



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 de la Salud

Ansiedad y Depresión en adolescentes a causa del
confinamiento derivado de la pandemia por SARS-
COV-2

Reporte de Investigación Empírica

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

Azucena Romero Cayetano



Director: Mtra. Lizbeth Escobedo Pedraza.

Vocal: Lic. María Cristina Canales

Secretario: Mtro. Iván Romero de la Rosa.



Universidad Nacional
Autónoma de México



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	I
INTRODUCCIÓN	1
Antecedentes	1
Planteamiento del problema.....	30
Justificación.....	33
Pregunta de investigación	35
Hipótesis.....	35
Objetivos específicos	36
Metodología.....	37
Resultados	44
Cuantitativos.....	44
Análisis cualitativo	97
Discusión.....	65
Conclusiones.....	68
Referencias	69
Apéndices.....	74

RESUMEN

El Objetivo de esta investigación es evaluar a 10 adolescentes del Estado de México de nivel bachillerato los efectos conductuales, cognitivos y fisiológicos considerando que probablemente enfrentaron ansiedad y depresión durante el confinamiento provocado por el virus Sars-Cov-2 y la posterior contingencia sanitaria. El método empleado para desarrollar el trabajo fue de tipo mixto con tipo de diseño descriptivo no experimental aplicándose los instrumentos BDI-II y BAI y entrevista a profundidad. Entre los resultados obtenidos se destaca que la mayoría de los participantes se diagnosticaron con Depresión Leve y Ansiedad Baja y Severa. Las conclusiones obtenidas por el equipo de trabajo aseveran que el estudio no es concluyente en el diagnóstico Ansiedad-Depresión y que los niveles presentados por los estudiantes pueden tener una causa ajena al confinamiento dependiendo de la historia de vida y clínica de cada uno de éstos. De hecho, se realizó un análisis por grupos de nivel de ansiedad y depresión con el objetivo de corroborar si existe diferencia por género o edad en enfrentar estos trastornos. Como conclusión subyacente a la investigación, la migración que se realizó por parte de las autoridades educativas del modelo presencial al virtual influyó en los estudiantes como factor estresante ya que la mayoría de éstos no contaban con las competencias digitales para enfrentar esta dinámica escolar. Finalmente, el estudio realizado puede servir como base a investigaciones similares porque no se cuentan con estudios suficientes sobre la problemática atendida debido a la proximidad del periodo de pandemia y sus implicaciones.

Abstract

The objective of this research is to evaluate the behavioral, cognitive and physiological effects of 10 adolescents from the State of Mexico at the high school level, considering that they probably faced anxiety and depression during the confinement caused by the Sars-Cov-2 virus and the subsequent health contingency. The

method used to develop the work was of a mixed type with a non-experimental descriptive design type, applying the BDI-II and BAI instruments and an in-depth interview. Among the results obtained, it stands out that the majority of the participants were diagnosed with Mild Depression and Low and Severe Anxiety. The conclusions obtained by the work team assert that the study is not conclusive in the Anxiety-Depression diagnosis and that the levels presented by the students may have a cause other than confinement depending on the life and clinical history of each one of them. In fact, an analysis was carried out by groups of anxiety and depression levels with the aim of verifying if there is a difference by gender or age in dealing with these disorders. As an underlying conclusion to the investigation, the migration that was carried out by the educational authorities from the face-to-face model to the virtual model influenced the students as a stressful factor since most of them did not have the digital skills to face this school dynamic. Finally, the study carried out can serve as a basis for similar investigations because there are not enough studies on the problem addressed due to the proximity of the pandemic period and its implications.

Palabras clave

Aprendizaje presencial y virtual, Conductual, COVID-19, Efectos psicológicos, Síndrome.

INTRODUCCIÓN

Antecedentes

La ansiedad y la depresión han sido estudiadas y analizadas profusamente desde el ámbito médico y de la psicología; sin embargo, la contingencia sanitaria provocada por el virus SARS-Cov-2 y que obligó a los gobiernos del mundo a confinar a la población, en algunos casos de manera casi obligatoria para que no enfermaran de COVID-19, repercutió en que los estilos de vida de las personas cambiaran radicalmente al enfrentar un evento no normativo como lo fue encontrarse en casa de manera obligada para no enfermar y, encima de ese contexto, las emociones y sentimientos que conjugaban miedo, tristeza, enojo e ira, desazón por el futuro y otros tantos desórdenes que sería largo de listar.

El marco teórico que se presenta a continuación servirá para entender cómo se han atendido la ansiedad y la depresión a lo largo del tiempo, pero, sobre todo, comprender los efectos de este trastorno en la población adolescente.

Ansiedad

Los individuos, durante su evolución y desarrollo, suelen enfrentar diversos eventos que son percibidos como amenazas y, en términos generales, se traducen como miedo o ansiedad. Sin embargo, entre uno y otro concepto existen diferencias. Por ejemplo, el miedo, entendido como emoción, suele presentarse cuando el sujeto percibe una amenaza, real o imaginaria, casi siempre en el presente; mientras que la ansiedad es una respuesta anticipada de un evento amenazante del futuro (DSM-V, 2018).

En relación con esto último, los eventos amenazantes suelen no ser reales, sino que poseen un carácter anticipatorio en el individuo de lo que éste piensa que puede ocurrir. Por ejemplo, un niño tendrá ansiedad si piensa que puede lesionarse al jugar con una patineta. En este caso, el accidente no ha ocurrido –y tal vez no ocurra– pero produce en el hipotético niño, tensión muscular, vigilia y cambios de comportamiento previendo evitar el accidente. En un adolescente, la ansiedad puede producirse a partir de ideas anticipatorias como el ser rechazado por su grupo de amigos o recibir una respuesta negativa de quien esté enamorado. Es decir, se piensa en escenarios que no necesariamente se presenten, pero le provoca al individuo ciertos efectos a nivel orgánico como sudoración, opresión torácica o alguna otra manifestación somática.

Existen autores como Chacón, Xatruch, Fernández y Murillo (2021) los cuales sostienen que la ansiedad “es una reacción emocional normal ante situaciones amenazantes para el individuo” (p. 23), sin embargo, adquiere condiciones patológicas cuando se presenta en el sujeto por periodos de tiempo prolongado.

Para la Organización Panamericana de la Salud (OPS) con datos del 2015, la prevalencia de ansiedad o alguno de sus trastornos en los habitantes totales del planeta fue calculado en 264 millones de personas (el 3.6% de la población mundial) siendo la región de Asia Sudoriental la que más individuos enfrentan ansiedad (60.5 millones) siguiéndole la región de las Américas (57.2 millones) (OPS, 2017).

Por otra parte, en México, con datos recuperados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (2016) aplicada a través del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz” estimó que el 14.3% de la población ha presentado, al menos una vez en su vida, un episodio de ansiedad; además, este trastorno se ha acentuado a raíz de la contingencia sanitaria producida por el SARS-COV-2 como lo refieren Zumárraga, Egas y Reyes (2021) los cuales mencionan que en la población se ha incrementado “el enojo, la incredulidad, la tensión, el miedo, la angustia y los estados de depresión y desesperación en las personas, que además deben enfrentar efectos devastadores en sus economías, relaciones sociales y pérdidas que en mu-

chos casos son irreparables” (p.16). Lo anterior se encuentra en relación con lo la investigación realizada por Ramírez, Castro, Lerma, Yela y Escobar (2020) donde sostienen que los episodios de ansiedad se elevaron hasta un 35%; sobre todo, en aquellas personas que se infectaron por el virus de COVID-19.

La dinámica evolutiva en la población mundial y, en particular en México, merece atención por parte de las políticas públicas de salud y de los profesionales de la medicina y la psicología. Esta última ciencia se ha encargado de atender las investigaciones sobre ansiedad y en el siguiente apartado se realiza un breve recorrido histórico de cómo se ha abordado.

Antecedentes históricos del abordaje de la ansiedad desde la psicología

La ansiedad de cierta manera ha sido estudiada desde hace más de dos mil años en las antiguas culturas grecolatinas. Los antecedentes de su abordaje se encuentran en Hipócrates, Cicerón, Séneca, entre otros. De hecho, la obra conocida como *Corpus hippocraticum*, caracteriza el temperamento y desequilibrio del ser humano a partir de cuatro humores constitutivos: sangre, pituita o flema, bilis amarilla y bilis negra y cuando estos líquidos se encuentran descompensados impactan en el pensamiento, conducta y comportamiento del individuo (Maca, 2019). Sin embargo, esta concepción arcaica del comportamiento de los individuos no autoriza una intervención seria para atender la ansiedad.

Bajo esta concepción se intervino a los individuos durante más de 1500 años. No es sino hasta finales el siglo XIX, después de haber pasado por el periodo de los grandes avances científicos en las dos centurias anteriores que Morel (1866) dibuja un cuadro donde aparecen trastornos que se asemejan a lo que hoy en día son formas expresivas de la ansiedad como el trastorno de ansiedad generalizada como las crisis de pánico, las obsesiones y las fobias (Puerta, 2018).

Por su parte, Freud (1995) descompone la neurosis en neurosis de angustia y neurastenia; la primera, la identifica “como uno de los síntomas de la neurosis de angustia, destacando en su descripción clínica una vinculación con las manifestaciones sintomáticas somáticas o corporales” (Fernández y Zanassi, 2016, p. 59); mientras que la segunda se objetiva por la fatiga en el individuo.

No es sino hasta la aparición del DSM-I (1952) que este manual diagnóstico incorpora un capítulo denominado trastornos psiconeuróticos donde se definen características de la ansiedad bajo reacciones ansiosas, fóbicas y obsesivas-compulsivas.

Diez años después, Donald Klein (1962) definió que la ansiedad podría atenderse bajo dos enfoques; aquella que se percibe como una presencia continua de una espera ansiosa y otra que develaba crisis de pánico. El descubrimiento de Klein se debió a la medicación del antidepresivo imipramina que modula la serotonina y la noradrenalina y que tuvo efectos diferentes en los pacientes que enfrentaban uno u otro tipo de ansiedad: “En consecuencia, mostró la existencia de una reactividad diferente a la farmacoterapia en pacientes con neurosis de angustia, la cual a partir de esta experiencia se dividió en dos categorías distintas: Trastorno de pánico hace referencia a ataques de ansiedad aguda, diferenciándolo del Trastorno de ansiedad generalizada descrito como un estado de constante ansiedad moderada” (Fernández y Zanassi, 2016, p. 60).

Para la década de los setenta del siglo XX, la ansiedad fue entendiéndose como un constructo de naturaleza multidimensional la cual se reflejaba en síntomas fisiológicos en el individuo acompañado de pensamientos con proyecciones de eventos futuros que pudieran dañar al sujeto y comportamientos desestabilizadores (Puerta, 2018).

El DSM-III (1980), conceptualmente, se desalinea de la concepción psicoanalítica y se enfoca por diagnosticar a la ansiedad desde una visión biológica y social, superando así, al DSM-II. Lewis, en la misma década, señala que “la ansiedad consti-

tuye un estado emocional experimentado como miedo, es una emoción desagradable (...) se le relaciona con algún tipo de amenaza o peligro inminente, en ella no aparece una amenaza real, y si la hay, el estado emocional resulta desproporcionado” (Carrillo, 2012, p. 10).

Así, a partir de esta década, la ansiedad se analiza y estudia, hasta el presente, a partir de diversas características desde un estado emocional similar al miedo, emociones desagradables, orientación al futuro, respuestas desproporcionadas a eventos futuros y manifestaciones de trastornos corporales con lo que el DSM-IV y el DSM-V estructura los trastornos de ansiedad en categorías enfocándose en los síntomas.

Estado/Rasgo de ansiedad en el individuo

Los conceptos de estado/rasgo, en psicología, se encuentran estrechamente ligados a la personalidad del individuo; sobre todo el rasgo que en cuanto a pensamientos, sentimientos y conductas del sujeto y que orientan la forma en que se concibe su personalidad.

Referente a la ansiedad, esta se analiza desde ambas concepciones pues las personas pueden poseer rasgos de ansiedad en su personalidad misma y estados de ansiedad dependiendo de las situaciones específicas que enfrenten.

Spielberg (2014) indica que la ansiedad estado “es conceptuada como una condición o estado emocional transitorio del organismo humano, que se caracteriza por sentimientos de tensión, y de aprehensión subjetivos conscientemente percibidos, y por un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo” (p. 1).

El mismo autor menciona que la ansiedad rasgo se refiere “a las diferencias individuales, relativamente estables, en la propensión a la ansiedad, es decir, a las diferencias entre las personas en la tendencia a responder a situaciones percibidas como amenazantes con elevaciones en la intensidad de la ansiedad estado” (p. 1).

Las investigaciones de Spielberg develaron que no todas las personas enfrentan episodios de ansiedad a pesar de que se enfrenten a un mismo evento. Por ejemplo, durante el transcurso de la pandemia de COVID-19, en sus momentos más crónicos que llevaron al confinamiento prácticamente en todo el mundo, las personas se diferenciaron en que unas incrementaron sus niveles de ansiedad y otros los mantuvieron en incrementos bajos.

En otras palabras, “la ansiedad-rasgo no se manifiesta directamente en la conducta y debe ser inferida por la frecuencia con la que un individuo experimenta aumentos en su estado de ansiedad” (Ries, Castañeda, Campos y Del Castillo, 2012, p. 9) lo que conlleva a que si un sujeto tiene rasgos altos de ansiedad rasgo se encuentra predispuesto a enfrentar mayor ansiedad estado o de manera más frecuente.

Así, podría explicarse el por qué algunas personas durante el confinamiento derivado de la contingencia sanitaria del SARS-Cov-2 manifestaron mayor ansiedad que otras pues sus rasgos de ansiedad las predispusieron a que se incrementara el nivel de ésta en la ansiedad estado.

Sin embargo, los individuos al enfrentarse con la ansiedad de alguna manera presentan trastornos a nivel cognitivo, conductual y fisiológico. A continuación, se detallan dichos trastornos.

Cognitivos.

Langarita y Gracia (2019) realizaron revisiones bibliográficas sobre los trastornos cognitivos que enfrentan las personas con ansiedad, encontrando en su búsqueda, diversas afectaciones como la atención compleja ya que muestran déficit de atención, sobre todo, en la precisión de estímulos amenazantes.

Así mismo, la memoria a corto plazo se deteriora, y en mayor medida, cuando se incrementan los niveles rasgo estado de ansiedad; inclusive, se tiene evidencia empírica que la memoria visual mantiene bajo rendimiento cuando el sujeto vive episodios de ansiedad; sobre todo, en ansiedad estado.

En cuanto a las funciones ejecutivas, se pierde flexibilidad mental para cambiar o combinar acciones en dos o más tareas lo cual incide en toma de decisiones generalmente incorrectas. De igual manera, la memoria de trabajo se devalúa pues los individuos con ansiedad, sobre todo cuando es generalizada, tienden a disminuir la retención de la información y no saber qué hacer con esta, lo que se conoce a nivel general como bloqueo.

Finalmente, los individuos con niveles altos de ansiedad tienden a no identificar sus emociones lo que impacta en su sentimiento de bienestar personal o, incluso, en las relaciones interpersonales.

Conductuales

La ansiedad impacta en la conducta de los individuos que la enfrentan. Generalmente las personas con niveles de ansiedad alta suelen mostrar inhibición conductual objetivándose en retraimiento, miedo y evitación social (Ordóñez, Espinoza, Fernández, García, López y Muela (2013).

Además, tras la inhibición conductual, subyace el miedo, emoción que se caracteriza en que el individuo que lo experimenta puede paralizarlo o escapar de la situación o el momento que lo produce; inclusive, el sujeto puede mostrar vigilia y enfrentarlo (Retana y Sánchez, 2016).

Sin duda, ansiedad y miedo son conceptos que más que paralelos, conjuntan aristas, por ejemplo, en la conducta del individuo en evitar o huir del riesgo; es decir, actuar para salir del evento amenazante. Sin embargo, si los niveles de miedo y ansiedad

son altos, también puede incidir en que el sujeto muestre conductas, de la mano de elecciones de decisión erróneas, que no le permitan escapar del evento estresor. Así, si el miedo se incrementa, convirtiéndose en pánico o terror el individuo suele no regular su conducta y apareciendo la parálisis motora” (Delgado y Sánchez, 2019).

Fisiológicos

Se ha mencionados en apartados anteriores que la ansiedad impacta en aspectos cognitivos y conductuales. Así, cuando la ansiedad se eleva tanto en rasgo-estado el individuo “evidencia taquicardia, palpitaciones más intensas y frecuentes, temblor, opresión torácica, mareo, hipertensión arterial” (Delgado y Sánchez, 2019, p. 806).

Lo anterior se produce desde el sistema nervioso autónomo y el sistema simpático por lo que la activación fisiológica periférica origina que el hipocampo condicione la respuesta a la ansiedad y al miedo.

Además, la evidencia empírica en sujetos que enfrentan ansiedad severa suele presentar cefalea, dolor abdominal, nerviosismo, náuseas, sudoración, vaciamiento vesical, diarrea, entre otros (Delgado y Sánchez, 2019).

Etiología

La etiología de la ansiedad es difusa sin que se tenga consolidada una base orgánica. En ocasiones, se asocia su origen a factores bioquímicos externos cuando el sujeto consume ciertas sustancias automedicadas sin regulación médica como ansiolíticos que más que bloquear el sistema nervioso central lo alteran (Pérez, Cervantes, Hijuleos, Pineda y Salgado, 2017).

Otra causa que afecta al individuo y lo predispone a la ansiedad es el incremento de serotonina, neurotransmisor que se ha identificado en el sueño, estado de ánimo, depresión y ansiedad (Speert, 2016).

Por otra parte, el consumo de alcohol incide en que las personas suelen tener estados de ansiedad ya que el alcohol secundario (etanol) al consumirse en cantidades elevadas altera el humor y la conducta.

Así mismo, inhalar/fumar marihuana puede producir ansiedad intensa ya que el tetrahidrocanabinol (THC) se une a receptores que coordinan la conducta, disminuyen la memoria a corto plazo; además, el THC se une a químicos internos naturales (cannabinoides) impactando en desórdenes del cerebro que provocan ansiedad (Speert, 2016).

Desde el enfoque de la Ansiedad estado, este desorden mental se origina a partir de detonantes estresores y de contextos social. De hecho, la literatura conceptualiza a esta última como ansiedad social o Trastorno de Ansiedad Social (TAS) que es una situación psicológica caracterizada por el temor excesivo al escrutinio público ante diversas situaciones sociales. Su origen data del siglo XIX, cuando Burton (1845, p. 253) en su obra *La anatomía de la melancolía* usa adjetivos como tímido, suspicaz y temeroso, para describir la conducta de sus pacientes. Pero no fue hasta el siglo XX, que se introdujo por primera vez el término fobia de las situaciones sociales acuñado por Janet (1903) para describir la conducta de personas que manifestaban temor a hablar en público, ser observados mientras escribían o mientras tocaban el piano.

La prevalencia de la fobia social en población clínica, es decir, pacientes que están asistiendo a terapia es de 10 al 20%. En cuanto al género, no se presentan diferencias en cuanto a la población clínica; sin embargo, en la población general hay un predominio en el sexo femenino (Cárdenas, Fera, Palacios, De la Peña, 2010).

La fobia social presenta una comorbilidad con trastornos psiquiátricos, como fobias específicas, trastornos de ansiedad, trastornos del afecto, desórdenes alimenticios, dependencia de alcohol y esquizofrenia.

Las causas exactas aún son desconocidas, pero se las propuestas más aceptadas tienen en cuenta la interacción entre factores biológicos , como lo son los altos niveles de estrés o patrones familiares; factores genéticos como lo son la inhibición conductual, la cual, según algunos estudios , tiene su origen en una mayor activación de la amígdala (estructura cerebral que controla las respuestas del miedo), y menor activación de las regiones frontales de la corteza cerebral, de igual forma se asocia al desequilibrio de neurotransmisores; y por último el factor psicosocial, el cual menciona que el TAS puede tratarse de una conducta aprendida a través de la interacción con personas que sufren ansiedad , o puede desarrollarse debido a experiencias vergonzosas sufridas con anterioridad (Cárdenas, Feria, Palacios, De la Peña, 2010).

Depresión

La depresión es un trastorno mental que la mayoría de las personas suele presentar en el transcurso de su vida. La prevalencia se estima en casi 300 millones de personas en todo el mundo por lo que prácticamente 5% de la población enfrenta depresión y se tiene evidencia que en las mujeres (5.1%) es más común que en los hombres (3.6%) (OPS, 2017).

Además, mientras más avanzada es la edad del individuo, mayor probabilidad de enfrentar ansiedad; sobre todo, en el grupo etario de 55-75 años; sin embargo, en población infantil y adolescente de igual manera se presenta, aunque en menor porcentaje (OPS, 2017).

Geográficamente, en regiones con mayor densidad de población la depresión afecta en mayor medida a las personas; por ejemplo, en Asia se calcula que el 27% de la población total enfrenta depresión; mientras que Europa Occidental el 15% (OPS, 2017).

En ocasiones, el diagnóstico de la depresión suele tener imprecisiones como lo detallan Sanz y García (2017) pues el origen de la depresión suele estar de la mano de

estresores particulares en las personas o por deficiencias de monoaminas en los neurotransmisores que impactan en los niveles de la serotonina, dopamina, adrenalina, noradrenalina, histamina, entre otros, como se lee en la cita:

“Los resultados de los estudios que han evaluado los niveles de monoaminas en personas deprimidas y los han comparado con los de las personas normales no han encontrado consistentemente niveles más bajos en las primeras, tal y como esperaría la hipótesis de la deficiencia de monoaminas” (p. 172).

Aunque también la imprecisión se deriva de la historia clínica del individuo, por lo que el trastorno depresivo puede encontrarse en causas biológicas, mentales y socioculturales.

En México, el Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente” (2021) en su Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica indica que “Las proporciones de población con síntomas de depresión asciende a 15.4%; sin embargo, entre las mujeres la proporción es un tanto más alto, alcanzando 19.5% con síntomas depresivos” (p. 15) mientras que los estados donde se tiene mayor índice de personas detectadas con algún grado de depresión son Guerrero (20.7%), Tabasco (20.6%) y Durango (19.9%). Mientras que Sonora y Quintana Roo ponderan un 11.7% y 11.5%, respectivamente.

Así mismo, la encuesta VoCes-19, realizada por el Instituto Mexicano de la Juventud (IMJUVE) (2021) destaca que después de la fase crítica de la pandemia de COVID-19, el grupo etario entre 15-25 años declararon, 7 de cada 10, tener síntomas depresivos.

Para concluir este apartado, se piensa que la depresión es un trastorno común en la mayoría de la población en donde cualquier grupo etario es susceptible de enfrentarla y ha sido atendida desde hace varios siglos como se observa en el apartado siguiente.

Antecedentes históricos de atención de la depresión

Se tiene registro que en la época helenística lo que hoy se conoce como depresión se atendía bajo la mirada de la melancolía, entendida esta como una forma de tristeza que pasa desde una naturaleza pasajera, transitando hasta estadios más crónicos (Villalpando, 2019).

De hecho, los síntomas que determinaron los primeros estudiosos de la melancolía, Hipócrates, Aristóteles, Cicerón, entre otros era la pérdida del apetito, intranquilidad combinada con irritación, desesperación, trastornos en los ciclos de sueño, principalmente, aunado a malestares orgánicos como malestares gastrointestinales.

Las prácticas de atención se centraban en sacar el humor o bilis del organismo pues se consideraba que el cuerpo se hallaba intoxicado. Esta práctica se continuó por más de 1000 años hasta la llegada de la época del Renacimiento.

En los siglos renacentistas compartían el espacio de atención a la depresión tanto ideas promovidas por el cristianismo, las cuales indicaban que el individuo que tenía melancolía estaba pagando algún pecado o un ente demoniaco se había aprisionado en su alma; mientras que otras ideas más avanzadas incorporaron al razonamiento como herramienta para dictaminar el diagnóstico de una persona melancólica buscando las causas (Zapata y Zamudio, 2021).

Para las centurias de los siglos XVI-XVIII, aún se consideraba el tratamiento de la depresión a través del espejo de la melancolía. Timothy Bright (1856) y Robert Burton (1621) distinguían la melancolía entre natural, reforzada por el temperamento del individuo y la melancolía no natural o atrabilis (Villalpando, 2019).

Para el siglo XVIII, Willis y Sydenham comenzaron a investigar que la melancolía poseía otros síntomas como las manías y la hipocondría que excitaba a las personas a conductas pasivas o violentas.

Es hasta finales el siglo XIX, cuando la melancolía comienza a ser tratada por Kraepelin bajo un nuevo enfoque describiendo a la melancolía como un estado maniaco-depresivo con síntomas como fuga de ideas, la exaltación y la hiperactividad (...) inhibición del pensamiento, la depresión de los sentimientos y la inhibición psicomotriz (Villalpando, 2005).

Inclusive, la tendencia de atención a la melancolía se inclinaba hacia las primeras explicaciones neurocéntricas como “la anemia cerebral lleva aparejado dolor psíquico y, a través de él, inhibición y melancolía” (Cobo, 2005, p. 5).

En el primer tercio del siglo XX, las aportaciones dinámicas, sobre todo de Freud, consideraba que el estado melancólico se producía por cambios internos del inconsciente debido a pérdidas imaginarias o reales del individuo.

En el presente, se explica que la melancolía es un subtipo de la depresión e inclusive existen cuadros mistos de ansiedad y depresión y se ha categorizado a esta última en diversos constructos como neurosis depresiva, depresión ansiosa persistente, trastorno de personalidad depresivo, distimia, entre otros, existiendo diversas estrategias terapéuticas para su tratamiento desde lo conductual, lo cognoscitivo, lo cognitivo-conductual, la psicodinámica, programas multicomponentes, enfoques médicos, etc.

Sintomatología de la depresión

La depresión, a pesar del largo camino que se ha recorrido en su estudio e intervención, se encuentra en el debate si es una enfermedad que posee síntomas característicos o un trastorno.

Visto desde la psicología, no hay duda que es un trastorno que, como refiere Cobo (2005) “en lo nuclear, la base, es la tristeza, pero que se enlaza con otros síntomas de manera casi o muy frecuentemente constante” (p. 1). Mientras que para el enfo-

que médico es una enfermedad en la cual manifestación principal es el síndrome de depresión y que posee como síntoma la tristeza.

Para el DSM V, la depresión se caracteriza por dos síntomas principales: estado de ánimo deprimido y pérdida de interés por el placer; sin embargo, no son todos los síntomas que un individuo depresivo puede enfrentar.

En los apartados siguientes se desarrolla los efectos de la depresión en lo cognitivo, conductual y fisiológico.

Cognitivo

Las personas que enfrentan depresión suelen tener déficit en su capacidad cognitiva para pensar o concentrarse, lo cual les impide tomar decisiones asertivas. Así mismo, se han identificado en pacientes depresivos pensamientos de muerte que suelen ser recurrentes o formación de ideación suicida, aunque no logran estructurar un plan concreto o específico para lograrlo, pero sí logran autolesionarse (Alfonseca y Fernández, 2014).

Las funciones ejecutivas como planificar, organizar, guiar, revisar, regularizar y evaluar sufren alteraciones importantes en los individuos con depresión y la gravedad del trastorno hace que dichas funciones disminuyan de manera importante. Así mismo, la memoria a corto y largo plazo se afecta de forma negativa.

Incluso, suelen poseer una perspectiva del futuro poco alentadora y con sesgos negativos de sus actividades que realizan en el presente. El incumplimiento de proyectos que tenían en mente, previos a la depresión se vuelve una constante. Igualmente, existe pérdida de confianza de su persona, por lo que impacta en su auto concepto y autoestima volviéndolos inseguros y con alta carga de sentimientos de culpa (Morys, Pachlaska, Bellwon y Gruchala, 2016).

La depresión impacta en las personas en que éstas encuentren estímulos –internos y externos– para pensar positivamente en mejorar su estado de salud.

Conductual

La conducta de igual manera se impacta en sujetos depresivos, además de la pérdida de interés por actividades lúdicas y hedónicas presentan curvas importantes ya sea en agitarse o retrasos motores que les impiden mantener una vida regular por lo que actúan con inseguridad y torpeza. En conjunto, la calidad de vida del sujeto disminuye pues no se encuentran respuestas emocionales por parte del individuo que de manera general pudieran provocarle una respuesta (Álvarez, Atienza, Ávila, González, Guitián, de las Heras, Louro, Rodríguez y Trñanes, 2014).

Por otra parte, las conductas de personas depresivas, producto de la desmotivación por realizar sus actividades de la vida cotidiana, suelen estar empañadas de desgano en cumplir objetivos por lo cual su conducta se cierne en la inactividad.

Los individuos depresivos de forma constante se encuentran irritados o molestos con lo cual se vuelven intolerantes con su círculo social cercano, principalmente la familia y poco a poco se van aislando de la masa familiar y amistades (Bianchi y Henao, 2015).

El ritmo circadiano del sueño y descanso se afecta en los sujetos depresivos, suelen dormir muchas horas o no hacerlo y, por tanto, la relajación corporal se inhabilita en ellos.

Fisiológico

El signo identificable a primera vista de la depresión en el orden fisiológico son desórdenes de peso pues una persona puede incrementar su masa corporal o disminuir la sin considerar una dieta observada por un especialista.

En relación con lo anterior, las personas con depresión, dependiendo de la gravedad de ésta, pierden energía o sienten fatiga en actividades que realizaban de manera ordinaria.

De hecho, se tiene registro que las personas que enfrentan depresión suelen mostrar un cansancio exagerado y que su capacidad de reacción es mínima lo que se refleja en atonía muscular y la fuerza musculoesquelética suele reducirse.

