



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
Sistema de Universidad Abierta y Educación a Distancia

Manuscrito Recepcional

Programa de Profundización en Psicología Clínica

“IMPACTO PSICOLÓGICO DEL COVID 19 EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS SUAYED”.

Reporte de Investigación

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

Olivia Martínez Fonseca

Director: Mtra. Claudia Juárez Cuellar

Vocal: Dr. Omar Moreno Almazán

Secretario: Lic. Jessica Escalante González

Suplente 1: Dra. Griselda Albarrán Uribe

Suplente 2: Mtra. Claudia Elisa Canto Maya



Los Reyes Iztacala Tlalnepantla, Estado de México, 16 de junio del 2021.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Índice

Resumen	4
1.- Capítulo I.- Marco Teórico	5
1.1- Estrés	5
1.1.2- Antecedentes	5
1.1.2.- Definición	6
1.1.3.- Tipos y sintomatología	8
1.1.4.- Etiología	10
1.1.5.- Epidemiología	11
1.1.6.- Prevalencia durante la pandemia	13
1.2.- Ansiedad	14
1.2.1- Antecedentes	14
1.2.2- Definición	16
1.2.3.- Tipos y sintomatología	18
1.2.4.- Etiología	21
1.2.5.- Epidemiología	23
1.2.6.- Prevalencia durante la pandemia	24
1.3.- Depresión	25
1.3.1.- Antecedentes	25
1.3.2.- Definición	26
1.3.3.- Tipos y sintomatología	27
1.3.4.- Etiología	29
1.3.5.- Epidemiología	31
1.3.6.- Prevalencia durante la pandemia	32
2.- Capítulo II SUAyED	34
2.1.- Orígenes	34
2.2.- Carreras	35
2.3.- Psicología	36

2.4.- Perfil de Estudiantes SUAyED	37
3.1.- Origen	40
3.2.- Definición SARS-COV-2	42
3.3.- Epidemiología	44
3.4.- Prevalencia	46
3.5.- Tipos y Sintomatología	47
3.6.- La pandemia en México	48
4.- Capítulo IV Desarrollo de la investigación	50
4.1- Planteamiento del problema	50
4.2.- Pregunta de investigación	53
4.3.- Objetivos	53
4.4.- Hipótesis	54
4.5.- Metodología	54
4.5.1.- Muestra	54
4.5.2.- Procedimiento	54
4.5.3.- Diseño de investigación	54
4.10.- Análisis de Resultados	55
4.11.- Conclusiones	61
Referencias bibliográficas	66
Anexo 1.- DASS-21	74

Resumen

El objetivo de esta investigación consistió en conocer el nivel de estrés, ansiedad y depresión durante la pandemia del Covid 19 en estudiantes universitarios SUAyED. Método: Fue de tipo cuantitativo, no experimental y transversal, de corte descriptivo, la muestra se conformó por 260 (208 mujeres y 52 hombres) estudiantes universitarios SUAyED de la FES Iztacala, es un muestreo no probabilístico intencionado, siendo una muestra dirigida, de edades que van de los 18 a 60 años, quienes llenaron una encuesta en línea para la detección de síntomas psicológicos, cuyo contenido se estructuró con el Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21) y datos sociodemográficos. Resultados: se encontraron síntomas (leve a extremo); estrés, solo el 32% no presentó ningún nivel de estrés, en tanto que el 68% si presentó algún problema de estrés, en lo que respecta a la depresión el 28% no presenta ningún problema, sin embargo el 72% si tiene algún problema de depresión, en lo que se refiere a la ansiedad solo el 20% no presenta ningún nivel de ansiedad, mientras que el 80% si tiene problemas de ansiedad, las mujeres fueron quienes más presentaron síntomas de estrés, ansiedad y depresión. Conclusiones: Es conveniente diseñar programas de prevención, control y disminución de los efectos psicológicos provocados por el confinamiento durante la pandemia del COVID-19 con el objetivo de mejorar la salud mental de los estudiantes universitarios SUAyED.

1.- Capítulo I.- Marco Teórico

1.1- Estrés

1.1.2- Antecedentes

En la actualidad existen diversos trastornos mentales que perjudican la salud de las personas que los padecen, los trastornos psicológicos siempre han estado presentes a lo largo de la historia, la única diferencia ha sido las técnicas empleadas en su tratamiento e intervención, la pandemia ha permitido que este tipo de padecimientos se incrementen dentro de la población y los niveles en los que se presentan aumenten, volviéndose más graves y peligrosos. Los trastornos psicológicos siempre han sido menospreciados y poco atendidos, las personas se preocupan más por su salud física que por su salud mental, se les ha dado poca difusión a este tipo de padecimientos, además de que se les ha menospreciado y no les ha puesto la atención requerida, es bien sabido que un trastorno psicológico puede llevar a la muerte si no es detectado a tiempo o en su defecto bien atendido y controlado, las cifras de suicidio por este tipo de trastornos van en aumento, muchas de estas enfermedades son silenciosas y poco detectadas, por lo que en muchas ocasiones cuando las personas se dan cuenta es demasiado tarde para poder intervenir de una manera adecuada.

Se ha vuelto normal el escuchar a las personas decir comentarios como “está loca o loco”, “es bipolar”, “eres muy sensible” o “pareces niña”, sin tomar en cuenta que las personas pueden estar pasando por algún trastorno psicológico como lo es la depresión, la ansiedad, o estrés, y que por comentarios como estos podemos orillar a las personas a tomar decisiones negativas como en suicidarse. Este tipo de trastornos deben de ser detectados a tiempo para poder establecer un tratamiento adecuado y poder así mejorar la calidad de vida, tanto de las personas que los padecen como de quienes los rodean, hay que ser más comprensivos y empáticos con las personas para poder apoyarlas de una forma adecuada.

Retomando los principales trastornos que perjudican la salud de las personas se encuentra en estrés, por lo que, Feldman (2014) señala que el estrés es algo que está presente en la vida de toda persona, ya que tan solo con el hecho del diario vivir engloba una gran diversidad de situaciones y eventos amenazadores o difíciles que se activa en el momento propicio para resguardar su bienestar emocional, físico y mental del individuo. Los sucesos que se perciben de la mejor manera posible y que para la misma persona sienten felicidad, alegría y una activación de emociones placenteras puede dar paso al origen del estrés, los

estudios realizados por psicólogos enfocados en la salud consideran que la vida es una gran realidad y que está construida a base de secuencias repetidas en que se perciben amenazas y que también se encuentran considerables formas de afrontarlas ya sea que se adapte a la manera que el organismo está diseñado al momento de dar una respuesta consciente aunque en ocasiones se da de manera inconsciente.

Por otra parte, hay autores que mencionan otros aspectos relativos a este trastorno como García (2011) indica los tres elementos que dan origen al estrés ya que para este tema enmarca grandes adversidades para su investigación de forma primordial el proceso que surge paso a paso hace que el individuo pueda permitir y afrontar en qué forma y medida tiende a afectar el estrés en su vida, es importante considerar la diferencia que se da entre cada individuo para la presencia de signos y síntomas del estrés, para el conocimiento de todos se destacan tres principales elementos que se dan a conocer a continuación: fuentes del estrés, más o menos susceptibilidad individual y más o menos moduladores ambientales, dentro de estos dos elementos se establecen características más concretas.

Al conocer un poco más sobre el origen del estrés y los principales elementos que lo integran en base a las capacidades de afrontamiento del individuo y el estado que se perciba de forma consciente es la adecuada ya que las consecuencias son menos graves en otro caso está la forma inconsciente o la falta de capacidad o voluntad para buscar otras alternativas de afrontamiento al momento en que se presente algún suceso o evento que genera gran impacto en la vida de la persona y conduzca a padecer de estrés, cada organismo es diferente y por lo tanto la reacción o control del mismo lo es también.

1.1.2.- Definición

A través de la historia surgieron diversos autores, los cuales formularon diferentes conceptos para poder describir el término de estrés, entre los cuales destacan los siguientes:

Yanes (2008), menciona que el estrés es un conjunto de respuestas automáticas que el cuerpo produce de forma natural ante situaciones que se visualizan como amenazantes y ante las cuales la reacción más inmediata es situarse en un estado de alerta, al activarse el organismo completo frente a estresores, es decir a todo lo que se considera como una demanda, una amenaza o un daño. Algo importante que se debe de considerar oportuno de acuerdo a Yanes (2008), es la frecuencia de las situaciones estresantes ya que de ser en un tiempo menor o de 1 a 2 no representa riesgo excesivamente alto para la salud de la persona, pero al ser de 3 a 5 el episodio estresante es allí donde constan los cambiantes

estados de alerta que pueden contribuir directa o indirectamente a generar desórdenes generales o específicos del cuerpo y de la mente.

Por su parte, Redolar (2015) define el estrés como una tensión física o emocional que puede provenir de cualquier situación o pensamiento que haga sentir frustrado, furioso o nervioso, considerado como la reacción del cuerpo a un desafío demanda, los pequeños episodios de estrés pueden ser positivos, un ejemplo al ayudar a evitar el peligro al cumplir con una fecha límite, la respuesta del organismo que hace al individuo colocarse en una posición afrontar situaciones inesperadas como amenazas reales o supuestas, la manera correcta de afrontar el estrés ante dichas situaciones, el cuerpo debe de proveer de manera rápida de la suficiente energía para llegar a ser considerada como una de las reacciones normal y sana que el mismo cuerpo afronta ante pequeños o grandes sucesos ya sea en lo cotidiano, en situaciones excepcionales o difíciles de la vida.

El estrés, según Seyle, no es más que la reacción o respuesta no específica del organismo o cualquier cambio engendrado por el impacto de los acontecimientos importantes, resultantes de una acción brusca o continuada, ya sea placentera o desagradable, positiva o negativa. Al reiterarse los estímulos estresantes, las respuestas del organismo son de una intensidad tal que quedan instaladas, aún desapareciendo una enfermedad, y que puede representar una difusión muy localizada o afectar más ampliamente a un sistema orgánico (Selye, 1973, citado por Morales, 1991). Este mismo autor nombró al estrés como el Síndrome General de Adaptación (SGA) y lo describió en tres fases; alarma de reacción (es cuando el cuerpo detecta el estímulo estresor); adaptación (comienza cuando el cuerpo toma medidas defensivas buscando llegar a un equilibrio); agotamiento (es cuando el cuerpo abusa de sus recursos y defensas para mantener el equilibrio (Mendoza, 2015).

De acuerdo a Pérez (2013), el estrés se nos presenta como un fenómeno que representa un modo particular de relación del hombre y del entorno; tiene diferentes grados que representan la transición de estados emocionales cada vez más complejos, resultado de la interacción en una matriz en la cual están involucradas las necesidades del individuo, el conjunto de sus valoraciones acerca de sí mismo, la naturaleza de las demandas estresoras del ambiente, la complejidad circunstancial de la situación, los recursos de afrontamiento del individuo y la valoración que él hace del significado de la situación para la realización de sus necesidades fundamentales.

Por su parte Bastida (2011), menciona que el estrés es una patología cuyos síntomas producen una serie de trastornos en el individuo, repercutiendo en la salud psíquica de este, pudiendo crearse diversos problemas como conflictos, insatisfacciones y dificultad en su desenvolvimiento social, es decir, el individuo está sometido dialécticamente al determinante biológico y al aspecto social.

Como se puede observar son variadas las definiciones que tratan de dar una explicación precisa sobre el concepto del estrés, en tanto que para esta investigación la definición más completa y precisa es la que proporciona Gálvez et al. (2015), quienes mencionan que el estrés es un fenómeno inherente al ser humano; dada la exposición a los diferentes elementos que le rodean, el cuerpo obtiene una respuesta natural y automática, ante situaciones que nos resultan amenazadoras o desafiantes, las acciones de nuestra vida cotidiana pueden provocarnos sensaciones placenteras o de tensión y son precisamente estas últimas, también denominadas estresores, las que nos exigen un grado de adaptación continua para lidiar con sus consecuencias, el problema surge cuando el estrés se vuelve frecuente o constante ya que el organismo no tiene suficiente tiempo para poder regresar a un estado de equilibrio. Bajo estas condiciones el estrés se vuelve crónico, siendo perjudicial para el organismo.

Es así como el estrés es un concepto que ha sido estudiado a lo largo de la historia, convirtiéndose en un tema bastante abordado por diferentes autores y estudiosos, las definiciones pueden ser variadas pero todas convergen en el mismo punto, el cual es que las personas que padecen tenderán a presentar enfermedades tanto físicas como psicológicas, esto debido a que el organismo es sometido a una alta presión del exterior, con tanto ajetreo de la vida diaria, los problemas que aquejan a las personas y la carga de trabajo, hace que las personas sean más vulnerables a padecer este tipo de trastornos.

1.1.3.- Tipos y sintomatología

Respecto a los tipos y sintomatología estas también son diversas y autores como García (2011), mencionan que los tipos de estrés que comúnmente se dan en las personas, tienen la influencia directa de diversos factores como el ambiente en que se desarrolla su forma de vida, cada día está lleno de grandes eventualidades con muchas cosas por hacer, algunas situaciones han estado permanente y otras surgen en el momento o lugar menos indicado, pero de igual manera el organismo hace contacto al responder ante las demandas que el mismo entorno influye en él.

Para García (2011), los tipos de estrés son; Estrés físico: este es producido por situaciones que dan por alguna enfermedad ya sea personal o de alguna persona cercana; padres, cónyuge, hijos o amigos, por otra parte, se encuentran los traumas, en la mujer el embarazo debido a los cambios hormonales que se da en ese ciclo que la mujer vive; Estrés mental: es aquel que se produce por angustias y preocupaciones que se dan por efecto del rendimiento laboral, baja estabilidad económica, falta de control de los impulsos, problemas emocionales y de afectos. Nadie está libre de padecer estrés ya sea positivo o

negativo esto debido a las diferentes manifestaciones y adaptaciones que brinda el individuo; Estrés positivo: también conocido como eustrés y es aquel que estimula al momento de enfrentarse ante los problemas. Esto permite que sea creativo y que tome la iniciativa de responder eficientemente; Estrés negativo: llamado distrés y es producido por la capacidad de respuesta se ve superada el nivel del estímulo negativo.

Para Gálvez et al. (2015), existen dos tipos de estrés; el estrés agudo o eustrés, el cual es cuando el estímulo es real y de corta duración, este puede ser considerado positivo como una reacción constructiva, una condición en la cual el organismo completo responde con prontitud, eficacia y espontaneidad a situaciones externas de emergencia, que generan preocupación y alarma, en tanto el estrés crónico o distrés, es la forma más común de estrés y se da si el estímulo es real o imaginario, pero perdura en el tiempo con mayor o menor intensidad, este es causado por situaciones diarias, continuas y repetitivas en donde la persona no es capaz de reaccionar en alguna forma, dicho de otra forma, es cuando el organismo se encuentra bajo presión continua o en situación de emergencia constante y se agotan los recursos fisiológicos y psicológicos de defensa del individuo, esta situación provoca una situación de estrés que en muchos casos termina en una patología.

Cabe mencionar que el DSM V El DSM-V (APA, 2013) define el trastorno por estrés postraumático como la exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza, en una (o más) de las formas siguientes; experiencia directa del suceso traumático, presencia directa del suceso ocurrido a otros, conocimiento de que el suceso traumático ha ocurrido a un familiar próximo o a un amigo íntimo., en los casos de amenaza o realidad de muerte de un familiar o amigo, el suceso ha de haber sido violento o accidental, exposición repetida o extrema a detalles repulsivos del suceso traumático.

Por otra parte, los síntomas, de acuerdo a Gálvez et al. (2015) dependen del órgano afectado, algunos de los síntomas más relevantes son; dolor de cabeza, tics nerviosos, insomnio, ansiedad, boca seca, nudo en la garganta, tensión y dolor muscular, taquipnea, dispepsia, vómitos, diarrea, colitis ulcerosa, poliuria, impotencia sexual, dismenorrea, piel seca, prurito, fatiga rápida, hipertensión, taquicardia, entre otros. En tanto Naranjo (2009), menciona que el efecto consiste en poner a todo el organismo en un estado general de alerta, las señales más aparentes de que se han activado los sistemas de respuesta son; pulso rápido, aumento de la sudoración, corazón que palpita fuertemente, estómago contraído, brazos y músculos de las piernas en tensión, respiración entrecortada y rápida, dientes apretados con firmeza, mandíbulas cerradas, incapacidad para permanecer quieto y emociones intensas.

En tanto Gálvez (2015), establece que los síntomas del estrés comprenden el aspecto físico, el cognitivo, el conductual y el emocional, en donde el aspecto físico comprende un

aumento en la tensión muscular, de la respiración y de los latidos cardíacos, se suma sequedad en la boca, dificultad para tragar, insomnio, pérdida del deseo sexual y de peso, en relación al nivel cognitivo; existe una constante preocupación, pensamientos acelerados, olvido, desorganización e incapacidad para enfocarse y pesimismo, en el aspecto conductual; la conducta de hombres y mujeres no es la misma, se experimentan cambios en el apetito al no comer o hacerlo demasiado, posponer y evitar responsabilidades y morderse las uñas, se suman la ingesta de alcohol, drogas o cigarrillos, inquietud y caminar y por último a nivel emocional; la persona muestra baja tolerancia a la frustración, se agita fácilmente y siente que puede perder el control, tiene pensamientos dispersos, le cuesta concentrarse y relajarse, además empeora su autoestima.

De esta forma el estrés se ha convertido en un trastorno que desencadena otros padecimientos como la ansiedad o depresión, en la mayoría de las ocasiones el estrés se convierte en una de las causas que provocan la mayoría de los trastornos psicológicos, es un agente que está presente en la mayoría de los padecimientos mentales, por lo que debemos de reducir su incidencia para que este no se complique y se transforme en un problema más grave, la vida en las grandes ciudades ha permitido que los índices de que una persona sufra de estrés aumenten, por lo que se deben de buscar alternativas para disminuir sus efectos, las personas deben de adquirir hábitos saludables y reducir las fuentes que producen el estrés, para tener una vida saludable.

1.1.4.- Etiología

Las causas que provocan el estrés son diversas, como lo podemos ver en la revisión bibliográfica realizada en la cual podemos citar lo descrito por Lomas (2000), quien menciona que, de manera muy extraña, un solo evento puede causar estrés en la persona, pues este se presenta cuando hay un cúmulo de situaciones que han permanecido en latencia y sin manifestación evidente, atribuir una sola situación a la causa del estrés, sería bastante apresurado. Algunas de las causas más comunes del estrés se encuentran clasificadas dentro de las siguientes categorías; sociales, biológicas, químicas y ambientales.

En relación a las causas sociales podemos encontrar lo mencionado por Dorantes & Matus (2002) quienes plantean que gran parte de las investigaciones al respecto han girado en torno a las grandes urbes, dado que el hacinamiento y la distribución inequitativa del espacio se constituyen en incubadoras de patologías mentales y de conductas desadaptativas a nivel social, reflejadas en comportamientos delictivos, de la misma manera, las altas densidades poblacionales a nivel urbano merman las interacciones sociales entre individuos, disminuyendo sustantivamente el civismo y generando un

comportamiento poco altruista y egoísta, esto ocurre en determinadas culturas, pues en sociedades donde los valores y las costumbres están más arraigadas, se presenta el efecto contrario, también influyen en esta problemática la competencia por el acceso a oportunidades de empleo, salud y educación.

Desde este punto de vista, se podría decir que el estrés se encuentra íntimamente ligado al desarrollo tecnológico y económico de los pueblos, pues a mayores índices de desempleo y carencias, los niveles de estrés tienden a incrementar. En tanto otras investigaciones han señalado diferentes variables que influyen en la generación de altos niveles de estrés en los pobladores de las grandes ciudades; ruido, número de personas por habitación, edificaciones, congestión peatonal y vehicular. En tanto Dorantes y Matus (2002) mencionan, que el ruido actúa como distractor, establece barreras en la comunicación, y es un estímulo aversivo que obliga a la persona a evitarlo de inmediato.

De acuerdo a lo mencionado por Martínez (2010), las principales causas del estrés son; los factores económicos, la sobrecarga de trabajo, la insatisfacción laboral, las relaciones personales, la atención a la familia, el no tener descansos o vacaciones, no poder decir no a muchas cosas, obsesionarse con la perfección, falta de interés, el desorden y la confusión. En tanto que para Aparco (2017), las causas del estrés se dividen en; el factor biológico que son los cambios producidos en el organismo del sujeto que favorecen al desarrollo del estrés como son la edad, enfermedad, sexo, accidentes, por su parte el factor psicológico son aquellas cualidades de los tipos de personalidad del individuo que pueden predisponer a desarrollo de estrés, en situaciones como ansiedad, baja autoestima, depresión, mala concentración y memoria, desmotivación, en relación al factor psicosocial podemos encontrar que en este influye mucho el ambiente en el que el individuo se desarrolla, tanto como la familia, trabajo, centro educativo.

Los factores más comunes que pueden producir estrés son; los problemas económicos, familiares, de trabajo, los miedos, alguna pérdida, una enfermedad, los sentimientos, pensamientos o emociones, el estrés a su vez puede producir otros padecimientos como ansiedad o depresión, es como producir un efecto dominó, generalmente este padecimiento no se presenta solo.

La etiología es variada, los diferentes autores coinciden el sujeto está expuesto a situaciones estresantes, esto puede producirse dentro del hogar, en el trabajo, en la calle o en cualquier ambiente, por lo que las personas deben de aprender a controlar las situaciones que le producen estrés, para poder estar en equilibrio mental y así preservar su salud, el ser humano es capaz de controlar tanto las situaciones que suceden a su alrededor como las que se generan en su interior, estas están estrechamente ligadas, por lo que todo dependerá de la forma en las que las perciba y en la manera que el permita que le afecten.

