

PSICOLOGÍA y Salud

Número Especial COVID

2022

Instituto de Investigaciones Psicológicas de la Universidad Veracruzana

Psychology and Health

SUMARIO

Impacto de la epidemia de Covid-19 en la salud mental: panorama internacional y nacional
Jorge Cabrales-Arreola, Evangelina Morales-Carmona y Carlos Hernández-Girón

Afrontamiento, autocuidado y salud mental durante el primer año de pandemia de COVID-19
Wendy Johana Nuñez Mera y Adriana Carolina Manjarres Maestre

Modificación de conductas saludables y salud general en adultos mexicanos durante la pandemia por COVID-19
Diana Garcidueñas-Gallegos, Rebeca Robles-García, Sofía Sánchez-Román, Lilia Castillo-Martínez, Nazira Calleja y Francisco Juárez-García

Intervención cognitivo-conductual y centrada en soluciones para el manejo del estrés por desempleo durante la pandemia por COVID-19
Paola Josefina Mercado Alarcón, Ana Gabriela Quintero Guadian y Mónica Teresa González Ramírez

Apoyo emocional a pacientes con covid-19 y sus familiares en las unidades de cuidados intensivos
María Esperanza Durán-Florez, Alicia Vivian Bernal-García y Silvia Lorena Montes-Peña

Afectación de hábitos, relaciones, adaptación, somatización y salud mental durante la pandemia de Covid-19 en México
Everardo Camacho, Mariana Hernández, Luis Javier Martínez Martínez, Imelda Alcalá y Antoni Sanz

Estrategias de afrontamiento ante la pandemia por COVID-19 en familias nucleares: diferencias entre padres e hijos
María Naivi Taiber-Rodríguez, Xolyanetzin Montero-Pardo, Joaquín Alberto Padilla-Bautista, Cintia Aguilar-Delgadillo y Fátima Sagrario Espinoza-Salgado

Estrés percibido durante la pandemia del COVID-19 en estudiantes universitarios de Popayán (Colombia)
Nancy Janneth Molano Tobar, Raquel Amalia Vélez Tobar y Efraín Alirio Rojas Galvis

Retencia vacunal para la enfermedad de COVID-19 en una muestra colombiana: un estudio inicial
Aldayr David Rosero Bolaños, Jhonatan Andrés Pantoja Salas y Erika Mabel Ruiz Melo

Mitos, creencias de la familia frente a la aplicación y efectividad de la vacuna contra el COVID-19
Lourdes Isabel Albar-Chadid, Brayan Stevonn Domínguez Lozano y Olga María Armenta Martínez

Psicodrama como tratamiento para ansiedad y depresión en el contexto de la pandemia por COVID-19
Salomón Daniel Núñez Ocmán, Andrés López Rentería, Bernardo Robles Garay, Fausto Cadena Gil y Enoc Isai Hernández Cantú

Propiedades psicométricas preliminares de la Escala de Estresores relacionados con el Distanciamiento Social por la Covid-19
María Cristina Bravo-González, Roberto Miguel-Corona, Maetzin Itzel Ordaz-Carrillo y José Esteban Vaquero-Cázares

ISSN: 1405-1109

UNIVERSIDAD VERACRUZANA

Martín Gerardo Aguilar Sánchez
Rector

Juan Ortiz Escamilla
Secretario Académico

Lizbeth Margarita Viveros Cancino
Secretaria de Administración y Finanzas

Jaqueline del Carmen Jongitud Zamora
Secretaria de Desarrollo Institucional

Agustín del Moral Tejeda
Director Editorial

PSICOLOGÍA Y SALUD

EDITOR

Rafael Bullé-Goyri Minter

EDITORA ADJUNTA

Laila Meseguer Posadas

COORDINADORA DE ARBITRAJES

Dra. María Erika Ortega Herrera

ASESOR EDITORIAL

Dr. Juan José Sánchez Sosa

DIRECTOR DEL INSTITUTO DE INVESTIGACIONES PSICOLÓGICAS

Dr. Jorge Luis Arellanez Hernández

COMITÉ EDITORIAL

- Dr. Luis Flórez Alarcón • *Universidad Católica de Colombia (Colombia)*
Dra. Tatiana Forte • *Hospital Pequeno Príncipe (Brasil)*
Dr. Jorge Grau Abalo • *Instituto Nacional de Radiología y Oncología (Cuba)*
Dra. María del Socorro Herrera Meza • *Universidad Veracruzana (México)*
Dra. Ana Delia López Suárez • *Universidad Veracruzana (México)*
Dra. Rosa Martha Meda Lara • *Universidad de Guadalajara (México)*
Dra. Martha Montiel Carbajal • *Universidad de Sonora (México)*
Dra. María Erika Ortega Herrera • *Universidad Veracruzana (México)*
Dra. Ligia M. Sánchez Núñez • *Universidad Central de Venezuela (Venezuela)*

EDITORES ASOCIADOS

- Dr. Benjamín Domínguez Trejo • *Universidad Nacional Autónoma de México*
Dra. Lya Feldman • *Universidad Simón Bolívar (Venezuela)*
Dra. Edelsys Hernández Meléndrez • *Hospital Clínico Quirúrgico Hermanos Ameijeiras (Cuba)*
Dra. Olga E. Infante Pedreira • *Universidad Central de las Villas (Cuba)*
Dra. Marta Martín Carbonell • *Instituto de Angiología y Cirugía Vascular (Cuba)*
Dra. Silvia Mejía Arango • *Colegio de la Frontera Norte (México)*
Dr. Wenceslao Penate • *Universidad de La Laguna (España)*
Dr. Mario Enrique Rojas Russell • *Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM (México)*
Dr. Jorge Román Hernández • *Instituto Nacional de Salud de los Trabajadores (Cuba)*
Dr. Carlos Salavera Bordás • *Universidad de Zaragoza (España)*
Dr. Juan José Sánchez Sosa • *Universidad Nacional Autónoma de México (México)*
Dr. Francisco J. Santolaya Ochando • *Colegio de Psicólogos de Valencia (España)*
Dra. Rocio Soria Trujano • *Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM (México)*
Dra. María de los Ángeles Vacío Muro • *Universidad Autónoma de Aguascalientes (México)*
Dra. Elba Abril Valdez • *Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo, A.C. (México)*
Dr. Stefano Vinaccia • *Fundación Universitaria Sanitas (Colombia)*
Dr. Ricardo Werner Sebastiani • *Universidad de Sao Paulo (Brasil)*

Número Especial COVID • 2022

Psicología y Salud es una publicación semestral,
editada por el Instituto de Investigaciones Psicológicas de la Universidad Veracruzana
Calle Dr. Luis Castelazo Ayala s/n, Industrial Ánimas, 91190 Xalapa, Veracruz, México.
Tel. (228)841-89-00, ext. 13215, fax (228)841-89-14, correos electrónicos: psicologiaysalud@uv.mx y rbulle@uv.mx.
Editor responsable: Rafael Bullé-Goyri Minter.

Reserva de Derechos al Uso Exclusivo: 04-2021-042213083600-203.

ISSN impreso: 1405-1109 otorgado por el Instituto Nacional de Derechos de Autor.

Responsable de la publicación de este número: Laila Meseguer Posadas,

Indizada en CLASE, LATINDEX, MIAR, EZB, Latinoamericana, IJIF, LatinRev y DORA.

Visítenos en: psicologiaysalud.uv.mx

SUMARIO

Número Especial COVID
2022

Impacto de la epidemia de Covid-19 en la salud mental: panorama internacional y nacional <i>Jorge Cabrales-Arreola, Evangelina Morales-Carmona y Carlos Hernández-Girón</i>	1
Afrontamiento, autocuidado y salud mental durante el primer año de pandemia de COVID-19 <i>Wendy Johana Nuñez Mera y Adriana Carolina Manjarres Maestre</i>	11
Modificación de conductas saludables y salud general en adultos mexicanos durante la pandemia por COVID-19 <i>Diana Garcidueñas-Gallegos, Rebeca Robles-García, Sofía Sánchez-Román, Lilia Castillo-Martínez, Nazira Calleja y Francisco Juárez-García</i>	25
Intervención cognitivo-conductual y centrada en soluciones para el manejo del estrés por desempleo durante la pandemia por COVID-19 <i>Paola Josefina Mercado Alarcón, Ana Gabriela Quintero Guadian y Mónica Teresa González Ramírez</i>	37
Apoyo emocional a pacientes con covid-19 y sus familiares en las unidades de cuidados intensivos <i>María Esperanza Durán-Florez, Alicia Vivian Bernal-García y Silvia Lorena Montes-Peña</i>	47
Afectación de hábitos, relaciones, adaptación, somatización y salud mental durante la pandemia de Covid-19 en México <i>Everardo Camacho, Mariana Hernández, Luis Javier Martínez Martínez, Imelda Alcalá y Antoni Sanz</i>	55
Estrategias de afrontamiento ante la pandemia por COVID-19 en familias nucleares: diferencias entre padres e hijos <i>Marla Naivi Toiber-Rodríguez, Xolyanetzin Montero-Pardo, Joaquín Alberto Padilla-Bautista, Cintia Aguilar-Delgadillo y Fátima Sagrario Espinoza-Salgado</i>	68
Estrés percibido durante la pandemia del COVID-19 en estudiantes universitarios de Popayán (Colombia) <i>Nancy Janneth Molano Tobar, Raquel Amalia Vélez Tobar y Efraín Alirio Rojas Galvis</i>	82
Reticencia vacunal para la enfermedad de COVID-19 en una muestra colombiana: un estudio inicial <i>Aldayr David Rosero Bolaños, Jhonatan Andrés Pantoja Salas y Erika Mabel Ruiz Melo</i>	91
Mitos, creencias de la familia frente a la aplicación y efectividad de la vacuna contra el COVID-19 <i>Lourdes Isabel Albor-Chadid, Brayan Stevonn Domínguez Lozano y Olga María Armenta Martínez</i>	101
Psicodrama como tratamiento para ansiedad y depresión en el contexto de la pandemia por COVID-19 <i>Salomón Daniel Núñez Ocman, Andrés López Rentería, Bernardo Robles Garay, Fausto Cadena Gil y Enoc Isai Hernández Cantú</i>	112
Propiedades psicométricas preliminares de la Escala de Estresores relacionados con el Distanciamiento Social por la Covid-19 <i>María Cristina Bravo-González, Roberto Miguel-Corona, Maetzin Itzel Ordaz-Carrillo y José Esteban Vaquero-Cázares</i>	122

SUMMARY

COVID Special Issue
2022

Impact of the Covid-19 epidemic on mental health: International and national panorama <i>Jorge Cabrales-Arreola, Evangelina Morales-Carmona and Carlos Hernández-Girón</i>	1
Coping, self-care, and mental health in the first year of the COVID-19 pandemic <i>Wendy Johana Nuñez Mera and Adriana Carolina Manjarres Maestre</i>	11
Change in health behaviors and general health in Mexican adults during COVID-19 pandemic <i>Diana Garcidueñas-Gallegos, Rebeca Robles-García, Sofía Sánchez-Román, Lilia Castillo-Martínez, Nazira Calleja and Francisco Juárez-García</i>	25
Cognitive-behavioral and solution-focused intervention for managing unemployment stress during the COVID-19 pandemic <i>Paola Josefina Mercado Alarcón, Ana Gabriela Quintero Guadian and Mónica Teresa González Ramírez</i>	37
Emotional support for Covid-19 patients in intensive care units and for their families <i>María Esperanza Durán-Florez, Alicia Vivian Bernal-García and Silvia Lorena Montes-Peña</i>	47
Habits, relations, adaptation, somatization, and mental health disturbances during Covid-19 pandemic in Mexico <i>Everardo Camacho, Mariana Hernández, Luis Javier Martínez Martínez, Imelda Alcalá and Antoni Sanz</i>	55
Family coping strategies in the face of the COVID-19 pandemic: Differences between parents and their children <i>Marla Naivi Toiber-Rodríguez, Xolyanetzin Montero-Pardo, Joaquín Alberto Padilla-Bautista, Cintia Aguilar-Delgado and Fátima Sagrario Espinoza-Salgado</i>	68
Stress perceived during the COVID-19 pandemic in university students of Popayán (Colombia) <i>Nancy Janneth Molano Tobar, Raquel Amalia Vélez Tobar and Efraín Alirio Rojas Galvis</i>	82
Vaccine reluctance for COVID-19 disease in a Colombian sample: An initial study <i>Aldayr David Rosero Bolaños, Jhonatan Andrés Pantoja Salas and Erika Mabel Ruiz Melo</i>	91
Myths, beliefs of the family regarding the application and effectiveness of the vaccine against COVID-19 <i>Lourdes Isabel Albor-Chadid, Brayan Stevann Domínguez Lozano and Olga María Armenta Martínez</i>	101
Psychodrama as an anxiety and depression treatment in the context of the COVID-19 pandemic <i>Salomón Daniel Núñez Ocman, Andrés López Rentería, Bernardo Robles Garay, Fausto Cadena Gil and Enoc Isai Hernández Cantú</i>	112
Preliminary psychometric properties of the Stressors related to Social Distancing by the Covid-19 Scale <i>María Cristina Bravo-González, Roberto Miguel-Corona, Maetzin Itzel Ordaz-Carrillo and José Esteban Vaquero-Cázares</i>	122

Impacto de la epidemia de Covid-19 en la salud mental: panorama internacional y nacional

Impact of the Covid-19 epidemic on mental health: International and national panorama

Jorge Cabrales-Arreola¹, Evangelina Morales-Carmona² y Carlos Hernández-Girón³

Secretaría de Salud de Nayarit¹
Instituto Nacional de Salud Pública^{2,3}

Autor para correspondencia: Carlos Hernández-Girón, chernand@insp.mx.

RESUMEN

La nueva enfermedad de COVID-19 se ha convertido en una pandemia que afecta la salud física y mental, la economía y las interacciones sociales, la cual provoca alteraciones psicológicas y muchas más, factores todos ellos reportados en la literatura científica. En efecto, las personas afectadas por COVID-19 pueden padecer diversos problemas de salud mental, como depresión, trastornos de ansiedad y estrés postraumático. Por consiguiente, se efectuó una búsqueda de artículos publicados en revistas indizadas durante los últimos cinco años y en bases de datos como Pubmed, Medline y Cochrane, para lo que se utilizaron los términos “virus”, “coronavirus”, “COVID-19”, “pandemia” y “epidemia”. Los resultados indican que los trastornos mentales aumentaron en gran medida desde el comienzo de la pandemia, a saber, los trastornos de estrés agudo y postraumático, la angustia, la depresión, la ansiedad y el insomnio, alteraciones que repercuten en la salud mental, y de cuya prevalencia se da cuenta. Los estudios epidemiológicos hallados sugieren que esta enfermedad tiene un importante efecto en la salud mental de las personas.

Palabras clave: Coronavirus; COVID -19; Salud mental.

ABSTRACT

The new disease of COVID-19 has become a pandemic that affects physical and mental health, the economy, and social interactions and has deleterious social and psychological implications. All these factors have been frequent in the scientific literature. People affected by COVID-19 may have a high burden of mental health problems, such as depression, anxiety, or post-traumatic stress disorder. The present document research collected articles published over the past five years in indexed journals and databases such as PubMed, Medline, and Cochrane. A search used the terms "virus," "coronavirus", "COVID-19", "pandemic", and "epidemic". Findings suggest that mental disorders such as acute stress disorder, post-traumatic stress disorder, distress, depression, anxiety, and insomnia have increased greatly since the pandemic's beginning. Such disorders strongly affect mental health. Other global data also suggest increased prevalence in organizational settings. The epidemiological studies thus collected suggest that COVID-19 does have such an effect.

Key words: Coronavirus; COVID -19; Mental health.

¹ Hospital Civil de Tepic “Dr. Antonio González Guevara”, Calle Enfermería s/n, Col. Fray Junípero Serra, 63000 Tepic, Nay., México, tel. (311)214-32-91.

² Centro de Investigación en Evaluación y Encuestas, Av. Universidad 655, 62100 Cuernavaca, Mor., México, tel. (777)329-30-20.

³ Centro de Investigaciones en Salud Poblacional.



Recibido: 09/03/2022

Aceptado: 29/08/2022

El presente artículo tuvo como finalidad brindar un panorama amplio sobre la relación de la pandemia de COVID-19 (abreviación de *Coronavirus Disease, 2019*) y su implicación en la salud mental de la población mundial, y particularmente en la mexicana.

Inicialmente los esfuerzos se enfocaron en la enfermedad causada por el virus SARS-CoV-2, que se manifiesta como una grave dificultad respiratoria aguda, pero que genera estrés en una escala sin precedentes y con consecuencias difíciles de estimar (Heitzman, 2020). La Organización Mundial de la Salud (OMS) (2020) ha descrito cómo la pandemia de COVID-19 paralizó los servicios de salud mental esenciales, a la vez que aumentaba la demanda de atención.

En estos dos últimos años el COVID-19 se convirtió en una pandemia que afecta la salud física y mental, la economía, las interacciones sociales y muchas otras esferas. Todas estas consecuencias han sido reportadas en la literatura científica; por ejemplo, las personas afectadas por COVID-19 pueden padecer una elevada frecuencia de problemas de salud mental, como depresión, ansiedad, estrés, ataques de pánico, ira irracional, impulsividad, trastornos de somatización, del sueño, de estrés postraumático e incluso comportamientos suicidas. La evidencia actual sugiere que la problemática psiquiátrica coexiste con la pandemia de COVID-19, por lo que requiere la atención de los servicios de salud mental en todo el mundo. Sin embargo, deben desarrollarse y adoptarse intervenciones multidimensionales para abordar los desafíos psicosociales existentes y promover la salud mental en la circunstancia actual (Hossain *et al.*, 2020).

La pandemia por COVID-19 también ha alterado profundamente los entornos laborales de varias formas; por ejemplo, políticas de distanciamiento social obligatorio, periodos de aislamiento, suspensión de la actividad productiva y pérdida de ingresos, todos los cuales han influido de manera conjunta en la afectación de la salud mental de las personas que trabajan. La depresión, la ansiedad,

el trastorno de estrés postraumático y los trastornos del sueño son los que más afectan a los trabajadores de la salud, especialmente a los de primera línea de contacto. Diversas intervenciones relacionadas con el trabajo pueden mitigar este escenario, como la mejora de la infraestructura del lugar de trabajo, la adopción de medidas anti-contagio correctas y compartidas, el suministro de equipos de protección o la implementación de una adecuada capacitación (Giorgi *et al.*, 2020). En este artículo se presentan las implicaciones en la salud mental de los trabajadores del área de la salud —en general en el orbe, pero específicamente en México—, ocasionadas por la pandemia de COVID-19.

MÉTODO

Para tal propósito se procedió a realizar una búsqueda de artículos científicos publicados en revistas o concentrados en plataformas digitales especializadas en temas de salud, como Pubmed, Medline y Cochrane. Se eligieron artículos publicados en revistas indizadas entre los años 2019 y 2021, aunque por su relevancia se incluyeron algunos artículos publicados previamente.

Se consideraron estudios epidemiológicos, como ensayos clínicos aleatorizados, estudios de casos, estudios de caso y controles, así como diversos artículos de revisión, tanto de índole cualitativa como cuantitativa. Para la búsqueda en internet, se utilizaron los términos “infecciones”, “virus” “epidemia” “pandemia” y “salud mental” en combinación con “Covid-19”. Los artículos fueron revisados y verificados por su contenido relevante.

Desarrollo temático y conceptual

Antecedentes históricos: Salud mental en tiempos de epidemia

Desde diciembre de 2019, el mundo observó el lento nacimiento y después el rápido desarrollo y expansión de una nueva pandemia, una enfermedad respiratoria causada por el virus SARS-Cov-2: el COVID-19. Sin embargo, nuestra época no es la única que ha enfrentado tales tribulaciones, ya que numerosas pandemias letales y de gran escala

han desafiado la existencia humana a lo largo de la historia. Si bien estas crisis alguna vez estuvieron separadas por siglos, o al menos por muchas décadas, ahora se han vuelto más comunes. Así, desde 2003 hemos experimentado graves enfermedades agudas; por ejemplo, el síndrome respiratorio (SARS), que casi fue una pandemia; la influenza causada por el virus H1N1 en 2009; la de fiebre transmitida por la picadura de mosquitos causada por el virus Chikungunya (2014); otra pandemia de fiebre causada por el virus de Zika (2015); otra enfermedad de extensión similar a la de una pandemia, el Ébola, que azotó a cinco países africanos, pero con casos exportados a todo el mundo (2014- 2015). Parece claro que ahora vivimos en una era de pandemias, de enfermedades infecciosas emergentes, y el regreso de viejos enemigos contagiosos, como la tuberculosis (Morens, Daszak, Markel y Taubenberger, 2020).

La nueva enfermedad respiratoria causada por el virus SARS-CoV-2 –un tipo de coronavirus– surgió en la ciudad de Wuhan (China) a finales de 2019 (Dong y Bouey, 2020). Dicha enfermedad, el COVID-19, se diseminó rápidamente a las ciudades de Macao y Hong Kong, y de ahí a otros países asiáticos, europeos y americanos. Los profesionales de la salud, los pacientes y la población en general se encontraron entonces bajo una presión tal que se generaron diversos problemas psicológicos, como ansiedad, temor, depresión e insomnio. En China, la comisión de salud convocó a una reunión de emergencia psicológica a varias asociaciones de salud mental y organizaciones, donde establecieron un equipo de expertos que tuvo como propósito compilar directrices, artículos y videos educativos sobre salud mental para profesionales y público en general (Li *et al.*, 2020). La intervención especializada para reducir las crisis psicológicas desempeña hasta hoy un papel fundamental en el despliegue general para el control de la enfermedad.

Epidemiología del COVID-19: situación mundial y nacional

Actualmente, en pleno siglo XXI, las enfermedades crónico-degenerativas han superado a las de origen infeccioso en todo el orbe (sin tomar en

cuenta la pandemia por el virus SARS-CoV2). Esto se debe en cierta medida al cambio demográfico y a las modificaciones de los estilos de vida en las poblaciones. Así, las neoplasias ocupan el segundo lugar de mortalidad, y particularmente el cáncer de mama, que es la primera causa de muerte debido a tumores en mujeres de todas las edades (OMS, 2021b).

A finales de 2019 aparecieron las primeras noticias sobre un nuevo ente patológico que afectaba principalmente las vías respiratorias, hoy denominado COVID-19 (enfermedad respiratoria causada por el virus SARS-CoV2), que fue diseminándose rápidamente por el continente asiático, hasta que a finales de enero de 2021 fue calificada como pandemia por la OMS (Hossain *et al.*, 2020).

En México, fue a mediados de febrero de 2020, el Dr. Hugo López-Gatell, subsecretario de Salud en el gobierno federal, anunció que se habían detectado los primeros casos importados de la enfermedad (provenientes de Europa, sobre todo de Italia). Fue cuando la Dirección de Epidemiología, en el monitoreo que efectúa diariamente, reveló el incremento exponencial de casos (de cuatro a doce), por lo que en la segunda semana de marzo de 2020 alertó sobre una primera fase de la epidemia en el país, lo que obligó a tomar medidas sanitarias nunca antes vistas en el tiempo reciente, como la restricción de la movilidad de la población y el confinamiento domiciliario, restringiendo además la mayoría de las actividades económicas y sociales en las zonas más pobladas del país, principalmente las urbanas (Secretaría de Salud y Asistencia [SSA en lo sucesivo], 2020).

Al tratarse de una epidemia nueva, las consecuencias clínicas y epidemiológicas eran inciertas; cabe señalar que la sintomatología variaba según las características físicas personales (edad y sexo), el sistema inmunológico y las enfermedades concomitantes. En promedio, las personas que se contagian por coronavirus empiezan a manifestar síntomas en un plazo de cinco a seis días desde el momento de la infección, pero estos pueden tardar en aparecer hasta catorce. La mayoría (> 80%) de las personas que se contagian exhiben síntomas de intensidad leve o moderada, y se recuperan sin necesidad de hospitalización (Cuadro 1) (World Health Organization, 2021a).

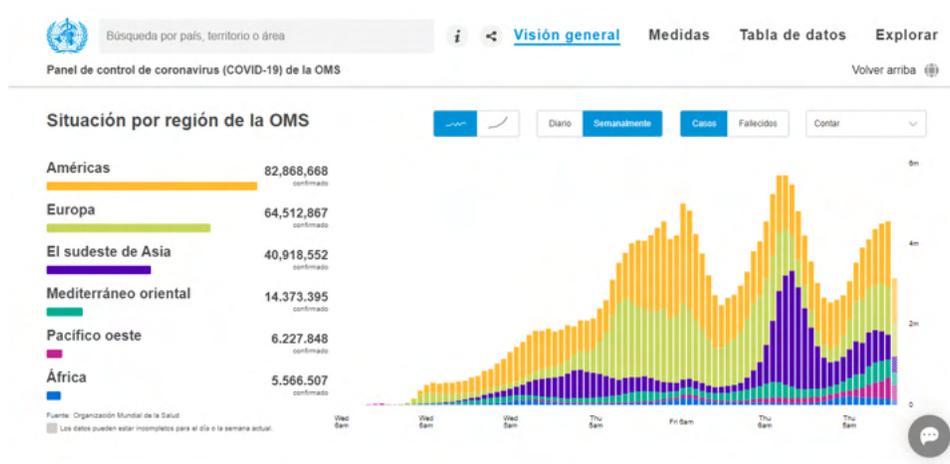
Cuadro 1. Sintomatología asociada al COVID-19.

Síntomas más frecuentes (leves), que requieren reposo y aislamiento en casa:
Fiebre
Tos seca
Cansancio
Otros síntomas moderados menos comunes que requieren consulta médica:
Molestias y dolores musculares
Dolor de garganta
Diarrea
Conjuntivitis
Dolor de cabeza
Pérdida del sentido del olfato (parcial: hiposmia; total: anosmia), o del gusto (parcial: hipogeusia; completa: ageusia)
Erupciones cutáneas o pérdida del color en los dedos de las manos o de los pies
Síntomas menos frecuentes y más graves que requieren hospitalización:
Dificultad para respirar o sensación de falta de aire
Dolor o presión en el pecho
Incapacidad para hablar o moverse

Fuente: World Health Organization (2021).

Así, se esperaba que el pico máximo de contagios ocurriera a principios de mayo de 2020; sin embargo, ocurrió durante el mes de julio, de manera

semejante a lo sucedido en otras áreas del orbe (principalmente Europa y América) (Cuadro 2).

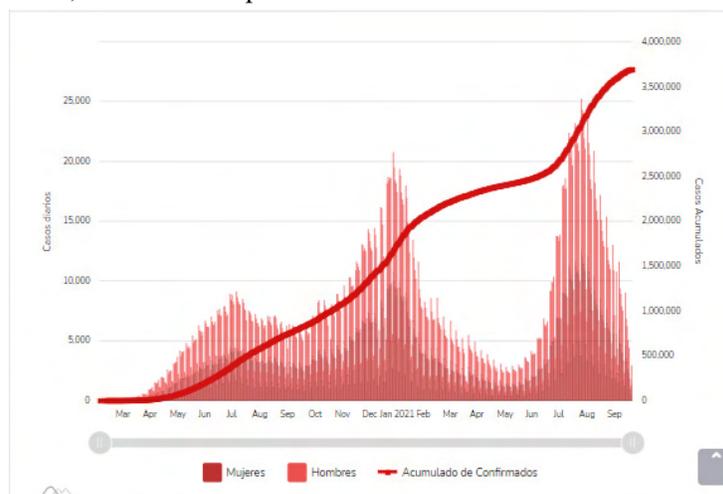
Cuadro 2. Panorama mundial: estimados de casos, mundial y por regiones (5). Incluyendo tasa de mortalidad y letalidad.

Fuente: World Health Organization (2021b).

Las consecuencias o complicaciones clínicas eran principalmente de índole respiratoria, como dificultad para respirar, insuficiente saturación de oxígeno, neumonía y fallo respiratorio. Estos eventos obligaron la “reconversión” hospitalaria, es decir, el acondicionamiento de salas destinadas específicamente para la asistencia mecánica ventilatoria

de pacientes complicados. La ocupación hospitalaria de las camas con asistencia ventilatoria llegó a ser mayor a 85% en la Ciudad de México y en los estados de México, Guerrero y Nuevo León, lo que ocurrió en el último trimestre de 2020 (Cuadros 3 y 4) (SSA, 2021).

Cuadro 3. Epidemiología de casos de COVID-19: Panorama nacional. Curva epidemiológica en México que muestra la tendencia de incremento de casos en las tres olas o picos epidemiológicos: julio de 2020, diciembre de 2020 y julio de 2021, estratificados por sexo.



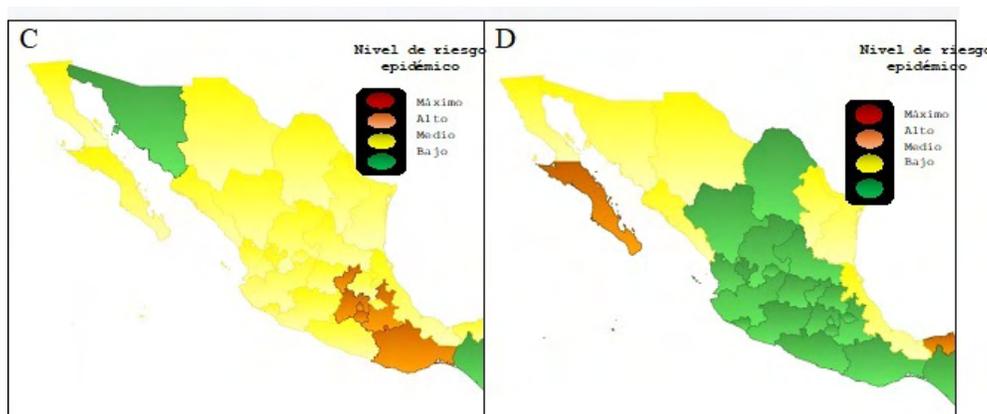
Simultáneamente al desarrollo de la pandemia, también se impulsó la investigación clínica de biología molecular, sobre todo de las (Urbiztondo, Borrásb y Mirada, 2020) contra el SARS-CoV2, que también hicieron una rápida aparición en ensayos clínicos a partir del segundo semestre de 2020. En México, a mediados de diciembre de ese año, comenzó la estrategia poblacional de vacunación para personas mayores de 65 años.

En la última semana de agosto de 2021 habían ocurrido tres “picos” (incrementos de la incidencia de casos nuevos) de la pandemia: mediados y finales de 2020 y mediados de 2021, de manera similar a lo sucedido en otras partes del mundo. Al momento de redactar este reporte, se habían notificado un total de 3,328,863 casos confirmados de la enfermedad, lo que representa una incidencia

acumulada de 2,641.7 casos por cada 100 mil habitantes (véanse Cuadros 2 y 3) (SSA, 2021).

Por otra parte, se ha reportado oficialmente un total de 257,906 defunciones, lo que representa una mortalidad de 204.7 muertes por cada 100 mil habitantes. La letalidad por COVID-19 en México, desde el inicio de la pandemia hasta el día de hoy, es de 7.7 muertes por cada 100 casos registrados (SSA, 2020).

Desde el inicio de la pandemia hasta el día de hoy, y considerando los grupos de edad específicos, en el grupo de 10 a 14 años se han notificado 59,582 casos, que incluyen 163 defunciones, con una letalidad estimada de 0.3% cuando dicha cifra se compara con la del grupo de edad de 65 años y más, que presenta tasas de mortalidad y letalidad mayores (Mapa 1) (SSA, 2021).



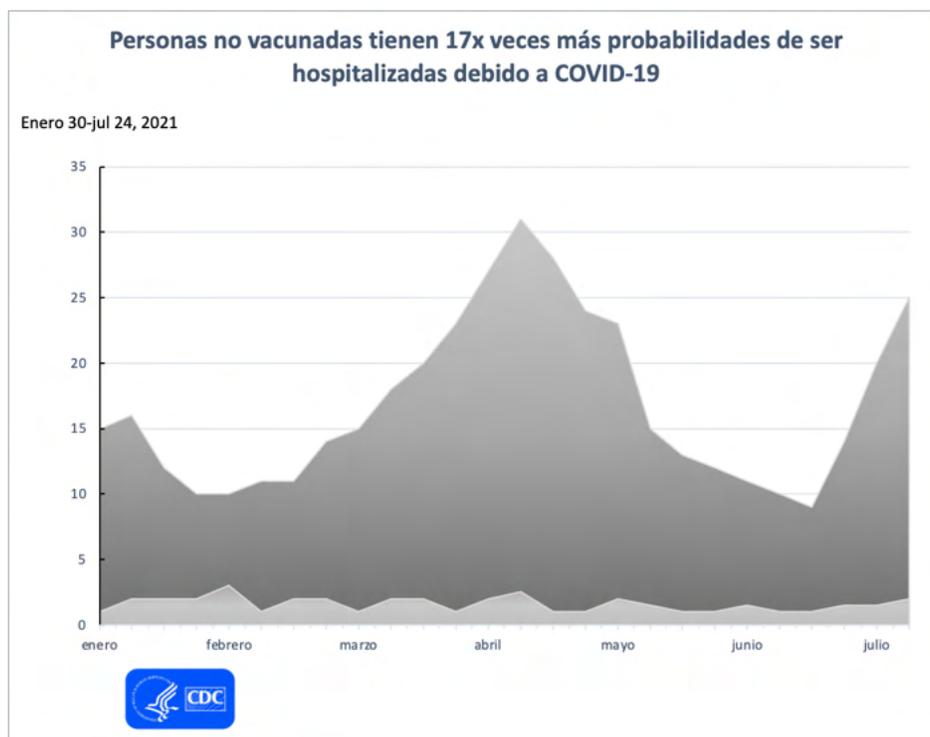
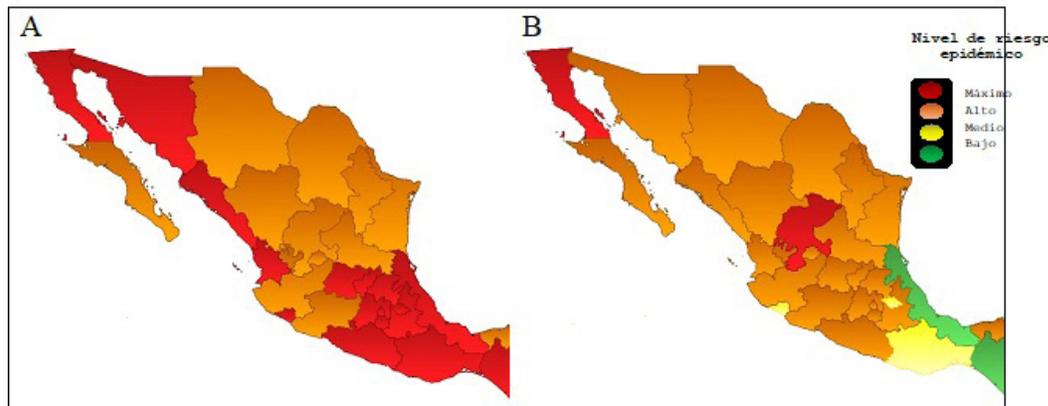
Fuente: Secretaría de Salud (2021a).

Finalmente, considerando la situación actual de la pandemia, se empiezan a vislumbrar los efectos de la principal medida en el terreno de la salud pública: la vacunación específica contra el virus SARS-CoV2 (OMS, 2021b). A pesar de la aparición

de dos picos epidemiológicos subsecuentes, parece evidente que la tendencia de mortalidad por esta causa (letalidad por el COVID-19) ha empezado a descender (Cuadro 5).

Cuadro 5. Comparación de tasa de hospitalización por Covid 19, entre personas no vacunadas vs. vacunadas.

A) junio, 2020, B) diciembre 2020 C) marzo 2021 y D) junio 2021.



Salud mental en tiempos de epidemia

Los trastornos mentales aumentaron en gran medida desde el comienzo de la pandemia por COVID-19. Bliźniewska-Kowalska *et al.* (2021) señalan

los trastornos de estrés agudo y postraumático, angustia, depresión, ansiedad e insomnio como algunas de las perturbaciones que han repercutido en la salud mental. En Estados Unidos, las consecuencias psiquiátricas de COVID-19 son altas tasas

de ansiedad (de 6.33 a 50.9%), depresión (de 14.6 a 48.3%), trastorno de estrés postraumático (de 7 a 53.8%), angustia (de 34.43 a 38%) y estrés (de 8.1% a 81.9%). Los factores de riesgo asociados incluyeron el sexo femenino, la presencia de enfermedades crónicas o psiquiátricas, el desempleo, la condición de estudiante y la exposición frecuente a las redes sociales con noticias sobre el COVID-19.

Otro estudio que muestra las afectaciones en los estudiantes fue realizado en China por Chang, Yuan y Wang (2020), en la provincia de Guangdong, y mostró que 69.47% de los estudiantes universitarios tenía un nivel considerable de conocimientos sobre el COVID-19; 26.60% mostró que la incidencia de ansiedad leve, moderada y grave fue de 23.19, 2.71 y 0.70%, respectivamente. Se detectó depresión en 21.16% de los estudiantes, y la incidencia leve, moderada y severa de esta condición fue de 16.98, 3.17% y 1.01%, en cada caso. A la vez, se encontró que una mayor edad se asoció con un mayor nivel de conciencia acerca del COVID-19, en tanto que los cambios en los comportamientos de salud se asociaron con menores niveles de ansiedad y depresión en los estudiantes.

Por otra parte, los medios de comunicación han desempeñado un importante papel en el desarrollo de los problemas relacionados con la salud mental durante la pandemia. Así, los medios de comunicación suelen utilizar mensajes que pueden aumentar el nivel de ansiedad en la población; asimismo, los jóvenes que pasan mucho tiempo activos en redes electrónicas, como pantallas de televisión o dispositivos móviles, tienen una fuerte necesidad de establecer contacto social con sus pares, son más sensibles al estigma y se encuentran en una situación financiera menos estable, lo que los vuelve más vulnerables a desarrollar problemas psicológicos asociados a la pandemia (Gao *et al.*, 2020).

Los trabajadores de la salud de primera línea también han experimentado problemas de salud mental, según se reporta en el estudio efectuado en México por Robles *et al.* (2020), en el que se identificaron los problemas de salud mental más frecuentes, como insomnio, depresión y trastorno

de estrés postraumático en los varones (52.1, 37.7 y 37.5%, respectivamente) y en las mujeres (47.1, 33.0 y 16.3%, en cada caso). La falta de tiempo para el descanso fue el principal factor de riesgo de insomnio; por otra parte, el duelo por la muerte de amigos o seres queridos debida al COVID-19 fue la causa de riesgo de depresión, y ser personal de atención COVID-19 fue el elemento de riesgo más importante en el caso del trastorno de estrés postraumático.

La pandemia ha puesto a los trabajadores de la salud en una situación sin precedentes. Gran parte de la investigación se ha centrado en los problemas relacionados con la ansiedad, la depresión y el estrés en este sector de la población. En algunos pacientes con comorbilidades preexistentes (diabetes e hipertensión, principalmente), el estrés puede exacerbar estos padecimientos y hacer más probable que se pierda la vida por causa del COVID-19. Además, se sabe que los profesionales de la salud tienen un alto riesgo de consumir sustancias adictivas (medicamentos psicotrópicos), por lo que pueden estar en riesgo de desarrollar adicción a ellas, o bien ser más vulnerables a las recaídas. Por otra parte, los de primera línea para la atención del COVID-19 han tenido una carga de trabajo excesivo durante la pandemia y, por lo tanto, sufrido agotamiento. También han padecido graves problemas en sus relaciones familiares, y muchos han tenido la intención de renunciar a sus trabajos (estrés laboral), lo que los vuelve vulnerables a las tendencias suicidas (Cai, Lin, Hu y Wong, 2021; Du *et al.*, 2020; Robles *et al.*, 2020).

Sometidos a largas jornadas laborales, estos trabajadores sufren una de las consecuencias más comunes: la falta de sueño, relacionada con el estrés y el trastorno de estrés postraumático. Estas alteraciones del sueño afectan críticamente la salud mental al precipitar o perpetuar la ansiedad, la depresión y el estrés, lo que resulta en la incapacidad de regular las emociones positivas y negativas. Todos estos cambios en el sueño y la regulación emocional también alteran el sistema inmunológico, por lo que es posible que puedan padecer ciertas enfermedades inmunológicas o cáncer (Sher, 2020).

DISCUSIÓN

La epidemia por COVID-19 ha dejado secuelas en diversos ámbitos de nuestra vida común, y son numerosos los estudios realizados en diferentes partes del mundo sobre el virus SARS-CoV-2 debido a su alarmante propagación y la gran cantidad de muertes que ha causado alrededor del mundo: 3.5 millones de muertes reportadas por esta causa, según cifras de la OMS (s/f).

Nuevos ensayos clínicos de antivirales seguros y efectivos se efectúan a diario, y el desarrollo de vacunas crece a un ritmo acelerado nunca antes visto (Urbiztondo *et al.*, 2020) A su vez los ensayos también se centran en las secuelas a largo plazo de la infección por el SARS-CoV-2 (De Almondes, Marín y Jiménez, 2021).

Las consecuencias del COVID-19 a largo plazo siguen siendo poco claras; sin embargo, Huang *et al.* (2020) reportan sobre todo fatiga o debilidad muscular, dificultades para dormir, ansiedad, depresión (sobre todo en pacientes que estuvieron gravemente enfermos), función pulmonar gravemente deteriorada y tórax anormal en los estudios de imagen (*cf.* Wang, Kream y Stefano, 2020). Muchas personas han aumentado su consumo de alcohol o drogas y sufren problemas crecientes de insomnio y ansiedad. Por otro lado, el mismo COVID-19 puede traer consigo complicaciones neurológicas y mentales, como estados delirantes, agitación o accidentes cerebrovasculares (Heitzman, 2020).

Las vías respiratorias son los principales lugares de entrada del SARS-CoV-2 al cuerpo, lo que tiene como el resultado más común la neumonía. El daño puede ir seguido de fibrosis pulmonar y deterioro crónico del pulmón, con el consiguiente detrimento de la calidad de vida. Informes cada vez más abundantes indican que la infección por SARS-CoV-2 involucra al Sistema Nervioso Central (SNC) y al Sistema Nervioso Periférico (SNP), dañando directa o indirectamente las neuronas, lo que da lugar a secuelas neurológicas de largo plazo (De Almondes *et al.*, 2021).

Sin lugar a dudas, en lo que a salud mental se refiere, el virus SARS-CoV-2 ha dejado al descubierto múltiples deficiencias crónicas en los sistemas de salud, por lo que la OMS (2021b) recomien-

da el incremento urgente del financiamiento a la salud mental de los habitantes de diversos países. En efecto, la pandemia de la COVID-19 ha perturbado o paralizado los servicios de salud esenciales de 93% de los países del mundo, al tiempo que ha aumentado la demanda de la atención; cabe mencionar que el duelo, el aislamiento, la pérdida de ingresos y el temor constante han generado o agravado tales trastornos de salud mental.

Según la OMS, en un estudio realizado entre junio y agosto de 2020 en 130 países de las seis regiones de la OMS —mediante el cual se evaluaron las alteraciones sufridas por los servicios de salud mental, neurológicos y de tratamiento de las toxicomanías como consecuencia del COVID-19— más de 60% de los países señaló un considerable menoscabo en los servicios de salud mental destinado a personas vulnerables, incluidos los niños y adolescentes (72%), personas mayores (70%) y mujeres que requieren servicios prenatales o posnatales (61%); 67% manifestaba perturbaciones en los servicios de orientación psicológica y de psicoterapia; 65% en los servicios esenciales de reducción de riesgos, y 45% en los tratamientos de mantenimiento con agonistas de opiáceos para los adictos. De los países encuestados, 89% señaló que la salud mental y el apoyo psicosocial formaban parte de sus planes nacionales de respuesta al COVID-19, y apenas 17% de esos países disponían de un financiamiento adicional suficiente para sufragar tales actividades. Todo ello pone de manifiesto la necesidad de otorgar más recursos al sector de la salud mental. A medida que la pandemia siga su curso, se intensificará la demanda de programas nacionales e internacionales de salud mental, los que se encuentren disminuidos por años de carencias económicas crónicas. De hecho, destinar 2% de los presupuestos nacionales a la salud mental no es suficiente (Heitzman, 2020).

Las dificultades impuestas a los mencionados servicios de salud mental también han repercutido en los trabajadores de primera línea en la atención de la COVID-19, por lo que es importante brindarles la atención necesaria para paliar los síntomas provocados por los diversos trastornos que padezcan, en gran parte debidos a las extensas jornadas de trabajo, el temor al contagio y las ya referidas secuelas. El desarrollo de más ensayos

clínicos para mejorar las vacunas, aunado a una mayor conciencia de las medidas de higiene en la población están dando un respiro al personal de salud puesto que se ha logrado reducir globalmente la tasa de contagios y fallecimientos provocados por el virus SARS-CoV-2 (Urbiztondo *et al.*, 2020). Sin embargo, se debe prevenir el comportamiento suicida en el personal de primera línea y en la población general (De Almondes *et al.*, 2021; Robles *et al.*, 2020). En un estudio de revisión de John *et al.* (2020) no se halló evidencia de un incremento del suicidio, pero destacaron que los cambios económicos, el aumento en la angustia en las personas contagiadas previamente de COVID-19 incrementaban la frecuencia de la idea suicida, por lo que recomendaban trabajar en la prevención de este fenómeno.

Así las cosas, la situación actual de la pandemia nos ha enseñado varias cosas: que la epidemia llegó para quedarse; que son esenciales las medidas básicas de prevención en salud pública, como el lavado frecuente de manos, el mantenimiento de una sana distancia y el uso de cubrebocas.

Las jornadas masivas de vacunación, empezando por los grupos vulnerables (con comorbilidades preexistentes) y los adultos mayores, comienzan a lograr que se vislumbre el control total de la pandemia.

Queda por conocer la durabilidad de la inmunidad proporcionada por las vacunas, así como el curso de las secuelas ocasionada por el COVID-19 en el largo plazo, mismas que se están estudiando a través de investigaciones actualmente en desarrollo.

Citación: Cabrales-Arreola, J., Morales-Carmona, E. y Hernández-Girón, C. (2022). Impacto de la epidemia de Covid-19 en la salud mental: panorama internacional y nacional. *Psicología y Salud*, Número Especial, 1-10. <https://doi.org/10.25009/pys.v32i3.2797>.

REFERENCIAS

- Blizniewska-Kowalska K.M., Halaris, A., Cheng Wang, S., Pin Su., K., Maes, M., Berk, M. y Gałeczki, P. (2021). Review of the global impact of the COVID-19 pandemic on public mental health, with a comparison between the USA, Australia, and Poland with Taiwan and Thailand. *Medical Science Monitor*, 11(27), e932220. Doi: 10.12659/MSM.932220.
- Cai, C.Z., Lin, Y.L., Hu, Z.J. y Wong, L.P. (2021). Psychological and mental health impacts of COVID-19 pandemic on healthcare workers in China: A review. *World Journal of Psychiatry*, 11(7), 33-346. Doi: 10.5498/wjpv11.i7.337.
- Chang, J., Yuan, Y. y Wang, D. (2020). Mental health status and its influencing factors among college students during the epidemic of COVID-19. *Nan Fang Yi Ke Da Xue Xue Bao. Journal of Southern Medical University*, 40(2), 171-176.
- De Almondes, K.M., Marín A., H.A. y Jiménez C., U. (2021). Impact of sleep deprivation on emotional regulation and the immune system of healthcare workers as a risk factor for COVID 19: Practical recommendations from a task force of the Latin American Association of Sleep Psychology. *Front Psychology*, 20(12), 564227. Doi: 10.3389/fpsyg.2021.564227.
- Dong, L. y Bouey, J. (2020). Public mental health crisis during COVID-19 pandemic. China. *Emerging Infectious Diseases*, 26(7), 1616-1618. Doi: 10.3201/eid2607.200407.
- Du, J., Mayer, G., Hummel, S., Oetjen, N., Gronewold, N., Zafar, A. y Schultz, J.H. (2020). Mental health burden in different professions during the final stage of the COVID-19 lockdown in China: Cross-sectional survey study. *Journal of Medical Internet Research*, 22(12), e24240. Doi: 10.2196/24240.
- Gao, J., Zheng, P., Jia, Y., Chen, H., Mao, Y., Chen, S., Wang, Y., Fu, H. y Dai, J. (2020). Mental health problems and social media exposure during COVID-19 outbreak. *Plos One*, 15(4), e0231924. Doi: 10.1371/journal.pone.0231924.
- Giorgi, G., Lecca, L., Alessio, F., Finstad, G., Bondanini, G., Lulli, L., Arcangeli, G. y Mucci, N. (2020). COVID-19 related mental health effects in the workplace: A narrative review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(21):7857. Doi: 10.3390/ijerph17217857.
- Heitzman, J. (2020). Impact of COVID-19 pandemic on mental health. *Psychiatria Polska*, 54(2), 187-198. Doi: 10.12740/pp/120373.
- Hossain, M., Tasnim, S., Sultana, A., Faizah, F., Mazumder, H., Zou, L., Liye, Z., Lisako, E. McKyer, J.H., Ahmed, U. y Ma, P. (2020). Epidemiology of mental health problems in COVID-19: a review. *F1000 Research*, 23(9), 636. Doi: 10.12688/f1000research.24457.1
- Huang, C., Huang, L., Wang, Y., Li, X., Ren, L. y Gu, X. (2021). 6 month consequences of COVID-19 in patients discharged from hospital: a cohort study. *Lancet*, 397(10270), 220-232. Doi: 10.1016/S0140-6736(20)32656-8.

- John, A., Eyles, E., Webb, R.T., Okolie, C., Schmidt, L., Arensman, E., Hawton, K., O'Connor, R.C., Kapur, N., Moran, P., O'Neill, S., McGuinness, L.A., Olorisade, B.K., Dekel, D., Macleod-Hall, C., Cheng, H.Y., Higgins, J.P.T. y Gunnell, D. (2020). The impact of the COVID-19 pandemic on self-harm and suicidal behaviour: update of living systematic review. *PubMed*. Doi: 10.12688/f1000research.25522.2.
- Li, W., Yang, Y., Liu, Z., Zhao, Y., Zhang, Q., Zhang, L. et al. (2020). Progression of mental health services during the COVID-19 outbreak in China. *International Journal of Biological Sciences*, 15, 16(10), 1732-1738. Doi: 10.7150/ijbs.45120.
- Morens, D.M., Daszak, P., Markel, H. y Taubenberger, J. (2020). Pandemic COVID-19 joins history's pandemic legion. *Journal of the American Society for Microbiology*, 11: e00812-20. Doi: 10.1128/mBio.00812-20.
- Organización Mundial de la Salud (2020). *Los servicios de salud mental se están viendo perturbados por la COVID-19 en la mayoría de los países, según un estudio de la OMS*. Ginebra: OMS. Recuperado de <https://www.WorldHealthOrganization.int/es/news/item/05-10-2020-covid-19-disrupting-mental-health-services-in-most-countries-WorldHealthOrganization-survey>.
- Organización Mundial de la Salud (2021). *COVID-19: Cronología de la actuación de la OMS*. Ginebra: OMS. Recuperado de <https://www.WorldHealthOrganization.int/es/news/item/27-04-2020-WorldHealthOrganization-timeline-covid-19>.
- Organización Mundial de la Salud (s/f). *Cáncer de mama: prevención y control*. Ginebra: OMS. Recuperado de <https://www.WorldHealthOrganization.int/topics/cancer/breastcancer/es/>.
- Robles, R.M., Rodríguez, E., Vega R., H., Álvarez I., D., Madrigal, E., Durand, S. et al. (2020). Mental health problems among healthcare workers involved with the COVID-19 outbreak. *Brazilian Journal of Psychiatry*. Doi: 10.1590/1516-4446-2020-1346. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.150/1516-4446-2020-1346BrazJPsychiatry.2020>.
- Secretaría de Salud y Asistencia (2020). *Conferencias de prensa. Informe diario sobre Coronavirus COVID-19*. Ciudad de México: SSA. Recuperado de <https://presidente.gob.mx/conferencias-de-prensa-informe-diario-sobre-coronavirus-covid-19>.
- Secretaría de Salud y Asistencia (2021a). *Covid-19. Sala de situación*. Ciudad de México: SSA. Recuperado de <https://www.doc.org.mx/covid-19/>.
- Secretaría de Salud y Asistencia (2021b). *Conferencias de prensa*. Ciudad de México: SSA. Recuperado de <https://coronavirus.gob.mx/category/conferencias-de-prensa/>.
- Sher, L. (2020). The impact of the COVID-19 pandemic on suicide rates. *QJM, An International Journal of Medicine*, 113(10), 707-712. Doi: 10.1093/qjmed/hcaa202.
- Urbiztondo, L., Borrásb, E. y Mirada, G. (2020). Vacunas contra el coronavirus. *Elsevier*, 21(1), 69-72. Doi: 10.1016/j.vacun.2020.04.002.
- Wang, F., Kream, R.M. y Stefano, G.B. (2020). Long-term respiratory and neurological sequelae of COVID-19. *Medical Science Monitor*, 1(26). e928996. Doi: 10.12659/MSM.928996.

Afrontamiento, autocuidado y salud mental durante el primer año de pandemia de COVID-19

Coping, self-care, and mental health in the first year of the COVID-19 pandemic

Wendy Johana Nuñez Mera y Adriana Carolina Manjarrés Maestre

Universidad El Bosque¹

Autor para correspondencia: Wendy Johana Nuñez Mera, wnunehm@unbosque.edu.co.

RESUMEN

La crisis sanitaria generada a causa del COVID-19 ha traído consigo múltiples efectos económicos, sociales, educativos y psicológicos. En el ámbito de la salud, las afectaciones han sido no solo físicas sino también mentales, lo que ha afectado profundamente al personal sanitario y a la sociedad en general. El presente artículo pretende dar a conocer los factores que están relacionados con la aceptación de las medidas de protección y su relación con el bienestar psicológico, a fin de brindar información concisa sobre la implicación que tiene la salud mental para el afrontamiento de la crisis pandémica.

Palabras clave: Afrontamiento; Autocuidado; COVID-19; Salud mental.

ABSTRACT

The health crisis generated by the COVID-19 virus has brought multiple economic, social, educational, and emotional effects, among others. In the health field, the effects point toward both physically and mentally, affecting health personnel and society. This review aims to reveal the factors related to the acceptability of protection measures and their relationship with psychological well-being, to provide concise information about the implication that mental health has for coping with a pandemic crisis.

Key words: Coping; Self-caring; COVID-19; Mental health.

Recibido: 28/12/2021

Aceptado: 19/08/2022

¹ Facultad de Enfermería, Ak. 9 Núm. 131a-2, tel. 3117413786 / 301579674, Bogotá, Colombia, correos: postgradosenfermeria@unbosque.edu.co y acmanjarres@unbosque.edu.co.



Desde diciembre de 2019 el mundo entero ha enfrentado la emergencia sanitaria generada por el COVID-19, un tipo de neumonía de etiología viral asociada al síndrome agudo respiratorio severo coronavirus 2 (SARS-CoV-2) (Llover y Jiménez, 2021), que tuvo su primer brote en la ciudad de Wuhan, provincia de Hubei (China) (Wang *et al.*, 2020). Sin duda, este es el brote más agresivo de neumonía atípica desde el síndrome agudo respiratorio grave (SARS, por su sigla en inglés), ocurrido en 2003 (Wang, Pan *et al.*, 2020). El 30 de enero de 2020 la Organización Mundial de la Salud (2020) hizo la declaratoria de emergencia de salud pública, y el 11 de marzo de ese año tal situación se definió oficialmente como una pandemia.

Inicialmente hubo “muchas especulación sobre el modo y la velocidad de transmisión de la enfermedad” (Huarcaya, 2020, p. 328), y asimismo sobre su letalidad y clasificación de síntomas (Accinelli *et al.*, 2020); si bien actualmente se ha avanzado considerablemente en el conocimiento de los mecanismos de transmisión, el curso de la enfermedad, la identificación de factores asociados a la letalidad de la misma, las estrategias de protección y los procesos de inmunización, se requieren estudios que ofrezcan evidencia en cuestiones relacionadas con el curso de la enfermedad, el llamado “contexto de incertidumbre terapéutica” (Llover y Jiménez, 2021, p. 41), las secuelas generadas en quienes lo han padecido (Nalbandian *et al.*, 2021) y la seguridad y eficacia de las vacunas ante las variantes del virus (Drese, 2021).

Debido a la prioridad que la enfermedad representa para la salud pública, se han aplicado alrededor del mundo medidas sanitarias que ayudan a prevenir el contagio comunitario del virus, tales como las cuarentenas, el aislamiento social obligatorio, la toma de temperatura, el lavado de manos y el uso de mascarillas (cubrebocas), entre otras (Sedano, Rojas-Miliano y Vela, 2020). Estas medidas han sido el resultado de un aprendizaje colectivo, gracias al cual muchas otras acciones que inicialmente se pusieron en práctica han caído en desuso en razón de su escasa eficacia o imposibilidad de verificación. En efecto, la historia reciente registra la instrumentación de cuarentenas como una de las medidas más drástica y efectivas ante

diversas enfermedades infectocontagiosas, como el ya mencionado SARS en 2003, y el ébola, que afectó a África oriental en 2014 (Broche, Fernández y Reyes, 2020)

La Asociación Colombiana de Facultades de Psicología, en su publicación *Psicología en contextos de COVID-19. Desafíos post cuarentena en Colombia*, afirma que la pandemia “ha sido tal vez uno de los principales estresores que ha enfrentado la humanidad en los últimos cien años, pues en ella confluyen un conjunto complejo de situaciones que tienen un alto potencial de amenaza, daño/pérdida o reto” (*cf.* Molina, 2020, p. 91). Tal confluencia de complicaciones se expresa en estados emocionales de impotencia, abandono, inseguridad (Ornell, Schuch, Sordi y Paim, 2020), soledad, angustia y temor al propio contagio o a infectar a otros. Adicionalmente, trabajos de investigación como el de Broche *et al.* (2020) han encontrado que el aislamiento, los cambios en los estilos de vida (económica, escolar y laboralmente), la reducción del contacto físico y social (inmersión total en la virtualidad) y la falta de información comprobada sobre la enfermedad pueden asociarse a estrés, depresión, ansiedad, frustración o síntomas del trastorno de estrés postraumático, o TEPT.

De hecho, varios estudios reportan que las consecuencias en la salud mental se han manifestado no solo en quienes han sufrido COVID-19, sino también en aquellos que han enfrentado las consecuencias físicas y psicológicas que la enfermedad genera en otros pacientes y en la población en general (Xiang *et al.*, 2020). Si bien el virus y la inminente amenaza de contagio han afectado la salud mental de las personas en todo el mundo, y las medidas de protección han significado un gran avance en el control de la velocidad de contagio, se ha demostrado que el uso prolongado de las cuarentenas genera un costo psicológico de gran importancia en el corto, mediano y largo plazo (Broche *et al.*, 2020). Tal como lo han señalado Dong y Bouey (2020), dichas medidas aumentan la probabilidad de desencadenar efectos psicosociales negativos en las personas.

Es importante reconocer las dinámicas de autocuidado que se han instrumentado en respuesta a esta situación debido a que, tal como lo seña-

lan las organizaciones internacionales en salud, es prioritario desarrollar acciones que posibiliten el diseño de tareas orientadas a minimizar las consecuencias sobre la salud mental. En consecuencia, la revisión que se presenta a continuación sintetiza algunas dimensiones relacionadas con la aceptabilidad de las medidas asumidas para enfrentar la actual emergencia sanitaria en beneficio del bienestar psicológico de las personas, al tiempo que señala las posibles acciones a desarrollar en el ámbito de la salud mental comunitaria.

Para esta revisión, se hizo la búsqueda de literatura en bases de datos como PlosOne, Scielo y Proquest, así como en el buscador de Google Académico y en las páginas institucionales de organismos de salud nacionales e internacionales. Se normalizaron en inglés y español los descriptores: “*aceptabilidad*”, “*medidas de protección*”, “*autocuidado*”, “*COVID-19*”, “*uso de tapabocas*”, “*higiene respiratoria*”, “*lavado de manos*” y “*salud mental*”. Una vez verificados los criterios de calidad, se seleccionaron 40 artículos que analizan la temática de estudio desde tres categorías correlacionadas: reconocimiento de factores individuales, identificación de elementos socioculturales –en los que se incluyen los aspectos relacionados con las estrategias de divulgación– y la calidad de la información y percepción del riesgo. Como dimensiones de estas categorías se identificaron el conocimiento de algunos aspectos relacionados con el autocuidado y el cuidado de la salud mental hacia otras personas –como familia, pareja y amigos– y la valoración de las medidas de protección.

Uno de los tópicos a destacar en el marco de las medidas de protección es el nivel de conocimiento del estado de salud y del propio cuerpo, en virtud de que ello determina la adopción de prácticas saludables (Osorio *et al.*, 2010) y, por ende, el contexto del contagio y las alteraciones que se pueden generar por el COVID-19. Al indagar sobre los hábitos de autocuidado en un grupo de adultos mayores en una comunidad de Ecuador, Velazco *et al.* (2021) reportan que el reconocimiento de su situación de salud y de los síntomas asociados a sus enfermedades de base favorecen la búsqueda de apoyo en el sistema de salud de una manera efectiva. En ese mismo sentido, Wolf *et al.* (2020) refieren un estudio realizado con personas

que vivían por debajo del nivel de pobreza y que tenían un bajo conocimiento sobre salud, en las que se identificó una menor preocupación por el COVID-19.

Es claro entonces que el conocimiento del propio cuerpo y del estado de salud constituye una de las bases del autocuidado. En este orden de ideas, se propone que las estrategias estén dirigidas a crear espacios de enseñanza y a realizar mayores esfuerzos en la salud pública para movilizar a las comunidades a adquirir el conocimiento necesario para el propio cuidado, así como la implementación adecuada de medidas de protección en aras de minimizar efectos negativos sobre el estado de salud.

En relación con el autocuidado, siete de los documentos revisados coinciden en la importancia de promover el cuidado de la salud mental. Para llevar a cabo dicha intención, se señalan acciones tales como mantenerse informado a través de fuentes confiables, fichas técnicas, planes de cuidado, cartillas con recomendaciones específicas y documentación relativa a los cuidados que se deben tener para afrontar enfermedades de este tipo. Es por ello que dichos trabajos subrayan la necesidad de generar programas orientados a fomentar las competencias de afrontamiento que favorezcan el bienestar y reconozcan el enfoque diferencial.

Para la implementación efectiva de las medidas preventivas es importante examinar el nivel de conocimientos y la percepción de las personas sobre las estrategias de protección puestas en práctica durante la crisis global de salud. Es necesario valorar los efectos de la desinformación, la mala interpretación y la falta de conciencia entre las personas que terminan convirtiéndose en obstáculos al efectivo cumplimiento de las disposiciones de prevención y protección. En las actuales condiciones de complejidad, estos factores podrían derivar en el incumplimiento y desobediencia a las medidas de protección puestas en marcha en los países (Singh *et al.*, 2020).

