A.18 - Molestias digestivas o abdominales *

Marca solo un óvalo.

- 0
- 1
- 2
- 3

31. A.19 - Palidez *

Marca solo un óvalo.

- 0
- 1
- 2
- 3

32. A.20 - Rubor facial *

Marca solo un óvalo.

- 0
- 1
- 2
- 3

33. A.21 - Sudoración (no debida al calor) *

Marca solo un óvalo.

- 0
- 1
- 2
- 3

Sección B

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante el último año. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección.

34. B.1 *

Selecciona todas las opciones que correspondan.

- [ ] No me siento triste.
- [ ] Me siento triste.
- [ ] Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
- [ ] Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.

35. B.2 *

Selecciona todas las opciones que correspondan.

- [ ] No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.
- [ ] Me siento desanimado respecto al futuro.
- [ ] Siento que no tengo que esperar nada.
- [ ] Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

36. B.3 *

Selecciona todas las opciones que correspondan.

- [ ] No me siento fracasado.
- [ ] Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.
- [ ] Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.
- [ ] Me siento una persona totalmente fracasada.

37. B.4 *

Selecciona todas las opciones que correspondan.

- [ ] Las cosas me satisfacen tanto como antes.
- [ ] No disfruto de las cosas tanto como antes.
- [ ] Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.
- [ ] Estoy insatisfecho o aburrido de todo.

38. B.5 *

Selecciona todas las opciones que correspondan.

- [ ] No me siento especialmente culpable.
- [ ] Me siento culpable en bastantes ocasiones.
- [ ] Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
- [ ] Me siento culpable constantemente.

39. B.6 *

Selecciona todas las opciones que correspondan.

- [ ] No creo que esté siendo castigado.
- [ ] Me siento como si fuese a ser castigado
- [ ] Espero ser castigado.
- [ ] Siento que estoy siendo castigado.

40. B.7 *

Selecciona todas las opciones que correspondan.

- [ ] No estoy decepcionado de mí mismo.
- [ ] Estoy decepcionado de mí mismo.
- [ ] Me da vergüenza de mí mismo.
- [ ] Me detesto.

41. B.8 *

Selecciona todas las opciones que correspondan.

- [ ] No me considero peor que cualquier otro.
- [ ] Me autocritico por mis debilidades o por mis errores.
- [ ] Continuamente me culpo por mis faltas.
- [ ] Me culpo por todo lo malo que sucede.

42. B.9 *

Selecciona todas las opciones que correspondan.

- [ ] No tengo ningún pensamiento de suicidio.
- [ ] A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.
- [ ] Desearía suicidarme.
- [ ] Me suicidaría si tuviese la oportunidad.

43. B.10 *

Selecciona todas las opciones que correspondan.

- [ ] No lloro más de lo que solía.
- [ ] Ahora lloro más que antes.
- [ ] Lloro continuamente.
- [ ] Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.

44. B.11 *

Selecciona todas las opciones que correspondan.

- [ ] No estoy más irritado de lo normal en mí.
- [ ] Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
- [ ] Me siento irritado continuamente.
- [ ] No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.

45. B.12 *

Selecciona todas las opciones que correspondan.

- [ ] No he perdido el interés por los demás.
- [ ] Estoy menos interesado en los demás que antes.
- [ ] He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.
- [ ] He perdido todo el interés por los demás.

46. B.13 *

Selecciona todas las opciones que correspondan.

- [ ] Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.
- [ ] Evito tomar decisiones más que antes.
- [ ] Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
- [ ] Ya me es imposible tomar decisiones.

47. B.14 *

Selecciona todas las opciones que correspondan.

- [ ] No creo tener peor aspecto que antes.
- [ ] Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.
- [ ] Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo
- [ ] Creo que tengo un aspecto horrible.

48. B.15 *

Selecciona todas las opciones que correspondan.

- [ ] Trabajo igual que antes.
- [ ] Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.
- [ ] Tengo que obligarme mucho para hacer algo.
- [ ] No puedo hacer nada en absoluto.

49. B.16 *

Selecciona todas las opciones que correspondan.

- [ ] Duermo tan bien como siempre.
- [ ] No duermo tan bien como antes.
- [ ] Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.
- [ ] Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.

50. B.17 *

Selecciona todas las opciones que correspondan.

- [ ] No me siento más cansado de lo normal.
- [ ] Me canso más fácilmente que antes.
- [ ] Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
- [ ] Estoy demasiado cansado para hacer nada.

51. B.18 *

Selecciona todas las opciones que correspondan.

- [ ] Mi apetito no ha disminuido.
- [ ] No tengo tan buen apetito como antes.
- [ ] Ahora tengo mucho menos apetito.
- [ ] He perdido completamente el apetito.

52. B.19 - 1 *

Selecciona todas las opciones que correspondan.

- [ ] Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.
- [ ] He perdido más de 2 kilos y medio.
- [ ] He perdido más de 4 kilos.
- [ ] He perdido más de 7 kilos.

53. B.19 - 2 Estoy a dieta para adelgazar *

Marca solo un óvalo.

- ( ) SI
- ( ) NO

54. B.20 *

Selecciona todas las opciones que correspondan.

- [ ] No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.
- [ ] Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.
- [ ] Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar en algo más.
- [ ] Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.

55. B.21 *

Selecciona todas las opciones que correspondan.

- [ ] No he observado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo
- [ ] Estoy menos interesado por el sexo que antes
- [ ] Estoy mucho menos interesado por el sexo
- [ ] He perdido totalmente mi interés por el sexo

Sección C

Por favor, lea la siguiente lista y marque en qué medida cada persona (o grupo de personas) le provocan estrés a usted en este momento de su vida.

56. C.1 - Su mujer/marido u otras personas allegadas *

Marca solo un óvalo.

- No
- Algo
- Mucho
- No existe esa persona

57. C.2 - Sus hijos o nietos *

Marca solo un óvalo.

- No
- Algo
- Mucho
- No existe esa persona

58. C.3 - Sus padres o abuelos *

Marca solo un óvalo.

- No
- Algo
- Mucho
- No existe esa persona

59. C.4 - Sus hermanos o hermanas *

Marca solo un óvalo.

- No
- Algo
- Mucho
- No existe esa persona

60. C.5 - Sus otros parientes de sangre *

Marca solo un óvalo.

- No
- Algo
- Mucho
- No existe esa persona

61. C.6 - Sus parientes por matrimonio(políticos, ex – conyuge) *

Marca solo un óvalo.

- No
- Algo
- Mucho
- No existe esa persona

62. C.7 - Sus vecinos *

Marca solo un óvalo.

- No
- Algo
- Mucho
- No existe esa persona

63. C.8 - Sus compañeros de trabajo *

Marca solo un óvalo.

- No
- Algo
- Mucho
- No existe esa persona

64. C.9 - Miembros de su Iglesia *

Marca solo un óvalo.

- No
- Algo
- Mucho
- No existe esa persona

65. C.10 - Sus otros amigos *

Marca solo un óvalo.

- No
- Algo
- Mucho
- Esa persona no existe

66. C.11 - ¿Existe una persona en particular que le cause un gran estrés en este momento? *

Marca solo un óvalo.

- SI
- NO

67. C.12 - Si ha respondido "SI" ¿Qué persona es?

Sección D

Por favor, lea la siguiente lista y marque en qué medida cada persona (o grupo de personas) le proporciona apoyo a usted en este momento de su vida.

68. D.1 - Su mujer/marido u otras personas allegadas *

Marca solo un óvalo.

- No
- Algo
- Mucho
- No existe esa persona

69. D.2 - Sus hijos o nietos *

Marca solo un óvalo.

- No
- Algo
- Mucho
- No existe esa persona

70. D.3 - Sus padres o abuelos *

Marca solo un óvalo.

- No
- Algo
- Mucho
- No existe esa persona

71. D.4 - Sus hermanos o hermanas *

Marca solo un óvalo.

- No
- Algo
- Mucho
- No existe esa persona

72. D.5 - Sus otros parientes de sangre *

Marca solo un óvalo.

- No
- Algo
- Mucho
- No existe esa persona

73. D.6 - Sus parientes por matrimonio(políticos, ex – conyuge) *

Marca solo un óvalo.

- No
- Algo
- Mucho
- No existe esa persona

74. D.7 - Sus vecinos *

Marca solo un óvalo.

- No
- Algo
- Mucho
- No existe esa persona

75. D.8 - Sus compañeros de trabajo *

Marca solo un óvalo.

- No
- Algo
- Mucho
- No existe esa persona

76. D.9 - Miembros de su Iglesia *

Marca solo un óvalo.

- No
- Algo
- Mucho
- No existe esa persona

77. D.10 - Sus otros amigos *

Marca solo un óvalo.

- No
- Algo
- Mucho
- Esa persona no existe

78. D.11 - ¿Tiene una persona en particular en quien pueda confiar y a quien pueda acudir cuando tiene problemas personales? *

Marca solo un óvalo.

- SI
- NO

79. D.12 - Si ha respondido “SI” ¿Qué persona es?

Sección E

Lea las siguientes preguntas y responda marcando la respuesta que considera más oportuna

80. E.1 Durante la pandemia, ¿Considera que le ha brindado importancia al cuidado de su salud mental? *

Marca solo un óvalo.

- SI
- NO

81. E.2 Si su respuesta anterior fue afirmativa, seleccione la o las categorías de actividades a las que ha recurrido para el cuidado de su salud mental. Si su respuesta fue negativa, continúe a la siguiente pregunta.

Selecciona todas las opciones que correspondan.

- [ ] Psicoterapia
- [ ] Ejercicio físico
- [ ] Actividades lúdica (Escuchar música, leer, relajación, meditación, actividades artísticas, etc.)
- [ ] Regular horarios de sueño
- [ ] Organizar actividades y rutinas diarias
- [ ] Alimentación saludable
- [ ] Contacto con la naturaleza
- [ ] Hablar de sus sentimientos y emociones

Otros: [ ] _____

82. E.3 Durante la Pandemia, ¿Se ha comunicado con amigos o familiares mediante opciones tecnológicas actuales? *

Marca solo un óvalo.

- SI
- NO

83. E.4. Durante el proceso de pandemia considera que ha pasado algún tipo de duelo? *

Marca solo un óvalo.

- Pérdida de un familiar, ser querido cercano, amigos, entre otros.
- Pérdida de empleo
- Reducción de jornada laboral y salarial
- Ninguna
- Otros: _____

84. E.5 De las siguientes opciones ¿Cuál considera que ha sido la más utilizada por usted para enfrentar los diferentes cambios atribuidos a la pandemia? *

Marca solo un óvalo.

- 1. Intentar solucionar la situación sin importar si se utilizan medidas no correspondientes.
- 2. Analizar la situación y crear estrategias diversas para confrontarla
- 3. Alejarse del problema, no pensar en el, no buscar solución y evitar la afectación.
- 4. Esfuerzos para controlar los propios sentimientos y respuestas emocionales.
- 5. Analizar el problema y la responsabilidad que la persona tuvo para el inicio y continuación de la situación, aceptando los cargos requeridos para su solución
- 6. Empleo de un pensamiento irreal improductivo o de estrategias como comer, beber, usar drogas o tomar medicamentos.
- 7. Percibir de forma positiva la situación, y no dejarse llevar solo por los factores negativos del problema.

AGRADECIMIENTO

Toda la información brindada por su persona es de suma importancia para este estudio de investigación.
Solamente debe dar clic en la opción enviar para que su cuestionario sea válido.
Muchas gracias por haber participado.

85. Si usted desea recibir un resumen de los resultados del estudio de investigación, por favor escriba su correo electrónico para hacerlo llegar.

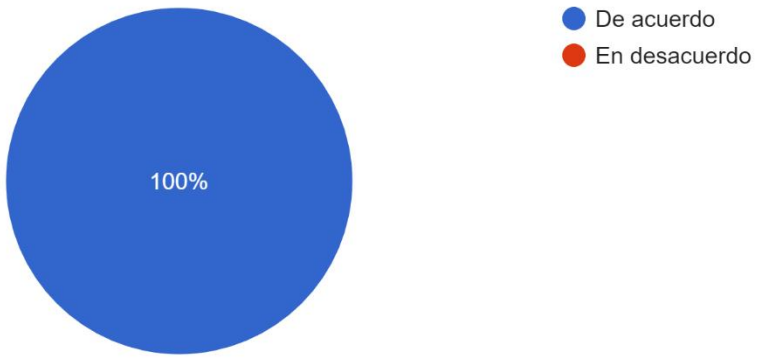
Google no creó ni aprobó este contenido.