1.1.5.- Epidemiología

Con base en los datos proporcionados por la APA (2013), el estrés es una enfermedad emergente que cada año incrementa y que se percibe de manera diferente tanto en hombres como en mujeres, siendo las mujeres quienes experimentan estrés con mayor frecuencia en comparación con los hombres. En América latina, el estrés laboral es un factor psicosocial considerado una “epidemia de la vida laboral moderna”, el cual podría aumentar debido a que la Organización Internacional del Trabajo (OIT) ha advertido un deterioro en la situación laboral, especialmente en mujeres y jóvenes por el incremento del desempleo. En Estados Unidos, los hispanos presentan mayores niveles de estrés comparados con otras poblaciones, lo cual genera problemas de salud entre los que destaca la hipertensión arterial.

De acuerdo con Herrera et al. (2017), se sabe que el estrés de tipo laboral representa entre 21-32% de esta enfermedad y que los eventos de angustia por estrés están fuertemente vinculados a la hipertensión, es importante destacar que factores psicosociales pueden estar muy relacionados con el estrés crónico, el cual se ha reportado como precursor de enfermedades cardiovasculares, este tipo de padecimiento es la principal causa de muerte en el mundo con 17.5 millones de defunciones anuales, lo que representa el 30% de las muertes registradas en el año 2012, además se estima que en el año 2030 esta suma rondará los 23.6 millones, por otro lado, se ha sugerido que el estrés contribuye en el desarrollo de cáncer, se ha reportado que mujeres que presentan estrés en las actividades diarias tienen 3.7 veces más riesgo de desarrollar cáncer de mama comparadas con aquellas mujeres que no lo experimentaron, en este sentido, tan solo en el año 2012 a nivel mundial se detectaron 14 millones de casos nuevos de cáncer y 8.2 millones de defunciones y se estima que para el año 2032 la incidencia será 70% mayor que en la actualidad, la exposición al estrés por lo tanto tiene efectos directos sobre la salud, específicamente se ha documentado que en etapas críticas del desarrollo del individuo causa alteraciones de tipo endocrino y conductual, lo que podría, en parte, explicar una posible relación entre el estrés y la obesidad, esta última es una enfermedad considerada como el sexto factor de riesgo de defunción y se estima que 3.4 millones de personas mueren a causa de las complicaciones que dicho padecimiento conlleva.

Es bajo todo este contexto que el problema del estrés no sólo afecta a América Latina, por ejemplo, en Europa el estrés laboral representa un 27% de la población, que en ocasiones se acompaña de trastornos como la depresión o ansiedad, las cuales son las principales causas de discapacidad y de morbilidad en el mundo, afectando a 35 millones de personas anualmente. Además, se ha reportado que el costo económico anual del estrés de tipo

laboral es de aproximadamente de 20,000 millones de euros y en Estados Unidos de hasta 150,000 millones de dólares. Por lo tanto, el estrés debe considerarse como una epidemia a nivel mundial que conlleva a múltiples enfermedades, (Herrera et al., 2017).

Como podemos observar el estrés se manifiesta más en mujeres que en hombres, el estrés laboral y el escolar son los más comunes, la edad adulta es en la que aparece más es estrés, cada vez más personas padecen de estrés sin darse cuenta, al igual que los demás trastornos psicológicos el estrés es un padecimiento poco detectado y atendido, desgraciadamente en la mayoría de las ocasiones acuden a terapia o al médico cuando sus síntomas se han agravado, cuando las personas ya no son capaces de lidiar con los efectos que este trastorno produce.

1.1.6.- Prevalencia durante la pandemia

Durante la pandemia, los casos de estrés aumentaron, las personas se vieron inmersas en el miedo al contagio y el aislamiento social al que nos vimos sometidos, por lo que diversos autores realizaron investigaciones sobre la prevalencia del estrés durante la pandemia.

Ante la grave situación económica que enfrentamos, casi 3 de cada 10 mexicanos han padecido al menos una vez algún tipo de estrés, esto de acuerdo con la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en Adultos. Eso representa el 28.6 por ciento de los mexicanos de entre 18 y 65 años de edad. Sin embargo, solamente 1 de cada 5 afectados recibe tratamiento especializado, señaló la UNAM (2020).

Los estudios al respecto han privilegiado algunos tipos de estrés como sería el académico y el laboral, sin embargo, en este momento en que la sociedad está inmersa en una pandemia con jornadas de distanciamiento social y suspensión de actividades económicas no esenciales la persona también se ve expuesta a una serie de demandas o exigencias de actuación que pueden convertirse potencialmente en estresores y desencadenar el proceso de estrés, al que se le podría denominar estrés de pandemia, un primer acercamiento conduce a reconocer que la jornada de distanciamiento social y las medidas de seguridad sugeridas por las autoridades obligan a las personas a actuar de un modo específico, diferente a lo que cotidianamente hacía. Estas demandas y las que surgen de la convivencia cotidiana con las personas cercanas físicamente y con el resto de las personas presentes virtualmente plantean a la persona algunas demandas de actuación que potencialmente pueden volverse estresores y desencadenar el proceso de estrés. Sin olvidar la amenaza potencial del contagio (Barraza, 2020).

Ante esta situación, y las condiciones particulares que establece, el estrés de pandemia puede ser definido como un estado psicológico producido por un proceso de adaptación donde: el individuo valora algunas de las demandas o exigencias del entorno, signado por la pandemia, como desbordantes de sus recursos para realizarlas con efectividad, lo que ocasiona, en un segundo momento, la aparición de un conjunto de síntomas o reacciones que evidencian o manifiestan el desequilibrio personal generado por estrés que se está viviendo y ante lo cual el individuo decide realizar algunas acciones, permitidas en el marco de la pandemia, para mitigar o hacer más manejable el estrés (Barraza, 2020). Algunos estudios que centran su atención en los pacientes del COVID 19, a este respecto se ha encontrado que los pacientes con COVID-19 presentan síntomas de estrés postraumático, asociados a la presencia de esta enfermedad (Bo, et al. 2020); así mismo, se asegura que los pacientes con COVID-19 pueden experimentar soledad, ira, ansiedad, depresión, insomnio y síntomas de estrés postraumático (Xiang et al., 2020).

Las personas entre los 18-30 años y mayores de 60 años presentaron un alto distrés psicológico. La población entre los 18-30 años tiene acceso a la información en las redes sociales y ello puede gatillar el estrés, debido a que las cifras más altas de mortalidad ocurren en la población adulta mayor es comprensible que éste sea el grupo etéreo con mayor impacto psicológico, además, la población con mayor nivel de educación tiende a tener mayor distrés psicológico, probablemente por una mayor conciencia de amenaza hacia su salud, la preocupación de la población por estar expuestos al virus en el transporte público, la preocupación por los retrasos en los horarios del trabajo y la preocupación por la privación de sus ingresos económicos pueden explicar los niveles de estrés. Los niveles de estrés psicológico pueden estar influenciados también por la disponibilidad y acceso a los servicios de salud, a la eficiencia del sistema de salud y a las medidas de prevención y control adoptadas por el gobierno contra la situación epidémica (Lozano, 2020).

En la mayoría de los estudios realizados sobre el tema coinciden en que la pandemia permitió que aumentara el número de personas que padecen de estrés, el aspecto económico, el aislamiento y el miedo al contagio, permitieron que esta situación prevaleciera, otros autores mencionan que el los tipos de estrés más comunes fueron el laboral y el académico, esto debido a los cambios derivados de la pandemia, las personas adultas fueron quienes presentaron más estrés, esto debido a que fue el sector más propenso al contagio, además de que fueron quienes padecieron de manera directa los estragos de la pandemia.

1.2.- Ansiedad

1.2.1- Antecedentes

A lo largo de la historia se ha abordado el tema de la ansiedad, hace muchos años que se acuñó el término, por lo que diversos autores han abordado el tema desde diferentes puntos de vista, por ejemplo, para Virues (2005), el término *ansiedad* proviene del latín *anxietas*, congoja o aflicción. Consiste en un estado de malestar psicofísico caracterizado por una sensación de inquietud, intranquilidad, inseguridad o desasosiego ante lo que se vivencia como una amenaza inminente y de causa indefinida. La diferencia básica entre la ansiedad normal y la patológica, es que esta última se basa en una valoración irreal o distorsionada de la amenaza. Cuando la *ansiedad* es muy severa y aguda, puede llegar a paralizar al individuo, transformándose en pánico.

De acuerdo a Ojeda (2003), los distintos trabajos que Freud incluyera en las primeras aportaciones a la teoría de las neurosis fueron publicados entre 1892 y 1899. Tal vez su contribución más decisiva en estos últimos trastornos sea la separación, dentro de la neurastenia, del cuadro que él denominó "neurosis de angustia" y que, bajo una denominación distinta, perdura hasta hoy, Freud denomina "neurosis de angustia" a un complejo clínico en el que todos sus componentes pueden ser agrupados en torno a uno principal, que es la angustia, el cuadro se caracteriza por "la excitabilidad general", un estado de tensión que se expresa en hiperestesia, especialmente auditiva y que refleja una acumulación de excitación o una incapacidad de resistir, además, es característica la "espera angustiada", que corresponde a expectativas catastróficas respecto de los seres queridos o del paciente mismo: la tos es signo de una enfermedad mortal; si hay gente en la entrada de la casa, es porque ha ocurrido una tragedia, si doblan las campanas, es un ser querido que ha fallecido, para Freud esta espera angustiada es el síntoma nodular de la neurosis: una angustia flotante que se halla dispuesta en todo momento a enlazarse a cualquier idea apropiada, incluyendo a la locura y a la muerte, pero también que puede mantenerse como una angustia en estado puro sin estar asociada a ninguna representación.

El concepto actual de ansiedad, históricamente estaba incluido en el de neurosis. En la actualidad, algunos autores siguen sosteniendo el concepto de neurosis cuando se refieren a la ansiedad (Rosenhan y Seligman, 2005). El DSM I (APA, 1952) y el DSM II (APA, 1968) hablaban de trastorno neurótico de la ansiedad. Es recién en el DSM III (APA, 1980) que aparece el concepto de trastorno de ansiedad. En el DSM IV (APA, 1994) se introducen nuevas categorías de trastornos de la ansiedad. Hasta la década del 60, se consideraba la ansiedad como una dimensión unitaria, por lo que se planteaba que se podía tener una

medida global de la misma. Investigaciones posteriores pusieron de manifiesto la multidimensionalidad del constructo ansiedad, dado que la misma puede considerarse a través de distintos sistemas de respuestas, cognitiva, fisiológica y afectiva (Casullo, 1996).

La ansiedad por lo tanto tiene un origen remoto que ha permitido que diferentes autores han abordado, esto debido a que se ha convertido en un trastorno que cada vez más personas lo padecen, todos autores desde su punto de vista de los estudios que han realizado sobre el tema han permitido construir todo el conocimiento que se tiene a la fecha sobre la ansiedad, esto va desde la época antigua en donde se definía a este tipo de trastornos como producto de fuerzas demoníacas que poseían a las personas, las definiciones erróneas permitió que las personas que padecían este tipo de problemas fueran mal diagnosticados y que en un inicio no se les tratara de una manera adecuada y por tal motivo su padecimiento en lugar de disminuir incrementa, gracias al estudio posterior permitió que los pacientes fueran tratados de manera más humana y adecuada.

1.2.2- Definición

EL concepto de ansiedad ha ido evolucionando conforme al paso del tiempo, a continuación, se presentan algunas de las definiciones más utilizadas, Lazarus menciona que la ansiedad es un fenómeno que se da en todas las personas y que, bajo condiciones normales, mejora el rendimiento y la adaptación al medio social, laboral, o académico. Tiene la importante función de movilizarnos frente a situaciones amenazantes o preocupantes, de forma que hagamos lo necesario para evitar el riesgo, neutralizarlo, asumirlo o afrontarlo adecuadamente. (Lazarus, 1976, citado por Virues, 2005).

Rojas (2014) comenta que la ansiedad es una vivencia de temor ante algo difuso, vago, inconcreto, indefinido, que, a diferencia del miedo, tiene una referencia explícita. Para indicar de mejor manera la ansiedad es una emoción, que va acompañada de reacciones adrenérgicas como: sudoración, tensión muscular, temblor, la respiración se torna agitada, dolor de cabeza, espalda, pecho, palpitaciones, dolor de estómago entre otros signos y síntomas que obstruyen el organismo, al elevarse los niveles en la intensidad hace incapaz a la persona para adaptarse de una manera mejor en la vida cotidiana esto lo conduce a verse como un problema serio causante de trastornos de ansiedad.

Stossel (2014) expone que la ansiedad es un proceso normal y automático que experimenta el ser humano en momentos cruciales de forma compleja y determinante, ya que hace referencia a una respuesta que se produce a nivel mental de forma cognitiva, abstracta, la parte que presta su función al momento de una situación alarmante, es el sistema límbico ya que al darse cuenta la persona que se encuentra en un episodio de peligro, llega a ser algo lógico al estar consciente del fenómeno o resiste a ser partícipe de ella, no obstante,

el cuerpo enmarca la diversidad de eventos y situaciones alarmantes que inciden en la manifestación e inquietud de los que pueda ocurrir o repercutir a su integridad tanto física y emocional.

Por su parte Celis et al. (2001), menciona que la ansiedad es una reacción emocional implicada en los procesos de adaptación ante eventos aversivos o peligros anticipados. Existe un nivel de ansiedad que se considera normal e incluso útil, se le denomina umbral emocional y permite mejorar el rendimiento y la actividad. Sin embargo, cuando la ansiedad rebasa ciertos límites, aparece un deterioro de la actividad cotidiana.

Halgin y Krauss (2004), definieron la ansiedad como un estado en el que el individuo tiene sentimientos intensos de miedo y preocupación. Ésta presenta manifestaciones fisiológicas como aumento del ritmo cardiaco, elevación de la presión arterial, dificultad respiratoria, tensión muscular y en ocasiones temblor y sudoración, entre otras. La ansiedad en sí es normal, es la forma que tiene el organismo para reaccionar, estar alerta y enfrentar los sucesos que pueden poner en riesgo su vida. La forma en que un individuo evalúa si un acontecimiento es estresante o no, determina el grado de estrés que le producirá, y la medida que tenga para controlar la situación. En este sentido la ansiedad, bajo ciertos niveles, permite mejorar el rendimiento y la actividad; cuando la ansiedad pasa por encima de los límites, de lo que se considera “normal”, se observa un deterioro en la vida cotidiana.

La ansiedad es un proceso absolutamente normal en el ser humano, una respuesta automática que se produce en el cerebro primitivo cuando interpreta que existe un peligro para la vida. Cuando existe un motivo real, la ansiedad moviliza a la persona y la obliga a buscar una solución. De cierto modo, la ansiedad ayuda a la persona a enfrentarse al peligro. Sin embargo, cuando el peligro no es real, lo que ocurre es que la persona se bloquea y queda indefensa (Ros, 2004). Para Feldman (2014) la ansiedad es una sensación de aprehensión o tensión, en reacción a situaciones estresantes. Esta es una reacción normal, la cual suele ayudar a no perjudicar el funcionamiento diario. Para Coleman (1975), el miedo y la ansiedad están estrechamente relacionados, ambos son variantes mutuas, el miedo, por un lado, es la reacción del cuerpo a una amenaza a su bienestar, es la respuesta a una situación real de la vida, la ansiedad en cambio, es un estado ampliamente diferente y difuso, no se relaciona con un peligro específico, caracterizada por una sensación que todo lo invade, un sentimiento de peligro que proviene de una fuente desconocida.

En tanto una conceptualización más actual es la que dan Shah y Han (2015), en donde mencionan que la ansiedad es la anticipación a una amenaza futura que surge de la percepción de estímulos generales potencialmente dañinos, evocando un estado de inquietud, agitación, preocupación e hipervigilancia. Se ha conceptualizado a la ansiedad como un mecanismo de respuesta fisiológica y conductual generada para evitar un daño.

Desde el punto de vista evolutivo se le considera una conducta adaptativa, ya que promueve la supervivencia induciendo al individuo a mantenerse alejado de situaciones y lugares con un peligro potencial.

Por lo tanto, en relación al concepto o definición de la ansiedad podemos ver que diferentes autores han tratado de definirla lo más preciso posible, la ansiedad es un estado alterado de estado de salud mental, este padecimiento provoca que las personas que lo padecen presenten preocupación excesiva, así como agitación y se pierde la percepción de la dimensión de los problemas que las personas perciben, ya que para ellos las situaciones que les producen ansiedad no tienen solución y que en lugar de disminuir o desaparecer aumentan y no lo pueden manejar, por lo que termina desbordándose emocionalmente hasta el punto de presentar afectaciones fisiológicas, como lo es el dolor de cabeza, sudoración, mareos o náuseas.

1.2.3.- Tipos y sintomatología

De igual forma los tipos y sintomatología varía de acuerdo al autor que la aborda, es el caso de Rodríguez (2011), quien indica que el 90% del sufrimiento está producido por el miedo a que ocurra algo, sólo el 10% está causado por una situación real, dolorosa. Es allí donde resalta la característica que describe con total veracidad el tipo de ansiedad que pueda presentar conforme a los estados emocionales, la forma en que actúa y la forma de afrontar los eventos va a ser determinante ya que eso da la pauta para emitir un buen diagnóstico.

Los trastornos de ansiedad son aquellos síndromes en donde los síntomas de ansiedad, físicos y mentales, son importantes y persistentes, y no son secundarios a ningún otro trastorno. Los trastornos de ansiedad en función de cómo se presentan los síntomas se clasifican en aquellos que presentan síntomas continuamente (trastorno por ansiedad generalizada) y aquellos con síntomas episódicos. Estos últimos se dividen en aquellos en los cuales la ansiedad aparece en unas situaciones concretas (trastornos por ansiedad fóbica) y aquellos en los que la ansiedad aparece en cualquier situación (trastornos de pánico). Los trastornos de ansiedad fóbica se clasifican en fobia simple, fobia social y agorafobia. Algunos pacientes tienen tantos episodios de ansiedad en las situaciones típicas descritas para la agorafobia, como episodios esporádicos característicos del trastorno de pánico. En los dos sistemas de clasificación estos casos mixtos se denominan de forma diferente: pánico con agorafobia en la DSM y agorafobia con pánico en la CIE (APA, 2013).

(Hanton y Fletcher 2009, citados en Barán. 2018, p. 12), comentan sobre las diferencias que hay entre ansiedad estado y ansiedad rasgo y que son determinantes para identificar las características muy puntuales que manifiestan los individuos:

“Ansiedad estado”: llega a ser una emoción temporal que depende más bien de un acontecimiento concreto y que se puede identificar. La respuesta de ansiedad-estado tiende a darse a lo largo del tiempo. A veces este tipo de ansiedad es elevada o posee una alta intensidad, en tal caso se denomina como ansiedad aguda.

Ansiedad rasgo: hace referencia a una característica que denota un estilo también temporal, pero hace que el individuo responda todo el tiempo de la misma forma ya que ella circunstancias o no, algo que lo identifica es que la persona siempre se mantiene ansiosa con base a esto ya ha conformado una estructura estable de vida en función a la ansiedad rasgo, también conocida como ansiedad crónica”.

Pereyra (2008) comenta sobre los tipos de ansiedad con mayor relevancia para él, ya que es determinante conocer el nivel de repercusión en la vida y las diferentes consecuencias que generan en el organismo del individuo en cuanto al estado emocional que este mismo plantea ante los eventos que se dan, de manera suficiente se tiene en consideración las características más puntuales que forman parte de los efectos que estos provocan en determinadas situaciones en que el individuo se encuentre expuesto a presenciar, a continuación se presenta un tabla en donde se dan a conocer los trastornos, características de forma detallada para encontrar la veracidad del complemento de diversos resultados que dan conforme a los que se desea conocer más a fondo.

De acuerdo al DSM-V y el CIE-10, los tipos de ansiedad son más comunes son; Trastorno de ansiedad por separación; Miedo o ansiedad intensos y persistentes relativos al hecho de tener que separarse de una persona con la que le une un vínculo estrecho, y que se evidencia en un mínimo de tres manifestaciones clínicas centradas en preocupación, malestar psicológico subjetivo, rechazo a quedar solo en casa o desplazarse a otros lugares (escuela, trabajo, etc.) y/o presencia de pesadillas o síntomas físicos ante la separación de esas figuras de vinculación o su anticipación, los tipos de ansiedad son;

“Mutismo selectivo; Incapacidad persistente de hablar o responder a otros en una situación social específica en que se espera que deba hacerse, a pesar de hacerlo sin problemas en otras situaciones (prototípicamente en casa y en presencia de familiares inmediatos).

Fobia específica; Aparición de miedo o ansiedad intensa y persistente, prácticamente inmediata e invariable respecto a un objeto o, que se evitan o soportan a costa de intenso miedo y ansiedad.

Trastorno de ansiedad social; Miedo o ansiedad intensos que prácticamente siempre en relación a una o más situaciones sociales en las que la persona se expone al posible escrutinio por parte de otros. La persona teme de una determinada manera o muestra síntomas de ansiedad que puedan ser valorados negativamente por los observadores.

Trastorno de angustia: Presencia de crisis de angustia inesperadas recurrentes. Al menos una de ellas va seguida durante un mínimo de un mes de inquietud o preocupación persistente por la aparición de nuevas crisis o sus consecuencias, y/o por un cambio significativo y desadaptativo en el comportamiento que se relacione con las crisis de angustia.

Agorafobia: Miedo o ansiedad acusados que aparecen prácticamente siempre respecto a dos o más situaciones prototípicamente agorafobias (transportes públicos, lugares abiertos, lugares cerrados, hacer colas o estar en medio de una multitud, y/o estar solo fuera de casa) que, además, se evitan activamente, requieren la presencia de un acompañante o se soportan a costa de intenso miedo o ansiedad. La persona teme o evita dichas situaciones por temor a tener dificultades para huir o recibir ayuda en caso de aparición de síntomas similares a la angustia, u otros síntomas incapacitantes o que pudieran ser motivo de vergüenza.

