

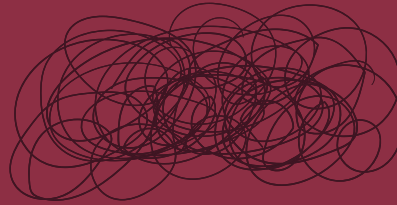
Efectos psicológicos de la pandemia de Covid-19



en jóvenes de 21 a 30 años en Ciudad Serdán, Puebla.

Un estudio sobre ansiedad y depresión

Eber Andres **Zarate Vargas**



Efectos psicológicos de la pandemia de Covid-19

en jóvenes de 21 a 30 años en Ciudad Serdán, Puebla.

Un estudio sobre ansiedad y depresión

Eber Andres **Zarate Vargas**

**Efectos psicológicos de la pandemia de Covid-19 en jóvenes de 21 a 30 años en Ciudad Serdán, Puebla.
Un estudio sobre ansiedad y depresión**

Eber Andres Zarate Vargas

Autor

**Eduardo Jáuregui Sainz de Rozas
Aranza Damaris Ortega Contreras**

Corrección de estilo

Aranza Rebeca Rodríguez Rivera

Diseño editorial y de portada

Primera edición, México, 2024

Sergio Salomón Céspedes Peregrina

Gobernador Constitucional del Estado de Puebla

Javier Aquino Limón

Secretario de Gobernación del Estado de Puebla

Gabriela Bonilla Parada

*Presidenta del Sistema Estatal para el
Desarrollo Integral de la Familia*

María Isabel Merlo Talavera

Secretaria de Educación del Estado de Puebla

Eduardo Castillo López

*Presidente de la Junta de Gobierno y Coordinación Política del
H. Congreso del Estado Libre y Soberano de Puebla*

María Belinda Aguilar Díaz

Presidenta del Tribunal Superior de Justicia del Estado de Puebla

Victoriano Gabriel Covarrubias Salvatori

*Director General del Consejo de Ciencia y Tecnología
del Estado de Puebla*

Luis Gerardo Aguirre Rodríguez

Responsable del Área de Publicaciones

*Publicado por el Consejo de Ciencia y Tecnología de Puebla (CONCYTEP)
B Poniente de La 16 de Sept. 451,
Col. Huexotitla, 72534. Puebla, Pue.*

ISBN: 978-607-8963-16-4

CÓDIGO IDENTIFICADOR CONCYTEP: C-L-2024-02-25

*La información contenida en este documento puede ser reproducida total o
parcialmente por cualquier medio, indicando los créditos
y las fuentes de origen respectivas.*



Efectos psicológicos de la pandemia de Covid-19 en jóvenes de 21 a 30 años en Ciudad Serdán, Puebla.



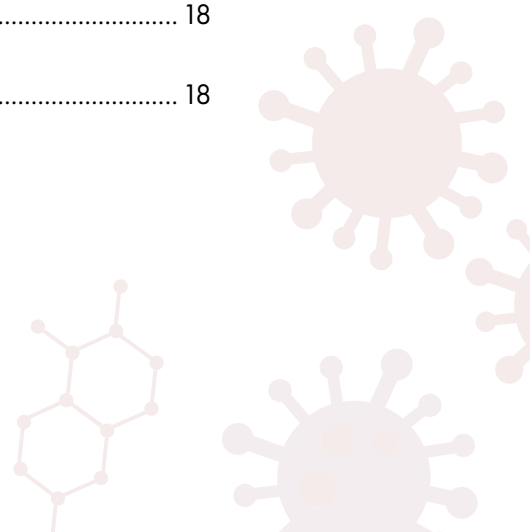
Un estudio sobre ansiedad y depresión

Eber Andres **Zarate Vargas**

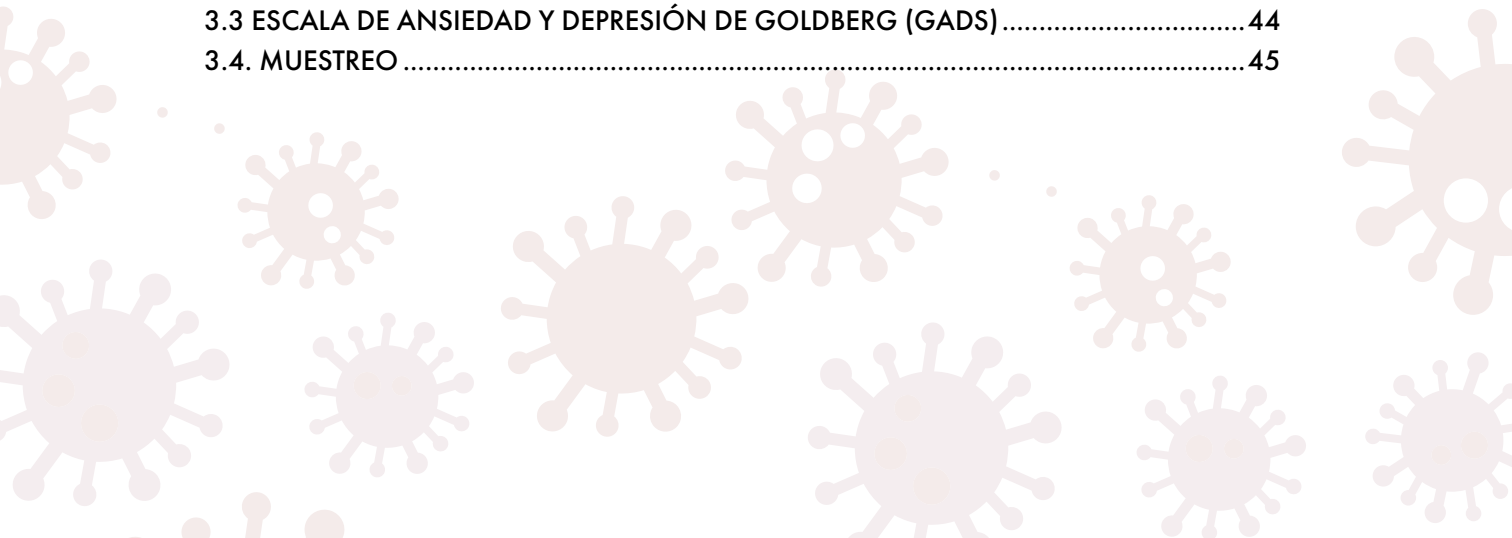
Las opiniones vertidas en el presente documento son responsabilidad única de las y los autores, y no representa la postura de la institución que edita.

Contenido

RESUMEN.....	1
INTRODUCCIÓN.....	3
CAPÍTULO I GENERALIDADES.....	7
1.1 ANTECEDENTES.....	7
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	8
1.3 JUSTIFICACIÓN.....	9
1.4. OBJETIVOS.....	10
1.4.1. OBJETIVO GENERAL.....	10
1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	10
CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO.....	11
2.1 CONCEPTOS GENERALES.....	12
2.1.1 ANSIEDAD.....	12
2.1.2. DIFERENTES TIPOS DE ANSIEDAD.....	13
2.1.3. SÍNTOMAS COMUNES DE ANSIEDAD.....	14
2.1.3.1. SENTIMIENTOS.....	14
2.1.3.2. PENSAMIENTOS.....	14
2.1.3.3. COMPORTAMIENTO.....	14
2.1.3.4. FÍSICO.....	15
2.1.2 DEPRESIÓN.....	16
2.1.2.1. SÍNTOMAS COMUNES DE LA DEPRESIÓN.....	18
2.1.2.2. SENTIMIENTOS.....	18
2.1.2.3. PENSAMIENTOS.....	18
2.1.2.4. COMPORTAMIENTO.....	18
2.1.2.5. FÍSICO.....	18
2.1.3. CAUSA DE LA ANSIEDAD O DEPRESIÓN.....	18



2.2 ESCALA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN (TEST PSICOMÉTRICOS)	19
2.2.1 ESCALA DE HAMILTON - Hamilton Depression Rating Scale (HDRS)	20
2.2.2. ESCALA DE ANSIEDAD DE BECK (BAI-2).....	21
2.2.3 ESCALA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN DE GOLDBERG (GADS)	22
2.2.4 PANDEMIA A CAUSA DEL COVID-19.....	22
2.2.5. EFECTOS PSICOLÓGICOS A RAÍZ DE LA PANDEMIA	25
2.3 COVID COMO UN DESASTRE QUE AFECTA EL DESARROLLO NORMATIVO DE LA JUVENTUD.....	31
2.3.1 ¿CÓMO Y POR QUÉ LA PANDEMIA DE COVID-19 AFECTA A LOS JÓVENES Y EL BIENESTAR PSICOLÓGICO DE LOS ADULTOS EMERGENTES?.....	31
2.4 INVESTIGACIÓN SOBRE RESILIENCIA Y CONOCIMIENTO EMPÍRICO DE DESASTRES PASADOS	32
2.5 EL BIENESTAR PSICOLÓGICO DE LOS JÓVENES.....	33
2.5.1 EFECTOS SOBRE EL BIENESTAR PSICOLÓGICO	34
2.5.2 EFECTOS EN LAS RELACIONES.....	35
2.5.3. USO DE LAS REDES SOCIALES	36
2.6 YENDO UN PASO MÁS ALLÁ: QUIÉN Y POR QUÉ.....	36
2.7. LA ANSIEDAD Y LA DEPRESIÓN	37
2.8 IMPACTOS EN LA SALUD MENTAL DE LOS JÓVENES DE LA PANDEMIA COVID-19 DE ACUERDO AL INEGI (2020)	37
CAPÍTULO III MÉTODOS Y/O TÉCNICAS	39
3.1 ESCALA DE DEPRESIÓN DE HAMILTON (HDRS).....	40
3.2 ESCALA DE ANSIEDAD DE BECK (BID).....	43
3.3 ESCALA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN DE GOLDBERG (GADS)	44
3.4. MUESTREO	45



CAPÍTULO IV RESULTADOS Y ANÁLISIS	47
4.1. RESULTADOS	47
4.1.1. POBLACIÓN DE ESTUDIO	47
4.1.2. ESCALA DE DEPRESIÓN DE HAMILTON (HDRS)	49
4.1.3. ESCALA DE ANSIEDAD DE BECK (BID).....	61
4.1.4. ESCALA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN DE GOLDBERG (GADS).....	75
4.1.4.1. ANSIEDAD	75
4.1.4.2. DEPRESIÓN.....	82
4.2. ANÁLISIS DE RESULTADOS	88
CAPÍTULO V CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES CONCLUSIONES.....	93
5.2. RECOMENDACIONES	95
REFERENCIAS.....	97



RESUMEN

La pandemia de COVID-19 ha sido un suceso histórico sin precedentes que ha afectado de múltiples maneras a la población global. A pesar de que se ha hablado ampliamente sobre sus consecuencias en la salud física y en la economía, otro impacto de gran magnitud ha sido en la salud mental, sobre todo en ciertos grupos demográficos como los jóvenes entre 21 y 30 años.

Históricamente, este grupo etario es conocido por enfrentar desafíos propios de la transición entre la juventud y la adultez: decisiones vocacionales, relaciones interpersonales, independencia financiera y una búsqueda activa de identidad. No obstante, la crisis sanitaria introdujo niveles adicionales de estrés y ansiedad, al agregar incertidumbre sobre el futuro, limitaciones en la socialización y, en muchos casos, pérdidas personales y familiares.

Autoras y autores comprometidos con entender esta situación se propusieron investigar y ofrecer un panorama más detallado sobre cómo esta pandemia ha afectado específicamente a los jóvenes en términos de salud mental. En su afán por aportar claridad al tema, realizaron revisiones literarias que evidenciaron patrones de aumento en los niveles de ansiedad, depresión, angustia y desmotivación. Estos patrones, aunque reconocidos globalmente, pueden variar dependiendo de factores culturales, socioeconómicos y geográficos.

El estudio desarrollado en Serdán, Puebla, se convierte en un testimonio significativo de esta problemática. Al seleccionar a 50 jóvenes pertenecientes a este rango de edad y aplicar un cuestionario específicamente diseñado para identificar y

cuantificar los efectos psicológicos de la pandemia, se pudo obtener una muestra representativa del estado emocional y mental de la juventud en esta región de México.

Los resultados no solo confirmaron las hipótesis iniciales sobre el aumento de los síntomas psicológicos adversos, sino que también ofrecieron un reflejo de cómo una población puede verse influenciada por factores externos de gran magnitud. Aunque el estudio se centró en una región específica, sirve como una alerta para otras zonas y poblaciones, subrayando la urgencia de abordar estos problemas de salud mental de manera integral.

La conclusión de este estudio y otros similares es clara: hay una necesidad apremiante de profundizar en el análisis de este fenómeno. Las investigaciones futuras no solo deben centrarse en comprender mejor estos efectos, sino también en proponer estrategias de intervención y apoyo que puedan ayudar a los jóvenes a enfrentar y superar estos desafíos. La salud mental, en muchas ocasiones relegada a un segundo plano, debe recibir la misma atención y prioridad que cualquier otro aspecto de la salud, especialmente en tiempos de crisis.

PALABRAS CLAVE

Ansiedad, COVID-19, jóvenes, psicología, depresión, salud mental, impacto emocional, angustia, desmotivación, crisis sanitaria, estrés, investigación, Serdán, Puebla, resiliencia, intervención terapéutica.

INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (2017), más de 260 millones de personas en todo el mundo sufren trastornos de ansiedad. En México, este indicador es del 6,7 %, muy cercano a la proporción de pacientes con depresión. Las mujeres tienen el doble de probabilidades de padecer ambos trastornos que los hombres (9,2 % vs. 4 % respectivamente). De hecho, la palabra “ansiedad” ha aparecido en las conversaciones cotidianas, y sus síntomas han aumentado de forma espectacular en los últimos años entre la población. Por otro lado, la situación de pandemia no hizo más que aumentar la propagación de estas enfermedades ⁵⁷.

El miedo a la enfermedad, la infección o la muerte de un miembro de la familia, los problemas de salud, el desempleo o el aislamiento social y las restricciones en la interacción con familiares y amigos son factores estresantes importantes que aumentan la probabilidad de ansiedad. En el segmento demográfico, los jóvenes y adultos jóvenes son un grupo particularmente vulnerable, ya que replantean la definición personal y social de las personas a través de una individuación diferente que moviliza procesos de investigación, distinguiendo entorno familiar, sentido

de pertenencia y vida significativa. Esta situación se ha vuelto crítica en la era moderna porque los adolescentes son agentes de cambio cultural. ⁵⁸

No se pudo especificar ningún programa de desarrollo que describa adecuadamente a cada adolescente porque no forman un grupo homogéneo⁵⁹. Pero se puede dar alguna orientación, por ejemplo, en términos generales: El desarrollo adolescente es un proceso de cambio y transformación que enriquece al individuo en una sutil interacción con la unidad social del entorno; su valoración no sirve de referencia. No sólo la biografía del individuo, sino también la historia y situación actual de su sociedad. ⁵⁸

En cierto sentido, este grupo está pasando por una etapa bastante crítica del ciclo de vida, que tradicionalmente se llama “renacimiento, nueva separación”. Se define así porque se basa en el hecho de superar el “proceso de duelo”, que implica la pérdida de los lazos familiares físicos y originales del niño o niña, su sustitución por nuevos lazos menos familiares y la pérdida, identidad infantil y procesos psicológicos y cultura personal, etc.⁶⁰ Cabe señalar que durante la adolescencia se

logra un importante crecimiento y desarrollo físico junto con el logro de metas psicosociales necesarias, como lograr la independencia, aceptar la propia imagen corporal, formar relaciones con amigos y realizar la propia identidad.

Este trabajo es el primer enfoque para investigar el impacto potencial y el impacto del COVID-19 en la ansiedad y depresión de los adolescentes/adultos jóvenes. Desde el comienzo de la pandemia, las personas han estado expuestas a titulares negativos casi constantes sobre infecciones, muertes, hospitalizaciones UCIS (en Unidades de Cuidados Intensivos Severos) y más. Demasiada información y rumores infundados contribuyen a sentimientos de falta de control y vulnerabilidad personal. Como resultado, un gran número de personas se ven abrumadas por sentimientos de estrés, ansiedad, miedo, tristeza y soledad, lo que aumenta la posibilidad de que los trastornos mentales previos (si los hay) empeoren, y se tengan diferentes respuestas y estados mentales, incluyendo efectos sobre la salud mental como la ansiedad ⁶¹.

En febrero de 2020, una encuesta a 1210 chinos encontró que el 53,8 % de los participantes consideraba que el impacto psicológico de la enfermedad era moderado o grave; 16,5 % reportaron síntomas depresivos moderados o severos; 28,8 % reportó síntomas de ansiedad moderados o severos; el 8,1 % reportó niveles de estrés moderados a severos. Se sabe que el miedo, la percepción de riesgo y la percepción de falta de control conducen a un comportamiento social negativo.³⁶ Estas

condiciones y comportamientos conducen al surgimiento y desarrollo de problemas de salud mental, tales como reacciones de ansiedad (insomnio, ira, miedo extremo a la enfermedad, etc.); comportamientos potencialmente peligrosos para la salud: aumento del consumo de alcohol y tabaquismo y aislamiento social; y enfermedades específicas: trastorno de estrés postraumático, ansiedad, depresión. Los síntomas de ansiedad causados por el COVID-19 pueden llevar a los jóvenes a considerar el suicidio en situaciones más extremas, la soledad es un moderador de la relación entre la ansiedad social y la ideación suicida. Se está hablando de un problema que interfiere en la socialización y, por lo tanto, dificulta el aprendizaje de los valores y comportamientos del grupo. Brooks *et al.* (2020) brindan una descripción general rápida del impacto psicológico del aislamiento y cómo reducirlo. Indican que se han producido consecuencias psicológicas negativas, como síntomas de estrés postraumático, confusión e ira, al igual que la presencia de factores que influyen en la ocurrencia de esas consecuencias, como la duración del aislamiento, el miedo al contagio, la depresión, el aburrimiento, la falta de información y las pérdidas económicas.

También afirmaron que cuando se considere necesaria la cuarentena, no se debe mantener en confinamiento más tiempo del necesario, al tiempo que brindan una justificación clara e información sobre los protocolos para garantizar un suministro adecuado. El COVID-19 ha demostrado que mientras los factores biológicos son esenciales (el virus, los mecanismos

biológicos involucrados y los tratamientos farmacológicos u otros disponibles), los factores psicológicos y sociales lo han cambiado y exacerbado hasta convertirse en un desastre global. Un año después, el sentimiento de malestar, miedo e incertidumbre sigue siendo un “sentimiento” en la comunidad. El rápido desarrollo y el impacto de esta epidemia en los individuos, las familias, las comunidades y la sociedad en su conjunto en todas las áreas de la vida ha creado la necesidad de que la ciencia psicológica y todas las disciplinas científicas relacionadas consideren toda la evidencia disponible para manejar esta epidemia, teniendo en cuenta importantes consecuencias sociales y psicológicas ⁵⁹⁻⁶¹.

CAPÍTULO I

1. GENERALIDADES

1.1 ANTECEDENTES

A lo largo de la historia, la humanidad ha enfrentado diversos desafíos de salud pública. Epidemias como la gripe española, el SARS y el MERS dejaron lecciones valiosas sobre la interacción entre enfermedades infecciosas y la psicología humana. Sin embargo, la pandemia de COVID-19, que comenzó a fines de 2019, emergió en la ciudad de Wuhan, China, y en cuestión de meses se propagó a casi todos los rincones del planeta. Las respuestas gubernamentales variaron: cuarentenas, cierres de fronteras, confinamientos y otras restricciones que, aunque necesarias desde el punto de vista epidemiológico, tuvieron profundas repercusiones en la vida cotidiana de las personas.

Más allá de la amenaza inmediata para la salud física, el COVID-19 llevó a una interrupción sin precedentes de la vida cotidiana. Las personas se encontraron lidiando con la pérdida de seres queridos, el miedo al contagio, la soledad del aislamiento y una avalancha de información, a menudo contradictoria, sobre el virus. Además, las consecuencias económicas, como el desempleo y la inestabilidad financiera, agravaron aún más el estrés y la ansiedad.

En este complejo escenario, los jóvenes, quienes históricamente han sido vistos como el segmento de la población lleno de vitalidad, esperanza y resiliencia, se encontraron enfrentando desafíos únicos. A menudo se pensaba que estaban protegidos de las peores consecuencias de salud del virus, pero esta percepción inicial ocultó una realidad más compleja. Si bien es cierto que muchos jóvenes experimentaron formas leves de la enfermedad, las implicaciones psicológicas y socioeconómicas fueron mucho más severas.

En una etapa crucial de sus vidas, muchos jóvenes vieron interrumpidos sus estudios, sus primeras experiencias laborales o la posibilidad de explorar el mundo y establecer relaciones interpersonales. Esta pérdida de experiencias y oportunidades ha tenido un coste psicológico significativo. La ansiedad, la depresión y otros trastornos del estado de ánimo se dispararon entre este grupo demográfico.

Ciudad Serdán, en el estado de Puebla, sirve como un microcosmo para explorar las experiencias de los jóvenes en el contexto de la pandemia. Aunque podría ser fácil descartarla

como una ciudad más entre los miles afectados, las experiencias de sus jóvenes residentes proveen una perspectiva crucial. Cada ciudad, cada comunidad y cada individuo tiene su propia narrativa única en el marco de esta crisis global.

El confinamiento y la distancia social, aunque vitales para controlar la propagación del virus, tuvieron efectos colaterales en la salud mental. Las interacciones humanas, esenciales para el bienestar psicológico, se vieron restringidas. Los jóvenes, en particular, quienes suelen estar en una fase de sus vidas caracterizada por la socialización y el descubrimiento de su identidad, se encontraron en un aislamiento forzado. Esta interrupción en su desarrollo social y emocional ha llevado a cuestionamientos sobre las repercusiones a largo plazo en su salud mental.

Antes de la pandemia, la literatura ya había identificado tendencias preocupantes en relación con la salud mental de los jóvenes. Aumentos en las tasas de ansiedad, depresión y suicidio eran motivo de preocupación para investigadoras e investigadores y profesionales de la salud. El COVID-19 aumentó estos desafíos y puso de manifiesto la urgente necesidad de abordarlos.

Los jóvenes de Ciudad Serdán, al igual que sus pares en otras partes del mundo, enfrentaron interrupciones en su educación. Las instituciones educativas tuvieron que adaptarse rápidamente al aprendizaje en línea, lo que generó estrés adicional. Las preocupaciones sobre el futuro, ya sea en términos de empleabilidad o de continuar estudios

superiores, añadieron otra capa de ansiedad a la ya complicada situación.

La ciudad, al ser un reflejo de un fenómeno global, brinda una oportunidad invaluable para comprender cómo las comunidades pueden responder y adaptarse a desafíos sin precedentes. Estudiar el impacto psicológico del COVID-19 en los jóvenes de Ciudad Serdán no solo llena un vacío en la literatura existente, sino que también proporciona *insights* sobre cómo las intervenciones pueden ser diseñadas para apoyar a la juventud en tiempos de crisis.

Los antecedentes de esta investigación se centran en la intersección de una crisis sanitaria global y su impacto en la salud mental de una población joven, utilizando Ciudad Serdán como un estudio de caso. Esta investigación aspira a ofrecer una comprensión más profunda de los retos enfrentados y, en última instancia, a informar estrategias para mitigar los efectos adversos en la salud mental de los jóvenes en situaciones futuras similares.

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La alarma provocada por el COVID-19 significa que se tomarán medidas políticas sin precedentes en todo el mundo, creando una emergencia sanitaria. Los impactos socioeconómicos resultantes son múltiples, incluido el daño inevitable a la salud mental, que el propio sistema de salud debe abordar a corto y largo plazo. Estos efectos pueden ser más acusados para colectivos vulnerables (personas adultas jóvenes) y colectivos expuestos a

más estrés (contagiados, sanitarios). La situación actual hace que la sociedad se encuentre en una situación sin precedentes, además de que se tiene que hacer frente a las consecuencias inmediatas del virus, como los síntomas de la propia enfermedad, el miedo al contagio y el cuidado de los seres queridos frente a la lucha para contener la epidemia. Los efectos del aislamiento en la salud mental son claros, pero pocos estudios extensos explican sus efectos, posiblemente debido a la naturaleza inusual de la situación. Una revisión reciente de Brooks *et al.* en 2020 incluyó 24 estudios que investigaron los efectos negativos de la condición en la salud mental. En cuanto a los efectos psicológicos en general, varios estudios muestran que el aislamiento se asocia con trastornos psicológicos, síntomas de estrés postraumático, depresión, aumento de los niveles de estrés, insomnio, irritabilidad y aumento de los cambios de humor y, a menudo, se asocia con las siguientes emociones: miedo, nerviosismo, tristeza y culpa.

El propósito de este estudio es evaluar el impacto de la preparación para emergencias y la situación provocada por el COVID-19 sobre:

- 1) la salud mental y la aparición de síntomas en la población de Ciudad Serdán, así como en grupos específicos
- 2) soledad;
- 3) discriminación interseccional,
- 4) apoyo social,
- 5) autocompasión,
- 6) bienestar.

Seguido del desarrollo de test psicométricos, haciendo uso de la escala de Hamilton, Beck y Goldberg, para evaluar los niveles de ansiedad y depresión.

1.3 JUSTIFICACIÓN

En el estudio actual, se realizó un metaanálisis de la prevalencia global de síntomas clínicamente elevados de depresión y ansiedad (es decir, superación de una puntuación de corte clínica en una medida validada o caída en el rango de síntomas moderados a graves de ansiedad y depresión) en jóvenes durante el primer año de la pandemia de COVID-19. Si bien la investigación pretende documentar el empoderamiento de estos síntomas en jóvenes de entre 21 a 30 años con una amplia gama de trastornos de ansiedad, incluida la ansiedad social, los síntomas clínicamente elevados de ansiedad generalizada son el foco del metaanálisis actual. Además de derivar estimaciones de prevalencia agrupadas, se examinaron factores demográficos, geográficos y metodológicos que pueden explicar las diferencias entre estudios. Dado que ha habido varios precipitantes de angustia psicológica para los jóvenes durante el COVID-19, se planteó la hipótesis de que las tasas de prevalencia agrupadas serían más altas en comparación con las estimaciones previas a la pandemia. También planteamos la hipótesis de que habrá varios factores involucrados en los efectos psicoemocionales, aspectos profesionales del aislamiento domiciliario y el distanciamiento físico de COVID-19 en la

población adulta-joven en general. Todo ello con el desarrollo, implementación y aplicación de test psicométricos.

1.4. OBJETIVOS

1.4.1. OBJETIVO GENERAL

Evaluación comprensiva de los factores que modulan los impactos psicoemocionales y profesionales del confinamiento domiciliario y aislamiento físico a raíz de la pandemia de COVID-19 en la población adulta-joven de Ciudad Serdán, Puebla.

1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analizar los efectos psicoemocionales del confinamiento domiciliario y aislamiento físico en la salud mental de la población adulta-joven, con especial énfasis en manifestaciones de depresión, ansiedad y estrés derivadas del COVID-19.
- Establecer cómo los factores sociodemográficos influyen en la satisfacción con la vida y equilibrio ocupacional de los adultos jóvenes durante el periodo de confinamiento en Ciudad Serdán, Puebla.
- Identificar los elementos específicos que agravaron el equilibrio ocupacional de la población joven adulta de Ciudad Serdán durante el confinamiento por COVID-19.
- Explorar en detalle las interacciones entre el equilibrio ocupacional y factores sociodemográficos en la población adulta-joven de Ciudad Serdán durante el periodo de aislamiento.
- Desarrollar y validar un instrumento de evaluación combinando la escala de Hamilton - Hamilton Depression Rating Scale (HDRS), la escala de depresión de Beck (BDI-2) y la escala de ansiedad y depresión de Goldberg (Gads) para medir de forma efectiva los niveles de estrés, ansiedad, depresión y miedo en el contexto de la pandemia de COVID-19.

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO

Existe la preocupación de que la pandemia por COVID-19 haya tenido un impacto negativo en los síntomas depresivos y de ansiedad, especialmente entre los adultos jóvenes de 21 a 30 años de Ciudad Serdán. Si bien la edad adulta joven es generalmente un período de buena salud física, los problemas de salud mental son comunes. Hasta la fecha, la mayoría de los estudios que han documentado las supuestas consecuencias para la salud mental de la pandemia de COVID-19 se han basado en investigaciones transversales de muestras de conveniencia, de las que no es posible sacar conclusiones sobre si la salud mental ha cambiado desde los niveles prepandémicos y cómo.

