



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD
MAESTRÍA EN CIENCIAS BIOMÉDICAS Y DE LA SALUD

TESIS

**Factores psicológicos predictores de estrategias de
enfrentamiento ante la enfermedad y el duelo a causa de la
COVID-19 en estudiantes universitarios**

**Para obtener el título de
Maestra en Ciencias Biomédicas y de la Salud**

PRESENTA

Lic. en Psic. Karen Cruz León

Director (a)

Dra. Rebeca María Elena Guzmán Saldaña

Comité tutorial

Dr. Luis Israel Ledesma Amaya
Dra. Lilián Elizabeth Bosques Brugada
Dra. María Isabel Barrera Villalpando
Dr. Abel Lerma Talamantes

Pachuca de Soto, Hidalgo. 7 de noviembre de 2023



7/11/2023

Asunto: Autorización de impresión

Mtra. Ojuky del Rocío Islas Maldonado
Directora de Administración Escolar
Presente.


El Comité Tutorial de la **TESIS** del programa educativo de posgrado titulada **“Factores psicológicos predictores de estrategias de afrontamiento ante la enfermedad y el duelo a causa de la COVID-19 en estudiantes universitarios”**, realizado por la sustentante **Karen Cruz León** con número de cuenta 294383 perteneciente al programa de **Maestría en Ciencias Biomédicas y de la Salud**, una vez que ha revisado, analizado y evaluado el documento recepcional de acuerdo a lo estipulado en el Artículo 110 del Reglamento de Estudios de Posgrado, tiene a bien extender la presente:

AUTORIZACIÓN DE IMPRESIÓN

Por lo que la sustentante deberá cumplir los requisitos del Reglamento de Estudios de Posgrado y con lo establecido en el proceso de grado vigente.


Atentamente
“Amor, Orden y Progreso”
Pachuca, Hidalgo a 7 de noviembre de 2023


El Comité Tutorial

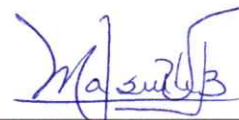

Rebeca María Elena Guzmán Saldaña
Directora




Abel Lerma Talamantes
Miembro del comité


Lilián Elizabeth Bosques Brugada
Miembro del comité


Luis Israel Ledesma Amaya
Miembro del comité


María Isabel Barrera Villalpando
Miembro del comité

Círculo ex-Hacienda La Concepción s/n Carretera
Pachuca Actopan, San Agustín Tlaxiaca, Hidalgo.
México. C.P. 42160
Teléfono: 52 (771) 71 720 00 Ext. 4308,2361,4346,4310
medicina@uaeh.edu.mx

Durante el desarrollo de estos estudios, se contó con una beca de manutención otorgada por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT), número de beca 797867 y número de CVU 1035645.

Agradezco a la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo (UAEH) por brindarme la oportunidad de ingresar a su programa de Maestría en Ciencias Biomédicas y de la Salud, así mismo quiero agradecer al Área Académica de Psicología perteneciente a la UAEH por las facilidades brindadas para realizar la presente investigación.

Durante el periodo de febrero y marzo del 2023, se realizó una estancia nacional de investigación a distancia en la Universidad Autónoma de Tamaulipas, bajo la supervisión del Dr. Rodrigo César León Hernández.

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer y al mismo tiempo dedicar este trabajo a ...

Mi hija, Aria Isabella, quien ha sido mi mayor motivación, quien ha sido paciente porque sabe que “tengo que trabajar” y que, aunque a veces no he podido estar a su lado, es un orgullo y la mejor hija que pude tener.

Mi directora de Tesis, la Dra. Rebeca María Elena Guzmán Saldaña, quien a pesar de las múltiples actividades y funciones que ejerce, me aceptó como alumna y durante estos dos años de maestría siempre tuvo un espacio disponible para evaluar mis avances, para guiarme en el proceso, infinitas gracias por todas sus enseñanzas, por el apoyo, por la confianza y sobre todo por siempre estar pendiente de mí, no sólo en el ámbito académico, sino también en lo personal. ¡Gracias!

Al Dr. Abel Lerma Talamantes, quien fue parte fundamental de los resultados de este trabajo de tesis, gracias por todo el apoyo estadístico que me brindó, por todas las asesorías en las que me orientó porque yo no sabía para dónde ir. ¡Se logró!

Extiendo los agradecimientos al resto de mi comité, la Dra. Lilián Bosques Brugada, el Dr. Luis Israel Ledesma Amaya, y la Dra. Dra. Ma. Isabel Barrera Villalpando, por formar parte de esta investigación y sus aportaciones al proyecto.

Al Dr. Rodrigo César León Hernández, quien permitió que realizara la estancia académica en la Universidad de Tamaulipas, por el apoyo ¡gracias!

Por último, al Dr. Manuel Sánchez, por todo el esfuerzo y dedicación que brinda a la maestría, así como a la Dra. Jeannett Izquierdo, por la paciencia para cada revisión y corrección que hacía a mi proyecto y el de mis compañeros.

Índice general

I	INTRODUCCIÓN	1
II	ANTECEDENTES	3
2.1	El virus SARS-COV-2 y la enfermedad COVID-19	3
2.1.1	<i>Etiología</i>	3
2.1.2	<i>Transmisión</i>	4
2.1.3	<i>Características clínicas de la COVID-19</i>	5
2.1.4	<i>Diagnóstico</i>	5
2.1.5	<i>Tratamiento en México</i>	6
2.1.6	<i>Datos de morbi-mortalidad en México</i>	7
2.1.7	<i>Políticas de prevención</i>	7
2.1.8	<i>Consecuencias de la COVID-19 en la salud mental</i>	7
2.2	Trastorno de estrés postraumático	8
2.2.1	<i>Etiología</i>	9
2.2.2	<i>Diagnóstico</i>	10
2.2.3	<i>Modelos Teóricos</i>	12
2.2.4	<i>Tratamiento</i>	13
2.2.5	<i>Instrumentos de evaluación</i>	14
2.3	Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG)	15
2.3.1	<i>Etiología</i>	16
2.3.2	<i>Diagnóstico</i>	16
2.3.3	<i>Modelos teóricos</i>	17
2.3.4	<i>Tratamiento</i>	18
2.3.5	<i>Instrumentos de evaluación</i>	20
2.4	Duelo.....	22
2.4.1	<i>Clasificación</i>	22
2.4.2	<i>Duelo complejo</i>	23
2.4.3	<i>Modelos Teóricos</i>	23
2.4.4	<i>Tratamiento</i>	24
2.4.5	<i>Instrumentos y Técnicas de evaluación</i>	25
2.5	Estrategias de afrontamiento.....	25
2.5.1	<i>Clasificación</i>	26
2.5.2	<i>Modelos Teóricos</i>	26
2.5.3	<i>Instrumentos y Técnicas de evaluación</i>	28

2.6	<i>ANTECEDENTES DEL PROBLEMA</i>	29
2.6.1	<i>Trastornos de estrés postraumático y COVID-19</i>	29
2.6.2	<i>Trastorno de ansiedad y COVID-19</i>	30
2.6.3	<i>Duelo y COVID-19</i>	32
2.6.4	<i>Estrategias de afrontamiento y COVID-19</i>	33
III	Planteamiento del problema.....	34
III	JUSTIFICACIÓN	35
IV	HIPÓTESIS	36
V	OBJETIVOS	36
5.1	Objetivo General.....	36
5.2	Objetivos Específicos.....	36
VI	MATERIALES Y MÉTODOS	37
6.1	Contexto de la investigación.....	37
6.1.1	<i>Tipo y diseño de estudio</i>	37
6.2	Selección de la población, criterios de inclusión y exclusión.....	37
6.3	Tamaño de muestra y muestreo.....	38
6.3.1	<i>Diagrama de diseño del procedimiento metodológico</i>	39
6.4	Definición de variables (dependientes e independientes) En el cuadro 1 se encuentra la definición las variables estudiadas, así como el instrumento que se utilizó para la medición de cada una de ellas.....	40
6.4.1	<i>Prueba (principio y procedimiento)</i>	45
6.5	Análisis Estadístico.....	47
VII	RESULTADOS	48
7.1	<i>Datos sociodemográficos y de salud de los participantes de la muestra</i>	48
7.2	<i>Descripción del grupo de personas que perdieron a un ser querido (grupo 1 y grupo 3)</i>	49
7.3	<i>Datos de síntomas de Ansiedad Generalizada en los participantes de la muestra</i>	49
	Tabla 3. Presencia o ausencia de ansiedad entre hombres y mujeres por grupo.....	51
	Tabla 4. Mediana y rangos de cada grupo para la variable Ansiedad.....	51
7.4	<i>Datos de la presencia de Ansiedad por Coronavirus en los participantes de la muestra</i>	52
	Tabla 5. Frecuencia de los niveles de Ansiedad por Coronavirus en los participantes.....	52
	Tabla 6. Frecuencia de la presencia y ausencia de Ansiedad por Coronavirus en las mujeres y hombres participantes en cada grupo.....	53
	Tabla 7. Comparación entre grupos para la variable Ansiedad por Coronavirus.....	53

7.5	<i>Datos de la presencia de síntomas Estrés Postraumático en los participantes de la muestra</i>	54
	Tabla 8. Frecuencia de la presencia y ausencia de los síntomas de TEPT en hombres y mujeres participantes en la investigación.	54
	Tabla 9. Resultados de la presencia y ausencia de TEPT en hombres y mujeres participantes de cada grupo.	55
7.6	Datos de la presencia de Duelo y riesgo de Duelo complicado en los participantes de la muestra.....	55
	Tabla 10. Frecuencia de la presencia del Duelo y Duelo complicado en los participantes de la muestra.	56
	Tabla 11. Frecuencia de la presencia del Duelo y Duelo complicado en los participantes de la muestra en cada grupo.	57
7.7	Datos de la clasificación de las estrategias de afrontamiento presentes en los participantes de la muestra.	57
	Tabla 12. Frecuencia de la clasificación de las estrategias de afrontamiento en los participantes de la muestra.	57
	Tabla 13. Frecuencia de la clasificación de las Estrategias de Afrontamiento en los participantes de la muestra por cada grupo.	58
7.8	Análisis comparativos entre los grupos	58
	Tabla 14. Frecuencia y porcentaje de las variables sociodemográficas y psicosociales en función de las Estrategias de Afrontamiento adaptativas y no adaptativas (n=219)59	
7.9	Análisis de regresión logística	61
	Tabla 15. Modelo de Regresión Logística bivariada y multivariada para predecir estrategias de afrontamiento desadaptativas ajustado por tener ansiedad por coronavirus, en 219 estudiantes universitarios del Estado de Hidalgo.	62
VIII	DISCUSIÓN	63
8.1	Estrategias de afrontamiento presentes en estudiantes con COVID-19 y pérdida. 65	
8.2	Estrategias de afrontamiento presentes en estudiantes con COVID-19.....	66
8.3	Estrategias de afrontamiento presentes en estudiantes con pérdida.....	66
IX	CONCLUSIONES	67
X	RECOMENDACIONES	68
XI	REFERENCIAS	69
XII	ANEXOS	80

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Diagrama	39
--------------------------	----

ÍNDICE DE TABLAS

Cuadro 1. Definición de las variables utilizadas en la investigación.	40
--	----

Tabla 1. Participantes en la investigación agrupados por sexo, por presencia o ausencia de COVID-19 y la pérdida de un ser querido (n = 219).....	49
Tabla 2. Frecuencia de los niveles de Ansiedad en los participantes.	50
Tabla 3. Presencia o ausencia de ansiedad entre hombres y mujeres por grupo.	51
Tabla 4. Mediana y rangos de cada grupo para la variable Ansiedad.	51
Tabla 5. Frecuencia de los niveles de Ansiedad por Coronavirus en los participantes.	52
Tabla 6. Frecuencia de la presencia y ausencia de Ansiedad por Coronavirus en las mujeres y hombres participantes en cada grupo.....	53
Tabla 7. Comparación entre grupos para la variable Ansiedad por Coronavirus.....	53
Tabla 8. Frecuencia de la presencia y ausencia de los síntomas de TEPT en hombres y mujeres participantes en la investigación.	54
Tabla 9. Resultados de la presencia y ausencia de TEPT en hombres y mujeres participantes de cada grupo.	55
Tabla 10. Frecuencia de la presencia del Duelo y Duelo complicado en los participantes de la muestra.....	56
Tabla 11. Frecuencia de la presencia del Duelo y Duelo complicado en los participantes de la muestra en cada grupo.	57
Tabla 12. Frecuencia de la clasificación de las estrategias de afrontamiento en los participantes de la muestra.	57
Tabla 13. Frecuencia de la clasificación de las Estrategias de Afrontamiento en los participantes de la muestra por cada grupo.	58
Tabla 14. Frecuencia y porcentaje de las variables sociodemográficas y psicosociales en función de las Estrategias de Afrontamiento adaptativas y no adaptativas (n=219).....	59

ABREVIATURAS

APA: Asociación Americana de Psicología

COFEPRIS: Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

DSM-V: Manual diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales quinta edición

ICSa: Instituto de Ciencias de la Salud

ISSR: Inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina

MEP: Modelo de evitación de la preocupación

MERS: Síndrome Respiratorio del Medio Oriente

NIH: National Institute of Mental Health

OMS: Organización Mundial de la Salud

SARS-CoV: Síndrome Respiratorio Agudo Severo

SARS-CoV-2: Síndrome Respiratorio Agudo Severo tipo 2

TAC: Tomografía computarizada

TAG: Trastorno de Ansiedad Generalizada

TCC: Terapia cognitivo conductual

TEPT: Trastorno por estrés postraumático

RESUMEN

Ante la pandemia de COVID-19 se implementaron medidas preventivas y de control, lo que incrementó de manera sustancial los malestares psicológicos de la población en general, aumentaron los niveles de angustia, insomnio, estados del ánimo negativos, incluso llegando a manifestarse el desarrollo de trastornos psicológicos. El objetivo de este estudio fue identificar los factores psicológicos que predicen las estrategias de afrontamiento no adaptativas en estudiantes que tuvieron la enfermedad COVID-19 y la pérdida de un ser querido a causa de la misma; el diseño fue no experimental, transversal. A través de un muestreo no probabilístico se seleccionó a 219 estudiantes a los cuales se les aplicó una batería de instrumentos que incluyó a los siguientes: *Inventario de Ansiedad de Beck*, *Inventario de Ansiedad por COVID-19*, *Escala de síntomas de TEPT*, *Cuestionario de riesgo de Duelo complicado* y *Estrategias de afrontamiento*. Para fines de la investigación se dividió la muestra total en 3 grupos: grupo 1 COVID-19 y pérdida, grupo 2 COVID-19 no pérdida y grupo 3 pérdida no COVID-19; de manera general los resultados evidenciaron diferencias significativas ($p < 0.05$) entre la presencia o ausencia de las variables: Ansiedad, Ansiedad por Coronavirus, Estrés Postraumático y Duelo Complicado, mismas que predijeron a través de modelos de regresión logística las estrategias de afrontamiento desadaptativas en los estudiantes universitarios, especialmente en aquellos que tuvieron la enfermedad y que también perdieron a un ser querido a causa de la misma. La relevancia de los resultados consiste en que aquellos estudiantes que presentaron niveles más altos de TEPT y Ansiedad presentan mayores estrategias de afrontamiento desadaptativas.

Palabras clave: Ansiedad, Estrés Postraumático, Duelo, Estrategias de Afrontamiento, COVID-19.

ABSTRACT

In the face of the COVID-19 pandemic, preventive and control measures were implemented, which substantially increased the psychological discomfort of the general population, increasing the levels of anguish, insomnia, negative mood states, and even manifesting the development of psychological disorders. The aim of this study was to identify the psychological factors that predict non-adaptive coping strategies in students who had COVID-19 disease and the loss of a loved one due to it; the design was non-experimental, cross-sectional. Through a non-probabilistic sampling, 219 students were selected and were administered a battery of instruments that included the following: Beck Anxiety Inventory, Anxiety Inventory by COVID-19, PTSD Symptom Scale, Complicated Grief Risk Questionnaire and Coping Strategies. For research purposes the total sample was divided into 3 groups: group 1 COVID-19 and loss, group 2 COVID-19 non-loss and group 3 non-COVID-19 loss; In general, the results showed significant differences ($p < 0.05$) between the presence or absence of the variables: Anxiety, Anxiety due to Coronavirus, Posttraumatic Stress and Complicated Grief, which predicted through logistic regression models the maladaptive coping strategies in university students, especially in those who had the disease and who also lost a loved one due to it. The relevance of the results is that those students who presented higher levels of PTSD and Anxiety present greater maladaptive coping strategies.

Key words: Anxiety, Posttraumatic Stress, grief, coping strategies, COVID-19

I INTRODUCCIÓN

En diciembre de 2019 en Wuhan China, surgió un brote de neumonía atípica, que desencadenó que el Ministerio de Salud de China identificara como etiología a un nuevo coronavirus, y en enero de 2020 se denominó como Coronavirus 2 del Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SARS-CoV-2), así como la enfermedad nombrada COVID-19, (1–3).

