

**NIVELES DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS  
DE SANTANDER DURANTE EL PERIODO DE CUARENTENA POR  
CORONAVIRUS (COVID-19): UN ESTUDIO DESCRIPTIVO.**

**AUTORES:**

**DANIELA JIMÉNEZ BLANCO**

**TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE PSICÓLOGO**



[www.upb.edu.co](http://www.upb.edu.co)  
Personería jurídica No. 48 de 1937 del Ministerio de Gobierno  
**Seccional Bucaramanga**  
Vigilada Mineducación

**UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA  
ESCUELA CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA  
BUCARAMANGA**

**2020**

**NIVELES DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS  
DE SANTANDER DURANTE EL PERIODO DE CUARENTENA POR  
CORONAVIRUS (COVID-19): UN ESTUDIO DESCRIPTIVO.**

**AUTORES:**

**DANIELA JIMÉNEZ BLANCO**

**TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE PSICÓLOGO**

**Director/a**

**MANUEL ALEJANDRO MEJIA ORDUZ**



**SECCIONAL BUCARAMANGA**

**www.upb.edu.co**  
Personería jurídica No. 48 de 1937 del Ministerio de Gobierno  
**Seccional Bucaramanga**  
Vigilada Mineducación

**UNIVERSIDAD DE INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO**

**ESCUELA CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**BUCARAMANGA**

**2020**

### **Agradecimientos**

Este trabajo de grado debe ser reconocido como una labor conjunta realizada con mi director de tesis Manuel Alejandro Mejía Orduz, a quien le debo parte de mi aprendizaje, conocimiento, paciencia y trabajo para lograr producir todo lo que aquí se presenta. Gracias por ayudarme a cumplir una nueva meta en mi vida, mi pregrado en psicología.

### **Dedicatoria**

Primeramente dedicó esta tesis a Dios, por ser el inspirador y darme la fuerza necesaria para continuar en este proceso de obtener mi título profesional como psicóloga; a mis padres por haberme forjado como la persona que soy hoy en día, por formarme con reglas, valores, principios y con algunas libertades y a mi novio por su amor y apoyo incondicional, por estar en todo momento, por sus consejos y palabras de aliento y por acompañarme en cada uno de mis sueños y metas, A TODOS Y A CADA UNO DE USTEDES GRACIAS.

## TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.....	8
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	9
JUSTIFICACIÓN.....	12
OBJETIVOS.....	14
Objetivo principal .....	14
Objetivo específico .....	14
MARCO TEÓRICO .....	15
La salud mental de los universitarios en pre-pandemia.....	18
Impactos del aislamiento social en la salud mental.....	20
METODOLOGÍA.....	23
Enfoque, alcance, diseño y tipo de investigación.....	23
Participantes.....	23
Instrumentos .....	26
Ficha sociodemográfica:.....	26
Inventario para la Depresión de Beck-Segunda Edición (BDI – II): .....	26
Inventario de Ansiedad de Beck (BAI):.....	27
Consideraciones éticas.....	29
Procedimiento.....	27
RESULTADOS .....	30
Análisis descriptivo de los niveles de ansiedad y depresión.....	30
Análisis comparativo de puntuaciones de ansiedad y depresión según el género.....	33
Análisis comparativo de puntuaciones de ansiedad y depresión entre las fases de contingencia de la cuarentena.....	36
DISCUSIÓN.....	41
CONCLUSIONES.....	47
LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES .....	49
REFERENCIAS .....	50

**Lista de tablas**

Tabla 3 .....	31
Tabla 4 .....	31
Tabla 5 .....	33
Tabla 6 .....	34
Tabla 7 .....	35
Tabla 8 .....	36
Tabla 9 .....	37
Tabla 10.....	38
Tabla 11.....	39
Tabla 12.....	40

## RESUMEN GENERAL DE TRABAJO DE GRADO

**TITULO:** NIVELES DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DE SANTANDER DURANTE EL PERIODO DE CUARENTENA POR CORONAVIRUS (COVID-19): UN ESTUDIO DESCRIPTIVO.

**AUTOR(ES):** Daniela Jiménez Blanco

**PROGRAMA:** Facultad de Psicología

**DIRECTOR(A):** Manuel Alejandro Mejía Orduz

### RESUMEN

La pandemia producida por la COVID-19 ha generado el uso de medidas preventivas como la cuarentena obligatoria y el aislamiento preventivo, estrategias que buscan reducir el número de contagios. A pesar de lo anterior, el aislamiento social y cambios ambientales inmediatos son factores de riesgo para la sintomatología depresiva y ansiosa; siendo los universitarios categorizados como una población vulnerable a padecer de estas sintomatologías. En consecuencia, a lo anterior, el objetivo del presente documento fue evaluar los niveles de ansiedad y depresión en estudiantes universitarios de Santander durante el periodo de Cuarentena por Coronavirus. Se contó con la participación de 272 estudiantes universitarios. Para la recolección de los datos se utilizó el Inventario para la Depresión de Beck-Segunda Edición y el Inventario de Ansiedad de Beck. Se utilizó una metodología de enfoque cuantitativo, con un diseño no experimental, con dos cortes transversal a diferentes muestras y se implementó un muestreo no probabilístico a conveniencia. Los resultados demuestran durante la primera fase de la contingencia la existencia de niveles severos en las categorías de ansiedad moderada y leve en las universitarias sin reporte diagnóstico en comparación con los hombres, mientras que en mujeres con reporte diagnóstico las puntuaciones corresponden con niveles graves y moderados. Se identificaron diferencias entre los géneros, siendo las mujeres quienes obtuvieron mayores puntuaciones en la mayoría de las variables de estudio, puesto que se evidenció que los hombres tuvieron puntuaciones mayores en síntomas cognitivos. Finalmente, se evidenció que las mujeres con antecedentes diagnósticos de la primera fase de la contingencia obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en los síntomas de ansiedad y de depresión en comparación con las mujeres de la segunda fase de la contingencia.

### PALABRAS CLAVE:

Ansiedad, Depresión, Universitarios, Pandemia, Cuarentena, Aislamiento.

V° B° DIRECTOR DE TRABAJO DE GRADO

**GENERAL SUMMARY OF WORK OF GRADE**

**TITLE:** LEVELS OF ANXIETY AND DEPRESSION IN UNIVERSITY STUDENTS OF SANTANDER DURING THE CORONAVIRUS QUARANTINE PERIOD (COVID-19): A DESCRIPTIVE STUDY.

**AUTHOR(S):** Daniela Jiménez Blanco

**FACULTY:** Faculty of Psychology

**DIRECTOR:** Manuel Alejandro Mejía Orduz

**ABSTRACT**

The pandemic produced by COVID-19 has generated the use of preventive measures such as mandatory quarantine and preventive isolation, strategies that seek to reduce the number of infections. Despite the above, social isolation and immediate environmental changes are risk factors for depressive and anxious symptoms; being university students categorized as a vulnerable population to suffer from these symptoms. Consequently, to the foregoing, the objective of this document was to evaluate the levels of anxiety and depression in Santander university students during the Coronavirus Quarantine period. 272 university students participated. For data collection, the Beck Depression Inventory-Second Edition and the Beck Anxiety Inventory were used. A quantitative approach methodology was used, with a non-experimental design, with two cross sections to different samples and a non-probabilistic convenience sampling was implemented. The results show during the first phase of the contingency the existence of severe levels in the categories of moderate and mild anxiety in university students without a diagnostic report compared to men, while in women with a diagnostic report the scores correspond to severe and moderate levels. . Differences between genders were identified, with women obtaining higher scores in most of the study variables, since it was evidenced that men had higher scores in cognitive symptoms. Finally, it was evidenced that women with a diagnostic history of the first phase of the contingency obtained statistically significant differences in anxiety and depression symptoms compared to women of the second phase of the contingency.

**KEYWORDS:**

Anxiety, Depression, College, Pandemic, Quarantine, Isolation.

**V° B° DIRECTOR OF GRADUATE WORK**

## INTRODUCCIÓN

El presente documento es un informe de tesis de grado. Dicho trabajo está orientado en el estudio de la sintomatología ansiosa y depresiva en universitarios durante la cuarentena y el aislamiento preventivo, estrategias preventivas para la reducción del número de contagio por la COVID-19.

Inicialmente se ofrece la problematización a partir de un abordaje contextual sobre la pandemia generada por la COVID-19, sus implicaciones en salud mental y se argumenta la razón por la que se pone en foco a la población universitaria. Además, se plasma las razones que justifican con ímpetu la elaboración del presente proyecto. Luego se dan a conocer los objetivos que se establecieron. Posteriormente, se encuentra una profundización teórica sobre la experimentación de diferentes hechos que tienen altos niveles de estrés en las personas, lo cual conlleva al postulado de la teoría de la indefensión-desesperanza. A partir de esto último, se realiza la conceptualización sobre la ansiedad y la depresión. Continúa una breve revisión sobre la salud mental de los universitarios y sus implicaciones. Finalmente, se aborda los impactos que ha tenido las medidas preventivas, tanto en la covid-19 como en diferentes brotes que se han documentado, de aislamiento social.

Por otra parte, se ofrece la directriz y aspectos metodológicos que se tuvieron en cuenta para llevar a cabo el proyecto. En cuanto a los resultados, estos se plasmaron a partir de párrafos con detalles más relevantes y tablas que permiten plasmar los resultados de forma organizada. Finalmente se realiza las discusiones de los hallazgos, la conclusión del proyecto, los límites que se tuvieron y las referencias.



## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El inicio y la propagación del virus SARS-CoV-2 comenzó en Wuhan, provincia de Hubei de la República Popular China (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020). La forma de propagación de persona a persona ocasiona que la infección se expanda de forma fácil, rápida y continua (Huarcaya, 2020). Dicha infección ha sido acelerada e incontenible a nivel mundial, provocando crecientes tasas de contagio y muertes en varios países, razón por la cual, la Organización Panamericana de la Salud (2020) categorizó a este brote como una pandemia con carácter de emergencia de salud pública y de preocupación internacional.

Para el 6 de marzo del 2020 se confirmó el primer caso de COVID-19 en Colombia (Ministerio de Salud, 2020). Poco después, el gobierno colombiano decidió poner en marcha la medida de prevención denominada cuarentena, lo anterior radicó debido a la falta de vacunas y medicamentos eficaces comprobados, con el fin de reducir el avance de la pandemia (González-Jaramillo et al., 2020). A pesar de lo anterior, se considera que el aislamiento tiene impactos a nivel individual y social, destacando un aumento de pensamientos negativos, amenazando la salud mental de la población en general (Huarcaya, 2020). E incluso, se ha evidenciado que el aislamiento tiene consecuencias neurobiológicas que incrementan la probabilidad de enfermedades concomitantes como los trastornos de ansiedad y depresión (Asmundson & Taylor, 2020; Vahia et al., 2020). En esta misma línea de ideas, Holmes et al. (2020) afirmaron que las posibles consecuencias de la cuarentena y el distanciamiento social precipitan el desarrollo de sintomatología depresiva y ansiosa. Además, se ha mencionado que los diversos grupos poblacionales presentan alteraciones en

su estado emocional durante estos periodos preventivos de brotes (Li et al., 2020; Ramírez et al., 2020; Taylor, 2019).

De lo anterior, se destaca a los estudiantes universitarios, quienes son los que liderarán el desarrollo de infraestructura, económico y cultural de los países; y a quienes la literatura científica, ha categorizado como un grupo de relevante interés, debido a que, se ha constatado empíricamente una alta prevalencia de sintomatología ansiosa y depresiva con efectos en el rendimiento académico, la deserción, el abandono y el bienestar emocional (Caballero-Domínguez & Suárez-Colorado, 2019; Meyer et al., 2013; Román et al., 2014; Tijerina et al., 2018). Lo anterior, ha sido constatado por otros investigadores que han demostrado alarmantes resultados sobre ansiedad y depresión en universitarios durante la pandemia por la COVID-19 (Mazza et al., 2020; Ozamiz-Etxebarria et al., 2020).

Paralelamente, la pandemia de COVID-19 afecta a ambos sexos, no obstante, se considera que las mujeres son menos susceptibles a las infecciones virales debido a sus cromosomas X y hormonas sexuales (Ruiz, 2020). No obstante, existe un vacío de conocimiento en la salud pública que aborde los impactos de los brotes de enfermedades según el género (Wenham et al., 2020). Es así como una perspectiva de interacción género tiene relevancia debido a los riesgos evitables relacionados con el contexto de normas y valores existentes para hombres y mujeres (Ruiz, 2020). En cuanto a la salud mental según el género, es común identificar que son las universitarias quienes presentan mayores niveles de depresión y ansiedad (Castillo y Ruiz, 2019; Martínez-Otero, 2014; Reyes-Rodríguez et al., 2013; Rodrich-Zegarra, 2020).

Finalmente, Lin (2020) y Sholten et al. (2020) han considerado que, si el número de contagios de la pandemia incrementa, crecerá la tasa de síntomas depresivos y ansiosos en

la población, sin embargo, estos pueden reducir paralelamente a la disminución de las medidas de cuarentena y aislamiento social.

Como resultado a lo anterior la pregunta problema planteada en el presente estudio fue: ¿Cuáles son los niveles de ansiedad y depresión en mujeres y hombres universitarios, durante los periodos de cuarentena y aislamiento preventivo, durante la pandemia por la COVID-19?