En este sentido, es fundamental identificar la aceptabilidad de tales medidas durante el primer año de la pandemia de COVID-19 y su relación con la salud mental. Para ello, se tomó como punto de partida el análisis y síntesis de la literatura cien-

tífica disponible en las bases de datos indizadas, en concordancia con el objetivo general planteado. Como una consideración ética, se tuvieron en cuenta las debidas referencias y citación de cada uno de los artículos hallados, con lo que se garantiza la veracidad de la información y el apego a los principios bioéticos de autonomía, beneficencia y no maleficencia (Moscoso y Díaz, 2017). Además de lo anterior, la investigación fue clasificada como carente de riesgo, de acuerdo a la resolución 8430 del 4 de octubre de 1993 del Ministerio de Protección Social, puesto que no se efectuó ningún tipo de intervención o modificación intencionada (Ministerio de Salud, 1993).

MÉTODO

Para dar cumplimiento al objetivo general y los objetivos específicos propuestos, se revisó la literatura científica a partir de los criterios del Joanna Briggs Institute (JBI) Con ello, se buscó una simplificación imparcial de un gran número de estudios realizados anteriormente en un único documento mediante el uso de métodos rigurosos para sintetizar la información hallada. En consecuencia, se dispone de suficiente evidencia científica del contexto investigativo, toda vez que el mencionado proceso asegura la viabilidad, significación y pertinencia de los estudios utilizados.

En la primera fase del proceso se normalizaron los criterios de búsqueda: medidas de protección más aceptabilidad más COVID-19 (*protection measures + acceptability + COVID-19*) en *Tesauros* en español e inglés, utilizándose el operador booleano “AND / Y”. La búsqueda se definió para las medidas de protección más comunes: uso de cubrebocas, lavado de manos e higiene respiratoria. Con todo ello, se generó una ecuación de búsqueda específica debido a que en la indagación inicial se detectó que dichas medidas se abordaban de manera independiente en algunos documentos.

Como criterios de inclusión se consideró tomar en cuenta los estudios que centran su interés en la comunidad en general e hicieron la indagación de información durante el primer año de la pandemia. Se excluyeron investigaciones focalizadas en el personal de salud, en otro tipo de pro-

fesionales o en personas con diagnóstico de enfermedad mental. Estos parámetros contribuyeron a centrar la búsqueda de información, con lo que se garantiza el enfoque en el objetivo trazado.

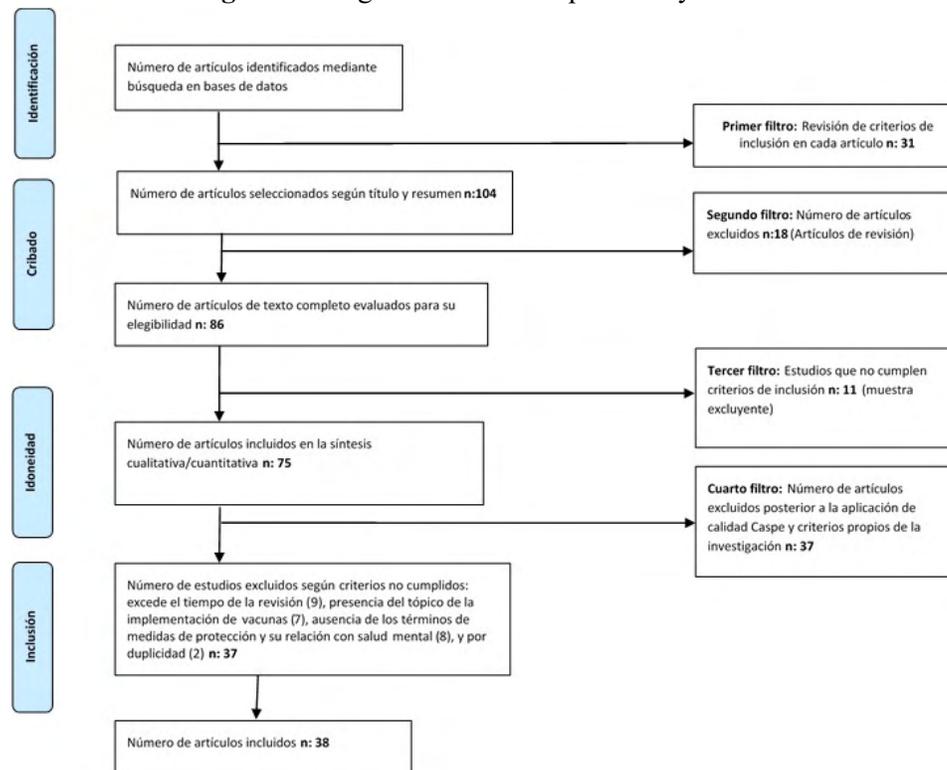
En la pesquisa inicial se recuperaron 135 artículos, de los que se excluyeron once porque las muestras que emplearon eran específicamente de personal de salud; otros nueve excedían el tiempo de la revisión; siete más se ubicaron en el rubro de la implementación de vacunas; ocho no usaban los términos “medidas de protección” y su relación con la salud mental; dos adicionales no fueron tomados en cuenta por duplicidad, según se evidenciaba en el título y resumen. Las revisiones de la literatura, en total 18, también fueron excluidas, aunque serán tomadas como referente en la discusión de los resultados.

Para verificar la calidad de los artículos se aplicó el instrumento para lectura crítica *Critical Appraisal Skills Programme* (CASPe). Se incluyeron textos que cumplieran con más de 60% de los criterios incluidos por dicha herramienta; sin embargo, desde el principio se estipuló que el artículo sería excluido en aquellos casos en los que no se identificara la descripción de la metodología utilizada.

Problema de investigación

Ante el nuevo virus SARS-CoV-2, de acuerdo con la política pública de salud mental (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018), se incentivan acciones de prevención y promoción con base en el enfoque diferencial y de derechos, en el que se debe garantizar la atención oportuna de problemas y trastornos mentales de toda la población. Debe señalarse que esta perspectiva prioriza el despliegue de servicios preventivos y resolutivos en salud mental pertinentes, oportunos y eficaces, con el fin de favorecer la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales en el contexto de una pandemia. Para Oldham, Hitchins y Nickels (2021) es claro el avance de una pandemia emocional, la cual se ve acelerada por la emergencia sanitaria.

Este aspecto es esencial para los fines de la presente indagación, pues da cuenta de la importancia que ha tenido la pandemia por COVID-19

Figura 1. Diagrama Prisma: Depuración y selección.

Fuente: Elaboración propia

en la salud mental. Esta última se entiende como un proceso en el cual es definitiva la capacidad de agencia y relacionamiento de las personas. Desde esta mirada, se resalta la importancia de liderar la propia vida, la construcción de vínculos interpersonales en el marco de las capacidades humanas, y todos los retos que este proceso trae consigo, lo que debe orientarse a la creación de relaciones dignas, equitativas y seguras que promuevan condiciones de bienestar emocional y social para cada individuo como dimensiones de la salud mental. Por ello, la política pública define aquella como “un proceso histórico, dinámico y contextualizado, en el que se pone en juego la capacidad de agencia de las personas, el tejido de relaciones humanas que se construyen y el conjunto de potencialidades individuales y colectivas que se desarrollan cuando se decide libre y conscientemente relacionarse con otros y otras” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018, p. 26).

De esta forma, los escenarios sociales contribuyen a fortalecer las redes de apoyo y coordinar las acciones conjuntas a través de las cuales las personas comparten e intercambian conocimientos,

experiencias y recursos (económicos, físicos, personales, sociales, etc.), los cuales son elementos centrales que configuran la salud mental. De ahí se desprende la problemática en cuestión, pues todos estos escenarios se modificaron por efecto de la actual pandemia de COVID-19 debido a las medidas de protección instrumentadas por las entidades gubernamentales para la mitigación del virus.

Dichas medidas de protección o de bioseguridad incluyen un amplio repertorio de acciones tomadas en distintos lugares del mundo, y se catalogan en la Resolución 666 del Ministerio de Salud y Protección Social (2020) como un “conjunto de medidas preventivas que tienen por objeto eliminar o minimizar el factor de riesgo biológico que pueda llegar a afectar la salud, el medio ambiente o la vida de las personas”. Dentro de las medidas más destacadas y que han sido tomadas en consideración en el presente análisis, están las referidas a la implementación del uso de cubrebocas, gel, lavado de manos, cuarentena o confinamiento, y distanciamiento social.

Por tanto, el presente estudio examina los factores que influyen en la aceptación de dichas me-

didadas, teniendo en cuenta las distintas experiencias en su aplicación, así como los cambios que implican en la forma de vida de las personas.

Los distintos grados de aceptación se pueden definir como “aceptabilidad”, que refleja el grado en el que las personas que brindan o reciben intervención médica, psicológica o social la consideran apropiada con base en una respuesta anticipada o experimentada de tipo cognitivo y emocional (Sekhon, Cartwright y Francis, 2017). Luego entonces, se intenta dar cuenta aquí de los avances, retrocesos y descubrimientos respecto a la aceptación o no de las medidas de protección.

RESULTADOS

La metodología de revisión documental permite identificar elementos y planteamientos similares a

partir de estudios previamente realizados con rigor científico. En esta oportunidad, la cantidad de trabajos que satisficieron los criterios de inclusión conforman una muestra que se considera representativa por su cantidad (desde el punto estadístico es confiable al superar los 30 elementos) y por la calidad de la información contenida en ellos. Luego de la aplicación de criterios y examen de las investigaciones mediante la metodología señalada con anterioridad, se tomaron 38 artículos como base para el examen propuesto, con los cuales se efectuó un análisis descriptivo y de agrupamiento, detectándose cuatro categorías o factores relacionados con el problema de la aceptabilidad: individuales, socioculturales, asociados a la percepción del riesgo y sociocognitivos. Como resultado de dicho proceso, la información se muestra en la Tabla 1, haciéndose a continuación una presentación del contenido de cada una de dichas categorías.

Tabla 1. Construcción de categorías de acuerdo con los hallazgos encontrados.

Categorías	Subcategorías	País	Nombre del artículo
Factores individuales	Sentimientos y emociones asociados al COVID-19	Argentina	Emociones, preocupaciones y reflexiones ante la pandemia del COVID-9 en Argentina.
		España	Impacto del confinamiento por el COVID-19 en España y República Dominicana. Estudio transcultural con jóvenes emergentes y adultos.
		España	Impacto psicológico de la pandemia de COVID-19: efectos negativos y positivos asociados al periodo de confinamiento nacional en población española.
		Perú	Conductas de autocuidado frente a la prevención del contagio del COVID-19 en pobladores peruanos.
		Colombia	Aceptación, sufrimiento y resistencia: las diferentes reacciones para afrontar el COVID-19 en Colombia.
		Chile	Afrontamiento del COVID-19: estrés, miedo, ansiedad y depresión.
		Perú	Sentimientos de los adolescentes ante el aislamiento social por el COVID-19 desde la metodología fenomenológica.
		España	Salud mental y COVID-19: un año de pandemia.
		Argentina	Conocimientos, actitudes y prácticas sobre el COVID-19 en Argentina. Estudio transversal.
		México	Factores asociados a respuestas psicológicas ante el COVID-19 en una muestra mexicana.
		Italia	Adolescents at a distance: The importance of socio-cognitive factors in preventive behavior during the COVID-19 pandemic.
		Brasil	Can self-protective behaviors increase unrealistic optimism? Evidence from the COVID-19 pandemic.
		Cuba	La autoayuda en tiempos de la COVID-19.
		España	El control en los tiempos del coronavirus.
		Ecuador	Estilos de afrontamiento en adolescentes durante la fase de aislamiento social por COVID-19.
	Ecuador	Afrontamiento psicoemocional en situaciones de aislamiento social por COVID-19 en jóvenes.	
	Pensamientos / estilos de afrontamiento	Chile	Aceptación, adaptación, transformación y acomodos afectivos de la vida cotidiana en tiempos de COVID-19 en Santiago de Chile.
		Argentina	Adolescentes, COVID-19 y aislamiento social preventivo y obligatorio.

Continúa...

Categorías	Subcategorías	País	Nombre del artículo
Factores socioculturales	Repercusiones del COVID-19 en el desarrollo humano	México	Percepción ciudadana sobre el COVID-19 en las dimensiones de salud, educación y economía que impactan el desarrollo humano en México.
		Ecuador	Distanciamiento social: una problemática en tiempos de COVID-19.
		Argentina	Coronavirus, salud y políticas públicas en Argentina: monitoreo de percepciones y prácticas preventivas.
		Sudán	Acceptability and feasibility of strategies to shield the vulnerable during the COVID-19 outbreak: a qualitative study in six Sudanese communities.
		Italia	Public acceptability of containment measures during the COVID-19 pandemic in Italy: how institutional confidence and specific political support matter.
		México	La vida social del COVID-19: una etnografía del escepticismo y el negacionismo en poblaciones informales de Ciudad de México.
	Factores como causa de la aceptabilidad de las medidas de protección	Colombia	COVID-19: Análisis de las medidas implementadas por el gobierno nacional en las diferentes localidades de Bogotá, D.C.
		Reino Unido	Engaging the vulnerable: A rapid review of public health communication aimed at migrants during the COVID-19 pandemic in Europe.
		Argentina	Representaciones de las medidas gubernamentales en el contexto del COVID-19.
		Ecuador	Autocuidado familiar en la pandemia por COVID-19, en la comunidad-hogar de Nazaret de la ciudad de Guayaquil.
		España	El papel de los medios de comunicación en situaciones de crisis sanitaria. La percepción de la población en torno al control y las normas sociales durante la pandemia.
		Argentina	Experiencias y estrategias frente al COVID-19 en Argentina.
	Factores asociados a la percepción del riesgo	Percepción individual del riesgo	Nepal
Cuba			Un análisis de la percepción del riesgo ante el COVID-19.
Estados Unidos			Model-based analysis on social acceptability and feasibility of a focused protection strategy against the COVID-19 pandemic.
Factores sociocognitivos	Percepción colectiva del riesgo	Perú	Creencias, conocimientos y actitudes frente a la COVID-19 de pobladores adultos peruanos en cuarentena social.
		Ecuador	Conocimientos, actitudes y prácticas sobre medidas preventivas ante el contagio por COVID-19 en usuarios, Centro de Salud n°1, Ibarra, 2021.
	Aceptabilidad según la edad	Ecuador	Actitudes y prácticas de respuesta antipandémica COVID-19 en pobladores urbanos del cantón La Libertad, 2020.
	Creencias, actitudes y conocimiento por edad	Cuba	Estrategia de autocuidado en los adultos mayores contra el COVID-19 en la comunidad.

Factores individuales. Sentimientos asociados al COVID-19

En la categoría de factores individuales relacionados con la aceptabilidad de las medidas de protección y las prácticas de autocuidado, las diferentes investigaciones demuestran que los sentimientos y emociones generados por la situación desempeñan un importante papel en la adherencia a las medidas de protección y las prácticas de autocuidado. Según Johnson, Saletti y Tumas (2020), los sentimientos predominantes que entran en juego en estos procesos son la incertidumbre, el miedo y la angustia, sin importar el grupo poblacional. En el

estudio descriptivo de Guamán y Pin (2020) se resalta que, al ser una situación nueva, el individuo fluctúa entre la preocupación y el distanciamiento al considerar que el virus afectaría a la mayoría de la población. Sin embargo, los seres humanos parecieran percibir tal situación como lejana desde el punto de vista personal, por lo que en una fase inicial el COVID-19 no implicó un malestar o preocupación tan significativos, lo que cambió en razón a la rápida propagación.

Las expresiones de incertidumbre están relacionadas con el futuro próximo y de mediano plazo, lo que genera en algunas personas una sensación de impotencia, resignación, desconcierto y falta de

control sobre la situación. Al tener en cuenta las consecuencias sociales y económicas que produjo la medida de aislamiento en la vida cotidiana, de acuerdo con Johnson *et al.* (2020), se hizo evidente un aumento gradual de los efectos, pues se perturban las decisiones socioeconómicas de la población en general. Y esto empeora, si se observa, según Sandín, Valiente, García Campagne y Chorrot (2020), cómo el miedo se asocia con expresiones de ansiedad y pánico, pues dichos efectos se vinculan al bienestar integral de las personas, tanto en la salud propia, como en la de las personas cercanas al individuo, y especialmente gente en grupos de riesgo en relación con el contagio.

Por su parte, Gerez *et al.* (2020) identificaron cómo es que la mayoría de las personas relacionan la aceptación de las medidas de control con el miedo a no poder recuperar algunas de las libertades, o bien con las formas de opresión, dominio y exclusión de la “nueva normalidad” propuestas en todo el mundo (Albos, Martí, Mac Millan y Sistac, 2020). De acuerdo a ello, se observó que la mayor percepción de miedo la tenían aquellos con menor nivel educativo, con menos confort en sus hogares, y específicamente la población de mujeres, quienes sufrían estrés agudo y más sintomatología emocional que los varones (Gómez, Gómez y Valenzuela, 2021).

Otra característica individual destacada en los estudios fue la responsabilidad que se expresa en la importancia otorgada a los cuidados individuales y colectivos para prevenir el COVID-19. En este sentido, es notoria la relación existente en los resultados del trabajo realizado por Sandín *et al.* (2020) y el estudio transversal exploratorio-descriptivo de Albos *et al.* (2020), donde se subraya cómo la mayoría de las personas generan conductas de evitación del contacto social mediante la responsabilidad social, para que mediante el uso de medidas de protección disminuya la propagación del virus (Carrillo, Escamilla y González, 2021).

En cuanto a los sentimientos de angustia, en gran parte de los trabajos se detectaron emociones como tristeza, aburrimiento y hasta depresión ante el aislamiento (Johnson *et al.*, 2020), expresadas también por adolescentes (Huyhua, Tejada y Díaz, 2020). Estos sentimientos se asocian con

cierta vulnerabilidad basada en la percepción de indefensión, fragilidad e inseguridad, o bien la posibilidad de morir debido a una probable infección y la impotencia que ello genera. Como se denota en la investigación de Gómez *et al.* (2021), ambos sentimientos estuvieron más presentes entre las mujeres, en línea con lo apuntado antes.

Factores individuales: aspectos adaptativos

Pero en un nivel individual también se identifican efectos positivos asociados a las experiencias vinculadas a la pandemia, como lo exponen Johnson *et al.* (2020). Se destaca en primer lugar la valorización de la interdependencia, esto es, la solidaridad, la empatía, la unidad y la conciencia social. Este elemento también es evidente en el grupo poblacional adolescente, puesto que predomina en este un estilo de afrontamiento dirigido al problema, el cual se fija en las características positivas y la reinterpretación positiva de las situaciones. El estudio cualitativo de Huyhua *et al.* (2020) evidencia como un aspecto positivo la oportunidad para compartir tiempo en familia; por otro lado, Canto y Engracia (2020) destacan la importancia de aprender cosas nuevas, realizar proyectos o instruirse en algo distinto.

En el mismo sentido, los hallazgos de Otero, Fernández, Rodríguez y Vizcaíno (2020) dan cuenta de que en el contexto de la pandemia se dinamizan elecciones orientadas al cuidado y autocuidado enfocados en la persona, las familias y los adultos mayores, para generar una autoayuda como estrategia de afrontamiento ante la crisis. Pareciera que en medio de la caótica situación global se valoran los lazos sociales y comunitarios, necesarios para sostener las medidas sanitarias y la protección mutua entre los individuos frente a la pandemia; por tanto, se estarían generando efectos positivos debido a la respuesta de algunos grupos poblacionales ante la contingencia.

Respecto a las estrategias de afrontamiento individual encontradas, fue posible denotar que la intención es un elemento predominante en la adopción de medidas de protección según la norma subjetiva que tiene la persona y el control conductual de la misma (Cavicchiolo *et al.*, 2021). Lo

anterior quiere decir que, de acuerdo a la percepción (en este caso, la amenaza del COVID-19), es posible dar cuenta de la práctica de medidas de autocuidado y de cómo se cumplen las normas de según su aprehensión.

En el caso de los adolescentes, predomina en ellos el hecho de que una mayor amenaza percibida, menor correspondencia hay con las medidas adoptadas debido a que no se consideran un grupo en riesgo de padecer una sintomatología grave, lo que se puede relacionar con el análisis que hacen Vieites, Ramos, Andrade, Pereira y Medeiros (2021), que indica que los comportamientos de precaución pueden magnificar el optimismo irreal preexistente de las personas ante las consecuencias de no aceptar las medidas que protegen su salud debido a la concepción errónea que tienen del virus y sus efectos en este grupo poblacional.

En relación con lo anterior, Murad *et al.* (2020) coinciden en afirmar que los jóvenes tienen más probabilidades de estar entre quienes se resisten a vacunarse y sufren el contagio, mientras que las personas mayores de 49 años tienden a aceptar la implementación de las medidas de protección. En el grupo que se resiste a ellas, la gran mayoría reportó que percibían su estado de salud como bueno o muy bueno, y que tenían la sensación de no sentirse amenazados por el COVID-19, lo que generaba el rechazo de esas medidas.

Estos elementos implican que el tipo de estrategia de afrontamiento se relacione con la conducta de evitación del riesgo de contagiarse de COVID-19, tal como lo exponen Guamán y Pin (2020). Tales estrategias evitativas ayudan dependiendo de los factores individuales de la persona, ya que, de acuerdo con el presente estudio, cierto grupo de la población adulta emergente afrontó de mejor manera el evento estresor y se mantuvo con un estrés positivo, que es adaptativo. Por otro lado, las mismas estrategias para otro grupo de la población no resultaron tan eficaces, manteniendo así un estrés negativo, lo que incide en la persistencia del malestar. En consecuencia, se debe subrayar la importancia que tiene la individualidad en un proceso de aceptación de nuevas medidas de protección, así como su estilo de afrontamiento en el caso de una emergencia sanitaria.

Factores socioculturales

A través del tiempo, el virus ha generado modificaciones no solo en la dimensión física, sino también sanitario, económico y social debido a su rápida propagación, lo que redundó en la calidad de vida y el desarrollo humano de las comunidades (García, 2021). Como ya se ha visto, hay diferencias en la afectación del virus según el grupo etario; así, los adultos se consideran en mayor riesgo, mientras que los adolescentes perciben una afectación mayor en el aspecto económico. Luego entonces, la edad no es determinante por sí sola para aceptar medidas que disminuyan la propagación del virus. Más bien, según Guglielmi *et al.* (2020), entre los factores asociados a la aceptación de las medidas de protección tienen una mayor relevancia la condición socioeconómica y el tipo de empleo de las personas. Es de esperarse que su aceptación y el seguimiento de las normas propuestas por las entidades de salud guarden relación con la estabilidad económica del día a día. A su vez, como determinante, la situación socioeconómica va acompañada de la confianza en las instituciones, pues la desconfianza conduce al fracaso de algunas medidas de protección, las que, por ello, se consideran socialmente ilegítimas o basadas meramente en clasificaciones socioeconómicas (Trujillo, 2020). En última instancia, la comunidad es la más afectada, pues no adopta las medidas recomendadas y el riesgo permanece latente.

Otra de las características relevantes es el nivel de información de que se dispone sobre el virus. Algunos autores han sugerido que las personas adoptan dichas medidas según el conocimiento que tengan de los riesgos de la enfermedad, más no por la amenaza o el castigo que se les imponga por incumplirlas. Además de lo anterior, se estima como necesario abordar la cuestión de la veracidad de la información entregada por los medios de comunicación. De hecho, es evidente el gran efecto que tienen en las personas para que acepten las medidas propuestas a través de informaciones completas y verídicas acerca de la enfermedad, como sus causas, consecuencias y posibles tratamientos.

Dentro de este marco social se hace evidente que la aceptabilidad se fundamenta en el compro-

miso que se tenga con el cuidado propio y con el de los demás. Como lo exponen Jirón *et al.* (2020), presenciar esta crisis ha generado en las personas la adopción de nuevas tareas, prácticas laborales y acciones para reinventarse, lo que ha promovido un sentido de responsabilidad consigo mismas y con sus familiares, amigos o compañeros.

Factores asociados a la percepción del riesgo

En esta categoría emergen aspectos de carácter individual y colectivo que implican la toma de decisiones frente a la aceptabilidad. Luján y Minassian (2020) afirman que el entorno crea distintas perspectivas acerca del significado de la enfermedad, lo que da como resultado la adopción de medidas de protección tanto individuales como colectivas. Por consiguiente, la aceptación de dichas medidas y la percepción del riesgo se encuentran ligadas a la posibilidad de acceder a una información clara, oportuna y veraz por parte de las autoridades sanitarias (Simon, Helter, White, van der Boor y Łaszewska, 2021).

Estos dos elementos (el contexto y la información veraz y útil) favorecen la aceptabilidad de las medidas propuestas para mitigar la propagación del COVID-19. En efecto, la carencia de información completa y comprobada puede generar percepciones y conductas equivocadas por las personas que la reciben, escenario que se complejiza cada vez más debido a la circulación de noticias falsas y estrategias de manipulación a través del internet. De esta manera, se evidencia el impacto que tiene el medio social en la toma de decisiones de los individuos y la manera en que la percepción del riesgo puede verse afectada por un sesgo de invulnerabilidad, que consiste en que las personas consideran poco probable un posible contagio, por lo que se deja de lado la importancia del autocuidado (Gómez *et al.*, 2021).

Factores sociocognitivos

Respecto a los factores sociales y cognitivos que se relacionan con la aceptabilidad de las medidas de protección, algunos de los trabajos examinados sugieren que el ser mujer es un factor de riesgo, tanto en población adulta como adolescente. Este

grupo poblacional reporta más síntomas de ansiedad y depresión durante el confinamiento que los varones (Gómez *et al.*, 2021).

En cuanto a la relación del impacto psicológico del COVID-19 según la edad, se ha observado que las personas menores de 35 años manifiestan más síntomas de ansiedad y depresión que los adultos mayores. Específicamente en la población adolescente, se estima una prevalencia de entre 22 y 43% en lo que tiene que ver con dificultades emocionales en el marco de la pandemia (Gómez *et al.*, 2021) (Cavicchiolo *et al.*, 2021).

De igual manera, la población adolescente cree en su invulnerabilidad y tiene una escasa percepción del riesgo. Este optimismo desmedido encontrado en los adolescentes obstaculiza el cumplimiento de las normas referentes al distanciamiento social y el uso del cubrebocas, entre otras, lo que los expone a un mayor riesgo de contagio (Gómez *et al.*, 2021; Murad *et al.*, 2020).

Lo anterior lo corroboran Gómez *et al.* (2021) en el caso de España y República Dominicana, donde encontraron que la población de adultos emergentes (personas de 18 a 29 años) obtuvo mayores puntuaciones en la conducta prosocial durante la pandemia del COVID-19 (Gómez *et al.*, 2021), y que las mujeres buscaron más recursos religiosos y apoyo emocional comparadas con los hombres

DISCUSIÓN

Se consideraron en esta revisión dieciocho estudios, hallándose evidencias de los factores que inciden en la aceptación de las medidas de protección ante la pandemia de COVID-19 y su relación con la salud mental. A partir de allí, se pudo identificar que a dicha aceptación contribuye la percepción de que se limitan de libertades y derechos individuales debido a que se privilegian los derechos colectivos y la responsabilidad para el cuidado de los demás. Al respecto, Di Stasi (2018) afirma que una de las enseñanzas de la pandemia es el reconocimiento del bien del otro como parte del propio bien, y que el aislamiento podría resultar “terapéutico” en la medida en que las personas se reconozcan a sí mismas, a su entorno y sus redes de apoyo. Boschiero (2019), por su parte, apunta

que el bien común se antepone en la medida en que predomina la actitud de frenar el contagio y proteger a los más vulnerables.

Todos los estudios muestran diferencias en la aceptabilidad de las medidas en razón de la percepción del riesgo y el tipo de optimismo presente en el individuo. Mientras que la postura realista reconoce que el bienestar propio depende en gran parte de las actitudes y prácticas de autocuidado, la postura irreal le resta importancia a los esfuerzos personales (Vieites *et al.*, 2021). Lo anterior se ve reafirmado por Cabanillas (2020), quien se refiere a estos últimos como el “sesgo de invulnerabilidad”, con lo que se refiere a que las personas están menos preocupadas por la infección debido a que perciben poco probable el contagio.

Respecto a los factores individuales asociados a las medidas de protección, se encuentra en esta revisión que la predominancia de emociones tales como temor, angustia e incertidumbre debidos a los cambios en las rutinas cotidianas de las personas desempeñan un importante papel en la aceptabilidad (Johnson *et al.*, 2020). En este mismo sentido, Rondón, Rondón, Morales, Fajardo y Rondón (2020) señalan que es necesaria la aceptación de sensaciones tales como la incertidumbre para facilitar la adaptación social, sanitaria y personal ante los cambios generados por la pandemia, y Parrado y León (2021) sostienen que, durante la pandemia, también emergieron sentimientos de solidaridad y empatía, lo que produjo nuevas maneras de comunicación y relacionamiento humano.

Resulta importante mencionar que si bien la presente revisión indica que los adultos mayores son especialmente vulnerables a las medidas que implican el aislamiento social, como las cuarentenas, a causa de la reducción de la participación social y la afectación de las redes de apoyo, también son el grupo etario que se adhiere con mayor facilidad al cumplimiento de las disposiciones establecidas para la mitigación del contagio (Broche *et al.*, 2020). A su vez, el análisis de Cabanillas (2020) sugiere que un mayor sentido de responsabilidad y el deseo de cuidar los demás caracteriza a los adolescentes que más acatan el confinamiento en el contexto de la pandemia del COVID-19.

Otro aspecto que vale la pena mencionar es la relación que hay entre la aceptación de las me-

didias de protección y determinantes sociales como el nivel socioeconómico. En estudios como el de Abdelmagid *et al.* (2021) se reporta que aquellas personas que estaban en mejores condiciones económicas, sociales, laborales o educativas tendieron a cooperar en mayor medida con las disposiciones ante la pandemia. En el mismo sentido, Bilal (2021) encuentra diferencias evidentes en la atención de la salud según el tipo de afiliación de las personas a los sistemas de seguridad, lo cual se hace más visible cuando ocurren irregularidades en la disponibilidad de los mismos para garantizarles la cobertura y el acceso.

Por último, no se puede dejar de lado la gran relevancia que se encontró acerca de la veracidad de la información. El acceso oportuno a una información clara y veraz es un factor que influye en la aceptación de las medidas de protección, así como las acciones de canales de comunicación que faciliten datos reales y transparencia, mediante los cuales se promuevan estrategias de afrontamiento al estrés en aras de minimizar los efectos negativos de un periodo de cuarentena (Pérez, Castillo y Luzardo, 2020).

CONCLUSIONES

Esta revisión permitió conocer los factores que se relacionan con la aceptación de las medidas de protección puestas en práctica en el marco de la emergencia sanitaria derivada de la pandemia de COVID-19 y su influencia en la salud mental de las personas, según algunas de sus características individuales y sociales. Es evidente que este tópico ha requerido de una atención especial por parte de la comunidad científica, que desde distintos centros de estudio se ha preocupado por tener una visión más precisa de los efectos de la actual situación inédita e inesperada.

De acuerdo con los resultados, se señala la importancia del gran reto que se tiene frente a la construcción de estrategias efectivas que apunten a prevenir, mitigar e intervenir en los efectos adversos en el bienestar psicológico. Asimismo, es necesario disminuir las barreras que obstaculizan el acceso a los servicios de salud y a una información clara y útil que puedan utilizar personas y co-

munidades para tomar decisiones sobre el cuidado de su salud física y mental de manera autónoma. Este último aspecto cobra especial relevancia respecto a las prácticas y estilos de vida que necesariamente han variado para estar a la altura de las exigencias de la pandemia, así como también frente a escenarios futuros de salud pública en campos como el de la vacunación y el tratamiento de enfermedades de alto impacto social.

Acerca de la edad, los jóvenes, aunque presentan menos factores de riesgo de acuerdo con sus condiciones físicas, parecen ser el grupo poblacional más expuesto al contagio y al agravamiento de los síntomas, pues la literatura analizada coincide en que estos pueden tener una actitud descuidada al sentirse invulnerables. Adicionalmente, se identificó una estrecha relación entre el factor socioeconómico y la aceptabilidad de las medidas de protección, todo lo cual viene dado por el ciclo de

exclusión social, ya que la falta de acceso al sistema de salud de los sectores de menores ingresos desestimula la confianza que tienen en la atención médica y, por ende, en las estrategias que se proponen desde las esferas de la promoción y prevención.

Por último, es necesario reconocer el auge que ha tenido la atención virtual de la salud mental debido al aumento del uso de plataformas digitales en el contexto de la pandemia. En este orden de ideas, en futuras investigaciones se recomienda indagar sobre la viabilidad y la confiabilidad de esta modalidad de la atención. También queda pendiente para futuros análisis una revisión detallada de las diferencias entre los factores culturales en poblaciones de distintas regiones del mundo, así como de su efecto en la aceptación, prevención y promoción del cuidado ante la actual pandemia y los futuros escenarios de esta crisis global.

Citación: Nuñez M., W.J. y Manjarrés M., A.C. (2022). Afrontamiento, autocuidado y salud mental durante el primer año de pandemia de COVID-19. *Psicología y Salud*, Número Especial, 11-24. <https://doi.org/10.25009/pys.v32i3.2798>.

REFERENCIAS

- Abdelmagid, N., Ahmed S., A.E., Nurelhuda, N., Zainalabdeen, I., Ahmed, A., Fadlallah, M.A. y Dahab, M. (2021). Acceptability and feasibility of strategies to shield the vulnerable during the COVID-19 outbreak: a qualitative study in six Sudanese communities. *BMC Public Health*, 21(1153). Doi: 10.1186 de s12889-021-11187-9.
- Accinelli, R.A., Mingxiong Zhang Xu, C., Wang, J.D.J., Yachachin C., J.M., Cáceres P., J.A., Tafur B., K.B., Flores T., R.G. y Paiva A., A.C. (2020). COVID-19: La pandemia por el nuevo virus SARS-CoV-2. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 37(2), 302-311. Doi: 10.17843 de rpmpesp.2020.372.5411.
- Albos, J., Martí A., N., Mac Millan H., A. y Sistac G., H. (2020). Control during coronavirus pandemic. *Perifèria. Revista d'investigació i Formació En Antropologia*, 25(2), 203. Doi: 10.5565.
- Bacon, S., Baro, S. y Barreira, I. (2020). Representaciones de las medidas gubernamentales en el contexto del COVID-19. *Prospectivas en Psicología*, 5, 15-24.
- Bilal, U. (2021). COVID-19 en Estados Unidos: la desigualdad social como causa y consecuencia. *Revista de Medicina y Cine*, 16(e), 105-117. Doi: 10.14201 de rmc202016e105117.
- Boschiero, E. (2019). Riesgos globales y derechos humanos: hacia sociedades más resilientes, igualitarias y sostenibles. *Anuario CEIPAZ*, 11, 55-76.
- Broche P., Y., Fernández C., E. y Reyes L., D.A. (2020). Consecuencias psicológicas de la cuarentena y el aislamiento social durante la pandemia de COVID-19. *Revista Cubana de Salud Pública*, 46(Supl: 1), 1-14.
- Cabanillas R., W. (2020). *Conducta y propagación del COVID-19 en el Perú: marco de referencia para el diseño de intervenciones conductuales de salud pública* [preprint]. Doi: 10.1590 de scielopreprints.868.
- Canto J., J.G. y Engracia M., N.D. (2020). *Estilos de afrontamiento en adolescentes durante la fase de aislamiento social por COVID-19*. Tesis de grado. Guayaquil (Ecuador): Universidad de Guayaquil.
- Carrillo V., L., Escamilla G., M.L. y González B., V. (2021). Factores asociados a respuestas psicológicas ante COVID-19 en una muestra mexicana. *Acta de Investigación Psicológica*, 11(1), 1-15. Doi: 10.22201 de fpsi.20074719e.2021.1.369.
- Cavicchiolo, E., Manganelli, S., Girelli, L., Cozzolino, M., Lucidi, F. y Alivernini, F. (2021). Adolescents at a distance. *European Journal of Health Psychology*, 28(4), 161-170. Doi: 10.1027 de 2512-8442 de a000083.

- Di Stasi, A. (2018). Spazio europeo di libertà, sicurezza, giustizia e parabola evolutiva della cittadinanza. *Freedom, Security & Justice*, 1(2018), 1-6.
- Dong, L. y Bouey, J. (2020). Public mental health crisis during COVID-19 pandemic, China. *Emerging Infectious Diseases*, 26(7), 3.
- Drese, A. (2021). Retos y avances en la vacunación contra COVID-19 en Latinoamérica y el Caribe. *Salud, Revista de la Universidad Industrial Santander*, 53. Doi: 10.18273/saluduis.53.e:21002.
- García, R.C. (2021). Percepción ciudadana sobre el COVID 2019 en las dimensiones de salud, educación y economía que impactan el desarrollo humano de México. *Revista Electrónica del Desarrollo Humano para la Innovación Social*, 8(15). Recuperado de [www.cdhis.org.mx de index.php](http://www.cdhis.org.mx/index.php) de CAGI .
- Gerez, A., Mac Millan, A., Estupiñá, G., Sistac, H., Albós, J. y Martí, N. (2020). El control en los tiempos del coronavirus. *Periferia*, 25(2), 203-215. Doi: 10.5565/rev.de.rev.periferia.799.
- Gómez, P., Gómez, M. y Valenzuela, B. (2021). Impacto del confinamiento por la COVID-19 en España y República Dominicana. Un estudio transcultural con jóvenes emergentes y adultos. *Información Psicológica*, 121, 2-13. Recuperado de [https://dialnet.unirioja.es de servlet de articulo?codigo=8038866](https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8038866).
- Guamán, F. y Pin, I.D. (2020). *Afrontamiento psicoemocional en situaciones de aislamiento social por COVID-19 en jóvenes de 20-25 años de Guayaquil y San Miguel de Bolívar*. Tesis de Bachelor. Guayaquil (Ecuador): Universidad de Guayaquil. Recuperado de [http://repositorio.ug.edu.ec de handle de redug de 53012](http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/53012).
- Guglielmi, S., Dotti Sani, G.M., Molteni, F., Biolcati, F., Chiesi, A.M., Ladini, R., Maraffi, M., Pedrazzani, A. y Vezzoni, C. (2020). Public acceptability of containment measures during the COVID-19 pandemic in Italy: how institutional confidence and specific political support matter. *International Journal of Sociology and Social Policy*. Recuperado de [papers.ssrn.com de sol3 de papers.cfm?abstract_id=3726219](http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3726219).
- Huarcaya, J. (2020). Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de COVID-19. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 37(2), 327-334. Doi: 10.17843/rpmesp.2020.372.5419.
- Huyhua S., C., Tejada, S. y Díaz R., J. (2020). Sentimientos de los adolescentes frente al aislamiento social por la COVID-19 desde la metodología fenomenológica. *Revista Cubana de Enfermería*, 36(e4176), 1-12. Recuperado de [http://www.revenfermeria.sld.cu de index.php de enf de article de view de 4176 de 659](http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/4176).
- Jirón M., P., Imilán O., W., Figueroa, I., Basaure, F., Brinck, A., Peña, G., Rivera, C., Cuyanao, J. y Osterling, E. (2020). Aceptación, adaptación, transformación: acomodos afectivos de la vida cotidiana en tiempos de COVID-19 en Santiago de Chile. *Ensamble Primavera*, 7(13), 72-95.
- Johnson, M.C., Saletti, L. y Tumas, N. (2020). Emotions, concerns and reflections regarding the COVID-19 pandemic in Argentina. *Ciencia y Saude Coletiva*, 25(Supl. 1), 2447-2456. Doi: 10.1590/1413-81232020256.1.10472020.
- Llover, M.N. y Jiménez, M.C. (2021). Estado actual de los tratamientos para la COVID-19. *FMC - Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 28(1), 40-56. Doi: 10.1016/j.fmc.2020.10.005.
- Luján C., M. y Minassian, M.L. (2020). COVID-19: Ecos de una pandemia. *Revista Argentina de Microbiología*, 52(3), 167-168.
- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (1993). *Resolución 8430 del 4 de octubre de 1993*. Bogotá: Autor.
- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (2020). *Resolución 666 del 24 de abril*. Bogotá: Autor.
- Molina V., N. (Ed.) (2020). *Psicología en contextos de COVID-19: desafíos poscuarentena en Colombia*. Bogotá: Asociación Colombiana de Facultades de Psicología. Recuperado de [https://ascofapsi.org.co de pdf de Psicologia-contextos-COVID-19_web.pdf](https://ascofapsi.org.co/pdf/Psicologia-contextos-COVID-19_web.pdf).
- Moscoso L., L.F. y Díaz H., L.P. (2017). Aspectos éticos en la investigación cualitativa con niños. *Revista Latinoamericana de Bioética*, 18(34-1), 51-67.
- Murad, R., Sánchez, S.M., Rivillas, J.C., Rivera, D., Castaño, L. y Royo, M.M. (2020). *La aceptación, el sufrimiento y la resistencia: las diferentes reacciones para afrontar el COVID-19 en Colombia*. Bogotá: Asociación Profamilia. Doi: 10.13140/RG.2.2.20806.91208.
- Nalbandian, A., Sehgal, K., Gupta, A. et al. (2021). Post-acute COVID-19 syndrome. *Nature Medicine*, 27, 601-615. Doi: 10.1038/s41591-021-01283-z.
- Oldham, M.A., Hitchins, A. y Nickels, M.W. (2021). Mental health, COVID-19, and the invisible pandemic on the horizon. *Mayo Clinic Proceedings*, 96(2), 287-290. Doi: 10.1038/s41591-021-01283-z.
- Organización Mundial de la Salud (2020). *Brote de enfermedad por coronavirus (COVID-19)*. Ginebra: OMS.
- Ornell, F., Schuch, J.B., Sordi, A.O y Paim K., F.H. (2020). "Pandemic fear" and COVID-19: Mental health burden and strategies. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 42(3), 232-235. Doi: 10.1590/1516-4446-2020-0008 .
- Osorio, A.G., Giraldo O., A., Toro R., M.Y., Macías L., A.M., Valencia G., C.A. y Palacio R., S. (2010). La promoción de la salud como estrategia para el fomento de estilos de vida saludables. *Hacia la Promoción de la Salud*, 15(1), 128-143.
- Otero R., I.M., Fernández C., E, Rodríguez G., D.R. y Vizcaíno E., A.E. (2020). La autoayuda en tiempos de la COVID-19. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 49(4). Recuperado de <http://www.revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil>.

- Parrado G., A. y León J., J.C. (2020). COVID-19: factores asociados al malestar emocional y morbilidad psíquica en población española. *Revista Española de Salud Pública*, 94, 1-16.
- Pérez, Y., Castillo, E. y Luzardo, D. A. (2020). Consecuencias psicológicas de la cuarentena y el aislamiento social durante la pandemia de COVID-19. *Revista Cubana de Salud Pública*, 46(e 2488), 1-14.
- Rondón C., J. Rondón A., R., Morales V., C.L., Fajardo R., M. y Rondón C., R.Y. (2020). Reflexiones sobre la salud mental en tiempos de COVID-19. *Primera Jornada Virtual de Psiquiatría 2020*. Recuperado de <http://jvirtualpsiquiatria2020.sld.cu/index.php/jvpsq/2020/paper/view/76>.
- Sandín, B., Valiente, R.M., García E., J., Campagne, D.M. y Chorot, P. (2020). Psychological impact of the COVID-19 pandemic: Negative and positive effects in Spanish population during the mandatory national quarantine. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 25(1), 1e-21e. Doi: 10.5944/rppc.28107.
- Sedano C., F.L., Rojas-Miliano, C. y Vela R., J.M. (2020). Perspective on the primary prevention of COVID-19. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*, 20(3), 494-501. Doi: 10.25176 de RFMH.v20i3.3031.
- Sekhon, M., Cartwright, M. y Francis, J.J. (2017). Acceptability of healthcare interventions: an overview of reviews and development of a theoretical framework. *BMC Health Services Research*, 17(88), 1-13. Doi: 10.1186 de s12913-017-2031-8.
- Simon, J., Helter, T.M., White, R.G. van der Boor, C. y Łaszewska, A. (2021). Impacts of the Covid-19 lockdown and relevant vulnerabilities on capability well-being, mental health and social support: an Austrian survey study. *BMC Public Health*, 21(314). Doi: 10.1186 de s12889-021-10351-5.
- Singh, S., Roy, D., Sinha, K., Parveen, S., Sharma, G. y Joshi, G. (2020). Impact of COVID-19 and lockdown on mental health of children and adolescents: A narrative review with recommendations. *Psychiatry Research*, 293, 113429. Doi: 10.1016/j.psychres.2020.113429.
- Trujillo, J. (2020). La vida social del COVID-19: una etnografía del escepticismo y el negacionismo en poblaciones informales de Ciudad de México. *Perifèria. Revista d'investigació i Formació en Antropologia*, 2(25), 141-153.
- Velasco Y., J.R., Cunalema F., J.A., Lozano D., M.M. y Vargas A., G.M. (2021). Autocuidado por COVID-19 del Adulto Mayor en la Confraternidad Lupita Nolivios, Ecuador 2020. *Boletín de Malariología y Salud Ambiental*, 61(1), 112-123. <https://docs.bvsalud.org/de/biblioref/2021/04/1178590/art-10-i-2021.pdf>.
- Vieites, Y., Ramos, G.A., Andrade, E.B., Pereira, C. y Medeiros, A. (2021). Can self-protective behaviors increase unrealistic optimism? Evidence from the COVID-19 pandemic. *Journal of Experimental Psychology Applied*, 27(4), 621-631.
- Wang, C., Horby P.W., Hayden, F.G. y Gao, G.F. (2020). A novel coronavirus outbreak of global health concern. *The Lancet*, 395(10223), 470-473. Doi: 10.1016 de S0140-6736(20)30185-9.
- Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C.S. y Ho, R.C. (2020). Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(5), 1729. Doi: 10.3390/ijerph17051729.
- Wolf, M.S. Serper, M., Opsasnick, L.M., O'Connor, R., Curtis, L., Yoshino, J.B., Wismer, G., Batio, S., Eifler, M., Zheng, P., Russell, A., Arvanitis, M., Ladner, D., Kwasny, M., Persell, S.D., Rowe, T., Linder, J.A. y Bailey, S.C. (2020). Awareness, attitudes, and actions related to COVID-19 among adults with chronic conditions at the onset of the US outbreak: a cross-sectional survey. *Annals of Internal Medicine*, 173(2), 100-109. Doi: 10.7326/M20-1239.
- Xiang, Y.T., Yang, Y., Li, W., Zhang, L., Zhang, Q., Cheung, T. y Chee, H.N. (2020). Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. *The Lancet Psychiatry*, 7(3), 228-229. Doi: 10.1016 de s2215-0366(20)30046-8.

Modificación de conductas saludables y salud general en adultos mexicanos durante la pandemia por COVID-19

Change in health behaviors and general health in Mexican adults during COVID-19 pandemic

*Diana Garcidueñas-Gallegos¹, Rebeca Robles-García^{1, 2},
Sofía Sánchez-Román³, Lilia Castillo-Martínez^{3, 4},
Nazira Calleja¹ y Francisco Juárez-García⁵*

Universidad Nacional Autónoma de México¹
Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”^{2, 5}
Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”^{3, 4}

Autor para correspondencia: Rebeca Robles García, reberobles@imp.edu.mx.

RESUMEN

La pandemia por COVID-19 ha generado diversos cambios en las conductas relacionadas con la salud de las personas. El objetivo de este trabajo fue examinar el cambio percibido en las conductas saludables y en la salud general en adultos mexicanos de 18 a 60 años de edad durante la emergencia sanitaria; y determinar las características sociodemográficas, de salud y psicosociales relacionadas. Un total de 568 participantes completaron un cuestionario en línea. Se describen la mejoría/aumento o empeoramiento/disminución de la salud general y seis conductas: calidad de la dieta, actividad física, calidad del sueño, sedentarismo y consumo de alcohol y tabaco; se ejecutaron modelos de regresión logística multinomial para evaluar su relación con las características sociodemográficas, de salud y psicosociales. La mayoría de los participantes reportó que la calidad de su dieta, sueño y salud general eran iguales o muy similares que antes de la pandemia, que habían disminuido su actividad física y el consumo de tabaco y alcohol, y que había aumentado su sedentarismo. Los cambios en las conductas se relacionaron con el sexo, edad, escolaridad, ocupación, dificultades económicas, condición de salud física, haber padecido COVID-19, depresión, ansiedad, estrés y apoyo social. Se concluye que la pandemia por COVID-19 ha repercutido en la práctica de conductas saludables relacionadas con la salud física y mental, por lo que se sugiere evaluar el impacto de estos cambios en el corto y largo plazo, así como generar intervenciones integrales sobre los factores biopsicosociales relacionados.

Palabras clave: Conductas saludables; Salud general; Adultos mexicanos; COVID-19.

¹ Facultad de Psicología, Avenida Universidad 3004, col. Copilco, Coyoacán, 04510, Ciudad de México, México. Correos electrónicos: dgg_90@hotmail.com y ncalleja@unam.mx.

² Centro de Investigación en Salud Mental Global, Calzada México-Xochimilco 101, col. Huipulco, Tlalpan, 14370, Ciudad de México, México. Tel: 55-41-60-51-43, correo electrónico: reberobles@imp.edu.mx.

³ Departamento de Neurología y Psiquiatría, Vasco de Quiroga 15, col. Belisario Domínguez Sección 16, Tlalpan, 14080, Ciudad de México, México, tel. 55-54-87-09-00, correos electrónicos: sofiasan@yahoo.com y cam7125@gmail.com.

⁴ Departamento de Nutrición Clínica, Vasco de Quiroga 15, col. Belisario Domínguez Sección 16, Tlalpan, 14080, Ciudad de México, México, tel. 55-54-87-09-00, correo electrónico: cam7125@gmail.com.

⁵ Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales, Calzada México-Xochimilco 101, col. Huipulco, Tlalpan, 14370, Ciudad de México, México, tel. 55-41-60-55-00, correo electrónico: pacojg@imp.edu.mx.



ABSTRACT

The COVID-19 pandemic has generated various changes in people's health-related behaviors. This study aims to examine the perceived change in health behaviors and general health among Mexican adults (aged 18-60) during this health emergency and determine the related sociodemographic, health, and psychosocial characteristics. A total of 568 completed the online survey. Measurements included Improvement or deterioration of general health and six health behaviors, including quality of diet, physical activity, sleep quality, sedentary lifestyle, and consumption of alcohol and tobacco. Multinomial logistic regression models evaluated related sociodemographic, health, and psychosocial characteristics. Most participants reported that the quality of their diet, sleep, and general health were similar to that before the pandemic, that they have decreased their physical activity, tobacco and alcohol consumption, and increased their sedentary lifestyle. Changes in behaviors were related to sex, age, education, occupation, economic difficulties, physical health condition, having had COVID-19, depression, anxiety, stress, and social support ($p < 0.05$). The COVID-19 pandemic has impacted the practice of health behaviors related to physical and mental health. These findings suggest evaluating the impact of these changes in the short and long term is recommended, as well as comprehensive interventions to modify psychobiological-related factors.

Key words: Health behaviors; General health; Mexican adults; COVID-19.

Recibido: 16/12/2021

Aceptado: 12/04/2022

La enfermedad por coronavirus COVID-19 (Coronavirus Infection Disease-2019) causada por el SARS-CoV-2 (Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2) fue declarada como pandemia el 11 de marzo de 2020 por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2021a), y a dos años de esa fecha el mundo continúa atravesando una crisis de salud pública con las diversas olas que aquella ha generado (Fisayo y Tsukagoshi, 2021).

A pesar de los indudables beneficios de las medidas de mitigación para salvaguardar y preservar la salud durante la pandemia, algunas de

ellas también han tenido repercusiones negativas en la salud mental y en las conductas de salud de las personas. Han incrementado los síntomas de depresión, ansiedad, estrés y trastornos mentales (Brooks *et al.*, 2020; Morales *et al.*, 2020; Torales, O'Higgins, Castaldelli-Maia y Ventriglio, 2020), así como las conductas no saludables, como la inactividad física, una dieta no saludable, sedentarismo, alteraciones en el sueño, consumo de alcohol y tabaco (Flanagan *et al.*, 2021; Weaver *et al.*, 2021), lo que ha aumentado el riesgo de diversas enfermedades crónicas y provocado el deterioro de la salud y la mortalidad (Arora y Grey, 2020; McBride, Arden, Chater y Chilcot, 2021; OMS, 2021b).

Así, por ejemplo, la disminución importante de la actividad física debida al confinamiento acrecienta los riesgos a la salud física y mental al contribuir con sobrepeso, debilidad muscular, dislipidemia y elevados niveles de ansiedad, estrés y depresión (Feiz-Arefi, Babaei-Pouya y Poursadeqian, 2020; McBride *et al.*, 2021). A su vez, el malestar emocional puede hacer más frecuentes las conductas no saludables, como el consumo de alcohol y tabaco, una dieta de mala calidad, problemas para dormir y sedentarismo (Stanton *et al.*, 2020).

La práctica de conductas no saludables y el malestar emocional pueden traer consecuencias en el corto y largo plazo al afectar la salud mental, disminuir la práctica de conductas saludables, disminuyendo la adherencia a los tratamientos médicos y provocando efectos adversos en la salud de las personas (Mattioli, Ballerini Nasi y Farinetti, 2020; Piepoli *et al.*, 2016; Turner *et al.*, 2020) y favoreciendo cuadros más graves de COVID-19 (Cheng *et al.*, 2020).

Los cambios negativos en las conductas de salud han sido más frecuentes entre determinados grupos poblacionales; el nivel socioeconómico, el sexo, la edad y la escolaridad han sido predictores de conductas no saludables y desenlaces de salud asociados con dichas conductas (McBride *et al.*, 2021). Sin embargo, también se han identificado factores protectores relacionados con la práctica de conductas saludables, incluidos el apoyo social y la satisfacción con la vida (Arora y Grey, 2020).

Así, el objetivo de la presente investigación fue examinar el cambio percibido en las conductas de salud (calidad de la dieta, actividad física, calidad del sueño, sedentarismo, consumo de alcohol y tabaco) y de la salud general en cuanto a su mejoramiento o aumento, o bien al empeoramiento o la disminución de su práctica actual, en comparación con la realizada antes de la pandemia, así como conocer las características sociodemográficas, de salud y psicosociales asociadas con esos cambios entre la población general de adultos mexicanos.

MÉTODO

Diseño del estudio

Se trata de un estudio predictivo transversal (Ato, López y Benavente, 2013), en el que se utiliza una estrategia asociativa para explorar las relaciones entre variables-criterio a partir de predictores, con un muestreo no probabilístico accidental en población general de adultos mexicanos de 18 a 60 años.

Procedimiento

Los datos fueron obtenidos por medio de una batería de evaluación digital anónima, voluntaria y auto aplicada, a través de Google Forms, distribuida del 23 de julio al 24 de septiembre de 2021 en las redes sociales Facebook y Twitter, periodo en el que se desarrollaba la tercera ola por COVID-19 en México, teniendo su pico el 18 de agosto de 2021. En las redes sociales se compartió el enlace de la batería y un cartel invitando a responder el cuestionario. Al seguir el enlace, las personas interesadas podían leer las instrucciones y la información detallada de la investigación. Tras aceptar el consentimiento, se les solicitaba responder la batería; podían abandonar el estudio en cualquier momento, aunque tenían que responder a todas las preguntas para poder enviar sus datos (y ser integrados en la muestra final para el análisis). Se les ofreció la posibilidad del envío por correo electrónico (a proporcionar voluntariamente) de su reporte de resultados con recomendaciones generales de salud de acuerdo con las áreas de riesgo

detectadas y un directorio de referencia de instituciones de salud. El protocolo del trabajo y sus materiales fueron revisados y aprobados por los Comités de Ética en Investigación y de Investigación del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INCMNSZ), con el número de registro NER-3705-21-21-1.

Instrumentos

Cambio percibido de las conductas de salud y salud general (variables dependientes). Se incluyeron siete reactivos para medir el cambio percibido (si la persona considera que la práctica actual de su conducta y de salud general ha mejorado, aumentado, empeorado o disminuido, o sigue igual desde que la pandemia comenzó) de las conductas saludables (calidad de la dieta, actividad física, calidad del sueño), no saludables (sedentarismo, consumo de tabaco y de alcohol) y de la percepción de salud general, esta evaluada con la pregunta “¿Cómo considera que está su salud general actualmente, en comparación con su salud antes de la pandemia?”.

Datos sociodemográficos. Se preguntó a la persona su sexo, edad, lugar de residencia, escolaridad, ocupación, si tiene hijos, si está cursando un embarazo, si vive solo o acompañado y la manera en que ha sido la convivencia durante la pandemia, con las siguientes opciones de respuesta: sin conflictos ni tensión, un poco tensa o estresante, conflictiva o problemática y violenta; situación económica percibida, con seis opciones de respuesta que van de “muy mala” a “muy buena” y dificultades económicas (mediante tres reactivos que se puntúan de 0 “nunca” a 4 “todo el tiempo”), sobre si le ha faltado dinero al proveedor del hogar para adquirir comida, ropa o zapatos, y para pagar la renta o los servicios de la casa, obteniendo la sumatoria de los reactivos (0-12).

Datos sobre el estado de salud. Se evaluó la condición o el diagnóstico de enfermedad y si la persona ha resultado positiva a infección por SARS-CoV-2.

Factores psicosociales. Los síntomas de depresión se evaluaron por medio de la escala PHQ-9 (Patient

Health Questionnaire) (Kroenke y Spitzer, 2002), con nueve reactivos que se califican en una escala Likert con recorrido de 0, “Ningún día”, a 3, “Casi todos los días”. Los puntajes se suman obteniendo un rango de 0 a 27; los puntos de corte de la gravedad de los síntomas de depresión son: mínima = 0-4; regular = 5-9; moderada = 10-14; moderadamente grave = 15-19, y grave = 20-27. En esta muestra, la escala obtuvo un coeficiente alfa de Cronbach de 0.898.

Los síntomas de ansiedad se evaluaron con la escala GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder) (Spitzer, Kroenke, Williams y Löwe, 2006), que consta de siete reactivos que se califican en un formato Likert de 0, “Ningún día”, a 3, “Casi todos los días”. Los puntajes se suman obteniendo un rango de 0 a 21 para obtener los puntos de corte de la gravedad de los síntomas (mínima = 0-4; regular = 5-9; moderada = 10-14, y grave = 15-21). La escala obtuvo un coeficiente alfa de Cronbach de 0.921 en la muestra.

El estrés percibido se determinó mediante la escala PSS-10 (Perceived Stress Scale) (Cohen, Kamarck y Mermelstein, 1983). Se utilizó la versión de diez reactivos por sus propiedades psicométricas y por el ajuste del modelo (Pedrero *et al.*, 2015). Los reactivos se evalúan en un formato de respuesta Likert con siete valores: de 0, “Nunca”, a 6, “Siempre”. Las puntuaciones se obtienen recodificando las respuestas de los reactivos 4-5-7 y 8, y luego sumando los puntajes; las superiores indican un mayor estrés percibido. En la muestra, se reportó un coeficiente α de .872.

La personalidad tipo D se evaluó con base en la DS-14 (Type D Personality Scale) (Denollet, 2005), que consta de 14 reactivos que evalúan dos factores con siete reactivos cada uno: Afectividad negativa e Inhibición social. Los reactivos se califican en un formato Likert de de 0 (“Totalmente falso”), a 4 (“Totalmente verdadero”). Los reactivos 1 y 3 se recodifican de manera inversa, y entonces se suman los puntajes para obtener el punto de corte para cada subescala (≥ 10). La escala total obtuvo un coeficiente alfa de Cronbach de 0.921; la subescala de afectividad negativa, de $\alpha = .920$, y la de inhibición social, de $\alpha = .881$.

El apoyo social percibido se evaluó por medio de la MSPSS-12 (Multidimensional Scale of Perceived Social Support”) (Zimet, Dahlem, Zimet y Farley, 1988), compuesta por 12 reactivos con siete opciones de respuesta (de 1, “Muy en desacuerdo, a 7 “Totalmente de acuerdo”), que conforman tres dimensiones: Familia (F1: reactivos 3, 4, 8 y 11); Amigos (F2: reactivos 6, 7, 9 y 12) y Otros significativos (F3: reactivos 1, 2, 5 y 10); solo se utilizaron los componentes de Familia y Amigos dada la falta de claridad conceptual respecto al factor de Otros significativos. Se estima una mayor percepción de apoyo social cuanto mayor sea el puntaje obtenido. En la muestra, la escala total obtuvo un coeficiente α de Cronbach de 0.943, el factor Amigos, de $\alpha = 0.960$, y el factor Familia, de $\alpha = 0.938$.

El optimismo se evaluó con el COP-9 (Cuestionario de Optimismo) (Pedrosa, Celis, Suárez, García y Muñiz, 2015), conformado por nueve reactivos, con un formato de respuesta tipo Likert de siete opciones, que van de 1, “Muy en desacuerdo, a 7, “Totalmente de acuerdo” (*cf.* Calleja, Reskala, Rivera y Buenrostro, 2019). Para obtener la puntuación total de la escala deben sumarse las puntuaciones de todas las afirmaciones. Se obtuvo un coeficiente α de 0.974 en la muestra.

Por último, la satisfacción con la vida se determinó con base en la SWLS-5 (Satisfaction with Life Scale) (Diener, Emmons, Larsen y Griffin, 1985), que consta de cinco afirmaciones con siete opciones de respuesta cada una, que van de 1 “Totalmente en desacuerdo”, a 7, “Totalmente de acuerdo”. Para obtener la puntuación total de la escala deben sumarse las puntuaciones de las cinco afirmaciones. Se obtuvo un coeficiente α de Cronbach de 0.929 en esta muestra.

Análisis estadísticos

Los criterios de inclusión fueron tener de 18 a 60 años, vivir en México y no estar cursando un embarazo. No hubo valores perdidos ni folios con errores o incompletos. Se utilizó estadística descriptiva (frecuencias con porcentajes y medias con desviaciones estándar) para describir las variables de estudio según su nivel de medición y

el test de chi cuadrada para identificar diferencias en las proporciones del cambio de conductas percibido. Para conocer las características de los participantes que se relacionan con el cambio (mejora o aumento, o empeoramiento o disminución) de las distintas conductas de salud y de su percepción de salud general, se efectuó un ajuste de los modelos de regresión logística multinomial tomándose como variable dependiente cada una de las conductas, y considerando como valor de referencia el grupo con conductas “igual o muy similar que antes”. Los modelos se ajustaron por factores y covariables introduciendo las características sociodemográficas de los participantes (sexo, escolaridad, ocupación, situación de pareja, convivencia, hijos, puntaje de dificultades económicas y situación económica percibida) o de salud (si tiene alguna condición de salud física, o si fue positivo a COVID-19), y los factores psicosociales (puntajes de síntomas de depresión, ansiedad, estrés, personalidad tipo D, apoyo social, optimismo y satisfacción con la vida). Se reportaron las razones de momios (*odds ratio*), y sus intervalos de confianza (95%); se consideraron estadísticamente significativos los estimadores con un valor $p < 0.05$. Los datos se procesaron por medio del paquete estadístico SPSS, v. 25.