Se ha evidenciado que la pandemia de COVID-19 desarrolló malestares psicológicos en las personas, desencadenando comúnmente Ansiedad, TEPT y Duelo complicado que, en relación con las estrategias de afrontamiento no adaptativas, las investigaciones sugieren que las personas que experimentan altos niveles de ansiedad y estrés postraumático pueden recurrir a conductas de evitación, negación, aislamiento y abuso en el uso de sustancias; para lidiar con las emociones difíciles, es importante señalar que el estudio de los factores psicológicos permitirá evaluar y tener un panorama de las condiciones de los estudiantes que tuvieron la enfermedad y perdieron a un ser querido a causa de la misma.

Cabe señalar, que el curso de la pandemia fue heterogéneo, ya que, en términos de incidencia, mortalidad y velocidad de expansión se presentó de manera diferentes entre países e incluso entre regiones de un mismo país (4). Y aunque existió gran repercusión en la salud física de la población, también resultó afectada la salud mental con graves consecuencias. Por lo señalado, en este reporte de tesis se tuvo como objetivo evaluar la presencia de factores psicológicos como la ansiedad, estrés postraumático y duelo en relación con las estrategias de afrontamiento no adaptativas que presentaron los estudiantes de nivel superior de una institución de educación superior del Estado de Hidalgo.

En el presente reporte en la primera sección se describen de forma detallada los factores psicosociales estudiados (Trastorno de Ansiedad Generalizada, Trastorno de estrés postraumático, Duelo, y Estrategias de afrontamiento); así como la etiología, diagnóstico, modelos teóricos, y tratamientos de cada uno de ellos; posteriormente, se presenta el antecedente y el planteamiento de problema. En la segunda sección se encuentra la justificación, las hipótesis, los objetivos generales y específicos de la investigación. La tercera sección incluye los materiales y métodos utilizados en la investigación, el contexto de ésta, la selección de la población, criterios de inclusión y exclusión, tamaño de la muestra, el muestreo, el diagrama del diseño experimental, la definición de las variables, los

procedimientos, los aspectos éticos y de bioseguridad, así como el análisis estadístico utilizado.

Por último, se encuentra la sección de resultados de la investigación, la discusión, las conclusiones, recomendaciones, referencias y anexos utilizados.

II ANTECEDENTES

2.1 El virus SARS-COV-2 y la enfermedad COVID-19

Como ya se señaló, en el mes de diciembre de 2019 en la ciudad de Wuhan, una de las ciudades más grandes de China surgió un brote de casos de neumonía grave, inicialmente se reportaron 27 casos de neumonía con etiología desconocida y siete pacientes sumamente graves. Los primeros estudios epidemiológicos en China mostraron que la enfermedad se estaba propagando rápidamente, comportándose de forma más agresiva en adultos de entre 30 y 70 años, la tasa de letalidad general fue de 2.3 %, no obstante, se elevó en personas de entre 70-80 años (8.0% y 14.8%) que presentaban condiciones comórbidas preexistentes, la tasa de letalidad aumentó hasta 49.0% en los casos graves (1–3,5).

Este brote de neumonía presentado en Wuhan, se extendió rápidamente por diferentes regiones de China a finales de diciembre de 2019; el 7 de enero del año 2020 el ministro de sanidad de China identifica un nuevo coronavirus como posible etiología, para el 24 de enero en China ya se habían reportado 835 casos, no obstante, con el paso del tiempo se extendió a otros continentes, después de la primera semana de marzo de 2020 a nivel mundial se indicó una tasa de infección exponencial de casos de SARS-COV-2, expandiéndose a más de 100 países (4,5). En Europa en abril del 2020, España, Italia, Francia y Alemania se convirtieron en los países más afectados por el coronavirus; en América, Estados Unidos encabezó las cifras mundiales de casos confirmados; meses después de acuerdo con los datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) a mediados del año 2020 América Latina se convirtió en el nuevo epicentro de la pandemia, siendo Brasil la nación más afectada (6), en México se reportó el primer caso el 20 de febrero del 2020; para el 12 de julio de ese mismo año México tenía una cifra de 299,759 casos de COVID-19 confirmados, siendo una de las cifras más altas de diagnósticos positivos y 35,006 decesos (7). En noviembre de 2023 en México se presentan 7,633,355 casos confirmados y 334,636 fallecimientos a causa de la enfermedad (8).

2.1.1 Etiología

El Síndrome Agudo Respiratorio Severo Tipo 2 (SARS-COV-2) causa una infección similar al síndrome respiratorio agudo severo tipo 1 (SARS-CoV) y Síndrome Respiratorio del Medio Oriente (MERS-CoV); el SARS-COV-2 está ubicado taxonómicamente en la familia

coronaviridae, a los coronavirus se les otorga su nombre por su morfología en corona, observada en la microscopia electrónica, donde las proyecciones de la membrana del virus, conocidas como espículas le dan la apariencia de corona. Esta familia de coronavirus se divide en tres géneros (I a III) y se subdivide en cuatro géneros: Alphacoronavirus, Betacoronavirus, Gammacoronavirus y Deltacoronavirus. Hasta ahora existen 7 coronavirus de importancia médica, pertenecientes a los dos primeros subgéneros, ya que, estos son capaces de afectar a los humanos. Estos 7 tipos de coronavirus se pueden clasificar en 2 grupos: los coronavirus adquiridos en la humanidad y coronavirus zoonótico (9).

Los coronavirus humanos suelen provocar enfermedad respiratoria leve, y frecuentemente circulan libremente en la población de todos los continentes; sin embargo, los coronavirus zoonóticos circulan transitoriamente, pero, pueden generar grandes epidemias de enfermedades respiratorias graves, situación que se ha convertido relevante para el sector médico (10).

2.1.2 Transmisión

En cuanto a la transmisión se han descrito diferentes vías de contagio para la COVID-19, entre las que se encuentran(11):

1. Gotas: se esparcen gotas de saliva de más de cinco micras producidas por la persona fuente, y que se pone en contacto con mucosa nasal, oral o conjuntiva de un hospedero susceptible. Estas gotas pueden alcanzar una distancia de un metro y cuatro metros al hablar y toser o estornudar.
2. Aerosoles: este mecanismo de contacto es por medio de disseminación en aerosoles por menos de cinco micras de diámetro, referente a procedimientos como intubación endotraqueal, traqueotomía, ventilación no invasiva, tomas de muestra, reanimación cardiopulmonar, ventilación manual antes de la entubación y broncoscopia.
3. Contacto: contacto directo con el paciente, o puede ser indirecto con superficies contaminadas. Es importante resaltar la higiene constante de manos, para evitar la auto inoculación, al tocarse nariz, ojos y boca.

Al respecto, se realizó una revisión sobre la transmisión aérea de los virus respiratorios, argumentando que los aerosoles respiratorios se producen durante todas las actividades respiratorias, como el habla, cantar, gritar, toser y estornudar, tanto en individuos sanos como

individuos con infecciones respiratorias, siendo esta una vía principal de contagio. Igualmente, informes recientes indican que el SARS-CoV-2 se puede detectar en la orina y las heces de pacientes confirmados, lo que implica un riesgo de transmisión fecal-oral, aunque no en un alto porcentaje (9).

2.1.3 Características clínicas de la COVID-19

La severidad clínica de la COVID-19 se divide en cinco grupos, cada uno con características clínicas particulares (12):

1. Asintomática: sin clínica aparente, ni cambios imagenológicos, pero, con RT-PCR positivos.
2. Leve: síntomas confinados al tracto respiratorio superior, en lo que se incluye: fiebre, malestar general y tos. Sin cambios imagenológicos y RT-PCR positivo.
3. Moderada: pacientes con signos de neumonía, cambios imagenológicos y PT-PCR positivo.
4. Severa: disnea y frecuencia respiratorio >30 respiraciones/min, en reposo una saturación de oxígeno $<93\%$. Lesiones imagenológicas progresan en un lapso de 24-48 horas, y PT-PCR positivo.
5. Crítica: progresión rápida de la enfermedad, acompañada de fallo respiratorio, necesidad de ventilación mecánica, shock o fallo multiorgánico y RT-PCR positivo.

Las infecciones leves y moderadas comprenden el 80.9 % de los casos registrados, las severas el 13.8% y las críticas 4.7%, la prevalencia de personas asintomáticas difiere de acuerdo con el grupo etario, en población adulta es de 1.2% y en población pediátrica el 15.8 % (6).

2.1.4 Diagnóstico

Se ha señalado la tomografía computarizada (TAC) de tórax como la técnica de imagen con mayor eficacia para valorar a un paciente con la COVID-19; sin embargo, teniendo en consideración la falta de accesibilidad a tomografías en diversas partes del mundo, también se recomienda el uso de otras de técnicas de imagen más accesibles, por ejemplo, la radiografía AP de tórax, en la cual se buscan cambios similares a los detectados en las TACs de tórax (6).

La Prueba RT-PCR es la técnica de laboratorio clínico principal para detectar la presencia de SARS-COV-2. Esta prueba diagnóstica utiliza muestras recolectadas a partir de hisopados nasales o faríngeos, lavados bronqueo alveolares o hisopados rectales; las muestras tomadas en la vía aérea inferior tienen mayor carga viral y por ende son más sensibles. Los hisopados nasofaríngeos han demostrado mayor efectividad y menor tasa de falsos negativos que los orofaríngeos. El rango de sensibilidad se sitúa entre el 30% y 60% por lo que se podría complementar con una prueba de detección de anticuerpos, ya que éstas pruebas orientan respuesta inmune y pronóstico, y detectan si el paciente tiene o tuvo la COVID-19 con elevaciones de inmunoglobulinas al inicio de la infección y elevaciones de los anticuerpos IgG en la mitad y final de la enfermedad (12).

La Prueba de ácido nucleico es también un diagnóstico viral que es parte importante del arsenal contra COVID-19, después del brote inicial pronto estuvieron disponibles las pruebas de diagnóstico basadas en la detección de la secuencia viral por RT- PCR; posteriormente muchas empresas de biotecnología han desarrollado con éxito kits de detección de ácido nucleico, sin embargo, la principal preocupación relacionada con esta prueba de ácido nucleico son los falsos negativos, para resolver el problema de la baja eficacia de detección se han inventado algunas pruebas rápidas mejoradas de diagnósticos de ácidos nucleicos virales (6).

2.1.5 Tratamiento en México

La COVID-19 ha formado parte de nuestras vidas desde hace tres años, por lo tanto, el riesgo de contagio continua y no se descarta la posibilidad de hospitalización e incluso la muerte, por tal motivo el tener un diagnóstico temprano permite actuar más rápido y favorecer la recuperación, así también disminuye el contagio a otras personas. El gobierno de México ha informado que el país ya tiene autorización por la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) para utilizar de emergencia el medicamento Paxlovid, tratamiento antiviral que ayuda a que los casos leves no se compliquen en personas vulnerables; cabe señalar, que no está indicado para personas menores de 18 años ni para mujeres embarazadas. Se prescribe principalmente para las personas mayores de 65 años, personas de 50 a 64 años que tengan un esquema de vacunación de la COVID-19 incompleto,

y para personas de 18 años y más que tengan supresión inmunológica grave y con comorbilidades (13).

2.1.6 Datos de morbi-mortalidad en México

De acuerdo con la página de la Universidad de Medicina Johns Hopkins (8) la cifra de casos confirmados en México al 25 de noviembre de 2023 ha ascendido a 7,633,355 con una cifra de 334,636 muertes.

Dentro del Estado de Hidalgo, con base en datos de la página web de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo (14) la cifra actual es de 130,704 casos positivos, con un número de 18,513 casos sospechosos, y 8,419 defunciones.

2.1.7 Políticas de prevención

La OMS (15) en su página oficial publicó una serie de medidas de precaución que ayudan a evitar la propagación y contraer la COVID 19, principalmente son las siguientes:

- Mantener distanciamiento físico.
- Usar mascarilla cuando se tenga que salir de casa.
- Lavar las manos antes de poner y quitar la mascarilla.
- Llevar con nosotros gel hidroalcohólico.
- Ventilar las habitaciones.
- Lavarse las manos periódicamente y al toser, cubrirse la boca y la nariz con el codo flexionado o con un pañuelo.
- Limpie y desinfecte frecuentemente las superficies, en particular las que se tocan con regularidad.
- Evitar lugares concurridos.
- Evitar dar la mano a las personas.

2.1.8 Consecuencias de la COVID-19 en la salud mental

Como ya se señaló, la pandemia por COVID-19 resultó una emergencia de salud pública, con gran impacto en el mundo en todos los ámbitos de la vida humana además no sólo afectó en la salud física, sino también en la salud mental. Cuando inició la pandemia se detectó en la población un pánico generalizado debido a la falta de conocimiento sobre la situación, lo

que condujo a conceptos erróneos e inadecuadas interpretaciones, estigmas y rumores; las víctimas de la infección por SARS-COV-2 enfrentaban el miedo a morir por la enfermedad, a perder su trabajo, el aislamiento de su familia, infectar a sus seres queridos, enfrentar discriminación o ser estigmatizados por la sociedad (16,17).

El aislamiento, la movilidad restringida y el poco contacto social trajo consigo complicaciones psicológicas como insomnio, trastornos de ansiedad, depresión, estrés, estrés postraumático, entre otras, especialmente en aquellas personas que tuvieron vivencias con la COVID-19, ya sea en sí mismos o por el contagio de un ser querido (16,18,19). Particularmente algunas personas incrementaron sus niveles de estrés debido al brote de la enfermedad, además de presentar ansiedad y una disminución significativa en la función social, y ocupacional, lo que resultó en trastornos de adaptación, así como un persistente estado de ánimo triste que pudo haber desencadenado un trastorno depresivo mayor (20–22). Al inicio de la pandemia estudios realizados en China arrojaron que el Trastorno por Estrés Postraumático estuvo presente en 96.2 % de 714 personas hospitalizadas por COVID-19. La prevalencia de depresión (29.2%) fue elevada en 56 pacientes recién recuperados en comparación con las personas en cuarentena (23,24). Se evaluaron síntomas de personas con trastornos psicológicos preexistentes a la COVID-19, y el 20.9% de las personas reportó un empeoramiento de sus síntomas (18). En miembros del personal médico se detectó una prevalencia de depresión y ansiedad del 51% y 45% respectivamente (25).

2.2 Trastorno de estrés postraumático

Este trastorno se define principalmente por la exposición a una circunstancia traumática: puede ser exposición a una enfermedad, a la muerte, lesión grave ocasionada por accidentes automovilísticos o laborales, asaltos con armas, violencia sexual o física (de manera real o en amenaza), ya sea que la persona lo viva de manera directa o también por la presencia de daños a otros (especialmente si se tiene un vínculo afectivo con la persona afectada), o bien, por ser informado de un suceso de este tipo; en segundo lugar, se encuentra el cuadro sintomático derivado de dicha experiencia, es decir, la reexperimentación persistente de la situación (26).

La importancia del trastorno por estrés postraumático (TEPT) ha cobrado vida desde tiempos históricos, los griegos Hipócrates y Heródoto describieron síntomas similares sobre los

guerreros que habían participado en algunas batallas. En el siglo XIX se le denominó “síndrome de desgaste y desgarró” y “shock nervioso”; Y en el mismo siglo dentro de la medicina francesa se hablaba de la “neurosis de guerra” introducido por la psiquiatría militar para describir a las enfermedades y problemas psicológicos que aparecían entre los soldados. Ya en el siglo XX durante la primera y la segunda guerra mundial se asoció este trastorno a los eventos traumáticos sufridos en combate; el origen del TEPT fue atribuido tanto a causas psicológicas como biológicas, ya que, no todas las personas que se enfrentan a un suceso traumático desarrollan el trastorno (27).

Existen varios factores de riesgo que incrementan la posibilidad de su presentación y cronicidad, como experimentar el evento en etapas tempranas, que se padezcan múltiples hechos traumáticos, la severidad, el género de quien lo experimenta, una historia personal de estrés y de problemas conductuales o psicológicos, psicopatología comórbida, factores genéticos, historia familiar de psicopatología, historia de TEPT en los padres o una exposición subsecuente a sucesos medioambientales reactivantes (28).

2.2.1 Etiología

El TEPT ha partido prácticamente de los conflictos bélicos, sin embargo, ha revolucionado a situaciones traumáticas recientes, como lo son las agresiones sexuales, accidentes automovilísticos, maltrato infantil, torturas, desastres naturales, ser secuestrado, atentados terroristas o incluso diagnósticos de enfermedades potencialmente mortales. No obstante, el TEPT no surge únicamente de la exposición al estímulo traumático, sino de la respuesta individual traumática. Es la reacción del individuo la que determina si es o no considerado un hecho traumático (29).