## JUSTIFICACIÓN

Este proyecto de investigación posee una relevancia social puesto que surge en consecuencia a los posibles impactos en la salud mental de los universitarios debido al hito histórico de la pandemia. Según un estudio realizado por Uribe et al. (2020) evaluó la ansiedad y depresión en 1.178 universitarios de Bogotá, identificando que el 35% y el 29% de la población universitaria estudiada presentó síntomas de depresión y ansiedad, respectivamente; de igual manera encontró que el 17% de las personas encuestadas presentaron niveles severos de depresión, mientras que el 46.9% presentaron niveles altos de ansiedad. Por otra parte, Ozamiz-Etxebarria et al. (2020) evaluó a 976 personas de la Comunidad Autónoma Vasca, España. identificando que identificó que el 2.3% y 3.8% presentaban una depresión y ansiedad extremadamente severa, respectivamente.

En consecuencia, poner en la mira la salud mental sobre los niveles de la ansiedad y depresión, durante la pandemia y con énfasis en los en los universitarios de Santander, Colombia, tiene una relevancia social puesto que antecedentes investigativos con universitarios demuestran que las alteraciones en la salud mental más frecuentes son la ansiedad (Agudelo et al., 2008; Arrieta et al., 2014; Bojórquez y Moroyoqui, 2020; Cuéllar-Hidalgo et al., 2019; Estrada-Araoz y Mamani-Uchasara, 2020; Huerta et al., 2020; Soneira y Mato-Vazquez, 2020) y la depresión (Arrieta et al., 2014; Arrivillaga et al., 2004; González et al., 2014; González-Forteza et al., 2015; Guerra-Domínguez et al., 2020; Leyva et al., 2007; Pérez-Padilla et al., 2017; Vázquez et al., 2010). Lo que invita a considerar una respuesta con ímpetu por parte de las instituciones educativas.

Por otra parte, el presente proyecto tiene un valor teórico puesto que brinda la posibilidad de llenar un vacío en el conocimiento sobre el estado y/o fluctuaciones de estas variables durante la cuarentena y el aislamiento preventivo.

Adicionalmente, la presente investigación tiene un valor práctico puesto que dichos hallazgos podrán determinar los aspectos con mayor frecuencia y, por ende, logrará otorgar las bases para la construcción de intervenciones que respondan de manera precisa y eficaz a la problemática.

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo principal**

Evaluar los niveles de ansiedad y depresión en estudiantes universitarios de Santander durante los periodos de Cuarentena por Coronavirus (COVID-19)

### **Objetivo específico**

Identificar diferencias en síntomas somáticos y cognitivos de ansiedad y depresión, según el género, durante dos periodos de cuarentena por coronavirus, en grupos con reporte y sin reporte de antecedentes diagnósticos psiquiátricos.

Comparar los síntomas de ansiedad y depresión entre el primer periodo de cuarentena obligatoria y el segundo periodo de aislamiento preventivo, en grupos con reporte y sin reporte de antecedentes diagnósticos psiquiátricos.

## MARCO TEÓRICO

En el último siglo se ha experimentado un aumento en el número de fenómenos geológicos, hidrológicos, biológicos, atómicos, etc., así como su severidad, daños materiales e inmateriales, los cuales pueden repercutir en a largo plazo en las sociedades afectadas (Bergholt & Lujala, 2012; Guha-Sapir et al., 2015; Guha-Sapir et al., 2004; Loayza et al., 2012; Moradi et al., 2019).

La experimentación de los anteriores eventos estresantes puede dar origen a diferentes enfermedades, de carácter agudo o crónico, debido a los numerosos impactos de estas situaciones que afectan, en mayor grado, a aquellos grupos categorizados como vulnerables en función a la edad, el nivel socioeconómico, la clase social, el género, la ambivalente red de apoyo y la valoración a lo vivido (Costello et al. 2009; Muratori et al., 2012; Goldmann y Galea 2014; Reifels et al. 2013). Así mismo, Suárez (2010) entiende estas experiencias como relevantes en la vida, puesto que impulsa a los individuos a construir y ejecutar ideas que solucionen o permitan adaptarse al cambio. Sin embargo, se ha considerado que estos eventos pueden propiciar demandas que sobrepasan los recursos y/o estrategias de quien los enfrenta, generando un malestar en la psique (Guzmán & Álvarez, 2009).

En consonancia con lo anterior, Barcelata et al. (2012) explican que los escasos recurso que tiene una persona para frenar y solucionar una situación estresante, más un desbalance entre la percepción y la evaluación del suceso, puede dar pauta para que una situación sea interpretada como negativa. No obstante, Arrivillaga et al. (2004) identificó que sucesos simples de la vida cotidiana, como la pérdida de un examen, las noticias transmitidas por medios de comunicación, estar en bloqueos de vías, llegar tarde al empleo,

tener dificultades familiares, etc, y otorgarle la categorización de negativos a los eventos pueden llegar a desarrollar desde síntomas graves hasta trastornos psiquiátricos. Por lo tanto, la forma en que se percibe un suceso puede resultar más significativa que el mismo hecho. Dicha percepción del evento puede aumentar la probabilidad de generar sintomatología depresiva y/o ansiosa (Veytia et al., 2012).

Lo anterior, guarda relación y brinda luz a la teoría de indefensión-desesperanza de la ansiedad y de la depresión, en donde se establece que aquellos eventos estables con pocas probabilidades de que cambien y categorizados como negativos pueden inducir a síntomas de depresión y ansiedad (Alloy et al., 1990). Esta noción es compartida y constatada empíricamente por diferentes equipos de investigación en el tema (Barlow, 2008; Camuñas et al., 2019; Sanjuán et al., 2013; Thomson et al., 2016). De estos, se destacan la investigación realizada por Gómez et al. (2018) quienes identificaron, a partir de un modelo de regresión logística binaria, que la baja percepción de control frente al evento estresante es el factor más determinante, seguido por la evaluación negativa del evento para la existencia de la diferencia, estadísticamente significativa, entre los niveles de ansiedad y depresión entre un grupo de personas sin y con el diagnóstico del Trastorno Mayor Depresivo, siendo estos los últimos quienes presentan mayor nivel. En esta misma línea, los investigadores Guzmán y Álvarez (2009) mencionan que, al otorgar una evaluación de tipo negativo a un suceso, este puede asociarse a sintomatología depresiva, de igual manera, estos síntomas tendrían mayor presencia en las personas que le ha otorgado una alta puntuación de estrés y una predictibilidad de inesperados. En relación con esto último aspecto, Thomson et al. (2016) verificaron que las creencias de imprevisibilidad estuvieron asociadas entre la imprevisibilidad familiar durante la infancia y síntomas de ansiedad y depresión.



En cuanto a la depresión, Beck (2003) afirma que es una serie de concepciones negativas de sí mismo, del mundo y del futuro, aspectos basados por una serie de distorsiones cognitivas tales como: la sobre generalización, el pensamiento dicotómico, las inferencias arbitrarias, la abstracción selectiva, la magnificación y la minimización, con las que sistematizan e interpreta la información percibida de los eventos experimentados por la persona. Por otra parte, se ha establecido que la depresión refiere a un conjunto de síntomas caracterizado por un estado de abatimiento, alteraciones de la conducta, tristeza profunda, bajos niveles de actividad, un pensamiento enfocado a la negatividad de las circunstancias y pensamientos de suicidio, este último puede llegar a la construcción de un plan suicida con alta probabilidad de llevar a cabo el acto (Diulio et al., 2015; World Health Organization, 2014).

Del anterior conjunto descrito, se tiene en cuenta la cronicidad, la intensidad y el curso para determinar la existencia o no del trastorno (Caballo, 2006; Londoño & González, 2016). En relación con lo anterior, el Manual Diagnóstico de los Trastornos Mentales V (American Psychiatric Association, 2013) establece la existencia de tres categorías, leve, moderado y grave, y los criterios diagnósticos del Trastorno de Depresión Mayor. Así mismo, las cifras del Ministerio de Salud (2017) identifican a la depresión como el trastorno psicológico de mayor prevalencia en la población colombiana.

Respecto a la ansiedad, se ha mencionado que las estructuras cognitivas de esta se encuentran basadas en la percepción que el individuo hace sobre el mundo exterior y del significado que les otorga a los acontecimientos (Graeff, 1997). Además, la ansiedad se ha sido descrita como un estado emocional desagradable, amenazante, con un alto nivel de excitación nerviosa, una remarcada preocupación excesiva, agobiante e incontrolable, y una sensación de aprensión, tensión muscular por estímulos exteriores que no están definidos

por el sujeto (Roca & Baca, 2006). Adicionalmente, se ha evidenciado que la expresión psicofisiológica más común de la ansiedad se encuentra en una persistencia y difusa toma de decisiones, con probabilidad de alcanzar el pánico ante una situación que se experimenta y/o anticipa como amenazante (Piqueras et al., 2008; Sierra et al., 2003).

Por otra parte, otros modelos teóricos afirman que en la ansiedad se destacan las múltiples influencias bidireccionales de acontecimientos durante la infancia, los factores de riesgo biológicos, cognitivos, genéticos, afectivos y externos como los familiares y socioambientales (Creswell et al., 2014; Murray et al., 2009; Southam-Gerow et al., 2008; Weisz et al., 2012). Así mismo, se ha resaltado que la complejidad y gravedad de la sintomatología ansiosa está determinada por las interacciones entrelazadas de los anteriores factores mencionados, en diferentes esferas sociales y/o instituciones a las que los individuos pertenecen (Dougherty et al., 2013; Gaumon et al., 2016).

### **La salud mental de los universitarios en pre-pandemia**

Infortunadamente, en los últimos años se ha presentado un desarrollo ascendente en la prevalencia de enfermedades mentales entre los adultos jóvenes a nivel mundial (González & Rego, 2006; Ministerio de Salud, 2017; Organización Mundial de la Salud, 2013). Lo anterior, invita a poner en foco a las instituciones de educación superior, puesto que este escenario es relevante, ya que la mayoría de los miembros se encuentran en la etapa de adolescentes y/o adultos jóvenes, y buscan elaborar y concretar sus proyectos de vida, adquiriendo la mayoría de edad y asumiendo nuevas responsabilidades sociales (Cardona-Arias et al., 2015).

De igual forma, este escenario dispone de desafíos que deben ser atendidos de manera certera, como el aumento en la autonomía, responder a expectativas personales, familiares y sociales, asumir responsabilidades financieras y académicas, aspectos que con

un mal manejo podrían desencadenar la aparición de sintomatología grave o hasta trastornos en la salud mental (Arnett et al., 2014; Baader et al., 2014; Micin y Bagladi, 2011).

Adicionalmente, esta problemática se ha visto aumentar debido a la pre-disponibilidad de una vulnerabilidad durante la transición social y educativo en el que se encuentran los adolescentes (Governors State University, 2020; Wang, et al., 2014). Por tal razón, los universitarios han sido categorizados como una población especial de consideración en cuanto a las alteraciones psicológicas que pueden influenciar su desempeño académico y futuro (Alarcón, 2020; Arrieta et al., 2013; Gallagher, 2014; Chau y Vilela, 2017; Quiceno et al., 2014; Vera-Cala et al., 2020)

De tal forma, investigadores han identificado problemáticas en la salud mental de los estudiantes debido a su entorno universitario, entre las que se destacan: la ideación suicidio (Eskin et al., 2016; Perales et al., 2019); la ansiedad (Arrieta et al., 2014; Bojórquez y Moroyoqui, 2020; Cuéllar-Hidalgo et al., 2019; Estrada-Araoz y Mamani-Uchasara, 2020; Huerta et al., 2020; Soneira y Mato-Vazquez, 2020) y la depresión (Arrieta et al., 2014; Arrivillaga et al., 2004; González et al., 2014; González-Forteza et al., 2015; Guerra-Domínguez et al., 2020; Leyva et al., 2007; Pérez-Padilla et al., 2017; Vázquez et al., 2010).

Se ha evidenciado que la ansiedad y la depresión afectan el desarrollo de los universitarios, puesto que conlleva a un impacto negativo en el rendimiento académico y en el desempeño psicosocial (Meyer et al., 2013; Román et al., 2014). Por tanto, la universidad ha resultado ser un entorno que representa un conjunto de situaciones que pueden sobrepasen los recursos del individuo, ya que el estudiante se encuentra con obstáculos y adversidades en los que tiene una falta de control y que resulta ser generador de estrés,

desencadenando alteraciones de la salud física y mental, junto en la deserción y/o el fracaso académico (Noriega et al., 2014).

Junto a esta problemática, la educación superior en Colombia está medida, en su gran parte, al nivel socioeconómico de los estudiantes, siendo aquellos que se encuentran en los estratos más bajos los más vulnerables a las diversas dificultades académicas (Cortés-Cáceres et al, 2019; Lozano-Díaz et al., 2020) y salud mental (Paricio del Castillo y Pando, 2020; Riveros y Vinaccio-Alphi, 2017; Chan-Gamboa et al., 2017).

### **Impactos del aislamiento social en la salud mental**

Actualmente, el mundo ha experimentado una alta velocidad del número de contagios por la COVID-19. Lo anterior ha causado pánico y estrés colectivo, con efectos en la salud mental y consecuencias a nivel relacional, laboral, familiar y especialmente educativo (Lozano-Díaz et al., 2020).

Así mismo, debido a las altas tasas de pacientes contagiadas y casos en estudio, llevó a que los sistemas de salud de diferentes países colapsaran, por tal motivo, los gobiernos decidieron tomar diversas medidas públicas para reducir los impactos en salud y económicos por la enfermedad, entre ellas se destacan la cuarentena obligatoria, el aislamiento y distanciamiento físico para los ciudadanos, medidas que estuvieron estipuladas por largos periodos de tiempo (Ramírez-Ortiz et al., 2020). Ante la crisis mundial experimentada por la enfermedad de la COVID-19, Colombia optó por ejercer el aislamiento social preventivo, puesto que la falta de vacunas y medicamentos eficaces, comprobados mediante ensayos clínicos, obligan a tomar dicha medida para reducir el avance de la pandemia (González-Jaramillo et al., 2020).