Google Formularios

6.2.2. Resultados del instrumento

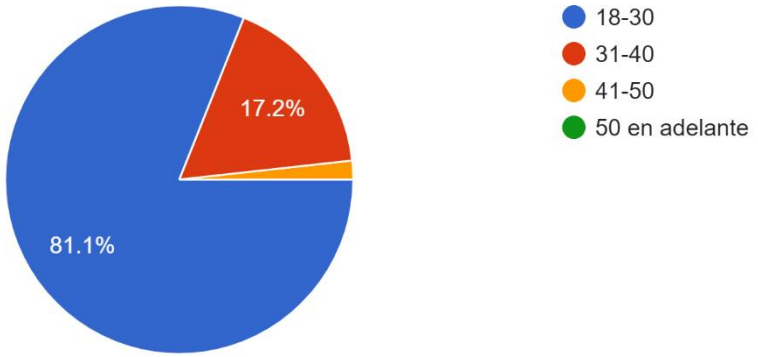
Según el consentimiento informado usted está:

285 respuestas



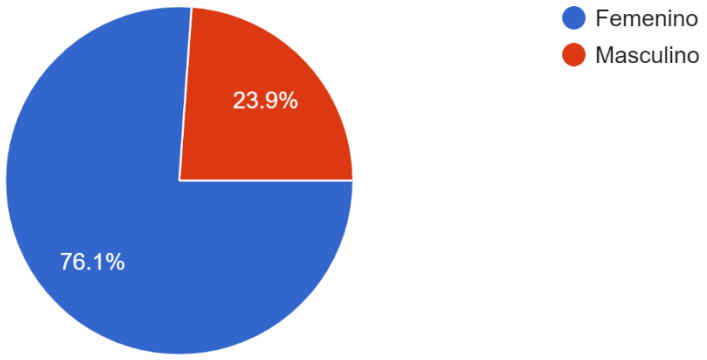
Edad

285 respuestas



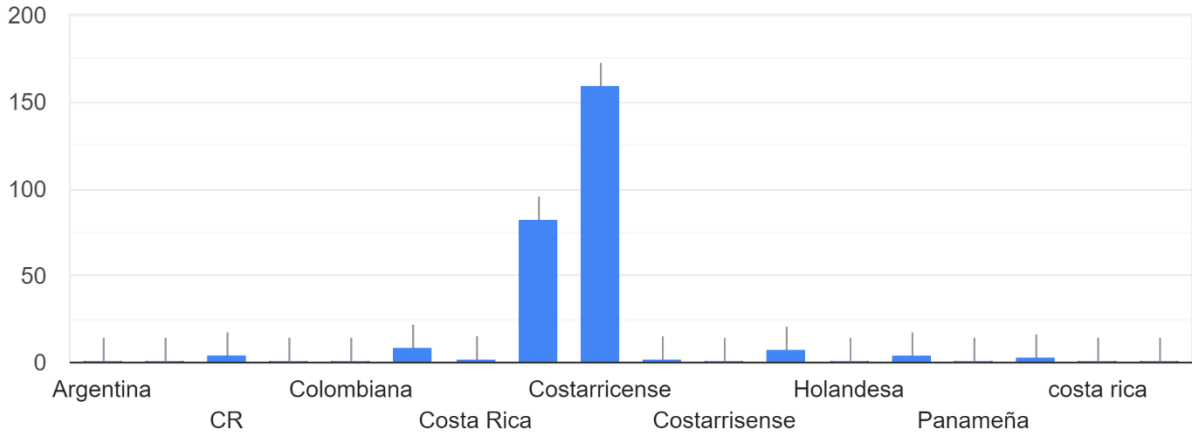
Sexo

285 respuestas



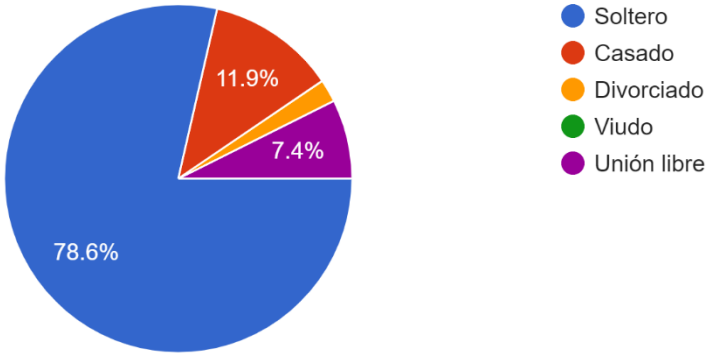
Nacionalidad

285 respuestas



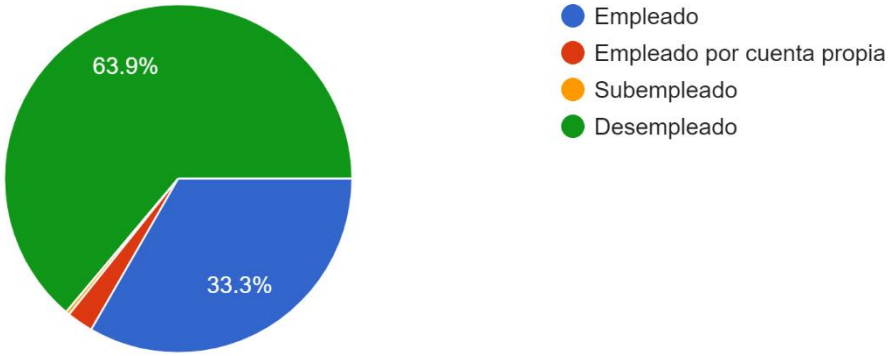
Estado civil

285 respuestas



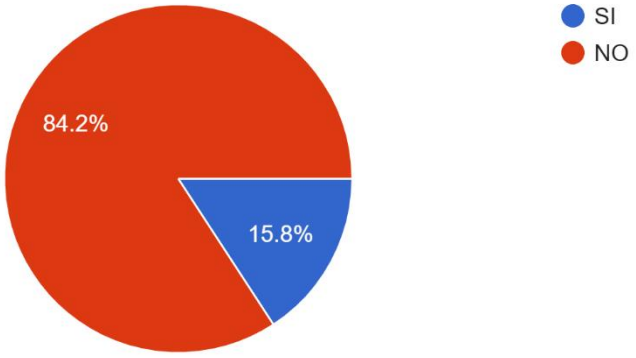
Estado Laboral

285 respuestas



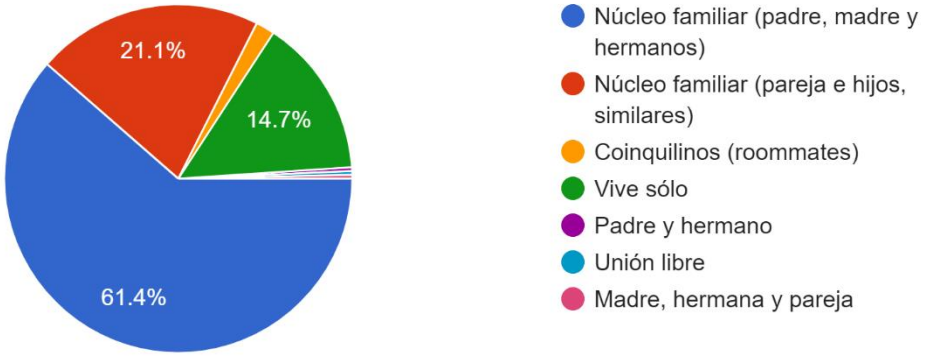
¿Tiene hijos?

285 respuestas



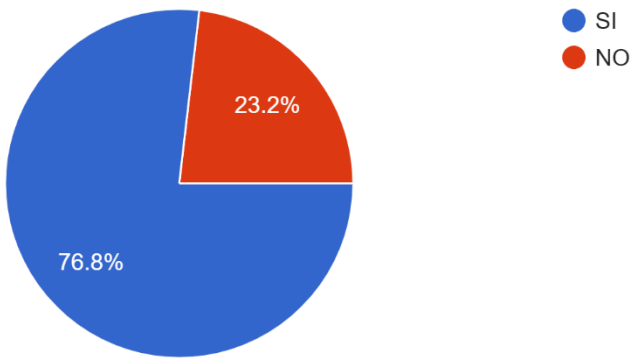
Personas con las que habita

285 respuestas



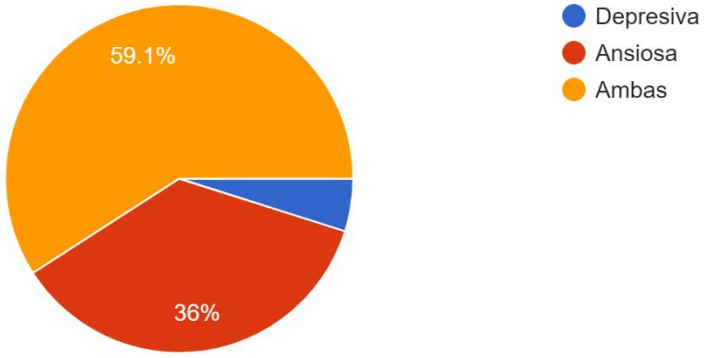
¿Ha presentado usted síntomas de ansiedad o depresión antes del comienzo de la pandemia?

285 respuestas



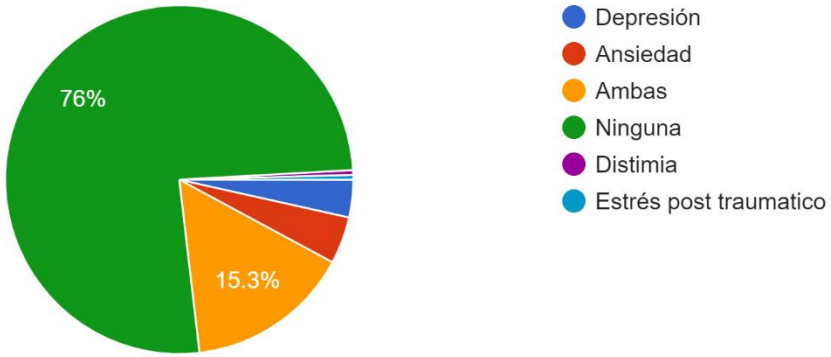
Manifiesta sintomatología:

225 respuestas



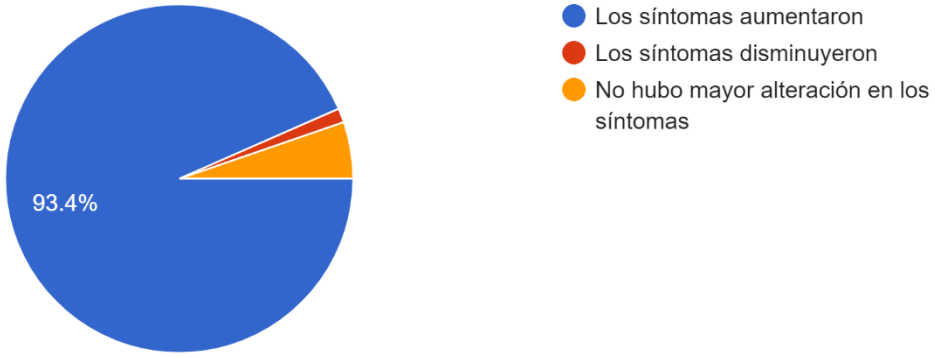
Está diagnosticado (a) con:

229 respuestas



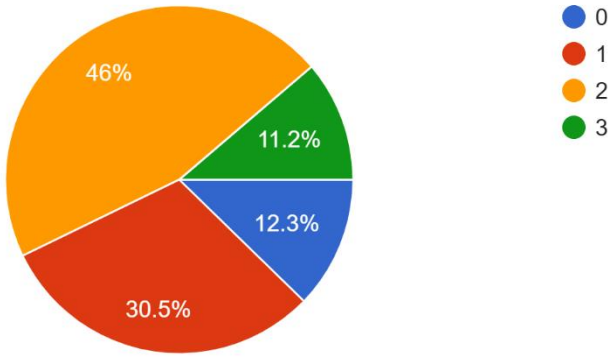
Indique la opción que considera más acertada. Durante la pandemia:

228 respuestas



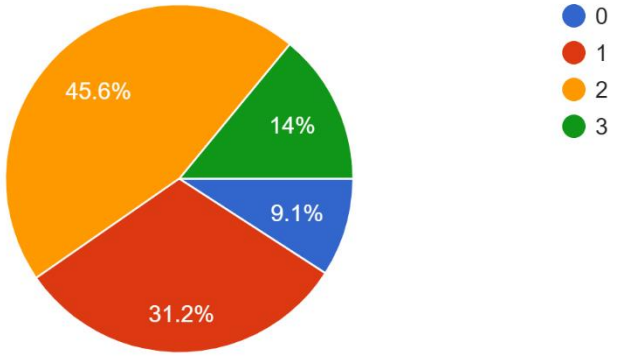
A.1 - Hormigueo o entumecimiento

285 respuestas



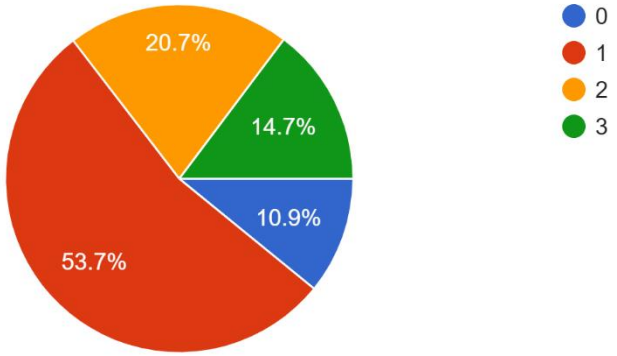
A.2 - Sensación de calor

285 respuestas



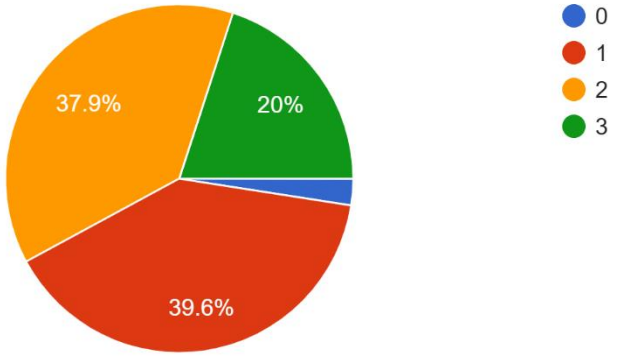
A.3 - Temblor de piernas

285 respuestas



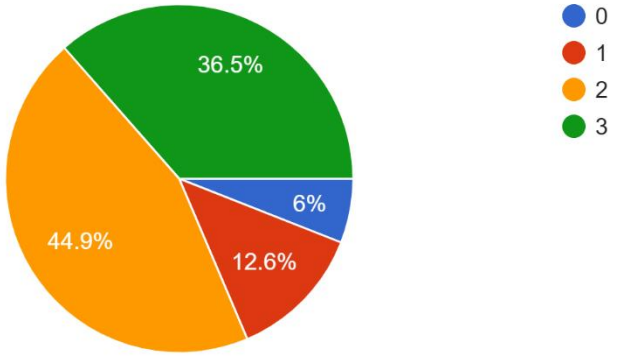
A.4 - Incapacidad de relajarse

285 respuestas



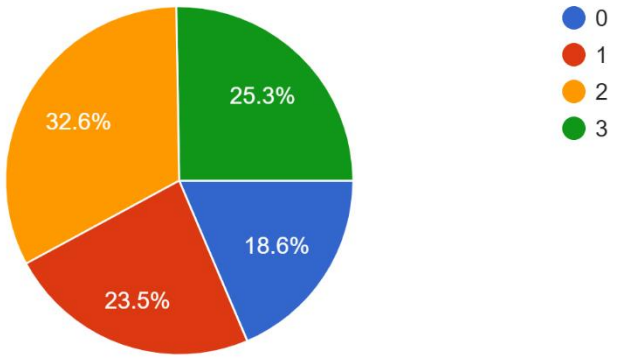
A.5 - Miedo a que suceda lo peor

285 respuestas



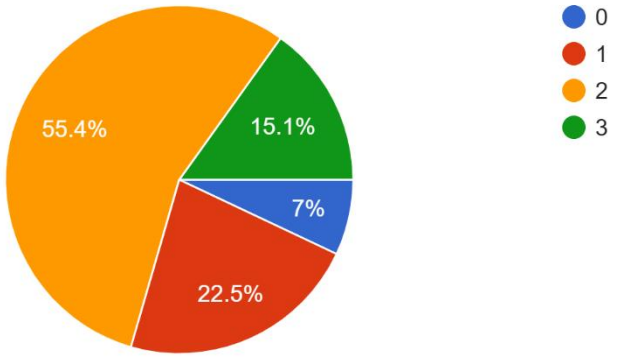
A.6 - Mareo o aturdimiento

285 respuestas



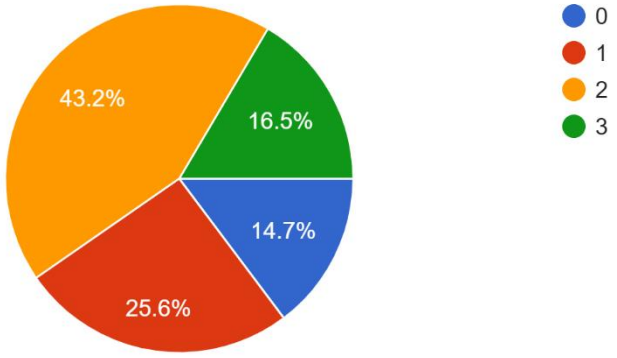
A.7 - Palpitaciones o taquicardia

285 respuestas



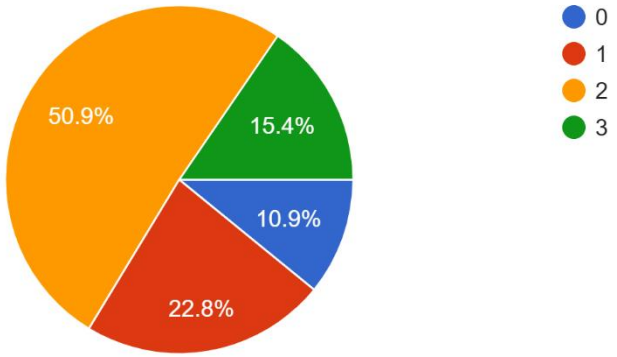
A.8 - Sensación de inestabilidad e inseguridad física