Un estado del arte realizado (30) sostiene que en el modelo de la etiología del TEPT existe una vulnerabilidad biológica y psicológica en el desarrollo del desorden.

Se realizó una recopilación de los factores de riesgo (sociales, familiares e individuales), que pueden influir en el desarrollo del TEPT en un individuo al experimentar un evento traumático (27)

- a) Factores de resiliencia: contrario a los factores de riesgo que propician la aparición de TEPT, debe tomarse en cuenta la capacidad que tiene el individuo para salir indemne ante la situación traumática. La resiliencia vendría conformada por una serie

de factores como las altas habilidades verbales, las cuales permitirían que el sujeto realice la narrativa de la situación sufrida, redes de apoyo, capacidad para establecer metas concretas, identificación y apoyo de institutos de salud.

- b) Vulnerabilidad biológica: gracias a las investigaciones que se han realizado en el campo de la genética y la neurobiología se ha identificado que existe una serie de cambios neuroanatómicos, bioquímicos y endócrinos encontrados en las personas que sufren esta patología. Estas alteraciones biológicas suponen un estadio previo que determina mayor vulnerabilidad al factor estresor, mientras que, en otros individuos, tales cambios serían una consecuencia secundaria al trauma.
- c) Genética: los estudios de familias han encontrado que hay un aumento de riesgo de padecer TEPT si se tiene familiares con el mismo (31).

2.2.2 *Diagnóstico*

Para el diagnóstico del TEPT, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales quinta edición (DSM-V) por sus siglas en inglés (26), la Asociación Americana de Psicología (APA) considera la presencia de uno (o más) de los síntomas de intrusión asociados al suceso(s) traumático(s), cabe mencionar que los siguientes criterios se aplican a adultos, adolescentes y niños:

- A. Exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza, en una (o más) de las siguientes maneras:
 - 1. Experiencia directa del suceso(s) traumático(s).
 - 2. Presencia directa del suceso(s) ocurrido a otros.
 - 3. Conocimiento de que el suceso(s) traumático(s) ha ocurrido a un familiar próximo o a un amigo íntimo. En los casos de amenaza o realidad de muerte de un familiar o amigo, el suceso(s) traumático(s) ha de haber sido violento o accidental.
 - 4. Exposición repetida o extrema a detalles repulsivos del suceso(s) traumático(s).
- B. Presencia de uno (o más) de los síntomas de intrusión siguientes asociados al suceso(s) traumático(s), que comienza después del suceso(s) traumático(s):
 - 1. Recuerdos angustiosos recurrentes, intrusivos e involuntarios acerca del suceso(s) traumático(s).

2. Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño está relacionado con el suceso(s) traumático(s).
 3. Reacciones disociativas en las que la persona siente o actúa como si se repitiera el suceso(s) traumático(s).
 4. Malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).
 5. Reacciones fisiológicas intensas a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).
- C. Evitación persistente de estímulos asociados al suceso(s) traumático(s), que comienzan tras el suceso traumático, que se pone de manifiesto por una o las dos de las siguientes características:
1. Evitación o esfuerzos para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso traumático.
 2. Evitación o esfuerzos para evitar recordatorios externos que despiertan recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca del suceso.
- D. Alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo asociadas al suceso traumático, que comienzan o empeoran después de éste, como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:
1. Incapacidad de recordar un aspecto importante del suceso traumático.
 2. Creencias o experiencias negativas persistentes y exageradas sobre uno mismo, los demás o el mundo.
 3. Percepción distorsionada o persistente de las causas o las consecuencias del suceso(s) traumático(s) que hace que el individuo se acuse a sí mismo o a los demás.
 4. Estado emocional negativo persistente.
 5. Disminución importante del interés o la participación de actividades significativas.
 6. Sentimientos de desapego o extrañamiento de los demás.
 7. Incapacidad persistente de experimentar emociones positivas.

- E. Alteración importante de la alerta y la reactividad asociada al suceso(s) traumático(s), que comienza o empeora después de éste, como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:
1. Comportamiento irritable o arrebatos de furia que se expresan típicamente como agresión verbal.
 2. Comportamiento imprudente o autodestructivo.
 3. Hipervigilancia.
 4. Respuesta de sobresalto exagerada.
 5. Problemas de concentración.
 6. Alteración del sueño.
- F. La duración de la alteración es superior a un mes (Criterios B, C, D y E).
- G. La alteración causa malestar clínicamente significativo, o deterioro en lo social, laboral, u otras áreas importantes del funcionamiento.
- H. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia.

2.2.3 Modelos Teóricos

Se realizó una revisión sistemática (30) sobre el TEPT en donde se consideraron los aspectos clínicos y teóricos, a continuación, se muestran los modelos teóricos para el abordaje del TEPT:

1. Modelo de Procesamiento Emocional: Sugiere que el individuo que ha vivenciado experiencias traumáticas desarrolla estructuras de temor y esto provoca una conducta de escape y evitación ante los recuerdos del acontecimiento traumático o cualquier situación asociada a ella. Por lo tanto, propone una exposición reiterada al evento traumático, dentro de un ambiente seguro con la intención de generar una habituación al temor y así cambiar la estructura de éste
2. Modelo de Condicionamiento: Se centra en explicar la adquisición y mantenimiento de los síntomas de TEPT a través de procesos de aprendizaje. El modelo sostiene que aquellos malestares o altos niveles de ansiedad que se viven durante la situación traumática permiten predecir la adquisición de problemas relacionados con el trauma (32).
3. Modelo de procesamiento de la información de Foa y Kozak: Este modelo se centra en la falta de procesamiento adecuado de la información sobre el trauma, ya que, las

personas con TEPT pueden experimentar intrusiones de recuerdos traumáticos debido a la incapacidad de procesar y asimilar completamente la experiencia (33).

2.2.4 *Tratamiento*

Las consecuencias del TEPT han estimulado grandes esfuerzos durante las últimas décadas para desarrollar mejores estrategias para reducir los efectos psicológicos adversos del trauma. Gran parte de esta energía se ha centrado en estrategias de intervención temprana. La intervención temprana implica aquellos esfuerzos terapéuticos que se implementan en las primeras horas, días o semanas posteriores a la exposición al trauma; el principal objetivo de es reducir el estrés o lograr la prevención secundaria para evitar el trastorno de estrés postraumático posterior (34).

De acuerdo con el National Institute of Mental Health (NIH) el tratamiento para el TEPT es multidisciplinario, no obstante, la psicoterapia es el tratamiento más utilizado para abordar el TEPT, ya que, ésta brinda seguridad, una variedad de técnicas que ayudan a las personas a identificar y cambiar emociones, pensamientos y comportamientos problemáticos, aumenta la expectativa de recuperación, promueve estrategias de autocuidado, proporciona apoyo, orientación y educación a las personas con el trastorno y sus familias, además de que se ha evidenciado resultar eficaz; es importante mencionar que antes de elegir cualquiera de los tratamientos para TEPT hay una serie de cuestiones generales a considerar como tiempo, prioridad relacionada con el tratamiento o tratar un TEPT cuando también está presente un trastorno comórbido (35).

Los investigadores basados en la evidencia han utilizado diversos enfoques psicológicos para disminuir los síntomas del TEPT. A continuación, se describen brevemente los diferentes enfoques terapéuticos que intervienen en el TEPT (34):

- a) Terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma: la terapia suele comenzar con psicoeducación sobre las respuestas al trauma y luego se centra en el manejo de la ansiedad, la exposición y la reestructuración cognitiva.
- b) Terapia de exposición prolongada: se basa en la teoría del procesamiento emocional, y se ha demostrado que es un tratamiento eficaz para el TEPT. Es un programa de exposición manualizada, los tres componentes principales son: a) Psicoeducación sobre la naturaleza del trauma y las reacciones traumáticas, b) Exposición in vivo

típicamente como tarea, es decir, gradual enfoque a situaciones seguras relacionadas con el trauma, c) Exposición imaginaria al recuerdo del evento traumático (36).

- c) Terapia de procesamiento cognitivo: es un tratamiento cognitivo-conductual, esta terapia está diseñada específicamente para tratar el TEPT y los síntomas comórbidos, consiste en involucrarse con el recuerdo del evento traumático, brindarle a la persona la oportunidad de sentir sus emociones naturales relacionadas, teniendo como objetivo el descubrimiento de los puntos estancados que impiden la recuperación. Posteriormente, el terapeuta utiliza el dialogo socrático para desafiar los puntos estancados, este proceso se complementa con herramientas clínicas para que el paciente pueda enfrentar los puntos estancados en casa, y por último se centra en “encarar al futuro” que es evitar las recaídas (37).
- d) Terapia de exposición narrativa: el paciente con la ayuda del terapeuta construye una narrativa cronológica detallada de los momentos que experimentó durante el evento, tiene tres componentes principales: a) Psicoeducación sobre el TEPT y la terapia de exposición narrativa, b) Escribir una narración completa del trauma y reflexionar sobre el impacto, c) Procesar el escrito (38).
- e) Psicoterapia ecléctica breve para TEPT: es un tratamiento integral especialmente desarrollado para el TEPT, en el que se ha integrado una secuencia lógica de elementos eficaces de diferentes escuelas psicoterapéuticas, este tratamiento de psicoterapia se basa en la expresión de emociones como la tristeza y la ira que surgen del evento traumático y aprender de la forma en que el evento ha cambiado la vida de la persona que lo experimentó (39).
- f) Terapia psicodinámica: basada en la teoría de que los síntomas del TEPT resultan de recuerdos reprimidos del evento traumático y que la experiencia del paciente, la comprensión de esos recuerdos y su impacto en los síntomas ayudará a reestablecer el equilibrio psicológico (40).

2.2.5 Instrumentos de evaluación

Los métodos de evaluación para el TEPT comprenden una serie de entrevistas de diagnóstico semiestructuradas, comorbilidad relacionada, medidas psicofisiológicas y cuestionarios de auto reportes. En una revisión sistemática se presentan los siguientes (30):

- *Escala de trauma de Davison*: Se trata de una escala autoadministrada que contiene 17 ítems que evalúan la frecuencia y gravedad de los síntomas del TEPT durante la última semana, escala tipo Likert, que va del 0 = nunca a 4 = todos los días. Se obtiene la sumatoria total del puntaje y a mayor puntaje mayor incidencia de TEPT (41).
- *Escala de estrés postraumático-14*: Es un inventario de 14 preguntas sobre estrés postraumático, herramienta de autoinforme, cada ítem tiene una calificación que va de 1 = nunca a 7 = siempre, la cual nos indica que a mayor puntuación mayor presencia de TEPT (42).
- *Escala para el TEPT administrada por el médico*: Instrumento diagnóstico que nos permite evaluar la presencia del TEPT y su gravedad, por medio de una escala tipo Likert de 4 puntos, 0 = nada y 4 = extremadamente (43).
- *Entrevista de Escala de Síntomas de PTSD (PSS-I)*: Evalúa criterios diagnósticos del TEPT en adolescentes expuestos al trauma, basada en escala tipo Likert que va de 0 = nunca a 3 = casi siempre, su aplicación es de corta duración, ya que, únicamente cuenta con 17 reactivos (44).
- *Lista de Chequeo PTSD*: También fue desarrollada por los investigadores del centro nacional para el TPEP en Boston. Contiene 17 ítems del criterio diagnóstico del DSM, en escala tipo Likert de 5 puntos, y cuenta con dos versiones una para civiles y la otra para personal militar (30).

2.3 Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG)

El término ansiedad se ha tornado confuso porque se le ha dado diferentes significados y diferentes aplicaciones a experiencias y comportamientos; la ansiedad se define como una sensación vaga e incómoda de malestar o temor acompañada de una respuesta autónoma. La ansiedad alerta a los individuos sobre cambios, tanto dentro de ellos como del mundo que los rodea, como parte de un sistema de señales interno; las manifestaciones conductuales incluyen aspecto tenso, hipervigilancia, temblores, tensión muscular, palmas sudorosas pulso rápido, dificultad para respirar, inquietud y evitación, no obstante también puede describirse como nerviosismo, tensión, preocupación, irritabilidad y agitación (45).

De acuerdo con el National Institute of Health (NIH) (46) en ocasiones, la ansiedad es parte de la vida cotidiana, existen algunas situaciones que hacen sentir preocupación, tales como

la salud, el dinero, o incluso los problemas familiares, no obstante, las personas con TAG experimentan preocupación o sienten nerviosismo de manera excesiva. Cuando la ansiedad supera la normalidad en cuanto a los parámetros de intensidad, duración o frecuencia, o bien, se relaciona con estímulos que no impliquen amenazas para el individuo, se consideran manifestaciones patológicas. El TAG está relacionado con la afectación del estado de salud en general del individuo incluyendo el estado mental y social y esta afectación interfiere en sus actividades cotidianas. Es decir, se produce una ansiedad y preocupación excesiva (anticipación aprensiva) que no puede controlar (47).

Se plantea una definición de ansiedad (48): “una disposición comportamental adquirida y estable que origina en un individuo ciertas vivencias y modos de conducta que le hacen percibir algunas situaciones objetivamente poco peligrosas como verdaderas amenazas. Aunque no existan ciertas amenazas objetivas, el individuo reacciona con un aumento del estado de angustia, en el cual el sistema fisiológico es activado”.

2.3.1 Etiología

Se han realizado investigaciones bioquímicas y farmacológicas que establecen la evidencia de que la ansiedad puede ser debida a un mecanismo bioquímico particular, sin embargo, se ha señalado con frecuencia que carecen de estímulos específicos que desencadenen el cuadro clínico, con el paso del tiempo se han identificado muchísimos estímulos internos y externos que las personas con TAG identifican y tienden a evitar de forma sistemática (49).

2.3.2 Diagnóstico

De acuerdo con el DSM-V (26), los síntomas son los siguientes:

- A. Ansiedad y preocupación excesiva (anticipación aprensiva), que se produce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades (como en la actividad laboral o escolar).
- B. Al individuo le es difícil controlar la preocupación.
- C. La ansiedad y la preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (y al menos algunos síntomas han estado presentes durante más días de los que han estado ausentes durante los últimos seis meses):
 - 1. Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta.

2. Fácilmente fatigado.
 3. Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco.
 4. Irritabilidad.
 5. Tensión muscular.
 6. Problemas de sueño.
- D. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos causan malestar clínicamente significativo, o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- E. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de otra sustancia, ni a la afectación médica.
- F. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental.

2.3.3 Modelos teóricos

Diversos autores (50) realizaron una revisión crítica de cada modelo del TAG, haciendo hincapié en sus similitudes y diferencias, a continuación, se muestra una breve descripción de cada modelo:

1. Modelo de evitación de la preocupación (MEP) y TAG: es un modelo basado en la teoría del miedo y procesamiento emocional, afirma que la preocupación es una actividad lingüística verbal basada en el pensamiento, que inhibe las imágenes mentales vividas y por ende la activación somática y emocional asociadas. Por lo tanto, la inhibición evita el proceso emocional del miedo que es teóricamente necesario para una exitosa habituación y extinción. Según el MEP, la preocupación en sí misma no es necesariamente perjudicial, pero los esfuerzos excesivos por controlarlo o evitarla pueden llevar a un aumento en la ansiedad y el TAG (50).
2. Modelos de Intolerancia a la Incertidumbre: de acuerdo con el modelo, las personas con TAG perciben las situaciones de incertidumbre como estresantes y/o molestas, y experimentan preocupación crónica en respuesta a esas situaciones, considerando que la preocupación les ayudará a afrontar eficazmente los acontecimientos temidos, sin embargo, esto conduce a una orientación negativa del problema y a evitación cognitiva los cuales a su vez mantienen la preocupación (51).

3. Modelo Metacognitivo: postula que los individuos con TAG experimentan preocupación de dos tipos diferentes, la primera (preocupación tipo 1) es cuando los individuos se enfrentan a una situación que provoca ansiedad y los sujetos generan creencias positivas de la situación (por ejemplo: la creencia de que la preocupación les ayudará a enfrentar la situación) durante este proceso de preocupación empiezan a activarse las creencias negativas sobre la situación; posteriormente los individuos empiezan a preocuparse por su preocupación (preocupación tipo 2) temiendo que la preocupación sea incontrolable o incluso peligrosa, generando una meta-preocupación (52).
4. Modelo de Desregulación de la Emoción (53) el modelo postula cuatro componentes para su composición:
 - a) Los individuos con TAG experimentan una hiperexcitación emocional.
 - b) Los individuos con TAG tienen una comprensión más pobre de sus emociones.
 - c) Tienen actitudes más negativas acerca de las emociones.
 - d) Evidencian una regulación de la emoción maladaptativa y estrategias de manejo que les dejan potencialmente en estados emocionales que son incluso peores que aquellos que inicialmente pretendían regular.
5. Modelo basado en la Aceptación del TAG (53) implica cuatro componentes:
 - a) Experiencias internas.
 - b) Una relación problemática con las experiencias internas.
 - c) Evitación experiencial
 - d) Restricción conductual.