RESULTADOS

Se incluyeron 568 participantes en el análisis, la mayoría de ellos residentes de la Ciudad de México (45.8%), cuyas características sociodemográficas se muestran en la Tabla 1.

Sobre el estado de salud, 57.4% ($n = 326$) sufría alguna condición o diagnóstico de salud, como discapacidad o estado que limitan la movilidad ($n = 8$, 1.4%), sobrepeso ($n = 150$, 26.4%), obesidad ($n = 71$, 12.5%), prediabetes ($n = 27$, 4.8%), diabetes tipo 1 ($n = 3$, 0.5%), diabetes tipo 2 ($n = 17$, 3%), hipertrigliceridemia ($n = 63$, 11.1%), hipercolesterolemia ($n = 51$, 9%), hipertensión arterial ($n = 47$, 8.3%), enfermedad cardiovascular ($n = 3$, 0.5%), enfermedad renal ($n = 7$, 1.2%), enfermedad autoinmune ($n = 18$, 3.2%), enfermedad hepática crónica ($n = 3$, 0.5%), enfermedad respiratoria crónica ($n = 22$, 3.9%), hipo-

Tabla 1. Características sociodemográficas de los participantes.

Variable	Categoría	n	%
Sexo	Hombre	109	19.2
	Mujer	459	80.8
Escolaridad	Media superior y menor	98	17.3
	Licenciatura/Ingeniería	294	51.8
	Posgrado	176	31.0
Ocupación	Desempleado(a)	41	7.2
	Con empleo remunerado	294	51.8
	Autoempleado(a)/negocio propio	71	12.5
	Labores del hogar	50	8.8
	Estudiante	102	18.0
	Pensionado(a)/jubilado(a)	10	1.8
Situación de pareja	Casado(a)	162	28.5
	Unión libre	84	14.8
	Divorciado(a)/separado(a)/viudo(a)	38	6.7
	Soltero(a), sin una relación	169	29.8
	Soltero(a), con una relación	115	20.2
Tipo de convivencia	Vive solo(a)	38	6.7
	Sin conflictos ni tensión	191	33.6
	Un poco tensa o estresante	302	53.2
	Conflictiva o problemática/violenta	37	6.5
Hijos(as)	No	321	56.5
	Sí	247	43.5
Situación económica percibida	Muy mala/mala	66	11.6
	Algo mala	105	18.5
	Algo buena	164	28.9
	Buena/muy buena	233	41.0

Nota: Algunas de las categorías originales se combinaron por las escasas respuestas o por tratarse de categorías similares.

tiroidismo o hipertiroidismo ($n = 33$, 5.8%), VIH ($n = 4$, 0.7%) y cáncer ($n = 7$, 1.2%), otra condición física crónica o aguda ($n = 46$, 8.1%). En cuanto a la COVID-19, 23.4% ($n = 133$) obtuvieron un resultado positivo.

Respecto a los factores psicosociales, la sumatoria de los puntajes de síntomas de depresión correspondió a los siguientes grupos de gravedad: mínima ($n = 194$, 34.2%), regular ($n = 205$, 36.1%), moderada ($n = 89$, 15.7%), moderadamente grave ($n = 47$, 8.3%) y grave ($n = 33$, 5.8%). Los niveles de gravedad de sintomatología ansiosa fueron,

a saber: mínima ($n = 236$, 41.5%), regular ($n = 187$, 32.9%), moderada ($n = 97$, 17.1%) y grave ($n = 48$, 8.5%). La PSS-10 alcanzó un promedio de 25.20 ± 10.95 ; la escala total de personalidad tipo D: 24.39 ± 11.92 y sus subescalas de Afectividad negativa: 12.47 ± 7.01 e Inhibición social: 11.95 ± 6.46 ; el apoyo social total: 36.56 ± 12.46 , el factor familia: 18.11 ± 6.88 , y el factor amigos: 18.45 ± 6.84 ; la escala de optimismo: 39.73 ± 14.14 y la escala de satisfacción con la vida: 22.69 ± 7.72 .

En la Tabla 2 se presenta cómo cambiaron las conductas de salud (mejora o aumento o empeoramiento o disminución) respecto a su práctica antes de la pandemia, siendo significativas las diferencias en las proporciones de cambio. Los participantes reportaron que la calidad de la dieta, del sueño y la percepción de su salud general continuaban igual o eran muy similares a los de antes; la actividad física, el consumo de tabaco y el consumo de alcohol disminuyeron y el sedentarismo aumentó.

Tabla 2. Porcentaje y número de participantes en cada categoría de cambio percibido en las conductas de salud y en la salud general ($n = 568$).

Conductas de salud	Percepción de cambio						Prueba estadística
	Menos/peor que antes		Igual o muy similar que antes		Más/mejor que antes		
	n	%	n	%	n	%	$\chi^2(2)$
Calidad de la dieta	104	18.3	284	50.0	180	31.7	86.25*
Actividad física	303	53.3	142	25.0	123	21.7	103.31*
Calidad del sueño	247	43.5	256	45.1	65	11.4	122.69*
Salud general	215	37.9	246	43.3	107	18.8	56.24*
Sedentarismo	58	10.2	156	27.5	354	62.3	240.18*
Consumo de tabaco ($n = 92$)	49	53.3	20	21.7	23	25.0	16.59*
Consumo de alcohol ($n = 379$)	210	55.4	124	32.7	45	11.9	107.82*

Nota. Se muestran en negritas los porcentajes más altos de cada conducta. * $p < .001$

En las Tablas 3 y 4 se presentan las características asociadas con el cambio de conductas de salud durante la pandemia. En términos generales, se destaca que las relacionadas con la mejoría de la calidad de la dieta fueron el ser estudiante, exhibir sintomatología ansiosa y tener apoyo social de amigos, mientras que las características vinculadas a un empeoramiento en la calidad de la dieta fueron el ser mujer, tener alguna condición negativa de salud física y no haber padecido COVID-19.

Por su parte, el aumento de la actividad física se relacionó con tener estudios de posgrado y licenciatura/ingeniería, dedicarse a las labores del hogar y percibir apoyo social, mientras que la disminución de la actividad física se asoció con la presencia de dificultades económicas, tener alguna condición negativa de salud y manifestar sintomatología depresiva.

Respecto a la calidad del sueño, ninguna variable se asoció con la mejoría, mientras que su

empeoramiento estuvo relacionado con las dificultades económicas y los síntomas de depresión.

La mejora de la percepción de salud general se asoció con el apoyo social de los amigos, y su empeoramiento con tener estudios de posgrado, tener alguna condición negativa de salud física, haber padecido COVID-19, presentar sintomatología ansiosa y estrés, y contar con el apoyo social de los amigos.

Se enfatiza también que el aumento del sedentarismo se asoció con estar desempleado, ser estudiante y manifestar sintomatología depresiva, mientras que su disminución estuvo relacionada con tener escolaridad de licenciatura/ingeniería.

Finalmente, en cuanto al consumo de alcohol, su aumento no se relacionó con ninguna variable, aunque su disminución se asoció con no tener un diagnóstico o condición negativa de salud y con el apoyo social de los amigos.

Cabe señalar que el análisis del consumo de tabaco no se pudo realizar, ya que el número de personas que la practican y que conforman los grupos de referencia y de comparación no fue suficiente para este propósito.

Al ajustar el modelo con todas las variables, no resultaron significativas la situación de pareja (estar casado, sin una relación o estar en una relación), el tipo de convivencia durante la pan-

demia (con problemas y tensión, sin conflictos ni tensión), tener hijos, la situación económica percibida, la personalidad tipo D (afectividad negativa, inhibición social), ni los puntajes de optimismo y satisfacción con la vida. En el caso de las conductas no saludables, tampoco resultaron significativas las variables de sexo, edad, puntajes de dificultades económicas, ansiedad y estrés y haber padecido COVID-19.

Tabla 3. Características asociadas con el cambio percibido de la salud general y de las conductas saludables.

Características	Salud general		Calidad de la dieta		Actividad física		Calidad del sueño	
	Mejora	Empeoramiento	Mejora	Empeoramiento	Aumento	Disminución	Mejora	Empeoramiento
Sexo								
Mujer	1.27 (0.64-2.53)	1.23 (0.64-2.38)	0.97 (0.56-1.68)	5.45 (1.73-17.13)	1.21 (0.57-2.59)	0.89 (0.49-1.63)	1.47 (0.61-3.51)	1.09 (0.62-1.92)
Hombre	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.
Edad	0.97 (0.93-1.00)	0.98 (0.95-1.01)	0.98 (0.96-1.01)	0.97 (0.94-1.01)	0.95 (0.91-0.99)	0.96 (0.93-0.99)	0.97 (0.93-1.02)	0.99 (0.96-1.02)
Escolaridad								
Posgrado	0.83 (0.34-2.02)	2.28 (1.04-5.01)	0.89 (0.43-1.83)	1.32 (0.56-3.11)	3.55 (1.28-9.82)	2.07 (1.00-4.30)	0.50 (0.18-1.41)	1.43 (0.72-2.86)
Licenciatura/Ingeniería	0.84 (0.38-1.84)	1.45 (0.74-2.86)	1.42 (0.74-2.69)	1.18 (0.56-2.50)	4.50 (1.82-11.1)	1.58 (0.82-3.02)	0.53 (0.21-1.33)	1.25 (0.68-2.31)
≤ Medio superior	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.
Ocupación								
Desempleado(a)	0.89 (0.26-3.02)	0.67 (0.26-1.74)	0.85 (0.32-2.22)	0.71 (0.26-1.96)	0.65 (0.17-2.49)	1.15 (0.43-3.09)	3.18 (0.84-12.08)	0.97 (0.39-2.39)
Estudiante	1.24 (0.56-2.75)	0.68 (0.32-1.45)	2.14 (1.10-4.13)	1.14 (0.50-2.61)	1.91 (0.80-4.55)	1.13 (0.53-2.40)	1.67 (0.66-4.22)	0.69 (0.36-1.34)
Autoempleado(a)	1.52 (0.70-3.30)	0.56 (0.25-1.23)	0.82 (0.42-1.61)	1.10 (0.48-2.52)	1.34 (0.61-2.93)	0.59 (0.29-1.17)	1.82 (0.70-4.76)	1.06 (0.55-2.04)
Labores del hogar	0.91 (0.31-2.70)	1.26 (0.52-3.05)	0.70 (0.29-1.68)	0.70 (0.27-1.82)	3.73 (1.20-11.6)	2.34 (0.92-5.99)	0.95 (0.23-3.92)	1.06 (0.49-2.30)
Con empleo remunerado	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.
Puntaje de dificultades económicas	0.99 (0.85-1.16)	1.04 (0.92-1.18)	0.91 (0.81-1.03)	1.13 (0.99-1.27)	1.10 (0.94-1.28)	1.17 (1.04-1.32)	0.82 (0.67-1.01)	1.13 (1.02-1.26)
Condición de salud								
Alguna	1.23 (0.71-2.13)	2.21 (1.33-3.68)	1.17 (0.75-1.82)	2.37 (1.33-4.22)	1.09 (0.61-1.95)	1.73 (1.07-2.80)	1.82 (0.94-3.53)	1.04 (0.67-1.61)
Ninguna	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.
COVID-19								
Sí	1.00 (0.52-1.91)	1.85 (1.05-3.24)	0.86 (0.52-1.42)	ref.	1.13 (0.59-2.16)	0.80 (0.46-1.39)	0.49 (0.21-1.14)	0.73 (0.45-1.20)
No	ref.	ref.	ref.	2.05 (1.04-4.07)	ref.	ref.	ref.	ref.
Puntaje de depresión	0.94 (0.85-1.03)	1.04 (0.96-1.11)	0.96 (0.90-1.03)	1.07 (0.99-1.15)	1.00 (0.92-1.09)	1.09 (1.02-1.18)	0.95 (0.85-1.06)	1.13 (1.06-1.20)
Puntaje de ansiedad	0.99 (0.90-1.09)	1.10 (1.02-1.18)	1.10 (1.02-1.18)	1.01 (0.93-1.09)	1.01 (0.93-1.11)	0.97 (0.90-1.05)	1.05 (0.94-1.17)	1.03 (0.97-1.10)

Continúa...

Puntaje de estrés	1.02 (0.98-1.07)	1.06 (1.02-1.11)	0.99 (0.95-1.02)	1.00 (0.95-1.04)	0.95 (0.91-1.00)	0.98 (0.94-1.02)	0.99 (0.94-1.05)	1.03 (0.99-1.07)
Puntaje apoyo social								
Familia	0.95 (0.90-1.01)	0.96 (0.91-1.01)	0.97 (0.93-1.02)	1.01 (0.95-1.06)	0.99 (0.93-1.05)	1.02 (0.97-1.07)	0.99 (0.93-1.06)	1.00 (0.95-1.04)
Amigos	1.09 (1.03-1.15)	1.06 (1.01-1.11)	1.05 (1.01-1.10)	0.99 (0.94-1.04)	1.06 (1.00-1.13)	1.04 (0.99-1.09)	1.02 (0.95-1.08)	1.01 (0.97-1.06)

Nota. Todos los estimados están ajustados por las variables de estudio. Los datos se presentan como razón de momios (intervalos de confianza al 95%). Se muestran en negritas las estimaciones de parámetro con valor de $p < 0.05$.

Tabla 4. Características relacionadas con el cambio percibido de las conductas no saludables.

Característica	Sedentarismo		Consumo de alcohol	
	Disminución	Aumento	Disminución	Aumento
Escolaridad				
Posgrado	1.94 (0.56-6.79)	3.26 (1.61-6.60)	0.65 (0.27-1.53)	0.86 (0.22-3.38)
Licenciatura/Ingeniería	3.95 (1.42-11.0)	2.03 (1.10-3.78)	0.85 (0.37-1.91)	1.52 (0.44-5.23)
≤ Medio superior	ref.	ref.	ref.	ref.
Ocupación				
Desempleado(a)	2.89 (0.66-12.7)	4.01 (1.26-12.72)	1.84 (0.52-6.57)	0.65 (0.08-5.26)
Estudiante	1.69 (0.54-5.32)	2.92 (1.40-6.10)	1.19 (0.55-2.59)	1.46 (0.47-4.53)
Autoempleado(a)	0.86 (0.33-2.25)	0.58 (0.31-1.08)	1.10 (0.48-2.50)	1.10 (0.29-4.24)
Labores del hogar	1.07 (0.32-3.59)	1.47 (0.65-3.31)	1.14 (0.38-3.39)	1.68 (0.35-8.09)
Con empleo remunerado	ref.	ref.	ref.	ref.
Condición de salud				
Alguno	1.07 (0.54-2.12)	1.28 (0.82-2.01)	ref.	0.57 (0.25-1.30)
Ninguno	ref.	ref.	1.81 (1.06-3.09)	ref.
Puntaje de depresión	0.98 (0.88-1.09)	1.07 (1.00-1.15)	1.04 (0.95-1.14)	0.98 (0.87-1.11)
Puntaje apoyo social				
Familia	1.02 (0.95-1.10)	0.99 (0.94-1.04)	0.95 (0.90-1.01)	0.97 (0.89-1.06)
Amigos	0.97 (0.90-1.04)	1.01 (0.96-1.05)	1.07 (1.01-1.13)	1.06 (0.98-1.15)

Nota. Todos los estimados están ajustados por las variables de estudio. Los datos se presentan como razón de momios (intervalos de confianza a 95%). Se muestran en negritas las estimaciones de parámetro con valor de $p < 0.05$.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En esta investigación se examina el cambio percibido en las conductas de salud y en la salud general en cuanto a su ejecución actual, en comparación con su práctica antes de la pandemia y con las características sociodemográficas, de salud y psicosociales relacionadas con dicho cambio, en adultos mexicanos de 18 a 60 años. Se identificó que más de la mitad de los participantes reportaron tener un diagnóstico o condición negativa de salud física (57.4%), ocupando los primeros lugares el sobrepeso y obesidad e hipertrigliceridemia, ambas relacionadas con la práctica de conductas

no saludables y con complicaciones ante la COVID-19 (Cheng *et al.*, 2020).

Respecto al cambio percibido, la mayoría reportó que la calidad de la dieta, del sueño y de la salud general fueron iguales o muy similares que antes de la pandemia, lo que coincide con lo reportado por Villaseñor *et al.* (2021). Por su parte, la actividad física de los participantes disminuyó, en tanto que el sedentarismo aumentó, lo que resulta consistente con los hallazgos de Flanagan *et al.* (2021), y podría explicarse ante la disminución de desplazamientos y el aumento de tiempo en posición sedente o de reposo debido a las limitaciones de espacios y actividades presenciales y

migración a las restricciones virtuales que conllevaron las medidas de contención de la pandemia.

A diferencia de lo reportado por Arora y Gray (2020) sobre el aumento del consumo de alcohol como respuesta al aburrimiento, la inactividad, el aislamiento, y como forma de afrontar el estrés, la ansiedad o los problemas de sueño, en este trabajo el consumo de alcohol y tabaco disminuyó en comparación con el observado antes de la pandemia. Rehm *et al.* (2020) sugieren que lo anterior podría deberse a una menor disponibilidad física y económica para su consumo, aunque cabe resaltar que la mayoría de los participantes en esta investigación fueron mujeres, y que ambas conductas son más frecuentes en los varones.

Se encontró que aquellos con algún diagnóstico o condición negativa de salud tienen más probabilidades de empeorar o disminuir su calidad de su dieta, actividad física y percepción de salud general, esta última asociada también al haber padecido COVID-19, tal como se halló en un estudio realizado en participantes con alguna condición crónica de salud (Elran-Barak y Mozeikov, 2020).

Además, en línea con lo reportado por Stanton *et al.* (2020) en cuanto a una asociación significativa entre el incremento de la depresión, la ansiedad y el estrés con los cambios negativos en las conductas de salud, la sintomatología depresiva se asoció con el empeoramiento o disminución de la actividad física y de la calidad del sueño, y con el aumento del sedentarismo, y la sintomatología ansiosa y el estrés con el empeoramiento de la salud general.

Por su parte, el puntaje respecto a las dificultades económicas se asoció con la disminución de la actividad física, lo cual podría explicarse por la falta de recursos para sufragar espacios para ejercitarse o por la falta de tiempo para realizar actividad física ante la necesidad de trabajar para obtener ingresos; también se relacionó con un empeoramiento en la calidad del sueño, lo que concuerda con el impacto de las exigencias, preocupaciones y estrés (Arora y Gray, 2020). El apoyo social, y particularmente el percibido de los amigos, funge como un factor protector al asociarse con la mejora o aumento de la calidad de la dieta, la actividad física, la percepción de salud y la disminución del consumo de alcohol, por lo que las

intervenciones enfocadas en su incremento puede ser un mecanismo para promover conductas saludables (Weaver *et al.*, 2021).

Los estudiantes mostraron tener una mayor probabilidad de mejora de la calidad de la dieta, lo que puede coincidir con comer en casa. Sin embargo, al igual que las personas desempleadas y con escolaridad universitaria o con posgrado, también tuvieron mayor probabilidad de aumento del sedentarismo, lo que podría deberse al cambio de actividades escolares y laborales al plano de la virtualidad, que conlleva periodos más extensos de permanecer sentado. En cambio, las personas que reportaron ocuparse de las labores del hogar se asociaron con un aumento de la actividad física, aspecto que pudiera deberse al incremento de tareas y deberes que demandan los hogares con más personas ocupándolos durante un tiempo más prolongado. Finalmente, ser mujer y no haber tenido COVID-19 se asoció con un empeoramiento de la calidad de la dieta. Las mujeres pudieran concentrar su tiempo y atención en otro tipo de demandas, como cuidar a los demás o atender las labores del hogar y del trabajo (McBride *et al.*, 2021), mientras que las personas que no habían padecido COVID-19 pudieron no estar tan preocupados por su salud como aquellos que vivieron la enfermedad como un evento adverso.

El estudio presenta diversas limitaciones. Primeramente, la generalización es limitada al estar compuesta principalmente por mujeres, residentes en regiones geográficas similares y con alta escolaridad. La predominancia en cuanto a la participación de las mismas coincide con lo hallado en otros estudios (Knell, Robertson, Dooley, Burford y Mendez, 2020; Villaseñor *et al.*, 2021), y podría explicarse en términos de las diferencias de género en cuanto al cuidado de la salud (Marcos, Mateos, Gash y Álvarez, 2020). En segundo lugar, aunque se tiene evidencia de que los estudios en internet son útiles para recopilar autoinformes sobre las conductas de salud (Larsen, Nyrupe y Petersen, 2020), la obtención de información en un formato en línea o mediante autorreporte tienen limitaciones inherentes, como el sesgo muestral, ya que la participación de las personas radica en la posibilidad de disponer de equipo electrónico e internet. Además, aunque se utilizan instrumentos

validados y preguntas generadas y probadas previamente, y de que además se asegura el anonimato de los participantes, hay la posibilidad de que respondan bajo el sesgo de la deseabilidad social y aquiescencia. Finalmente, se trata de un estudio transversal en el que se pidió a los participantes que respondieran cómo consideran sus conductas actuales en comparación con sus conductas antes de la pandemia para llevar a cabo una comparación retrospectiva, lo que pudiera añadir un sesgo en las respuestas; si bien la medición retrospectiva de la salud se considera como una alternativa válida para estimar el estado de salud en el pasado ante la falta de registros e información previos a la pandemia (Lawson Tan, Naylor y Harris, 2020).

En consecuencia, se sugiere que futuras investigaciones consideren una muestra más grande y representativa que haga posible efectuar comparaciones por subgrupos y mediciones longitudinales para observar el cambio de las conductas.

El presente estudio permite tener un acercamiento a las características sociodemográficas y psicosociales relacionadas con el cambio percibido de la salud general y de las conductas saludables y no saludables, aspectos relevantes a evaluar y atender rutinariamente por su relevancia para la salud física y mental de las personas, a fin de encarar las demandas de la nueva normalidad y ante la posibilidad de nuevas oleadas de la pandemia de COVID-19 en México.

AGRADECIMIENTO

Los autores agradecen al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) por la beca otorgada a Diana Garcidueñas Gallegos, estudiante del Programa de Doctorado en Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México, con número de beca 720664 y número de becario 697192. Esta investigación es producto del trabajo doctoral de la primera autora, bajo la tutoría principal de la segunda.

Citación: Garcidueñas-Gallegos, D., Robles-García, R., Sánchez-Román, S., Castillo-Martínez, L., Calleja, N. y Juárez-García, F. (2022). Modificación de conductas saludables y salud general en adultos mexicanos durante la pandemia por COVID-19. *Psicología y Salud*, Número Especial, 25-36. <https://doi.org/10.25009/pys.v32i3.2799>.

REFERENCIAS

- Arora, T. y Grey, I. (2020). Health behaviour changes during COVID-19 and the potential consequences: a mini-review. *Journal of Health Psychology*, 25(9), 1155-1163. Doi: 10.1177/1359105320937053.
- Ato, M., López, J. y Benavente, A. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de Psicología*, 29(3), 1038-1059. Doi: 10.6018/analesps.29.3.178511.
- Brooks, S.K., Webster, R.K., Smith, L.E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N. y Rubin, G.J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*, 395(10227), 912-920. Doi: 10.1016/S0140-6736(20)30460-8.
- Calleja, N., Reskala, F.J., Rivera, L. y Buenrostro, D. (2019). Efecto del número de opciones de respuesta en las propiedades psicométricas de cuatro escalas psicosociales. *Revista de Psicología y Ciencias del Comportamiento de la Unidad Académica de Ciencias Jurídicas y Sociales*, 10(2), 100-113. Doi: 10.29059/rpcc.20191126.
- Cheng, P., Zhu, H., Witteles, R.M., Wu, J.C., Quertermous, T., Wu, S.M. y Rhee, J.W. (2020). Cardiovascular risks in patients with COVID-19: potential mechanisms and areas of uncertainty. *Current Cardiology Reports*, 22(5), 1-6. Doi: 10.1007/s11886-020-01293-2.
- Cohen, S., Kamarck, T. y Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24(4), 385-396. Doi: 10.2307/2136404.
- Denollet, J. (2005). DS14: Standard assessment of negative affectivity, social inhibition, and type D personality. *Psychosomatic Medicine*, 67(1), 89-97. Doi: 10.1097/01.psy.0000149256.81953.49.
- Diener, E., Emmons, R.A., Larsen, R.J. y Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71-75.

- Elran-Barak, R. y Mozeikoy, M. (2020). One month into the reinforcement of social distancing due to the COVID-19 outbreak: subjective health, health behaviors, and loneliness among people with chronic medical conditions. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17, 5403. Doi: 10.3390/ijerph17155403.
- Feiz-Arefi, M., Babaei-Pouya, A. y Poursadeqiyani, M. (2020). The health effects of quarantine during the COVID-19 pandemic. *Work*, 67(3), 523-527. Doi: 10.3233/wor-203306.
- Fisayo, T. y Tsukagoshi, S. (2021). Three waves of the COVID-19 pandemic. *Postgraduate Medical Journal*, 97(332). Doi: 10.1136/postgradmedj-2020-138564.
- Flanagan, E.W., Beyl, R.A., Fearnbach, S.N., Altazan, A.D., Martin, C.K. y Redman, L.M. (2021). The impact of COVID-19 stay-at-home orders on health behaviors in adults. *Obesity*, 29(2), 438-445. Doi: 10.1002/oby.23066.
- Knell, G., Robertson, M., Dooley, E.E., Burford, K. y Mendez, K.S. (2020). Health behavior changes during COVID-19 pandemic and subsequent “stay-at-home” orders. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17, 1-16. Doi: 10.3390/ijerph17176268.
- Kroenke, K. y Spitzer, R.L. (2002). The PHQ-9: A new depression diagnostic and severity measure. *Psychiatric Annals*, 32(9), 509-515. Doi: 10.3928/0048-5713-20020901-06.
- Larsen, M.V., Nyrup, J. y Petersen, M.B. (2020). Do survey estimates of the public’s compliance with COVID-19 regulations suffer from social desirability bias? *Journal of Behavioral Public Administration*, 3(2). Doi: 10.30636/jbpa.32.164.
- Lawson, A., Tan, A.C., Naylor, J. y Harris, I. (2020). Is retrospective assessment of health-related quality of life valid? *BMC Musculoskeletal Disorders*, 21(415). Doi: 10.1186/s12891-020-03434-8.
- Marcos M., J., Mateos, J.T., Gash G., A. y Álvarez D., C. (2020). El estudio de la salud de los hombres desde una perspectiva de género: de dónde venimos, hacia dónde vamos. *Salud Colectiva*, 16(2246). Doi: 10.18294/sc.2020.2246.
- Mattioli, A.V., Ballerini, M., Nasi, M. y Farinetti, A. (2020). COVID-19 pandemic: the effects of quarantine on cardiovascular risk. *European Journal of Clinical Nutrition*, 74(6), 852-855. Doi: 10.1038/s41430-020-0646-z.
- McBride, E., Arden, M.A., Chater, A. y Chilcot, J. (2021). The impact of COVID-19 on health behaviour, well-being, and long-term physical health. *British Journal of Health Psychology*, 26, 259-270. Doi: 10.1111/bjhp.12520.
- Morales, S., López, A., Bosch, A., Beristain, A., Robles, R., López, F. y Fernández, C. (2020). Condiciones de salud mental durante la pandemia por COVID-19. *Revista Internacional de Investigación en Adicciones*, 6(2), 11-24. Doi: 10.28931/riiad.2020.2.03.
- Organización Mundial de la Salud (2021a). *Cronología de la respuesta de la OMS a COVID-19*. Comunicado de prensa. Ginebra: OMS. Recuperado de <https://www.who.int/es/news/item/29-06-2020-covidtimeline>.
- Organización Mundial de la Salud (2021b). *Enfermedades no transmisibles. Notas descriptivas*. Ginebra: OMS. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>.
- Pedrero P., E.J., Ruiz S., J.M., Lozoya D., P., Rojo M., G., Llanero L., M. y Puerta G., C. (2015). La escala de estrés percibido: estudio psicométrico sin restricciones en población no clínica y adictos a sustancias en tratamiento. *Behavioral Psychology/ Psicología Conductual*, 23(2), 305-324.
- Pedrosa, I., Celis A., K., Suárez Á., J., García C., E. y Muñoz, J. (2015). Cuestionario para la evaluación del optimismo: Fiabilidad y evidencias de validez. *Terapia Psicológica*, 33(2), 127-138. Doi: 10.4067/s0718-48082015000200007.
- Piepoli, M.F., Hoes, A.W., Agewall, S., Albus, C., Brotons, C., Catapano, A.L., Cooney, M.T., Corrà, U., Cosyns, B., Deaton, C., Graham, I., Hall, M.S., Hobbs, F.D.R., Løchen, M.L., Löllgen, H., Marques-Vidal, P., Perk, J., Prescott, E., Redon, J., y Gale, C. (2016). 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *European Heart Journal*, 37(29), 2315-2381. Doi: 10.1093/eurheartj/ehw106.
- Rehm, J., Kilian, C., Ferreira-Borges, C., Jernigan, D., Monteiro, M., Parry, C., Sanchez, Z. y Manthey, J. (2020). Alcohol use in times of the COVID 19: Implications for monitoring and policy. *Drug and Alcohol Review*, 39, 301-304. Doi: 10.1111/dar.13074.
- Spitzer, R.L., Kroenke, K., Williams, J.B. y Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: The GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, 166(10), 1092-1097. Doi: 10.1001/archinte.166.10.1092.
- Stanton, R., To, Q.G., Khalesi, S., Williams, S.L., Alley, S.J., Thwaite, T.L., Fenning, A.S. y Vandelanotte, C. (2020). Depression, anxiety and stress during COVID-19: Associations with changes in physical activity, sleep, tobacco and alcohol use in Australian adults. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(11), 1-13. Doi: 10.3390/ijerph17114065.
- Torales, J., O’Higgins, M., Castaldelli-Maia, J.M. y Ventriglio, A. (2020). The outbreak of COVID-19 coronavirus and its impact on global mental health. *International Journal of Social Psychiatry*, 66(4), 317-320. Doi: 10.1177/0020764020915212.
- Turner, A.I., Smyth, N., Hall, S.J., Torres, S.J., Hussein, M., Jayasinghe, S.U., Ball, K. y Clow, A.J. (2020). Psychological stress reactivity and future health and disease outcomes: A systematic review of prospective evidence. *Psychoneuroendocrinology*, 114, 1-20. Doi: 10.1016/j.psyneuen.2020.104599.

- Villaseñor, K., Jiménez A., M., Ortega A., E., Islas L., M., González O., A. y Silva T., S. (2021). Cambios en el estilo de vida y nutrición durante el confinamiento por SARS-CoV-2 (COVID-19) en México: un estudio observacional. *Revista Española de Nutrición Humana y Dietética*, 25(supl. 2). Doi: 10.14306/renhyd.25.s2.1099.
- Weaver, R.H., Jackson, A., Lanigan, J., Power, T.G., Anderson, A., Cox, A.E., Eddy, L., Parker, L., Sano, Y. y Weybright, E. (2021). Health behaviors at the onset of the COVID-19 pandemic. *American Journal of Health Behavior*, 45(1), 44-61. Doi: 10.5993/AJHB.45.1.4.
- Zimet, G.D., Dahlem, N.W., Zimet, S.G. y Farley, G.K. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 52(1), 30-41. Doi: 10.1207/s15327752jpa5201_2.

Intervención cognitivo-conductual y centrada en soluciones para el manejo del estrés por desempleo durante la pandemia por COVID-19

Cognitive-behavioral and solution-focused intervention for managing unemployment stress during the COVID-19 pandemic

*Paola Josefina Mercado Alarcón, Ana Gabriela Quintero Guadian
y Mónica Teresa González Ramírez*

Universidad Autónoma de Nuevo León¹

Autor para correspondencia: Mónica Teresa González Ramírez, monygzz77@yahoo.com.

RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo evaluar el efecto de un taller en línea con el enfoque cognitivo-conductual y el centrado en soluciones para reducir el estrés por el desempleo o situación laboral incierta, consecuencia de la pandemia COVID-19, y fortalecer las habilidades para resolver problemas. Se utilizó un diseño preexperimental en un taller en línea de cinco sesiones dirigido a un grupo de cinco participantes. Antes y después de la intervención se aplicaron la versión mexicana de la Escala de Estrés Percibido y el Cuestionario de Habilidades de Solución de Problemas Sociales Revisado. Los resultados fueron satisfactorios ya que los participantes lograron disminuir el estrés y aumentar sus habilidades para la solución de problemas mediante la identificación de sus recursos, generando así más seguridad en sí mismos para afrontar la situación, así como expectativas de un futuro sin el problema analizado. Se concluye que la intervención demuestra ser efectiva al alcanzarse los objetivos planteados gracias a la integración de los enfoques terapéuticos antedichos.

Palabras clave: COVID-19; Terapia cognitivo-conductual; Desempleo; Estrés; Terapia centrada en soluciones.

ABSTRACT

Objective. To evaluate the effect of an online workshop combining cognitive-behavioral and solution-focused therapy to reduce unemployment stress or uncertain work situation due to the COVID-19 pandemic, and increase problem-solving skills. Method. The study used a pre-experimental design with an online workshop of five sessions. Five participants completed the Mexican version of the Perceived Stress Scale, and the Revised Social Problem-Solving Skills Questionnaire, before and after the workshop. Results. Stress decreased and problem-solving skills increased. Participants identified their resources and increased their self-confidence to face the situation. Functional expectations of a future without the problem also improved. Discussion. The results

¹ Facultad de Psicología, Dr. Carlos Canseco 110, Col. Mitras Centro, 64460 Monterrey, N.L., México, tel. (81)83-33-82-33.



were satisfactory in that the intervention proved effective, reaching the objectives by integrating cognitive-behavioral and solution-focused therapies.

Key words: COVID-19; Cognitive-behavioral therapy; Solution-focused therapy; Stress; Unemployment.

Recibido: 09/05/2021

Aceptado: 28/09/2021

INTRODUCCIÓN

En una sociedad industrializada, la carencia de una sólida estructura de empleo aumenta cada día las cifras del desempleo, lo que genera problemas sociales e individuales crecientes. Las entidades políticas y del sector económico trabajan para disminuir esas cifras; sin embargo, el desempleo alcanza a todos los sectores de la población, con la consecuente tensión por temor al despido laboral (Buendía, 2010).

En México, en marzo de 2020 se declaró emergencia sanitaria debido a la pandemia de COVID-19, lo que afectó la economía en todo el país. A lo largo de los meses, ha habido suspensión de actividades no esenciales, reincorporación a labores y nuevamente la interrupción de aquellas, lo que ha causado grandes estragos no solo en la salud de la población, sino también en el sector económico (Clavellina y Domínguez, 2020).

Fouad (2020) apunta que, aunque de momento no está disponible una estadística sobre el desempleo global, la pandemia por COVID-19 ha tenido un enorme impacto en el trabajo y en los trabajadores, lo que es aún más crítico para aquellos que han perdido su empleo. Quienes afrontan tal situación no solamente tienen que lidiar con la desgracia que implica ese hecho, sino también con el estrés que acarrea la búsqueda de un nuevo trabajo en el futuro (Crayne, 2020).

El Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2018) define el desempleo como la desocupación que afecta a la población económicamente activa, no obstante que se tenga la disposición y las fuerzas para hacerlo y se haya intenta-

do por diferentes medios encontrar un trabajo, ya sea formal o informal.

Según el INEGI (2020), en su Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo, realizada del 2 de julio al 9 de agosto de 2020, indica que la tasa de desocupación abierta en ese momento era de 5.4 por ciento, además de que 3.4 millones de personas disponibles para trabajar habían perdido sus empleos, renunciado a estos o cerrado sus negocios en el segundo trimestre.

El desempleo conlleva efectos físicos, sociales y psicológicos que varían dependiendo de factores como el contexto social y económico, la personalidad y el sexo (Caballero, 2015; Navarro, Clement, López y Gómez, 2018). Diversos estudios han demostrado que las personas desempleadas manifiestan niveles mayores de estrés percibido, ansiedad y depresión, y que el desempleo afecta de forma negativa la percepción de bienestar (Nikoloski y Pechijareski, 2017). El estrés se genera cuando la persona percibe que su entorno o una situación particular sobrepasa sus recursos personales y pone en riesgo su bienestar; de acuerdo con la evaluación cognitiva que hace de la situación, puede hacer uso de sus capacidades de afrontamiento del estrés, que son aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales que se desarrollan para dar una respuesta a las demandas que exceden los recursos personales (Lazarus y Folkman, 1985).

Nikoloski y Pechijareski (2017) encontraron que el desempleo representa algo vergonzoso para la mayoría de las personas, y que el periodo de tiempo en que no se tiene trabajo influye en el optimismo para la búsqueda de un nuevo empleo. Dávila (2017), a su vez, afirma que el desempleo afecta la salud emocional y la habilidad para adaptarse a las demandas sociales y afrontar las situaciones estresantes diarias, lo que desencadena estrés y ansiedad en tales niveles que incluso en algunos casos puede llegarse al suicidio.

Dávila (2017) y Navarro *et al.* (2018) demostraron que el estrés y depresión por la pérdida del empleo aumentan las posibilidades de optar por estrategias nocivas, como el abuso del alcohol, el tabaco y las sustancias ilegales, la tendencia a culpabilizarse y la negación del problema. El propio Dávila (2017) reportó cuatro tipos de

afectaciones importantes debidas al desempleo: repercusiones negativas de tipo afectivo, ideas negativas sobre el autoconcepto, ideas negativas que afectan el comportamiento (aislamiento, sedentarismo, decaimiento y desmotivación) y disminución de los recursos económicos.

Achdut y Refaeli (2020) encontraron que el desempleo durante la pandemia está asociado al estrés, y agregan que se debe intervenir en las consecuencias para la salud mental derivadas del desempleo relacionado a la pandemia. En una revisión efectuada por Valero, Vélez, Durán y Portillo (2020), los autores concluyen que ante el estrés por la crisis derivada del COVID-19 las estrategias más funcionales para reducir la ansiedad y depresión fueron adoptar una actitud positiva de solución de problemas, generar emociones más agradables, generar hábitos saludables de sueño y alimentación, y practicar la atención plena (*mindfulness*) y la respiración profunda. Asimismo, el apoyo social es esencial para controlar los niveles de estrés (Sánchez, 2017).

Brito, Montesdeoca y Lucio (2020) llevaron a cabo una intervención para personas desempleadas por COVID-19 con el propósito de reducir sus niveles de estrés, ansiedad y otros problemas emocionales y físicos utilizando estrategias para el afrontamiento y la adaptación emocional a su situación. Una de las tácticas es la regulación emocional, la cual permite que el individuo aprenda a reducir la ansiedad y su reacción ante el estrés, pudiendo así controlar sus propias emociones (Davis, Eshelman y McKay, 1987).

Navarro *et al.* (2018) han subrayado la necesidad de intervenir en el proceso del desempleo mediante el fomento de estrategias de afrontamiento funcionales que permitan la adaptación e integración del individuo al mercado laboral, como la planificación, el apoyo social y la distracción.

La reestructuración cognitiva es una estrategia utilizada para examinar y modificar los patrones de pensamientos negativos, autoderrotistas y autolimitantes (Caballo, 1998). Para el manejo del estrés, Ningtias, Wibowo y Purwanto (2019) llevaron a cabo una intervención cognitivo-conductual que demostró que el uso de dicha técnica y la de inoculación del estrés son efectivas para reducirlo en estudiantes, especialmente esta última.

Por otro lado, el modelo de la terapia breve centrada en soluciones (TBCS en lo sucesivo) se orienta a la relación terapeuta-consultante, en donde este último es el generador de su propia solución, siendo aquel únicamente un cooperador en la construcción del cambio mínimo necesario (De la Fuente, Alonso y Vique, 2019). La TBCS plantea que el cambio es posible e inevitable, y se apoya en proyectar el presente hacia un futuro sin el problema (excepciones) utilizando algunas de las principales técnicas, como la proyección a futuro, el trabajo sobre excepciones y la llamada “pregunta escala” (De Shazer, 1986).

Cabe mencionar que la TBCS ha demostrado ser efectiva para el manejo del estrés. Sitindaon y Widyana (2020) llevaron a cabo una intervención con este enfoque en estudiantes universitarios, disminuyendo sus niveles de estrés y permitiéndoles identificar cambios positivos en sus metas (excepciones), con la gran ventaja que significa poner en práctica las estrategias positivas con las que ya contaban o creando otras nuevas.

En la terapia breve se han integrado los enfoques cognitivo-conductual y el centrado en soluciones de forma exitosa, tanto para el manejo del estrés (López y González, 2017; Venegas, 2015; Villarroel y González, 2015) como para otros problemas (González y Juárez, 2016). Es así que para el presente estudio se seleccionaron las técnicas propias del enfoque cognitivo-conductual y de la TBCS que han mostrado ser eficaces para regular el estrés y para generar estrategias de solución al problema.

Ante la contingencia sanitaria por COVID-19 la terapia *online* es una de muchas alternativas, ya que permite que se pueda atender al paciente por medio de la red sin considerar el lugar geográfico en que este se encuentre (Macías y Valero, 2018). De acuerdo a Peñate, Roca y Del Pino (2014), la terapia en línea tiene importantes ventajas, sobre todo por ser flexible para el acceso a la misma y el escaso tiempo que consume.

Considerando lo anterior, el objetivo de esta investigación preexperimental, con un solo grupo y evaluaciones antes y después de la intervención, fue evaluar el efecto de un taller en línea basado en el enfoque cognitivo-conductual y el centrado en soluciones, para reducir el estrés generado por

el desempleo o por la situación laboral incierta, consecuencia de la pandemia COVID-19, así como para aumentar las habilidades para resolver problemas.

MÉTODO

Participantes

El proceso de reclutamiento de los participantes consistió en tres fases; la primera fue realizar una campaña de publicidad por medio de Instagram y Facebook en la que se invitó al presente taller a personas que sufrieran estrés debido al desempleo o a una situación laboral incierta causada por la crisis económica provocada por la pandemia.

De las personas que se pusieron en contacto vía Facebook, doce cumplían con los criterios de inclusión, los cuales fueron estar desempleado o en inestabilidad laboral, así como contar con un dispositivo electrónico e internet. Durante la segunda fase, únicamente siete personas contestaron los cuestionarios utilizados como evaluación inicial; para la tercera, se les envió la liga de acceso a la reunión vía Microsoft Teams.

El día del taller se conectaron seis participantes: cinco mujeres y un hombre, con un rango de edad de 22 a 29 años y de carreras profesionales diferentes. Cuatro de los participantes estaban desempleados y dos en una situación laboral incierta. Solo se reportan resultados de los cinco participantes que asistieron a por lo menos cuatro de las cinco sesiones.

Instrumentos

Cuestionario de Habilidades de Solución de Problemas Sociales-Revisado (SPSI-R) (D’Zurilla, Nezu, y Maydeu (1997).

La versión abreviada de este instrumento tiene como propósito evaluar el modo de afrontar los problemas a través de dos dimensiones: funcional y disfuncional, cada una de las cuales da un puntaje. Se decidió aplicar una versión abreviada (*cf.* Arriaga, 2016; Merino, 2012), la cual consta de 25 ítems cuyas respuestas se inscriben en una escala

tipo Likert con cuatro opciones de respuesta (de 1, “Algo cierto”, a 4, “Totalmente cierto”), y que tiene una consistencia interna (α) de .81 (Galindo, Rivera, Lerma y Jiménez, 2016). Un puntaje total alto indica una mayor habilidad para resolver problemas.

Escala de Estrés Percibido (Cohen, 1994).

En la versión mexicana de González y Landero (2007), la escala evalúa el grado en que las personas valoran las situaciones del último mes como fuera de su control. Se compone de 14 ítems tipo Likert con cinco opciones de respuesta (de 0, “Nunca”, a 4, “Muy a menudo”) y una confiabilidad α de .83; a mayor puntuación, mayor nivel de estrés percibido. A pesar de no tener puntos de corte para un diagnóstico clínico (Cohen y Janicki, 2012), Morral y Martínez (2009), con base en datos de diversos estudios, propusieron una puntuación mayor o igual a 30 para definir un caso de estrés, punto de corte que se retoma en el presente estudio.

Pregunta Escala (Cade y O’Hanlon, 2011).

Además, se utilizó esta pregunta, en la que se le pide al paciente que se ubique en una escala del 1 al 10, en la que 0 representa lo peor y 10 corresponde a las cosas tal como serán cuando esos problemas estén resueltos, por lo que se espera que al terminar la intervención los participantes se ubiquen cerca del 10 en dicha pregunta.

Procedimiento

La presente investigación fue evaluada y aprobada en sus aspectos éticos y metodológicos por investigadores del Cuerpo Académico en Psicología Social y de la Salud de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Cumpliendo con los aspectos éticos de la intervención, se resguardó la identidad de todos los participantes, dándoles a conocer antes previamente una carta de consentimiento informado que establece la confidencialidad y demás condiciones éticas (como no grabar las sesiones o tomar fotografías sin el conocimiento de los participantes) por parte de las terapeutas.

El taller fue diseñado y aplicado por las primeras dos autoras de la investigación, y supervi-

sado por la tercera autora. Constó de cinco sesiones semanales de una hora aproximadamente y una de seguimiento.

El presente taller se realizó por medio de la plataforma Microsoft Teams, mediante la cual se solicitó a los participantes que mantuvieran encendida su cámara cuando estuvieran participando y, de preferencia, a lo largo de toda la sesión. Podían conectarse desde cualquier dispositivo con acceso a internet (tableta, celular o laptop). No obstante, hubo una falla técnica durante la primera sesión, por lo que algunos participantes no lograron entrar a la liga de la invitación a la reunión de Teams. Ante esta falla, se volvió a crear una liga de acceso a la reunión, la que prontamente les fue enviada. Después de alrededor de 30 minutos, se logró conectar todo el grupo de participantes al haberles solicitado ser puntuales por si ocurría la misma falla en sesiones posteriores, lo que no ocurrió en las subsecuentes.

Las sesiones se desarrollaron de la siguiente manera:

Sesión 1: Los facilitadores se presentaron y explicaron el método de trabajo, y luego se realizó una dinámica de integración en la que cada participante portaba su prenda de vestir favorita, se presentaba y explicaba por qué había escogido esa prenda. Después, con el fin de normalizar la situación de cada persona y así comprendieran el propósito del taller, se les presentó a modo de esquema y de forma breve qué es una crisis y cómo se reacciona emocional y conductualmente ante una, señalando los factores que influyen en el estilo de afrontarla, así como los beneficios que traen consigo las estrategias positivas de afrontamiento (autocontrol, reevaluación positiva, resolución de problemas, apoyo social). Por último, se les relató la llamada “Metáfora de las estaciones del año”, que habla de la resiliencia para generar un sentimiento de optimismo y esperanza. Se cerró la sesión con la pregunta escala y se encargó a los participantes la tarea de la fórmula de terapia breve: “Desde ahora hasta a la próxima sesión nos gustaría que observen qué es lo quieren que continúe ocurriendo en su vida”, escribir sus logros pasados y cómo fue que los lograron. Esto se hizo como una herramienta que facilita identificar sus recursos.

Sesión 2: Se inició con la búsqueda de excepciones y de su experiencia con la tarea de fórmula para así ampliar, marcar y atribuir el control al participante. Se procedió a indicar que todas las estrategias para afrontar la situación requerían del método DEPA (“Detente, enlentece, planifica y actúa”). Así se comenzó con la primera parte de las estrategias positivas de afrontamiento al estrés: las centradas en la emoción. Partiendo del modelo transaccional del estrés (Lazarus y Folkman, 1985), se dieron a conocer a los participantes los efectos físicos del estrés con la finalidad de conocer la importancia de identificar las emociones y sensaciones corporales, enseñándoles una estrategia de afrontamiento positiva: el autocontrol emocional. Se les enseñó a identificar las emociones primarias y secundarias, seguido de aceptar la emoción mediante la metáfora de una pila con carga negativa y positiva para producir energía; luego se les enseñó la técnica de *mindfulness*, comenzando con el primer paso, que fue la enseñanza de la respiración abdominal. Se les pidió identificar las zonas de su cuerpo en las que había más tensión, y prestar atención a su cuerpo para lograr la relajación física y mental. Concluida la explicación sobre cómo aceptar la emoción, se les proporcionó una lista de estrategias que ayudan a reducir los efectos físicos del estrés, como el ejercicio físico y una alimentación adecuada, entre otras. Finalmente, se les hizo la pregunta escala y se les asignó como tarea escuchar la meditación guiada de escaneo corporal, así como poner en práctica alguna técnica de autocontrol emocional de la lista brindada, y además escribir sus pensamientos positivos para usarlos en los momentos de estrés y llevar a cabo un ejercicio de meditación.

Sesión 3: Se comenzó la sesión preguntando excepciones, y después con la revisión de cómo se sintieron los participantes con la meditación guiada. Se prosiguió con la segunda estrategia de afrontamiento: la reevaluación positiva. Se dio a conocer mediante preguntas y ejemplos la influencia de los pensamientos en una situación estresante utilizando el ABC de Ellis (Ellis y Grieger, 1990). Se continuó con una dinámica en la que deberían describir la situación estresante e identificar sus emociones y pensamientos automáticos a través de la pregunta: “¿Qué pasa por mi cabeza en este

momento de estrés y preocupación?”. Enseguida, se solicitó a un participante compartir sus pensamientos irracionales y se realizó el debate con el mismo participante contestando las siguientes preguntas: “¿Qué evidencia tengo de este pensamiento?”, “¿Qué tan útil me es pensar así?” y “Si mi mejor amigo o alguien querido pensara de esta manera, ¿qué le diría sobre ese pensamiento?”. Igualmente, se les pidió revisar la lista de los recursos que anotaron en la primera sesión. Después del modelado, se pidió a los participantes debatir sus pensamientos por sí mismos y escribirlos para compartirlos con los demás. Se cerró la sesión con elogios para reforzar sus pensamientos positivos y con la pregunta escala, y se les dieron las siguientes tareas: escribir sus pensamientos positivos en un *post-it* o en algún lugar donde los pudieran ver diariamente y leerlos cada vez que experimentar estrés; comenzar con el siguiente paso del DEPA (planificar), que implica la resolución de problemas comenzando por su definición, la cual fue escribir en una hoja la situación estresante, y después establecer un objetivo claro y alcanzable (por ejemplo, conseguir empleo).

Sesión 4: Se inició con las excepciones de la semana. Los participantes afirmaron continuar debatiendo sus pensamientos, lo que les brindaba más flexibilidad y los hacía sentirse más tranquilos. Se marcaron y ampliaron dichas excepciones. Se revisó la tarea del primero y segundo pasos del entrenamiento en resolución de problemas, negociando los objetivos de manera que fueran medibles y alcanzables e indagando su flexibilidad. Luego se realizó una dinámica utilizando un documento compartido en el que cada participante escribió las posibles respuestas a su caso, para después aportar soluciones a los demás, generando así apoyo social. Al terminar lo anterior, se les aplicó un ejercicio de visualización creativa en la que se invitó a los participantes a traer del pasado al presente las habilidades y recursos de que disponían e imaginar cómo estos les ayudaban a resolver el problema actual, lo que le daba el poder de utilizarlos cada que lo necesitaran (Gawain, 1977). Se cerró la sesión con la pregunta escala, siendo la tarea la de buscar los pros y contras de cada posible solución.

Sesión 5: Se inició con la identificación de excepciones. Dos de los participantes compartieron que ya habían encontrado trabajo, por lo que se les felicitó, preguntándoles cómo lo habían logrado y se amplió la excepción. Se revisó la tarea encomendada y se les pidió que asignaran un porcentaje de eficiencia a cada solución basándose en sus pros y contras; con ese porcentaje se jerarquizó la lista de las soluciones para comenzar con la que había quedado en primer lugar para diseñar a continuación un plan de acción para su aplicación, respondiendo las preguntas de cuándo, cómo, dónde y qué persona podría ayudar. Para esta última pregunta se ejecutó una dinámica cuyo fin fue tomar conciencia de la importancia del apoyo social mostrándoles un diagrama como guía para que los propios participantes identificaran a las personas que conformaban su red de apoyo (familia, amigos, etc.). Se les entregó un archivo con datos de instituciones en las que se podían apoyarse, como bolsas de trabajo y páginas gratuitas para su actualización académica. Se finalizó con una breve dinámica en la que compartieron su experiencia en el taller y su aprendizaje, retroalimentándolos. Se cerró la sesión con un ejercicio de relajación con inducción a hipnosis.

Sesión de seguimiento: Se comenzó marcando las excepciones y el control y se invitó a los participantes a seguir poniéndolos en práctica. Después, a través de un documento que se les envió antes de la sesión, compartieron los resultados del plan de acción hasta el momento y se resignificó el problema. Se previnieron las recaídas mediante preguntas como las siguientes: “¿Qué cree que podría pasar para que todos estos grandes avances se arruinaran?” y “¿Qué habilidades aprendidas y descubiertas en este proceso le ayudarían a enfrentar la posible situación?”. Por último, se cerró la sesión con un mensaje final marcando el antes y el ahora respecto a la situación de cada participante e invitándolos a seguir usando sus recursos y habilidades.

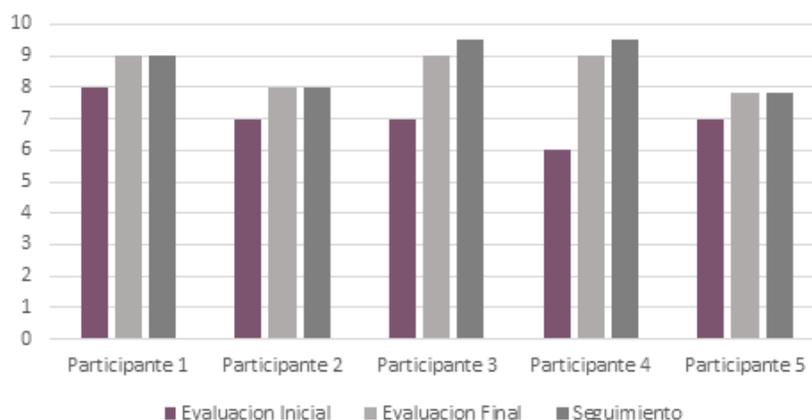
RESULTADOS

Los resultados que se obtuvieron en cuanto a la pregunta escala fueron satisfactorios. Todos los

participantes aumentaron entre uno y tres puntos su calificación, y finalizaron el taller refiriendo sentirse menos estresados, con mayor control de la situación de desempleo o situación laboral incierta y, por ende, más motivados. Los puntajes

aumentaron o se mantuvieron durante la sesión de seguimiento, y tres de los cinco participantes dieron puntajes de 9 al finalizar la intervención (Figura 1).

Figura 1. Pregunta escala.



En los resultados de la Escala de Estrés Percibido, todos los participantes disminuyeron su nivel, aunque en algunos casos ligeramente, quizá debido a la situación debida a la pandemia de COVID-19; sin embargo, en otros fue significativa dicha reducción (Tabla 1). Tres de los cinco participantes se podrían considerar casos de estrés clínico al iniciar la intervención, según la propuesta de Moral y Martínez (2009); al finalizar, todos los participantes reportaron puntajes inferiores a 30 puntos; incluso los dos participantes que al principio no superaron el punto de corte, redujeron su nivel de estrés.

Tabla 1. Comparación de puntuaciones iniciales y finales de estrés y habilidades para la solución de problemas.

Participante	1	2	3	4	5
Estrés inicial	22	33	33	45	20
Estrés final	20	24	26	19	14
Habilidades de solución de problemas					
Funcional inicial	30	24	28	12	32
Funcional final	34	20	33	31	38
Disfuncional inicial	33	35	43	23	17
Disfuncional final	29	30	20	17	20
Total inicial	67	59	55	56	89
Total final	75	60	81	84	85

Respecto a las habilidades para resolver problemas, se observó una mejoría en los estilos para afrontarlos, ya que los participantes 1, 3 y 4 lograron una disminución de la disfuncionalidad, la cual hace referencia a una orientación negativa hacia el problema y un estilo de afrontamiento impulsivo, y asimismo mostraron un aumento importante de la funcionalidad, que se refiere a una orientación positiva al problema y su resolución racional, lo que se vio reflejado en el postest.

Sin embargo, en los participantes 2 y 5 se observó una diferencia, dado que el primero de ellos mostró en el postest una ligera disminución de su funcionalidad, compensada por la disminución de su disfuncionalidad. A su vez, el participante 5 reportó un aumento de la funcionalidad, pero también de la disfuncionalidad. Es posible que tal diferencia, si bien mínima, se deba a que no fue posible para este participante asistir a la quinta sesión, en la que se les guio sobre la forma de poner en práctica su plan de acción, consistente en aplicar las alternativas de solución en la vida real.

Tomando en cuenta los resultados del puntaje global de las habilidades relativas a la solución de problemas, se puede afirmar que cuatro de los cinco participantes aumentaron dichas habilidades, ya que, a mayor puntaje, mayor es la habilidad para resolver problemas. Sin embargo,

el participante 5 mostró una pequeña disminución de estas habilidades.

DISCUSIÓN

Se logró satisfacer los objetivos planteados. Después del taller, los asistentes reportaron una disminución importante de su estrés percibido, y la mayoría de ellos un aumento en sus habilidades para solucionar problemas. El formato grupal fue un elemento facilitador que influyó en los resultados ya que hubo apoyo social entre los participantes, quienes expresaron que experimentaron una sensación de comprensión y se identificaron con el resto del grupo, normalizando su situación de desempleo y generando así una sensación de esperanza y motivación. Tal como lo señalan Blustein *et al.* (2020), un taller en línea para personas desempleadas durante la pandemia, en el que los participantes pueden compartir pensamientos y emociones, se convierte en una forma de apoyo tangible durante las crisis; la sensación experimentada de ser comprendidos y el apoyo percibido por ellos resultan ser cardinales, toda vez que la sensación de soledad durante la pandemia se ha asociado al estrés en los desempleados (Achdut y Refaeli, 2020).

Los resultados concuerdan con los de otros estudios que han sido igualmente efectivos para reducir el estrés. Tal como indican Valero *et al.* (2020), seleccionar técnicas positivas de regulación emocional (respiración profunda y atención plena) para el manejo del estrés permite que los participantes logren afrontar la carga emocional por el desempleo, lo cual coincide con lo planteado por Brito *et al.* (2020).

Dada la efectividad de las investigaciones anteriores, se consideró adecuado utilizar el método DEPA de solución de problemas al ser una guía más amplia que incluye técnicas de autocontrol emocional y el entrenamiento en solución de problemas, lo que favorece la capacidad de los participantes para identificar, aceptar y regular sus emociones, así como abrirse a nuevas alternativas respecto al desempleo o a una situación laboral incierta.

Debatir las creencias irracionales mediante las técnicas de reestructuración cognitiva (buscar evidencias, utilidad y técnica de la autocompasión) hizo posible que los participantes identificaran los pensamientos que les causaban estrés y así modificarlos por otros más positivos, logrando adoptar una postura más realista ante el problema y reducir el estrés emocional, tal como lo apuntan Ningtias *et al.* (2019) en su trabajo con estudiantes.

Además, el enfoque centrado en soluciones favoreció el uso de estrategias positivas de afrontamiento del estrés, ya que a través de las excepciones y la proyección a futuro los participantes lograron identificar los recursos de que disponían, lo que generó en ellos seguridad para encarar la situación y expectativas de un futuro sin el problema, lo que coincide con los resultados del trabajo de Sitindaon y Widyana (2020).

La integración del enfoque cognitivo-conductual y el centrado en soluciones demostró ser efectiva. Dos de los participantes encontraron trabajo al seguir las alternativas de solución que ellos mismos se plantearon (“Animarme a hacer algo diferente aceptando un trabajo que no tiene relación con mi carrera” y “Aceptar un trabajo temporal y proponerme a largo plazo estudiar una maestría en el extranjero”). El resto de los participantes pudieron sentirse más tranquilos, aceptar vivir su propio proceso y cambiar los pensamientos catastróficos y de autoexigencia (“Nunca encontraré trabajo” y “Debo tener un trabajo”) por unos más realistas (“Sé que algún día encontraré un buen trabajo”). Se comprobó en la sesión de seguimiento que estos cambios positivos continuaron, permitiéndoles estar preparados para las posibles recaídas.

Es importante decir que este trabajo, por su diseño, tiene diversas limitaciones, entre las cuales se encuentran la falta de control sobre las variables o factores que pudieran influir en los resultados, la falta de un grupo control, el número reducido de participantes y su rango de edad. Tales limitaciones impiden generalizar los resultados y garantizar la validez interna del estudio, por lo que se sugiere para futuras investigaciones conjuntar un grupo más numeroso, o bien, para facilitar el manejo, contar con varios grupos experimentales y compararlos con un grupo control.

Se recomienda asimismo aumentar la duración de las sesiones, ya que permitiría dedicar más tiempo a ampliar las excepciones; además, al agregar sesiones se podría acompañar a los participantes en la puesta en práctica de sus planes de acción para afrontar el problema.

Así, a pesar de las limitaciones, esta investigación representa una propuesta de intervención en línea útil y recomendable en el contexto actual de la pandemia por COVID-19.

Citación: Mercado A. P.J., Quintero G., A.G. y González R., M.T. (2022). Intervención cognitivo-conductual y centrada en soluciones para el manejo del estrés por desempleo durante la pandemia por COVID-19. *Psicología y Salud*, Número Especial, 37-46. <https://doi.org/10.25009/pys.v32i3.2790>.