Por otra parte, es bien sabido que el modelo más utilizado para inducir estrés crónico en la experimentación con ratas es el aislamiento social, el cual consiste en el

destete temprano y la privación del animal durante su desarrollo y socialización con otros roedores (Weiss et al., 2004). En relación con la especie humana, el aislamiento social y cambios ambientales inmediatos son factores de riesgo en la sintomatología depresión y ansiosa, incluso, representa una falta de estímulo social necesario para modular las diferentes conductas adaptativas que tienen los individuos en sus diferentes contextos sociales (Ishida et al., 2003).

Adicionalmente, estudios han identificado que el aislamiento durante la pandemia generada por la COVID-19 tiene profundas alteraciones psicológicas en población general, tales como: niveles significativos de estrés, irritabilidad, depresión, aumento del consumo de sustancias psicoactivas, niveles de estrés postraumático, miedo a ser infectado, alteraciones en la calidad y duración del sueño y enfermedades concomitantes (Asmundson & Taylor, 2020; Brooks et al., 2020; Gonzáles-Sanguino, 2020; Chen et al., 2020; Lee et al., 2020; Lozano, 2020; Ozamis-Etxebarria et al., 2020; Planchuelo-Gómez et al., 2020; Ramírez-Ortiz, et al., 2020; Urzúa, et al., 2020; Vahia et al., 2020; Wang et al., 2020). E incluso, se ha determinado que dichas reacciones pueden mantenerse con el tiempo (Brooks et al., 2020; Li et al., 2020; Lu et al., 2020; Taylor, 2019).

En cuanto a las investigaciones durante la pandemia en estudiantes universitarios se ha identificado que el cambio abrupto de la educación presencial a la educación virtual ha provocado múltiples situaciones que impiden un proceso de aprendizaje significativo y que resulta una fuente de estrés debido a la falta de equipos tecnológicos o el escaso/poco acceso a la internet, baja capacitación por parte de los docentes en el ambiente virtual y sin estudiantes preparados para recibir clases asincrónicas, la poca preparación en el manejo de las plataformas institucionas virtuales, etc (Pedró, 2020). Así mismo, resultados han demostrado que los niveles de depresión y ansiedad fueron bajos al inicio de la crisis en

España, no obstante, aquellos universitarios que poseían enfermedades crónicas presentaron mayor puntuación que aquellos que no tenían un antecedente (Ozamiz-Extebarria et al., 2020). Finalmente, en un estudio realizado en Colombia, identificaron que el 35% y el 29% de la población universitaria estudiada presentó síntomas de depresión y ansiedad, respectivamente (Uribe et al., 2020).

## METODOLOGÍA

### **Enfoque, alcance, diseño y tipo de investigación**

El presente proyecto de investigación se ejecutó bajo un enfoque cuantitativo, con un alcance descriptivo, desarrollado bajo un diseño no experimental, y corte transversal en una muestra conformada por dos grupos, cada uno, evaluado en una fase diferente de la cuarentena por COVID - 19. Finalmente, se implementó un muestreo no probabilístico por conveniencia (Hernández-Sampieri, Fernández y Baptista, 2014).

### **Participantes**

Para la selección de la muestra se tuvieron en consideración los siguientes criterios de inclusión:

1. Reporte de formación universitaria en curso
2. Residir en Bucaramanga y/o su área metropolitana
3. Encontrarse en un rango de edad entre los 18 a 30 años

Como criterio de exclusión se consideró:

1. Reportar estar bajo los efectos de alguna sustancia psicoactiva en el momento del diligenciamiento del protocolo.

La muestra se recolectó durante dos momentos específicos: el primer momento comprendido por el primer periodo de cuarentena denominado “*cuarentena obligatoria*”; la cantidad de participantes evaluados fue de 174 estudiantes; esta muestra fue recolectada durante los meses de abril y mayo. La segunda toma se realizó en el periodo de prevención

denominado “*aislamiento preventivo*” comprendido entre los meses de junio y julio, se contó con la participación de 98 universitarios.

En consecuencia, a lo anterior, la muestra total estuvo constituida por 272 estudiantes universitarios. El 68.3% (n = 186) se identificaron con el género femenino, mientras que el 31.6% (n = 86) con el género masculino. La edad mínima fue de 18 años y la edad máxima 29.

Por otra parte, 185 estudiantes universitarios afirmaron no reportar tener algún diagnóstico clínico. En este grupo, el 66.4% (n = 123) se identificó con el género femenino y el 33.5% (n = 62) con el género masculino. El 20.6% (n = 38), el 66.3% (n = 122) y el 13.0% (n = 24) mencionaron pertenecer a los estratos: bajo, medio y alto, respectivamente. En contraparte, 87 estudiantes afirmaron reportar tener algún diagnóstico clínico. En este grupo, el 72.4% (n = 63) se identificó con el género femenino y el 27.5% (n = 24) con el género masculino. El 21.8% (n = 19), el 60.9% (n = 53) y el 17.2% (n = 15) mencionaron pertenecer a los estratos: bajo, medio y alto, respectivamente.

En la Tabla 1, se plasman los datos que caracterizan a la muestra evaluada en la cuarentena obligatoria, (o primera fase de contingencia).



**Tabla 1.** Descripción Muestra de la Primera Fase de Contingencia. Grupo Con y Sin Antecedente Diagnostico

	<b>Sin Reporte Diagnostico</b>			<b>Ansiedad</b>		<b>Depresión</b>		<b>Comorbilidad</b>	
	Hombres	Mujeres		Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
	<i>Frecuencia</i>	38 [33%]	77 [67%]		7	20	2	9	7
<i>Edad</i>	24.1 ± 8.2	22.1 ± 4.9							
<i>Clase Social</i>	<i>Baja</i>	<i>Media</i>	<i>Alta</i>	<b>Con Reporte Diagnostico</b>					
	25 [22%]	75 [65%]	15 [13%]						
				<b>Hombres</b>		<b>Mujeres</b>			
<i>Frec</i>				16 [27%]		43 [73%]			
<i>Edad</i>				22.6 ± 3.8		21.1 ± 2.6			
<i>Clase Social</i>	<i>Baja</i>	<i>Media</i>	<i>Alta</i>						
	7 [12 %]	40 [68 %]	12 [20 %]						

A su vez, en la Tabla 2, se muestra información general de la muestra evaluada en el periodo de *aislamiento preventivo*, (o segunda fase de contingencia).

**Tabla 2.** Descripción Muestra de la Segunda Fase de Contingencia. Grupo Con y Sin Antecedente Diagnostico

	<b>Sin Reporte Diagnostico</b>			<b>Ansiedad</b>		<b>Depresión</b>		<b>Comorbilidad</b>	
	Hombres	Mujeres		Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
	<i>Frecuencia</i>	24 [34%]	46 [66%]		4	6	1	5	3
<i>Edad</i>	22.7 ± 3.6	22.9 ± 3.6							
<i>Clase Social</i>	<i>Baja</i>	<i>Media</i>	<i>Alta</i>	<b>Con Reporte Diagnostico</b>					
	13 [19%]	47 [67%]	10 [14%]						
				<b>Hombres</b>		<b>Mujeres</b>			
<i>Frec</i>				8 [29%]		20 [71%]			
<i>Edad</i>				23.6 ± 4.2		21.5 ± 3.7			
<i>Clase Social</i>	<i>Baja</i>	<i>Media</i>	<i>Alta</i>						
	12 [43 %]	13 [46 %]	3 [11 %]						

## **Instrumentos**

Una vez se ofreció información del estudio y confirmo el consentimiento y la voluntariedad del participante, la recolección de los datos se desarrolló mediante dos momentos: el primero fue durante el periodo denominado cuarentena obligatoria y el segundo en la estrategia preventiva llamada aislamiento preventivo; en ambas etapas la duración de la aplicación del instrumento constó de 10 minutos, aproximadamente. Los instrumentos fueron suministrados a través de una plataforma digital, en donde se siguió el siguiente orden:

**Ficha sociodemográfica:** consistió en preguntas cerradas para obtener datos personales de los participantes como: ciudad de residencia, estrato socioeconómico, genero, edad, número de personas con las que habita, escolaridad, actividad económica, ingresos mensuales, cuantas personas tiene a cargo, diagnósticos médicos y diagnósticos psiquiátricos, así como la fecha de aplicación del cuestionario.

**Inventario para la Depresión de Beck-Segunda Edición (BDI – II):** instrumento validado en múltiples países como Argentina, España y Chile (Polo et al., 2015). La prueba está compuesta por 21 ítems auto aplicables, diseñados para evaluar la sintomatología depresiva en adultos y adolescentes. En cada uno de los ítems la persona tiene que elegir, entre un conjunto de cuatro alternativas ordenadas de menor a mayor gravedad, la frase que mejor describe su estado durante las últimas dos semanas incluyendo el día en que completa el instrumento. En cuanto a su corrección, cada ítem se valora de 0 a 3 puntos en función de la alternativa escogida y, tras sumar directamente la puntuación de cada ítem, se puede obtener una puntuación total que varía de 0 a 63. En cuanto a la interpretación de la

puntuación total se tiene en cuenta que, de 0 a 13 es depresión mínima, de 14 a 18 depresión leve, 19 a 28 depresión moderada y 29 a 63 depresión grave (Sanz et al., 2014).

**Inventario de Ansiedad de Beck (BAI):** instrumento de evaluación de la ansiedad más utilizado en la investigación psicológica. Consta de 21 ítems que se pueden responder en 5 minutos, cada ítem del BAI recoge un síntoma de ansiedad y para cada uno de ellos la persona debe valorar el grado en que se ha visto afectado por el mismo durante la última semana, utilizando para ello una escala tipo Likert de cuatro puntos que va desde 0 (Nada en absoluto) hasta 3 (Gravemente, casi no podía soportarlo). Cada ítem se valora de 0 a 3 puntos en función de la respuesta dada por el individuo y, tras sumar directamente la puntuación de cada ítem, se obtiene una puntuación total que varía de 0 a 63. En relación con la categorización del puntaje total se tiene en cuenta que: 0 a 7 es ansiedad mínima, 8 a 15 ansiedad leve, 16 a 25 es ansiedad moderada y de 26 a 63 es ansiedad grave (Magán et al., 2008).

## **Procedimiento**

Para la conformación de la muestra, estudiantes universitarios fueron contactados, a través de, correos electrónicos institucionales, como también, a través de grupos académicos en redes sociales como Facebook, facilitándoles un enlace correspondiente a la plataforma GoogleDocs:

[https://docs.google.com/forms/d/1BCjMsA4HixRHycuz7S4HP8u9olucdQugZKU6Xw3xwFs/viewform?edit\\_requested=true](https://docs.google.com/forms/d/1BCjMsA4HixRHycuz7S4HP8u9olucdQugZKU6Xw3xwFs/viewform?edit_requested=true)

En dicho espacio virtual, inicialmente los participantes fueron informados sobre las consideraciones éticas del estudio, precisándose aspectos como el objetivo de la investigación, su riesgo mínimo, el derecho al anonimato, la garantía de confidencialidad,

el uso de la información con fines investigativos, la participación sin costos / ni beneficios, el derecho a rehusarse a participar en el momento que lo decida sin consecuencia alguna, datos de contacto del investigador principal en caso de dudas o solicitud de información adicional, además, de la instrucción de abstenerse a diligenciar el formato en caso de haber participado previamente. Finalmente se solicitó confirmar la comprensión de la información facilitada y la aceptación de participar, iniciando de forma voluntaria el diligenciamiento del protocolo online.

El protocolo estuvo compuesto por una ficha de ingreso, que permitió la caracterización sociodemográfica y la confirmación de los criterios de selección de la muestra. Posteriormente, se continuo con el diligenciamiento del BAI, el BDI-II, y finalmente un cuestionario orientado a caracterizar hábitos y conductas, durante el periodo de confinamiento.

Merece precisarse que la recolección de datos se llevó a cabo en dos momentos, conformando dos grupos independientes. El grupo correspondiente al primer periodo, llamado fase de cuarentena obligatoria (Decreto 457 del 2020), fue evaluado, entre, el 25 de marzo al 13 de abril; mientras que el grupo del segundo periodo conocido como fase de aislamiento social preventivo (Decreto 749 del 2020), fue valorado, entre el 26 de junio y el 23 de julio.

Finalmente, la información obtenida fue sistematizada en una base de datos en Microsoft Excel y analizada, mediante el programa de estadística SigmaStat 3.5, empleándose herramientas de estadística descriptiva como la estimación de frecuencias absolutas y relativas, y pruebas de estadística inferencial, como, la prueba t – Student y prueba U de Mann – Whitney, según, la distribución paramétrica de los datos.

**Consideraciones éticas**

Esta investigación se ejecutó bajo el marco ético de la resolución 8430 de 1993, la cual, dispone y exige la dignidad, la protección de los derechos y el bienestar de los participantes. A la luz del Artículo 11 de la misma resolución, la presente investigación tuvo un riesgo mínimo, puesto que no se realizó intervención alguna. Junto a lo anterior, en el consentimiento informado se presentó detalladamente todas las consideraciones exigidas en la Ley N° 1090 (2006) que rige las acciones investigativas, solicitando finalmente, a través, de la plataforma (Google Forms), tanto la confirmación de la comprensión, como de la participación voluntaria en el estudio.

## RESULTADOS

### **Análisis descriptivo de los niveles de ansiedad y depresión**

Con el objeto de identificar los niveles de severidad de los síntomas ansiosos y depresivos de los participantes, se llevó a cabo, un análisis de distribución de frecuencias con las puntuaciones totales del BAI y del BDI – II, de acuerdo, al género y al total general de los grupos, considerando a estos últimos, según, el reporte de antecedente diagnóstico y el periodo de la contingencia.