285 respuestas



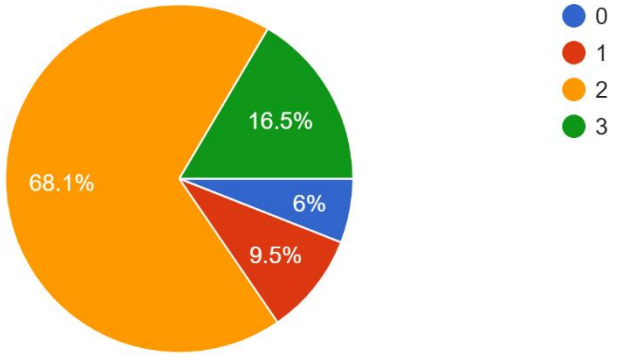
A.9 - Terrores

285 respuestas



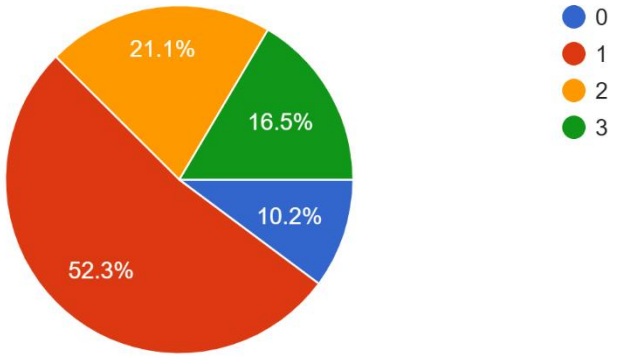
A.10 - Nerviosismo

285 respuestas



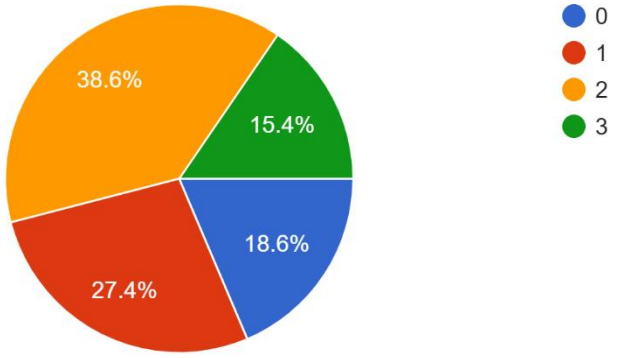
A.11 - Sensación de ahogo

285 respuestas



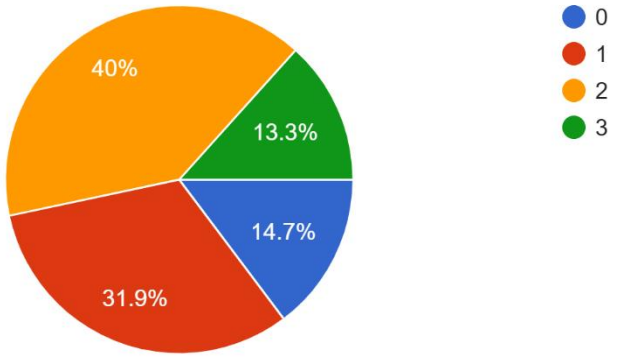
A.12 - Temblores de manos

285 respuestas



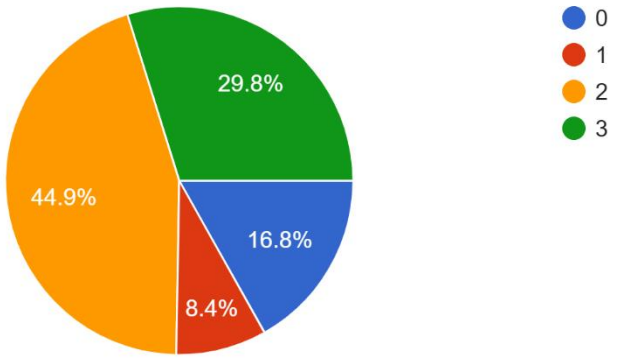
A.13 - Temblor generalizado o estremecimiento

285 respuestas



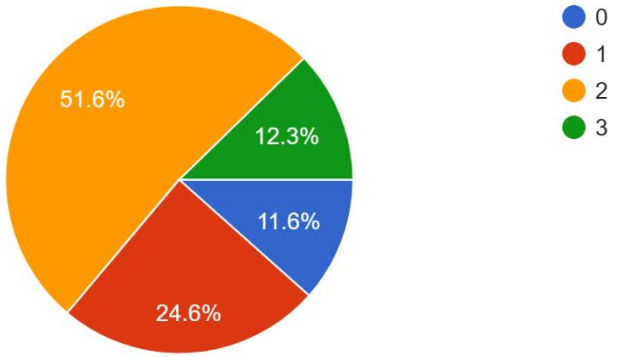
A.14 - Miedo a perder el control

285 respuestas



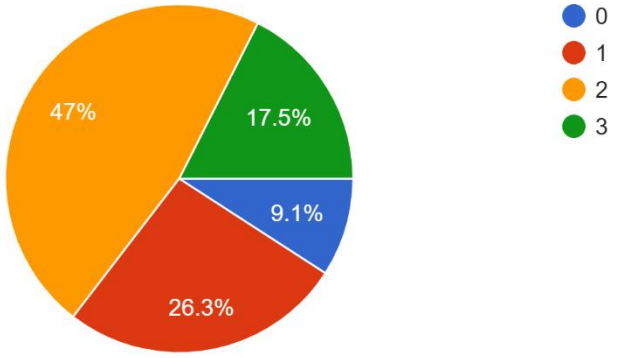
A.15 - Dificultad para respirar

285 respuestas



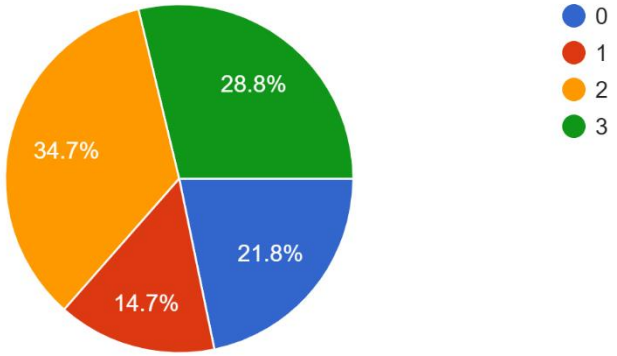
A.16 - Miedo a morirse

285 respuestas



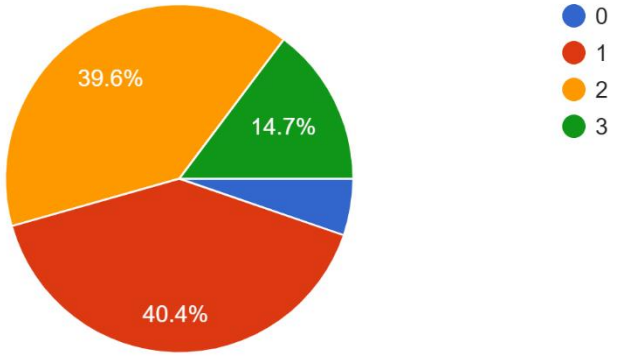
A.17 - Sobresaltos

285 respuestas



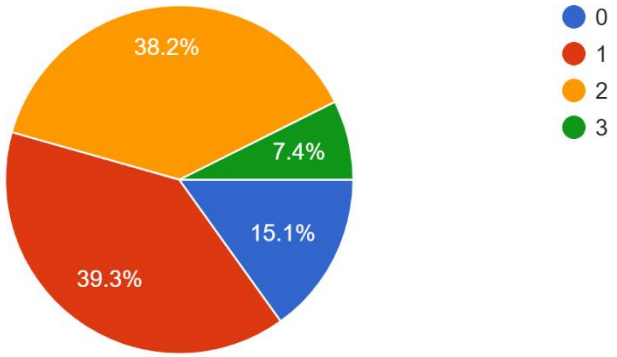
A.18 - Molestias digestivas o abdominales

285 respuestas



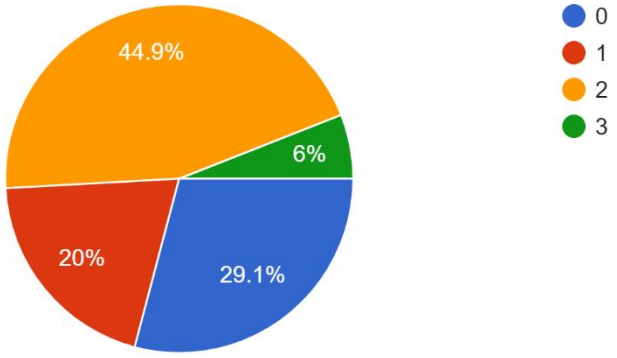
A.19 - Palidez

285 respuestas



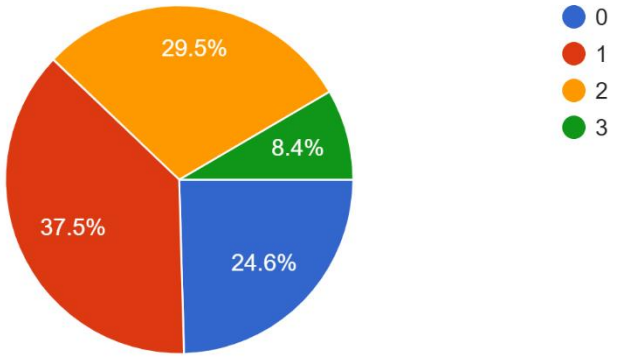
A.20 - Rubor facial

285 respuestas



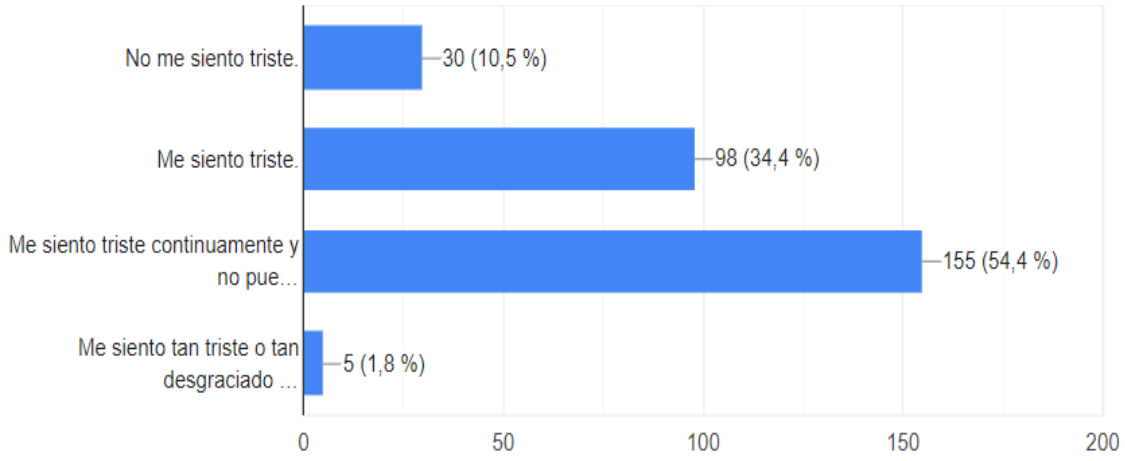
A.21 - Sudoración (no debida al calor)