Solo los estudios longitudinales con evaluaciones prepandémicas de los síntomas de depresión y ansiedad pueden permitir cuantificar dichos cambios de acuerdo con una secuencia temporal clara y tener en cuenta fuentes de sesgo como la estacionalidad. Los pocos estudios longitudinales con evaluaciones prepandémicas de los síntomas de depresión y ansiedad en adultos jóvenes han arrojado hallazgos inconsistentes: algunos mostraron deterioro y otros no informaron cambios en los síntomas durante la pandemia de COVID-19.

Hasta donde se sabe, ningún estudio poblacional en Ciudad Serdán, Puebla, ha examinado si la salud mental de los adultos jóvenes ha cambiado desde antes hasta durante la primera ola de la pandemia ni ha identificado factores asociados con estos cambios. Utilizando una cohorte poblacional longitudinal de adultos jóvenes de la Ciudad Serdán, donde se implementaron medidas estrictas de bloqueo (p. ej., órdenes de quedarse en casa, distanciamiento social, cierre de escuelas y negocios) al comienzo de la primera ola de la pandemia de COVID-19, el objetivo fue examinar cómo los síntomas de depresión y ansiedad y la gravedad de estos cambiaron desde el período prepandémico al período intrapandémico durante el verano de 2020; e investigar si estos cambios estaban relacionados con factores estresantes relacionados con COVID-19 (p. ej., pérdida de empleo/educación, búsqueda de noticias relacionadas con la pandemia) o vulnerabilidades preexistentes (p. ej., nivel socioeconómico bajo, depresión y ansiedad grave).

Se eligieron tres escalas para identificar el estrés, la ansiedad y la depresión en jóvenes como herramientas integrales recomendadas. La herramienta se puede utilizar a través de

estos test psicométricos. La escala seleccionada cumple con los requisitos metodológicos necesarios y probado psicológicamente. Para COVID-19, las siguientes herramientas están disponibles:

- Escala de Hamilton - Hamilton Depression Rating Scale (HDRS).
- Escala de depresión de Beck (BDI-2).
- Escala de ansiedad y depresión de Goldberg (GADS).

Su uso se considera en un evento desencadenante de estrés, dado que, según estudios realizados en diferentes partes del mundo, es un evento que ha generado diferentes grados de ansiedad en la población. En la juventud, la atención durante el brote pandémico genera incertidumbre y estrés por la saturación en la atención médica y el riesgo de contagio; circunstancias que en diferentes contextos y países generaron programas y guías de apoyo emocional.

En este sentido, la Organización Mundial de la Salud (2020) publicó la Guía COVID para la intervención en salud mental durante el brote epidémico. En esta guía se hace referencia a dos reacciones comunes que cualquier persona puede presentar ante la pandemia:

- Ansiedad
- Depresión

2.1 CONCEPTOS GENERALES

2.1.1 ANSIEDAD

En la Guía de Práctica Clínica: Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos de Ansiedad en Adultos, la ansiedad se define como un estado emocional acompañado de cambios físicos y psíquicos; puede ser una respuesta adaptativa o un síndrome. La ansiedad es patológica cuando la intensidad de los síntomas es excesiva o cuando el paciente presenta disfunción. El espectro de síntomas físicos y psicológicos del trastorno se muestra en la Figura 6.

¿Quién no se pone ansioso? De hecho, a veces la ansiedad puede resultar útil. Puede ayudar a evitar situaciones peligrosas o quizás motivar a rendir al máximo, terminar un proyecto o estudiar más para un próximo examen o presentación.

Para algunos jóvenes estos sentimientos de ansiedad se vuelven intensos y abrumadores. Los sentimientos comienzan a interferir con su vida y les resulta difícil hacer lo que tienen que hacer, como ir a la escuela y trabajar. También puede afectar la forma en que se llevan con otras personas. Existen diferentes tipos de ansiedad, pero todas comparten algunos síntomas comunes. Algunas personas que experimentan ansiedad también tienen depresión.

Lo que podría sentir: si experimenta ansiedad, es posible que se sienta ansioso, nervioso o preocupado la mayor parte del tiempo.

También es común sentirse abrumado, asustado o incluso en pánico. Igualmente, puede experimentar una variedad de síntomas físicos: corazón acelerado, cosquilleo en el estómago, tensión muscular, manos temblorosas o tal vez sentir náuseas.

Lo que podría pensar: una característica común de los estados de ansiedad es pensar en las cosas mucho más de lo normal. También que lo que se está reflexionando es inútil o incluso irracional o tonto, pero no puede detener estos pensamientos intensos y a veces abrumadores. Este pensamiento tiende a ser repetitivo y, a menudo, negativo, lo que hace que sus sentimientos de ansiedad o miedo empeoren.

Lo que podría hacer: el instinto natural es evitar situaciones que causen ansiedad o estrés. Cuando se desarrolla una condición de ansiedad, es posible que comience a evitar muchas cosas o cualquier cosa que le cause preocupación. Pueden ser lugares, personas o situaciones específicas. Comenzar a evitar cosas puede significar que poco a poco pase menos tiempo con sus amigos. También puede comenzar a descubrir que ir a la escuela, la universidad o el trabajo se vuelve un desafío. Es posible que le resulte difícil dormir debido a sus pensamientos y preocupaciones constantes, lo que lo deja cansado y sin energía. No dormir lo suficiente a menudo puede significar que sea más difícil pensar con claridad en las cosas que se tienen en mente.

2.1.2. DIFERENTES TIPOS DE ANSIEDAD

- Trastorno de ansiedad generalizada (TAG). Una persona se siente ansiosa la mayoría de los días y se preocupa por situaciones cotidianas, como la escuela, el trabajo, las relaciones o la salud, durante un período de seis meses o más.
- Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC). Una persona experimenta pensamientos y miedos (obsesiones) no deseados e intrusivos que la hacen sentir realmente ansiosa. Para controlar estos pensamientos ansiosos, comienzan a hacer cosas o utilizan rituales (compulsiones) para afrontarlos. Aunque a menudo saben que estos pensamientos son irracionales, las obsesiones regresan todo el tiempo y las compulsiones son difíciles de resistir. Por ejemplo, el miedo a los gérmenes puede llevar a lavarse constantemente las manos y la ropa.
- Trastorno de pánico. Una persona sufre ataques de pánico regulares durante más de un mes. Los ataques de pánico son períodos de miedo intenso o ansiedad extrema que ocurren de repente o cuando no hay señales de peligro. Los síntomas físicos, como sudoración, sensación de falta de aire, palpitaciones, sequedad de boca, pensar que se está muriendo y perdiendo el control o que está a punto de colapsar, son comunes en los ataques de pánico.
- Trastorno de estrés postraumático (TEPT). Una persona puede experimentar dificultad para relajarse, sueños

perturbadores o flashbacks y evitar cualquier cosa que le recuerde el evento. Esto puede suceder después de experimentar un evento traumático, como una guerra, un asalto, un accidente o un desastre.

- Fobia social. Una persona tiene un miedo intenso a ser criticada, avergonzada o humillada, incluso en situaciones cotidianas, como hablar en público, comer en público, ser asertivo en el trabajo o entablar una pequeña charla.
- Fobias específicas. Una persona se siente ansiosa por un objeto o situación particular, como acercarse a un animal, ir a un evento social o recibir una inyección, y hará todo lo posible para evitarlo. Algunas fobias incluyen animales, insectos, alturas y sangre. Muchas personas pueden experimentar más de un tipo de ansiedad y también pueden experimentar depresión.

2.1.3. SÍNTOMAS COMUNES DE ANSIEDAD

2.1.3.1. SENTIMIENTOS

- abrumado
- miedo (particularmente al tener que enfrentar ciertos objetos, situaciones o eventos)
- preocupado por los síntomas físicos (por ejemplo, temer que haya un problema médico no diagnosticado)
- pavor (por ejemplo, que algo malo vaya a suceder)

- constantemente tenso, nervioso o al límite
- pánico incontrolable o abrumador

2.1.3.2. PENSAMIENTOS

- “Me estoy volviendo loco”
- “No puedo controlarme”
- “Estoy a punto de morir”
- “La gente me está juzgando”
- tener sueños perturbadores o recuerdos de un evento traumático
- tener dificultades para dejar de preocuparse
- pensamientos no deseados o intrusivos

2.1.3.3. COMPORTAMIENTO

- alejarse, evitar o soportar con miedo objetos o situaciones que causan ansiedad
- impulsos de realizar ciertos rituales en un intento por aliviar la ansiedad
- no ser asertivo (es decir, evitar el contacto visual)
- dificultad para tomar decisiones, asustarse fácilmente

2.1.3.4. FÍSICO

- aumento del ritmo cardíaco/aceleración del corazón
- dificultad para respirar
- vómitos, náuseas o dolor de estómago
- tensión y dolor muscular (por ejemplo, dolor de espalda o mandíbula)
- sensación de desapego de su yo físico o de su entorno
- problemas para dormir (por ejemplo, dificultad para caerse) o permanecer dormido o tener un sueño inquieto)
- sudoración, temblores
- mareos, aturdimiento o desmayo
- entumecimiento u hormigueo
- sofocos o sofocos
- dificultad para concentrarse

Figura 6. Manifestaciones somáticas y síntomas psicológicos de la ansiedad



Fuente: Elaboración propia a partir de Córdova et al. (2010).

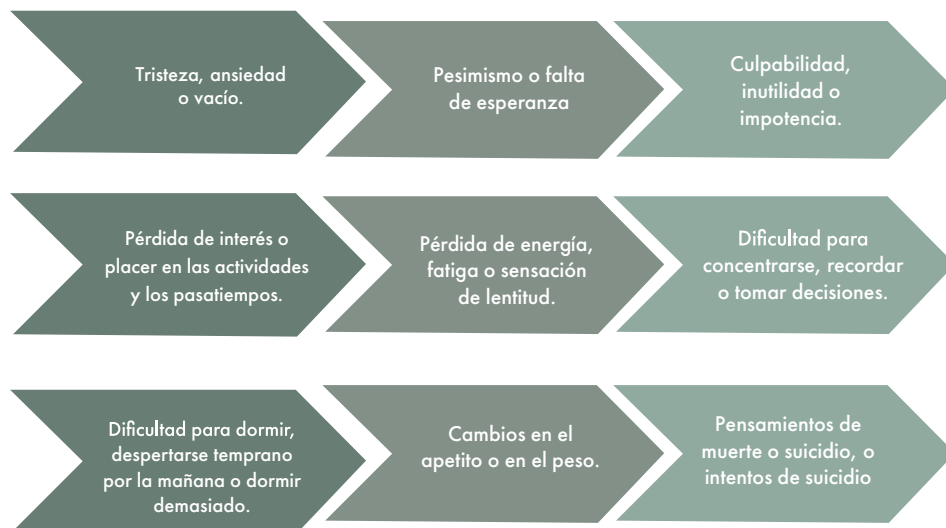
2.1.2 DEPRESIÓN

La depresión o depresión clínica, según el Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH), es una condición mental caracterizada por síntomas de ansiedad que interfieren con las actividades diarias. Su diagnóstico significó que tuvo síntomas casi todos los días durante dos semanas. La tristeza no es el único síntoma de la depresión, los síntomas discutidos por NIMH se muestran en la Figura 7.

Sentirse triste, irritable y de mal humor son emociones normales. Así como sentirse feliz, emocionado y relajado. Para algunos jóvenes con depresión, el sentimiento de tristeza e infelicidad es duradero. La depresión afecta cómo piensan, cómo se sienten y lo que hacen. Estos sentimientos duran semanas, meses o incluso más. Existen diferentes tipos de depresión, pero todas comparten síntomas comunes. Algunas personas que experimentan depresión también tienen ansiedad.

Lo que podría sentir: es posible que se sienta irritable, triste y estresado la mayor parte del tiempo. O puede que se enoje más de lo habitual y se sienta inquieto, incapaz de relajarse o dejar de pensar en lo que tiene en mente. Otros sentimientos que puede experimentar incluyen sentirse culpable, inútil, frustrado, infeliz, indeciso, decepcionado y miserable.

Figura 7. Síntomas de la depresión



Fuente: Elaboración propia con base en el Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH, 2016).

A nivel mundial, la depresión se reconoce como un problema de salud pública y, según la Organización Mundial de la Salud (2020), se estima que afecta a aproximadamente 300 millones de personas y es una de las principales causas de discapacidad, lo que genera una gran carga para las personas. Por otro lado, entre los escolares, la prevalencia promedio es del 30 por ciento.

Lo que podría pensar. Es posible que se tengan muchos pensamientos negativos sobre sí mismo, las personas que lo rodean o su entorno familiar. No es raro preocuparse por cómo su depresión está afectando a las personas que le importan o por pensar que es un fracaso y que nunca le sucederá nada bueno.

A menudo, estos sentimientos realmente intensos pueden llevar a suponer que no vale la pena vivir. Algunas de las otras cosas comunes que le preocupan podrían incluir:

- **Amistades:** ser parte del grupo o sentirse rechazado o intimidado, apoyar a alguien que también está luchando por disfrutar de la vida.
- **Relaciones íntimas:** querer tener una relación o intentar que una relación funcione.
- **Rendimiento académico:** gestionar la carga de trabajo escolar o universitaria, prepararse para exámenes, establecer expectativas poco realistas sobre lo que logrará en la escuela o la universidad.
- **Presiones laborales:** aprender un nuevo trabajo, cumplir con las expectativas del empleador.

- **Dificultades financieras:** tener suficiente dinero para estudiar y compromisos personales.
- **Estrés familiar:** conflicto familiar o ruptura familiar.
- **Pérdida y duelo:** la pérdida de alguien cercano, una mudanza de casa o de escuela, el fin de una relación.
- **Experiencias negativas en torno a la identidad personal:** discriminación y miedo a ella, estigma internalizado o represión de sentimientos negativos sobre su identidad (por ejemplo, sobre sexualidad, identidad de género) y experiencias familiares o de amistad negativas al expresarla.
- **Experiencias negativas relacionadas con la herencia cultural, el idioma o la religión de su familia:** ser discriminado o temerlo, ser ignorado y evitar lugares y situaciones.

La depresión también afecta su capacidad para concentrarse y considerar situaciones con claridad.

Lo que podría hacer: los pensamientos negativos y los sentimientos de tristeza e inutilidad pueden significar que pierda interés en las cosas que normalmente disfruta. Las cosas que debe hacer, como la escuela, el trabajo, la universidad e incluso salir con amigos, pueden parecer un gran estrés o una tarea ardua. Es posible que se sienta constantemente cansado, duerma o no. También puede haber cambios en la forma de comer y es posible que pierda el apetito o tal vez coma más para sentirse mejor.

2.1.2.1. SÍNTOMAS COMUNES DE LA DEPRESIÓN

2.1.2.2. SENTIMIENTOS

- abrumado
- culpable
- irritable
- frustrado
- falta de confianza.
- infeliz
- indeciso
- decepcionado
- miserable
- triste.

2.1.2.3. PENSAMIENTOS

- “Soy un fracaso”.
- “Que es mi culpa”.
- “Nunca me pasa nada bueno”.
- “No valgo nada”.
- “No vale la pena vivir la vida”.
- “La gente estaría mejor sin mí”.

2.1.2.4. COMPORTAMIENTO

- no salir más, no hacer las cosas en el trabajo o la escuela
- alejarse de familiares y amigos cercanos
- depender del alcohol y los sedantes
- no realizar las actividades habituales que disfruta
- incapaz de concentrarse.

2.1.2.5. FÍSICO

- cansado todo el tiempo
- enfermo y agotado
- dolores de cabeza y musculares

- estómago revuelto
- problemas para dormir
- pérdida o cambio de apetito
- pérdida o aumento de peso significativo

2.1.3. CAUSA DE LA ANSIEDAD O DEPRESIÓN

No hay una respuesta sencilla, pues es diferente para todos. Para la mayoría de las personas existe una combinación de razones. Para algunos jóvenes, la ansiedad o la depresión se desarrollan después de un acontecimiento estresante en la vida. Puede comenzar con algunos sentimientos de tristeza, angustia o ansiedad, pero con el tiempo los síntomas se vuelven más intensos y comienzan a afectar las amistades, las relaciones y la vida cotidiana.

- un historial de depresión o ansiedad en familiares cercanos, incluso cuando las familias han enfrentado eventos traumáticos durante generaciones
- eventos vitales estresantes
- personalidad y estilo de afrontamiento
- historial de enfermedad física o discapacidad
- uso de drogas y alcohol
- experiencias infantiles, como la falta de atención o abuso
- pobreza familiar, las dificultades de aprendizaje y otras dificultades escolares
- acontecimientos recientes en la vida de la persona, como ser víctima de un delito, muerte o enfermedad grave en la familia, tener un accidente, acoso o victimización

- padres que se separan o divorcian estar en un grupo minoritario que está en desventaja social
- falta de una relación cercana y de confianza con alguien
- Cambios premenstruales en los niveles hormonales
- cuidar a una persona con una discapacidad a largo plazo
- los efectos secundarios de ciertos medicamentos o drogas.

Que un joven tenga uno, o incluso algunos de estos factores en su vida no significa necesariamente que desarrollará ansiedad o depresión; las cosas positivas en su vida pueden protegerlo contra esto. Pero, en general, cuantos más de estos factores tenga una persona joven, más probabilidades tendrá de desarrollar ansiedad o depresión.

Los jóvenes de origen refugiado y migrante pueden experimentar tensiones adicionales relacionadas con mudarse de país y vivir en una cultura diferente. Esto no significa que alguien con estas experiencias vaya a desarrollar ansiedad o depresión, pero es más probable que desarrolle estas condiciones en algún momento de su vida. El consumo de drogas y alcohol puede provocar ansiedad o depresión, y si ya experimenta ansiedad o depresión, las drogas y el alcohol no ayudan. A menudo empeoran mucho los síntomas.

2.2 ESCALA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN (TEST PSICOMÉTRICOS)

Los trastornos de ansiedad y depresión constituyen las alteraciones mentales más frecuentes en la población. Los datos proporcionados por la Organización Mundial de la Salud en 2003 revelan valores ascendentes. Al menos 264 millones de jóvenes sufren trastornos de ansiedad, equivalente a un aumento del 15 % en la última década, y aproximadamente 322 millones de personas sufren depresión, un 18 % más que hace 10 años. La ansiedad y la depresión son trastornos significativos no solo porque provocan el deterioro de las relaciones personales y familiares, sino también por las implicaciones socioeconómicas relacionadas con los costes sanitarios y la disminución de la productividad laboral y la calidad de vida.

En cuanto a la historia clínica y sintomática, el diagnóstico del síndrome de los trastornos de ansiedad y depresión se realiza hoy en día principalmente aplicando los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, o de la CIE (Clasificación Internacional de Enfermedades), y en segundo lugar, mediante el uso de instrumentos de evaluación clínica. A pesar de su utilidad como elemento de apoyo al diagnóstico clínico, estos instrumentos se utilizan como escalas de medida de la gravedad de la sintomatología asociada al trastorno, señalando así la presencia de patología ansiosa o depresiva y a la vez determinando la gravedad, demostrando ser muy útil, tanto en la

práctica clínica como en la investigación. Por ello, es fundamental que las escalas clínicas sean apropiadas al entorno cultural donde se aplican y que tengan adecuadas propiedades psicométricas de validez, fiabilidad y sensibilidad.

2.2.1 ESCALA DE HAMILTON - *Hamilton Depression Rating Scale (HDRS)*

La depresión es cada vez más frecuente en pacientes crónicos que acuden a las consultas de medicina interna, muchas veces “enmascarados” como una patología más. Además, el diagnóstico no siempre es fácil y puede ser muy difícil determinar si la condición del paciente está mejorando y en qué medida. Las escalas de calificación pueden evaluar ambos hechos.

La HDRS (también conocida como Ham-D) es la escala de evaluación de la depresión administrada por médicos más utilizada. La versión original contiene 17 ítems (HDRS17) relacionados con los síntomas de depresión experimentados durante la última semana. Aunque la escala fue diseñada para completarse después de una entrevista clínica no estructurada, ahora existen guías de entrevista semiestructuradas disponibles. La HDRS se desarrolló originalmente para pacientes hospitalizados, de ahí el énfasis en los síntomas melancólicos y físicos de la depresión. Una versión posterior de 21 ítems (HDRS21) incluía 4 ítems destinados a subtipificar la depresión, pero que a veces se usan incorrectamente para calificar la gravedad. Una limitación de la HDRS es que no se evalúan

los síntomas atípicos de la depresión (p. ej., hipersomnia, hiperfagia).

La escala de calificación de depresión de Hamilton (HAM-D o HDRS) es el instrumento más utilizado para evaluar los síntomas de la depresión. Se ha usado en muchos estudios clave sobre la depresión y su tratamiento. El instrumento está diseñado para ser administrado por médicos después de una entrevista estructurada o no estructurada del paciente para determinar sus síntomas. La puntuación total se calcula sumando las puntuaciones individuales de cada pregunta.

Mientras que los pacientes con depresión leve a menudo remiten espontáneamente o responden a terapias psicológicas (de conversación), es más probable que los pacientes con depresión cada vez más grave se beneficien de una combinación de tratamientos que incluyan tanto terapias biológicas como medicamentos.

La mayoría de los estudios de depresión consideran que un paciente ha experimentado una “respuesta” al tratamiento si la puntuación disminuye en más del 50 %. La “remisión” se entiende comúnmente como una puntuación inferior a 7.

El método de puntuación varía según la versión. Para la HDRS17, generalmente se acepta una puntuación de 0 a 7 para estar dentro del rango normal (o en remisión clínica), mientras que se requiere una puntuación de 20 o más (que indica al menos una gravedad moderada) para ingresar a un ensayo clínico.

La escala se ha traducido a varios idiomas, incluidos francés, alemán, italiano, tailandés y turco. Además, hay una versión de respuesta de voz interactiva (IVR), una de trastorno afectivo estacional y una de entrevista estructurada (HDS-SIV). Numerosas versiones con diferentes longitudes incluyen HDRS17, HDRS21, HDRS29, HDRS8, HDRS6, HDRS24 y HDRS7.

2.2.2. ESCALA DE ANSIEDAD DE BECK (BAI-2)

El Inventario de Ansiedad de Beck fue desarrollado por Aaron T. Beck en la década de 1980. Se trata de un cuestionario autoadministrado muy sencillo y conciso que ha ganado una gran aceptación en situaciones en las que se va a medir la ansiedad en adultos y jóvenes. Esta prueba se usa frecuentemente en evaluaciones clínicas e investigación básica. La *Checklist* de Beck consiste en un cuestionario con 21 preguntas o ítems de opción múltiple para evaluar la gravedad de los síntomas de ansiedad actuales en adultos o adolescentes. En esta prueba, las preguntas describen los síntomas físicos, emocionales y cognitivos de un trastorno de ansiedad. Esta prueba ayuda a distinguir entre los diagnósticos de ansiedad y depresión.⁵⁶

Cada elemento de las preguntas de la prueba Beck se refiere a una explicación simple o información detallada sobre uno de cada síntoma de ansiedad en los cuatro diagramas etiquetados:

- Subjetivo
- Neurofisiología

- Autonomía
- Pánico

No se requieren conocimientos especiales para tomar la Prueba de inventario de Beck; un nivel básico de lectura es suficiente, por lo tanto, es adecuado para personas con discapacidades del desarrollo. Simplemente se imprime el formulario en papel y se puede completar en solo 5 a 10 minutos. Para las personas con discapacidad visual, la prueba se puede realizar por vía oral sin problemas debido a su relativa simplicidad. Debe ser utilizado por un profesional de la salud mental y también debe ser interpretado por un profesional con suficiente experiencia y formación clínica. Luego se le pide a la persona o paciente que se someterá a la prueba que lea y analice cada pregunta y determine cómo les afecta la pregunta en la semana anterior a la prueba.

Cada uno de los 21 ítems tiene cuatro posibles respuestas:

- Nada
- Atención
- Moderación
- En serio

A cada una de estas respuestas se le asigna un valor entre 0 y 3. Una vez que la persona ha completado todas, se suma el valor de cada una para obtener la puntuación total entre 0 y 63 puntos. Este valor se compara con esta plantilla:

- Califique de 0 a 7 para el nivel mínimo de ansiedad.
- Las puntuaciones de 8 a 15 indican un nivel leve de ansiedad.
- Una puntuación de 16 a 25 es ansiedad moderada.
- Las puntuaciones de 26 a 63 son un nivel de ansiedad severa.

Los profesionales de la salud deben revisar específicamente cada elemento y determinar si los síntomas que experimenta una persona son subjetivos, neurofisiológicos, autonómicos o directamente relacionados con el pánico alrededor de objetos específicos para determinar las causas subyacentes de la ansiedad y planificar el tratamiento de inmediato. El tratamiento más adecuado para el paciente: el Inventario de Ansiedad de Beck se puede utilizar para evaluar y determinar la ansiedad de referencia y proporcionar un diagnóstico clínico preciso. Además, se puede emplear para determinar el progreso o la eficacia del tratamiento médico a lo largo del tiempo, así como para evaluar los resultados posteriores al tratamiento.

2.2.3 ESCALA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN DE GOLDBERG (GADS)

La Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (GADS) es una herramienta de

diagnóstico simple, desarrollada específicamente para averiguar la probabilidad de que se presente un estado de ansiedad o depresión. Fue creada por su autor en 1988 como una breve entrevista que pudiera ser utilizada por el personal sanitario como instrumento de filtrado.

El Inventario de Ansiedad y Depresión de Goldberg es tanto una prueba de detección con aplicaciones de enfermería y epidemiológicas como una guía de preguntas. La prueba no solo ayuda a diagnosticar la ansiedad o la depresión (o una mezcla de ambas), sino que también las diferencia y mide su respectiva intensidad.

El Inventario de Ansiedad y Depresión de Goldberg consta de 2 subescalas con 9 preguntas cada una: la subescala de ansiedad (1 a 9) y la subescala de depresión (10 a 18). Las primeras 4 preguntas en cada subescala sirven como requisito previo para decidir si intentar contestar las preguntas restantes.

2.2.4 PANDEMIA A CAUSA DEL COVID-19

El brote de diciembre de 2019 del síndrome respiratorio agudo severo coronavirus 2 (SARS-CoV-2), una enfermedad infecciosa extremadamente letal, impredecible y de rápida propagación, fue un importante problema de salud mundial². Después de propagarse en China, el virus comenzó a afectar gravemente a Asia y Europa y, finalmente, se propagó por todo el mundo¹. La Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró a la COVID-19 la sexta emergencia internacional

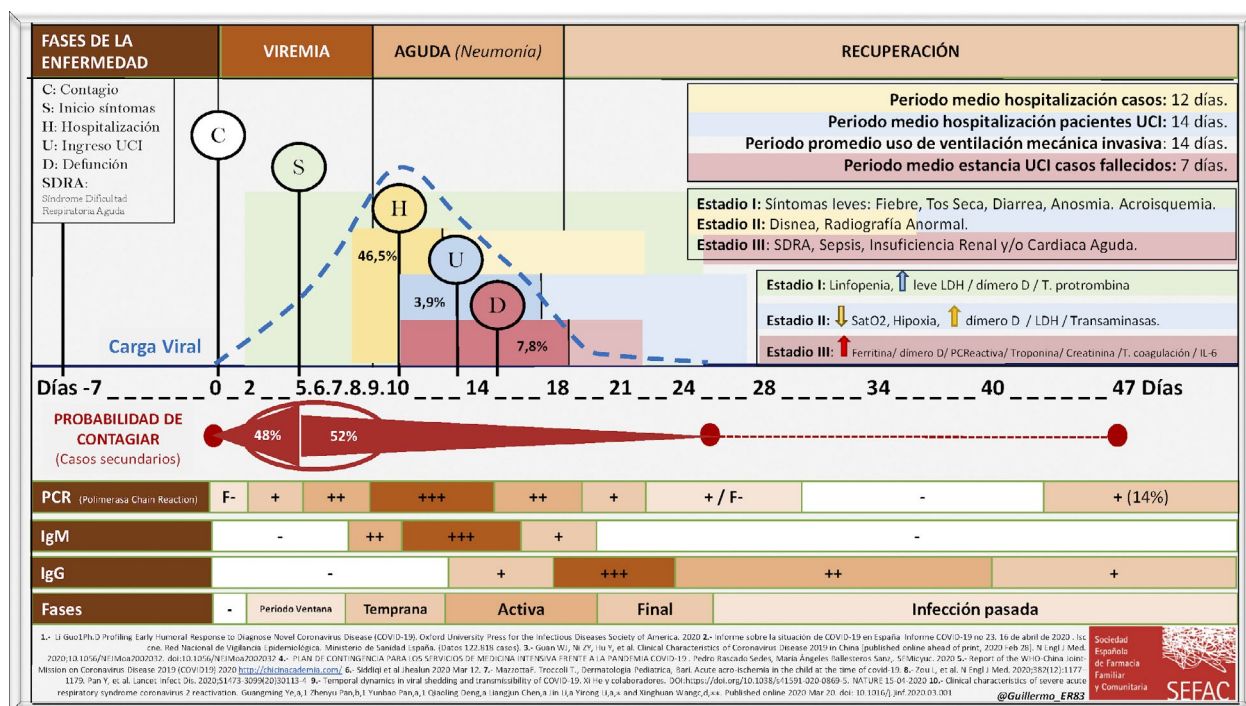
de salud pública el 30 de enero de 2020 y una pandemia mundial el 11 de marzo de 2020; los sistemas de salud inmediatamente colapsaron, causando miles de muertes en todo el mundo³.