REFERENCIAS

- Achdut, N. y Refaeli, T. (2020). Unemployment and psychological distress among young people during the COVID-19 pandemic: Psychological resources and risk factors. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(19), 7163. Doi: 10.3390/ijerph17197163.
- Arriaga, E. (2016). *Diagnóstico de resolución de problemas en población policiaca del estado de Nuevo León*. Tesis inédita de posgrado. Monterrey (México): Universidad Autónoma de Nuevo León. Recuperado de <http://eprints.uanl.mx/14246/1/1080237959.pdf>.
- Blustein, D.L., Duffy, R., Ferreira, J.A., Cohen-Scali, V., Cinamon, R.G. y Allan, B.A. (2020). Unemployment in the time of COVID-19: A research agenda. *Journal of Vocational Behavior*, 119, 103436. Doi: 10.1016/j.jvb.2020.103436.
- Brito, A., Montesdeoca, P. y Lucio, M. (2020). *Aplicación de los primeros auxilios psicológicos en situaciones de desempleo por COVID-19*. Tesis doctoral inédita. Medellín (Colombia): Universidad Cooperativa de Colombia. Recuperado de <https://repository.ucc.edu.co/handle/20.500.12494/18313>.
- Buendía, J. (2010). *El impacto psicológico del desempleo*. Murcia (España): Editum.
- Caballero, J. (2015). *Desempleo: Estudio longitudinal de sus efectos en el trabajador y la familia*. Tesis doctoral inédita. Granada (España) Universidad de Granada. <https://digibug.ugr.es/bitstream/handle/10481/42156/25636406.pdf?sequence=1> HYPERLINK.
- Caballo, V. (1998). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*. Madrid: Siglo XXI.
- Cade, B. y O'Hanlon, W. (2011). *Guía breve de terapia breve*. Madrid: Paidós.
- Clavellina, J. y Domínguez, M.I. (2020). *Implicaciones económicas de la pandemia por COVID-19 y opciones de política*. México: Senado de la República. Recuperado de <http://bibliodigitalibd.senado.gob.mx/handle/123456789/4829>.
- Cohen, S. (1994). *Perceived Stress Scale*. Santa Barbara, CA: Mind Garden.
- Cohen, S. y Janicki, D. (2012). Who's stressed? Distributions of psychological stress in the United States in probability samples from 1983, 2006 and 2009. *Journal of Applied Social Psychology*, 42(6), 1320. Doi: 10.1111/j.1559-1816.2012.00900.x.
- Crayne, M.P. (2020). The traumatic impact of job loss and job search in the aftermath of COVID-19. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 12(s1), s180-s182. Doi: 10.1037/tra0000852.
- Dávila, D. (2017). *Repercusiones del desempleo en jóvenes de Lima*. Tesis inédita de grado. Lima: Pontificia Universidad Católica de Perú. Recuperado de http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/20.500.12404/9578/Cotrina_D%c3%a1vila_Repercusiones_desempleo_j%c3%b3venes1.pdf?sequence=1y isAllowed=y.
- Davis, M., Eshelman, E.R. y McKay, M. (1985). *Técnicas de autocontrol emocional*. Barcelona: Martínez Roca.
- De la Fuente, I., Alonso, Y. y Vique, R. (2019). Terapia breve centrada en soluciones: un modelo teórico relacional. *Revista de Psicoterapia*, 30(113), 259-273. Doi: 10.33898/rdp.v30i113.277.
- De Shazer, S. (1986). *Claves para la solución en terapia breve*. Madrid: Paidós.
- D'Zurilla, T.J., Nezu, A.M. y Maydeu-Olivares, A. (1997). *Manual for the Social Problem Solving Inventory-revised*. Toronto (Canadá): Multi-Health Systems.
- Ellis, A. y Grieger, R. (1990). *Manual de terapia racional-emotiva*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Fouad, N.A. (2020). Editor in Chief's introduction to essays on the impact of COVID-19 on work and workers. *Journal of Vocational Behavior*, 103441. Doi: 10.1016/j.jvb.2020.103441.
- Galindo, O., Rivera, L., Lerma, A. y Jiménez, J. (2016). Propiedades psicométricas del Inventario de Solución de Problemas Revisado (SPSI-R) en población mexicana. *Psicología y Salud*, 26(2), 263-271. Recuperado de <https://www.researchgate.net/publication/331635919>.

- Gawain, S. (1978). *Visualización creativa*. Rosario (Argentina): Biblioteca del Nuevo Tiempo.
- González M., T. y Juárez L., L. (2016). Análisis funcional en terapia breve cognitivo conductual centrada en soluciones. *Revista Electrónica de Psicología de Iztacala*, 19(3), 1027-1039.
- González M., T. y Landero, R. (2007). Factor structure of the Perceived Stress Scale (PSS) in a sample from Mexico. *The Spanish Journal of Psychology*, 10(1), 199-206.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2020). *Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo* (Nueva Edición). México: INEGI.
- Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1985). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- López C., I. y González M., T. (2017). Programa para la adquisición de habilidades de afrontamiento ante el estrés académico para estudiantes universitarios de primer ingreso. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 20(4), 1362-1385.
- Macías, J.J. y Valero, L. (2018). La psicoterapia on-line ante los retos y peligros de la intervención psicológica a distancia. *Apuntes de Psicología*, 36(1-2), 107-113.
- Merino, C. (2012) Forma breve del SPSI-R: Análisis preliminar de su validez interna y confiabilidad. *Terapia Psicológica*, 30(2), 85-90.
- Moral, J. y Martínez, J. (2009). Reacción ante el diagnóstico de cáncer en un hijo: estrés y afrontamiento. *Psicología y Salud*, 19(2), 189-196.
- Navarro A., Y., Climent R., J.A., López L., M.J. y Gómez S., J. (2018). Psychological coping with job loss. empirical study to contribute to the development of unemployed people. *International Journal of Environment Research and Public Health*, 15(8), 1787. Doi: 10.3390/ijerph15081787.
- Nikoloski, D. y Pechijareski, L. (2017). The unemployed workers' perceptions of stress and employment prospects in Macedonia: the role of alternative adjustment mechanisms. *South East European Journal of Economics and Business*, 12(1). 68-79. Doi: 10.1515/jeb-2017-0007.
- Ningtias, D.A.S.A., Wibowo, M.E.W.M.E. y Purwanto, E.P.E. (2019). The effectiveness of CBT group counseling with stress inoculation training and cognitive restructuring techniques to reduce students' academic stress. *Jurnal Bimbingan Konseling*, 8(4), 159-164.
- Peñate, W., Roca, M.J. y Del Pino, T. (2014). Los nuevos desarrollos tecnológicos aplicados al tratamiento psicológico. *Acta Colombiana de Psicología*, 17(2), 91-101. Doi: 10.14718/ACP.2014.17.2.10.
- Sánchez, J. (2017). *Desempleo juvenil: efectos psicosociales y sobre la salud*. Tesis doctoral inédita. Málaga (España): Universidad de Málaga.
- Sitindaon, F.R. y Widyana, R. (2020). Investigation of solution focused-brief counseling's effect on reducing the stress levels of college students. *Jurnal Konseling dan Pendidikan*, 8(3), 105-110. Doi: 10.29210/144600.
- Valero, N., Vélez, M., Durán, A. y Portillo, M. (2020). Afrontamiento del COVID-19: estrés, miedo, ansiedad y depresión. *Enfermería Investiga*, 5(3), 63-70.
- Venegas K., S. (2015). *Manejo del estrés en estudiantes foráneos y de intercambio académico*. Tesis de posgrado. Monterrey (México): Universidad Autónoma de Nuevo León. Recuperado de <http://eprints.uanl.mx/9649/1/1080215015.pdf>.
- Villarroel A., L. y González M., T. (2015). Intervención cognitivo-conductual y centrada en soluciones para disminuir el estrés académico en estudiantes universitarios. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 18(4), 1363-1387.

Apoyo emocional a pacientes con covid-19 y sus familiares en las unidades de cuidados intensivos

Emotional support for Covid-19 patients in intensive care units and for their families

María Esperanza Durán-Florez, Alicia Vivian Bernal-García
y Silvia Lorena Montes-Peña

Clínica Universitaria Colombia¹

Autor para correspondencia: María Esperanza Durán-Florez, meduran@colsanitas.com.

RESUMEN

La hospitalización de un paciente en la Unidad de Cuidado Intensivo (UCI) genera gran impacto para el paciente, la familia y los profesionales de la salud. Con la llegada del COVID-19, a este impacto se suma la incertidumbre, el malestar y la pérdida de funcionalidad en el paciente; y estrés, ansiedad, depresión o culpa en los familiares. Por esto, es de importancia incluir mecanismos efectivos para el afrontamiento, especialmente si el aislamiento no permite la interacción física entre el paciente y su familia. El objetivo de este texto fue describir la intervención realizada con familiares de pacientes ingresados en UCI con COVID-19 y reflexionar sobre el apoyo emocional brindado a las familias. Mediante llamadas telefónicas con familiares, la aplicación de distintas habilidades terapéuticas y la recepción de audios, videos, fotos, y oraciones para ser reproducidos a los pacientes, el acompañamiento y apoyo emocional realizado ayuda a abordar los factores estresantes en los familiares asociados a la hospitalización por COVID-19 en una UCI. A su vez, la aplicación del protocolo muestra mayor desarrollo de empatía en los profesionales de la salud.

Palabras clave: Unidad de cuidados intensivos; Familia; Apoyo emocional; COVID-19.

ABSTRACT

Hospitalization of a patient in the Intensive Care Unit (ICU) generates an intense impact on the patient, family, and health professionals. With the arrival of COVID-19, this impact gets compounded by uncertainty, discomfort in the patient, loss of functionality, stress, anxiety, depression, and even guilt for family members. Therefore, it is important to include effective coping mechanisms, especially if isolation does not allow physical interaction between the patient and his or her family. The present study aimed to describe an intervention performed with relatives of patients admitted to the ICU with COVID-19 and reflect on the emotional support provided to families. Through telephone calls with family members, the application of different therapeutic skills, and the receipt of audio, videos, photos, and prayers to be played to patients, the emotional accompaniment and support performed helps to address the stressors in family members associated with COVID-19 hospitalization in an ICU. In turn, applying the protocol shows increased development of empathy in health professionals.

Key words: Intensive care units; Family; Emotional support; COVID-19.

¹ Calle 22B, Núm. 66-46, Bogotá, Colombia, tel. (57)31-25-88-04-79.



Recibido: 30/07/2021

Aceptado: 04/02/2022

La creación de las Unidades de Cuidado Intensivo (UCI) se remonta al siglo XIX en contextos de guerra y en pacientes en una condición crítica. A partir de ese momento, se han hecho considerables avances que han permitido especializar el cuidado médico y progresar en el cuidado en los pacientes en cuanto a los equipos tecnológicos (sistemas de monitoreo, respiradores, máquinas de ultrasonido) y en los relacionados con el entrenamiento de especialistas, el aumento del personal disponible y una atención más apropiada para las familias (Vincent, 2013).

Es innegable el efecto que genera en el paciente, la familia y los profesionales de la salud la hospitalización de una persona en una unidad de cuidados intensivos (UCI en lo sucesivo); a su vez, el paciente experimenta una sensación de malestar que no solamente se circunscribe a la patología que padece, pues también se relaciona con la pérdida de autonomía, privacidad, funcionalidad e independencia en un contexto que le es ajeno. En efecto, entre los factores ambientales estresantes en una UCI se encuentra el estar rodeado de máquinas irreconocibles –como respiradores y monitores– y de ruidos extraños, a lo que se añade el temor y la incertidumbre producidos por su estado de salud y el aislamiento que experimenta (Ayllón, Álvarez y González, 2007).

De acuerdo con la literatura, el proceso de enfermedad conlleva una adaptación de toda la red de apoyo, lo que puede provocar conflictos y padecimientos en otros miembros de la familia, en ocasiones debidas a la desatención de las propias necesidades, un descanso inadecuado o hábitos alimenticios deficientes (Fuertes y Maya, 2001). Particularmente, el proceso de hospitalización de un paciente en una UCI supone una crisis en el núcleo familiar que puede estar caracterizada por reacciones de estrés, ansiedad o depresión, lo que implica el empleo de mecanismos efectivos de afrontamiento por sus miembros (Gaur *et al.*, 2020).

Asimismo, la hospitalización en una UCI enfrenta a los familiares a momentos de desorienta-

ción vinculada a sus necesidades cognitivas, emocionales, sociales y prácticas.

Las necesidades cognitivas de la familia hacen referencia al conocimiento que tiene del paciente y de las características de la UCI, como el deseo de recibir información permanente relacionada con el diagnóstico, el pronóstico, el curso del tratamiento, los procedimientos a seguir y las necesidades del paciente, así como la certeza de que la información que se le suministra es enteramente confiable. En las necesidades emocionales se evidencia la presencia de aprensión e incertidumbre ocasionadas por la posible pérdida o el mal pronóstico sobre el estado de su ser querido (Pardavila y Vivar, 2012). Las necesidades sociales, por su parte, se relacionan con la modificación súbita de los roles familiares, de las relaciones interpersonales y de las responsabilidades de los miembros de la familia; asimismo, cabe destacar la necesidad de tener proximidad con el paciente, es decir, estar cerca de esa persona, verla regularmente y sentir que de algún modo se asiste a sus requerimientos. Finalmente, las necesidades prácticas constituyen los servicios e insumos que ayudan a que la familia se sienta más cómoda: salas de espera, cafeterías y teléfonos u otros medios de comunicación con el paciente (Hidalgo, Vélez y Pueyo, 2007).

Actualmente, el coronavirus que debutó en el hombre como parte de la familia de coronavirus que se encuentran igualmente en animales, se manifestó como un brote de enfermedad respiratoria. Fue detectado por primera vez en China en el año 2019, y la enfermedad causada por dicho virus se denominó Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus-2 (SARS-CoV-2), comúnmente conocido como COVID-19. En Colombia, los primeros casos reportados fueron importados y se confirmaron el 6 de marzo de 2020 (Instituto Nacional de Salud, 2020). Días después, el 11 de marzo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró el COVID-19 como pandemia tras haber declarado el brote como una “emergencia de salud pública de importancia internacional” un mes y medio antes, a finales de enero (Organización Mundial de la Salud, 2020).

La contingencia que se ha suscitado por la pandemia del COVID-19 ha implicado tomar medidas de aislamiento y distanciamiento social que han afectado drásticamente la cotidianidad de las personas (Organización Mundial de la Salud, 2020). En el momento de contagio por COVID-19, tal efecto puede aumentar aún más debido al aislamiento generado por la hospitalización en la UCI de un paciente infectado por el virus, exacerbando así la sensación de incertidumbre de la familia, que desconoce el espacio donde está hospitalizado, al personal que se hará responsable de su cuidado, el tratamiento y su pronóstico. En estos casos, se encuentran limitadas totalmente las visitas de los familiares, lo que implica un reto para el personal de salud que, además de dedicarse al cuidado del paciente, debe subsanar las necesidades de proximidad, seguridad e información de la familia.

Para los miembros de la familia, las intervenciones que incluyen contención por parte del equipo sanitario contribuyen a su bienestar al satisfacerse las necesidades mencionadas. Se ha evidenciado que los miembros de la familia experimentan menos malestar cuando reciben información adecuada de manera periódica que dé cuenta del estado de salud del paciente; mientras que cuando no se satisface esa necesidad de comunicación o información se produce en la familia ansiedad y altos niveles de frustración; por lo tanto, la necesidad de proximidad y la implicación en los cuidados al paciente tiene considerables repercusiones para este y su familia (Antiller y Roca, 2014).

Otro elemento a tenerse en cuenta es la soledad que padecen los pacientes en la UCI derivada del COVID-19. Este estado se caracteriza por estar en un entorno desconocido, con cuidadores desconocidos, separado de su familia; por lo tanto, la incertidumbre, la confusión y el dolor propio de encontrarse en la UCI aumenta por el necesario alejamiento de la familia, más todavía por estar solo en el momento de la muerte. Todo lo anterior provoca una gran carga emocional para la familia, inclusive también para el personal de salud de la UCI (Hartog y Reinhart, 2018).

Montauk y Kuhl (2020) consideran que el duelo en la UCI para los pacientes con COVID-19 es problemático y perturbador para la familia por la imposibilidad de ver a su familiar. La familia

se sentirá más segura si está en la UCI a cargo del cuidado del paciente. Adicionalmente, la toma de decisiones se hace más compleja si los familiares no reciben una mayor información sobre los objetivos del cuidado (Montauk y Kuhl, 2020); cabe mencionar que la forma remota de ofrecerla es lo que se utiliza en estos casos: el teléfono móvil u otro dispositivo que haga posible la comunicación. (Gaur *et al.*, 2020). Las presentes autoras proponen las siguientes medidas para mitigar el efecto emocional en las familias de pacientes ingresados en la UCI: *i)* Validar la incertidumbre y el miedo de las familias ante lo desconocido debidos a la pandemia; *ii)* Iniciar lo antes posible el manejo con un dispositivo móvil solo si la familia lo acepta, dado que para algunos las llamadas telefónicas son más fáciles de operar; *iii)* No tener miedo de expresar emociones, pues a todas las personas les ha afectado la presencia de la enfermedad, incluido el personal de salud, y comentarlas con las familias las aproxima a los cuidadores de su familiar, y *iv)* Utilizar las palabras exactas, sin eufemismos ni tecnicismos en la información, y *v)* Entender que las familias necesitan apoyo emocional y priorizar la salud mental que a largo plazo mitiga el impacto psicológico de la separación por COVID-19.

McDonald y Clark (2020), en referencia al impacto en la salud mental de pacientes admitidos en las UCI por COVID-19, concluyen que estos pacientes sufrirán afectaciones en su salud mental y física por la propia enfermedad, así como consecuencias negativas ocasionadas por haber estado aisladas de sus familiares, por lo que recomiendan un enfoque biológico, psicológico, farmacológico y social para el alta, la gestión de casos, la evaluación de riesgos y la planificación de un apoyo conductual positivo.

Descripción de la intervención

Desde la recepción del primer paciente con COVID-19 en la Clínica Universitaria Colombia en marzo de 2020, se despliega un protocolo de acompañamiento a pacientes que se encuentran en la zona de aislamiento por sospecha o diagnóstico confirmado de COVID-19 y a sus familiares. Este protocolo tiene el objetivo de acompañarlos psi-

cológicamente por medio de la utilización de la telepsicología² en las intervenciones hechas por el equipo de salud mental centradas en brindar apoyo emocional a los pacientes y sus familiares (Asociación Colombiana de Facultades de Psicología y Colegio Colombiano de Psicólogos, 2020). Debido a la contingencia desatada por el COVID-19, se implementó el modelo de teleconsulta, mismo que se describe a continuación con más detalle.

Pasos en el protocolo

Para lograr un adecuado abordaje desde el área de salud a los familiares y pacientes con sospecha o diagnóstico de COVID-19, es importante que el profesional identifique sus propias emociones y disponga del tiempo suficiente para realizar las intervenciones. En la Tabla 1 se muestran los pasos para la intervención.

Tabla 1. Pasos sugeridos en la llamada.

PASOS	DESCRIPCIÓN
Previo a la entrevista	Asignación de pacientes a cada psicólogo. Revisión de la historia clínica: conocimiento de la familia sobre el diagnóstico y el pronóstico.
Durante la entrevista	Empezar la llamada identificándose. Verificar el parentesco del familiar con el paciente. Indicar el motivo de llamada. Indagar la información que tiene el familiar sobre la evolución del paciente. Reconocer sus necesidades de información. Responder a las necesidades emocionales de la familia. Evaluar las respuestas emocionales mediante escucha activa, parafraseo y síntesis de lo abordado durante la llamada. Validar las respuestas emocionales: por medio de la comunicación empática. Cierre.
Después de la entrevista	Elaborar el plan a seguir. Dejar las notas correspondientes en la historia clínica. Comunicar a equipo interdisciplinario las necesidades de información de la familia. Enviar audios y videos de la familia a los pacientes. Hacer un seguimiento a la familia. Apoyarla en el duelo si fuese necesario.

El conocimiento de los médicos del paciente por parte de su familia es primordial en el momento de brindar el apoyo emocional. Es necesario establecer cómo han entendido lo sucedido, establecer cuán realista es su impresión y cuáles son sus expectativas, fantasías y temores, por lo que se sugiere iniciar con una pregunta abierta que promueva la expresión emocional de la familia y responder a las reacciones de la familia (Bascuñán, 2013).

Las estrategias de comunicación virtual durante la pandemia por COVID-19 para los pacientes ingresados en la UCI promueven la cercanía con

sus familias, las hacen parte del proceso de recuperación del paciente y mitigan el impacto negativo de la hospitalización; a las familias les permite mantener el vínculo afectivo, y genera una mayor empatía y trato humanitario en el personal sanitario en el cuidado porque le es posible escuchar las historias que aquellas envían en los audios a sus pacientes internados en la UCI (Sotelo, 2015).

Para llevar a cabo la teleasistencia de soporte emocional a los familiares de los pacientes fue necesario implementar algunas recomendaciones del Colegio Colombiano de Psicólogos, institución que sugiere que el profesional se pregunte si existe la opción de desarrollar sesiones presenciales. Así, el acompañamiento psicológico también incluye la atención presencial de los pacientes con diagnóstico o sospecha de infección por COVID-19. Tal decisión depende del equipo médico tratante, sobre todo si lo considera pertinente en aquellos

² Los servicios de telepsicología se enmarcan en el campo de la tele salud. Corresponden a las intervenciones realizadas con el fin de proveer servicios de salud mental a distancia mediante el uso de teléfono, videoconferencia, radio, televisión o internet (Asociación Colombiana de Facultades de Psicología y Colegio Colombiano de Psicólogos, 2020).

casos en los que el paciente no dispone de las herramientas electrónicas para efectuar la teleasistencia, no se sienta cómodo con la utilización de tal tecnología, se halle en la fase final de vida, si manifiesta alteraciones de su estado de ánimo, o si es para brindar soporte emocional a quienes visitan a un familiar hospitalizado (Gaur *et al.*, 2020). En los casos de las intervenciones presenciales, se debe garantizar la protección personal a cada psicólogo que ingrese al área de COVID-19.

Desde marzo de 2021, a partir del arribo de pacientes con síntomas de COVID-19, se han realizado aproximadamente 7,700 intervenciones para el apoyo emocional de pacientes y familiares, según el criterio profesional del personal de psicología. Dentro de las intervenciones realizadas por vía telefónica se encuentran diferentes tipos que responden al estado emocional de los pacientes o familiares y a los factores identificados como originadores de crisis (Rodríguez y Salinas, 2011).

A continuación, se encuentran los diferentes tipos de intervenciones efectuadas:

Intervención en crisis

Gantiva (2010) señala que la intervención en crisis (IC) frecuentemente la realizan los profesionales de diferentes disciplinas para la entrega de un diagnóstico grave y la notificación del deceso de un ser querido, entre otros. Esta estrategia se asocia generalmente a una intervención en el primer momento de un evento traumático; en este momento inicial se utilizan los primeros auxilios psicológicos (PAP), y después se efectúa la intervención en crisis con terapia breve.

La IC es el inicio de este protocolo en la clínica con los familiares de pacientes con COVID-19. En ella se diferencian dos momentos clave: por un lado, el espacio de expresión emocional, el procesamiento de las emociones, la activación de las redes de soporte social y la evaluación del daño asociado a la crisis; por otro, la integración del momento de crisis a la vida de la persona y la toma de decisiones.

Las estrategias de la IC para los familiares tienen como objetivo la contención de posibles distorsiones cognitivas asociadas con la contingencia y que se caractericen como un factor comprometedor de la estabilidad psicoemocional de

los individuos o de la comunidad. El grupo de psicólogos utiliza la IC con los familiares en dos aspectos: el primero se enfoca en la expresión y procesamiento emocional, la evaluación del daño y la activación de las redes. El segundo momento se orienta a que la persona integre la crisis a su vida, promoviendo así la toma de decisiones y el restablecimiento del equilibrio emocional y conductual (Gantiva, 2010).

Duelo en la UCI

Los pacientes con COVID-19 que ingresan a UCI están en situación crítica, por lo que la muerte es un posible desenlace. Para Selman *et al.*, (2020), el duelo en la UCI puede asociarse con estrés post-traumático, resultados negativos en la salud mental y depresión, por lo que dichos autores sugieren tener una comunicación clara y completa con los familiares de manera regular, sensible y precisa.

Dentro del duelo, un elemento importante es el duelo anticipatorio, al que Lindeman definió en 1944, como “el proceso de desapego emocional que ocurre antes de la muerte de un ser querido y [...] que puede favorecer el reconocimiento de la realidad de la pérdida de una forma gradual, lo que haría más sencillo resolver asuntos inacabados con el ser querido que va a morir en un tiempo breve”.

El duelo ha adquirido características diferentes durante la contingencia por el COVID-19. Algunas conductas significativas relacionadas con la pérdida, como los rituales (ceremonias, religiosas o familiares) que validan la experiencia de dolor y promueven la expresión emocional—actividades trascendentales para que el proceso de duelo se desarrolle de manera normal y no evolucione hacia un duelo complicado— se han visto necesariamente limitadas. Por esta razón, la intervención en el duelo anticipatorio o en la fase inicial del duelo resulta fundamental para el desarrollo normal de este proceso, e incluye la promoción de la ventilación emocional, la validación de la respuesta emocional, un espacio de contención, la psicoeducación sobre el proceso de duelo y las recomendaciones para la realización de aquellos rituales funerarios que sean permitidos en las condiciones de aislamiento.

Durante la implementación de la estrategia en la clínica, la intervención en duelo anticipatorio (cf. Guinot, Cuesta, Farriol y Postigo, 2019) se establece por medio de la información que hay en la historia clínica sobre el mal pronóstico del paciente, o bien por la suministrada por el equipo médico y de enfermería tratante.

La Tabla 2 resume las estrategias en el manejo de duelo anticipatorio y para las situaciones en las que la familia se beneficie de las intervenciones en duelo tras la muerte del paciente por COVID-19.

Tabla 2. Estrategias en el manejo de duelo anticipatorio y duelo después de la muerte del paciente por COVID-19.

Duelo anticipatorio
● Revisar la información que tiene la familia sobre el desenlace del paciente.
● Aclarar el continuo optimismo-realidad.
● Definir quién de la familia se verá más afectado y explicar la forma de apoyarlo.
● Discutir sobre el temor y la incertidumbre.
● Fortalecer la conexión espiritual, teniendo en cuenta que no hay una conexión física.
● Validar cualquier expresión religiosa y espiritual.
● Acompañar antes y después de la visita de un miembro de la familia al paciente.
Duelo por fallecimiento
● Realizar llamadas de seguimiento emocional tan pronto el médico avise a la familia sobre el deceso.
● Realizar intervención en crisis.
● Si la familia lo requiere, llevar a cabo una reunión de apoyo.
● Enviar por correo el folleto de duelo, creado especialmente para la Clínica.
● Incluir a la familia en el taller de duelo para familiares de pacientes COVID-19.
● Brindar apoyo emocional a los miembros de la familia que lo requieran.
● Promover conductas de autocuidado.
● Apoyar la realización de ceremonias virtuales o la utilización de webs y foros especializados en duelo.

Ruiz (1998) conceptúa las habilidades terapéuticas como las aptitudes y comportamientos que debe instrumentar el terapeuta en la práctica clínica; y para llevarla a cabo Ruiz y Villalobos (1994) enlistan algunos elementos necesarios: mostrar interés genuino por las personas y por su bienestar, tener compromiso ético, y manifestar calidez, cordialidad y empatía en su labor.

Se identifican de igual forma otras habilidades que debe poseer el terapeuta al momento de establecer el vínculo con un paciente o familiar. Se destaca entre ellas la capacidad de entender, escuchar, guiar, interpretar, confrontar e informar (Bados y García, 2011). Además, deben resaltarse algunas otras actitudes, como exhibir aceptación, empatía y autenticidad (López y Mazo, 2011), al igual que algunos factores básicos que promueven el mantenimiento de la relación terapéutica iniciada: la confianza básica, el *rappor*t y la colabora-

ción terapéutica, que se caracteriza por la alianza terapeuta-paciente (Bados y García, 2011).

Por otra parte, Sánchez (2008) afirma que “el psicólogo clínico profesional debe causar una buena impresión en el paciente, inspirar confianza y seguridad y establecer un trato amigable, considerado y respetuoso. El trato con el paciente debe hacerse de manera cordial y respetuosa, dirigiéndose a él o ella sin excesiva familiaridad” (p. 135). Las habilidades mencionadas anteriormente fueron, pues, tenidas en cuenta al llevar a cabo el acompañamiento ya descrito.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Es fundamental destacar la trascendencia del trabajo interdisciplinar en el acompañamiento de los pacientes con diagnóstico de COVID-19 y de sus

familias, toda vez que el personal sanitario responsable de estos pacientes informaba a los allegados de estos últimos respecto a la condición médica, evolución y procedimientos a realizar. Basándose en la información suministrada por el personal de salud, los encargados del área de salud mental de la clínica hacían el acompañamiento emocional. A su vez, los hallazgos encontrados por el equipo de salud mental sobre las necesidades de información de los familiares hechas al profesional correspondiente facilitan el canal de comunicación entre el médico y la familia, resolviéndose así las necesidades específicas evidenciadas por los familiares y las diferencias entre cada paciente.

Para el caso de los pacientes que se hallan al final de su vida, mantener un vínculo con la familia es beneficioso no solamente para la intervención en el duelo anticipatorio o posterior al fallecimiento, sino para generar canales de despedida con el paciente, o bien para gestionar una corta visita presencial mediante una comunicación telefónica o una videollamada, en los casos en que se considere que esto es posible.

La contingencia ha generado nuevos retos al quehacer de los psicólogos, ya que se ven abocados a intervenir mediante herramientas tecnológicas (teléfono, videollamadas, etc.), o bien adap-

tando conceptos como *rappport* e intervención en crisis, entre otros. Además, supone nuevos retos en lo concerniente al manejo del duelo.

La contingencia suscitada por el COVID-19 no únicamente ha modificado el quehacer de los profesionales de la salud, sino también la forma en que las familias logran acompañar a sus seres queridos hospitalizados, con los que pueden mantener un vínculo emocional mediante la virtualidad, lo que da una connotación positiva al uso de la tecnología, que en este caso no limita el contacto entre personas sino que promueve el acompañamiento.

De igual forma se evidenció que la estrategia del envío de audios, videos, cartas y fotografías a pacientes hospitalizados en condiciones de aislamiento tiene un efecto positivo en los trabajadores de la salud que, si bien no se cuantificó, se observó en la forma de un mayor desarrollo de la empatía, lo que redundaba en una atención más humanizada.

La familia precisa sentirse involucrada y conectada con el paciente, y para este es importante sentir esa conexión con su familia, así sea de manera virtual. Así, el acompañamiento brindado garantiza que se mantengan y fortalezcan las redes de apoyo con las que el paciente cuenta.

Citación: Durán-Florez, M.E., Bernal-García, A.V. y Montes-Peña, S.L. (2022). Apoyo emocional a pacientes con covid-19 y sus familiares en las unidades de cuidados intensivos. *Psicología y Salud*, Número Especial, 47-54. <https://doi.org/10.25009/pys.v32i3.2791>.

REFERENCIAS

- Antiller, T. y Roca, A. (2014). El cuidado de las familias en las Unidades de Cuidados Intensivos. *Metas Enfermería*, 17(2), 50-56.
- Asociación Colombiana de Facultades de Psicología y Colegio Colombiano de Psicólogos (2020). *Telepsicología. Sugerencias para la formación y el desempeño profesional responsable*. Bogotá: Autores. Recuperado de https://ascofapsi.org.co/pdf/Libros/Telepsicologia_web.pdf.
- Ayllón, N., Álvarez, M. y González, M. (2007). Factores ambientales estresantes percibidos por los pacientes de una Unidad de Cuidados Intensivos. *Enfermería Intensiva*, 18(4), 159-167.
- Bados, A. y García, E. (2011). *Habilidades terapéuticas*. Barcelona: Universidad de Barcelona.
- Bascuñán, L. (2013). Comunicación de malas noticias en salud. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 24(4), 685-693.
- Fuertes M., C. y Maya M., U. (2001). Atención a la familia: la atención familiar en situaciones concretas. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 24, 83-92.
- Gantiva, C. (2010). Intervención en crisis: una estrategia clínica necesaria y relevante en Colombia. *Psychologia. Avances de la Disciplina*, 4(2), 143-145.
- Gaur, S., Pandya, N., Dumyati, G., Nace, D.A., Pandya, K. y Jump, R. (2020). A structured tool for communication and care planning in the era of the COVID-19 pandemic. *Journal of the American Medical Directors Association*, 21(7), 943-947. Doi: 10.1016/j.jamda.2020.05.062.

- Guinot, J., Cuesta, M., Farriol, V. y Postigo Z., S. (2019). Duelo anticipado y sentido. *CM Psicobioquímica*, 6, 35-45.
- Hartog, C.S. y Reinhart, K. (2018). Staff and family response to end-of life care in the ICU. *Current Opinion in Anesthesiology*, 31, 195-200. Doi: 10.1097/ACO.0000000000000557.
- Hidalgo, I., Vélez, Y. y Pueyo, E. (2007). Qué es importante para los familiares de los pacientes de una Unidad de Cuidados Intensivos. *Enfermería Intensiva*, 18(3), 106-114.
- Instituto Nacional de Salud (2020). *Casos de COVID-19 en Colombia*. Recuperado de <https://www.ins.gov.co/Paginas/Boletines-casos-COVID-19-Colombia.aspx>.
- Lindeman, E. (1944). Symptomology and management of acute grief. *American Journal of Psychiatry*, 101, 141-148.
- López, H. y Mazo, R. (2011). El nuevo terapeuta: su rol y compromiso. *Revista Electrónica de Psicología Social Poiésis*, 22.
- McDonald, G. y Clark, L.L. (2020). Mental health impact of admission to the intensive care unit for COVID-19. *British Journal of Community Nursing*, 25(11), 526-530. Doi: 10.12968/bjcn.2020.25.11.526.
- Montauk, T.R. y Kuhl, E.A. (2020). COVID-related family separation and trauma in the intensive care unit. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 12(s1), s96-s97. Doi: 10.1037/tra0000839.
- Organización Mundial de la Salud (2020). *COVID-19: Cronología de la actuación de la OMS*. Ginebra: OMS. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/detail/27-04-2020-who-timeline---covid-19>.
- Pardavila, M.I. y Vivar, C.G. (2012). Necesidades de la familia en las unidades de cuidados intensivos. Revisión de la literatura. *Enfermería Intensiva*, 23(2), 51-67.
- Rodríguez, M. y Salinas, J. (2011). Entrenamiento en habilidades terapéuticas: algunas consideraciones. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 16(2), 211-225.
- Ruiz, M.A. (1998): Habilidades terapéuticas. En M. A. Vallejo P. (Dir.): *Manual de terapia de conducta* (vol. 1). Madrid: Dykinson.
- Ruiz, M.A. y Villalobos, A. (1994): *Habilidades terapéuticas*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.
- Sánchez, P. (2008). *Psicología clínica*. México: El Manual Moderno.
- Selman, L., Chao, D., Sowden, R., Marshall, S., Chamberlain, Ch. y Koffman, J. (2020). Bereavement support on the frontline of COVID-19: Recommendations for hospital clinicians. *Journal of Pain and Symptom Management*, 60(2), E81-E86. Doi: 10.1016/j.jpainsymman.2020.04.024.
- Sotelo, S. (2015). *Las necesidades de los familiares del paciente crítico en una Unidad de Cuidados Intensivos*. Trabajo inédito de pregrado. A Coruña (España): Escuela Universitaria de Enfermería.
- Vincent, J. (2013). Critical care —where have we been and where are we going? *Critical Care*, 17(s2). Doi: 10.1186/cc11500.

Afectación de hábitos, relaciones, adaptación, somatización y salud mental durante la pandemia de Covid-19 en México

Habits, relations, adaptation, somatization, and mental health disturbances during Covid-19 pandemic in Mexico

Everardo Camacho¹, Mariana Hernández¹, Luis Javier Martínez²,
Imelda Alcalá³ y Antoni Sanz⁴

Instituto Tecnológico de Estudios Superiores de Occidente¹
Universidad Autónoma de San Luis Potosí²
Universidad Autónoma de Chihuahua³
Universidad Autónoma de Barcelona⁴

Autor para correspondencia: Everardo Camacho, ecamacho@iteso.mx.

RESUMEN

Objetivo. Valorar el impacto de la pandemia de COVID-19 en México respecto a los hábitos de vida, relaciones, nivel de adaptación, somatización e indicadores de salud mental. *Método.* El estudio utilizó un diseño transversal en el que participaron 7,693 adultos, los cuales respondieron el cuestionario en línea PSY-COVID, diseñado ad hoc, desde el 4 de junio hasta el 31 de julio de 2020. *Resultados.* Los hombres consideran tener una mayor afectación en la actividad física y las mujeres en la calidad de sueño, actividad laboral y relaciones con pareja y familiares. Más de la mitad de la muestra estudiada reportó haber sufrido cefalea al menos un día durante la pandemia. El análisis de componentes muestra la validez del instrumento, lo que permite evaluar correlaciones entre las diferentes dimensiones y resaltar las más altas. *Discusión y conclusiones.* La identificación de grupos vulnerables, como las mujeres, orientan las prioridades de atención psicológica que demanda el efecto que ha tenido la pandemia.

Palabras clave: Actividad física; Sueño; Dieta; Dolor; Pandemia; Adaptación.

ABSTRACT

Objective. To assess the impact of COVID pandemic social distancing measures on living habits, adaptation level, and somatization in a sample of 7,693 Mexican participants. *Method.* A one-wave PSY-COVID online survey was voluntarily completed after being distributed throughout México from June 4 to July 21, 2020. *Results.* Men reported a more significant impact of the COVID pandemic

¹ Departamento de Psicología, Educación y Salud, Periférico Sur Manuel Gómez Morín Núm. 8585, 45604 Tlaquepaque, Jal., México, tel. (33)10-42-83-97, correos electrónicos: ecamacho@iteso.mx y mahevi2292@gmail.com.

² Facultad de Psicología, Carretera Central Km. 424.5, Zona Universitaria Oriente, 78399 San Luis Potosí, S.L.P., México, tel. (444)832-10-00, ext. 9359, correo electrónico: luis.blanquet@uaslp.mx.

³ Facultad de Derecho, Circuito Universitario Campus I, Chihuahua, México, tel. (614)413-44-77, correo electrónico: ialcalas@hotmail.com.

⁴ Departamento de Psicología Básica, Evolutiva y de la Educación, Campus de la UAB, Plaza Cívica, 08193 Bellaterra, Barcelona, España, tel. 34(935)81-11-11, correo electrónico: antoni.Sanz@uab.cat.



on Physical Activity. Women reported a higher impact on sleep quality, work activity, and partner and family relationships. Youth reported a higher impact on their lifestyle habits and suffering to adapt to the general conditions of the pandemic. Life habits assessment has little predictive power on pandemic adaptation. High correlations resulted among all three adaptation items—over half of the studied sample during the pandemic reported headaches in at least one day. Discussion and conclusions. Identified vulnerable groups, such as women and youth, must lead demanded psychological care priorities.

Key words: Physical activity; Sleep; Diet; Pain; Pandemic; Adaptation.

Recibido: 17/09/2021

Aceptado: 12/02/2022

Las actividades que se distribuyen en el espacio y el tiempo de manera cotidiana muestran un ejercicio adaptativo al contexto físico y social de las personas, y producen en conjunto un delicado equilibrio entre dicho ambiente y la manera en que se relacionan con él como individuos biopsicosociales (Baum, 2016). El equilibrio y la distribución de las actividades y relaciones en las dimensiones espaciotemporales se expresan con una noción general que agrupa y sintetiza de forma descriptiva y valorativa la experiencia cotidiana del devenir de la vida, con sus hábitos, rutinas y respuestas emocionales. Tal concepto es la *calidad de vida*, una dimensión global relativa al grado de bienestar que se alcanza como resultado del esfuerzo que se desarrolla de múltiples formas en el día a día.

Por calidad de vida entendemos lo señalado por Rocío Fernández-Ballesteros (1997):

La calidad de vida tiene varios componentes: la salud (tener una buena salud), las habilidades funcionales (valerse por sí mismo), las condiciones económicas (tener un buen ingreso o ahorro), las relaciones sociales (mantener relaciones con la familia y los amigos), la actividad (mantenerse activo), los servicios sociales y sanitarios (tener buenos servicios sociales y sanitarios), la calidad en el propio domicilio y en el contexto

inmediato (tener una vivienda buena y cómoda y calidad del medio ambiente), la satisfacción con la vida (sentirse satisfecho con la vida) y las oportunidades culturales y de aprendizaje (p. 94).

Esta definición destaca el carácter multidimensional del concepto, por una parte, y por otra implica un proceso continuo de toma de decisiones que se encuentra regulado por demandas homeostáticas (alimentarse, descansar, dormir) y de naturaleza sociocultural: recrearse y divertirse, trabajar (como actividad productiva) y tener contacto y comunicación con otros conoespecíficos.

La aparición sorpresiva e imprevista de la pandemia de COVID-19 y la potencial y continua amenaza de contagios, y en consecuencia la posibilidad real de morir, impuso contingencias que, de entrada, trastocaron no solamente el equilibrio individual, sino también —por la interdependencia entre las personas— fracturaron el esquema social de funcionamiento, mostrando tanto la fragilidad del sistema social, el alto grado de interdependencia y la vulnerabilidad individual. Dichos cambios posibilitaron el surgimiento de alteraciones emocionales como condición previa a la aparición de trastornos de salud mental o a la posible exacerbación de trastornos preexistentes (Li, Wang, Xue, Zhao y Zhu, 2020). En la dimensión social, el impacto económico ha sido devastador, haciendo que muchas empresas cerraran debido a la disminución generalizada del consumo, provocado por el riesgo de contagio al salir de compras o al consumir alimentos y bebidas (Chiatchoua, *et al.*, 2020). Este impacto afectó a un sinnúmero de individuos que perdieron sus empleos o que han visto disminuido sus ingresos de forma significativa, lo que obligó a racionalizar el consumo gastando solo en lo estrictamente indispensable (Maldonado y Ruiz, 2020). Se generaron asimismo considerables afectaciones en cadena; por ejemplo, la disminución o cierre de actividades en diversos espectáculos como juegos deportivos, conciertos, teatros, cines y exposiciones que no solamente perjudicaron a las personas que trabajaban en estas actividades, sino también a una serie de empleos subsidiarios, como los estacionamientos aledaños y los negocios de comida que vivían del consumo de los usuarios de esos servicios culturales (Dávila y Val-

dés, 2020). Finalmente, ante estas condiciones, muchos individuos debieron asumir difíciles decisiones, como ponerse en riesgo al tener que salir al espacio urbano donde circulan muchos otros en condiciones semejantes buscando maneras de generar ingresos (Lirios, 2021). Cuando menos la mitad de los habitantes del país vive prácticamente al día, y por lo tanto está expuesta a un alto riesgo de contagio (Salas, Quintana, Mendoza y Valdivia, 2020). Las concentraciones en los transportes públicos, mercados y centros comerciales han sido espacios idóneos para que aumenten los contagios y, en consecuencia, la enfermedad por coronavirus (Ziccardi y Figueroa, 2021). Otros han podido trabajar desde el espacio seguro de sus propios hogares o gracias a sus ahorros, se han mantenido sin tener que exponerse, pero recluidos en espacios que no fueron diseñados para que convivan durante las veinticuatro horas del día todos los miembros de una familia (que en muchos de los casos es extensa). Para estas personas, la consecuencia ha sido la disminución de la movilidad física como recurso para protegerse del contagio del virus. De la misma forma, el hacinamiento en espacios reducidos incrementa la agresión y los maltratos (Flores, Villegas, Martínez y Palacios, 2017). Tanto quienes tuvieron que salir a espacios públicos como aquellos que pudieron minimizar su exposición a otras personas sufrieron en mayor o menor medida la respuesta fisiológica de estrés, con fases de alarma y resistencia. En todos los casos, esa respuesta implica, desde la perspectiva de Selye (1977), una elevación de los niveles de cortisol que inhiben el sistema inmunológico, haciendo más vulnerable a los organismos para infecciones de tipo viral y bacteriano (Lovallo, 2005), además de otros innumerables cambios en la economía interna del organismo que cuando se hacen crónicos, es decir, extendidas en el tiempo, como lo fueron los más de dos años de pandemia, pueden generar consecuencias en la salud de las personas (Herbert y Cohen, 1993). Estudios recientes reportan aumentos de estrés, ansiedad y depresión, siendo este un efecto observado en diferentes países (Barros *et al.*, 2020; Ozamiz, Dosil, Picaza e Idoiaga, 2020), de manera que las actividades cotidianas, como dormir, practicar ejercicio, comer, trabajar, convivir con los demás

y descansar se vieron afectados de múltiples maneras, de forma concomitante a las alteraciones emocionales.

Es probable que la adaptación diferencial de las personas a las nuevas condiciones, con un mayor o menor éxito, se deba a las diferencias individuales, como los rasgos de personalidad y otras de naturaleza disposicional (Prozzillo y Olivera, 2019). Las personas con alta puntuación en optimismo se adaptan mejor y enfrentan de mejor manera el estrés (Puig *et al.*, en prensa; Seligman, 2014). Los pesimistas, que valoran la debacle económica, la falta de oportunidades, la amenaza de violencia social, la delincuencia debida a la falta de oportunidades de trabajo, la violencia intrafamiliar provocada por el hacinamiento, el enfado y aburrimiento al no tener un ambiente variado e interesante, podrían tener en cambio una peor adaptación.

Una de las afectaciones provocada por la pandemia es que las personas, al estar restringidas espacialmente en el hogar, pueden sufrir una disminución generalizada de la actividad física, acompañada de un aumento en el consumo de alimentos al tener acceso continuo a estos. Los casos de sobrepeso y obesidad se ven acrecentados y fomentan enfermedades como la hipertensión y la diabetes, que son de suyo padecimientos muy prevalentes en México y que se encuentran entre las principales causas de muerte (Secretaría de Salud del Gobierno de México, 2019). Dichas enfermedades han sido comórbidas en un alto porcentaje de quienes han fallecido por COVID-19. Asimismo, la capacidad de autocontrol (Mahoney y Mahoney, 1999) es puesta a prueba al tener accesibilidad continua al consumo de alimentos al pasar la jornada laboral en el mismo hogar, asociado al descanso y la recreación. Hablar de autocontrol, en este contexto, implica reconocer que, con las restricciones impuestas por la pandemia, no es difícil la desorganización del patrón de actividad y rutina que se tenía antes de que estas condiciones se impusieran en el entorno y las vidas de todos, y en el trabajo es igualmente difícil la concentración ante los factores y señales asociadas que invitan a comer o a permanecer ante el televisor. Otro gran distractor que afecta de manera frecuente la productividad de una persona que trabaja durante

muchas horas ante una pantalla es distraerse con el teléfono celular, que tiene múltiples posibilidades para evadir las tareas laborales.

Por otra parte, en cuanto a las condiciones socioculturales, hay efectos diferenciales de las medidas tomadas por la pandemia en función del sexo (Infante, Peláez y Giraldo, 2021) y la edad (Meler, 2020). Dado que existen prácticas distintas según el sexo, ¿de qué forma las actividades cotidianas han sido afectadas por la pandemia?, ¿qué aspectos son los que más se han visto modificados?, ¿hay en efecto una afectación diferenciada según el sexo?, ¿cuál es el grado de adaptación ante estas condiciones y la incertidumbre que traen consigo?, ¿hay correlación entre los niveles de afectación de los hábitos de vida y el grado de adaptación a la pandemia?

Responder estas cuestiones e identificar las relaciones relevantes entre las diferentes dimensiones como efecto de las restricciones generadas por la pandemia, fue el objetivo de este trabajo, con diseño transversal de una sola etapa, basado en la distribución y administración de un cuestionario en línea y con un muestreo por bola de nieve.

MÉTODO

Participantes

Respondieron libre y voluntariamente el cuestionario 7,693 mexicanos adultos, con residencia en el territorio nacional, cuyo promedio de edad fue de 36.36 años y un rango de 16 a 83 años. En la Tabla 1 se muestra la distribución de frecuencias por sexo, nivel de estudios e ingresos de la muestra estudiada.

Tabla 1. Distribución de frecuencias por sexo, nivel de estudios y nivel de ingresos.

Característica	Frec.	%
Sexo		
Hombres	2,343	30.5
Mujeres	5,310	60.9
Otro	40	0.5
Total	7,893	100.0

Continúa...

Nivel de estudios		
Sin estudios	4	0.1
Primarios	41	0.5
Secundarios	448	5.8
Universitarios	7,200	93.6
Total	7,893	100.0
Nivel de ingresos		
Bajo	1,102	14.3
Medio	5,826	75.7
Alto	765	9.9
Total	7,893	100.0

Instrumentos

Cuestionario de Salud Mental PSY-COVID.

Este cuestionario de opción múltiple consta de 122 ítems y fue diseñado por un equipo internacional de treinta investigadores y adaptado para México. La encuesta fue revisada por un panel de 30 expertos en psicología de la salud. En su versión electrónica, se incluyó una carta de consentimiento informado, su carácter voluntario y la información sobre la tarea a llevar a cabo. No se recolectaron datos que permitieran identificar personalmente a los participantes, a quienes se solicitó el código postal de sus domicilios para ubicarlos geográficamente.

El cuestionario evalúa el impacto psicosocial de la restricción generada por la pandemia del COVID-19 en diversas dimensiones: hábitos de vida, relaciones con los otros, condiciones laborales, adaptación a la pandemia, somatización y salud mental.

La investigación fue autorizada por el Comité Ético de la Universidad Autónoma de Barcelona.

Hábitos de vida

La información consideró cambios en diferentes aspectos de la vida cotidiana relacionados con la pandemia de COVID-19, los que incluyen hábitos de vida vinculados con salud (actividad física, sueño, alimentación), relaciones (con pareja, familiares, amigos y vecinos) y trabajo (nivel de ingresos y calidad del trabajo). Los reactivos se calificaron en una escala Likert de cinco puntos: de 1, “Mucho peor”, a 5, “Mucho mejor”.

Adaptación

La adaptación se evaluó mediante los siguientes tres reactivos *ad-hoc* que se califican conforme a una escala Likert: *a*) “¿Cómo se ha adaptado a los cambios en su vida?” (de 1, “Muy mal, a 5, “Muy bien”); *b*) “¿Diría que el tiempo ha pasado lento o rápido?” (de 1, “Muy lento, a 5, “Muy rápido”), y *c*) “¿Cuánto tiempo más cree que podría aguantar las restricciones?” (de 1, “Ningún día más”, a 5, “Indefinidamente”).

En el caso de la percepción del tiempo, cuando se amplía es generalmente un buen correlato del sufrimiento que experimenta la persona (Bayés, 2008). La encuesta fue revisada por un panel de treinta expertos en psicología de la salud.

Somatización

Para evaluar la sintomatología somática se empleó el Cuestionario de Síntomas Somáticos (SSQ-5) que evalúa la ocurrencia cotidiana de experiencias de dolor de cabeza, mareos, náuseas o dolor de estómago, sensación de falta de aire y dolor de espalda. El cuestionario fue desarrollado *ad hoc* por los investigadores del estudio PSY-COVID, basándose en la propuesta de Zijlema *et al.* (2013) derivada de un meta análisis de diferentes escalas que miden la somatización. Las respuestas se recogieron en escala de Likert como experiencias (1) “ningún día”, (2) “algún día”, (3) “más de la mitad de los días”, (4) “casi cada día”. El rango de puntuación es de 0 a 15 y las puntuaciones iguales o superiores a 5 indican la presencia de síntomas somáticos. Se obtuvo una adecuada consistencia interna en la muestra ($\alpha = .76$).

Salud mental

Ansiedad. Los síntomas de ansiedad en la población general se evaluaron con la Escala de Trastornos de Ansiedad Generalizada-2 (GAD-2), de Kroenke, Spitzer y Williams (2007), que presenta una adecuada consistencia interna en la población mexicana ($\alpha = .78$). Se compone de dos ítems que se evalúan en una escala tipo Likert de cuatro puntos: de 0, “Ningún día”, a 3, “Casi cada día”. El enunciado general fue el siguiente: “Ha experimentado: *a*) Nerviosismo o tensión, o *b*) Incapacidad de dejar de preocuparse o de controlar la preocupación”. Puntuaciones iguales o superiores

a 3, en un rango de 0 a 6, indican la presencia de sintomatología ansiosa (Kroenke *et al.*, 2003).

Depresión. Se utilizó el Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-2) (Kroenke *et al.*, 2003). Este instrumento contiene dos ítems que se valoran en una escala Likert de cuatro puntos, donde 0 equivale a “Ningún día” y 3 a “Casi cada día” siendo el enunciado “Ha experimentado: *a*) Poco interés o placer en hacer cosas, *b*) Decaimiento, depresión o desesperanza”. La escala presenta una consistencia interna adecuada ($\alpha = .77$). La puntuación total obtenida en el PHQ-2 va de 0 a 6, y las puntuaciones iguales o superiores a 3 indican presencia de sintomatología depresiva (Löwe *et al.*, 2010).

Procedimiento

Se solicitó a un conjunto de investigadores ubicados en diversos estados de la República Mexicana a que el cuestionario se promoviera a través de diferentes redes electrónicas y correos institucionales y personales para facilitar la participación en su llenado, mismo que incluía un formato de consentimiento informado. Cada respuesta individual se manejó de manera totalmente confidencial. Se determinó un plazo fijo de quince días para la aplicación, plazo que posteriormente se alargó para aumentar el tamaño de la muestra. El cuestionario se aplicó durante los meses de junio y julio de 2020. Todos los participantes fueron informados del contenido del cuestionario antes de contestarlo, indicándoles que se utilizarían solamente los datos sin la identificación de los participantes, los que en cualquier momento podían dejar de colaborar. Los datos se concentraron en una base general de datos, la que fue accesible a los diferentes investigadores para su análisis.

Análisis de datos

Se elaboraron estadísticos descriptivos en forma de porcentajes sobre cómo se distribuyó la muestra estudiada en las diferentes opciones de respuesta de las variables analizadas. Asimismo, se utilizó la prueba chi cuadrada para evaluar si las frecuencias en cada opción de respuesta eran similares o diferentes entre los grupos de interés. Se efectuó

un análisis de componentes principales con rotación promax para determinar si los ítems correspondían a las dimensiones establecidas *a priori* en el estudio, y para evaluar la forma en la que se relacionaban las dimensiones estudiadas: hábitos de vida, relaciones, actividad económica, grado de adaptación, somatización y salud mental. Dichos datos se analizaron con el programa IBM-SPSS, versión 26.

RESULTADOS

Como se muestra en la Figura 1, más de la mitad de los participantes reportaron un empeoramiento en la percepción del cambio en la actividad física

(51.5%), encontrándose diferencias significativas por sexo: los hombres percibieron más el empeoramiento y las mujeres, en contraparte, una mejoría. Se encontraron discrepancias significativas entre las frecuencias de hombres y mujeres ($X^2 [1, N = 7,693] = 53.03, p < .001$). Respecto a la calidad de sueño, en las categorías de “mucho peor” y “algo peor” (Figura 2) se concentró 58.8% de la valoración de la muestra evaluada, y también una valoración superior del empeoramiento de la calidad del sueño por parte de las mujeres, comparadas con los hombres. Tales discrepancias fueron significativas ($X^2 [1, N = 7,693] = 74.86, p < .001$). Los cambios en la alimentación y pasatiempos fueron menores y muy uniformes en ambos sexos.

Figura 1. Percepción de Cambio de la Actividad Física por Género (n = 7693).

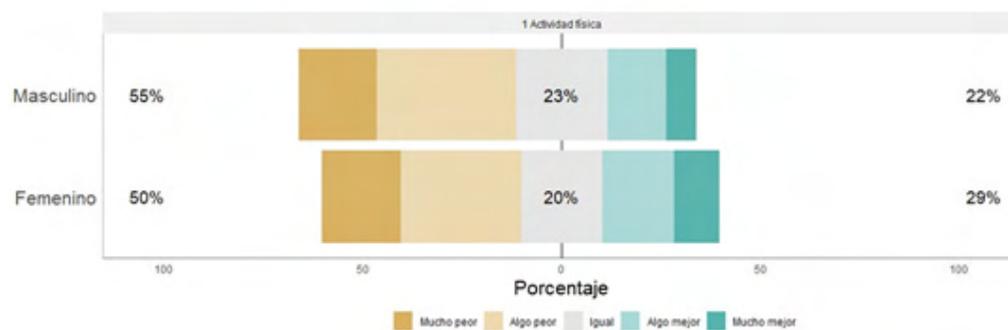
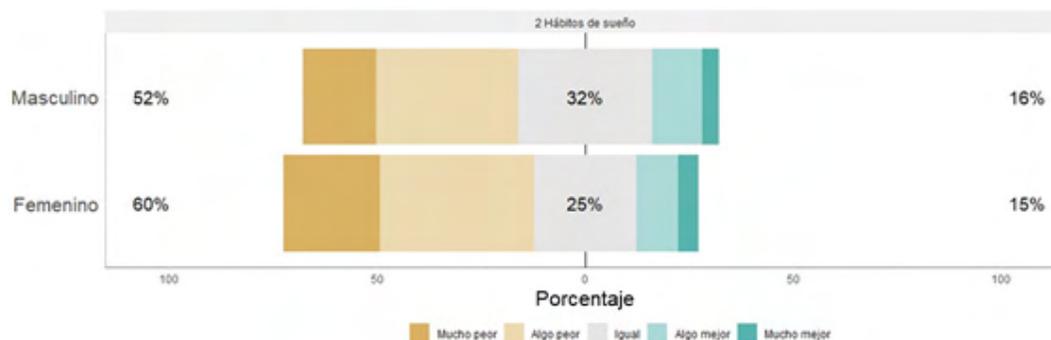


Figura 2. Percepción de Cambio de la Calidad del Sueño por Género (n = 7693).



Como se puede apreciar en la Figura 3, la valoración de un empeoramiento en las relaciones de pareja o familiares fue solo de 23%, con una ligera diferencia entre hombres y mujeres; sin embargo, la diferencia fue significativa ($X^2 [1, N = 7,693] = 44.43, p < .001$). Con relación a los amigos, hubo un empeoramiento ligeramente mayor en el caso de los hombres y en las relaciones con vecinos casi no hubo cambios, manteniéndose uniformes las valoraciones hechas por ambos sexos.

La valoración de empeoramiento (mucho peor y algo peor) de la mayoría de la muestra en relación con la actividad laboral fue de 54.9%, y también ligeramente superior la valoración hecha por las mujeres respecto a los hombres, como se puede observar en la Figura 4. La diferencia fue significativa entre las correspondientes frecuencias ($X^2 [1, N = 7,693] = 43.89, p < .001$). Como se observa también los ingresos han sido afectados para ambos géneros en un porcentaje alto.

Figura 3. Percepción de Cambio de la Relación con Pareja o Familiares por Género (n = 7693).

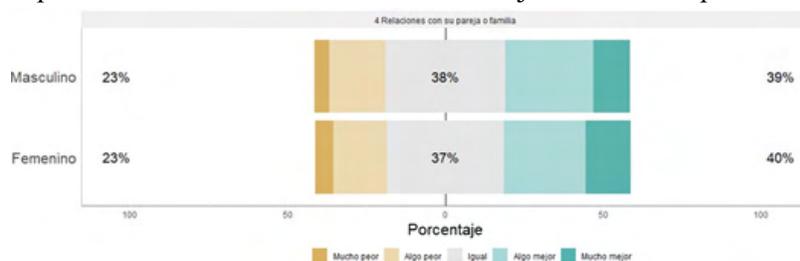
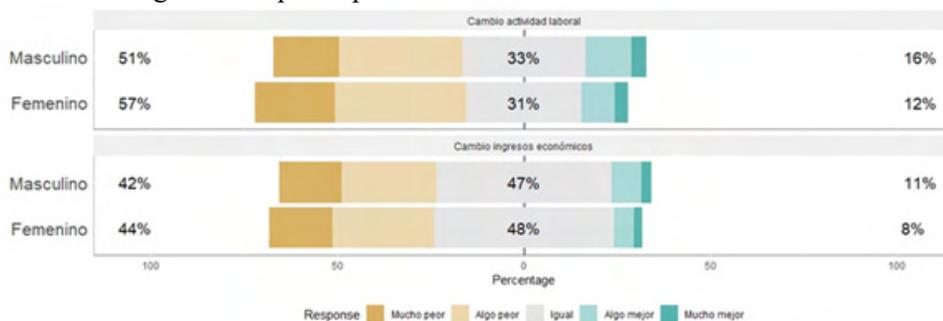


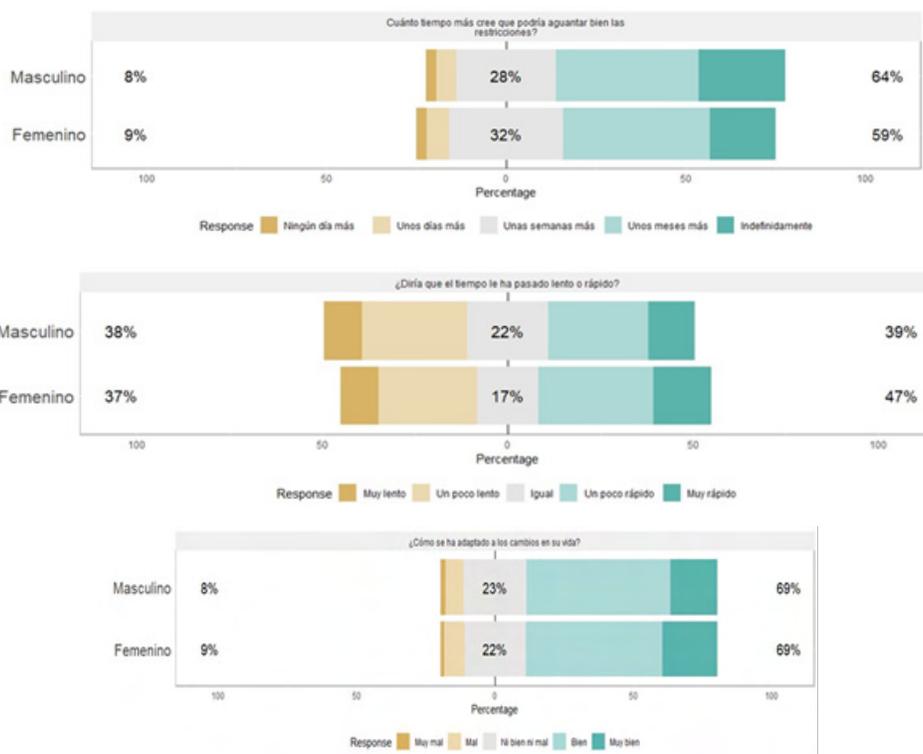
Figura 4. Porcentajes de distribución de respuestas en los ítems correspondientes a cambio en las relaciones laborales por las restricciones generadas por la pandemia.



La valoración de la mayoría de los que respondieron el cuestionario indica que se habían adaptado a las restricciones generadas por la pandemia, y de la misma forma señalan que podrían seguirlas soportando por periodos largos tales condiciones; sin embargo, ante una pregunta indirecta sobre el sufrimiento generado (distorsión de percepción del

tiempo), 37% considera que el tiempo corre más lentamente durante la pandemia. La percepción de lentitud fue ligeramente superior en los hombres que las mujeres, siendo la diferencia estadísticamente significativa ($\chi^2 [1 N = 7,693] = 52.19, p < .001$ (Figura 5).