Trastorno de ansiedad generalizada; ansiedad y preocupación excesivas, persistentes y que las personas tienen dificultades para controlar, sobre diversos acontecimientos o actividades y que se asocian a tres o más síntomas de sobreactividad fisiológica.

Trastorno de ansiedad inducido (por sustancias / medicación); El cuadro clínico se caracteriza fundamentalmente por la presencia de crisis de angustia o ansiedad y en el que existen evidencias de que dichos síntomas se desarrollan durante o poco después de la intoxicación o la abstinencia de una sustancia o por la toma de medicación capaces de producir dichos síntomas.

Trastorno de ansiedad por otra enfermedad; El cuadro clínico se caracteriza fundamentalmente por la presencia de crisis de angustia o

ansiedad, con evidencias de que ello es consecuencia patofisiológica directa de otra condición médica.

Otros trastornos de ansiedad especificados; Presencia de síntomas clínicamente significativos característicos de algún TA que no llegan a cumplir todos los criterios diagnósticos de ninguno de esos trastornos temporales de estar presente Se especificará la razón concreta por que no se cumplen todos los criterios diagnósticos.

Trastornos de ansiedad no especificados; Presencia de síntomas clínicamente especificados significativos característicos de algún TA que no llegan a cumplir todos los criterios diagnósticos de ninguno de esos trastornos. No se especifican las causas por las que no se cumplen los criterios diagnósticos por falta de información.

Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC); Causa obsesiones o compulsiones frecuentes y perturbadoras. Provoca un impulso abrumador de repetir ciertas conductas. Las obsesiones comunes incluyen miedo a la suciedad o a los gérmenes, miedo de lastimarse o querer arreglar las cosas de cierta manera. La persona se suele aferrar a estas obsesiones y puede tener pensamientos y rituales que interfieren con la vida diaria. Por ejemplo, si teme que su casa sea robada, tal vez cierre la puerta con llave repetidamente y tenga miedo de salir. El trastorno obsesivo-compulsivo suele ser hereditario.

Trastorno de pánico; Causa ataques de pánico, es decir, sentimientos repentinos de terror aun cuando no hay ningún peligro real. Los síntomas físicos incluyen latidos rápidos del corazón, dolor de pecho o estómago y dificultad para respirar. También puede sentir debilidad o mareos, sudor, escalofríos o entumecimiento de las manos. La persona puede creer que está teniendo un ataque al corazón. El trastorno de pánico es más común en las mujeres que en los hombres.

Trastorno de estrés postraumático (TEPT); Afecta a personas que han vivido o presenciado un evento traumático como una guerra, una catástrofe natural, un accidente grave o abuso físico o sexual. Puede causar recuerdos involuntarios y perturbadores del evento, dificultad para dormir o pesadillas, sentimientos de soledad o arrebatos de ira. Las personas con TEPT pueden sentirse preocupadas, culpables o tristes” (APA, 2013, p. 323).

En resumen, podemos mencionar que los principales tipos de trastornos de ansiedad con; agorafobia, ansiedad por alguna enfermedad, ansiedad generalizada, trastorno de pánico, mutismo selectivo, ansiedad por separación, fobia social, fobias específicas, además los síntomas que presentan las personas que padecen algún trastorno de ansiedad son; sensación de nerviosismo, agitación o tensión, peligro inminente, pánico, aumento del ritmo cardíaco, respiración acelerada, sudoración, temblores, cansancio, problemas para concentrarse, dolor en el pecho o estómago, problemas de sueño, náuseas y mareos.

1.2.4.- Etiología

Las causas que desencadenan la ansiedad son diversas, por su parte Muriel et al. (2013), menciona que existen dos causas principales que dan origen a factores que intervienen en la aparición de la ansiedad, se mantienen muy ligados ya que el individuo es quien da a conocer y a exponerse en el medio donde determina su desarrollo vital, la cultura, sociedad van de la mano por lo tanto las diversas situaciones que se viven a diario comprenden factores muy puntuales en que la persona se ve en la necesidad de formar parte de los eventos que inciden en la aparición de la ansiedad, sin embargo, no se debe dejar atrás los factores principales que logran llegar a enfatizar de manera radical y dar respuestas a lo que en sí pueda ser determinante para el estudio concreto y veraz para puntualizar las causas más influyentes en la ansiedad, aquí se puede plantear y dar a conocer los dos con mayor relevancia como:

“Genéticos: Son aquellos en que tiene o pueda llegar existir una predisposición al surgimiento de un posible trastorno, de tal manera que se ven involucradas características importantes de la persona como el temperamento, que va a formar parte del constructo del papel importante que va a desempeñar y el reflejo que dará a conocer en los diferentes ámbitos que se desarrolla en la vida, la propensión hereditaria, misma que se manifiesta en el individuo y más en el carácter que logra determinar el tipo de personalidad comprendido en una de las características muy complejas y radicales y que siempre van a influir en el momento que se desea aplicar cualquier acción o mecanismo para afrontar y salir adelante o dejar que permanezca hasta provocar alguna afección en el estado emocional de la persona.

Ambientales; incluye las experiencias estresantes por las cuales el individuo haya sido parte del mismo y de las cuales llegan a ser detonadores para dar paso a un tipo de trastorno que esta situación pueda conducir a padecer de

manera muy integral estas experiencias son vitales para la formulación de signos y síntomas que puedan formar elementos radicales, la exposición de todo lo que emerge en el ambiente y que el individuo quiere ser parte de ello, es allí donde el conductor que es propiamente la persona que busca mantener la calma en base a su reacción así serán frenar los resultados para afrontar o controlar el significado de la ansiedad y la aplicación en la vida tanto por el bien o mal que puede llegar a ser para la salud, ya que de esta manera se logra conocer con veracidad los signos y síntomas que causan e influyen en la ansiedad aunque una persona pueda desconocer lo que le pasa hace que pierdan el control y no pueda conducir sus emociones y el padecimiento que presenta” (Muriel et. al, 2013, p. 8).

A modo de conclusión podemos decir que desde el comienzo de la infancia, el entorno familiar y los estilos parentales que los padres ejercen sobre los hijos, influyen directamente en la forma en la que los infantes en las diferentes etapas de desarrollo afronten las situaciones y por ende las respuestas ante la ansiedad, las personas deben de aprender a no actuar primero sino que deben de analizar y luego actuar, las situaciones que generen ansiedad pueden ser diversas como lo es algún tipo de enfermedad, intervenciones quirúrgicas o la muerte, dificultades escolares, problemas laborales, ataques o experiencia sexuales, problemas intrafamiliares, situaciones de miedo o temor, preocupaciones y situaciones de peligro imaginario, accidentes, menstruación, relaciones interpersonales, experiencias traumáticas específicas, entre otras que se presentan en la vida de la persona.

1.2.5.- Epidemiología

De acuerdo a las investigaciones se ha observado una prevalencia en relación al género, la mujer experimentaría más frecuentemente que el hombre los trastornos de ansiedad, aunque existen notables diferencias según el cuadro considerado. Así, en la fobia social no se han encontrado diferencias significativas entre ambos sexos (Belloch et al., 1995). Estudios como la Encuesta Nacional de Comorbilidad (Kessler et al. 1996) indican que el 19 % de los hombres y el 31 % de las mujeres desarrollarán alguna forma de ansiedad durante sus vidas. La prevalencia del trastorno de pánico es de 5 % en mujeres y 2 % en hombres; agorafobia es 3,5 % en hombres y 7 % en mujeres. Las diferencias por sexo aparecerían muy tempranamente ya que niñas de seis años tienen el doble de posibilidades que los varones de padecer ansiedad.

Entre el 75 % y 90 % de las personas que padecen fobia ambiental o animal son mujeres (Cloitre et al. 2004). También en la aparición, presentación, desarrollo clínico y tratamiento de los trastornos de ansiedad en la mujer son distintos a los asociados al hombre. El ciclo reproductivo hormonal femenino parecería tener marcada influencia en el curso y en los riesgos de comorbilidad del trastorno ansioso en la vida femenina (Pigott, 2003). El embarazo aparece como un periodo protegido para muchos trastornos de ansiedad incluido el ataque de pánico; la excepción sería el trastorno obsesivo compulsivo que podría hacer su aparición en ese momento. Los cambios hormonales propios del embarazo, como los aumentos plasmáticos de prolactina, oxitocina y progesterona, podrían ser los elementos protectores de dicho período.

De acuerdo a Vallejo (1991), en relación a la edad de comienzo, los trastornos de ansiedad genuinos disminuyen con la edad; así, son menos frecuentes en ancianos que en adolescentes, con la edad aparecen estados depresivos de base comórbidos con la ansiedad, entre los factores sociales, se encuentran el estado civil; las fobias, el pánico y el trastorno de ansiedad generalizada tienden a ser más comunes entre personas separadas, viudas o solteras, no parece existir ninguna variación en relación al trastorno obsesivo compulsivo, la prevalencia del trastorno de pánico es mayor entre los individuos solos que entre los que están en pareja, parecería que la educación tiene un ligero efecto protector, la tasa de pánico, fobia y trastorno obsesivo-compulsivo es mayor en las personas de menor educación.

El tipo de trabajo es un factor de riesgo importante. Las amas de casa y los desempleados tienen mayor nivel de riesgo. También los trabajos de menor especialización se asocian a mayor riesgo de padecer trastornos ansiosos. En tanto al nivel socioeconómico, los resultados no son consistentes, pero habría un indicio de aumento de ansiedad en los niveles socioeconómicos más bajos (Belloch et al., 1995). Los factores culturales pueden modificar la expresión o encubrir verdaderos trastornos de ansiedad. Más aún, existen giros idiomáticos locales para referirse a ciertos cuadros ansiosos.

De esta forma tenemos que en cuanto a la etiología es diversa, la ansiedad es un estado mental estresante y que provoca malestar en las personas que la padecen, esta provoca un nerviosismo, este trastorno no se relaciona al momento en el que se genera la amenaza, esta puede presentarse antes de la amenaza, continuar cuando ya ha pasado o presentarse sin presentarse alguna amenaza aparente, la ansiedad se presenta acompañada de cambios físicos y conductuales similares a los que provoca el miedo, las personas que lo padecen se ven afectados en su calidad de vida, esto debido a que cuando se presenta la situación que les genera la ansiedad y tienden a evitar dichos lugares o situaciones que les genera el malestar.

1.2.6.- Prevalencia durante la pandemia

En relación a la prevalencia de la ansiedad durante la pandemia, existen diferentes estadísticas proporcionadas por diversos autores que han realizado investigaciones sobre el tema, como por ejemplo en una encuesta realizada por Galea et al. (2020), el 32.42% reportó síntomas severos de ansiedad, afectó más a mujeres (19.6%) que a varones (12.8%), está además aumenta con la edad; los adultos mayores (65-81 años) presentan los niveles más altos (47.4%), se identificó una importante diferencia en síntomas de ansiedad por nivel educativo, en los hogares donde el jefe/a de familia tiene un máximo nivel de estudios de primaria o menos la prevalencia fue de 40.5%; en cambio, en los hogares donde el máximo nivel de estudios del jefe/a de familia es licenciatura o superior, la prevalencia fue de 28%.

Las mujeres tienen más riesgo que los hombres de padecer un trastorno de ansiedad y la prevalencia de la mayoría de los trastornos de ansiedad en el caso de las mujeres duplica a la de los hombres, excepto en el caso de la fobia social, en la que las diferencias fueron menores. La edad de inicio de los trastornos de ansiedad es menor que la de los trastornos depresivos. Esto parece indicar que muchas personas que durante la niñez, adolescencia o primeros años de la vida adulta presentan trastornos de ansiedad tienen un mayor riesgo de desarrollar un trastorno depresivo posterior. Por lo tanto, un abordaje terapéutico de los trastornos de ansiedad puede prevenir la aparición de posteriores trastornos depresivos (Martínez et al. 1993).

La doctora Margarita Reyes, Psiquiatra, especialista en sueño, adscrita a la Unidad de Medicina del Sueño del Instituto de Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER), explica que en México, el nivel de afectación a la salud mental de la población es muy alto, en primera por los cambios que ha habido en el estilo de vida, la gente pasa mucho tiempo encerrada en sus casas, estos cambios pueden incrementar la adrenalina en el cuerpo, y esta reacción, sostenida por mucho tiempo, provoca enfermedades como insomnio, ansiedad y depresión”, el doctor David López comenta que las enfermedades mentales de mayor prevalencia, en tiempos de coronavirus, son ansiedad y depresión, actualmente, en México la prevalencia de trastornos depresivos es de aproximadamente 18%, y de trastornos de ansiedad del 25% (Reynoso, 2020).

1.3.- Depresión

1.3.1.- Antecedentes

La depresión es una problemática que ha existido desde la antigüedad, siempre ha estado presente en la vida del ser humano, podemos ver este trastorno desde las civilizaciones antiguas, tal es el caso del antiguo testamento, en el cual se describe que el Rey Saúl presentaba signos de depresión, mencionando que se encontraba afligido por un espíritu maligno y que finalmente se suicida.

Uno de los primeros personajes de la historia quien intentó definir la depresión, fue Hipócrates quien empleó el término genérico de melancolía para dar cuenta a los estados de abatimiento, inhibición y tristeza. Para Hipócrates (siglo IV a. de C.), la melancolía se debía a desequilibrios en la secreción de bilis negra o bien a una mala combustión de una sustancia dentro del organismo que daría lugar a restos tóxicos, no cabe duda que desde tiempo atrás su estudio ha sido importante, el termino melancolía fue durante siglos la etiqueta diagnóstica más usada, aún a principios del siglo XIX, como vemos con Pinel, quien indico que los pensamientos de los melancólicos estaban concentrados en un objeto (obsesivamente) y que la memoria y la asociación de ideas estaban frecuentemente perturbadas, pudiendo en ocasiones inducir al suicidio (Cortina, 2016). Todo ello dependiendo de la personalidad de cada individuo.

En tanto la palabra depresión se comienza a utilizar a mediados del siglo XIX, ya a principios del siglo XX se emplea como término diagnóstico, es por ello la importancia de los síntomas depresivos se pretenden comprender e incluso curar; no obstante, ahora sabemos que la depresión tiene diversas máscaras y se puede presentar por diversas circunstancias, puede ser temporal o prolongarse por años, el cambio conceptual fundamental lo proporciona el psiquiatra alemán Kraepelin a finales del siglo pasado; en la 6ª edición de su influyente Manual de Psiquiatría (1896), en palabras del propio autor, se incluían todos los casos de excesos de afectividad y de este modo, se abarcan cuadros que hoy denominaríamos depresión mayor, distimia, trastorno bipolar o ciclotimia (Cortina, 2016). De esta manera vemos como la importancia de los síntomas depresivos se comprenden e incluso curar; no obstante, ahora sabemos que la depresión tiene diversas máscaras.

1.3.2.- Definición

A lo largo de la historia se han creado diferentes concepciones para referirse a la depresión, este es el caso de Beck et al. (1983) quien la define como un estado anormal del organismo caracterizado por signos y síntomas tales como bajo estado de ánimo, actitud pesimista,

falta de espontaneidad y signos vegetativos específicos. De acuerdo a la definición proporcionada por Osornio y Palomino (2009), la depresión es un estado interno de aflicción y abatimiento a nivel cognitivo y conductual, que influye significativamente en el quehacer total de la persona. En tanto Cardona (1999), menciona que la depresión no se puede describir como un estado de desaliento que puede originarse por un mal día o un mal sentimiento, en términos médicos la depresión es una enfermedad que ocasiona cambios en la memoria y el pensamiento, en el estado de ánimo, en el funcionamiento físico y en el comportamiento.

La depresión se considera como una alteración del estado de ánimo, este se muestra anormalmente bajo, es uno de los trastornos psicológicos más frecuentes, además de los síntomas de humor depresivo, también se presenta la inhibición del pensamiento, dolor, pérdida de peso, falta de apetito y falta de sueño. La depresión tiende a presentarse con mayor frecuencia en las mujeres que en los hombres. Por ejemplo, se ha reportado que en Estados Unidos la prevalencia del trastorno depresivo mayor a lo largo de la vida corresponde al 21.3% en mujeres y 12.7% en hombres (Cassano y Fava, 2002).

La depresión psicológica, es un trastorno mental caracterizado por los sentimientos de inutilidad, de culpa, de tristeza, indefensión y desesperanza profundos. A diferencia de la tristeza normal, o la del duelo, que sigue a la pérdida de un ser querido, la depresión patológica es una tristeza sin razón aparente que la justifique, y además grave y persistente, puede aparecer acompañada de varios síntomas concomitantes, incluidas las perturbaciones del sueño y de la comida, la pérdida de iniciativa, e autocastigo, el abandono, la inactividad y la incapacidad para el placer. Otra definición de la depresión sería que es una alteración primaria del estado de ánimo, caracterizada por abatimiento emocional, y que afecta todos los aspectos de la vida del individuo. Es un trastorno médico con mayor con alta mortalidad e impacto económico (Zarragoitía, 2011).

La OMS (2020) define la depresión como 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, la depresión puede llegar a hacerse crónica o recurrente y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio. Si es leve, se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero cuando tiene carácter moderado o grave se pueden necesitar medicamentos y psicoterapia profesional.

La depresión se presenta como un conjunto de síntomas de predominio afectivo (tristeza patológica, apatía, anhedonia, desesperanza, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida) aunque, en mayor o menor

grado, también están presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo y somático, por lo que podría hablarse de una afectación global psíquica y física, haciendo especial énfasis en la esfera afectiva (Centro Colaborador Nacional para la Salud Mental, 2009). De acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, la depresión se define como un trastorno del estado de ánimo en el que predomina el humor disfórico, con presencia de síntomas físicos, afectivos y emocionales como insomnio, falta de concentración, irritabilidad y pérdida de interés o insatisfacción en todas o en casi todas las actividades (APA, 2002).

Con esto, se puede observar que la depresión tiene múltiples definiciones que la ubican como uno de los trastornos mentales más antiguamente estudiados y que a nuestra fecha ha ido en aumento, debido a la vida tan ajetreada que vivimos los seres humanos en las grandes urbes, la depresión es un padecimiento muy poco estudiado y conocido por las personas, a lo largo de la historia podemos observar que las personas ponen más atención a las dolencias y padecimientos físicos a los trastornos psicológicos que no se pueden ver y que en lo general no duelen físicamente, por lo que esta enfermedad ha provocado que muchas personas se suiciden o que causen daño a otros, por lo que es conveniente el que las personas estén conscientes de lo que puede provocar este padecimiento si no es tratado a tiempo.

1.3.3.- Tipos y sintomatología

Así mismo los tipos de depresión y su sintomatología son variados, entre los que destacan los proporcionados por el DSM IV (APA, 2005), DSM-V (APA, 2014) y el CIE 10 (OPS, 1995), en ellos se incluyen síntomas como; sentimientos persistentes de tristeza, ansiedad o sensación de vacío; de desesperanza y/o pesimismo, culpa, irritabilidad, inquietud, inutilidad e impotencia; pérdida de interés en las actividades o los pasatiempos que antes resultaban placenteros, incluso las relaciones sexuales. Igualmente puede acompañarse de fatiga, baja energía, dificultad para concentrarse, recordar detalles y tomar decisiones; insomnio, despertarse durante la noche o dormir en exceso, comer en abundancia o inapetencia, pensamientos e intentos suicidas; dolores o malestares persistentes, cefalea o problemas digestivos, que persisten a pesar de diversos tratamientos.

Los trastornos depresivos presentan un conjunto de características clínicas comunes, pero si se toman en cuenta características más específicas es posible crear una clasificación de dichos trastornos. Según el DSM-5 (APA 2013, p. 8), los trastornos depresivos se clasifican así:

- Trastorno depresivo mayor: este representa el trastorno depresivo más común, caracterizado por episodios depresivos sin historia de episodios maníacos, hipomaníacos o mixtos que persistan por más de dos semanas, la mayor parte del tiempo. Para su diagnóstico debe de prevalecer un estado de ánimo bajo o pérdida de placer en la vida cotidiana junto con ansiedad, dificultad para tomar decisiones y ataques de pánico, los cuales pueden estar asociados a algún síntoma físico (trastornos del sueño, trastornos alimenticios, pérdida de peso de manera acelerada, fatiga crónica sin causa aparente, cefalea persistente).
- Trastorno disfórico premenstrual: caracterizado por presentarse a manera de “ciclo”, es decir, los síntomas aumentan durante el período premenstrual, luego el ápice al aparecer la menstruación y disminuye progresivamente hasta cesar por completo, repitiendo en cada ciclo. Los síntomas más comunes son llanto fácil o labilidad emocional, irritabilidad, estado de ánimo deprimido y ansiedad en el período premenstrual; estos síntomas pueden estar asociados a síntomas físicos como fatiga, mialgias, hipersensibilidad mamaria, aumento de peso y cefaleas.
- Trastorno depresivo persistente o distimia: este trastorno se caracteriza por ánimo deprimido prevalente durante el día, casi todos los días, durante un período mínimo de dos años, en los que no se hayan ausentado los síntomas por más de dos semanas seguidas, asociado a por lo menos dos síntomas físicos como: trastornos alimenticios, trastornos del sueño, fatiga, dificultad para concentrarse entre otros.
- Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo: este trastorno fue recientemente agregado por la incidencia de múltiples casos de un mal diagnóstico de bipolaridad tipo I en edades pediátricas. Se presenta entre los 6 y los 12 años, incluso se menciona que, hasta los 18 años, presenta irritabilidad crónica y persistente asociada a accesos de cólera o reacciones no acordes a la edad especialmente ante la frustración y enojo, estos deben presentarse en por lo menos en dos ambientes distintos a los que frecuenta el niño y debe de durar por lo menos un año. En algunos casos la irritabilidad se asocia a agresión física o verbal. Es más frecuente en el sexo masculino, se debe de diagnosticar antes de los 10 años, pero no se debe adjudicar a un menor de 6 años.
- Trastorno depresivo inducido por drogas o medicamentos: puede ser causado por múltiples medicamentos, entre ellos: antibióticos, desinflamatorios e hipotensores. Todos estos causan episodios depresivos durante su ingesta. Aunque en este grupo también se toman en cuenta los causados por sustancias como la cocaína, anfetaminas y alcohol, que a diferencia de los mencionados previamente causa episodios depresivos durante su abstinencia.