Las gotitas respiratorias, los aerosoles y el contacto directo o indirecto se identificaron como las principales vías de transmisión del virus⁴. El SARS-CoV-2 se transmite principalmente cuando una persona se encuentra a menos de un metro de una persona infectada e inhala aerosoles o gotitas que contienen el virus, pero también puede propagarse fácilmente en habitaciones mal ventiladas porque los aerosoles viajan largas distancias y permanecen suspendidos⁵. Para las gotitas respiratorias, cuando un paciente tose, estornuda e incluso habla, las gotitas pueden ser arrojadas hasta dos metros de distancia⁶.

La transmisión por contacto directo implica el contacto con una persona infectada, como abrazarse o darse la mano, mientras que el contacto indirecto se refiere a tocar una superficie u objeto contaminado⁶. En tales casos, una persona no infectada puede infectarse al tocar a una persona que sí lo está o al tocar una superficie infectada y luego tocarse los ojos, la nariz o la boca sin lavarse las manos^{5,6}. El virus tiene un período de incubación de 2 a 14 días (ver Figura 1) y generalmente se presenta con fiebre, tos seca y fatiga, pero también con secreción nasal, dolor torácico, disnea, dolor de garganta, diarrea, anosmia, pérdida del gusto, mialgia y arritmia cardíaca.

Alrededor del 80 % de las personas infectadas se recuperaron de COVID-19 sin hospitalización, pero el 20 % restante desarrolló complicaciones graves que pueden conducir a una enfermedad crítica y la necesidad de cuidados intensivos⁷. Dados los desafíos que la pandemia planteó al sistema de salud y a la sociedad en su conjunto, se iniciaron medidas de salud pública para reducir la propagación de la COVID-19 y tratar de reducir las complicaciones de salud⁸⁻¹⁰. Debido a que no existía un tratamiento farmacológico o una vacuna efectivos para el COVID-19, la mayoría de los países del mundo impusieron órdenes estrictas de quedarse en casa, incluida la cuarentena y el aislamiento físico¹¹. La cuarentena se puede definir como la restricción de la libertad de movimiento de una persona aparentemente sana que ha estado expuesta a una enfermedad infecciosa durante el período habitual de incubación más largo de la enfermedad.¹² En otras palabras, se trata de aislar a las personas que han estado expuestas a una enfermedad para detener su propagación, pero la palabra “cuarentena” se usa cuando se pone en confinamiento a alguien que ya tiene la enfermedad¹³.

Figura 1. Fases del COVID-19.



Ref. <https://www.sefac.org/para-profesionales-publicaciones-sefac-publicaciones-sefac-materiales-disponibles-para-el-socio-5>

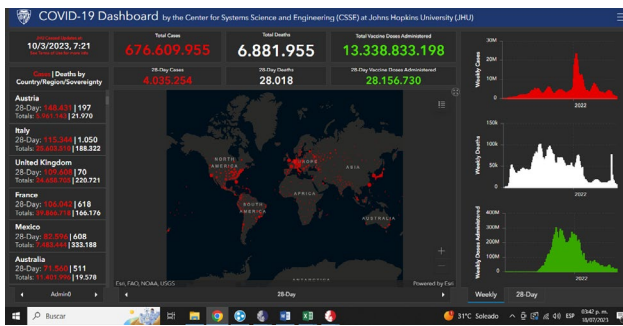
Estas medidas no farmacéuticas se utilizaron ya en el siglo XIV, y en 1423 Venecia introdujo por primera vez un período de cuarentena formal en el que los barcos de las áreas afectadas por la peste no podían atracar y tenían que esperar 40 días¹⁴. En 1918, las principales medidas para controlar una pandemia de influenza (conocida como “gripe española”) eran la vigilancia, el aislamiento y la cuarentena; las medidas adoptadas redujeron la mortalidad en las zonas donde se implementaron¹⁵.

Los países de todo el mundo impusieron políticas de cuarentena al mismo tiempo, pero un estudio en China predijo que, si la cuarentena

domiciliaria u otras medidas de distanciamiento físico no se hubieran impuesto al principio del brote, la cantidad de casos de virus habría aumentado en un 67 %¹⁶. Un informe europeo estimó que estas medidas evitaron más de 3 millones de muertes por la enfermedad en 11 países del continente europeo¹⁷. Italia fue el primer país europeo en declarar un confinamiento nacional, lo que llevó a la comunidad científica a considerar y recomendar el aislamiento y el distanciamiento físico como las medidas más importantes para frenar la propagación del virus¹⁹. España implementó rápidamente medidas ordenadas previamente por otros países vecinos y declaró el estado de emergencia el 14 de marzo de

2020 para hacer frente a la crisis sanitaria²⁰. En mayo de 2020 se propuso la primera fase del plan para implementar la transición a la nueva normalidad²¹. Países de todo el mundo al imponerla cuarentena domiciliaria y el distanciamiento físico, provocaron cambios en la economía, la vida cotidiana, las relaciones sociales e incluso las prácticas laborales²³, lo que resultó en una mayor prevalencia de comportamientos de riesgo que afectan la salud y trastornos psicológicos²³.

Figura 2. Total de casos confirmados de COVID-19 en todo el mundo



Ref: <https://www.arcgis.com/apps/dashboards/bda7594740fd40299423467b48e9ecf6>

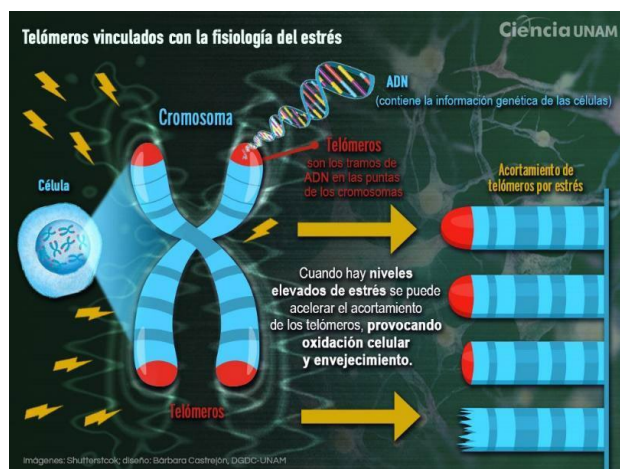
2.2.5. EFECTOS PSICOLÓGICOS A RAÍZ DE LA PANDEMIA

La mayoría de los estudios que analizan los efectos sobre la salud mental de algunas epidemias y pandemias pasadas se han centrado en los síntomas relacionados con los efectos de la enfermedad en sí, más que en los efectos de las medidas de contención²⁸; sin embargo, se sabe que los desastres a gran escala aumentan la incidencia de diversos trastornos psicológicos y del comportamiento²⁹. En 2002, la epidemia del síndrome respiratorio

agudo severo (SRAS) condujo a un aumento prolongado del trastorno de estrés postraumático (TEPT) y los trastornos mentales en la población general³³. El aislamiento durante el brote de SARS también se asoció con mayores niveles de ansiedad (28,9 %) y depresión (31,2 %)¹⁰. Del mismo modo, se encontró un aumento significativo en los síntomas de ansiedad e ira en este grupo al evaluar la salud mental de un grupo aislado durante la epidemia del Síndrome Respiratorio de Medio Oriente (MERS)³⁴.

Si bien es el medio más efectivo para frenar la propagación del SARS-Cov-2, existe evidencia de que el distanciamiento físico y el aislamiento domiciliario afectaron la vida de las personas³⁵. Los períodos de cuarentena y muchas otras medidas de salud pública no solo pueden reducir la participación en la vida comunitaria y familiar, sino también crear sentimientos de libertad limitada y aumentar la aparición de conductas que amenazan la salud. Estudios recientes han demostrado que el distanciamiento físico es una de las principales causas de la exacerbación de los síntomas psicológicos durante la COVID-19 y que las visitas domiciliarias durante la pandemia tienen consecuencias psicológicas negativas incluso para quienes no están infectados³⁷. Al considerar el impacto psicosocial de la pandemia a nivel individual, los estudios han informado síntomas psicológicos como angustia emocional, depresión, estrés, irritabilidad, insomnio, TEPT, ira y agotamiento emocional, conductas de riesgo como aumentos en el uso de sustancias y disminuciones en la salud percibida³⁹.

Figura 3. Principales causas del estrés fisiológicamente



<https://ciencia.unam.mx/leer/995/coronavirus-efectos-psicologicos-de-una-pandemia-el-estres>

Todas estas respuestas fueron el resultado de las medidas adoptadas para contener la propagación del virus, lo que provocó cambios sin precedentes en el bienestar de la población a nivel individual y comunitario. Los adultos mayores y las personas con condiciones médicas subyacentes son particularmente vulnerables al virus, pero los jóvenes parecen ser uno de los grupos más afectados en términos de salud psicoemocional como resultado de los esfuerzos para detener la propagación del virus^{37, 39}.

Si bien el impacto en la salud mental de eventos como la pandemia de COVID-19 es claro, no se debe pasar por alto el bienestar al examinar su impacto en la población, ya que también se ha demostrado que la implementación de medidas restrictivas, incluido el aislamiento y el distanciamiento físico tiene un impacto sobre salud mental. Históricamente,

el bienestar se ha asociado con factores como el éxito en el trabajo y la escuela, las relaciones sociales, la salud física y mental, el procesamiento cognitivo, la riqueza material y los factores económicos, y ha sido definido y nombrado de acuerdo con diversos criterios⁴⁵. En la primera década de los 2000, Diener desarrolló una forma de incluir aspectos subjetivos en el concepto de bienestar e introdujo el término “bienestar subjetivo” para denotar la evaluación cognitiva y emocional de una persona sobre su vida.

Resulta que existen muchas dificultades para encontrar indicadores objetivos de bienestar, que en muchos casos se reducen a satisfacciones materiales o económicas. Esta pregunta ha llevado a los investigadores a comprender los estados sociales, emocionales y psicológicos más allá de las necesidades básicas, un concepto que puede expresarse como “satisfacción con la vida”. La satisfacción con la vida implica una evaluación general de un conjunto de características, no solo de unas pocas, y se refiere a una evaluación del bienestar basada en las preferencias de un individuo y el nivel de autosatisfacción en varias dimensiones de la vida. Es un aspecto esencial para reflejar el bienestar social, y expresa el juicio cognitivo consciente de una persona sobre su entorno de vida de acuerdo con un conjunto de estándares autodeterminados⁴¹.

Aunque se espera una buena satisfacción con la vida en condiciones favorables y predecibles, cuando la percepción de la vida de una persona coincide con sus propias expectativas, la satisfacción con la vida no es solo el

resultado de otros procesos, sino que también puede verse como un sistema dinámico que ayuda a mantener un equilibrio importante. Heady y Waring (1992) relacionaron la satisfacción con la vida con el curso de eventos inesperados, como accidentes o enfermedades, y concluyeron que, a pesar de que todas las personas pueden responder a circunstancias adversas de la misma manera, el procesamiento de los eventos de los individuos está determinado por experiencias previas.

Además, la satisfacción con la vida se relaciona con importantes variables psicológicas, niveles altos se asocian con una mejor salud y bienestar físico y mental, y un mejor funcionamiento cognitivo y social, se asocia con un buen grado de satisfacción con vida básica e incluso beneficiarse de la adaptación a condiciones desafiantes^{38, 47, 49, 55}. Un estudio internacional realizado por el grupo ECLB-COVID19 encontró que el compromiso social ha disminuido significativamente debido a los cierres durante la pandemia, lo que lleva a una menor satisfacción con la vida entre los residentes. Pero no especificó qué subpoblaciones se verían afectadas. Es probable que las medidas restrictivas sean las más afectadas, pero se debe prestar especial atención para garantizar que esta estructura se tenga en cuenta al desarrollar estrategias nacionales para responder a la crisis social de COVID-19.

También se ha demostrado que la satisfacción con la vida está relacionada con el equilibrio en las actividades diarias. El equilibrio ocupacional es un fenómeno subjetivo multidimensional⁴⁴ relacionado con la salud y el

bienestar que depende de la capacidad del individuo para controlar sus aptitudes mentales, físicas, sociales, emocionales, espirituales y la asignación de recursos de tiempo, dinero y materiales.

Tradicionalmente, se ha descrito desde una perspectiva interna, refiriéndose a los patrones de satisfacción que una persona obtiene al realizar las actividades cotidianas. En este modo de operar, siempre se deben tener en cuenta las cosas mencionadas por Meyer (1922): trabajar, jugar, descansar y dormir, un equilibrio que todo organismo debe ser capaz de lograr incluso en condiciones difíciles. El primer estudio, que se centró en cómo las personas pasan su tiempo y organizan sus carreras, concluyó que las personas pasan alrededor del 30 % de su vida durmiendo, ocupadas; el 5 % se dedica a actividades instrumentales de la vida diaria, orientadas a la interacción con el medio ambiente; el 25 % se gasta en trabajo o estudio y el 30 % restante se gasta en actividades de ocio. Estudios posteriores encontraron resultados muy similares y examinaron la distribución temporal de la actividad diaria en personas de 15 a 64 años en todo el mundo⁴².

Para lograr y mantener un equilibrio profesional adecuado, se deben alinear las ocupaciones, las habilidades y los recursos para su gestión, y debe haber armonía entre los compromisos profesionales, los valores y los significados personales. Es un proceso dinámico de equilibrio-desequilibrio en el que nuevos eventos y circunstancias conducen a un estado de desequilibrio, y la capacidad de adaptación del individuo le permite

recuperar o asumir nuevos roles y patrones de carrera para alcanzar un estado de equilibrio. Factores como los problemas físicos, cognitivos, psicosociales, sensorios motores y la falta de trabajo pueden interferir con el desempeño de las actividades diarias, lo que a su vez puede contribuir a trastornos psicológicos y emocionales en los grupos de población afectados⁴⁴.

La privación vocacional se refiere a la incapacidad de participar en actividades necesarias y/o significativas debido a factores que escapan al control directo del individuo, en lugar de limitaciones inherentes a la persona. Emergencias, como la pandemia de COVID-19, pueden exacerbar las condiciones de desempleo y causar desequilibrios profesionales significativos, llevando a situaciones de subempleo o sobreempleo. Durante la cuarentena domiciliaria, la mayoría de las personas redujeron sus actividades diarias; las actividades sociales se vieron restringidas, el trabajo remoto se implementó ampliamente, las clases fueron canceladas y muchos perdieron sus empleos debido a la epidemia, lo que afectó profundamente la dinámica laboral del país. Esto se debió a la utilización de incentivos profesionales inadecuados, la falta de oportunidades laborales y ambientales, y un entorno menos estimulante.⁵⁶

Esta falta de ocupaciones altera las rutinas y horarios diarios de la población privada de libertad, altera los horarios de sueño y alimentación, y debido al entorno limitado, la falta de oportunidades laborales obliga a las personas a dedicar más tiempo del habitual a determinadas ocupaciones, como el

trabajo, escuela o guardería. Por ejemplo, la educación virtual requiere que los adultos pasen más tiempo supervisando y cuidando a los niños y niñas, mientras que los adultos mayores deben evitar que vayan de compras o hagan otras tareas para reducir el riesgo de infección. Los adultos sin hijos a cargo dedican más tiempo a ocupaciones como el empleo. Además, la carga de trabajo excesiva y el entorno inadecuado para ciertos incentivos laborales, como la implementación del teletrabajo en la mayoría de los trabajos, pueden crear condiciones de hacinamiento⁵⁶. Aunque el equilibrio ocupacional es un proceso dinámico y cierto desequilibrio es normal siempre que no sea dramático o persista por algún tiempo, el desequilibrio persistente está asociado con condiciones patológicas.

El aburrimiento y el agotamiento: las respuestas más frecuentes a la falta de ocio estimulante o al exceso de ocio son formas comunes de estrés en situaciones de ocio desequilibradas y se asocian con problemas de salud. Este desequilibrio afecta el funcionamiento humano desde el nivel celular hasta las funciones mentales superiores, mientras que la falta de competencia y habilidades reguladoras puede dañar la salud de las personas y las comunidades y provocar enfermedades graves. El exceso de trabajo se ha estudiado más como causa de enfermedad que el trabajo insuficiente, pero se ha demostrado que este último reduce la respuesta inmunitaria, aumenta la vulnerabilidad a las enfermedades y contribuye a los peligros para la salud, como el tabaquismo, el abuso de drogas y el descuido de la salud.⁵¹

Estas afirmaciones, junto con los resultados obtenidos por Wagman⁵⁴, respaldan la importancia de considerar el equilibrio laboral para prevenir posibles condiciones graves y conductas no saludables. Con base en lo anterior, el desequilibrio ocupacional se define como cualquier percepción de desequilibrio en el trabajo diario que conduce a la insatisfacción personal y dificultades para adaptarse a un entorno determinado. Ocurre cuando las necesidades de salud de las personas, como la actividad física, las conexiones sociales y la recreación, o la necesidad de hacer, ser y estar, no son satisfechas a través de la participación en las ocupaciones cotidianas, y pueden ser tanto positivas como negativas. El primero lo elige directamente una persona, por ejemplo, al ir a la universidad o al comenzar un nuevo trabajo; mientras que este último no es elegido voluntariamente, por ejemplo, desempleo, enfermedad o una pandemia mundial. A estas alturas, es claro que el equilibrio ocupacional refleja la armonía entre las diferentes dimensiones humanas. El distanciamiento físico, los cambios en la vida cotidiana y los riesgos para la salud causados por el COVID-19 se vuelven aún más importantes cuando ocurren consecuencias graves.⁵⁴

Wagman mostró que debido a los altos niveles de interacción con el medio ambiente, los jóvenes asocian una vida equilibrada con una buena salud y, en particular, muestran que son vulnerables a las restricciones durante la pandemia. Si bien los adultos mayores son considerados uno de los grupos más vulnerables en emergencias de salud pública, Brooks *et al.*³⁶ demostraron que la edad entre 18 y 24 años era un factor de riesgo para la tensión

mental. La soledad a menudo se asocia con la edad avanzada, pero las personas más jóvenes pueden experimentarla con más frecuencia y de manera más significativa que las personas mayores. Un informe de la Mental Health Foundation dice que la soledad afecta a las personas de 18 a 34 años más que a las de 55. De manera similar, las estrategias de afrontamiento varían a lo largo de la vida, y los jóvenes a menudo buscan reconstruir las redes de apoyo social y aumentar las actividades para hacer frente a estas emociones, que son difíciles de implementar a lo largo de la vida. Cuarentena durante la pandemia de COVID-19: este aspecto se suma a la complejidad del período de desarrollo de la adolescencia, cuando se adquieren habilidades cognitivas, como la toma de decisiones o la autorregulación; los roles de la vida están experimentando cambios importantes y las relaciones sociales y románticas son críticas. Desarrollo y Bienestar de la Juventud: una edad más temprana se ha asociado con la soledad durante la pandemia de COVID-19, posiblemente debido a las interrupciones en la vida diaria, así como en la vida educativa, económica y social causadas por esta crisis de salud pública⁵⁶. Un estudio que analizó las respuestas emocionales y conductuales de los ciudadanos griegos en cuarentena en Grecia descubrió que los jóvenes de 18 a 30 años tendían a sentirse moderadamente solos.

Además de ser particularmente vulnerable a los sentimientos de soledad, este grupo de jóvenes se encontraba entre los más indefensos ante los efectos de la pandemia en la salud mental, lo que indica que necesitaban un esfuerzo o ayuda adicional en comparación

con otros grupos. Los síntomas de ansiedad y depresión son más pronunciados en los adultos jóvenes durante los períodos de distanciamiento físico⁵⁵, lo que a menudo resulta en dificultades para hacer frente a las actividades diarias. El aislamiento durante la pandemia de COVID-19 ha trastornado la vida cotidiana, los estudios, la vida profesional, la economía e impuesto restricciones al distanciamiento físico y la vida social de la población mundial; sin embargo, los jóvenes que están en cuarentena en el hogar con sus padres o familiares pueden experimentar estrés debido a cambios repentinos de circunstancias, lo que los hace más vulnerables a los trastornos mentales, por ejemplo, disfunción social, bajo rendimiento y dificultades laborales⁴⁸.

Una comprensión integral del impacto de la pandemia en la población puede facilitar la planificación de intervenciones basadas en disciplinas, como la terapia ocupacional, que utiliza un paradigma ocupacional y se entiende como un medio de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, la discapacidad y la salud mental. El uso y organización del tiempo es uno de los indicadores de una adaptación exitosa a las exigencias de la vida, y la terapia ocupacional se basa en la creencia de que existe una conexión entre empleo, salud y bienestar. La pérdida o interrupción de las ocupaciones presenta riesgos para la salud y, desde una perspectiva preventiva, el desarrollo de ocupaciones que promuevan altos niveles de funcionamiento y salud física y mental puede contribuir al mantenimiento de la salud y la calidad de vida ⁵⁰.

Dado que no hay precedentes en la historia humana de interrupciones en las actividades diarias tan graves como el confinamiento durante la pandemia de COVID-19, los terapeutas ocupacionales podrían desarrollar intervenciones para abordar este problema en futuras crisis laborales. Dadas las diversas medidas proactivas y preventivas para contener la propagación del SARS-CoV-2, es necesario identificar y estudiar el impacto de la epidemia en toda la población para comprender los factores de riesgo y resiliencia asociados y obtener resultados valiosos y altos.

Información de calidad: las intervenciones pueden diseñarse para ayudar a abordar los desafíos que plantean los momentos de crisis sociosanitaria. Entender por qué, quiénes y cómo determinados colectivos sufren las consecuencias de grandes eventos como la pandemia es fundamental para promover conductas y estrategias protectoras de la salud de las personas, entendida como un “estado de salud física integral, psicosocial y social más que simplemente la ausencia de enfermedad”. La investigación sobre el estado psicoemocional y ocupacional de los jóvenes y otras personas vulnerables a la crisis de salud social causada por COVID-19 puede informar la política para mejorar la salud humana⁵⁵.

2.3 COVID COMO UN DESASTRE QUE AFECTA EL DESARROLLO NORMATIVO DE LA JUVENTUD

2.3.1 ¿CÓMO Y POR QUÉ LA PANDEMIA DE COVID-19 AFECTA A LOS JÓVENES Y EL BIENESTAR PSICOLÓGICO DE LOS ADULTOS EMERGENTES?

Los desastres son eventos disruptivos generalizados que pueden ocurrir durante un período de tiempo corto o largo y que causan trastornos y pérdidas en muchos niveles, por ejemplo, afectando simultáneamente individuos, familias, comunidades, sociedades y economías. Los ejemplos son fuertes terremotos, grandes incendios forestales, inundaciones, accidentes nucleares y otros tecnológicos. En 2020, el surgimiento de la pandemia de COVID-19 puede clasificarse como un desastre. Para controlar la propagación de la enfermedad, los gobiernos de todo el mundo han tomado medidas que han tenido un enorme impacto en la vida de miles de millones de personas. Aunque la salud física es comprensiblemente la primera prioridad durante una pandemia, el impacto de la pandemia de COVID-19 sobre la salud mental también ha sido una preocupación importante. La investigación ha indicado que, en comparación con la salud mental de los adultos, la salud mental de los jóvenes a menudo se ve afectada de manera desproporcionada por las calamidades. Además, el aislamiento y la soledad precipitan la depresión y la ansiedad en niños, niñas y adolescentes.

La etapa de la adolescencia es cuando se pasa de ser niño o niña a la antesala de la adultez. Varios procesos clave se desarrollan durante este período, como el advenimiento de nuevos conocimientos cognitivos, capacidades, cambios neurobiológicos y cambios en las interacciones sociales con cada vez más tiempo fuera de la familia. Estos procesos contribuyen a una creciente independencia de los padres; los jóvenes luchan por una mayor autonomía y tratan de construir una identidad personal que les ayudará poco a poco a desenvolverse en posibles roles adultos.

Todas estas características esenciales de la juventud se ven gravemente amenazadas por la pandemia. Además, la adolescencia es una etapa del desarrollo particularmente vulnerable porque es cuando muchos síntomas psicológicos aumentan en prevalencia. En conjunto, las características de desarrollo de la adolescencia y las vulnerabilidades psicológicas de esta etapa hacen que la adolescencia sea particularmente importante de estudiar a la luz del impacto psicológico de la pandemia de COVID-19.

La edad adulta emergente es un término relativamente nuevo que describe el desarrollo entre los 18 y los 25 años, cuando los jóvenes en la mayoría de los países occidentales son considerados legalmente como adultos, pero aún no han alcanzado la mayoría de los principales hitos del desarrollo de la edad adulta

(como educación completa, un trabajo estable, independencia financiera, matrimonio, etc.). La edad adulta emergente es a menudo la primera vez que los jóvenes dejan su hogar para vivir de forma independiente, y es también cuando los jóvenes están dando pasos clave para construir su futuro, al terminar la educación superior, adquirir experiencia laboral, construir una carrera, formar relaciones románticas y sexuales maduras etc. La mayoría de estas tareas de desarrollo, como la mencionada anteriormente, también se ven seriamente obstaculizadas por la pandemia de COVID-19.

Hay tres formas principales a través de las cuales la pandemia de COVID-19 puede afectar la salud mental. En primer lugar, esta pandemia es un desastre de largo plazo, generalizado y de alto riesgo que interrumpe las rutinas diarias durante mucho tiempo y crea una gran incertidumbre sobre el presente y el futuro. Por lo tanto, es una fuente importante de estrés, tanto para adultos como para jóvenes.

Segundo, es un desastre multisistémico, ya que afecta y trastorna a individuos, familias, comunidades, estados y economías, con efectos a largo plazo en las micro, meso y macrosistema. Las interacciones sociales se interrumpen y minimizan con el resultado aumento de la soledad. Muchas personas se ven amenazadas por las consecuencias de infectarse; en casos de infección o muerte, el apoyo social también se minimiza, mientras que los tradicionales, típicos las formas de duelo y manejo del duelo también se ven interrumpidas debido al estricto distanciamiento social.

En tercer lugar, esta pandemia interrumpe varias medidas de protección, factores para la salud mental bajo estrés, tales como interacciones sociales de apoyo, acceso a servicios de salud, etc. Es decir, mientras que bajo condiciones estresantes más o menos típicas que tienen interacciones sociales de apoyo con miembros de la familia, parientes, amigos u otra comunidad miembro pudieron tener una función tranquilizadora y estabilizadora, la pandemia actual privó a los jóvenes de tales interacciones.

La evidencia empírica sobre los efectos de desastres pasados en la juventud corrobora la idea de que estos son factores de riesgo para la salud mental de los jóvenes.

2.4 INVESTIGACIÓN SOBRE RESILIENCIA Y CONOCIMIENTO EMPÍRICO DE DESASTRES PASADOS

La investigación de la resiliencia es un subcampo interdisciplinario que atraviesa varios campos en el ámbito social y ciencias de la salud, como psicología, educación, psiquiatría, medicina y políticas públicas.

La resiliencia describe la buena adaptación de un sistema dinámico (una persona, una familia, una comunidad, etc.) a pesar de las condiciones amenazantes y la adversidad. El foco principal de investigación de la resiliencia es estudiar las características y los procesos dinámicos que ayudan a los individuos, las familias y las sociedades a adaptarse con éxito bajo estrés. Como campo, la investigación sobre resiliencia surgida en las últimas

cinco décadas ha estado estrechamente vinculada con el estudio de los desastres y sus efectos sobre las personas y las comunidades. Los principales objetivos de la investigación en los desastres son comprender mejor quién lo está haciendo bien y por qué, así como usar esta comprensión para mejorar y promover la adaptación de aquellos a quienes les va menos bien.