Etiología

Las bases para explicar la depresión son variadas; por ejemplo desde el enfoque biomédico se tiene que el espacio corticosubcortical se desconecta del cíngulo anterior como lo refiere Ahunca (2017): “la disfunción corticosubcortical con desconexión del cíngulo anterior y alteraciones en el funcionamiento de las vías dopaminérgica mesolímbica y mesocortical; se asocia también con disminución de la actividad metabólica en el cíngulo anterior y la corteza orbitofrontal” (Ahunca, 2017, p. 52) con lo cual se fomenta la conducta apática en el individuo depresivo.

La misma autora sostiene que la depresión se encuentra asociada con el adelgazamiento de la corteza entorrinal, atrofia del cíngulo anterior y disminución del volumen de la sustancia gris en la corteza frontal media (Ahunca, 2017).

Por otra parte, desde la conducta del individuo, Vázquez, Otero y Blanco (2019) citando a Ferster (1973) indican que la depresión “se asienta en considerarla como una reducción generalizada de las tasas de respuesta a estímulos externos” (p. 38) y se origina por una disminución de conductas que no se refuerzan positivamente.

Otra explicación del origen de la depresión se encuentra en la teoría del autocontrol de Rhem (1977) que “postula que las personas deprimidas presentan déficits específicos en los procesos básicos que conforman el autocontrol (autoobservación, auto-

evaluación y autorreforzamiento), que impedirían un buen ajuste y adaptación a las circunstancias cambiantes del entorno” (Vázquez, Otero y Blanco, 2019, p. 42).

Desde el modelo cognitivo, se tiene que la depresión acusa falta de ajustes entre la adaptabilidad del individuo en el entorno en el que se desenvuelve y la desadaptación de este creándose ideas ilógicas, de desesperanza con alto grado de contenido negativo sobre su futuro (Alfonseca y Fernández, 2014).

Desde lo personal y social “Los rasgos neuróticos de la personalidad se asocian con una mayor incidencia de casos y recaídas de depresión mayor y probablemente, aumentan la posibilidad de desarrollar depresión ante los acontecimientos adversos de la vida” (Álvarez, et. al, 2014, p. 36).

Es decir, la explicación etiológica de la depresión es variada, pero como lo argumentan Álvarez, et. al, 2014):

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 con relación a las circunstancias y al momento de la vida en que se desarrolla (p. 36).

Adolescencia

La etapa de la adolescencia se vive llena de cambios en el individuo. Poco a poco van quedando atrás las manifestaciones propias de la infancia y se da paso a una serie de situaciones que se encuentran en el margen de lo biológico hasta lo conductual en el cual el sujeto cambia de rasgos físicos y de comportamiento e impacta de

igual forma en el bienestar que el adolescente puede sentir al involucrarse en un determinado espacio social.

Asimismo, el entorno social más allá del familiar –el barrio, la escuela– se vuelve de suma importancia para el adolescente. Comienzan a formarse nuevas formas de relación afectiva e inclusive las conductas disruptivas suelen manifestarse de forma violenta y antisocial.

Esta nueva forma de enfrentarse a las diferentes parcelas de la realidad en las que el sujeto se ve inmiscuido transversaliza diversos horizontes: afectivo, fisiológico, perceptivo, afectivo, psicológico, etc., y es precisamente en este periodo etario, donde suelen observarse formas de conducta diametralmente opuestas: relaciones afectivas intensas hasta manifestaciones que llegan a herir susceptibilidades y sentimientos de otros.

Como lo marca Fernández (2014) la adolescencia es un “período de cambios, biológico y social, psicológico, físico, sexual y cultural, en el cual se presenta el pensamiento abstracto, la autonomía y la decisión. El joven, a veces, expresa afectos como en la infancia y, en ocasiones, los reprime como se acostumbra a hacer en la adultez. Básicamente, se trata de cambios fisiológicos, desarrollo cognitivo, desarrollo moral, desarrollo social y de personalidad” (p. 449).

Por la cita anterior, subyace que esta etapa del desarrollo es rica en oportunidades para los individuos pues las relaciones que se dan en el plano social pueden impulsarlos para estructurar proyectos que serían robustecidos en la etapa de adultez temprana; sin embargo, también se tiene el otro lado del espejo que si no se tiene una orientación adecuada las oportunidades pueden convertirse en adversidades que harían más difícil la entrada al periodo adulto.

En los apartados mostrados a continuación se desarrollan los aspectos físicos, cognoscitivos y psicosociales de la adolescencia.

Aspectos físicos

En esta etapa del desarrollo los cambios físicos que se perciben en los adolescentes se acentúan y desarrollan rápidamente respecto a la niñez pues la tonalidad muscular se incrementa en el sexo masculino y en el femenino el ensanchamiento y crecimiento de busto son condiciones que se marcan con profusión.

Esta última condición, que deviene de la maduración de los órganos sexuales y, por ende, de un incremento hormonal en los adolescentes, es consecuencia de la producción de dehidroepiandrosterona (DHEA) (Papalia, Feldman y Martorell, 2018), lo cual, en las mujeres aumentan los estrógenos; mientras que en los varones los testículos incrementan la producción de andrógenos, en particular testosterona.

Además, de manera general, se potencian en ambos sexos los movimientos coordinados y aquellos que implican alta destreza en saltar y correr, aunque el desarrollo físico suele ser diferente en ambos sexos como lo menciona Papalia, et. al (2018).

Un varón se hace más grande en general: sus hombros son más anchos, sus piernas más largas con relación al tronco y sus antebrazos son más largos en relación con la parte superior del brazo y a su estatura. La pelvis de la mujer se ensancha para facilitar la maternidad y bajo su piel se acumulan capas de grasa, lo que le da una apariencia más redondeada. En ellas, la grasa se acumula dos veces más rápido que en los varones (p. 359).

De cierto modo, estos cambios físicos impactan en los aspectos cognoscitivos y psicosociales como se lee en los apartados siguientes.

Aspectos cognoscitivos

A medida que continúa el desarrollo en la adolescencia, la materia gris del cerebro va cubriendo a éste y los aspectos cognoscitivos, juntamente con el pensamiento abstracto se van incrementando. Por tanto, el razonamiento en los adolescentes se complejiza y se destaca el razonamiento hipotético-deductivo (Papalia, et. al., 2018).

Además, la capacidad de la memoria de trabajo a la par de la memoria a largo plazo de igual forma se robustece, lo que permite a los adolescentes resolver situaciones complejas con base a la toma de decisiones, tanto en el marco personal, social y escolar.

A su vez, la información que se almacena a largo plazo les permite ejecutar diversas tareas de carácter declarativo, procedimental y conceptual.

El pensamiento declarativo, aunado a la memoria a largo plazo, coadyuva a que se recuperen conocimientos adquiridos en edades tempranas como nombres de personas, resultados de operaciones matemáticas sin necesidad de razonar en su resolución o cualquier otro aspecto que se haya internalizado en el adolescente.

El pensamiento procedimental va de la mano de las habilidades psicomotrices y de pensamiento que el individuo ha construido en otras etapas de su desarrollo; de esta manera, podrá resolver operaciones matemáticas complejas, manipular herramientas, reconocer cómo se utiliza algún aparato tecnológico, entre otras situaciones donde se requiera el pensamiento procedimental.

Por último, el pensamiento conceptual a través de los procesos de abstracción le permitirán comprender lo que acontezca en su contexto y/o en su vida regular; así mismo, podrá darle significado a fenómenos sociales y naturales que ocurran en su contexto.

Aspectos psicosociales

Los aspectos psicosociales tal vez sean los que más identifican a los adolescentes en su comportamiento ya que a medida que avanza el desarrollo de esta etapa en su ciclo de vida, la identidad personal y los aspectos de orden sexual cobran relevancia.

Así mismo, las relaciones interpersonales y psicoafectivas tienden a mostrar un fuerte contenido emocional, tanto con las personas que integran su círculo social de amistades como con los que conforman su masa familiar.

Se destaca en los adolescentes, aunado a las conductas comportamentales, las redes socioemocionales que construyen, atando a estas fuertes componentes de colaboración en sus actividades.

Por otra parte, como lo consigna Papalia, et. al (2018), los adolescentes suelen mostrar arrebatos o episodios de emociones y conductas de riesgo “y que tiene una importante participación en las reacciones emocionales e instintivas” (p. 361).

Lo anterior, podría tener su causa en el desarrollo del cerebro inmaduro, ya que las conductas de la regularidad de adolescentes anulan la razón e impiden que se consideren las advertencias lógicas y persuasivas de los adultos significativos con quienes comparten el espacio del hogar.

En cuanto al aspecto de actividades sociales que desarrollan en su vida cotidiana, los adolescentes conviven con sus círculos sociales significativos prácticamente todo el día pues ya sea que si se asiste a la escuela por las mañanas o tardes comienza la convivencia con amigos y, en el tiempo que no se encuentran dentro del colegio, tienen relaciones interpersonales dentro del hogar o en la calle; inclusive, el contacto interpersonal se realiza a través de medios digitales mediante las redes sociales.

Adolescencia y COVID-19 en México

La contingencia sanitaria que se desarrolló a nivel mundial a partir de noviembre de 2019 cuando el gobierno chino reportó la presencia del virus SARS-Cov-2 originó la primera gran pandemia de este milenio.

Podría decirse que el mundo no estaba preparado para ello y fue tomado por sorpresa al desarrollarse la enfermedad conocida como COVID-19. El impacto de la contingencia sanitaria afectó todas las ramas de la producción económica en general y de las formas de relación social de los habitantes del planeta.

En particular, en México, el COVID-19 tuvo diversos impactos en la población adolescente. El director general del IMJUVE, Guillermo Rafael Rodríguez, indicó que entre julio y septiembre de este año (2021) 39 mil 531 jóvenes mostraron cuadros de ansiedad y depresión por la pandemia (Secretaría de Salud, 2021). Además, el mismo organismo reportó que 3 de cada 5 jóvenes mostraron síntomas de depresión y el 57% ansiedad.

Lo anterior, hace suponer que la dinámica de vida de los adolescentes a partir de la pandemia se radicalizó cuando el confinamiento, si bien no fue obligatorio, sí repercutió en que los adolescentes se enfrentaran a barreras que los condujo a tomar decisiones, muchas veces, sin la reflexión adecuada y al vapor de las condiciones del contexto.

La misma Secretaría de Salud, reportó que se incrementó el consumo de sustancia psicoactivas: 14 por ciento de adolescentes y jóvenes aumentaron el consumo de sustancias psicoactivas y el 71 por ciento redujo sus ingresos, ya sea los percibidos por los mismos adolescentes o producto de la manutención en el hogar.

De manera general este es el contexto y dinámica de vida que se desarrolló en los adolescentes en México durante el periodo de pandemia de marzo/abril de 2020 y todo 2021.

En los apartados mostrados a continuación se profundizará el impacto de la contingencia sanitaria en el entorno escolar.

Contingencia sanitaria

El 2020 tuvo un inicio muy diferente a los demás años, debido a que a finales del año pasado se detectó un nuevo virus en Wuhan, provincia de Hubei, China; posteriormente se determinó que dicho virus fu causado por una nueva clase de coronavirus, llamado SARS-Cov-2 (conocido como COVID-19) el cual ocasiona en las personas portadoras de dicho virus, un síndrome respiratorio severo, altamente infeccioso y de fácil propagación. Su propagación fue de tal magnitud que el día 11 de marzo del 2020 la Organización Mundial de la Salud (OMS) declara un estado de emergencia mundial, clasificando el Covid-19 como una pandemia, llamando a la población mundial a un confinamiento, que con el tiempo resulto indefinido (Ayala, 2020).

En México, el primer caso de COVID-19 fue reportado a finales de febrero de 2020 y el 23 de marzo del mismo año se decretó por parte del Gobierno Federal a través de la Secretaría de Salud la “Jornada Nacional de Sana Distancia”, la cual como Fase 1, entre otros ordenamientos, se invitó a la población a seguir el protocolo de cuidado para no contagiarse del vector, enfatizando la distancia de 1.5 m entre personas para evitar el contagio.

A través de dicha Jornada, se estableció el cierre de oficinas gubernamentales y negocios privados como medida temporal para frenar los contagios. Los servicios otorgados por los tres niveles de gobierno, de igual forma cerraron, incluyendo las escuelas.

La Fase 2 del protocolo sanitario se volvió más severa, pues para finales de marzo de 2024, el contagio de la población se incrementaba de forma importante, suspendiendo las actividades escolares.

La Fase 3, iniciada el 13 de mayo, fue el recurso gubernamental que refirió el concepto de Nueva Normalidad y se ajustaron los protocolos para apertura de comercios, limitando la entrada a estos de sólo una persona por familia. En el caso de las escuelas, se optó por impartir las clases que eran presenciales de manera virtual, situación que se prolongó, prácticamente, hasta febrero de 2022.

Impacto del COVID-19 en el entorno escolar

Por el contexto indicado en el apartado anterior, el impacto producido por el COVID en el entorno escolar se encontró en función de las siguientes medidas según el acuerdo publicado en el Diario Oficial de la Federación (DOF) 2020 el cual instaló la Comisión de Salud de los Consejos de Participación Escolar a través de la Secretaría de Educación Pública (SEP) y la Secretaría de Salud (SS) con las siguientes tareas, se exponen las más importantes:

Filtros escolares para identificar a alumnos y docentes con probabilidad de enfrentar la infección de COVID-19.

Higiene en todas las áreas físicas de las escuelas.

Implementar y poner en práctica medidas sanitarias (lavado de manos y uso de mascarilla).

Vacaciones adelantadas de primavera.

Aislamiento preventivo.

Implementación de educación electrónica y digital para recuperar contenidos de aprendizaje (Aprende en Casa), entre otras.

Bajo estas medidas, la asistencia en la escuela presencial fue afectada de manera directa. La cancelación de las clases dentro del aula física promovió una nueva for-

ma, para muchos docentes y estudiantes, de continuar el proceso de enseñanza-aprendizaje, pero ahora de manera virtual. La afectación se hizo presente en todos los niveles escolares y en el bachillerato no fue la excepción.

Los adolescentes que estudiaban (y estudian) este nivel educativo tuvo que reorganizar su dinámica personal, social y escolar reorganizando entornos dentro de su hogar para contar con un espacio en dónde realizar sus tareas y la asistencia a las conocidas video-clase; además de poner en práctica metacognición, recuperación y búsqueda de información, entre otras estrategias.

En el fondo, acudir a las Tecnologías de la Información y la Comunicación fue buena idea por parte de las autoridades educativas y de salud; sin embargo, como lo citan Navarrete, Manzanilla y Ocaña (2020) “la premura con que se tomaron las medidas antes listadas, su impacto no ha sido el esperado, sobre todo porque no se tuvo en consideración los factores humanos, sociales, económicos y culturales primordiales para medir el impacto real de estas medidas” (p. 147).

Es así que el impacto producido en el orden escolar desde las políticas por el Gobierno Federal no fue analizado profundamente y las consecuencias directas las enfrentaron todos los actores que se involucran en la dinámica escolar; esto es, directivos, docentes, alumnos y trabajadores operativos de las escuelas.

De las aulas a lo virtual

Las medidas adoptadas por el Gobierno Federal, expuestas en el apartado anterior, cambiaron la dinámica que se vivía antes de la pandemia en el entorno escolar. De esta manera y de forma expedita se pasó de las aulas a lo virtual, encontrándose diversas problemáticas, sobre todo, para docentes y estudiantes.

Como lo afirma Navarrete, et. al (2020) “el perfil de los alumnos a distancia requiere de capacidades tales como: proactividad, capacidad de planificación, así como disci-

plina y organización; sin embargo, hay que reconocer que estas capacidades no son cultivadas en las escuelas tradicionales” (p. 152). Además, el cambio vertiginoso de un modelo de enseñanza-aprendizaje a otro, no procuró un entrenamiento previo en alumnos y docentes en manejo de tecnologías digitales, lo cual tuvo diversas consecuencias como desinterés por parte de los alumnos de seguir estudiando bajo este modelo, falta de planificación para entregar tareas, alineamiento a disciplina para realizar tareas, dudas en alumnos que estaban acostumbrados a que el currículo y actividades tienen como centro al docente como asignatario de estas.

Por su parte, Aguilar (2021) refiere que el aprendizaje a distancia, para la mayoría de los docentes y estudiantes es un soporte pedagógico que puede funcionar al coadyuvar con la educación presencial, pero a su vez “el aprendizaje resulta significativo y a la vez, potencia el trabajo autónomo en el estudiante” (p. 216). Sin embargo, habría que preguntarse si los estudiantes se encontraban con las habilidades, conocimientos y competencias para desarrollar el espíritu del aprendizaje a distancia.

Así mismo, la transición del aula a lo virtual desapareció el espacio de trabajo en el aula el cual la mayoría de los estudiantes lo tenía normalizado y en la nueva realidad, espacios del hogar, a veces sin las condiciones mínimas de bienestar, se convirtieron en dicho espacio como dormitorios, comedor, cocina, patio (Aguilar, 2021).

Además, los espacios virtuales requieren de cierta infraestructura tecnológica como acceso a internet, Wi-Fi, dispositivos electrónicos y gadgets, conocimiento mínimo de manipulación de plataformas y software, entre otras. En este sentido, gran parte de los estudiantes, a pesar que manipulan redes sociales, se enfrentaron a condiciones novedosas que, en ocasiones, ni los mismos docentes sabían cómo apoyarles en el uso de las TIC pues “la teleeducación no causó dificultades de aprendizaje en comunidades educativas con un escenario autónomo con respecto al uso de las TIC, sin embargo, la situación fue grave para aquellas instituciones con insuficientes recursos tecnológicos y con una nula capacitación docente” (Aguilar, 2021, p. 218) incluyendo a alumnos en condiciones económicas precarias por no mencionar a comunidades enteras dentro del territorio nacional.

Bajo este escenario no es difícil suponer que los efectos psicológicos se detonaron en los estudiantes. En el apartado siguiente, se refiere específicamente, a las afectaciones en estudiantes de bachillerato.

Efectos psicológicos del modelo virtual de enseñanza-aprendizaje en alumnos de bachillerato

Los efectos psicológicos en los estudiantes derivados del confinamiento provocado por la contingencia sanitaria no fueron analizados por las autoridades gubernamentales, sobre todo, las encargadas de la educación y la salud.

En específico, los de orden psicológico se detonaron en los estudiantes de los diversos niveles educativos. En concreto, en nivel bachillerato los estudiantes se encontraron con barreras psico-sociales al no estar en contacto presencial con personas significativas para ellos como lo son sus compañeros y amigos de clase o con personas con las que guardaban relaciones de tipo amoroso.

En este sentido, Sánchez (2021) sostiene que los efectos psicopatológicos debido al escenario de confinamiento durante la contingencia sanitaria la enfrentan aquellas personas o grupos con mayor vulnerabilidad ya sea por edad, sexo, estructura familiar, nivel educativo, origen étnico y condición física y/o mental. Los adolescentes, al encontrarse en una etapa de desarrollo en la cual buscan identidad (Papalia, et. al, 2018) pueden categorizarse como vulnerables.

Además, la carga psicoemocional, acorde a esta etapa de desarrollo, los puede llevar a límites para entender, comprender y explicarse el escenario de confinamiento pues se vive bajo un contexto de amenaza constante en el cual son susceptibles de infectarse de COVID-19, pensar escenarios catastróficos de su futuro, sentir emociones como miedo y sensaciones de incertidumbre, entre otros.

Todo esto impacta en su bienestar psico-emocional donde se pone en juego su capacidad de adaptación, asimilación y resiliencia que debe afrontar con altos niveles de estrés, ansiedad y/o depresión.

Así, los efectos psicológicos en los adolescentes se objetivan en estados de humor cambiantes entre la irritabilidad, sensibilidad emocional, desinterés o apatía por realizar sus actividades, déficit de concentración, pánico o cualquier otra emoción, pensamiento o sentimiento negativo que no ayuda a que realice su vida regular (Navarrete, 2020, Aguilar, 2021).

Por otra parte, Intiango y Calle (2021) sostienen que los principales efectos de la educación virtual en estudiantes de Educación Básica Superior se materializan en pérdida de hábitos y estrés. Lo anterior se explica porque las clases virtuales si bien pueden tener un horario para estar presente en estas, las actividades no necesariamente se realizan en tiempo y forma, sobre todo, cuando existe la posibilidad de argumentar que se ha infectado de COVID-19 e estudiante o algún familiar significativo lo cual trae como resultado que el hábito de realizar las actividades escolares se realicen en horas no habituales como las madrugadas, donde la el déficit de atención se ve perturbado por sueño o cansancio.

El estrés se explica con relación a la falta de habilidad para manipular plataformas digitales, buscar información por cuenta propia del estudiante o poco entendimiento del tema o de las instrucciones para desarrollar las actividades.

Además, como lo identifica Aguilar (2021) “El aprendizaje virtual reemplazó drásticamente a los escenarios presenciales de aprendizaje. El sujeto educativo dejó de lado el contacto social para entrar en contacto directo con dispositivos digitales, la relación entre educador-educando se volvió asimétrica ya que la participación educativa no se dio en igualdad de condiciones” (p. 214) con lo cual el adolescente pierde o se desorienta en la significatividad de lo que ha sido la escuela para éste pues ha cursado de 9 a 12 años en escenarios presenciales si se toma en cuenta 3 años de nivel preescolar.

Hernández, Labanda y Prado (2021) en su estudio realizado para analizar las consecuencias psico-emocionales en alumnos debido al confinamiento reportaron que el 62% tiene dificultades para concentrarse, 57.5% enfrenta problemas en el control

emocional, 54% reportó inseguridad, 69% desarrolló sentimientos de incapacidad y más del 50% estrés.

Con lo cual se objetiva lo que mencionan Navarrete (2020) y Aguilar (2021) en cuanto a los efectos psicológicos del modelo virtual de enseñanza-aprendizaje en alumnos de bachillerato.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El 11 de marzo de 2020 la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró estado de emergencia a todo el mundo, debido a que la enfermedad causada por la infección del síndrome respiratorio agudo severo o grave 2 (SARS-CoV-2) denominada COVID-19, había alcanzado el nivel de pandemia mundial, por lo cual se solicitó a los gobiernos que tomaran medidas urgentes y contundentes para detener la propagación del virus, debido a su elevada morbilidad y mortalidad (Sánchez, 2021).

Anteriormente, se tenía conocimiento de esta enfermedad desde diciembre del 2019, que estaba causando graves problemas en Wuhan, China, sin embargo, todo el mundo seguía con su vida normal, con sus actividades cotidianas y esparcimiento de distracción grupal.

Nadie se imaginó el impacto que vendría a causar en la vida de cada persona, trayendo consigo la limitación de actividades esenciales como: desplazamientos a centros laborales, reducción del transporte, cierre de locales de actividades culturales, artísticas, deportivas, además de, la suspensión de la actividad escolar presencial para aproximadamente 138 billones de niños en todo el mundo (Sánchez, 2021).

Evidentemente estas limitaciones causaron en los individuos malestar físico y psicológico. Algunos expertos consideran que las variables implicadas en el impacto psicológico son el miedo a la infección por microorganismos y enfermedades, la manifestación de sentimientos de frustración y aburrimiento, no poder cubrir con necesidades básicas, así mismo, reacciones emocionales negativas de miedo, ansiedad, y preocupación de las cuales se puede derivar manifestaciones de ansiedad y depresión.

De modo que, los adolescentes son una población vulnerable debido a que están en una etapa de desarrollo y de cambios físicos y psicológicos. Si a lo anterior se le añaden las características de personalidad, los antecedentes familiares y personales de trastornos psíquicos y abuso de sustancias, unido a experiencias de estrés, mal-

trato, abuso sexual, pérdida de progenitores; y en relación con su ambiente la estructura y funcionalidad de la familia, las condiciones de vivienda, la situación socioeconómica, según Sánchez (2021), son factores que pueden desencadenar varios efectos en el adolescentes como: trastornos del sueño y el apetito, dificultad para atender, hiperactividad e irritabilidad. Así mismo, síntomas de angustia como palpitaciones, hiperventilación y diarreas, además de manifestarse señales de depresión con sentimientos de tristeza y abandono.

La pandemia de COVID-19 ha tenido un gran impacto mundial en donde las repercusiones son severas, y se han visto con más afectación en grupos de mayor exclusión social y económica como las poblaciones autodefinidas como no-binaria, indígena, afrodescendiente y de menores ingresos, así lo revela los resultados del estudio Voces-19, en el que participaron de forma virtual 55 mil 692 personas de 15 a 24 años (Secretaría de Salud, 2021).

De acuerdo, a la Secretaría de Salud (SS) (2021), la pandemia de COVID-19 ha mostrado su complejidad y afectación en todos los elementos de la vida pública en lo individual, comunitaria y familiar. Considera que las juventudes requieren ser escuchadas y que expresen lo que sienten, piensan, sus incertidumbres y cuestionamientos.

Así mismo, el Instituto Mexicano de la Juventud (IMJUVE) junto con la alianza Population Council México atendieron a 39 mil 531 jóvenes los cuales mostraron cuadros de ansiedad y depresión por causa de la pandemia. (Secretaría de Salud, 2021).

En un estudio que se realizó para medir el impacto de la pandemia en estudiantes de entre 15 y 24 años, la coordinadora sectorial de Igualdad de Género y Programas Transversales de la Secretaría de Educación Pública (SEP), Dinorah A. Ugalde Reza, señaló que del total de jóvenes que respondieron la encuesta, 43 por ciento estuvo expuesto a algún tipo de violencia física, económica o social, siendo las mujeres más afectadas. En cuanto a la continuidad educativa la mayoría reportó acudir a la escuela, sin embargo, el 42 por ciento de adolescentes abandonó sus estudios por causa de la pandemia. Respecto a la salud mental, siete de cada 10 adolescentes y

jóvenes experimentaron síntomas depresivos, mientras que 62 por ciento dijo tener síntomas de ansiedad, afectando más en la mujeres y población no binaria (Secretaría de Salud, 2021).

En otro estudio que se realizó en China donde se analizó el impacto psicológico de la cuarentena por COVID-19 durante el confinamiento encuentra que dos de los factores que más afectaron el bienestar físico y psicológico de sus habitantes fueron la pérdida de hábitos y rutinas, así como el estrés psicosocial (Sánchez, 2021). Lo cual favorece a la instauración de hábitos perjudiciales tales como: sedentarismo, dietas poco saludables, patrones de sueño irregulares, mayor uso de las tecnologías de información y comunicación (TIC) lo que puede derivar en problemas físicos, y desarrollar obesidad en los adolescentes.

Justificación

El presente trabajo surge de la necesidad de conocer cómo los adolescentes vivieron el proceso de confinamiento por causa de la pandemia COVID-19. Se Tiene por entendido que esta enfermedad causó un gran impacto a toda la humanidad por los cambios drásticos que tuvieron que hacer para resguardarse y no contagiarse de este virus. Además, la adolescencia es considerada como una población vulnerable, ya que es una etapa complicada debido a los cambios biológicos, cognitivos y emocionales que de acuerdo a Santrock (2004; en Aguilar, 2013) se presentan debido a la transición entre la infancia y la etapa adulta.

Esta etapa se caracteriza por la importancia que les dan los adolescentes a las relaciones sociales con sus iguales, al amor y la amistad, a la atención que dirigen hacia su propio cuerpo, a la necesidad intensa de autonomía, a los conflictos con los padres, a la búsqueda de su identidad propia, a dar una buena impresión a los otros, además de que fácilmente infringen normas anteriormente respetadas (Lutte, 1991; en Aguilar, 2013).

De modo que, el confinamiento que se estableció por causa de la pandemia COVID-19 vino a poner límites a los adolescentes, en donde la rutina y los hábitos que ya tenían definidos y se vieron modificados, surgiendo nuevas conductas, provocando conflictos en su persona, con sus familiares y amistades. La forma de relacionarse con sus iguales se vio limitada, las actividades de recreación, deporte y cultura, también se vieron afectadas.

En cuanto a los cambios cognitivos implica cambios en el pensamiento y la inteligencia, las emociones son inestables en esta etapa, de modo que, viviendo este proceso de confinamiento alteraron pensamientos, creencias y emociones en los adolescentes desarrollando así, cuadros de ansiedad y depresión.

Por otra parte, consideramos que este estudio se justifica por la aportación que se puede generar a la psicología, ya que siendo esto un suceso reciente se cuenta con

escasa información, pocos estudios se han realizado acerca del impacto que ha producido esta pandemia a nivel mundial y a diferentes tipos de población.

En cuanto a la metodología se consideró pertinente realizar una investigación mixta, donde partimos del enfoque cuantitativo utilizando inventarios de ansiedad y depresión para obtener datos numéricos que permitió medir la frecuencia del fenómeno que se está analizando

Así mismo, el enfoque cualitativo permitió profundizar más acerca de cómo los adolescentes vivieron este proceso, qué barreras encontraron, qué dificultades tuvieron que afrontar, y la forma en que lo hicieron; además, de conocer su forma de pensar acerca de este suceso, qué creencias nuevas surgieron, las emociones que experimentaron, y qué conductas negativas o positivas adquieren; por igual, qué estrategias utilizaron para convivir con sus padres, con sus compañeros y maestros. Se ha considerado, de igual forma, si perdieron algún familiar cercano y cómo lo afrontaron. Finalmente, conocer qué actividades nuevas realizaron para compensar el hecho de que no podían salir a realizar actividades recreativas o de otra índole.

El estudio es relevante porque brinda información específica de cómo vivieron este proceso los adolescentes; además, conocer si existe presencia de síntomas y de qué grado de ansiedad y depresión.