- Trastorno depresivo secundario a una afección médica: se presenta como un ánimo deprimido asociado a pérdida de placer e interés en la vida cotidiana por un tiempo significativo y persistente, además, que los síntomas depresivos puedan correlacionarse y ser secundarios a alguna otra patología. Por lo tanto, es indispensable para su diagnóstico el comprobar una enfermedad causante de los síntomas existentes, lo que conlleva a realizar una revisión y análisis específicos para el diagnóstico. Un rasgo importante para tomar en cuenta es el hecho de la mejora del síntoma depresivo conforme la mejora del padecimiento y viceversa.

La depresión tiene diferentes clasificaciones y sintomatología, por lo que podemos mencionar que las más sobresalientes son; depresión mayor, distimia, trastorno ansioso depresivo, depresión atípica, trastorno afectivo estacional, trastorno bipolar y ciclotimia, de acuerdo a la intensidad de los síntomas, los episodios depresivos pueden clasificarse como leves, moderados o graves.

1.3.4.- Etiología

La depresión es un trastorno que tiene es causada por varios factores, diferentes autores han tratado de determinar lo que provoca este trastorno, derivado de lo anterior se retomaran algunos autores que han abordado el tema de manera precisa, es importante conocer que produce la depresión para poder entender y prevenir este padecimiento, por lo que se las principales causas que la provocan son:

Un evento negativo como la pérdida de un ser querido, de un trabajo, padecer una enfermedad médica grave, o estar bajo largos periodos de estrés, pueden ser los detonantes de un episodio depresivo, aunque a veces la depresión puede ser espontánea y la persona no puede asociarla a un evento o causa específica. También podrían ser los factores genéticos, cambios hormonales, ciertas enfermedades médicas, estrés, duelo o circunstancias vitales estresantes también pueden contribuir al desarrollo o mantenimiento de la depresión. La combinación de cualquiera de estos factores puede producir cambios en nuestro cerebro y dificultades para adaptarnos a los eventos internos o externos, contribuyendo a que aparezcan síntomas depresivos (Alianza Europea, 2020).

La depresión es un proceso multifactorial y complejo cuya probabilidad de desarrollo depende de un amplio grupo de factores de riesgo, sin que hasta el momento haya sido posible establecer su totalidad ni las múltiples interacciones existentes entre ellos. Se desconoce el peso de cada uno de ellos en relación a las circunstancias y al momento de la vida en que se desarrolla la investigación de los factores de riesgo de la depresión cuenta

con algunas limitaciones: primero, es difícil establecer diferencias entre los factores que influyen en el inicio y/o el mantenimiento de la depresión; segundo, muchos de los factores de riesgo interactúan de tal manera que podrían ser causas o consecuencias de la misma. Además, pocos estudios han valorado su grado de influencia (Bellón et al. 2008).

Las variables que incrementan el riesgo de depresión se pueden clasificar en factores personales, sociales, cognitivos, familiares y genéticos, de acuerdo a lo descrito por López, (2009, p. 35);

“Causas genéticas: Las personas que tienen un familiar de primer grado con depresión tienen un riesgo dos a cuatro veces mayor de sufrir depresión también. La heredabilidad de la depresión es aproximadamente del 40 %. Gran parte de esta carga genética de la depresión está asociada a heredar rasgos neuróticos de personalidad de un progenitor. Las personas con vulnerabilidad genética al estrés pueden tener también alterados los mecanismos biológicos que definen la respuesta al estrés. Por ejemplo, las personas con depresión secretan una mayor cantidad de la hormona del estrés: el cortisol. Desde que se hizo este descubrimiento se han intentado establecer relaciones entre el sistema neuroendocrino y la depresión. En los últimos años, se están buscando medicamentos para la depresión que actúen precisamente por esta vía.

Causas ambientales: Como ocurre con otros trastornos psiquiátricos, los acontecimientos adversos durante la infancia constituyen un importante factor de riesgo de desarrollar una depresión o un trastorno depresivo mayor. Esto sucede con mayor frecuencia cuando los acontecimientos adversos son múltiples y son experiencias negativas de distintos tipos. Es especialmente relevante en este caso las situaciones de abuso infantil o ambientes de violencia familiar. También es habitual identificar acontecimientos vitales estresantes como precipitantes de los episodios depresivos. Sin embargo, la presencia o ausencia de estos acontecimientos estresantes identificados no predicen la mejor o peor respuesta a los distintos tratamientos ni el pronóstico, algunos de los acontecimientos estresantes que con mayor frecuencia pueden causar depresión son; la muerte de un ser querido o duelo puede ser el origen de una depresión, la pérdida de un ser querido o duelo, problemas laborales y económicos, rupturas sentimentales, enfermedades propias o de familiares, la vejez es una etapa de la vida especialmente vulnerable.

Causas temperamentales: Se ha establecido que el temperamento neurótico o neocriticismo predispone a la depresión. También se ha podido comprobar que las personas con rasgos neuróticos de personalidad tienen más riesgo de desarrollar depresión en respuesta a acontecimientos vitales estresantes. El neocriticismo es un rasgo de la personalidad, que define personas inestables e inseguras emocionalmente. Suelen ser también personas ansiosas, que viven en un estado continuo de tensión y preocupación,

que tienen tendencia a sentir culpabilidad. La personalidad depresiva también predispone a padecer episodios depresivos y Distimia. Las personas con personalidad depresiva son melancólicas, pesimistas y con problemas de autoestima”.

La depresión es un trastorno que ha cobrado relevancia en la actualidad, por lo que es de vital importancia el poder entender qué aspectos son los que la provocan, este padecimiento es muy complejo, sobre esta influyen varios aspectos que pueden provocar un episodio depresivo, por lo que debemos de comprender que la depresión es un trastorno psicosocial, hay personas con mayor probabilidades a padecerla, por lo que las principales causas pueden ser tanto genéticas como ambientales, también no podemos dejar de lado un aspecto fundamental ya que existe una predisposición debido a padecer una enfermedad crónica.

1.3.5.- Epidemiología

Desde hace tiempo las investigaciones realizadas sobre la epidemiología de la depresión, han alertado a los especialistas sobre este trastorno, en tanto ha sido un padecimiento que no es tan reconocido, poco diagnosticada y por lo tanto la menos intervenida de todas las enfermedades, por lo que su índice de aparición en la población en general ha aumentado provocando que año con año la cifra de estos casos vaya en aumento, sin ningún control.

De lo cual destacan las cifras proporcionadas por la Organización Mundial de la Salud destacando que la depresión constituye un problema importante de salud pública, más de 4% de la población mundial vive con depresión y los más propensos a padecerla son las mujeres, los jóvenes y los ancianos. En el mundo, este trastorno representa la cuarta causa de discapacidad en cuanto a la pérdida de años de vida saludables. En México, ocupa el primer lugar de discapacidad para las mujeres y el noveno para los hombres. Además, se estima que 9.2% de la población ha sufrido depresión, que una de cada cinco personas sufrirá depresión antes de los 75 años y que los jóvenes presentan tasas mayores. La depresión 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. Este trastorno puede llegar a hacerse crónico o recurrente y en su forma más grave, puede conducir al suicidio (INEGI, 2015).

El INEGI (2015), documentó que 34.85 millones de personas se han sentido deprimidas; de las cuales 14.48 millones eran hombres y 20.37 millones eran mujeres. También, destaca el hecho que del total de personas que se han sentido deprimidas, únicamente 1.63 millones toman antidepresivos, mientras que 33.19 millones no lo hace. En este indicador la

diferencia de género es muy relevante, pues entre los hombres, la sensación de “muchísima depresión” afectó a 2.095 millones, mientras que la misma intensidad entre las mujeres afectó a un total de 4.95 millones. Asimismo, del total de personas que toman antidepresivos, alrededor de 414 mil son hombres, mientras que 1.22 millones son mujeres.

Aunque la depresión en mujeres puede tener relación con cambios hormonales, también es importante mencionar que el género es un factor determinante, la obligación de cumplir con los deberes asociados con la maternidad, el matrimonio y las opresiones que se viven por el hecho de ser mujer y estar obligada a cumplir con ciertos roles son causa de la depresión. La violencia de la que son víctimas las mujeres es un factor importante que desencadena la depresión, en este sentido, el 35% de la diferencia por género en depresión podría explicarse por el abuso sexual ocurrido en la infancia a niñas (INEGI, 2015).

1.3.6.- Prevalencia durante la pandemia

De acuerdo a las cifras proporcionadas por la OMS (2016), los trastornos mentales están en aumento en todo el mundo. Entre 1990 y 2013, el número de personas con depresión o ansiedad ha aumentado en cerca de un 50%, de 416 millones a 615 millones. Cerca de 10% de la población mundial está afectada, y los trastornos mentales representan un 30% de la carga mundial de enfermedad no mortal. En México, estos padecimientos ocupan el cuarto lugar en complicaciones médicas, y la depresión es uno de los más frecuentes, además la OMS pronostica que para el año 2020 la depresión será la segunda causa de discapacidad en el mundo, y la primera en países en vías de desarrollo como México.

El INEGI (2015), señala que 29.9 % de los habitantes mayores de 12 años sufren algún nivel de depresión ocasional, mientras que 12.4% los experimenta de manera frecuente, la depresión es el principal problema en materia de salud mental pública por ser el principal padecimiento que afecta a las personas de entre 14 y 35 años y, sobre todo, por ser la primera causa mundial de suicidio y la cuarta como discapacidad, en relación con la pérdida de años de vida saludable, en México estas cifras son aún más alarmantes, ya que la posición escalan hasta convertirse en la primera razón para el deterioro en la calidad de vida entre mujeres y la novena para los hombres. Las estadísticas también señalan que tan solo en 2016 se registraron 6,370 suicidios en el país, A pesar del fuerte impacto que tiene esta enfermedad en México, el número de personas que no sabe que la padece es muy alto, debido a que la desestima, tarda en buscar la asistencia adecuada o, cuando la busca, no la encuentra.

La depresión es un trastorno mental frecuente caracterizado por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o de falta de autoestima, así como de afectaciones del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. En México, en 2012, el 7.2% de la población de 18 a 65 años reportó síntomas de depresión; afectando más a mujeres que a varones, y más a desempleados que a empleados (Fernández et al., 2018).

En una encuesta realizada por Galea et al. (2020), el 27.26% reportó síntomas de depresión, más mujeres (34.1%) que varones (21.9%) reportaron síntomas de depresión, los adultos mayores (65-81 años) son el grupo etario con mayor prevalencia de síntomas de depresión (39.3%), las diferencias por nivel educativo del jefe/a de familia se repitieron con síntomas de depresión, en tanto los hogares donde el nivel fue de primaria o menos, la prevalencia fue de 39.7%; en hogares donde el nivel fue de licenciatura o más, la prevalencia fue de 18.2%.

De acuerdo a lo mencionado por Vargas (2020), en México, como en muchos países, las medidas de prevención redujeron el contacto físico al mínimo y limitaron la movilidad en espacios públicos. Además, las medidas de aislamiento separaron a mucha gente de sus seres queridos, los efectos de la situación de emergencia se hicieron evidentes durante el confinamiento y, muy probablemente, desatará una nueva oleada de malestar en la llamada “nueva normalidad”, estos trastornos impiden a las personas trabajar de forma productiva y desarrollarse con normalidad. Según el documento “Depresión y baja en el rendimiento laboral”, del psiquiatra del IMSS Eduardo Cuauhtémoc Platas Vargas, la depresión afecta la vida laboral del paciente, pues dificulta la toma de decisiones, provoca desinterés de la persona en su entorno, reduce su capacidad de atención, altera su memoria y disminuye su rendimiento, según la Secretaría de Salud, alrededor de 15 millones de mexicanos padecen un trastorno mental, con la depresión y trastornos de ansiedad como los diagnósticos más comunes, entre 1994 y 2008, las muertes por suicidio, un problema de salud pública vinculado con la falta de atención temprana a trastornos como la depresión, crecieron 160% en México y, hoy en día, es una de las principales causas de muerte en jóvenes de este país. Sin embargo, solo uno de cada diez mexicanos recibe la atención que necesita.

Las personas que pasan tiempo en aislamiento pueden mostrar síntomas de depresión grave y síntomas relacionados con el estrés postraumático hasta 3 años después (Brooks et al, 2020). La separación de los seres queridos, la pérdida de la libertad, la incertidumbre sobre el estado de la enfermedad y el aburrimiento; pueden causar efectos psicológicos adversos, conductas de evitación, de confusión, de frustración y de enojo; incluidos los síntomas de estrés postraumático que podrían escalar hasta el suicidio; de hecho, algunos investigadores han sugerido que, a mayor duración de la cuarentena, se intensifican los

temores, mismos que pueden provocar efectos negativos duraderos, explica la Secretaría de Salud.

2.- Capítulo II SUAyED

2.1.- Orígenes

Revisando la bibliografía disponible sobre los antecedentes de la educación a distancia en la UNAM, podemos mencionar que estos datan desde los años setenta, con la incursión de las universidades mexicanas en la educación abierta y a distancia se da una nueva época en esta historia, que de alguna manera tuvo la influencia de las grandes universidades europeas que adoptan estas modalidades. Así, en la Universidad Nacional Autónoma de México nace el Sistema Universidad Abierta en 1972, ahora llamado Sistema de Universidad Abierta y Educación a Distancia, el cual al principio atendía sobre todo a personas que por diversas causas no podían asistir al sistema tradicional (Contreras & Méndez, 2015).

SUAyED tiene como antecedente al Sistema Universidad Abierta, aprobado por el Consejo Universitario de la UNAM en febrero de 1972, como parte integral del proyecto de reforma universitaria del entonces rector de la UNAM, doctor Pablo González Casanova. Su propósito principal fue extender la educación media superior y superior a grandes sectores de la población, con un alto nivel en la calidad de la enseñanza. Se estableció como un sistema de libre opción para las escuelas y facultades, así como para los alumnos; complementario al sistema presencial, con la idea de que ambos se beneficiarían mutuamente, tanto de sus recursos humanos y técnicos, como de sus experiencias, sin pretender que uno sustituya al otro. Concebido en el mismo marco jurídico general de la Universidad, se le dotó de un marco normativo expresado en el “Estatuto del Sistema Universidad Abierta”, que fue publicado en la Gaceta UNAM el 28 de febrero de 1972 (UNAM, 2014).

A partir de 1997, con la Reorganización de la Estructura Académica de la UNAM, se estableció la Coordinación de Universidad Abierta y Educación a Distancia (CUAED) que tenía como propósito fundamental dos acciones: Reestructurar a la Coordinación para redefinir las funciones de las direcciones y la creación de su Consejo Asesor, así como revisar y actualizar el Estatuto del Sistema Universidad Abierta, los reglamentos y las normas aplicables, y desarrollar la base tecnológica requerida, tanto en equipo como en programas, y desarrollar programas de formación y capacitación del personal de las entidades universitarias, con apoyo técnico, académico y de infraestructura por parte de la CUAED (UNAM, 2014).

Actualmente el Sistema Universidad Abierta y Educación a Distancia (SUAYED) está conformado por un Consejo Asesor, por las Facultades, Escuelas, Centros, Institutos y sedes que ofrecen programas académicos, y por la CUAED; y con las modificaciones al Estatuto y al Reglamento aprobados en marzo de 2009, se dispone que “el Sistema Universidad Abierta y Educación a Distancia de la UNAM está destinado a extender la educación media superior y superior hacia grandes sectores de la población, por medio de métodos teórico-prácticos de transmisión y evaluación de conocimientos y de la creación de grupos de aprendizaje que trabajan dentro o fuera de los planteles universitarios e impulsar la integración de las tecnologías de la información y comunicación a los procesos educativos” (UNAM, 2014).

Actualmente en el SUAYED se imparte un bachillerato a distancia, así como licenciaturas, posgrados y educación continua, tanto en la modalidad abierta como en la modalidad a distancia, en escuelas y facultades ubicadas en el campus de Ciudad Universitaria, así como en la zona conurbada de la ciudad de México y en otros estados de la República Mexicana. Para ingresar al SUAYED, la UNAM les exige los mismos requisitos de ingreso, de acuerdo a la normatividad vigente, y otorga a los alumnos seleccionados los mismos títulos y grados según corresponda, ya que tienen los mismos derechos y obligaciones que cualquier otro alumno de la Universidad (UNAM, 2014).

Con este sistema como origen y, en buena medida como resultado de los avances tecnológicos que han sido incorporados en la última década, el SUA dio paso al SUAYED (Sistema Universidad Abierta y Educación a Distancia), posibilitando que la educación universitaria llegara a sitios donde por muchos años fue impensable que la hubiera, beneficiado por igual a jóvenes en edad de cursar estudios universitarios y a quienes no tuvieron oportunidad de estudiar cuando, por su edad, les hubiese correspondido (UNAM, 2014).

2.2.- Carreras

El SUAYED es un sistema flexible, apoya a los estudiantes con asesorías presenciales y a distancia, según el plan de estudios de que se trate; y además, ha desarrollado materiales didácticos especialmente para cada modalidad, los cuales propician el estudio independiente y autogestivo; el alumno y el docente en el SUAYED tienen la oportunidad de incorporar el uso de las tecnologías de información y de la comunicación como herramientas del proceso enseñanza aprendizaje (correo electrónico, videoconferencia, grupos virtuales y foros, entre otros), lo cual permite la creación de grupos de aprendizaje (UNAM, 2014).

Mediante la firma de convenios con diversas entidades federativas o con universidades estatales, hoy en día el SUAyED cuenta con un bachillerato a distancia, que se imparte dentro y fuera de nuestras fronteras nacionales. Además de las 22 licenciaturas y 5 especializaciones existentes en el Sistema Universidad Abierta, la UNAM ofrece 19 licenciaturas, 2 especialidades y 7 maestrías en la modalidad a distancia. El SUAyED constituye, además, un elemento clave para la generación de una cultura del aprendizaje a lo largo de la vida, al propiciar y fomentar hábitos de estudio y formas eficaces de aprender a aprender. Se trata, pues, de un recurso civilizador por excelencia (UNAM, 2014).

Licenciaturas en modalidad a distancia; Administración, Bibliotecología y Estudios de la Información, Ciencias de la Comunicación, Ciencias Políticas y Administración Pública, Contaduría, Derecho, Economía, Enfermería. Ingreso en Años Posteriores al Primero (IAPP), Informática (El ingreso a esta licenciatura no es de manera directa; el aspirante debe seleccionar la licenciatura en Contaduría o en Administración), Licenciatura de Enseñanza de Alemán como Lengua Extranjera, Licenciatura de Enseñanza de Español como Lengua Extranjera, Licenciatura de Enseñanza de Francés como Lengua Extranjera, Licenciatura de Enseñanza de Inglés como Lengua Extranjera, Licenciatura de Enseñanza de Italiano como Lengua Extranjera, Licenciatura en Diseño y Comunicación Visual, Pedagogía, Psicología, Relaciones Internacionales, Sociología, Trabajo Social (UNAM, 2014).

2.3.- Psicología

La Carrera de Psicología a distancia es una modalidad que ofrece la oportunidad de estudiar a personas que laboran y que su horario no les permite atender su formación académica. También beneficia a personas que viven fuera de la Ciudad de México, o que por alguna razón tienen dificultades para transportarse a un centro educativo. Es por ello que esta modalidad se imparte apoyada de la Tecnología Informática Aplicada a la Educación y a través de la red (Internet) contando con un sitio específico para la interacción alumnos-profesores que intervienen en el proceso de enseñanza y aprendizaje, en una plataforma virtual (UNAM, 2014).

Los principales objetivos son; Formar profesionales de la Psicología con una sólida preparación en una gama amplia de orientaciones teóricas y con una serie de programas de profundización terminal que adopten una visión plural en cuanto al estudio de los procesos psicológicos, basada en una formación amplia y experta de los conocimientos básicos de la disciplina, así como en el uso de herramientas metodológicas propias del estudio de los procesos psicológicos. Todo ello orientado a formar Psicólogos con habilidades profesionales altamente calificadas que les permitan brindar un servicio a la sociedad de excelente calidad y dirigido por principios éticos sólidos (UNAM, 2014).

El Psicólogo egresado de la Modalidad Abierta y a Distancia, contará con las competencias profesionales para desempeñarse en diferentes ámbitos de forma institucionalizada o a través del ejercicio libre de la profesión. Entre las esferas sociales en donde se desempeña de manera cotidiana podemos mencionar: el campo de la salud, la psicología clínica, la educación, la rehabilitación, el trabajo, la investigación, los medios de comunicación y organizaciones sociales diversas. El mercado laboral del Psicólogo se expande de manera sustantiva, dados los cambios importantes en las sociedades contemporáneas, que requieren una adaptación de los ciudadanos a los nuevos entornos. Como campos emergentes podemos señalar la Ergonomía, Psicología Forense y los asociados con el uso y desarrollo de las tecnologías de la información. De manera adicional los egresados de SUAyED Psicología, cuentan con competencias informáticas y comunicativas derivadas de su formación en plataformas de aprendizaje multimedia (UNAM, 2014).