De desastres pasados, como el de 2004, surgieron conocimientos útiles de la investigación sobre la resiliencia. Tsunami en el océano Índico y el derrame de petróleo en el Golfo de México. Los hallazgos clave de la investigación de resiliencia existente se pueden resumir en cuatro factores que resumen por qué diferentes personas se ven afectadas por los desastres en diferente grado:

- 1) **Dosis de exposición:** cuánto está expuesto el individuo
- 2) **Tiempo de desarrollo:** cuándo en la vida de un individuo golpea el desastre
- 3) **Diferencias individuales:** diferencias preexistentes en riesgos, recursos y activos
- 4) **El marco socio ecológico:** con qué eficacia el marco socio ecológico marca las funciones de la persona

Es decir, se espera que los jóvenes experimenten más interrupciones por la pandemia si están más expuestos al desastre (dosis; p. ej., cierre de escuelas sin apoyo suficiente para el aprendizaje electrónico, tener ingresos de los padres reducida, amenaza relacionada con

COVID-19 para la vida de un miembro de la familia, etc.), si experimentan el efecto de la pandemia en un tiempo de transición importante (tiempo de desarrollo; por ejemplo, la escuela cierra justo antes de los exámenes nacionales), si mostraron un ajuste subóptimo antes del desastre (diferencias individuales; p. ej., jóvenes que ya experimentan dificultades con la escolarización) antes de la pandemia, y si viven en contextos (familias, escuelas, comunidades) con menos recursos.

2.5 EL BIENESTAR PSICOLÓGICO DE LOS JÓVENES

Antes de presentar algunos hallazgos empíricos sobre los efectos de la pandemia en el estado mental de los jóvenes, la salud y el bienestar psicológico, es importante tener en cuenta que estos efectos no son igualmente probables para todos. Durante la pandemia tienden a magnificarse desigualdades sociales preexistentes en los recursos (como educación de buena calidad, ingresos, acceso atención médica, acceso a otros servicios de apoyo), lo que tiene como resultado un impacto desigual en los jóvenes de diferentes estratos sociales.

Para poder detectar cambios en la salud mental y el bienestar psicológico resultantes de la pandemia, los investigadores deben tener datos de los mismos participantes a partir de al menos dos puntos de tiempo: antes y durante (o después) de la pandemia. Tales estudios longitudinales pueden hacer comparaciones significativas antes y durante (o posteriormente) de la pandemia y conclusiones

sólidas sobre el impacto del COVID-19 en la salud mental y así se puede alcanzar el bienestar psicológico. Estudios que solo recogieron datos durante un punto de tiempo en la pandemia aún puede ofrecer información importante sobre la salud mental de los jóvenes, pero tales estudios están en una posición más débil para atribuir algún efecto a la pandemia. Este es una distinción considerable que debe tenerse en cuenta al examinar los efectos de la pandemia de COVID-19 en la salud mental de los jóvenes.

2.5.1 EFECTOS SOBRE EL BIENESTAR PSICOLÓGICO

Varios estudios longitudinales de diferentes países del mundo documentan un aumento de los síntomas de salud mental y disminución del bienestar psicológico durante la primera ola de la pandemia. Por ejemplo, un estudio reciente en Australia encontró que, en comparación con antes de la pandemia, síntomas depresivos autoinformados por los adolescentes, ansiedad y satisfacción con la vida se deterioraron durante el primer confinamiento en la primavera de 2020. Tamaños de efecto para estas diferencias fueron pequeñas para los síntomas depresivos, medianos para los síntomas de ansiedad y medio/grande para la satisfacción con la vida. Esto significa que los adolescentes experimentaron el mayor deterioro en la satisfacción con la vida, mientras que los cambios en los síntomas depresivos fueron más bien pequeños.

De manera similar, un estudio en el sur de Italia encontró grandes efectos negativos

en el estado mental de los jóvenes. La salud durante el primer mes de encierro, como lo indican los aumentos en la depresión, la ansiedad, quejas somáticas, comportamiento agresivo y disminución de las fortalezas psicológicas. Resultados comparables provinieron de un estudio en Alemania que mostró disminución de la autonomía y el bienestar psicológico, y aumento de la ansiedad y la depresión.⁷

Un estudio longitudinal de preimpresión (preliminar) en Noruega encontró pequeños aumentos en los niveles clínicos de problemas psiquiátricos en adolescentes durante el bloqueo. Además, un estudio longitudinal que incluye, tanto una clínica como una muestra comunitaria de Canadá, mostró que los jóvenes en ambas reportaron deterioros en sus síntomas de salud mental.

Cabe destacar que, además de las consecuencias negativas antes mencionadas para la salud mental de los adolescentes, también se reportan algunos aspectos positivos de la situación derivada de la pandemia (por ejemplo, encierro). Específicamente, un estudio que examina las narrativas de una gran muestra de italianos jóvenes encontró que surgieron algunos temas positivos en las narrativas de los jóvenes como descubrirse a sí mismo, descubrir las relaciones familiares y compartir la vida a distancia. Además, un estudio en Canadá documentó algunos efectos positivos (junto con los efectos negativos más obvios), como pasar más tiempo con la familia, tener más tiempo libre para hacer ejercicio y dormir, gastar menos y ahorrar más, y mayor

autorreflexión. Igualmente, un estudio previo a la impresión (preliminar) en Australia encontró que los adolescentes mostraron cierto crecimiento relacionado con el estrés después de la reapertura de las escuelas, como ser capaz de lidiar mejor con la incertidumbre, controlando las pequeñas molestias diarias etc. Específicamente, cuantos más estudiantes aprendieron en la escuela antes del cierre a usar estrategias positivas, como gestión emocional, atención y conciencia, habilidades de afrontamiento, etc., cuanto más capaces eran de aplicar estrategias de afrontamiento adaptativas (como procesamiento emocional, reevaluación, uso de fortalezas), y cuanto mayor sea el crecimiento relacionado con el estrés que informaron. Estos hallazgos concuerdan con la noción de que los efectos psicosociales del confinamiento son multifacéticos.

2.5.2 EFECTOS EN LAS RELACIONES

Además de la salud mental, las preguntas sobre los efectos de las medidas restrictivas relacionadas con la pandemia también es importante considerar las medidas sobre las relaciones familiares de los jóvenes. Hasta la fecha, los resultados son mixtos, lo que refleja la diversidad metodológica. Un estudio longitudinal que comparó familias holandesas seis meses antes y durante el primer confinamiento (primavera 2020) examinó los cambios en cuatro aspectos de la crianza y la relación padre joven, calidad (apoyo de los padres, intensidad del conflicto padre joven, actitud positiva e implicada) prácticas y procesos de crianza, disciplina. Para dos de estos cuatro

aspectos, se detectó un patrón de deterioro. En comparación con el período anterior al confinamiento, se observó una disminución en los informes de los padres sobre prácticas de crianza positivas e involucradas, así como en los informes de los adolescentes acerca del apoyo recibido por parte de sus padres durante el confinamiento. Sin embargo, los adolescentes también informaron una reducción en la intensidad de los conflictos familiares, lo que sugiere que los efectos del confinamiento en las dinámicas familiares son complejos y multifacéticos.

Otro estudio longitudinal en los Países Bajos aplicó un diseño de escala de tiempo más corto con ocho evaluaciones quincenales de jóvenes y padres durante 16 semanas. Estos participaron cuatro veces antes del confinamiento y cuatro veces durante el encierro, e informó sobre la calidez de los padres, el conflicto entre padres y adolescentes, apoyo a la autonomía, control psicológico y control conductual. En general, los resultados indican una estabilidad considerable en la calidad de la relación durante el confinamiento, como único apoyo a la autonomía disminuyó temporalmente al comienzo del confinamiento, para recuperarse lentamente durante el mismo. Sin embargo, hubo diferencias considerables en cómo reaccionaron las familias a las medidas de confinamiento.

Otra evidencia sugiere que pasar más tiempo con la familia durante la pandemia fue un factor protector para la salud mental, mientras que pasar más tiempo en línea y más tiempos conectados virtualmente con amigos se

asociaron positivamente con la depresión. No obstante, la dirección de los efectos en este último hallazgo no está clara porque este estudio fue cruzado en corte. Puede ser que la depresión lleve a los jóvenes a buscar más contacto con amigos como acto calmante. Se necesita más investigación longitudinal en este sentido.

2.5.3. USO DE LAS REDES SOCIALES

El efecto de la pandemia y las medidas resultantes en el uso de las redes sociales por parte de los jóvenes es importante, pero difícil de entender todavía. Por un lado, las redes sociales son una forma de conectarse con amigos y familiares que es seguro en términos de infección y, por lo tanto, puede proporcionar un medio de apoyo social. Por otra parte, estudios previos a la pandemia han establecido un vínculo entre el uso excesivo de las redes sociales por parte de los adolescentes y un menor bienestar, como depresión, conductas de riesgo y alteraciones de la imagen corporal.

Estudios sobre el uso de las redes sociales durante la pandemia y el significado de dicho uso para salud mental dan como resultado hallazgos inconsistentes. Por ejemplo, un estudio en Canadá encontró que aquellos jóvenes que informaron más uso de las redes sociales durante la pandemia, además de estar más conectados con amigos a través de las redes sociales, también reportaron más depresión. Además, cuanto más estrés relacionado con COVID-19 reportaron los jóvenes, más fuerte fue la conexión entre el uso de las redes sociales y la depresión.

También se encontró una relación entre el empleo de las redes sociales y la depresión en un estudio australiano. Sin embargo, estos hallazgos no fueron respaldados por otro estudio. Además, la dirección de este efecto aún no está clara; es igualmente probable que aquellos con más depresión podrían recurrir a un mayor uso de las redes sociales, o aquellos con más uso de redes sociales podrían volverse más depresivos posteriormente.

2.6 YENDO UN PASO MÁS ALLÁ: QUIÉN Y POR QUÉ

Si bien se acumula evidencia empírica del vínculo entre la pandemia de COVID-19 y cambios en la salud mental y el bienestar psicológico, cuatro preguntas relevantes requieren más atención. Primero, ¿quién es más probable que se vea afectado por la pandemia? ¿Qué características (individuales, familiar o comunitario) podría predisponer a algunas personas a más efectos negativos durante la pandemia, o podría proteger a otras personas contra los efectos negativos? En segundo lugar, ¿por qué contribuye la pandemia de COVID-19 a cambios en el ajuste psicosocial? ¿Cuáles son los factores que pueden explicar este vínculo?

2.7. LA ANSIEDAD Y LA DEPRESIÓN

Antes de la pandemia de COVID-19, las tasas de ansiedad generalizada clínicamente significativa y síntomas depresivos en grandes cohortes de jóvenes eran de aproximadamente 11,6 % y 12,9 %, respectivamente. De hecho, en la sección transversal y en estudios longitudinales acumulados hasta la fecha, la prevalencia de enfermedades mentales en jóvenes parece haber aumentado durante la pandemia. Sin embargo, los datos recopilados varían considerablemente. Concretamente, oscila entre el 2,2 % y el 63,8 % y entre el 1,8 % y el 49,5 % para los síntomas de depresión y ansiedad clínicamente elevados, respectivamente. A medida que los gobiernos y los formuladores de políticas implementaron planes de recuperación, se necesitó con urgencia determinar estimaciones precisas de la carga de enfermedad mental para los jóvenes para informar el despliegue de servicios y la asignación de recursos (Organización Mundial de la Salud *et al.*, 2020).

La depresión y la ansiedad generalizada son dos de los problemas de salud mental más comunes en los jóvenes. Los síntomas depresivos, que incluyen sentimientos de tristeza, pérdida de interés y placer en las actividades, así como la interrupción de funciones reguladoras como el sueño y el apetito, podrían aumentar durante la pandemia como resultado del aislamiento social debido al cierre de escuelas y requisitos de distanciamiento físico. Los síntomas de ansiedad generalizada en la juventud se manifiestan como

preocupación incontrolable, miedo e hiperexcitación. La incertidumbre, las interrupciones en las rutinas diarias y las preocupaciones por la salud y el bienestar de la familia y los seres queridos durante la pandemia de COVID-19 probablemente estén asociadas con aumentos en la ansiedad generalizada en los jóvenes

Aunque se han hecho muchos estudios a principios de la pandemia, hasta donde se sabe, no se ha realizado ningún metaanálisis de las tasas de prevalencia de enfermedades mentales en jóvenes durante la pandemia.

2.8 IMPACTOS EN LA SALUD MENTAL DE LOS JÓVENES DE LA PANDEMIA COVID-19 DE ACUERDO AL INEGI (2020)

Pfefferbaum y North escriben que “una extensa investigación sobre salud mental en desastres ha establecido que la angustia emocional es omnipresente en las poblaciones afectadas, un hallazgo que seguramente se repetirá en las poblaciones afectadas por la pandemia de COVID-19” (2020). Las investigaciones destacan aumentos en la ansiedad, la depresión y el estrés traumático, así como el estrés y la soledad en México.

El Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) realiza una encuesta anual representativa a nivel nacional sobre el estrés y la salud mental en toda la República Mexicana. La encuesta de agosto de 2020, incluyó a 3 409 participantes adultos y 1 026 adolescentes (de

13 a 17 años). En esta se obtuvo que el 19 % de los adultos describe su salud mental como peor que en la misma época del año pasado, también informa que el 78 % de los adultos que respondieron a su encuesta dijeron que la pandemia de COVID-19 es una fuente importante de estrés en sus vidas, y alrededor de dos tercios (67 %) de los adultos encuestados informaron un aumento de estrés durante la pandemia. El 49 % de los adultos encuestados también informaron efectos negativos del aumento del estrés, como aumento de la tensión corporal (21 %), enojarse muy rápidamente (20 %), cambios inesperados de humor (20 %) o gritarle a un ser querido.

Los estudios de ansiedad han encontrado porcentajes mayores de puntuaciones de corte clínico en reuniones públicas para el trastorno de ansiedad generalizada (TAG) que lo típico en estudios representativos de la población. Por ejemplo, en una encuesta de 5 412 adultos mexicanos realizada a fines de junio de 2020, los investigadores encontraron que alrededor del 26 % de los encuestados eran sintomáticos de TAG (es decir, obtuvieron una puntuación igual o superior a 3 en la subescala GAD-2 del Cuestionario de salud del paciente para depresión y Ansiedad [PHQ-4]).

Esto fue aproximadamente tres veces el porcentaje de encuestados con una puntuación igual o superior a 3 en la subescala GAD-2 en una investigación de encuesta comparable informada en 2019. Por otro lado, una encuesta de una muestra representativa a nivel nacional de 10368 adultos mexicanos

realizada a fines de marzo de 2020 encontró que una puntuación media de GAD-7 indicaba solo ansiedad leve, aunque más del 12 % de los encuestados tenían puntuaciones que indicaban ansiedad severa.

CAPÍTULO III

MÉTODOS Y/O TÉCNICAS

Dentro del contexto de la pandemia de COVID-19, es imperativo evaluar los efectos psicológicos en distintos grupos poblacionales, siendo los jóvenes una de las poblaciones más sensibles. Con el objetivo de entender la profundidad de los impactos en la salud mental de estos individuos, se optó por emplear instrumentos previamente validados en investigaciones relacionadas con salud mental.

Para el presente estudio, se decidió utilizar una metodología cuantitativa a través de cuestionarios estandarizados. Las escalas elegidas, por su amplia validación y reconocimiento en el campo de la salud mental, fueron la Escala de Depresión de Hamilton (HDRS) y la Escala de Ansiedad de Beck (BID).

La selección de estos instrumentos se basó en su capacidad para evaluar de manera confiable y detallada síntomas específicos relacionados con depresión y ansiedad, dos de los trastornos más reportados durante el confinamiento. Ambas escalas son de autoinforme, lo que permite a los participantes expresar de manera directa su experiencia personal en relación con los síntomas medidos.

Antes de la aplicación de las escalas, se llevó a cabo una breve capacitación para garantizar la correcta comprensión de cada ítem por parte de los participantes. El proceso de recolección de datos consistió en invitar a jóvenes de 21 a 30 años de Ciudad Serdán, Puebla, a participar de manera voluntaria y anónima. Una vez brindado el consentimiento informado, se les proporcionó acceso a una plataforma online donde se presentaron las escalas en formato digital.

- Datos sociodemográficos: edad, género, nivel educativo, ocupación, entre otros.
- Aplicación de la Escala de Depresión de Hamilton (HDRS).
- Aplicación de la Escala de Ansiedad de Beck (BID).

Para cada ítem de las escalas, se proporcionaron instrucciones claras y se aseguró la confidencialidad de las respuestas. Al finalizar, se ofrecieron recomendaciones y recursos de apoyo psicológico para aquellos que manifestaran niveles altos de ansiedad o depresión.

Una vez recolectados los datos, se procedió a la tabulación y análisis estadístico utilizando

software especializado. Se determinaron frecuencias, medias y desviaciones estándar para cada ítem, así como puntuaciones totales para cada escala. A través del análisis de correlación, se exploraron posibles relaciones entre variables sociodemográficas y niveles de ansiedad y depresión.

Con estos resultados, el estudio no solo busca comprender la magnitud del impacto psicológico del COVID-19 en la población joven, sino también proporcionar información valiosa para la toma de decisiones en políticas de salud mental.

3.1 ESCALA DE DEPRESIÓN DE HAMILTON (HDRS)

Consta de 21 ítems de escala tipo Likert y un factor evaluando la depresión.

Cada cuestión tiene entre tres y cinco posibles respuestas, con una puntuación de 0-2 o de 0-4 respectivamente. La puntuación total va de 0 a 52

Tabla 1. Valores de respuesta para HDRS

Respuesta	Valor
No deprimido	0-7
Depresión ligera/menor	8-13
Depresión moderada	14-18
Depresión severa	19-22
Depresión muy severa	>23

El instrumento se transcribe junto con sus opciones de respuesta y valores:

Tabla 2. Instrumento para HDRS

Humor depresivo (tristeza, desesperanza, desamparo, sentimiento de inutilidad)	
• Ausente	0
• Estas sensaciones las expresa solamente si le preguntan cómo se siente	1
• Estas sensaciones las relata espontáneamente	2
• Sensaciones no comunicadas verbalmente (expresión facial, postura, voz, tendencia al llanto)	3
• Manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal en forma espontánea	4
Sentimientos de culpa	
• Ausente	0
• Se culpa a si mismo, cree haber decepcionado a la gente	1
• Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones	2
• Siente que la enfermedad actual es un castigo	3
• Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales de amenaza	4
Suicidio	
• Ausente	0
• Le parece que la vida no vale la pena ser vivida	1
• Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse	2
• Ideas de suicidio o amenazas	3
• Intentos de suicidio (cualquier intento serio)	4
Insomnio precoz	
• No tiene dificultad	0
• Dificultad ocasional para dormir, por ej. más de media hora el conciliar el sueño	1
• Dificultad para dormir cada noche	2

Insomnio intermedio	
• No hay dificultad	0
• Está desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche	1
• Está despierto durante la noche, cualquier ocasión de levantarse de la cama se clasifica en 2 (excepto por motivos de evacuar)	2
Insomnio tardío	
• No hay dificultad	0
• Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir	1
• No puede volver a dormirse si se levanta de la cama	2
Trabajo y actividades	
• No hay dificultad	0
• Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad (trabajos, pasatiempos)	1
• Pérdida de interés en su actividad (disminución de la atención, indecisión y vacilación)	2
• Disminución del tiempo actual dedicado a actividades o disminución de la productividad	3
• Dejó de trabajar por la presente enfermedad. Solo se compromete en las pequeñas tareas, o no puede realizar estas sin ayuda	4
Agitación psicomotora	
• Ninguna	0
• Juega con sus dedos	1
• Juega con sus manos, cabello, etc.	2
• No puede quedarse quieto ni permanecer sentado	3
• Retuerce las manos, se muerde las uñas, se tira de los cabellos, se muerde los labios	4
Ansiedad psíquica	
• No hay dificultad	0
• Tensión subjetiva e irritabilidad	1
• Preocupación por pequeñas cosas	2
• Actitud aprensiva en la expresión o en el habla	3
• Expresa sus temores sin que le pregunten	4

Ansiedad somática (signos físicos de ansiedad: gastrointestinales: sequedad de boca, diarrea, eructos, indigestión, etc; cardiovasculares: palpitaciones, cefaleas; respiratorios: hiperventilación, suspiros; frecuencia de micción incrementada; transpiración)	
• Ausente	0
• Ligera	1
• Moderada	2
• Severa	3
• Incapacitante	4
Síntomas somáticos gastrointestinales	
• Ninguno	0
• Pérdida del apetito, pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen	1
• Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales	2
Síntomas somáticos generales	
• Ninguno	0
• Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias. Cefaleas, algias musculares.	1
• Pérdida de energía y fatigabilidad. Cualquier síntoma bien definido se clasifica en 2	2
Síntomas genitales (tales como: disminución de la libido y trastornos menstruales)	
• Ausente	0
• Débil	1
• Grave	2
Hipocondría	
• Ausente	0
• Preocupado de sí mismo (corporalmente)	1
• Preocupado por su salud	2
• Se lamenta constantemente, solicita ayuda	3

Pérdida de peso

• Pérdida de peso inferior a 500 g en una semana	0
• Pérdida de más de 500 g en una semana	1
• Pérdida de más de 1 kg en una semana	2

Introspección (insight)

• Se da cuenta que está deprimido y enfermo	0
• Se da cuenta de su enfermedad, pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso, etc.	1
• No se da cuenta que está enfermo	2

3.2 ESCALA DE ANSIEDAD DE BECK (BID)

Esta escala es una medida de autoinforme de la ansiedad, consta de 21 items.

Cada cuestión tiene entre cuatro posibles respuestas, con una puntuación de 0-3 respectivamente. La puntuación total va de 0 a 52

Tabla 3. Valores de respuesta para BID

Respuesta	Valor
Ansiedad baja	0-21
Ansiedad moderada	22-35
Niveles de ansiedad potencialmente preocupantes	>36

A continuación, se muestra una lista de los síntomas comunes de la ansiedad.

Tabla 4. Instrumento BID

	Nada	Ligeramente (no me molesta)	Moderadamente (a veces no era agradable)	Severamente (me molesta mucho)
Entumecimiento u hormigueo				
Sensación de calor				
Temblores en las piernas				
Incapaz de relajarse				
Miedo a lo peor sucediendo				
Mareo o aturdió				
Latidos/aceleración del corazón				
Inestable				
Aterrorizado o asustado				
Nerviosismo				
Sensación de asfixia				
Manos temblorosas				
Tembloroso/inestable				
Miedo a perder el control				
Dificultad para respirar				
Miedo a morir				
Asustado				
Indigestión				
Desmayos				
Cara sonrojada				
Sudores fríos/calientes				

3.3 ESCALA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN DE GOLDBERG (GADS)

La Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg se divide en dos subescalas. La primera evalúa la presencia de ansiedad. La segunda evalúa si una persona tiene síntomas de depresión. El instrumento tiene un total de 18 ítems, 9 para cada subescala. Las primeras 4 preguntas deben ser contestadas en cada subescala. En la primera subescala, si respondió afirmativamente a dos o más de estas 4 preguntas, puede pasar a las 5 preguntas restantes. En la segunda, si una o más de estas 4 preguntas son respondidas afirmativamente, puede continuar respondiendo las 5 preguntas restantes. Los puntos de corte son mayor o igual a 4 para la escala de ansiedad, y mayor o igual a 2 para la de depresión. En población geriátrica se ha propuesto su uso como escala única, con un punto de corte ≥ 6 .

Tabla 5. Instrumento GADS

Cuestionario	Sí	No
SUBESCALA DE ANSIEDAD		
1. ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?	1	0
2. ¿Ha estado muy preocupado por algo?	1	0
3. ¿Se ha sentido muy irritable?	1	0
4. ¿Ha tenido dificultad para relajarse?	1	0
5. ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?	1	0
6. ¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?	1	0
7. ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea?	1	0
8. ¿Ha estado preocupado por su salud?	1	0
9. ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?	1	0
10. ¿Se ha sentido con poca energía?	1	0
SUBESCALA DE DEPRESIÓN		
11. ¿Ha perdido usted su interés por las cosas?	1	0
12. ¿Ha perdido la confianza en sí mismo?	1	0
13. ¿Se ha sentido usted desesperanzado, sin esperanzas?	1	0
14. ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?	1	0
15. ¿Ha perdido peso (a causa de su falta de apetito)?	1	0
16. ¿Se ha estado despertando demasiado temprano?	1	0
17. ¿Se ha sentido usted enlentecido?	1	0
18. ¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?	1	0

3.4. MUESTREO

Para el cálculo de tamaño de muestra cuando el universo es finito, es decir, contable y la variable de tipo categórica, primero se debe conocer “N”, o sea, el número total de casos esperados o que ha habido en años anteriores; para eso deben revisar los datos estadísticos del INEGI. La fórmula sería:

$$n = \frac{N \cdot Z_{\alpha}^2 \cdot p \cdot q}{d^2 \cdot (N - 1) + Z_{\alpha}^2 \cdot p \cdot q}$$

Donde:

N = Total de la población

Z α = 1.96 al cuadrado (si la seguridad es del 95 %)

p = proporción esperada (en este caso 50 % = 0.5)

q = 1 - p (en este caso 1-0.5 = 0.5)

d = precisión (en su investigación use un 5 %).

Por lo tanto, aplicando la ecuación 1:

$$n = \frac{(6,224)(1.96^2)(0.5)(0.5)}{(0.05^2)(6,224 - 1) + (1.96^2)(0.5)(0.5)} = 361.88 \approx 362$$

Por lo tanto, en la región de Serdán se deberán entrevistar a 362 jóvenes de 21 a 30 años para que los resultados tengan veracidad.

CAPÍTULO IV

4. RESULTADOS Y ANÁLISIS

4.1. RESULTADOS

4.1.1. POBLACIÓN DE ESTUDIO

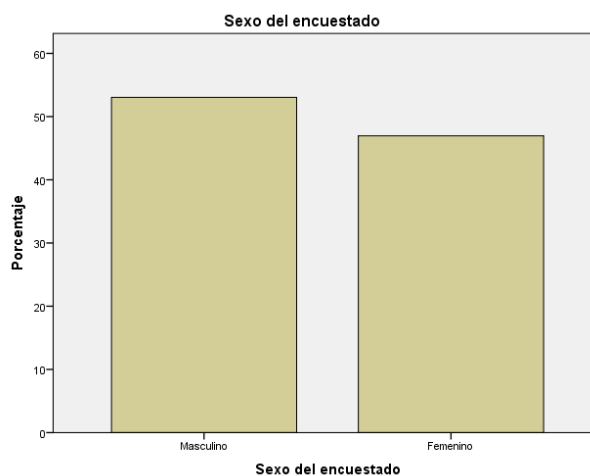
Resultados "Pregunta 1". Sexo del encuestado

Tabla 6. Estadísticos SEXO

Estadísticos		
Sexo del encuestado		
N	Válidos	362
	Perdidos	0
Media		1.47
Error típ. de la media		.026
Mediana		1.00
Moda		1
Desv. típ.		.500
Varianza		.250
Rango		1
Mínimo		1
Máximo		2
Percentiles	5	1.00
	25	1.00
	50	1.00
	75	2.00

Sexo del encuestado					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Masculino	192	53.0	53.0	53.0
	Femenino	170	47.0	47.0	100.0
	Total	362	100.0	100.0	

Figura 6. Gráfica sexo del encuestado



Fuente. Elaboración propia

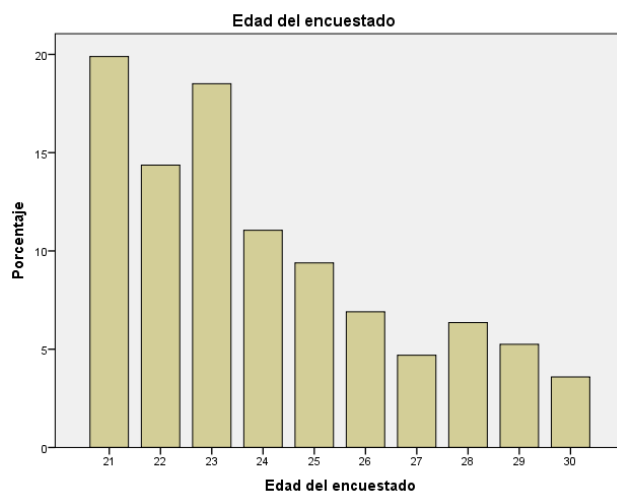
Fuente. Elaboración propia

Resultados "Pregunta 2". Edad del encuestado

Tabla 7. Estadísticos edad del encuestado

Estadísticos		
Edad del encuestado		
N	Válidos	362
	Perdidos	0
Media		24.04
Error típ. de la media		.139
Mediana		23.00
Moda		21
Desv. típ.		2.642
Varianza		6.982
Rango		9
Mínimo		21
Máximo		30
Percentiles	5	21.00
	25	22.00
	50	23.00
	75	26.00

Figura 7. Gráfico edad del encuestado



Fuente. Elaboración propia.

Edad del encuestado					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	21	72	19.9	19.9	19.9
	22	52	14.4	14.4	34.3
	23	67	18.5	18.5	52.8
	24	40	11.0	11.0	63.8
	25	34	9.4	9.4	73.2
	26	25	6.9	6.9	80.1
	27	17	4.7	4.7	84.8
	28	23	6.4	6.4	91.2
	29	19	5.2	5.2	96.4
	30	13	3.6	3.6	100.0
	Total	362	100.0	100.0	

Fuente. Elaboración propia.