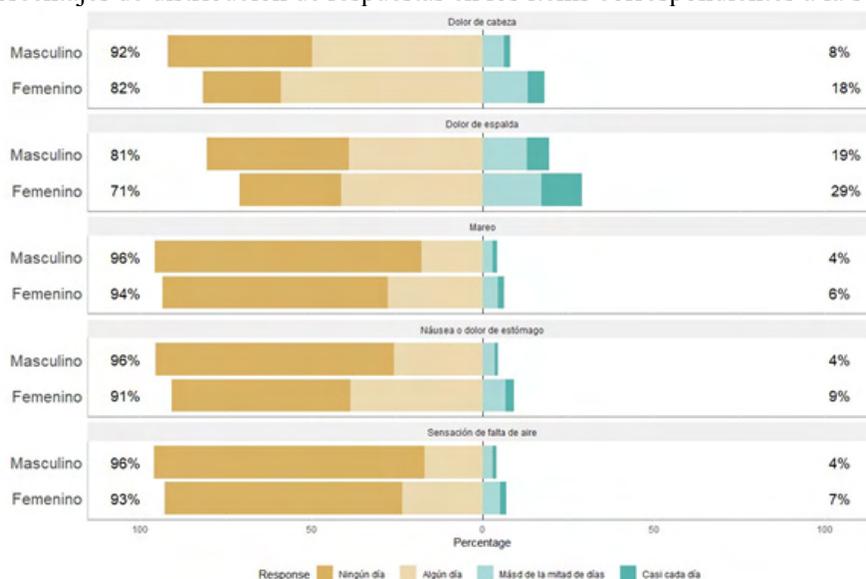
Figura 5. Porcentajes de distribución de respuestas en los ítems correspondientes a la adaptación por las restricciones generadas por la pandemia.



En la Figura 6 se observa que más de la mitad de la muestra estudiada reporta haber tenido algún día dolor de cabeza (gráfica superior), y 65% padece de este tipo de dolor. Como se ve en la misma figura, en la gráfica tercera de arriba hacia abajo, una cuarta parte de la muestra algún día sintió mareos durante el periodo de la pandemia y tres cuar-

tas partes no ha tenido esta experiencia. 45% tuvo dolor de espalda cuando menos algún día, y un total de 67% de la muestra estudiada lo padece, en algunos casos por lesiones previas a la aparición de la pandemia que pudieron haberse agudizado a partir de las restricciones generadas por aquella.

Figura 6. Porcentajes de distribución de respuestas en los ítems correspondientes a la somatización.



En la gráfica superior de la Figura 7 se muestra que 21% de los hombres y 29% de las mujeres han sentido depresión y desesperanza, y que 23% y 31%, respectivamente, son incapaces de controlar su preocupación. En el resto de parámetros, como

nerviosismo o tensión diaria, escaso interés en hacer cosas y sensación de soledad, destaca un mayor porcentaje de mujeres que reportaron vivirlos diariamente como efecto de las restricciones provocadas por la pandemia.

Figura 7. Porcentajes de distribución de respuestas en los ítems correspondientes a la salud mental.



Mediante el análisis de componentes principales (Tabla 2) fue posible observar que las puntuaciones se acumularon en seis grandes grupos que correspondieron en su mayoría a las categorías realizadas *a priori* en la investigación. En general, se hallaron seis factores que agrupan la mayoría de

los ítems utilizados con altas cargas factoriales. En dicha tabla se conservan los seis componentes principales: Cambio de hábitos, Cambio en relaciones, Cambio en actividad económica, Adaptación, Somatización y Salud mental.

Tabla 2. Análisis de componentes principales.

	C1	C2	C3	C4	C5	C6	Uniqueness
C1. Salud Mental ($\alpha = .86$)							
Poco interés o placer en hacer cosas	0.736						
Decaimiento, depresión o desesperanza	0.910						0.231
Nerviosismo o tensión	0.823						0.343
Incapacidad de dejar de preocuparse o de controlar la preocupación	0.858						0.338
Soledad	0.810						0.389
C2. Somatización ($\alpha = .76$)							
Dolor de cabeza		0.644					0.510
Náusea o dolor de estómago		0.801					0.380
Falta de aire		0.732					0.469
Mareo		0.825					0.391
Dolor de espalda		0.538					0.554
C3. Cambio hábitos ($\alpha = .62$)							
Cambio en actividad física			0.869				0.412
Cambio en hábitos del sueño			0.639				0.519
Cambio en alimentación			0.796				0.443
Cambio en pasatiempos			0.486	0.310			0.615
C4. Cambio relaciones ($\alpha = .59$)							
Cambio en relaciones de pareja /familia				0.533			0.527
Cambio en relaciones y vecinos				0.868			0.361
Cambio relaciones con amigos / conocidos				0.827			0.382
C5. Actividad económica ($\alpha = n.a.$)							
Cambio ingresos económicos					0.894		0.235
Cambio Actividad Laboral					0.840		0.264
C6. Adaptación ($\alpha = .53$)							
Cómo se ha adaptado a los cambios en su vida	-0.32					0.348	0.458
El tiempo ha pasado lento o rápido						0.768	0.435
Cuanto tiempo cree que podría aguantar						0.791	0.398
<i>n.a.</i> No se realiza el análisis debido a que deben ser por lo menos tres reactivos.							

Los seis componentes en conjunto explican 58.7% de la variación en la puntuación, siendo los dos pri-

meros componentes los que poseen la mayor proporción de la varianza (Tabla 3).

Tabla 3. Características de los componentes.

Componente	Autovalor	Proporción de la varianza	Acumulado
C1	5.791	0.263	0.263
C2	2.286	0.104	0.367
C3	1.441	0.065	0.433
C4	1.274	0.058	0.491
C5	1.154	0.052	0.543
C6	0.961	0.044	0.587

Este análisis sugiere que el instrumento tiene validez de constructo y que permite evaluar las relaciones entre los diferentes componentes, reduciendo los múltiples ítems a puntuaciones factoriales. Se calcularon las correlaciones entre los componentes de la manera que se aprecia en la Tabla 4. En general, se observa que hay una alta correlación, de 0.50 entre la salud mental y la somatización,

una correlación inversamente proporcional entre el cambio de hábitos y la salud mental (-0.44) y una alta relación entre el cambio de hábitos de vida y el cambio en las relaciones con otros (0.43). Correlaciones bajas pero aceptables aparecen entre el cambio de hábitos y la actividad económica (0.33), y el mismo nivel entre el cambio de hábitos y el grado de adaptación.

Tabla 4. Correlación entre componentes.

	C1	C2	C3	C4	C5	C6
C1. Salud mental	1.00	0.50	-0.44	-0.27	-0.28	-0.36
C2. Somatización		1.00	-0.26	-0.10	-0.17	-0.07
C3. Cambio hábitos			1.00	0.43	0.33	0.33
C4. Cambio relaciones				1.00	0.22	0.30
C5. Actividad económica					1.00	0.27
C6. Adaptación						1.00

Dichas correlaciones tienen sentido como descriptores del efecto de las restricciones impuestas por la pandemia y la forma en que se modulan las afectaciones interdependientes entre estos seis aspectos evaluados.

DISCUSIÓN

Los datos muestran que las mujeres se han visto más afectadas respecto a la calidad del sueño y la actividad laboral, así como en las relaciones con pareja y familiares, a la vez que son menos tolerantes para resistir más tiempo en las mismas condiciones de restricción, lo que probablemente tiene que ver con su rol de doble jornada (Zabludovsky, 2007). Cabe mencionar, que a diferencia de los hombres, un porcentaje mayor de mujeres

reporta afectación diaria en el campo de la salud mental.

En el caso de los hombres, se han visto más afectados en su actividad física, además de que han percibido que durante la pandemia el tiempo transcurre más lento. En la muestra general, más de la mitad reporta haber tenido dolor de cabeza algún día durante la pandemia y 45% dolor de espalda, pero también la mayoría señala que se ha adaptado bien a los cambios en su vida que la misma ha traído consigo.

Puede ser que esta valoración sea precisa, pero es importante identificar los costos que este proceso puede implicar y que se sugieren en términos de los datos reportados en esta investigación, como la correlación negativa entre la adaptación y la salud mental. La alta correlación entre somatización y salud mental puede explicarse

infiriendo el esfuerzo de los participantes para tener un equilibrio mental que después se expresa somáticamente con diversos trastornos, como dolor de cabeza, mareos o dolor de espalda. Por otro lado, es claro que la alteración que trajo la pandemia en las personas que más han cambiado de hábitos de vida forzosamente se refleja en su salud mental y en el ámbito de las relaciones con los otros, principalmente los significativos. En un nivel menor, pero con cierta relación, la modificación de los hábitos de vida altera el nivel de adaptación a las condiciones impuestas, así como también la dimensión económico-laboral.

Estos datos tienen la implicación práctica de identificar los grupos vulnerables: mujeres sobre hombres y zonas de afectación en su calidad de vida, de manera que se puedan elaborar programas de intervención con una perspectiva preventiva. Sus resultados son consistentes con los de otras investigaciones, como la realizada en Austria por Pieh (2021), por ejemplo. Cabe destacar que en México, por lo general, se carece de información al respecto. Dichos programas pueden estar orientados específicamente a recuperar y promover ciertos hábitos que se reconoce que tienen efectos benéficos, los que se generalizan a la calidad de vida de las personas, como el aumento en la actividad física aeróbica (Diamond y Bird, 2020), la mejora en la alimentación (Alkhatib, 2020), programas de higiene de sueño para mejorar la calidad del mismo (Altena *et al.*, 2020), o para las competencias generales de hábitos saludables (Camacho y Vega, 2014).

El análisis correlacional sí indica que existe un elemento de covariación entre algunas de las variables analizadas, lo que concuerda con la literatura reciente sobre el vínculo entre las restricciones por la pandemia y la calidad del sueño (Gualano, Lo Moro, Voglino, Bert y Siliquini, 2020), la actividad física (Khera *et al.*, 2020), la alimentación (Buckland *et al.*, 2021), la estabilidad laboral y el ingreso económico (Pieh, 2021) y la cantidad de horas que se trabaja frente a la computadora, las relaciones de pareja y familia y sus potenciales conflictos por la convivencia intensa en el mismo espacio (Williamson, 2020; Pigaiani *et al.*, 2020).

El presente estudio muestra algunas limitaciones importantes. En primera instancia, es relevante reconocer que se ha buscado establecer relaciones entre las respuestas verbales de los participantes en dos ámbitos temáticos: el campo de los hábitos de vida, relaciones y vida laboral, y el de la adaptación, somatización y salud mental. Ya ciertos autores han establecido la débil correspondencia que hay entre los comportamientos verbal y afectivo (Luciano, 1993), así como la influencia de la deseabilidad social en el contenido de lo que los participantes reportan verbalmente (Salgado, 2005), lo que altera la validez de los datos analizados. En segundo término, es claro que no se cuenta con datos comparativos de lo analizado en las condiciones previas a la pandemia, y por lo tanto la tendencia es permanecer en un nivel meramente descriptivo. Por último, el procedimiento de muestreo por conveniencia siempre tendrá un sesgo potencial, sobre todo cuando se aplica vía internet, como fue el caso, lo que limita la generalidad de los datos encontrados.

Con base en la información obtenida, se puede concluir que las correlaciones obtenidas podrían sugerir algunas relaciones de predictibilidad o causalidad de una variable sobre otra, pero ello da pie a estudios subsiguientes en esa dirección. También podría inferirse que hay otras variables mediadoras con un peso más determinante en el proceso de adaptarse a las restricciones impuestas por la pandemia, como es el caso de la resiliencia (Carver, 1998).

Por otra parte, con excepción de la actividad física, en la que los hombres expresaron un mayor empeoramiento, el grupo de mujeres es el que se encontró más afectado en sus hábitos de vida, como calidad de sueño, alimentación, relaciones con pareja y familias, contexto laboral y salud mental. Este es un elemento que debe considerarse en los programas de intervención preventivos de salud pública. Finalmente, generar datos sobre las condiciones nacionales con la posibilidad posterior de compararlas con la información generada en otros países constituye una condición inicial que habrá de orientar las decisiones para preservar la salud en general en México y en particular la salud mental de manera importante.

AGRADECIMIENTOS

Se agradece al Dr. Luis Hernando Silva por su apoyo en el análisis estadístico de los datos.

Citación: Camacho, E., Hernández, M., Martínez, L.J., Alcalá, I. y Sanz, A. (2022). Afectación de hábitos, relaciones, adaptación, somatización y salud mental durante la pandemia de Covid-19 en México. *Psicología y Salud*, Número Especial, 55-67. <https://doi.org/10.25009/pys.v32i3.2792>.

REFERENCIAS

- Alkhatib, A. (2020). Antiviral functional foods and exercise lifestyle prevention of coronavirus. *Nutrients*, 12(9), 2633. Doi: 10.3390/nu12092633.
- Altena, E., Baglioni, C., Espie, C.A., Ellis, J., Gravioloff, D., Holzinger, B. y Riemann, D. (2020). Dealing with sleep problems during home confinement due to the COVID-19 outbreak: Practical recommendations from a task force of the European BT-1 Academy. *Journal of Sleep Research*, 29(4). Doi: 10.1111/jsr.13052.
- Barros M., B.A., Lima M., G., Malta D., C., Szwarcwald, C.L., Azevedo R., C.S., Romero, D. et al. (2020). Relato de tristeza/depressão, nervosismo/ansiedade de problemas de sono na população adulta brasileira durante a pandemia de COVID-19. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* [Preprint].
- Baum, W.M. (2017). *Understanding behaviorism: Behavior, culture, and evolution*. New York: John Wiley & Sons.
- Bayés, R. (2018). *El reloj emocional: sobre el tiempo y la vida*. Barcelona: Plataforma Editorial.
- Buckland, N.J., Swinerton, L.F., Ng, K., Price, M., Wilkinson, L.L., Myers, A. y Dalton, M. (2021). Susceptibility to increased high energy dense sweet and savoury food intake in response to the COVID-19 lockdown: The role of craving control and acceptance coping strategies. *Appetite*, 158, 105017. Doi: 10.1016/j.appet.2020.105017.
- Camacho, E. y Vega, C. (2014). *Autocuidado de la salud*. Guadalajara (México): ITESO.
- Carver, C.S. (1998). Resilience and thriving: Issues, models and linkages. *Journal of Social Issues*, 54, 245-266.
- Chiatchoua, C., Lozano, C. y Macías D., J. (2020). Análisis de los efectos del COVID-19 en la economía mexicana. *Revista del Centro de Investigación de la Universidad La Salle*, 14(53), 265-290.
- Dávila F., A. y Valdés I., M. (2020). México. Costos económicos del cierre de las actividades “no esenciales” por la pandemia Covid-19. Análisis multisectorial y regional con modelos SAM. *Economía: Teoría y Práctica*, Número Especial, 15-43.
- Diamond, R. y Byrd, E. (2020). Standing up for health – improving mental wellbeing during COVID-19 isolation by reducing sedentary behaviour. *Journal of Affective Disorders*, 277, 232-234. Doi: 10.1016/j.jad.2020.07.137.
- Fernández B., R. (1997). Calidad de vida en la vejez: condiciones diferenciales. *Anuario de Psicología*, 73, 89-104.
- Flores H., L., Villegas, P., Martínez, G. y Palacios, P. (2017). Modelo psicoambiental de la agresión infantil. *Revista Electrónica de Psicología de la FES-Zaragoza*, UNAM, 14, 14-19.
- Gualano, M.R., Lo Moro, G., Voglino, G., Bert, F. y Siliquini, R. (2020). Effects of COVID-19 lockdown on mental health and sleep disturbances in Italy. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(13), 4779.
- Herbert, T.B. y Cohen, S. (1993). Stress and immunity in humans: A meta-analytic review. *Psychosomatic Medicine*, 55, 364-379.
- Infante C., C., Peláez B., I. y Giraldo R., L. (2021). COVID-19 y género: efectos diferenciales de la pandemia en universitarios. *Revista Mexicana de Sociología*, 83(Núm. Esp.), 169-196.
- Khera, A., Baum, S.J., Gluckman, T.J., Gulati, M., Martin, S.S., Michos, E.D. y Shapiro, M.D. (2020). Continuity of care and outpatient management for patients with and at high risk for cardiovascular disease during the COVID-19 pandemic: a scientific statement from the American Society for Preventive Cardiology. *American Journal of Preventive Cardiology*, 1, 100009. Doi: 10.1016/j.ajpc.2020.100009.
- Kroenke, K., Spitzer, R.L. y Williams, J.B. (2003). The Patient Health Questionnaire 2: validity of a two-item depression screener. *Medical Care*, 41(11), 1284-1292. Doi: 10.1097/01.MLR.0000093487.78664.3C.
- Li, S., Wang, Y., Xue, J., Zhao, N. y Zhu, T. (2020). The impact of COVID-19 epidemic declaration on psychological consequences: a study on active Weibo users. *International journal of Environmental Research and Public Health*, 17(6), 2032. Doi: 10.3390/ijerph17062032.
- Lirios C., G. (2021). Percepciones de riesgo laborales en la era post COVID-19. *Know and Share Psychology*, 2(1), 7-13.

- Lovallo, W.R. (2005). *Stress and health: Biological and psychological interactions* (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Löwe, B., Wahl, I., Rose, M., Spitzer, C., Glaesmer, H., Wingenfeld, K., Schneider, A. y Brähler, E. (2010). A 4-item measure of depression and anxiety: validation and standardization of the Patient Health Questionnaire-4 (PHQ-4) in the general population. *Journal of Affective Disorders*, 122(1-2), 86-95. Doi: 10.1016/j.jad.2009.06.019.
- Luciano M., C. (1993). La conducta verbal a la luz de recientes investigaciones. Su papel sobre otras conductas verbales y no verbales. *Psicothema*, 5(2), 351-374.
- Mahoney, M. y Mahoney, K. (1999). *Control permanente de peso*. México: Trillas.
- Maldonado D., J.M. y Ruiz J., L.H. (2020). La crisis ocasionada por la COVID-19 y sus efectos en el empleo y la pobreza en México. *Revista Internacional de Salarios Dignos*, 2(3), 23-38.
- Meler I., B. (2020). La pandemia como analizador psicosocial. Qué nos enseña el COVID sobre las subjetividades en la cultura actual. *Desvalimiento Social*, 7(1), 1-11.
- Ozamiz E., N., Dosil S., M., Picaza G., M. e Idoiaga M., N. (2020). Niveles de estrés, ansiedad y depresión en la primera fase del brote del COVID-19 en una muestra recogida en el norte de España. *Cadernos de Saúde Pública*, 36(4). Doi: 10.1590/0102-311x00054020.
- Pieh, B.P. (2021). The effect of age, gender, income, work, and physical activity on mental health during coronavirus disease (COVID-19) lockdown in Austria. *Journal of Psychosomatic Research*, 139. Doi: 10.1016/j.jpsychores.2020.110186.
- Pigaiani, Y., Zoccante, L., Zocca, A., Arzenton, A., Menegolli, M., Fadel, S., Ruggeri, M. y Colizzi, M. (2020). Adolescent lifestyle behaviors, coping strategies and subjective wellbeing during the COVID-19 pandemic: An online student survey. *Healthcare*, 8(4), 472. Doi: 10.3390/healthcare8040472.
- Prozzillo, P. y Olivera, M. (2019). Flexibilidad psicológica y bienestar subjetivo en el marco de los cinco factores de la personalidad y la espiritualidad: una relación por definir. *Revista de Investigación en Psicología Social*, 5(2), 17-25.
- Puig, S., Aliño, M., Duque, A., Cano, I., Martínez, P., Almela, M. y García M., J. (en prensa). Optimismo disposicional y estrés: claves para promover el bienestar psicológico. *Papeles del Psicólogo*. Consultado en <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/2953.pdf>.
- Salas, C., Quintana, L., Mendoza, M.Á. y Valdivia, M. (2020). Distribución del ingreso laboral y la pobreza en México durante la pandemia de la Covid-19. Escenarios e impactos potenciales. *El Trimestre Económico*, 87(348), 929-962.
- Salgado J., F. (2005). Personalidad y deseabilidad social en contextos organizacionales: implicaciones para la práctica de la psicología del trabajo y las organizaciones. *Papeles del Psicólogo*, 26(92), 115-128.
- Secretaría de Salud (2019). *Recursos públicos disponibles para la atención en salud*. Ciudad de México: Autor. Disponible en <http://sinaiscap.salud.gob.mx:8080/DGIS/>.
- Seligman, M.E. (2014). *Florecer: La nueva psicología positiva y la búsqueda del bienestar*. México: Océano.
- Selye, H. (1977). *The stress of my life. Scientist's memoirs*. Toronto: McClelland & Stewart.
- Williamson, H.C. (2020). Early Effects of the COVID-19 pandemic on relationship, satisfaction and attributions. *Psychological Science*, 31(12), 1479-1487. Doi:10.1177/0956797620972688.
- Zabludovsky, G. (2007). Las mujeres en México: trabajo, educación superior y esferas de poder. *Política y Cultura*, 28, 9-41.
- Ziccardi, A. y Figueroa, D. (2021). Ciudad de México: condiciones habitacionales y distanciamiento social impuesto, Covid-19. *Revista Mexicana de Sociología*, 83(Núm. Esp.), 31-60.

Estrategias de afrontamiento ante la pandemia por COVID-19 en familias nucleares: diferencias entre padres e hijos

Family coping strategies in the face of the COVID-19 pandemic: Differences between parents and their children

Marla Naivi Toiber-Rodríguez¹, Xolyanetzin Montero-Pardo²,
Joaquín Alberto Padilla-Bautista³, Cintia Aguilar-Delgadillo⁴
y Fátima Sagrario Espinoza-Salgado⁴

Clínica Especializada Condesa-Iztapalapa “Dr. Jaime Sepúlveda-Amor”¹
Universidad Autónoma de Sinaloa²
Universidad Autónoma de Baja California³
Universidad Nacional Autónoma de México⁴

Autor para correspondencia: Xolyanetzin Montero-Pardo, xolyanetzin_m@hotmail.com.

RESUMEN

Introducción. La pandemia por COVID-19 es un evento estresor no normativo que hace que las familias utilicen recursos externos e internos para afrontarlo. *Objetivos:* Describir las estrategias de afrontamiento que utilizan las familias nucleares mexicanas, y comparar la percepción que tienen de aquellas dependiendo de la edad, género, etapa del ciclo de vida y rol familiar del participante. *Método.* Se realizó un estudio descriptivo en el que se aplicó la Escala de Afrontamiento Familiar ante la Pandemia por COVID-19 a 854 participantes a través de un formulario de Google Forms en las redes sociales. *Resultados.* La estrategia de afrontamiento familiar más empleada fue la colaboración y el apoyo conyugal. Se emplearon pruebas U de Mann-Whitney para buscar diferencias en las características señaladas en los objetivos. Se encontraron diferencias en padres/madres, comunicación y apoyo del sistema familiar, colaboración y apoyo conyugal, apoyo fraterno e interacción conflictiva madre-hijo; en las hijas, en violencia conyugal e interacción conflictiva madre-hijo. *Discusión.* Las familias en el futuro postpandémico requerirán de políticas sociales en las que la salud mental sea una meta común en los sectores políticos, educativos y de protección social.

Palabras clave: COVID-19; Pandemia; Padres; Hijos; Estrés familiar; Afrontamiento familiar.

¹ Servicio de Salud Mental, Combate de Celaya 352, U.H. Vicente Guerrero, Iztapalapa, 09730 Ciudad de México, México.

² Escuela de Psicología de Mazatlán, Fraccionamiento Pradera Dorada, 82139 Mazatlán, Sin.

³ Facultad de Ingeniería y Negocios, Guadalupe Victoria, Carretera Estatal No. 3, Gutiérrez, 21720 Mexicali, B.C., México.

⁴ Programa de Maestría y Doctorado en Psicología, Av. Universidad 3004, Col. Copilco-Universidad, Coyoacán, 04510 Ciudad de México, México.



ABSTRACT

Introduction. *The SARS-COV-2 virus caused the COVID-19 pandemic is a non-normative stressor that has made Mexican families use external and internal resources to cope with this stressor.* **Objective.** *To describe the coping strategies used by Mexican nuclear families to face the pandemic's effects and compare the perception of these strategies depending on the participant's age, gender, and family role.* **Method.** *Using a descriptive study, a scale to analyze the Mexican family coping strategies in the face of the COVID-19 pandemic was applied to a total of 854 participants. This scale was shared using Google Forms and through social media.* **Results.** *The family coping strategy with the highest mean was collaboration and spousal support. A Mann-Whitney U test explored differences in the coping strategies used by Mexican families. The test showed differences for the mother/father sample regarding communication and family system support, collaboration and spousal support, fraternal support, and mother-son conflict interactions. Other differences found regarded daughters and spousal violence and mother-daughter conflict interactions.* **Conclusion.** *Families in the post-pandemic future will require social policies where mental health is a shared goal for specific sectors, such as political, educational, and social protection.*

Key words: COVID-19; Pandemic; Parents; Children; Family stress; Family coping.

Recibido: 15/08/2021

Aceptado: 05/07/2022

El enfoque sistémico concibe a la familia como un grupo relacional complejo en el que se satisfacen necesidades fundamentales, tanto instrumentales como afectivas, para la sobrevivencia de sus integrantes, se crean pautas de interacción entre sus integrantes, y constituye una estructura familiar singular que permite a aquellos organizarse para el desempeño de dos de sus principales tareas: la individuación y el sentimiento de pertenencia.

Las familias, entendidas como sistemas abiertos y multiprocesuales (Andolfi, 1991; Fruggeri, 2016), enfrentan diversos desequilibrios y adaptaciones a lo largo de su vida, derivados cada uno de

las siguientes etapas evolutivas por las que transitan (Minuchin y Fishman, 2006):

La formación de la pareja. La conforman los dos miembros de la pareja (*subsistema conyugal*). Entre las tareas de esta etapa se encuentran las de negociar las fronteras con las familias de origen, los amigos y el trabajo, así como crear reglas de intimidad, jerarquías, pautas de cooperación y formas de resolución de los conflictos que surgen.

La familia con hijos pequeños. Etapa en la que ocurre el nacimiento del primer hijo y en la que se ve involucrado el subsistema conyugal; dado que arriba un nuevo integrante, el subsistema debe reorganizarse para afrontar las nuevas tareas que corresponden ahora a un nuevo subsistema: *el parental* (madre-hijo, padre-hijo), por lo que se deben negociar nuevos vínculos con el mundo exterior (abuelos, tíos, primos, hospital, escuela, etc.). Cabe mencionar que si la pareja decide tener más hijos, se creará un subsistema denominado *fraterno*, integrado por los hermanos.

La familia con hijos en edad escolar o adolescentes. En esta etapa la familia se relaciona con la escuela y elabora nuevas pautas de interacción (tareas, reglas, tiempo de estudio, etc.). Aquí, el grupo de pares cobra mucho poder, y por ello la familia suele renegociar los problemas de autonomía y control, toda vez que comienza el proceso de separación de los hijos.

La familia con hijos adultos, o "nido vacío". Este proceso emerge cuando los hijos jóvenes ya adultos tienen sus propios compromisos y migran del hogar; así, la familia vuelve a integrarse por el subsistema parental o conyugal, o con las personas que estuvieron a cargo de los hijos, según el caso.

Cada etapa del ciclo vital familiar puede considerarse como una crisis normativa, es decir, correspondiente a la etapa evolutiva esperada (González, 2000). Sin embargo, pueden surgir crisis resultantes de las dificultades experimentadas por la familia para adaptarse al proceso de transición de una etapa a otra (Haley, 2003), viéndose así afectadas las funciones familiares en cuanto a *límites*, es decir, reglas claras y precisas de interacción que permiten la diferenciación y el contacto (Desatnik, 2004; Umbarguer, 1983); *roles*,

es decir, funciones de cada uno de los integrantes del sistema, las que se clasifican como instrumentales (manutención económica, alimento, ropa) y afectivas (suministro de cuidados, afecto, apoyo o crianza) (Epstein, Baldwin y Bishop, 1983), y *jerárquicas*, esto es, posición que ocupa cada integrante de la familia dentro del sistema, la que indica supraordinación o subordinación (Desatnik, 2004).

El sexo también influye en la definición de los roles en la familia, dado que, según la socialización de género, las personas aprenden a desempeñar un rol de acuerdo a su sexo, por lo que diversos factores multicausales se superponen y moldean las historias personales y colectivas (Batres, 1999; Rocha, 2014).

La familia desempeña un papel fundamental en la satisfacción de necesidades de cada ser humano, de manera que debe funcionar para promover, según Macías (2012): 1) la satisfacción de las necesidades biológicas o de subsistencia (comida, techo, ropa, educación y vida sexual); 2) la satisfacción de necesidades emocionales en las relaciones afectivas interpersonales; 3) el desarrollo de la identidad individual, ligada a la identidad familiar; 4) el inicio del entrenamiento de los roles sociales; 5) la educación, estimulando o no el aprendizaje y la creatividad, y 6) la transmisión de valores, ideología y cultura.

La satisfacción de estas necesidades beneficiará el funcionamiento de la familia en cuanto que tiende a hacer que predomine un clima de bienestar y armonía; de no ser así, la familia manifiesta malestares que se reflejan en su disfunción, o sea, con desarmonía y conflictos entre sus diferentes integrantes y subsistemas (Macías, 2012). Cabe señalar que las funciones familiares se gestan y se ejecutan independientemente de la estructura, los procesos y el contexto social de las familias (Fruggeri, 2005), aunque se ven influenciadas por los cambios que ocurren en el entorno y dentro del sistema familiar.

De acuerdo con Fruggeri (2001; 2005), es importante concebir a la familia más allá de una perspectiva normativa y de la cultura de la desviación –modelo único de familia, nuclear conyugal, con pareja heterosexual y con hijos biológicos–, es decir, desde una perspectiva pluralista, que alude a

la cultura de la diferencia, en la cual las funciones familiares se pueden llevar a cabo en una diversidad de configuraciones familiares (Andolfi, 2003; Fruggeri, 2001, 2005; Macías, 2012; Minuchin y Fishman 2006): la *nuclear conyugal* (familia conformada por el padre, la madre y los hijos engendrados por ellos), la *reconstituida* (formada por dos personas provenientes, ambas o solo una, de otro matrimonio, quienes viven junto a los hijos nacidos de un matrimonio precedente, o bien con los hijos nacidos en ese mismo matrimonio tras su separación, viudez o soltería, y la *monoparental*, integrada al menos por el padre o la madre y un hijo; aunadas a estas, hay otras configuraciones familiares, las que sin embargo no se describirán porque no son retomadas en el presente estudio.

La diversidad de las familias concierne entonces a la singularidad de cada una para garantizar las funciones familiares fundamentales, independientemente de su estructura. Sin embargo, dado que el sistema familiar se encuentra en constante transformación, puede experimentar estrés o tensión (Boss, Bryant y Mancini, 2017) ya que los eventos normativos y no normativos por los que atraviesan a lo largo de las diferentes etapas evolutivas demandan cierta adaptación a las circunstancias para lograr mantener su equilibrio (Chaney, 2020).

Las familias ponen en marcha recursos externos e internos para afrontar cada situación; no obstante, algunas habilidades pueden ser más adaptativas que otras (González y Lorenzo, 2012) ya que las conductas de afrontamiento involucran el manejo simultáneo de varias dimensiones de la vida familiar: *a)* promover independencia y autoestima de sus integrantes, *b)* mantener y desarrollar apoyo social de coherencia y unidad, *c)* sostener condiciones satisfactorias internas para la comunicación y organización familiar, *d)* conservar los lazos de coherencia y unidad, y *e)* mantener esfuerzos para controlar el impacto del estresor y la cantidad de cambio en la unidad familiar (McCubbin, Thomson y McCubbin, 1997).

La forma en que una familia se enfrenta a los estímulos estresores se ha estudiado desde diferentes modelos (ABC-X, ABC-XX), pero son tres componentes los que se han incluido en ellos: *a)* las fuentes del estrés (físicas o psicológicas), las con-

diciones sociales y el aumento del estímulo a partir de ambientes internos o externos; *b*) los resultados del estrés (por ejemplo, sus consecuencias físicas, emocionales, comportamentales, funcionales o relacionales, y *c*) los factores mediadores (por ejemplo, los recursos personales, psicológicos y comunitarios y la evaluación que se hace de los encuentros estresantes) (Lavee, 2013).

El modelo ABC-X (Hill, 1971, 1986) hace posible analizar los factores que determinan las relaciones entre los eventos estresantes y las crisis familiares. La “A” representa el suceso estresor que puede desencadenar una crisis familiar. Cualquier nueva situación requiere de ajustes sustanciales en la familia y puede ser causa de estrés individual en los miembros, en las relaciones entre ellos o en el sistema familiar como un todo. La “B” se refiere a los recursos que tiene la familia para moderar el impacto del estresor, evitar una crisis y afrontarlo (por ejemplo, la autoestima, la integración y la economía familiar). La “C” describe la percepción del evento estresante, esto es, si la familia lo considera manejable, como una oportunidad para crecer o como una catástrofe. Si lo ven como crisis, dicho evento puede paralizar a la familia, hacer que se sienta abrumada por el estrés y con estados psicológicos negativos, como depresión y ansiedad, lo que reduce su bienestar y altera el funcionamiento individual y familiar. Redefinir el evento habilita a la familia para evadir la depresión, la ansiedad y finalmente la crisis. La “X” representa el resultado de la interacción entre A, B y C. Es, pues, el grado en que el estresor precipita una dificultad o, por el contrario, la adaptación familiar. La crisis ocurre cuando la familia, ya sea por falta de recursos disponibles, ya por la inhabilidad de definir funcionalmente el estresor, falla para afrontarlo, causando así su disfunción, desorganización o ruptura (Rosino, 2016; Wilmoth y Smyser, 2009).

Las formas en que las familias resisten al evento estresor, esto es, sus *estrategias de afrontamiento* (Daneshpour, 2017; González y Lorenzo, 2012; Wilmoth y Smyser, 2009) se han estudiado principalmente en relación a los eventos estresantes normativos (Janis, Callahan y Aubuchon-Endsley, 2016); por ejemplo, en familias con un miem-

bro que sufre una enfermedad crónica (Alcalá, Carvalho, Morgado, Girade y Frari, 2016; Coppetti *et al.*, 2019; Nabors *et al.*, 2018; Park y Choi, 2017; Rolland, 2000; Schaffner, 2014), en adultos mayores que padecen abusos por parte de sus cuidadores (Lee, 2009), así como en casos de autismo (Krakovich, McGrew, Yu y Ruble, 2016) y otras discapacidades (Ricketts, 2020), siendo el afrontamiento de los padres (Craig *et al.*, 2019) y los cuidadores (Murphy, Nalbone, Wetchler y Edwards, 2015) los de mayor interés.

Los estudios sobre eventos no normativos se refieren al efecto de las guerras (Rosino, 2016), los desastres naturales (huracanes, incendios, tsunamis) (Felix *et al.*, 2015) y los factores que favorecen la resiliencia (Vigil y Geary, 2008); a su vez, las estrategias de afrontamiento familiar enfocadas a una pandemia (como la de influenza H1N1 ocurrida en el año 2009), se han enfocado en la percepción de riesgo de los padres (Prati, Pietrantonio y Zani, 2011) y en las reacciones de temor de los niños (Remmerswaal y Mirus, 2011).

Es por ello, que en este trabajo se retoma el mencionado modelo como una forma de explicar el impacto de la pandemia por COVID-19 en las familias mexicanas, al ser este un evento no normativo asociado a diversos estresores psicosociales; por ejemplo, cambios abruptos en las rutinas cotidianas, separación de la familia y los amigos, limitaciones en alimentos y medicinas, pérdidas salariales, aislamiento social o distanciamiento social. Asimismo, las personas pueden enfrentar un evento traumatizante, como la muerte de sus seres queridos (Taylor, 2019).

La pandemia de COVID-19 alteró profundamente la vida de las familias. Los padres debieron trabajar en casa o no trabajar mientras cuidaban a sus hijos, sin tener claridad de cuánto tiempo duraría esta medida. Los padres e hijos tuvieron un aumento de estrés y miedo por la información en los medios. Aunado a ello, sobrevino la crisis económica, que incrementó asimismo la angustia parental, el abuso físico y violencia intrafamiliar (Cluver *et al.*, 2020).

La estructura familiar es una de las características que pueden favorecer o desalentar que los niños muestren una mayor vulnerabilidad, o

bien que se adapten o afronten favorablemente la incertidumbre (Espada, Orgilés, Piqueras y Morales, 2020); en efecto, la competencia del subsistema parental para la vinculación puede reducir el efecto del estresor en los niños (Scholten *et al.*, 2020). La cuarentena puede generar altos niveles de estrés porque los niños pierden sus hábitos y rutinas y se instauran en ellos prácticas no saludables, llegando a tener reacciones emocionales intensas, irritabilidad y aislamiento (Espada *et al.*, 2020).

La situación del confinamiento por COVID-19 ha tenido un importante impacto psicológico en el bienestar de las personas que cohabitan. Ha sido una situación única con características específicas relacionadas con el estrés y las estrategias de afrontamiento y de convivencia, por lo que se han requerido instrumentos *ad hoc* que ayuden a diseñar protocolos que reduzcan el estrés y mejoren el bienestar psicológico (Mari *et al.*, 2020).

Desde la perspectiva sistémica es importante ampliar la mirada y considerar que el confinamiento altera el funcionamiento familiar e individual ya que están entretnejidos, especialmente en los niños y adolescentes, que puede tener repercusiones positivas (mayor acercamiento entre los miembros de la familia, resolución de problemas en común y profundización de las relaciones), pero también negativas (conflicto para readaptarse al trabajo, la escuela y las actividades recreativas, enfrentar posibles contagios, tener problemas financieros y dificultades para cumplir con las funciones parentales y actos de violencia) (Günter-Bel, Vilaregut, Carratala, Torras y Pérez, 2020; Salas, Vilaregut, Carratala, Torras y Pérez, 2020).

Prime *et al.* (2020), al retomar ciertos modelos sistémicos de desarrollo humano y funcionamiento o familiar (por ejemplo, la teoría general de sistemas, el modelo ecológico y la teoría de desarrollo de sistemas), subrayan que la pandemia por COVID-19 ha influido particularmente en la adaptación de los hijos en diferentes niveles.

En consecuencia, esta investigación tuvo como objetivo describir las estrategias de afrontamiento que utilizan las familias nucleares mexicanas ante la pandemia por SARS-CoV-2, causante del COVID-19 (Organización Mundial de la Salud

[OMS], 2020), y comparar la percepción que tienen sobre las estrategias de afrontamiento más utilizadas, dependiendo de la edad, sexo y rol familiar de sus integrantes.

MÉTODO

Participantes

El estudio se realizó con una muestra no probabilística de 854 participantes (195 hombre y 659 mujeres), conformada por padres, madres e hijos, divididos en dos grupos. El primer grupo se integró con 93 padres y 341 madres, con una edad de entre 20 y 65 años ($M = 40.5$ y $D.E. = 5$), y el segundo grupo por 102 hijos varones y 318 hijas, con una edad entre 18 y 40 años ($M = 26.2$ y $D.E. = 3$). Como criterios de inclusión se consideraron los siguientes: tener 18 años o más, saber leer y escribir; tener nacionalidad mexicana y vivir en México.

Instrumentos

Formato de datos sociodemográficos y percepción sobre la pandemia.

Describe la información obtenida respecto a la edad, sexo, ocupación, escolaridad y composición familiar.

Escala de Afrontamiento Familiar ante la Pandemia de COVID-19 (Montero *et al.*, en prensa).

Este es un instrumento autoadministrado que se utiliza para medir el afrontamiento familiar ante la pandemia por la COVID-19. Las respuestas se codifican en una escala que va de 1, "Nunca", a 5, "Todo el tiempo", con una puntuación que oscila entre 1 y 115. Tiene un coeficiente omega global (McDonald, 1999) de 0.80, y un coeficiente alfa de Cronbach de .69 a .90 en sus factores. Dicha escala está compuesta por 23 reactivos que explican 67% de la varianza, y seis factores: 1) Comunicación y apoyo del sistema familiar, que hace referencia a los recursos familiares y que se caracteriza por favorecer condiciones satisfactorias internas y comunicar las necesidades afectivas

y de apoyo entre todos los miembros de la familia de forma clara y directa; 2) Colaboración y apoyo conyugal, que es un recurso del subsistema conyugal que favorece la adaptación a la nueva situación; 3) Violencia conyugal, que alude a las conductas y formas de relacionarse que conllevan un afrontamiento desadaptativo que ocurre dentro del subsistema conyugal y que causa un daño directo al sistema familiar total; 4) Apoyo fraterno, que es un recurso interno de la familia que favorece el adecuado afrontamiento del evento estresor, y que se conforma por los hermanos y el primer grupo de iguales con los que se convive, en los que se aprende a formar relaciones de camaradería, cooperación, participación y negociación, pero también a envidiar a sus pares y pelear con ellos; 5) Interacción conflictiva madre-hijo, que se refiere a formas de comportarse y de relacionarse, en las que surgen dificultades para el establecimiento de límites entre los subsistema parental y filial, y 6) Reorganización de los roles familiares, que es un útil recurso interno de todo el sistema familiar porque hay claridad en cuanto a quién realiza qué función, lo que favorece así la adaptación familiar ante una nueva situación.

Procedimiento

El instrumento se difundió a través de redes sociales como WhatsApp, Facebook e Instagram. La aplicación se efectuó mediante un formulario de Google Forms durante la Jornada Nacional de Sana Distancia por COVID-19 en México. La convocatoria fue abierta a todo público, y quienes participaron lo hicieron de forma voluntaria y confidencial, otorgaron su consentimiento para responder el formulario y señalar que deseaban participar en el estudio tras recibir la información correspondiente a los objetivos e instrucciones. Los participantes no recibieron compensación económica de ningún tipo, y para afrontar los sesgos en la medición por aplicar el instrumento en línea se eliminaron de la base de datos las encuestas repetidas y las de quienes no eran mexicanos.

Análisis de datos

Para identificar si había datos fuera de rango, se revisó el valor mínimo y máximo de todas las variables, así como la media y desviación estándar. Se confirmó la normalidad de todas las estrategias de afrontamiento mediante la prueba Shapiro-Wilk (Das y Imon, 2016), siendo significativo el resultado en todas las variables ($p < .001$), lo que indicó que las mismas no mostraban normalidad. Para corroborar las hipótesis de que las estrategias de afrontamiento tendían a variar dependiendo del rol de participante (padres, madres e hijos o hijas), la etapa del ciclo de vida de padres y madres (adultez temprana o adultez media), la etapa del ciclo de vida de los hijos (adolescentes de 18-19 años o adultos jóvenes de 20 a 40 años) y sexo (hombre o mujer) se empleó una prueba U de Mann-Whitney. Se utilizó esta prueba debido a que se buscaba comparar dos muestras independientes con variables cuantitativas sin distribución normal (Flores, Miranda y Villasís, 2017). Los análisis estadísticos se hicieron mediante la paquetería estadística SPSS, v. 25. El cálculo del tamaño del efecto, que permite identificar la magnitud de las diferencias y la potencia estadística –que indica la probabilidad de aceptar la hipótesis nula cuando es falsa–, se efectuó mediante la paquetería G*Power (Allgemeine Psychologie und Arbeitspsychologie, 2011). La anterior señala que un tamaño del efecto pequeño es igual a .20, un tamaño mediano, de .50, y un tamaño grande, de .80; asimismo, que la potencia estadística esperada convencionalmente debe ser igual o mayor a 80% ($1 - \beta = .80$) (cf. Cárdenas, 2014).

RESULTADOS

La estrategia de afrontamiento familiar con la mayor media en ambos grupos fue la de colaboración y apoyo conyugal, seguida por la de apoyo fraterno en la muestra de padres y madres, y la de reorganización de los roles familiares en la de los hijos. Además, en los dos grupos la de menor media fue la estrategia de violencia conyugal, tal como se observa en la Tabla 1.

Tabla 1. Comparación de medias de las estrategias de afrontamiento en la muestra de padres y madres e hijos e hijas.

Estrategias de afrontamiento	Padres/Madres		Hijos/hijas	
	M	D.E.	M	D.E.
1. Comunicación y apoyo del sistema familiar	3.91	.72	3.73	0.87
2. Colaboración y apoyo conyugal	4.26	.67	3.92	0.91
3. Violencia conyugal	2.02	.88	2.18	1.95
4. Apoyo fraterno	4.20	.86	3.63	0.83
5. Interacción conflictiva madre-hijo	2.82	1.01	2.54	1.33

Con el fin de satisfacer el objetivo de conocer si había diferencias significativas en las estrategias de afrontamiento según el rol del participante, se llevó a cabo una prueba U de Mann-Whitney, hallándose diferencias estadísticamente significativas

y con un mayor rango promedio en la muestra de padres y madres en las estrategias de comunicación y apoyo del sistema familiar, colaboración y apoyo conyugal, apoyo fraterno e interacción conflictiva madre-hijo (Tabla 2).

Tabla 2. Diferencias en las estrategias de afrontamiento familiar dependiendo del rol del participante.

Estrategias de afrontamiento	Rol del participante				z	U	p	1-β*	d
	Hijos/Hijas n = 420		Padres/Madres n = 434						
	Rango promedio	Suma de rangos	Rango promedio	Suma de rangos					
1. Comunicación y apoyo del sistema familiar	402.28	168957.50	451.91	196127.50	-2.94	80547.5	.003	.59	.22
2. Colaboración y apoyo conyugal	381.80	160357.50	471.72	204727.50	-5.33	71947.5	.001	.99	.42
3. Violencia conyugal	433.15	181923.00	422.03	183162.00	-0.66	88767.0	.507	.95	.15
4. Apoyo fraterno	353.05	148280.00	499.55	216805.00	-8.70	59870.0	.001	1	.67
5. Interacción conflictiva madre-hijo	378.24	158859.50	475.17	206225.50	-5.77	70449.5	.001	.61	.23
6. Reorganización de los roles familiares	443.60	186313.00	411.92	178772.00	-1.88	84377.0	.059	.53	.11

*1-β = Potencia estadística, d = Tamaño del efecto.

Con el propósito de indagar si existían diferencias significativas en las estrategias de afrontamiento dependiendo de la etapa del ciclo de vida tanto de los padres como de los hijos, se llevaron a cabo dos pruebas U de Mann-Whitney, encontrándose diferencias estadísticamente significativas y con un mayor rango promedio en la muestra de padres y madres en la etapa de adultez temprana en las

estrategias de apoyo fraterno e interacción conflictiva madre-hijo, y en la adultez media en la de reorganización de los roles familiares; los hijos adolescentes, a su vez, alcanzaron un mayor rango promedio en las de comunicación y apoyo del sistema familiar y reorganización de los roles familiares (Tablas 3 y 4).

Tabla 3. Diferencias en las estrategias de afrontamiento familiar dependiendo de la etapa del ciclo de vida de los padres.

Estrategias de afrontamiento	Etapa del ciclo de vida de padres/madres				Z	U	p	1-β*	d
	Padres/madres en la etapa de adultez temprana (n = 222)		Padres/madres en la etapa de adultez media (n = 212)						
	Rango promedio	Suma de rangos	Rango promedio	Suma de rangos					
1. Comunicación y apoyo del sistema familiar	209.59	46528.00	225.79	47867.00	-1.34	21775.0	.178	.81	.17
2. Colaboración y apoyo conyugal	220.00	48839.00	214.89	45556.00	-.42	22978.0	.670	.85	.05
3. Violencia conyugal	214.38	47593.00	220.76	46802.00	-.53	22840.0	.593	.85	.07
4. Apoyo fraterno	230.27	51120.50	204.13	43274.50	-2.17	20696.5	.029	.64	.22
5. Interacción conflictiva madre-hijo	235.55	52293.00	198.59	42102.00	-3.09	195224.0	.002	.26	.15
6. Reorganización de los roles familiares	198.01	43958.50	237.91	50436.50	-3.33	19205.5	.001	.20	.36

*1-β = potencia estadística, d = tamaño del efecto.

Tabla 4. Diferencias en las estrategias de afrontamiento dependiendo de la etapa del ciclo de vida de los hijos.

Estrategias de afrontamiento	Etapa del ciclo de vida de los hijos				Z	U	p	1-β*	d
	Adolescentes (18-19 años) (n = 73)		Adultos jóvenes (20-40 años) (n = 73)						
	Rango promedio	Suma de rangos	Rango promedio	Suma de rangos					
1. Comunicación y apoyo del sistema familiar	80.64	5886350	66.36	4844.50	-2.04	2143.5	.041	.58	.33
2. Colaboración y apoyo conyugal	69.08	5043.00	77.92	5688.00	-1.26	2342.0	.206	.70	.23
3. Violencia conyugal	78.16	5705.50	68.84	5025.50	-1.33	2324.0	.181	.41	.12
4. Apoyo fraterno	70.97	5181.00	76.03	5550.00	-.725	2480.0	.468	.84	.18
5. Interacción conflictiva madre-hijo	73.24	5346.50	73.76	5384.50	-.075	2645.0	.940	.99	.17
6. Reorganización de los roles familiares	81.66	5961.50	65.34	4769.50	-2.34	2068.5	.019	.57	.38

*1-β = potencia estadística, d = tamaño del efecto.

A fin de explorar el objetivo de observar si había diferencias significativas en las estrategias de afrontamiento dependiendo del sexo de los padres y de los hijos, se llevaron a cabo dos pruebas U de Mann-Whitney. Como resultado, se encontraron

diferencias estadísticamente significativas y con un mayor rango promedio en la muestra de hijas en las estrategias de violencia conyugal e interacción conflictiva madre-hijo (Tablas 5 y 6).

Tabla 5. Diferencias en las estrategias de afrontamiento según el sexo de los padres.

Estrategias de afrontamiento	Sexo				z	U	p	1-β*	d
	Hombres n = 93		Mujeres n = 93						
	Rango promedio	Suma de rangos	Rango promedio	Suma de rangos					
1. Comunicación y apoyo del sistema familiar	90.97	8460.0	93.03	8931.0	-.643	4089.0	.520	.75	0.09
2. Colaboración y apoyo conyugal	90.56	8422.5	96.44	8968.5	-.747	4051.5	.455	.87	.18
3. Violencia conyugal	95.63	8893.5	91.37	8497.5	-.545	4126.5	.586	.64	.02
4. Apoyo fraterno	87.80	8165.0	99.20	9226.0	-1.452	3794.0	.147	.65	.21
5. Interacción conflictiva madre-hijo	93.90	8733.0	93.10	8658.0	-.103	4287.0	.918	.94	.02
6. Reorganización de los roles familiares	91.04	8467.0	95.96	8924.0	-.626	4096.0	.531	.71	.07

*1-β = Potencia estadística, d = Tamaño del efecto.

Tabla 6. Diferencias en las estrategias de afrontamiento dependiendo del sexo de los hijos.

Estrategias de afrontamiento	Sexo				z	U	p	1-β*	d
	Mujeres n = 100		Hombres n = 100						
	Rango promedio	Suma de rangos	Rango promedio	Suma de rangos					
1. Comunicación y apoyo del sistema familiar	99.09	9908.5	101.92	10191.5	-.346	4858.5	.729	.80	.35
2. Colaboración y apoyo conyugal	104.23	10423.0	96.77	9677.0	-.913	4627.0	.361	.71	.13
3. Violencia conyugal	108.28	10827.5	92.73	9272.50	-1.91	4222.5	.050	.52	.24
4. Apoyo fraterno	106.83	10682.50	94.18	9417.50	-1.55	4367.5	.121	.78	.28
5. Interacción conflictiva madre-hijo	113.09	11308.5	87.92	8791.5	-3.09	3741.5	.002	.73	.51
6. Reorganización de los roles familiares	100.51	10050.5	100.50	10049.50	-.001	4999.5	.999	1	.51

*1-β = Potencia estadística, d = Tamaño del efecto.

DISCUSIÓN

Según los resultados, las madres y los padres de familia evaluados tienden a presentar puntajes altos en los afrontamientos familiares adaptativos, como la colaboración y el apoyo conyugal. La pareja puede estar centrada en colaborar para enfrentar los problemas porque identifican que sus hijos los necesitan para cubrir sus necesidades instrumentales y afectivas (Macías, 2012); además de que estar más tiempo en casa les ha permitido

aumentar el tiempo de crianza (Ayuso, Requena, Jiménez y Khamis, 2020).

Sin embargo también está presente la violencia conyugal como estrategia, la cual ha aumentado globalmente a partir de la pandemia (Fraenkel y Cho, 2020) ya que la cuarentena ha favorecido las tensiones familiares y la separación de las parejas, fenómenos ya registrados antes en Sudáfrica en los casos de la epidemia de ébola (John, Casey, Carino y McGovern, 2020; Kim y Zulueta, 2020). Tal estrategia, actualmente relacionada con

la pandemia de COVID-19, se ha visto agravada en países como Brasil (Machado, Lordello, Schmidt y De Melo, 2020), la cual se relaciona con el aislamiento debido a las medidas sanitarias y el haber perdido el empleo. En España, una posible explicación a los casos de violencia familiar o de la ruptura de la relación de pareja es que fueron respuestas a problemas preexistentes a la crisis derivada del confinamiento por COVID-19, los que se vieron exacerbadas durante la misma (Ayuso *et al.*, 2020).

El que los jóvenes sean testigos de violencia familiar puede tener repercusiones en su salud mental (Fresco *et al.*, 2018), lo que se puede expresar en conductas agresivas, delictivas o antisociales (Susanne, Pereda y Guilera, 2017) y favorecer conductas físicas y psicológicas violentas contra sus padres (Gallego, Novo, Fariña y Arce, 2019). El hecho de ser testigo de violencia familiar se ha reportado como una experiencia adversa en los niños durante la pandemia de COVID-19, como en Alemania, en donde Calvano *et al.* (2021) identificaron que tanto el estrés parental como ser testigo de la violencia doméstica y el abuso emocional verbal eran más riesgosos en familias con hijos pequeños y con padres más jóvenes.

Desde una perspectiva sistémico-circular, los padres perciben que sus hijos se apoyan entre ellos. El apoyo social entre hermanos está relacionado con la competencia social, la aceptación de los pares, el compromiso académico y la salud mental en la edad adulta (Feinberg, Solmeyer y McHale, 2012).

Los hijos perciben que cuando sus padres colaboran entre ellos, los roles familiares se reorganizan. La ayuda entre la pareja puede acrecentar la calidad de la relación conyugal y tener efectos en el bienestar físico y psicológico de los demás miembros de la familia; sobre todo, en las situaciones demasiado estresantes la pareja puede ser fuente de gran apoyo, gracias al cual es posible activar estrategias de afrontamiento compartidas; el hecho de colaborar lleva a la pareja a tener más emociones positivas (Mari *et al.*, 2020). Tener claridad respecto a las funciones familiares es un elemento importante para una adecuada adaptación ante el evento estresor (Wilmoth y Smyser, 2009). La reorganización de los roles domésticos

promueve un mejor entendimiento entre la pareja, así como una mejoría en la comunicación familiar al pasar los padres más tiempo con sus hijos compartiendo las tareas (Ayuso *et al.*, 2020).

Los presentes autores coinciden con Mari *et al.* (2020) en cuanto a considerar que el manejo del estrés es un proceso colectivo y no individual debido a que la persona no vive en un vacío sino en un contexto interpersonal. Del análisis de datos, un hallazgo interesante es que, a diferencia de lo encontrado por Günter-Bel *et al.* (2020), quienes identificaron que el funcionamiento marital y coparental era mejor entre las parejas jóvenes, en este trabajo se identificó entre los padres mayores de 40 años.

Por otra parte, nuestro estudio coincide con Günter-Bel *et al.* (2020) al considerar que la complejidad de los cambios positivos o negativos ocurren en el nivel de las relaciones y no en la adaptación individual; asimismo, que el funcionamiento parental y de pareja varía de acuerdo con la composición familiar; por ejemplo, los citados autores encontraron que las relaciones conyugales durante el confinamiento eran más armoniosas cuando la pareja no tenía hijos.

Podría considerarse que los participantes adolescentes percibieron una mayor comunicación y un apoyo más sólido del sistema familiar en la reorganización de los roles familiares debido a que en las pandemias o desastres aumenta la conexión social debido a que se siente que todo el mundo está atravesando por la misma circunstancia (Janssen *et al.*, 2020).

Algo que llama la atención es que el sexo de los padres o el ser solteros no se relacionó con el aumento de las experiencias adversas en los niños, por lo que tal vez los efectos negativos en padres e hijos pueden ser atribuibles menos a los factores sociodemográficos o socioeconómicos internos, y más a los factores socioeconómicos específicos derivados de la pandemia, como la pérdida del trabajo o las dificultades económicas (Calvano *et al.*, 2021).

Coincidimos igualmente con Calvano *et al.* (2021) respecto a que hace falta una investigación más extensa para diferenciar el estrés relacionado a la pandemia con el estrés parental al estudiar a los padres según su sexo.

La corresponsabilidad familiar, definida como el tiempo, la energía y el desarrollo de habilidades para favorecer el trabajo emocional, el cuidado de los hijos y llevar a cabo las tareas domésticas, se vio al parecer modificada durante la cuarentena, ya que hubo una mayor participación de los padres; no obstante, habría que clarificar si esta colaboración tiene que ver con un reparto equitativo del trabajo de las mujeres (Gómez y Jiménez, 2015), porque también mejoró la organización de los roles familiares en los hijos varones. Sería necesario analizar si en la medida en que los padres participan más en las labores de la casa, los hijos varones también lo hacen.

Los presentes autores coinciden también con Günter-Bel *et al.* (2020) en cuanto a que para dar cuenta del funcionamiento familiar de forma más compleja habría que explorar otras opciones para acceder a más voces entre las familias. Se recomienda, pues, ampliar el estudio a familias con otras configuraciones, por ejemplo hogares monoparentales femeninos con hijos adolescentes para hacer comparaciones con lo encontrado en

Argentina por Bazán, Brückner, Giacomazzo, Gutiérrez y Maffeo (2020); los autores descubrieron que hay un alto porcentaje de tales hogares, lo que hace que la pandemia implique una considerable sobrecarga para tales familias. De igual modo, es necesario escuchar la voz de los menores de edad, ya que sus necesidades durante la epidemias y desastres aún no son plenamente conocidas; sin embargo, es claro que requieren de una parentalidad estable, balanceada y en calma (Demaria y Vicari, 2021).

Por último, hay también coincidencia con Machado *et al.* (2020) respecto a que el futuro postpandémico requiere de políticas sociales en las que la salud mental sea una meta común en los sectores políticos, educativos, de protección social y de salud, y con Janssen *et al.* (2020) en cuanto a que la atención en línea tendría que ser accesible y segura para las personas de todas las edades y estratos de la sociedad, toda vez que todos y cada uno puede beneficiarse de las diferentes estrategias de afrontamiento ante el confinamiento.

Citación: Toiber-Rodríguez, M.N., Montero-Pardo, X., Padilla-Bautista, J.A., Aguilar-Delgadillo, C. y Espinoza-Salgado, F.S. (2022). Estrategias de afrontamiento ante la pandemia por COVID-19 en familias nucleares: diferencias entre padres e hijos. *Psicología y Salud*, Número Especial, 68-81. <https://doi.org/10.25009/pys.v32i3.2800>.

REFERENCIAS

- Alcalá, D., Carvalho, A., Morgado, A., Girade, M. y Frari, S. (2016). Estrategias de enfrentamiento de familiares de pacientes con trastornos mentales. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 24(9), e2799. Doi: 10.1590/1518-8345.1311.2799.
- Allgemeine Psychologie und Arbeitspsychologie (2011). *Statistical power analyses for Mac and Windows*. Recuperado de <https://www.psychologie.hhu.de/arbeitsgruppen/allgemeine-psychologie-und-arbeitspsychologie/gpower.html>.
- Andolfi, M. (1991). *Terapia familiar. Un enfoque interaccional*. Madrid: Paidós.
- Ayuso, L., Requena, F., Jiménez R., O. y Khamis, N. (2020). The effects of COVID-19 confinement on the Spanish family: Adaptation or change? *Journal of Comparative Family Studies*, 51(3-4), 274-287. Doi: 10.3138/jcfs.51.3-4.004.
- Batres, G. (1999). *El lado oculto de la masculinidad. Tratamiento para ofensores. Programa regional de capacitación contra la violencia doméstica*. Guatemala: Servicios Gráficos de Las Américas, S.A.
- Bazán, C., Brückner, F., Giacomazzo, D., Gutiérrez, M. y Maffeo, F. (2020). *Adolescentes, COVID-19 y aislamiento social, preventivo y obligatorio*. Buenos Aires: FUSA, A.C.
- Boss, P., Bryant, C.J. y Mancini, J. (2017). *Family stress management: A contextual approach* (3th ed.). Los Angeles, CA: Sage.
- Calvano, C., Engelke, L., Di Bella, J., Kindermann, J., Renneberg, B. y Winter, S. (2021). Families in the COVID-19 pandemic: parental stress, parent mental health and the occurrence of adverse childhood experiences—results of a representative survey in Germany. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 31(7), 1-13. Doi: 10.1007/s00787-021-01739-0.
- Cárdenas C., J. (2014). Potencia estadística y cálculo del tamaño del efecto en G*Power: complementos a las pruebas de significación estadística y su aplicación en psicología. *Salud y Sociedad*, 5(2), 210-244. Doi: 10.22199/s07187475.2014.0002.00006.
- Chaney, C. (2020). Family stress and coping among African Americans in the age of COVID-19. *Journal of Comparative Family Studies*, 51(3-4), 254-266. Doi: 10.3138/jcfs.51.3-4.003.