La estimación de los niveles de severidad se realizó teniendo en cuenta los rangos ofrecidos para el BAI por Magán et al. (2008) y los que se muestran para el BDI – II por Sanz et al. (2014).

En la Tabla 3, se presentan los datos obtenidos durante la primera fase de la contingencia, en esta se puede constatar que las personas sin reporte diagnóstico e identificadas con el género femenino presentaron mayor frecuencia en la categoría ansiedad moderada y leve que los hombres. De igual manera, se evidencia que las mujeres con reporte de antecedente diagnóstico demostraron presentar mayor incidencia en la categoría de ansiedad grave, ansiedad moderada, depresión grave y depresión moderada, que los participantes identificados con el género masculino con reporte diagnóstico.

A su vez, en la Tabla 4, se ofrecen los niveles de severidad de la sintomatología ansiosa y depresiva de la segunda fase de la contingencia, en esta se destaca la mayor frecuencia de participantes con ansiedad y depresión mínima. De igual manera, se resaltan la misma cantidad de personas masculinas y femeninas sin reporte, en la frecuencia de la ansiedad moderada y leve; como al igual que, la misma cantidad de participantes, masculinos y femeninos, con reporte, en las frecuencias de la ansiedad moderada y leve.

**Tabla 1**

*Niveles de Ansiedad y Depresión en Grupos Sin Antecedentes y Con Antecedentes Diagnósticos, en Universitarios Durante la primera Fase de la Contingencia*

Niveles de ANSIEDAD	Femenino		Masculino		Total General		Niveles de DEPRESIÓN	Femenino		Masculino		Total General	
	n	%je	n	%je	n	%je		n	%je	n	%je	n	%je
<b><i>Sin Reporte Diagnostico</i></b>	n	%je	n	%je	n	%je	<b><i>Sin Reporte Diagnostico</i></b>	n	%je	n	%je	n	%je
Ansiedad grave	4	5%	1	3%	5	4%	Depresión grave	3	4%	1	3%	4	3%
Ansiedad moderada	10	13%	1	3%	11	10%	Depresión moderada	8	10%	2	5%	10	9%
Ansiedad leve	24	31%	6	16%	30	26%	Depresión leve	8	10%	4	11%	12	10%
Ansiedad mínima	39	51%	30	79%	69	60%	Depresión mínima	58	75%	31	82%	89	77%
<b><i>Con Reporte Diagnostico</i></b>	n	%je	n	%je	n	%je	<b><i>Con Reporte Diagnostico</i></b>	n	%je	n	%je	n	%je
Ansiedad grave	6	14%	0	0%	6	10%	Depresión grave	10	23%	2	13%	12	20%
Ansiedad moderada	12	28%	2	13%	14	24%	Depresión moderada	9	21%	1	6%	10	17%
Ansiedad leve	8	19%	8	50%	16	27%	Depresión leve	6	14%	4	25%	10	17%
Ansiedad mínima	17	40%	6	38%	23	39%	Depresión mínima	18	42%	9	56%	27	46%

Nota: Los niveles de severidad del BAI fueron estimados según Magán et al. (2008), mientras que los niveles del BDI - II, fueron según Sanz et al. (2014).

**Tabla 2**

Niveles de Ansiedad y Depresión en Grupos Sin Antecedentes y Con Antecedentes Diagnósticos, en Universitarios Durante la segunda Fase de la Contingencia

Niveles de ANSIEDAD	Femenino		Masculino		Total General		Niveles de DEPRESIÓN	Femenino		Masculino		Total General	
	n	%je	n	%je	n	%je		n	%je	n	%je	n	%je
<b><i>Sin Reporte Diagnostico</i></b>							<b><i>Sin Reporte Diagnostico</i></b>						
Ansiedad grave	4	9%	0	0%	4	6%	Depresión grave	2	4%	2	8%	4	6%
Ansiedad moderada	5	11%	4	17%	9	13%	Depresión moderada	5	11%	4	17%	9	13%
Ansiedad leve	9	20%	9	38%	18	26%	Depresión leve	7	15%	2	8%	9	13%
Ansiedad mínima	28	61%	11	46%	39	56%	Depresión mínima	32	70%	16	67%	48	69%
<b><i>Con Reporte Diagnostico</i></b>							<b><i>Con Reporte Diagnostico</i></b>						
Ansiedad grave	1	5%	1	13%	2	7%	Depresión grave	1	5%	0	0%	1	4%
Ansiedad moderada	3	15%	0	0%	3	11%	Depresión moderada	3	15%	3	38%	6	21%
Ansiedad leve	4	20%	3	38%	7	25%	Depresión leve	1	5%	1	13%	2	7%
Ansiedad mínima	12	60%	4	50%	16	57%	Depresión mínima	15	75%	4	50%	19	68%

Nota: Los niveles de severidad del BAI fueron estimados según Magán et al. (2008), mientras que los niveles del BDI - II, fueron según Sanz et al. (2014).



### Análisis comparativo de puntuaciones de ansiedad y depresión según el género

Con el objetivo de identificar diferencias en puntuaciones de los síntomas ansiosos y depresivos, según el género de los participantes, se realizaron análisis comparativos, tanto con las puntuaciones totales del BAI y del BDI – II, como con las puntuaciones de sus dimensiones sintomáticas. Para ello, se empleó la prueba *t – Student*, o la prueba *U* de *Mann – Whitney*, teniendo en cuenta la distribución paramétrica de los datos, a su vez, se consideró un nivel de significancia inferior al 5% ( $p < 0.05$ ).

Merece mencionarse que, estos análisis comparativos se llevaron a cabo, al interior de los grupos, según su reporte de antecedentes diagnósticos, y también, de acuerdo con el periodo de la cuarentena.

**Tabla 3.** Análisis Comparativo de Puntuaciones de Ansiedad y Depresión según Genero en Universitarios sin Antecedentes Diagnósticos de la Primera Fase de Contingencia

	Mujeres [n = 77]			Hombres [n = 38]			Valor U	Valor <i>p</i>
	Q1	Q2	Q3	Q1	Q2	Q3		
Total del <b>BAI</b>	5	7	13	3	4,5	7	1989,500	0,002
Síntomas Somáticos <b>BAI</b>	2	3	7	1	2	4	1977,500	0,002
Síntomas Cognitivos <b>BAI</b>	2	4	6	0	2	4	1886,500	0,011
Total del <b>BDI - II</b>	6	10	13,2	3	7,5	10	1751,500	0,086
Síntomas Somáticos / Motivacionales	3	5	8	2	4,5	6	1712,500	0,137
Síntomas Cognitivos / Afectivos	2	4	6	1	3	5	1753,000	0,083

Nota: Q1 = Cuartil 1; Q2 = Cuartil 2, Q3 = Cuartil 3; Valor U = U de Mann – Whitney; Valor *p* = Valor Probabilidad de Error

Como puede apreciarse en la tabla 5, se reveló que las universitarias sin reporte de antecedentes diagnósticos obtuvieron mayores puntuaciones que los universitarios, tanto en

el total del BAI, como también, en los síntomas somáticos y cognitivos, lo que representa un mayor nivel de afectación emocional en el primer periodo de la cuarentena.

Sin embargo, aunque con las puntuaciones de la escala de depresión no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, se destaca, la tendencia en los síntomas cognitivos, mostrando una mayor afectación en las universitarias, pues, como se muestra en la tabla 5, el valor de probabilidad de error correspondió al 8% ( $p = 0,083$ ).

**Tabla 4.** Análisis Comparativo de Puntuaciones de Ansiedad y Depresión según Genero en Universitarios con Antecedentes Diagnósticos de la Primera Fase de Contingencia

	Mujeres [n = 43]			Hombres [n = 16]			Valor U	Valor <i>p</i>
	Q1	Q2	Q3	Q1	Q2	Q3		
Total del <b>BAI</b>	5,3	12	20	7	9	13,5	396,500	0,379
Síntomas Somáticos <b>BAI</b>	2	7	10,8	2,5	5	6,5	411,500	0,252
Síntomas Cognitivos <b>BAI</b>	2	6	11,8	1,5	5	7,5	398,000	0,360
Total del <b>BDI - II</b>	10,3	15	25,8	11	12,5	17,5	385,000	0,489
Síntomas Cognitivos / Afectivos	4	9	16,8	4,5	7,5	10,5	371,000	0,651
	<b>MD</b>	<b>DE</b>	<b>EEM</b>	<b>MD</b>	<b>DE</b>	<b>EEM</b>	Valor <b>t</b>	Valor <b>p</b>
Síntomas Somáticos / Motivacionales	8	4,1	0,6	7	3,8	0,9	0,88	0,380

Nota: Q1 = Cuartil 1; Q2 = Cuartil 2; Q3 = Cuartil 3; Valor U = U de Mann –Whitney; Valor *p* = Valor Probabilidad de Error; MD = Media; DE = Desviación Estándar; EEM = Error Estándar; Valor t = t de Student

En relación con la comparación de las puntuaciones de ansiedad y depresión según género de los participantes con antecedentes diagnósticos, en la tabla 6 se demuestra no haberse hallado una diferencia estadísticamente significativa entre las variables de estudio.

**Tabla 5.** Análisis Comparativo de Puntuaciones de Ansiedad y Depresión según Género en Universitarios sin Antecedentes Diagnósticos de la Segunda Fase de Contingencia

	Mujeres [n = 46]			Hombres [n = 24]			Valor U	Valor <i>p</i>
	Q1	Q2	Q3	Q1	Q2	Q3		
Total del <b>BAI</b>	3	5	12	2,5	8	12	558,000	0,946
Síntomas Somáticos <b>BAI</b>	1	2	4	1	2	7	532,500	0,812
Síntomas Cognitivos <b>BAI</b>	2	3,5	7	1	5	6	593,000	0,614
Total, del <b>BDI - II</b>	3	7,5	15	8	11	18	436,500	0,154
Síntomas Somáticos / Motivacionales	3	2	7	3	5,5	8	445,000	0,186
Síntomas Cognitivos / Afectivos	1	3	9	3	6	11	427,000	0,122

Nota: Q1 = Cuartil 1; Q2 = Cuartil 2; Q3 = Cuartil 3; Valor U = U de Mann –Whitney; Valor *p* = Valor

Respecto a la segunda toma ejecutada durante el periodo de contingencia denominado aislamiento preventivo. En la tabla 7 se demuestran que los resultados son contundentes, no existe una diferencia estadísticamente significativa entre las variables de ansiedad. No obstante, en la misma tabla se visualizan tendencias de mayor puntuación en el total del BDI – II y síntomas cognitivos en los universitarios.

**Tabla 6.** Análisis Comparativo de Puntuaciones de Ansiedad y Depresión según Género en Universitarios con Antecedentes Diagnósticos de la Segunda Fase de Contingencia

	Mujeres [n = 20]			Hombres [n = 8]			Valor U	Valor <i>p</i>
	Q1	Q2	Q3	Q1	Q2	Q3		
Total del <b>BAI</b>	2,5	7	12	3,5	7	13,5	75,000	0,818
Síntomas Somáticos <b>BAI</b>	1	3	6,5	1	5	6	70,500	0,645
	MD	DE	EEM	MD	DE	EEM	Valor t	Valor <i>p</i>
Síntomas Cognitivos <b>BAI</b>	4,9	4,6	1,1	5,6	6,5	2,3	-0,33	0,742
	MD	DE	EEM	MD	DE	EEM	Valor t	Valor <i>p</i>
Total del <b>BDI - II</b>	10,6	8,8	1,9	11,3	10,4	3,7	0,19	0,844
Síntomas Cognitivos / Afectivos	5,5	3,4	0,7	4,6	3,9	1,4	0,58	0,564
	Q1	Q2	Q3	Q1	Q2	Q3	Valor U	Valor <i>p</i>
Síntomas Somáticos / Motivacionales	1,5	2,5	6,5	0,5	5	14	79,000	0,980

Nota: Q1 = Cuartil 1; Q2 = Cuartil 2; Q3 = Cuartil 3; Valor U = U de Mann -Whitney; Valor *p* = Valor Probabilidad de Error; MD = Media; DE = Desviación Estándar; EEM = Error Estándar; Valor t = t de Student

Respecto al análisis comparativo de las variables de estudio según el género de participantes universitarios con antecedentes diagnósticos durante el aislamiento preventivo, la Tabla 8, demuestra no haberse encontrado diferencias estadísticamente significativas entre las variables.

### **Análisis comparativo de puntuaciones de ansiedad y depresión entre las fases de contingencia de la cuarentena**

Con el objetivo de identificar diferencias en puntuaciones de los síntomas ansiosos y depresivos, según el género de los participantes entre las diferentes tomas realizadas, se

hicieron análisis comparativos, tanto con las puntuaciones totales del BAI y del BDI – II, como con las puntuaciones de sus dimensiones sintomáticas. Para ello, se empleó la prueba *t – Student*, o la prueba *U de Mann – Whitney*, teniendo en cuenta la distribución paramétrica de los datos, a su vez, se consideró un nivel de significancia inferior al 5% ( $p < 0.05$ ).