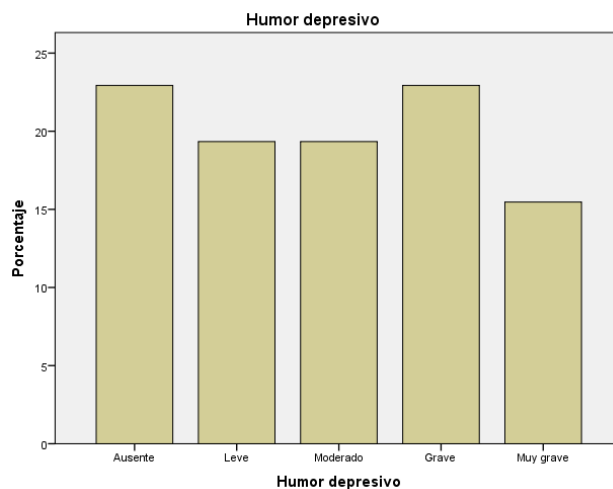
4.1.2. ESCALA DE DEPRESIÓN DE HAMILTON (HDRS)

Resultados “Humor depresivo HDRS”

Tabla 8. Estadísticos humor depresivo HDRS

Estadísticos		
Humor depresivo		
N	Válidos	362
	Perdidos	0
Media		1.89
Error típ. de la media		.073
Mediana		2.00
Moda		0°
Desv. típ.		1.397
Varianza		1.951
Rango		4
Mínimo		0
Máximo		4
Percentiles	5	.00
	25	1.00
	50	2.00
	75	3.00

Figura 8. Grafica humor depresivo HDRS



Fuente. Elaboración propia.

Humor depresivo					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Ausente	83	22.9	22.9	22.9
	Leve	70	19.3	19.3	42.3
	Moderado	70	19.3	19.3	61.6
	Grave	83	22.9	22.9	84.5
	Muy grave	56	15.5	15.5	100.0
	Total	362	100.0	100.0	

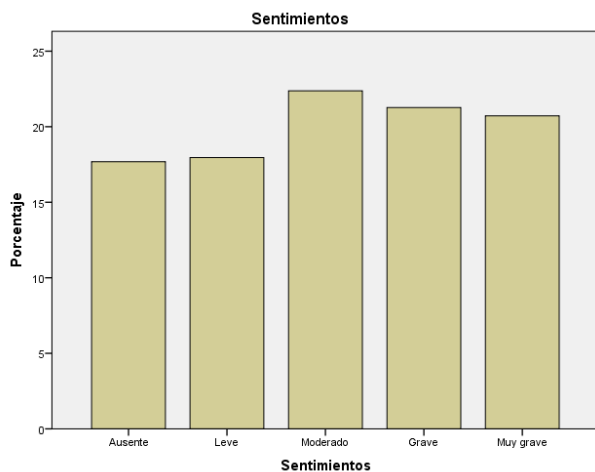
Fuente. Elaboración propia

Resultados "Sentimientos HDRS"

Tabla 9. Estadísticos Sentimientos HDRS

Estadísticos		
Sentimientos		
N	Válidos	362
	Perdidos	0
Media		2.09
Error típ. de la media		.073
Mediana		2.00
Moda		2
Desv. típ.		1.387
Varianza		1.925
Rango		4
Mínimo		0
Máximo		4
Percentiles	5	.00
	25	1.00
	50	2.00
	75	3.00

Figura 9. Gráfica sentimientos HDRS



Fuente. Elaboración propia.

Sentimientos					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Ausente	64	17.7	17.7	17.7
	Leve	65	18.0	18.0	35.6
	Moderado	81	22.4	22.4	58.0
	Grave	77	21.3	21.3	79.3
	Muy grave	75	20.7	20.7	100.0
	Total	362	100.0	100.0	

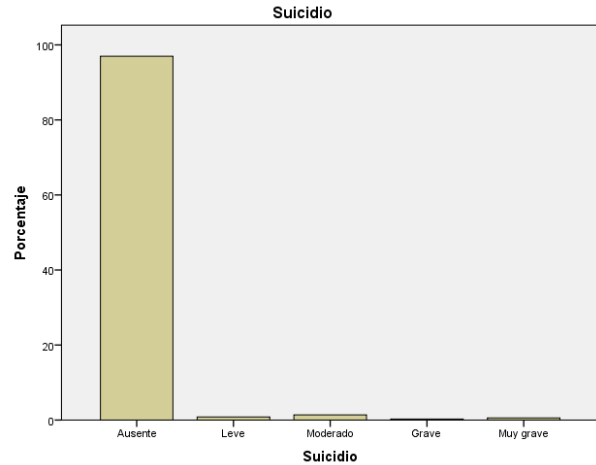
Fuente. Elaboración propia.

Resultados "Suicidio HDRS"

Tabla 10. Estadísticos Suicidio HDRS

Estadísticos		
Suicidio		
N	Válidos	362
	Perdidos	0
Media		2.13
Error típ. de la media		.073
Mediana		2.00
Moda		3
Desv. típ.		1.381
Varianza		1.908
Rango		4
Mínimo		0
Máximo		4
Percentiles	5	.00
	25	1.00
	50	2.00
	75	3.00

Figura 10. Gráfica suicidio HDRS



Fuente. Elaboración propia.

Suicidio					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Ausente	351	97.0	97.0	97.0
	Leve	3	.8	.8	97.8
	Moderado	5	1.4	1.4	99.2
	Grave	1	.3	.3	99.4
	Muy grave	2	.6	.6	100.0
	Total	362	100.0	100.0	

Fuente. Elaboración propia.

Resultados "Insomnio HDRS"

Tabla 11. Estadísticos Insomnio HDRS

Estadísticos				
		Insomnio intermedio	Insomnio precoz	Insomnio tardío
N	Válidos	362	362	362
	Perdidos	0	0	0
Media		1.00	.99	1.00
Error típ. de la media		.041	.042	.044
Mediana		1.00	1.00	1.00
Moda		1	1	0a
Desv. típ.		.779	.807	.832
Varianza		.607	.651	.693
Rango		2	2	2
Mínimo		0	0	0
Máximo		2	2	2
Percentiles	5	.00	.00	.00
	25	.00	.00	.00
	50	1.00	1.00	1.00
	75	2.00	2.00	2.00
a. Existen varias modas. Se mostrará el menor de los valores.				

Insomnio intermedio					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Ausente	110	30.4	30.4	30.4
	Leve	143	39.5	39.5	69.9
	Grave	109	30.1	30.1	100.0
	Total	362	100.0	100.0	

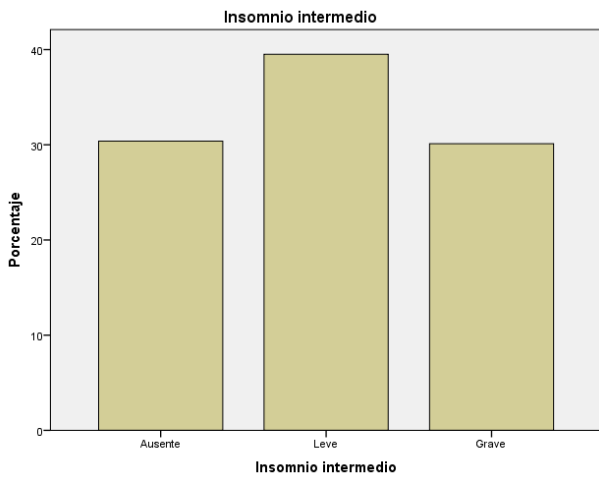
Insomnio precoz					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Ausente	120	33.1	33.1	33.1
	Leve	127	35.1	35.1	68.2
	Grave	115	31.8	31.8	100.0
	Total	362	100.0	100.0	

Fuente. Elaboración propia.

Insomnio tardío					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Ausente	125	34.5	34.5	34.5
	Leve	112	30.9	30.9	65.5
	Grave	125	34.5	34.5	100.0
	Total	362	100.0	100.0	

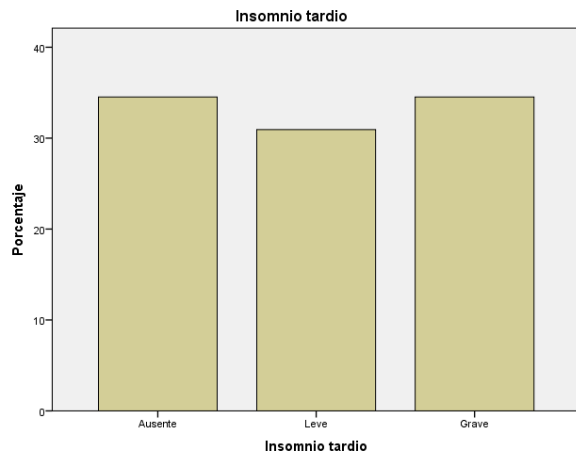
Fuente. Elaboración propia.

Figura 11. Gráfica Insomnio intermedio HDRS



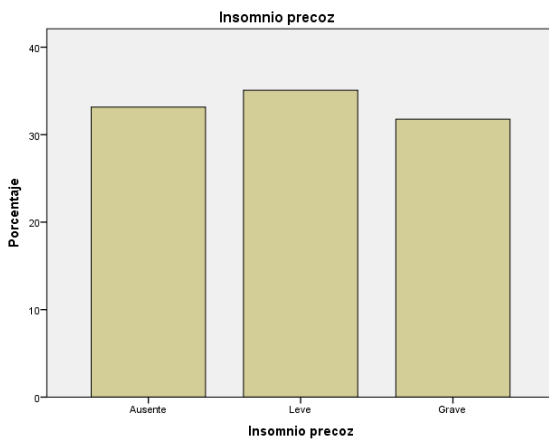
Fuente: Elaboración propia

Figura 13. Gráfica Insomnio tardío HDRS



Fuente. Elaboración propia.

Figura 12. Gráfica Insomnio precoz HDRS



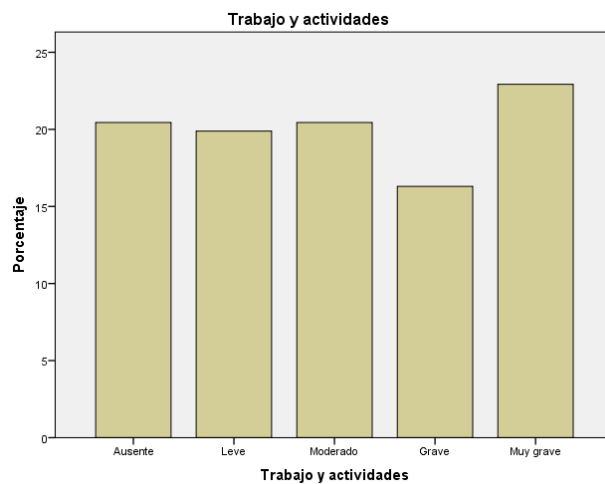
Fuente. Elaboración propia.

Resultados “Trabajo y actividades HDRS”

Tabla 12. Estadísticos Trabajo y actividades HDRS

Estadísticos		
Trabajo y actividades		
N	Válidos	362
	Perdidos	0
Media		2.01
Error típ. de la media		.076
Mediana		2.00
Moda		4
Desv. típ.		1.450
Varianza		2.102
Rango		4
Mínimo		0
Máximo		4
Percentiles	5	.00
	25	1.00

Figura 14. Gráfica Trabajo y actividades tardío HDRS



Fuente. Elaboración propia.

Trabajo y actividades					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Ausente	74	20.4	20.4	20.4
	Leve	72	19.9	19.9	40.3
	Moderado	74	20.4	20.4	60.8
	Grave	59	16.3	16.3	77.1
	Muy grave	83	22.9	22.9	100.0
	Total	362	100.0	100.0	

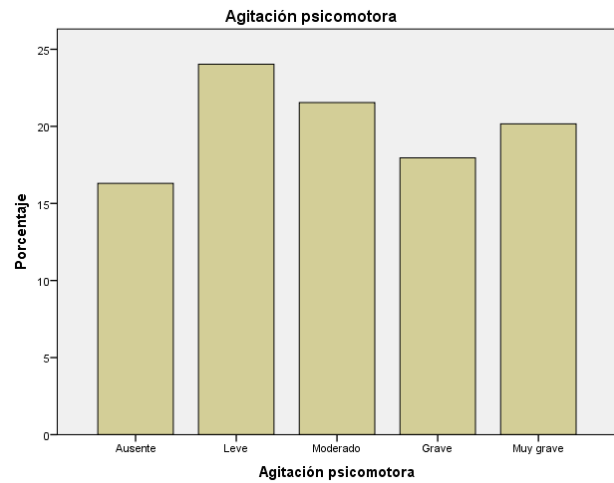
Fuente. Elaboración propia.

Resultados "Agitación psicomotora HDRS"

Figura 15. Gráfica Trabajo y actividades HDRS

Tabla 13. Estadísticos Agitación psicomotora HDRS

Estadísticos		
Agitación psicomotora		
N	Válidos	362
	Perdidos	0
Media		2.02
Error típ. de la media		.072
Mediana		2.00
Moda		1
Desv. típ.		1.372
Varianza		1.883
Rango		4
Mínimo		0
Máximo		4
Percentiles	5	.00
	25	1.00
	50	2.00
	75	3.00



Fuente. Elaboración propia.

Agitación psicomotora					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Ausente	59	16.3	16.3	16.3
	Leve	87	24.0	24.0	40.3
	Moderado	78	21.5	21.5	61.9
	Grave	65	18.0	18.0	79.8
	Muy grave	73	20.2	20.2	100.0
	Total	362	100.0	100.0	

Fuente. Elaboración propia.

Resultados "Ansiedad HDRS"

Tabla 14. Estadísticos Ansiedad HDRS

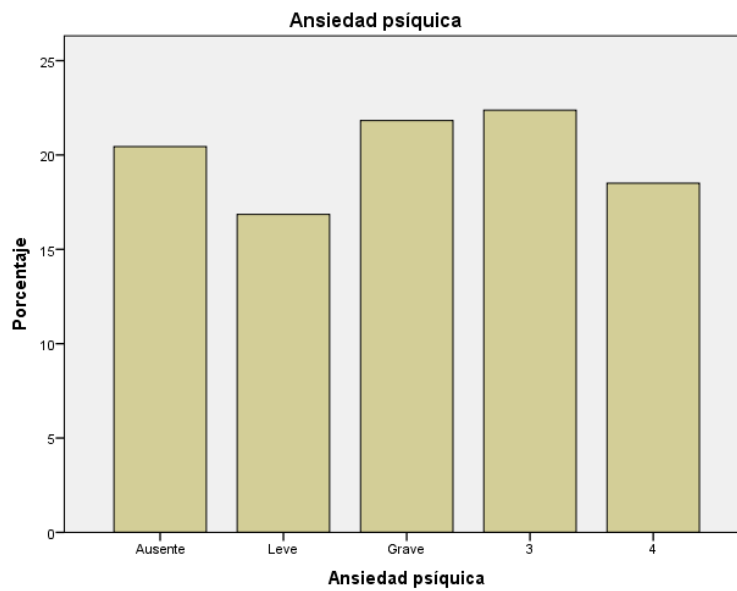
Estadísticos			
		Ansiedad psíquica	Ansiedad somática
N	Válidos	362	362
	Perdidos	0	0
Media		2.02	2.01
Error típ. de la media		.073	.073
Mediana		2.00	2.00
Moda		3	3
Desv. típ.		1.398	1.381
Varianza		1.955	1.908
Rango		4	4
Mínimo		0	0
Máximo		4	4
Percentiles	5	.00	.00
	25	1.00	1.00
	50	2.00	2.00
	75	3.00	3.00

Ansiedad psíquica					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Ausente	74	20.4	20.4	20.4
	Leve	61	16.9	16.9	37.3
	Grave	79	21.8	21.8	59.1
	3	81	22.4	22.4	81.5
	4	67	18.5	18.5	100.0
	Total	362	100.0	100.0	

Ansiedad somática					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Ausente	68	18.8	18.8	18.8
	Leve	73	20.2	20.2	39.0
	Grave	72	19.9	19.9	58.8
	3	84	23.2	23.2	82.0
	4	65	18.0	18.0	100.0
	Total	362	100.0	100.0	

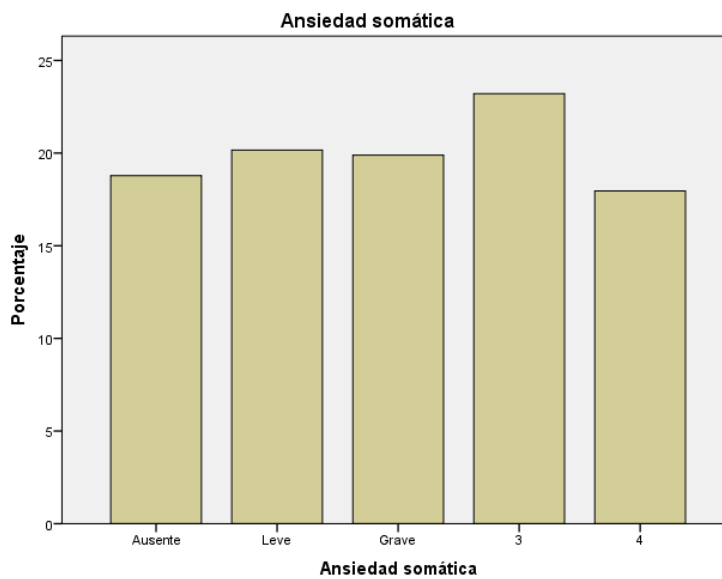
Fuente. Elaboración propia.

Figura 16. Gráfica Ansiedad psíquica HDRS



Fuente. Elaboración propia.

Figura 17. Gráfica Ansiedad somática HDRS



Fuente. Elaboración propia.

Resultados "Síntomas somáticos HDRS"

Tabla 15. Estadísticos Síntomas somáticos HDRS

Estadísticos				
		Síntomas somáticos gastrointestinal	Síntomas somáticos generales	Síntomas genitales
N	Válidos	362	362	362
	Perdidos	0	0	0
Media		1.04	.98	1.02
Error típ. de la media		.043	.044	.044
Mediana		1.00	1.00	1.00
Moda		2	0	2
Desv. típ.		.826	.839	.829
Varianza		.682	.703	.687
Rango		2	2	2
Mínimo		0	0	0
Máximo		2	2	2
Percentiles	5	.00	.00	.00
	25	.00	.00	.00
	50	1.00	1.00	1.00
	75	2.00	2.00	2.00

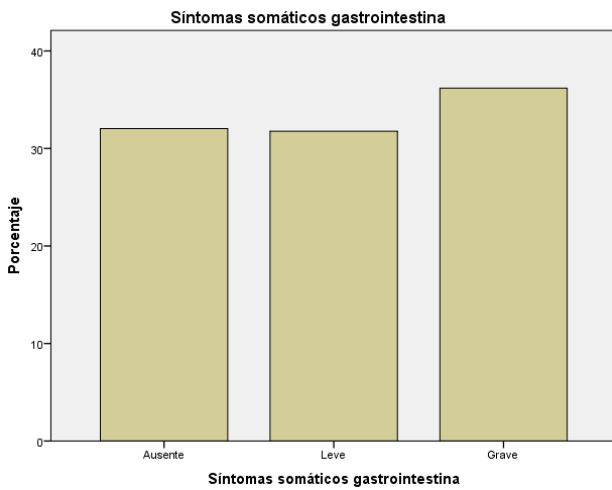
Síntomas somáticos gastrointestinal					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Ausente	116	32.0	32.0	32.0
	Leve	115	31.8	31.8	63.8
	Grave	131	36.2	36.2	100.0
	Total	362	100.0	100.0	

Síntomas somáticos generales					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Ausente	130	35.9	35.9	35.9
	Leve	108	29.8	29.8	65.7
	Grave	124	34.3	34.3	100.0
	Total	362	100.0	100.0	

Síntomas genitales					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Ausente	121	33.4	33.4	33.4
	Leve	114	31.5	31.5	64.9
	Grave	127	35.1	35.1	100.0
	Total	362	100.0	100.0	

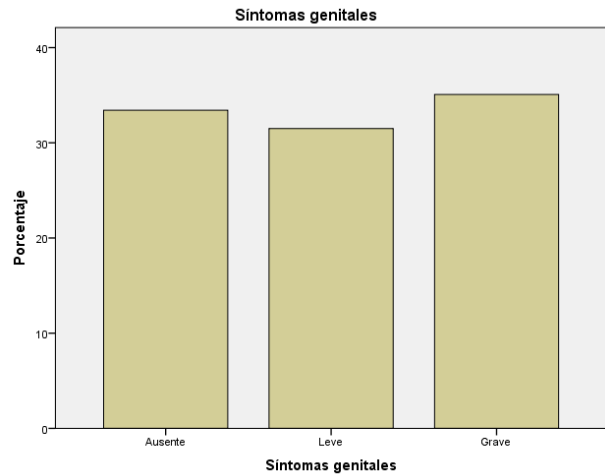
Fuente. Elaboración propia.

Figura 18. Gráfica Síntomas somáticos gastrointestinales HDRS



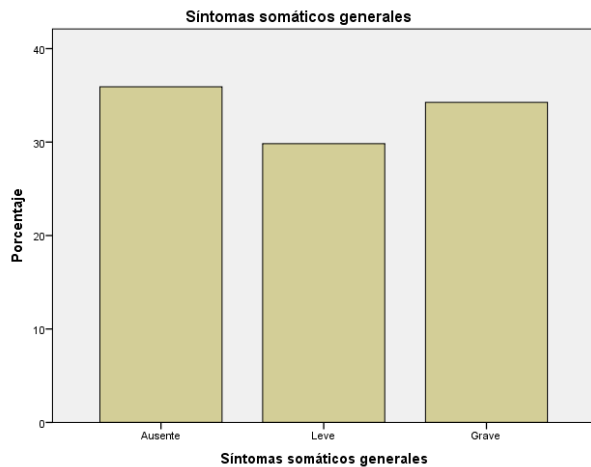
Fuente. Elaboración propia.

Figura 20. Gráfica Síntomas somáticos genitales HDRS



Fuente. Elaboración propia.

Figura 19. Gráfica Síntomas somáticos generales HDRS



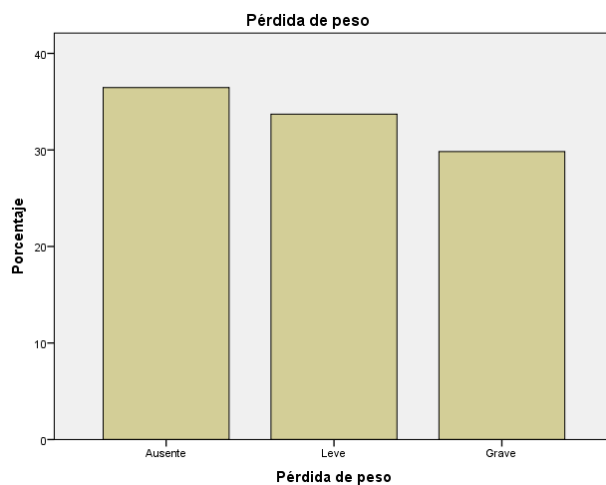
Fuente. Elaboración propia.

Resultados "Pérdida de peso HDRS"

Figura 21. Gráfica pérdida de peso HDRS

Tabla 16. Estadísticos pérdida de peso HDRS

Estadísticos		
Pérdida de peso		
N	Válidos	362
	Perdidos	0
Media		.93
Error típ. de la media		.043
Mediana		1.00
Moda		0
Desv. típ.		.813
Varianza		.660
Rango		2
Mínimo		0
Máximo		2
Percentiles	5	.00
	25	.00
	50	1.00
	75	2.00



Fuente. Elaboración propia.

Pérdida de peso					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Ausente	132	36.5	36.5	36.5
	Leve	122	33.7	33.7	70.2
	Grave	108	29.8	29.8	100.0
	Total	362	100.0	100.0	

Fuente. Elaboración propia.

4.1.3. ESCALA DE ANSIEDAD DE BECK (BID)

Tabla 17. Estadísticos resultados BID

Estadísticos											
		B1	B2	B2	B4	B5	B6	B7	B8	B9	B10
N	Válidos	262									
	Perdidos	0									
Media		1.43	1.40	1.48	1.47	1.44	1.40	1.16	1.40	1.33	1.42
Error típ. de la media		.059	.060	.061	.057	.060	.061	.060	.059	.060	.060
Mediana		1.00	1.00	1.00	1.00	2.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Moda		0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Desv. típ.		1.117	1.146	1.156	1.076	1.147	1.163	1.147	1.122	1.148	1.141
Varianza		1.248	1.314	1.336	1.158	1.316	1.353	1.315	1.260	1.317	1.303
Rango		3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
Mínimo		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Máximo		3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
Percentiles	5	.00	.00	.00	.00	.00	.00	.00	.00	.00	.00
	25	.00	.00	.00	1.00	.00	.00	.00	.00	.00	.00
	50	1.00	1.00	1.00	1.00	2.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
	75	2.00	2.00	3.00	2.00	2.00	2.25	2.00	2.00	2.00	2.00

Estadísticos												
		B11	B12	B13	B14	B15	B16	B17	B18	B19	B20	B21
N	Válidos	262										
	Perdidos	0										
Media		.77	1.37	1.42	1.43	.69	1.48	1.30	1.39	.12	1.35	1.32
Error típ. de la media		.060	.059	.061	.062	.056	.058	.060	.059	.027	.061	.061
Mediana		.00	1.00	1.00	2.00	.00	2.00	1.00	1.00	.00	1.00	1.00
Moda		0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0
Desv. típ.		1.143	1.124	1.163	1.171	1.061	1.104	1.144	1.119	.514	1.156	1.159
Varianza		1.307	1.264	1.353	1.370	1.125	1.220	1.308	1.252	.264	1.336	1.344
Rango		3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
Mínimo		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Máximo		3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
Percentiles	5	.00	.00	.00	.00	.00	.00	.00	.00	.00	.00	.00
	25	.00	.00	.00	.00	.00	.00	.00	.00	.00	.00	.00
	50	.00	1.00	1.00	2.00	.00	2.00	1.00	1.00	.00	1.00	1.00
	75	2.00	2.00	2.00	2.00	1.00	2.00	2.00	2.00	.00	2.00	2.00

Tabla 18. Estadísticos Entumecimiento BID

Entumecimiento					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nada	99	27.3	27.3	27.3
	Ligeramente	91	25.1	25.1	52.5
	Moderado	90	24.9	24.9	77.3
	Severamente	82	22.7	22.7	100.0
	Total	362	100.0	100.0	

Fuente. Elaboración propia.

Tabla 18.1 Estadísticos Sensación de calor BID

Sensación de calor					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nada	112	30.9	30.9	30.9
	Ligeramente	77	21.3	21.3	52.2
	Moderado	91	25.1	25.1	77.3
	Severamente	82	22.7	22.7	100.0
	Total	362	100.0	100.0	

Fuente. Elaboración propia

Tabla 19. Estadísticos temblores en las piernas BID

Temblores en las piernas					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nada	101	27.9	27.9	27.9
	Ligeramente	81	22.4	22.4	50.3
	Moderado	85	23.5	23.5	73.8
	Severamente	95	26.2	26.2	100.0
	Total	362	100.0	100.0	

Fuente. Elaboración propia.

Tabla 20. Estadísticos incapaz relajarse BID

Incapaz de relajarse					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nada	85	23.5	23.5	23.5
	Ligeramente	102	28.2	28.2	51.7
	Moderado	96	26.5	26.5	78.2
	Severamente	79	21.8	21.8	100.0
	Total	362	100.0	100.0	

Fuente. Elaboración propia.

Tabla 21. Estadísticos miedo a lo peor sucediendo BID

Miedo a lo peor sucediendo					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nada	108	29.8	29.8	29.8
	Ligeramente	72	19.9	19.9	49.7
	Moderado	97	26.8	26.8	76.5
	Severamente	85	23.5	23.5	100.0
	Total	362	100.0	100.0	

Fuente. Elaboración propia.

Tabla 22. Estadísticos mareos BID

Mareo o aturdimiento					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nada	111	30.7	30.7	30.7
	Ligeramente	87	24.0	24.0	54.7
	Moderado	74	20.4	20.4	75.1
	Severamente	90	24.9	24.9	100.0
	Total	362	100.0	100.0	

Fuente. Elaboración propia.

Tabla 23. Estadísticos aceleración del corazón BID

Latidos/aceleración del corazón					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nada	147	40.6	40.6	40.6
	Ligeramente	76	21.0	21.0	61.6
	Moderado	73	20.2	20.2	81.8
	Severamente	66	18.2	18.2	100.0
	Total	362	100.0	100.0	

Fuente. Elaboración propia.