285 respuestas



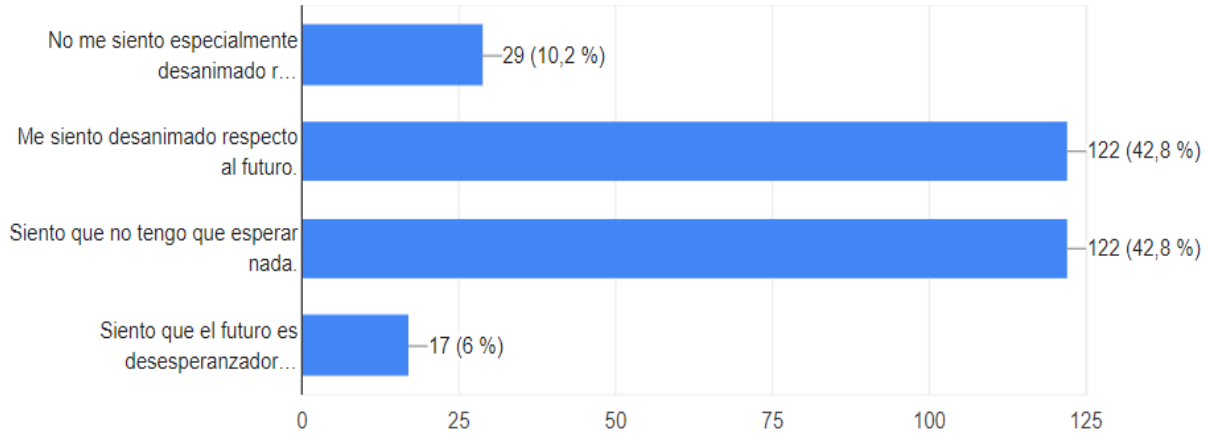
B.1

285 respuestas



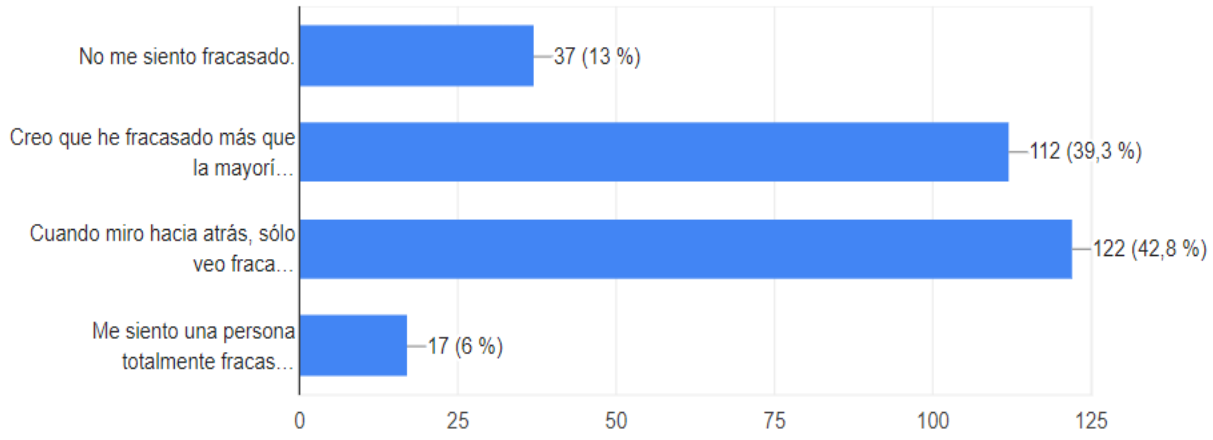
B.2

285 respuestas



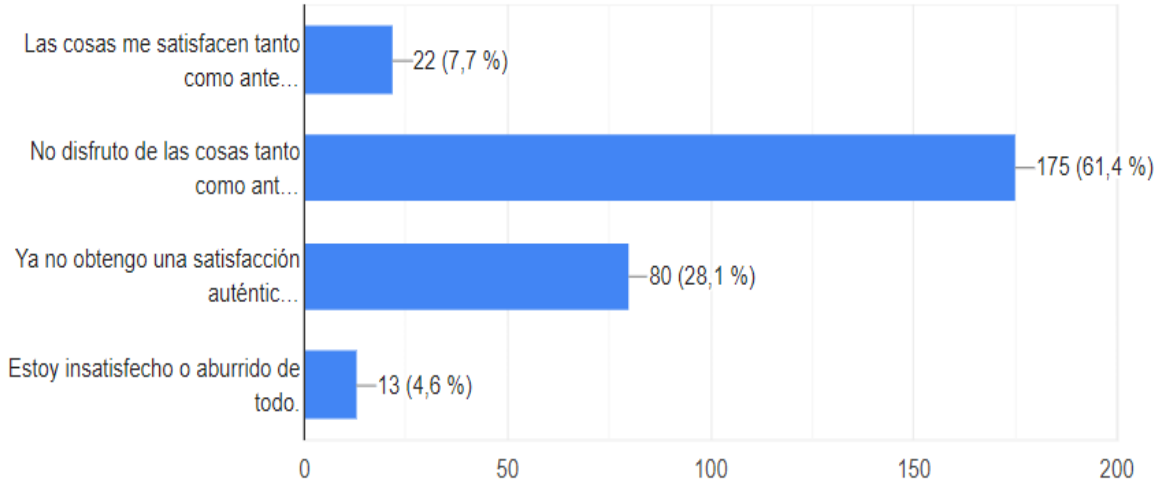
B.3

285 respuestas



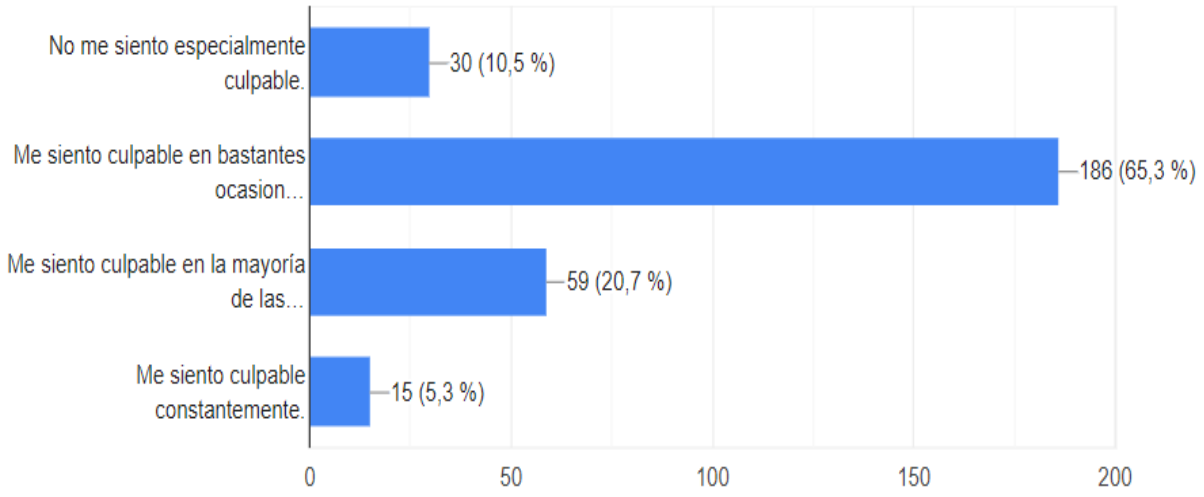
B.4

285 respuestas



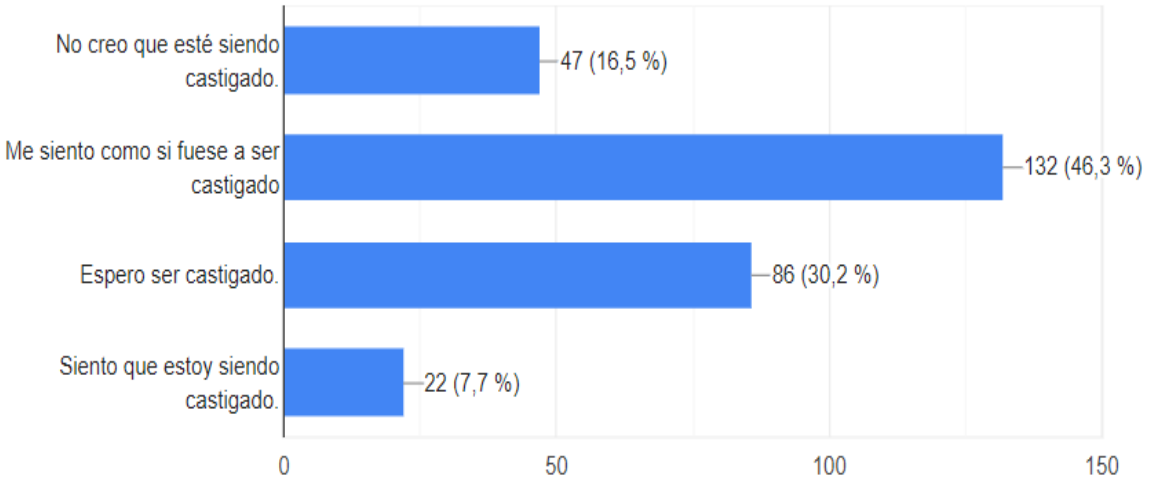
B.5

285 respuestas



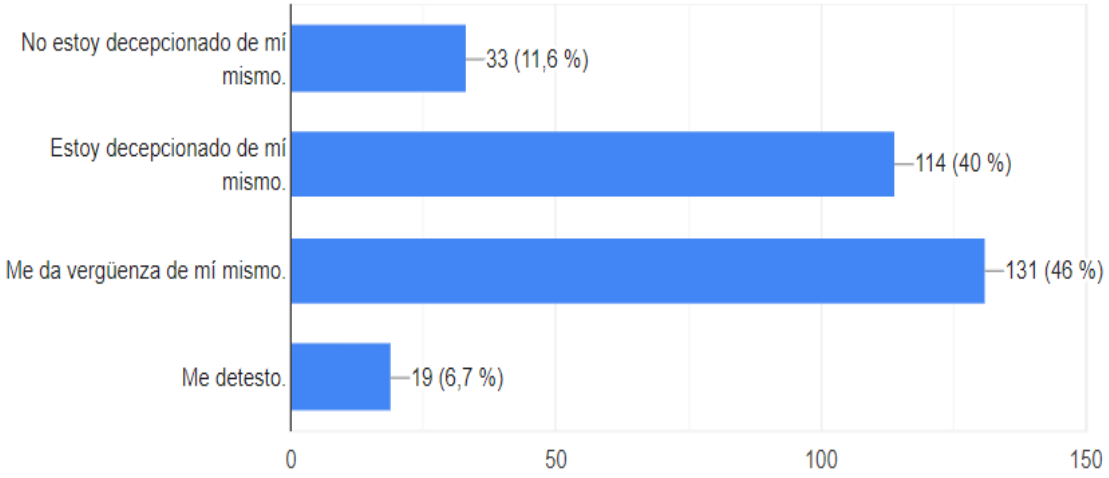
B.6

285 respuestas



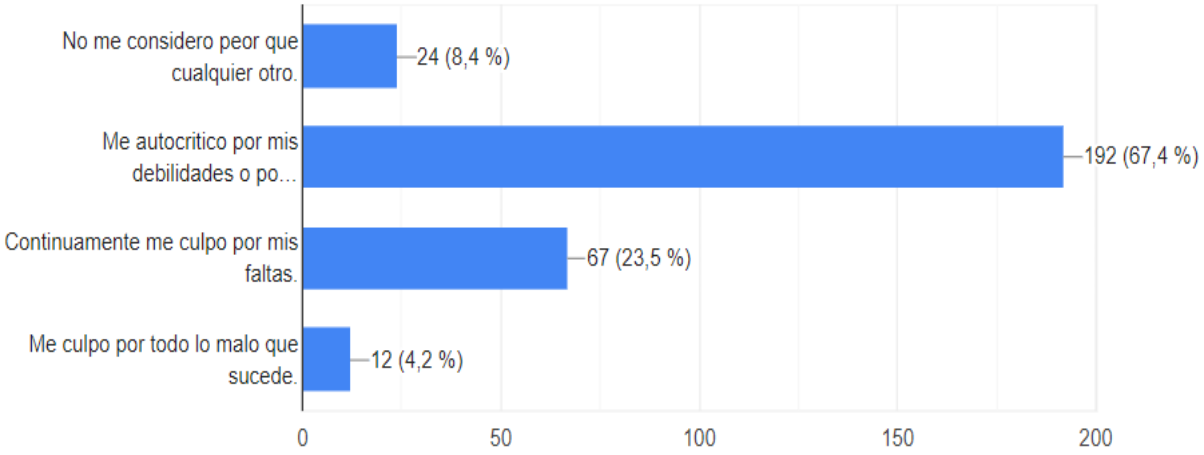
B.7

285 respuestas



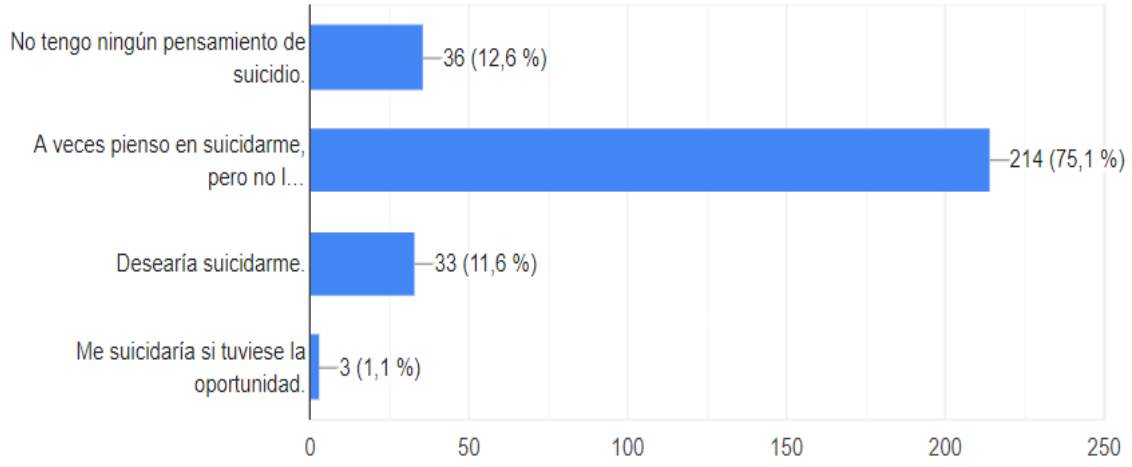
B.8

285 respuestas



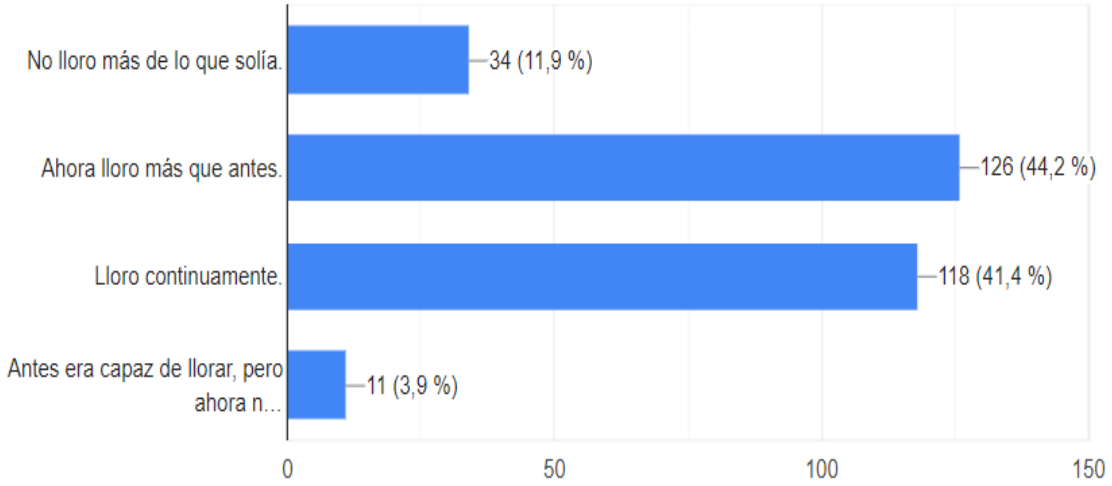
B.9

285 respuestas



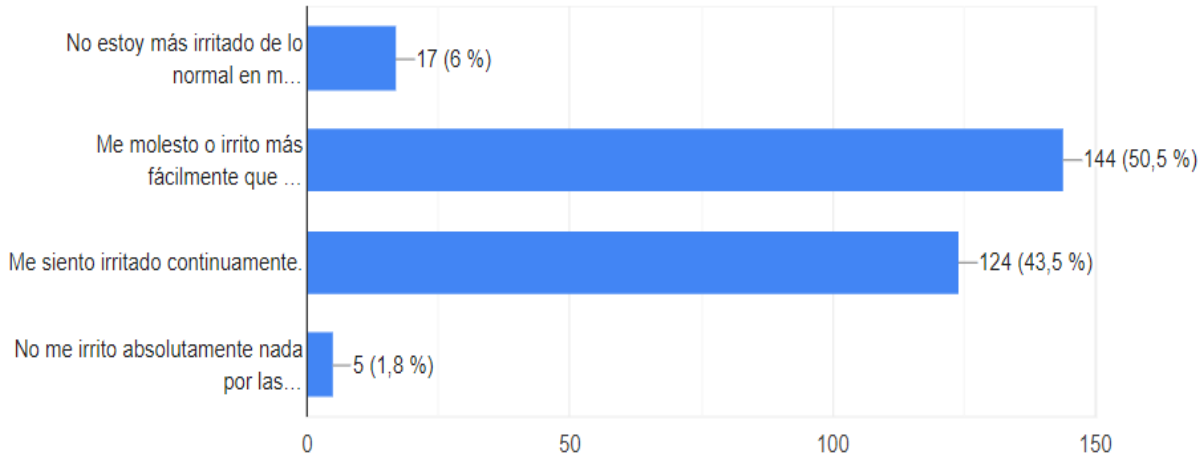
B.10

285 respuestas



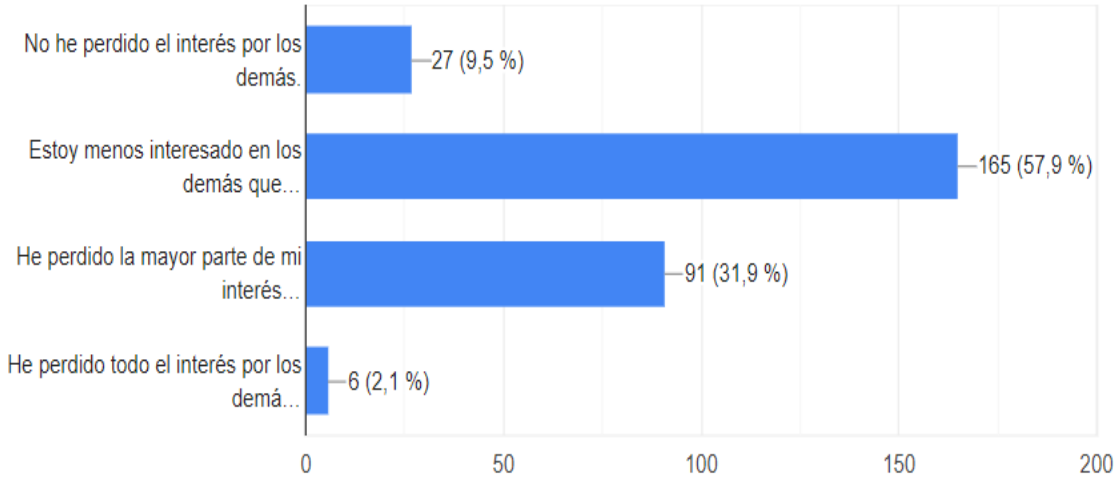