**Tabla 7.** Análisis Comparativo de Puntuaciones de Ansiedad y Depresión entre Mujeres Universitarias Sin Antecedentes Diagnósticos de dos Fases de la Contingencia

	Mujeres Primera			Mujeres			Valor U	Valor <i>p</i>
	Fase Contingencia			Segunda Fase Contingencia				
	[n = 77]			[n = 46]				
	Q1	Q2	Q3	Q1	Q2	Q3		
Total del <b>BAI</b>	5	7	13	5	3	12	2003,500	0,224
Síntomas Somáticos <b>BAI</b>	2	3	7	1	2	4	2243,500	0,013
Síntomas Cognitivos <b>BAI</b>	2	4	6	2	3,5	7	1788,500	0,929
Total del <b>BDI - II</b>	6	10	13,2	3	7,5	15	1954,000	0,339
Síntomas Somáticos / Motivacionales	3	5	8	2	3	7	2086,500	0,098
Síntomas Cognitivos / Afectivos	2	4	6	1	3	9	1832,500	0,749

Nota: Q1 = Cuartil 1; Q2 = Cuartil 2; Q3 = Cuartil 3; Valor U = U de Mann –Whitney; Valor *p* = Valor

Como puede apreciarse en la tabla 9, en los datos encontrados del análisis comparativo de puntuaciones de ansiedad y depresión entre las mujeres universitarias sin antecedentes diagnósticos de las dos fases de la contingencia; se destaca una diferencia estadísticamente significativa entre las universitarias de la primera toma y la segunda, siendo las primeras quienes presentaron mayores niveles en síntomas somáticos del BAI. De igual manera, la misma tabla demuestra una tendencia mayor en los síntomas somáticos/motivacionales del BDI – II en las mujeres de la primera fase.

**Tabla 8.** Análisis Comparativo de Puntuaciones de Ansiedad y Depresión entre Hombres Universitarios Sin Antecedentes Diagnósticos de dos Fases de la Contingencia

	Hombres			Hombres			Valor U	Valor <i>p</i>
	Primera Fase Contingencia			Segunda Fase Contingencia				
	[n = 38]			[n = 24]				
	Q1	Q2	Q3	Q1	Q2	Q3		
Total del <b>BAI</b>	3	4,5	7	8	2,5	12	345,500	0,111
Síntomas Somáticos <b>BAI</b>	1	2	4	1	2	7	395,500	0,380
Síntomas Cognitivos <b>BAI</b>	0	2	4	1	5	6	354,000	0,138
Total del <b>BDI - II</b>	3	7,5	10	8	11	18	288,000	0,015
Síntomas Cognitivos / Afectivos	1	3	5	3	6	11	278,000	0,010
	<b>MD</b>	<b>DE</b>	<b>EEM</b>	<b>MD</b>	<b>DE</b>	<b>EEM</b>	Valor t	Valor <i>p</i>
Síntomas Somáticos / Motivacionales	4,44	3,2	0,5	5,8	3,9	0,8	-1,48	0,140

Nota: Q1 = Cuartil 1; Q2 = Cuartil 2; Q3 = Cuartil 3; Valor U = U de Mann –Whitney; Valor *p* = Valor Probabilidad de Error; MD = Media; DE = Desviación Estándar; EEM = Error Estándar; Valor t = t de Student

En cuanto a la comparación entre las puntuaciones de ansiedad y depresión entre los participantes masculinos sin antecedentes diagnósticos de dos fases de la contingencia, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los niveles total del BDI – II y los síntomas cognitivos/afectivos, siendo los universitarios, participantes de la segunda fase de la contingencia quienes presentaron mayores niveles.

**Tabla 9.** Análisis Comparativo de Puntuaciones de Ansiedad y Depresión entre Mujeres Universitarias Con Antecedentes Diagnósticos de dos Fases de la Contingencia

	Mujeres			Mujeres			Valor U	Valor <i>p</i>
	Primera Fase Contingencia			Segunda Fase Contingencia				
	[n = 43]			[n = 20]				
	Q1	Q2	Q3	Q1	Q2	Q3		
Total del <b>BAI</b>	5,3	12	20	2,5	7	12	549,000	0,080
Síntomas Somáticos <b>BAI</b>	2	7	10,8	1	3	6,5	568,000	0,041
Síntomas Cognitivos <b>BAI</b>	2	6	11,8	1	4	7	521,500	0,178
Total del <b>BDI - II</b>	10,3	15	25,8	4,5	7,5	13,5	620,500	0,005
Síntomas Cognitivos / Afectivos	4	9	16,8	1,5	2,5	6,5	624,000	0,004
	<b>MD</b>	<b>DE</b>	<b>EEM</b>	<b>MD</b>	<b>DE</b>	<b>EEM</b>	Valor t	Valor <i>p</i>
Síntomas Somáticos / Motivacionales	8	4,1	0,6	5,5	3,4	0,8	-2,5	0,019

Nota: Q1 = Cuartil 1; Q2 = Cuartil 2; Q3 = Cuartil 3; Valor U = U de Mann –Whitney; Valor *p* = Valor Probabilidad de Error; MD = Media; DE = Desviación Estándar; EEM = Error Estándar; Valor t = t de Student

En cuando a los resultados comparativos de las puntuaciones de ansiedad entre las participantes con antecedentes diagnósticos de dos fases de la contingencia, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las variables de síntomas somáticos del BAI y en todas las dimensiones del BDI - II, siendo las universitarias de la primera fase de la contingencia quienes poseen niveles mayores a las participantes de la segunda fase.

Tal como se evidencia en la tabla 11, a pesar de no haber una diferencia estadística significativa en las mujeres de la primera fase con relación al total del BAI, se evidencia que hay una tendencia alta en esta variable comparada con la puntuación arrojada en dicha variable con las participantes correspondientes a la segunda fase.

**Tabla 10.** Análisis Comparativo de Puntuaciones de Ansiedad y Depresión entre Hombres Universitarios Con Antecedentes Diagnósticos de dos Fases de la Contingencia

	<b>Hombres Primera Fase</b>			<b>Hombres Segunda</b>			Valor <i>t</i>	Valor <i>p</i>
	Contingencia			Fase Contingencia				
	[ <i>n</i> = 16]			[ <i>n</i> = 8]				
	<b>MD</b>	<b>DE</b>	<b>EEM</b>	<b>MD</b>	<b>DE</b>	<b>EEM</b>		
Total del <b>BAI</b>	10,2	5,8	1,4	10,1	9,6	3,4	0,02	0,984
Síntomas Somáticos <b>BAI</b>	5,1	3,5	0,9	4,5	3,5	1,2	0,41	0,683
Síntomas Cognitivos <b>BAI</b>	5,1	3,9	0,9	5,6	6,5	2,3	-0,26	0,795
Total del <b>BDI - II</b>	16,3	10,5	2,6	11,4	10,4	3,7	1,08	0,289
Síntomas Somáticos / Motivacionales	7	3,8	0,9	4,6	3,9	1,4	1,42	0,168
Síntomas Cognitivos / Afectivos	9,3	7,5	1,9	6,7	6,9	2,4	0,80	0,428

Nota: MD = Media; DE = Desviación Estándar; EEM = Error Estándar; Valor *t* = *t* de Student; Valor *p* = Valor Probabilidad de Error

Finalmente, en la tabla 12 se plasmaron los resultados comparativos entre las variables de estudio de universitarios con antecedentes diagnósticos. Los resultados demuestran no haber alguna diferencia estadísticamente significativa entre las puntuaciones arrojadas de la primera y la segunda fase. Sin embargo, se identifica una mayor tendencia en la puntuación de síntomas somáticos/motivacionales por parte de los universitarios de la primera fase de la contingencia en comparación con los universitarios de la segunda fase.



## DISCUSIÓN

En primera instancia, el objetivo general del presente proyecto correspondió con evaluar los niveles de ansiedad y depresión en estudiantes universitarios de Santander durante el periodo de cuarentena y aislamiento preventivo por la COVID-19. De lo anterior se destaca que, los hallazgos descriptivos de las tasas de frecuencia en los niveles de sintomatología ansiosa y depresiva, sobre la primera fase del brote de la COVID-19, fueron en mayor proporción en los niveles grave, moderado y leve. Dicho hallazgo confirma el postulado por Mazza et al. (2020), quienes afirmaron que era de esperarse la aparición de altos niveles de ansiedad y depresión durante la pandemia por la COVID-19 en todos los grupos etarios.

Además, teniendo en cuenta el nivel de severidad, las tasas de frecuencia de la sintomatología ansiosa y depresiva con categorización leve y moderada se comparan a lo identificado por Ozamiz-Etxebarria et al. (2020) quienes, en su evaluación del estado de salud mental, durante la primera fase del brote por la COVID-19 en España, encontraron altas tasas de frecuencia en los niveles severos de la sintomatología ansiosa y depresiva en las mismas categorías. Adicionalmente, los resultados de las tasas encontradas en esta investigación y mencionadas anteriormente, discrepan de lo encontrado por Wang et al. (2020) que evidenciaron mayores tasas de frecuencia en síntomas ansiosos y depresivos grave, en China. Esta discrepancia y similitud puede estar marcada debido a que en China fue el origen de la pandemia, mientras que a España llegó un mes y medio después, y a Colombia llegó tres meses después, es decir Colombia contaba con más información sobre el virus, por ende, existe la posibilidad de que la población nacional y regional, hubiese contemplado el brote del virus, y ante esto, medidas de contingencia.

Las tasas de frecuencia de los niveles de ansiedad y depresión encontrados en el presente documento, pueden apoyarse en los antecedentes investigativos sobre el aislamiento social, del cual se afirma que, sus diferentes medidas de contingencia ante el virus, junto con cambios ambientales inmediatos, son factores de riesgo para la aparición de niveles de depresión y ansiedad (Ishida et al., 2003). De igual manera, la identificación de estas tasas se corrobora con otras investigaciones sobre la ansiedad y depresión en otros momentos de propagación de un virus, por ejemplo, Jones & Salathe (2009) evaluaron la ansiedad y depresión en personas mayores de 18 años en el estado de California, Estados Unidos, durante el brote por la Influenza virus A, subtipo H1N1, sus hallazgos permitieron identificar la existencia de estas variables de salud mental. Otro ejemplo es el de Wong et al. (2007) evaluaron el impacto que tuvo el Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SARS por sus siglas en inglés) en dos universidades diferentes, los resultados demostraron que los estudiantes de medicina, de la institución más cercana al epicentro del brote, puntuaron más alto que en los estudiantes no médicos de la misma universidad, mientras que los estudiantes de la otra universidad, situada a 20 km del inicio del brote, presentaron menores niveles de ansiedad y depresión. Finalmente, los resultados sobre los niveles de sintomatología ansiosa y depresiva presentados coinciden con lo expuesto por Brooks et al. (2020), quienes en su revisión de literatura sobre los diferentes países que han tomado medidas preventivas como la cuarentena y el aislamiento, debido a otros virus, la población demuestra poseer niveles de sintomatología depresiva y ansiosa.

En segunda instancia, un objetivo específico fue, identificar diferencias en síntomas somáticos y cognitivos de ansiedad y depresión, según el género, durante los periodos de cuarentena por coronavirus, en grupos con reporte y sin reporte de antecedentes diagnósticos psiquiátricos. Los resultados no revelaron diferencias estadísticamente

significativas, en las puntuaciones de sintomatología ansiosas o depresivas, según el género, al interior de los grupos de participantes con antecedentes de diagnósticos psiquiátricos, en cualquiera de las dos fases de contingencia. Lo anterior puede estar explicado debido a que la presencia de un diagnóstico puede generar puntuaciones similares en la muestra.

No obstante, sí se identificaron diferencias estadísticamente significativas en la primera fase de la contingencia, donde las universitarias sin antecedentes diagnósticos presentaron mayores niveles de ansiedad que los universitarios de esta misma fase. Esta misma diferencia ha sido evidenciada por Gutiérrez et al. (2020) quien encontró que las mujeres universitarias presentaban mayores niveles de ansiedad que los hombres durante la cuarentena en el Salvador. Asimismo, la diferencia entre mujeres y hombres encontrada en este estudio se asemeja a investigaciones previas en donde las mujeres universitarias experimentan mayores niveles de depresión y ansiedad que los hombres, como lo identificó Reyes-Rodríguez et al. (2013) en población universitaria de Puerto Rico; Rodrich-Zegarra (2020) con universitarios de Lima, Perú; Matínez-Otero (2014) evaluando a universitarios de Madrid, España; y Castillo y Ruiz (2018) en universitarios de Perú. Dicha diferencia puede estar presente debido a diversos indicadores socioeconómicos, sociodemográficos (Bleidorn, et al., 2016), e incluso se ha considerado que la presencia de hormonas esteroidales marca estados pasajeros de irritabilidad, ansiedad (Pinto et al., 2013) y depresión (Gutiérrez-García et al., 2000) durante los ciclos hormonales de las mujeres. A pesar de la anterior explicación, Gaviria (2009) afirma que las mujeres tienden a sobre informar su sintomatología a comparación de los hombres, aspecto que ha influenciado en los criterios y manuales clínicos. Por ende, Raimo et al. (2002) aseveraron que la mayoría de los instrumentos no pueden acceder a la forma en que los hombres expresan su

sintomatología ansiosa y depresiva. En consecuencia, con lo anterior, existe la posibilidad que, la evaluación de los síntomas, a través de escalas de auto - reporte en los hombres, no sea la metodología más fiable, y, por ende, exista un sesgo en la obtención de resultados que revele, por lo general, mujeres con mayores niveles de ansiedad y depresión que los hombres.

Por otra parte, el hallazgo encontrado en la segunda fase de la contingencia con relación al grupo sin antecedentes diagnósticos. Allí, los universitarios presentaron mayores niveles de depresión en el componente cognitivo que las universitarias. Este último dato, no coincide con lo establecido en la literatura científica existente, puesto que se afirma que son las mujeres quienes experimentan en mayor grado los niveles de ansiedad y depresión (Castillo y Ruiz, 2019; Matínez-Otero, 2014; Reyes-Rodríguez et al., 2013; Rodrich-Zegarra, 2020). Esta diferencia puede estar enmarcada en una construcción cultural del género, en donde la mujer está asociada a la expresión de malestar, la protección y sostenimiento emocional, mientras que al hombre se le promueve la fortaleza, el ocultamiento de sus emociones y la expresión conductual (tomar, fumar, consumo de drogas) lo que aumenta un malestar interno (Acuña et al., 2014). Como consecuencia a lo anterior, se ha encontrado que los hombres tienen dificultades para reconocer síntomas de depresión, al punto de que no logran determinar lo que les sucede (Cleary, 2012); e incluso, los hombres presentan una mayor tendencia a la evitación de la expresión de sentimientos o emociones asociadas a la debilidad, como es el caso de la tristeza (Danielsson & Johansson, 2005). Por ende, el resultado de la mayor puntuación en los niveles de depresión en el componente cognitivo experimentado por los hombres podría estar asociado con el hecho de no contar con espacios, personas o estrategias que les permitiesen expresar su malestar, ante todo lo que han conllevado las medidas preventivas de aislamiento y confinamiento.