Tabla 24. Estadísticos inestable BID

Inestable					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nada	102	28.2	28.2	28.2
	Ligeramente	96	26.5	26.5	54.7
	Moderado	82	22.7	22.7	77.3
	Severamente	82	22.7	22.7	100.0
	Total	362	100.0	100.0	

Fuente. Elaboración propia.

Tabla 25. Estadísticos asustado BID

Aterrorizado o asustado					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nada	117	32.3	32.3	32.3
	Ligeramente	91	25.1	25.1	57.5
	Moderado	73	20.2	20.2	77.6
	Severamente	81	22.4	22.4	100.0
	Total	362	100.0	100.0	

Fuente. Elaboración propia.

Tabla 26. Estadísticos nerviosismo BID

Nerviosismo					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nada	108	29.8	29.8	29.8
	Ligeramente	76	21.0	21.0	50.8
	Moderado	95	26.2	26.2	77.1
	Severamente	83	22.9	22.9	100.0
	Total	362	100.0	100.0	

Fuente. Elaboración propia.

Tabla 27. Estadísticos sensación de asfixia BID

Sensación de asfixia					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nada	231	63.8	63.8	63.8
	Ligeramente	39	10.8	10.8	74.6
	Moderado	36	9.9	9.9	84.5
	Severamente	56	15.5	15.5	100.0
	Total	362	100.0	100.0	

Fuente. Elaboración propia.

Tabla 28. Estadísticos manos temblorosas BID

Manos temblorosas					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nada	112	30.9	30.9	30.9
	Ligeramente	79	21.8	21.8	52.8
	Moderado	97	26.8	26.8	79.6
	Severamente	74	20.4	20.4	100.0
	Total	362	100.0	100.0	

Fuente. Elaboración propia.

Tabla 29. Estadísticos temblores BID

Tembloroso/inestable					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nada	113	31.2	31.2	31.2
	Ligeramente	70	19.3	19.3	50.6
	Moderado	92	25.4	25.4	76.0
	Severamente	87	24.0	24.0	100.0
	Total	362	100.0	100.0	

Fuente. Elaboración propia.

Tabla 30. Estadísticos miedo perder control BID

Miedo a perder el control					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nada	116	32.0	32.0	32.0
	Ligeramente	62	17.1	17.1	49.2
	Moderado	97	26.8	26.8	76.0
	Severamente	87	24.0	24.0	100.0
	Total	362	100.0	100.0	

Fuente. Elaboración propia.

Tabla 31. Estadísticos dificultad para respirar BID

Dificultad para respirar					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nada	236	65.2	65.2	65.2
	Ligeramente	46	12.7	12.7	77.9
	Moderado	38	10.5	10.5	88.4
	Severamente	42	11.6	11.6	100.0
	Total	362	100.0	100.0	

Fuente. Elaboración propia.

Tabla 32. Estadísticos miedo a morri BID

Miedo a morir					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nada	94	26.0	26.0	26.0
	Ligeramente	81	22.4	22.4	48.3
	Moderado	106	29.3	29.3	77.6
	Severamente	81	22.4	22.4	100.0
	Total	362	100.0	100.0	

Fuente. Elaboración propia.

Tabla 33. Estadísticos ASUSTADO BID

Asustado					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nada	122	33.7	33.7	33.7
	Ligeramente	85	23.5	23.5	57.2
	Moderado	79	21.8	21.8	79.0
	Severamente	76	21.0	21.0	100.0
	Total	362	100.0	100.0	

Fuente. Elaboración propia.

Tabla 34. Estadísticos indigestión BID

Indigestión					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nada	109	30.1	30.1	30.1
	Ligeramente	77	21.3	21.3	51.4
	Moderado	102	28.2	28.2	79.6
	Severamente	74	20.4	20.4	100.0
	Total	362	100.0	100.0	

Fuente. Elaboración propia.

Tabla 35. Estadísticos desmayos BID

Desmayos					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nada	337	93.1	93.1	93.1
	Ligeramente	13	3.6	3.6	96.7
	Moderado	4	1.1	1.1	97.8
	Severamente	8	2.2	2.2	100.0
	Total	362	100.0	100.0	

Fuente. Elaboración propia.

Tabla 36. Estadísticos cara sonrojada BID

Cara sonrojada					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nada	120	33.1	33.1	33.1
	Ligeramente	75	20.7	20.7	53.9
	Moderado	87	24.0	24.0	77.9
	Severamente	80	22.1	22.1	100.0
	Total	362	100.0	100.0	

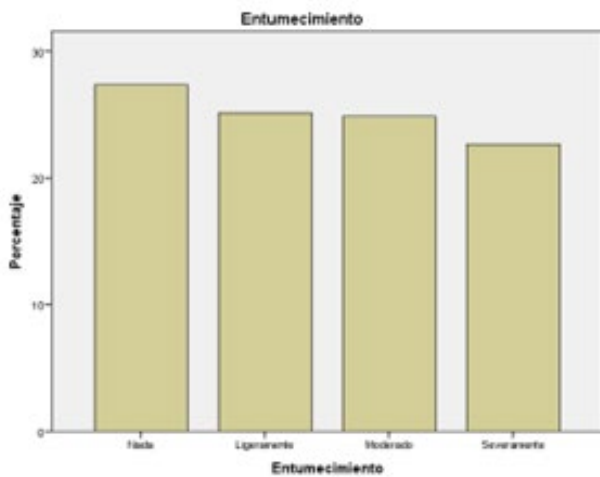
Fuente. Elaboración propia.

Tabla 37. Estadísticos Sensación de calor BID

Sudores fríos/calientes					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nada	121	33.4	33.4	33.4
	Ligeramente	85	23.5	23.5	56.9
	Moderado	74	20.4	20.4	77.3
	Severamente	82	22.7	22.7	100.0
	Total	362	100.0	100.0	

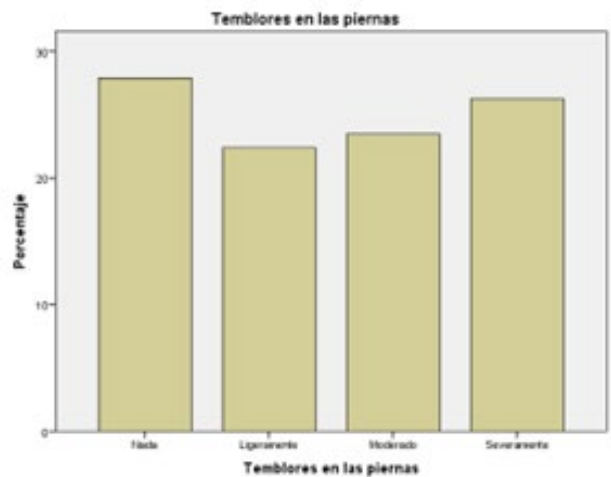
Fuente. Elaboración propia.

Figura 22. Gráfica entumecimiento BID



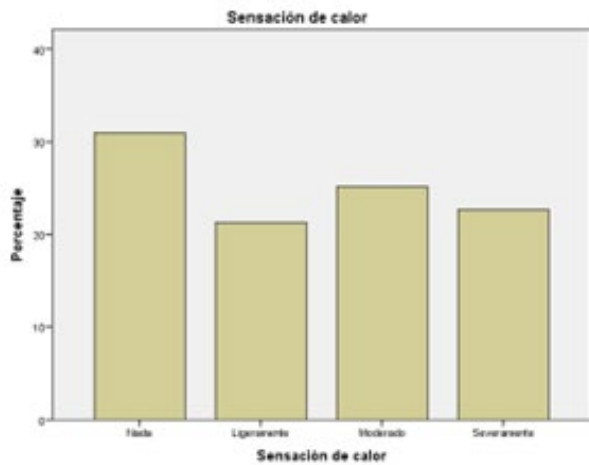
Fuente. Elaboración propia.

Figura 24. Gráfica temblores en las piernas BID



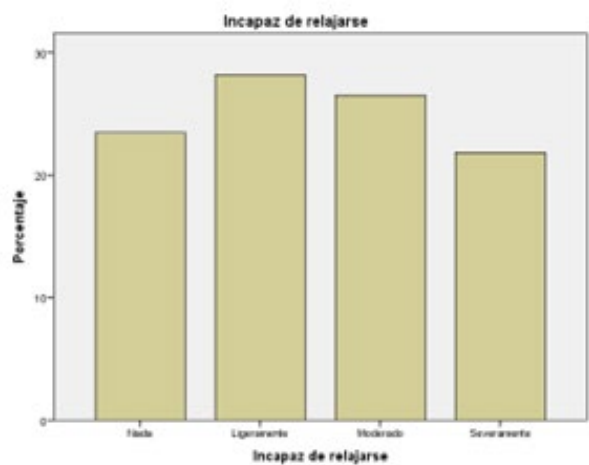
Fuente. Elaboración propia.

Figura 23. Gráfica sensación de calor BID



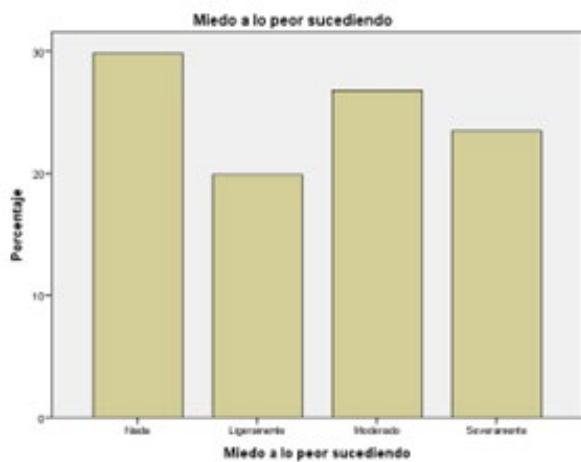
Fuente. Elaboración propia.

Figura 25. Gráfica incapaz de relajarse BID



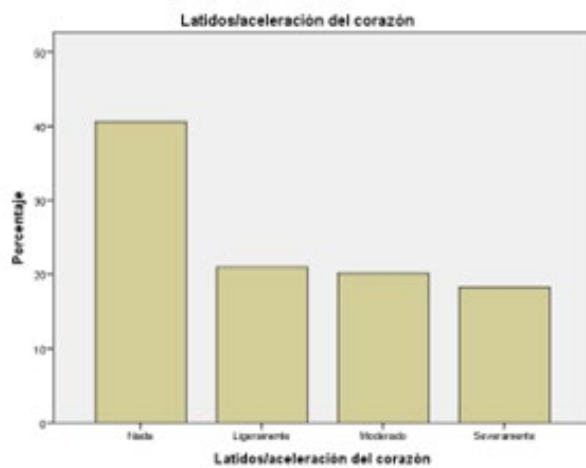
Fuente. Elaboración propia.

Figura 26. Gráfica miedo a lo peor sucedido BID



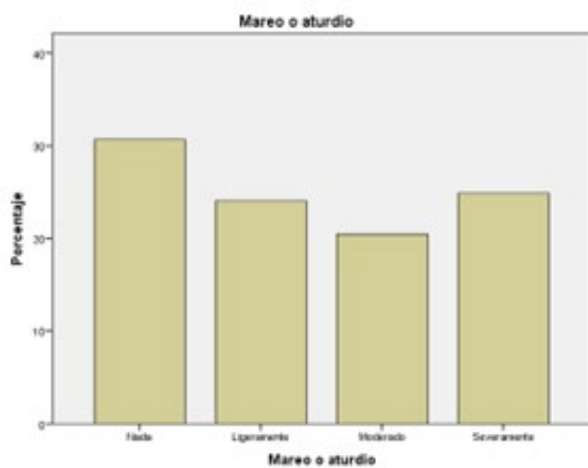
Fuente. Elaboración propia.

Figura 28. Gráfica aceleración corazón BID



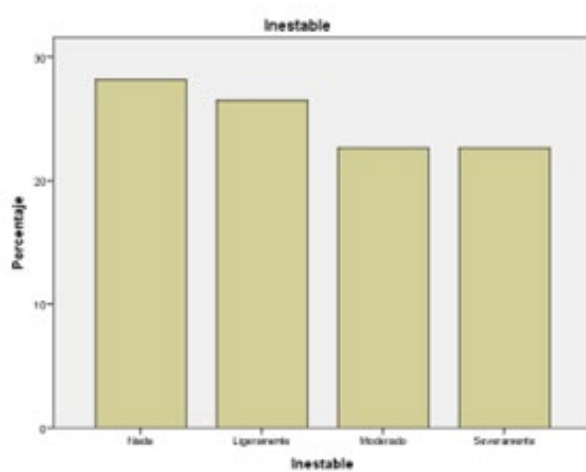
Fuente. Elaboración propia.

Figura 27. Gráfica mareo BID



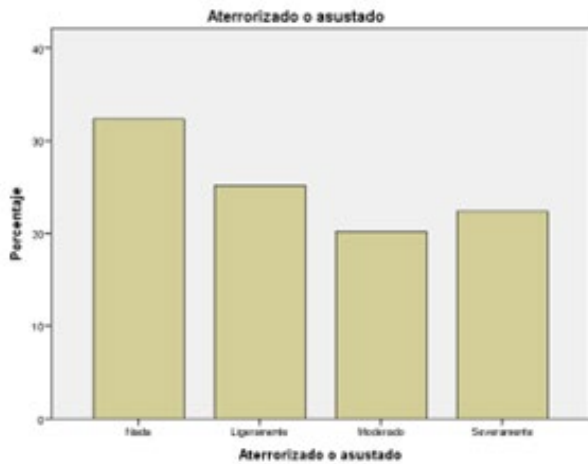
Fuente. Elaboración propia.

Figura 29. Gráfica inestabilidad BID



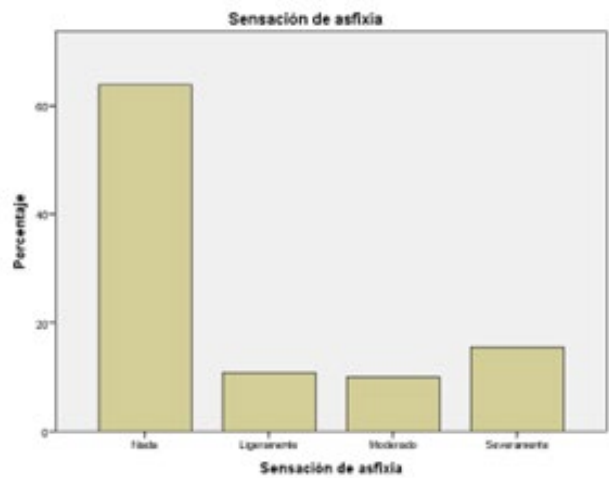
Fuente. Elaboración propia.

Figura 30. Gráfica aterrorizado BID



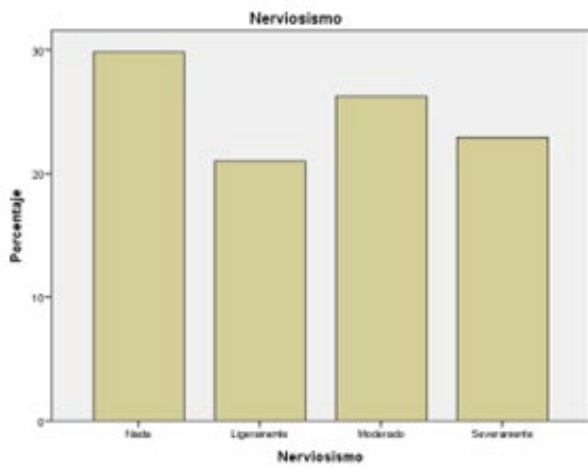
Fuente. Elaboración propia.

Figura 32. Gráfica sensación asfixia BID



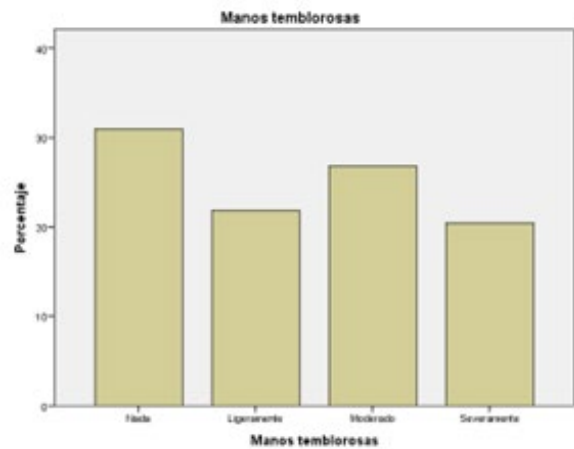
Fuente. Elaboración propia.

Figura 31. Gráfica nerviosismo BID



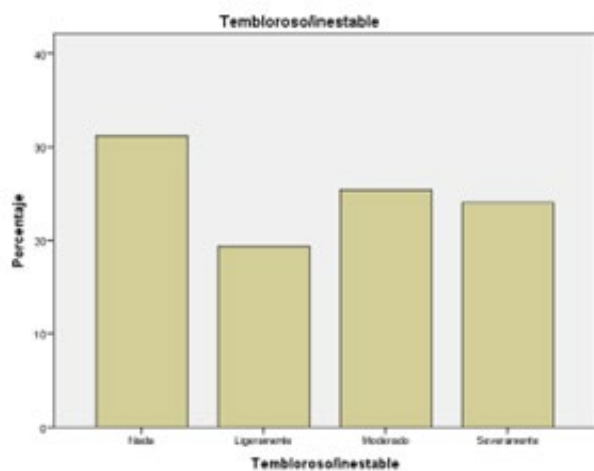
Fuente. Elaboración propia.

Figura 33. Gráfica manos temblorosas BID



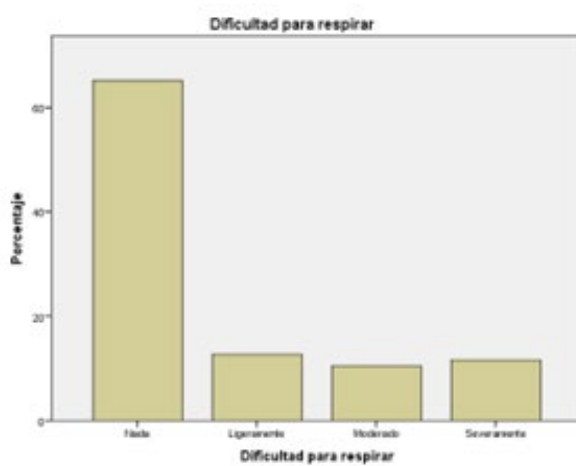
Fuente. Elaboración propia.

Figura 34. Gráfica temblores BID



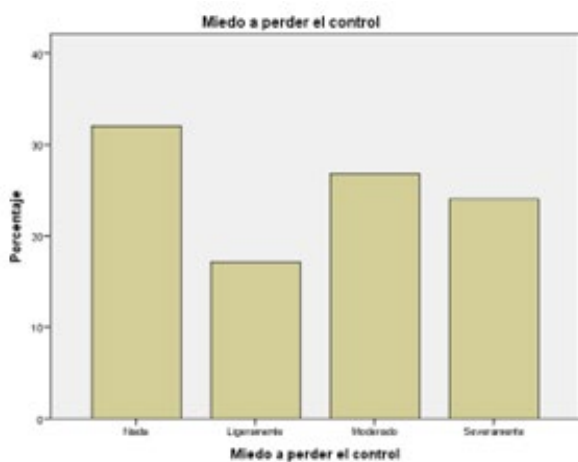
Fuente. Elaboración propia.

Figura 36. Gráfica dificultad respirar BID



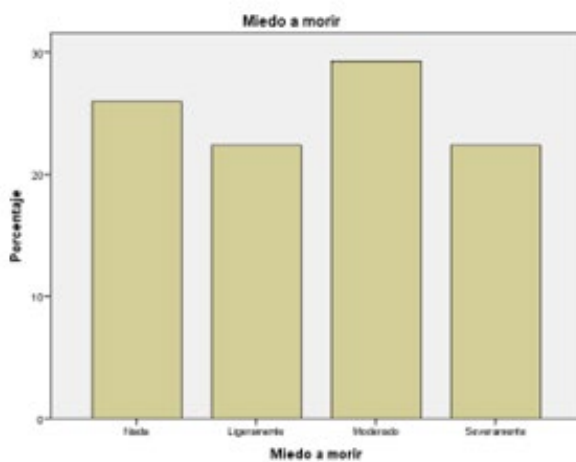
Fuente. Elaboración propia.

Figura 35. Gráfica miedo a perder el control BID



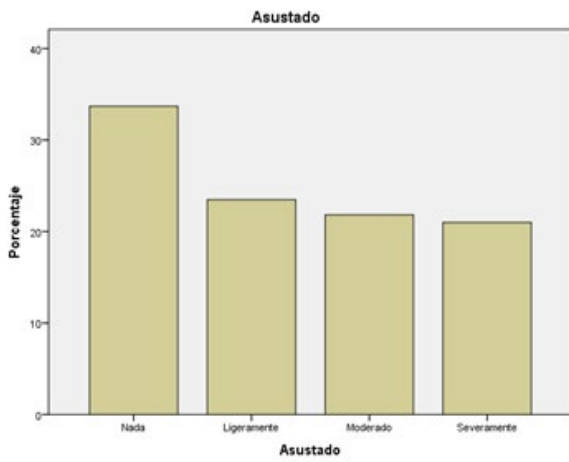
Fuente. Elaboración propia.

Figura 37. Gráfica miedo a morir BID



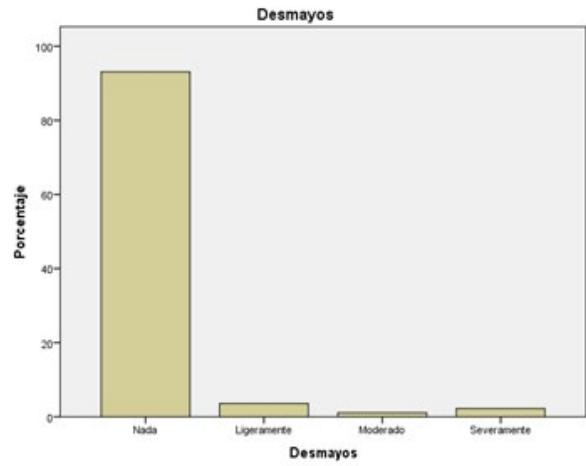
Fuente. Elaboración propia.

Figura 38. Gráfica asustado BID



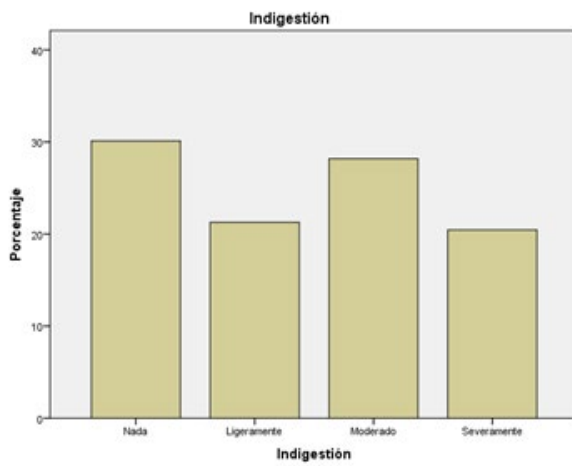
Fuente. Elaboración propia.

Figura 40. Gráfica DESMAYOS BID



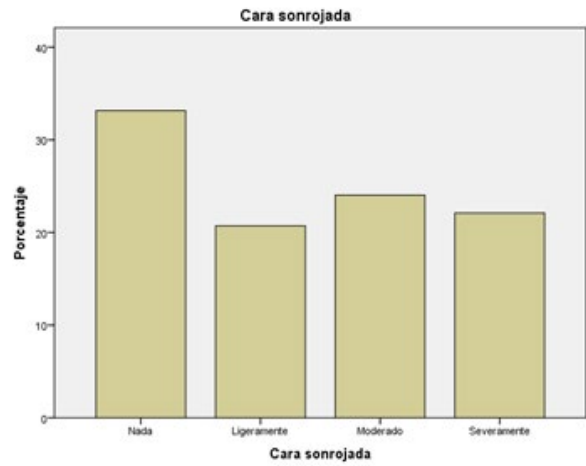
Fuente. Elaboración propia.

Figura 39. Gráfica indigestión BID



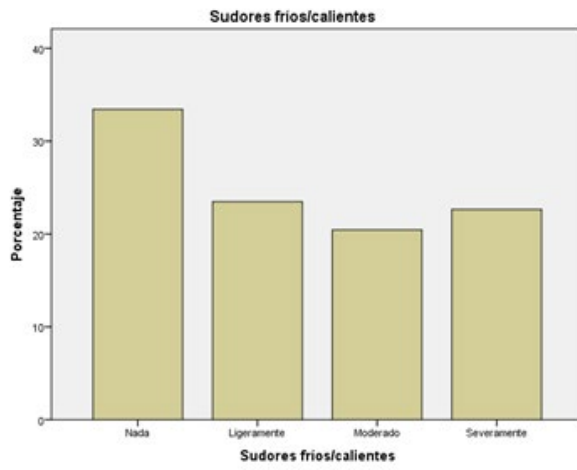
Fuente. Elaboración propia.

Figura 41. Gráfica cara sonrojada BID



Fuente. Elaboración propia.

Figura 42. Gráfica sudoración fría BID



Fuente. Elaboración propia.

4.1.4. ESCALA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN DE GOLDBERG (GADS)

4.1.4.1. ANSIEDAD

Tabla 38. Estadísticos resultados GADS Parte. I

Estadísticos						
		¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?	¿Ha estado muy preocupado por algo?	¿Se ha sentido muy irritable?	¿Ha tenido dificultad para relajarse?	¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?
Desv. típ.		.496	.501	.501	.501	.501
Varianza		.246	.251	.251	.251	.251
Rango		1	1	1	1	1
Mínimo		0	0	0	0	0
Máximo		1	1	1	1	1
Percentiles	5	.00	.00	.00	.00	.00
	25	.00	.00	.00	.00	.00
	50	.00	.00	.00	1.00	1.00
	75	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00

Fuente. Elaboración propia.

Tabla 38. Estadísticos resultados GADS Parte II

Estadísticos						
		¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?	¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea?	¿Ha estado preocupado por su salud?	¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?	¿Se ha sentido con poca energía?
N	Válidos	362	362	362	362	362
	Perdidos	0	0	0	0	0
Media		.50	.48	.49	.49	.48
Error típ. de la media		.026	.026	.026	.026	.026
Mediana		1.00	.00	.00	.00	.00
Moda		1	0	0	0	0
Desv. típ.		.501	.500	.501	.501	.500
Varianza		.251	.250	.251	.251	.250
Rango		1	1	1	1	1
Máximo		1	1	1	1	1
Percentiles	5	.00	.00	.00	.00	.00
	25	.00	.00	.00	.00	.00
	50	1.00	.00	.00	.00	.00
	75	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00

Fuente. Elaboración propia.

Tabla 39. Estadísticos ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión? GADS

¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	206	56.9	56.9	56.9
	Sí	156	43.1	43.1	100.0
	Total	362	100.0	100.0	

Fuente. Elaboración propia.

Tabla 40. Estadísticos ¿Ha estado muy preocupado por algo? GADS

¿Ha estado muy preocupado por algo?					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	183	50.6	50.6	50.6
	Sí	179	49.4	49.4	100.0
	Total	362	100.0	100.0	

Fuente. Elaboración propia.

Tabla 41. Estadísticos ¿Se ha sentido muy irritable? GADS

¿Se ha sentido muy irritable?					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	182	50.3	50.3	50.3
	Sí	180	49.7	49.7	100.0
	Total	362	100.0	100.0	

Fuente. Elaboración propia.

Tabla 42. Estadísticos ¿Ha tenido dificultad para relajarse? GADS

¿Ha tenido dificultad para relajarse?					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	179	49.4	49.4	49.4
	Sí	183	50.6	50.6	100.0
	Total	362	100.0	100.0	

Fuente. Elaboración propia.

Tabla 43. Estadísticos ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir? GADS

¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	176	48.6	48.6	48.6
	Sí	186	51.4	51.4	100.0
	Total	362	100.0	100.0	

Fuente. Elaboración propia.

Tabla 44. Estadísticos ¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca? GADS

¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	180	49.7	49.7	49.7
	Sí	182	50.3	50.3	100.0
	Total	362	100.0	100.0	

Fuente. Elaboración propia.

Tabla 45. Estadísticos ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea? GADS

¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea?					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	189	52.2	52.2	52.2
	Sí	173	47.8	47.8	100.0
	Total	362	100.0	100.0	

Fuente. Elaboración propia.

Tabla 46. Estadísticos ¿Ha estado preocupado por su salud? GADS

¿Ha estado preocupado por su salud?					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	185	51.1	51.1	51.1
	Sí	177	48.9	48.9	100.0
	Total	362	100.0	100.0	

Fuente. Elaboración propia.