B.11

285 respuestas



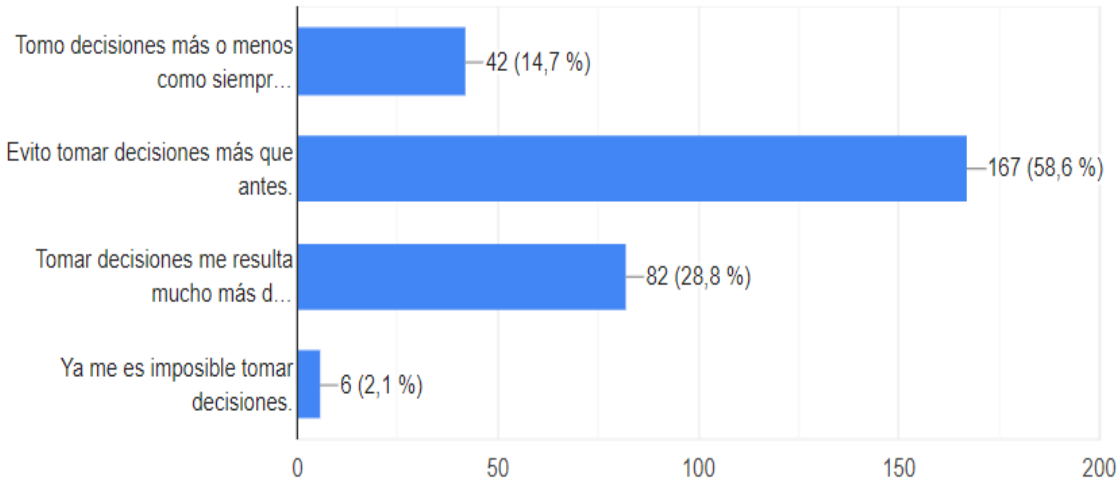
B.12

285 respuestas



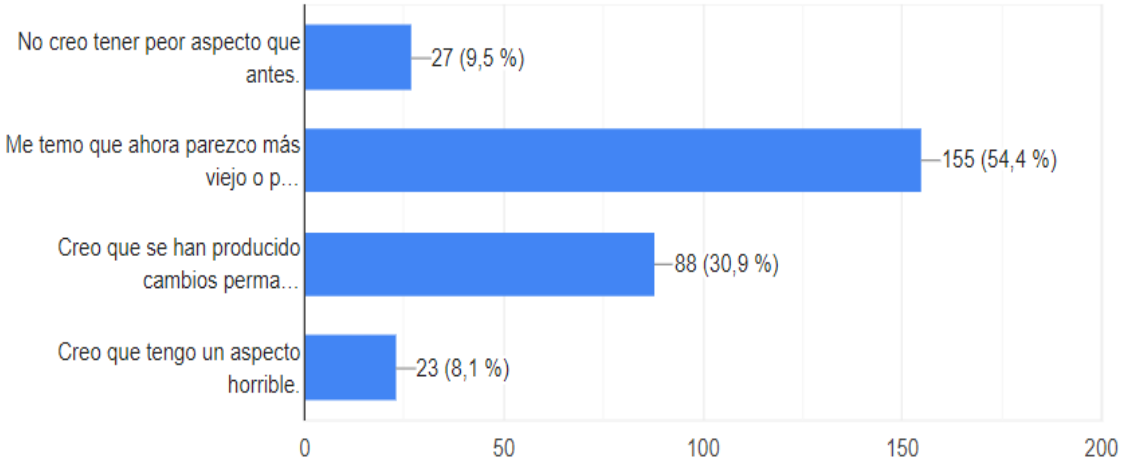
B.13

285 respuestas



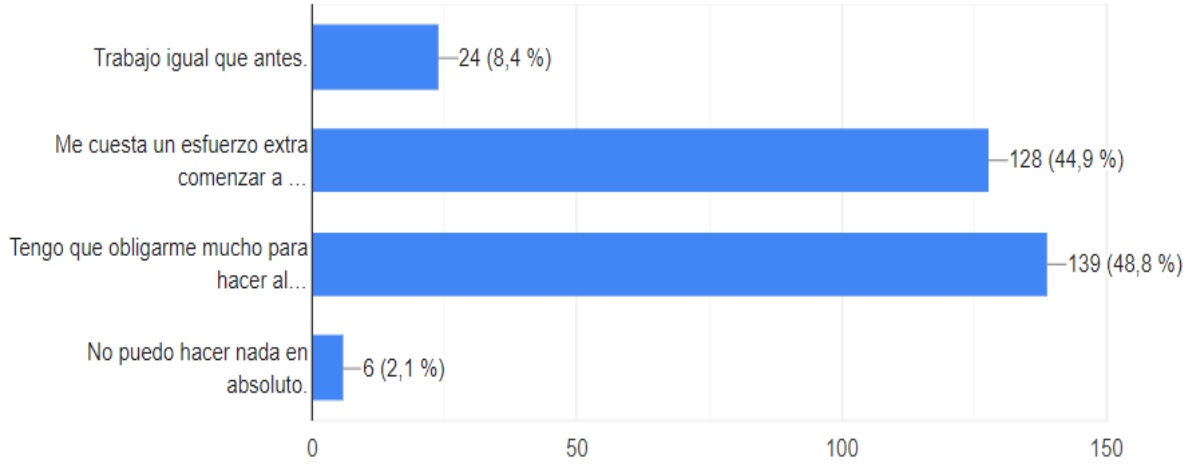
B.14

285 respuestas



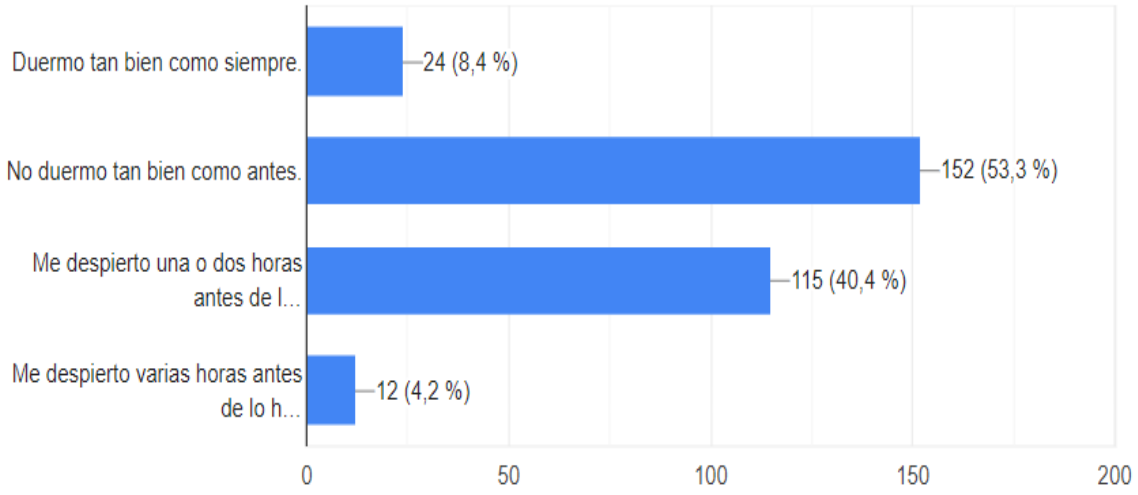
B.15

285 respuestas



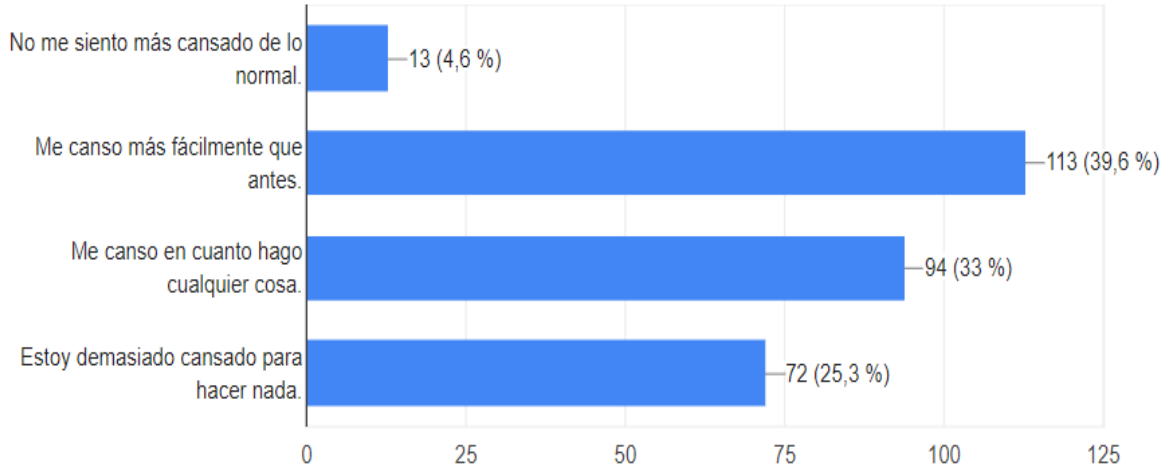
B.16

285 respuestas



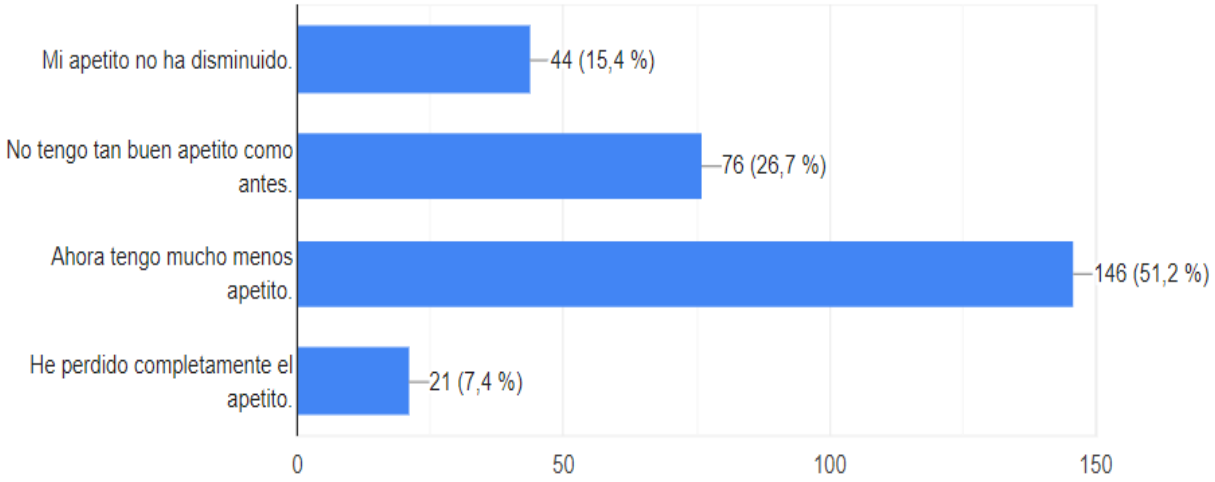
B.17

285 respuestas



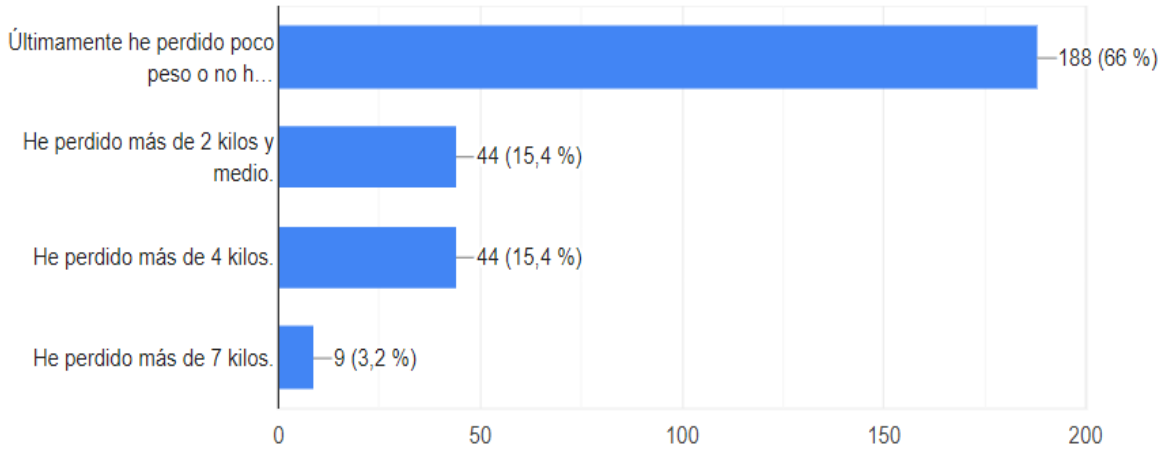
B.18

285 respuestas



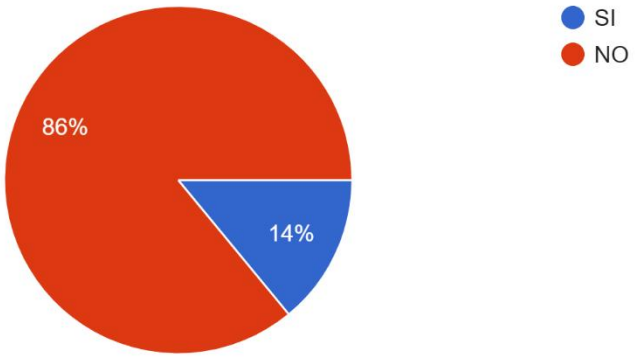
B.19 - 1

285 respuestas



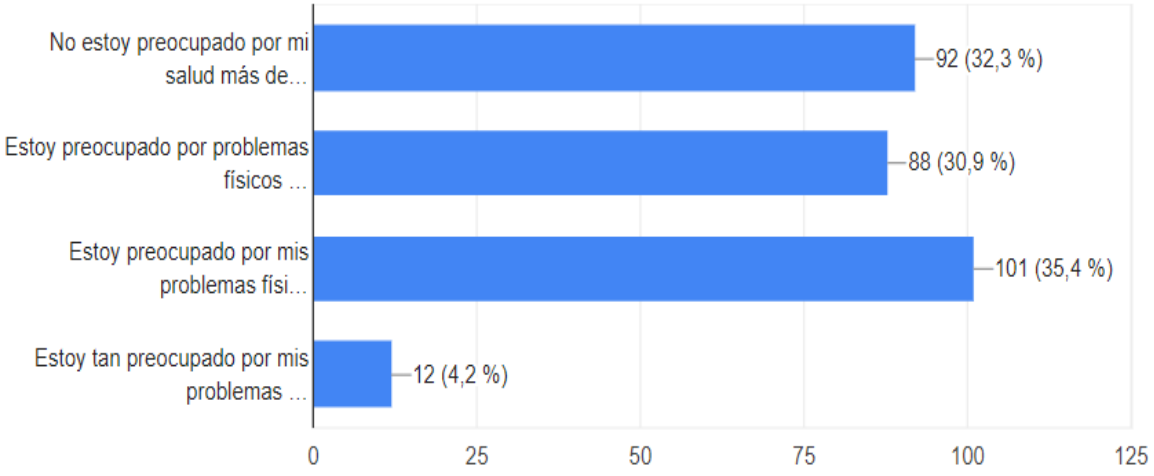
B.19 - 2 Estoy a dieta para adelgazar

285 respuestas