Este proyecto también consta de una parte teórica donde se revisaron varios estudios acerca de cómo afectó a los adolescentes la pandemia por causa de COVID-19, así como las consecuencias que se derivaron del confinamiento. Algunos de los estudios que se revisaron son: la pandemia impacta en distintos ámbitos a adolescentes y jóvenes de Secretaría de Salud (2021), Impacto psicológico en niños y adolescentes de Sánchez (2021), entre otros.

El objetivo de esta revisión teórica es constatar los datos que arrojó la investigación con los estudios realizados y compararlos; así mismo, reconocer si realmente la ansiedad y la depresión son dos factores de riesgo que se desarrolló en los adolescen-

tes, además, de conocer qué puntos de concordancia existe entre la teoría y lo que vivieron los adolescentes.

Por último, la justificación social indica que es importante atender esta situación ya que los adolescentes son el futuro del país y pronto serán población adulta, donde si no son tratados e intervenidos estos trastornos traería consecuencias negativas a la sociedad. De modo que, sería importante brindar u ofrecer servicios de asesoría o acompañamiento gratuitos a los adolescentes para el manejo de las emociones.

Pregunta de investigación

¿Los adolescentes de nivel bachillerato en el Estado de México poseen mayor riesgo de enfrentar ansiedad y depresión derivado del confinamiento y de la contingencia sanitaria provocada por el virus SARS-Cov-2 durante el año 2021?

Hipótesis

H₁: La ansiedad y depresión se incrementaron en los adolescentes de nivel bachillerato del Estado de México a partir de las medidas de confinamiento adoptadas por el gobierno para disminuir el contagio de COVID-19.

Objetivo de la investigación

Identificar en 10 adolescentes del Estado de México de nivel bachillerato ansiedad y depresión a través de los inventarios BAI, BDI-II y entrevistas a profundidad identificando los efectos conductuales, cognitivos y fisiológicos que enfrentaron durante el confinamiento en 2021.

Objetivos específicos

Analizar cuantitativa y cualitativamente el nivel de ansiedad y depresión que mostraron 10 adolescentes del Estado de México de nivel bachillerato durante el confinamiento en 2021.

Categorizar los síntomas y/o signos en conductuales, cognoscitivos y fisiológicos que presentaron 10 adolescentes del Estado de México de nivel bachillerato durante el confinamiento en 2021 a través de análisis cualitativo.

Definir el grado de ansiedad y depresión que mostraron 10 adolescentes del Estado de México de nivel bachillerato durante el confinamiento en 2021 por medio de análisis estadístico.

METODOLOGÍA

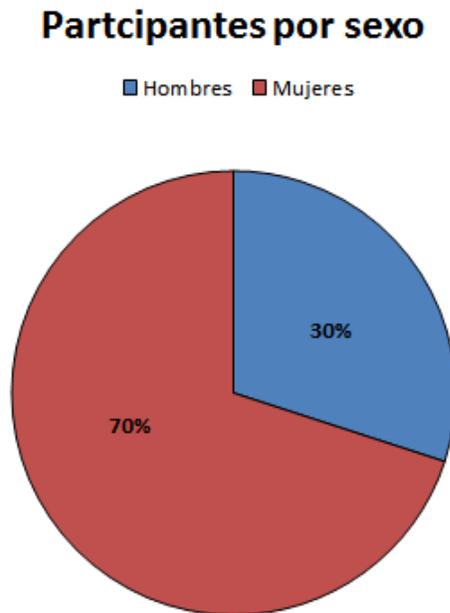
Muestra

Se utilizó una muestra aleatoria simple la cual consiste en que todos los individuos tienen la misma probabilidad de ser seleccionados y de no participar si así lo desean.

Los participantes que colaboraron en la aplicación de inventarios y las entrevistas a profundidad fueron 10 personas en total (figura 1). El 70 % fueron mujeres y el 30% hombres.

Figura 1

Participantes por sexo

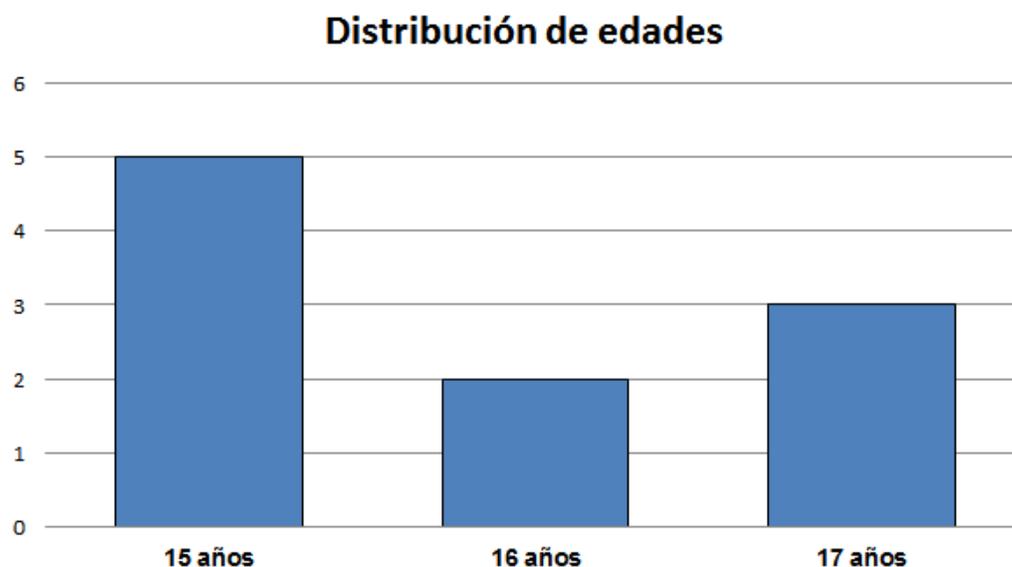


Nota. La figura muestra en porcentaje a los participantes de acuerdo con el sexo.

El rango de edad de los participantes fue de 15 a 17 años, distribuidos de la siguiente manera (figura 2).

Figura 2

Distribución de edades



Nota. La figura muestra a los participantes de acuerdo con su edad. Fuente propia.

Mientras su nivel socioeconómico se centró en los niveles D+ y D (AMAI, 2018):

Nivel D +: en este nivel el jefe del hogar posee estudios superiores a primaria, el 19% de los hogares tiene conexión al servicio de internet fijo en su vivienda. El 41% de sus ingresos es destinado a la alimentación, el 7% al gasto educativo y el resto a transporte y servicios. Su ingreso principal proviene del trabajo asalariado en fábricas o empresas.

Nivel D: Es aquella donde el 56% de los hogares el jefe de familia posee estudios de primaria, el 4% cuenta con internet fijo en su vivienda. El 46% de sus ingresos

está destinado a la alimentación. El 50% de las familias de este nivel suelen compartir baño con otras familias, su principal fuente de ingresos es trabajo asalariado y recibe subsidios gubernamentales.

Criterios de Inclusión

- Adolescentes que estén dentro del rango de edad de 15 a 18 años.
- Estar estudiando nivel medio superior.
- Estar estudiando en modalidad híbrida.
- Sexo indistinto.
- Nivel socioeconómico D +, y D.

Criterios de Exclusión

- Adolescentes que no estén dentro del rango de edad de 15 a 18 años.
- No estar estudiando.
- Estar estudiando 100% presencial.

Tipo de Investigación

La investigación responde a una metodología mixta donde se utilizó el enfoque cuantitativo y cualitativo con tipo de diseño descriptivo no experimental.

Instrumentos

Inventario de Depresión de Beck (BDI-II), este instrumento evalúa la intensidad, gravedad somática de los 21 diferentes ámbitos afectados por la depresión, conteniendo cada ítem varias frases autoevaluativas (ver tabla 1).

Tabla 1

Ficha técnica de inventario de depresión de Beck (BDI-II)

Autor	Aaron Beck, Steer, Brown
Año	2011
Alfa de Cronbach	0.85
Población a la que está dirigida	Adolescentes y adultos
Aplicación	Individual
Tiempo	10 a 20 minutos
Uso	clínico
Exige respuesta verbal	Si
Exige la lectura	No
Evalúa	Presencia y grado de síntomas depresivos

Nota. Describe la ficha técnica del inventario de depresión de Beck (BDI-II).

Descripción

La escala (BDI-II) presenta 21 ítems que evalúan presencia y grado de síntomas depresivos como tal, puede ser utilizado (como se señaló) a partir de 13 años. Cada ítem consta de 4 alternativas de respuesta, las que evalúan gravedad / intensidad del síntoma, se presentan ordenadas de menor a mayor gravedad. El evaluado deberá contestar en función de cómo se ha sentido en la última semana incluido el día de la evaluación. Se utiliza herramienta de calificación en la que cada pregunta está calificada en escala de cuatro puntos que va de 0 a 3, en donde 0= no experimenta síntomas y 3 = se experimenta severidad en los síntomas.

Los puntos de corte son: si el evaluado obtiene una puntuación directa comprendida entre 0 y 10 se considera dentro de la normalidad, entre 10-19 se está en riesgo de ser víctima de una depresión, si la puntuación supera 20 puntos, se estaría hablando de depresión moderada, y a partir de 30 puntos ya se considera depresión severa.

Nota: si múltiples afirmaciones describen una condición por igual, se elige la respuesta con el número más alto en la escala del 0 al 3, es decir que, si se cree que 2 y 3 representan por igual una condición, se elige la afirmación 3. La pregunta 16 (cambios en el patrón de sueño) y 18 (cambios en el apetito) están calificadas en una escala de siete puntos en lugar de cuatro. Sin embargo, estas preguntas no tienen más peso que las otras al momento de calcular resultados.

Ejemplo:

0: no me siento triste

1: me siento triste algunas veces

2: me siento triste todo el tiempo

3: me siento tan triste o infeliz que no puedo soportarlo

Debido a que solo se puede elegir una alternativa de cuatro, debe recomendarse juzgar emociones, sentimientos y conductas de manera precisa.

En cuanto a la obtención de su calificación esta será el resultado de sumar todos los puntos, ejemplo; si tienes 0 puntos en la primera pregunta y 3 en la segunda, se suman ambos para obtener una calificación de 3 para las dos primeras preguntas, la puntuación total se encontrará en el rango de 0 a 63.

Categorías

No existen puntos ni límite arbitrario para diagnosticar cada categoría de depresión. No obstante, hay rangos de calificación que indican la categoría particular de depresión que una persona tiene.

Calificación de 0 a 13: sin depresión

Calificación de 14 a 19: depresión leve

Calificación de 20 a 29: depresión moderada

Calificación de 30 a 63: depresión severa

Para evaluar la gravedad de la sintomatología ansiosa a nivel emocional, fisiológico y cognitivo de los adolescentes se utilizó el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) el cual se describe en la Tabla 2.

Tabla 2

Ficha técnica de inventario de ansiedad de Beck (BAI)

Autor	Aaron Beck, Epstein, Brown y Steer.
Año	1988
Alfa de Cronbach	0.90
Población a la que está dirigida	Adolescentes y adultos
Aplicación	Individual
Tiempo	5 a 10 minutos
Uso	clínico
Exige respuesta verbal	Si
Exige la lectura	No
Evalúa	gravedad de la sintomatología an-

Nota. Describe la ficha técnica del inventario de ansiedad de Beck (BAI).

Descripción

El Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) es un instrumento de auto informe de 21 ítems diseñado para evaluar la gravedad de la sintomatología ansiosa. Cada ítem de este inventario recoge un síntoma de ansiedad y para cada uno de ellos la persona debe valorar el grado en que se ha visto afectado por el mismo durante la última semana, por medio de una escala tipo Likert de cuatro puntos que va desde 0= nada en absoluto, hasta 3= gravemente, casi no podía soportarlo.

Cada ítem se valora de 0 a 3 puntos en función de la respuesta dada por el individuo y. tras sumar directamente la puntuación de cada ítem se obtiene una puntuación total que varía de 0 a 63. De acuerdo con la puntuación obtenida se valora el rango de calificación que determina el nivel de gravedad de la sintomatología ansiosa:

De 0 a 7	Mínimo de Ansiedad
De 8 a 15	Ansiedad Leve
De 16 a 25	Ansiedad Moderada
De 26 a 63	Ansiedad Severa

Por último, se utilizó entrevista semiestructurada para profundizar y comprender más de cerca cómo los adolescentes vivieron el proceso de confinamiento.

Entrevista

La entrevista a profundidad se conforma de 15 preguntas las cuales se enfocan en reconocer qué pensaron los adolescentes al enterarse que la población se confinaría en sus hogares, los cambios que se produjeron en éstos en lo cognitivo, conductual y fisiológico, las emociones y sentimientos que enfrentaron durante el confinamiento y al término de éste, las dificultades de adaptabilidad que tuvieron que atender en el nuevo estilo de vida, el impacto en lo emocional que conllevó la migración de las clases presenciales al ámbito virtual, la dinámica familiar que se vivió en sus hogares durante el confinamiento, el comportamiento, pensamiento y emociones que tienen en el presente dentro de la Nueva Normalidad.

La entrevista y las ligas de acceso a estas se encuentran en los Apéndices se encuentra en el Apéndice A y B, respectivamente.

Procedimiento

Se contactaron a 10 adolescentes entre 15-18 años que estudiaran nivel bachillerato y en el momento de la administración de los instrumentos estudiaran de forma híbrida. El contacto de los participantes se realizó a través de amistades.

Se les entrevisto a cada uno de os adolescentes de manera individual a través de medios virtuales y al término de la entrevista se les aplicaron los instrumentos BAI y DBI-II leyéndoles cada ítem y sus respuestas.

Análisis de datos

Se analizaron los instrumentos estandarizados por medio del programa estadístico SPSS versión. Mientras que la entrevista a profundidad fue analizada a través de códigos abiertos y códigos axiales exponiendo fragmentos de respuestas consideradas relevantes para la investigación.

El formato de códigos se encuentra en el Apéndice C.

RESULTADOS

Cuantitativos

En la tabla 3 se presentan las puntuaciones totales que se obtuvieron de cada uno de los 10 participantes del Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) e Inventario de Ansiedad de Beck (BAI).

Tabla 3

Puntuaciones de inventarios BDI-II y BAI.

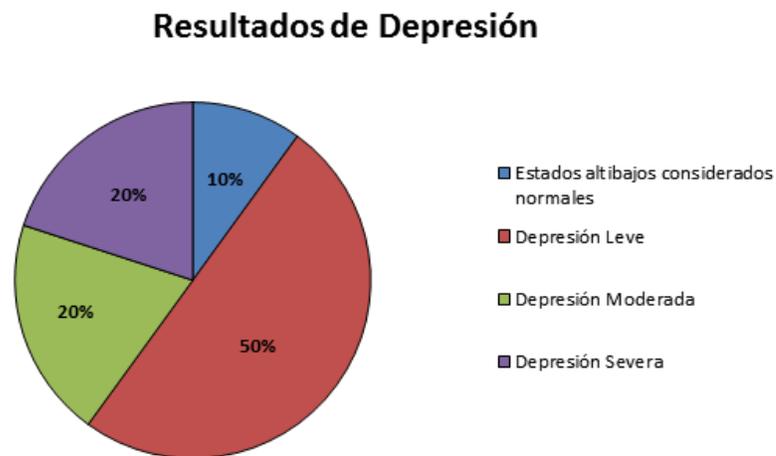
Participante	Puntuación Depresión	Nivel de Depresión	Puntuación Ansiedad	Nivel de Ansiedad
1	19	Depresión Leve	19	Ansiedad Baja
2	32	Depresión Severa	25	Ansiedad Moderada
3	14	Depresión Leve	32	Ansiedad Moderada
4	9	Estados altibajos considerados normales	4	Ansiedad mínima
5	13	Depresión Leve	28	Ansiedad Moderada
6	21	Depresión Moderada	16	Ansiedad Baja
7	37	Depresión Severa	48	Ansiedad Severa

8	14	Depresión Leve	18	Ansiedad Baja
9	13	Depresión Leve	12	Ansiedad Baja
10	27	Depresión Moderada	25	Ansiedad Moderada

Nota. En la tabla 3 se aprecia que 5 participantes enfrentaron Depresión Leve, 2 Depresión Moderada, 2 Depresión Severa y 1 Estados altibajos considerados normales de acuerdo con el cuadernillo de interpretación de depresión de Beck. El porcentaje se observa en la figura 3.

Figura 3

Resultados de depresión.



Nota. La figura 3 muestra los resultados que se obtuvieron del inventario de depresión que se les aplicó a los 10 participantes.

De acuerdo con el levantamiento de información desarrollado por el Instituto Mexicano de la Juventud (IMJUVE) a través de la encuesta nacional VocEs-19 (2020), 3 de cada 5 jóvenes mostraron síntomas de depresión durante el confinamiento, por lo cual, no es de extrañar que el 90% de los adolescentes participantes hayan

sido diagnosticados bajo el BDI-II con alguna forma de depresión (leve, moderada y severa) pues la afectación del resguardo en casa para evitar infección de COVID-19 incentivó los síntomas depresivos en ellos.

Inventario BDI-II.

A continuación, se muestran los resultados del inventario BDI-II.

La figura 4 muestra el total de los participantes que respondieron a lo referente a la tristeza.

Figura 4

Tristeza



Nota. La figura 4 muestra el resultado que se obtuvo del ítem de tristeza del inventario de depresión. Fuente propia.

Con relación a la figura 4, 6 de 10 participantes respondieron “No me siento triste”, pero 4 de éstos contestaron “Me siento triste gran parte del tiempo” lo cual, para el número de sujetos que intervinieron en el estudio, resulta significativo que, prácticamente, el 40% de ellos enfrentaban la sensación de tristeza durante el confinamiento.

Lo anterior, se encuentra en relación con la sensación de pesimismo (figura 5) en donde se muestra que 6 de 10 eligieron por respuesta “Me siento más desalentado respecto a mi futuro que lo que solía estarlo”; mientras que 2 de 10 respondieron “Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar”. Únicamente 3 de 10 contestaron “No estoy desalentado respecto de mi futuro”.

Figura 5

Pesimismo



Nota. La figura 5 muestra el resultado que se obtuvo del ítem pesimismo del inventario de depresión. Fuente propia.

Es de considerar, que 7 de 10 adolescentes o se sienten desalentados o con poca esperanza en el futuro y, se reitera, guarda relación con el sentimiento de tristeza evaluado en la figura 4.

Sin embargo, al evaluar el sentimiento o idea de fracaso, el resultado obtenido se contrapone a lo señalado en las figuras 4 y 5 pues sólo 4 de los participantes indicaron que “He fracasado más de lo que hubiera debido”; mientras que los restantes consideraron que “No me siento como un fracasado” (ver figura 6).

Se infiere, entonces, que el sentimiento de tristeza y pesimismo podría no encontrarse con relación al sentimiento de fracaso; tal vez, porque los participantes evaluaron lo que han logrado personalmente hasta el presente, a pesar del contexto del confinamiento.

Figura 6

Fracaso



Nota. La figura 6 muestra el resultado que se obtuvo del ítem de fracaso del inventario de depresión.

En cuanto a la condición hedónica, 7 de cada 10 participantes indicaron que “No disfruto tanto las cosas como solía hacerlo” y 2 de 10 respondieron “Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar”; mientras que sólo uno de los participantes optó por la respuesta “Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto” (ver figura 7).

Figura 7

Pérdida de placer



Nota. La figura 7 muestra el resultado que se obtuvo del ítem de pérdida de placer del inventario de depresión.

Por lo que sigue teniendo relación el incremento de tristeza y pesimismo con la pérdida de placer.

Por otra parte, al evaluar el sentimiento de culpa, resulta significativo que 6 de 10 adolescentes respondieron "Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho" y sólo 4 de 10 eligieron "No me siento particularmente culpable" como se muestra en la figura 8.

Figura 8

Sentimientos de culpa



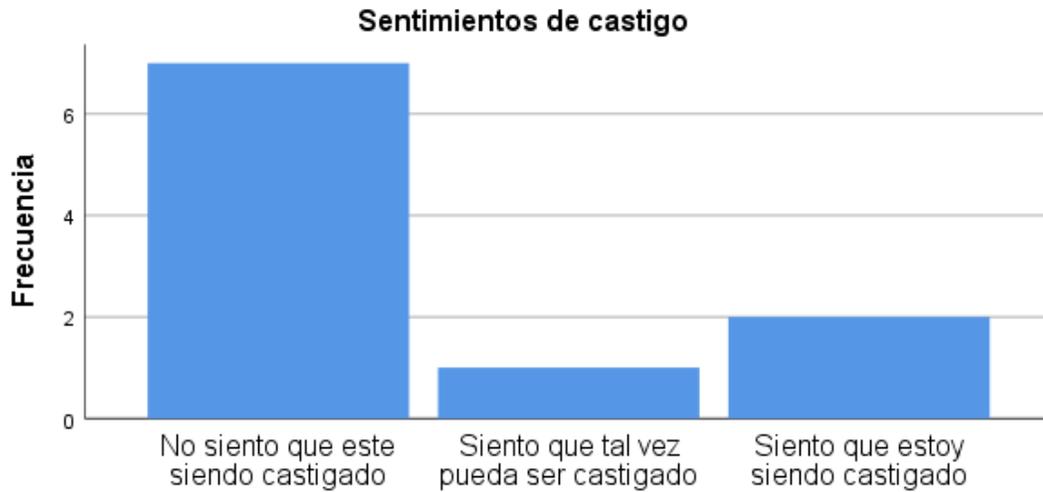
Nota. La figura 8 muestra el resultado que se obtuvo del ítem de sentimientos de culpa del inventario de depresión.

Con relación a los resultados de la figura 8, se piensa que, durante el confinamiento, los adolescentes evaluaron aspectos y eventos de su historia de vida, con lo cual, su reflexión los llevó a considerar que en ciertos casos pudieron haber actuado de diferente manera. Sin embargo, el sentimiento de culpa que presentaron los participantes se encuentra sesgado porque enfrentaron un incremento del sentimiento de tristeza, por lo que habría que evaluar bajo otro estudio qué es lo que realmente los ha llevado a responder que se sienten culpables.

El argumento anterior, podría constatarse en la figura 9 que evalúa el sentimiento de castigo, donde 7 de 10 eligieron por respuesta “No siento que esté siendo castigado” y sólo 3 de los adolescentes respondieron “Siento que tal vez pueda ser castigado” o “Siento que estoy siendo castigado”.

Figura 9

Sentimientos de castigo



Nota. La figura 9 muestra el resultado que se obtuvo del ítem sentimientos de castigo del inventario de depresión.

Del mismo modo, la figura 10 que evalúa la disconformidad con uno mismo, 7 de 10 participantes respondieron “Siento acerca de mí o mí mismo que siempre” y sólo 3 sujetos eligieron “Estoy decepcionado conmigo mismo”.

Así, se argumenta que, de cierto modo, la autopercepción de los participantes no mostró déficit durante el confinamiento puesto que no se ven como fracasados (figura 6), ni tampoco enfrentan se perciben disconformes consigo mismos.

Figura 10

Disconformidad con uno mismo



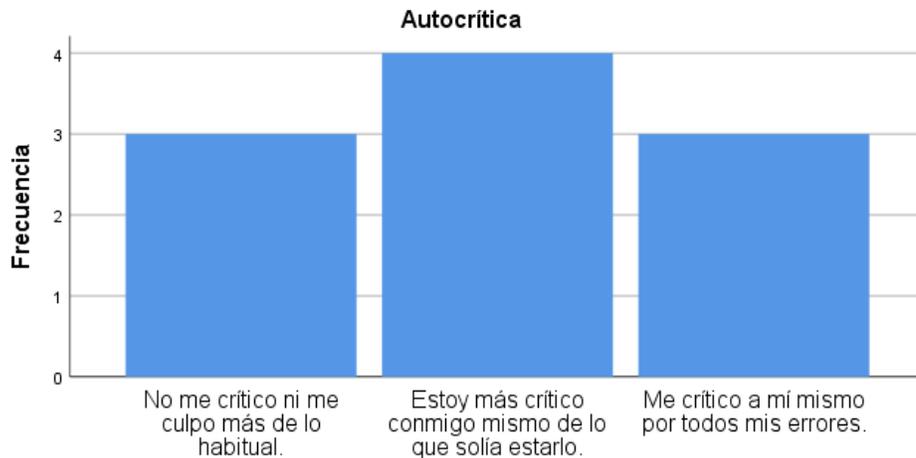
Nota. La figura 10 muestra el resultado que se obtuvo del ítem de disconformidad con uno mismo del inventario de depresión.

Al analizar la figura 11, referente a la autocrítica, se tiene sólo 3 de 10 eligieron “Me critico a mí mismo por todos mis errores” y los restantes 7 individuos, eligieron “Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo” con 4 menciones y “No me critico ni me culpo más de lo habitual” con 3 menciones.

Si las respuestas vertidas en la figura 11 se correlacionan con lo que respondieron en la figura 6 (Fracaso), se infiere que la percepción que los adolescentes tienen de sí mismos no se vio afectada por el confinamiento ya que la mayoría no percibe disconformidad en sus personas y, por tanto, no se miran como fracasados.

Figura 11

Autocrítica

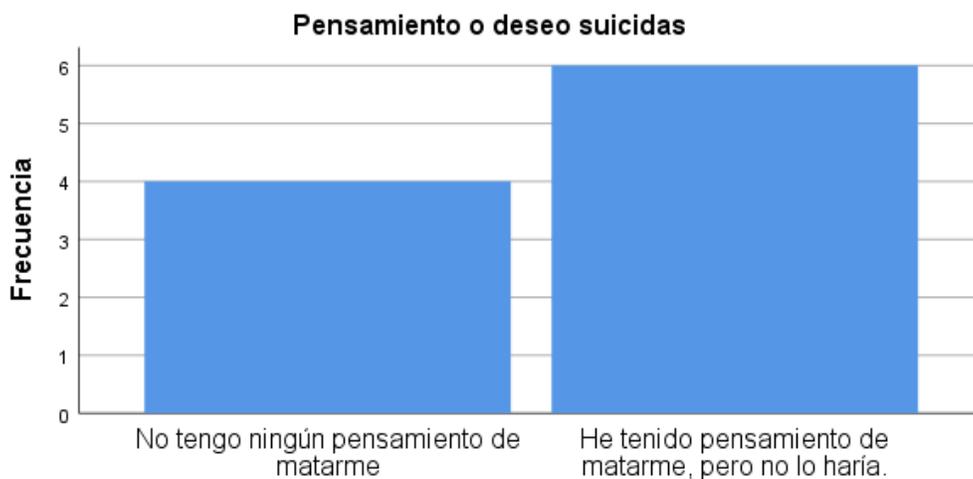


Nota. La figura 11 muestra el resultado que se obtuvo del ítem de autocrítica del inventario de depresión.

La figura 12, sobre pensamientos o deseos suicidas, muestran que 6 de 10 adolescentes, mencionaron que “He tenido pensamiento de matarme, pero no lo haría” y los 4 restantes eligieron “No tengo ningún pensamiento de matarme”.

Figura 12

Pensamiento o deseo suicida



Nota. La figura 12 muestra el resultado que se obtuvo del ítem de pensamiento o deseo suicida del inventario de depresión.

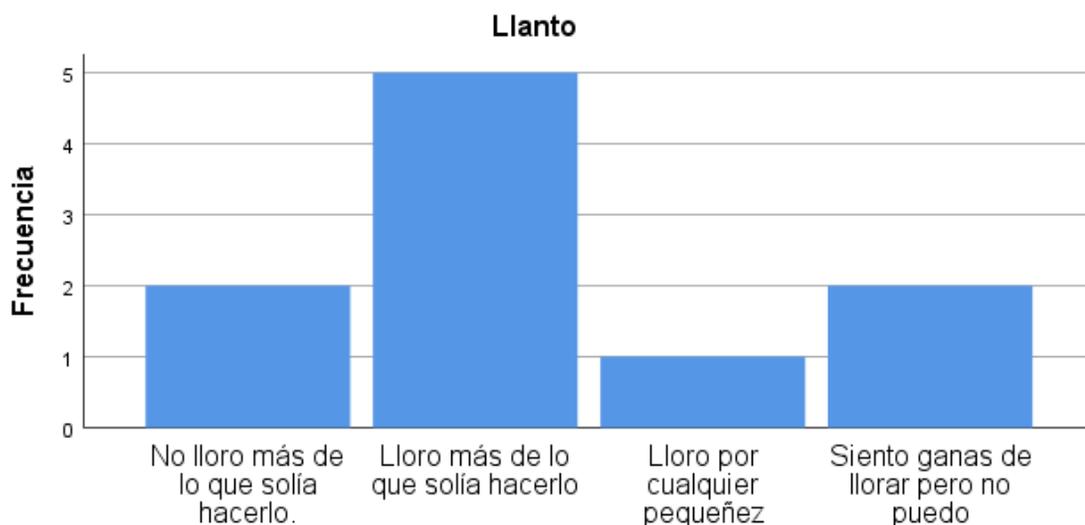
Tales pensamientos o ideas pudieron incrementarse por la situación de contexto del confinamiento, por lo que no puede concluirse que estas ideaciones sean una constante en los participantes.

Por otra parte, al evaluar la conducta de llanto, es significativo, como se muestra en la figura 13 que 8 de 10 individuos indicaron que “Lloro más de lo que solía hacerlo”, “lloro por cualquier pequeñez”, “Siento ganas de llorar, pero no puedo” con 5, 1 y 2 menciones, respectivamente y sólo 2 adolescentes respondieron “No lloro más de lo que solía hacerlo”.

Con lo cual, se constata que la tristeza referida en la figura 4 y el pesimismo, figura 5, pudieron ser las causas del llanto referido.