Tabla 47. Estadísticos ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido? GADS

¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	183	50.6	50.6	50.6
	Sí	179	49.4	49.4	100.0
	Total	362	100.0	100.0	

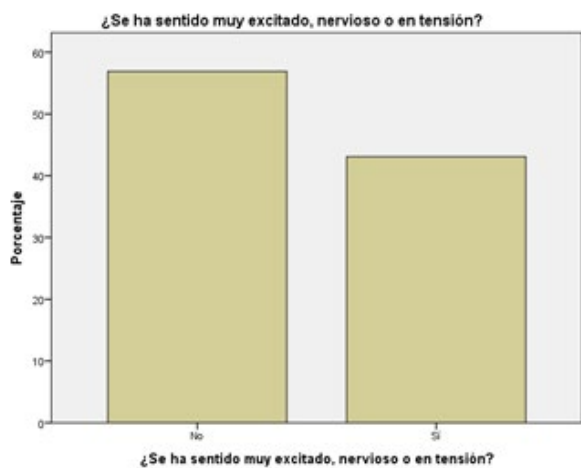
Fuente. Elaboración propia.

Tabla 48. Estadísticos ¿Se ha sentido con poca energía? GADS

¿Se ha sentido con poca energía?					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	188	51.9	51.9	51.9
	Sí	174	48.1	48.1	100.0
	Total	362	100.0	100.0	

Fuente. Elaboración propia.

Figura 43. Gráfica P1 GADS



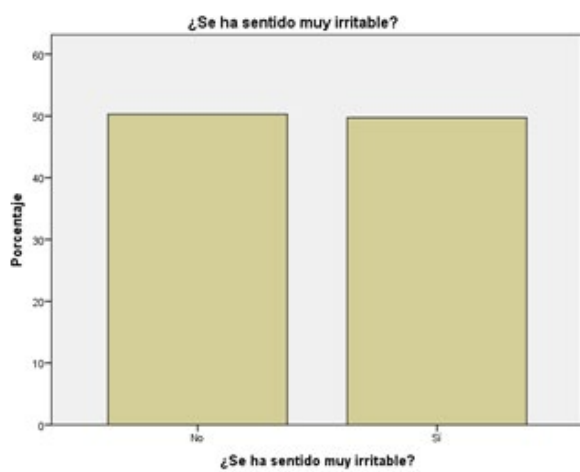
Fuente. Elaboración propia.

Figura 44. Gráfica P2 GADS



Fuente. Elaboración propia.

Figura 45. Gráfica P3 GADS



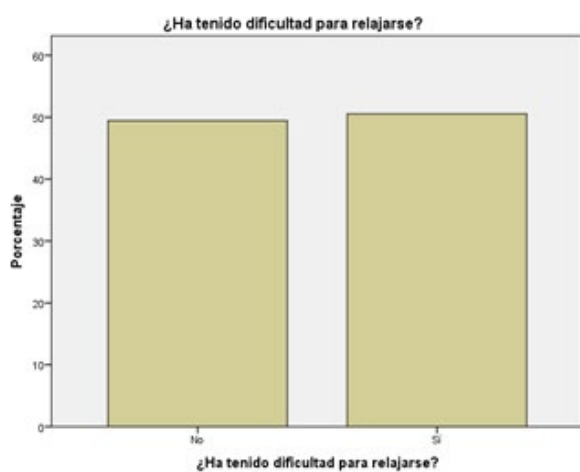
Fuente. Elaboración propia.

Figura 47. Gráfica P5 GADS



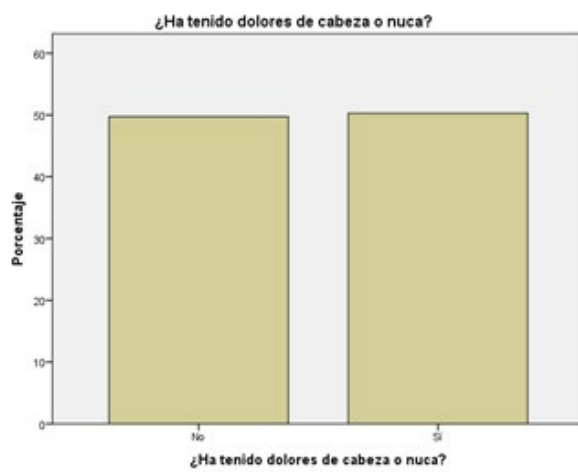
Fuente. Elaboración propia.

Figura 46. Gráfica P4 GADS



Fuente. Elaboración propia.

Figura 48. Gráfica P6 GADS



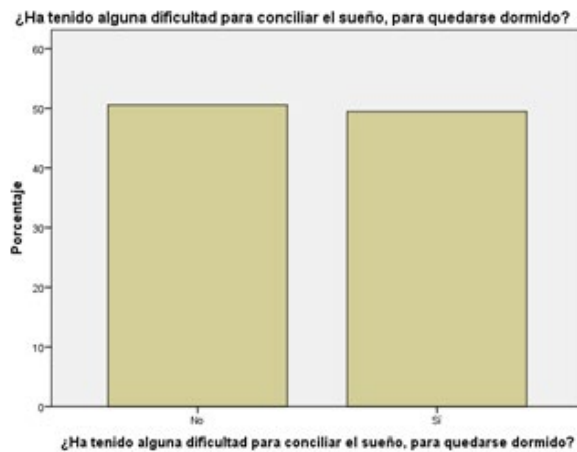
Fuente. Elaboración propia.

Figura 49. Gráfica P7 GADS



Fuente. Elaboración propia.

Figura 51. Gráfica P9 GADS



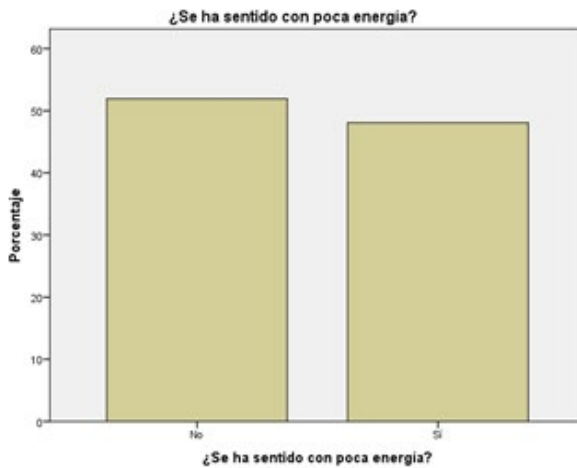
Fuente. Elaboración propia.

Figura 50. Gráfica P8 GAD



Fuente. Elaboración propia.

Figura 52. Gráfica P10 GADS



Fuente. Elaboración propia.

4.1.4.2. DEPRESIÓN

Tabla 49. Estadísticos resultados GADS parte I

		Estadísticos			
		¿Ha perdido usted su interés por las cosas?	¿Ha perdido la confianza en sí mismo?	¿Se ha sentido usted desesperanzado, sin esperanzas?	¿Ha tenido dificultades para concentrarse?
N	Válidos	362	362	362	362
	Perdidos	0	0	0	0
Media		.45	.46	.49	.52
Error típ. de la media		.026	.026	.026	.026
Mediana		.00	.00	.00	1.00
Moda		0	0	0	1
Desv. típ.		.498	.499	.501	.500
Varianza		.248	.249	.251	.250
Rango		1	1	1	1
Mínimo		0	0	0	0
Máximo		1	1	1	1
Percentiles	5	.00	.00	.00	.00
	25	.00	.00	.00	.00
	50	.00	.00	.00	1.00
	75	1.00	1.00	1.00	1.00

Fuente. Elaboración propia.

Tabla 49. Estadísticos resultados GADS parte II

Estadísticos					
		¿Ha perdido peso (a causa de su falta de apetito)?	¿Se ha estado des- pertando demasiado temprano?	¿Se ha sen- tido usted enlentecido?	¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?
N	Válidos	362	362	362	362
	Perdidos	0	0	0	0
Media		.49	.54	.48	.46
Error típ. de la media		.026	.026	.026	.026
Mediana		.00	1.00	.00	.00
Moda		0	1	0	0
Desv. típ.		.501	.499	.500	.499
Varianza		.251	.249	.250	.249
Rango		1	1	1	1
Mínimo		0	0	0	0
Máximo		1	1	1	1
Percentiles	5	.00	.00	.00	.00
	25	.00	.00	.00	.00
	50	.00	1.00	.00	.00
	75	1.00	1.00	1.00	1.00

Fuente. Elaboración propia.

Tabla 50. Estadísticos ¿Ha perdido usted su interés por las cosas? GADS

¿Ha perdido usted su interés por las cosas?					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	199	55.0	55.0	55.0
	Sí	163	45.0	45.0	100.0
	Total	362	100.0	100.0	

Fuente. Elaboración propia.

Tabla 51. Estadísticos ¿Ha perdido la confianza en sí mismo? GADS

¿Ha perdido la confianza en sí mismo?					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	194	53.6	53.6	53.6
	Sí	168	46.4	46.4	100.0
	Total	362	100.0	100.0	

Fuente. Elaboración propia.

Tabla 52. Estadísticos ¿Se ha sentido usted desesperanzado, sin esperanzas? GADS

¿Se ha sentido usted desesperanzado, sin esperanzas?					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	185	51.1	51.1	51.1
	Sí	177	48.9	48.9	100.0
	Total	362	100.0	100.0	

Fuente. Elaboración propia.

Tabla 53. Estadísticos ¿Ha tenido dificultades para concentrarse? GADS

¿Ha tenido dificultades para concentrarse?					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	173	47.8	47.8	47.8
	Sí	189	52.2	52.2	100.0
	Total	362	100.0	100.0	

Fuente. Elaboración propia.

Tabla 54. Estadísticos ¿Ha perdido peso (a causa de su falta de apetito)? GADS

¿Ha perdido peso (a causa de su falta de apetito)?					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	185	51.1	51.1	51.1
	Sí	177	48.9	48.9	100.0
	Total	362	100.0	100.0	

Fuente. Elaboración propia.

Tabla 55. Estadísticos ¿Se ha estado despertando demasiado temprano? GAD

¿Se ha estado despertando demasiado temprano?					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	165	45.6	45.6	45.6
	Sí	197	54.4	54.4	100.0
	Total	362	100.0	100.0	

Fuente. Elaboración propia.

Tabla 56. Estadísticos ¿Se ha sentido usted enlentecido? GADS

¿Se ha sentido usted enlentecido?					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	190	52.5	52.5	52.5
	Sí	172	47.5	47.5	100.0
	Total	362	100.0	100.0	

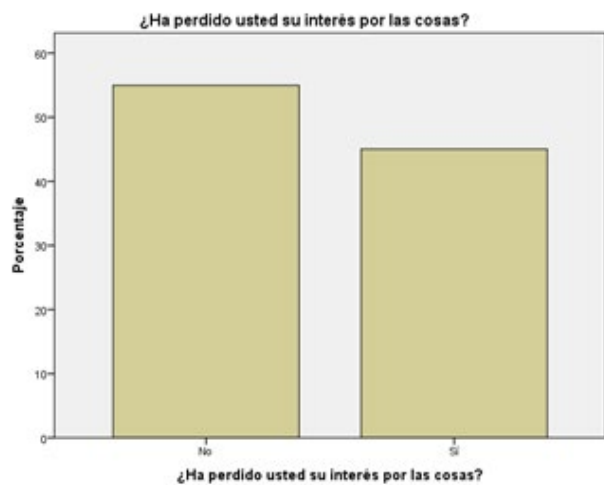
Fuente. Elaboración propia.

Tabla 57. Estadísticos ¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas? GADS

¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	194	53.6	53.6	53.6
	Sí	168	46.4	46.4	100.0
	Total	362	100.0	100.0	

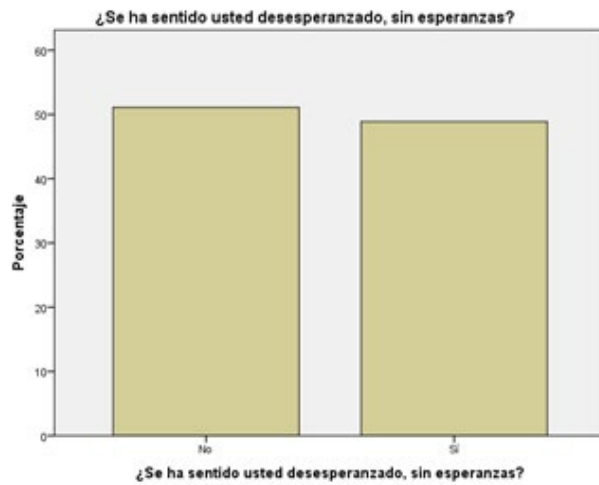
Fuente. Elaboración propia.

Figura 53. Gráfica P11 GADS



Fuente. Elaboración propia.

Figura 55. Gráfica P13 GADS



Fuente. Elaboración propia.

Figura 54. Gráfica P12 GADS



Fuente. Elaboración propia.

Figura 56. Gráfica P14 GADS



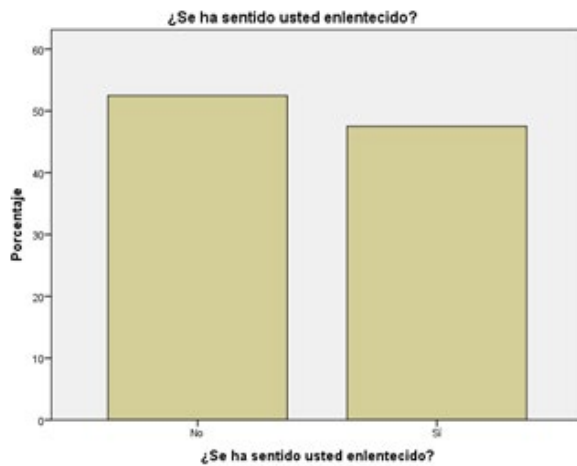
Fuente. Elaboración propia.

Figura 57. Gráfica P15 GADS



Fuente. Elaboración propia.

Figura 59. Gráfica P17 GADS



Fuente. Elaboración propia.

Figura 58. Gráfica P16 GADS



Fuente. Elaboración propia.

Figura 60. Gráfica P18 GADS



Fuente. Elaboración propia.

4.2. ANÁLISIS DE RESULTADOS

Se hizo uso del software IBM SPSS Statistics con el fin de analizar más fácilmente todos los datos recopilados. En este estudio se pudo apreciar la importancia de los test psicométricos: la escala de depresión y ansiedad de Hamilton, Beck y Goldberg.

Es impresionante cómo estos tres tipos de escalas llevan a un mismo punto de referencia, ya que los resultados fueron semejantes, si bien la pandemia fue un periodo en que hubo demasiados cambios drásticos en la calidad y ritmo de vida. En cuanto a los test psicométricos aplicados a jóvenes de 21 a 30 años de la región de Serdán, Puebla, referente a los encuestados, el 53 % pertenece a hombres y el 47 % a mujeres, es decir, la frecuencia es de 192 y 170, respectivamente.

Como se mencionó, la edad de los entrevistados varía desde 21 a 30 años, por lo que el 19.9 % consta de 21 años, el 14.45 % de 22 años, el 18.5 % de 23 años, el 11 % de 24 años, el 9.4 % de 25 años, el 6.9 % de 26 años, el 4.7 % de 27 años, 6.4 % de 28 años, el 5.2 % de 29 años y el 3.6 % destinados a 30 años de edad.

Los niveles severos y extremadamente severos de ansiedad y depresión en la muestra de Ciudad Serdán, Puebla, fueron más bajos que en el estudio en la Ciudad de México. Esto es digno de mención, considerando que el cuestionario se aplicó en la fase inicial de la pandemia de COVID-19. Es posible que haya habido más información sobre el virus

en Ciudad Serdán, Puebla, ya que llegó allí un mes y medio después que en la Ciudad de México, y ese conocimiento de la pandemia podría explicar los menores niveles de estrés, ansiedad y depresión.

De hecho, la muestra de jóvenes entrevistados mostró niveles medios más elevados de síntomas (ansiedad y depresión) después del 14 de marzo, cuando la población empezó a sentir los efectos de la orden de confinamiento en casa. Así, a los jóvenes de Ciudad Serdán todavía les ha faltado tiempo para asimilar y procesar la crisis que enfrentaban. Se puede esperar que estos niveles aumenten aún más a medida que se extiende el confinamiento y el aislamiento, por lo que también sería útil analizar esta tendencia a lo largo del tiempo.

Además, los resultados reportados por la ONU muestran que las personas que reportaron enfermedades crónicas tenían niveles medios más altos de estrés, ansiedad y depresión en comparación con los participantes que no informaron tales enfermedades. Estos resultados corroboran estudios que muestran que personas con enfermedades graves o múltiples comorbilidades presentan mayores niveles de síntomas psicológicos ante esta situación de crisis.

Así, cualquier plan de contención psicológica debe tener en cuenta a estas personas y proporcionarles herramientas y estrategias especialmente adaptadas para afrontar psicológicamente la crisis del COVID-19. Inesperadamente, según los resultados, hubo niveles medios más altos de ansiedad y depresión en el grupo de edad de 21 a 30 años.

Si lo comparamos con estudios y análisis de investigación con la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), finalmente, los niveles medios de síntomas en las tres dimensiones fueron más bajos en personas de 61 años o más. Dado que la parte más joven de la muestra de este estudio eran en su mayoría estudiantes universitarios, estos síntomas pueden haberse debido al estrés adicional experimentado durante la necesidad de adaptarse al nuevo entorno educativo en línea, sin clases presenciales.

En este sentido, y aunque las escuelas implementaron rápidamente actividades educativas en línea, aparentemente fueron insuficientes para tranquilizar a los jóvenes de Ciudad Serdán en tiempos tan inciertos. Así, si estos jóvenes también se consideran vulnerables a desarrollar trastornos emocionales, las instituciones docentes necesitarán implementar programas de prevención e intervención para mitigar los niveles de estrés.

Ante esta situación, se necesitan estrategias tempranas para la prevención y el tratamiento de los efectos psicológicos creados por la pandemia de COVID-19. Las distintas instituciones sociales, sanitarias, administrativas y educativas, incluida la academia, podrían diseñar planes y programas que ayuden a mitigar el estrés. La Universidad de Pekín preparó un manual de salud mental para brindar instrucciones sobre cómo afrontar el estrés y otros problemas psicológicos producidos por la pandemia.

Numerosos hospitales psiquiátricos, centros de asesoramiento psicológico y departamentos de psicología de las universidades implementaron líneas telefónicas especializadas para brindar atención psicológica y asesoramiento.

De hecho, en Ciudad Serdán circulan libremente vídeos alarmantes sobre la COVID-19, accesibles a prácticamente todo el mundo, especialmente a jóvenes, y esto podría explicar su vulnerabilidad psicológica. Es importante informar adecuadamente a la población, ya que el virus es nuevo, se propaga rápidamente, tiene una tasa de letalidad cercana al 2 % y existe gran incertidumbre sobre su origen, naturaleza y evolución.

Los resultados indican que durante el periodo de la pandemia las emociones de los jóvenes se vieron afectadas drásticamente. El 22.4 % afirma que se vieron afectados sus sentimientos, el 3 % pensó en el suicidio, el 39.5 % presentó problemas de insomnio, el 32.9 % tuvo problemas en su trabajo, el 23.2 % presentó síntomas de ansiedad, el 36.2 % tuvo problemas gastrointestinales debido a la falta de movimiento, el 36.5 % no bajó de peso debido a lo anterior, el 25.1 % presentó entumecimiento de piernas, pies debido a estar mucho tiempo sentado tomando clases en línea o trabajando home office, el 28.2 % tenía problemas para concentrarse y relajarse, el 23.5 % tuvo miedo de morir a causa del COVID-19, el 40.6 % presentó taquicardias, el 22.4 % estaba asustado a causa del confinamiento y el 29.8 % tuvo crisis nerviosas.

Es importante mencionar que respecto al estudio realizado más del 60.22 % de los encuestados sufrieron durante la pandemia depresión, desde ligera hasta severa, mientras que más del 80.11 % sufrieron ansiedad.

Tabla 58. Resultados para la escala de depresión de Hamilton

DEPRESIÓN HAMILTON	NO	0
	LIGERA	17
	MODERADA	80
	SEVERA	121
	MUY SEVERA	144
	TOTAL	362

Fuente. Elaboración propia.

Tabla 59. Resultados para la escala de ansiedad de Beck

ANSIEDAD BECK	BAJA	76
	MODERADA	262
	PREOCUPANTE	24
	TOTAL	362

Fuente. Elaboración propia.

Tabla 60. Resultados para la escala de depresión de Goldberg

ANSIEDAD Y DEPRESIÓN GOLDBERG	
TOTAL, ANSIEDAD	
295	
TOTAL, DEPRESIÓN	
347	

Fuente. Elaboración propia.

En la actual pandemia de SARS-CoV-2, los adultos jóvenes de Ciudad Serdán han experimentado altos niveles de síntomas depresivos y ansiosos, y una parte de estos podría atribuirse a los efectos de la pandemia (por ejemplo, educativos, financieros o relacionados con la vivienda). El riesgo de estos síntomas fue en general mayor para las encuestadas mujeres jóvenes (frente a los hombres jóvenes). Los síntomas depresivos relacionados con la pandemia fueron ligeramente elevados específicamente para aquellos con un alto nivel educativo de los padres, mientras que ocurrió lo contrario para los síntomas depresivos que no se atribuyeron a la pandemia en mayor medida.

Los síntomas depresivos y ansiosos, particularmente cuando son atribuibles a la pandemia, fueron fuertemente predichos por cambios significativos en los planes o prácticas educativas, el empleo o la disponibilidad de recursos debido a la pandemia. Los mecanismos de afrontamiento físicos o sociales saludables se vincularon con un riesgo reducido de estos síntomas, mientras que el uso de sustancias y los cambios en la dieta se vincularon con un riesgo elevado. Tomarse un descanso de las noticias y ponerse en contacto con profesionales de la salud fueron conductas de afrontamiento comunes y muy prevalentes entre aquellos cuyos síntomas depresivos y ansiosos se debieron principalmente a la pandemia. En última instancia, estos hallazgos reflejan la necesidad de realizar cambios estructurales y sociales importantes y urgentes para mejorar la salud mental de los adultos jóvenes. Aun así, la mayoría

de las personas con cada síntoma depresivo o ansioso en este estudio informaron que eran mínimamente atribuibles a la pandemia.

Estos síntomas sustanciales no relacionados con la pandemia reflejan tendencias prepan-
démicas en constante aumento en los síntomas depresivos y ansiosos. Sin embargo, las experiencias adversas relacionadas con la pandemia se vincularon con un riesgo elevado de síntomas depresivos y ansiosos clínicamente altos, independientemente de si los adultos jóvenes atribuyeron sus síntomas principalmente a la pandemia.

Por lo tanto, los beneficios de las intervenciones relacionadas con la pandemia y los cambios estructurales para abordar los factores estresantes relacionados con la pandemia pueden beneficiar a todos los jóvenes de Ciudad Serdán con síntomas depresivos y ansiosos clínicamente elevados. Sería útil ampliar la atención de salud mental accesible, asequible y equitativa con opciones remotas de telesalud que aborden los factores estresantes relacionados con la pandemia, aliviando la angustia psicológica de cualquier número de adultos jóvenes de esta ciudad.

Además, se necesitan intervenciones para apoyar métodos de afrontamiento productivos y abordar enfoques de afrontamiento desadaptativos, que son consecuencias de la pandemia. Según los resultados del análisis sobre los mecanismos de afrontamiento, los profesionales de la salud pública deberían trabajar para promover el bienestar físico y la conexión social de quienes sufren por

la pandemia, sin dejar de enfatizar el valor del distanciamiento social y las medidas de protección.

Dado que los síntomas depresivos y ansiosos clínicamente elevados relacionados con la pandemia se vincularon con tasas más altas de contacto con proveedores de atención médica y de tomar descansos de las noticias, también puede haber una necesidad insatisfecha de información concisa, basada en hechos y de fácil acceso sobre noticias y recomendaciones relacionadas con la pandemia.

Además, así como se deben promover conductas de afrontamiento saludables, también debemos monitorear el uso elevado de sustancias y los patrones alimentarios alterados que, en este estudio, se asociaron con síntomas elevados de depresión y ansiedad, relacionados o no con la pandemia. Las organizaciones de salud pública deberían aumentar la visibilidad de los recursos accesibles para abordar esos comportamientos, como terapias basadas en texto o video o planes de tratamiento guiados de una red colaborativa y conectada de médicos informados. Las sugerencias descritas anteriormente ayudarían a los adultos jóvenes de Ciudad Serdán a afrontar la situación de manera saludable. Sin embargo, los resultados también resaltan que los adultos jóvenes de Ciudad Serdán que informan que luchan con los efectos relacionados con la pandemia, como no tener un lugar para dormir o dinero para comprar gasolina o comida, tienen un mayor riesgo de sufrir síntomas depresivos y ansiosos. Por lo tanto, también es necesario contar con

apoyos estructurales más sólidos para abordar los efectos socioeconómicos y educativos de la COVID-19.

Dadas las asociaciones entre los cambios educativos y los síntomas depresivos y ansiosos clínicamente elevados, más investigaciones deberían examinar si la implementación generalizada de políticas específicas, como la flexibilidad de los cursos y las calificaciones, el apoyo al aprendizaje remoto eficaz y el apoyo escolar para el asesoramiento sobre salud mental, tendría beneficios para la salud mental.

Para abordar los efectos nocivos de los cambios en el empleo/ingresos y la escasez de recursos, probablemente valga la pena examinar los beneficios potenciales de un mayor estímulo económico gubernamental enviado directamente a los ciudadanos, así como la expansión de la cobertura de seguros, beneficios de desempleo, apoyo a la vivienda y oportunidades de empleo. Estos recursos económicos son vitales para mejorar la salud mental de los adultos jóvenes de Ciudad Serdán. Se deberían realizar más investigaciones para examinar esta interacción de diversas métricas socioeconómicas y síntomas depresivos y ansiosos.

Esta investigación tuvo varios puntos fuertes, incluido el uso de medidas exhaustivas y validadas para los síntomas depresivos y ansiosos, evaluados con test psicométricos. Además de estas escalas, las medidas de experiencias educativas, laborales, económicas y de afrontamiento relacionadas con la pandemia fueron exhaustivas y abarcaron una amplia gama de experiencias y comportamientos potenciales. Aun así, como ocurre

con cualquier estudio, hubo limitaciones. Esta medida de atribución pandémica para cada síntoma fue autoinformada, y el verdadero grado en que un síntoma depresivo o ansioso se debe principalmente a la pandemia puede no coincidir con la percepción del encuestado. Las investigaciones futuras pueden incluir una entrevista con un médico o preguntas más exhaustivas que examinen la historia de los participantes, lo que puede influir en la percepción de hasta qué punto los síntomas fueron realmente atribuibles a la pandemia.

Tampoco se pudo examinar el tratamiento de salud mental en esta muestra, que puede afectar la relación entre los factores estresantes relacionados con la pandemia y la internalización de los resultados de los síntomas. Dada la naturaleza transversal de estos datos, no fue posible desenredar la direccionalidad de las asociaciones o la duración de los síntomas. Estos resultados no se aplican necesariamente a otros grupos de edad o países, ya que las experiencias relacionadas con la pandemia probablemente difieran sustancialmente.

CAPÍTULO V

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

El actual estudio muestra que el bienestar psicológico es clave para afrontar la COVID-19, prevenir los trastornos mentales y afrontar las emociones. Esto significa que los jóvenes de Ciudad Serdán deben prepararse psicológicamente y sentirse seguros ante posibles situaciones adversas que aún puedan surgir. También significa prevenir y gestionar la crisis con medidas sociales y sanitarias eficaces. Además, ante las órdenes de quedarse en casa por parte de las autoridades gubernamentales y la amenaza de enfermarse, los niveles de estrés, ansiedad y depresión aumentan en la población joven, pero especialmente en los llamados grupos de riesgo. Por lo tanto, es importante desarrollar programas para apoyar a estos grupos.

Mientras tanto, cabe destacar que los jóvenes de Ciudad Serdán mostraron niveles más altos de estrés que las personas mayores en esta muestra de investigación realizada por la UNAM. Esto se debe a múltiples factores que deben ser investigados, pero dada la situación, es crucial crear programas

tanto de apoyo académico, como psicológico para quienes reciben información sobre la pandemia.