2.3.4 *Tratamiento*

El objetivo principal del tratamiento para el trastorno de la ansiedad generalizada es disminuir los síntomas, evitar las secuelas, y orientar o guiar a la persona en la resolución de problemas psicosociales. El tratamiento puede ser farmacológico o psicoterapéutico, sin embargo, pueden complementarse; planteando un enfoque psicoterapéutico integral, es decir, teniendo en cuenta las medidas psicosociales, biológicas y farmacológicas (54).

Tratamiento psicológico

La psicoterapia es un proceso de comunicación interpersonal, implica la interacción entre un profesional experto (psicoterapeuta) y una persona que requiere ayuda al presentar problemas de salud mental (paciente); El tratamiento psicológico para un paciente con TAG debe establecer técnicas que permitan al paciente desarrollar paulatinamente habilidades de autocontrol, y recursos que pueda poner en marcha cuando detecte un aumento de los síntomas de ansiedad, para que a mediano plazo a consideración del médico pueda disminuir medicamentos cuando se detecta que la psicoterapia tenga efecto, que recurrir automáticamente a los fármacos (48).

- a) Terapia orientada al insight: se basa en la creencia de que la raíz de los problemas de ansiedad se encuentra en experiencias de la primera infancia, la incapacidad de la personalidad para resolver estos conflictos da como resultado problemas sostenidos de ansiedad, en consecuencia, el tratamiento implica comprender estos conflictos, a menudo bien ocultos, a través de enfoque de tratamiento psicoanalítico (55).
- b) Terapia centrada en la persona: tiene origen en el trabajo de los teóricos humanistas de la personalidad, que se enfocaron en la importancia del valor humano básico, y los impulsos innatos de superación personal que todos los humanos comparten; argumentando que al reconocer que estos impulsos de mejora se ven frustrados por diversos tipos de interacciones con otros en nuestro entorno, se crea una variedad de respuestas emocionales que incluyen ansiedad, tristeza e ira. La terapia consiste en exponer al paciente a una interacción genuina con un terapeuta sin prejuicios para permitirle volver a centrarse en la autodeterminación y dejar de lado las expectativas que otros tienen del cliente (56).
- c) Terapia de comportamiento: Se refiere a un conjunto de intervenciones terapéuticas basadas en principios de aprendizaje conductual, con el objetivo de alterar los patrones de las relaciones actuales entre el entorno y el comportamiento que mantiene los síntomas; mediante la adquisición de mejores habilidades para el manejo de la ansiedad se guía gradualmente a los pacientes a situaciones que previamente han provocado respuestas de ansiedad (55).

- d) Terapia cognitiva: Esta terapia se propone centrarse más en identificar y corregir patrones de pensamientos irracionales durante la terapia, un proceso comúnmente llamado reestructuración cognitiva (55).
- e) Terapia cognitivo conductual (TCC): ha sido considerada como el tratamiento de elección para el TAG, inicialmente se idearon las estrategias de reestructuración cognitiva, y posteriormente se integraron con los principios de cambio de conducta dando como resultado la TCC (56).

Es importante destacar que el tratamiento para el TAG es integral, y se tiene que considerar la severidad de los casos

Tratamiento farmacológico

El tratamiento farmacológico va de acuerdo con las características sintomatológicas y frecuencia de cada sujeto que padece TAG. Existe una serie de fármacos que son de primera elección para tratar el TAG, ya que, son ISRS, por ejemplo, duloxetine, escitalopram, imipramina, paroxetina, sertralina y venlafaxina. Estos medicamentos son efectivos para controlar la sintomatología del TAG, y otra de las ventajas es que no muestra tolerancia ni peligro de abuso siendo utilizados por un largo periodo. Por otro lado, están las benzodiazepinas teniendo como principal ventaja que actúan rápidamente en los síntomas del TAG, generalmente la remisión de los síntomas se presenta una hora después de haber tomado el medicamento; dentro de los más utilizados se encuentran: alprazolam, clonazepam, clorazepato, diazepam, lorazepam. Es sumamente importante mencionar que el tratamiento debe ser individualizado, tomando en cuenta factores como la preferencia del paciente hacia determinado tratamiento, edad, tolerancia o intolerancia a ciertos medicamentos, así como enfermedades comórbidas (57).

2.3.5 Instrumentos de evaluación

A continuación, se describen algunos instrumentos utilizados para evaluar la ansiedad:

- *Escala de Ansiedad Manifiesta de Taylor*: se desarrolló originalmente para experimentos psicológicos sobre el estrés, la motivación y el desempeño humano,

posteriormente se ha utilizado como marcador general de la ansiedad como rasgo de personalidad. Esta prueba consta de 50 enunciados en los cuales la persona tiene que considerar como “verdadero” o “falso” Tomando en cuenta factores cognitivos, somáticos y conductuales (58).

- *Escala de Autovaloración de la Ansiedad de Zung*: este cuestionario es una versión autoaplicada que está conformado por 20 ítems referidos a diversos síntomas de ansiedad, hace hincapié en aspectos somáticos, cuya frecuencia es puntuada por el sujeto de 1 a 4. Y aunque existe un punto de corte, con el paso del tiempo el autor estableció otro punto, lo que sugirió problemas para identificar adecuadamente la presencia de un trastorno (59).
- *Inventario de Estado-Rasgo de Ansiedad*: este cuestionario consta de dos formas dirigidas a evaluar el estado y rasgo de ansiedad. Cada forma consta de 20 ítems en escala tipo Likert, en la primera forma se evalúa cómo se siente el sujeto en ese mismo momento, empleando una escala de intensidad de 1 (poco) a 4 (mucho), la segunda forma está integrada por los ítems para evaluar el rasgo de ansiedad, es decir, la ansiedad que se genera ante circunstancias que el individuo percibe como amenazantes. Y aunque este cuestionario es de uso frecuente no considera explícitamente aspectos somáticos y conductuales de la ansiedad, y también parece medir tanto ansiedad como depresión (60).
- *Escala de Hamilton para la Valoración de la Ansiedad*: es una prueba conformada por 14 ítems, los cuales 13 reactivos son referentes a signos y síntomas ansiosos, el último reactivos en escala tipo Likert, en donde la persona realiza una valoración de 0 (nunca) a 4 (siempre) la frecuencia de distintos aspectos, mientras que el último reactivo valora el comportamiento del paciente durante la entrevista (61).
- *Inventario de Ansiedad de Beck*: prueba es más específica sobre ansiedad, es un inventario de autoinforme, diseñada para contrarrestar la presencia de síntomas relacionados con la depresión. Conformado por 21 ítems que la persona evalúa de 0 (nunca) a 3 (severamente, casi insoportable) que tanta molestia ha tenido en los últimos 7 días (62).

2.4 Duelo

El duelo es una reacción adaptativa, un proceso inesperado y doloroso relacionado con la muerte de un ser querido, sin embargo, los términos duelo y proceso de duelo también se han aplicado a circunstancias psicológicas y psicosociales que impliquen cualquier tipo de pérdida (divorcio, separación, cambio de domicilio, fracaso escolar, abandono de padres, pérdida de empleo o diagnóstico de una enfermedad grave). Situaciones estresantes como las mencionadas anteriormente, originan una reacción desadaptativa, comúnmente con manifestaciones de índole depresiva como el llanto, la desesperanza, tristeza, impotencia, rabia, culpa (63). De acuerdo con el DSM-V (26) como parte de la reacción algunos individuos presentan por ejemplo tristeza aunado a síntomas de insomnio, falta de apetito y pérdida de peso. La duración de este proceso de duelo varía considerablemente entre los distintos grupos culturales.

2.4.1 Clasificación

El duelo no es un trastorno mental; sin embargo, el DSM-V (26) lo incluye en sus clasificaciones dentro de “*Otros problemas relacionados con el grupo de apoyo primario*”, y dentro de la categoría de “*Otro trastorno relacionado con traumas y factores de estrés especificado*” se encuentra el Trastorno de Duelo Complejo Persistente, caracterizado por la pena intensa y perseverante por reacciones de luto; es decir el duelo en sí mismo no se considera un trastorno mental, el proceso de duelo puede ser muy difícil y desafiante para algunas personas y en algunos casos puede complicarse y requerir apoyo adicional. Esto puede llevar a lo que se conoce como un duelo complicado que es un fenómeno en el que el proceso del duelo se prolonga o se vuelve más intenso y perturbador de lo que generalmente sucede.

Fases del duelo

En 1969 la psiquiatra suiza Elisabeth Kübler-Ross publicó el libro “*On death and dying*” (64) en el cual describió las cinco fases del duelo que se presentan a continuación:

1. Negación: es una reacción que se produce de forma muy habitual inmediatamente después de la pérdida, con frecuencia aunada a un estado de shock o embotamiento emocional e incluso cognitivo.

2. Ira: El fin de la primera etapa va asociado a sentimientos de frustración y de impotencia con respecto a la propia capacidad de modificar las consecuencias de la pérdida. Dicha frustración conlleva a su vez la aparición de enfado y de ira, durante la etapa de ira la persona busca atribuir la culpa de la pérdida a algún factor, como puede ser otra persona o incluso uno mismo.
3. Negociación: En esta fase la persona que ha experimentado la pérdida tiene la esperanza de que nada cambie y de que puede influir de algún modo en la situación.
4. Depresión: En este periodo la persona empieza a asumir de forma definitiva la realidad de la pérdida, y ello genera sentimientos de tristeza y de desesperanza junto con otros síntomas típicos de los estados depresivos, como el aislamiento social o la falta de motivación. El hecho de perder a un ser querido, de enfrentarse a la propia muerte y otras causas del duelo puede hacer que la vida deje de tener sentido para nosotros, al menos durante un tiempo. No obstante, la fase de aceptación supone la normalización de estos sentimientos de tristeza tan naturales.
5. Aceptación: después de las fases anteriores llega un estado de calma asociado a la comprensión de que la muerte y otras pérdidas son fenómenos naturales en la vida humana.

2.4.2 Duelo complejo

Como ya se mencionó el duelo no es un trastorno mental, no obstante, es posible que una persona desarrolle el Trastorno de Duelo Complejo Persistente caracterizado por la pena intensa y perseverante por reacciones de luto. Este duelo complejo, también llamado patológico, no resuelto, complicado, crónico, retrasado o exagerado hace referencia a la intensificación del duelo al nivel en que la persona está desbordada, recurre a conductas desadaptativas o permanece en este estado sin avanzar en el proceso del duelo hacia su resolución (26).

2.4.3 Modelos Teóricos

- Modelo de Kübler-Ross: desarrollado en la década de 1960 por Elisabeth Kübler-Ross en el cual nos describe las cinco etapas del duelo que algunas personas pueden experimentar al tener una pérdida (64).

- Modelo bifásico de Stroebe y Schut: este modelo propone que el duelo no sigue un proceso lineal, sino que, es un proceso cíclico que consta de dos fases, la primera fase es la de pérdida, y la segunda es la fase de restauración; es un proceso dinámico y regulatorio oscilante, en el cual el individuo en duelo a veces confronta o a veces evita las diferentes etapas de duelo. En la primera fase las personas experimentan el dolor de haber tenido la pérdida, mientras que en la segunda fase comienzan a adaptarse a la vida sin la persona u objeto o situación perdido (65).
- Modelo de duelo complicado de Shear y Shair: este modelo se centra en el concepto de duelo complicado que se produce cuando la respuesta de duelo es intensa y persistente, y puede requerir una intervención terapéutica. Propone que normalmente los síntomas del duelo pueden resolverse tras la revisión de la representación internalizada del fallecido para incorporar la realidad de la muerte, sin embargo, el duelo complicado se caracteriza por la falta de adaptación a la pérdida y la incapacidad para seguir adelante con la vida (66).
- Modelo cognitivo del duelo: señala que el ajuste se produciría con una reconstrucción del significado de la pérdida o de las suposiciones previamente mantenidas. Mantiene tres premisas básicas: la primera, "el mundo es un lugar benevolente", la segunda, "el mundo tiene sentido" y, la tercera, "el yo es digno". Las experiencias negativas producirían una extrema desilusión y la persona tras un proceso de reconstrucción, volvería a percibir el mundo y así mismo en términos positivos y simultáneamente incorporaría la pérdida en su nuevo mundo (67).

2.4.4 *Tratamiento*

Se puede considerar que todos los humanos sufren en mayor o menor medida el duelo; sin embargo, se ofrece información respecto a las medidas que se pueden aplicar en una persona que esté atravesando un duelo (68):

Asesoramiento psicológico: Tiene principalmente como objetivo orientar, guiar o ayudar a que el sujeto complete cualquier situación no resuelta con el fallecido o aquella situación/objeto que le generó una pérdida significativa, y que este sea capaz de dar un adiós definitivo. Los objetivos específicos son:

1. Aumentar la realidad de la pérdida.
2. Ayudar a la persona asesorada a tratar tanto las emociones expresadas como las latentes.
3. Ayudaría a superar los diferentes obstáculos para reajustarse después de la pérdida.
4. Animarla a decir un adiós apropiado y a sentirse cómoda volviendo otra vez a la vida.

2.4.5 Instrumentos y Técnicas de evaluación

Dada la complejidad de este proceso no resulta una tarea sencilla su evaluación. La intención es recabar toda aquella información que resulte importante para lograr que la persona asimile la realidad de la pérdida. La manera de recopilar la información necesaria puede ser a través de variadas fuentes como la entrevista, genograma, autorregistros, observación directa, historia de vida, cuestionarios, y sobre todo mediante grandes habilidades de escucha y comunicación (69). Los cuestionarios generales que se pueden aplicar son los siguientes:

- *Inventario de Experiencias en Duelo*: diseñado para evaluar las experiencias y reacciones emocionales de las personas que están atravesando un proceso de duelo. Contiene 15 reactivos que se responden con “verdadero” o “falso” (70).
- *Escala de Duelo de Texas*: mide la intensidad del duelo, después del fallecimiento de una persona cercana, tomando en cuenta las respuestas emocionales y cognitivas en personas en duelo, incluyendo tristeza, desesperanza y sensación de pérdida (71).
- *Inventario de Duelo Complicado*: Ideado para evaluar indicadores de duelo patológico, este instrumento consta de 19 ítems enfocados a pensamientos y comportamientos de la persona en duelo (72).
- *Lista de verificación de reacciones de Hogan*: este instrumento se desarrolló empíricamente a partir de datos recopilados de adultos en duelo que habían experimentado la muerte de un ser querido, se identificaron 6 factores importantes: desesperación, comportamiento de pánico, culpa e ira, desapego, desorganización y crecimiento personal (73).

2.5 Estrategias de afrontamiento

Lazarus (74) formuló su teoría sobre el afrontamiento iniciando un campo fructífero de amplia investigación en la que destacan las estrategias de afrontamiento que utilizan

diferentes grupos de población, estudiando principalmente la eficacia y utilidad para adaptarse a circunstancias estresantes. Posteriormente los autores Lazarus y Folkman (75) definieron el afrontamiento como “aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas, externas y/o internas, que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo”.

Por otro lado, se ha definido que las estrategias de afrontamiento son los recursos psicológicos que el sujeto pone en marcha para hacer frente a eventos estresantes; aunque ponerlas en marcha no garantiza el éxito, sirven para evitar, disminuir o incluso generar conflictos en los individuos dotándolos de beneficios personales y coadyuvar a su fortalecimiento (76).

2.5.1 Clasificación

Desde la perspectiva de Lazarus y Folkman, algunos autores (77) definen que las estrategias de afrontamiento tienen dos clasificaciones:

1. La dirigida al problema, principalmente orientada a la modificación y cambio de la situación hacia otra que no resulte peligrosa o amenazante para el individuo.
2. La emoción, dirigida a reducir la respuesta emocional negativa ante una circunstancia estresante que puede ser percibida como peligrosa, amenazante o de estancamiento o bien, como oportunidad y para salir adelante.

Y se establece que la manera en que la persona haga frente a la situación va a depender directamente de los recursos (ya sean individuales o ambientales) con los que disponga.

Diversos autores argumentan que las estrategias de afrontamiento no forzosamente se presentan de forma individual sino también familiar, desplegando el uso de estrategias con la intención de reestablecer o mantener el equilibrio para así garantizar el bienestar de sus miembros (76).