Figura 13

Llanto

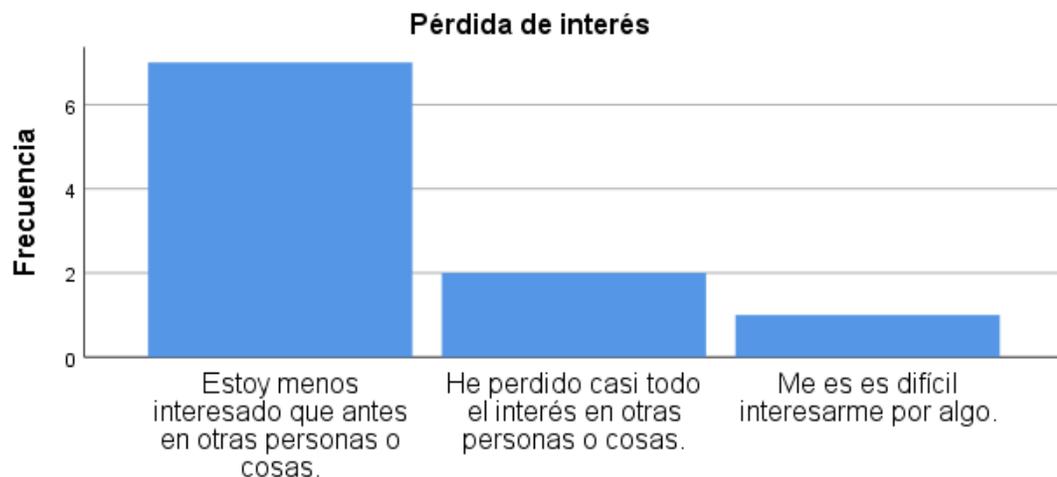


Nota. La figura 13 muestra el resultado que se obtuvo del ítem de llanto del inventario de depresión.

En este sentido, si se observa la figura 14, referente a la pérdida de interés, se relaciona, nuevamente, con la tristeza, el llanto y el pesimismo, pues en este ítem, 7 de 10 participantes, refirieron que “Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas” y 2 de 10 contestaron “He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas”; mientras que sólo un sujeto se identificó con la opción “Me es difícil interesarme por algo”.

Figura 14

Pérdida de interés

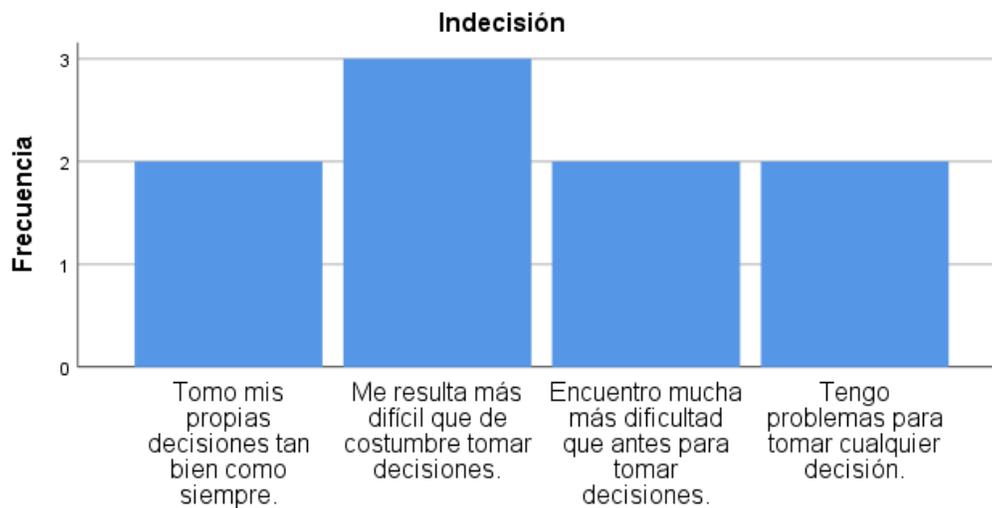


Nota. La figura 14 muestra el resultado que se obtuvo del ítem pérdida de interés del inventario de depresión.

Además de las afectaciones que hasta el momento se han percibido en los adolescentes en algunos aspectos de conducta, como el incremento de llanto, y de sentimientos, como el de tristeza, entre otros, también tuvo impacto en lo cognitivo pues al evaluar la indecisión, se tuvo que 7 de 10 enfrentaron alguna barrera para decidir asertivamente pues 3 de los participantes señalaron que “Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones”, 2 eligieron “Encuentro mucha dificultad que antes para tomar decisiones” y 2 “Tengo problemas para tomar cualquier decisión”; mientras que sólo 2 optaron por “Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre” (ver figura 15).

Figura 15

Indecisión



Nota. La figura 15 muestra el resultado que se obtuvo del ítem de indecisión del inventario de depresión.

En cuanto a la desvalorización, se tiene que el confinamiento sólo afectó a la mitad de los participantes en su percepción de sí mismos pues 5 adolescentes respondieron que “No siento que yo no sea valioso”, mientras que los restantes eligieron “Me siento menos valiosos cuando me comparo con otros” con 4 menciones y “No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme” con 1 mención (ver figura 16).

Figura 16

Desvalorización



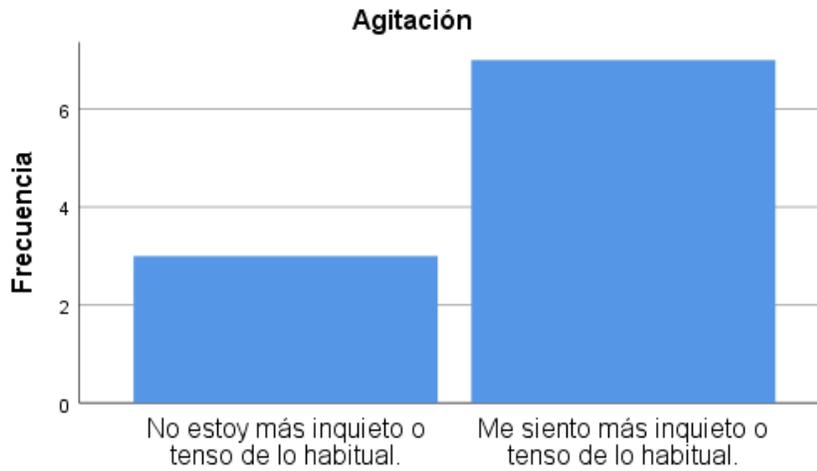
Nota. La figura 16 muestra el resultado que se obtuvo del ítem de desvalorización del inventario de depresión.

Al continuar con la evaluación del instrumento BDI-II se tiene que las afectaciones que enfrentaron los participantes tanto a nivel cognitivo y emocional se vio reflejado en lo fisiológico y comportamental, como se detalla a continuación.

Por ejemplo, al evaluar la agitación (ver figura 17), refiere que 7 de 10 adolescentes eligieron por respuesta “Me siento más inquieto o tenso que lo habitual”; mientras que sólo 3 de ellos respondieron “No estoy más inquieto o tenso de lo habitual”.

Figura 17

Agitación



Nota. La figura 17 muestra el resultado que se obtuvo del ítem agitación del inventario de depresión.

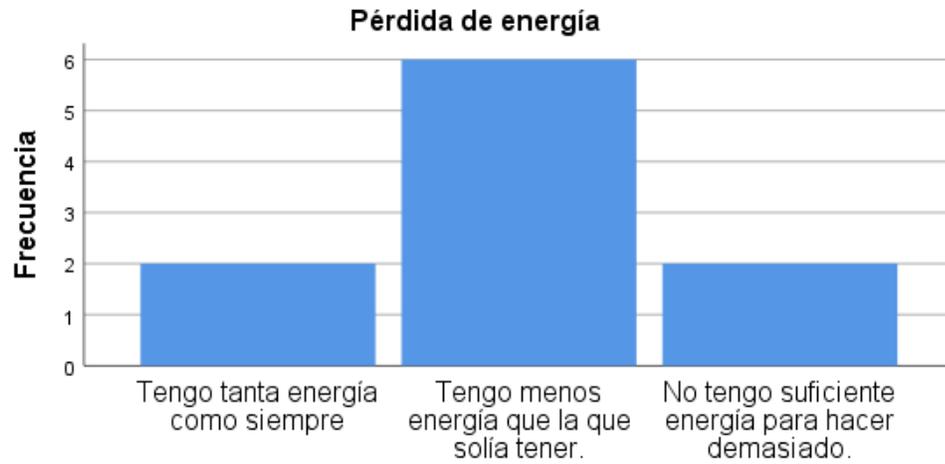
Este aspecto de sensación fisiológica mantiene relación con el llanto y la ideación o pensamiento suicida, ya que, dentro del contexto del confinamiento, subyace todo un escenario de impacto emocional en los individuos.

Lo mismo sucede con la pérdida de energía (figura 18), en la cual sólo 2 participantes eligieron “Tengo tanta energía como siempre”; mientras que 6 respondieron “Tengo menos energía que la que solía tener” y 2 “No tengo suficiente energía para hacer demasiado”.

Lo mismo ocurre con la fatiga o cansancio (figura 19) en la cual, 5 de 10 adolescentes indicaron que “Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual” y 3 de estos respondieron “Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas cosas de las que solía hacer”; mientras que únicamente 2 optaron por “No estoy más cansado o fatigado que lo habitual”.

Figura 18

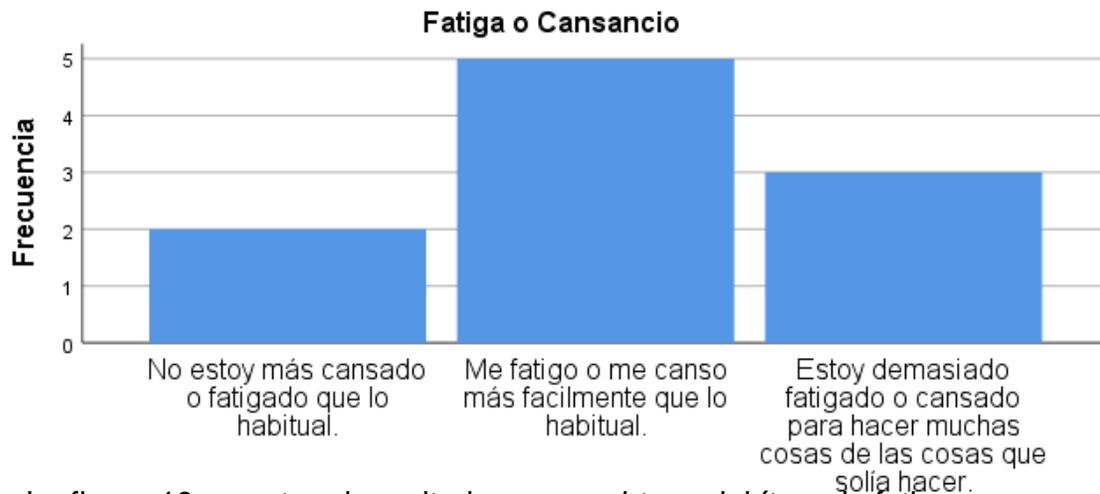
Pérdida de energía



Nota. La figura 18 muestra el resultado que se obtuvo del ítem de pérdida de energía del inventario de depresión.

Figura 19

Fatiga o cansancio

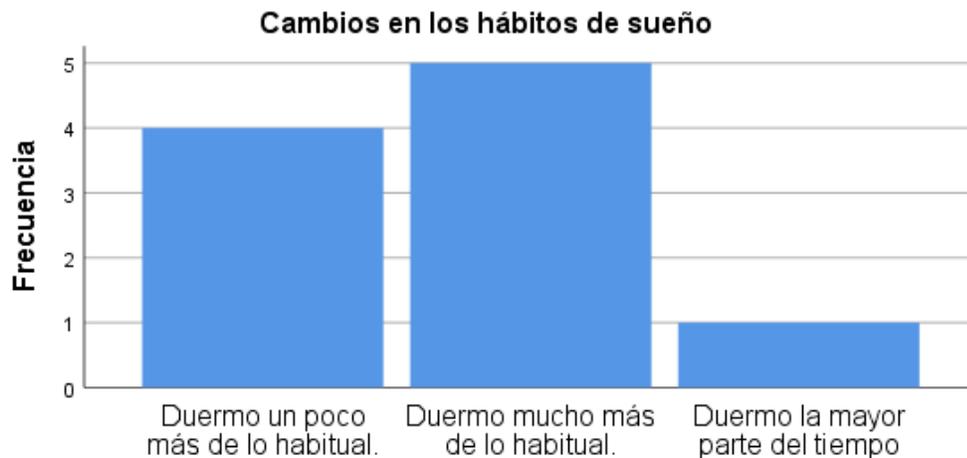


Nota. La figura 19 muestra el resultado que se obtuvo del ítem de fatiga o cansancio del inventario de depresión.

Inclusive, se vio reflejado en sus cambios de hábitos de sueño (figura 20) donde 5 de 10 adolescentes respondieron “Duermo mucho más de lo habitual”, 4 de 10 eligieron “Duermo un poco más de lo habitual” y 1 de 10 “Duermo la mayor parte del tiempo”.

Figura 20

Cambios en los hábitos de sueño



Nota. La figura 20 muestra el resultado que se obtuvo del ítem de cambios en los hábitos de sueño del inventario de depresión.

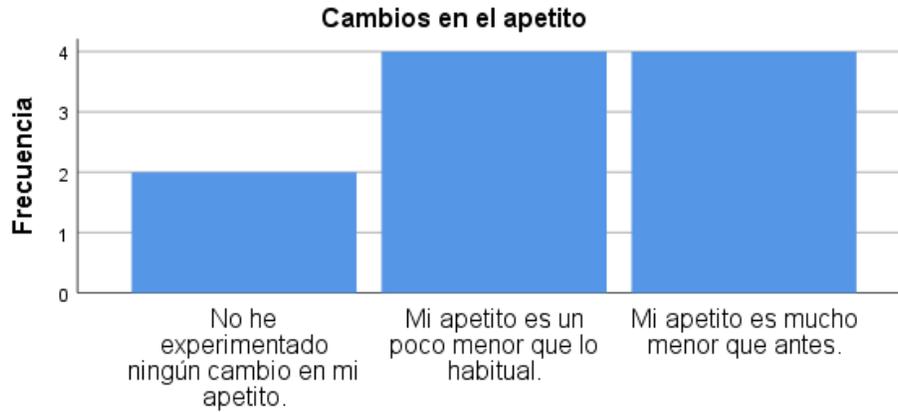
Al afectarse sus ciclos de sueño, tuvo consecuencias en la irritabilidad, pues esta se incrementó en los adolescentes a responder, 4 de ellos que “Estoy más irritable que lo habitual”, 1 “Estoy mucho más irritable que lo habitual”, 1 “Estoy irritable todo el tiempo”; mientras que 4 eligieron “No estoy tan irritable que lo habitual”.

Por tanto, su conducta y su resiliencia a factores o eventos estresantes, los adolescentes no contaban con estrategias que les permitieran actuar de manera asertiva ni controlar sus emociones.

Lo mismo ocurrió con los cambios en el apetito como se observa en la figura 21.

Figura 21

Cambios en apetito



Nota. La figura 21 muestra el resultado que se obtuvo del ítem de cambios en el apetito del inventario de depresión.

El análisis de la figura 21 concluye que la distorsión en el consumo de alimentos se vio afectada en comer en menor cantidad durante el confinamiento ya que 4 participantes mencionaron que “Mi apetito es menor que lo habitual” y el mismo número respondió “Mi apetito es mucho menor que antes”; mientras que sólo 2 no experimentaron ningún cambio en su apetito.

Estas condiciones impactaron en lo cognitivo al enfrentar dificultad de concentración (figura 22) pues 8 de 10 eligieron por respuesta “Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo” y los restantes mencionaron “No puedo concentrarme tan bien como habitualmente”.

Figura 22

Dificultad de concentración



Nota. La figura 22 muestra el resultado que se obtuvo del ítem de dificultad de concentración del inventario de depresión.

Por último, 9 de 10 participantes no notaron ningún cambio reciente en su interés por el sexo y sólo 1 perdió completamente el interés por el sexo (figura 23).

Lo anterior no puede ser concluyente para el contexto del confinamiento pues los sujetos que aplicaron el BDI-II podrían tener otras causas para la pérdida de interés por el sexo, ya sea su estilo de vida, la prioridad que se le dé al sexo, la educación recibida, la edad, entre otras variables.

Figura 23

Pérdida de interés en el sexo



Nota. La figura 23 muestra el resultado que se obtuvo del ítem de pérdida de interés en el sexo del inventario de depresión. Fuente propia.

El análisis general en cuanto a los resultados del inventario de depresión (BDI-II) se observó que 4 de 10 adolescentes se sienten tristes gran parte del tiempo, 6 de 10 se sienten más desalentados respecto de su futuro que lo que solían estarlo, 4 sienten que han fracasado más de lo que hubiera debido, 7 no disfrutaban tanto las cosas como solían hacerlo, 6 se siente culpables respecto de varias cosas que han hecho o que deberían haber hecho, 6 han tenido pensamientos de matarse pero no lo harían, 5 lloran más de lo que solían hacerlo, 7 se sienten más inquietos o tensos de lo habitual, 6 se sienten con menos energía, 6 han cambiado hábitos de sueño, 6 se sienten más irritable, y 8 de 10 adolescentes han notado cambios de apetito, dificultad para concentrarse y se fatigan más de lo habitual.

Sin embargo, 7 de los 10 adolescentes respondieron: no sentirse castigados, se sienten igual que siempre respecto a sí mismos, y no sienten que no sean valiosos.

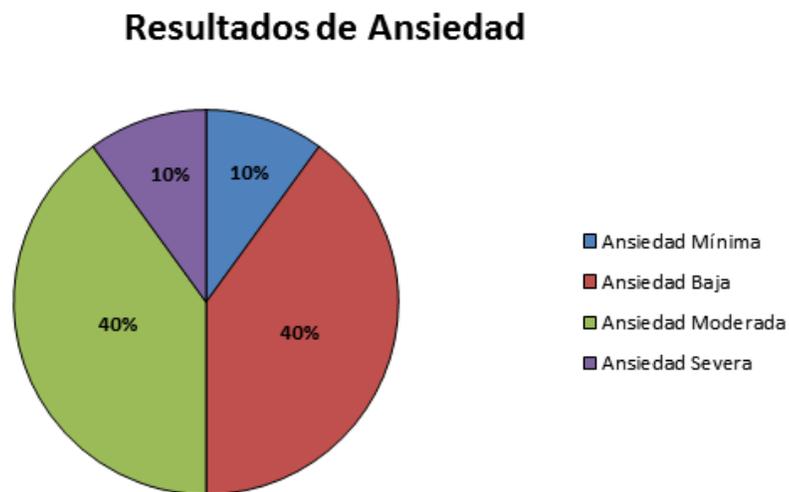
Inventario BAI.

En lo que respecta del análisis cuantitativo del inventario BAI se obtuvo lo siguiente.

En la tabla 3, al dar lectura a los resultados de Ansiedad arrojados por la aplicación del instrumento, se observa que 4 participantes enfrentaron Ansiedad Moderada, 4 Ansiedad Baja, 1, Ansiedad Severa y 1 Ansiedad Mínima (figura 24).

Figura 24

Resultados de ansiedad

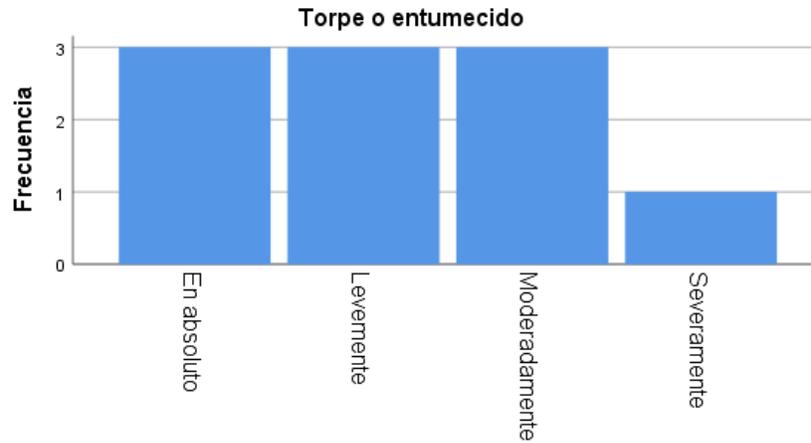


Nota. La figura 24 muestra el resultado de grado de ansiedad que se obtuvo al aplicar inventario de ansiedad de Beck a los 10 participantes.

Al analizar cada ítem aplicado a los participantes; por ejemplo, en el referente a sentirse torpe o entumecido se obtuvo que 3 de 10 participantes mencionaron “En absoluto”, pero los restantes sujetos refirieron “Levemente” y “Moderadamente” con 4 menciones respectivamente y 1 contestó “Severamente” (figura 25).

Figura 25

Torpe o entumecido

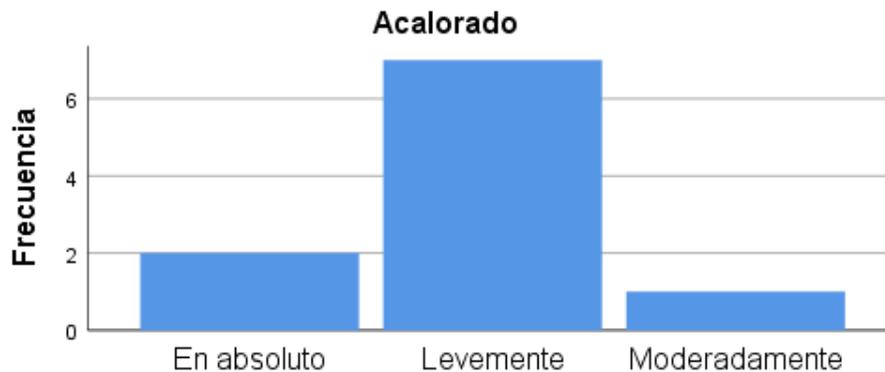


Nota. La figura 25 muestra el resultado que se obtuvo del ítem torpe o entumecido del inventario de ansiedad.

Mientras que al evaluar el ítem relativo al constructo acalorado (figura 26) se obtuvo que 7 participantes refirieron en sus respuestas “Levemente”, 2 “En absoluto” y 1 “Moderadamente”.

Figura 26

Acalorado

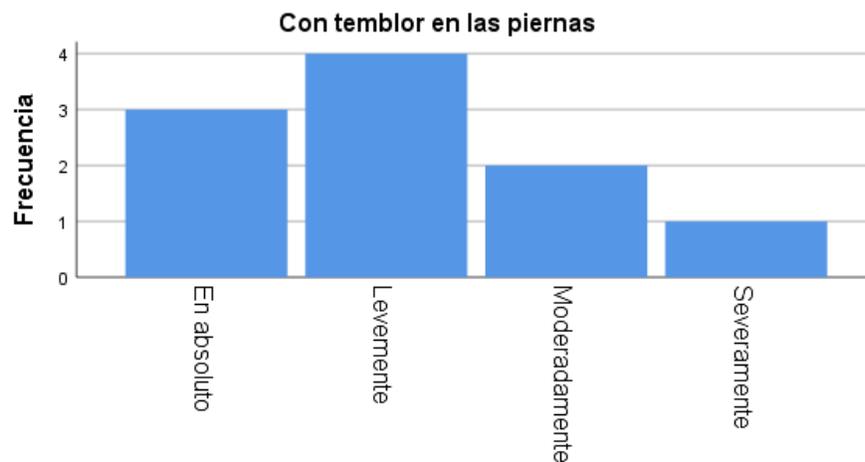


Nota. La figura 26 muestra el resultado que se obtuvo del ítem acalorado del inventario de ansiedad.

En lo que respecta a temblor en las piernas (figura 27), 4 adolescentes contestaron “Levemente”, 3 “En absoluto” y 2 “Moderadamente” y sólo uno “Severamente”. Así mismo, la figura 28, al evaluar si los participantes fueron incapaces de relajarse se tuvieron las respuestas siguientes: 4 adolescentes contestaron “Levemente”, 2 “En absoluto”, 2 “Moderadamente” y sólo uno “Severamente”.

Figura 27

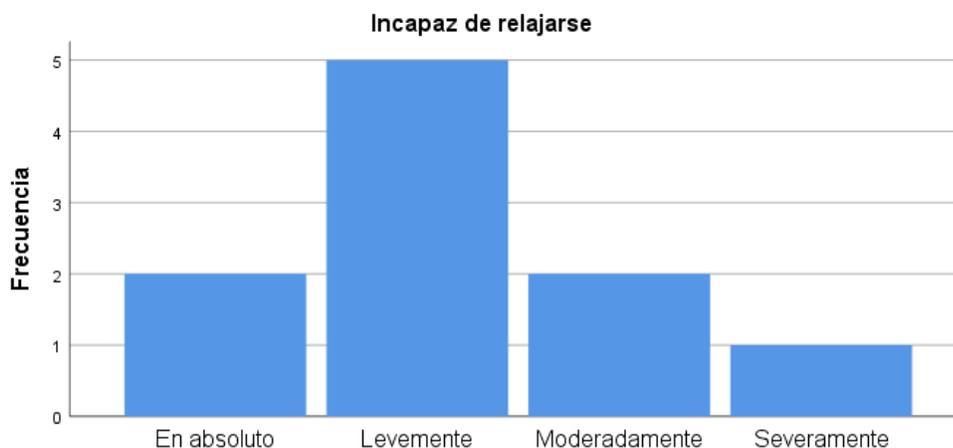
Con temblor en las piernas



Nota. La figura 27 muestra el resultado que se obtuvo del ítem con temblor en las piernas del inventario de ansiedad.

Figura 28

Incapaz de relajarse

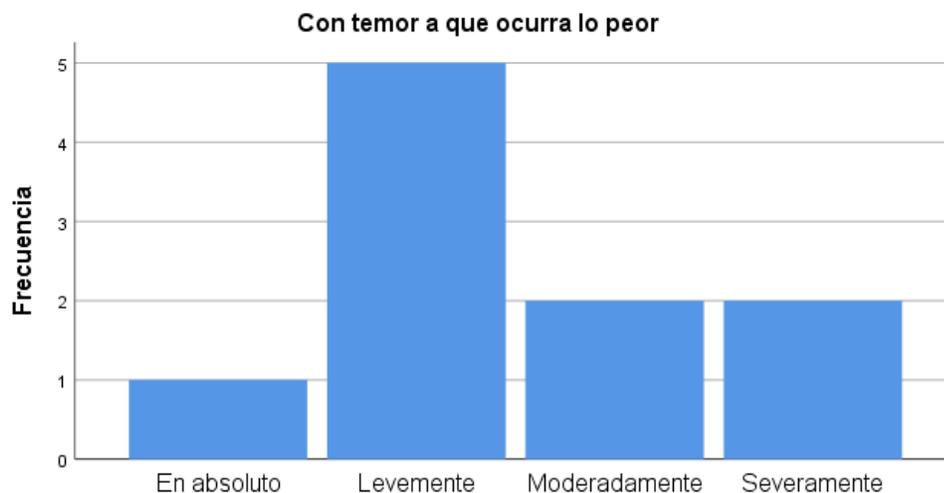


Nota. La figura 28 muestra el resultado que se obtuvo del ítem incapaz de relajarse del inventario de ansiedad.

Por otro lado, el ítem que evaluó con temor a que ocurra lo peor (figura 29), los participantes respondieron: “Levemente” con 4 menciones, “Moderadamente” y “Severamente” con 2 menciones, respectivamente y 1 “En absoluto”.

Figura 29

Con temor a que ocurra lo peor



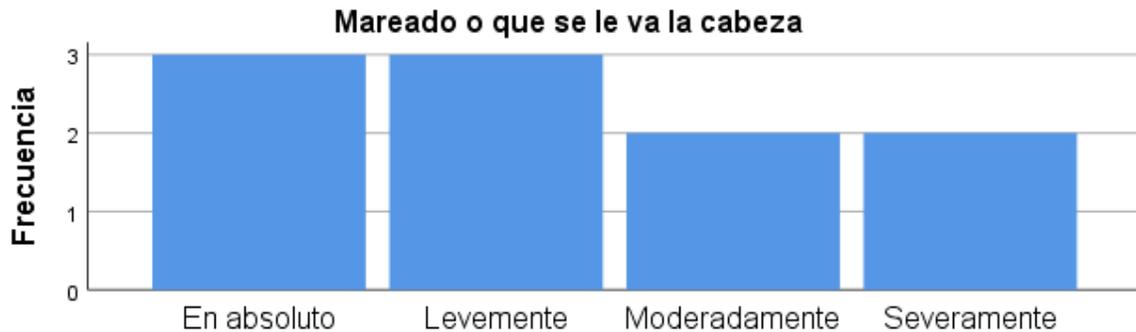
Nota. La figura 29 muestra el resultado que se obtuvo del ítem con temor a que ocurra lo peor del inventario de ansiedad.

Al contestar si se sintieron mareados o que se les va la cabeza (figura 30), se obtuvo que 3 participantes contestaron “En absoluto” y “Levemente”, respectivamente y “Moderadamente” y “Severamente” con 2 menciones cada uno.

Mientras que el ítem referente a si siente latidos fuertes y acelerados (figura 31), 5 participantes respondieron “En absoluto”, 2 “Levemente” y “Moderadamente”, respectivamente y 1 “Severamente”.