- Cluver, L., Lachman, J., Sherr, L., Wessels, I., Krug, E., Rakotomalala, S., Blight, S., Hillis, S., Bachman, G., Green, O., Butchart, A., Tomlinson, M., Ward, C., Doubt, J. y McDonald, K. (2020). Parenting in a time of COVID-19. *The Lancet*, 11395(10231), e64. Doi: 10.1016/s0140-6736(20)30736-4.
- Coppetti, L., Girardon-Perlini, N., Andolhe, R., Silva L., Dapper, S. y Noro, E. (2019). Caring ability, burden, stress and coping of family caregivers of people in cancer treatment. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(6), 1541-1546. Doi: 10.1590/0034-7167-2018-0605.
- Craig, F., Savino, R., Scoditti, S., Lucarelli, E., Fanizza, I., De Rinaldis, M. y Trabacca, A. (2019). Coping, stress and negative psychological outcomes in parents of children admitted to a Pediatric Neurorehabilitation Care Unit. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*, 55(6), 772-782. Doi: 10.23736/S1973-9087.19.05695-8.
- Daneshpour, M. (2017). Examining family stress: Theory and research. *Quarterly of Clinical Psychology Studies*, 7(28), 1-7. Doi: 10.22054/jcps.2017.8150.
- Das, K. e Imon, R. (2016). A brief review of tests for normality. *American Journal of Theoretical and Applied Statistics*, 5(1), 5. Doi: 10.11648/j.ajtas.20160501.12.
- Demaria, F. y Vicari, S. (2021). COVID-19 quarantine: Psychological impact and support for children and parents. *Italian Journal of Pediatrics*, 47(58), 1-4. Doi: 10.1186/s13052-021-01005-8.
- Desatnik, O. (2004). El modelo estructural de Salvador Minuchin. En L.L. Eguiluz (Ed.): *Terapia familiar: Su uso hoy en día* (pp. 49-79). México: Pax.
- Epstein, N.B., Baldwin, L.M. y Bishop, D.S. (1983). The Mc-Master Model of family functioning: a view of the normal family. En F. Walsh (Ed.): *Normal family processes* (pp. 190-199). New York: The Guilford Press.
- Espada, J., Orgilés, M., Piqueras, J. y Morales, A. (2020). Las buenas prácticas en la atención psicológica infanto-juvenil ante el COVID-19. *Clínica y Salud*, 31(2). Doi: 10.5093/clysa2020a14.
- Feinberg, M., Solmeyer, A. y McHale, S. (2012). The third rail of family systems: Sibling relationships, mental and behavioral health, and preventive intervention in childhood and adolescence. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 15(1), 43-57. Doi: 10.1007/s10567-011-0104-5.
- Felix, E., Afifi, T., Kia-Keating, M., Brown, L., Afifi, W. y Reyes, G. (2015). Family functioning and posttraumatic growth among parents and youth following wildfire disasters. *American Journal of Orthopsychiatry*, 85(2), 191-200. Doi: 10.1037/ort0000054
- Flores R., E., Miranda N., M.G. y Villasís K., M.Á. (2017). El protocolo de investigación VI: Cómo elegir la prueba estadística adecuada. *Estadística inferencial. Alergia México*, 64(3), 364. Doi: 10.29262/ram.v64i3.304.
- Fraenkel, P. y Cho, W. (2020). Reaching up, down, in, and around: Couple and family coping during the coronavirus pandemic. *Family Process*, 59(3), 847-864. Doi: 10.1111/famp.12570.
- Fresco M., P., Arrom, C., Arrom, M.A., Ruoti, M., Arrom, C.M. y Capurro, M. (2018). Hogares de madres embarazadas con niños, niñas y adolescentes testigos de violencia doméstica. *Revista Científica de Estudios e Investigaciones*, 7(1), 92-100. Doi: 10.26885/rcei.7.1.92.
- Fruggeri, L. (2001). Los conceptos de mononuclearidad, plurinuclearidad en la definición de familia. *Revista del Centro Milanese di Terapia della Famiglia*, 8, 11-22.
- Fruggeri, L. (2005). *Diverse normalita: psicologia della relazioni familiari*. Roma: Carocci Editore.
- Fruggeri, L. (2016). *Diferentes normalidades: Psicología social de las relaciones familiares*. Zapopan, Jal. (México): Página Seis.
- Gallego, R., Novo, M., Fariña, F. y Arce, R. (2019). Child-to-parent violence and parent-to-child violence: A meta-analytic review. *The European Journal of Psychology Applied to Legal Context*, 11(2), 51-59. Doi: 10.5093/ejpalc2019a4.
- Gómez, V. y Jiménez, A. (2015). Corresponsabilidad familiar y el equilibrio trabajo-familia: medios para la equidad de género. *Revista Latinoamericana*, 14(40), 377-396.
- González, I. (2000). Las crisis familiares. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 16(3), 280-286.
- González, I. y Lorenzo, A. (2012). Propuesta teórica acerca del estrés familiar. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 15(2), 416-432.
- Günter-Bel, C., Vilaregut, A., Carratala, E., Torras G., S. y Pérez T., C. (2020). A mixed-method study of individual, couple, and parental functioning during the state-regulated COVID-19 lockdown in Spain. *Family Process*, 59(3), 1060-1079. Doi: 10.1111/famp.12585.
- Haley, J. (2003). *Terapia no convencional*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Hill, R. (1971). Modern systems theory and the family: A confrontation. *Social Science Information*, 10(5), 7-26. Doi: 10.1177/053901847101000501.
- Hill, R. (1986). Life cycle stages for types of single parent families: Of family development theory. *Family Relation*, 35(1), 19-30. Doi: 10.2307/584278.
- Janis, B., Callahan, J. y Aubuchon-Endsley, N. (2016). Birth complications and parental stress reactions: Moderated by family coping. *Practice Innovations*, 4, 243-252. Doi: 10.1037/pri0000032.

- Janssen L., H.C., Kullberg M., L.J., Verkuil, B., van Zwieten, N., Wever M., C.M. y van Houtum, L. (2020). Does the COVID-19 pandemic impact parents' and adolescents' well-being? An EMA- study on daily affect and parenting. *PLOS ONE*, 15(10), 1-21. Doi: 10.1371/journal.pone.0240962.
- John, N., Casey, S.E., Carino, G. y McGovern, T. (2020). Lessons never learned: Crisis and gender-based violence. *Developing World Bioethics*, 20, 65-68. Doi: 10.1111/dewb.1226.
- Kim, A. y Zulueta, J. (2020). Japanese families and COVID-19: "Self-restraint", confined living spaces, and enhanced interactions. *Journal of Family Comparative Studies*, 51(3-4), 360-368. Doi: 10.3138/jcfs.51.3-4.011.
- Krakovich, T., McGrew, J., Yu, Y. y Ruble, L. (2016). Stress in parents of children with autism spectrum disorder: An exploration of demands and resources. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 46(6), 2042-2053. Doi: 10.1007/s10803-016-2728-.
- Lavee, Y. (2013). Stress processes in families and couples. En G. Peterson y K. Bush (Eds.): *Handbook of marriage and the family* (pp. 159- 176). New York: Springer. Doi: 10.1007/978-1-4614-3987-5.
- Lee, M. (2009). A path analysis on elder abuse by family caregivers: Applying the ABCX model. *Journal of Family Violence*, 24(1), 1-9. Doi: 10.1007/s10896-008-9192-5.
- Machado S., I., Lordello, S., Schmidt, B. y De Melo, G. (2020). Brazilian families facing the COVID-19 outbreak. *Journal of Comparative Family Studies*, 51(3-4). Doi: 10.3138/jcfs.51.3-4.008.
- Macías, R. (2012). *Entendiendo y tratando el corazón de la familia. Un modelo dinámico, sistémico, integrativo*. México: El Saber Instituto.
- Mari, E., Frascchetti, A., Lausi, G., Pizzo, A., Baldi, M., Paoli, E., Giannini, A. y Avallone, F. (2020). Forced cohabitation during coronavirus lockdown in Italy: A study on coping, stress and emotions among different family patterns. *Journal of Clinical Medicine*, 9, 3906, 2-18. Doi: 10.3390/jcm9123906.
- McCubbin, H., Thompson, A. y McCubbin, M. (1997). *Family assessment: Resiliency, coping and adaptation: Inventories for research and practice*. Madison, WI: University of Wisconsin Publishers.
- McDonald, R.P. (1999). *Test theory: A unified treatment*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Minuchin, S. y Fishman, H. (2006). *Técnicas de terapia familiar*. Madrid: Paidós.
- Montero P., X. (en prensa). *Validez y confiabilidad de una escala de afrontamiento familiar ante la pandemia por COVID-19*.
- Murphy, J., Nalbone, D., Wetchler, J. y Edwards, A. (2015). Caring for aging parents: The influence of family coping, spirituality/religiosity, and hope on the marital satisfaction of family caregivers. *The American Journal of Family Therapy*, 43(3), 238-250. Doi: 10.1080/01926187.2015.1034636.
- Nabors, L., Cunningham, J.F, Lang, M., Wood, K., Soutwick, S. y Stough, C.O. (2018). Family coping during hospitalization of children with chronic illnesses. *Journal of Child and Family Studies*, 27, 1482-1491. Doi: 10.1007/s10826-017-0986-z.
- Organización Mundial de la Salud (2020). *Definición de pandemia*. Ginebra: OMS. Recuperado de http://epidemiologia.salud.gov.mx/anuario/html/glosario.html?fbclid=IwAR0lgs4r07DESL4gsNSLbmhZx6IgxolbghKrBrCRViz3cjp0cNSN33__v4k.
- Park, G.H. y Choi, Y. (2017). Family stress and coping from hospitalization of clients with severe alcohol use disorder in Korea. *Journal Addictions Nursing*, 28(1), 4-10. Doi: 10.1097/JAN.0000000000000154.
- Prati, G., Pietrantoni, L. y Zani, B. (2011). A social-cognitive model of pandemic influenza H1N1 risk perception and recommended behaviors in Italy. *Risk Analysis*, 31(4), 645-656. Doi: 10.1111/j.1539-6924.2010.01529.x.
- Prime, H., Wade, M. y Browne, D.T. (2020). Risk and resilience in family well-being during the COVID-19 pandemic. *American Psychologist*, 75(5), 631-643. Doi: 10.1037/amp0000660.
- Remmerswaal, D. y Muris, P. (2011). Children's fear reactions to 2009 swine flu pandemic: The role of threat information as provided by parents. *Journal of Anxiety Disorders*, 25(3), 444-449. Doi: 10.1016/j.janxdis.2010.11.008.
- Ricketts, J. (2020). *Family satisfaction as a function of cohesion, flexibility, and coping among parents of children with Down syndrome* (Doctoral dissertation). Memphis, TN: University of Memphis. Recuperado de ProQuest Dissertations and Theses Database (27834490).
- Rocha, T. (2014). Hombres en la transición de roles y la equidad de género: retos, desafíos, malestares y posibilidades. En T. Rocha y I. Lozano (Eds.): *Debates y reflexiones en torno a las masculinidades: analizando los caminos hacia la igualdad de género* (pp. 41-66). Ciudad de México: UNAM.
- Rolland, J. (2000). *Familias, enfermedad y discapacidad. Una propuesta desde la terapia sistémica*. Barcelona: Gedisa.
- Rosino, M. (2016). ABC- X Model of Family Stress and Coping. En C. L. Sheban (Ed.): *The Wiley Blackwell Encyclopedia of Family Studies*. New York: John Wiley & Sons. Doi: 10.1002/9781119085621.wbefs313.
- Salas, G., Santander, P., Precht, A., Scholten, H., Moretti, R. y López L., W. (2020). COVID-19: impacto psicosocial en la escuela en Chile. Desigualdades y desafíos para Latinoamérica. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 38(2), 1-17. Doi: 10.12804/revistas.urosario.edu.co/apl/a.9404.

- Schaffner, L. (2014). *Family functioning and coping: Mediators and moderators between severity and internalizing disorders for children with NFI* (Doctoral dissertation). Washington, D.C.: The George Washington University. Recuperado de ProQuest Dissertations and Theses (3635151).
- Scholten, H., Quezada S., V., Salas, G., Barria A., N., Rojas J., C., Molina, R y Somarriva, F. (2020). Abordaje psicológico del COVID-19: una revisión narrativa de la experiencia latinoamericana. *Revista Interamericana de Psicología*, 54(1), 1-24.
- Susanne, G., Pereda, N. y Guilera, G. (2017). ¿Contar o callar?: La respuesta de los adolescentes del sistema de justicia juvenil ante las experiencias de exposición indirecta a violencia. *Revista Española de Investigación Criminológica*, 3(15), 1-23.
- Taylor, S. (2019). *The psychology of pandemics. Preparing for the next global outbreak of infectious disease*. Cambridge, MA: Cambridge Scholars Publishing.
- Umbarger, C. (1983). *Terapia familiar estructural*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Vigil, J. y Geary, D. (2008). A preliminary investigation of family coping styles and psychological well-being among adolescent survivors of hurricane Katrina. *Journal of Family Psychology*, 22(1), 176-180. Doi: 10.1037/0893-3200.22.1.176.
- Wilmoth, J.D. y Smyser, S. (2009). The ABC-X model of family stress in the book of Phillipians. *Journal of Psychology and Theology*, 37(3), 155-162. Doi: 10.1177/009164710903700301.

Estrés percibido durante la pandemia del COVID-19 en estudiantes universitarios de Popayán (Colombia)

Stress perceived during the COVID-19 pandemic in university students of Popayán (Colombia)

Nancy Janneth Molano Tobar, Raquel Amalia Vélez Tobar
y Efraín Alirio Rojas Galvis

Universidad del Cauca¹

Autor para correspondencia: Nancy Janneth Molano Tobar, najamoto@unicauca.edu.co.

RESUMEN

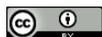
Objetivo. Identificar el nivel de estrés percibido durante la pandemia del COVID-19 en Universitarios de Popayán-Colombia. *Método.* Estudio descriptivo correlacional con una muestra probabilística de 295 estudiantes de una universidad pública, a quienes se aplicó la Escala de Estrés Percibido (EEP) a través de un formulario electrónico, utilizando métodos descriptivos de tendencia central y de dispersión y correlación de Pearson, calculados mediante el software SPSS, v. 24.0. *Resultados.* Se logró determinar que la población universitaria en el último mes exhibía un considerable nivel de estrés debido al proceso de aislamiento por la pandemia de COVID-19. De igual manera, se encontró un significativo nivel de estrés ante la preocupación de no superar las dificultades. *Discusión y conclusiones.* Los participantes manifestaron un componente que afecta su salud mental ante la situación, el cual está mediado por las condiciones socioeconómicas y las expectativas de futuro en el ámbito académico y social, mayor en los varones que en las mujeres. Lo anterior sugiere la necesidad de tomar medidas de prevención y promoción relacionadas con la salud mental.

Palabras clave: Estrés; Estudiantes universitarios; Salud mental; Afrontamiento; Pandemia de COVID-19.

ABSTRACT

Objective. Identify the stress level perceived during the COVID-19 pandemic in University students of Popayán-Colombia. *Material and methods.* Descriptive correlational study with a probabilistic sample of 295 students from a public university, to whom the Perceived Stress Scale (PSS) was applied after the assent and signing of the informed consent through an electronic form, using descriptive methods of central tendency and dispersion, and a Pearson correlation ($p < 0.05$) with the SPSS, v. 24.0, software. *Results.* It was possible to determine that the university population presented a level of stress in the last month due to the isolation process that is developing worldwide. *In the same way,* a high significance ($p = 0.000$) was found between the sense of nervousness with the concern about not overcoming difficulties. *Discussion and conclusions.* University students manifested a component that affected their mental health, mediated by socioeconomic conditions and expectations of the future in the academic and social fields, having a more significant effect on men.

¹ Calle 5, Núm. 4-70, Popayán, Colombia, tel. (57)6028209800, correos electrónicos: raquelvelez@unicauca.edu.co y earojas@unicauca.edu.co.



These results stress the need to suggest prevention and promotion measures related to mental health.

Key words: Stress; University students; Mental health; Coping; COVID-19 pandemic.

Recibido: 17/11/2021

Aceptado: 19/08/2022

La preocupación actual por la salud como algo más que la ausencia de enfermedad, en estos momentos, se encuentra en el centro de los debates sobre prevención en materia de salud pública; de hecho, los recientes sucesos relacionados con la pandemia de COVID-19 han llevado a que los países tengan una mayor conciencia de los procesos de salud que de las acciones militares o políticas (Ho, Chee y Ho, 2020).

Los últimos reportes y avances han generado campañas para la protección de las personas en todo el mundo que toman como base diferentes estrategias, como el aislamiento y el autocuidado (Niño y Abaunza, 2015). Otros esfuerzos en países como China han propiciado un detallado plan de intervención psicológica que cubre principalmente las siguientes tres áreas: creación de equipos médicos de intervención psicológica que ofrecen cursos en línea para guiar al personal médico a tratar problemas de la índole; equipos con línea directa de asistencia psicológica que proporcionan orientación y supervisión para resolver problemas psicológicos, e intervenciones psicológicas grupales que suministran diversas actividades para liberar el estrés (Chen *et al.*, 2020). Lastimosamente, en países en desarrollo como Colombia tales avances apenas alcanzan al personal médico y se olvidan las necesidades de salud mental del resto de la población.

Por lo anterior, es importante entender que la salud mental es fundamental para la salud pública, y hay muchas razones para que sea así: los trastornos mentales son frecuentes, pues afectan a dos de cada cinco personas adultas en dicho país (Posada, 2013); ningún nivel socioeconómico o área geográfica es inmune a ellos; son costosos econó-

mica y emocionalmente para la persona, la familia y la sociedad, y la coexistencia de enfermedades físicas y trastornos mentales es igualmente frecuente (Ministerio de la Protección Social y Fundación FES Social, 2005). La promoción de la salud se superpone en estos dominios, y los beneficios de la prevención son comunes a todos; de ahí la importancia de precisar cómo ha influido esta pandemia en el estado emocional y el estrés de los estudiantes universitarios, entre muchos otros grupos.

La salud mental representa un punto de vital importancia, y más aún teniendo en cuenta que, según los datos de la Encuesta Nacional de Salud Mental (Gómez, Escudero, Matallana, González y Rodríguez, 2015), 40.1 % de la población colombiana de entre 18 y 65 años ha sufrido, está sufriendo o sufrirá alguna vez en la vida un trastorno psiquiátrico diagnosticado; de estos, 16 % en el último año y 7.4 %, en el último mes. Los trastornos de ansiedad encabezan la lista (19.5 %), y luego les siguen los relacionados al estado de ánimo (13.3 %), los del control de impulsos (9.3 %) y los concernientes al consumo de sustancias psicoactivas (9.4 %) (Ministerio de la Protección Social y Fundación FES Social, 2005).

Al comparar la prevalencia de los trastornos mentales en Colombia con la obtenida en otros países asociados a la salud mental, a través de catorce estudios homólogos, Colombia ocupa los cinco primeros puestos en algunas enfermedades mentales, el segundo puesto en el trastorno por control de impulsos, el cuarto en los relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas y en los trastornos de separación en la infancia, el de déficit de atención, el de conducta, el negativo desafiante, el de separación del adulto y la bulimia nerviosa, y el quinto lugar en los trastornos del estado de ánimo (Ministerio de la Protección Social y Fundación FES Social, 2005).

En investigaciones de años anteriores, poco más de 50% de los estudiantes informaba que la ansiedad era la principal razón para buscar atención, dato alarmante que se refleja en que solo una pequeña parte de los estudiantes que se suicidan establecen contacto con los centros de asesoramiento de sus instituciones (Son, Hegde, Smith, Wang y Sasangohar, 2020).

El estado emocional percibido se define como la capacidad personal para identificar las condiciones somáticas o fisiológicas y las sensaciones asociadas a las emociones (ira y hostilidad, culpa, vergüenza, dolor, tristeza, alegría, esperanza, amor, etc.) que se producen en respuesta a una situación concreta constituida por estímulos externos relevantes para la supervivencia, ya por el procesamiento de estímulos simbólicos, ya por la activación de memorias afectivas o emocionales (Lema *et al.*, 2010).

El estado emocional suele considerarse como uno de los elementos importantes en el afrontamiento de situaciones difíciles, y puede tener consecuencias directas en la salud (Feng *et al.*, 2019). Por ejemplo, un elevado nivel de estrés afecta el sistema inmunológico y, al igual que la ansiedad, puede llevar a asumir otros comportamientos de riesgo para la salud, como fumar, beber alcohol de manera excesiva, consumir drogas o alterar los hábitos alimentarios (Lema *et al.*, 2010; Zamarripa *et al.*, 2016).

En los últimos años, las investigaciones en salud mental se han centrado cada vez más en los estudiantes universitarios, dado que las características de esa etapa, junto con los desafíos que afrontan en la universidad, como el manejo de la autonomía, las responsabilidades académicas o las expectativas personales y familiares, pueden propiciar la aparición de trastornos mentales en los jóvenes (Barrera, Neira, Raipán, Riquelme y Escobar, 2019).

En Colombia, tales trastornos afectan especialmente a niños, adolescentes y adultos jóvenes de entre 9 y 23 años (Arrivillaga, Cortés, Goicochea y Lozano, 2004; Jiménez, Martínez y Sánchez, 2012), lo que empeora en gran medida el pronóstico, la productividad académica y económica de la población y, al final de cuentas, el capital global, que incluye los factores personales, simbólicos, culturales y relacionales.

La pandemia de COVID-19 ha puesto en riesgo la salud mental de la población en general. Brooks *et al.* (2020) indican que la prevalencia de epidemias acentúa o crea nuevos factores estresantes, como el miedo y la preocupación por uno mismo o por los seres queridos; limitaciones del movi-

miento físico y de las actividades sociales debidas al aislamiento, y cambios repentinos y radicales de los estilos de vida. Por ello, la importancia de evidenciar los procesos que atraviesan los estudiantes universitarios para así poder generar estrategias que mitiguen las futuras complicaciones de la salud.

Sin duda alguna, es de sorprender la escasa atención prestada en el entorno académico a la investigación del estado emocional de los estudiantes en los ámbitos regional y local; por ello, es necesario generar un rastreo inicial de la salud mental de la referida población, ya que es cierto que la situación actual de Colombia debida a la pandemia ha acarreado cambios radicales en las relaciones interpersonales, lo que ha generado adaptaciones que traen consigo eventos estresantes que podrían desencadenar sensaciones de no poder dar más de sí mismo (agotamiento) y responder con una actitud negativa de autocrítica, desvalorización y pérdida de interés, dificultando así procesos cognitivos de gran importancia, como la atención y la concentración, o favoreciendo el abandono de conductas adaptativas, como las dedicadas al estudio y la asistencia a clases (Molano, Vélez y Rojas, 2019).

Por consiguiente, el presente estudio con enfoque cuantitativo de tipo correlacional y corte transversal buscó identificar el nivel de estrés percibido durante la pandemia COVID-19 en los estudiantes de pregrado de una universidad pública colombiana, debido a que los jóvenes afrontan nuevas responsabilidades en el proceso académico caracterizado por la pandemia de COVID-19.

MÉTODO

Participantes

El universo de trabajo estuvo conformado por los estudiantes matriculados oficialmente en los distintos programas de pregrado de una institución de educación superior pública (IES) de la ciudad de Popayán, Colombia.

Dicha institución cuenta con una población de 1,250 estudiantes de distintos cursos ofrecidos en el Programa de Actividad Física Formativa, de

los cuales se seleccionó una muestra de 295, escogidos de forma probabilística, con un margen de error de 5% y un nivel de confianza de 95%. Se efectuó un muestreo estratificado por facultades, correspondiendo 33 alumnos a cada una de las nueve facultades de la IES.

Los criterios de inclusión fueron, a saber: tener entre 15 y 25 años de edad, estar matriculado en alguno de los cursos que ofrece el citado programa, así como leer, aceptar y firmar el formato de consentimiento informado; además, en el caso de ser menor de edad, contar con el asentimiento de su tutor legal.

Instrumentos

Escala de Estrés percibido (PSS)
(Cohen, Kamarck y Mermelstein, 1983).

La recolección de la información se realizó en el segundo periodo escolar de 2020 mediante el envío de la versión euroespañola de la Escala de Estrés percibido (EEP) (Remor, 2006), a través de los correos electrónicos institucionales.

Validada al español por Remor y Carrobbles (2001), tiene un coeficiente alfa de Cronbach de 0.89, que indica una alta confiabilidad.

Un instrumento de autoinforme, evalúa el nivel de estrés percibido durante el último mes y consta de catorce ítems que se agrupan en dos factores de siete ítems cada uno. El primer factor, denominado “Expresión de estrés”, califica la percepción de pérdida de control en el manejo del estrés, mientras que el segundo, “Control del estrés”, hace referencia a la percepción de satisfacción o éxito en el manejo de dicha condición.

La escala utiliza la opción de respuesta cerrada en una escala Likert de cinco puntos (de 0 = “Nunca”, a 4 = “Muy a menudo”). La puntuación total de la EEP se obtiene invirtiendo las puntuaciones de los ítems 4, 5, 6, 7, 9, 10 y 13 de la siguiente manera: 0 = 4, 1 = 3, 2 = 2, 3 = 1 y 4 = 0) y sumando a continuación las puntuaciones de los catorce ítems. Una puntuación alta indica un mayor nivel de estrés percibido.

Los ítems de la escala son fácilmente comprensibles y las alternativas de respuesta son fáciles de marcarse sin dificultad.

Análisis de datos

Los datos fueron analizados con el programa Statistical Product and Service Solutions (SPSS), versión 24.0. Se aplicaron los estadísticos de tipo descriptivo simple y bivariado, como frecuencias relativa y absoluta. Además, se utilizó la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov, la cual indicó que la muestra tenía una distribución normal.

Para determinar la correlación entre variables, se empleó el índice de correlación de Pearson, con una significancia de $p \leq 0.05$ y la prueba de Mann-Whitney para identificar diferencias significativas entre hombres y mujeres, acorde a los requerimientos que plantea la medición de la variable analizada.

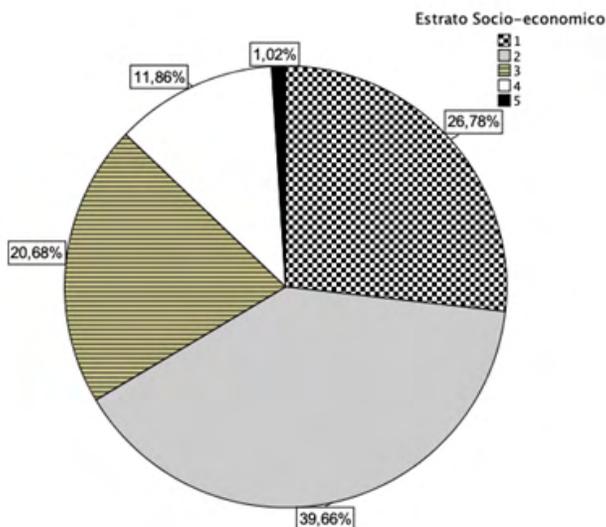
Procedimiento

En cuanto a los aspectos éticos y legales, se presentó el proyecto al Comité de Ética de la institución, el cual los avaló al catalogarlo como carente de riesgo al apegarse las disposiciones de la Resolución 8430 del Ministerio de Salud para Colombia y la Declaración de Helsinki para el trabajo con seres humanos. Adicionalmente a ello, una vez explicados los objetivos del estudio se solicitó a los participantes la firma de los formatos de consentimiento y asentimiento informados de manera electrónica. Atendiendo la Ley 1581 de Protección de Datos de Colombia (Congreso de la República de Colombia, 2012), se garantizó el respeto y la confidencialidad de los participantes y de la información proporcionada.

RESULTADOS

Se encontró que 138 participantes eran del sexo masculino (46.8%) y 157 del femenino (53.2%), con una media de edad de 20.53 y desviación típica de 1.66 años. El estado civil manifestado correspondió a 85.8% de solteros ($n = 253$) y 7.1% mantenía una relación de unión libre ($n = 21$). Respecto al estrato socioeconómico, los resultados se muestran en la Gráfica 1, indicando que su nivel de acceso a los servicios públicos variaba entre escaso y básico.

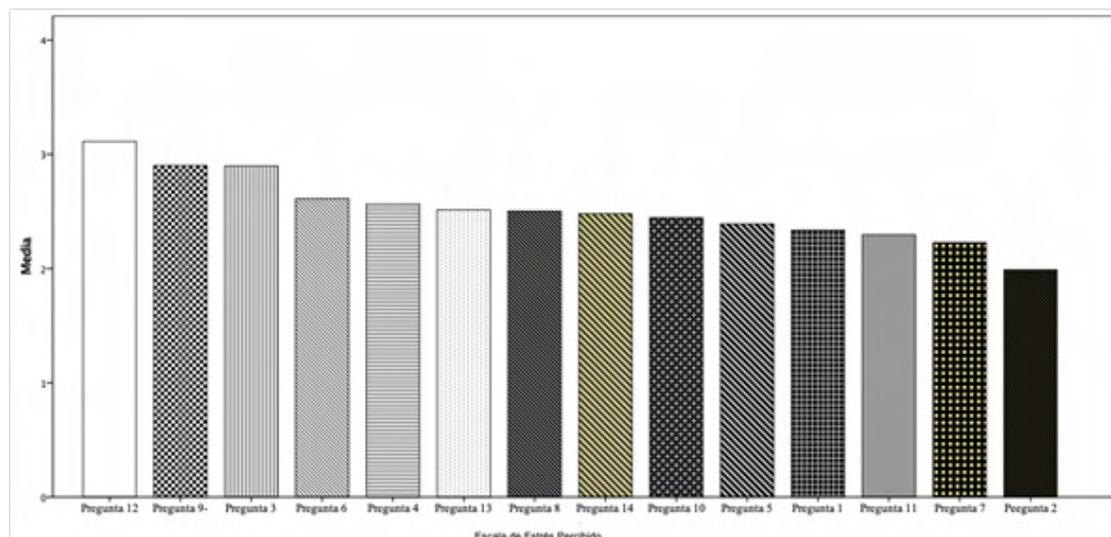
Gráfica 1. Distribución del estrato socioeconómico.



Con relación a la EEP, se encontró que la puntuación media para la muestra completa (hombres y mujeres combinados) fue 35.12 (D.E.= 5.59), oscilando entre 21 y 52. El ítem con mayor puntuación correspondió a la pregunta “¿Con qué frecuencia ha pensado sobre las cosas que le faltan por hacer?”, en la que 44.4% respondió “A menudo”, seguido de la puntuación “Muy a menudo”, con

33.9%. La otra pregunta a la cual los participantes contestaron en un mayor porcentaje fue “¿Con qué frecuencia ha podido controlar las dificultades de su vida?”, respondiendo “A menudo”, con 50.8% seguido de “De vez en cuando”, con 24.7%. En la Gráfica 2 se aprecia la escala de respuestas de la muestra con relación a las preguntas.

Gráfica 2. Valoración de la Escala de Estrés Percibido en la población.



Los resultados que se presentan en la Tabla 1 permiten establecer las diferencias entre los grupos y muestran significancias entre “El último mes” con la respuesta “De vez en cuando”; en efecto, 31.2% manifestó incapacidad para controlar las cosas

importantes en su vida, y de la misma manera se aprecia que 39.7% había afrontado de una manera efectiva los cambios importantes ocurridos en su vida.

Tabla 1. Descripción del nivel de estrés percibido de acuerdo al sexo.

Ítems	Fem.	Masc.	<i>p</i>
1. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado afectado por algo que ha ocurrido inesperadamente?	2.32	2.36	0.548
2. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido incapaz de controlar las cosas importantes en su vida?	2.00	1.98	0.053
3. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido nervioso o estresado?	2.86	2.94	0.156
4. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha manejado con éxito los pequeños problemas irritantes de la vida?	2.52	2.62	0.509
5. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que ha afrontado efectivamente los cambios importantes que han estado ocurriendo en su vida?	2.31	2.49	0.083
6. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado seguro sobre su capacidad para manejar sus problemas personales?	2.56	2.67	0.973
7. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las cosas van bien?	2.15	2.30	0.943
8. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que no podía afrontar las cosas que tenía que hacer?	2.45	2.57	0.128
9. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha podido controlar las dificultades de su vida?	2.89	2.91	0.637
10. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido que tenía todo bajo control?	2.45	2.43	0.444
11. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado enfadado porque las cosas que le han ocurrido estaban fuera de su control?	2.30	2.29	0.366
12. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha pensado sobre las cosas que le quedan por hacer?	3.07	3.16	0.106
13. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha podido controlar la forma de pasar el tiempo?	2.45	2.59	0.146
14. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puede superarlas?	2.53	2.43	0.631

El análisis de la correlación, hecho mediante el coeficiente de Pearson ($p \leq 0.05$), se aprecia en la

Tabla 2, y muestra correlaciones altas y moderadas para las variables.

Tabla 2. Correlación de variables.

Variables	Significancia	Pearson	Clasificación
¿Con qué frecuencia se ha sentido nervioso o estresado? vs. ¿Con qué frecuencia ha sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puede superarlas?	0.000	0.619	Alta
¿Con qué frecuencia ha sentido que no podía afrontar las cosas que tenía que hacer? vs. ¿Con qué frecuencia ha sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puede superarlas?	0.000	0.587	Moderada
¿Con qué frecuencia se ha sentido incapaz de controlar las cosas importantes en su vida? vs. ¿Con qué frecuencia ha sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puede superarlas?	0.000	0.505	Moderada
¿Con qué frecuencia ha sentido que las cosas van bien? vs. ¿Con qué frecuencia ha sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puede superarlas?	0.000	-0.505	Moderada

DISCUSIÓN

En el presente estudio, la edad promedio de los estudiantes universitarios concuerda con la de otras investigaciones (Tuta, Lee y Martínez, 2015), los cuales indican que la edad aproximada a la que se accede a los estudios universitarios es entre 15 y

24 años, lo que de acuerdo a Daeun *et al.* (2018), es el periodo de mayor reactividad emocional y plasticidad neuronal, pero a la vez, según los indicadores de Colombia, es cuando se toman importantes decisiones sobre el matrimonio y la crianza de hijos (Varela, Tenorio, Henao, Salcedo y Urrego, 2016); asimismo, en este rango de edad son

frecuentes los comportamientos impulsivos y de riesgo, que incluyen la experimentación con drogas, el sexo sin protección y la conducción imprudente de vehículos (Steinberg, 2007).

Se evidenció que la población colombiana ha acatado el confinamiento en casa debido a la pandemia de COVID-19, establecido por el decreto presidencial 417 del 17 de marzo de 2020; también se establecieron medidas alternativas por parte del gobierno, como el cierre de escuelas y universidades, al igual que los cines, teatros y museos. Al igual que en otros países, se suspendieron asimismo los servicios religiosos, los encuentros deportivos de aficionados y profesionales, y todos los eventos que atrajesen grandes multitudes (Casanova *et al.*, 2019), lo que ha acarreado angustia e incertidumbre en la muestra aquí analizada.

Se lograron establecer las diferencias entre el estrés percibido y el sexo, las cuales indican que los varones obtuvieron puntuaciones de estrés percibido más elevadas que las mujeres, resultado que concuerda con los de otros estudios (Steinberg, 2007), que señalan que los hombres y las mujeres ponen en práctica diferentes herramientas para afrontar las situaciones angustiantes. Lo anterior difiere de los resultados de Campo, Oviedo y Herazo (2015), quienes encontraron que las mujeres muestran mayores índices de estrés que los varones, hallazgos que Molero, Pérez, Oropesa Simón y Linares (2019) explican afirmando que las mujeres, en virtud de las situaciones sociales y familiares que viven, tienden a desarrollar una mayor inteligencia emocional, lo que les hace posible poner en práctica una considerable variedad de habilidades y competencias no cognitivas que influyen en su capacidad para tener éxito ante las demandas y presiones cotidianas; además, el hecho de asumir la crianza de los hijos casi por entero aumenta en cierta manera su capacidad para afrontar las situaciones estresantes.

En el presente estudio no se encontró una relación entre la edad de los participantes y el nivel de afrontamiento del estrés, lo que difiere de resultados como los de Blankstetn y Flett (1992), que a la vez indican que la percepción de estrés tiende a disminuir con la edad y el nivel de estudios, ya que estas características permiten en el individuo tener una mejor base y mayor conciencia

sobre el desarrollo de los eventos y de las acciones necesarias para encarar la angustia y las situaciones que generan estrés.

Frente la existencia de esta pandemia, se evidencia la inquietud palpable de los estudiantes universitarios por su futuro. De acuerdo a los estudios de Eisenberg, Downs, Golberstein y Zivin (2009), los jóvenes continuamente reflejan preocupaciones de índole académica, social y financiera, y teniendo en cuenta que los participantes de esta investigación se sitúan en los estratos económicos 1 y 2, tal situación se complica aún más, toda vez que muchos de ellos deben realizar trabajos para solventar sus estudios y manutención, a diferencia de los estudiantes de niveles socioeconómicos superiores y se corrobora con lo encontrado en otros estudios (Bastias y Stieповch, 2014) en los que se infiere que la situación socioeconómica es un limitante para que muchos estudiantes desarrollen sus actividades académicas de una mejor manera.

Se advierte que los participantes advertían un considerable nivel de estrés, lo cual se relaciona con las dificultades que se acumulan tanto que no pueden superarlas, lo que concuerda con los planteamientos de Salvarani *et al.*, (2020), quienes señalan que el incremento de las actividades extraescolares fomenta en los niños y adolescentes mayores niveles de estrés, lo que se asocia a que muchos de ellos no saben todavía priorizar las actividades académicas por sobre las sociales (Jamieson y Mendes, 2016). Ante ello, Ali *et al.* (2019) aducen que los jóvenes atraviesan un periodo de vulnerabilidad única asociada al estrés personal, y basado en una probabilidad casi infinita de afrontar desafíos personales y ambientales que exceden los recursos personales de que disponen para afrontarlas.

El EEP mide no solo las respuestas negativas a los estresores, sino también la percepción del grado de capacidad que se tiene para afrontarlos. Por lo tanto, percibirse a uno mismo como un ser angustiado puede implicar tanto una experiencia o reacción afectiva negativa como una percepción de la capacidad propia para lidiar efectivamente con eventos o cambios, lo que hará posible planear más investigaciones en torno a la situación planteada por la pandemia de COVID-19.

CONCLUSIONES

Los resultados muestran que los estudiantes han sufrido un significativo nivel de estrés durante la pandemia de COVID-19 y que son los varones quienes han experimentado más manifestaciones. Fue posible apreciar que el confinamiento fomenta

desajustes que influyen en lo social como en lo académico debido a las expectativas que los jóvenes tienen sobre su futuro.

Esta investigación es un paso para predecir síntomas de depresión y la necesidad de plantear acciones de prevención y de apoyo psicológico desde el hogar y en las instituciones educativas.

AGRADECIMIENTOS

Los autores agradecen a todos los estudiantes que participaron e hicieron valiosos aportes a este estudio; de la misma manera, a la Vicerrectoría de Investigaciones de la Universidad del Cauca por el apoyo concedido mediante las convocatorias internas para desarrollos investigativos.

Citación: Molano T., N.J., Vélez T., R.A. y Rojas G., E.A. (2022). Estrés percibido durante la pandemia del COVID-19 en estudiantes universitarios de Popayán (Colombia). *Psicología y Salud*, Número Especial, 82-90. <https://doi.org/10.25009/pys.v32i3.2793>.

REFERENCIAS

- Ali, N.M., Nowshad, N.A., Mansoor, K.M., Ibnouf, R.A., Albehiery, R.M., Carrick, F.R. y Abdulrahman, M. (2019). Perceived academic and psychological stress among adolescents in United Arab Emirates: Role of gender, age, depression, and high expectation of parents. *Psychiatria Danubina*, 31, s331-s337.
- Arrivillaga Q., M., Cortés G., C., Goicochea J., V.L. y Lozano O., T.M. (2004). Caracterización de la depresión en jóvenes universitarios. *Universitas Psychologica*, 3(1), 17-26.
- *Barrera H., A., Neira C., M., Raipán G., P., Riquelme L., P. y Escobar, B. (2019). Perceived social support and socio-demographic factors in relation to symptoms of anxiety, depression and stress in Chilean university students. *Archivos de Alergia e Inmunología Clínica*, 24(2), 105-115. Doi: 10.5944/rppc.23676.
- Bastias A., E. y Stiepovch B., J. (2014). Una revisión de los estilos de vida de estudiantes universitarios iberoamericanos. *Ciencia y Enfermería*, 20(2), 93-101. Doi: 10.4067/s0717-95532014000200010.
- Blankstetn, K.R. y Flett, G.L. (1992). Specificity in the assessment of daily hassles: Hassles, locus of control, and adjustment in college students. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 24(3), 382-398. Doi: 10.1037/h0078738.
- Brooks, S.K., Webster, R.K., Smith, L.E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N. y Rubin, G.J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet*, 395(10227), 912. Doi: 10.1016/s0140-6736(20)30460-8.
- Campo A., A., Oviedo, H.C. y Herazo, E. (2015). Escala de Estrés Percibido-10: Desempeño psicométrico en estudiantes de medicina de Bucaramanga, Colombia. *Revista de la Facultad de Medicina*, 62(3), 407-413. Doi: 10.15446/revfacmed.v62n3.43735.
- Casanova, M., Pagani B., E., Silva, M., Patriarca, C., Veneroni, L., Clerici, C.A., Spreafico, F., Luksch, R., Terenziani, M., Meazza, C., Podda, M., Biassoni, V., Schiavello, E., Chiaravalli, S., Puma, N., Bergamaschi, L., Gattuso, G., Sironi, G., Massimino, M. y Ferrari, A. (2019). How young patients with cancer perceive the Covid-19 (coronavirus) epidemic in Milan, Italy: is there room for other fears? *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(9), 1689-1699. Doi: 10.1017/CBO9781107415324.004.
- Chen, Q., Liang, M., Li, Y., Guo, J., Fei, D., Wang, L., He, L., Sheng, C., Cai, Y., Li, X., Wang, J. y Zhang, Z. (2020). Mental health care for medical staff in China during the COVID-19 outbreak. *The Lancet Psychiatry*, 7(4), e15-e16. Doi: 10.1016/s2215-0366(20)30078-X LK.
- Cohen, S., Kamarck, T. y Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24(4), 385-396.
- Congreso de la República de Colombia (2012). Ley estatutaria 1581 por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales. *Diario Oficial* No. 48.587 de 18 de octubre de 2012.

- Daeun, P., Yu, A., Metz, S.E., Tsukayama, E., Crum, A.J. y Duckworth, A.L. (2018). Beliefs about stress attenuate the relation among adverse life events, perceived distress, and self-control. *Child Development Basics*, 89(6), 2059-2069. Doi: 10.1016/j.physbeh.2017.03.040.
- Eisenberg, D., Downs, M.F., Golberstein, E. y Zivin, K. (2009). Stigma and help seeking for mental health among college students. *Medical Care Research and Review*, 66(5), 522-541. Doi: 10.1177/1077558709335173.
- *Feng, W., Leesa, L., Mingming, X., Leah, L. Jingjing, L. y Xudong, Z. (2019). Mental health among left-behind children in rural China in relation to parent-child communication. *International Journal of Environmental Research of Public Health*, 16(10), 1855. Doi: 10.3390/ijerph16101855.
- Gómez R., C., Escudero S., C., Matallana E., D., Gonzalez B., L. y Rodriguez R., V. (2015). *Encuesta Nacional de Salud Mental*. Bogotá: Fundación Cultural Javeriana de Artes Gráficas.
- Ho, C.S., Chee, C.Y. y Ho, R.C. (2020). Mental health strategies to combat the psychological impact of COVID-19 beyond paranoia and panic. *Annals of the Academy of Medicine, Singapore*, 49(1), 1-3.
- Jamieson, J.P. y Mendes, W.B. (2016). Social stress facilitates risk in youths. *Journal of Experimental Psychology*, 145(4), 467-485. Doi: 10.1037/xge0000147.
- Jiménez T., M., Martínez M., P. y Sánchez A., I. (2012). Relationship between perceived stress and negative mood: differences according to of coping style. *Anales de Psicología*, 28(1), 28-36.
- Lema S., L.F., Salazar T., I.C., Varela A., M.T., Tamayo C., J.A., Rubio S., A. y Botero P., A. (2010). Comportamiento y salud de los jóvenes universitarios: satisfacción con el estilo de vida. *Pensamiento Psicológico*, 5(12). Doi: 10.11144/106.
- *Ministerio de la Protección Social y Fundación FES Social (2005). *Estudio Nacional de Salud Mental Colombia 2003*. Bogotá: CYC Gráficas, Ltda.
- Molano, N.J., Vélez T., R.A. y Rojas G., E.A. (2019). Actividad física y su relación con la carga académica de estudiantes universitarios. *Hacia la Promoción de la Salud*, 24(1), 112-120. Doi: 10.17151/hpsal.2019.24.1.10.
- Molero J., M.M., Pérez F., M.C., Oropesa R., N.F., Simón M., M.M. y Linares J., J.G. (2019). Self-efficacy and emotional intelligence as predictors of perceived stress in nursing professionals. *Medicina (Lithuania)*, 55(6), 1-14. Doi: 10.3390/medicina55060237.
- Niño R., D.C. y Abaunza L., N. (2015). Relación entre dependencia emocional y afrontamiento en estudiantes universitarios. *Revista Electrónica Psyconex*, 7(10), 1-27. <https://revistas.udea.edu.co/index.php/Psyconex/article/view/23127>.
- Posada, J. (2013). La salud mental en Colombia. *Biomédica*, 33(4), 497-498.
- Remor, E. (2006). Psychometric properties of a European Spanish version of the Perceived Stress Scale (PSS). *Spanish Journal of Psychology*, 9(1), 86-93. Doi: 10.1017/s1138741600006004.
- Remor E., A. y Carrobes J., A. (2001). Versión española de la Escala de Estrés Percibido (PSS-14): Estudio psicométrico en una muestra VIH+. *Ansiedad y Estrés*, 7, 195-201.
- Salvarani, V., Ardenghi, S., Rampoldi, G., Bani, M., Cannata, P., Ausili, D., DiMauro, S. y Strepparava, M.G. (2020). Predictors of psychological distress amongst nursing students: A multicenter cross-sectional study. *Nurse Education in Practice*, 65(7), 1713-1718. Doi: 10.1002/art.37949.Rheumatoid.
- Son, C., Hegde, S., Smith, A., Wang, X. y Sasangohar, F. (2020). Effects of COVID-19 on college students' mental health in the United States: Interview survey study. *Journal of Medical Internet Research*, 22(9). Doi: 10.2196/21279.
- Steinberg, L. (2007). Risk taking in adolescence: New perspectives from brain and behavioral science. *Current Directions in Psychological Science*, 16(2), 55-59. Doi: 10.1111/j.1467-8721.2007.00475.x.
- Tuta G., H., Lee O., B.I. y Martínez T., J. (2015). Prevalencia y factores de asociados de sobrepeso y obesidad, en estudiantes universitarios de 18 a 25 años en Pamplona norte de Santander durante el primer periodo del 2013. *CES Salud Pública*, 6(1), 21-26. Doi: 10.21615/2931.
- Varela A., M.T., Tenorio B., Á.X., Henao G., C.A., Salcedo R., S. y Urrego R., A.M. (2016). Rol de las prácticas parentales en la promoción de actividad física en la primera infancia en la ciudad de Cali. *Hacia la Promoción de la Salud*, 21(2), 27-40. Doi: 10.17151/hpsal.2016.21.2.3.
- Zamarripa, J., Castillo, I., Tomás, I., Tristán, J. y Álvarez, O. (2016). El papel del profesor en la motivación y la salud mental de los estudiantes de educación física. *Salud Mental*, 39(4), 221-227. Doi: 10.17711/sm.0185-3325.2016.026.

Reticencia vacunal para la enfermedad de COVID-19 en una muestra colombiana: un estudio inicial

Vaccine reluctance for COVID-19 disease in a Colombian sample: an initial study

*Aldayr David Rosero Bolaños, Jhonatan Andrés Pantoja Salas
y Erika Mabel Ruiz Melo*

Universidad de Nariño¹

Autor para correspondencia: Aldayr David Rosero Bolaños, davidbrs058@gmail.com.

RESUMEN

El presente trabajo tuvo como objetivo determinar las razones que describe una muestra de 204 adultos colombianos para rechazar el proceso de inmunización para la enfermedad COVID-19. Teniendo en cuenta que la temática es novedosa, y que los estudios similares o relacionados son limitados, los alcances de esta investigación se centraron en identificar dichos argumentos, tanto de forma específica, como agrupados en dimensiones. Para ello, se estableció una metodología de tipo cuantitativo-descriptiva, mediante la cual se calcularon los promedios y las desviaciones estándar de las subescalas de la prueba RV-COVID-19, además de efectuar un análisis de frecuencias de cada ítem. En cuanto a los resultados más relevantes, se encontró que la subescala de *Mitos y creencias* puntuó más alto que las demás, mostrando también los promedios más altos en el análisis por ítems; sin embargo, se destacan también ciertos elementos, relacionados con la distancia que hay que recorrer hasta los puntos de vacunación, el tiempo que puede tardar este proceso y el temor al dolor que la aplicación produce como justificaciones para no vacunarse. Por otra parte, las pruebas correlacionales mostraron que la variable Nivel educativo tuvo una relación significativa de carácter negativo, mientras que las variables Edad y Sexo no mostraron tener significancia estadística.

Palabras clave: Reticencia vacunal; Vacunación; COVID-19.

ABSTRACT

This study aimed to determine the reasons provided by a sample of 204 Colombian adults for rejecting the immunization process for the COVID-19 disease. Considering that this topic is novel and that similar or related studies are limited, the scope of this research focused on identifying arguments both specifically and grouped in dimensions. A descriptive quantitative methodology included the averages and standard deviations of the RV-COVID-19 test's subscales. Procedures also included performing an analysis of frequencies per item. The main results suggest that the myths and beliefs subscale scored higher than the others, showing the highest averages in the analysis by items. However, certain elements still require attention, such as the distance to the vaccination points, the time this process may take, and the fear of the pain generated by the vaccine application. Finally, correlational tests showed that educational level had a significant negative relationship, while age and sex did not show statistical significance.

Key words: Vaccine reluctance; Vaccination; COVID-19.

¹ Programa de Psicología, Calle 18 núm. 50-02, Ciudadela Universitaria Torobajo Pasto, Nariño, Colombia, tel. (602)724-43-09.



Recibido: 17/01/2022

Aceptado: 29/08/2022

El SARS-CoV-2, identificado como el agente infeccioso causante de la enfermedad COVID-19, que actualmente sigue catalogada como pandemia por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2021), ha mostrado tener una alta transmisibilidad y una tasa de mortalidad considerable, especialmente en personas de la tercera edad y en aquellas que presentan comorbilidades, como obesidad e hipertensión (Bhopal y Bhopal, 2020; Guan *et al.*, 2020; Wang, Li, Lu y Huang, 2020).

El número de fallecimientos en todo el mundo es hoy día superior 4'680,000 (Organización Panamericana de la Salud, 2021; Our World In Data, 2021), mientras que Colombia se aproxima a una cifra de 130 mil muertes desde el arribo del virus al país (Instituto Nacional de Salud, 2021), lo que da idea de la elevada capacidad patógena de este agente y su impacto demográfico, los que se han sumado a la saturación de los sistemas hospitalarios —especialmente en los servicios de cuidados intensivos y los de terapia respiratoria (Lambarri, 2020)—. No obstante, los datos epidemiológicos indican una clara tendencia a la baja de los diferentes efectos de esta enfermedad, la que ha mostrado una reducción de cerca de 70% en la tasa de mortalidad en países como Italia (Flacco *et al.*, 2021). En el caso de Colombia, la situación es similar; en efecto, se aprecia una disminución en el número de fallecimientos diarios, que han pasado de 130 a 32 fallecimientos en promedio cuando se comparan el mes de septiembre de 2020 con el de 2021 (Instituto Nacional de Salud, 2021).

Dicha tendencia mundial a la baja, según diversos expertos, es producto de las diferentes medidas establecidas por los diferentes gobiernos y autoridades sanitarias, como el distanciamiento físico, el uso obligatorio de cubrebocas, la asepsia en manos y superficies (Chen, Rodewald, Lai y Gao, 2021), y sobre todo la vacunación, siendo este el mecanismo más eficaz para reducir la aparición de signos y síntomas graves propios del COVID-19, como también prevenir la hospitalización y la muerte del paciente (Casas y Mena, 2021).

En cuanto a este último mecanismo de mitigación de la enfermedad grave y de la muerte por COVID-19, se ha llevado a cabo en la actualidad un importante número de estudios enfocados en identificar aspectos tales como la eficacia, la eficiencia y los efectos secundarios de las diferentes vacunas desarrolladas hasta el momento. En relación a ello, se conocen más de 70 biológicos en diferentes fases de desarrollo que se basan en diferentes plataformas, como por ejemplo vectores virales, cadenas de proteínas, virus inactivados y vacunas basadas en ácidos nucleicos (Heinz y Stiasny, 2021), sobresaliendo, por ejemplo, la BNT162b2 y la mRNA-1273, conocidas popularmente por el nombre de los laboratorios que las fabrican (Pfizer, AstraZeneca, Sinovac, Moderna, etc.) (Sharma *et al.*, 2021). Sin embargo, los avances tecnológicos y científicos continúan, por lo que se espera que en los próximos meses haya una mayor cantidad de vacunas disponibles para mejorar la cobertura mundial de este servicio de salud (Heinz y Stiasny, 2021).

Desde la llegada de la primera vacuna aprobada por autoridades como la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA), hasta octubre de 2021 se había reportado la aplicación de más de seis mil millones de dosis en todo el orbe, lo que significa que cerca de 38% de la población total cuenta ya con el esquema completo de vacunación (Google, 2021). Aun así, es importante señalar que el porcentaje antes mencionado no es homogéneo en las diferentes regiones del mundo, pues los países de la Unión Europea, al igual que China y Estados Unidos, son los que concentran la mayor cantidad de personas vacunadas (76% de su población), mientras que algunas regiones de África, como también de Centro y Sudamérica, donde algunos países no cuentan siquiera con información estadística disponible de este proceso (Mathieu *et al.*, 2021), muestran un preocupante rezago en el número de personas inmunizadas.

Colombia reporta la administración de cerca de 45 millones de dosis de las diferentes vacunas, lo que significa que cerca de 39% de la población contaba hasta el año 2021 con el régimen completo del proceso de inmunización, y que cerca de 52% de habitantes tenía al menos una dosis de alguna de las diferentes vacunas disponibles en el

país (Our World in Data, 2021). Si bien las estadísticas indican que el porcentaje de población inmunizada en Colombia es similar a la global, en relación a la región sus cifras de vacunación están por debajo de Chile, Uruguay, Ecuador y México (Statista, 2021).

Respecto a lo anterior, se podría pensar que el rezago del proceso de vacunación en Colombia se debe exclusivamente al retraso en la llegada de las vacunas en relación a otros países, a la limitada disponibilidad de las mismas, al retraso de la distribución de estos biológicos en zonas apartadas y a elementos propios del sistema de salud, según han señalado autores como Guarnizo, García y León (2021) y la Organización Mundial de la Salud (2021); no obstante, se sabe que una de las causas por las cuales hay retraso o rechazo en los procesos de vacunación se deben a factores psicológicos, sociales y culturales, los que hacen que las personas se nieguen a que se les aplique esta medida de protección contra el COVID-19.

Si bien es amplia y concluyente la evidencia científica de la eficacia y eficiencia de las vacunas para evitar la aparición de síntomas y la muerte en el caso de diferentes enfermedades, hay sectores de la sociedad que se resisten a ellas, al punto de crear grupos y movimientos “antivacunas” que han generado un fuerte rechazo a su aplicación a través de protestas pacíficas, recursos legales y acciones pedagógicas (Galindo y Molina, 2021; Romero, 2021). Como muestra de ello, hay incluso movimientos que han decidido rechazar los procesos de inmunización contra enfermedades tales como la viruela y el papiloma humano, y actualmente contra el COVID-19 (Cepero, 2017).

Las razones y justificaciones para tal reticencia y son variadas, y van desde las explicaciones pseudocientíficas relacionadas con el desarrollo natural y la nula intervención artificial del sistema inmune (Bernal, Morales y Moreno, 2021), hasta las complejas teorías conspirativas que afirman que las vacunas son herramientas de control mental o que forman parte de un plan de exterminio o depuración de la humanidad (Vega, 2020). Esta situación, que se ha hecho más evidente durante la pandemia por COVID-19 y su actual proceso de

vacunación, ha develado la necesidad de prestar mayor atención a tales creencias y conductas debido a que constituyen un obstáculo en la lucha contra esta nueva enfermedad y otras ya conocidas, puesto que su expansión supone la posibilidad de consolidar creencias e imaginarios que dificultarán a futuro el adecuado desarrollo de diversos procesos de inmunización ya consolidados; por ejemplo, los esquemas de vacunación infantil, la viruela o el papiloma humano (Fernández y Baquero, 2019).

La revisión documental que aquí se reporta tuvo como objetivo identificar las razones, referidas por una muestra de adultos de la ciudad San Juan de Pasto (Colombia) que han rechazado los diferentes procesos de vacunación contra el COVID-19, que pueden agruparse en diferentes categorías, como la dificultad de acceso a este servicio de salud (Guarnizo *et al.* 2021), el temor y el sobredimensionamiento de los riesgos (Gomes, 2012; Gómez y Zamanillo, 2005), los mitos y creencias (Ullah, Khan, Tahir, Ahmed y Harapan, 2021; Vega, 2020) y la desinformación (García y Aguilar, 2018) como las predominantes en el fenómeno de la reticencia vacunal.

MÉTODO

Participantes

El presente trabajo empleó una muestra de 204 participantes, de los cuales 92 (45%) fueron varones y 112 mujeres (55%), cuyas edades oscilaron entre 18 y 78 años ($M = 39.9$, $D.E. = 16.94$). Se realizó un muestreo no probabilístico, de tipo incidental, basado en los principios de la técnica de “bola de nieve”, en la que los mismos participantes del estudio identifican, se acercan o incentivan a otros sujetos que cumplen con los criterios de inclusión a participar en una investigación (Baltar y Gorjup, 2012).

Los criterios de inclusión fueron ser mayores de edad y residir en Colombia, así como no haberse vacunado contra el COVID-19 al momento de responder la encuesta.

Instrumentos

Cuestionario sociodemográfico

Este instrumento permitió identificar el sexo, la edad y el nivel de escolaridad de los participantes.

Reticencia Vacunal para COVID-19 (RV-COVID-19).

Elaborada *ex profeso* para este estudio, se estructura en cuatro factores que se califican en una escala de cuatro opciones de respuesta, con recorrido de 0 a 3: Barreras de acceso al servicio de vacunación (cinco ítems); Sobredimensionamiento del riesgo (cinco ítems); Mitos y creencias (siete ítems) y Desinformación (cinco ítems), los que se califican como “Nada importante” (0), “Poco importante” (1), “Medianamente importante” (2) y “Muy importante” (3).

Cabe aclarar que para garantizar la validez y la comprensión de los ítems que componen el instrumento se desarrolló un proceso de pilotaje con 25 participantes, a quienes se dieron algunas recomendaciones relacionadas con conectores verbales y palabras difíciles de comprender, siendo sus observaciones un importante insumo para corregir algunos ítems de la prueba.

Por último, se calcularon algunas estadísticas para determinar las propiedades psicométricas de la prueba, hallándose un adecuado nivel de confiabilidad para la escala general ($\alpha = 0.84$), con coeficientes α para las subescalas de entre .79 y .91, y mostrando además un buen nivel de ajuste para el modelo de cuatro factores propuesto por los autores, los que arrojaron los siguientes estadísticos: $KMO = .87$; $p < 0.05$.

Procedimiento

A través de un proceso de boca a boca y de una convocatoria efectuada a través de redes sociales, como Facebook y WhatsApp, se conjuntó a un grupo de participantes que satisfacían los criterios de inclusión ya descritos, quienes después invitaron a otras personas que cumplieran igualmente dichas condiciones.

Una vez identificados los Participantes potenciales, se estableció contacto con ellos vía telefónica o por medio de WhatsApp a fin de detallarles los procedimientos, fases y objetivos de la

presente investigación, así como para formularles una invitación formal para que formasen parte de la misma. Una vez que se contó con su aprobación, se les envió mediante correo o mensaje electrónico un formulario elaborado en Google Forms que contenía la descripción del estudio, la información necesaria para establecer contacto con el equipo investigador, el formato de consentimiento informado, el cuestionario sociodemográfico y la escala denominada RV-COVID-19.

El tiempo medio para el llenado de dicho instrumento fue de 12 minutos.

Elementos éticos y bioéticos

Esta investigación y sus diferentes fases se fundamentaron en las disposiciones nacionales relacionadas con los estudios con seres humanos en el área de la psicología y la salud en general.

De acuerdo con lo anterior, se tuvieron en cuenta los principios éticos considerados en el Código Deontológico y Bioético del Psicólogo en Colombia (Ley 1090 de 2006), especialmente la aplicación del formato consentimiento informado, como también el uso adecuado de los instrumentos psicométricos aplicados; además, se atendieron los lineamientos establecidos en la Resolución 8430 de 1993, en la que se dictan las normas científicas, técnicas y administrativas para una investigación en salud en el país, especialmente su título II: “De la investigación en seres humanos”. Cabe mencionar que se brindó de manera adecuada toda la información necesaria a los participantes, además de hacerles explícitos el objetivo del estudio y los riesgos y beneficios del mismo; por otra parte, se subrayó el carácter anónimo, confidencial y voluntario de su participación, así como la posibilidad de abandonar el estudio en el momento que lo decidieran.

Análisis de datos

Inicialmente, se hizo el vaciado y depuración de la información recolectada a través del software Excel, para su posterior análisis en el SPSS, v. 23 (IBM, 2015).

Se efectuó dicho análisis con el de los estadísticos descriptivos y las frecuencias en el cues-

cionario sociodemográfico, seguido del cálculo del promedio y la desviación estándar de los puntajes de los factores del instrumento RV-COVID-19 y de los puntajes generales.

Seguidamente, se calcularon los estadísticos descriptivos (media y desviación estándar) de cada ítem de la prueba, obteniéndose asimismo un análisis de frecuencias para dichos reactivos.

Se complementó el presente examen con el cálculo de índices de correlación empleando la prueba *Rho* de Spearman a fin de identificar las relaciones entre los puntajes de las subescalas de la prueba, la prueba general y las variables de edad, sexo y nivel educativo.

RESULTADOS

El cálculo de los promedios de los puntajes de las subescalas y los totales de la prueba RV-COVID-19 (Tabla 1) indica que la subescala *Mitos y creencias* ($M = 5.78$; D.E. = 4.73) alcanzó el promedio más alto, seguido de la subescala *Barreras de acceso a los servicios de vacunación* ($M = 3.13$; D.E. = 3). En relación a este análisis, es posible observar que los promedios de las subescalas *Desinformación* y *Sobredimensionamiento del riesgo* mostraron estadísticos similares.

Tabla 1. Promedio y desviación estándar (puntajes de la prueba RV-COVID-19).

Subescala	M	D.E.
Barreras de acceso al servicio de vacunación	3.13	3.00
Sobredimensionamiento del riesgo	2.75	3.01
Mitos y creencias	5.78	4.73
Desinformación	2.83	3.55
Total	14.49	9.03

En relación con lo anterior, se puede inferir que, en la muestra utilizada, los mitos y las creencias sobre las vacunas pueden ser determinantes al momento de tomar la decisión de evadir los procesos de inmunización contra el COVID-19, sin que ello implique que se deban desestimar aspectos tales como las barreras para la vacunación, la desinformación y la percepción de los riesgos con relación a este servicio de salud.

En cuanto al análisis estadístico por ítems (Tabla 2), se halló que los números 11 (“*La sospecha de que la vacuna está hecha para matar a la gente y controlar la sobrepoblación*”), 17 (“*La sospecha de que la vacuna es solo un negocio para algunas empresas o países*”) y 1 (“*La distancia que debo recorrer al puesto de vacunación es larga*”) son los que alcanzaron el mayor promedio y porcentaje de participantes, quienes los calificaron como aspectos importantes al momento en que decidieron no vacunarse. De lo anterior, llama la atención que los ítems 11 y 17 pertenecen a la subescala *Mitos y creencias*, la cual aglomera los reactivos con los promedios más altos (que oscilan entre .96 y .72), superando las medias de los demás, a excepción del número 1.