En tercera instancia, el objetivo específico orientado a la comparación de los síntomas de ansiedad y depresión, entre, el primer periodo de cuarentena obligatoria y el segundo periodo de aislamiento preventivo, en grupos con reporte y sin reporte de antecedentes diagnósticos psiquiátricos. Los resultados descriptivos de los niveles demuestran una mayor frecuencia en las categorías grave y moderadas de la ansiedad y depresión por participantes con antecedente diagnóstico, coinciden totalmente con lo reportado por Ozamiz-Etxebarria et al. (2020), Dong et al. (2020), en donde participantes que afirmaron tener un antecedente diagnóstico en salud mental y/o física presentan mayores niveles de sintomatología depresiva y ansiosa durante la pandemia por la COVID-19. Lo anterior puede radicar, en que la experimentación de diferentes estresores debidos a la pandemia, hubiesen potencializado la presencia de la sintomatología de las variables de estudio.

En línea con lo anterior, el presente proyecto de investigación identificó diferencias estadísticamente significativas entre los participantes de las dos fases, siendo aquellos voluntarios, identificados como femenino con y sin reporte diagnóstico de la cuarentena quienes presentaron mayores niveles de ansiedad y depresión que las féminas de la segunda toma. De igual manera, se identificó que los voluntarios masculinos, con reporte, de la fase cuarentena presentaron mayores niveles que aquellos hombres de la segunda toma. Lo anterior puede converger con lo expuesto por Lin (2020) y Sholten, et al. (2020), quienes afirman que una reducción de las medidas de aislamiento y una aproximación al retorno de la vida normal podría disminuirlo, dicho argumento puede mediar la razón por la que los participantes de la segunda fase de la contingencia presentaron menores niveles, ya que en esta fase denominada aislamiento preventivo, hubieron diferentes sectores económicos que

se activaron y el gobierno de Colombia generaron diferentes espacios para que la ciudadanía retornara, poco, a la vida normal.

A su vez, los resultados al interior del grupo de universitarios sin antecedentes diagnósticos claramente revelaron diferencias en la sintomatología depresiva, que podrían estar indicando, no solo diferencias en la forma en que se ven afectados los hombres y las mujeres ante un evento estresante, sino también, en el momento en que puede manifestarse dicha afectación, pues las mujeres desde la primera fase confinamiento exhiben una afectación somática ansiosa, mientras que los hombres en la segunda fase demostraron mayor sintomatología depresiva desde lo cognitivo, de hecho, en un mayor nivel que sus mismos congéneres de la primera fase. Esto, también conduce a pensar que la “reactividad”, o afectación psíquica temprana, ante la cuarentena como experiencia estresante, en las mujeres puede estar representada emocionalmente en síntomas somáticos, mientras en los hombres, como respuesta tardía, podría manifestarse en una afectación anímica de nivel cognitivo.

## CONCLUSIONES

Los universitarios con reporte de antecedentes diagnósticos mostraron mayores niveles de severidad ansiosa y depresiva, en contraste con los participantes que no tienen historial de diagnósticos psiquiátricos, lo cual, puede asociarse con una propensión a la afectación de la salud psíquica en personas con este tipo de antecedentes, ante situaciones novedosas y estresantes, que incluso pueden representar una amenaza, como puede serlo, la cuarentena debida al brote del COVID 19.

Sobre las posibles diferencias en sintomatología según género, fueron evidentes entre grupos sin antecedentes diagnosticos de la primera fase de contingencia, donde las mujeres, exhibieron una mayor afectación en la totalidad de variables ansiosas. Esto podría representar que las mujeres, no solo se vieron más afectadas que los hombres a nivel emocional, somático y cognitivo, sino que dicha afectación, se manifestó de manera temprana, desde, la primera fase de cuarentena.

En cuanto a las diferencias sintomáticas asociadas con los periodos de contingencia. Las mujeres de la primera fase estuvieron más afectadas en sintomatología somática ansiosa, comparadas con sus congéneres de la segunda fase, lo que permite sostener el planteamiento de una afectación femenina, más emocional que anímica, y en especial somática, como respuesta psíquica temprana, ante el evento estresante que representó el inicio de la cuarentena. Mientras que, los altos niveles de la sintomatología depresiva de los hombres de la segunda fase de contingencia, comparados con mujeres de ese mismo periodo, e incluso, que los hombres de la primera fase, permiten considerar, que la afectación psíquica

masculina, no solo ha sido tardía o a largo plazo, sino que, además, se manifiesto a nivel cognitivo.



## LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

En cuando a las limitaciones metodológicas, no se contó con una muestra significativa de universitarios, con el fin de poder generar un análisis comparativo que permita hacer inferencias significativas para el universo estudiado. Además, se recomienda generar estudios en la que los diferentes momentos para la medición sean los mismos participantes, pues de esta forma se contará con una evolución o desarrollo de las variables en los diferentes periodos de pandemia por la COVID-19, lo que permitirá tener un mejor abordaje a la problemática de la salud mental a consecuencia de las medidas preventivas ante una pandemia

De igual manera, en la primera fase participaron más estudiantes que en la segunda. Asimismo, se presentó esta misma limitación para la comparación del género, puesto las féminas participaron en mayor proporción en ambas fases. A pesar de lo anterior, tampoco se contó con una misma cantidad de voluntarios con el mismo género tanto en la primera y segunda contingencia del virus. Por tal motivo se recomienda generar estudios con mayor control para realizar comparaciones equitativas a partir de diferentes variables.

Por otra parte, existe una esca documentación sobre la salud mental durante brotes de infecciones, así como esta temática durante la pandemia por la COVID-19; por tal motivo, la confrontación y/o coincidencias con otras investigaciones para discutir fue limitado.

Finalmente, se sugiere realizar la evaluación y análisis correlacionales y regresivos con diferentes variables como: estrés académico, satisfacción familiar, red de apoyo, etc; con el fin de poder conocer cómo se encuentran estas variables durante la pandemia y qué grado de dependencia tienen.

## REFERENCIAS

- Acuña, I., Arias, A., Fuentes, L., Londoño, C., & Salas, I. (2014). ¿Cómo viven los hombres la tristeza y la depresión? (Trabajo de grado para optar al título de especialista), Universidad Católica de Colombia, Bogotá
- Agudelo, D., Casadiegos, C. y Sánchez, D. (2008). Características de ansiedad y depresión en estudiantes universitarios. *International Journal of Psychological Research* 2, 1, 34-39.
- Alarcón, R. (2020). La Salud Mental de los estudiantes universitarios. *Revista Médica Herediana*, 30(4), 219-221. <https://doi.org/10.20453/rmh.v30i4.3655>
- Alloy, L., Kelly, K., Mineka, S., & Clements, C. (1990). Comorbidity in anxiety and depressive disorders: A helplessness/hopelessness perspective. En J. D. Maser & C. R. Cloninger (Eds.), *Comorbidity of mood and anxiety disorders* (pp. 499-543). Washington, DC: American Psychiatry Press.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5* (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Arnett, J., Žukauskienė, R. & Sugimura, K. (2014). The new life stage of emerging adulthood at ages 18-29 years: implications for mental health. *Lancet Psychiatry*, 1(7), 569-576. [http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)00080-7](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(14)00080-7)
- Arrieta, K., Díaz, S. y González, F. (2014). Síntomas de depresión y ansiedad en jóvenes universitarios: prevalencia y factores relacionados. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 7(1), 14-22. <http://dx.doi.org/10.4321/S1699-695X2014000100003>
- Arrieta, V., Díaz, C. y González, M. (2013). Síntomas de depresión, ansiedad y estrés en estudiantes de odontología: prevalencia y factores relacionados. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 42(2), 173-181.
- Arrivillaga, M., Cortés, C., Goicochea, V. y Lozano, T. (2004). Caracterización de la depresión en jóvenes universitarios. *Universitas Psychologica*, 3(1), 17-26.
- Arrivillaga, M., Cortés, C., Goicochea, V., y Lozano Ortiz, T. (2004). Caracterización de la depresión en jóvenes universitarios. *Universitas Psychologica*, 3(1), 1726-1740
- Asmundson, G., & Taylor, S. (2020). How health anxiety influences responses to viral outbreaks like COVID-19: What all decision-makers, health authorities, and health care professionals need to know. *Journal of Anxiety Disorders*, 4, 1-5.
- Baader, T., Rojas, C., Molina, J., Gotelli, M., Alamo, C., Fierro, C., Venezian, S., y Dittus, P. (2014). Diagnóstico de la prevalencia de trastornos de la salud mental en estudiantes universitarios y los factores de riesgo emocionales asociados. *Revista Chilena de Neuro-psiquiatría*, 52(3), 167-176. doi: 10.4067/ S0717-9227201400030000
- Barcelata, B., Durán, C., & Gómez-Maqueo, E. (2012). Valoración subjetiva de los sucesos de vida estresantes en dos grupos de adolescentes de zonas marginadas. *Salud Mental*, 35(6), 513-520.
- Barlow, D. (2008). *Anxiety and its disorders: the nature and treatment of anxiety and panic*. New York: The Guilford Press.
- Beck, A. (2003). *Depresión aspectos psicológicos*. Océano S.A.

- Berenzon, S., Lara, M., Robles, R. y Medina-Mora, M. (2013). Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. *Salud Publica Mexicana*, 558(5), 74-80.
- Bergholt, D. y Lujala, P. (2012). Climate-related natural disasters, economic growth, and armed civil conflict. *Journal of Peace Research*, 49(1), 147-162.
- Bleidorn, W., Arslan, R., Denissen, J., Renirow, P., Gebauer, J., Poper, J., & Gosling, S. (2016). Age and gender differences in self-esteem— A cross-cultural window. *Journal of personality and social psychology*, 111(3), 396.
- Bojórquez, C. y Moroyoqui, S. (2020). Relación entre inteligencia emocional percibida y ansiedad en estudiantes universitarios. *Revista ESPACIOS*, 41(13), 1-11.
- Brooks, S., Webster, R., Smith, L., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*, 395, 912-920
- Caballero-Domínguez, C., & Suárez-Colorado, Y. (2019). Tipologías distintivas de respuestas ante el estrés académico en universitarios: un análisis de clasificación. *Duazary*, 16(2) 245-257. <https://doi.org/10.21676/2389783X.2748>
- Caballero-Domínguez, C., & Suárez-Colorado, Y. (2019). Tipologías distintivas de respuestas ante el estrés académico en universitarios: un análisis de clasificación. *Duazary*, 16(2) 245-257.
- Caballo, V. (2006). *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos. Trastornos de la edad adulta e informes psicológicos*. España, Madrid: Pirámide.
- Camuñas, N., Mavrou, I. & Miguel-Tobal, J. (2019). Ansiedad y tristeza-depresión: Una aproximación desde la teoría de la indefensión-desesperanza. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 24, 19-28.
- Cardona-Arias, J., Pérez-Restrepo, D., Rivera-Ocampo, S., Gómez-Martínez, J & Reyes, J. (2015). Prevalencia de ansiedad en estudiantes universitarios. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 11(1), 79-89.
- Castillo, R. y Ruiz, A. (2019). Género y conductas ansiosas en estudiantes universitarios. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 1, 15-38. [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1794-99982019000100039](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-99982019000100039)
- Chan-Gamboa, E., Morales-Quintero, L., Ruiz-Pérez, J. y Vaca-Cortés, J. (2017). Factores sociodemográficos asociados a la victimización delictiva en estudiantes universitarios de tres ciudades mexicanas. *Pensamiento Psicológico*, 15(2), 93-107.
- Chau, C. y Vilela, P. (2017). Determinantes de la salud mental en estudiantes universitarios de Lima y Huánuco. *Revista de Psicología*, 35(2), 387-422. <https://doi.org/10.18800/psico.201702.001>
- Chen, Q., Liang, M., Li, Y., Guo, J., Fei, D., Wang, L., He, L., Sheng, C., Cai, Y., Li, X., Wang, J. & Zhang, Z. (2020). Mental health care for medical staff in China during the COVID19 outbreak. *The Lancet Psychiatry*, 7(4), 15-16. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30078-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30078-X)
- Cleary, A. (2012). Suicidal action, emotional expression, and the performance of masculinities. *Social Science & Medicine*, 74(4), 498-505. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.08.002>
- Cortés-Cáceres, S., Alvares, P., Llanos, O. M., Castillo, C. L. (2019). CI deserción universitaria: la epidemia que aqueja a los sistemas de educación superior. *Revista Perspectiva*, 1, 13-25. <https://doi.org/10.33198/rp.v20i1.00017>