Figura 30

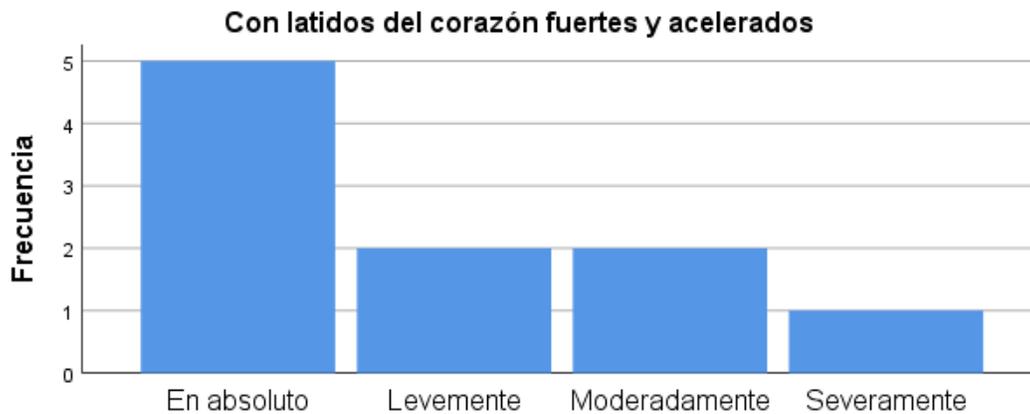
Mareado o que se le va la cabeza.



Nota. La figura 30 muestra el resultado que se obtuvo del ítem mareado o que se le va la cabeza del inventario de ansiedad. Fuente propia.

Figura 31

Con latidos del corazón fuertes y acelerados

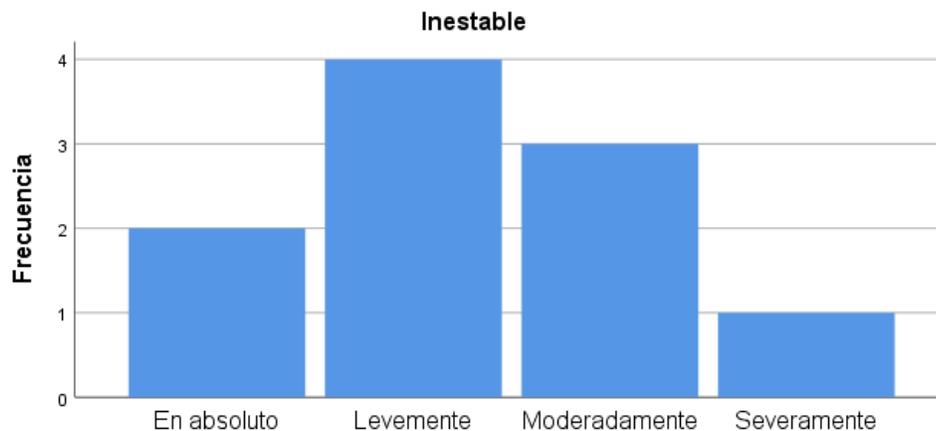


Nota. La figura 31 muestra el resultado que se obtuvo del ítem con latidos del corazón fuertes y acelerados del inventario de ansiedad.

En cuanto a la condición de inestable, se tuvo que 4 adolescentes refirieron por respuesta "Levemente", 3 "Moderadamente", 2 "En absoluto" y 1 "Severamente" (figura 32).

Figura 32

Inestable

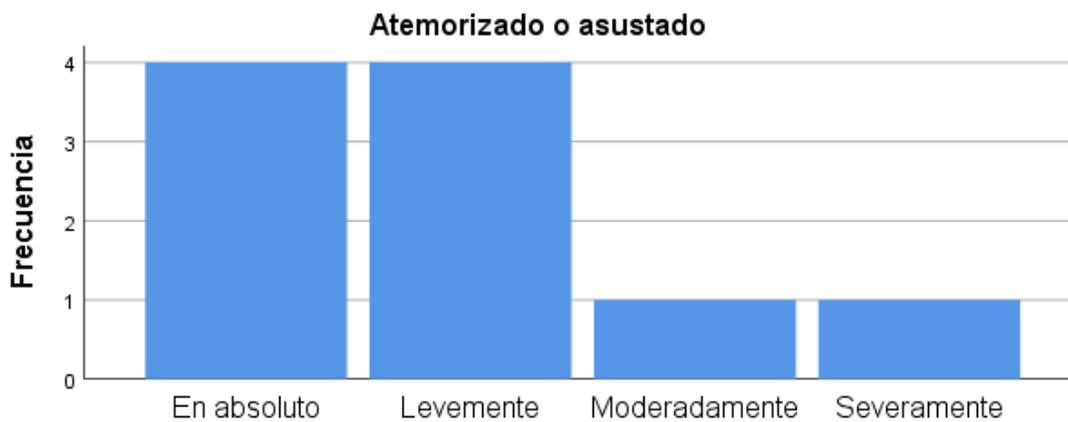


Nota. La figura 32 muestra el resultado que se obtuvo del ítem inestable del inventario de ansiedad. Fuente propia.

A su vez, al responder al ítem, atemorizado, asustado 4 adolescentes refirieron por respuesta “En absoluto” y “Levemente”, respectivamente, “Moderadamente” y “Severamente” con 1 mención (figura 33).

Figura 33

Atemorizado o asustado

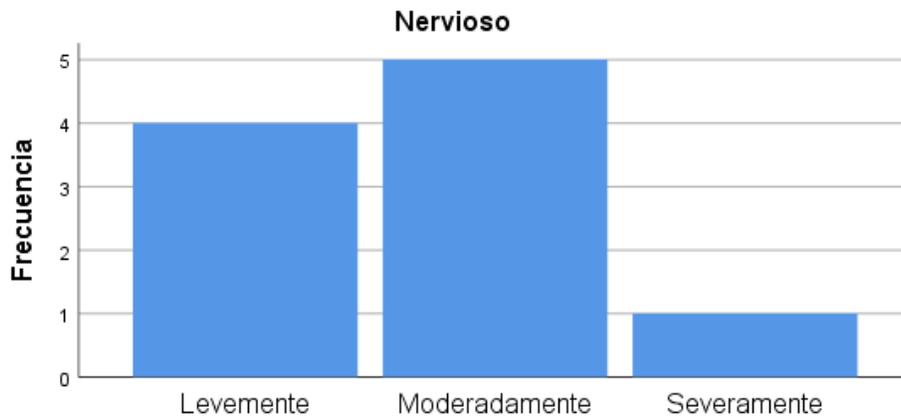


Nota. La figura 33 muestra el resultado que se obtuvo del ítem atemorizado o asustado del inventario de ansiedad.

La sensación de nervioso fue respondida por los adolescentes de la siguiente manera: 5 “Moderadamente”, 4 “Levemente” y 1 “Severamente” (figura 34).

Figura 34

Nervioso



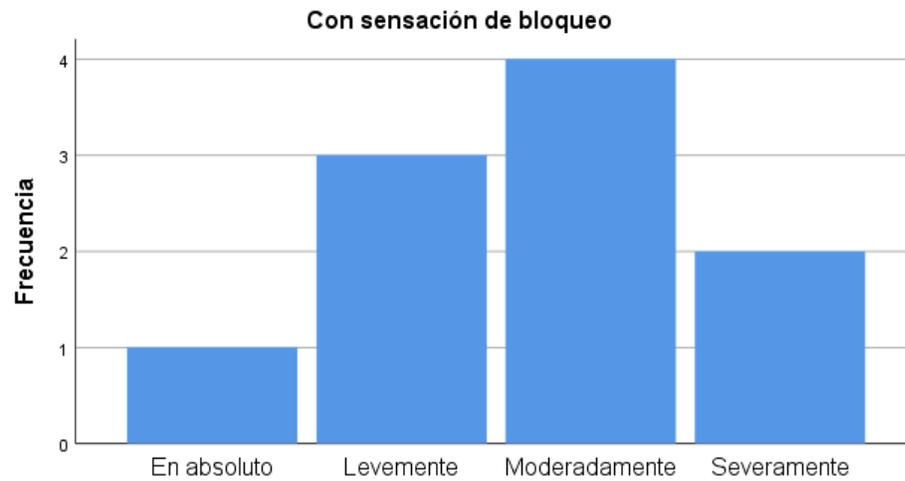
Nota. La figura 34 muestra el resultado que se obtuvo del ítem nervioso del inventario de ansiedad.

Mientras la sensación de bloqueo en sus menciones se encontró de la siguiente manera: 4 participantes emitieron su respuesta "Moderadamente", 3 "Levemente", 2 "Severamente" y 1 "En absoluto" como se establece en la figura 35.

Por otra parte, al evaluar temblores en las manos (figura 36), 5 adolescentes contestaron "En absoluto", 2 "Levemente" y "Moderadamente, respectivamente y 1 "Severamente".

Figura 35

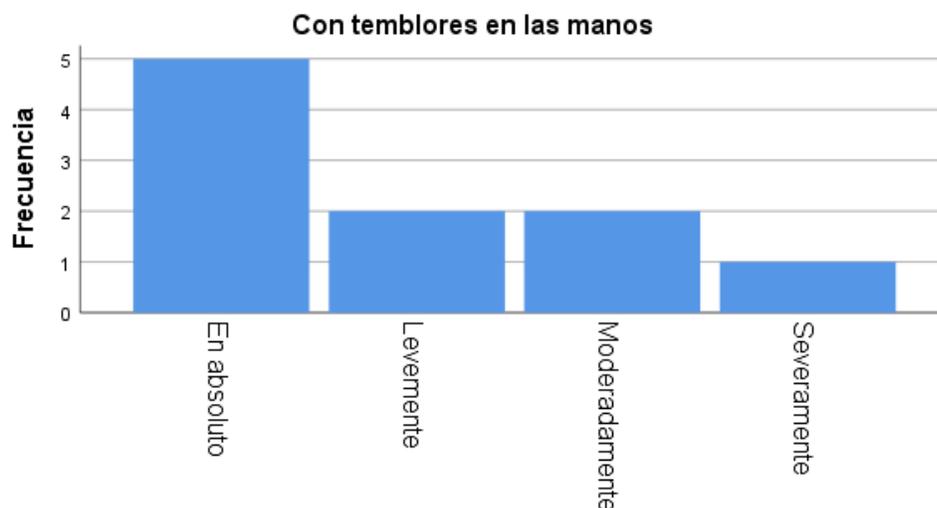
Con sensación de bloqueo.



Nota. La figura 35 muestra el resultado que se obtuvo del ítem con sensación de bloqueo del inventario de ansiedad.

Figura 36

Con temblores en las manos.

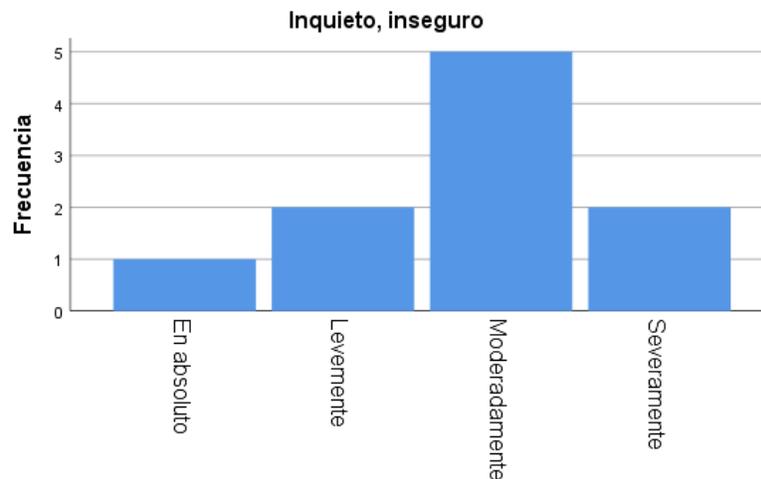


Nota. La figura 36 muestra el resultado que se obtuvo del ítem con temblores en las manos del inventario de ansiedad.

Por otra parte, el ítem relativo a ponderar inquieto, inseguro reflejó en sus respuestas lo siguiente: 5 sujetos respondieron “Moderadamente”, 3 “Levemente” y “Severamente”; mientras que 1 “En absoluto” como se aprecia en la figura 37.

Figura 37

Inquieto, inseguro



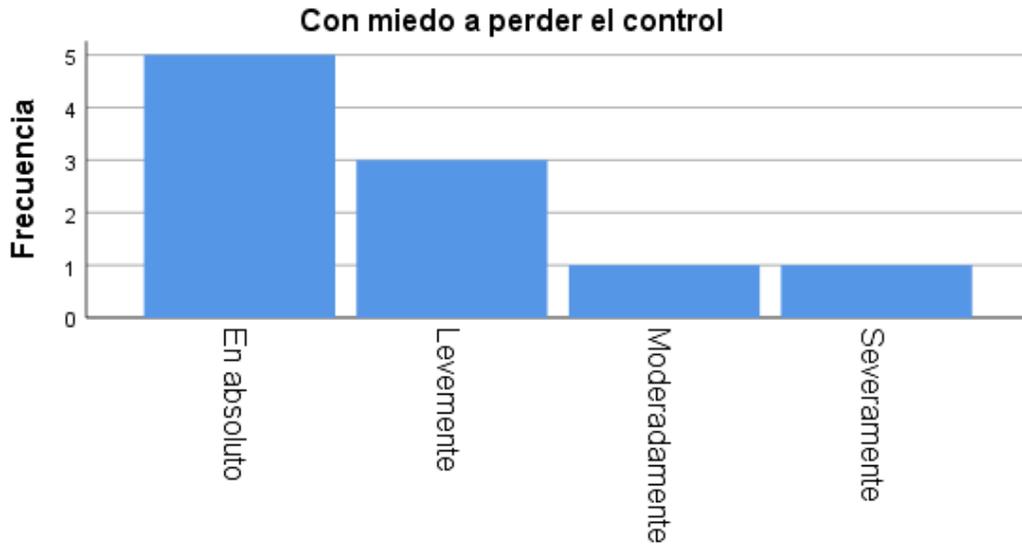
Nota. La figura 37 muestra el resultado que se obtuvo del ítem inquieto, inseguro del inventario de ansiedad.

A su vez, la mayoría de los estudiantes, 5 menciones, refirieron “En absoluto” cuando se cuestionó si enfrentaron miedo a perder el control; mientras que 3 respondieron “Levemente” y 1 “Moderadamente” y “Severamente”, de manera respectiva (figura 38).

Así mismo, con sensación de ahogo, las respuestas se conformaron de la siguiente forma: 6 adolescentes respondieron “En absoluto”, 3 “Moderadamente” y 1 “Levemente” (figura 39).

Figura 38

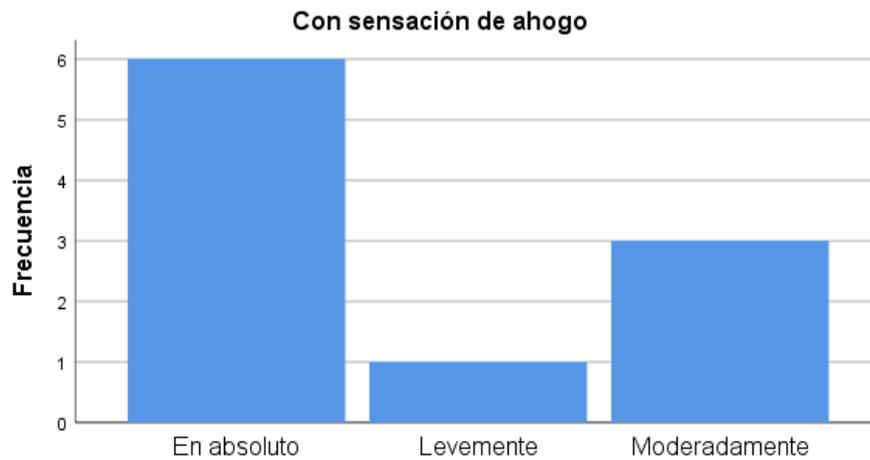
Con miedo a perder el control



Nota. La figura 38 muestra el resultado que se obtuvo del ítem con miedo a perder el control del inventario de ansiedad.

Figura 39

Con sensación de ahogo

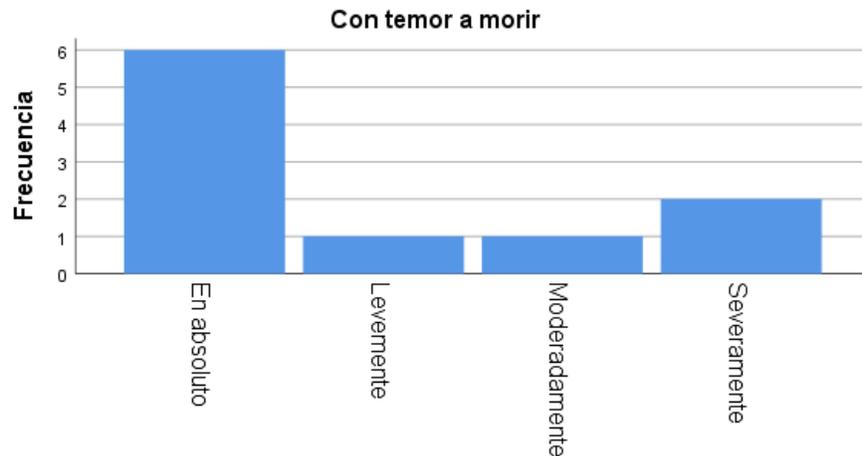


Nota. La figura 39 muestra el resultado que se obtuvo del ítem con sensación de ahogo del inventario de ansiedad.

La figura 40 evaluó el ítem con temor a morir, teniendo los resultados: 6 participantes respondieron “En absoluto”, 2 “Severamente” y 1 “Levemente” y “Moderadamente”, de forma respectiva.

Figura 40

Con temor a morir



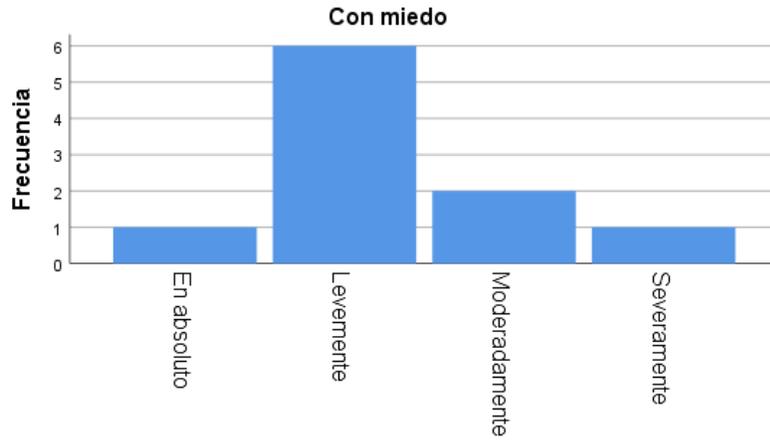
Nota. La figura 40 muestra el resultado que se obtuvo del ítem con temor a morir del inventario de ansiedad.

La figura 41 tuvo las siguientes respuestas en el ítem que evaluó con miedo, donde 6 participantes contestaron “Levemente”, 2 “Moderadamente” y 1 “En absoluto” y “Severamente”.

Mientras que en la figura 42 se observan las siguientes respuestas: 6 participantes respondieron “En absoluto” y 4 “Levemente” al cuestionárseles acerca de los problemas digestivos.

Figura 41

Con miedo



Nota. La figura 41 muestra el resultado que se obtuvo del ítem con miedo del inventario de ansiedad.

Figura 42

Con problemas digestivos

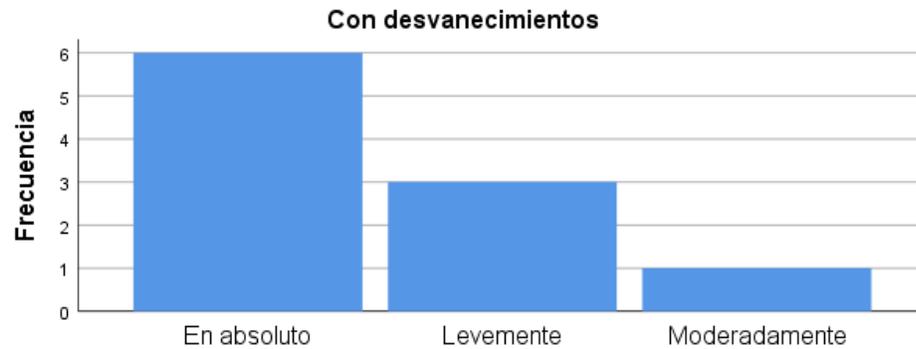


Nota. La figura 42 muestra el resultado que se obtuvo del ítem con problemas digestivos del inventario de ansiedad.

Al preguntárseles sobre si enfrentaron desvanecimientos, los adolescentes contestaron de la siguiente manera: 6 “En absoluto”, 3 “Levemente” y 1 “Moderadamente” (figura 43).

Figura 43

Con desvanecimientos

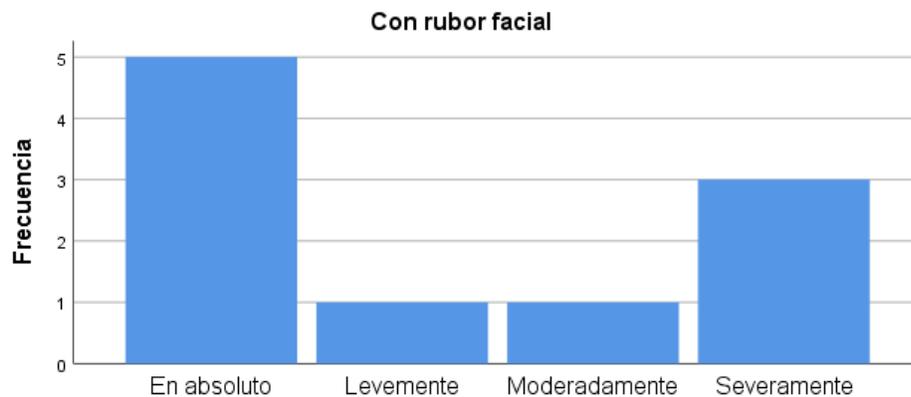


Nota. La figura 43 muestra el resultado que se obtuvo del ítem con desvanecimientos del inventario de ansiedad.

Mientras que, si tuvieron rubor facial, respondieron: 5 “En absoluto”, 3 “Severamente”, y 1 “Levemente” y “Moderadamente”, de forma respectiva (figura 44).

Figura 44

Con rubor facial

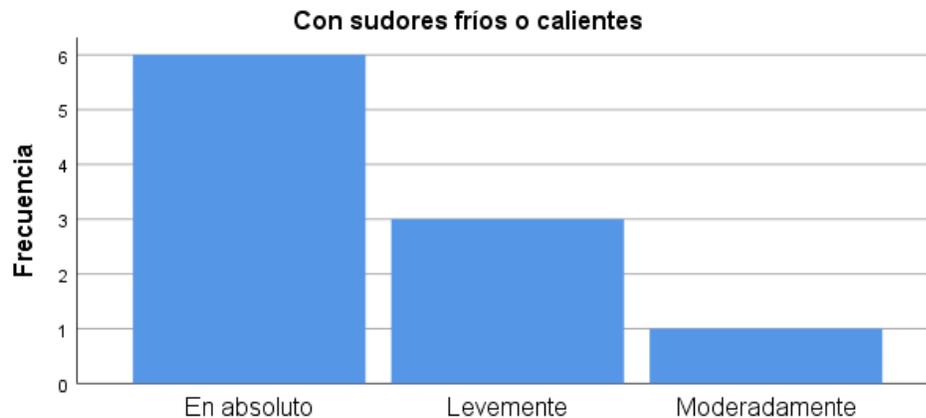


Nota. La figura 44 muestra el resultado que se obtuvo del ítem con rubor facial del inventario de ansiedad.

Finalmente, al preguntárseles si tuvieron sudores fríos o calientes, se tuvieron las siguientes respuestas: 6 adolescentes contestaron “En absoluto”, 3 “Levemente” y 1 “Moderadamente” (figura 45).

Figura 45

Con sudores fríos o calientes



Nota. La figura 45 muestra el resultado que se obtuvo del ítem con sudores fríos o calientes del inventario de ansiedad.

Haciendo un análisis general sobre lo obtenido en el inventario BAI, se argumenta lo siguiente. De acuerdo con los síntomas que presentaron, se observa lo siguiente.

Que de un 50% a 60% los adolescentes presentaron con más frecuencia el síntoma acalorado levemente, incapaz de relajarse levemente, con temor a que ocurra lo peor levemente, con miedo levemente, nervioso moderadamente, e inquieto-inseguro moderadamente.

Así mismo, de un 40% a 30% los adolescentes presentaron el síntoma con temblor en las piernas levemente, inestable levemente, sensación de bloqueo moderadamente, es decir, este síntoma se presentó en menos frecuencia.

De los síntomas que en absoluto se presentaron con un 60% a 50% son: con latidos del corazón fuertes y acelerados, con temblores en las manos, con miedo a

perder el control, con sensación de ahogo, con temor a morir, con problemas digestivos, con desvanecimientos, con rubor facial y con sudores fríos o calientes.

Con el síntoma atemorizado se observa que el 40% lo presenta en absoluto y 40% levemente, asimismo también se puede observar que el síntoma torpe o entumecido un 30% lo presenta en absoluto, 30% levemente, 30% moderadamente y un 10% severamente.

Si se comparan los resultados obtenidos de Depresión y Ansiedad, se concluye que los participantes, en su gran mayoría enfrentaron más Depresión que Ansiedad. Lo anterior se corrobora por lo que expresaron en las entrevistas a profundidad.

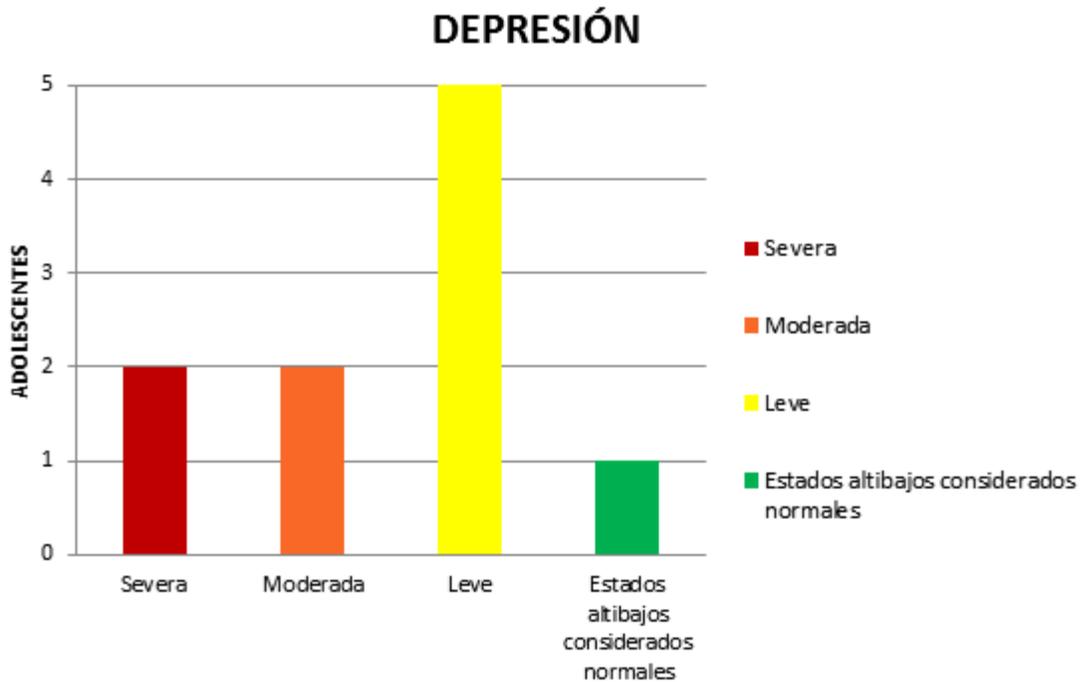
Análisis de grupos e inter-grupos.

Por otra parte, se realizó el análisis entre grupos e inter-grupos de los estudiantes que participaron en el estudio, encontrando los siguientes hallazgos.

Los niveles de depresión general, en la mayoría de los participantes (el 50%) se obtuvo un nivel "Leve", 2 adolescentes fueron diagnosticados con depresión "Severa" y 2 con depresión "Moderada"; mientras que sólo 1 de ellos con "Estados altibajos normales como se aprecia en la figura 46.

Figura 46

Nivel de depresión de manera general



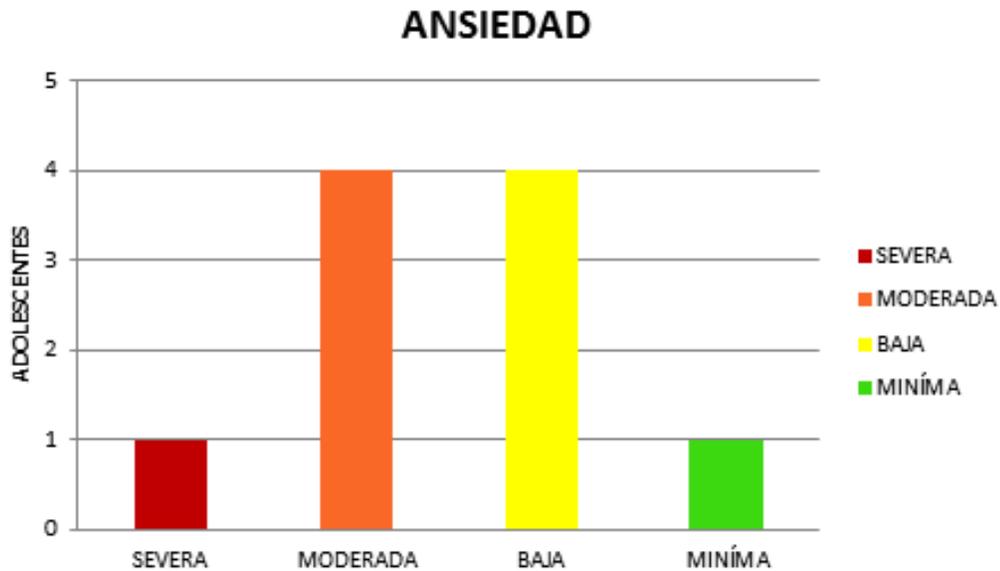
Nota. La figura muestra el grado de depresión que obtuvieron los 10 participantes al aplicar el inventario de depresión de Beck.