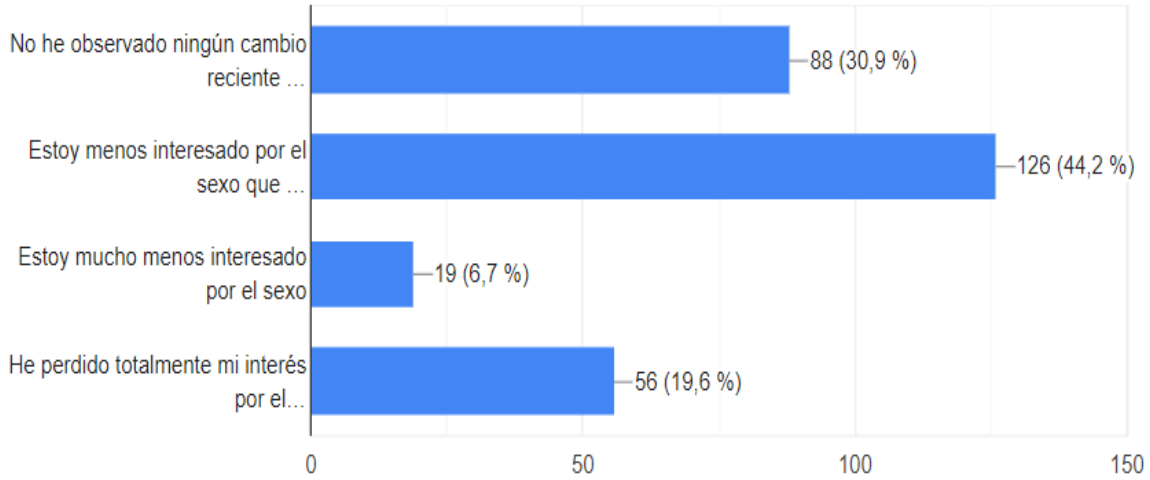
B.20

285 respuestas



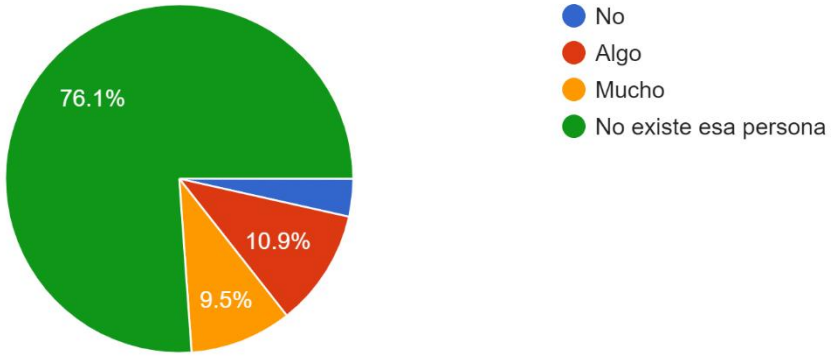
B.21

285 respuestas



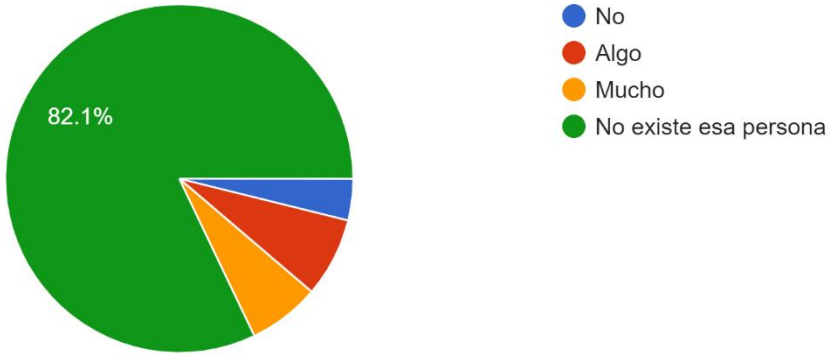
C.1 - Su mujer/marido u otras personas allegadas

285 respuestas



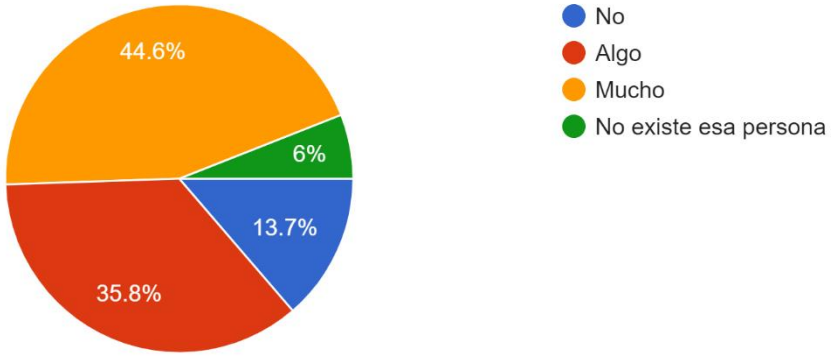
C.2 - Sus hijos o nietos

285 respuestas



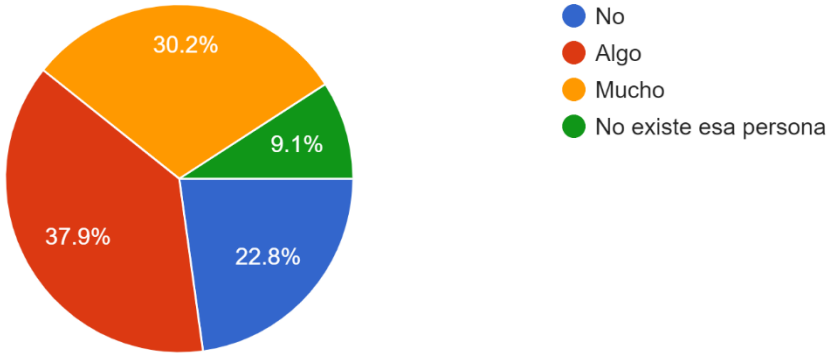
C.3 - Sus padres o abuelos

285 respuestas



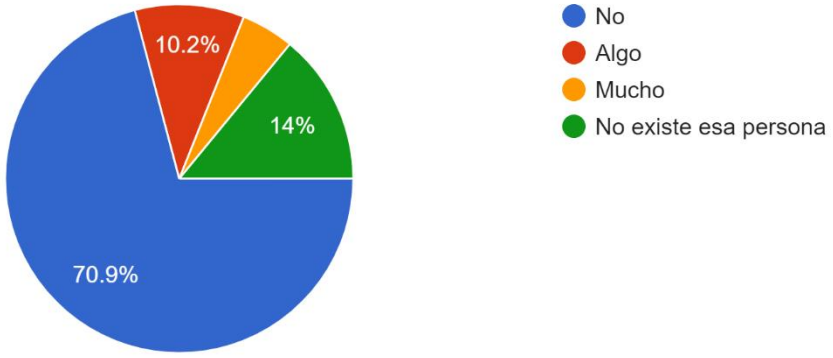
C.4 - Sus hermanos o hermanas

285 respuestas



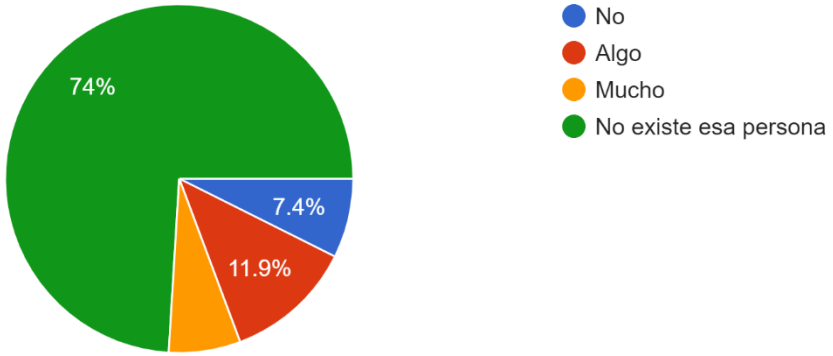
C.5 - Sus otros parientes de sangre

285 respuestas



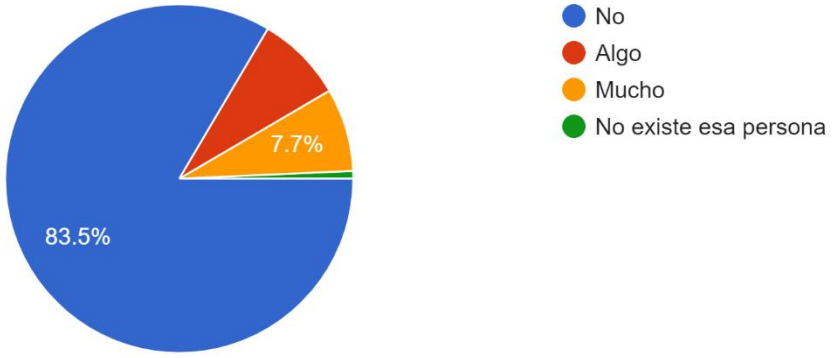
C.6 - Sus parientes por matrimonio(políticos, ex – conyuge)