También sería útil analizar el contenido que las personas reciben de las redes sociales y ayudarles a desarrollar las habilidades necesarias para poder filtrar dicha información. En definitiva, en esta situación de confinamiento sin precedentes de la población joven es muy importante abordar los factores psicológicos. Es clave analizar los efectos producidos por la crisis del COVID-19 en la salud mental de las personas. Por tanto, se cree que este tipo de investigaciones pueden ayudar a generar iniciativas sociosanitarias para prevenir y mitigar los efectos psicosociales de la pandemia. Esto es fundamental para que la sociedad salga adelante y fortalecida de la crisis. El estudio proporciona un interesante punto de partida a seguir a lo largo de este largo proceso en desarrollo.

El aumento de la depresión y la ansiedad que se ha encontrado en la mayoría de los adolescentes y adultos jóvenes de Ciudad Serdán

que sufrieron un impacto en su salud mental general relacionado con la pandemia de COVID-19, también se ha observado en otros países. Se encontró que los cambios fueron mayores para los síntomas de depresión que para los de ansiedad. Seis de cada diez cumplieron con los criterios de detección de depresión en 2021, que es tres veces el tamaño en comparación con lo que era antes de la pandemia de COVID-19. Cinco de cada diez cumplieron con los criterios de detección de ansiedad en 2021, en comparación con menos de dos en 2019 (INEGI). La pérdida de interacciones entre compañeros, el aislamiento social continuo, las dificultades financieras, los hitos perdidos, las actividades de ocio restringidas y las interrupciones escolares son solo algunas de las cargas de la pandemia y las medidas de control de infecciones aplicadas a adolescentes y adultos jóvenes, siendo posiblemente responsable de los cambios negativos en la salud mental general desde el inicio de la pandemia. A medida que esas restricciones se acumularon, la carga mental empeoró, lo que resultó en un mayor agravamiento de los síntomas de depresión y ansiedad con el tiempo.

El uso de las redes sociales desempeñó un papel importante durante la pandemia de COVID-19, ya que brindó la oportunidad de mantenerse en contacto con amigos y familiares, lo que redujo los efectos negativos para la salud mental, como la soledad, la ansiedad y la depresión. No solo ha aumentado el uso de las redes sociales, sino que las conferencias virtuales se han vuelto omnipresentes en la vida de personas de todas las edades.

Aunque las redes sociales y las plataformas de videoconferencia apoyaron las interacciones humanas en tiempos con estrictas medidas de confinamiento, el aumento del uso puede estar relacionado con otros problemas de salud mental, como la dismorfia corporal debido al acceso constante a la propia apariencia.

El género es un predictor importante de los cambios en la depresión y la ansiedad relacionados con la pandemia. En cuanto a los factores de riesgo de cambios negativos, los hallazgos indican que las mujeres son más vulnerables al efecto adverso de la pandemia de COVID-19 en su salud mental. Este hallazgo es apoyado por otros estudios. La edad también tuvo un efecto significativo pero menor, ya que los adultos jóvenes mostraron más síntomas de depresión y ansiedad. Sin embargo, el género femenino, así como la mayor edad dentro de los grupos de edad observados ya se asociaban con mayores niveles de ansiedad y depresión antes de la pandemia. Además, diferentes grupos se ven afectados de manera desproporcionada por las restricciones pandémicas debido a otros eventos de la vida; por ejemplo, los adultos jóvenes que se gradúan de la escuela y se mudan fuera de la ciudad durante la pandemia de COVID-19 pueden tener oportunidades limitadas para conocer gente nueva o pueden tener una capacidad limitada para pasar un año en el extranjero. Diferentes estudios observaron que el aumento de los sentimientos de soledad en grupos de adolescentes y adultos jóvenes estuvo fuertemente asociado con mayores niveles de depresión y ansiedad durante la pandemia.

Las interrupciones en la vida diaria, así como en las actividades escolares y extracurriculares se asociaron con un aumento de los síntomas de ansiedad y depresión. Al explicar las diferencias de género, las mujeres tienen una mayor sensibilidad a los factores estresantes interpersonales debido a las influencias hormonales y es más probable que participen en comportamientos sociales para hacer frente al estrés que no fue posible durante la pandemia. Esta afirmación está respaldada por el hallazgo de que las mujeres reportaron mayores cambios en la soledad en comparación con los hombres.

Las diferencias más importantes se encontraron con respecto al estado mental previo a la pandemia. Aunque todos los adolescentes y adultos jóvenes en la muestra de análisis informaron un cambio relacionado con la pandemia en la salud mental general, aquellos con puntajes elevados de depresión o ansiedad antes de la pandemia informaron cambios marginales o nulos. Por otro lado, aquellos que no tenían síntomas elevados de depresión o ansiedad antes del inicio de la pandemia de COVID-19 informaron un aumento significativo de la depresión y la ansiedad en el primer año de pandemia y un empeoramiento continuo en el segundo año. Una de las razones de este fenómeno podría ser la presencia de una limitación de medición denominada efecto techo. Sin embargo, esto se contradice con la observación de que las medias marginales estimadas en el grupo con problemas de salud mental preexistentes estaban muy por debajo del límite superior de la escala.

Una posible razón puede ser que los sentimientos de aislamiento social y soledad están asociados con mayores síntomas de salud mental. Las personas sin problemas de salud mental preexistentes informaron un mayor aislamiento social y soledad, mientras que aquellas con problemas de salud mental previos a la pandemia no informaron cambios.

5.2. RECOMENDACIONES

Los adultos jóvenes de Ciudad Serdán corren un alto riesgo de verse afectados mentalmente negativamente por la pandemia de COVID-19, especialmente aquellos sin depresión ni ansiedad elevadas antes de la pandemia. Es posible que las personas muestren una mejora en la salud mental con la relajación de la pandemia y las medidas que la acompañan. La sociedad debe brindar a los jóvenes la oportunidad de reanudar la vida cotidiana normal y ponerse al día con las oportunidades perdidas de los últimos dos años. En cuanto a la otra parte de los adultos jóvenes que tienen dificultades para mejorar su salud mental, el sistema de salud pública debe ofrecer ayuda de bajo umbral para hacer frente al impacto de la pandemia y adquirir estrategias de afrontamiento funcionales. Posiblemente, el trabajo profesional de salud mental en la escuela, trabajo, etc., debe expandirse tanto en línea como en persona para ayudar a los jóvenes a procesar el impacto negativo de la pandemia y mejorar las habilidades de afrontamiento. Se debe sensibilizar a los maestros

y padres para que reconozcan y aborden los problemas de salud mental. Además, también se deben establecer ofertas de bajo umbral en otras instituciones, como universidades, para llegar a los adultos jóvenes después de la escuela. También es necesario realizar esfuerzos nacionales, en los que participen las autoridades sanitarias, para aliviar el estigma que rodea a las enfermedades mentales.

La investigación adicional debe concentrarse en las mediciones de seguimiento para monitorear los desarrollos futuros, especialmente cuando la pandemia ya no dicte la vida cotidiana, e identificar a los jóvenes que muestran altos niveles continuos de depresión y/o ansiedad para ofrecer ayuda específica.

REFERENCIAS

1. Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. (s.f.). Diarios oficiales. <https://www.boe.es>
2. Ammar, A., Chtourou, H., Boukhris, O., Trabelsi, K., Masmoudi, L., Brach, M., ... *et al.* (2020). COVID-19 Confinamiento Domiciliario Impacta Negativamente Participación Social y Vida Satisfacción: Un Estudio Multicéntrico Mundial. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(17), 6237. <https://doi.org/10.3390/ijerph17176237>
3. Bauerle, A., Graf, J., Jansen, C., Dorrie, N., Junne, F., Teufel, M., ... *et al.* (2020). Aumento de la ansiedad, la depresión y la angustia generalizadas durante la pandemia de COVID-19: un estudio transversal en Alemania. *Journal of Public Health*, 42, 1-7. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdaa106>
4. Bobes, J., González, M. P., Bascaran, M. T., Arango, C., Saiz, P. A., & Bousoño, M. (2003). Evaluación psicométrica comparativa de las versiones en español de 6, 17 y 21 ítems de la Escala de valoración de Hamilton para la evaluación de la depresión. *Medicina Clínica*, 120(18), 693-700.
5. Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). El impacto psicológico de la cuarentena y cómo reducirlo: revisión rápida de la evidencia. *The Lancet*, 395(10227), 912-920. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
6. Casagrande, M., Favieri, F., Tambelli, R., & Forte, G. (2020). El enemigo que selló el mundo: efectos de la cuarentena por el COVID-19 en la calidad del sueño, la ansiedad y malestar psicológico en la población italiana. *Sleep Medicine*, 75, 12-20. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2020.05.011>
7. Cerecero-García, D., Macías-González, F., Arámburo-Muro, T., & Bautista-Arredondo, S. (2020). Síntomas depresivos y cobertura de diagnóstico y tratamiento de depresión en población mexicana. *Salud Pública de México*, 62(6), 840-850. Epub 15 de agosto de 2022. <https://doi.org/10.21149/11558>

8. Chipuer, H. M., Bramston, P., & Pretty, G. (2003). Determinantes de la calidad de vida subjetiva entre adolescentes rurales: una perspectiva de desarrollo. *Social Indicators Research*, 61(1), 79-95.
9. Ministerio de Sanidad. (2020). Disposición 4767 del BOE núm. 121 de 2020. <https://www.boe.es/boe/dias/2020/05/01/pdfs/BOE-A-2020-4767.pdf>
10. Ministerio de Sanidad. (2020). Disposición 4911 del BOE núm. 130 de 2020. <https://www.boe.es/boe/dias/2020/05/09/pdfs/BOE-A-2020-4911.pdf>
11. National Institute for Health and Care Excellence. (2004). Depression: management of depression in primary and secondary care- NICE guidance.
12. Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). La escala de satisfacción con la vida. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71-75.
13. Dsouza, D. D., Quadros, S., Hyderabadwala, Z. J., & Mamun, M. A. (2020). Agregado COVID-19 incidencias de suicidio en la India: el miedo a la infección por COVID-19 es la principal causa. *Psychiatry Research*, 290, 113145. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113145>
14. Errami, A. A. (2020). El impacto de la pandemia de COVID-19 en la calidad de vida y el bienestar en Marruecos. *Epidemiology and Infection*, 10, 398.
15. Flaxman, S., Mishra, S., Gandy, A., Unwin, H. J. T., Mellan, T. A., Coupland, H., ... et al. (2020). Estimación de los efectos de las intervenciones no farmacéuticas sobre COVID-19 en Europa. *Nature*, 584(7820), 257-261. <https://doi.org/10.1038/s41586-020-2405-7>
16. Galea, S., Merchant, R. M., & Lurie, N. (2020). Las consecuencias de salud mental de COVID-19 y distanciamiento físico: La necesidad de prevención e intervención temprana. *JAMA Internal Medicine*, 180(6), 817-818. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2020.1562>
17. Galea, S., Ahern, J., Resnick, H., Kilpatrick, D., Bucuvalas, M., Gold, J., & Vlahov, D. (2002). Secuelas psicológicas del terrorista del 11 de septiembre atentados en la ciudad de Nueva York. *Primary Care Companion to The Journal of Clinical Psychiatry*, 4(1), 34. <https://doi.org/10.4088/PCC.v04n0106>
18. Gralton, J., Tovey, E., McLaws, M. L., & Rawlinson, W. D. (2011). El papel del tamaño de partícula en la transmisión de patógenos en aerosol: una revisión. *Journal of Infection*, 62(1), 1-13. <https://doi.org/10.1016/j.jinf.2010.11.010>
19. Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 23, 56-62.

20. Hamilton, M. (1967). Development of a rating scale for primary depressive illness. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 6, 278-296.
21. Hamilton, M. (1960). Una escala de calificación para la depresión. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 23, 56-62.
22. Hawryluck, L., Gold, W. L., Robinson, S., Pogorski, S., Galea, S., & Styra, R. (2004). Control del SARS y efectos psicológicos de la cuarentena, Toronto, Canadá. *Emerging Infectious Diseases*, 10(7), 1206-1212. <https://doi.org/10.3201/eid1007.030703>
23. Headey, B., & Wearing, A. (1992). *Comprender la felicidad: una teoría del bienestar subjetivo*. Melbourne: Longman Cheshire.
24. Henrich, G., & Herschbach, P. (2000). Preguntas sobre la satisfacción con la vida (FLZM). Un corto cuestionario para la evaluación de la calidad de vida subjetiva. *European Journal of Psychological Assessment*, 16, 150-159.
25. Hossain, M. M., Sultana, A., & Purohit, N. (2020). Resultados de salud mental de la cuarentena y el aislamiento para la prevención de infecciones: una revisión general sistemática de la evidencia global. *Epidemiology and Health*, 42, e2020038. <https://doi.org/10.4178/epih.e202003>
26. Jeong, H., Yim, H. W., Song, Y. J., Ki, M., Min, J. A., Cho, J., & Chae, J. H. (2016). Estado de salud mental de personas aisladas debido al Síndrome Respiratorio de Oriente Medio. *Epidemiology and Health*, 38, e2016048. <https://doi.org/10.4178/epih.e2016048>
27. Jiménez-Pavón, D., Carbonell-Baeza, A., & Lavie, C. J. (2020). El ejercicio físico como terapia para lucha contra las consecuencias mentales y físicas de la cuarentena por el COVID-19: Foco especial en personas mayores. *Prog Cardiovasc Dis*, 63(3), 386-388.
28. Krauskopf, D. (1999). El desarrollo psicológico en la adolescencia: las transformaciones en una época de cambios. *Adolescencia y Salud*, 1(2), 23-31.
29. Kuehner, C. (2017). ¿Por qué la depresión es más común entre las mujeres que entre los hombres?. *Lancet Psiquiatría*, 4, 146-158. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30263-](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30263-)
30. QxMD. La calculadora de la escala de calificación de depresión de Hamilton (HAM-D o HDRS).
31. Lai, S., Ruktanonchai, N. W., Zhou, L., Prosper, O., Luo, W., Floyd, J. R., ... *et al.* (2020). Efecto de las intervenciones no farmacéuticas para contener el COVID-19 en China. *Naturaleza*, 585(7825), 410-413.

32. Lee, A. M., Wong, J. G. W. S., McAlonan, G. M., Cheung, V., Cheung, C., Sham, P. C., ... *et al.* (2007). Estrés y angustia psicológica entre los sobrevivientes del SARS 1 año después del brote. *Can J Psiquiatría*, 52(4), 233-240.
33. Lemaire, J. B., & Wallace, J. E. (2010). Burnout among doctors. *The BMJ*, 341.
34. Lima, C. K. T., Carvalho, P. M. de M., Lima, I. de A. A. S., Nunes, J. V. A. de O., Saraiva, J. S., de Souza, R. I., ... *et al.* (2020). El impacto emocional del Coronavirus 2019-nCoV (nuevo Enfermedad del coronavirus). *Res. Psiquiatría*, 287, 112915.
35. Litwin, H., & Shiovitz-Ezra, S. (2006). La asociación entre actividad y bienestar en posteriores vida: ¿Qué es lo que realmente importa? *Envejecimiento Soc.*, 26(2), 225-242.
36. Lotfi, M., Hamblin, M. R., & Rezaei, N. (2020). COVID-19: transmisión, prevención y posibles oportunidades terapéuticas. *Clin Chim Acta*, 508, 254-266.
37. Lozano-Vargas, A. (2020). Impacto de la epidemia del Coronavirus (COVID-19) en la salud mental del personal de salud y en la población general de China. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 83(1), 51-56. <https://dx.doi.org/10.20453/rnp.v83i1.3687>
38. Markel, H., Lipman, H. B., Navarro, J. A., Sloan, A., Michalsen, J. R., Stern, A. M., ... *et al.* (2007). Intervenciones no farmacéuticas implementadas por ciudades de EE. UU. durante la pandemia de influenza de 1918-1919. *J Am Med Assoc.*, 298(6), 644-654.
39. Miguel, J. M. (2011). La Junta Nacional de Salud: 1879-1883. *Salud Pública Rep.*, 126 (1), 123-129.
40. Neria, Y., Nandi, A., & Galea, S. (2008). Trastorno de estrés postraumático después de desastres: Una revisión sistemática. *Psicología Med.*, 38(4), 467-480.
41. Nguyen, H. C., Nguyen, M. H., Do, B. N., Tran, C. Q., Nguyen, T. T. P., Pham, K. M., ... *et al.* (2020). Gente con sospecha de síntomas de COVID-19 estaban más probablemente deprimidos y tenían Menor calidad de vida relacionada con la salud: el beneficio potencial de la alfabetización en salud. *Clin Med.*, 9(4), 965.
42. Odusanya, O. O., Odugbemi, B. A., Odugbemi, T. O., & Ajisegiri, W. S. (2020). COVID-19: Una revisión de la efectividad de las intervenciones no farmacéuticas. *Níger Postgrad Med J.*, 27(4), 261-267.
43. Oishi, S., Diener, E., & Lucas, R. E. (2009). El nivel óptimo de bienestar: ¿Pueden las personas ser ¿Muy feliz? En Diener, E. (Ed.), *La ciencia del bienestar. Indicadores Sociales Serie de investigación*. Springer, Dordrecht.

44. Organización Mundial de la Salud (OMS). (2020). Declaración sobre la Segunda Reunión del Comité de Emergencia del Reglamento Sanitario Internacional (2005) en relación con el brote del nuevo coronavirus (2019-nCoV). Disponible en: [https://www.who.int/news/item/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regardingthe-brote-de-novedoso-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/news/item/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regardingthe-brote-de-novedoso-coronavirus-(2019-ncov))
45. Organización Mundial de la Salud (OMS). ((s. f.)). Información básica sobre la COVID-19. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19>
46. Organización Mundial de la Salud (OMS). (s. f.). Preguntas y respuestas sobre la transmisión de la COVID-19. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/q-adetail/coronavirus-disease-covid-19-how-is-it-transmitted>
47. Pastor-Camarasa, P., Canals, C., García-Arenas, J., & Llorens i Jimeno, E. ((s. f.)). El dilema COVID-19: movilidad y economía. Disponible en: <https://www.caixabankresearch.com/es/node/8545/printable/print>
48. Ramírez Ortiz, J., Castro Quintero, D., Lerma Córdoba, C., Yela Ceballos, F., & Escobar Córdoba, F. (2021). Consecuencias de la pandemia covid 19 en la salud mental asociadas al aislamiento social. SciELO Preprints. <https://doi.org/10.5554/22562087.e930>
49. Raveendran, A. V., & Jayadevan, R. (2020). Cuarentena inversa y COVID-19. *Diabetes Metab Syndr Clin Res Rev.*, 14(5), 1323-1325.
50. Rubin, G. J., & Wessely, S. (2020). Los efectos psicológicos de poner en cuarentena una ciudad. *BMJ*, 368, m313.
51. Tetreault, E., et al. (2021). Cambios percibidos en el estado de ánimo y la ansiedad entre los jóvenes varones durante la pandemia de COVID-19: hallazgos de un estudio de métodos mixtos. *J. Adolescentes. Salud*, 69, 227-233. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2021.05.004>
52. Tracy, M., Norris, F. H., & Galea, S. (2011). Diferencias en los determinantes de post-traumático trastorno de estrés y depresión después de un evento traumático masivo. *Ansiedad depresiva.*, 28(8), 666-675.
53. Urzúa, A., Vera-Villaruel, P., Caqueo-Úrizar, A., & Polanco-Carrasco, R. (2020). La Psicología en la prevención y manejo del COVID-19. Aportes desde la evidencia inicial. *Terapia Psicológica*, 38(1), 103-118.
54. Vélez, M., Durán, A., Portillo, M., & Valero, N. (2020). Afectación de la salud mental en la cuarentena a causa de la pandemia Covid-19 en Valledupar, Colombia. *Revista Científica Salud Siglo XXI*, 5(1), 38-50.

55. Vélez, M., Portillo, M., & Valero, N. (2020). Ansiedad y depresión en adolescentes de Valledupar (Colombia) durante el confinamiento por COVID-19. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 52(3), 227-236.
56. Autor desconocido. (2020). Vista de Impacto ocupacional por cuarentena obligatoria: el caso de la región de Magallanes y Antártica Chilena. *ATAVIAR*, 17(2), 167-176.
57. Vizioli, N. A., & Pagano, A. E. (2022). Inventario de Ansiedad de Beck: validez estructural y fiabilidad a través de distintos métodos de estimación en población argentina. *Acta Colombiana de Psicología*, 25(1), 28-41. <https://doi.org/10.14718/acp.2022.25.1.3>
58. Xiao, H., Zhang, Y., Kong, D., Li, S., & Yang, N. (2020). Capital social y calidad del sueño en personas que se autoaislaron durante 14 días durante el brote de la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) en enero de 2020 en China. *Med Sci Monit*, 26, e923921.
59. Zhang, Y., & Ma, Z. F. (2020). Impacto de la pandemia de COVID-19 en la salud mental y calidad de vida entre los residentes locales en la provincia de Liaoning, China: un estudio transversal. *Int J Environ Res Salud Pública*, 17(7), 2381.
60. Zimmermann, P., Bledsoe, C., & Papa, A. (2021). The Impact of the COVID-19 Pandemic on College Student Mental Health: A Longitudinal Examination of Risk and Protective Factors. *Front Psychiatry*, 11, 643562. doi: 10.3389/fpsy.2020.643562.
61. Zimmermann, P., Bledsoe, C., & Papa, A. (2020). The Impact of the COVID-19 Pandemic on College Student Mental Health: A Longitudinal Examination of Risk and Protective Factors. *Front Psychiatry*, 11, 643562. doi: 10.3389/fpsy.2020.643562.

Índice de figuras

Figura 1. Fases del COVID-19.	24
Figura 2. Total de casos confirmados de COVID-19 en todo el mundo	25
Figura 3. Principales causas del estrés fisiológicamente	26
Figura 6. Gráfica sexo del encuestado.....	47
Figura 7. Gráfico edad del encuestado.....	48
Figura 8. Gráfica humor depresivo HDRS.....	49
Figura 9. Gráfica sentimientos HDRS.....	50
Figura 10. Gráfica suicidio HDRS	51
Figura 11. Gráfica Insomnio intermedio HDRS.....	53
Figura 12. Gráfica Insomnio precoz HDRS.....	53
Figura 13. Gráfica Insomnio tardío HDRS.....	53
Figura 14. Gráfica Trabajo y actividades tardío HDRS.....	54
Figura 15. Gráfica Trabajo y actividades HDRS.....	55
Figura 16. Gráfica Ansiedad psíquica HDRS.....	57
Figura 17. Gráfica Ansiedad somática HDRS	57
Figura 18. Gráfica Síntomas somáticos gastrointestinal HDRS.....	59
Figura 19. Gráfica Síntomas somáticos generales HDRS	59
Figura 20. Gráfica Síntomas somáticos genitales HDRS	59
Figura 21. Gráfica pérdida de peso HDRS	60
Figura 22. Gráfica entumecimiento BID	69
Figura 23. Gráfica sensación de calor BID.....	69
Figura 24. Gráfica temblores en las piernas BID	69
Figura 25. Gráfica incapaz de relajarse BID.....	69
Figura 26. Gráfica miedo a lo peor sucedido BID	70
Figura 27. Gráfica mareo BID	70
Figura 28. Gráfica aceleración corazón BID	70
Figura 29. Gráfica inestabilidad BID.....	70
Figura 30. Gráfica aterrorizado BID	71
Figura 31. Gráfica nerviosismo BID.....	71
Figura 32. Gráfica sensación asfixia BID.....	71
Figura 33. Gráfica manos temblorosas BID.....	71
Figura 34. Gráfica temblores BID	72
Figura 35. Gráfica miedo a perder el control BID.....	72
Figura 36. Gráfica dificultad respirar BID	72
Figura 37. Gráfica miedo a morir BID.....	72

Figura 38. Gráfica asustado BID	73
Figura 39. Gráfica indigestión BID	73
Figura 40. Gráfica DESMAYOS BID	73
Figura 41. Gráfica cara sonrojada BID	73
Figura 42. Gráfica sudoración fría BID	74
Figura 43. Gráfica P1 GADS	79
Figura 44. Gráfica P2 GADS	79
Figura 45. Gráfica P3 GADS	80
Figura 46. Gráfica P4 GADS	80
Figura 47. Gráfica P5 GADS	80
Figura 48. Gráfica P6 GADS	80
Figura 49. Gráfica P7 GADS	81
Figura 50. Gráfica P8 GAD	81
Figura 51. Gráfica P9 GADS	81
Figura 52. Gráfica P10 GADS	81
Figura 53. Gráfica P11 GADS	86
Figura 54. Gráfica P12 GADS	86
Figura 55. Gráfica P13 GADS	86
Figura 56. Gráfica P14 GADS	86
Figura 57. Gráfica P15 GADS	87
Figura 58. Gráfica P16 GADS	87
Figura 59. Gráfica P17 GADS	87
Figura 60. Gráfica P18 GADS	87

Índice de tablas

Tabla 1. Valores de respuesta para HDRS	40
Tabla 2. Instrumento para HDRS	40
Tabla 3. Valores de respuesta para BID	43
Tabla 4. Instrumento BID	43
Tabla 5. Instrumento GADS	44
Tabla 6. Estadísticos SEXO	47
Tabla 7. Estadísticos edad del encuestado	48
Tabla 8. Estadísticos humor depresivo HDRS	49
Tabla 9. Estadísticos Sentimientos HDRS	50
Tabla 10. Estadísticos Suicidio HDRS	51
Tabla 11. Estadísticos Insomnio HDRS	52

Tabla 12. Estadísticos Trabajo y actividades HDRS	54
Tabla 13. Estadísticos Agitación psicomotora HDRS	55
Tabla 14. Estadísticos Ansiedad HDRS.....	56
Tabla 15. Estadísticos Síntomas somáticos HDRS.....	58
Tabla 16. Estadísticos pérdida de peso HDRS.....	60
Tabla 17. Estadísticos resultados BID	61
Tabla 18. Estadísticos Entumecimiento BID.....	62
Tabla 19. Estadísticos temblores en las piernas BID	62
Tabla 20. Estadísticos incapaz relajarse BID	63
Tabla 21. Estadísticos miedo a lo peor sucediendo BID	63
Tabla 22. Estadísticos mareos BID	63
Tabla 23. Estadísticos aceleración del corazón BID	64
Tabla 24. Estadísticos inestable BID	64
Tabla 25. Estadísticos asustado BID	64
Tabla 26. Estadísticos nerviosismo BID.....	65
Tabla 27. Estadísticos sensación de asfixia BID.....	65
Tabla 28. Estadísticos manos temblorosas BID.....	65
Tabla 29. Estadísticos temblores BID	66
Tabla 30. Estadísticos miedo perder control BID.....	66
Tabla 31. Estadísticos dificultad para respirar BID	66
Tabla 32. Estadísticos miedo a morri BID.....	67
Tabla 33. Estadísticos ASUSTADO BID.....	67
Tabla 34. Estadísticos indigestión BID	67
Tabla 35. Estadísticos desmayos BID	68
Tabla 36. Estadísticos cara sonrojada BID	68
Tabla 37. Estadísticos Sensación de calor BID	68
Tabla 38. Estadísticos resultados GADS Parte. I	75
Tabla 39. Estadísticos ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión? GADS.....	76
Tabla 40. Estadísticos ¿Ha estado muy preocupado por algo? GADS.....	77
Tabla 41. Estadísticos ¿Se ha sentido muy irritable? GADS.....	77
Tabla 42. Estadísticos ¿Ha tenido dificultad para relajarse? GADS	77
Tabla 43. Estadísticos ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir? GADS.....	77
Tabla 44. Estadísticos ¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca? GADS	78
Tabla 45. Estadísticos ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea? GADS	78
Tabla 46. Estadísticos ¿Ha estado preocupado por su salud? GADS	78
Tabla 47. Estadísticos ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido? GADS	78

Tabla 48. Estadísticos ¿Se ha sentido con poca energía? GADS.....	79
Tabla 49. Estadísticos resultados GADS parte I	82
Tabla 49. Estadísticos resultados GADS parte I	83
Tabla 50. Estadísticos ¿Ha perdido usted su interés por las cosas? GADS	84
Tabla 51. Estadísticos ¿Ha perdido la confianza en sí mismo? GADS	84
Tabla 52. Estadísticos ¿Se ha sentido usted desesperanzado, sin esperanzas? GADS	84
Tabla 53. Estadísticos ¿Ha tenido dificultades para concentrarse? GADS.....	84
Tabla 54. Estadísticos ¿Ha perdido peso (a causa de su falta de apetito)? GADS.....	85
Tabla 55. Estadísticos ¿Se ha estado despertando demasiado temprano? GAD.....	85
Tabla 56. Estadísticos ¿Se ha sentido usted enlentecido? GADS	85
Tabla 57. Estadísticos ¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas? GADS.....	85
Tabla 58. Resultados para la escala de depresión de Hamilton	90
Tabla 59. Resultados para la escala de ansiedad de Beck	90
Tabla 60. Resultados para la escala de depresión de Goldberg.....	90