2.5.2 Modelos Teóricos

A continuación, se describen algunos de los modelos teóricos más influyentes en el estudio de las estrategias de afrontamiento:

- a) Modelo teórico de Lazarus y Folkman: este modelo propone que el afrontamiento es un proceso interactivo y dinámico que implica una evaluación constante de la situación estresante y de los recursos personales disponibles. Asegura que para afrontar situaciones estresantes contamos con diversos planteamientos, elegimos la manera de afrontarlo con base en la evaluación. Señalan que existen dos grupos de estrategias: las de afrontamiento orientado a la emoción y las de afrontamiento orientado al problema (78).
- b) Modelo transaccional de estrés y afrontamiento de Lazarus y Folkman: amplía el enfoque al considerar la evaluación secundaria, refiere que el afrontamiento consiste en la evaluación y reevaluación de las estrategias con las que cuentan las personas para enfrentar una situación de conflicto con la finalidad de disminuir o aplacar el estrés. También destaca el papel del afrontamiento proactivo y la importancia de encontrar un significado en las experiencias estresantes (79) .
- c) Modelo transaccional de Moos y Holahan: este modelo se centra en la relación entre el entorno social y las estrategias de afrontamiento. Argumenta que las estrategias de afrontamiento se desarrollan en función de las características del entorno social en el que la persona se encuentra. Identifica tres tipos de estrategias de afrontamiento, las primeras, orientadas al problema, segundas, orientadas a la emoción, y terceras, evitativas (80).
- d) Modelo teórico de Frydenberg y Lewis: el modelo reconoce que el afrontamiento es un proceso multidimensional, y se pueden utilizar una variedad de estrategias para hacer frente al estrés, identifica cinco dimensiones principales de afrontamiento 1. Afrontamiento directo. 2. Afrontamiento evitativo. 3. Afrontamiento expresivo. 4. Afrontamiento de apoyo social. 5. Afrontamiento cognitivo (81).
- e) Modelo multiaxial, Dunahoo, Hobfoll, Monnier, Hulsizer y Johnson 1998: Postula 3 dimensiones:
 - 1. Afrontamiento activo vs pasivo
 - 2. Prosocial vs antisocial
 - 3. Directo vs indirecto

2.5.3 Instrumentos y Técnicas de evaluación

- *Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento de Lazarus y Folkman*: herramienta diseñada para evaluar cómo las personas hacen frente al estrés o situaciones difíciles, y fue desarrollado en 1980. Las estrategias se dividen en dos categorías: estrategias de afrontamiento centradas en el problema y estrategias de afrontamiento centradas en la emoción, y contiene múltiples subescalas (82).
- *Inventario de Estrategias de afrontamiento Brief-COPE*: Es un cuestionario Breve, derivado del COPE original, creado por Carver en 1989, este instrumento originalmente constaba de 60 ítems y 15 subescalas y posteriormente se desarrolló la versión abreviada, dando como resultado el Brief-COPE, está compuesto de 14 subescalas de 2 ítems cada una (83).
- *Escala de síntomas de estrés postraumático (PSS-I)*: Elaborada por Foa, Riggs, Dancu y Rothbaum, es un instrumento breve para evaluar los síntomas de Trastorno por Estrés Postraumático en individuos que han experimentado cualquier situación traumática, contiene 17 ítems que evalúan la frecuencia e intensidad de los síntomas.

De manera general se han descrito características, instrumentos de evaluación, así como algunos modelos teóricos del desarrollo de las variables que se están investigando en los estudiantes universitarios, a continuación, se muestran las evidencias de la relación de las variables en torno a la enfermedad COVID-19.

2.6 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

2.6.1 Trastornos de estrés postraumático y COVID-19

Desde que comenzó la pandemia por la enfermedad COVID-19, se ha propiciado una serie de eventos traumáticos para muchas personas de todo el mundo, ya que, la enfermedad ha presentado un riesgo para la salud física y mental, ha generado millones de casos confirmados y muertes a nivel mundial, esta alta exposición a situaciones de riesgo de infección, a la enfermedad grave o a la pérdida de seres queridos debido a la enfermedad son experiencias altamente estresantes y han tenido un impacto en la salud mental de los individuos, precipitando el desarrollo de trastornos psicológicos. Se demostró que los trabajadores de salud han tenido una variedad de desafíos que los pone en mayor riesgo de contraer la COVID-19 al trabajar directamente con personas infectadas, principalmente por tratarse de una enfermedad nueva, aunado a la incertidumbre del manejo de la misma, escasez de equipo de protección, cambios en las practicas hospitalarias, mayor carga de trabajo y todas las situaciones a la vez suponen también un riesgo para sus seres queridos; anteriormente en la pandemia por SARS-CoV se realizó un estudio con un seguimiento de 3 años y se encontró que en el 10% de los trabajadores de salud se experimentaron altos niveles de TPEP, sin embargo, aquellas personas que habían estado en cuarentena, que habían trabajado turnos atendiendo pacientes con SARS-CoV y que habían tenido familiares y amigos que contrajeron el virus, tenían 2 a 3 veces más probabilidades de tener síntomas de TPEP que aquellos que no habían tenido esas exposiciones (17,19,84).

En una revisión sistemática que tuvo como objetivo brindar una visión general de las complicaciones psiquiátricas de la infección por COVID-19 y cómo afectó la salud mental, se concluyó que en un grupo de pacientes con COVID-19, integrado por 714 personas que fueron hospitalizadas, pero, que estuvieron estables, estuvo presente el TPEP en 96.2% de ellos. Dentro de algunos estudios hallaron que algunos pacientes describían la infección por COVID-19 como “sientes como si te estuvieras ahogando, piensas que te vas a morir”, incluso pacientes que no estuvieron hospitalizados no dormían en días por miedo a no despertar, estas anécdotas ilustran como la COVID-19 constituye una exposición a una amenaza de muerte o lesiones graves, del mismo modo en investigaciones anteriores se demuestra como en las emergencias de salud similares como el SARS-CoV y el MERS aumentó la prevalencia del TPEP (17,85).

En un metaanálisis realizado en China para examinar la prevalencia global y los factores de riesgo asociados al estrés postraumático en pacientes/sobrevivientes de COVID-19 y población en general, se detectó que el 18% de los pacientes recuperados mostraron la aparición del TEPT después de su alta médica, y que personas con TAG tuvieron 15 veces más probabilidad de contraer TEPT que aquellas sin TAG, también como resultado se tuvo que el sexo femenino, la edad avanzada y el tabaquismo actual son factores de riesgo para desarrollar el TPEP (86).

Por último, dentro de un metaanálisis sobre la prevalencia global y los factores de riesgo asociados al TEPT durante la pandemia en pacientes sobrevivientes de COVID-19 se analizaron 63 estudios (n = 124,952) de 24 países diferentes, se encontró una prevalencia general del TEPT de 17.52% en pacientes recuperados de la infección por COVID-19, en profesionales de la salud fue de 17.23% y población en general 17.34%, aquellos que trabajan en unidades de COVID-19 30.98%, enfermeras 28.32% y países europeos 25% (87).

2.6.2 Trastorno de ansiedad y COVID-19

Diversos estudios han demostrado que el brote por la enfermedad COVID-19 condujo a malestares psicológicos y que existen diversos factores que están relacionados a estos malestares, como, por ejemplo: la edad (18-40), lugar de residencia, género, ocupación (trabajadores de la salud y migrantes), confinamiento y tener familiares o conocidos enfermos de COVID-19 (88). Se ha evidenciado que la pandemia produjo en algunas personas pensamientos distorsionados, los cuales se han centrado principalmente en la interpretación de la situación como extremadamente peligrosa, dañina, o relacionada con pérdida y/o muerte (89).

Las investigaciones reportadas en un metaanálisis han comprobado que en las pandemias anteriores del SARS-CoV en 2003 y MERS en 2012 hubo afectaciones psiquiátricas en aquellas personas recuperadas, familiares y población en general, siendo los principales factores de riesgo la sensación de incertidumbre, aislamiento social preventivo, la posibilidad de que los planes a futuro se vean cambiados y la separación brusca del contexto familiar o social, que se puede considerar una reacción normal ante el estrés generado, sin embargo, estos factores de riesgo están estrechamente relacionados con manifestaciones ansiosas en la población en general (19).

Se realizó un estudio en 2,067 personas adultas en China investigando los predictores de la ansiedad y estrés postraumático, dando como resultado que en el 20% de los participantes estaba presente la ansiedad, asimismo dedujo que el aislamiento a largo plazo, el miedo a la infección, el aburrimiento, la escasez de artículos de primera necesidad, la información insuficiente, las pérdidas económicas y el daño a la reputación pueden ser factores estresantes que conduzcan a la ansiedad. También se tuvo como resultado que los participantes con ansiedad son más propensos a desarrollar TPEP que la población en general (90).

Por otro lado, un estudio de 401 pacientes recuperados de COVID-19 en los principales hospitales de Malasia evaluó que la población en su conjunto tenía un nivel de disfrute disminuido y una fuerte sensación de inseguridad, no obstante, identificaron ansiedad severa entre los pacientes recuperados de COVID-19, que tuvo como consecuencia autoaislamiento, sentimientos de desesperación y miedo de infectar a otros, incluso después de haber sido tratados y haber completado el período de cuarentena. También durante la tercera ola de la pandemia realizaron una encuesta virtual a 1,544 participantes para estudiar la prevalencia y los determinantes de la ansiedad en la población de Malasia, los resultados mostraron que la ansiedad estaba presente en el 43.6% de los participantes, con un 34.1% de ellos con ansiedad leve a moderada (91).

En otro estudio realizado en Irán se descubrió una alta prevalencia de trastornos psicológicos en pacientes hospitalizados por COVID-19 informando que el 100% de los pacientes participantes del estudio experimentaron ansiedad (92).

Se realizó una revisión sistemática en la que encontraron angustia y menor bienestar psicológico en la población en general en comparación con antes de la COVID-19, asimismo, se reveló un mayor uso de las palabras “ansiedad” y “depresión” como indicadores emocionales. Además, los padres de niños hospitalizados durante periodo epidémico presentaron puntajes significativamente más altos de ansiedad y depresión que los padres con hijos no hospitalizados en el periodo no epidémico (17).

Por último, en un metaanálisis en el que incluyeron 194 estudios y se evaluaron a 2 millones de personas la prevalencia general de ansiedad fue del 35.1% afectando aproximadamente a 851, 000 personas (93).

2.6.3 Duelo y COVID-19

En el contexto de cualquier pandemia y centrándonos en la pandemia por COVID-19 es importante tener en cuenta que la pérdida de la funcionalidad que puede acompañar a la enfermedad adquirida puede representarse en desmoralización y desamparo, conduciendo a los individuos a un estado de duelo prolongado (19). Las circunstancias, el contexto y las consecuencias de las muertes durante la pandemia por COVID-19 comprenden factores de riesgo que probablemente elevaran las tasas de un duelo complicado, principalmente por el proceso de adaptación a la pérdida. A continuación se reúnen una serie de factores de riesgo relacionados con la muerte durante la pandemia por COVID-19 que influyen en el desarrollo de un duelo complicado (94):

Circunstancias de la muerte:

- Muerte repentina, inesperada, aparentemente prevenible y aleatoria.
- Gente muriendo sola
- Restricciones en las políticas de visitas del familiar moribundo

Contexto de la muerte:

- Políticas de distanciamiento físico que afectan, funerales, entierros, rituales y apoyo a los dolientes.
- Preocupación por el desempleo
- Sentimientos de inseguridad
- Inseguridad financiera

Consecuencias de la muerte:

- Estar solo
- Miedo a la contaminación
- Tener otras personas a quien cuidar
- Preocupaciones financieras

Estas difíciles circunstancias aumentan el malestar psicológico para los miembros de la familia que enfrentan la pérdida de un ser querido durante esta pandemia.

2.6.4 Estrategias de afrontamiento y COVID-19

Se han encontrado diversas características psicológicas que están asociadas con la incidencia y gravedad del TAG, TPEP, y el duelo; entre las características de un individuo las estrategias de afrontamiento pueden ser críticas cuando se encuentra con una emergencia, un contratiempo importante o una dificultad (90).

En Australia se realizó una investigación en 587 participantes mayores de edad, que tuvieron la enfermedad COVID-19 o que estuvieron en contacto con alguien que tuvo la enfermedad, la investigación tuvo como objetivo identificar los factores asociados entre la angustia psicológica y las estrategias de afrontamiento durante la pandemia por COVID-19, como resultado se obtuvo que el aumento en el consumo del tabaco y el alcohol, comorbilidades como condiciones de salud mental preexistentes, altos niveles de miedo y ser mujer se asociaron a mayor malestar psicológico, no obstante, los encuestados del estudio mencionaron una variada gama de experiencias o actividades que realizaron para hacer frente al estrés generado por la COVID-19 como: el ejercicio diario, yoga, meditación, ver películas, escuchar música, pasar tiempo con los miembros de la familia, jardinería, hacer llamadas telefónicas a amigos y seres queridos, limpiar la casa, oraciones y conexión con Dios, cocinar y comer más, no pensar demasiado en la situación, visitar médicos y psicólogos. En el mismo estudio se evaluó la resiliencia de los participantes, y se detectó que la única diferencia significativa entre las personas con resiliencia media y alta con los participantes con resiliencia baja fueron las visitas a los proveedores de atención médica (95).

III Planteamiento del problema

A partir de diciembre de 2019 que surgió el brote por la enfermedad de COVID-19 la transmisión y las repercusiones físicas acapararon la atención médica e interés público; con el paso del tiempo han surgido algunas investigaciones que arrojan la incidencia y prevalencia de las afectaciones psicológicas desarrolladas por la COVID-19. Es importante resaltar que los temas de salud mental que han emergido suelen tener complicaciones a mediano y largo plazo. Anteriormente en la pandemia del SARS-CoV en 2003 y el MERS-CoV en el 2012 cuyo número de afectados no es equiparable al de la pandemia actual, se pudo evidenciar que los sobrevivientes de ambas infecciones tuvieron sintomatología psiquiátrica alrededor de un 35% y 40% respectivamente (19). Y en la actualidad la pandemia por COVID-19 ha sido una experiencia inquietante de proximidad a la enfermedad y la muerte, a medida que avanza la pandemia la experiencia de haber vivido la enfermedad y/o tener la pérdida de un ser querido, sumada a la imprevisibilidad de los cambios económicos y el aislamiento social puede provocar manifestaciones negativas y angustia psicológica (96).

Se ha evidenciado que en los pacientes de COVID-19 recuperados, así como en familiares o seres queridos existe una presencia elevada de malestares psicológicos relacionados con la enfermedad, principalmente estrés, ansiedad, estrés postraumático, depresión, estados de ánimo negativos, aburrimiento, agotamiento, insomnio, ritmo de vida alterado, así como los agravamientos de los problemas psicológicos existentes (97).

La manera en que estuvieron muriendo las personas, es decir, en circunstancias extraordinarias dadas las medidas de seguridad y restricciones que impiden el contacto físico antes y después de la muerte, ha estado afectando el proceso de duelo de los familiares, además las personas tuvieron que quedarse en casa después de la muerte de algún ser querido reduciendo la posibilidad de apoyo de su red social; las ceremonias fúnebres tradicionales suelen tener un importante papel en el proceso de duelo y recuperación, ya que, fomentan la expresión de las emociones, el apoyo social y dan sentido a la pérdida (98).

Las respuestas a la enfermedad y al duelo pueden estar relacionadas con una desvinculación de la situación estresante, por lo tanto, pueden responder de manera negativa a las situaciones, lo que conduce a problemas psicológicos en las personas (99). Sumando la

prevalencia de trastornos psicológicos desarrollados debido a la pandemia, surge la pregunta ¿Cuáles son los factores biológicos (haber enfermado o no de COVID-19) y síntomas psicológicos (TEPT, TAG, Ansiedad por Coronavirus, y Duelo), que predicen las estrategias de afrontamiento no adaptativas ante la enfermedad y el duelo (haber perdido a un ser querido a causa de la COVID-19) en estudiantes universitarios?

III JUSTIFICACIÓN

Desde el surgimiento del primer caso de la enfermedad COVID-19 hubo una rápida propagación por todo el mundo, debido a esto, en marzo de 2020 la OMS la declaró una pandemia, a medida que la enfermedad se propagó por todos los países, se evidenció una alta tasa de infección y mortalidad en poco tiempo. Para reducir la proliferación del virus el gobierno de cada país implementó políticas de prevención, en las que se incluyó el confinamiento y la distancia social, las cuales dieron como resultado cambios psicológicos, emocionales y sociales para los individuos. Estudios que han evaluado el riesgo que este distanciamiento social implicó a nivel psicológico dan como resultado que en las personas se despertaron sentimientos de incertidumbre, miedo, soledad, desesperación y estados del ánimo negativos, y ocasionó trastornos mentales como ansiedad, depresión, estrés postraumático y síntomas como el insomnio, en la población en general y aún más frecuentemente en personas que han tenido la COVID-19 y sus seres queridos.

Es importante destacar, que se observó que las personas que ya padecían trastornos mentales antes de la pandemia, presentaron un recrudecimiento de los síntomas psicológicos cuando contrajeron la enfermedad COVID-19; aunque, también algunas personas que no contrajeron la enfermedad COVID-19 manifestaron síntomas de trastornos mentales, tales como temor excesivo al contagio, temor a tener algún familiar enfermo, o problemáticas psicológicas como consecuencia del fallecimiento de un ser querido a causa del COVID-19.