Sin embargo, el 90% de los sujetos de estudio enfrentan de alguna manera cierto grado de depresión.

Por otra parte, en los niveles de ansiedad general, sólo 1 estudiante presentó un nivel "Severo" de ansiedad, y el mismo número, ansiedad "Mínima". Mientras que 4 resultaron con ansiedad "Moderada" y los 4 restantes con ansiedad "Leve", tal cual se observa en la figura 47.

Figura 47

Nivel de ansiedad general



Nota. La figura muestra el grado de ansiedad que obtuvieron los 10 participantes al aplicar el inventario de ansiedad de Beck.

Como se ha mencionado, el resultado general indica que los participantes enfrentan más depresión que ansiedad.

Al revisar por grupos se obtuvo lo que se muestra a continuación.

El grupo con depresión "Severa", resultó el sexo femenino, con dos participantes de 15 años con puntuaciones de 37 y 32 puntos, respectivamente en el inventario BDI-II como se muestra en la tabla 4.

Tabla 4

Grupo: depresión severa

Grupo: Depresión Severa

Edad	Sexo	Puntuación
15 años	F	37
15 años	F	32

Nota. La tabla 4 muestra los participantes que obtuvieron una puntuación que indica depresión severa.

Mientras que en el grupo de ansiedad “Severa”, como se ha indicado, sólo un sujeto de estudio enfrentó esta condición al observar la Tabla 5.

Tabla 5

Grupo: ansiedad severa.

Grupo: Ansiedad Severa

Edad	Sexo	Puntuación
15 años	F	48

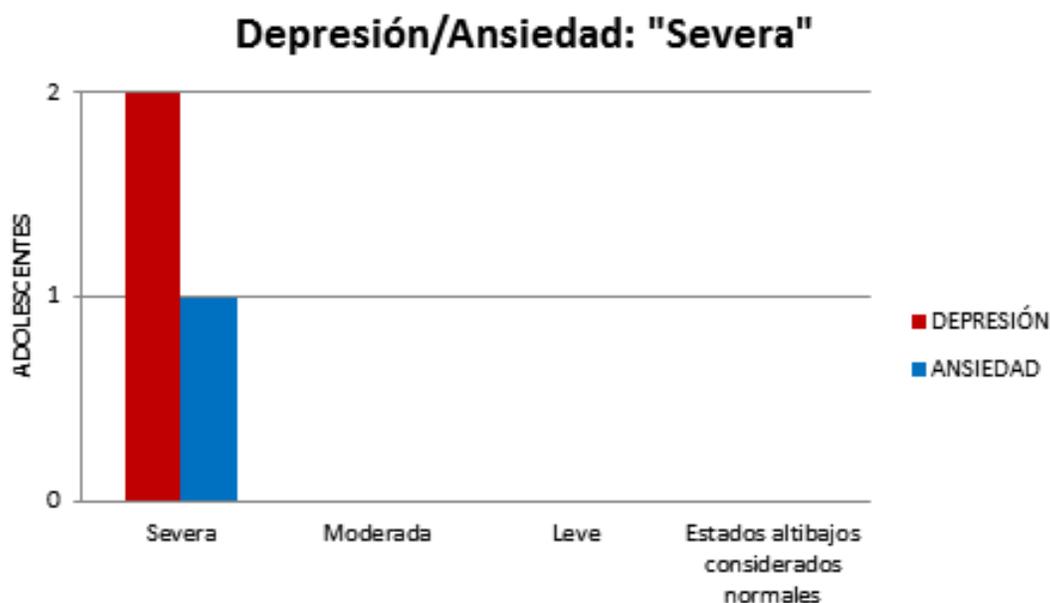
Nota. La tabla 5 muestra el participante que obtuvo una puntuación que indica ansiedad severa.

Cabe mencionar que la participante que obtuvo la mayor puntuación en depresión “Severa”, es la única que integra el grupo de ansiedad “Severa”.

La figura 48 permite identificar el número de individuos que integran los grupos de depresión y ansiedad “Severa”, respectivamente.

Figura 48

Grupos: depresión y ansiedad "Severa"



Nota. La figura 48 nos muestra un comparativo de los resultados de ansiedad y depresión severa.

En cuanto a los síntomas que más sobresalieron afectándolos severamente son:

Cognitivo: sienten que están siendo castigadas, están decepcionadas de sí mismas, tienen deseo de llorar con más frecuencia, tiene problemas para tomar decisiones, se sienten menos valiosas cuando se comparan con otros, le es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo, y se sienten más irritables.

Así mismo, se sintieron con miedo, con temor a que ocurra lo peor, y se sienten más desalentadas respecto a su futuro de lo que solían estarlo.

De acuerdo con la entrevista semiestructurada, estas dos adolescentes mencionaron que se autolesionaban cortándose manos o piernas.

Conductual: en cuanto a lo conductual, modificaron hábitos de sueño, durmiendo más en el transcurso del día y menos por la noche, así mismo, en los hábitos alimenticios modificaron en comer más/menos de lo habitual.

Fisiológico: los síntomas fisiológicos que presentaron están relacionados con la ansiedad, en donde se sintieron: torpes o entumecidas, con temblor en las piernas, con desvanecimientos, acaloradas, nerviosas, con temblores en las manos, con sensación de ahogo y bloqueo.

El grupo de depresión moderada se compone de dos individuos con de 16 y 17 años, respectivamente, siendo el segundo, mujer, que fue la que obtuvo 27 puntos, mientras que el masculino obtuvo 21 puntos. De hecho, se sigue observando que el sexo femenino puntúa más alto en depresión que el masculino (ver tabla 6).

Tabla 6

Grupo: depresión moderada

Grupo: Depresión Moderada

Edad	Sexo	Puntuación
16 años	F	27
17 años	M	21

Nota. La tabla 6 muestra los participantes que obtuvieron una puntuación que indica depresión moderada.

Mientras que el grupo de ansiedad “Moderada” se constituye por 4 sujetos distribuidos como se observa en la tabla 7, en la cual el puntaje más alto lo obtuvo una mujer de 15 años con 32 puntos, las tres restantes, también mujeres, calificaron con 25 puntos cada una.

Tabla 7

Grupo: ansiedad moderada

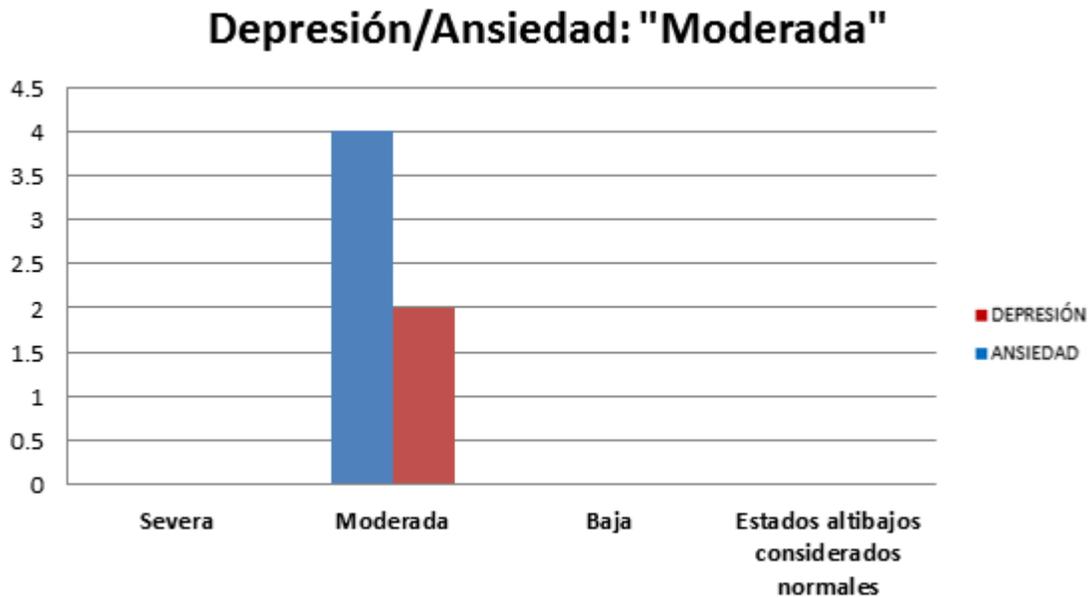
Grupo: Ansiedad Moderada

Edad	Sexo	Puntuación
16 años	F	32
16 años	F	25
15 años	F	25
15 años	F	25

La figura 49 identifica el número de individuos que integran los grupos de depresión y ansiedad "Moderada", respectivamente.

Figura 49

Grupos: depresión y ansiedad "Moderada"



Nota. La figura 49 nos muestra un comparativo de los resultados de ansiedad y depresión moderada.

Los síntomas que más sobresalieron afectándolos moderadamente fueron:

Cognitivo: sienten que han fracasado más de lo que hubieran debido, no disfrutaban tanto de las cosas como solían hacerlo, se sienten más críticos así mismos por todos sus errores, han tenido pensamientos de matarse, pero no lo harían; lloran con más frecuencia en el caso de la mujer y en el caso del hombre siente ganas de llorar pero no puede, sienten que han perdido el interés en otras personas o cosas, se encuentran con más dificultad que antes para tomar decisiones, les es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo. Además de presentar miedo y temor a que ocurra lo peor.

Conductual: modificaron hábitos de sueño durmiendo más/menos que lo habitual, así mismo, hábitos alimenticios comiendo más/menos que lo habitual.

Fisiológico: no tienen suficiente energía para hacer demasiado, se fatigan o se casan más fácilmente que lo habitual, se sienten mareados o que se les va la cabeza, con latidos en el corazón fuertes y acelerados, inestables, nerviosos, con temblores en las manos, se siente más tensos, inquietos, e inseguros.

Al dar lectura a las figuras 47 y 48, relativas a los resultados generales de depresión y ansiedad, se observa que el grueso de los participantes enfrenta una condición “Leve” en ambos constructos.

Así, el grupo de depresión leve se conforma por 4 mujeres y un hombre, siendo éste el que obtuvo la mayor puntuación con 19 puntos y teniendo una edad de 15 años como se muestra en la tabla 8.

Tabla 8

Grupo: depresión leve

Grupo: Depresión leve

Edad	Sexo	Puntuación
15 años	M	19
17 años	F	14

15 años	F	14
---------	---	----

17 años	F	13
---------	---	----

16 años	F	13
---------	---	----

Nota. La tabla 8 muestra los participantes que obtuvieron una puntuación que indica depresión leve.

Mientras que el grupo de ansiedad “Baja” se estructura de 4 sujetos, 3 hombres y 1 mujer, siendo un hombre con 19 puntos, seguido de una mujer con 18 puntos y, los dos restantes con 16 y 12 puntos, hombre y mujer, respectivamente (ver Tabla 9).

Tabla 9

Grupo: ansiedad baja

Grupo: Ansiedad baja

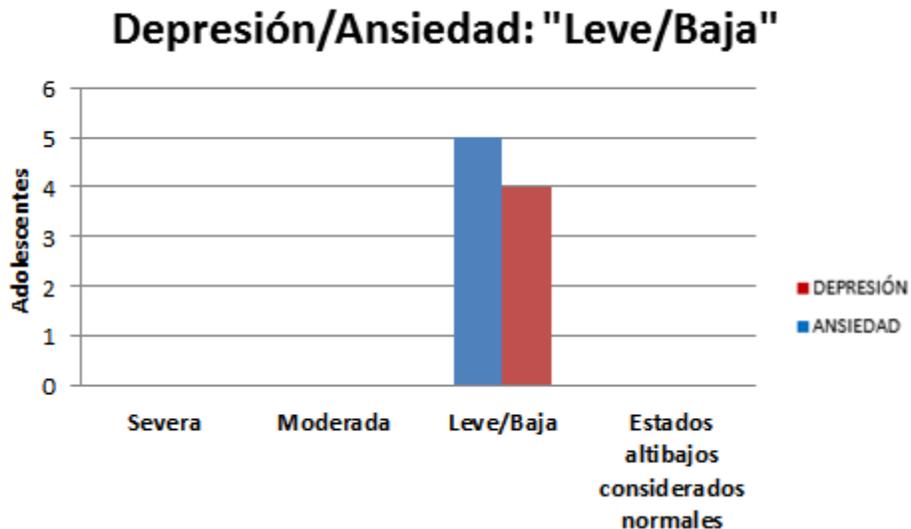
Edad	Sexo	Puntuación
15 años	M	19

17 años	F	18
17 años	M	16
17 años	F	12

Nota. La tabla 9 muestra el participante que obtuvo una puntuación que indica ansiedad baja. Fuente propia.

Figura 50

Grupos: depresión (leve) y ansiedad (baja).



Nota. La figura 50 nos muestra un comparativo de los resultados de ansiedad baja y depresión leve. Fuente propia.

Los síntomas que más sobresalieron en estos grupos fueron:

Cognitivo: no disfrutaban tanto de las cosas como solían hacerlo, se sienten culpables respecto de varias cosas que han hecho o que deberían haber hecho, están más críticos consigo mismo de lo que solían estarlo, lloran más de lo que solían hacerlo, están menos interesados que antes en otras personas o cosas, les resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones,

Además de sentirse con miedo, con temor a que ocurra lo peor y más desalentados respecto a su futuro que lo que solían estarlo.

Conductual: modificaron hábitos durmiendo un poco más/menos que lo habitual, de igual manera, hábitos alimenticios comiendo un poco menos/más que lo habitual, no se pueden concentrarse tan bien como habitualmente.

Fisiológico: tienen menos energía de lo que solían tener sintiéndose más cansados o fatigados que lo habitual, además de, sentirse levemente torpe o entumecidos, acalorados, incapaz de relajarse, inestables, nerviosos, con sensación de bloqueo, inquietos, inseguros, con rubor facial y con sudores fríos o calientes.

Por último, los grupos de estados calificados como “Estados altibajos considerados normales” y aquellos con ansiedad “Mínima” fue el mismo sujeto, calificando con puntuación de 9 y la puntuación en ansiedad fue de 4 (ver tabla 10). Se omite el gráfico al ser el mismo individuo.

Tabla 10

Grupos: depresión (considerados normales) y ansiedad (mínima).

Estados altibajos considerados normales / mínima

Edad	Sexo	Puntuación Depresión	Nivel de Depresión	Puntuación Ansiedad	Nivel de Ansiedad
15 años	M	9	Estados altibajos considerados normales.	4	Mínima

Nota. La tabla 10 muestra el resultado mínimo en depresión y ansiedad que obtuvo solo un participante.

Los síntomas que más sobresalieron afectándolo mínimamente son:

Cognitivo: no disfruta de las cosas como solía hacerlo, está menos interesado que antes en otras personas o cosas, se siente más irritable que lo habitual, y en ocasiones con miedo.

Conductual: modifico hábitos de sueño despertándose 1-2 horas más temprano y no puede volver a dormirse.

Fisiológico: se siente más inquieto o tenso que lo habitual, levemente acalorado, con temblor en las piernas, y nervioso.

Como dato importante, es el único adolescente que antes de que se llevara a cabo el confinamiento como medida preventiva practicaba deporte, y en cuanto se relajaron estas medidas preventivas, el adolescente continuó practicando deporte.

Por otra parte, si se analizan los puntajes entre hombres y mujeres de cada grupo, comparándolos con los niveles máximos de depresión y ansiedad entre géneros se halló lo que se muestra a continuación (figura 51).

Figura 51

Puntaje máximo por género: depresión severa.



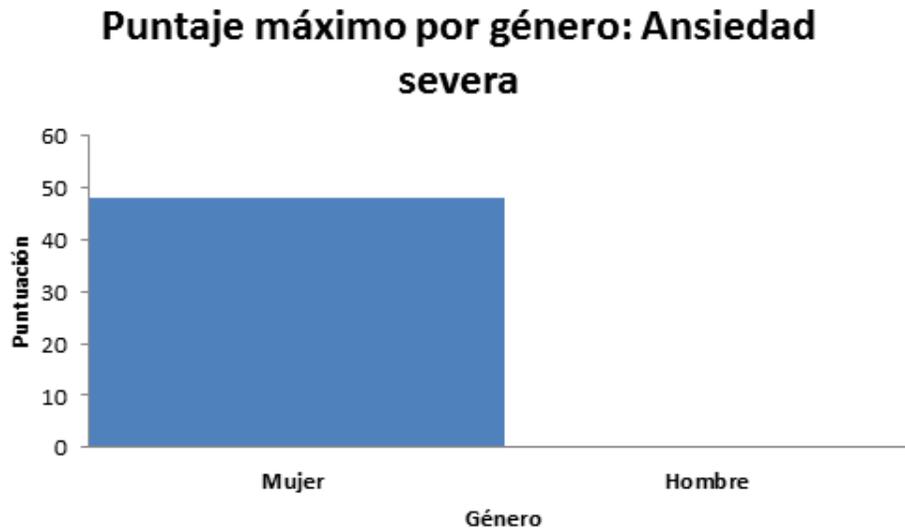
Nota. La figura 51 muestra el puntaje máximo por género en depresión severa.

Fuente propia.

Mientras que el puntaje máximo de ansiedad severa, por igual, la mujer obtuvo 48 puntos, mientras que el hombre obtuvo cero puntos, similar a lo obtenido en la depresión severa (figura 52).

Figura 52

Puntaje máximo por género: ansiedad severa.



Nota. En la figura 52 muestra el puntaje máximo por género que se obtuvo en ansiedad severa.

Los resultados encontrados en las figuras 51 y 52, permiten inferir que las mujeres son más propensas a enfrentar ansiedad y depresión respecto a los hombres, tal cual se ha hallado evidencia de esto en estudios comparativos sobre estos trastornos con relación al género. En la parte de Discusión se amplía este argumento.

En los resultados comparativos de la puntuación máxima de depresión y ansiedad moderada entre hombres y mujeres se encontró que las mujeres también enfrentan en mayor grado este nivel de ansiedad y depresión con relación a los hombres como se observa en las figuras 53 y 54, respectivamente.

Figura 53

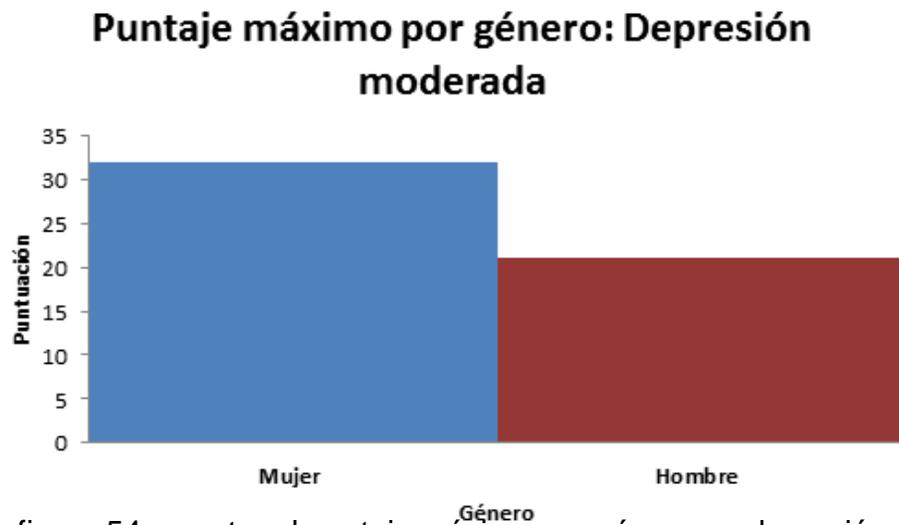
Puntaje máximo por género: ansiedad moderada.



Nota. La figura 53 muestra el puntaje máximo por género en ansiedad moderada.

Figura 54

Puntaje máximo por género: depresión moderada.



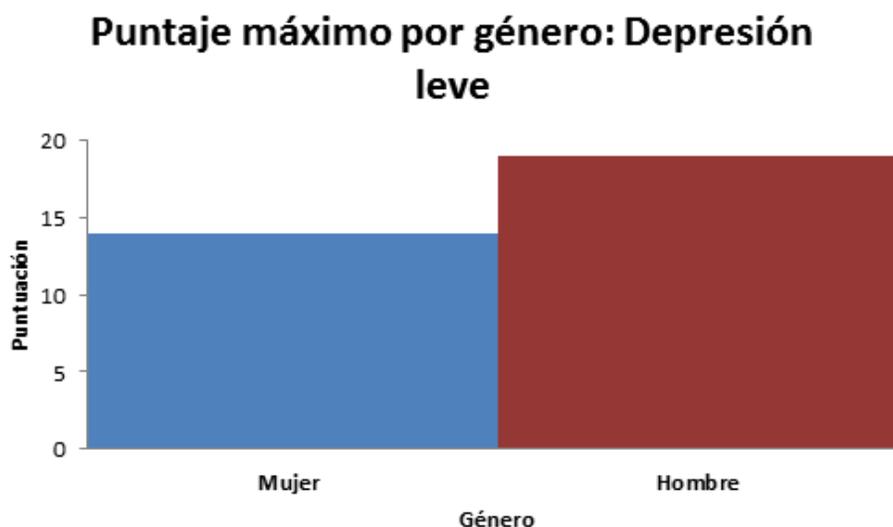
Nota. En la figura 54 muestra el puntaje máximo por género en depresión moderada.

Lo anterior, es consistente con los resultados mostrados hasta el momento y que empatan con lo descubierto en estudios comparativos de género de ansiedad/depresión pues a mayor nivel de ansiedad/depresión lo enfrentan las mujeres y, los niveles menores de estos constructos los enfrentan los hombres.

Al bajar los niveles de depresión y ansiedad, las puntuaciones máximas, las obtienen los hombres respecto a las mujeres como se detalla en las figuras 55 y 56 que ponderan la depresión leve y la ansiedad baja.

Figura 55

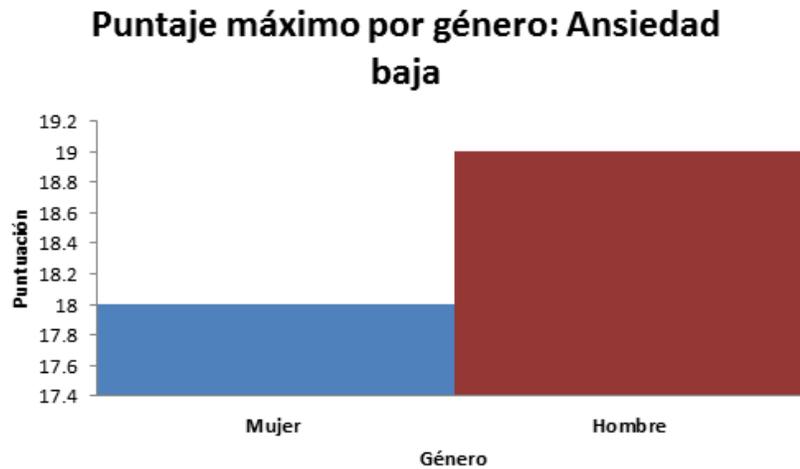
Puntaje máximo por género: depresión leve.



Nota. La figura 55 muestra el puntaje máximo por género en depresión leve.

Figura 56

Puntaje máximo por género: ansiedad baja.



Nota. En la figura 56 muestra el puntaje máximo por género en ansiedad baja.

Finalmente, el grupo comparativo de depresión de estados altibajos considerados normales y de ansiedad mínima, al menos para este estudio, se omite su representación gráfica pues sólo un sujeto de estudio puntuó en esta categoría, obteniendo en depresión 9 puntos y en ansiedad 4 puntos.

Situación atípica con relación a los hallazgos de estudio empíricos en los cuales las mujeres presentan por lo general mayores niveles de depresión/ansiedad.

Análisis cualitativo.

Este análisis tiene como origen las entrevistas a profundidad realizadas a los 10 participantes del estudio. Se refiere lo siguiente.

Los adolescentes encontraron la causa de la tristeza en diferentes eventos. Por ejemplo, un participante indicó, que producto de la contingencia sanitaria, tuvo que cambiar de residencia y dicho evento impacto en su tristeza: “tenía que regresar-me a la ciudad de México porque mis papás tenían que trabajar en la Ciudad de

México y por eso nos tuvimos que cambiar (...) El cambio me provocó tristeza y ya porque no volví a ver a mis amigos” (E4M).

En este caso, el cambio de domicilio, más la pérdida del contacto con su círculo social de amistades magnificaron su sentimiento y emoción de tristeza. Recuerdese que los adolescentes se encuentran en una etapa de desarrollo, donde los aspectos psicosociales suelen tener gran relevancia en su vida con un incremento importante en contenido emocional.

Otro participante, señaló que: “Tuve desánimo y tristeza. Me sentía incompetente e incapaz. Me comía las uñas y me arañaba las piernas. Tuve dolor de cabeza, cansancio” (E7M).

De hecho, como lo afirman Álvarez, et al, (2014) la conducta de las personas que enfrentan depresión los lleva a actuar con inseguridad; además, como síntoma, el sujeto depresivo se siente melancólico o triste, lo cual conlleva a un déficit en lo emocional, reflejado en el desánimo (Villalpando, 2005).

Un sujeto más declaró lo siguiente: “Me sentí decaída, apagada, podría decirse que me sentía frustrada” (E3M).

Durante el confinamiento, una gran mayoría de adolescentes y jóvenes enfrentaron poca resiliencia a éste y, por tanto, no tuvieron o encontraron las estrategias de adaptabilidad para el escenario que estaban viendo, pues como lo indica Alfonso y Fernández (2014) la depresión acusa falta de ajustes entre la adaptabilidad del individuo en el entorno en el que se desenvuelve y la desadaptación de este creándose ideas con alto contenido negativo como lo refiere la participante E3M.

Sin embargo, como lo refiere la literatura sobre los aspectos de depresión y ansiedad, los síntomas o rasgos de esta última suelen combinarse como lo declaran

Zumárraga, Egas, y Reyes (2021) en que el miedo y la incertidumbre privan en los individuos que enfrentan estos trastornos.

Además, permeó en la mayoría de los adolescentes que participaron en el estudio inquietud e inseguridad. En ocasiones, esta última, tenía su origen desde la perspectiva en la que miraban el futuro, pues al encontrarse el confinamiento en su fase más aguda como, algunos de los sujetos entrevistados expresaron: “pensaba que ya no iba a poder estudiar la universidad y que no se iba a acabar esto. Me daba como, no sé, miedo o confusión (...) cuando se estaba alargando la entrada a la escuela de nuevo” (E10H).

De hecho, estos pensamientos indujeron a los jóvenes al desaliento y pesimismo como lo muestra el siguiente relato: “Me siento más desalentado respecto a mi futuro que lo que solía estarlo” y uno más respondió que “Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar” (figura 7).

Se recuerda que el perfil de los participantes fue el de encontrarse en nivel bachillerato y que su siguiente nivel de estudios es el ingreso a una licenciatura o ingeniería. En este sentido, la pandemia y el confinamiento desencadenó en los participantes ideas negativas sobre su futuro, ya no sólo escolar, sino desde el ámbito social: “Me veía sin una vida social, que ya no volvería a la escuela” (E1M) y los sentimientos de desazón se incrementaron: “No sabía qué hacer. Me sentía a disgusto” (E3M).

Inclusive, mantuvieron una perspectiva de sí mismos de fracaso: “He fracasado más de lo que hubiera debido” (E7M).

Por otra parte, en medio de la fase más crítica del confinamiento, varios de los adolescentes normalizaron la situación o evadían el fenómeno: “Me quedaba acostada para evitar eso que sentía. Dejar de pensar en eso” (E8M) o respuestas

como la siguiente: “Siento que ya estaba acostumbrada y ya no me agrada salir” (E2M).

En este sentido, la literatura sobre ansiedad y depresión indican que las personas que enfrentan estos trastornos suelen no encontrar estímulos para realizar las actividades ordinarias o habituales (Morys, Pachlaska, Bellwon y Gruchala, 2016). Inclusive, Ordóñez, Espinoza, Fernández, García, López y Muela, 2013) sostienen que individuos ansiosos muestran inhibición conductual, objetivando éste en retraimiento y evitación social o bloqueo.

Se ha indicado, en el recorrido de los resultados, que el florecimiento de ideas negativas en quienes enfrentan ansiedad y/o depresión es una constante y, las ideas generadas hacia la muerte no podrían exceptuarse en las respuestas de los participantes.

Lo anterior se refleja en algunos relatos como el siguiente: “Me subía al techo de mi casa y pensaba qué pasaría si saltaba y en ese tiempo me llegué a cortar. Pensaba mucho en la muerte, luego estoy así con mi mamá y me imagino como fuera si muriera. A veces hasta los pongo en un ataúd y soñaba con mis familiares muertos. Tuve pensamientos que qué pasaría si yo muriera. Todavía los tengo. Me imaginaba mi velorio y qué personas vendrían” (E8M).

De acuerdo con Alfonseca y Fernández (2014) las ideas suicidas son recurrentes en personas depresivas se han identificado en pacientes depresivos pensamientos de muerte que suelen ser recurrentes o formación de ideación suicida. Así, esta elaboración de pensamientos hacia la muerte o el suicidio se forjaron durante el confinamiento.