285 respuestas



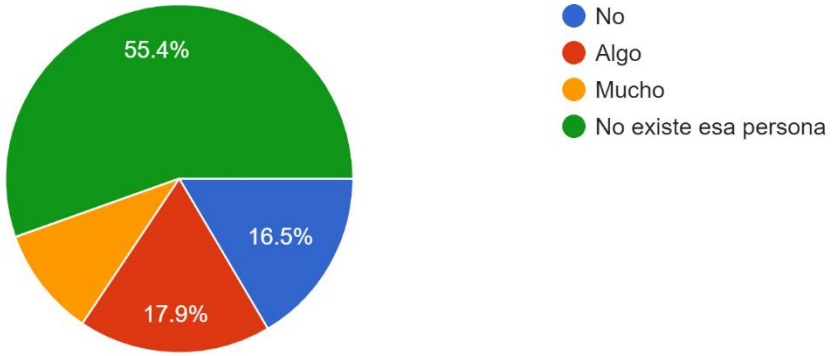
C.7 - Sus vecinos

285 respuestas



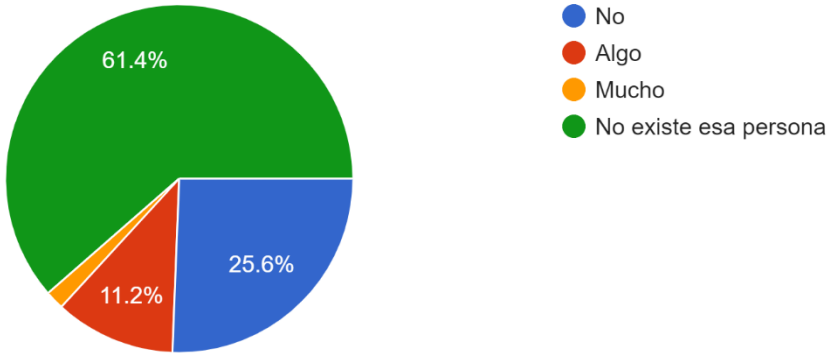
C.8 - Sus compañeros de trabajo

285 respuestas



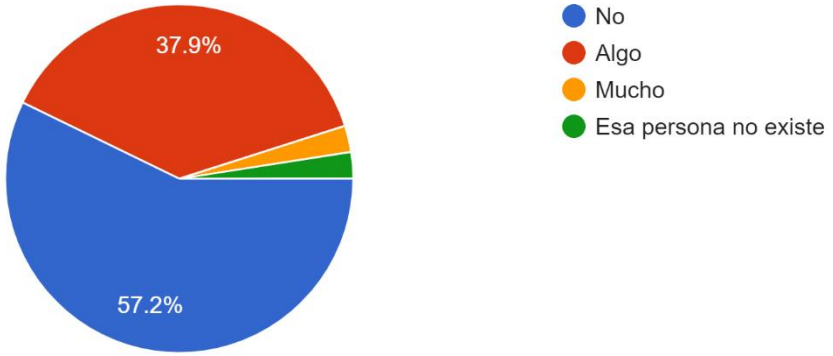
C.9 - Miembros de su Iglesia

285 respuestas



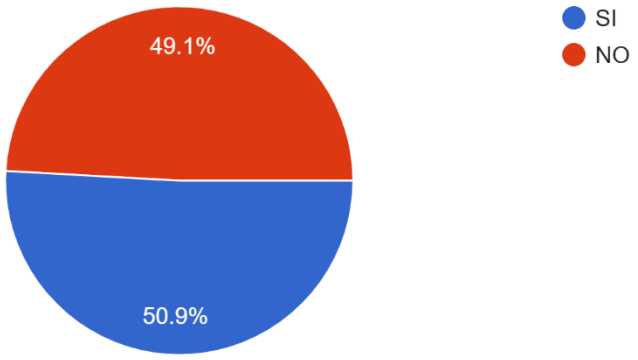
C.10 - Sus otros amigos

285 respuestas



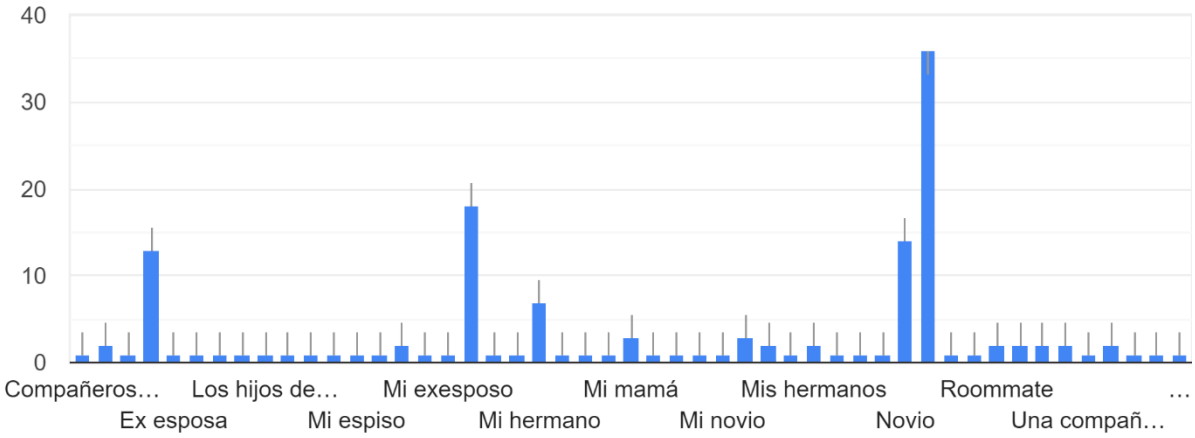
C.11 - ¿Existe una persona en particular que le cause un gran estrés en este momento?

285 respuestas



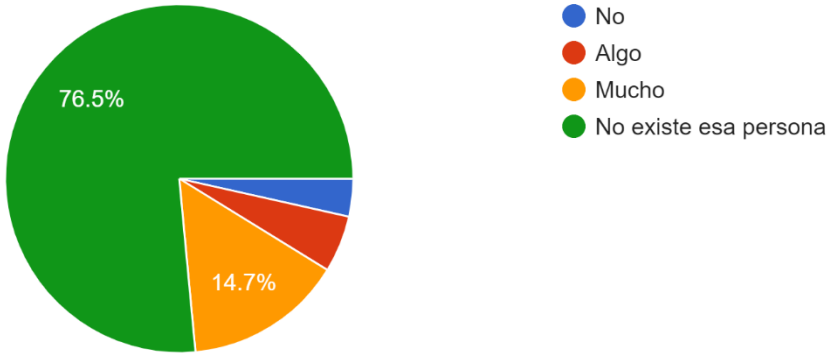
C.12 - Si ha respondido “SI” ¿Qué persona es?

145 respuestas



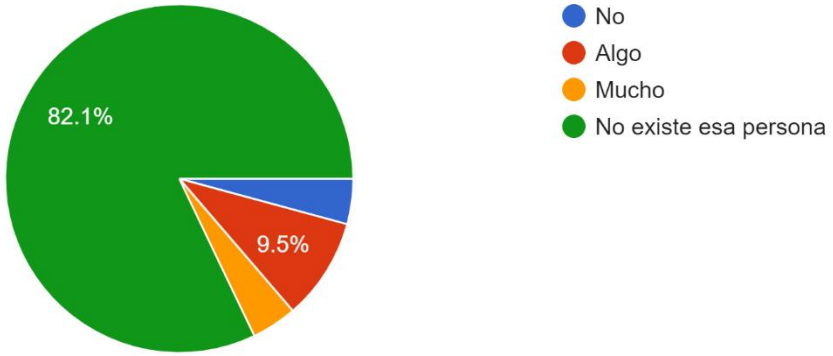
D.1 - Su mujer/marido u otras personas allegadas

285 respuestas



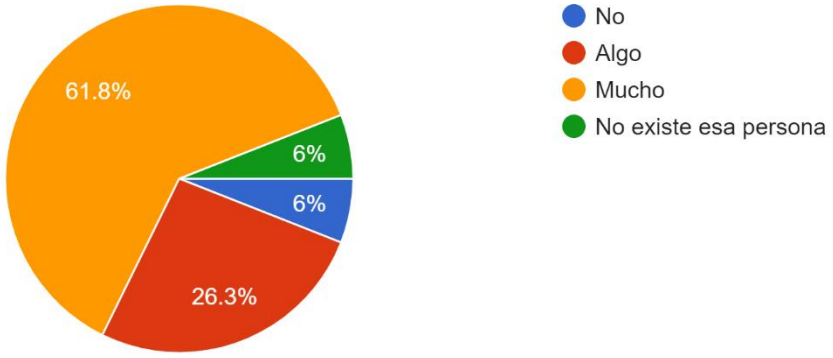
D.2 - Sus hijos o nietos

285 respuestas



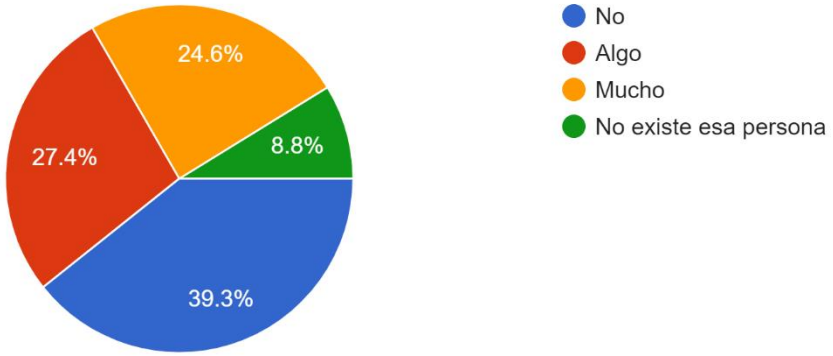
D.3 - Sus padres o abuelos

285 respuestas



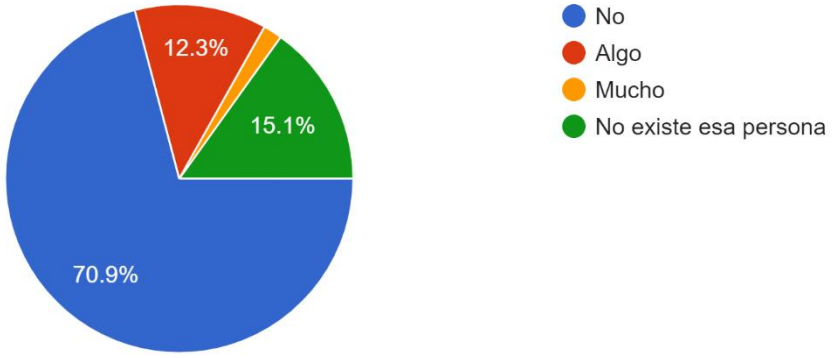
D.4 - Sus hermanos o hermanas

285 respuestas



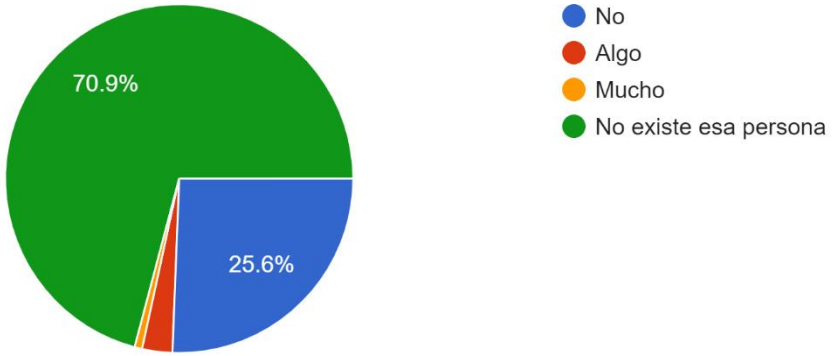
D.5 - Sus otros parientes de sangre

285 respuestas



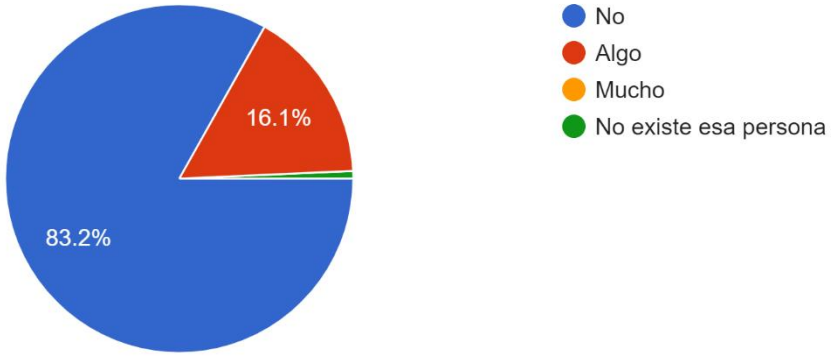
D.6 - Sus parientes por matrimonio(políticos, ex – conyuge)

285 respuestas



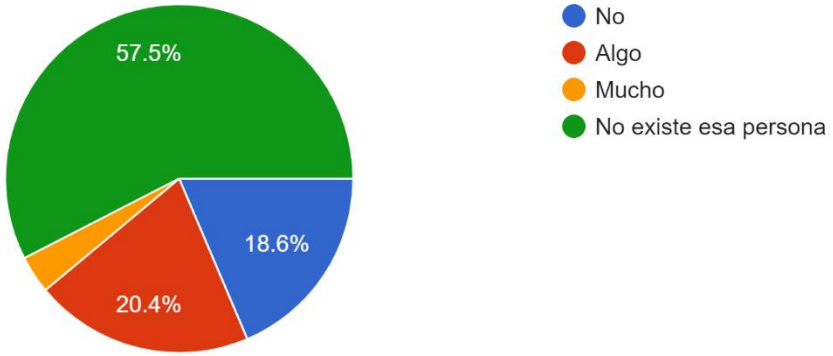
D.7 - Sus vecinos

285 respuestas



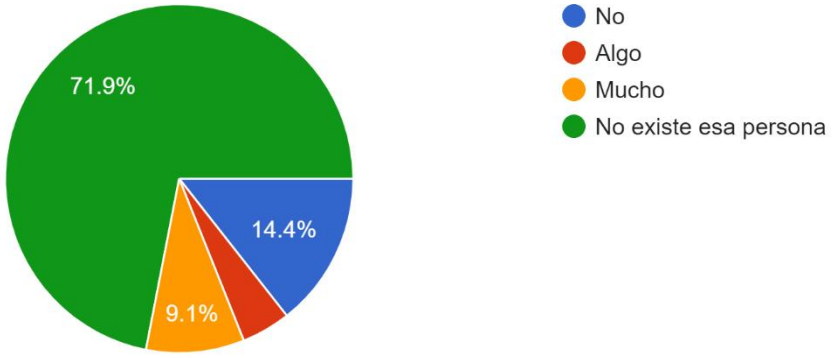
D.8 - Sus compañeros de trabajo

285 respuestas



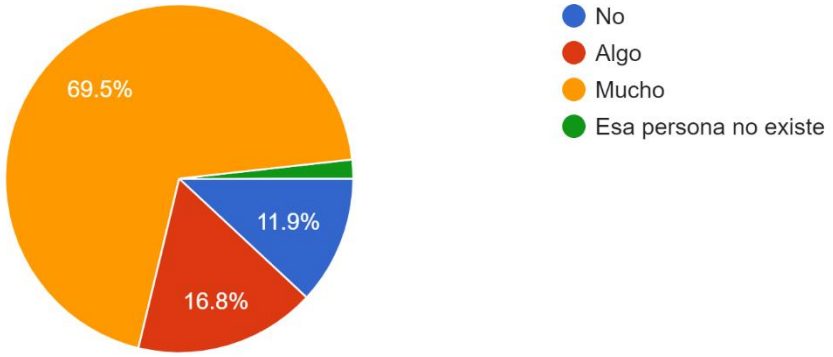
D.9 - Miembros de su Iglesia

285 respuestas



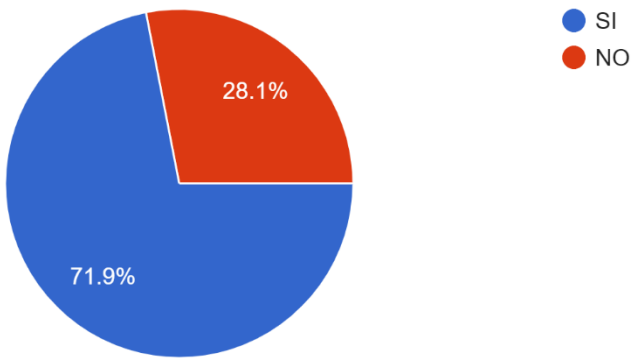
D.10 - Sus otros amigos

285 respuestas



D.11 - ¿Tiene una persona en particular en quien pueda confiar y a quien pueda acudir cuando tiene problemas personales?