Ahora bien, debido a circunstancias estresantes, las respuestas individuales pueden variar en función de sus estrategias de afrontamiento. Las estrategias de afrontamiento con las que cuentan las personas para enfrentar complicaciones nunca vividas cobran gran importancia, ya que, pueden estar relacionadas con la exacerbación de síntomas de malestar emocional. Conocer los impactos es importante, porque esta información podría aplicarse para apoyar a las personas afectadas y para comunicar los desarrollos de servicios para la provisión de

apoyo continuo después de haber enfermado de COVID-19 o haber perdido a alguien a causa de la enfermedad.

IV HIPÓTESIS

Hipótesis alterna:

La variable biológica (haber enfermado o no COVID-19), haber perdido a un ser querido a causa de la COVID-19, y las psicológicas (TEPT, TAG, DUELO), predicen las estrategias de afrontamiento no adaptativas en estudiantes universitarios.

Hipótesis nula:

La variable biológica (haber enfermado o no de COVID-19), haber perdido a un ser querido a causa de la COVID-19, y las psicológicas (TEPT, TAG, DUELO), no predicen las estrategias de afrontamiento no adaptativas en estudiantes universitarios.

V OBJETIVOS

5.1 Objetivo General

Identificar los factores biológicos (haber enfermado o no de COVID-19), síntomas psicológicos (TEPT, TAG, Ansiedad por Coronavirus, y duelo) que predicen las estrategias de afrontamiento no adaptativas ante la enfermedad y el duelo (haber perdido a un ser querido a causa de la COVID-19), en estudiantes universitarios.

5.2 Objetivos Específicos

1. Evaluar en los estudiantes la presencia de síntomas de TPEP, TAG y duelo ante la pérdida de un ser querido a causa de la COVID-19 y/o después de haber padecido la COVID-19.
2. Evaluar en los estudiantes las estrategias de afrontamiento (adaptativas y no adaptativas) ante la pérdida de un ser querido a causa de la COVID-19 y/o después de haber padecido la COVID-19.

3. Analizar las diferencias entre cada grupo (tener o no COVID-19 y/o haber perdido un ser querido por la misma causa) con base en las variables estudiadas (TPEP, TAG y duelo).
4. Analizar la influencia de las variables psicológicas (TPEP, TAG y duelo) para explicar las estrategias de afrontamiento adaptativas y no adaptativas por la enfermedad COVID-19.

VI MATERIALES Y MÉTODOS

6.1 Contexto de la investigación

Esta investigación se llevó a cabo en un periodo de enero 2022 a mayo 2023. De acuerdo con la página web de la Secretaria de Salud del Estado de Hidalgo los datos acumulados del 28 de febrero del 2020 al 25 de noviembre del 2023 son los siguientes:

- Casos acumulados: 130,704
- Defunciones: 8,419
- Casos activos: 471

Se aplicaron los instrumentos a los alumnos de la licenciatura en psicología del Instituto de Ciencias de la Salud perteneciente a la UAEH. La recolección se llevó a cabo en dos periodos:

1. Marzo y abril 2022
2. Septiembre a noviembre de 2022

6.1.1 Tipo y diseño de estudio

Se utilizó un diseño de investigación no experimental (ya que no hubo manipulación de las variables), de tipo transversal y alcance explicativo.

6.2 Selección de la población, criterios de inclusión y exclusión

Selección de la población:

La población estuvo conformada por estudiantes de licenciatura de una institución de educación superior del estado de Hidalgo, cuya edad se encontró entre el rango de 18 a 32 años, con una \bar{X} 20.6 y una $DE= 2.664$; que hayan tenido un diagnóstico positivo de COVID-

19 y/o hayan tenido la pérdida de un ser querido a causa de la enfermedad COVID-19 en un periodo anterior no mayor a los 12 meses.

Criterios de inclusión:

- Alumnos que han tenido un diagnóstico positivo de COVID-19.
- Alumnos que han tenido la pérdida de un ser querido a causa de la COVID-19.
- Tiempo máximo de enfermedad y de fallecimiento de un ser querido: 12 meses.

Criterios de exclusión:

- Alumnos sin disponibilidad de tiempo.
- Alumnos que no muestren disposición.
- Alumnos que hayan padecido un trastorno psicológico antes de la enfermedad por COVID-19.

Criterios de eliminación:

- Alumnos que acuden a psicoterapia por trastornos psicológicos.
- Alumnos que no completaron los instrumentos.

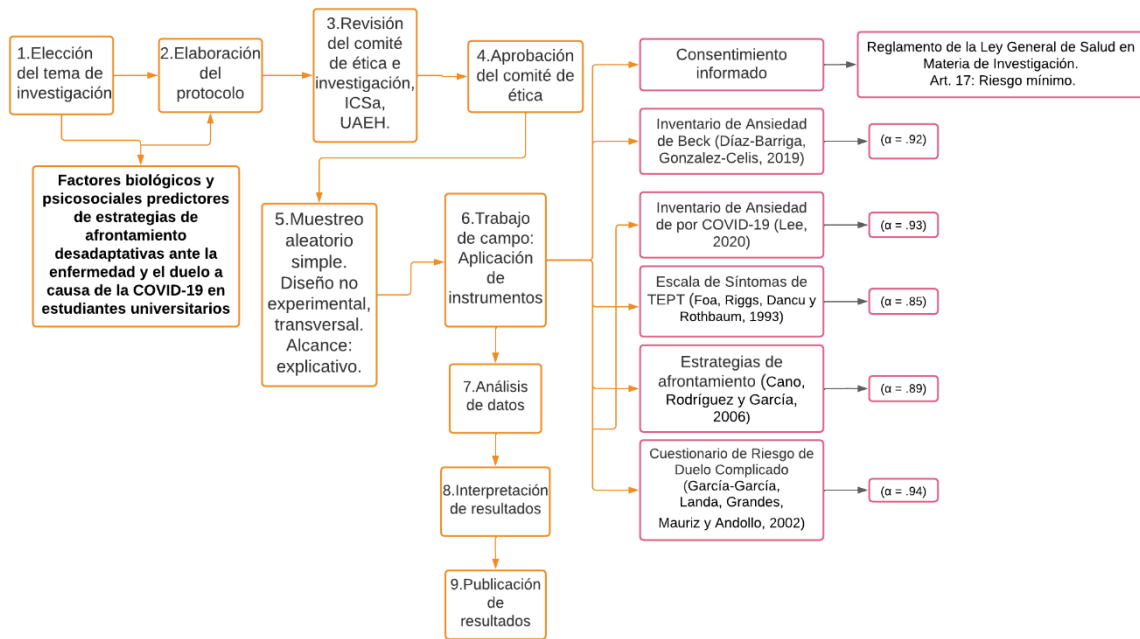
6.3 Tamaño de muestra y muestreo

El tamaño de la muestra se determinó mediante la tabla J para el cálculo de muestra para una correlación esperada de 0.30, con un 95% de confianza y un 99% de potencia, arrojando 168 sujetos que al agregar el 25% por probables pérdidas, se determinó una muestra mínima de 210 participantes, y el total de aplicación fue de 219 estudiantes (100). Los cuales para fines de la investigación se dividieron en tres grupos:

1. Con COVID-19 y con pérdida de un ser querido.
2. Con COVID-19 sin la pérdida de un ser querido.
3. Con pérdida de un ser querido y sin COVID-19.

6.3.1 Diagrama de diseño del procedimiento metodológico

Figura 1. Diagrama de diseño



6.4 Definición de variables (dependientes e independientes)

En el cuadro 1 se encuentra la definición las variables estudiadas, así como el instrumento que se utilizó para la medición de cada una de ellas.

Cuadro 1. Definición de las variables utilizadas en la investigación.

Variable	Tipo de variable	Definición conceptual	Definición operacional	Unidad de medición
Diagnóstico positivo de COVID-19	Cualitativa dicotómica / Independiente	Si tuvo la enfermedad COVID-19 diagnosticada con alguna prueba clínica.	Se preguntó en la encuesta de datos sociodemográficos.	1. Contagiado 0. No contagiado
Trastorno por Estrés Postraumático	Categoría/ numérica Independiente	Surge como resultado a una exposición de situaciones que han sido amenazantes o terroríficos de manera directa o indirecta, puede ser un solo evento o perdurar durante cierto tiempo. Este trastorno conlleva síntomas o alteraciones sistémicas,	Escala de Síntomas de PTSD (PSS-I). (ver anexo 1).	0. Nunca 1. De vez en cuando 2. La mitad del tiempo 3. Casi siempre Puntaje global de 0 a 51 puntos.

		<p>cardiovasculares, musculoesqueléticas, gastrointestinales y/o inmunológicas. Y se caracteriza principalmente por los pensamientos y recuerdos intrusivos del evento. (101)</p>		<p>Punto de corte: 15 puntos.</p> <p>A mayor puntuación mayor presencia de los síntomas del TEPT.</p>
Ansiedad	<p>Categoría/ numérica Independiente</p>	<p>El DSM-V la define como preocupación excesiva, que se reproduce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de 6 meses, en relación con diversos sucesos o actividades. Este malestar es clínicamente significativo y ocasiona</p>	<p>Inventario de Ansiedad de Beck “Beck Anxiety Inventory”, BAI, (ver anexo 2).</p> <p>Escala de Ansiedad por Coronavirus (ver anexo 3).</p>	<p>0. Nada</p> <p>1. Ligeramente (sin molestia significativa)</p> <p>2. Moderadamente (muy desagradable, pero soportable)</p> <p>3. Severamente (casi insoportable)</p>

deterioro en las relaciones sociales, laborales u otras áreas importantes del funcionamiento.

Puntaje global de 0 y 63 puntos.

Punto de corte: 16 puntos.

Categorías:

0-21 puntos: muy baja.

22-35 puntos: moderada.

+36 puntos: severa

Ansiedad por

Coronavirus:

0. Ninguna
 1. Menos de un día o dos
 2. Varios días
 3. Más de 7 días
 4. Casi todos los días durante las
-

				últimas dos semanas.
				Puntaje total de 0 a 20 puntos.
				Punto de corte: 9
				Categorías:
				0-4 puntos: ninguno.
				5-9 puntos: leve.
				10-4 puntos: moderado.
				15-20 puntos: severo.
Duelo	Categoría/ numérica Independiente	Proceso inesperado y doloroso relacionado con la pérdida de un ser querido, no obstante, también aplica a procesos psicológicos y psicosociales que impliquen cualquier tipo de pérdida (divorcio, separación, cambio de domicilio, fracaso	Cuestionario de Riesgo de Duelo Complicado (ver anexo 4).	<ul style="list-style-type: none"> 0. Nunca 1. Raras veces 2. Algunas veces 3. A menudo 4. Siempre <p>Puntaje global de 0 a 76 puntos.</p> <p>Punto de corte: 25 puntos.</p>

		escolar, abandono de padres, pérdida de empleo o diagnóstico de una enfermedad grave). (63)		
Estrategias de afrontamiento	Catagórica/ numérica Dependiente	Aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas, externas y/o internas, que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo. (75)	Inventario de Estrategias de Afrontamiento (Ver anexo 5)	<ul style="list-style-type: none"> 0. En absoluto 1. Un poco 2. Bastante 3. Mucho 4. Totalmente Puntaje total de 0 a 160 puntos. Punto de corte: 79 puntos.

6.4.1 Prueba (principio y procedimiento)

Esta investigación fue aprobada por el Comité de Ética e Investigación del Instituto de Ciencias de la Salud (ICSa, UAEH) el 18 de marzo del año 2022 con el Oficio Comiteei.icsa 010/2022/2022, posterior a ello, se solicitó a las autoridades competentes del Área Académica de Psicología de la UAEH el permiso para la aplicación de un consentimiento informado, un cuestionario de datos sociodemográficos y los instrumentos (IAB, CAS, PSS-I, Cuestionario de riesgo de Duelo complicado e Inventario de Estrategias de Afrontamiento), en los alumnos de la Licenciatura en Psicología de manera presencial.

Los instrumentos fueron aplicados de manera grupal y en un formato físico, en diferentes aulas del ICSa; se solicitó el apoyo de diversos docentes para la aplicación de baterías, el tiempo aproximado que tardaron los alumnos en responder la evaluación osciló entre 25 y 40 minutos.

Posterior a las aplicaciones de instrumentos, los resultados fueron registrados en una base datos en el programa estadístico IBM SPSS Statistics 26.

En el mismo programa usando la estadística descriptiva se analizaron los datos para extraer las características principales de la muestra.

Instrumentos:

PTSD Sympton Scale: la PTDS (PSS-I) fue elaborada por Foa, Riggs, Dancu y Rothbaum en 1993 (102), es un cuestionario de fácil aplicación, ya que, únicamente contiene 17 ítems correspondientes a los síntomas de TETP. Valora la gravedad de cada síntoma durante las dos últimas semanas con una escala de 0 a 3 (Nunca, de vez en cuando, la mitad del tiempo, siempre). Es una escala de uso general, el coeficiente de fiabilidad test-retest es de 0.89, con una consistencia interna ($\alpha = .85$), tiene una puntuación global que va de 0 a 51 puntos y un punto de corte de 15 puntos, sumando la totalidad de la respuesta de los ítems, a mayor puntuación, mayor presencia del TEPT, sin embargo, también se puede evaluar en tres categorías: (reexperimentación del trauma, evitación, activación).

Inventario de Ansiedad de Beck (Beck Anxiety Inventory, BAI, Beck et al. 1988), con adaptación a la población mexicana realizada por Díaz-Barriga et al. (2019) (103) con una confiabilidad test-retest de 0.75 y consistencia interna ($\alpha = .92$), fue el instrumento utilizado en esta investigación, está constituido por 21 ítems los cuales presenta un signo o síntoma y

que la persona evaluada tiene que señalar entre cuatro opciones (nada, ligeramente, moderadamente y severamente) cómo se ha sentido en los últimos 7 días incluyendo el día de la evaluación. El puntaje se obtiene con la sumatoria de los 21 ítems, cada ítem se evalúa en una escala de 4 puntos que van de 0 a 3. La puntuación global puede oscilar entre los 0 y 63 puntos, y el punto de corte es de 16 puntos.

Escala de Ansiedad por Coronavirus (CAS) creado por Sherman A. Lee (2020) y adaptada por Sepúlveda-Vázquez y Moreno-Torres (2021), creando los ítems fundamentándose en literatura especializada en miedo y ansiedad, la escala evalúa los síntomas como consecuencia al pensar o estar expuesto a información sobre el coronavirus, cuenta con 5 ítems, cada ítem se evalúa en una escala tipo Likert de 5 puntos (0 ninguna, 1 menos de un día o dos, 2 varios días, 3 más de siete días, 4 casi todos los días) para reflejar la frecuencia del síntoma en las últimas dos semanas. El puntaje más bajo que se puede obtener es cero y el más alto es veinte, donde a mayor puntuación, mayor ansiedad asociada con el coronavirus. Su consistencia interna es de ($\alpha = .83$).

Inventario de Duelo Complicado (IDC) (The Inventory of Complicated Grief de Prigerson y Jacobs, 2001) la adaptación al español ha sido llevada a cabo por García-García, Landa, Prigerson, Echevarria, Grandes, Mauriz y Andollo (2009), el inventario tiene la finalidad de ofrecer una medida lo más objetiva posible para diferenciar entre duelo normal y duelo patológico, cuenta con 19 ítems, los cuales tienen 5 categorías de respuesta (nunca, raramente, algunas veces, a menudo y siempre), que valoran la frecuencia del síntoma explorado (emocional, cognitivo o conductual) y cuya puntuación va desde 0 para “nunca” hasta 4 para “siempre”. Para obtener una puntuación se suma la totalidad de los ítems, a mayor puntuación, mayor probabilidad de padecer duelo complicado. Éstas fluctúan entre el 0 y 76, según los autores originales una puntuación total mayor de 25 es un indicador de duelo complicado. Cuenta con una fiabilidad test-retest de 0.81 y consistencia interna ($\alpha = .88$).

Adaptación española del Inventario de Estrategias de Afrontamiento (Cano-García et al., 2007) presenta una estructura jerárquica compuesta por ocho estrategias primarias, cuatro

secundarias y dos terciarias las cuales definen si tiene estrategias de afrontamiento adaptativo o no adaptativo. El sujeto piensa en la situación que le ha causado malestar y posteriormente contesta 40 ítems con una escala tipo Likert de 5 puntos (En absoluto, un poco, bastante, mucho, totalmente), con qué frecuencia hizo en la situación pensada lo que expresa cada ítem. Al final se contesta un ítem adicional acerca de la autoeficacia percibida del afrontamiento. El instrumento cuenta con un puntaje 80 puntos en cada una de las dos estructuras terciarias (manejo adaptativo y manejo desadaptativo), para fines de la investigación se utilizó únicamente el puntaje de estrategias de afrontamiento no adaptativas, contabilizando el puntaje faltante para completar las estrategias adaptativas y sumándolo a las estrategias desadaptativas, posteriormente se estableció el punto de corte con la media de los puntos obtenidos de la muestra total, siendo ≤ 75 desadaptativos leve o ≥ 76 para estrategias de afrontamiento desadaptativas severas.