La mezcla de emociones y sentimientos que recrearon los adolescentes durante el confinamiento, produjeron en estos, conductas objetivadas en llanto como lo constata la cita: “Me daban ganas de llorar porque me regañaban. Yo quería ya regresar a la casa” (E4M).

En este sentido, como lo sostiene el DSM V uno de los síntomas es el estado de ánimo deprimido que se refleja, precisamente, en la pérdida de interés por las personas o cosas. Lo cual conlleva, a su vez, a no contar con toma de decisiones seguras porque en estados depresivos y ansiosos, la indecisión se hace presente en los individuos como lo afirman Langarita y Gracia (2019) que la toma de juicios o decisiones certeras disminuyen (figura 16).

Así, los participantes, al entrevistárseles, mencionaron que la pérdida de interés alcanzaba las clases en línea a las que debían asistir: “Me distraía por cualquier cosa. No entraba siempre en las clases. Perdí interés en mis clases” (E1M) o este otro comentario: “Sentí desánimo (...) ya no tenía la libertad para convivir con otras personas. Se perdió la relación con otras personas” (E7M).

Por tanto, si se conjuntan el desánimo, la pérdida de interés y la indecisión no es difícil percibir que la concentración en los individuos depresivos y/o con ansiedad les dirige a enfrentar dificultad en la concentración: “Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo”, lo anterior se constata con las respuestas obtenidas en las entrevistas, en las cuales se expuso “Se me dificulta organizarme. No tengo esa capacidad para terminar las cosas (...) Me desorganicé más porque no medía mis tiempos” (E7M).

Aparte de los aspectos cognitivos y conductuales, el impacto de la depresión y ansiedad se denota en lo fisiológico.

Por ejemplo, los participantes desarrollaron trastornos de sueño originándoles cambios en los hábitos que solían tener respecto a dormirán previo al confinamiento.

Algunas respuestas que otorgaron en la entrevista a profundidad fueron: “casi no podía dormir o me despertaba muy tarde como a las 11 de la mañana cuando estaba acostumbrada a despertarme a las 6 de la mañana” (E4M).

“Dormía menos porque me quedaba platicando con mis amigos. Me daba trabajo dormir. Me quedaba una hora o dos a la vez despierto” (E6M).

Así mismo, también reflejaron cambios en el apetito, disminuyendo el consumo de alimentos como se observa en la figura 19. En las respuestas de los participantes refirieron no alimentarse de manera adecuada como se consigna en la siguiente cita: “Comí más, pero comía cualquier cosa. Luego ya me organizaba para comer en forma (...) Subí de peso, luego bajé de peso como 10 kilos” (E5M).

En general, los adolescentes que participaron en la investigación son individuos que pueden clasificarse como la media poblacional; es decir, que provienen de familias de recursos socioeconómicamente medio-bajos y que enfrentan las vicisitudes de la mayoría de la población.

Por ejemplo, un estresor que se aunó al cúmulo de emociones, sentimientos y reacciones generadas por el confinamiento fue, que en ocasiones, no contaban con los recursos materiales para seguir y participar en las clases virtuales o enfrentaban barreras en cuanto a competencias digitales como el testimonio siguiente: “En mi casa hay internet, tuvimos que cambiar celulares y ya teníamos una computadora, pero mi hermanan también la ocupaba y se me hacían muy difíciles las plataformas educativas, por decirlo así” (E5M) o este otro: “Usaba aplicaciones al inicio y se me hacía complicado, pero ya luego menos, le fui agarrando mejor la onda” (E6M) en donde se aprecia que el sujeto contó con adaptabilidad al uso de las tecnologías escolares.

Además, la desesperación y ansiedad de encontrarse aislados bajo las condiciones de prevención sanitaria: “quería salir ya de ese ciclo de no puedes salir, te tienes que cubrir con el cubrebocas. Quería salir, pero por la pandemia no podía. Le gritaba a mi mamá, le gritaba a toda mi familia” (E8M) y, se reitera, impactaba en la eficiencia escolar: “Desarrollé estrés, preocupación, nerviosismo. Luego ya no fui responsable en la escuela. Tuve desánimo y tristeza. Me sentía incompetente e incapaz. Me comía las uñas y me arañaba las piernas. Tuve dolor de cabeza, cansancio” (E7M).

Así mismo, la vuelta a la nueva normalidad no terminó con el impacto emocional o cognitivo pues al volver de nueva cuenta a clases, aunque fuera de forma híbrida, los adolescentes debieron encontrar estrategias de adaptación e integración al nuevo escenario: “Hoy entré a la escuela y me siento raro, como que acabas de entrar a una nueva escuela” (E9M).

Sin duda, el evento no normativo de recluirse para salvaguardar la salud y hasta la vida, tuvo consecuencias en los 10 participantes, pero la experiencia vivida por éstos, de algún modo se replicó en otras geografías y latitudes.

Las vivencias de los participantes y la sintomatología percibida por ellos no se encuentran alejados de lo que indican investigaciones sobre ansiedad y depresión, aunque no en el marco de una pandemia, pues si los comentarios, testimonios y relatos que escucharon los investigadores durante las entrevistas a profundidad, claramente denotaban situaciones que son atendidas en la literatura científica donde se expresa que las distorsiones en comportamientos, déficits de atención y cognitivos; además de cambios radicales en la conducta, entre otros, son un claro ejemplo de lo que las personas con depresión y/o ansiedad enfrentan como disminución de funciones ejecutivas, pensamientos negativos, decisiones no asertivas, mirar el futuro de pesimista (Morys, Pachlaska, Bellwon y Gruchala, 2016).

Finalmente, lo relatado por los participantes, y que derivó en este análisis, guarda concordancia con los instrumentos aplicados, sobre todo el BDI-II.

DISCUSIÓN

Depresión y Ansiedad suelen ser conceptos que, para la gente ordinaria, en ocasiones, los llegan a tomar indistintamente para auto valorar el estado mental en el que se encuentran. Lo anterior, se apreció en la entrevista a profundidad, en la cual los adolescentes sin realizar un análisis previo de los conceptos, los utilizaban para describir su estado de ánimo durante el confinamiento utilizando sin diferenciación, ansiedad, depresión y hasta estrés.

Sin embargo, a partir de los aspectos teóricos de la literatura sobre el tema, sí existen diferencias entre lo que es la depresión y la ansiedad.

Por ejemplo, para el primer concepto, las personas que lo enfrentan suelen encontrarse con déficit de autopercepción al mantener un estado de tristeza por periodos prolongados y que se va convirtiendo en crónico a medida que avanza. Mientras que el segundo concepto, se refiere más al escenario futuro que el individuo proyecta bajo ideaciones que generalmente no necesariamente ocurrirán.

Además, la ansiedad puede ser una característica del rasgo de la personalidad, mientras que la depresión suele ser un estado provocado por factores internos del individuo o por eventos no normativos que el sujeto no tiene la capacidad de afrontar, sobre todo cuando son de naturaleza negativa.

En este sentido, se considera que lo realizado por el equipo de trabajo debió reforzar la explicación previa en los participantes del estudio para que pudieran identificar de manera más clara cuándo es depresión y cuándo ansiedad.

Por otra parte, el estudio mixto que se realizó se piensa que no se tuvieron mayores problemáticas cuando se aplicaron los inventarios BAI y BDI-II, pues al ser pruebas estandarizadas se contó con la ponderación respectiva en cada unidad de análisis; sin embargo, la entrevista a profundidad que dio margen para realizar el análisis cualitativo, y observando lo realizado a la distancia, podría haberse aplicado con mejores estándares por parte de los investigadores.

De hecho, si bien los resultados generales se inclinan en concluir que la mayoría de los estudiantes entrevistados enfrentaron depresión durante el confinamiento, no existen demasiados estudios o investigaciones que confirmen fehacientemente que los niveles de depresión en el grupo etario examinado se hayan incrementado por razón de la pandemia.

Por ejemplo, Prieto, Aguirre, Pierola, Luna, Merea, Larzate, Uribe y Zegarra (2020) realizaron una investigación sobre ansiedad y depresión durante el aislamiento obligatorio en la ciudad de Lima, Perú, donde los jóvenes, en comparación con otros grupos etarios presentaron mayores índices de ansiedad y depresión, aunque los grupos muestra, sobre todo de jóvenes, no fue clasificado, principalmente como estudiantes de bachillerato, como lo fue el perfil de los participantes en el estudio realizado, pero al menos se cuenta con la evidencia empírica que los adolescentes incrementaron sus niveles de ansiedad y depresión.

Con relación al análisis por grupos, se tiene que el estudio concuerda con lo expresado en la literatura en cuanto a que las mujeres son más proclives a enfrentar depresión que los hombres como lo sostienen Ochoa, Gómez, Cruz y Moreno (2015) en su estudio sobre depresión en la mujer en el cual “se encontró que las mujeres presentan mayor prevalencia de depresión sobre los hombres, un 13,9% mujeres frente a un 9,3% hombres” (p. 121).

Continuando con el análisis de esta discusión, Ochoa, et. al, refieren que “el mayor número de adolescentes deprimidos está entre los 13 y los 15 años, rango que coincide con las épocas de más baja autoestima” (p. 114). Si se toma como base la cita anterior, en el estudio realizado, coincide en lo que sostienen los investigadores, pues si se consideran los datos recuperados por ambos inventarios de Beck, los participantes que calificaron con mayor ansiedad/depresión severa fueron, precisamente, los que se encuentran en 15 años.

Por otra parte, al momento de las entrevistas, se piensa que faltó mayor rigurosidad para obtener información. No es que las respuestas de los participantes no hayan sido relevantes, pero sí faltó mayor profundidad en los cuestionamientos de los investigadores como el de enfatizar sobre aspectos cognitivos y conductuales que enfrentaron los adolescentes en el confinamiento.

En este sentido, si bien se tuvo que la mayoría de los participantes presentaron mayores índices de depresión durante el confinamiento, habría que valorar la historia personal de cada uno de éstos para contar con mayor seguridad y certeza (validez) en el resultado obtenido pues queda la ventana abierta para el equipo de trabajo si en algún momento en su desarrollo de vida fueron diagnosticados con depresión o familiares cercanos a ellos han tenido episodios depresivos como lo comentan Cebada, Cruz y Quezada (2016) en que debe tomarse en cuenta las situaciones del pasado y “que están relacionadas con una pérdida del deseo de vivir y provocan que no se visualice la utilidad e realizar cambios en su estilo de vida” (p. 95).

Situación que ocurrió con los adolescentes pues muchos de ellos no estaban conscientes de la importancia de aplicar estrategias de afrontamiento durante el confinamiento y, mucho menos, pensar en que debieron adecuar cambios conscientes en su estilo de vida al estar aislados y/o confinado en su hogar.

Así mismo, y por las condiciones propias de la adolescencia, sobre todo en cuanto al fuerte cuadro emocional que suele presentarse en este grupo etario, podría ser que los niveles de depresión se incrementaron durante el confinamiento.

Lo anterior podría sustentarse en el estudio realizado por Hernández (2021) donde evaluó las consecuencias de las propuestas educativas en la salud emocional en el ámbito educativo, aunque no particularmente a nivel bachillerato, pero en las conclusiones que obtuvo, cuando analizó al grupo etario de adolescentes, consideró que los efectos emocionales, para que no sean negativos en los adolescentes, estos requieren de la cercanía de los adultos, sobre todo, aquellos que formen parte de su masa familiar: “el comportamiento de los adolescentes se comprende

a partir de los cambios cerebrales propios de esta etapa; es por ello que la adolescencia es un periodo de transformación, en el cual la cercanía y el acompañamiento de los adultos se vuelve relevante” (p. 171).

La cita anterior sirve como base para explicar que, en los adolescentes que participaron en el estudio, muchos de ellos, tuvieron que romper la regularidad con la cual mantenían relaciones interpersonales con su núcleo familiar, ya que, en las condiciones de contexto de pre-pandemia, generalmente no convivían con estos porque la vida laboral de los adultos la realizaban durante toda la semana y los jóvenes pasaban buena parte de su tiempo sin el acompañamiento de los adultos.

Los testimonios de algunos participantes entrevistados dan prueba de esto: “después de cada convivencia me aislaba. Estaba un ratito con ellos y me iba” (E2M); o este otro: “Estar más con mi familia, ayudándoles (...) contestar mal, estar siempre enojado la mayoría de las veces. A veces conmigo mismo y luego con mi familia, pero más conmigo mismo” (E6M).

Es decir, la convivencia forzosa con la familia no se tenía contemplada ni visualizada en la vida de los adolescentes; además, la prontitud de la decisión de confinamiento no tenía preparados mentalmente a los jóvenes para cambiar sus núcleos sociales de convivencia por la familia.

Por otra parte, Romero, Fernández, Huerta y Barradas (2015) realizaron un estudio de depresión y ansiedad en estudiantes de la licenciatura en Pedagogía, en Veracruz, México, que, si bien su unidad de estudio corresponde al nivel inmediato de bachillerato, algunos resultados encontrados, pueden explicar lo sucedido en la muestra de participantes de la presente investigación.

En este caso, los investigadores concluyeron que es necesario “orientar a los estudiantes sobre [ansiedad y depresión] proponiendo alternativas para cambiar su forma de vida” (p. 11); situación que no sería ajena al grupo etario que participó en la investigación pues se considera que si los adolescentes hubieran contado con información sobre los efectos del confinamiento en el incremento de estos trastor-

nos, hubiesen tenido herramientas para disminuir el impacto o afrontar la experiencia vivida.

En cuanto a la comprobación de la hipótesis si la ansiedad y depresión se incrementaron en los adolescentes de nivel bachillerato del Estado de México a partir de las medidas de confinamiento adoptadas por el gobierno para disminuir el contagio de COVID-19, se argumenta que, al menos en los 10 sujetos participantes, sólo se incrementó en mayor medida la depresión, pero no puede ser concluyente el resultado si fue derivado a partir de las medidas del confinamiento pues no se profundizó en cada caso particular, su historia clínica y las experiencias previas al confinamiento, como también así su estado de salud en general.

Sin embargo, a partir de la Encuesta VocEs-19 (2021) desarrollada conjuntamente por el Instituto Mexicano de la Juventud (IMJUVE), los resultados generales de esta mostraron que “Tres de cada cinco (64%) adolescentes mostró síntomas de depresión [mientras que] 57% de adolescentes presentó síntomas de ansiedad” (pp. 27-28).

Si bien la estadística es objetiva, no se sabe la historia clínica y de vida de quienes fueron entrevistados.

En cuanto a la metodología utilizada, se piensa que fue la correcta, aunque podría robustecerse a través de la aplicación de otros inventarios de depresión y ansiedad para realizar un comparativo con los inventarios de Beck utilizados y establecer si los resultados obtenidos hubiesen sido semejantes.

Existen n cantidad de estudios donde han utilizado otros inventarios como en la investigación de Romero, et. al (2015) que utilizaron el Inventario multifásico de la personalidad Minnesota-2 MMPI-2 (MMPI-2) y arrojó resultados similares a los instrumentos aplicados a los participantes; es decir, se coincidió que en población juvenil adulta versus adolescentes, se identificaron incrementos mayores en depresión que en ansiedad.

Por otra parte, en la entrevista a profundidad, se considera, como se ha mencionado, que debería contar con un apartado sobre la historia de vida del entrevistado para reconocer si han existido eventos depresivos o de ansiedad previos.

Sobre los estudios realizados sobre la problemática abordada, son pocas las investigaciones por lo que no pueden ser considerados resultados concluyentes los obtenidos hasta ahora, incluyendo el propio estudio que se ha presentado. Sin embargo, sí puede servir para futuras investigaciones, sobre todo, cuando haya pasado más tiempo de haberse presentado la pandemia de COVID-19 y el confinamiento ya que podría permitir en las personas un razonamiento más objetivo de lo ocurrido durante este periodo.

Un aspecto relevante, al margen de la problemática central del estudio, fue la importancia que sostienen los adolescentes a la asistencia a la escuela presencial, pues el cambio brusco hacia el modelo virtual, puso en entredicho si la medida adoptada desde las esferas gubernamentales fue adecuada, pues la mayoría de las respuestas que ofrecieron los adolescentes fueron las de poco interés de estudiar en este modelo, las problemáticas instrumentales y pedagógicas y la nula preparación previa para atender al educación bajo tecnologías digitales.

Lo anterior, muestra, que al menos en México, existen sectores de la población, incluyendo a estudiantes de nivel bachillerato, que carecen de competencias digitales para estudiar. Esto podría ser tema de investigación para otro estudio.

En otro tenor, el equipo de trabajo coincidió en que la depresión como lo indica la literatura, sobre todo, es un trastorno muy común en los individuos, sin que los adolescentes se exceptúen de ello. Inclusive, no se le da la debida importancia en su atención ni por parte de quien la enfrenta ni por el núcleo social cercano al sujeto, en este caso, la familia pues no sabe cómo abordar dicho trastorno.

En cuanto a la ansiedad, habría que identificar en cada uno de los participantes si los niveles que presentaron tienen su origen desde el rasgo o el estado.

Finalmente, las investigaciones, hasta el presente, sobre el impacto del confinamiento en población estudiantil adolescente de nivel bachillerato, son escasas. Se puede inferir que, efectivamente, el contexto de la pandemia provocada por el SARS-Cov-2 puede ser un evento estresor que incidiría en el incremento de los niveles de depresión y ansiedad en la población en general y en los adolescentes en particular; sin embargo, hace falta que haya más estudios científicos sobre estos temas para que la evidencia empírica sea validada.

CONCLUSIONES

El desarrollo de la investigación que se realizó llevó al equipo de trabajo a la reflexión sobre la importancia que los trastornos mentales como la ansiedad y la depresión deben ser atendidos en los primeros momentos que el individuo o aquellas personas que forman parte de su entorno, observan que enfrentan tales desórdenes.

Sin embargo, la evidencia empírica que ha dejado el trabajo desarrollado implica la idea que no siempre es así, a pesar de que estos desórdenes impactan directamente en la dinámica de vida social, familiar y, en particular, la del propio individuo que la enfrenta.

Lo anterior surge de lo que la entrevista a profundidad aplicada a los adolescentes que indicó en las respuestas de éstos que las consecuencias del nivel de ansiedad y depresión que enfrentaron los llevó a situaciones de relación intra e interpersonal extrema en algunos casos que se objetivaron en discusiones con miembros de su familia, desinterés por las cuestiones escolares, autolesiones y creación de ideaciones suicidas, entre otras circunstancias. Todo esto, dentro del marco del confinamiento obligado por la contingencia sanitaria provocada por el virus SARS-Cov-2 y el COVID-19.

Por ejemplo, los adolescentes refirieron durante la entrevista que se sintieron más irritables, con sensaciones de miedo e incertidumbre a causa del confinamiento que vivieron por más de un año; así mismo, en casos extremos, relataron que se autolesionaban y producían ideas suicidas.

Por las características propias de la adolescencia, ésta conlleva una dinámica compleja el desarrollo del ciclo de vida del ser humano. Además, aunado a eventos extraordinarios, como lo es la pandemia de COVID-19, ha repercutido en los adolescentes en diversos ámbitos: individual, familiar y social.

Por otra parte, si bien algunos de los participantes encontraron las estrategias para poder adaptarse al nuevo estilo de vida que implicó el confinamiento, pues su vida se vio reducida a encontrarse al interior de su hogar y a seguir estudiando bajo la modalidad en línea. Además, las relaciones interpersonales que habitualmente o de manera regular tenían, se vieron acotadas a relacionarse únicamente con su familia. Así, se distanciaron de sus círculos sociales de amistades y amigos y limitarse a encontrar actividades recreativas dentro de la misma casa.

Por tanto, las implicaciones que esto contrajo fueron: pérdida de interés por la escuela y, en otros casos, abandono escolar. Además, impactó en el cambio de hábitos pues comenzaron a usar el teléfono celular o cualquier otro medio digital por mucho más tiempo que antes de la pandemia; sus ciclos de sueño y descanso también se vieron trastornados, reflejándose en dormir poco o dormir por más tiempo.

Sus hábitos alimenticios, por igual cambiaron, pues comían alimentos que en ocasiones no necesariamente les alimentaban, traduciéndose ya sea en incremento o pérdida de peso.

Todo lo expuesto, cambió el contexto regular en el cual se desarrollaban los participantes, pues su autonomía e independencia se vio reducida por el confinamiento y las medidas restrictivas y de protección sanitaria implementadas por las autoridades.

La relación de convivencia con su masa familiar, padres, hermanos u otros familiares que vivieron con ellos durante el confinamiento, se vio forzada a cumplirse, pues en el contexto regular pre-pandemia, la mayoría del tiempo, los adolescentes pasaban las horas de su jornada sin padres o familiares.

Así mismo, y como consideración colateral a la investigación, el equipo de trabajo se dio cuenta que el traslado del modelo escolar presencial al migrar a virtual no es una situación que los estudiantes, al menos aquellos que participaron como sujetos de estudio, no contaban entre varios de ellos, con las competencias digita-

les ni el interés por continuar sus estudios de esta forma, impactando directamente en su aprendizaje.

En este sentido, debieron enfrentar nuevos retos y superar barreras con el uso de la tecnología. Sin embargo, aquellos que no contaban con las competencias digitales mínimas o suficientes, se sintieron frustrados, incrementando sus niveles de ansiedad y depresión.

Aunado a una proyección de futuro incierta en cuanto a que no sabían en qué momento se volvería al modelo presencial no contaron ni con la resiliencia necesaria ni los ajustes de adaptabilidad para llevar a cabo sus actividades escolares de manera eficiente.

Por otra parte, el estudio realizado, se piensa, puede dar cabida a otras líneas de investigación referentes a la convivencia de padres y madres con sus hijos y reconocer si observaron en ellos cambios negativos o positivos, manifestaciones de síntomas de depresión o ansiedad, para complementar el estudio y así tener una mayor de visibilidad del impacto que causó en los adolescentes la pandemia de COVID-19.

En cuanto a la formación académica del equipo de trabajo y que de alguna manera se vio reflejada en el estudio desarrollado, se piensa que sus integrantes han realizado un trabajo decoroso; sin embargo, se sabe que existen áreas de oportunidad que sólo la experiencia, dedicación y el estudio posterior subsanará; por ejemplo, contar con más habilidades para obtener más información en las entrevistas a profundidad que se implementaron y, por otra parte, tal vez un mejor análisis de los resultados obtenido a través de los instrumentos BAI y DBI-II utilizados.

Lo anterior pareciera ser una experiencia regular en la mayoría de los estudiantes recién egresados de la licenciatura en psicología y son cuestiones, se reitera, que con la disposición a la profesionalización de cada estudiante se podrán hacer perfectibles procesos, atención, diagnóstico, etc.

Así mismo, la experiencia obtenida puede ser calificada por el equipo de trabajo como significativa pues realmente se trató de trabajar con ética en cada parte de la investigación y con las personas –los adolescentes– que enfrentaron la situación no normativa del confinamiento. En verdad, algunas de sus respuestas y comentarios durante la entrevista situaban al equipo de trabajo en sus limitaciones derivadas de la poca experiencia que se tiene aún en estos menesteres.

A pesar de lo anterior, se tiene certeza que cada estudio, cada investigación, cada trabajo por desarrollar en el campo de la psicología brindará la oportunidad para ser mejores en la profesión elegida.

Por último, se tiene que el abordaje de problemáticas psicológicas por parte de los profesionales de psicología siempre debe contar con un apoyo o asesoramiento externo de profesionales con mayor experiencia, como fue en el caso de la directora del Documento Recepcional, la Mtra. Lizbeth Escobedo Pedraza, que sus comentarios durante el recorrido de la investigación, siempre fueron positivos para llevar a buen puerto este documento.

REFERENCIAS

- Aguilar, G. F. (2021). Del aprendizaje en escenarios presenciales al aprendizaje virtual en tiempos de pandemia. *Estudios Pedagógicos*, 46(3), pp. 213-223. Recuperado de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/estped/v46n3/0718-0705-estped-46-03-213.pdf>
- Ahunca, V. L. (2017). Más allá del deterioro cognitivo: síntomas neuropsiquiátricos en demencias neurodegenerativas. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 46(1), pp. 51-58. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v46s1/0034-7450-rcp-46-s1-00051.pdf>
- Álvarez, A. M., Atienza, M. G., Ávila, G. M., González, G. A., Guitián, R. D., de las Heras, L. E., Louro, G. A., Rodríguez, A. J., Triñañes, P. Y. (2014). *Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto*. España: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- American Psychiatric Association (APA). (1952). *Diagnostic and Statical Manual. Mental Disorders*. Estados Unidos: APA. Recuperado de <http://www.turkpsikiyatri.org/arsiv/dsm-1952.pdf>
- Bianchi, J., Henao, A. (2015). Activación conductual y depresión: Conceptualización, evidencia y aplicaciones en Iberoamérica. *Terapia Psicológica*, 33(2), pp. 69-80. Recuperado de <https://www.scielo.cl/pdf/terpsicol/v33n2/art02.pdf>
- Ayala, M. A. (2020). Proposición con punto de acuerdo, para exhortar al ejecutivo federal, el poder judicial, los gobernadores y los alcaldes a implantar el programa de continuidad de operaciones establecido en la ley general de protección civil respecto a situaciones de emergencia e instaurar el trabajo a distancia del personal adscrito a las instituciones públicas cuyas funciones lo permitan, a cargo de la diputada María de los Ángeles Ayala Díaz, del grupo parlamentario del pan. México: Gaceta parlamentaria. Recuperado de: http://sil.gobernacion.gob.mx/Archivos/Documentos/2020/03/asun_4022225

[_20200319_1584640719.pdf#:~:text=La%20epidemia%20de%20la%20enfermedad,%2C%20en%20China%20central](#)

- Cárdenas, E.M, Feria, M., Palacios, L. & De la Peña, F. (2010). *Guía Clínica para los Trastornos de Ansiedad en Niños y Adolescentes*. México: Instituto Nacional de Psiquiatría.
- Carrillo, S. I. (2012). Un estudio sobre la ansiedad. *Avances*, 1(124), pp. 1-20. Recuperado de <http://www3.uacj.mx/DGDCDC/SP/Documents/avances/Documents/2006/Avances%20124.%20Irene%20Carrillo.pdf>
- Cebada, R. E., Cruz, G. I, Quezada, A. E. (2016). Calidad de vida, depresión y ansiedad en pacientes dializados. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 21(3), pp. 93-99. Recuperado de <https://redalyc.org/pdf/473/47347633003.pdf>
- Cobo, G. J. (2005). El concepto de depresión. Historia, definicion(es), nosología, clasificación. *Psiquiatría*, 9(4), pp. 1-16. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/301590159_El_concepto_de_depresion_Historia_definiciones_nosologia_clasificacion
- Chacón, D. E. (2021). Generalidades sobre el trastorno de ansiedad. *Revista Cúpula*, 35(1), pp. 23-36. Recuperado de <https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v35n1/art02.pdf>
- Delgado, R. A., Sánchez, L. J. (2019). Miedos, fobias y sus tratamientos. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 22(2), pp. 798-833. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/epsicologia/epi-2019/epi192c.pdf>
- Fernández, P. A. (2014). Adolescencia, crecimiento emocional, proceso familiar y expresiones humorísticas. *EDUCAR*, 50(2), pp. 445-466. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/3421/342132463011.pdf>
- Fernández, R. M., Zanassi, R. S. (2016). Antecedentes y revisión crítica del denominado "Ataque de pánico". *Perspectivas en Psicología: Revista de Psicología y Ciencias Afines*, 13(2), pp. 57-66. Recuperado de <https://www.redalyc.org/jatsRepo/4835/483551472014/html/index.html>

- Gobierno de México (2020). Comunicado conjunto N° 3 Presentan Salud y SEP medidas prevención para el sector educativo nacional por Covid-19. Secretaría de Educación Pública Blog. México: Gobierno de México. Recuperado de <https://www.gob.mx/sep/articulos/comunicado-conjunto-no-3-presentan-salud-y-sep-medidas-de-prevencion-para-el-sector-educativo-nacional-por-covid-19?idiom=es>
- Hernández, G.G. (2021). Consecuencias de las propuestas educativas en la salud socioemocional de diversos actores educativos. *Revista Latinoamericana de Estudios Educativos*, 50(Especial), pp. 241-248. Recuperado de <https://www.redalyc.org/journal/270/27063237005/html/>
- Hernández, R. M., Labanda, D. A., Prado, P. A. (2021). *Consecuencias psicoeducativas y emocionales de la pandemia, el confinamiento y la educación a distancia en el alumnado y la comunidad educativa*. España: Colegio Oficial de la Psicología de Madrid. Recuperado de <https://www.educacionyfp.gob.es/dam/jcr:3a7d2fad-97d8-4d60-af39-f6810edf863c/pe-n11-art05-colegio-oficial-psicologia.pdf>
- Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente” (2021). Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica. Recuperado de <http://inprf.gob.mx/psicosociales/archivos/encuestaepidemiologia.pdf>
- Instituto Mexicano de la Juventud (IMJUVE). (2021). Encuesta VocEs-19. Recuperado de <https://vocescontralaviolencia.org/>
- Intriago, L. M., Calle, G. R. (2021). Análisis psicosocial de la educación virtual en tiempos de pandemia, en estudiantes de básica superior. *Polo del Conocimiento*, 6(2), pp. 618-640. Recuperado de <https://polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es/article/download/2293/464>
- 1
- Langarita, LI. R., Gracia, G. P. (2019). Neuropsicología del trastorno de ansiedad generalizada: revisión sistemática, *Revista de Neurología*, 69(2), pp. 59-67. Recuperado de DOI: <https://doi.org/10.33588/rn.6902.2018371> o de <https://www.neurologia.com/articulo/2018371>