Respecto a la distribución de frecuencias, se

encuentra que los ítems de la mencionada subescala muestran que la mayor cantidad de participantes calificó las afirmaciones de la prueba RV-COVID-19 con las opciones “Medianamente importante” y “Muy importante”, agrupando así cerca de 20% del total de participantes; pese a ello, ítems como el 1 (“*La distancia que debo recorrer al puesto de vacunación es larga*”), 4 (“*Las filas y el tiempo de espera en los puntos de vacunación*”), 7 (“*Temor al dolor que genera la vacuna*”), 18 (“*La idea de que mi sistema inmune [las defensas del cuerpo] son suficientes para combatir eficazmente a cualquier enfermedad*”) y 22 (“*La información de que la vacuna no es eficaz, por lo que no vale la pena correr riesgos*”) se aproximan a ese porcentaje, por lo cual se podrían considerar relevantes al momento de generar reticencia vacunal en la presente muestra.

Por otra parte, el análisis de frecuencias muestra que todos los ítems tienen al menos un participante que los calificó como *muy importante*, lo cual puede indicar que, para la presente muestra, la resistencia al proceso de vacunación se justifica con base en más de un argumento o razón, evidenciando cierta complejidad en el fenómeno de la reticencia vacunal para la enfermedad COVID-19.

Tabla 2. Análisis estadístico por ítems prueba RV- COVID-19.

Ítem	M	D.E.	Nada importante (%)	Poco importante (%)	Medianamente importante (%)	Muy importante (%)
1. La distancia que debo recorrer al puesto de vacunación es larga.	.93	.896	36.3	41.7	14.7	7.4
2. Las dificultades para que me den permiso en mi trabajo para ir a vacunarme.	.58	.781	57.4	30.4	9.3	2.9
3. El tiempo que tardan los trámites del proceso de vacunación.	.49	.772	66.2	21.6	9.8	2.5
4. Las filas y el tiempo de espera en los puntos de vacunación.	.64	.828	55.9	27.5	13.7	2.9
5. Los horarios establecidos por los puestos de vacunación.	.50	.733	62.3	28.4	6.9	2.5
6. Temor a las inyecciones y/o agujas	.55	.826	61.8	25.5	8.3	4.4
7. Temor al dolor que genera la vacuna.	.68	.927	56.4	26.5	9.8	7.4
8. Temor a presentar síntomas leves a moderados (dolor de cabeza, malestar general, fiebre).	.53	.771	61.3	27.5	8.3	2.9
9. Temor a presentar síntomas graves (problemas respiratorios, enfermedades del corazón, etc.).	.50	.766	63.7	25.5	7.8	2.9
10. Temor a morir producto de complicaciones de la vacuna.	.48	.752	66.2	21.1	11.3	1.5
11. La sospecha de que la vacuna está hecha para matar a la gente y controlar la sobrepoblación.	.96	.793	27.9	53.4	13.2	5.4
12. La sospecha de que la vacuna tiene un chip con fines desconocidos.	.79	.924	47.1	34.3	10.8	7.8
13. La idea de que la vacuna modifica el ADN o los genes de las personas.	.82	.967	48.5	28.9	14.2	8.3
14. La sospecha de que la vacuna controlará la mente de las personas.	.75	.944	52.5	28.4	11.3	7.8
15. La idea de que la vacuna es una forma de controlar y manipular a la sociedad.	.71	.915	53.9	27.5	12.3	6.4
16. La sospecha de que el COVID-19 o el Coronavirus no existe.	.80	.954	50.0	27.5	15.2	7.4
17. La sospecha de que la vacuna es solo un negocio para algunas empresas o países.	.95	1.045	45.1	26.5	16.7	11.8
18. La idea de que mi sistema inmune (las defensas del cuerpo) son suficientes para combatir eficazmente a cualquier enfermedad.	.63	.852	57.4	26.0	12.7	3.9
19. La información de que me voy a enfermar aun teniendo la(s) vacuna(s) para la COVID-19.	.51	.809	64.7	24.0	6.9	4.4
20. La marca o el laboratorio que produce la vacuna.	.53	.790	62.3	26.0	8.3	3.4
21. La idea de que la vacuna para la COVID-19 no sirve para nada.	.51	.809	65.2	22.5	8.3	3.9
22. La información de que la vacuna no es eficaz por lo que no vale la pena correr riesgos.	.65	.856	56.4	26.5	13.2	3.9

En cuanto al análisis de correlación entre las variables sociodemográficas con los puntajes de las subescalas y el total de la prueba (Tabla 3), se encontró que el grado de escolaridad muestra una correlación negativa moderada tanto con la escala total (Rho de Spearman = $-.67$; $p < 0.05$) como con las subescalas *Sobredimensionamiento del riesgo*, *Mitos y creencias* y *Desinformación*, mientras que las variables restantes arrojaron correlaciones que no tienen significancia estadística o presentan una relación muy débil, como las encontradas entre algunas subescalas de la prueba RV-COVID-19 y la variable sexo.

Tabla 3. Correlaciones entre la RV-COVID-19 y las variables sociodemográficas.

Subescala	Sexo	Edad	Escolaridad
Barreras de acceso al servicio de vacunación	.125	.009	0.32
Sobredimensionamiento del riesgo.	.071	.022	-0.79*
Mitos y creencias.	.151*	-.011	-0.68*
Desinformación.	.216*	-.050	-0.63*
Total	.310	-.240*	-0.67*

*Indica significancia estadística $p < 0.05$

DISCUSIÓN

Los resultados de este trabajo muestran que los mitos y las creencias son las razones o argumentos más frecuentes para justificar la reticencia vacunal para la enfermedad generada por el SARS-CoV-2, donde también sobresalen aspectos relacionados con la disponibilidad de tiempo para asistir a los puntos de vacunación, el temor al dolor o los efectos que puede generar la vacuna, y la desinformación que existe en torno a la función que tienen estos biológicos en el sistema inmunológico y el desarrollo de la enfermedad.

Si bien el contraste de datos es limitado debido a la novedad de este tópico y a la escasa disponibilidad de información relacionada a la reticencia vacunal, se encontraron algunos resultados que guardan cierta similitud con los del presente estudio; por ejemplo, en la investigación efectuada en Honduras por Alfaro *et al.* (2021) los participantes que mostraron una actitud en contra de

las vacunas refirieron que sentían desconfianza hacia los biológicos debido a la velocidad con la que se fabricaron, además de manifestar que se carece de conocimientos básicos sobre la función, al igual que de los riesgos y las implicaciones de las vacunas, situación que se complica aún más debido a la gran cantidad de información errónea que circula en las redes sociales. Un estudio similar, hecho en la República Dominicana por Pérez y Berríos (2021), encontró que 17.7% de una muestra de personas mayores de edad respondieron no estar seguras de vacunarse, y 11% no tenía la intención de acceder a este servicio de salud, mostrando frecuencias similares a las encontradas en este trabajo, lo que puede indicar que los determinantes y las distribuciones de las muestras tienden a ser similares, al menos en lo que refiere a la población latina.

En ese orden de ideas, un estudio realizado en Colombia por el Departamento Nacional de Planeación (2021) mostró igualmente algunas similitudes, pues 33% de los participantes de la muestra refirió que no accedieron a la vacuna para COVID-19 debido a los efectos secundarios de la misma, mientras que 9% señaló que las vacunas no servían. Llama la atención que 6% justificara su decisión mediante teorías conspirativas, de un modo semejante al presente estudio en cuanto a los ítems incluidos en la subescala de mitos y creencias.

Un aspecto importante a resaltar es que la mayoría de las investigaciones sobre la reticencia vacunal para el COVID-19 se enfocan principalmente en reflexiones de carácter bioético, en que se analiza la viabilidad y pertinencia de las posiciones “antivacunas” a la luz de normas, derechos y salud pública, por las que diversos autores concluyen que si bien existen argumentos válidos, el mayor reto para las entidades de salud y gobiernos nacionales y locales es el de combatir los mitos, creencias y desinformación que se transmiten especialmente por medio de las redes sociales (Canchanya, 2021; Cuesta, Martínez y Niño, 2019).

En cuanto a las correlaciones encontradas en esta investigación, se identificaron similitudes con las del estudio llevado a cabo por Pérez y Berríos (2021), quienes consideran que la formación académica tiene una estrecha relación con la disposición a aceptar la vacuna, motivo por el cual los

participantes con nivel académico universitario tienden a aplicarse la vacuna, a diferencia de los encuestados con niveles educativos inferiores; no obstante, llama la atención que el trabajo citado también describe diferencias cuando se tienen en cuenta las variables de sexo y edad; en efecto, las mujeres y los menores de 45 años mostraron una mayor resistencia al proceso vacunal, lo que pone en evidencia la necesidad de profundizar en el fenómeno con nuevos análisis.

Al entender que la reticencia vacunal para el COVID-19 es una temática nueva y, por ende, poco estudiada, es de vital importancia que se efectúen más investigaciones como la presente utilizando diferentes métodos y enfoques a fin de comprender con mayor detalle las percepciones, pensamientos y argumentos que hay ante el hecho de no acceder a las vacunas disponibles, por lo que la comprensión del fenómeno se convierte en un elemento esencial para desarrollar estrategias que permitan disminuir la cantidad de personas que no se encuentran vacunadas debido a justificaciones que se alejan de los hechos científicos.

En conclusión, los resultados obtenidos permiten concluir que las razones por las cuales los participantes manifiestan una negativa frente al proceso de vacunación para la enfermedad COVID-19

se centran principalmente en mitos y creencias en torno a este servicio fundamental de salud, de donde se destacan justificaciones relacionadas con la creencia de que la vacuna generará muertes como parte de un plan de control poblacional, como también la idea de que las vacunas son solo un negocio de las farmacéuticas.

En cuanto a la percepción de las barreras de acceso al servicio de vacunación, los participantes identificaron las distancias que debían recorrer, las filas y los tiempos de espera para acceder al mismo como los principales argumentos para no vacunarse contra el COVID-19.

Los análisis de frecuencias indican que las razones que tienen los participantes para no vacunarse son multifactoriales y que no responden a un solo motivo, hallándose asimismo que al menos 11% de los participantes reportó tener razones importantes para no aplicarse la vacuna.

Es posible concluir que existe una relación negativa entre el nivel académico y los puntajes de la prueba RV-COVID-19, lo que puede indicar que entre mayor sea la preparación académica de los participantes, menor será la resistencia al proceso de vacunación para el nuevo coronavirus, en la que variables como el sexo y la edad no mostraron diferencias estadísticamente significativas.

Citación: Rosero B., A.D., Pantoja S., J.A. y Ruiz M., E.M. (2022). Reticencia vacunal para la enfermedad de COVID-19 en una muestra colombiana: un estudio inicial. *Psicología y Salud*, Número Especial, 91-100. <https://doi.org/10.25009/pys.v32i3.2794>.

REFERENCIAS

- Alfaro D., E.A., Funes N., Y.V., Yoel, N., Lozano, M., Alvarado M., Y.V., Pérez R., S. y Ordoñez P., J.V. (2021). *Percepción de la población hondureña hacia la vacuna contra el COVID-19*. Tegucigalpa: Universidad Nacional Autónoma de Honduras. Recuperado de https://www.researchgate.net/profile/Daniel-Andrade-31/publication/352465506_Percepcion_de_la_poblacion_hondurena_hacia_la_vacuna_contra_el_COVID-19/links/60ca4bb8458515dc178942fb/Percepcion-de-la-poblacion-hondurena-hacia-la-vacuna-contra-el-COVID-19.pdf.
- Baltar, F. y Gorjup, M.T. (2012). Muestreo mixto online: Una aplicación en poblaciones ocultas. *Intangible Capital*, 8(1), 123-149.
- Bernal V., B.M., Morales J., A., y Moreno P., N.E. (2021). Indecisión a las vacunas: una revisión sistemática para abordar el fenómeno en Latinoamérica. *Sanus*, 6. Doi: 10.36789/sanus.vi1.182.
- Bhopal, S.S. y Bhopal, R. (2020). Sex differential in COVID-19 mortality varies markedly by age. *The Lancet*, 396(10250), 532-533. Doi: 10.1016/S0140-6736(20)31748-7.
- Canchanya C., X. (2021). *Percepción social de la aceptación de la vacuna contra la COVID-19 en usuarios de las redes sociales*. Tesis doctoral. Huancayo (Perú): Universidad Privada de Huancayo Franklin Roosevelt. Recuperado de <https://repositorio.uroosevelt.edu.pe/bitstream/handle/ROOSEVELT/609/TESIS%20XIOMARA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

- Casas, I. y Mena, G. (2021). La vacunación de la COVID-19. *Medicina Clínica*, 156(10), 500-502. Doi: 10.1016/j.med-cl.2021.03.001.
- Cepero L., C. (2017). *Revisión bibliográfica sobre las vacunas y el movimiento anti vacuna*. Tesis de pregrado. Barcelona: Universidad Pompeu Fabra.
- Chen, Q., Rodewald, L., Lai, S. y Gao, G.F. (2021). Rapid and sustained containment of COVID-19 is achievable and worthwhile: implications for pandemic response. *British Medical Journal*, 2021; 375:e066169. Doi: 10.1136/BMJ-2021-066169.
- Cuesta C., U., Martínez, L.M. y Niño G., J.I. (2019). Análisis de la información pro vacunas y anti vacunas en redes sociales e internet. Patrones visuales y emocionales. *Profesional de la Información*, 28(2). Recuperado de <https://revista.profesional-delainformacion.com/index.php/EPI/article/view/68613>.
- Departamento Nacional de Planeación (2021, octubre). *Vacunación contra el COVID-19 en Colombia: opinión pública sobre su priorización y distribución*. Bogotá: Autor. Recuperado de <https://www.poverty-action.org/publication/vacunacion-c3%B3n-contra-el-covid-19-en-colombia-opini%C3%B3n-p%C3%BAblica-sobre-su-priorizaci%C3%B3n-y>.
- Fernández N., J.A. y Baquero, H. (2019). El movimiento anti-vacunas y la anti-ciencia como amenaza para la salud pública. *Salud*, 51(2), 103-106.
- Flacco, M.E., Soldato, G., Acuti, M.C., Carota, R., Di Luzio, R., Caponetti, A. y Manzoli, L. (2021). Interim estimates of COVID-19 vaccine effectiveness in a mass vaccination setting: data from an Italian province. *Vaccines*, 9(6), 628. Doi: 10.3390/vaccines9060628.
- Galindo S., B.M., y Molina Á., N. (2021). La sostenibilidad de la vacunación y los movimientos antivacunas en tiempos del nuevo coronavirus. *Revista Cubana de Salud Pública*, 46, e2599.
- García A., S. y Aguilar I., R. (2018). Discurso antivacunas en las redes sociales: análisis de los argumentos más frecuentes. *Tiempos de Enfermería y Salud*, 1(5), 50-53.
- Google (2021, septiembre 30). *Coronavirus (Covid-19)*. Recuperado de <https://news.google.com/covid19/map?hl=es-419ystate=7ymid=%2Fm%2F02j71&gl=CO&ceid=CO%3Aes-419>.
- Guan, W.J., Liang, W.H., Zhao, Y., Liang, H.R., Chen, Z.S., Li, Y.M. y He, J.X. (2020). Comorbidity and its impact on 1590 patients with COVID-19 in China: a nationwide analysis. *European Respiratory Journal*, 55(5). Doi: 10.1183/13993003.00547-2020.
- Guarnizo, D., García, J. y León., D. (de 2021, septiembre 30). *Acceso equitativo a las vacunas COVID-19 en Colombia*. Bogotá: Heinrich-Böll-Stiftung. Recuperado de <https://co.boell.org/es/2021/08/19/acceso-equitativo-las-vacunas-covid-19-en-colombia>.
- Heinz, F.X. y Stiasny, K. (2021). Distinguishing features of current COVID-19 vaccines: knowns and unknowns of antigen presentation and modes of action. *NPJ Vaccines*, 6(1), 1-13. Doi: 10.1038/s41541-021-00369-6.
- IBM Corporation (2015). *IBM SPSS Statistics for Windows*, Version 23.0. Armonk, NY: IBM Corp.
- Instituto Nacional de Salud (2021, septiembre). *COVID-19 en Colombia*. Bogotá: Autor. Recuperado de <https://www.ins.gov.co/Noticias/paginas/coronavirus.aspx>.
- Lambarri M., C. (2020). Conceptos para una buena toma de decisiones en la pandemia COVID-19 en Chile. *Revista Chilena de Infectología*, 37(2). Doi: <http://dx.doi.org/10.4067/s0716-10182020000200170>.
- Mathieu, E., Ritchie, H., Ortiz O., E., Roser, M., Hasell, J., Appel, C. y Rodés-Guirao, L. (2021). A global database of COVID-19 vaccinations. *Nature Human Behaviour*, 1-7. Doi: 10.1038/s41562-021-01122-8.
- Organización Mundial de la Salud (2021, septiembre). *La OMS y UNICEF advierten de un descenso en las vacunaciones durante la COVID-19*. Ginebra: OMS. Recuperado de <https://www.who.int/es/news/item/15-07-2020-who-and-unicef-warn-of-a-decline-in-vaccinations-during-covid-19>.
- Organización Panamericana de la Salud (2021, septiembre). *Actualización epidemiológica: Enfermedad por coronavirus (COVID-19)*. Washington, D.C. Recuperado de <https://www.paho.org/es/documentos/actualizacion-epidemiologica-enfermedad-por-coronavirus-covid-19-27-septiembre-2021>.
- Our World in Data (2021, 30 de septiembre). *Coronavirus (COVID-19): Deaths*. Recuperado de <https://ourworldindata.org/covid-deaths>.
- Pérez S., A. y Berríos V., D. (2021). *Determinantes sobre la aceptación de la vacuna COVID-19, en el Distrito Nacional, República Dominicana, durante el periodo de febrero a marzo de 2021*. Tesis inédita de doctorado. Santo Domingo: Universidad Iberoamericana (UNIBE).
- Romero B., D. (2021). *La objeción de conciencia y la desobediencia civil durante la COVID-19*. Tesis inédita de pregrado. Madrid: Universidad Pontificia Comillas. Recuperado de <http://hdl.handle.net/11531/49450>.
- Sharma, K., Koirala, A., Nicolopoulos, K., Chiu, C., Wood, N. y Britton, P.N. (2021). Vaccines for COVID-19: where do we stand in 2021? *Paediatric Respiratory Reviews*. Doi: 10.1016/j.prrv.2021.07.001.

- Statista (2021, octubre). *Porcentaje de vacunados y dosis administradas contra el coronavirus (COVID-19) en América Latina y el Caribe a 1 de octubre de 2021, por país*. Recuperado de <https://es.statista.com/estadisticas/1258801/porcentaje-y-numero-vacunados-contra-covid-19-en-latinoamerica-por-pais/>.
- Ullah, I., Khan, K.S., Tahir, M.J., Ahmed, A. y Harapan, H. (2021). Myths and conspiracy theories on vaccines and COVID-19: potential effect on global vaccine refusals. *Vacunas*, 22(2), 93-97. Doi: 10.1016/j.vacun.2021.01.001.
- Vega D., J.M. (2020). Teorías de conspiración y desinformación en torno a la epidemia de la COVID-19. *Revista de Neuro-Psiquiatria*, 83(3), 135-137. Doi: 10.20453/rnp.v83i3.3792.
- Wang, B., Li, R., Lu, Z. y Huang, Y. (2020). Does comorbidity increase the risk of patients with COVID-19: evidence from meta-analysis. *Aging*, 12(7), 6049. Doi: 10.18632/aging.103000.

Mitos, creencias de la familia frente a la aplicación y efectividad de la vacuna contra el COVID-19

Myths, beliefs of the family regarding the application and effectiveness of the vaccine against COVID-19

Lourdes Isabel Albor-Chadid¹, Brayan Stevonn Domínguez Lozano²
y Olga María Armenta Martínez³

Universidad Simón Bolívar^{1,3}
Universidad del Sinú²

Autor para correspondencia: Lourdes I. Albor-Chadid, lourdes.albor@unisimon.edu.co.

RESUMEN

Introducción. Ante la vulnerabilidad y sugestibilidad de las familias frente a la aplicación y efectividad de la vacuna contra el Covid-19, surge la necesidad de estudiar los mitos y creencias que están predisponiendo a las familias a resistirse contra los programas de aplicación y efectividad de la vacuna. *Objetivo.* Identificar y describir los mitos y creencias de la familia frente a la aplicación y efectividad de la vacuna contra el Covid-19 tomando como muestra un grupo de familias de la ciudad de Barranquilla – Atlántico, ubicada en la Región Costa Norte de Colombia. *Método.* La investigación se basó en un estudio no experimental, con el diseño de una encuesta transversal. *Resultados.* Respecto a las características sociodemográficas de las familias participantes, del total de las personas encuestadas 62,7% (n = 146) corresponde a mujeres y 37,3% (n = 87) fueron hombres. El intervalo de edad con mayor participación fue de 18 a 30 años con 71,2% (n = 166). Con respecto a la seguridad y efectividad de las vacunas contra el covid-19, se observa que el 50,6% (n = 118) de la población, está de acuerdo en que la falta de información actual dificulta la preparación para cada escenario para afrontar la enfermedad, por otro lado, un 75,5% (n = 176) afirma que exponerse en sitios públicos aumenta las situaciones de riesgo de contagiarse. Las familias revelan además preocupación y sentir ansiedad por contraer la infección mientras asisten o trabajan en entornos de atención médica, 49,4% (n = 115). *Discusión.* Los mitos y creencias de la familia frente a la aplicación de la vacuna contra el Covid-19 que, ante lo ambivalente de la abundancia o disminuida apropiada falta de información actual de la efectividad de la vacuna, es lo que ha aumentado los mitos y creencias frente a la aplicación de la vacuna además de disminuir las estrategias adecuadas para aceptar o rechazar la vacuna.

Palabras clave: Mitos; Familia; Vacuna contra el COVID-19.

ABSTRACT

Introduction. Given the vulnerability and suggestibility of families in the face of the application and effectiveness of the vaccine against COVID-19, there is a need to study the myths and beliefs that are predisposing families to resist against the application and effectiveness programs of the vaccine. *the vaccine.* Objective. To identify and describe the myths and beliefs of the family regarding the application and effectiveness of the vaccine against COVID-19, taking as a sample a group of

¹ Grupo de Investigación “Estudios de Género, Familia y Sociedad”, Barranquilla (Colombia), tel. (301)351-45-81.

² Programa de Instrumentación Quirúrgica, Montería (Colombia), tel. (301)581-40-02, correo electrónico: brayandominguezl@unisinu.edu.co.

³ Psicóloga, candidata a Especialista en psicología clínica, tel. (301)596-87-88, correo electrónico: olga.armenta@unisimon.edu.co.



families from the city of Barranquilla - Atlántico, located in the North Coast Region of Colombia. Method. The research was based on a non-experimental study, with the design of a cross-sectional survey. Results. Of the sociodemographic characteristics of the participating families, of the total number of people surveyed, 62.7% (n = 146) were women and 37.3% (n = 87) were men. The age range with the highest participation was 18 to 30 years with 71.2% (n = 166). Regarding the safety and effectiveness of vaccines against COVID-19, it is observed that 50.6% (n = 118) of the population, agree that the lack of current information makes it difficult to prepare for each scenario to face the disease, on the other hand, 75.5% (n = 176) affirm that exposing yourself in public places increases the situations of risk of infection. Families also reveal concern and anxiety about contracting the infection while attending or working in health care settings, 49.4% (n = 115). Discussion. The myths and beliefs of the family regarding the application of the vaccine against COVID-19, which in the face of the ambivalent abundance or decreased appropriate lack of current information on the effectiveness of the vaccine, is what has increased the myths and beliefs regarding the application of the vaccine in addition to reducing the appropriate strategies to accept or reject the vaccine.

Key words: Myths; Family; Vaccine against COVID-19.

Recibido: 11/04/2022

Aceptado: 12/09/2022

INTRODUCCIÓN

A finales del año 2019 se precipitó la amenaza del COVID-19, lo que consecuentemente ocasionó una pandemia y un efecto mundial por el confinamiento de la población para evitar el contagio y el creciente número de personas fallecidas. Durante este confinamiento, dicha pandemia generalizó numerosos mitos y desinformación sobre la transmisión de la enfermedad, desencadenando así una “infodemia” que generó la desestabilización personal y social por sus consecuencias psicológicas, económicas y sociales (Borio, 2020; Piqueras *et al.*, 2020; World Health Organization, 2020).

Debido a las circunstancias causadas por la enfermedad, y teniendo en cuenta la teoría del desa-

rrollo humano de los sistemas ecológicos de Bronfenbrenner, se ha considerado la familia como la primera categoría para el desarrollo de los individuos en los diferentes ambientes en los que se mueven, e influye consecuentemente en los cambios y desarrollo cognitivo, moral y relacional.

Tal y como afirma Taplin (1971), la población mundial no estaba preparada para afrontar la vulnerabilidad, sugestibilidad y reducción de sus propias defensas, por lo que los síntomas de confusión y sobrecarga cognitiva precipitaron en las familias diversas formas de pensar y de creencias que generaron a su vez un estado de apertura a cualquier sugerencia.

Por lo anterior, ante el afrontamiento y la defensa contra el COVID-19, en las familias hicieron su aparición los mitos, que generalmente se consideran una categoría de cuento popular que implica ficciones o leyendas difundidos a través de narraciones y que, encarnados de forma simbólica, son respaldados por figuras religiosas y gubernamentales, por lo que son creídos sin mayor cuestionamiento.

Según la Johns Hopkins Medicine (2021), en las familias han surgido mitos que afirman que fueron los mismos investigadores quienes aceleradamente desarrollaron la vacuna contra el COVID-19, por lo que, luego entonces, su eficacia y seguridad no eran “confiables”. Se considera este mito como uno de los más comunes y más arraigados en muchas familias. Ante la sugestión y los sentimientos de confusión, la Johns Hopkins Medicine (2021) afirma que la realidad es muy diferente, ya que los estudios determinaron que las dos vacunas iniciales tenían una eficacia de aproximadamente 95%, sin mostrar ningún efecto secundario grave ni potencialmente mortal.

Por otro lado, según De Vito (2020), han surgido diversas teorías conspirativas que no creen en la existencia del COVID-19; no obstante, la mayoría de las personas apoya las medidas de protección contra esta enfermedad por medio de las vacunas. Si bien los grupos que las cuestionan son pequeños, están conectados de una manera muy amplia y su capacidad de influencia es muy poderoso. Sin embargo, se han desmentido categóricamente tales mitos ya que, de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (WHO, 2020),

las vacunas ayudan a disminuir las muertes y han salvado millones de vidas durante la pandemia.

En cuanto a la religión, algunas familias cristianas no aceptaban la vacuna como medida de protección pues, según aseguraban, Dios las protegía de la enfermedad o sostenían que a través de la vacuna se implantaban parásitos o chips nanotecnológicos. Además, una parte considerable de las personas de procedencia urbana y trabajadores independientes no estaban dispuestos a vacunarse (Corrales, 2021).

Ahora bien, los medios de comunicación internacionales desempeñan un papel trascendental en temas de salud pública e interés comunitario. Tal como afirman Alanezi *et al.* (2020), los medios informativos han ayudado en varias ocasiones a comunicar de manera asertiva las acciones necesarias para garantizar que cada individuo pueda afrontar situaciones con la finalidad de disminuir las amenazas.

Swetha y Geetha (2020) señalan que, ante el confinamiento y el uso masivo de las redes sociales, ha aumentado la circulación de información de mitos para prevenir y curar el COVID-19 relacionados con la ingestión de remedios naturales, como aceites vitales, plata coloidal, dióxido de cloro y otras sustancias, así como también información de cómo es que un clima cálido destruye los virus (Soriano-Moreno *et al.*, 2021). Es de señalarse también que muchas familias, en procura de protegerse contra la amenaza del virus, consideran tomar zinc, jengibre, néctar, diversas especies de la medicina tradicional y vitaminas para prevenirlo (Gilbert *et al.*, 2020).

Por las anteriores expresiones narrativas presentadas y divulgadas por los medios de comunicación, y sobre todo las redes sociales, han ocasionado que, al menos en la cultura colombiana, posiblemente se predisponga a las familias a mostrar resistencias hacia los programas de aplicación de la vacuna contra el COVID-19, que son la adecuada solución para salvar a las familias y afianzar la disminución paulatina de la pandemia.

Según la Organización Panamericana de la Salud (2002), la realidad es que las vacunas aportan más beneficios que riesgos. Estas vacunas se aplican a personas sanas para que continúen siendo sanas, por lo que no ocasionan más daños que los

que podría causar la enfermedad que se pretende evitar. Las vacunas aplicadas pasan por procesos estrictos de calidad y deben cumplir requisitos tales como las normas de buenas prácticas de fabricación y la aprobación de la autoridad reguladora correspondiente de cada país, entre otras medidas.

Sin embargo, a pesar del importante logro que implica el desarrollo de las vacunas, las familias expresan aún dudas e inseguridades y, según Delgado-Gallegos *et al.* (2021), muchos padres vacilan todavía ante la vacunación de sus hijos.

Es preciso resaltar que, debido a la evolución constante de diversas cepas del virus, se expresa todavía una gran incertidumbre y preocupación social y familiar.

Por tanto, en una situación de pandemia, reconocer las actitudes y aptitudes de las familias ante la aplicación y efectividad de la vacuna contra el COVID-19 es importante porque pueden perturbar o facilitar los esfuerzos preventivos y de contención que se llevan a cabo. Así, el objetivo del presente estudio fue identificar y describir los mitos y creencias de la familia frente a la aplicación y efectividad de dicha vacuna, tomando como muestra un grupo de familias de la ciudad de Barranquilla-Atlántico, ubicada en la región Costa norte de Colombia.

Marco teórico

Dada la actual pandemia del virus SARS-CoV-2, es menester señalar la importancia que ha tomado la vacunación masiva de la población con el propósito de lograr la inmunidad colectiva mediante vacunas seguras y eficaces (García *et al.*, 2021). Debido a lo anterior, el pensamiento natural de reacción contra el COVID-19 ha generado innumerables solicitudes de la vacuna (Pullan y Dey, 2021); a pesar de ser esto cierto, hay un porcentaje considerable de familias que se rehúsa a aplicarse la vacuna en razón de que se han generalizado posiblemente algunos pensamientos automáticos sobre la efectividad o no de la misma debido a expresiones basadas en el temor y la ansiedad sobre los efectos secundarios que puede precipitar la vacuna.

Las agencias de salud de Estados Unidos han indicado que, dada la gravedad de sus efectos, la pandemia de COVID-19 ha precipitado disparidades

en la salud entre las comunidades de América Latina, y que además ha limitado la satisfacción de las necesidades de primera atención, como el trabajo, la educación, la alimentación y la vivienda (cf. García *et al.*, 2021).

Ante la crisis circunstancial por efecto de la pandemia del COVID-19, García *et al.* (2021) encontraron en un estudio reciente de 22 familias de América Latina, referido a las percepciones que tenían de la eficacia de las vacunas y de su voluntad para vacunarse, así como la facilidad para tener acceso a estas, que 41% de dichas familias dijo ser optimista y tener la voluntad de aplicarse la vacuna como una manera de proteger a sus familias, aunque mostró preocupación sobre sus efectos secundarios; 45% tenía dudas o rechazaría la vacuna por desconfianza, por los mitos interiorizados o por temor a ser utilizado como conejillo de Indias. Las familias estudiadas también expresaron que la información en las redes sociales, las noticias y la radio debía ser liderada por las propias familias para disipar el miedo y la desinformación.

Alanezi *et al.* (2020) apuntan que la duda en las familias al momento de aplicarse la vacuna contra el COVID-19 está asociada a los mitos y a la desinformación, lo que puede generar daños severos a los esfuerzos para erradicar la pandemia debido a que esas familias tenían un conocimiento limitado sobre la elegibilidad de las vacunas, identificando especialmente este tipo de respuestas en grupos de población vulnerable, como personas con alergias (57.89%) e inmunocomprometidos (62.98%), mujeres embarazadas y lactantes (41.89%) y pacientes con enfermedades crónicas (34.78%). Se halló asimismo que los miembros en la familia de mayor edad (>45 años) estaban más dispuestos a vacunarse, ya que opinaban que la vacuna no era dañina y que hacerlo era una responsabilidad social. Los participantes más jóvenes (<45 años) y los que residían en entornos urbanos expresaron su preocupación sobre la disponibilidad y autenticidad de la vacuna.

Se advierte entonces, tal como afirman Alanezi *et al.* (2020), que la falta de conciencia preventiva sobre el COVID-19 puede tener consecuencias graves. Las campañas de concientización seguras que incluyan información relevante de fuentes con-

fiables pueden mejorar la comprensión de las personas para desarrollar actitudes positivas hacia la adopción de medidas preventivas.

Joshi y Swarnakar (2021) señalan que han surgido nuevas comparaciones basadas en el contacto confirmado o sospechado de COVID-19 con un reforzamiento de los tradicionales mitos y supersticiones, que trae consigo la discriminación de las personas en cuarentena, de sus familias, del personal sanitario y de las comunidades socialmente marginadas.

Sultana y Fussell (2021) sostienen que ante los hallazgos obtenidos acerca de los mitos y las creencias sobre la vacuna contra el COVID-19, los investigadores de los organismos internacionales deberían de analizar la información errónea y verificar los hechos como una práctica comunitaria requerida para diseñar tecnologías de bienestar y redes sociales apropiadas para la seguridad y preservación de la vida en determinadas comunidades.

Las familias han optado por informarse a través de los distintos medios de comunicación, y con base en ello asumir una u otra posición. Es notoria la influencia que las redes sociales han tenido en lo referente a la información médica durante esta pandemia, lo que ha generado que las familias decidan su futuro y su salud con base en tales informaciones, con frecuencia mal fundamentadas, arriesgando al hacerlo sus vidas y las de sus seres queridos. En las redes sociales circulan incontables controversias respecto a la seguridad y eficacia de las vacunas contra el COVID-19, lo que hace que las familias vacilen a ese respecto (Oter-Quintana *et al.*, 2021).

En un análisis efectuado por Pullan y Dey (2021) usando Google Trends, se demostró que durante la pandemia el interés por la búsqueda de una vacuna contra el COVID-19 había ido en aumento, interés que se mantuvo alto en todo momento, lo que es un signo de la necesidad que tiene la población de encontrar información a ese respecto. Pullan y Dey (2021) apuntan que “los picos se encuentran cuando las declaraciones públicas se realizan”, y cuando “el número de casos aumenta significativamente, o cuando se anuncian los avances de la vacuna”. En este mismo sentido, también se evidencia que la búsqueda de antiva-

cunas COVID-19 fue una constante durante toda la pandemia, sin que la carga que el coronavirus ha presentado y las consecuencias que ha traído para las familias y la población en general provocaran una disminución de esa búsqueda (Pullan y Dey, 2021).

Las oleadas masivas de información y desinformación han brindado a las personas múltiples puntos de vista, testimonios e hipótesis que causan sobreinformación y confusión, lo que ha sesgado las posiciones ante al virus, la pandemia y, sobre todo, la aplicación y efectividad real de la vacuna contra el COVID-19 (Lentzen *et al.*, 2022).

La Organización Mundial de la Salud (WHO) define la reticencia a la vacunación como “la vacilación o negativa a ser vacunado, pese a su disponibilidad” y se le considera como una de las diez principales amenazas para la salud en el mundo (*cf.* Oter-Quintana *et al.*, 2021). A partir de tal reticencia es como se presenta el fenómeno de que en algunos países que disponen de la vacuna muchas personas no deseen ser vacunados, mientras que en otros buscan tener la posibilidad de aplicarse la vacuna por cualquier medio (González-Blanco, 2021).

Es notable la diferencia entre ambas posiciones; sin embargo, es inquietante y preocupante la reticencia que se observa en todos los países (García-Toledano *et al.*, 2021); pese a la asociación que se ha dado a la vacuna con incertidumbre y desinformación, de manera lenta pero segura, la información seria está ayudando a que los países salgan de la cuarentena, a que las personas vuelvan a relacionarse entre sí y a volver paulatinamente la vida en sociedad (Delgado-Gallegos *et al.*, 2021).

Aun así, diversos autores concuerdan en que existen sentimientos de preocupación, vacilación, desconfianza, desconocimiento e incertidumbre frente a la vacuna y su aplicación, sus efectos secundarios y las diferentes reacciones que pueda precipitar. Lo anterior, aunado a las características demográficas, el activismo de oradores y grupos antivacunas, la creencia en las teorías de conspiración, la falta de conocimientos objetivos y verificados acerca de la vacuna y la vulnerabilidad percibida al COVID-19, han generado vacilación y,

por ende, demorado o frenado en muchos lugares su aplicación debido al efecto que generan estos factores en la reducción de la confianza en la ciencia y en las instituciones médicas (García-Toledano *et al.*, 2021; Milosevic-Dordevic *et al.*, 2021; Oter-Quintana *et al.*, 2021; Pullan y Dey, 2021; Ruiz y Bell, 2021).

Existe gran preocupación por la creciente expansión de los oradores antivacunas, quienes no solo influyen en algunas minorías rurales, sino también en áreas urbanas de alto poder e influencia y en todas las clases sociales, lo que maximiza la reticencia a la vacunación y que puede tener un efecto dominó para la futura aplicación de otras vacunas (García-Toledano *et al.*, 2021; Oter-Quintana *et al.*, 2021). Este es un problema que afecta a todos, ya que sin una correcta y completa inmunización difícilmente se podrá lograr la anhelada “inmunidad de rebaño” (García-Toledano *et al.*, 2021).

Las diversas creencias y mitos sobre la vacuna contra el COVID-19 suelen considerarse motivos de vacilación para vacunarse y se encuentran en muchos de los mensajes que la desaconsejan (Oter-Quintana *et al.*, 2021; Pullan y Dey, 2021), entre ellos los más frecuentes son las creencias “conspiranoicas”, como el supuesto contenido de mercurio en las vacunas, la asociación de la vacunación con el autismo, e incluso la contaminación de las vacunas con el virus SARS-CoV-2 (Delgado-Gallegos *et al.*, 2021; Oter-Quintana *et al.*, 2021; Pullan y Dey, 2021).

Las consecuencias de estos mitos y creencias dañan el proceso de inmunización mundial y generan consecuencias negativas en todo el orbe. Es por ello prioritario cualquier esfuerzo que se haga para disminuir el efecto de tales mitos y falsas creencias (Oter-Quintana *et al.*, 2021; Ullah *et al.*, 2021). Pero estos esfuerzos requieren de una participación activa de todos, por lo que es de vital importancia implicar los contextos sociales, culturales y políticos en la toma de decisiones respecto a la aceptación o el rechazo de la vacuna. A su vez, es necesaria la aplicación y uso de elementos multisectoriales que hagan posible acentuar la aceptación de la vacuna (Oter-Quintana *et al.*, 2021; Ullah *et al.*, 2021).

En busca de generar un cambio en la posición de las personas hacia la inmunización, disminuir temores e incentivar la vacunación, se pueden llevar a cabo algunas acciones, como establecer canales que insten a la comunidad a mantener una comunicación efectiva y basada en evidencias; generar conciencia y sensibilización sobre la importancia de la vacunación, la responsabilidad social y la participación activa de todos; transmitir seguridad y confianza a los ciudadanos sobre la vacunación brindando mensajes claros y precisos entendibles para la población, basados en evidencia científica contrastable y verificada; exigir un mayor rigor a los medios y plataformas digitales a fin de que restrinjan la difusión de contenidos malintencionados, erróneos o falsos (García-Toledano *et al.*, 2021; Oter-Quintana *et al.*, 2021).

Todas las acciones que se ejecuten en pro de la inmunización y culminación de la pandemia son pocas, aún más al saber que las nuevas variantes del virus podrán cambiar la ecuación de la inmunidad de rebaño y generar nuevos picos en la pandemia de COVID-19 (González-Blanco, 2021).

MÉTODO

Muestra y procedimiento

Se diseñó un cuestionario de 20 ítems en idioma español, explorando la base de datos PsycTESTS y haciendo una revisión literaria del material disponible acerca de las medidas de conocimientos y actitudes hacia el COVID-19 (Karasneh *et al.*, 2021). Además, se consultaron materiales sobre la familia y sus percepciones respecto a la efectividad de la vacuna.

Una vez integrada la encuesta, se aplicó a 240 personas, de las cuales se eliminaron 7 por error de digitación, lo que hizo un total de 233, de las que se analizaron los resultados.

La investigación se basó en un estudio no experimental, con diseño de encuesta transversal aplicada a través de Google Form, a fin de registrar las respuestas obtenidas de la muestra en el mes de junio de 2021. La base de datos así obtenida se depuró mediante el programa Office Ex-

cel 2019 y se analizaron en el software estadístico SPSS, versión 22, buscando frecuencias y asociaciones de las variables estudiadas.

Instrumentos

Cuestionario de la encuesta

El cuestionario así elaborado contiene veinte ítems cuya aplicación tarda entre 4 y 6 minutos en completarse. El cuestionario se dividió en cinco partes. La primera parte contiene diez preguntas sobre las características demográfica de la población; tres afirmaciones relacionadas con la seguridad y efectividad de las vacunas; cinco afirmaciones sobre el papel de los medios de comunicación y el modo en que influyen en la percepción de la vacuna en las familias, y cuatro afirmaciones sobre las creencias y mitos y el papel de la familia como un sistema primordial para el éxito del plan de inmunización contra el virus.

Consideraciones éticas

El cuestionario fue revisado y aprobado por el Comité de Ética de la institución. Se solicitó a los participantes su consentimiento y disposición para participar en el estudio, manteniéndose la confidencialidad de todos los participantes.

De acuerdo con los principios establecidos en el Informe Belmont, titulado “Principios éticos y pautas para la protección de los seres humanos en la investigación”, y en la Resolución 8430 de octubre 4 de 1993, y debido a que esta investigación se consideró sin riesgo, se cumplieron los aspectos señalados en el Artículo 6 de dicha resolución.

Así, este estudio se desarrolló conforme a los siguientes criterios:

El artículo 11 se ajusta a lo indicado para la investigación sin riesgo, toda vez que se emplearon técnicas y métodos de investigación cuantitativa y prospectiva, entre los que se consideran la revisión de historias clínicas, la entrevistas y los cuestionarios, sin efectuar ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participaban en el estudio.

Además, el estudio contó con profesionales responsables y estuvo dirigido por investigadores con experiencia en el área de investigación y docencia de pregrado y posgrado.

Análisis estadístico

Los datos se analizaron utilizando las estadísticas de IBM SPSS, versión 22, para determinar los fac-

tores asociados con la desinformación y los mitos, para de esta manera buscar las frecuencias y asociaciones entre las variables analizadas.

RESULTADOS

La Tabla 1 detalla las características sociodemográficas de los participantes.

Tabla 1. Características sociodemográficas.

Sexo	Frec.	%
Femenino	146	62.7
Masculino	87	37.3
Edad		
18 – 30	166	71.2
31 – 49	35	15.0
50 – 70	28	12.0
71 – 85	4	1.7
Nivel académico		
Primaria	8	3.4
Secundaria	38	16.3
Técnico	40	17.2
Tecnólogo	21	9.0
Universitario	126	54.1
Estado civil		
Casado(a)	64	27.5
Separado(a)	9	3.9
Soltero(a)	157	67.4
Viudo(a)	3	1.3
Lugar de vivienda		
Rural	37	15.9
Urbano	196	84.1
Estrato socioeconómico		
Alto	18	7.7
Bajo	63	27.0
Medio	152	65.2
Total	233	100.0

Respecto a la seguridad y efectividad de las vacunas contra el COVID-19, se incluyeron tres ítems, a través de los cuales se observa que la mitad de la muestra estaba de acuerdo en que la falta de información actual dificulta la preparación para cada escenario para afrontar la enfermedad; por otro lado, tres cuartas partes afirmó que exponerse en sitios públicos aumentaba el riesgo de contagiarse. La mitad de las familias revelaron además

experimentar preocupación y ansiedad por contraer la infección mientras asistían o trabajaban en entornos de atención médica. En cuanto al estado civil de la muestra, se halló que los solteros fueron los que estaban de acuerdo o totalmente de acuerdo respecto a la seguridad y efectividad de la vacuna, siendo esa cifra estadísticamente significativa (valor de $p = 0,016$, resultando <0.05) (Tabla 2).

Tabla 2. Seguridad y efectividad de las vacunas contra el COVID-19.

Ítems	La falta de información actual sobre el COVID-19 dificulta la preparación para cada escenario.		Me preocupa enfermarme al tratar con el público.		Me preocupa contraer una infección mientras trabajo en entornos de atención médica.	
	n	%	n	%	n	%
Totalmente en desacuerdo	8	3.4	12	5.2	12	5.2
En desacuerdo	21	9.0	18	7.7	12	5.2
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	27	11.6	27	11.6	33	14.2
De acuerdo	118	50.6	117	50.2	115	49.4
Totalmente de acuerdo	59	25.3	59	25.3	61	26.2
Total	233	100.0	233	100.0	233	100.0

La percepción de las familias sobre el papel de los medios de comunicación se midió a través de cinco ítems, pudiéndose observar que la mitad de la muestra estaba de acuerdo en que los medios de comunicación son primordiales para educar a las personas sobre las instrucciones a seguir en caso de contagio, así como para aumentar la frecuencia de comportamientos preventivos para controlar la expansión del virus. Sin embargo, se encontró una cierta ambivalencia, ya que las familias percibían que la cantidad de información recibida había in-

cidido en el aumento del miedo, la ansiedad y la confusión respecto a la aplicación de la vacuna. Asimismo, se encontró una relación significativa entre el importante papel de los medios de comunicación con el estado civil donde; de hecho, la mayoría de solteros y de los encuestados en general estuvieron de acuerdo o totalmente de acuerdo, siendo estadísticamente significativa la asociación entre dichas variables (valor de $p < 0.005$, resultando 0.045).

Tabla 3. Percepción en la familia sobre el papel de los medios de comunicación sobre COVID-19.

Ítems	El papel de los medios de comunicación es un factor primordial para educar a las personas sobre los procedimientos a seguir en caso de un contagio y cómo prepararse para él.		La importancia del papel de los medios de comunicación en el aumento de los comportamientos preventivos generales para controlar la infección.		El papel de los medios de comunicación en la concientización de la importancia del proceso de vacunación ha sido efectivo.		El papel de los medios de comunicación en la educación de las personas sobre cómo proteger a otros si están enfermos o se sospecha que están enfermos ha tenido efecto.		Los papeles de los medios de comunicación han incidido en el aumento del miedo, la ansiedad y la confusión entre las personas para la aplicación de la vacuna.	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Totalmente en desacuerdo	5	2.1	8	3.4	10	4.3	8	3.4	3	1.3
En desacuerdo	8	3.4	12	5.2	42	18.0	43	18.5	9	3.9
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	22	9.4	31	13.3	69	29.6	56	24.0	35	15.0
De acuerdo	118	50.6	137	58.8	90	38.6	98	42.1	110	47.2
Totalmente	80	34.3	45	19.3	22	9.4	28	12.0	76	32.6
Total	233	100.0	233	100.0	233	100.0	233	100.0	233	100.0

En cuanto a las respuestas de las afirmaciones sobre creencias, mitos y papel de la familia como un

sistema primordial para el éxito del plan de inmunización contra el virus, se encontró en la primera

afirmación como se muestra en la tabla 4, que las familias conversan acerca de cómo cada quien interpreta la experiencia de la aplicación de la vacuna contra el COVID-19, representando en un 60,5% (n = 141). Las otras respuestas relacionadas con los cambios que ha tenido el proceso de la vacunación y su distribución fueron positivas, las familias mostraron estar de acuerdo 54,9% (n = 128). Por otro lado, las familias son conscientes que como sistemas constituyen una característica fundamental para el plan de inmunización demostrado en

estar de acuerdo con un 55,8% (n = 130). Es de considerar que en estas respuestas se analizó más el criterio del género ya que se observó que las mujeres afirmaron en estar ni acuerdo ni en desacuerdo que la vacuna sea efectiva con un 26% (n = 38), mientras que los hombres el 35,6% (n = 31) están de acuerdo en el planteamiento de que la vacuna sea efectiva contra el virus del COVID-19. Lo anterior soportado con un valor de $p < 0,05$ siendo estadísticamente significativo el análisis bivariado.

Tabla 4. Creencias, mitos, papel de la familia inmunización contra el virus COVID-19.

Items	La familia conversa acerca de cómo cada quien interpreta la experiencia de la aplicación de la vacuna contra el COVID-19.		Reconoce la familia los cambios que ha tenido el proceso de la vacunación.		Reconoce que la distribución de la vacuna ha sido efectiva.		La familia es un sistema primordial para el éxito del plan de inmunización.	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Totalmente en desacuerdo	3	1.3	9	3.9	31	13.3	2	0.9
En desacuerdo	17	7.3	13	5.6	61	26.2	5	2.1
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	33	14.2	56	24.0	63	27.0	16	6.9
De acuerdo	141	60.5	128	54.9	60	25.8	130	55.8
Totalmente de acuerdo	39	16.7	27	11.6	18	7.7	80	34.3
Total	233	100.0	233	100.0	233	100.0	233	100.0

CONCLUSIONES

Es posible concluir en este trabajo que los mitos y creencias de la familia sobre la vacuna contra el COVID-19, ante lo ambivalente de una información apropiada sobre la efectividad de la misma, es lo que ha limitado su aplicación y disminuido las estrategias adecuadas para aceptarla.

Se encuentra una mayor receptividad por parte de las personas solteras acerca de la seguridad y confianza en la vacuna, por lo que se consideraría una unidad poblacional ideal para divulgar los beneficios de contar con este biológico como la opción para que las familias afronten la enfermedad, y aumentar así las tasas de inmunización. Además, la población de solteros, sobre todo varones, facilitaría en los núcleos familiares la disminución de los mitos y creencias acerca de la vacuna.

Fue asimismo la población de solteros la que considera en su mayoría que el papel de los medios de comunicación ha incidido en el aumento del miedo, la ansiedad y la confusión entre las personas acerca de la vacuna.

A partir del análisis obtenido mediante esta encuesta, se concluye que existe una mayor resistencia referente a la confianza y efectividad de la vacuna por parte de los hombres en comparación con las mujeres.

DISCUSIÓN

Actualmente, la vacunación contra el COVID-19 en la región ha sido un reto. Las políticas públicas de Colombia han desarrollado un esquema de trabajo para inmunizar a la mayor cantidad de

familias posible, lo que sin embargo ha precipitado en las familias diversos mitos y creencias acerca de la vacuna basados en el miedo y la ansiedad acerca de los riesgos y efectos secundarios que puede provocar. Es la falta o cantidad de información precisa lo que ha dificultado la preparación de cada escenario, de modo que, según los análisis estadísticos, 50.6% de las familias coinciden en que la falta de información actual sobre el COVID-19 dificulta dicha preparación. Tal como afirman Oter-Quintana *et al.* (2021) y Lentzen *et al.* (2022), es en las redes sociales donde se aprecia una sobresaturación de información, diálogos y controversias sobre la efectividad y seguridad de las vacunas, lo que en consecuencia genera una falta de motivación para inmunizarse contra el virus y, según la Johns Hopkins Medicine (2021), condiciona a su vez a las familias a percibir que la vacuna no es eficaz y segura.

Sin embargo, se observa que los medios de comunicación influyen en las familias y que su percepción acerca de la vacuna es determinante para prevenir el contagio o, tal como lo muestra el presente estudio. Este resultado indica que las familias conversan acerca de cómo cada miembro de la misma interpreta la experiencia de aplicarse la

vacuna, y de esta manera reducir la preocupación, la ansiedad y el temor por ese motivo.

La cohesión familiar ha aumentado en las familias la confianza en el éxito del plan de inmunización y la reflexión contra los mitos y creencias adversos acerca de la vacuna. También se evidencia, tal y como afirma García-Toledano *et al.* (2021), que es importante observar la diferencia de las posiciones en que se encuentran las personas; por ejemplo, el estado civil —en este caso los solteros— influye en la decisión en favor de la inmunización a través de las vacunas.

Teniendo en cuenta la percepción en la familia sobre el papel de los medios de comunicación sobre el COVID-19, 47.2% de la muestra expresó estar de acuerdo con el ítem “Los papeles de los medios de comunicación han incidido en el aumento del miedo, la ansiedad y la confusión entre las personas para la aplicación de la vacuna”. De forma semejante Mejía *et al.* (2020) sostiene que la radio, los periódicos, las redes sociales y la televisión han exagerado la información acerca del COVID-19.

Es, por tanto, el papel de los medios de comunicación el que ha incidido en el aumento del miedo, la ansiedad y confusión, según el análisis estadístico efectuado.

Citación: Albor-Chadid, L.I., Domínguez L., B.S y Armenta M., O.M. (2022). Mitos, creencias de la familia frente a la aplicación y efectividad de la vacuna contra el COVID-19. *Psicología y Salud*, Número Especial, 101-111. <https://doi.org/10.25009/pys.v32i3.2795>.

REFERENCIAS

- Alanezi, F., Aljahdali, A., Alyousef, S., Alrashed, H., Alshaikh, W., Mushcab, H. y Alanzi, T. (2020). Implicaciones de la comprensión pública de COVID-19 en Arabia Saudita para fomentar una comunicación efectiva a través de un marco de conscientización. *Fronteras en Salud Pública*, 8(494), 494, 2020.
- Borio, C. (2020). The Covid-19 economic crisis: dangerously unique. *Business Economics*, 55(4), 181-190. <https://doi.org/10.1057/s11369-020-00184-2>.
- Corrales, J. (2021). *Percepciones de la aceptación de la vacuna contra el COVID-19 en personas que acuden a un mercado popular en Arequipa* [Tesis de grado]. Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa. <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12773/12315/MCcochjm.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- De Vito, E.L. (2020). Ocho mitos persistentes del COVID-19 y por qué algunas personas aún creen en ellos. *Medicina Buenos Aires*, 80, 112-116.
- Delgado-Gallegos, J.L., Padilla-Rivas, G.R., Zúñiga-Violante, E., Avilés-Rodríguez, G., Arellanos-Soto, D., Gastelum-Arias, L.J. e Islas, J.F. (2021). Determinants of COVID-19 vaccine hesitancy: A cross-sectional study on a Mexican population using an online questionnaire (COV-AHQ). *Frontiers in Public Health*, 9, art. no. 728690.
- García, J., Vargas, N., De la Torre, C., Magaña-Álvarez, M. y Clark, J.L. (2021). Involucrando a las familias latinas sobre las vacunas COVID-19: un estudio cualitativo realizado en Oregon, EE. UU. *Educación para la Salud y Comportamiento*, 48(6), 747-757.

- García-Toledano, E., Palomares-Ruiz, A., Cebrián-Martínez, A. y López-Parra, E. (2021). Health education and vaccination for the construction of inclusive societies. *Vaccine*, 9, 813. <https://doi.org/10.3390/vaccines9080813>.
- Gilbert, M.T.P., Jenkins, D.L., Gotherstrom, A., Naveran, N., Sánchez, J.J., Hofreiter, M., y Willerslev, E. (2008). ADN de coprolitos humanos pre-Clovis en Oregón, América del Norte. *Ciencia*, 320(5877), 786-789.
- González-Blanco, M. (2021). Inmunidad colectiva contra la COVID-19. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 81(3), 195-199. <https://doi.org/10.51288/00810303>.
- Johns Hopkins Medicine (2021). "Mitos y realidades sobre las vacunas contra el COVID-19". *Los Angeles Times*. Recuperado el 13 de abril de 2022 de <https://www.latimes.com/espanol/eeuu/articulo/2021-0209/mitos-y-realidades-sobre-las-vacunas-contra-el-covid-19>.
- Joshi, B. y Swarnakar, P. (2021). Mantenerse alejado, mantenerse con vida: Explorando el riesgo y el estigma de COVID-19 en el contexto de creencias, actores y jerarquías en India. *Sociología Actual*, 69(4), 492-511.
- Karasneh, R., Al-Azzam, S., Muflih, S., Soudah, O., Hawamdeh, S. y Khader, Y. (2021). Media's effect on shaping knowledge, awareness risk perceptions and communication practices of pandemic COVID-19 among pharmacists. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 17(1), 1897-1902. Doi: 10.1016/j.sapharm.2020.04.027.
- Lentzen, M., Huebenthal, V., Kaiser, R., Kreppel, M., Zoeller, J. y Zirk, M.Ç (2022). A retrospective analysis of social media posts pertaining to COVID-19 vaccination side effects. *Vaccine*, 40(1), 43-51. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2021.11.052>.
- Mejía C., R., Rodríguez-Alarcón, J.F., Garay-Rios, L., Enríquez-Anco, M.D.G., Moreno, A., Huaytan-Rojas, K. y Curioso, W.H. (2020). Percepción de miedo o exageración que transmiten los medios de comunicación en la población peruana durante la pandemia de la COVID-19. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 39(2).
- Milosevic-Dordevic, J., Mari, S., Vdovic, M. y Milosevic, A. (2021). Links between conspiracy beliefs, vaccine knowledge, and trust: Anti-vaccine behavior of Serbian adults. *Social Science & Medicine*, 277, 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.113930>.
- Organización Panamericana de la Salud (2002). *Conferencia sobre las vacunas, la prevención y la salud pública*. Washington, D.C., OPS.
- Oter-Quintana, C., Esteban-Hernández, J. y Alameda-Cuesta, A. (2021). SARS-CoV-2 y los mitos sobre la vacunación. *Enfermería Clínica*, 31, 195-200. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2021.01.008>.
- Piqueras, J.A., Gómez-Gómez, M., Marzo, J.C., Gómez-Mir, P., Falco, R. y Valenzuela, B. (2021). Validation of the Spanish version of Fear of COVID-19 Scale: its association with acute stress and coping. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 8. Doi: 10.1007/s11469-021-00615-x.
- Pullan, S. y Dey, M. (2021). Vaccine hesitancy and anti-vaccination in the time of COVID-19: A Google Trends analysis. *Vaccine*, 39, 1877-1881. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2021.03.019>.
- Ruiz, J. y Bell, R. (2021). Predictors of intention to vaccinate against COVID-19: Results of a nationwide survey. *Vaccine*, 30, 1080-1086. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2021.01.010>.
- Soriano-Moreno, D.R., Fernandez-Guzman, D., Ccami-Bernal, F. et al. (2021). Factors associated with the consumption of chlorine dioxide to prevent and treat COVID-19 in the Peruvian population: a cross-sectional study. *BMC Public Health*, 21(09). <https://doi.org/10.1186/s12889-021-12191-9>.
- Sultana, S. y Fussell, S.R. (2021). Difusión, verificación de hechos situados y efectos sociales de la desinformación entre los aldeanos rurales de Bangladesh durante la pandemia de COVID-19. *Actas de la ACM sobre Interacción Humano-Computadora*, 5 (CSCW2), 1-34.
- Swetha, G. y Geetha, R.V. (2020). Myths vs. Facts-Covid-19-Questionnaire Survey. *Journal of Archaeology of Egypt/Egyptology*, 17(7):1068-1081.
- Taplin, J.R. (1971). Teoría de crisis: crítica y reformulación. *Revista Comunitaria de Salud Mental*, 7(1), 13-23.
- Ullah, I., Khan, M.J., Tahiref, A. y Ahmed, H. (2021). Myths and conspiracy theories on vaccines and COVID-19: Potential effect on global vaccine refusals. *Elsevier*, 22(2), 93-97.
- World Health Organization (2020). *Coronavirus disease (COVID-19): situation report, 203*. Geneva: WHO.

Psicodrama como tratamiento para ansiedad y depresión en el contexto de la pandemia por COVID-19

Psychodrama as an anxiety and depression treatment in the context of the COVID-19 pandemic

Salomón Daniel Núñez Ocman¹, Andrés López Rentería²,
Bernardo Robles Garay¹, Fausto Cadena Gil¹
y Enoc Isai Hernández Cantú³

Instituto Mexicano del Seguro Social¹
Secretaría de Salud de Nuevo León²
Consorcio de Enfermería y Promotores de la Salud, A.C.³

Autor para correspondencia: Enoc Isai Hernández Cantú, enoc.hernandez@imss.gob.mx.

RESUMEN

En términos simples, el psicodrama es una técnica psicoterapéutica que consiste en hacer que los pacientes representen en grupo, como si de una obra de teatro se tratara, situaciones relacionadas con sus conflictos patológicos, con el propósito de que tomen conciencia de ellos y los puedan superar. El presente reporte de investigación pretende dar a conocer las experiencias y alcances de una intervención con psicodrama para tratar síntomas de ansiedad y depresión en el personal de la salud que atiende a pacientes con COVID-19 en un hospital de segundo nivel de atención en Apodaca, N.L. (México). Se describen desde un enfoque cualitativo las vivencias de los terapeutas, así como algunos detalles experimentados por los asistentes a las sesiones psicodramáticas. Se discute además la utilidad actual y beneficios que puede brindar el psicodrama como alternativa de psicoterapia de grupos.

Palabras clave: Psicodrama; COVID-19; Ansiedad; Depresión; Psicoterapia de grupos.

ABSTRACT

Antecedents. In simple terms, psychodrama is a therapeutic technique that consists of having patients act out in a group as if it were a play or situations related to their pathological conflicts to make them aware of and get over them. Objective. The present study aimed to describe the expe-

¹ Hospital General de Zona No. 67, Carretera Miguel Alemán Kilómetro 24+4, 67192 Apodaca, N.L., México, tel. (811)156-09-00, correos electrónicos: ocman1@gmail.com, <http://orcid.org/0000-0003-3278-0358>, bernardo.robles@imss.gob.mx, <http://orcid.org/0000-0003-2463-7965>, fausto.cadena@imss.gob.mx, <https://orcid.org/0000-0003-1032-153x>.

² Hospital Metropolitano, Adolfo López Mateos No. 4600, 66480 San Nicolás de los Garza, N.L., México, tel. (818)305-59-00, correo electrónico: mpsicodrama@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-7799-9057>.

³ Cali 223. Col. Paraje Santa Rosa Sur, 67192 Apodaca, N.L., México, tel. 8113116389, correos electrónicos: isai.chanoc@gmail.com y enoc.hernandez@imss.gob.mx, <https://orcid.org/0000-0002-4168-4512>.



riences and scope of a psychodrama intervention to treat symptoms of anxiety and depression in health personnel who care for patients with COVID-19 in a second-level hospital of attention in Apodaca (Mexico). Results. From a qualitative approach, the findings describe the therapists' experiences and the details experienced by those attending the psycho-dramatic sessions. Discussion. The current utility and benefits of psychodrama as an alternative to group psychotherapy are also discussed.

Key words: Psychodrama; COVID-19; Anxiety; Depression; Group psychotherapy.