6.5 Análisis Estadístico

Se utilizó estadística descriptiva para resumir y caracterizar los datos, así como la presencia de los niveles (mínima, leve, moderado o severo) de las variables; se utilizaron los puntos de corte establecidos en los instrumentos y se determinó la presencia y/o ausencia de síntomas de Ansiedad, Estrés Postraumático, Duelo y Estrategias de afrontamiento (no adaptativas) en los estudiantes participantes. Para evaluar si existían diferencias significativas en los datos sociodemográficos recabados y en las variables psicológicas de interés, se utilizó la prueba estadística chi cuadrada.

Para el análisis de los tres grupos (grupo 1, COVID-19 y pérdida; grupo 2, COVID-19 no pérdida y grupo 3, sí pérdida y no COVID-19) por variable, se utilizó la prueba estadística Kruskal-Wallis y U de Mann-Whitney debido a falta de normalidad de datos (determinado por la prueba Kolmogorov-Smirnov). El análisis predictivo se llevó a cabo mediante una prueba de regresión logística. El programa estadístico utilizado para el análisis fue IBM SPSS Statistics versión 26 para Windows.

VII RESULTADOS

7.1 *Datos sociodemográficos y de salud de los participantes de la muestra*

La muestra que participó en la investigación (n = 219) estuvo conformada por n = 150 (68.5%) mujeres y n = 69 (31.5%) hombres, con una media de $M = 20.60 \pm 2.664$ y un rango de edad de 17 a 33 años. Del total de los participantes, n = 208 (95%) son solteros, una persona casada (0.5%), una divorciada (0.5%) y nueve en unión libre (4%). En cuanto al lugar en el que habitan, n = 197 (90%) radican en Hidalgo y n = 22 (10%) en otro estado; además, n = 162 (74%) viven con sus padres, n = 20 (9.1%) con familiares, n = 18 (8.2%) viven solos, n = 8 (3.7%) con amigos y n = 11 con su pareja (5%).

Con relación a la enfermedad COVID-19 un total de n = 217 (99.1%) participantes estaban vacunados y dos personas (0.9%) no contaban con ninguna vacuna. Más de la mitad de la muestra n = 115 (52.5%) tuvieron dos dosis, n = 96 (43.8%) con tres dosis, cinco (2.3%) una dosis, uno (0.5%) cuatro dosis, y dos (0.9%) con ninguna dosis. Respecto a la presencia de COVID-19 en los participantes de la muestra, n = 146 (66.7%) tuvo un diagnóstico positivo de COVID-19 y n = 73 (33.3%) no habían tenido la enfermedad, del total de los sujetos con diagnóstico positivo a COVID-19, n = 77 (52.73%) presentó secuelas de la enfermedad (menor condición física, dolores de cabeza, y dificultades respiratorias) y de la cifra anterior únicamente n = 7 (9.09%) se encuentra con tratamiento médico.

Para fines de la investigación el total de la muestra estuvo dividida de manera igualitaria en tres grupos, los grupos estuvieron conformados mayormente por mujeres que hombres, la tabla 2 muestra la frecuencia y porcentaje de presencia de hombres y mujeres participantes y pertenecientes a cada grupo.

Tabla 1. Participantes en la investigación agrupados por sexo, por presencia o ausencia de COVID-19 y la pérdida de un ser querido (n = 219).

GRUPO	Sexo	Frecuencia (%)
Grupo 1 (Sí COVID-19 y pérdida)	Mujeres	51 (70)
	Hombres	22 (30)
Grupo 2 (COVID-19)	Mujeres	48 (66)
	Hombres	25 (34)
Grupo 3 (Pérdida)	Mujeres	51 (70)
	Hombres	22 (30)

Los datos representan frecuencias y porcentajes.

7.2 Descripción del grupo de personas que perdieron a un ser querido (grupo 1 y grupo 3)

Los participantes que tuvieron la pérdida de un ser querido a causa de la COVID-19 fueron $n = 146$ (66.7%) y $n = 73$ (33.3%) no tuvieron ninguna pérdida. La mayor frecuencia de pérdida que se reportó fue de tíos con $n = 66$ (45.2%), siguiendo la muerte de abuelos $n = 60$, (40.1%), en menor porcentaje el padre $n = 10$ (6.8%), amigos $n = 6$ (4.1%), madre $n = 2$ (1.4%), $n = 1$ primo(a) y $n = 1$ suegro (0.7%).

7.3 Datos de síntomas de Ansiedad Generalizada en los participantes de la muestra

A continuación, se describen los resultados generales de la muestra de los participantes. Se evaluaron los niveles de síntomas de ansiedad con el Inventario de Ansiedad de Beck, en la tabla 2 se muestra la frecuencia de los resultados categorizados como mujeres y hombres; de $n = 150$ mujeres participantes en la muestra, $n = 23$ tuvieron ansiedad mínima, $n = 43$ ansiedad leve, $n = 56$ ansiedad moderada y $n = 28$ severa.

Los hombres presentaron los mismos niveles de ansiedad mínima $n = 22$ y $n = 22$ leve, mientras que $n = 19$ presentaron ansiedad moderada y $n = 6$ hombres registraron ansiedad severa.

Tabla 2. Frecuencia de los niveles de Ansiedad en los participantes.

	Mínima (%)	Leve (%)	Moderada (%)	Severa (%)	Total
Mujer	23 (15)	43 (29)	56 (37)	28 (19)	150
Hombre	22 (32)	22 (32)	19 (27)	6 (9)	69
Total	45 (20)	65 (30)	75 (34)	34 (15)	219

Nota: los números en negritas indican la mayor presencia de Ansiedad en hombres y mujeres con base en los niveles categorizados en el instrumento.

Asimismo, se diferenció la presencia o ausencia de síntomas de ansiedad en cada uno de los grupos (grupo 1: COVID-19 y pérdida, grupo 2: sólo COVID-19, y grupo 3: sólo pérdida). Con la finalidad de realizar el análisis de regresión logística binaria se tomó el punto de corte de los instrumentos para dicotomizar y determinar la presencia o ausencia de síntomas de ansiedad en los participantes. En el grupo 1 (sí COVID-19 y pérdida), de un total de n = 51 mujeres, n = 33 presentaron ansiedad, y n =18 no presentaron; en este mismo grupo de un total de n =22 hombres, n =7 tuvieron ansiedad y n =15 no presentaron. Dentro del grupo 2 (COVID-19), de un total de n = 48 mujeres, n = 28 se registraron con síntomas de ansiedad y n = 20 sin síntomas; y de n = 25 hombres, n =13 tuvieron ansiedad y n = 12 no. Por último, en el grupo 3 (con pérdida), de n = 51 mujeres que conformaron el grupo, n = 28 presentaron síntomas de ansiedad y n = 23 no; y de n = 22 hombres, cinco tuvieron ansiedad y n = 17 no. Los datos anteriormente descritos se muestran en la tabla 3.

Tabla 3. Presencia o ausencia de ansiedad entre hombres y mujeres por grupo.

GRUPO	Sexo	Con síntomas de ansiedad (%)	Sin síntomas de ansiedad (%)	Chi cuadrada =0.005, 1 gl, p 9.46
Grupo 1 (Sí COVID-19 y pérdida)	Mujer (51)	33 (65)	18 (35)	p = 0.010
	Hombre (22)	7 (32)	15 (68)	
Grupo 2 (COVID-19)	Mujer (48)	28 (58)	20 (42)	p = 0.0605
	Hombre (25)	13 (52)	12 (48)	
Grupo 3 (Pérdida)	Mujer (51)	23 (45)	28 (55)	p = 0.071
	Hombre (22)	5 (23)	17 (77)	

Nota: los números en negritas indican la mayor cantidad de hombre y/o mujeres con presencia o ausencia de Ansiedad.

Se realizó una prueba estadística Kruskal-Wallis, con la finalidad de observar si existían diferencias significativas ($p < 0.05$) entre los tres grupos antes señalados respecto a la variable Ansiedad, la tabla 4 muestra las medianas y rangos en cada uno de los grupos, obteniendo que el grupo 1 (COVID-19 y pérdida) presentó diferencias estadísticamente significativas en comparación con el grupo 3 (pérdida).

Tabla 4. Mediana y rangos de cada grupo para la variable Ansiedad.

Grupo	Mediana (IC 95%, p25-p75)
Grupo 1 ^a	17 (8-28)
Grupo 2	16 (10-26)
Grupo 3	11 (5-19)

^a vs grupo 3. (grupo 1 COVID-19 y pérdida, grupo 2 COVID-19, grupo 3 pérdida)

7.4 Datos de la presencia de Ansiedad por Coronavirus en los participantes de la muestra

A todos los participantes se les aplicó una *Escala de Ansiedad por Coronavirus* para identificar en los estudiantes los niveles de ansiedad presentes debido a la pandemia por la enfermedad COVID-19. En general, respecto a la muestra total los participantes manifestaron bajos niveles de Ansiedad por Coronavirus, de un total de $n = 150$ mujeres, $n = 117$ tuvieron un valor mínimo, $n = 24$ leve, ocho moderadas y una severa; mientras que, en los hombres de un total de $n = 69$, con un nivel mínimo de Ansiedad por Coronavirus fueron $n = 59$ y $n = 10$ participantes leve. La tabla 5 muestra los resultados de la Escala de Ansiedad por Coronavirus.

Tabla 5. Frecuencia de los niveles de Ansiedad por Coronavirus en los participantes.

Sexo	Mínima	Leve	Moderada	Severa
Mujer	117	24	8	1
Hombre	59	10	0	0
Total	176	34	8	1

Nota: números en negritas indican la presencia mínima de Ansiedad por Coronavirus en los participantes.

Con la finalidad de realizar el análisis de regresión logística múltiple se tomó el punto de corte de la Escala de Ansiedad por Coronavirus para determinar la presencia o ausencia de la variable en los participantes.

Los tres grupos mostraron mayoritariamente no presentar Ansiedad por Coronavirus. En el grupo 1, $n = 14$ mujeres presentaron Ansiedad por Coronavirus, y $n = 37$ mujeres no. Mientras que los hombres $n = 4$ tuvieron ansiedad y $n = 18$ no; en el grupo 2, $n = 17$ mujeres tuvieron Ansiedad por Coronavirus y $n = 31$ sin presencia de esta; en los hombres estuvo presente en $n = 4$ y $n = 21$ no; por último, en el grupo 3, $n = 2$ mujeres tuvieron ansiedad y $n = 49$ mujeres no, y $n = 2$ hombres tuvieron ansiedad y $n = 20$ no. La tabla 6 muestra los resultados.

Tabla 6. Frecuencia de la presencia y ausencia de Ansiedad por Coronavirus en las mujeres y hombres participantes en cada grupo.

	Sexo	Con Ansiedad por Coronavirus (%)	Sin Ansiedad por Coronavirus (%)	Chi cuadrada =80.772, 1 gl, p <0.001
Grupo 1 (COVID-19 y pérdida)	Mujer	14 (27)	37 (73)	p = 0.399
	Hombre	4 (18)	18 (82)	
Grupo 2 (COVID-19)	Mujer	17 (35)	31 (65)	p = 0.082
	Hombre	4 (16)	21 (84)	
Grupo 3 (Pérdida)	Mujer	2 (4)	49 (96)	p = 0.373
	Hombre	2 (9)	20 (91)	

Nota: números en negritas indican los bajos niveles de Ansiedad por Coronavirus en los participantes de la investigación.

En esta variable de Ansiedad por Coronavirus los datos no cumplieron con una distribución normal de acuerdo con la prueba Shapiro-Wilk, por lo tanto, se utilizó la prueba Kruskal-Wallis para evaluar si existían diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.05$) entre los tres grupos. En la tabla 7 se muestran los resultados.

Tabla 7. Comparación entre grupos para la variable Ansiedad por Coronavirus

Grupo	Mediana	Valor p
Grupo 1	1	p < 0.05
Grupo 2	3	G2 vs G3
Grupo 3	0	G1 vs G3

Notas: letras en negritas indican la diferencia significativa entre los grupos.

7.5 *Datos de la presencia de síntomas Estrés Postraumático en los participantes de la muestra*

Se evaluó la presencia y ausencia de síntomas de Estrés Postraumático en los participantes de la investigación, con base en el punto de corte propuesto en la Escala de Estrés Postraumático utilizada; se tuvo como resultado que del total de mujeres, n = 88 mujeres presentaron síntomas de TEPT y n = 62 mujeres no; en cuanto a los hombres n = 39 no presentaron síntomas de TEPT y n = 30 sí presentaron síntomas (Ver tabla 8).

Tabla 8. Frecuencia de la presencia y ausencia de los síntomas de TEPT en hombres y mujeres participantes en la investigación.

	Con TPEP	Sin TEPT	Valor p
	(%)	(%)	
Mujeres	88 (59)	62 (41)	
Hombres	30 (43)	39 (57)	p < 0.001
Total	118	101	

Nota: números en negrita indican la frecuencia mayor o menor en la presencia de TEPT.

Siguiendo con los objetivos de la investigación, se comparó la presencia de los síntomas de TEPT entre los tres grupos, teniendo como resultado que en el grupo 1 (COVID-19 y pérdida), n = 37 mujeres presentaron síntomas de TEPT y n = 14 no, de n = 22 hombres, n=10 tuvieron síntomas de TEPT y n=12 no; en el grupo 2 (COVID-19 y no pérdida), de un total de n =48 mujeres, n =28 presentaron síntomas de TEPT y n= 20 no, y de un total de n= 25 hombres n=11 se registraron con síntomas de TEPT y n =14 sin síntomas; y en el grupo 3 (pérdida no COVID-19), de un total de n= 51 mujeres, n= 28 no presentaron síntomas de TEPT y n=23 sí, en cuanto a los hombres, de un total de n= 22, n= 9 presentaron síntomas de TEPT y n=13 no presentaron. La tabla 9 muestra los resultados.

Tabla 9. Resultados de la presencia y ausencia de TEPT en hombres y mujeres participantes de cada grupo.

	Sexo	Con síntomas de TEPT (%)	Sin síntomas de TEPT (%)	Chi cuadrada =1.320, 2 gl, p 0.251
Grupo 1 (COVID-19 y pérdida)	Mujer (51)	37 (73)	14 (27)	p = 0.027
	Hombre (22)	10 (45)	12 (55)	
Grupo 2 (COVID-19)	Mujer (48)	28 (58)	20 (42)	p = 0.244
	Hombre (25)	11 (44)	14 (56)	
Grupo 3 (Pérdida)	Mujer (51)	23 (45)	28 (55)	p = 0.741
	Hombre (22)	9 (41)	13 (59)	

Nota: números en negrita indican la cifra más representativa en la presencia y/o ausencia de síntomas de TEPT en los participantes de cada grupo.

7.6 Datos de la presencia de Duelo y riesgo de Duelo complicado en los participantes de la muestra

Se aplicó un Cuestionario de riesgo de Duelo Complicado únicamente a aquellos participantes que habían sufrido la pérdida de un ser querido a causa de la COVID-19 (grupo 1 y grupo 3) para evaluar si había un “duelo normal” o tenían riesgo de un duelo complicado. De manera general se puede observar que la mayoría de los participantes de la muestra, tanto hombres como mujeres, presentaron un duelo normal, del total de mujeres (n =99), n = 76 presentaron duelo normal, y n = 23 con riesgo de duelo complicado, del total de hombres (n = 44), n = 36 se registran con duelo normal y n = 8 con riesgo de duelo complicado. La tabla 10 muestra los resultados.

Tabla 10. Frecuencia de la presencia del Duelo y Duelo complicado en los participantes de la muestra.

	Duelo (%)	Duelo complicado (%)	Valor p
Mujer	76 (77)	23 (23)	p = ≤ 0.001
Hombre	36 (82)	8 (18)	
Total	112	34	

Nota: números en negrita indican la presencia de un duelo normal en los participantes de la investigación.

Para analizar si existían diferencias significativas ($p < 0.05$) entre los dos grupos en los que se evaluó el duelo (grupo 1 y grupo 3), se realizó una prueba estadística U de Mann-Whitney, sin embargo, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas. En el grupo 1 (COVID-19 y pérdida) de un total de $n = 51$ mujeres, se tuvo que en $n = 32$ mujeres predomina el duelo normal, y con riesgo de duelo complicado $n = 19$ mujeres, y de un total de $n = 22$ hombres, $n = 19$ mostraron síntomas de duelo normal y $n = 3$ tendencia a un duelo complicado. En el grupo 3 (pérdida, no COVID-19) también de $n = 51$ mujeres, $n = 44$ tienen síntomas de duelo normal y $n = 7$ mujeres tienen riesgo de un duelo complicado, y de un total de $n = 22$ hombres, $n = 17$ presentan duelo normal y $n = 5$ riesgo de duelo complicado. A continuación, la tabla 11 muestra la presencia de Duelo y Duelo Complicado en cada uno de los grupos.