2.4.- Perfil de Estudiantes SUAyED

De acuerdo con Edel (2008), se espera de los alumnos de esta modalidad una alta capacidad de adaptación a modelos innovadores de enseñanza aprendizaje, lo cual implica desarrollar tanto como poseer un perfil con un alto sentido de responsabilidad académica y de autorregulación (disciplina, organización, planeación y administración del tiempo), independencia de campo (capacidad para aprender por cuenta propia, desarrollar habilidades para aprender a aprender), disponibilidad para el trabajo colaborativo virtual, apertura y flexibilidad al manejo de la tecnología, disponibilidad para el aprendizaje tanto como habilidad para el manejo de un segundo idioma, motivación intrínseca (niveles de satisfacción personal, desarrollo profesional y personal) y extrínseca (apoyo familiar tanto como laboral). La mayoría de la población estudiantil de la modalidad a distancia son adultos y no jóvenes de 18 años, son personas que ya tienen compromisos laborales y familiares, o que habitan en lugares lejanos a las universidades, por lo que no tienen posibilidades de inscribirse en programas presenciales.

De acuerdo con Rodríguez, et al. (2012), un alumno que accede a la educación en línea lo hace principalmente por dos razones: no está geográficamente en la localidad en donde se ofertan los estudios que desea cursar o no dispone del tiempo suficiente para acceder a las aulas, de lo que es el trabajo la principal razón. Los datos reportados por el National Center for Education Statistics (NCES) dan cuenta de las características principales de los alumnos de la modalidad a distancia: se dedican a los estudios en tiempo parcial, trabajan tiempo completo, son independientes económicamente, y tienen a su cargo a otras personas

(Learreta et al. 2012). La Carrera de Psicología, que se ofrece en esta modalidad desde el año 2005 y cuyo plan de estudios fue creado de manera específica para ofrecerse en la modalidad mediada por la tecnología.

El alumno del sistema abierto suele estudiar en tiempos adicionales a su jornada laboral, y reside en zonas alejadas a la Universidad, necesita por lo mismo, flexibilidad de espacios y tiempos para aprender. En el modelo educativo del SUAyED, el rol del alumno también se diversifica, pues los involucrados aprenden y enseñan al integrarse a comunidades de pares, profesionales, expertos y otros usuarios, con los que puede compartir sus conocimientos, dudas y experiencias. Como resultado de las características propias de las modalidades educativas abierta y a distancia, el estudiante tiene la responsabilidad sobre su proceso de aprendizaje, y en el desarrollo de las habilidades específicas para un desempeño óptimo. Para alcanzar los objetivos generales del plan de estudios, es importante considerar los conocimientos y habilidades que demandan las modalidades, por lo que deben tenerse en cuenta los requisitos de ingreso y formación propedéutica (sobre las modalidades y el uso de los medios necesarios), de modo que el alumno conozca la interacción que establecerá con los contenidos a través de los materiales didácticos, con los docentes en los espacios de asesoría y tutoría académicos, y con sus pares por medio de las actividades grupales (UNAM, 2014).

Un estudiante del sistema a distancia debe dominar las herramientas tecnológicas, conocer sus bases y metodología; tener habilidad en la búsqueda de la información en bibliotecas virtuales; y manejar el sistema operativo Windows, paquetería, correo electrónico, foros de discusión, chats, blogs, wikis, entre otros. Para lograr alcanzar la meta de que los alumnos de la Licenciatura en Psicología en el Sistema de Universidad Abierta y Educación a Distancia se transformen en usuarios que participen activamente en su formación profesional, es necesario cambiar el papel que ha seguido el alumno en los sistemas escolarizados. En este sentido, los esfuerzos deben dirigirse para que el alumno ponga especial atención en las medidas que es necesario tomar para poder trasladarse: del interés por la enseñanza al gusto por el aprendizaje, con la finalidad de que florezca una nueva relación con el saber, que origine la aparición de nuevas prácticas de aprendizaje susceptibles de adaptarse a situaciones educativas en permanente cambio. Para conseguir este cambio de rol del alumno es necesario proporcionarle todas las herramientas para que tenga acceso a un amplio rango de recursos de aprendizaje, en los que se incluyen bibliotecas, bases informáticas, programas de software, paquetes multimedia y otros sistemas de comunicación (UNAM, 2014).

En un estudio realizado en el 2015 sobre el rango de edad se obtuvo lo siguiente; el rango de edad se extiende desde los 18 hasta más de 60 años; la mayor parte de la matrícula se

concentra en los rangos que superan la tercera década de vida. La mayor concentración de estudiantes se ubica entre los 30 y 39 años (34.76%) y en segundo lugar están los que se encuentran entre los 20 y los 29 años (32.59%). De manera que 67.85% de la población tiene menos de 40 años. Llama la atención que 17.89% de los estudiantes de SUAyED Psicología tiene menos de 26 años, por lo que es probable que dichos alumnos al terminar el bachillerato hayan elegido como primera opción el sistema de educación a distancia. Lo anterior permite pensar que esta modalidad se constituye actualmente como una opción atractiva y viable para la población joven, ya sea recién salida del bachillerato o con pocos años de haber egresado.

Si tomamos en cuenta que 53.67% de los estudiantes tienen una edad entre 26 y 40 años, entonces tenemos una población esencialmente adulta, la cual tiene una historia de vida a lo largo de la cual ha podido adquirir cierto tipo de conocimientos, habilidades, capacidades, esquemas de cognición, hábitos, recursos, estrategias, formas de afrontamiento, valores, motivaciones, entre otros elementos, basados en sus experiencias de vida previas, tanto en contextos de aprendizaje formal como informal. Si consideramos que la población restante los alumnos que tienen más de 40 años constituye 47.43% de la población muestra, quizá nos enfrentamos con el hecho de que no estén familiarizados con la tecnología y que en la práctica educativa de esta modalidad exteriorizan algunos miedos e inseguridades por no saber usar las herramientas tecnológicas actuales, o porque piensan que después de muchos años de no estudiar formalmente no sabrán cómo enfrentarse a los requerimientos y tareas que se les planteen (Learreta et al., 2012).

Por otro lado, los rangos de edad de la población estudiantil a distancia nos plantean otra característica esencial asociada: son estudiantes con compromisos sociales adquiridos y que difícilmente podrán abandonar si desearan únicamente dedicarse a sus estudios, podemos observar que el grueso de la población tiene entre 20 y 49 años (89.70%), y que quizá en su mayoría tengan hijos y cónyuges o se hacen cargo de otras personas (incluidas ellas mismas), situación que les exige la independencia económica y la estabilidad laboral; lo que implica una dedicación de tiempo parcial a los estudios, pues no pueden abandonar sus prioridades básicas. En relación al género, existen más mujeres que hombres estudiando este tipo de modalidad.

A modo de conclusión podemos decir que el sistema a distancia requiere que los estudiantes tengan ciertas características entre las que destacan el que sean organizados, empáticos, que sepan manejar la tecnología informática, que sepan trabajar en equipo, ser comprometidos y responsables, la mayoría de la población estudiantil que cursan la carrera en línea o a distancia son personas que trabajan, o que son padres de familia y no tienen el tiempo para poder estudiar una carrera de forma presencial, por lo que se ven en la

necesidad de tomar la opción a distancia, ya que es la que se ajusta a sus necesidades, no por estar a distancia significa que los estudiantes no adquieran los aprendizajes esenciales para ejercer la carrera, al contrario tienen una preparación diferente y que los hace más responsables, dado a que se requiere de un mayor compromiso para poder cumplir con las actividades en los tiempos estipulados.

Capítulo III Pandemia

3.1.- Origen

El 11 de marzo del 2020, la OMS (2020) declaró al brote del virus SARS COV-2 (Covid-19) como una pandemia. Se comunicó al mundo sobre su elevado potencial de propagación internacional, emitió alertas con referencia a las consecuencias e impacto en los sectores de salud pública, sociales y económicos en las naciones. En aquella fecha, el virus, cuyo origen se localizó en China en diciembre del 2019 (Chen et al., 2020) ya se había propagado a 114 países en un lapso de 2 semanas contabilizando más de 118.000 casos de personas infectadas dejando a su paso 4 291 defunciones.

El primer caso o caso índice de COVID-19 en México se detectó el 27 de febrero de 2020 en la Ciudad de México. Se trataba de un mexicano que había viajado a Italia y tenía síntomas leves. El 28 de febrero se confirmaron dos casos más: un italiano de 35 años, residente de la Ciudad de México, y un ciudadano mexicano del estado de Hidalgo que se encontraba en el estado de Sinaloa. Los dos habían viajado recientemente a Italia. La fase 1 de COVID-19 comenzó ese día. En esta fase, los casos de infección son importados del extranjero y no hay casos de contagio local; el número de personas infectadas con el virus es limitado y no hay medidas estrictas de salud, excepto acciones con el objetivo de difundir las acciones preventivas.

El cuarto caso se confirmó el 29 de febrero de 2020: una joven del estado de Coahuila que viajó recientemente a Milán (Italia). El 1 de marzo, una joven que estudiaba en Italia fue confirmada en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, alcanzando los cinco casos. El 6 de marzo se confirmó el sexto caso en el Estado de México: un hombre de 71 años que viajó a Italia. El séptimo caso, confirmado el 7 de marzo, era un hombre de 46 años de la Ciudad de México. El 11 de marzo, el mismo día que la OMS clasificó a la COVID-19 como pandemia, se informaron de cuatro nuevos casos: dos en la Ciudad de México y uno más en Querétaro, todos ellos pacientes que habían regresado de un viaje a España y cuyas edades oscilaban entre 30 y 41 años. También ese día se registró el caso de una mujer de 64 años del estado

de México, que había viajado a Estados Unidos recientemente. En esa fecha se tenía el reporte de once casos en México.

El 14 de marzo de 2020, la Secretaría de Educación Pública (SEP) adelantó el período de vacaciones de Semana Santa, extendiéndose a un mes, del 23 de marzo al 20 de abril en todas las instituciones educativas de todo el país. El 18 de marzo se reportaron 118 casos confirmados de COVID-19, un aumento de 26% en comparación con el resultado del día anterior (93 casos). Ese mismo día, la Secretaría de Salud confirmó la primera muerte por COVID-19 en México. El gobierno federal decretó el 24 de marzo el inicio de la fase 2 de la pandemia COVID-19 en el país, tras registrar las primeras infecciones locales. En esta fase se suspenden principalmente ciertas actividades económicas, se restringen las congregaciones masivas y se recomienda permanecer en el domicilio a la población en general, especialmente a los mayores de 60 años y a las personas con diagnóstico de hipertensión arterial, diabetes, enfermedad cardíaca o pulmonar, inmunosupresión inducida o adquirida, a las mujeres que se encuentren en estado de embarazo o puerperio inmediato.

A partir del 26 de marzo se suspendieron las actividades no esenciales del gobierno federal, exceptuando las relacionadas con los servicios de seguridad, salud, energía y limpieza. Se recomienda el estornudo de etiqueta, el lavado de manos constante y la desinfección continua de áreas de uso público. Las personas que tienen los síntomas y se han confirmado con COVID-19 tienen que usar mascarillas faciales para evitar el contagio de otras personas. El personal de atención médica debe portar el equipo necesario de protección personal para evitar contagios al identificar a los pacientes en riesgo y al ser internados en las instalaciones médicas (Palacios et al. 2020).

El 30 de marzo, se decretó una emergencia de salud nacional en México, dada la evolución de casos confirmados y las muertes por la enfermedad. Esto condujo al establecimiento de medidas adicionales para su prevención y control, como la suspensión inmediata de actividades no esenciales en todos los sectores económicos del país durante un mes, hasta el 30 de abril (Secretaría de Salud, 2020). El 21 de abril del 2020 se dio por iniciada la fase 3 por COVID-19 en México, ya que se tenía evidencia de brotes activos y propagación en el territorio nacional con más de mil casos. Las medidas tomadas en esta fase fueron la suspensión de actividades no esenciales del sector público, privado y social, así como la extensión de la Jornada Nacional de Sana Distancia hasta el 30 de mayo (Lu, 2020).

3.2.- Definición SARS-COV-2

El virus del síndrome respiratorio agudo severo tipo-2 (SARS-CoV-2), causante de COVID-19, se ubica taxonómicamente en la familia Coronaviridae, esta familia se subdivide en cuatro géneros: Alphacoronavirus, Betacoronavirus, Gammacoronavirus y Deltacoronavirus, muchos coronavirus de los cuatro géneros mencionados son causantes de enfermedades en animales domésticos, y por lo tanto son principalmente de interés veterinario, los coronavirus de importancia médica conocidos hasta hoy son siete, y pertenecen a uno de los dos primeros géneros mencionados, desde el punto de vista ecoepidemiológico se pueden clasificar en dos grupos: coronavirus adquiridos en la comunidad (o coronavirus humanos, HCoV) y coronavirus zoonóticos, los coronavirus humanos circulan libremente en la población de todos los continentes, suelen causar enfermedad respiratoria leve, se estima que producen entre el 10% y el 30% de los casos de resfriado común, por el contrario, los coronavirus zoonóticos circulan transitoriamente, pero pueden generar grandes epidemias de enfermedad respiratoria grave, el origen de los coronavirus de importancia médica, incluidos los coronavirus humanos, parece ser zoonótico, en particular, los betacoronavirus zoonóticos están filogenéticamente relacionados con coronavirus de murciélagos, los cuales podrían haber sido su fuente para el hombre, ya sea directamente o a través de un hospedero intermediario; dicho intermediario para el SARSCoV fue la civeta, un animal silvestre del grupo de los vivérridos, y para el MERS-CoV fue el dromedario, aún no es claro cuál pudo haber sido el intermediario para el SARS-CoV-2, o si pasó directamente del murciélago al humano, en la figura 1 se observa un árbol filogenético que muestra las relaciones evolutivas de los coronavirus de importancia en salud humana, y algunos de sus parientes más cercanos (Díaz y Toro 2020, p. 184).

Con respecto a la pandemia esta se puede definir como:

“Una pandemia es la afectación de una enfermedad infecciosa de los humanos a lo largo de un área geográficamente extensa, es decir, que se extiende a muchos países o que ataca a casi todos los individuos de una localidad o región, el término pandemia hace referencia a la afectación geográfica o numérica en cuanto al número de casos afectados y nunca referencia a la gravedad clínica del proceso, según la OMS, para que pueda aparecer una pandemia es necesario; que aparezca un nuevo virus o una nueva mutación de uno ya existente, que no haya circulado

anteriormente y que la población no sea inmune a él, que el virus tenga la capacidad de transmitirse de persona a persona de forma eficaz, provocando un rápido contagio entre la población, la OMS establece las siguientes fases de una pandemia en el caso de enfermedades infecciosas que afectan inicialmente a animales; Fase 1 (los virus de los animales no se contagian a seres humanos, Fase 2 (se documentan casos en humanos de un virus que afecta a animales), este hecho convierte al virus en un potencial candidato para una pandemia, Fase 3 (aparecen pequeños grupos de transmisión entre animales y humanos, pero aún no de humano a humano), Fase 4 (contagios verificados de la enfermedad entre humanos), empiezan a aparecer brotes a nivel comunitario, Fase 5 (propagación de la enfermedad de persona a persona en al menos dos países de una misma región), Fase 6 (se dan brotes de la enfermedad en países de más de una región en el mundo)” (Ávila, 2020, p. 10).

Además de las definiciones del concepto del virus y de lo que es una pandemia, también se definen los casos de acuerdo a lo siguiente; caso sospechoso; persona de cualquier edad que, en los últimos 14 días haya tenido fiebre o tos y, al menos, uno de los siguientes signos y síntomas: disnea, mialgias, cefalea, artralgias, u odinofagia. Y que, además, en el mismo periodo haya referido: haber estado en contacto con un caso confirmado o en investigación de COVID-19, o viaje o estancia a países con transmisión local comunitaria de COVID-19, caso confirmado; persona que cumpla con la definición operacional de caso sospechoso y que cuente con diagnóstico confirmado por la Red Nacional de Laboratorios de Salud Pública, caso sospechoso; persona de cualquier edad que en los últimos 7 días haya tenido, al menos, dos de los siguientes signos y síntomas: tos, fiebre o cefalea acompañados de al menos uno de los siguientes signos o síntomas: Disnea, artralgias mialgias, odinofagia-ardor faríngeo, rinorrea, conjuntivitis, dolor torácico, caso de infección respiratoria aguda grave; toda persona que cumpla con la definición de caso sospechoso de enfermedad respiratoria leve y, además, tenga dificultad para respirar y esté hospitalizado (Ramiro, 2020).

Con esto, se puede determinar que la pandemia originada por el virus SARS-COV-2 que dio origen al COVID-19, la pandemia ha ido cambiando de una manera rápida a la vez que el conocimiento que se tiene sobre este virus, a inicios del 2020 era completamente desconocido, pero la comunidad científica ha logrado aislarlo, secuenciar, identificarlo y desarrollar pruebas para su diagnóstico, los datos actuales indican que el virus se dispersa, principalmente, por medio de las vías respiratorias, propagándose rápidamente entre personas que están en contacto cercano, aún falta mucho por conocer sobre este virus, y los científicos se encuentran preocupados y ocupados en el tema, tanto realizando investigaciones como desarrollando medicamento o vacunas.

3.3.- Epidemiología

La COVID-19 es causada por el coronavirus 2 del síndrome respiratorio agudo severo (SARS-CoV2), la rápida expansión de la enfermedad hizo que la OMS, el 30 de enero de 2020, la declarara una emergencia sanitaria de preocupación internacional, basándose en el impacto que el virus podría tener en países subdesarrollados con menos infraestructuras sanitarias y la reconociera como una pandemia el 11 de marzo, el virus SARS-CoV2 produce una afección (COVID-19) que en algunos casos llega al Síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA) y un desenlace fatal (Pérez, et al., 2020). Debido a la alta contagiosidad del virus y al número cada vez mayor de casos confirmados y según la experiencia de epidemias y pandemias pasadas, se conoce que los pacientes y el personal de salud pueden padecer situaciones de miedo a la muerte y presentar sentimientos de soledad, tristeza e irritabilidad, en el contexto de la pandemia de COVID-19, las personas son susceptibles de interpretar sensaciones corporales inofensivas como evidencia de que se encuentran infectados, lo que incrementa su ansiedad, influye en su capacidad para tomar decisiones racionales y en su comportamiento (Huarcaya, 2020).

El bienestar psicológico ha sido estudiado tanto en el área de salud como en la de educación y se considera en algunos casos como un factor protector y en otros como factor de riesgo respecto al desarrollo de enfermedades mentales (Veliz et al., 2017). Es resultado de la evaluación que las personas hacen de sus vidas, e incluye una dimensión cognitiva referida a la satisfacción con la vida en su totalidad o con áreas específicas, y otra afectiva relacionada con la frecuencia e intensidad de las emociones positivas y negativas, cuya interacción abarca un amplio espectro de vivencias (Álvarez, et al., 2019).

“De acuerdo a lo mencionado por Accinelli et al. (2020), en diciembre de 2019, aparecieron casos de neumonía de etiología desconocida en Wuhan, China. Días después, esta enfermedad se extendió en diversos países vecinos, como Tailandia, Japón y Corea, otros coronavirus han generado brotes de neumonía, como el síndrome respiratorio agudo grave (SARS, por sus siglas en inglés) de 2002-2003 que dejó 774 muertes y 8098 infectados y el síndrome respiratorio del Medio Oriente (MERS), originado en Arabia Saudita responsable de 848 muertes en 27 países durante 2012-2019, el periodo de incubación del SARS-CoV-2 es de 5 días en promedio, semejante al del SARS-CoV-1 causante del brote del 2003, pero mayor que el de la influenza H1N1 de 2009, el ritmo reproductivo básico (R0), un parámetro que aproxima el promedio de casos nuevos

generados por un paciente durante su periodo infeccioso, varía entre 1,4 y 2,5. Son tres las estrategias posibles para enfrentar esta pandemia: No intervenir y esperar que la curva de la enfermedad se detenga cuando se enfermen todas las personas susceptibles; mitigar; buscar la supresión de la epidemia, algunos modelos matemáticos en el extranjero han sugerido que, si no se toma ninguna medida, en tres meses se habrá infectado cerca del 80% de la población, y habría 510 000 muertos en Inglaterra y cerca de 2,2 millones en los Estados Unidos, con un colapso del sistema de salud, si se usa la mitigación, se reducirían las muertes a 255 000 y 1,2 millones, respectivamente, pero también los sistemas de salud estarían sobrepasados. Sin embargo, si se emplean estrategias de supresión, la demanda de atención médica en el pico de la epidemia se reduciría en dos tercios, considerándose la mejor forma de enfrentar el problema” (p. 2).

Los coronavirus son miembros de la subfamilia Orthocoronavirinae dentro de la familia Coronaviridae, esta comprende cuatro tipos: Alphacoronavirus, Betacoronavirus, Gammacoronavirus y Deltacoronavirus, los alfa coronavirus y betacoronavirus infectan solo a mamíferos y normalmente son responsables de infecciones respiratorias en humanos y gastroenteritis en animales. Hasta la aparición del SARS-CoV-2, se habían descrito seis coronavirus en seres humanos (HCoV-NL63, HCoV-229E, HCoV-OC43 y HKU1) que son responsables de infecciones leves del tracto respiratorio en personas adultas, pero que pueden causar cuadros más graves en niños y ancianos, el SARS-CoV y MERS-CoV, ambos patógenos emergentes a partir de un reservorio animal, son responsables de infecciones respiratorias graves de corte epidémico con gran repercusión internacional debido a su morbilidad y mortalidad, el coronavirus SARS-CoV-2 supone el séptimo coronavirus aislado y caracterizado capaz de provocar infecciones en humanos (OMS, 2020).