285 respuestas



D.12 - Si ha respondido “SI” ¿Qué persona es?205 respuestas

Amigo
Mi mamá
Familia
Amigos
Mejor amigo
Padres
Mi madre
Mi mejor amigo
Mis amigos
Amigos
Mi mejor amiga
Mejor amiga
Psicólogo, pareja, padres, mejores amigos
Mi mamá
Mejor amiga
Mi pareja
Mi mejor amiga
Amiga
Amifos y comapñeros
Una amiga

Mis hijas

Padres y mejor amiga

Imposible de caracterizar

Mi madre

Mi mamá y mis mejores amigos

Novio

Mi pareja

Actual pareja

Mi novia

Dos amigas

La psicóloga, madre, hermano y novio.

Dios, madre y mejor amiga

Mi prometido

Mi mejor amiga y colega

Amigod

Mi esposo

Mi hermana

Pareja

Varios amigos.

Nikolle o Rodrigo ambos compañeros del trabajo y amigos

Mis papás y mejores amigas

Mi papá

Mi mamá o mi papá

Amiga

mis padres y amigos

un amigo

Mamá

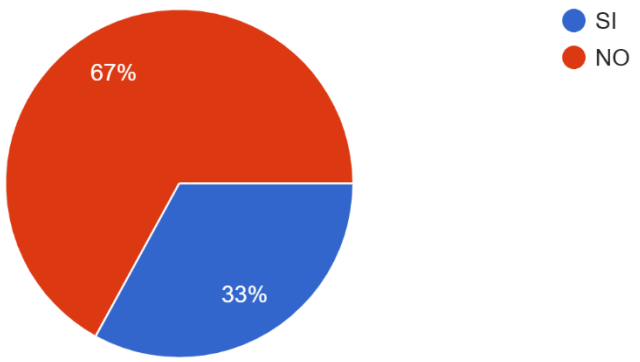
Mis amigos

Una amiga

familia

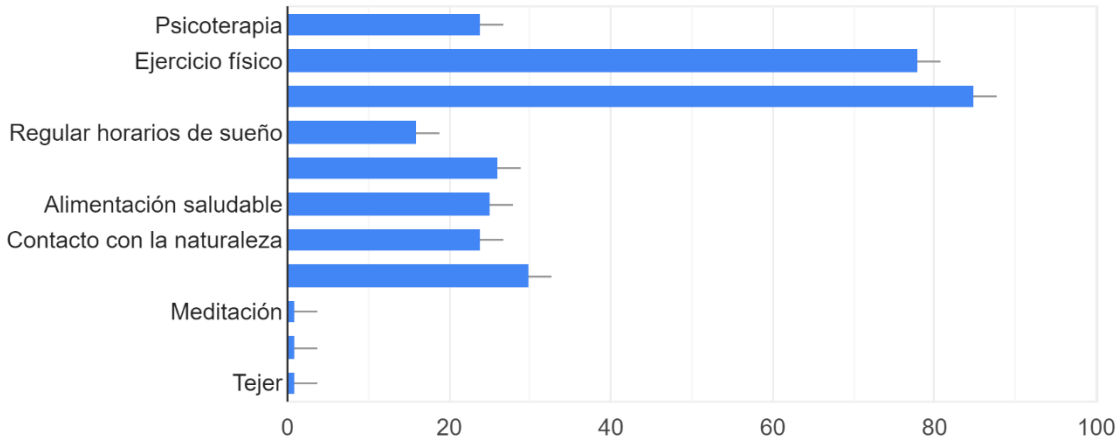
E.1 Durante la pandemia, ¿Considera que le ha brindado importancia al cuidado de su salud mental?

285 respuestas



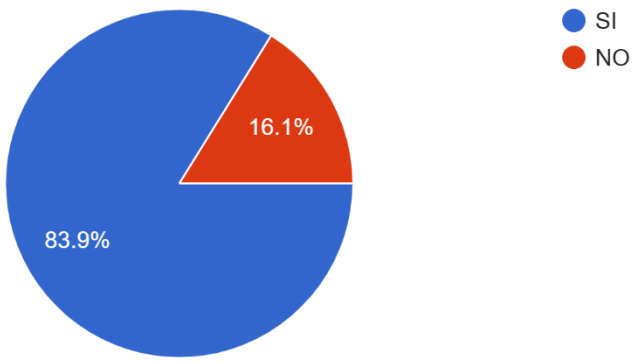
E.2 Si su respuesta anterior fue afirmativa, seleccione la o las categorías de actividades a las que ha recurrido para el cui...e negativa, continúe a la siguiente pregunta.

94 respuestas



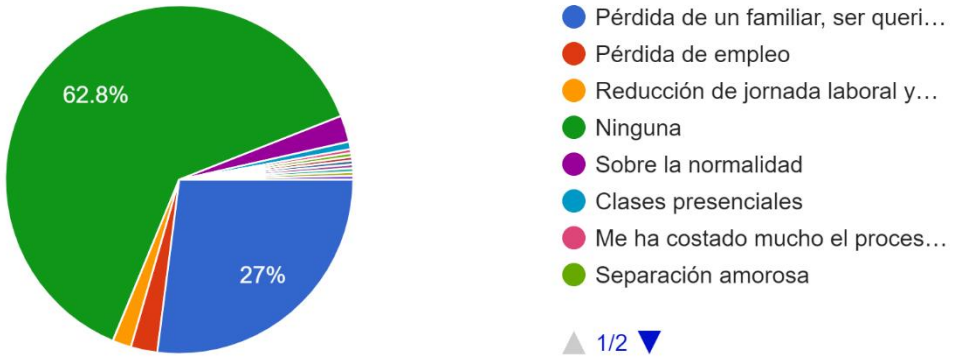
E.3 Durante la Pandemia, ¿Se ha comunicado con amigos o familiares mediante opciones tecnológicas actuales?

285 respuestas



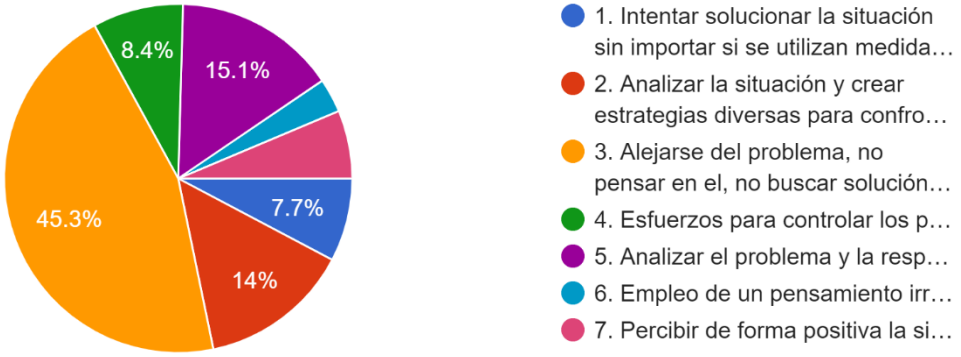
E.4. Durante el proceso de pandemia considera que ha pasado algún tipo de duelo?

285 respuestas



E.5 De las siguientes opciones ¿Cuál considera que ha sido la más utilizada por usted para enfrentar los diferentes cambios atribuidos a la pandemia?

285 respuestas



AGRADECIMIENTO

Si usted desea recibir un resumen de los resultados del estudio de investigación, por favor escriba su correo electrónico para hacerlo llegar.

27 respuestas

San José, 21 de abril, 2021.

Sres.
Miembros del Comité de Trabajos Finales de Graduación
Escuela de Psicología
Campus Heredia

Estimados señores:

Por medio de la presente yo, Lic. Raúl Arias Cordero, en mi calidad de tutor, manifiesto mi conocimiento y aprobación del trabajo final de graduación, titulado: Impacto en la salud mental con énfasis en la sintomatología ansiosa, depresiva y estrés debido al distanciamiento físico y social por la pandemia COVID-19 en estudiantes de la Escuela de Psicología de la Universidad Latina, sede San Pedro.; realizado por las estudiantes Abigail Huertas Sánchez cédula 1-1410-0884 y Carolina Mena Ramírez cédula 4-0224-0511 como requerimiento para optar por el título de Licenciatura en Psicología.

Informo que dicho trabajo reúne los requisitos formales y de estructura académica exigidos por la Universidad, para que el Consejo Asesor asigne la fecha de la defensa oral conforme al protocolo.

Cordialmente,

CA SINPE - PERSONA FISICA v2
2021.04.22
08:55:42 -06:00

Lic. Raúl Arias Cordero
Tutor

Heredia, 10 de mayo del 2021.

Sres.
Miembros del Comité de Trabajos Finales de Graduación
Escuela de Psicología
Campus Heredia
Presente

Estimados señores:

Por medio de la presente, la abajo firmante, en calidad de lectora, he revisado y corregido el trabajo final de graduación, denominado: ''***Impacto en la salud mental con énfasis en la sintomatología ansiosa, depresiva y estrés debido al distanciamiento físico y social por la pandemia COVID-19 en estudiantes de la Escuela de Psicología de la Universidad Latina, sede San Pedro***''. Mismo que fue elaborado por las estudiantes: Srta. Carolina Mena Ramírez (Cédula de identidad No. 4-0224-0511) y Srta. Abigail Huertas Sánchez (Cédula de identidad No. 1-1410-0884); como requerimiento para que puedan optar por el título de Licenciatura en Psicología.

Considero que dicho trabajo cumple con los requisitos formales y de contenido exigidos por la Universidad; por tanto, recomiendo para su defensa oral ante el Consejo Asesor, conforme lo determina el protocolo.

Cordialmente,

EDITH VANESSA BOLAÑOS LOPEZ (FIRMA)

Firmado digitalmente por EDITH VANESSA BOLAÑOS LOPEZ (FIRMA)
Fecha: 2021.05.10 17:30:04 -06'00'

Licda Edith Bolaños López
Cédula de Identidad No. 1-0888-0239
Código 1168
Lectora

M. L. María Benavides González
Asesoría lingüística
Colypro cód. 68631 | ACFIL cód. 0064 | UniCo cód. 684
miscorrecciones@gmail.com | (506) 8980-4039

Moravia, 14 de mayo de 2021

M. Sc. Jou Masis Portuguez
Coordinador académico
Escuela de Psicología
Universidad Latina, sede Heredia

Estimado señor:

En mi condición de profesional en el área de Filología y Lingüística, comunico que he leído, revisado y corregido los errores gramaticales, de puntuación, ortografía, construcción de párrafos, adecuación morfosintáctica, uso de conectores, cohesión y bibliografía, respetando el estilo de las autoras, del proyecto de graduación titulado *Impacto en la salud mental con énfasis en la sintomatología ansiosa, depresiva y estrés debido al distanciamiento físico y social por la pandemia COVID-19 en estudiantes de la Escuela de Psicología de la Universidad Latina, sede San Pedro*, elaborado por Carolina Mena Ramírez y Abigail Huertas Sánchez, para optar por el grado de Licenciatura en Psicología en la Universidad Latina de Costa Rica.

Atentamente,

M. L. María Benavides González
Carné 0064, Asociación Costarricense de Filólogos
Cód. 68631, Colegio de Licenciados y Profesores
Cód. 684, Unión de Correctores (España)

"Carta autorización del autor (es) para uso didáctico del Trabajo Final de Graduación"

Vigente a partir del 31 de Mayo de 2016, revisada el 24 de Abril de 2020

Instrucción: Complete el formulario en PDF, imprima, firme, escanee y adjunte en la página correspondiente del Trabajo Final de Graduación.

Yo (Nosotros):
Escriba Apellidos, Nombre del Autor(a). Para más de un autor separe con " ; "
"Mena Ramírez, Carolina"; "Huertas Sáchez, Abigail"

De la Carrera / Programa: **Psicología**
autor(es) del trabajo final de graduación titulado:

"Impacto en la salud mental con énfasis en la sintomatología ansiosa, depresiva y estrés debido al distanciamiento físico y social por la pandemia COVID-19 en estudiantes de la Escuela de Psicología de la Universidad Latina, sede San Pedro"

Autorizo (autorizamos) a la Universidad Latina de Costa Rica, para que exponga mi trabajo como medio didáctico en el Centro de Recursos para el Aprendizaje y la Investigación (CRAI o Biblioteca), y con fines académicos permita a los usuarios su consulta y acceso mediante catálogos electrónicos, repositorios académicos nacionales o internacionales, página Web institucional, así como medios electrónicos en general, Internet, intranet, DVD, u otro formato conocido o por conocer; así como integrados en programas de cooperación bibliotecaria académicos, que permitan mostrar al mundo la producción académica de la Universidad a través de la visibilidad de su contenido.

De acuerdo a lo dispuesto en la Ley No. 6683 sobre derechos de autor y derechos conexos de Costa Rica, permita copiar, reproducir o transferir información del documento, conforme su uso educativo y debiendo citar en todo momento la fuente de información; únicamente podrá ser consultado, esto permitirá ampliar los conocimientos a las personas que hagan uso, siempre y cuando resguarden la completa información que allí se muestra, debiendo citar los datos bibliográficos de la obra en caso de usar información textual o paráfrasis de la misma.

La presente autorización se extiende el día *(Día, fecha)* **24** del mes **mayo** de año **2021** a las **10:00 am** . Asimismo doy fe de la veracidad de los datos incluidos en el documento y eximo a la Universidad de cualquier responsabilidad por su autoría o cualquier situación de perjuicio que se pudiera presentar.

Firma(s) de los autores
Según orden de mención al inicio de ésta carta:

UNIVERSIDAD LATINA DE COSTA RICA