Recibido: 08/05/2021

Aceptado: 08/09/2021

INTRODUCCIÓN

El psicodrama fue creado por el psiquiatra Jacob Levy Moreno (1889-1973), quien a partir del llamado “teatro espontáneo” concibió una propuesta terapéutica con un enfoque sociológico y comunitario que consiste en la representación de las situaciones conflictivas a fin de vivirlas de forma activa, en el aquí y el ahora (Mercader, 2013).

La técnica de psicodrama, de acuerdo con Ruano (2013), busca la verdad del inconsciente mediante procedimientos dramáticos. Esto se refiere al tratamiento del individuo en grupo con técnicas de acción, en lugar del tratamiento puramente verbal. Así, el psicodrama es un método terapéutico de participación activa que trasciende la palabra y se dirige a la acción, hacia el encuentro, el diálogo, el desempeño y el entrenamiento de roles.

En este contexto, la expresión dramática, el juego teatral, el movimiento del cuerpo, la expresión de lo simbólico y la puesta en escena de lo vivido invitan a mirar desde otro lugar la propia experiencia, abriendo las puertas de la conciencia y de la espontaneidad, lo que permite encontrar alternativas para el cambio (Álvarez, 1988).

Autores que han explorado la técnica del psicodrama, como Castillo (2013), afirman que los alcances más relevantes del psicodrama son la empatía, la contención, la recuperación de la espon-

taneidad, el desarrollo de la creatividad, la reparación en un presente a través de la producción expresiva del pasado, por lo que los conflictos que pueden tratarse por esta modalidad psicoterapéutica son el miedo, ansiedad, angustia, depresión, autoestima o vínculos sociales, entre muchos otros. Mercader (2013) describe que la sesión de psicodrama se define por tres contextos (social, grupal y dramático), cinco instrumentos fundamentales (protagonista, escenario, yo-auxiliar, director o terapeuta y auditorio) y tres fases (caldeamiento, dramatización y comentarios), y define más explícitamente los elementos de la sesión psicodramática de la siguiente manera:

Contextos de la sesión psicodramática

- *Contexto social:* Corresponde al extragrupo y es la llamada “realidad social”. El material que se recibe de las personas que componen un grupo terapéutico proviene de este entorno.
- *Contexto grupal:* Está compuesto por las personas que conforman el conjunto terapéutico, tanto pacientes como terapeutas. Cada grupo, con su particular idiosincrasia, crea un contexto con dinámicas, vínculos y proceso específicos. Dentro de este contexto se perfilan los protagonistas o temas protagónicos.
- *Contexto dramático:* Es un producto del protagonista y su estructura está plena de significaciones y sugerencias, las cuales se deberán tomar en cuenta durante el proceso dramático.

Instrumentos fundamentales de la sesión psicodramática

- *Protagonista:* Es la persona emergente del grupo, en la cual se centran las tensiones grupales que de alguna manera se encarnan en ella.
- *Escenario o espacio dramático:* Es el espacio de lo posible, el cual da a la técnica un espacio particular para ser aplicada. De esta manera, es un campo protegido para el protagonista, y para el director un campo operatorio para trabajar *in vivo*.

- *Yo-auxiliar*: Es aquel elemento del grupo que ayuda al protagonista a elaborar su escena. Le corresponde principalmente la función de jugar roles complementarios a los del protagonista y realizar algunas técnicas psicodramáticas representando a los personajes propuestos por aquel en cada una de sus escenas. Sus funciones básicas son jugar roles (*role playing*), crear el clima emocional adecuado para que sea efectivo el proceso terapéutico y establecer un nexo de unión entre el protagonista y el director.
- *Director*: Es el coordinador o terapeuta, y por lo tanto el responsable de la sesión. La función del director es poner los medios y las técnicas y buscar la estrategia adecuada para que el tema dramatizado contenga todos los elementos psicológicos y sociológicos para que el protagonista encuentre la respuesta a su problema.
- *Auditorio*: Es el conjunto de personas que se encuentran en torno del escenario, incluyendo a los pacientes y sus yoes auxiliares. Durante la etapa de caldeamiento, el grupo y la unidad funcional conforman el auditorio; luego, cuando surgen el o los protagonistas y se define el tema de dramatización, conforman el auditorio el resto de los participantes del grupo que observan la escena dramática.

Etapas de la sesión psicodramática

- *Caldeamiento*: Es la fase de la sesión compuesta por todas aquellas actividades, ejercicios o recursos encaminados a preparar al grupo para una participación completa, activa y espontánea, y tiene como objetivos específicos la cohesión grupal, la emergencia de “material” para el trabajo terapéutico y la selección del protagonista. En esta etapa hay dos tipos de caldeamiento: el inespecífico y el específico; en el primero, se centra la atención en el grupo, se facilita la interacción y se disminuye la tensión hasta lograr un clima emocional para la participación de los miembros del grupo; en el segundo, se

prepara al protagonista para el desarrollo de la escena emergente.

- *Dramatización o acción propiamente dicha*: En ella se interpretan personajes y se movilizan emociones, procurando la resolución de conflictos. No existe un guion previo, y el libreto es la vida del protagonista. La dramatización moreniana sigue al teatro griego: se dejan de lado los orígenes reales de la dramatización, que son la persona misma durante su proceso evolutivo, independiente de épocas y culturas. La dramatización es el núcleo del psicodrama y lo caracteriza el material aportado por el protagonista, que se concreta y plasma en el escenario.
- *Compartir*: En esta etapa se solicita a los integrantes del grupo que manifiesten su sentir en torno a los efectos vividos de lo dramatizado; es decir, se comparten vivencias. La palabra clave aquí es “resonancia”. En este sentido, el protagonista es el emergente del grupo ya que su escena ha resonado en el mismo con gran intensidad.

Como antecedentes más recientes, Gómez y Belloso (2014) comparten su experiencia con relación al tratamiento de pacientes con diagnóstico de trastorno mental grave mediante la técnica de psicodrama en un hospital psiquiátrico de Madrid. En un grupo de pacientes con desórdenes mentales graves, entre los que destacaron la esquizofrenia paranoide y los trastornos delirante, psicótico no especificado, de la personalidad, de la conducta alimentaria, depresivo mayor, obsesivo-compulsivo y dismórfico. En términos generales la escena psicodramática representada previamente no solo fue un ejercicio liberador y reparador, sino que se constituyó en un ensayo de una conducta deseada pero difícil de llevar a cabo por el individuo.

Por su parte, Gómez-Harriero (2013) reporta un estudio de caso en el que se tuvo éxito al tratar a una mujer con ataques de celos mediante el uso de psicodrama enfocado en el entrenamiento del rol envidiado. En este caso, la dramatización facilitó la construcción de imágenes que pusieron de manifiesto un sentimiento de envidia hacia otra mujer que la paciente catalogaba como “seductora”.

Tras varias sesiones de psicodrama trabajando con el rol envidiado, la paciente logró modificar la imagen que tenía de sí misma y, por consiguiente, su comportamiento y estado físico y anímico, logrando superar sus celos.

En el presente trabajo, se impartió un taller de psicodrama como tratamiento para síntomas de ansiedad o depresión en el personal de salud de un hospital de segundo nivel de atención en la ciudad de Apodaca, N.L. (México), en donde se atiende a pacientes infectados por el virus denominado SARS-CoV-2, el cual causa la enfermedad sumamente contagiosa, y en algunos casos fatal, de COVID-19.

Actividades previas al desarrollo del taller de psicodrama

Se obtuvo el permiso por parte de las autoridades del hospital donde se realizaría el estudio para llevar a cabo las intervenciones. De igual manera se contó con la aprobación del Comité Local de Investigación en Salud 1909, con registro ante la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (17C119026077) y la Comisión Nacional de Bioética en México (19CEI0082018080).

MÉTODO

Participantes

Primeramente, se procedió a la detección de sujetos con síntomas de ansiedad, depresión o ambas, para lo cual se aplicó de forma anónima la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg, misma que fue cargada en un formulario electrónico mediante la herramienta *Google Forms* para, de esta forma, facilitar su aplicación masiva a todo el personal de salud que laboraba en el hospital bajo estudio.

De esta manera, se obtuvo una contestación de 909 trabajadores, es decir, 75% de un total de 1,200. Al analizar las respuestas de los formularios, se detectó que 232 trabajadores (25% de los encuestados) alcanzaron puntuaciones que indicaban la presencia de las condiciones arriba mencionadas.

Se identificó a los sujetos de estudio mediante su número de matrícula laboral, evitando recabar sus datos personales. A los citados 232 trabajadores se les invitó a participar en el curso-taller de salud mental denominado “Cuidando al cuidador”, enfocado en tratar ansiedad y depresión mediante sesiones grupales de psicodrama, accediendo 225, de los cuales se obtuvo su consentimiento informado como requisito de participación. Se conformaron al azar 15 grupos de 15 personas cada uno. Se programaron cuatro sesiones de 4 horas de duración para cada conjunto, con una frecuencia de una sesión por semana.

Procedimiento

Al inicio de cada sesión, y tomando en cuenta todas las medidas sanitarias, se recibieron las personas previamente citadas y debidamente informadas en un aula de enseñanza del hospital, a quienes se les dio la bienvenida, tras de lo que se presentaron a los demás participantes. Después se les dio a conocer el encuadre y objetivos del curso-taller y la justificación del programa de apoyo a su salud mental. Las sesiones se desarrollaron según la metodología del de psicodrama siguiendo tres momentos:

1. Primer momento, o *caldeamiento*: Se inició la sesión con un primer ejercicio en el que se solicitó a los participantes que se pusieran de pie y comenzaran a caminar alrededor del aula. Dicha dinámica se realizó con diferentes variantes, como caminar más rápido o más lento, saludar de distintas maneras y en diferentes estados de ánimo a las personas que se encontraban en su trayecto. El objetivo de este primer ejercicio fue que los participantes comenzaran a movilizarse, definiendo así las intenciones del taller: por un lado, que pudieran percibir que se trataba de un curso en acción y movimiento, y en segundo lugar que lograran despertar su creatividad física y disminuir la rigidez corporal. El caminar ayuda además al reconocimiento del área física (salón, auditorio, sala), a la autopercepción del momento (“Cómo estoy, cómo me siento física y emocionalmente”) y al reconocimiento de los miembros del grupo (dinámica de saludos).

Otro ejercicio de caldeamiento consistió en la realización de una evaluación sociométrica, mediante la cual se obtuvieron los criterios sociales en los que se podía agrupar a los participantes, y observar la tendencia de cada criterio entre los miembros para facilitar la pertenencia y la cohesión del grupo. La dinámica consistió en explorar diferentes roles sociales, crear subgrupos que se identificasen con cada criterio sociométrico y medir la cantidad de personas que se agrupaban en cada uno de ellos para así tener una visión más clara de su homogeneidad o heterogeneidad. La instrucción fue la siguiente: “Imaginemos una línea divisoria que parte el aula de lado a lado; de un lado se hallan las personas nativas y del otro lado las foráneas...”. Así, se exploraron los diferentes criterios o roles, como el sexo, estado civil, número de hijos, pasatiempos, aspectos laborales y los que fuesen necesarios para promover la integración del grupo y crear en el mismo un ambiente de confianza.

Un tercer acto de caldeamiento consistió en el ejercicio llamado “Estatuas vivientes”, en el que se forman dos equipos con igual número de miembros, quienes se colocan por parejas, uno frente al otro, y se les da la consigna de que cada equipo escuche una palabra que debe evocar un sentimiento; se dirijan a continuación al compañero e, imaginando que es un maniquí, harán una figura que represente el sentimiento que les haya provocado esa palabra. Para ello, se utilizaron palabras como “familia”, “enfermedad”, “pandemia”, “COVID-19” o “riesgo de trabajo”. El ejercicio buscó sensibilizar al grupo sobre sus sentimientos, afectos y el fenómeno a tratar (COVID-19), así como también la simbiosis del grupo y la espontaneidad.

2. Segundo momento, o *acción propiamente dicha*: Consiste en un ejercicio de relajación, para lo que se pidió a los asistentes que permanecieran sentados cómodamente, hecho lo cual se disminuyó la intensidad de la luz y se les solicitó que cerraran los ojos, respiraran lenta y profundamente y alcanzaran un estado de relajación y armonía. En el momento en que el director notara que el grupo estaba relajado, se daba a cada participante la siguiente consigna: “Ahora le voy a pedir que traiga a su mente una situación que haya vivido directa o indirectamente con relación a la pande-

mia de COVID-19 en su área de trabajo. Esta situación puede ser estresante o desagradable sin ser demasiado conflictiva. Cuando tenga la situación en su mente obsérvela, analízela, ubique el lugar y las personas presentes. ¿Qué día era?, ¿qué estaba ocurriendo?, ¿qué sentían las personas que se encontraban ahí?, ¿qué sentimiento tenía usted en ese momento? Cuando tenga la escena, levante su mano derecha para indicarlo”. Cuando la mayoría hubo levantado la mano, se terminaba la meditación tras impartir la siguiente instrucción: “Ahora le voy a pedir que nuevamente vuelva a centrarse en su respiración y que se relaje. No pierda su escena; manténgala en su mente, respire profunda y lentamente, abra sus ojos, muy despacio y ubíquese en este lugar, en este salón y con sus compañeros”, tras de lo cual se le sacaba de la inducción poniéndolo de pie muy lentamente.

Enseguida se conformaban equipos con igual número de miembros, dándoles la siguiente instrucción: “Cada uno de ustedes le va a contar a su equipo su escena centrándose en el sentimiento que prevaleció en ella. Los demás escucharán con atención. No pueden hablar, preguntar ni hacer comentarios, sino solo escuchar. Cuando cada uno termine, comenzará el otro hasta que todos hayan relatado su escena”. Al terminar ese ejercicio, se les indicaba lo siguiente: “Ahora, a partir de todas las historias que escucharon van a crear una sola, utilizando para eso algún elemento de todas ellas, y la van a montar en una escena que tiene que contener una parte inicial, una parte media y un desenlace. Se deben asignar personajes a cada uno de ustedes y se tienen que centrar en los sentimientos de cada uno de ellos”. Terminando el diseño de la escena, se les pedía nuevamente que tomaran asiento para delimitar el espacio dramático, esto es, como si fuera un escenario de teatro, ubicando el frente, la parte posterior, las salidas y el público. Se les colocaba en dicho espacio pidiéndoles que montasen la escena en el centro del escenario, para los cual podían utilizar los elementos que se encontraban en el aula. También se les advertía que en algún momento habría algunas intervenciones por parte del director o de los miembros del público. Una vez definido el espacio dramático, se le indicaba al primer equipo que lo ocupara y que presentara su escena. Las intervenciones en

cada escena quedaban a consideración del director para lograr el objetivo terapéutico, y se alentaba al público a cambiar o agregar algo de la escena mostrada. Si el director consideraba conveniente un cambio, o probar otra situación o desenlace, se le solicitaba al grupo de actores que en ese momento presentaba la escena que hiciesen las modificaciones solicitadas y se exploraba la sensación o el sentimiento ante cada modificación. Esto se efectuó con cada equipo, hasta que todos ellos participaran.

3. Tercer momento, *compartir*: Al terminar las dramatizaciones, se pedía a los integrantes del grupo que se sentaran en círculo, dándoles la siguiente consigna: “Ahora llegamos a la parte final de la sesión. En este momento vamos a compartir cómo nos sentimos después de haber vivido esta experiencia. Cada uno de ustedes pueden manifestar cómo se sienten, qué piensan, qué reflexionaron, de qué se acordaron, en fin, lo que deseen compartir en este momento”. Idealmente todos debían participar y se escuchaba a cada participante expresar sus sentimientos, experiencias y opiniones. Cuando todos habían compartido lo anterior, se hace el cierre y se daba por terminada la sesión.

RESULTADOS

A continuación, se describen brevemente algunas viñetas sobre los temas que aparecieron con más frecuencia durante el proceso de psicodrama.

Temor: Miedo al enterarse que algún compañero de trabajo se había contagiado y enfermado de gravedad. En este escenario, la sensación fue de miedo, desamparo y preocupación entre los participantes. Se trabajó con psicodrama terapéutico y juego de roles, utilizándose roles auxiliares, dobles, silla vacía e interpelación. Se manejaron sentimientos de temor, impotencia, ira y frustración, tanto con ellos como con la institución que no protegía a sus trabajadores. En general, el grupo manifestó su disgusto por el considerable riesgo que corría al enfrentar esta enfermedad. Al final de la dramatización, los participantes aceptaron que, a pesar de esa molestia, sabían que su responsabilidad era apoyar los esfuerzos para afrontar la pandemia.

Muerte: Una de las escenas narraba la sensación del médico en la situación de recibir a un paciente en estado crítico. A pesar de los esfuerzos del personal, este perdía la vida. Tal escena no fue propuesta por el equipo, sino que se eligió directamente de la persona que la vivió, eligiendo al médico como protagonista. Se exploraron los sentimientos de miedo, tristeza, frustración, temor a la enfermedad e impotencia, así como la sensación de no estar preparados para enfrentar la pandemia. Se utilizó el sociodrama para esta escena, y como la sensación de frustración y los sentimientos de impotencia del público eran evidentes, se decidió usar la interpelación a los personajes para que pudieran expresar los sentimientos que les despertaba la escena.

Cuestiones sociales: Una escena que se llevó a cabo utilizando la técnica del juego de roles recreaba una situación en la que un grupo de compañeros de un mismo departamento se reunían para celebrar el cumpleaños de uno de ellos. La escena se situaba en la casa del festejado sin las medidas recomendadas de prevención y sanidad, olvidando la sana distancia y la necesidad de evitar el contacto físico. Luego, varios de ellos resultaron contagiados ya que la madre del festejado era positiva a COVID -19. Se exploraron los sentimientos de ira, de frustración debida a la irresponsabilidad, la falta de empatía y el miedo al contagio.

Conflictos laborales: Esta escena narraba la angustia que sufren las personas que deben ingresar al área COVID y que consideraban que no se les daba el equipo adecuado para desempeñar su trabajo. La historia se basa en un empleado del área de alimentos al que se le solicita llevar las dietas al área COVID. Al momento de requerir el equipo de protección necesario se percató que no era lo que ella esperaba, por lo que se siente muy insegura. A pesar de que lo utiliza, entra al área muy preocupada y con mucho miedo de contagiarse. En un momento posterior de la escena se manifiesta una crisis de ansiedad y angustia que le impide terminar de repartir los alimentos a los pacientes, abandona el área porque siente que no puede respirar y se rehúsa a regresar; habla con su jefe, quien le hace ver que el equipo de protección es el apropiado y que no tiene nada que temer ya que todos usan ese mismo equipo. Se exploran los

sentimientos de ansiedad, de miedo al contagio, de impotencia y de ausencia de empatía.

Experiencias de los profesionales psicólogos con respecto a la impartición del psicodrama

El presente trabajo representó un reto importante desde el punto de vista psicoterapéutico, toda vez que se llevó a cabo en el contexto de una crisis sanitaria derivada de una pandemia que ha representado una amenaza no solo a la salud física, sino también a la estabilidad mental del personal de salud expuesto al contagio y al daño que puede provocar una enfermedad hasta hace poco desconocida y potencialmente mortal.

En este sentido, el abordaje de los síntomas de ansiedad y depresión por medio del psicodrama ha resultado particularmente útil debido a que permite trabajar con experiencias que un grupo de participantes percibe como amenazantes o estresantes, dándoles la oportunidad de revivirlas o experimentarlas nuevamente bajo una perspectiva diferente y con un mayor conocimiento de la situación, además de trabajar con la espontaneidad, la empatía y la diversidad de roles, lo que da como resultado una óptica distinta de la vivencia experimentada como traumática y angustiante, modificando la percepción del sí mismo y del estado de ánimo del grupo, lo que recapitula en la psique el estado de ánimo displacentero.

Durante las sesiones de psicodrama, los individuos participantes tienen la oportunidad de recrear todo tipo de situaciones difíciles, sobre las cuales asumen el control para analizarlas, aprender de ellas, modificarlas para neutralizar sus efectos nocivos, e incluso fortalecerse. También les brinda la posibilidad de conocerse mejor, así como a sus compañeros de trabajo. Advierten, por ejemplo, que la angustia genera fantasías catastróficas que a su vez propician la mayor intensidad de los sentimientos negativos, como la depresión y la ansiedad, los cuales inciden en la objetividad y causan un sesgo en la apreciación de la realidad que da como resultado un círculo vicioso que los mantiene permanentemente angustiados, deprimidos y con el consecuente desgaste en su funcionamiento laboral y personal.

Los beneficios colectivos se hicieron evidentes con el solo hecho de que compartir sus experiencias dentro de un contexto grupal generaba en primera instancia un efecto de universalidad al percibir que no eran las únicas personas que se sentían angustiadas, por lo que desapareció la sensación de ser un “bicho raro” o la persona más “frágil” emocionalmente hablando; se logró la naturalización de la angustia y las fantasías catastróficas, entendiendo que estas eran respuestas esperadas en una situación de tal magnitud, y que en todo caso el problema individual y colectivo no residía en sentir angustia o tener pensamientos negativos, sino en cómo se reaccionaba ante ellos, así como en las conductas, roles y actitudes desadaptados que tales reacciones propiciaban, afectando con ello el funcionamiento del equipo de trabajo.

Por otra parte, es importante señalar que la práctica del psicodrama implica ciertas dificultades para su desarrollo y aplicación, las cuales principalmente tienen que ver con los siguientes puntos:

- a) Necesidad de espacios físicos amplios para delimitar el espacio dramático.
- b) Por ser una técnica grupal, se encuentra limitada en ocasiones a una asistencia mínima de participantes para lograr la experiencia total de la técnica psicodramática. Con la experiencia del presente trabajo, se recomienda como mínimo trabajar con grupos de cinco personas, aparte del staff.
- c) Se requiere que el director del grupo domine las técnicas y la metodología del psicodrama, ya que este exige preparación teórico-práctica y experiencia previa del personal clínico que dirige la intervención grupal.
- d) El escepticismo de los participantes. Al ser el psicodrama una técnica psicoterapéutica no convencional, o distinta de lo que las personas esperan, las dudas y la incredulidad de las mismas llegan a manifestarse muy frecuentemente, pudiendo crear una resistencia a la espontaneidad y al desarrollo de la experiencia grupal. El psicodrama tiene la plasticidad para entender las dinámicas de grupo, por lo que se tiene que identificar, en términos de fenómenos grupales, si hay

algún posible saboteador del grupo, quien puede ser detectado por su conducta de liderazgo negativo, por desatender las indicaciones del director o por buscar un protagonismo constante que evita el desarrollo de las dinámicas. La mejor manera de lidiar con un saboteador en el grupo es identificarlo y sacarlo de su posición o de su zona de confort, e invitarlo a ser un protagonista en la técnica psicodramática.

- e) No se deben pasar por alto ninguno de los momentos del psicodrama ya que todos tienen una gran importancia. Sin embargo, el énfasis en el caldeamiento es lo que va a dar pie a que todo lo demás surja. El manejo del grupo depende mucho de un concepto conocido como *tensión dramática*, la que surge a partir del momento en que el aquel está dispuesto a cooperar con la actuación porque ya se quitaron las penas, vergüenzas y prejuicios; de esta manera, el grupo está listo para hacer lo que sea necesario y que el director indique. El caldeamiento es una pieza importante para la atención dramática. Si la tensión dramática por un mal caldeamiento no ocurre, los participantes no alcanzan a liberarse de sus prejuicios, miedos ni vergüenzas.

Experiencias compartidas por los participantes asistentes al taller de psicodrama

Al final de cada taller se aplicó una encuesta de satisfacción a los participantes para conocer sus experiencias acerca de la intervención. Destacaron las siguientes opiniones:

Con respecto a la satisfacción, esto es, a los beneficios obtenidos de la intervención, destacaron por lo general las opiniones positivas, y prácticamente todos los participantes estuvieron a favor de que se efectuara este tipo de actividades para el cuidado de la salud mental. En cuanto a los beneficios sentidos y manifestados por ellos, fueron frecuentes frases como las siguientes: “Me sentí más tranquila y relajada”, “Se me quitó el estrés que traía”, “Pude conocer mejor a mis compañeros”, “Pude hacerme más consciente de la situación”, “Logré una mejor perspectiva acerca de cómo afrontar las situaciones de estrés”, “Pude

darme cuenta de que necesitaba apoyo profesional”, “Me sentí más liberada” o “Me pareció una experiencia muy agradable y divertida”.

Uno de los requerimientos más frecuentes de los participantes fue el que se destinara más tiempo a las sesiones, las que en promedio duraban cuatro horas, y que la duración del taller fuera mayor. Asimismo, solicitaron que se incluyeran temas personales de cada individuo acerca de situaciones ajenas al ámbito laboral.

Por otra parte, una de los comentarios más frecuentes expresados por los asistentes fue que al principio de la interpretación escénica les había resultado difícil llevar a cabo la actividad; no obstante, casi todos coincidieron en que dicha dificultad disminuía conforme participaban en el trabajo escénico, facilitando por consiguiente su actuación.

Las pocas expresiones de insatisfacción no fueron propiamente respecto al taller, sino más bien iban encaminadas a expresar inconformidades o quejas laborales para con sus superiores por haberlos enviado al curso en un horario distinto o en una fecha posterior a los que habían solicitado.

DISCUSIÓN

En la actualidad, sumergidos en las repercusiones sociales y económicas de la llamada “nueva normalidad”, que ha dejado cierta incredulidad y susceptibilidad ante la pandemia de COVID-19, hay diversas expectativas sobre de la utilidad que pueda otorgar la terapia grupal. En este contexto, el psicodrama ha demostrado poseer una sólida estructura teórica y dinámica en relación acerca de los procesos grupales, así como de sus técnicas para el abordaje de las necesidades grupales en cuanto método de evaluación y atención.

En la experiencia del presente trabajo, el psicodrama fue la técnica más adecuada aplicada en la terapia grupal ya que introduce la importancia del acto y del cuerpo en acción dentro de un proceso psicoterapéutico, sin descartar el uso de la palabra en su aplicación.

Jacob Levy Moreno (1943) (cf. Fox, 1987) apuntaba que “la vivencia psicodramática está estrechamente vinculada a nuestros aspectos más

íntimos, a aquello que provoca asombro e incertidumbre, viaje y cambio”. Es decir, el proceso psicodramático se basa en la trascendencia a partir de la técnica y la metodología psicodramática, lo que hace que la experiencia en el desarrollo de un grupo que vive el psicodrama resulte en su conclusión más básica y en una experiencia agradable (Fürst, 2006).

Una de las intenciones de este trabajo fue profundizar en los efectos del psicodrama en los procesos de cura. Por consiguiente, una apertura a la pluralidad de perspectivas y de espacios desde el grupo, así como el manejo de los diferentes relatos que a su vez son integrados a la experiencia de cada miembro del grupo, dejan de considerarse historias individuales sin sentido y se convierten en experiencias vividas desde la mirada de los participantes. Esto da lugar a sensaciones de tranquilidad, empatía, autoconocimiento, de un manejo más adecuado de los miedos y el estrés, así como la disminución de los sentimientos de inseguridad.

El uso del psicodrama es también un medio para acceder a la psique interna, entendiendo que las personas se centran en situaciones inmediatas y que en muchas ocasiones el pasado queda como causa y efecto en el inconsciente por medio de la represión y deja una laguna de síntomas y sensaciones que no se alcanzan a comprender. La técnica de psicodrama permite así que las situaciones pasadas puedan ser vividas nuevamente en el momento actual y revividas con la misma intensidad, pero sintiéndolas menos amenazantes, lo que provoca una expresión de sentimientos en los que el cambio de la percepción del mismo suceso, pero experimentado de manera diferente, logra una dis-

minución de síntomas como estrés, miedos, ansiedad e ira.

Como afirma Blatner (1980) (*cf.* Donis, González, Isach, Haedo y Martín, 2017), lo corporal como medio de expresión dentro del ejercicio de representación dramática refleja aspectos psicológicos como ideas, miedos, opiniones y sentimientos, entre otros. Todo ello permite fomentar la autorreflexión en la persona en relación a los acontecimientos que generan su malestar.

Una de las principales limitaciones del presente estudio fue el hecho de intervenir con grupos de personas tan golpeadas emocionalmente por una situación pandémica que trajo consigo zozobra, desesperanza y un consecuente escepticismo hacia las intervenciones psicoterapéuticas. No obstante, los resultados aquí obtenidos ofrecen la pauta para poder determinar el alcance de la técnica psicodramática y sus funciones terapéuticas, lo que da pie a futuras investigaciones en diferentes ámbitos, como la educación, la familia, la sociedad y la industria.

Dado lo anterior, es posible concluir que este trabajo muestra las propiedades terapéuticas de la técnica psicodramática para intervenir en situaciones traumáticas o de fenómenos grupales. El psicodrama, en su modalidad de intervención, favorece todos los posibles problemas con relación a situaciones de angustia, ansiedad y depresión. Así pues, queda abierta la invitación para el desarrollo y la práctica del psicodrama como una alternativa psicoterapéutica actual, sugiriendo a los estudiosos de la conducta humana que utilicen el psicodrama como método para el manejo de cualquier fenómeno grupal y a que otorguen un voto de confianza a la técnica psicodramática.

Citación: Núñez O., S.D., López R., A., Robles G., B., Cadena G., F. y Hernández C., E.I. (2022). Psicodrama como tratamiento para ansiedad y depresión en el contexto de la pandemia por COVID-19. *Psicología y Salud*, Número Especial, 112-121. <https://doi.org/10.25009/pys.v32i3.2796>.

REFERENCIAS

- Álvarez V., P. (1988). Psicodrama y esquizofrenia crónica. Un estudio clínico y sociométrico. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 8(24), 53-84.
- Blatner, H. (1980). *Psicodrama: como utilizarlo y dirigirlo*. México: PAX.
- Castillo, B. (2013). Psicodrama, Sociodrama y Teatro del Oprimido de Augusto Boal: Analogías y diferencias. *Revista Teatro*, 26(26), 117-139.

- Donis, R., González, M., Isach, M., Haedo, N. y Martín, V. (2017). Terapia en prisión: el cambio hacia el otro a través del psicodrama. *Psicoterapia y Psicodrama*, 5(1), 65-75.
- Fox, J. (1987). *The essential Moreno: Writings on psychodrama, group method, and spontaneity by J.L. Moreno, MD*. New York: Springer Publishing Company, Inc.
- Fürst, J. (2006). Das Psychodrama im Einfluss von Kulturen. *Zveza potrosnikov Slovenije*, 2, 207-223.
- Gómez Harriero, E. (2013). Intervención psicoterapéutica en un caso de celos mediante técnicas de psicodrama y psicodanza: entrenamiento de roles. *Apuntes de Psicología*, 31(3), 351-358.
- Gómez-Holgado, F. y Belloso R., J.J. (2014). Psicodrama en una unidad de psicoterapia. *Psicoterapia y Psicodrama*, 3(1), 7-22.
- Mercader L., C. (2013). Teoría y técnica del psicodrama. *Apuntes de Psicología*, 31(3), 321-325.
- Moreno, J.L. (1943). The concept of sociodrama: A new approach to the problem of inter-cultural relations. *Sociometry*, 6(4), 434-449.
- Ruano C., M.C. (2013). Técnicas en psicodrama individual. *Apuntes de Psicología*, 31(3), 413-420.

Propiedades psicométricas preliminares de la Escala de Estresores relacionados con el Distanciamiento Social por la Covid-19

Preliminary psychometric properties of the Stressors related to Social Distancing by the Covid-19 Scale

María Cristina Bravo-González, Roberto Miguel-Corona, Maetzin Itzel Ordaz-Carrillo y José Esteban Vaquero-Cázares

Universidad Nacional Autónoma de México¹

Autor para correspondencia: María Cristina Bravo G., cristina.bravo@iztacala.unam.mx.

RESUMEN

A raíz de la contingencia sanitaria derivada de la gran cantidad de contagios de la COVID-19 en el mundo, se pusieron en marcha diversas estrategias para disminuir la propagación del virus. En México se estableció la Jornada Nacional de Sana Distancia, que implicó considerables esfuerzos de distanciamiento social de la población. Ante ese panorama, surgió la necesidad de evaluar la percepción de las situaciones generadoras de estrés, para lo cual se desarrolló la Escala de Estresores relacionados con el Distanciamiento Social por motivo de pandemia. Por tanto, el objetivo de este trabajo fue mostrar el proceso de elaboración y análisis de las propiedades psicométricas de este instrumento en una muestra de 2,656 personas residentes en México. Luego de un análisis factorial exploratorio y de la utilización del coeficiente alfa de Cronbach, se eliminaron diez reactivos, por lo que la versión final consta de 16 reactivos agrupados en cuatro factores. Los análisis arrojaron índices satisfactorios para el total de la escala y por cada elemento, por lo que se concluye que esta escala puede evaluar estresores relacionados con el distanciamiento social de manera fiable y válida, aunque queda por realizarse aún el análisis factorial confirmatorio.

Palabras clave: Estresores; Distanciamiento social; COVID-19; Propiedades psicométricas.

ABSTRACT

As a result of the health contingency derived from a large number of COVID-19 infections, various worldwide strategies aimed at reducing the spread of the virus. In Mexico, the instruction "Healthy Interpersonal Distance" involved efforts to social distancing for the population. Thus, evaluating the perception of stress generated by such situations became necessary. The development of the Scale of Stressors related to Social Distancing by COVID-19 contributed to this end. Objective. To describe this process and analyze the scale's psychometric properties with a sample of 2,656 residents in Mexico. After the exploratory factor analysis and Cronbach's alpha coefficient, the final version consists of 16 items grouped into four factors after eliminating ten items. The results show satisfactory indexes for the total of the scale and each factor. The present findings suggest that the scale is

¹ Carrera de Psicología, División de Investigación y Posgrado, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Av. De los Barrios Número 1, Col. Los Reyes Iztacala, Tlalnepantla, Estado de México, C.P 54090, México, correos electrónicos: roberto.miguel@iztacala.unam.mx, mordaz@iztacala.unam.mx, esteban.vaquero@iztacala.unam.mx.



valid and reliable for evaluating the stressors related to situations of social distancing. However, the confirmatory factor analysis still requires implementation.

Key words: Stressors; Social distancing; COVID-19; Psychometric properties.

Recibido: 08/06/2021

Aceptado: 03/02/2022

En la historia de la humanidad han ocurrido diversas pandemias que han amenazado gravemente la salud de las personas al ser condiciones que pueden propagarse a una gran velocidad. La incertidumbre sobre los síntomas, su carácter novedoso, las características de la enfermedad, la carencia de tratamientos y el nivel de letalidad suponen una presión enorme para los sistemas de salud de cada país si no se toman medidas sanitarias que regulen la cantidad de personas enfermas y la necesidad de atención hospitalaria (Robertson, Hernshenfield, Lynn y Stewart, 2004).

A partir de las medidas sanitarias indicadas por las autoridades mexicanas derivadas de la pandemia por el virus SARS-Cov-2, causante de la enfermedad por coronavirus o COVID-19, a mediados de marzo de 2020 se estableció la Jornada Nacional de Sana Distancia como una medida de confinamiento para la población general, la cual implica, como apuntan Sandín, Valiente, García y Chorot (2020), el distanciamiento social, el aislamiento en casa y la suspensión de actividades comerciales, educativas, recreativas y sociales. Con ello, las tareas se restringen a la compra de alimentos y medicinas y el cuidado de la salud. Las medidas de confinamiento, aislamiento y cuarentena se recomiendan asimismo para disminuir la propagación del virus y el número de contagios (Jaspal, Lopes y Lopes, 2020; Oblitas y Sempertegui, 2020; Reynolds *et al.*, 2008).

A diferencia de la cuarentena, el distanciamiento social implica diversas restricciones dirigidas a la población general con la finalidad de limitar la propagación de un agente infeccioso. Oblitas y Sempertegui (2020) señalan que esta medida entraña que las personas sanas permanezcan en casa

la mayor parte del día y se movilicen únicamente para lo estrictamente necesario, lo que implica la restricción de la interacción social, la limitación de las actividades recreativas y deportivas y la reducción del abanico de comportamientos cotidianos, lo que trae como resultado aburrimiento y cansancio; asimismo, la exposición constante a la información sobre la pandemia puede, en conjunto con lo anterior, desencadenar respuestas variadas de estrés.

En estudios recientes se han reportado variables asociadas con el estrés y con las restricciones del distanciamiento social (Brooks *et al.*, 2020; Wang *et al.*, 2020), entre las que destacan los cambios medioambientales al permanecer en casa, el cierre de centros de trabajo, el impacto en el ingreso económico, la escasez inicial de productos básicos, los daños a la salud, el temor a contraer la enfermedad y morir, los sentimientos de impotencia y el estigma concomitante a la infección, todo ello provocado por la novedad de una contingencia sanitaria de gran magnitud y de duración indefinida.

Al respecto, Brooks *et al.*, (2020) han hecho una revisión sistemática de estresores identificados en pandemias previas, entre los que destacan que la duración de la cuarentena, el miedo a ser infectado, la frustración y aburrimiento, la falta de suministros, la información inadecuada, los estresores financieros y el estigma son los factores que pueden generar estrés en la población.

A partir de tales categorías se ha construido una escala cuyo propósito es evaluar los estresores relacionados con el distanciamiento social e identificar su efecto en la población mexicana; por tanto, el objetivo de esta investigación con diseño no experimental (Kerlinger y Lee, 2002) y de corte transversal (Méndez, Namihira, Moreno y Sosa, 1990) fue describir las propiedades psicométricas de la Escala de Estresores relacionados con el Distanciamiento Social por la COVID-19 (EsEDiSo-COVID en lo sucesivo) mediante su aplicación en línea.

Antes de las restricciones derivadas de la pandemia, la aplicación de cuestionarios en línea, si bien se realizaba, no era el formato de primera elección; sin embargo, dadas las medidas de distanciamiento social, ha mostrado un significativo

aumento en su empleo, ya que favorece la recolección de datos con mayor rapidez y a un bajo costo (Smyth y Pearson, 2011), se puede diseñar fácilmente (Lorca, Carrera y Casanovas, 2016) y es accesible a una mayor cantidad de personas (Aerny *et al.*, 2012).

MÉTODO

Participantes

Se efectuó un muestreo no aleatorio en el que participaron 2,656 personas, 77% de ellas mujeres, con un rango de edad de 18 a 75 años, una media de 34.31 y desviación estándar de 10.631. En la Tabla 1 se describen las características sociodemográficas de dicha muestra.

Tabla 1. Características sociodemográficas de la muestra.

Características	n	%
Sexo		
Mujer	2,039	76.8
Hombre	617	23.2
Estado civil		
Soltera(o)	1,314	49.5
Casada(o)	665	25.0
Unión libre	420	15.8
Separada(o)	116	4.4
Divorciada(o)	124	4.7
Viuda(o)	17	0.6
Último grado de estudios		
Primaria	6	0.2
Secundaria	59	2.2
Bachillerato	451	17.0
Licenciatura	1,623	61.1
Posgrado	517	19.5
Lugar de residencia		
Ciudad de México	1,347	50.7
Estado de México	978	36.8
Veracruz	87	3.3
Querétaro	29	1.1
Otros estados	185	7.2
No contestó/incompleta	30	1.1

Nota: La categoría “Otros estados” incluye Michoacán, Baja California Sur, Oaxaca, Tlaxcala, Baja California, Chiapas, Guerrero, Aguascalientes, Chihuahua, Zacatecas, Tabasco, Sonora, Yucatán, San Luis Potosí, Nayarit, Coahuila, Tamaulipas e Hidalgo.

Instrumento

Para realizar la construcción de la EsEDiSo-COVID se tomaron como referencia los argumentos de Brooks *et al.* (2020). Inicialmente, dicha escala se constituyó por 26 ítems, con cuatro opciones de respuesta medidas en una escala tipo Likert (de 0: “No me describe”, a 3: “Me describe mucho”), con las que se consideraron seis áreas generales: *Estrés postrauma* (cuatro ítems: 15, 13, 8 y 16), *Miedo a infectarse* (seis ítems: 19, 24, 2, 14, 17 y 23), *Frustración* (cuatro ítems: 26, 21, 10 y 3), *Insuficiencia de suministros* (tres ítems: 11, 18 y 4), *Acceso a información* (cinco ítems: 5, 1, 7, 25 y 12) y *Finanzas* (tres ítems: 6, 22 y 20).

Procedimiento

La investigación se implementó en un lapso de siete semanas entre el 11 de abril y el 31 de mayo de 2020, durante la Jornada Nacional de Sana Distancia, que constituyó el periodo inicial de distanciamiento social. La aplicación y la recolección de los datos se llevaron a cabo mediante la plataforma Google-Forms Online®, mientras que la difusión se efectuó a través de redes sociales como Facebook® e Instagram®.

Previamente a la aplicación de la escala, se presentó a los participantes una versión breve del objetivo de la investigación; de igual modo, se explicitaron la confidencialidad y el uso de los datos, para finalmente invitar a participar voluntariamente a todos aquellos que fuesen mayores de 18 años. Cabe mencionar que los datos proporcionados por menores de edad fueron eliminados.

Análisis estadístico

Para el procesamiento estadístico se utilizó el programa SPSS®, versión 26 para Mac (IBM Corporation, 2019), detallándose la distribución de frecuencias de cada reactivo, así como el sesgo y la curtosis. Se hizo un contraste entre grupos extremos con una prueba *t* de Student, y se analizó la correlación ítem-total de la escala.

Para llevar a cabo el análisis factorial exploratorio se siguieron las directrices descritas por Vega, Hernández, García, Nava y Ruiz (2019) en las que se conjuntan criterios teóricos y numéricos

para identificar las estructuras factoriales posibles. En dichas directrices se consideran como criterios aceptables un índice Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) mayor a .80, una prueba de esfericidad de Bartlett estadísticamente significativa y un determinante superior a 0. De modo similar, los criterios elegidos para el análisis factorial exploratorio fueron, a saber: cargas factoriales superiores a .40, discriminación entre factores con un mínimo de .10 respecto de las cargas secundarias, dimensión constituida por al menos tres ítems y coherencia teórica en la agrupación.

Finalmente, la confiabilidad de la escala se evaluó a través de la consistencia interna de los ítems, empleando el coeficiente alfa de Cronbach para cada factor y para el total de la escala.

RESULTADOS

Validación y discriminación de reactivos

En primer término, se analizó la distribución de frecuencias obtenida para cada reactivo con la finalidad de descartar los que tuvieran poca variabilidad en las contestaciones, tomando en cuenta el criterio de eliminar aquellos que concentraran más de 55% de las respuestas en una sola de las opciones disponibles; los resultados no indicaron que alguno de los 26 reactivos tuviera esa característica, por lo que se procedió a obtener los puntajes de sesgo y la curtosis de cada reactivo, encontrando valores de entre 1.71 y 2.87. Se identificó que el reactivo 13 tenía 2.87 de curtosis, que es mayor al valor aceptado.

Adicionalmente, se dividió la distribución en cuartiles, a partir de los cuales se efectuó una prueba *t* para muestras independientes a fin de comparar el grupo 1 (cuartil 1) contra el grupo 3 (cuartil 3) en cada reactivo, a partir de lo cual se halló que el reactivo 7 no discriminaba entre los dos grupos de forma residual ($p = .059$), por lo que se decidió conservarlo para los siguientes análisis.

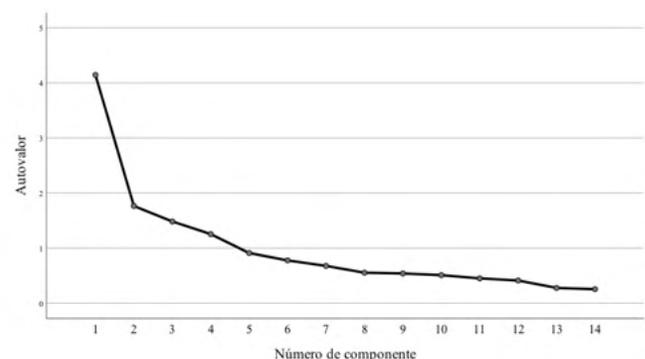
Se obtuvieron los índices de correlación de cada reactivo con el puntaje total de la escala, los cuales se encontraron entre 0.57 y -0.14 . Los reactivos 1, 5, 7, 8, 12, 17 y 25 no mostraron correlación con el puntaje de la escala; es decir, no medían

algunos de los factores del atributo, por lo que se eliminaron uno a uno hasta encontrar correlaciones superiores a $r = 0.20$.

Análisis factorial exploratorio (AFE) y confiabilidad

En primer término, se solicitó la medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), con un valor de 0.845, y la de esfericidad de Bartlett, que resultó estadísticamente significativa ($\chi^2_{[120]} = 15147.521, p < .000$), a través de los cuales se verificó que la matriz de correlaciones que sustenta el análisis factorial fuera la adecuada. Se realizó el análisis factorial a través del método de componentes principales con rotación varimax, con un máximo de iteraciones de 25, a partir del cual se identificaron los reactivos con cargas factoriales menores a 0.40, así como aquellos que cargaron de manera aislada y, por tanto, no constituyeron un factor, por lo que se fueron eliminando uno a uno hasta obtener la matriz final, obteniendo como resultado cuatro factores con seis iteraciones que explican 60.87% de la varianza. En la Figura 1 se muestra el gráfico de sedimentación, en el que se observan los autovalores para cada factor.

Figura 1. Gráfico de sedimentación.



En la Tabla 2 se muestran las cargas factoriales de cada reactivo por subescala, las que fluctúan entre 0.850 y 0.476, y asimismo los índices de consistencia interna con el coeficiente alfa de Cronbach para la escala total y para cada subescala, los que oscilan entre 0.80 y 0.66.

Tabla 2. Cargas factoriales por subescala y coeficiente alfa de Cronbach para los reactivos de la EsEDiSo-COVID.

Reactivos	Factores			
	Frustración	Estrés postraumático	Miedo a infectarse	Finanzas
26. Me enoja no poder realizar mis actividades cotidianas con normalidad.	.776			
21. Me aburre estar en casa.	.739			
3. Me molesta comunicarme con mis amigos y/o familiares solo a través del teléfono o por medios digitales.	.719			
10. Me siento aislado del mundo.	.711			
9. Me molesta limitar el contacto físico con mis seres queridos.	.681			
15. Tengo pensamientos repentinos o involuntarios sobre la COVID-19.		.826		
13. Tengo sueños o pesadillas relacionadas con la COVID-19.		.773		
16. Tengo pensamientos negativos sobre la COVID-19.		.771		
19. Me preocupa contagiarme de COVID-19.			.783	
2. Me preocupa contagiar a otras personas de COVID-19.			.687	
23. Ante cualquier malestar físico pienso que puedo estar contagiado de COVID-19.			.671	
18. Me preocupa no tener acceso a servicios médicos y/o a medicinas suficientes en caso de requerirlas.			.618	
24. Tengo miedo de experimentar algún síntoma relacionado con la infección COVID-19.			.607	
20. Mi futuro laboral o el del principal sostén de mi familia es incierto debido a la contingencia sanitaria.				.850
6. Las medidas de distanciamiento social están afectando económicamente a mi familia.				.826
22. Me preocupa que al término de la contingencia sanitaria se agraven los problemas económicos.				.476
Totales				
<i>Número de reactivos</i>	16	5	3	5
<i>Varianza explicada</i>	60.87	17.79	17.36	14.47
<i>Alfa de Cronbach</i>	.846	.799	.804	.778

DISCUSIÓN

El presente estudio tuvo por objetivo describir las propiedades psicométricas de la EsEDiSo-COVID en un formato de aplicación en línea. Los resultados mostraron una escala constituida por cuatro factores: Frustración, Estrés postraumático, Miedo al contagio y Finanzas, que presentan valores psicométricos que sugieren que dicho instrumento puede emplearse de manera confiable para la iden-

tificación de estresores relacionados con medidas de distanciamiento social y, como señalan Brooks *et al.* (2020), son factores que pueden favorecer la aparición de respuestas de estrés en las personas.

A partir de los análisis de las propiedades psicométricas de la escala, los reactivos relacionados con la percepción de información se eliminaron en su totalidad, toda vez que la tendencia de la respuesta se encontró en consultar medios no oficiales, desconfiar de la información proporcio-

nada por el gobierno, no verificar la veracidad de la información que comparten en redes sociales y la tendencia a no mantenerse informado sobre la COVID-19. Contrario a lo que indican Robertson *et al.*, (2014) respecto a que la falta de información clara, así como de certeza sobre los métodos efectivos y de corto plazo para disminuir el riesgo de propagación del virus, contribuyen a una sensación de pérdida de control que favorece que las personas perciban un mayor riesgo de daño personal y estrés, pareciera que la evaluación de este factor debiera replantearse.

Otros reactivos que se eliminaron corresponden a la falta de suministros, como alcohol en gel, papel higiénico y cubrebocas, entre otros; pese a que en la revisión sistemática de Brook *et al.* (2020) se consideran como factores favorecedores de estrés. Cabe mencionar que las respuestas también mostraron escasa variabilidad y correlaciones muy pequeñas, lo que sugiere que un posible desabasto de suministros no fue percibido como estresante.

Lesmana (2018) señala que el estrés es común en la vida de las personas y que es inevitable que en algún momento se experimente relacionado con situaciones familiares, académicas, laborales, de pareja, sociales o de cualquier otra índole, por lo que le puede ocurrir a cualquier persona en cualquier situación, debido a que implica cualquier estímulo, interno o externo, que complica la adaptación del individuo. Tal dificultad en la adaptación está relacionada con la percepción individual o subjetiva, la cual puede determinar la severidad del estresor (Lazarus y Folkman, 1986).

De acuerdo con Reynolds *et al.*, (2008), las medidas de confinamiento (incluida la cuarentena) tienen como principal propósito prevenir la transmisión de un agente infeccioso, y aunque se considera que son efectivas para proteger a las personas de contagios, implican también riesgos psicológicos individuales en virtud de que esta condición puede generar diversas circunstancias que pueden ser percibidas como estresantes, tales

como la pérdida de ingresos económicos, la falta de información, la preocupación de contagiarse a sí mismo a otros, etcétera.

Es probable que los factores identificados en la escala se relacionen con respuestas emocionales o conductuales que pueden afectar significativamente el bienestar de la población (Xiang, 2020), por lo que la previsión del aumento de problemas psicológicos en grupos vulnerables no es exagerada. No obstante que las medidas de distanciamiento social continúan siendo como una de las principales recomendaciones para evitar la propagación del virus, tal como apuntan Jaspal *et al.*, (2020), acrecientan los sentimientos de soledad y la percepción de estar desconectado de los demás, lo que puede derivar en que las personas intenten estrategias de afrontamiento poco adaptativas.

Finalmente, es menester señalar las bondades de las herramientas digitales a lo largo del estudio. Tal y como señalan Lorca *et al.* (2016) en cuanto a su facilidad de diseño, accesibilidad a la población (Aerny *et al.*, 2012), rapidez y bajo costo (Smyth y Pearson, 2011).

CONCLUSIONES

La Escala de Estresores relacionados con el Distanciamiento Social por la COVID-19 (ESeDiSo-COVID) es una herramienta con propiedades psicométricas adecuadas, por lo que se considera una medición confiable del efecto de los estresores a los que puede verse sometida la población durante los periodos de distanciamiento social. Se pretende que esta medición pueda complementarse con respuestas asociadas al estrés, y así apoyar la generación del conocimiento y la comprensión de esta problemática.

Por último, se sugiere ampliar el cuerpo de conocimiento mediante la replicación y uso de dicha escala en las diferentes etapas de los periodos de aislamiento social con el fin de contrastar los resultados aquí obtenidos.

Citación: Bravo-González, M.C., Miguel-Corona, R., Ordaz-Carrillo, M.I y Vaquero-Cázares, J.E. (2022). Propiedades psicométricas preliminares de la Escala de Estresores relacionados con el Distanciamiento Social por la Covid-19. *Psicología y Salud*, Número Especial, 122-128. <https://doi.org/10.25009/pys.v32i3.2801>.

REFERENCIAS

- Aerny P.N., Domínguez B., M.F., Astray, M.J., Esteban V., M.D., Blanco A., L.M. y López P., M.A. (2012). Tasas de respuesta a tres estudios de opinión realizados mediante cuestionarios en línea en el ámbito sanitario. *Gaceta Sanitaria*, 26(5), 477-479. Doi: 10.1016/j.gaceta.2011.10.016.
- Brooks, S.K., Webster, R.K., Smith, L.E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N. y Rubin, G.J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*, 395, 912-920. Doi: 10.1016/S0140-6736(20)30460-8.
- IBM Corporation (2019). *IBM SPSS Statistics for Mac*, v. 26.0 [software de cómputo]. Armonk, NY: IBM Corp.
- Jaspal, R., Lopes, B. y Lopes, P. (2020). Predicting social distancing and compulsive buying behaviours in response to COVID-19 in a United Kingdom sample. *Cogent Psychology*, 7, 1-14. Doi: 10.1080/23311908.2020.1800924.
- Kerlinger, F.N. y Lee, H.B. (2002). *Investigación del comportamiento. Métodos de investigación en ciencias sociales*. México: McGraw-Hill.
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Lesmana, N. (2018). The relationship between stress level and coping mechanism against the regulation dormitory quarantine. *The Malaysian Journal of Nursing*, 10(2), 131-136.
- Lorca M., S., Carrera F., X. y Casanovas C., M. (2016). Análisis de herramientas gratuitas para el diseño de cuestionarios on-line. *Revista de Medios y Educación*, 49, 91-104. Doi: 10.12795/pixelbit.2016.i49.06.
- Méndez, I., Namihira, D., Moreno, L. y Sosa, C. (1990). *El protocolo de investigación. Lineamientos para su elaboración y análisis* (2a ed.). México: Trillas.
- Oblitas, A. y Sempertegui, N. (2020). Ansiedad en tiempos de aislamiento social por COVID-19. Chota, Perú, 2020. *Avances en Enfermería*, 38(1, suplemento), 11-21. Doi: 10.15446/av.enferm.v38n1supl.87589.
- Reynolds, D., Garay, J.R., Deamond, S.L., Moran, M.K., Gold, W. y Styra, R. (2008). Understanding, compliance and psychological impact of the SARS quarantine experience. *Epidemiology and Infection*, 136, 997-1007. Doi: 10.1017/S0950268807009156.
- Robertson, E., Hernshenfield, K., Lynn, S. y Stewart, D. (2004). The psychosocial effects of being quarantined following exposure to SARS: a qualitative study of Toronto health care workers. *Canadian Journal of Psychiatry*, 49(6), 403-407. Doi: 10.1177/070674370404900612.
- Sandín, B., Valiente, R., García E., J. y Chorot, P. (2020). Impacto psicológico de la pandemia de COVID-19: Efectos negativos y positivos en población española asociados al periodo de confinamiento nacional. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 25(1), 1-22. Doi: 10.5944/rppc.27569.
- Smyth, J.D. y Pearson, J.E. (2011). Internet survey methods: a review of strengths, weaknesses, and innovations. En M. Das, P. Ester y L. Kaczmarek (Eds.): *Social and behavioral research and the Internet. Advances in applied methods and research strategies* (pp. 11-43). New York: European Association of Methodology & Taylor and Francis Group.
- Vega, V., C.Z., Hernández T., R.A., García A., O., Nava Q., C. y Ruiz M., D. (2019). Escala de habilidades de solución de problemas en directivos: Desarrollo y validación. *Evaluar*, 19(3), 68-85. Doi: 10.35670/1667-4545.v19.n3.
- Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C.S. y Ho, R.C. (2020). Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17, 1-25. Doi: 10.3390/ijerph17051729.
- Xiang, Y.T. (2020) Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. *The Lancet Psychiatry*, 7, 228-229. Doi: 10.1016/S2215-0366(20)30046-8.

REQUISITOS DE PUBLICACIÓN

ENVÍO DE ARTÍCULOS:

1. La revista *PSICOLOGÍA Y SALUD* recibe trabajos en las modalidades de reportes de investigación, informes, artículos monográficos, reseñas bibliográficas, analíticas o comentadas en el campo de la psicología de la salud.
2. Todos los artículos deberán dirigirse en formato Word 2003 o 2007 al Editor de la revista *PSICOLOGÍA Y SALUD*, correo electrónico rbulle@uv.mx. Se acusará recibo de los textos, pero no se extenderán cartas de aceptación hasta que hayan sido programados para su publicación. Una vez publicado un artículo, se remitirá al autor principal por vía electrónica la separata del mismo para su reproducción.
3. Si bien se reciben los trabajos a través de nuestra plataforma al registrarse en <http://psicologiaysalud.uv.mx/>, es preferible que se envíen a la dirección electrónica indicada.
4. Los artículos se acompañarán de una declaración adjunta que indique su carácter inédito y el compromiso de que, de aceptarse, no se enviarán a ninguna otra revista, a menos que medie la autorización expresa del Editor.
5. Una vez recibidos, los artículos serán remitidos a dictamen por parte de expertos en el tópico abordado, cuyas recomendaciones deberán seguir el o los autores, a reserva de que estos pueden inconformarse justificando plenamente el motivo de su inconformidad.
6. En el caso de que el artículo haya sido publicado anteriormente en otra revista, el autor o autores justificarán las razones por las que solicitan sea incluido en *PSICOLOGÍA Y SALUD*. El Comité Editorial se reservará el derecho de aceptar la publicación del mismo.
7. En el caso que un autor pretenda publicar un artículo ya aparecido en *PSICOLOGÍA Y SALUD* en otro medio, deberá solicitar el permiso por escrito al Editor, justificando las razones de tal petición.

EXTENSIÓN Y PRESENTACIÓN:

8. Aun cuando la revista publica en idioma español, los autores deberán presentar en ese idioma y en inglés el título, el resumen y un máximo de seis descriptores o palabras clave que indiquen el contenido temático del texto.
9. El artículo no deberá incluir números de página ni exceder de quince páginas en *interlineado sencillo* utilizando la fuente Times New Roman de doce puntos. El texto debe estar corrido por completo a la izquierda.
10. El nombre y apellidos completos del autor o autores se anotará inmediatamente abajo del título, omitiendo su grado académico o profesión.
11. En pies de página sucesivos deberán indicarse el nombre completo de la institución o instituciones donde laboren *cada uno* de los autores, el nombre de la dependencia, la dirección postal completa y el número telefónico de las mismas, al igual que sus direcciones electrónicas.
12. Los artículos aceptados se someterán a una revisión editorial que puede incluir, en caso necesario, la condensación del texto, la corrección del estilo y la supresión o adición de cuadros, ilustraciones y anexos, sin que por ello se pueda modificar en absoluto el contenido ni el sentido del artículo.
13. Con relación al título del artículo, éste no debe exceder de quince palabras y describirá el contenido clara, exacta y concisamente en inglés y en español.
14. En los trabajos experimentales, el texto se divide generalmente en Introducción, Método (sujetos, materiales, instrumentos, procedimiento, etc.), Resultados y Discusión. Este modelo no comprende los artículos redactados en forma de ensayo, reseña bibliográfica comentada, crítica o analítica, los que serán divididos en títulos, subtítulos y apartados dependiendo de su contenido.
15. En el resumen deberán señalarse los objetivos del trabajo, sus alcances, la metodología utilizada y los principales resultados.
16. En caso de requerirse notas a pie de página en el cuerpo del texto, no se identificarán con asteriscos sino con números sucesivos.

REFERENCIAS:

17. La referencias anotadas al final deberá corresponder absolutamente con las indicadas en el cuerpo del artículo y estar actualizadas.
18. Al final del artículo, dichas referencias se presentarán en orden alfabético tomando como base el apellido del autor principal.
19. Se seguirán, en todos los casos, las indicaciones que al efecto ha formulado la American Psychological Association en la más reciente versión de su *Manual de Publicaciones*.

CUADROS, TABLAS O FIGURAS:

20. Los cuadros, tablas o figuras se presentarán en Word 2000 y deberán estar intercalados en el lugar que correspondan dentro del artículo. No se aceptará que estos auxiliares visuales se envíen como archivos adjuntos o se coloquen al final del artículo. Se acompañarán de una cabeza breve y clara y ordenados con números sucesivos.
21. Sólo se aceptarán gráficas, diagramas, dibujos lineales o mapas, pero no fotografías. En el caso de que no sean originales del autor, deberá especificarse la fuente.

En ningún caso se aceptarán artículos que no cumplan con los requisitos de publicación señalados arriba.



UNIVERSIDAD
VERACRUZANA

SUMMARY

Impact of the Covid-19 epidemic on mental health:
International and national panorama

Jorge Cabrales-Arreola, Evangelina Morales-Carmona and Carlos Hernández-Girón

Coping, self-care, and mental health
in the first year of the COVID-19 pandemic

Wendy Johana Nuñez Mera and Adriana Carolina Manjarres Moestre

Change in health behaviors and general health
in Mexican adults during COVID-19 pandemic

*Diana Garcidueñas-Gallegos, Rebeca Robles-García, Sofía Sánchez-Román,
Lilia Castillo-Martínez, Nazira Calleja and Francisco Juárez-García*

Cognitive-behavioral and solution-focused intervention
for managing unemployment stress during the COVID-19 pandemic

Paola Josefina Mercado Alarcón, Ana Gabriela Quintero Guadian and Mónica Teresa González Ramírez

Emotional support for Covid-19 patients
in intensive care units and for their families

María Esperanza Durán-Florez, Alicia Vivian Bernal-García and Silvia Lorena Montes-Peña

Habits, relations, adaptation, somatization, and mental health disturbances
during Covid-19 pandemic in Mexico

Everardo Camacho, Mariana Hernández, Luis Javier Martínez Martínez, Imelda Alcalá and Antoni Sanz

Family coping strategies in the face of the COVID-19 pandemic:

Differences between parents and their children

*Marla Nairí Toiber-Rodríguez, Xolyanetzin Montero-Pardo, Joaquín Alberto Podillo-Bautista,
Cintia Aguilar-Delgado and Fátima Sagrario Espinoza-Salgado*

Stress perceived during the COVID-19 pandemic
in university students of Popayán (Colombia)

*Nancy Janneth Molano Tobar, Raquel Amalia Vélez Tobar
and Efraín Alirio Rojas Galvis*

Vaccine reluctance for COVID-19 disease
in a Colombian sample: an initial study

*Aldayr David Rosero Bolaños, Jhonatan Andrés Pantoja Salas
and Erika Mabel Ruiz Melo*

Myths, beliefs of the family regarding the application and
effectiveness of the vaccine against COVID-19

*Lourdes Isabel Albor-Chadid, Brayán Stevann Domínguez Lozano
and Olga María Armenta Martínez*

Psychodrama as an anxiety and depression treatment
in the context of the COVID-19 pandemic

*Salomán Daniel Núñez Ocmán, Andrés López Rentería,
Bernardo Robles Garay, Fausto Cadena Gil and Enoc Isai Hernández Cantú*

Preliminary psychometric properties
of the Stressors related to Social Distancing
by the Covid-19 Scale

*María Cristina Bravo-González, Roberto Miguel-Corona,
Maetzin Itzel Ordaz-Carrillo and José Esteban Vaquero-Cázares*