Por lo que podemos concluir que el virus surgió en china y se dispersó por todo el mundo, debido a que el lugar en el que se generó es visitado por personas provenientes del mundo entero, además el que fuera un virus nuevo propició que no se pudiera controlar de una manera adecuada, por lo que para la mayoría de los países la única salida fue el aislamiento, hasta que no disminuyeran los contagios, o en su defecto se encontraría la vacuna, toda esta situación provocó que la mayoría de las personas presentaran ataques de pánico o de ansiedad, el miedo que se generó al desconocer muchas cosas sobre el virus, la incertidumbre de no saber si sobreviviríamos, provocó que se generará angustia, ansiedad, depresión y estrés.

3.4.- Prevalencia

La investigación, llevada a cabo por la Universidad de Beijing, analizó a 191 pacientes, pero se trata del estudio de cohorte multicéntrico retrospectivo más grande realizado hasta ahora. De todos los pacientes, 137 fueron dados de alta y 54 murieron en el hospital. 91 de ellos tenían alguna comorbilidad. La hipertensión fue la más común, seguido de diabetes y enfermedad coronaria. La regresión multivariable mostró mayores probabilidades de muerte en el hospital asociada con la edad avanzada. Así, la mediana de duración de la eliminación viral fue de 20 días en los supervivientes, pero el SARS-CoV-2 fue detectable hasta la muerte de los que no sobrevivieron. La duración más larga observada de la eliminación del virus en los sobrevivientes fue de 37 días. Si una persona que, de positivo, quizás sea mejor si permanece aislado durante todo este período, para evitar posibles contagios a familiares, amigos y colegas (López, 2020).

Gente de cualquier edad, incluso los niños, pueden contagiarse el virus COVID-19. Pero lo más común es que afecte a los adultos de mediana edad y mayores, el riesgo de desarrollar síntomas peligrosos aumenta con la edad, por lo que los mayores de 85 años corren mayor riesgo de tener síntomas graves. En los EE. UU., cerca del 80 % de las muertes por la enfermedad se dieron en personas de 65 años o más, los riesgos son aún mayores si las personas mayores tienen problemas de salud preexistentes, los residentes de los asilos de ancianos y convalecientes corren un alto riesgo porque suelen tener múltiples problemas de salud preexistentes, combinados con una edad avanzada, y los gérmenes se pueden propagar muy fácilmente entre personas que viven tan cerca las unas de las otras (López, 2020).

Las personas con distintas afecciones crónicas tienen más probabilidades de experimentar síntomas peligrosos si se infectan con COVID-19. Estas incluyen la diabetes tipo 2, la obesidad mórbida y las enfermedades cardíacas graves. La presión arterial alta y la diabetes tipo 1 pueden aumentar el riesgo de síntomas graves de COVID-19, tanto la obesidad como la diabetes reducen la eficiencia del sistema inmunitario de una persona, la diabetes aumenta el riesgo de infecciones en general, el riesgo de infecciones, incluso por COVID-19, se puede reducir manteniendo controlados los niveles de glucosa en la sangre y continuando con los medicamentos para la diabetes y la insulina, el riesgo de tener una enfermedad grave es mayor si se presentan enfermedades cardíacas como miocardiopatía, hipertensión pulmonar, enfermedad cardíaca congénita, insuficiencia cardíaca o enfermedad de las arterias coronarias (López, 2020).

Un sistema inmunológico sano lucha contra los gérmenes que causan enfermedades. Pero muchas afecciones pueden debilitar tu sistema inmunitario, las afecciones que afectan a tu

sistema inmunológico y aumentan el riesgo de enfermedades graves por COVID-19 incluyen; Trasplantes de órganos, Tratamientos oncológicos, Trasplante de médula ósea, VIH/SIDA, El uso a largo plazo de prednisona o fármacos similares que debilitan el sistema inmunitario, si se tiene un padecimiento renal crónico o una enfermedad hepática crónica, se tiene un mayor riesgo de enfermar gravemente con COVID-19, esto sumado a que se deben de tomar medicamentos para tratar la enfermedad, esto puede tener efectos negativos en el hígado (López, 2020).

Por lo tanto, de acuerdo a la prevalencia por edad entre personas que tuvieron contacto con el virus, se encontró que las personas menores de 20 años presentaron pocos contagios, las personas de 20 a 59 años presentaron más contagios, en tanto que los con de más de 60 años presentó menos contagios, esto se debió a que las personas de esa edad se cuidaron más, permanecieron más en casa y tomaron todas las medidas, en relación a la prevalencia por escolaridad, las personas con secundaria y preparatoria tuvieron más contagios frente a quienes contaron con estudios superiores de universidad o posgrado, en relación al género, los hombres fueron lo que sufrieron un mayor impacto por la pandemia que las mujeres.

3.5.- Tipos y Sintomatología

En los coronavirus humanos, la gravedad puede variar sustancialmente, en el caso del SARS, es una forma grave de neumonía, provoca dificultad respiratoria y fiebre superior a los 38 grados, el brote de 2002 se extendió por todo el mundo, aunque su frecuencia siempre ha sido mayor en el este asiático., MERS-CoV, causa graves problemas respiratorios, además de fiebre, tos y dificultad para respirar, aunque en un primer momento puede ser asintomático, en los casos más graves también se produce expectoración de sangre, diarrea y vómitos, tuvo su primer brote en el año 2012 y desde entonces se han reportado muchos casos en Oriente Medio, aunque también ha llegado a Europa y Estados Unidos, el Covid-19; muestra una secuencia genética que coincide con la del SARS en un 80%, en un principio parece menos virulento y con una tasa de letalidad inferior, su transmisión ha sido muy superior, ya ha causado varios miles de casos más que el SARS y, como consecuencia, el número de fallecimientos también es mucho más elevado (Sánchez, 2020).

En el informe de la misión de la OMS (2020), en China se describen los síntomas y signos más frecuentes 55.924 casos confirmados por laboratorio, que incluyen: fiebre (87,9%), tos seca (67,7%), astenia (38,1%), expectoración (33,4%), disnea (18,6 %), dolor de garganta (13,9%), cefalea (13,6%), mialgia o artralgia (14,8%), escalofríos (11,4%), náuseas o vómitos (5 %), congestión nasal (4,8%), diarrea (3,7%), hemoptisis (0,9%) y congestión conjuntival (0,8%). En un estudio con 214 pacientes ingresados en un hospital de Wuhan, el 36% tenían

síntomas neurológicos; mareo (17%), alteración del nivel de conciencia (7%), accidente cerebrovascular (2,8%), ataxia (0,5%), epilepsia (0,5%) y neuralgia (2,3%) (Mao L. et al., 2020).

La enfermedad puede presentarse con síntomas relacionados en el fallo cardíaco o el daño miocárdico agudo, incluso en ausencia de fiebre y síntomas respiratorios, la pérdida de gusto y olfato fueron los síntomas que mejor predijeron la enfermedad, se describen mayor incidencia de fenómenos trombóticos asociados a los casos de COVID-19 que se manifiestan como infarto cerebral, isquemia cardíaca, muerte súbita, embolismos, trombosis venosa profunda. También se observa una mayor incidencia de sangrados (Zheng et al., 2020).

En general, los síntomas principales de las infecciones por coronavirus pueden ser los siguientes; tos, dolor de garganta, fiebre, dificultad para respirar, dolor de cabeza, pérdida del sentido del olfato y del gusto, urticaria con y sin picor o eritema multiforme, escalofríos y malestar general, obstrucción nasal, secreción y goteo, problemas del habla, dificultades para moverse, dolor muscular, en algunos casos puede haber ausencia de síntomas, en el caso del Covid 19 suele causar tos, fiebre y dificultades respiratorias, puede presentar neumonía y, en el caso del MERS, también se pueden registrar diarrea, tal y como ocurre con el virus de la gripe, los síntomas más graves se registran tanto en personas mayores como en aquellos individuos con inmunodepresión o con enfermedades crónicas como diabetes, algunos tipos de cáncer o enfermedad pulmonar crónica, en los casos más graves pueden ocasionar insuficiencia respiratoria, algunas personas pueden ser asintomáticos pero pueden ser transmisores del virus y esa es una de las razones de la gran expansión de la pandemia (Sánchez, 2020).

En resumen, los tipos y síntomas del Covid 19 son variados, por lo que debemos de tener presentes todos los síntomas para poder detectar si uno pudiera presentar los síntomas y por lo tanto portar el virus, este tipo de coronavirus es de los más agresivos y viral, por lo que esto permitió que se dispersan de manera rápida en todo el mundo, además de que al ser un virus relativamente nuevo y que se deriva de otros ya existentes complicó el poder encontrar la vacuna o los medicamentos adecuados para su tratamiento y control.

3.6.- La pandemia en México

El 28 de febrero de 2020, el Covid-19 llegó a México. La Secretaría de Salud dio a conocer el primer caso importado de contagio de coronavirus, tomando acciones inmediatas con el objetivo de reducir la velocidad de su propagación en la población; se implementaron programas de difusión de información sobre las medidas básicas de higiene en todo el país.

Así mismo, se identificaron los sectores vulnerables ante una probable infección con potenciales desenlaces fatales: adultos mayores (60 años en adelante), personas con enfermedades crónicas (pulmonares, cardíacas, diabetes), con inmunodepresión y niños menores de 5 años (OMS, 2020).

El 11 de marzo del 2020, OMS (2020) declaró al brote del virus SARS COV-2 (Covid-19) como una pandemia. Se comunicó al mundo sobre su elevado potencial de propagación internacional, emitió alertas con referencia a las consecuencias e impacto en los sectores de salud pública, sociales y económicos en todas las naciones, en aquella fecha, el virus, cuyo origen se localizó en China en diciembre del 2019 ya se había propagado a 114 países en un lapso de 2 semanas contabilizando más de 118,000 casos de personas infectadas dejando a su paso 4, 291 defunciones.

Además, se especificó que el tratamiento médico radica en el control de los signos y síntomas de la infección debido a la inexistencia mundial de medicamentos para su cura. Por último, se subrayó la importancia de la vigilancia puntual de los pacientes que pudieran presentar dificultades respiratorias, cuyos casos requerirían hospitalización, en ese momento, se declaró a México en la fase 1, definida por el Instituto Nacional de Salud Pública, como la etapa en la que el virus ha sido introducido al país, es decir, las personas contagiadas contrajeron el virus en el extranjero y presentaron síntomas al regresar a México (López, 2020).

La fase 2 se declaró el 24 de marzo 2020, la cual consiste en la dispersión comunitaria del virus, en donde se presenta el contagio de persona a persona en las comunidades, en esta fecha, el recuento de infectados en México fue de 405 y 5 decesos, ante el inminente incremento de propagación del virus, la Secretaría de Salud continuó con el reforzamiento de medidas básicas de higiene y distanciamiento social, se intensificaron las medidas preventivas, consistentes en: la suspensión de clases en todos los niveles educativos, los eventos y reuniones con más de 50 participantes, así como todas aquellas acciones que implican el desplazamiento de las personas, incluidas las actividades laborales, religiosas, entretenimiento y recreativas, entre otras, en esta fase dio inicio el confinamiento voluntario (López, 2020).

El 21 de abril, la Secretaría de Salud declaró la Fase 3, que consiste en la etapa de contagio epidémico, donde las medidas de prevención, control y atención de la pandemia se fortalecieron, implementando (además de las medidas que se habían instaurado en la fase 2), la suspensión de actividades no esenciales y el uso de filtros sanitarios en la entrada de los inmuebles, 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, implicando 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 esta contingencia (OMS, 2020).

La presencia de la pandemia por el virus a nivel mundial y en particular en México ha sido de un gran impacto, esto debido a que contamos con sistema de salud bastante deficiente y que no toda la población cuenta con acceso a un sistema de salud, además de que las políticas y medidas que se tomaron no fueron oportunas y mucho menos adecuadas, ya que no se cerraron las fronteras a tiempo para tratar de impedir el acceso a personas contagiadas a nuestro territorio, esto sumado a que el aislamiento se dio de manera tardía, ya que no todas las personas podían abandonar su trabajo y realizarlo desde su casa, esto además de que algunas personas cuestionan la existencia de este virus, lo cual propició las condiciones adecuadas para que este virus se dispersan de manera rápida, causando muertes y contagios por doquier, saturando y colapsando el sistema de salud, evidenciando las carencias que se tienen en este apartado.

4.- Capítulo IV Desarrollo de la investigación

4.1- Planteamiento del problema

La presencia de la pandemia por el virus a nivel mundial y en particular en México ha sido un verdadero problema tanto para el gobierno como para las personas, esto debido a la falta de una educación sobre el manejo de pandemias, además de la deficiencia del sistema de salud y la falta de capacidad del gobierno, lo cual permitió que la pandemia afectara de manera drástica nuestro país, por lo que el 28 de febrero 2020, el Covid-19 llegó a México, la Secretaría de Salud dio a conocer el primer caso importado de contagio de coronavirus, tomando acciones inmediatas con el objetivo de reducir la velocidad de su propagación en la población; se implementaron programas de difusión de información sobre las medidas básicas de higiene en todo el país, así mismo, se identificaron los sectores vulnerables ante una probable infección con potenciales desenlaces fatales: adultos mayores (60 años en adelante), personas con enfermedades crónicas (pulmonares, cardíacas, diabetes), con inmunodepresión y niños menores de 5 años.

El 11 de marzo del 2020, la OMS (2020) declaró al brote del virus SARS COV-2 (Covid-19) como una pandemia. Se comunicó al mundo sobre su elevado potencial de propagación internacional, emitió alertas con referencia a las consecuencias e impacto en los sectores de salud pública, sociales y económicos en todas las naciones, en aquella fecha, el virus,

cuyo origen se localizó en China en diciembre del 2019 ya se había propagado a 114 países en un lapso de 2 semanas contabilizando más de 118,000 casos de personas infectadas dejando a su paso 4, 291 defunciones.

Además, se especificó que el tratamiento médico radica en el control de los signos y síntomas de la infección debido a la inexistencia mundial de medicamentos para su cura. Por último, se subrayó la importancia de la vigilancia puntual de los pacientes que pudieran presentar dificultades respiratorias, cuyos casos requerirían hospitalización (López, 2020). En ese momento, se declaró a México en la fase 1, definida por el Instituto Nacional de Salud Pública (2020), como la etapa en la que el virus ha sido introducido al país, es decir, las personas contagiadas contrajeron el virus en el extranjero y presentaron síntomas al regresar a México.

La fase 2 se declaró el 24 de marzo 2020, la cual consiste en la dispersión comunitaria del virus, en donde se presenta el contagio de persona a persona en las comunidades (INSP, 2020). En esta fecha, el recuento de infectados en México fue de 405 y 5 decesos. Ante el inminente incremento de propagación del virus, la Secretaría de Salud continuó con el reforzamiento de medidas básicas de higiene y distanciamiento social, se intensificaron las medidas preventivas, consistentes en: la suspensión de clases en todos los niveles educativos, los eventos y reuniones con más de 50 participantes, así como todas aquellas acciones que implican el desplazamiento de las personas, incluidas las actividades laborales, religiosas, entretenimiento y recreativas, entre otras. En esta fase dio inicio el confinamiento voluntario.

El 21 de abril, la Secretaría de Salud declaró la Fase 3, que consiste en la etapa de contagio epidémico, donde las medidas de prevención, control y atención de la pandemia se fortalecieron, implementando (además de las medidas que se habían instaurado en la fase 2), la suspensión de actividades no esenciales y el uso de filtros sanitarios en la entrada de los inmuebles. 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, implicando 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 esta contingencia (OMS, 2020).

Desde la perspectiva de diversos estudios científicos realizados en diferentes naciones, el confinamiento durante las pandemias provoca impacto psicológico en las personas. Ko et al. (2006), Llevaron a cabo un estudio en Taiwán durante la emergencia sanitaria generada por el brote de SARS (Síndrome Respiratorio Agudo Severo) en el 2003, encontrando que

los niveles más altos de depresión en la población se relacionaron con la falta de apoyo social, el impacto económico y la percepción de vulnerabilidad ante el contagio por contar con deficiencias personales en la salud. Por otro lado, Yoon et al. (2016), Señalaron que durante el confinamiento generado por la pandemia del MERS (Síndrome Respiratorio de Oriente Medio) en Corea del Sur, el Instituto Nacional para el manejo de Desastres reportó los resultados de una encuesta realizada para identificar el impacto psicológico en una muestra poblacional en dicho país, identificando que los participantes reflejaron desesperación durante los primeros 9 días del brote, ansiedad entre los días 15 y 19; y enojo entre los días 20 al 31.

En relación con la pandemia mundial de Covid-19, se han realizado algunos estudios científicos sobre el impacto que el confinamiento ha tenido en el ámbito psicológico en las poblaciones en cuarentena. Khan et al. (2020), Señalan que la vivencia de ansiedad, crisis de pánico, trastornos del sueño, ira y desilusión se manifiestan en las personas debido al confinamiento durante las pandemias. En China, Wang y colaboradores (2020) desarrollaron una investigación con una muestra poblacional compuesta por 1,210 participantes durante la fase inicial del brote de Covid-19, cuyos resultados refieren la presencia de los siguientes síntomas (moderados a severos): depresión (16.5%), ansiedad (28.8%), estrés (8.1%) y una asociación significativa ($p < 0,05$) entre el estado de salud autoevaluado con mayores niveles de estrés, ansiedad y depresión, especialmente en las mujeres estudiantes.

Así mismo, Huang & Zhao (2020), identificaron la presencia de ansiedad (35.1%), depresión (20.1%) y problemas en la calidad del sueño (18.2%) durante la primera fase de confinamiento por Covid-19 en una población China. Por otro lado, en España, Ozamiz et al. (2020), Condujeron una investigación con el objetivo de determinar los niveles de estrés, ansiedad y depresión en la primera fase del brote de Covid-19 con una población conformada por 976 ciudadanos del norte de España; dichos investigadores detectaron que los grupos más jóvenes de la población en estudio (18-25 años) presentaron promedios más altos en estrés, ansiedad y depresión en comparación a los grupos de 26-60 años y mayores de 60. Señalaron también que hubo un mayor impacto psicológico en aquellas personas que manifestaron síntomas de enfermedades crónicas.

La población mundial se ha enfrentado al brote repentino y de acelerada propagación del Covid-19 en los últimos 6 meses y la comunidad científica, en todas sus disciplinas se encuentra altamente ocupada trabajando en la explicación, comprensión, control y supresión de sus efectos en las diferentes esferas de los individuos y grupos sociales.

Como se vio en apartados anteriores la depresión en relación a la pandemia ha tenido un grave impacto sobre la salud mental de las personas, al pasar demasiado tiempo en

aislamiento los sujetos pueden mostrar síntomas de depresión grave y síntomas relacionados con el estrés postraumático hasta 3 años después (Brooks et al, 2020). La separación de los seres queridos, la pérdida de la libertad, la incertidumbre sobre el estado de la enfermedad y el aburrimiento; pueden causar efectos psicológicos adversos, conductas de evitación, de confusión, de frustración y de enojo; incluidos los síntomas de estrés postraumático que podrían escalar hasta el suicidio; de hecho, algunos investigadores han sugerido que, a mayor duración de la cuarentena, se intensifican los temores, mismos que pueden provocar efectos negativos duraderos, explica la Secretaría de Salud.

En la mayoría de los estudios realizados sobre el tema coinciden en que la pandemia permitió que aumentara el número de personas que padecen de estrés, la situación económica, el aislamiento y el miedo al contagio, propició que esta situación prevalece, otros autores mencionan que los tipos de estrés más comunes fueron el laboral y el académico, esto debido a los cambios derivados de la pandemia, las personas adultas fueron quienes presentaron más estrés, esto debido a que fue el sector más propenso al contagio, además de que fueron quienes padecieron de manera directa los estragos de la pandemia.

En tanto en lo que respecta a la ansiedad, la doctora Margarita Reyes, Psiquiatra, especialista en sueño, menciona que en México, el nivel de afectación a la salud mental de la población es muy alto, esto debido los cambios en el estilo de vida, ya que la gente pasa mucho tiempo encerrada en sus casas, esto puede aumentar la adrenalina en el cuerpo, y esta reacción mantenida por mucho tiempo, provoca enfermedades como insomnio, ansiedad y depresión, por su lado el doctor David López comenta que las enfermedades mentales de mayor prevalencia, en tiempos de coronavirus, son la ansiedad y la depresión (Reynoso, 2020).

En la actualidad, se han llevado a cabo contados estudios científicos para determinar el impacto psicológico del confinamiento generado por Covid-19. En México, a la fecha no se cuenta con resultados de investigaciones científicas sobre el impacto psicológico del confinamiento durante la pandemia en la población de los estudiantes universitarios, (González et al., 2020). Por tal motivo, el objetivo de este trabajo consistirá en evaluar los niveles de ansiedad, depresión y estrés en estudiantes universitarios SUAyED durante la pandemia de Covid-19.

4.2.- Pregunta de investigación

¿Cuáles son los niveles de estrés, de ansiedad y de depresión en estudiantes SUAyED durante la pandemia?

4.3.- Objetivos

Conocer el nivel de estrés, ansiedad y depresión durante la pandemia del Covid 19 en estudiantes universitarios SUAyED.

4.4.- Hipótesis

Los estudiantes universitarios SUAyED presentan niveles de estrés, ansiedad y depresión durante la pandemia de Covid 19.

4.5.- Metodología

4.5.1.- Muestra

En la investigación participaron 260 estudiantes universitarios SUAyED. En un muestreo no probabilístico intencionado, siendo una muestra dirigida. En el muestreo no probabilístico puede haber clara influencia de las personas que seleccionan la muestra, la selección de los sujetos a estudio dependerá de ciertas características y criterios que el investigador considere necesarios. Decimos que es intencional en tanto que, permite seleccionar casos característicos de una población limitando la muestra solamente a estos casos; se utiliza en escenarios en los que la población es muy variable y consiguientemente la muestra es muy pequeña.