- Costello, A., Abbas, A., Allen, S., Ball, S., Bell, R., Bellamy, M., & Kett, L. (2009). Managing the Health Effects of Climate change: Lancet and University College London Institute for Global Health Commission. *The Lancet*, 373(9676), 1693–1733.
- Creswell, C., Murray, L., & Cooper, P. (2014). Interpretation and Expectation in Childhood Anxiety Disorders: Age Effects and Social Specificity. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 42(3), 453–465. <https://doi.org/10.1007/s10802-013-9795-Z>
- Cuéllar-Hidalgo, R., Bázan-Ramírez, A. y Araya, G. (2019). Efectos de la práctica de aikido sobre mindfulness y la ansiedad en estudiantes universitarios de Costa Rica. *Retos: nuevas tendencias en educación física, deporte y recreación*, 35, 13-19.
- Danielsson, U. & Johansson, E. (2005). Beyond weeping and crying: a gender analysis of expression of depression. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 23(3), 171-177. <https://doi.org/10.1080/02813430510031315>
- Decreto No. 457 (22 de marzo del 2020.) Instrucciones en virtud de la emergencia sanitaria generada por la pandemia del Coronavirus COVID-19 y el mantenimiento del orden público. <https://coronaviruscolombia.gov.co/Covid19/docs/decretos/presidencia/82-decreto-457.pdf>
- Decreto 749 de 2020 (28 de mayo del 2020). or el cual se imparten instrucciones en virtud de la emergencia sanitaria generada por la pandemia del Coronavirus COVID-19, y el mantenimiento del orden público. <https://safetya.co/normatividad/decreto-749-de-2020/>
- Diulio, A., Dutta, N., Gauthier, J., Witte, T., Correia, C., & Angarona, D. (2015). Associations among depressive symptoms, drinking motives, and risk for alcohol-related problems in veterinary students. *The Journal of Veterinary Medical Education*, 42, 11-7.
- Dong, X., Li, J., Bai, J., Liu, Z., Zhou, P. & Gao, L. (2020). Epidemiological characteristics of confirmed COVID-19 cases in Tianjin. *Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi*, 41, 638-42.
- Dougherty, L., Tolep, M., Bufferd, S., Olino, T., Dyson, M., Traditi, J., & Klein, D. (2013). Preschool Anxiety Disorders: Comprehensive Assessment of Clinical, Demographic, Temperamental, Familial, and Life Stress Correlates. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 42(5), 577–589. <https://doi.org/10.1080/15374416.2012.759225>
- Emiro, J., Amador, O., Calderón, V., Castañeda, T., Osorio, Y., & Díez, P. (2018). Depresión y su relación con el consumo de sustancias psicoactivas, el estrés académico y la ideación suicida en estudiantes universitarios colombianos. *Revista Health and Addictions/Salud y Drogas*, 18(2), 227-239
- Eskin, M., Sun, J., Abuidhail, J., Yoshimasu, K., Kujan, O., Janghorbani, M., Flood, C., Carta, M., Tran, U., Mechri, A., Hamdan, M., Poyrazli, S., Aidoudi, K., Bakhshi, S., Harlak, H., Moro, M., Nawafleh, H., Phillips, L., Shaheen, A., Taifour, S., Tsuno, K., & Voracek, M. (2016). Suicidal behavior and psychological distress in university students: A 12-nation study. *Archives of Suicide Research*, 20(3), 369-388. <https://doi.org/10.1080/13811118.2015.1054055>
- Estrada-Araoz, E. & Mamani-Uchasara, H. (2020). Procrastinación académica y ansiedad en estudiantes universitarios de Madre de Dios, Perú. *Apuntes Universitarios*, 10(4), 322-337. <https://doi.org/10.17162/au.v10i4.517>

- Gallagher, R. (2014). *National survey of counseling center directors*. [http://www.collegecounseling.org/wp-content/uploads/NCCCS2014\\_v2.pdf](http://www.collegecounseling.org/wp-content/uploads/NCCCS2014_v2.pdf)
- Gálvez, J. (2005). Trastornos por estrés y sus repercusiones neuropsicoendocrinológicas. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 34(1), 77-100.
- Gaumont, S., Paquette, D., Émond, N., & St, A. (2016). Anxiety and Attachment to the Mother in Preschoolers Receiving Psychiatric Care: The Father-Child Activation Relationship as a Protective Factor. *Infant Mental Health Journal*, 37(4), 372–387. <https://doi.org/10.1002/imhj.21571>
- Gaviria, A. (2009). ¿Por qué las mujeres se deprimen más que los hombres? *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 38(2), 316-324.
- Goldmann, E. & Galea, S. (2014). Mental Health Consequences of Disasters. *Annual Review of Public Health*, 25, 170-183. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-032013-182435>
- Gómez, Y., Ángel, J., Cañizares, C., Latting, M., Agudelo, D., Arenas, A., & Ferro. (2018). El papel de la valoración de los sucesos vitales estresantes en el Trastorno Depresivo Mayor. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 49(2), 68-75.
- González, A., Juárez, F., Solís, C., González-Forteza, C., Jiménez, A. y MedinaMora, M. (2012). Depresión y consumo de alcohol y tabaco en estudiantes de bachillerato y licenciatura. *Salud Mental*, 35(1), 51-55
- González, B., & Rego, E. (2006). *Problemas emergentes en la salud mental de la juventud*. España, Madrid: Instituto de Juventud.
- González-Forteza, C., Hermsillo, A., Vacio-Muro, M., Peralta, R. y Wagner, F. (2015). Depresión en adolescentes. Un problema oculto para la salud pública y la práctica clínica. *Revista Médica Hospital Infantil México*, 72(2), 149-155.
- González-Jaramillo, V., González-Jaramillo, N., Gómez-Restrepo, C., Palacio-Acosta, C. A., Gómez-López, A., & Franco, O. H. (2020). Proyecciones de impacto de la pandemia COVID-19 en la población colombiana, según medidas de mitigación. Datos preliminares de modelos epidemiológicos para el periodo del 18 de marzo al 18 de abril de 2020. *Revista de Salud Pública*, 22, 1-15.
- González-Sanguino, C., Ausín, B., Ángel-Castellanos, M., Saiz, J., López-Gómez, A., Ugidos, C., & Muñoz, M. (2020). Mental health consequences during the initial stage of the 2020 Coronavirus pandemic (COVID-19) in Spain. *Brain, Behavior, and Immunity*.
- Governors State University. (2020). Why is suicide so common among college students? <https://www.govst.edu/suicide-prevention/>
- Graeff, F. (1997). Neuropsychiatry of the basal ganglia. Serotonergic systems. *Psychiatric Clinics Of North America*, 20, 723-739.
- Guerra-Domínguez, E., Morales-Blanco, I., Fernández-Ramos, K., Miranda-Hernández, N. y Fombellida-Valdés, M. (2020). La depresión del Adolescente. Policlínico Universitario Jimmy Hirtzel. *Revista Médica MultiMed*, 15(1), 1-15.
- Guha-Sapir, D., Hargitt, D., Hoyois, P. (2004). *Thirty Years of Natural Disasters 1974-2003: The Numbers*. Brussels: Presses universitaires de Louvain.
- Guha-Sapir, D., Hoyois, P. & Below, R. (2015). *Annual Disaster Statistical Review 2015: The Numbers and Trends*. Brussels. Centre for Research on the Epidemiology of Disasters.

- Gutiérrez, J., Lobos, M., Chacón, E. (2020). Síntomas de ansiedad por la COVID-19. *Universidad Tecnológica de El Salvador*, 1, 44-66. <https://doi.org/10.5377/entorno.v0i70.10129>
- Gutiérrez, J., Montoya, L., Toro, B., Briñón, M., Rosas, E. & Salazar, L. (2010). Depresión en estudiantes universitarios y su asociación con el estrés académico. *CES Medicina*, 24(1), 7-17.
- Gutiérrez-García, A.G., Contreras, C.M. & Díaz-Meza, J.L. (abr, 2000). Cómo actúa la progesterona sobre el sistema nervioso central. *Salud Mental*, 23(2), 42-48. <https://www.researchgate.net/publication/26475619> Como actua la progesterona sobre el sistema nervioso central
- Guzmán, C., & Álvarez, R. (2009). Sucesos vitales y factores de riesgo asociados: el caso de pacientes con cáncer. *Revista Psicología y Salud*, 1(19), 21-32.
- Hernández-Sampieri, R., Fernández, C y Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. Mc Graw Hill Education.
- Huarcaya-Victoria, J. (2020). Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de COVID-19. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 37(2), 1-12.
- Huerta, A., Barahona-Fuentes, G., Galdames, S., Cáceres, P. y Ortiz, P. (2020). Efectos de un programa de Zumba® sobre niveles de ansiedad-rasgo, ansiedad-estado y condición física en estudiantes universitarias chilenas. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 20(3), 1-14
- Ishida, H. Mitsui, K., Nukaya, H., Matsumo, K, J. & Tsuji, K. (2003). Study of active substances involved in skin dysfunction induced by crowding stress. I. Effect of crowding and isolation on some physiological variables, skin fuction and skin blood perfusion in hairless mice. *Biological & Pharmaceutical Bulletin*, 26, 170-180.
- Jones, J., & Salathé, M. (2009). Early Assessment of Anxiety and Behavioral Response to Novel Swine-Origin Influenza A(H1N1). *PLoS ONE*, 4(12), 1-8.
- Lee, S., Jobe, M., Mathis, A. y Gibbons, J. (2020). *Validez incremental de la coronafobia: la ansiedad por coronavirus explica la depresión, la ansiedad generalizada y la ansiedad por muerte*. *Journal of Anxiety Disorders*. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102268>
- Ley N° 1090. Código Deontológico y Bioético y otras disposiciones, Congreso de la República, Colombia, 6 de septiembre de 2006. Recuperado de <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=66205><https://www.Resolución N° 8430. Normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Ministro de Salud, Colombia, 4 de octubre de 1993. Recuperado de minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>
- Leyva, R., Hernández, A., Nava, G. y López, V. (2007). Depresion en adolescentes y funcionamiento familiar. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 45(3), 225-232.
- Li, Z., Ge, J., Yang, M., Feng, J., Qiao, M., Jiang, R., & Yang, C. (2020). Vicarious traumatization in the general public, members, and non-members of medical teams aiding in COVID-19 control. *Brain, Behavior, and Immunity*, 2, 1-4.

- Li, Z., Ge, J., Yang, M., Feng, J., Qiao, M., Jiang, R., & Yang, C. (2020). Vicarious traumatization in the general public, members, and non-members of medical teams aiding in COVID-19 control. *Brain, Behavior, and Immunity*, 2, 1-4.
- Lin, C. (2020). Social reaction toward the 2019 novel coronavirus (COVID-19). *Journal of Health and Social Behavior*, 1-3.
- Loayza, N., Olaberriam, E., Rigolini, J. & Christiaensen, L. (2012). Natural Disasters and Growth: Going Beyond the Averages. *Elsevier*, 40(7), 1317-1336.
- Londoño, C., & González, M. (2016). Relevancia de la depresión y factores asociados en hombres. *Acta Colombiana de Psicología*, 19(2), 315-329.
- Londoño-Pérez, C., Cita-Alvarez, A., Niño-León, L., Molano-Cáceres, F., Reyes, C., Vega, A., Villa, C. (2020). Sufrimiento psicológico en hombres y mujeres con síntomas de depresión. *Terapia psicológica*, 38(2), 189-202. [scielo.conicyt.cl/pdf/terpsicol/v38n2/0718-4808-terpsicol-38-02-0189.pdf](http://scielo.conicyt.cl/pdf/terpsicol/v38n2/0718-4808-terpsicol-38-02-0189.pdf)
- Lozano, A. V. (2020). Impacto de la epidemia del coronavirus (COVID-19) en la salud mental del personal de salud y en la población general de China. *Revista de Neuropsicología*, 83(1), 51-56. <https://doi.org/10.20453/rnp.v83i1.3687>
- Lozano-Díaz, A., Fernández-Prados, J., Figueredo, V y Martínez, A. (2020). Impactos del confinamiento por el COVID-19 entre universitarios: Satisfacción Vital, Resiliencia y Capital Social Online. *International Journal of Sociology of Education*, 79-104. <http://doi.org/10.17583/rise.2020.5925>
- Lozano-Díaz, A., Fernández-Prados, J., Figueredo-Canosa, V. & Martínez-Martínez, A. (2020) Impactos del confinamiento por el COVID-19 entre universitarios: Satisfacción Vital, Resiliencia y Capital Social Online, *International Journal of Sociology of Education, Special Issue: COVID-19 Crisis and Socioeducative Inequalities and Strategies to Overcome them*, 79-104. <http://doi.org/10.17583/rise.2020.5925>
- Lu, W., Wang, H., Lin, Y., & Li, L. (2020). Psychological status of medical workforce during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional study. *Psychiatry Research*, 288, 1-5.
- Magán, I., Sanz, J. y García-Vera. (2008). Psychometric Properties of a Spanish Version of the Beck Anxiety Inventory (BAI) in General Population. *The Spanish Journal of Psychology*, 11(2), 626-640.
- Matínez-Otero, V. (2014). Ansiedad en estudiantes universitarios: estudio de una muestra de alumnos de la facultad de educación. *Revista de la Facultad de Educación de Albacete*, 29(2). 63-78.
- Meyer K., A., Ramírez F., & Pérez V. (2013). Percepción de estrés en estudiantes chilenos de Medicina y Enfermería. *Revista de Educación en Ciencias de la Salud*, 10(2), 79-85.
- Meyer K., A., Ramírez F., L., & Pérez V., C. (2013). Percepción de estrés en estudiantes chilenos de Medicina y Enfermería. *Revista de Educación en Ciencias de la Salud*, 10(2), 79-85.
- Micin, S. y Bagladi, V. (2011). Salud mental en estudiantes universitarios: Incidencia de psicopatología y antecedentes de conducta suicida en población que acude a un servicio de salud estudiantil. *Terapia Psicológica*, 29(1), 53-64. doi:10.4067/S0718-48082011000100006
- Ministerio de salud. (2017). Boletín de salud mental Depresión Subdirección de Enfermedades No Transmisibles. Recuperado de