- Maca, S. M. (2019). La dietética como una elección de vida: una mirada desde la medicina hipocrática *Revista Científica Guillermo de Ockham*, 17(2), pp. 29-37. Recuperado de <https://www.redalyc.org/journal/1053/105367027003/html/>
- Navarrete, C. Z., Manzanilla, G. H., Ocaña, P. L. (2020). Políticas implementadas por el gobierno mexicano frente al COVID-19. El caso de la educación básica. *Revista Latinoamericana de Estudios Educativos*, L(núm. especial), pp. 143-172. Recuperado de https://www.redalyc.org/journal/270/27063237025/html/#redalyc_27063237025_ref12
- Ochoa, G. C., Cruz, A. A., Moreno, C. N. (2015). Depresión en la mujer: ¿expresión de la realidad actual? *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, 6(1), pp. 113-135. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/4978/497856276008.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2017). *Depresión y otros trastornos mentales. Estimaciones sanitarias mundiales*. México: OPS. Recuperado de [https://iris.paho.org/handle/10665.2/34006#:~:text=La%20Organizaci%C3%B3n%20Mundial%20de%20la,3%2C4%25\)...](https://iris.paho.org/handle/10665.2/34006#:~:text=La%20Organizaci%C3%B3n%20Mundial%20de%20la,3%2C4%25)...)
- Papalia, D., Feldman, R., Martorell, G. (2018). *Desarrollo humano*. México: McGraw-Hill.
- Pérez, P. E., Cervantes, R. V., Hijuelos, G. N., Pineda, C. J., Salgado, B., H. (2017). Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión Mayor. *Revista Biomédica*, 28(2), pp. 89-115. Recuperado de <https://www.revistabiomedica.mx/index.php/revbiomed/article/view/557/590>
- Prieto, M. D., Aguirre, B. G., Pierola, I., Luna, V. G., Merea, S. L., Lazarte, N. C., Uribe, B. K., Zegarra, Ch., A. (2020). Depresión y ansiedad durante el aislamiento obligatorio por el COVID-19 en Lima Metropolitana. *Liberabit. Revista Peruana de Psicología*, 26(2), pp. 1-14. Recuperado de <http://www.revistaliberabit.com/index.php/Liberabit/article/view/425/256>

- Puerta, V. (2018). *La ansiedad en la historia*. España: Asociación Madrileña de Agorafobia.
- Retana, F. B., Sánchez, A. R. (2016). Aprendiendo a regular el miedo: evaluación de un taller para adultos, *Enseñanza e investigación en Psicología*, 21(1), pp. 21-38. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/292/29248180003.pdf>
- Ramírez, O. J., Castro, Q. D., Lerma, C. C., Yela, C. F., Escobar, C. F. (2020). Consecuencias de la Pandemia COVID-19 en la salud mental asociadas al aislamiento social. *Colombian Journal of Anesthesiology*, 48(4). Recuperado de http://www.scielo.org.co/pdf/rca/v48n4/es_2256-2087-rca-48-04-e301.pdf
- Romero, A. M., Fernández, M. N., Huerta, A. G. Barradas, A. M. (2015). Depresión y Ansiedad en estudiantes de pedagogía Veracruz, Universidad Veracruzana. *RIDE. Revista Iberoamericana para la investigación y el Desarrollo Educativo*, 8(11), pp. 1-12. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/4981/498150319055.pdf>
- Ries, F., Castañeda, V., Campos, M., Del Castillo, A. (2012). Relaciones entre ansiedad-rasgo y ansiedad-estado en competiciones deportivas. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 12(2), pp. 9-16. Recuperado de <https://scielo.isciii.es/pdf/cpd/v12n2/articulo01.pdf>
- Sánchez, B. I. (2021). Impacto psicológico de la COVID-19 en niños y adolescentes. *MEDISAN*, 25(1), pp. 1-19. Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v25n1/1029-3019-san-25-01-123.pdf>
- Sanz, J., García, M. (2017). Ideas equivocadas sobre la depresión y su tratamiento. *Papeles del Psicólogo*, 38(3), pp. 169-179. Recuperado de <https://www.redalyc.org/journal/778/77853188010/77853188010.pdf>
- Secretaría de Salud. (2021). Pandemia impacta en distintos ámbitos a adolescentes y jóvenes: VoCES-19. Recuperado de <https://www.gob.mx/salud/prensa/pandemia-impacta-en-distintos-ambitos-a-adolescentes-y-jovenes-voces-19?idiom=es#:~:text=La%20pandemia%20de%20COVID%2D19,del%20estudio%20VoCes%2D19%2C%20en>

- Speert, C. (2016). Brain Facts. Apuntes sobre el cerebro y el sistema nervioso. España: Universidad Jaume I.
- Spielberg, D. Ch. (2014). *Inventario de Ansiedad: Rasgo-Estado (IDARE)*. México: El Manual Moderno.
- Vázquez, G. L., Otero, O. P., Blanco, S. V. (2019). *Guía de intervención de la depresión*. España: Síntesis. Recuperado de <https://www.sintesis.com/data/indices/9788491713845.pdf>
- Villapando, G. (2019). Depresión y melancolía: un análisis desde la teoría crítica. *Revista Reflexiones Marginales*, 7(2). Recuperado de <https://revista.reflexionesmarginales.com/depresion-y-melancolia-un-analisis-desdela-teoria-critica/>
- Zapata, O. J., Zamudio, B. M. (2021). Razonamiento clínico en medicina I: un recorrido histórico. *Iatreia*, 34(3), pp., 232-240. Recuperado de <https://www.redalyc.org/journal/1805/180568334008/180568334008.pdf>
- Zumárraga, E. M., Egas, B., S., Reyes, V. C. (2021). La preocupación por el COVID-19 y sus efectos en la participación política online de la ciudadanía en el contexto ecuatoriano. *Universitas-XXI, Revista de Ciencias Sociales y Humanas*, 1(36), pp. 195-219. Recuperado de <https://www.redalyc.org/journal/4761/476170165010/>

APÉNDICES

Apéndice A. Entrevista a profundidad.

Entrevista a profundidad

1. ¿Qué pensaste cuando en la escuela, en las noticias y en todas las redes sociales, por primera vez informaron que la población debería confinar por un tiempo? Me agradecería que extendieras tu respuesta.
2. A partir de este confinamiento ¿Qué cambios ocurrieron en tu estilo de vida? Menciona al menos 3 cambios. Agradecería que explicararas a detalle.
3. ¿Qué emociones y sentimientos presentaste en ese momento?
4. En el presente que el confinamiento no es obligatorio, ¿qué emociones y sentimientos presentaste en ese momento?
5. ¿Qué dificultades presentaste al tener que adaptarte al nuevo estilo de vida, en donde tenías que estar en aislamiento y no podrías realizar tus actividades cotidianas como normalmente lo venías realizando? Agradecería que detallaras tu respuesta.
6. Conforme el tiempo pasaba y el confinamiento se acentuaba y, a la par, la pandemia de COVID-19 se mostraba más crónica, ¿cómo te sentiste ante esta situación, que emociones y sentimientos se te presentaron?
7. Hablemos de la escuela en el tiempo del confinamiento, ¿Qué dificultades o barreras tuviste que afrontar para adaptarse a la forma de aprendizaje virtual?
8. ¿Esta forma de aprendizaje virtual qué impacto tuvo en tus emociones y sentimientos?
9. ¿Consideras que tuviste afectaciones en tu salud a partir y durante del cambio presencial a virtual en tus estudios?

10. La dinámica familiar con el confinamiento seguramente cambió en tu familia ¿presentaste problemas en tu relación familiar? Me agradecería que comentaras qué tipo de problemas y con quienes de tu familia.
11. ¿Qué actividades nuevas realizaste durante el confinamiento ya sea en lo escolar, lo familiar o de distracción individual?
12. Plátame, ¿qué conductas que tú califiques de positivas y negativas produjiste tanto en tu relación con los integrantes de tu familia, tus amistades –aunque te comunicaras virtualmente con ellos– o contigo mismo?
13. Ahora que el regreso a la normalidad por así decirlo está cerca ¿Qué te provoca, que emociones experimentas?
14. ¿Cómo te sientes de asistir a la escuela una semana sí y la otra no o de manera híbrida? Sé amplió en tu respuesta.
15. ¿Qué dificultades presentan ante esta nueva situación, en donde se piensa que regresamos a la normalidad, pero siguiendo los protocolos de prevención?

Apéndice B.

Audios de entrevistas.

Diana Lizeth Martínez López:

<https://drive.google.com/file/d/1NXuXtKyUC6ZBv1YJAoP6jONLzmYB99WR/view?usp=sharing>

Lucero Yamilet Martínez Ayala

https://drive.google.com/file/d/1NdGC-XUW91kHOYHa2IImVDOSXnBn1a_q/view?usp=sharing

Citlaly Paz López

https://drive.google.com/file/d/1NhMjdS6FCRbkMYRmX4lZJv9dX_AlzXnc/view?usp=sharing

Sandra Esmeralda Morales

<https://drive.google.com/file/d/1g4Pcsxpgc0xibvhXAE9kR5t9dfvVoen1/view?usp=sharing>

Nancy Díaz Hernández

<https://drive.google.com/file/d/1fteOqGP5WvYO58ndrRfHXYfXjXfOYXAM/view?usp=sharing>

Christopher López Ernesto

<https://drive.google.com/file/d/1LGUW7TlnPjzqvhpzcbbuNptUZFc4dl7/view?usp=sharing>

Estrella González Romero

https://drive.google.com/file/d/1gK-bePLYBsONzNyZCzhB-PJtSE8_De7m/view?usp=sharing

Luis Ángel Rivera González

https://drive.google.com/file/d/1XjUDNsl-zW0HV_xcpBq5dFuyS6iQXXvB/view?usp=sharing

Apéndice C. Formato de códigos.

Categorías Principales	Subcategorías- Códigos Axiales	Códigos abiertos	Testimonio Significativo
ANSIEDAD	Cognitivo	<p>a. Pensamientos</p> <p>Creencias</p> <p>Desconocimiento</p> <p>Asimilación</p> <p>Descontrol</p> <p>Normalización</p> <p>b. Emociones</p> <p>Bienestar</p> <p>Miedo</p> <p>Enojo</p> <p>c. Sentimientos</p> <p>Confusión</p> <p>Caos</p>	<p>E2M: “Pensé que no era verdad. Me dejé llevar por la mayoría de las personas”.</p> <p>E3M: “Pensaba que no existía”.</p> <p>E4M: “Primero que nada no sabía que era y pues ya después varias personas nos empezaron a decir que era y todo el show”.</p> <p>E5M: “Pensé que iba a ser un tiempo muy corto para que las cosas se arreglaran (...) Casi siempre la mitad del tiempo estuve en un estado neutro. Sentí sorpresa”.</p> <p>E6M: “Primero se me hizo divertido (...) pensé que iba a ser pocas semanas”.</p> <p>E7M: “Sentí sorpresa y no podía asimilar. Se me hacía irreal”.</p> <p>E8M: “Los primeros días los vi como vacaciones. Nunca había vivido algo así”</p> <p>E9H: “No pensé nada, pero luego pensé que era un rato de vacaciones”.</p> <p>E10H: “Pensé que no era cierto. Lo veía lejos pues estaba en China. Después, pensé que si era cierto cuando empecé a ver las noticias”.</p> <p>E4M: “Porque somos tan necios que no entendemos y que usar el</p>

		<p>Ansiedad</p> <p>Frustración</p> <p>Bajo rendimiento escolar</p> <p>Incertidumbre</p> <p>Incomodidad</p>	<p>cubrebocas y esas cosas”.</p> <p>E10H: “Pues me sentí bien porque no íbamos a ir a la escuela, pararse temprano y todo eso”.</p> <p>E10H: “Al principio sentí confusión cuando se estaba alargando la entrada a la escuela de nuevo”.</p> <p>E4M: “Durante el confinamiento mi mamá quería hacer las cosas y yo ya estaba acostumbrada a hacerlas. Me provocaba caos”.</p> <p>E8M: “No controlaba mucho lo que pensaba. No controlaba mucho lo que decía. Pensaba mucho en qué pasaría, sacaba muchas conclusiones y me ponía más mal”.</p> <p>E5M: “Si me iba a estar en casa, me gusta estar encerrada (...) No sentí soledad estando encerrada (...) Me asusté, me dio miedo. No me parecía estar así bajo esas restricciones tanto tiempo.</p> <p>E5M: “Me sentí ansiosa y me daba miedo porque no estaba aprendiendo normalmente. Me asustaba porque no lo estaba aprovechando de manera correcta”.</p> <p>E7M: “Sentí tristeza, ansiosa (...) Me sentí desesperada, inconforme”.</p> <p>E6M: “Sentía como que ya eso se quitaría, porque pensaba que ya no volvería a salir. Pero ya después me fui acostumbrando”.</p> <p>E8M. “Como que me daban muchas crisis de ansiedad. Comenzar a llorar mucho. Desesperación”.</p>
--	--	--	---

			<p>E8M: “Desesperación. No estaba tan acostumbrada a quedarme encerrada tanto tiempo, no estar con mis amigos. Desmotivación en la escuela. Frustración”.</p> <p>E4M: “Yo no tenía internet, sólo agarraba el de una vecina que vive aquí a ladito. Eso me causó mucho problema porque luego no agarraba la señal. Y no podía hacer tareas o no tomar mis clases en línea (...) Me provocaba enojo y tristeza al no poder aprender y saber que no tenía internet”.</p> <p>E4M: “Aparte enojo porque todavía no puedes ingresar y por el confinamiento todavía no lo sabes y porque tiene que haber pocas personas”.</p> <p>E5M: “Creo que extraño más salir porque antes íbamos a pueblitos. En la escuela extraño a mis amigos. Esto no tenía que haber pasado”.</p> <p>E1M: “Me veía sin una vida social que ya no volvería a la escuela”.</p> <p>E2M: “Sentía que aprendía menos y me generaba enojo porque luego no les entendía a las clases y tenía que buscar videos”.</p> <p>E2M: “Voy presencial. no me gusta convivir con la gente. Cuando trato de convivir con alguien me siento incómoda y comienzo a ser cortante”.</p>
	Conductual	Necedad Cambios de hábi-	E4M: “Porque somos tan necios que no entendemos y que usar el

		<p>tos</p> <p>acercamiento familiar</p> <p>Obsesión</p> <p>Violencia</p> <p>distanciamiento familiar</p> <p>Desorganización</p> <p>Desadaptación</p> <p>Distracción</p> <p>Desorden alimenticio</p> <p>Llanto</p>	<p>cubre bocas y esas cosas”.</p> <p>E1M: “Me levantaba más tarde”.</p> <p>E2M: “Dejé el deporte, practicaba basket. No hice ejercicio en casa”.</p> <p>E3M: “Encerrada en la casa, en mi cuarto (...) me la pasaba durmiendo”.</p> <p>E4M: “Sólo una persona salía a comprar cosas y los demás resguardando. Con mi hermano hubo más acercamiento”.</p> <p>E8M: “Me ponía a ver muchas películas y series. Terminaba una película y me iba con una y con otra. Como 15 horas me pasaba viendo series. A veces ni me arreglaba”.</p> <p>E1M: “me llevé mejor con mi mamá y mi hermana”.</p> <p>E2M: “Conocí más a mi familia, sus gustos”.</p> <p>E5M: “La mayor parte del tiempo estaba con mi hermana, nos llevábamos muy bien”.</p> <p>E7M: “Me peleaba mucho con mis hermanos. Tuve problemas de convivencia con la familia. Nos dejamos de hablar (...) cuando estábamos bien jugábamos juegos de mesa”.</p> <p>EM6: “Luego no nos llegábamos a entender. Todo el tiempo juntos era como que si uno quería hacer algo, otros otra cosa. Nos dejábamos de hablar así como un rato. Luego jugábamos juegos de mesa”.</p> <p>E10H: “Cada quien hacía sus cosas. Casi no salíamos para no infectarnos. En ocasiones veíamos</p>
--	--	---	--

		<p>alguna película y todos ayudábamos al quehacer de la casa”.</p> <p>E5M: “Me desorganicé más porque no medía mis tiempos”.</p> <p>E4M: “También fue un poco difícil adaptarme porque yo casi no convivía con mis papás porque trabajaban en la Ciudad de México entonces a verlos diario y estar con ellos diarios porque no antes no lo hacía”.</p> <p>E1M: “Me distraía por cualquier cosa. No entraba siempre en las clases. Perdí interés en mis clases”.</p> <p>E3M: “Las aplicaciones que teníamos que usar, al principio sí me costó demasiado trabajo”.</p> <p>E3M: “Aprendí menos. Bajó un poquito mi aprendizaje”.</p> <p>E4M: “Me cuesta tal vez sólo en la parte de la escuela porque el último año de la secundaria aprendí poco por el confinamiento. Tuve dificultad a adaptarme a la escuela”.</p> <p>E5M: “Se me dificulta organizarme. No tengo esa capacidad para terminar las cosas (...) Me desorganicé más porque no medía mis tiempos”.</p> <p>E5M: “En mi casa hay internet, tuvimos que cambiar celulares y ya teníamos una computadora, pero mi hermanan también la ocupaba y se me hacían muy difíciles las plataformas educativas, por decirlo así”.</p> <p>E6M: “Usaba aplicaciones al inicio y se me hacía complicado, pero ya</p>
--	--	--

			<p>luego menos, le fui agarrando mejor la onda”</p> <p>E2M: “Me generaba estrés, ansiedad. Tuve síntomas y creo me infecté, pero no me hice prueba. Pensé que pues nada porque no era tan grave como las demás personas.</p> <p>E2M: “Tuve desórdenes alimenticios, casi no tenía hambre. Me costaba mucho de subir de peso. No pesaba más de 39 kilos”.</p>
	Fisiológico		
DEPRE- SIÓN	Cognitivo	<p>a. Pensamientos</p> <p>Incertidumbre</p> <p>Muerte</p> <p>b. Sentimientos</p> <p>Preocupación</p> <p>Desánimo</p> <p>Soledad</p> <p>Disgusto</p> <p>Desmotivación</p>	<p>E3M: “Me preocupé poquito por si tenía los síntomas o mi familia”.</p> <p>E4M: “tristeza porque sabía que no iba a regresar a la escuela y ver a mis compañeros”</p> <p>E5M: “No sé, como felicidad, pero tristeza a la vez”.</p> <p>E4M: “Antes de la pandemia yo salía con mis amigos y ahora no me dejan salir ni a la tienda. Eso me provoca tristeza porque no me dejan salir”.</p> <p>E7M: “Sentí desánimo (...) ya no tenía la libertad para convivir con otras personas. Se perdió la relación con otras personas”.</p> <p>E8M: “Sentí miedo por mi familia, por enfermarme como que si fuera muy fuerte y alejarme de todo”.</p> <p>E8M: “Me sentía sola. Un año me aislé”.</p>

		<p>Extrañeza</p> <p>Estrés</p> <p>Desesperación</p> <p>Inconformidad</p> <p>Confusión</p> <p>c. Emociones</p> <p>Tristeza</p> <p>Miedo</p> <p>Enojo</p>	<p>E2M: “Me aislé más de lo que ya era”</p> <p>E4M: “(...) tenía que regresarme a la ciudad de México porque mis papas tenían que trabajar en la ciudad de México y por eso nos tuvimos que cambiar (...) El cambio me provocó tristeza y ya porque no volví a ver a mis amigos”.</p> <p>E3M: “Pensaba cuánto iba a durar porque ya había durado demasiado. Yo pensé que duraría 40 u 80 días”.</p> <p>E3M: “No sabía qué hacer. Me sentía a disgusto”.</p> <p>E4M: “Miedo sí porque varias personas y varios medios de comunicación dijeron que ya teníamos que aprender a vivir con la enfermedad, entonces o te cuidas o te enfermas”.</p> <p>E7M: “Aunque traté de tener tranquilidad, despreocupación, ser precavida para no infectarme. Así trataba de manejar las emociones, aunque explotaba y me sentía enojada y con tristeza”.</p> <p>E8M: “Me subía al techo de mi casa y pensaba qué pasaría si saltaba y en ese tiempo me llegué a cortar.</p> <p>Pensaba mucho en la muerte, luego estoy así con mi mamá y me imagino como fuera si muriera. A veces hasta los pongo en un ataúd y soñaba con mis familiares muertos. Tuve pensamientos que qué pasaría si yo muriera. Todavía los tengo. Me imaginaba mi velorio y qué personas vendrían”.</p>
--	--	---	--

		<p>E3M: “Me sentí decaída, apagada, podría decirse que me sentía frustrada”.</p> <p>E4M: “Más tristeza porque no conocía a nadie donde vivo actualmente”.</p> <p>E9H: “No me daban ganas de hacer las tareas. No les entendía. Perdí el interés por la escuela. Reprobé un semestre”.</p> <p>E10H: “A veces me daba miedo por si se infectaba mi familia o yo. Tenía miedo a morir.”</p> <p>E8M: “Falta de internet, falta del entendimiento a las clases. Desmotivación, no sentía que era lo mismo estar en un salón y preguntar si tenía dudas. Me faltó compromiso (...) No tenía un lugar específico para tomar mis clases. Las tomaba en la cocina, estaba mi hermano, pasaba mi mamá y hablaba, pasaba mi abuela y hablaba. Luego llegaba mi abuelita, me preguntaba algo y me quedaba con mi abuelita.</p> <p>E5M: “Me siento como que siento cosas como tristeza porque antes si salías”.</p> <p>E5M: “Te acostumbras a estar solitaria”.</p> <p>E9H: “Hoy entré a la escuela y me siento raro, como que acabas de entrar a una nueva escuela”.</p> <p>E2M: “Siento que ya estaba acostumbrada y ya no me agrada salir. Me genera como que estrés de ir a la escuela”.</p> <p>E7M: “Desarrollé estrés, preocupación, nerviosismo. Luego ya no fui</p>
--	--	--

		<p>responsable en la escuela. Tuve desánimo y tristeza. Me sentía incompetente e incapaz. Me comía las uñas y me arañaba las piernas. Tuve dolor de cabeza, cansancio”.</p> <p>E10H “Me estresaba y a veces me desesperaba, me sentía de mal humor aunque no peleaba con mi familia, pero sí me estresaba”.</p> <p>E6M: “Estar más con mi familia, ayudándoles (...) contestar mal, estar siempre enojado la mayoría de las veces. A veces conmigo mismo y luego con mi familia, pero más conmigo mismo”.</p> <p>E2M: “Pues como íbamos de tantos infectados pensé que ya no iba a llegar [otra vez a la escuela]. Me causaba tristeza, a pesar de que no tenía definido que es lo que quería estudiar me daba tristeza”.</p> <p>E6M: “Cuando estaba fuerte, así encerrado sin hacer nada. Pensaba que no podía tener una buena carrera. Evitaba pensar en eso”.</p> <p>E10H: “pensaba que ya no iba a poder estudiar la universidad y que no se iba a acabar esto. Me daba como, no sé, miedo o confusión”.</p> <p>E3M: “Un poco de aburrimiento. Cuando estábamos en la escuela los profesores hasta te ayudaban (...) Voy diario, pero como que ya no me gusta”.</p> <p>E6M: “Sentía como que iba a hacer más fácil, echaba la weba y decía que lo iba a acabar rápido las tareas (...) Cuando ya se me juntaban las cosas me daba desespera-</p>
--	--	--

			<p>ción por no entregar las cosas. Las hacía, pero mal hechas”</p>
	Conductual	<p>Sedentarismo</p> <p>Ciclo de sueño</p> <p>Explosividad</p> <p>Miedo</p> <p>Desesperación</p> <p>Aislamiento</p> <p>Irritación</p>	<p>E5M: “Me volví una persona demasiado sedentaria, más profundamente”.</p> <p>E6M: “Antes no sé, salía, así como al parque o a Tecámac, ir a entrenar, pero ya después no salía mucho. Luego, usar el cubrebocas</p> <p>E8M: “Antes era muy consciente de mis emociones y ahora soy muy explosiva, no sé contenerlas y después explicarlas, me cuesta mucho”.</p> <p>E6M: “Sentía miedo y desesperación por quedarme siempre en casa (...) Jugaba para no pensar en la pandemia. Liberarme de la mente”.</p> <p>E10H: “Como que me desesperaba porque ya estábamos mucho tiempo encerrados. Lavarse las manos a cada rato, el gel antibacterial, el cubrebocas. Yo casi no salía”.</p> <p>E8M: “quería salir ya de ese ciclo de no puedes salir, te tienes que cubrir con el cubrebocas. Quería salir, pero por la pandemia no podía. Le gritaba a mi mamá, le gritaba a toda mi familia”.</p> <p>E4M: “los horarios de sueño, casi no podía dormir o me despertaba muy tarde como a las 11 de la mañana cuando estaba acostumbrada a despertarme a las 6 de la maña-</p>

			<p>na”.</p> <p>EM6: “Creo que sí me dio [COVID-19], pero fui asintomático. Dormía menos porque me quedaba platicando con mis amigos. Me daba trabajo dormir. Me quedaba una hora o dos a la vez despierto”</p> <p>E2M: “después de cada convivencia me aislaba. Estaba un ratito con ellos y me iba”.</p> <p>E3M: “No salía, me la pasaba en mi cuarto”.</p> <p>E5M: “Mi temperamento explotaba y me irritaba generalmente en algo que se me dificultaba. Era frustrante. Si empezaba hacer algo me interrumpían”.</p> <p>E8M: “Me quedaba acostada para evitar eso que sentía. Dejar de pensar en eso. Sentía culpa, pero qué más hago en mi día. Hacía las cosas mecánicamente”.</p> <p>E9H: “Me despertaba tarde y a veces me dormía hasta las 3 de la mañana y me levantaba por ahí de las 10 a 1 de la tarde más o menos”.</p>
--	--	--	---

Apéndice D. Instrumentos.

BDI-II

1 Tristeza

- 0 No me siento triste.
- 1 Me siento triste gran parte del tiempo
- 2 Me siento triste todo el tiempo.
- 3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2 Pesimismo

- 0 No estoy desalentado respecto del mi futuro.
- 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
- 2 No espero que las cosas funcionen para mi.
- 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

3 Fracaso

- 0 No me siento como un fracasado.
- 1 He fracasado más de lo que hubiera debido.
- 2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
- 3 Siento que como persona soy un fracaso total.

4 Pérdida de placer

- 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
- 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
- 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5 Sentimiento de Culpa

- 0 No me siento particularmente culpable.
- 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber
- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- 3 Me siento culpable todo el tiempo.

6 Sentimientos de castigo

- 0 No siento que este siendo castigado
- 1 Siento que tal vez pueda ser castigado.
- 2 Espero ser castigado.
- 3 Siento que estoy siendo castigado.

7 Disconformidad con uno mismo

- 0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.
- 1 He perdido la confianza en mí mismo.
- 2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
- 3 No me gusta a mí mismo.

8 Autocrítica

- 0 No me critico ni me culpo más de lo habitual
- 1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo
- 2 Me critico a mí mismo por todos mis errores
- 3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

9 Pensamiento o deseos suicidas

- 0 No tengo ningún pensamiento de matarme.
- 1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría
- 2 Querría matarme
- 3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo

10. Llanto

- 0 No lloro más de lo que solía hacerlo.
- 1 Lloro más de lo que solía hacerlo
- 2 Lloro por cualquier pequeñez.
- 3 Siento ganas de llorar pero no puedo

11 Agitación

- 0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
- 1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
- 2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto
- 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

12 Pérdida de interés

- 0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.
- 1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
- 2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
- 3 Me es difícil interesarme por algo.

13 Indecisión

- 0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.
- 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones
- 2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
- 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión

14 Desvalorización

- 0 No siento que yo no sea valioso
- 1 No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme
- 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
- 3 Siento que no valgo nada.

15 Pérdida de energía

- 0 Tengo tanta energía como siempre.
- 1 Tengo menos energía que la que solía tener.
- 2 No tengo suficiente energía para hacer demasiado
- 3 No tengo energía suficiente para hacer nada.

16 Cambios en los hábitos de sueño

- 1a. Duermo un poco más que lo habitual.
- 1b. Duermo un poco menos que lo habitual.
- 2a Duermo mucho más que lo habitual.
- 2b. Duermo mucho menos que lo habitual
- 3a. Duermo la mayor parte del día
- 3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

17 Irritabilidad

- 0 No estoy tan irritable que lo habitual.
- 1 Estoy más irritable que lo habitual.
- 2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.
- 3 Estoy irritable todo el tiempo.

18 Cambios en el apetito

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- 1a Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
- 1b Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
- 2a Mi apetito es mucho menor que antes.
- 2b Mi apetito es mucho mayor que lo habitual
- 3a No tengo apetito en absoluto.
- 3b Quiero comer todo el día.

19 Dificultad de concentración

- 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente
- 2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
- 3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20 Cansancio o fatiga

- 0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.
- 1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.
- 2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.
- 3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer

21 Pérdida de interés en el sexo

- 0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
- 1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.
- 2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.
- 3 He perdido completamente el interés en el sexo.

BAI

	En absoluto	levemente	Moderadamente	Severamente
Torpe o entumecida				
Acalorada				
Con temblor en piernas				
Incapaz de relajarse				
Con temor a que ocurra lo peor				
Mareado que se te va la cabeza				
Con latidos fuertes y acelerados				
Inestable				
Atemorizada o asustada				
Nerviosa				
Con sensación de bloqueo				
Con temblores en las manos				
Inquieta, insegura				
Con miedo a perder el control				
Con sensación de ahogo				
Con temor a morir				
Con miedo				
Con problemas digestivos				
Con desvanecimiento				
Con rubor facial				
Con sudores, fríos o calientes				