4.5.2.- Procedimiento

Los datos se obtuvieron mediante la aplicación del instrumento DASS 21, esta es una escala autoaplicable que consta de 21 reactivos con cuatro opciones de respuesta que van desde 0 (nunca) o 3 (casi siempre), consta de 3 subescalas que miden depresión, ansiedad y estrés (ver anexo 1).

La escala se aplicó a 260 sujetos (52 hombres y 208 mujeres de entre 18 y 60 años de edad) de una población no clínica SUAyED, los resultados después de haber realizado un análisis factorial, con rotación varimax, de los 21 reactivos originales permanecieron 14 agrupados en tres factores que corresponden a depresión, ansiedad y estrés, la escala resultante explica un 46.6 de la varianza total con un Alpha de Cronbach de 0.86, como conclusión, la escala DASS 21 mostró una estructura factorial y consistencia interna que indican que la hacen confiable para evaluar los constructos que mide (Gurrola et al., 2006).

Se aplicó en línea utilizando Google Forms, el cual se envió a través de un grupo de Facebook de la comunidad SUAyED, quienes decidieron por voluntad propia participar en la investigación.

4.5.3.- Diseño de investigación

Fue de tipo cuantitativo, no experimental y transversal, de corte descriptivo.

De tipo cuantitativo porque permite recabar y analizar datos numéricos en relación a determinadas variables, que han sido previamente establecidas. Este tipo de investigaciones estudia la relación entre todos los datos cuantificados, para conseguir una interpretación precisa de los resultados correspondientes.

Un diseño de investigación de tipo no experimental y transversal, las variables no se manipulan intencionalmente, sino que solo se observa y se analiza el fenómeno tal y como es en su contexto natural, el cual será a su vez transversal, esto dado a que los datos se recolectarán en un solo momento, cuyo propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación.

De corte descriptivo, este es un método científico que implica observar y describir el comportamiento de un sujeto sin influir sobre él de ninguna manera.

4.5.4.- Variables; Estrés, Ansiedad y Depresión, las cuales serán medidas por medio de la escala DASS-21.

4.10.- Análisis de Resultados

En la presente investigación participaron un total de 260 estudiantes SUAyED, todos los participantes dieron su consentimiento informado para poder participar en la investigación, los resultados del instrumento se describen a continuación:

En relación a la edad la muestra estuvo constituida por estudiantes de primero a noveno semestre, las edades oscilan de los 18 a 60 años. En relación al sexo en esta investigación hubo 52 hombres y 208 mujeres que equivalen al 20% y 80% respectivamente ver gráfica 1.

Gráfica 1.- Sexo



En la medición del nivel de estrés se puede observar que 82 estudiantes (32%) no presentaron estrés, mientras que 42 estudiantes (16%) presentan un nivel leve, en tanto que 65 estudiantes (25%) presentan un nivel moderado, en lo referente al nivel severo lo presentan 44 estudiantes (17%), por último 27 estudiantes (10%) presentaron un nivel extremadamente severo, de acuerdo a la gráfica 2.

Gráfica 2.- Nivel de estrés



En lo que respecta al nivel de depresión podemos observar en la gráfica 3, lo siguiente; 74 estudiantes (28%) no presentaron depresión, en tanto que 40 estudiantes (15%) presentan

un nivel leve de depresión, en lo que se refiere al nivel moderado lo presentan 74 estudiantes (28%), a continuación, podemos ver que 28 estudiantes (11%) presentan un nivel severo y por ultimo 44 estudiantes (17%) presentan un nivel extremadamente severo de depresión.

Gráfica 3.- Nivel de depresión



En la gráfica 4 podemos observar el desglose de los estudiantes que presentan algún nivel de ansiedad, quedando de la siguiente manera; 53 estudiantes (20%) no presentan ansiedad, en tanto que 21 estudiantes (9%) presentan un nivel leve, en respecto al nivel moderado podemos ver que 77 estudiantes (30%), además 41 estudiantes (16%) presentan un nivel severo, en tanto 68 estudiantes (26%), presentan un nivel extremadamente severo de ansiedad.

Gráfica 4.- Nivel de ansiedad



Por otra parte, en relación a los síntomas por trastorno, en el estrés; el 97% de los alumnos le costó mucho relajarse, el 90% reaccionó de manera exagerada en ciertas situaciones, el 89% sintió que tenían muchos nervios, el 88% noto que se agitaba, el 95% se le hizo difícil relajarse, el 80% no tolero nada que no le permitiera terminar con lo que estuviera haciendo, el 93% sentido que estaba muy irritable. Como podemos ver en la tabla 1.

Tabla 1.- Porcentajes de síntomas de estrés presentes durante el confinamiento.

Síntomas	Porcentajes
1. Me ha costado mucho descargar la tensión	97%
6. Reaccione exageradamente en ciertas situaciones	90%
8. Sentí que tenía muchos nervios	89%
11. Noté que me agitaba	88%
12. Se me hizo difícil relajarme	95%
14. No toleré nada que no me permitiera continuar con lo que estaba haciendo	80%
18. Sentí que estaba muy irritable	93%

En la tabla 2, podemos observar los síntomas de la depresión que presentaron los estudiantes; el 85% no podían sentir ningún sentimiento positivo, 88% se les hizo difícil tomar la iniciativa para hacer cosas, 55% sintió que no había nada que los ilusionara, 91% se sintió triste y deprimido, el 74% no se pudo entusiasmar por nada, el 62% sintió que valía muy poco como persona, 57 % sintió que la vida no tenía ningún sentido.

Tabla 2.- Porcentajes de síntomas de la depresión presentes durante el confinamiento.

Síntomas	Porcentajes
3. No podía sentir ningún sentimiento positivo	85%
5. Se me hizo difícil tomar la iniciativa para hacer cosas	88%
10. He sentido que no había nada que me ilusionara	55%
13. Me sentí triste y deprimido	91%
16. No me pude entusiasmar por nada	74%
17. Sentí que valía muy poco como persona	62%
21. Sentí que la vida no tenía ningún sentido	57%

Por último, en lo concerniente a la ansiedad podemos ver en la tabla 3, que se encontró lo siguiente; el 83% se dio cuenta que tenía la boca seca, el 65% se le hizo difícil respirar, el 54% sintió que sus manos temblaban, el 72% estuvo preocupado por situaciones en las cuales podía tener pánico o en las que podría hacer el ridículo, el 66% sintió que estaba al punto de pánico, el 77% sintió los latidos de su corazón a pesar de no haber hecho ningún esfuerzo físico, el 76% tuvo miedo sin razón.

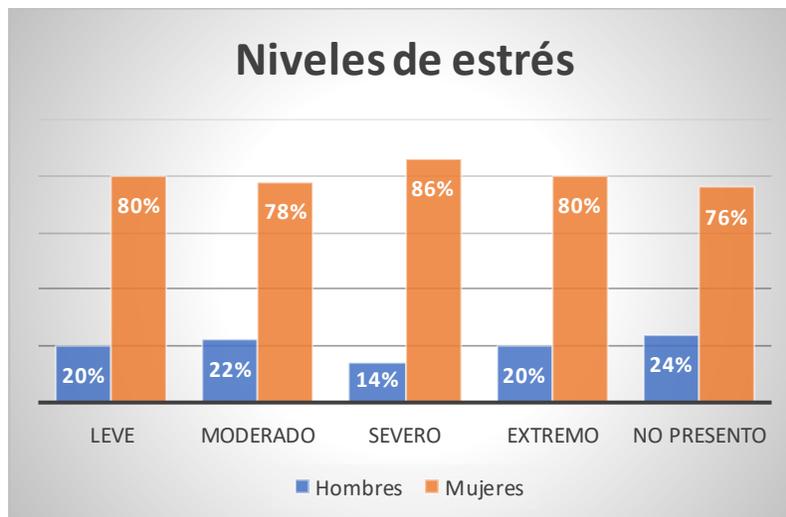
Tabla 3.- Porcentajes de síntomas de ansiedad presentes durante el confinamiento.

Síntomas	Porcentajes
2. Me di cuenta que tenía la boca seca	83%
4. Se me hizo difícil respirar	65%
7. Sentí que mis manos temblaban	54%
9. Estaba preocupado por situaciones en las cuales podía tener pánico o en las que podría hacer el ridículo	72%
15. Sentí que estaba al punto de pánico	66%
19. Sentí los latidos de mi corazón a pesar de no haber hecho ni ningún esfuerzo físico	77%
20. Tuve miedo sin razón	76%

En relación al sexo y los niveles de estrés, ansiedad o depresión, aunque no fue el propósito de esta investigación los datos permiten establecer una diferencia entre estos, así las mujeres fueron las que más presentaron estos trastornos, esto puede estar relacionado a que en la muestra se contó con la participación del 80% de mujeres y solo un 20% de hombres, dentro de los cuales se puede establecer la siguiente relación con respecto al sexo de las diferentes variables medidas dentro de la investigación, de lo cual se desprende lo siguiente;

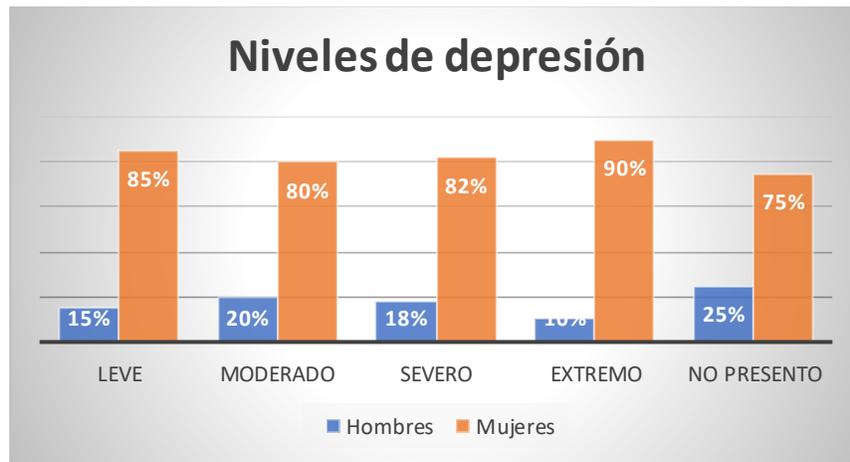
En lo que respecta al estrés la población de los hombres que participó en el estudio quedó distribuida de la siguiente manera; el 20% presenta niveles leves, el 22% moderado, el 14% severo, el 20% extremo y el 24% no presentó estrés, en tanto en que la población de las mujeres quedó representada de la siguiente forma; el 80% leve, el 78% moderado, el 86% severo, 80% extremo y el 76% no presentó ningún tipo de estrés, esto lo podemos observar en la gráfica 5.

Gráfica 5.- Distribución por sexo de los niveles de estrés.



En relación a los niveles de depresión los hombres quedaron representados con los siguientes porcentajes; el 15% leve, el 20% moderado, el 18% severo, el 10% extremo, y el 25% no presenta depresión, en tanto las mujeres quedaron distribuidas de la siguiente manera; el 85% leve, el 80% moderado, el 82% severo, el 90% extremo y el 75% no presentó depresión, lo antes descrito lo podemos ver en la gráfica 6.

Gráfica 6.- Distribución de niveles de depresión por sexo.



Los niveles de ansiedad que presentan los hombres quedaron de la siguiente manera; el 28% leve, el 20% moderado, el 18% severo, 10% extremo y el 30% no presentó ningún nivel de ansiedad, en relación a las mujeres los porcentajes quedaron de la siguiente manera; el 72% leve, el 80% moderado, el 82% severo, el 90% extremo y el 70% no presentó ansiedad, esto de acuerdo a lo desglosado en la gráfica 7.

Gráfica 7.- Distribución de niveles de ansiedad por sexo.



Por lo tanto, además de que quizás fue el tamaño de la muestra (80% de mujeres y solo un 20% de hombres) y su participación para responder el instrumento, en futuras investigaciones se podría establecer una equivalencia en la muestra de participación de hombres y mujeres.

Cabe señalar que en lo que respecta al estrés, solo el 32% no presentó ningún nivel de estrés, en tanto que el 68% si presentó algún problema de estrés, lo que resulta bastante interesante ya que representa más de la mitad de la muestra, en lo que respecta a la depresión el 28% no presenta ningún problema, sin embargo el 72% si tiene algún problema de depresión, en lo que se refiere a la ansiedad solo el 20% no presenta ningún nivel de ansiedad, mientras que el 80% si tiene problemas de ansiedad, por lo que podemos ver la mayoría de población estudiantil estudiada presenta problemas de estrés, depresión y ansiedad durante la pandemia.

Con respecto a la aplicación del DASS 21, es un instrumento que es de fácil aplicación, que, al integrar los tres trastornos psicológicos dentro de una misma escala, esto facilita su aplicación, ya que es sencillo y rápido de contestar, en un inicio no se contaba con el número de estudiantes suficientes para la aplicación del instrumento, por lo que se buscó a los estudiantes en los grupos de Facebook SUAyED, con lo que se facilitó la participación de los estudiantes, en menos de una semana ya se contaba con la muestra suficiente para realizar el estudio.

4.11.- Conclusiones

En el inicio de la investigación se formuló el siguiente objetivo “Conocer el nivel de estrés, ansiedad y depresión durante la pandemia del Covid 19 en estudiantes universitarios SUAyED”, lo cual se cumplió en su totalidad, ya que conocimos los niveles de estrés, depresión y ansiedad de 260 estudiantes SUAyED, los cuales en su mayoría presentaron algún nivel de los trastornos antes mencionados, y las mujeres fueron quienes más presentan este tipo de problemáticas.

Los hallazgos de esta investigación respecto a los niveles en cada uno de los trastornos al largo del tiempo de confinamiento y aislamiento, se generó en torno a la situación actual del COVID-19, el saber que se contagian tantas personas y que otras perdían la vida propicia que los sujetos presentaran un alto nivel de estrés, depresión y ansiedad, esto sumado a la carga de trabajo tanto de sus empleos y sus estudios.

En esta investigación podemos observar que el bienestar psicológico es parte fundamental al momento de poder enfrentar cualquier adversidad, como es el caso de la pandemia por

COVID-19, así como poder prevenir enfermedades mentales, así poder reaccionar de la manera correcta y manejar adecuadamente las emociones. Lo anterior implica que los participantes puedan anticiparse psicológicamente y que sean capaces de poder percibir seguridad ante las posibles situaciones negativas y catastróficas que todavía tienen que vivir, así como prevenir y enfrentar la crisis aplicando medidas efectivas.

Lo reportado por Galea et al. (2020), al referir en su estudio que las mujeres son las que presentan más altos niveles de ansiedad, esto se comprobó de igual forma en esta investigación. Además, refiere que esto aumenta con la edad, las mujeres de este estudio eran mayores de 18 años lo cual coincide con lo encontrado en la investigación, completa la información. Así mismo, concuerda con lo señalado por Martínez (2010) quien dice que las mujeres tienen más riesgo que los hombres de padecer un trastorno de ansiedad y la prevalencia de la mayoría de los trastornos de ansiedad en el caso de las mujeres duplica a la de los hombres. Aunque este último no puede ser concluyente debido a que la mayoría de participación en esta investigación fueron mujeres, pero en toda la información sobre el tema los autores concuerdan en que la población femenina es la más propensa a padecer trastornos mentales, esto debido a la desigualdad de género y a su sensibilidad emocional.

La pandemia y las medidas de cuarentena son especialmente duras para las mujeres. El problema no reside en la percepción de las mujeres o en su sensibilidad emocional que tradicionalmente se les atribuye, la explicación debe buscarse en las condiciones de género que multiplican las demandas de cuidado, el trabajo doméstico, la gestión de relaciones y emociones familiares, la falta de autonomía, el descuido de la propia salud, o de llegar a sufrir violencia, en general por la desigualdad de género que en la actualidad ha permitido que las mujeres asuman más responsabilidades y labores tanto en el ámbito laboral como en el familiar.

La pandemia tuvo un impacto psicológico en los estudiantes universitarios, Cao et al. (2020) estudiaron a 7143 estudiantes de medicina durante la fase inicial de la pandemia y descubrieron que mostraron síntomas ansiosos graves, moderados y leves, además, el vivir en un área urbana, tener estabilidad económica familiar y vivir con los padres fueron factores protectores frente a la ansiedad. No obstante, el tener un conocido diagnosticado con la COVID-19 empeoró los niveles de ansiedad. Además, la cuarentena incrementa la posibilidad de problemas psicológicos y mentales, principalmente por el distanciamiento entre las personas, el aislamiento y el temor a enfermarse tuvo un gran impacto en la población universitaria, dado a la carga académica sumada a que muchos tuvieron que trabajar desde su casa a distancia, en tanto a los que nunca dejaron de salir a trabajar también estuvieron expuestos a altos niveles de estrés y ansiedad por el miedo al contagio.

En una investigación realizada por Antúnez & Vinet (2012), se encontraron medias superiores en estrés, ansiedad y depresión en una muestra que va de los 18 a los 60 años, lo cual coincide con los hallazgos de la presente investigación, dado a que la población estudiada está en el mismo rango de edad. En tanto Geller & Abi (2020) mencionan que la exposición a la COVID-19 podría ser un factor de riesgo comórbido en personas diagnosticadas con enfermedades mentales graves, no sorprende que la ansiedad esté en niveles altos durante la pandemia, y se presenten síntomas de estrés postraumático, o se incrementen los delirios y las alucinaciones, las formas de comunicación a distancia pueden aumentar la paranoia en ciertos pacientes, y las personas con déficit cognitivo pueden no entender la gravedad de la situación.

Resulta sobresaliente el trabajo de investigación que realizaron Brooks et al. (2020), ya que, al hacer una revisión del impacto psicológico de la cuarentena, lo que encontraron fue lo siguiente; efectos psicológicos negativos, síntomas de estrés postraumático, confusión y enojo, entre los factores estresantes se pueden mencionar; una mayor duración de la cuarentena, temores de infección, frustración, aburrimiento, suministros inadecuados, información inadecuada, pérdidas financieras y estigma. El brote de la COVID-19 resulta estresante para muchas personas, el temor y la ansiedad que causa esta enfermedad pueden ser agobiantes y generar emociones fuertes, igualmente, algunos investigadores han sugerido efectos duraderos, lo cual resulta preocupante dado a que no se ha brindado un apoyo terapéutico adecuado, ni se le ha dado importancia al impacto psicológico que produjo esta pandemia, las secuelas pueden ser a corto o a largo plazo.

La pandemia y el confinamiento pueden provocar estrés emocional, el cual es de vital importancia conocer y estudiar para poder ayudar reducirlo y erradicarlo, si bien las enfermedades mentales afectan la mayoría de las personas tanto durante y después de la cuarentena, lo cual se produjo debido a las siguientes situaciones; que son parte de esta el periodo de duración de la cuarentena, el miedo de infectarse o infectar a otros, la frustración o aburrimiento debido al confinamiento, así como el distanciamiento físico, es bien sabido que millones de estudiantes están pasando más tiempo de lo normal en sus casas tratando de adaptarse a la nueva realidad, deben de acostumbrarse a las nuevas exigencias del entorno de docencia virtual para el estudio, así como a nuevas formas de relación con sus compañeros y maestros, las relaciones interpersonales son vitales en el desarrollo de competencias académicas y personales.

Además, ante el confinamiento impuesto y la amenaza de enfermar, los niveles de estrés, ansiedad y depresión aumentan en la población, en especial los jóvenes manifiestan mayor estrés que las personas mayores, por lo que es clave crear programas de apoyo académico y psicológico, se debe de garantizar para que la información proporcionada sea real y

esclarecedora sobre la pandemia, por lo que es conveniente analizar el contenido que están recibiendo desde las redes sociales y ayudarles a trabajar las competencias necesarias para poder filtrarlos, para que puedan ser capaces de diferenciar entre las noticias falsas y las verdícas.

La limitación de la movilidad y el confinamiento están asociadas a emociones negativas como el estrés, la ansiedad y la depresión en la muestra de estudiantes SUAyED. Los resultados sugieren que es esencial prestar atención a las personas estudiantes y en especial a las mujeres. El desgaste de la calidad de las relaciones familiares parece ser uno de los costos más relevantes, se debe situar la mirada analítica en las circunstancias de afrontamiento de la pandemia y no en la condición individual de quien las experimenta. De ahí que sea esencial la implementación de medidas que contribuyan tanto al fortalecimiento de los recursos de afrontamiento personal y familiar, la cual se cimiente sobre la promoción y recuperación de la dignidad de las personas.

Las personas entre los 18 y 60 años presentaron un alto distrés psicológico. La población tiene acceso a la información en las redes sociales y ello puede gatillar el estrés, debido a que las cifras más altas de mortalidad ocurren en la población adulta mayor es comprensible que éste sea el grupo etáreo con mayor impacto psicológico, además, la población con mayor nivel de educación tiende a tener mayor distrés psicológico, probablemente por una mayor conciencia de amenaza hacia su salud, la preocupación de la población por estar expuestos al virus en el transporte público, la preocupación por los retrasos en los horarios del trabajo y la preocupación por la privación de sus ingresos económicos pueden explicar los niveles de estrés. Los niveles de estrés psicológico pueden estar influenciados también por la disponibilidad y acceso a los servicios de salud, a la eficiencia del sistema de salud y a las medidas de prevención y control adoptadas por el gobierno contra la situación epidémica (Lozano, 2020).

Las investigaciones realizadas recientemente resaltan el impacto de las modificaciones en los hábitos y rutinas de los estudiantes los cuales producen alteraciones en su salud mental, es bien sabido que quienes han resentido el confinamiento, llegan a experimentar estrés, cansancio y frustración, debido a la excesiva carga de trabajo, a la falta de habilidades tecnológicas y las carencias en la adaptación a la nueva normalidad, Además, se ha incrementado y resaltado claramente la desigualdad de género, que afecta de manera importante a las mujeres, esto debido a los diversos roles que deben cumplir tanto como madres, estudiantes, cuidadoras del hogar y además si no fuera suficiente como cuidadores de las personas contagiadas por el Covid-19, por lo que también aumentó la violencia intrafamiliar.