- <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/boletin-depresion-marzo-2017.pdf>
- Moradi, S., Vasandani, V., Nejat, A. (2019). A review of resilience variables in the context of disasters. *Journal of Emergency Management*, 17(85), 403-432.
- Muratori, M., Delfino, G., & Zubieta, E. (2012). Sucesos Vitales y bienestar. *Anuario de Investigaciones*, 19, 49-57.
- Murray, L., Creswell, C., & Cooper, P. (2009). The development of anxiety disorders in childhood: an integrative review. *Psychological Medicine*, 39(9), 1413–1423. <https://doi.org/10.1017/S0033291709005157>
- Naranjo, M. (2009). Una revisión teórica sobre el estrés y algunos aspectos relevantes de éste en el ámbito educativo. *Revista Educación*, 33(2), 171-190.
- Noriega, J., Castellanos, J., Orejuela, D., Cepeda, D., Barajas-Soto, S., & Uribe-Rodríguez, A. (2014). Sucesos vitales en jóvenes universitarios de la Universidad Pontificia. *Apuntes de Investigación*, 9, 1-16.
- Organización Mundial de la Salud (2013). Plan de acción sobre salud mental 2013-2020. Recuperado de [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029\\_spa.pdf;jsessionid=BB79E17A8B744EEFA3C6E26D8690262D?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029_spa.pdf;jsessionid=BB79E17A8B744EEFA3C6E26D8690262D?sequence=1)
- Organización panamericana de la salud. (2020). Enfermedad por el coronavirus (Covid-19). Paho. <https://www.paho.org/es/tag/enfermedad-por-coronavirus-covid-19>.
- Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, UNESCO. (2020). COVID-19 y educación superior: De los efectos inmediatos al día después. <http://www.iesalc.unesco.org/wp-content/uploads/2020/04/COVID-19-060420-ES-2.pdf>
- Ozamiz-Etxebarria, N., Dosil-Santamaria, M., Picaza-Gorrochategui, M., & Idoiaga-Mondragon, N. (2020). Stress, anxiety, and depression levels in the initial stage of the COVID-19 outbreak in a population sample in the northern Spain. *Cadernos de Saúde Pública*, 36, e00054020.
- Paricio del Castillo, R. y Pando, M. (2020). Salud mental infanto-juvenil y pandemia de Covid-19 en España: cuestiones y retos. *Revista de Psiquiatría Infanto-juvenil*, 37(2), 30-44.
- Pedró, F. (2020). COVID-19 y educación superior en América Latina y el Caribe: efectos, impactos y recomendaciones políticas. *Análisis Carolina*, (36), 1-15.
- Perales, A., Sánchez, E., Barahona, L., Oliveros, M., Bravo, E., Aguilar, W., Ocampo, J., Pinto, M., Orellana, I. & Padilla A. (2019). Prevalencia y factores asociados a conducta suicida en estudiantes de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima Perú. *Anales de la Facultad de Medicina*, 1, 28-33.
- Pérez-Padilla, E., Cervantes-Ramírez, V., Hijuelos-García, Pineda-Cortès, J. y Salgado-Burgos, H. (2017). Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión Mayor. *Revista Biomed*, 115(4), 89-115.
- Pinto, B., Dutra, N., Filgueiras, A., Juruena, M., & Stingel, A. (2013). Diferenças de gênero entre universitários no reconhecimento de expressões faciais emocionais. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 31(1), 200-222.
- Piqueras, J., Martínez, A., Ramos, V., Rivero, R., García, L., & Oblitas, A. (2008). Ansiedad, depresión y salud. *Suma Psicológica*, 15(1), 43-73.



- Planchuelo-Gómez, Á., Odriozola-González, P., Irurtia-Muñiz, M. J., & de Luis-García, R. (2020). Longitudinal evaluation of the psychological impact of the COVID-19 crisis in Spain. *PsyArXiv*, 1-57. <https://doi.org/10.31234/osf.io/hgqke>
- Quiceno, J., Alpi, V. y González, C. (2014). Influencia de los factores salutogénicos y patogénicos sobre la calidad de vida de adolescentes colombianos. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 23, 81–93.
- Ramírez-Ortiz, J., Castro-Quintero, D., Lerma-Córdoba, C., Yela-Ceballos, F. & Escobar-Córdoba, F. (2020). Consequences of the COVID-19 pandemic in mental health associated with social isolation. *Scielo*, 1- 21. <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.303>
- Ramírez-Ortiz, J., Castro-Quintero, D., Lerma-Córdoba, C., Yela-Ceballos, F. & Escobar-Córdoba, F. (2020). Consequences of the COVID-19 pandemic in mental health associated with social isolation. *Scielo*, 1- 21. <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.303>
- Reifels, L., Pietrantonio, L., Prati, G., Kim, Y., Kilpatrick, D. & Grete, D. (2013). Lessons learned about psychosocial responses to disaster and mass trauma: an international perspective. *European Journal of Psychotraumatology*, 4, 1-9. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v4i0.22897>
- Reyes-Rodríguez, M., Rivera-Medina, C., Cámara-Fuentes, L., Suárez-Torres, A. & Bernal, G. (2013). Depression symptoms and stressful life events among collegestudents in Puerto Rico. *Journal of Affective Disorders*, 145, 324–330.
- Riveros, F. y Vinaccio-Alphi. (2017). Relación entre variables sociodemográficas, patogénicas y salutogénicas, con la calidad de vida en estudiantes universitarios colombianos. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 22, 229-241.
- Roca, M. & Baca, E. (2006). Respuesta y remisión en pacientes depresivos con síntomas de ansiedad tratados con venlafaxina retard en atención primaria. *Actas Psiquiátricas Españolas*, 34, 162-168.
- Rodrich-Zegarra, A. (2020). Autoestima y ansiedad estado-rasgo en adultos universitarios de Lima. *Interacciones*, 6(2), e107. <https://doi.org/10.24016/2020.v6n2.107>
- Rodríguez-Fernández, J., García-Acero, M., & Franco, P. (2013). Neurobiología del estrés agudo y crónico: su efecto en el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal y la memoria. *Universitas Médica*, 54(4), 472-494.
- Román, F., & Vinet, E., & Alarcón, A. (2014). Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21): Adaptación y propiedades psicométricas en estudiantes secundarios de temuco. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 23(2), 179-190
- Román, F., & Vinet, E., & Alarcón, A. (2014). Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21): Adaptación y propiedades psicométricas en estudiantes secundarios de temuco. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 23(2), 179-190.
- Román, F., & Vinet, E., & Alarcón, A. (2014). Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21): Adaptación y propiedades psicométricas en estudiantes secundarios de temuco. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 23(2), 179-190.
- Ruiz, M. (2020). Las estadísticas sanitarias y la invisibilidad por sexo y de género durante la epidemia de COVID-19. *Gaceta*, 5, 1-4.
- Salokangas, R., Vaahtera, K., Pacriev, S., Sohlman, B. & Lehtinen, V. (2002). Gender differences in depressive symptoms. An artefact caused by measurement instruments?. *Journal of affective disorders*, 68(3), 215–220. [https://doi.org/10.1016/s0165-0327\(00\)00315-3](https://doi.org/10.1016/s0165-0327(00)00315-3)

- Sanjuán, P., Magallares, A., González, J., & Pérez-García, A. (2013). Estudio de la validez de la versión española del cuestionario de estilo atribucional ante situaciones negativas. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 18, 61–71.
- Sanz, J., García-Vera, M. P., & Fortún, M. (2012). El "Inventario de ansiedad de Beck"(BAI): propiedades psicométricas de la versión española en pacientes con trastornos psicológicos. *Psicología Conductual*, 20(3), 563.
- Sanz, J., García-Vera, M., Espinosa, R., Fortún, M., & Vázquez, C. (2005). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 3. Propiedades psicométricas en pacientes con trastornos psicológicos. *Clinica y salud*, 16(2), 121-142.
- Sanz, J., Gutiérrez, S., Gesteira, C., y García-Vera, M. (2014). Criterios y baremos para interpretar el "inventario de depresión de Beck.II (BDI-II). *Psicología Conductual*, 22(1), 37-59.
- Sierra, J., Ortega, V., & Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Malestar E Subjetividade*, 3(1), 10 - 59.
- Soneira, C., Mato-Vazquez, D. (2020). Estructura de un cuestionario para evaluar la ansiedad hacia las matemáticas en estudiantes de ingeniería. *Revista de estudios e investigación en psicología y educación*, 7(1), 59-70. <https://doi.org/10.17979/reipe.2020.7.1.6157>
- Southam-Gerow, M., Chorpita, B., Miller, L., & Gleacher, A. (2008). Are children with anxiety disorders privately referred to a university clinic like those referred from the public mental health system? *Administration And Policy In Mental Health*, 35(3), 168–180.
- Suárez, M. (2010). La importancia de los acontecimientos vitales estresantes en la práctica clínica. *Revista Médica La Paz*, 16(2) 58-62.
- Suárez-Montes, N., & Díaz-Subieta, I. (2015). Estrés académico, deserción y estrategias de retención de estudiantes en la educación superior. *Revista Salud Pública*, 17(2), 300-313.
- Scholten, H. ., Quezada-Scholz, V., Salas, G., Barria-Asenjo, N., Molina, R., García, J., Juliá-Jorquera, T., Marinero-Heredia, A., Zambrano, A., Gómez-Muzzio, E., Cheroni-Felitto, A., Caycho-Rodriguez, T., Reyes Gallardo, T., Pinochet Mendoza, N., Binde, P., Uribe Muñoz, J., Rojas Jara, C., Bernal Estupiñan, J., & Somarriva, F. (2020). Abordaje psicológico del COVID-19: una revisión narrativa de la experiencia latinoamericana. *Revista Interamericana De Psicología/Interamerican Journal of Psychology*, 54(1), 1-38. <https://doi.org/10.30849/ripijp.v54i1.1287>
- Taylor, S. (2019). *The psychology of pandemics: Preparing for the next global outbreak of infectious disease*. Cambridge Scholars.
- Taylor, S. (2019). *The psychology of pandemics: Preparing for the next global outbreak of infectious disease*. Cambridge Scholars.
- Thomson, L., Hood, C., & Short, S. (2016). Unpredictability and symptoms of depression and anxiety. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 35(5), 371-385.
- Tijerina, L., González, E., Gómez, M., Cisneros, M., Rodríguez, K., & Ramos, E. (2018). Depresión, ansiedad y estrés en estudiantes de nuevo ingreso a la educación superior. *Revista de Salud Pública y Nutrición*, 17(4), 41-47.
- Uribe, M., Waich, A., Ospina, L., Marroquín, A., Castro, S., Agustín, J., Ariza, K., Gómez-Restrepo, C. (2020). Salud mental y resiliencia en adultos jóvenes de Sudamérica durante el aislamiento (distanciamiento social obligatorio) por la pandemia de

- COVID-19. <https://www.javeriana.edu.co/pesquisa/ansiedad-y-depresion-verdugos-de-los-jovenes-durante-la-pandemia/>
- Urzúa, A., Vera-Villaruel, P., Caqueo-Úrizar, A., & Polanco-Carrasco, R. (2020). La Psicología en la prevención y manejo del COVID-19. Aportes desde la evidencia inicial. *Terapia Psicológica*, 38(1).
- Vahia, I., Blazer, D., Smith, G., Karp, J., Steffens, D., Forester, B., & Reynolds, C. (2020). COVID-19, Mental Health and Aging: A Need for New Knowledge to Bridge Science and Service. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 2, 1-3.
- Vázquez, C., Hervás, G., y Romero, N., (2010). Modelos cognitivos de la depresión: Una revisión tras 30 años de investigación. *Psicología Conductual*, 18, 1-15.
- Vera-Cala, L., Niño García, J., Porrás-Saldarriaga, A., Durán-Sandoval, J., Delgado-Chávez, P. A., Caballero-Badillo, M. y Navarro Rueda, J. (2020). Salud mental y deserción en una población universitaria con bajo rendimiento académico. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, 60, 137-158. <https://www.doi.org/10.35575/rvucn.n60a8>
- Veytia, M., González, N., Andrade, P., & Oudhof, H. (2012). Depresión en adolescentes: El papel de los sucesos vitales estresantes. *Salud Mental*, 35, 37-43.
- Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, 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, 17-29.
- Wang, C., Zhang, K., & Zhang, M. (2017). Dysfunctional attitudes, learned helplessness, and coping styles among men with substance use disorders. *Social Behavior and Personality: an international journal*, 45(2), 269-280.
- Wang, L., He, C.Z., Yu, Y.M., Qiu, X. H., Yang, X. X., Qiao, Z. X., Sui1, H., Xiong Zhao Zhu, X.Z., & Yang, Y. J. Associations between impulsivity, aggression, and suicide in Chinese college students. *BMC Public Health* 14, 551 (2014). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-551>
- Weiss, I., Pryce, C., Jongen, A., Nanz, N. & Feldon, J. (2004). Effect of social isolation on stress-related behavioural and neuroendocrine state in the rat. *Behavioural Brain Research*, 152, 279-295.
- Weisz, J., Chorpita, B., Palinkas, L., Schoenwald, S., Miranda, J., Bearman, S., & Gibbons, R. (2012). Testing standard and modular designs for psychotherapy treating depression, anxiety, and conduct problems in youth: a randomized effectiveness trial. *Archives Of General Psychiatry*, 69(3), 274–282.
- Wenham, C., Smith, J., Morgan, R. (2020). COVID-19: the gendered impacts of the outbreak. *The Lancet*, 396, 846-847. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30526-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30526-2)
- Wong, T., Gao, Y. & Tam, W. (2007). Anxiety among university students during the SARS epidemic in Hong Kong. *Stress and Health*, 23(1), 31-35. <https://doi.org/10.1002/smi.1116>
- World Health Organization. (2014). *Preventing Suicide: a global imperative*. Washington, DC: World Health Organization.