La presente investigación tuvo los siguientes alcances; se cumplió con el objetivo y se probó la hipótesis, además de que no existen muchas investigaciones sobre el tema en nuestro país, el tema es novedoso y de relevante importancia por sus implicaciones en la salud mental de las personas en la actualidad además de su principal aportación al campo de la psicología clínica fue que; es de vital importancia el poder generar información sobre el efecto psicológico de la pandemia del Covid-19, ya que se enfocaron más en los efectos en la salud física y no en la psicológica, lo que se podría cambiar o mejorar para futuras investigaciones es; equilibrar la muestra para que sea más equitativa el que se igualan las cantidades tanto de hombres como mujeres para establecer una mejor correlación con los resultados, además de poder aplicar el instrumento en tres momentos antes, durante y después de la pandemia, otro aspecto que se podría cambiar sería el aplicarlo a estudiantes universitarios SUAyED, así como a estudiantes UNAM del sistema presencial, para así comparar los resultados entre ambas muestras.

Aunque también podemos tener en cuenta las limitaciones de la presente investigación, en primer lugar, no podemos generalizar los resultados obtenidos y aplicarlos a la población en general. En conclusión, la limitación en la movilidad y el confinamiento domiciliario están asociadas a emociones negativas, como el estrés, la ansiedad y depresión en la muestra de estudiantes SUAyED, los resultados indican que es importante prestar atención al aspecto psicológico de las personas con o sin pandemia, se deben de implementar medidas que permitan un adecuado afrontamiento de las situaciones y emociones durante el surgimiento de situaciones estresantes.

Referencias bibliográficas

Alianza Europea (2020). Causas de la depresión. Lucha contra depresión. <https://ifightdepression.com/es/for-all/causes>

Álvarez, N., Alfonso, L., & Rodríguez, M. (2019). Bienestar psicológico y ansiedad rasgo-estado en miembros de parejas con infertilidad primaria. <http://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/1349>

Accinelli, R., Zhang, C., Ju, J., Yachachin, J., Cáceres, J., & Tafur, K. (2020). COVID-19: la pandemia por el nuevo virus SARS-CoV-2. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2020.372.5411>

Antúnez, Z., & Vinet E. (2012). Escalas de depresión, ansiedad y estrés (DASS-21): validación de la versión abreviada en estudiantes universitarios chilenos. *Terapia Psicológica*, pp. 49-55.

APA (2002). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Criterios diagnósticos. Barcelona, pp. 323–352.

APA (2013). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Criterios diagnósticos. Barcelona, p. 323.

APA (2005). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR). Barcelona: Ed. Masson.

APA (2014). DSM-5. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. 5ª Ed. Arlington VA: Editorial Médica Panamericana.

Aparco L. (2017). Factores que desencadenan el estrés académico en los estudiantes de enfermería del III ciclo de la Universidad Autónoma de ICA, Facultad de Ciencias de la Salud, Perú, p.p. 13-14.

Ávila (2020). Covid 19; Patogenia, prevención y tratamiento, Salusplay editorial. [https://evidencia.com/wp-content/uploads/2020/03/CORONAVIRUS-COVID-19 - patogenia-prevenci%C3%B3n-y-tratamiento-2%C2%AA-Ed-15.03.2020-ISBN-978-84-16861-95-8-.pdf](https://evidencia.com/wp-content/uploads/2020/03/CORONAVIRUS-COVID-19-patogenia-prevenci%C3%B3n-y-tratamiento-2%C2%AA-Ed-15.03.2020-ISBN-978-84-16861-95-8-.pdf)

Barraza (2020). El estrés de la pandemia (COVID 19) en población mexicana. Centro de Estudios Clínica e Investigación Psicoanalítica S.C. pp. 13-15. <http://www.upd.edu.mx/PDF/Libros/Coronavirus.pdf>

- Barán, A. (2018). Ansiedad y Estrés, Universidad Rafael Landívar, Facultad de Humanidades, p. 12.
- Bastida, A. M. (2011). Psicoterapia aplicada a un caso de terrores nocturnos con ansiedad generalizada provocada por multitud de fobias. 12º Congreso Virtual de Psiquiatría. <http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/handle/10401/2187?mode=full>
- Beck, A., Rush, J., Shaw, B. y Emery, G. (1983). Terapia cognitiva de la depresión. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Belloch, A., & Baños, R. (1995). Clasificación y categorización en psicopatología, Psicología clínica: Trastornos biopsicosociales, Valencia, España: Promolibro, pp. 1-48.
- Bellón, J., Moreno, B., Torres, F., Montón, C., Gilde, M., & Sánchez, M. (2008). Predicción de la aparición y persistencia de episodios depresivos en la atención primaria de salud. El estudio predictD-Spain: Metodología. Salud Pública de BMC, p. 256.
- Bo, H., Li, W., Yang, Y., Wang, Y., Zhang, Q., Cheung, T., & Xiang, Y. (2020). Síntomas de estrés postraumático y actitud hacia los servicios de salud mental en crisis entre pacientes clínicamente estables con COVID-19 en China. Medicina Psicológica, pp. 1-2.
- Brooks, S., Webster, R., Smith, L., Brooks, L., Wessely, S., Greenberg, N. & Rubin, G. (2020). El impacto psicológico de la cuarentena y cómo reducirlo: revisión rápida de la evidencia. La lanceta. <https://www.researchgate.net/publication/339522816>
- Cao, W., Fang, Z., Hou, G., Han, M., Xu X, & Dong J. (2020). El impacto psicológico de la epidemia de COVID-19 en estudiantes universitarios en China. Psiquiatría, p. 287.
- Cardona, J. (1999). La depresión, Madrid España, Dossat.
- Cassano, P., & Fava, M. (2002). Depresión y Salud Pública: Una visión general. Revista de investigación psicosomática, Capítulo 53, pp. 849-857.
- Casullo, M. (1996). Evaluación Psicológica y Psicodiagnóstico. Catálogos-UBA. Buenos Aires.
- Celis, J., Bustamante, M., Cabrera, D., Cabrera, M., Alarcón, W. & Monge, E. (2001). Ansiedad y estrés académico en estudiantes de Medicina humana del primer y sexto año. *Anales de la Facultad de Medicina*, pp. 25-30.
- Centro Colaborador Nacional para la Salud Mental (2009). El tratamiento y manejo de la depresión en adultos. La Sociedad Británica de Psicología. Londres.
- Coleman, L. (1975) Liberación del miedo: método psicológico. México: Compañía Editorial Continental, S.A.

Contreras, O., & Méndez, G. (2015). La Educación a Distancia en México: Una nueva realidad universitaria, El perfil de los estudiantes de Educación a Distancia en México, UNAM, pp. 47-65.

Cortina, C. (2016). Depresión y ansiedad, Análisis comparativo en deportistas antes y después de una competencia nacional, Estudio de caso: UAEM, p. 17.

Chen, Q., Liang, M., Li, Y., Guo, J., Fei, D., Wang, L., He, L., Sheng, C., Cai, Y., Li, X., Wang, J., & Zhang, Z. (2020)., Atención de salud mental para el personal médico en China durante el brote de COVID-19. La psiquiatría de Lancet, pp. 15–16. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30078-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30078-X)

Cloitre, M., Yonkers, K., Pearlstein, T., Altemus, M., Davidson, K., Pigott, T., Shear, M., Pine, Ross, J., Howell, H., Brogan, K., Rieckmann, N., & Clemow, L. (2004). Mujeres y trastornos de ansiedad: implicaciones para el diagnóstico y el tratamiento. Espectro del SNC, pp. 1-16.

Díaz, F. J. y Toro, A. I. (2020). SARS-CoV-2/COVID-19: el virus, la enfermedad y la pandemia, pp. 184-185. <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/05/1096519/covid-19.pdf>

Dorantes, C. y Matus, G. (2002). El estrés y la ciudad. Revista del Centro de Investigación Universidad La Salle, pp. 71-77.

Edel, N. (2008). Educación a distancia y eficiencia terminal exitosa: El caso de la sede Tejupilco en la Universidad Virtual del Tecnológico de Monterrey. Revista de Educación a Distancia. <http://www.um.es/ead/red/12/edel.pdf>.

Feldman, R. (2014). Psicología con aplicaciones en países de habla hispana (6a. ed.) México: McGraw-Hill Interamericana.

Fernández, J., Bonilla, L., Astudillo, C., Manrique, E., & Giraldo, V. (2018). Asociación entre la situación laboral y la presencia de síntomas depresivos en hombres y mujeres en México. Cad. Saúde Pública. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00219617>

Galea, S., Merchant, R., & Lurie, N. (2020). Las consecuencias para la salud mental de COVID-19 y el distanciamiento físico. Medicina Interna JAMA. <http://itzel.lag.uia.mx/publico/covid-19/images/comunicados/encovid.pdf>

Gálvez D., Martínez A., & Martínez F. (2015). Estrés. Depto. Ing. Eléctrica, Universidad Autónoma Metropolitana de Iztapalapa, p. 51.

García, T. (2011). Más allá del estrés. España. Editado por Bubok Publishing. S.L.

Geller, J., & Abi, M. (2020). Pacientes con TMG en la era de COVID-19: lo que los psiquiatras deben saber. Noticias psiquiátricas. <https://www.researchgate.net/publication/340540129>

González, N., Tejada, A., Espinoza, C., y Ontiveros, Z. (2020). Impacto psicológico en estudiantes universitarios mexicanos por confinamiento durante la pandemia por Covid-19, Scielo, pp. 1-15. <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.756>.

Gurrola, G., Balcázar, P., Bonilla, M., & Virseda, J. (2006). Estructura factorial y consistencia interna de la escala de depresión, ansiedad y estrés (DASS- 21), en una muestra no clínica, UNAM, pp. 3-7.

Halgin, R., & Krauss, S. (2004). Psicología de la anormalidad, Perspectivas clínicas sobre desórdenes psicológicos. México: McGraw-Hill.

Herrera et al. (2017). Impacto del estrés psicosocial en la salud. Neurobiología revista electrónica. <https://www.uv.mx/eneurobiologia/vols/2017/17/Herrera/HTML.html>

Huang, Y., & Zhao, N. (2020). Trastorno de ansiedad generalizada, síntomas depresivos y calidad del sueño durante el brote de COVID-19 en China: una encuesta transversal basada en la web. Investigación en psiquiatría, p. 288. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112954>

Huarcaya, J. (2020). Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de COVID-19. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2020.372.5419>

INEGI (2015). Boletín informativo,. http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/MHM_2016.pdf

Khan, S., Siddique, R., Li, H., Ali, A., Shereen, M., Bashir, N., & Xue, M. (2020). Impacto del brote de coronavirus en la salud psicológica. Revista de salud global, pp. 1–6. <https://doi.org/10.7189/jogh.10.010331>

Kessler, R., Nelson, C., McGonagle, K., Liu, J., Swartz, M., & Blazer, D. (1996). Comorbilidad del trastorno depresivo mayor DSM-III-R en la población general: resultados de la Encuesta nacional de comorbilidad de EE. UU. Revistas Británicas de Psiquiatría, pp. 17-30.

Ko, C., Yen, C., Yen, J., & Yang, M. (2006). Impacto psicosocial entre el público de la epidemia de síndrome respiratorio agudo severo en Taiwán. Psiquiatría y neurociencias clínicas, pp. 397–403. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1819.2006.01522.x>

Learreta, B., Cruz, A. y Benito, A. (2012). Análisis documental sobre el estudiante adulto en la educación superior: un perfil emergente de alumnado. *Revista Iberoamericana de Educación*. <http://www.rieoei.org/deloslectores/4678Learreta.pdf>.

Lomas, B. (2000). *Gestión del estrés y del tiempo*. Hayling Island, Gran Bretaña: Rowmark.

López, D. (2009). Causas de la depresión. *Mente a Mente*. <https://www.menteamente.com/causas-de-la-depresion>

López, M. (2020). Confirman primeros casos de COVID-19 en México. *MedScape*, pp. 1–2. https://espanol.medscape.com/verarticulo/5905094_print

López, C. (2020). Coronavirus: Identifican los factores de riesgos asociados a la enfermedad, *Gaceta médica*. <https://gacetamedica.com/investigacion/coronavirus-identifican-los-factores-de-riesgos-asociados/>

Lozano, A. (2020). Impacto de la epidemia del Coronavirus (COVID-19) en la salud mental del personal de salud y en la población general de China. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S0034-85972020000100051&script=sci_arttext

Lu, H., Stratton, C., & Tang, Y. (2020). Brote de neumonía de etiología desconocida en Wuhan China: el misterio y el milagro. *Virol*.

Martínez J.M. et al. (1993). Estudio de morbilidad psiquiátrica en la población atendida en el Centro de Salud de Basauri. *Atención Primaria*, pp. 127-132.

Martínez, A. (2010). El síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. *Vivat Academia*, pp. 1-40.

Mao, L., Jin, H., Wang, M., Hu, Y., Chen, S. & He, Q. (2020). Manifestaciones neurológicas de pacientes hospitalizados con enfermedad por coronavirus 2019 en Wuhan, China. *JAMA Neurol*, pp. 1-9. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7149362/>

Mendoza, M. (2015). *Revista de Ansiedad, una epidemia urbana*. Prensa libre, edición electrónica. Guatemala. <http://www.prensalibre.com/ansiedad-una-epidemiaurbana>

Morales, C. F. (1991). El estrés psicológico en el riesgo de enfermar: su atención en el nivel primario. *Revista Cubana Medicina General Integral*, pp. 27-47.

Muriel, S., Aguirre, M., Varela, C. & Cruz, S. (2013). *Ansiedad. Comportamientos Alarmantes Infantiles y Juveniles*. Ediciones Euroméxico. España, Volumen 1, pp. 239-243.

Naranjo, P. (2009). Una revisión teórica sobre el estrés y algunos aspectos relevantes de este en el ámbito educativo, *Universidad de Costa Rica*, pp. 171-190

- Ojeda, C. (2003). Historia y redescipción de la angustia clínica. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*. https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272003000200002
- OMS (2016). Temas de salud. <http://www.who.int/topics/depression/es>
- OMS (2020). Nuevo coronavirus: Plan estratégico de preparación y respuesta.
- Organización Panamericana de la Salud (1995). (CIE-10). Clasificación estadística internacional de las enfermedades y problemas relacionados con la salud. Washington.
- Osornio, L., & Palomino, L. (2009). Depresión en estudiantes universitarios. *Archivos en medicina familiar*, pp. 1-2.
- Ozamiz, N., Dosil, M., Picaza, M., & Mondragón, 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, pp. 1–9. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00054020>
- Palacios, M., Santos E., Velázquez, M, & León, M. (2020). COVID-19, Una emergencia de salud pública mundial. *Revista Clínica Española*.
- Pérez R. (2013). Estrés y longevidad. Reflexiones acerca del estrés desde una perspectiva psicológica. Publicación de Gerontología y Geriatria. http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/estres_y_longevidadl.pdf
- Pérez, M., Gómez, J., & Diéguez, R. (2020). Características clínico-epidemiológicas de la COVID-19. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*. <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/3254>
- Pereyra, M. (2008). *Decida ser feliz*. Agencia de publicaciones México Central, A.C. y Asociación publicadora interamericana Florida.
- Pigott, T. (2003). Trastornos de ansiedad en mujeres. *Clínica Psiquiátrica de América del Norte*, pp. 621-627.
- Ramiro, M. (2020). Epidemiología del SARS-CoV-2, Instituto Nacional de Pediatría, Ciudad de México. <https://www.medigraphic.com/pdfs/actpedmex/apm-2020/apms201c.pdf>
- Reynoso, C. (2020). Trastornos psiquiátricos por Covid-19 pueden ser la próxima pandemia, *Latinus*. <https://latinus.us/2020/06/06/trastornos-psiquiatricos-covid19-la-proxima-pandemia/>

Redolar, D. (2015). El estrés. UOC. Olvera UOC. Publishing. S.L. Ramita del Problema. Barcelona, pp. 138.

Rojas, E. (2014). Como superar la ansiedad. Planta. S.A. Ediciones: Temas de Hoy; sello editorial de Planeta, S. A.

Rodríguez, V. (2011). Vivir sin Ansiedad. editorial MAD, S. L. Alcalá Sevilla, España.

Rodríguez, Q., Moriel, T. & García, B. (2012). El perfil demográfico del alumno de la modalidad en línea de la Facultad de Contaduría y Administración de la Universidad Autónoma de Chihuahua. <http://www.fca.uach.mx/apcam/2014/04/05/Ponencia%20168-UACH.pdf>.

Ros, R. (2014). Stop a la ansiedad sin pastillas. España: Magalian Trace Communications S.L.

Rosenhan, D. L. y Seligman, D. L. (2005). Psicología anormal. New York: Norton.

Secretaría de Salud (2020). Casos Confirmados a enfermedad por COVID-19. <https://www.gob.mx/salud/documentos/coronavirus-covid-19-comunicado-tecnico-diario-238449>

Sánchez, M. (2020). Coronavirus. Cuídate más. <https://cuidateplus.marca.com/enfermedades/infecciosas/coronavirus.html>

Shah, A. y Han, J. (2015). Ansiedad. Continuum. Neurología y neuropsiquiatría del comportamiento, pp. 772-782.

Stossel, S. (2014). Ansiedad; miedo, esperanza y la búsqueda de la paz interior. Editorial Planeta, Barcelona (España).

UNAM (2014). Modelo educativo del Sistema Universidad Abierta y Educación a Distancia de la UNAM. http://www.cuaed.unam.mx/consejo/interiores/MODELO_SUAYED.pdf

UNAM (2020). Boletín UNAM-DGCS-851. https://www.dgcs.unam.mx/boletin/bdboletin/2020_851.html

Vallejo, J. (1991). Trastornos de angustia, Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. Madrid: Salvat, pp. 340-354.

Vargas (2020). Depresión y ansiedad, la salud mental ante la pandemia. <https://corrientalterna.unam.mx/derechos-humanos/depresion-ansiedad-por-coronavirus-salud-mental-ante-la-pandemia/>

Virues, R. A. (2005). Estudio sobre ansiedad. Revista Psicología Científica. <http://www.psicologiacientifica.com/ansiedad-estudio>

Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C. S., & Ho, R. C. (2020). Respuestas psicológicas inmediatas y factores asociados durante la etapa inicial de la epidemia de la enfermedad por coronavirus de 2019 entre la población general de China. Revista Internacional de Investigación Ambiental y Salud Pública. <https://doi.org/10.3390/ijerph17051729>

Xiang, Y. T., Yang, Y., Li, W., Zhang, L., Zhang, Q., Cheung, T., & Ng, C. H. (2020). Se necesita con urgencia atención de salud mental oportuna para el brote del nuevo coronavirus de 2019. La Lanceta. Psiquiatría, pp. 228–229.

Yanes, J. (2008). El control del estrés y el mecanismo del miedo. EDAR, S.L. Editorial Edaf, S.L.

Yoon, M., Kim, S., Ko, H., & Lee, M. (2016). Eficacia del sistema de detección, intervención breve y derivación al tratamiento para las personas con angustia emocional postraumática por MERS: informe de un caso de intervención proactiva comunitaria en Corea del Sur. Revista internacional de sistemas de salud mental, pp. 1–5. <https://doi.org/10.1186/s13033-016-0083-5>

Zarragoitía, I. (2011). Depresión: Generalidades y particularidades, la Habana Cuba, Editorial Ciencias Médicas, pp. 5-6. http://newpsi.bvs-psi.org.br/ebooks2010/pt/Acervo_files/depresion-cuba.pdf

Zheng, Y., Ma, Y., Zhang, J., & Xie, X. (2020). COVID-19 y el sistema cardiovascular. Nat Rev Cardiol. <https://www.nature.com/articles/s41569-020-0360-5>

Anexo 1.- DASS-21

Por favor lea las siguientes afirmaciones y coloque un círculo alrededor de un número (0, 1, 2, 3) que indica en qué grado le ha ocurrido a usted esta afirmación durante la semana pasada. La escala de calificación es la siguiente:

0: No me ha ocurrido; 1: Me ha ocurrido un poco; 2: Me ha ocurrido bastante, 3: Me ha ocurrido mucho.

1. Me ha costado mucho descargar la tensión 0 1 2 3
2. Me di cuenta que tenía la boca seca 0 1 2 3
3. No podía sentir ningún sentimiento positivo 0 1 2 3
4. Se me hizo difícil respirar 0 1 2 3
5. Se me hizo difícil tomar la iniciativa para hacer cosas 0 1 2 3
6. Reaccione exageradamente en ciertas situaciones 0 1 2 3
7. Sentí que mis manos temblaban 0 1 2 3
8. He sentido que estaba gastando una gran cantidad de energía 0 1 2 3
9. Estaba preocupado por situaciones en las cuales podía tener pánico o en las que podría hacer el ridículo 0 1 2 3
10. He sentido que no había nada que me ilusionara 0 1 2 3
11. Me he sentido inquieto 0 1 2 3
12. Se me hizo difícil relajarme 0 1 2 3
13. Me sentí triste y deprimido 0 1 2 3
14. No toleré nada que no me permitiera continuar con lo que estaba haciendo. 0 1 2 3
15. Sentí que estaba a punto de pánico 0 1 2 3
16. No me pude entusiasmar por nada 0 1 2 3
17. Sentí que valía muy poco como persona 0 1 2 3
18. He tendido a sentirme enfadado con facilidad 0 1 2 3
19. Sentí los latidos de mi corazón a pesar de no haber hecho ningún esfuerzo físico... 0 1 2 3
20. Tuve miedo sin razón 0 1 2 3
21. Sentí que la vida no tenía ningún sentido 0 1 2 3