Tabla 11. Frecuencia de la presencia del Duelo y Duelo complicado en los participantes de la muestra en cada grupo.

		Duelo (%)	Duelo complicado (%)	Valor p
Grupo 1 (COVID-19 y pérdida)	Mujer	32 (63%)	19 (37)	p = 0.044
	Hombre	19 (86)	3 (14)	
Grupo 3 (pérdida)	Mujer	44 (86)	7 (14)	p = 0.341
	Hombre	17 (77)	5 (23)	

7.7 Datos de la clasificación de las estrategias de afrontamiento presentes en los participantes de la muestra.

Por último, se evaluaron las estrategias de afrontamiento en todos los participantes, con la intención de verificar qué tipo de estrategia predomina en ellos, (estrategias adaptativas o no adaptativas) se encontró que en las mujeres existe una similitud en la frecuencia de estrategias de afrontamiento adaptativas y no adaptativas, sin embargo, en los hombres predominan las estrategias de afrontamiento desadaptativas. Como resultado se obtuvo que, de n = 150 mujeres participantes, n = 75 tuvieron estrategias de afrontamiento adaptativas y n =75 mujeres tuvieron estrategias de afrontamiento desadaptativas, y en los hombres, de n = 69 hombres participantes, n =38 tuvieron estrategias no adaptativas y n =31 estrategias adaptativas. La tabla 12 muestra los resultados.

Tabla 12. Frecuencia de la clasificación de las estrategias de afrontamiento en los participantes de la muestra.

Sexo	No adaptativas (%)	Adaptativas (%)	Valor p
Mujer	75 (50)	75 (50)	p = ≤ 0.001
Hombre	38 (55)	31 (45)	
Total	113	106	

Nota: números en negritas resaltan la mayor presencia de estrategias de afrontamiento no adaptativas en los participantes.

Dentro del grupo 2 y grupo 3 (grupo 2 COVID-19 y grupo 3 pérdida) se observó mayor presencia de Estrategias de Afrontamiento adaptativas, sin embargo, en el grupo 1 (COVID-19) y pérdida), se observó mayor presencia de Estrategias de afrontamiento no adaptativas en hombres y mujeres, teniendo una frecuencia de n =34 mujeres con estrategias no adaptativas y n= 17 adaptativas, y en los hombres se obtuvieron resultados de n =13 con estrategias no adaptativas y n = 9 con estrategias adaptativas; en el grupo 2 (COVID-19), con un total de n =48 mujeres, n =20 tuvieron estrategias no adaptativas y n =28 adaptativas, y los hombres, n =12 con estrategias no adaptativas y n =13 adaptativas; por último, en el grupo 3 (pérdida), n =21 mujeres tuvieron Estrategias de afrontamiento no adaptativas y n =30 mujeres con estrategias adaptativas, y n =13 hombres estrategias no adaptativas y n =9 con estrategias adaptativas. La tabla 13 muestra la frecuencia en cada grupo.

Tabla 13. Frecuencia de la clasificación de las Estrategias de Afrontamiento en los participantes de la muestra por cada grupo.

		No adaptativas	Adaptativas	Valor p
		(%)	(%)	
Grupo 1 (COVID-19 y pérdida)	Mujer	34 (67)	17 (33)	p = 0.535
	Hombre	13 (59)	9 (41)	
Grupo 2 (COVID-19)	Mujer	20 (42)	28 (58)	p = 0.605
	Hombre	12 (48)	13 (52)	
Grupo 3 (Pérdida)	Mujer	21 (41)	30 (59)	p = 0.159
	Hombre	13 (59)	9 (41)	

Nota: números en negritas muestran la mayor cantidad de hombres y/o mujeres en cada una de las clasificaciones.

7.8 Análisis comparativos entre los grupos

Se realizó un análisis comparativo de las variables sociodemográficas, las cuales anteriormente fueron dicotomizadas, se aplicó la prueba estadística Chi cuadrada para ver si existían diferencias significativas. Para las variables numéricas, las cuales abordaban

principalmente las puntuaciones de los resultados de los instrumentos se utilizó la prueba U de Mann Whitney, ya que, no cumplían con la normalidad de los datos. Ver tabla 14.

Tabla 14. Frecuencia y porcentaje de las variables sociodemográficas y psicosociales en función de las Estrategias de Afrontamiento adaptativas y no adaptativas (n=219)

Variables	Datos generales	Desadaptativo (n= 113)	adaptativo (n=106)	Valor <i>p</i>
Edad	20 (19 – 22)	20 (19 - 22)	20 (19 – 21)	0.909
Edad dicotomizada				0.018
(20 o menos años)	127 (58)	62 (55)	65 (61)	
(21 o más años)	92 (42)	51 (45)	41 (39)	
Sexo				≤ 0.001
Mujeres	150 (69)	75 (67)	75 (71)	
Hombres	69 (31)	38 (34)	31 (29)	
Riesgo por residencia				≤ 0.001
Otro lugar (riesgo)	22 (10)	9 (8)	13 (12)	
Hidalgo (sin riesgo)	197 (90)	104 (92)	93 (88)	
Vivir solo vs con alguien				≤ 0.001
Vive solo (Riesgo)	20 (9)	10 (9)	10 (9)	
Vive con Alguien (sin riesgo)	199 (91)	103 (91)	96 (91)	
COVID-19				≤ 0.001
Sí tuvo COVID-19	146 (67)	79 (70)	67 (63)	
No tuvo COVID-19	73 (33)	34 (30)	39 (37)	
Pérdida				≤ 0.001
Sí pérdida	146 (67)	81 (72)	65 (61)	
No pérdida	73 (33)	32 (28)	41 (39)	
Psicología vs todas carreras				≤ 0.001
Otras carreras (riesgo)	56 (26)	32 (28)	24 (23)	
Psicología (sin riesgo)	163 (74)	81 (72)	82 (77)	
Riesgo por tipo TX				≤ 0.001

Sin TX psicológico después de la pérdida	128 (59)	73 (90)	55 (85)	
Con TX psicológico después de la pérdida	18 (8)	8 (10)	10 (15)	
No tuvieron pérdida	73 (33)	23 (26)	50 (39)	
No aplica				
Ansiedad (puntuación)	15 (7 – 23)	19 (11 – 32)	12 (5 – 18)	≤ 0.001
Ansiedad dicotomizada				0.946
Con ansiedad	109 (20)	70 (62)	39 (37)	
Sin ansiedad	110 (50)	43 (39)	67 (63)	
Ansiedad por Coronavirus (puntuación)	1 (0 – 4)	1 (0 - 4)	1 (0 – 3)	0.134
Ansiedad por Coronavirus dicotomizado				≤ 0.001
Con ansiedad por Coronavirus	43 (20)	28 (25)	15 (14)	
Sin ansiedad por Coronavirus	176 (80)	85 (75)	91 (86)	
Estrés postraumático (puntuación)	17 (9 – 26)	25 (16 – 32)	11 (7 – 19)	≤ 0.001
TEPT ajustado				0.251
Con estrés Postraumático	118 (54)	79 (70)	39 (37)	
Sin estrés postraumático	101 (46)	34 (30)	67 (63)	
Duelo (puntuación) 13 (5 – 24)		17 (7 – 31)	12 (3 – 20)	≤ 0.001
Duelo ajustado				≤ 0.001
Con duelo complicado	34 (16)	27 (24)	7 (7)	
Con duelo	112 (51)	54 (48)	58 (55)	
No tuvieron pérdida	73 (33)	32 (28)	41 (39)	

Nota: Números en negritas indican la precian de un valor $p < 0.001$

7.9 Análisis de regresión logística

Se realizó un análisis de regresión logística multivariado, con el objetivo de identificar las variables sociodemográficas y/o psicológicas que predicen las estrategias de afrontamiento desadaptativas. Se tomaron como variables independientes todas aquellas que en el análisis comparativo chi cuadrada y *U* de Mann Whitney salieron estadísticamente significativas (con un valor $p < 0.005$) como la edad, el sexo, la residencia, si viven solos o acompañados, carrera, si han tenido algún tratamiento psicológicos, la presencia o ausencia de Ansiedad, Ansiedad por Coronavirus, Estrés Postraumático o Duelo; al analizar cada una de las variables únicamente se obtuvieron valores significativos ($p < 0.05$) en el estrés postraumático, la ansiedad, ansiedad por coronavirus y el duelo.

Variables	Regresión logística						Regresión logística multivariado (Ajustado por Ansiedad por Coronavirus)					
	B	Error estándar	OR	Inferior	Superior	Valor p	B	Error estándar	OR	Inferior	Superior	Valor p
TEPT (puntuación)	0.079	0.014	1.082	1.052	1.113	0.000	0.096	0.016	1.101	1.067	1.137	≤ 0.001
Edad (menores de 20 años)	-0.266	0.275	0.767	0.447	1.314	0.334	-0.077	0.280	0.926	0.535	1.602	0.784
Sexo (mujeres)	0.204	0.292	0.816	0.460	1.446	0.486	-0.039	0.301	0.962	0.533	1.734	0.896
Residencia (Hgo)	-0.480	0.457	0.619	0.253	1.515	0.294	-0.469	0.484	0.626	0.242	1.615	0.332
Vivir solo vs vivir con alguien	-0.070	0.469	0.932	0.372	2.338	0.881	0.869	0.540	0.419	0.145	1.210	0.108
COVID-19 (Sí)	0.302	0.287	1.353	0.770	2.376	0.294	-0.156	0.309	0.856	0.467	1.567	0.614
Pérdida (sí)	0.468	0.289	1.597	0.907	2.812	0.105	0.807	0.322	2.241	1.193	4.208	0.012
Carrera	-0.300	0.312	1.350	0.732	2.489	0.337	-0.252	0.324	1.287	0.682	2.428	0.436
Tratamiento (Sin TX)	0.506	0.507	1.659	0.614	4.480	0.318	0.444	0.530	1.559	0.552	4.404	0.402
Ansiedad por Coronavirus (1)	0.692	0.354	1.998	0.999	3.998	0.050	-0.160	0.389	1.174	0.548	2.514	0.680
Ansiedad (puntuación)	0.050	0.013	1.051	1.025	1.077	0.000	0.058	0.014	1.059	1.031	1.088	≤ 0.001
Duelo (puntuación)	0.036	0.013	1.037	1.011	1.063	0.005	0.027	0.012	1.028	1.003	1.053	0.026
R² = 0.26 = 26%												

Tabla 15. Modelo de Regresión Logística bivariada y multivariada para predecir estrategias de afrontamiento desadaptativas ajustado por tener ansiedad por coronavirus, en 219 estudiantes universitarios del Estado de Hidalgo.

VIII DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio permitieron identificar la asociación de las variables biológicas (haber padecido o no COVID-19), haber perdido a un ser querido a causa de la COVID-19, y las psicológicas (TEPT, TAG, DUELO), con las estrategias de afrontamiento no adaptativas en estudiantes universitarios y confirmar la hipótesis alterna de que la variable biológica (haber padecido o no COVID-19), haber perdido a un ser querido a causa de la COVID-19, y las variables psicológicas (TEPT, TAG, DUELO), predicen las estrategias de afrontamiento no adaptativas en estudiantes universitarios; se realizó un análisis comparativo de las estrategias de afrontamiento desadaptativas vs adaptativas, dicotomizando las variables sociodemográficas para identificar las variables que resultaran significativas, se tuvieron valores significativos ($p < 0.05$) en la mayoría de ellas (edad dicotomizada, sexo, residencia, vivir solo o acompañado, haber tenido o no COVID-19, haber tenido o no pérdida de un ser querido, si tuvieron un tratamiento psicológico después de la pérdida de su ser querido o no, y estudiar psicología o estudiar otra carrera), en cuanto a las variables psicológicas (Ansiedad, Ansiedad por Coronavirus, TEPT y duelo) se utilizó la dicotomización con base en el punto de corte del instrumento, sin embargo, no todas resultaron significativas, únicamente Ansiedad por Coronavirus, TEPT y duelo; respecto a la variable Ansiedad se realizó la comparación con la puntuación total de la suma del instrumento y de esa manera se obtuvo un valor $p < 0.001$.

Cada una de las variables que resultaron significativas en las comparaciones se ingresaron al análisis de regresión logística, dicho análisis sólo arrojó significancia en las variables psicológicas de interés. Teniendo como resultado que la Ansiedad, la Ansiedad por Coronavirus, Estrés Postraumático y Duelo son predictores de las estrategias de afrontamiento desadaptativo.

Como la variable Ansiedad por Coronavirus tuvo un valor OR de 1.998 se consideró variable de interés para generar un modelo de regresión logística multivariado, en el cual se tuvo como resultado que las variables TEPT, pérdida, Ansiedad y duelo en combinación con la Ansiedad por Coronavirus potencian la probabilidad de presentar Estrategias de Afrontamiento Desadaptativas. De acuerdo con estudios previos, incluso en circunstancias normales los estudiantes son propensos a presentar ansiedad, sin embargo, diversos autores expresan que la razón de la alta prevalencia de ansiedad en estudiantes universitarios durante y después de

la pandemia se debe a las condiciones extraordinarias de vida durante el confinamiento debido a la COVID-19, estas condiciones incluyen aislamiento social, inestabilidad económica, carga financiera, incertidumbre sobre el futuro, desafíos de aprendizaje, preocupación por la continuación escolar, mala calidad del sueño o el miedo a infectarse o a su familia los cuales tienen correlaciones significativas con estrategias de afrontamiento. (104–106)

Dentro de la muestra de esta investigación se pudo observar una mayor presencia de mujeres (69%), que de hombres (31%) participantes, del mismo modo se evidencia que dentro de todos los grupos (grupo 1 COVID-19 y pérdida, grupo 2 COVID-19, grupo 3 pérdida) existió mayor presencia de Ansiedad, Ansiedad por Coronavirus, Estrés postraumático y Duelo en las mujeres que en los hombres. En relación con estos resultados, se ha evidenciado que existe una diferencia significativa de la presencia de malestar psicológico entre hombres y mujeres, diversos estudios han demostrado que las mujeres presentan mayores afectaciones psicológicas que los hombres. Las investigaciones afirman que, durante las restricciones de la pandemia, las mujeres tuvieron una reducción de la actividad física y calidad de vida, lo que implica un detrimento en su salud mental, malestar social, emocional y psicológico, así mismo se incrementaron las demandas del cuidado del hogar y cuidado infantil, asociado a una mayor fatiga y niveles significativamente más altos de ansiedad. (107–111)

Para descartar que el efecto observado no sea por la proporción de mujeres y hombres en la investigación, se presenta un estudio donde se evaluó la ansiedad y las estrategias de afrontamiento a investigadores, con una muestra similar de hombres y mujeres a la de la presente investigación, (30.5% y 69.5% respectivamente), al presentar la asociación entre variables se encontró que existe una relación significativamente positiva entre los niveles de ansiedad y las estrategias de afrontamiento adaptativas, sin embargo, no existe una relación lineal significativa entre los niveles de ansiedad y las estrategias de afrontamiento desadaptativas, lo que se contrapone a los resultados de esta investigación, ya que, de manera general se obtuvo una relación lineal entre las estrategias de afrontamiento desadaptativas con la Ansiedad, Ansiedad por Coronavirus, Estrés Postraumático y duelo.

Corroborando los resultados de la presente investigación, un estudio realizado en Uganda reveló que estudiantes universitarios presentan mayor ansiedad y depresión relacionado con un afrontamiento desadaptativo, no obstante, probablemente las diferencias en estos

resultados tendrían que ver con la edad de la muestra estudiada, ya que, en el primer estudio, se refieren a investigadores, infiriendo que son personas adultas, y en la presente investigación y la realizada en Uganda se estudió principalmente a estudiantes universitarios (106,112).

Diversos estudios han afirmado que las interacciones cercanas y frecuentes entre los miembros de la familia tuvieron relación con emociones positivas y efectos significativos sobre el bienestar en general, contar con un apoyo social produce mejores estrategias de afrontamiento ante la enfermedad y sus implicaciones (107,113–115). Esto significa que mantener una relación cercana o vivir con la familia es un factor de protección ante los malestares generados por la COVID-19, sin embargo, es importante mencionar que en esta investigación al menos 10% tienen otro lugar de residencia, y el 90% residen en Hidalgo, lo que significa que la mayoría de participantes se encontraban cerca de la familia, y dentro del análisis comparativo se observó que las personas que residen en Hidalgo presentan mayores estrategias de afrontamiento desadaptativas; y también se identificó una diferencia significativa entre los alumnos que viven solos o en habitaciones de servicio con algún amigo o compañero, con aquellos que viven con padres o algún familiar; los que viven solos tienen menor riesgo y por ende mejores estrategias de afrontamiento que aquellos que viven acompañados. Y recordando que la mayoría de las personas en esta investigación son mujeres (68.5%) podría ser explicado con la asociación significativa que existe entre ser mujer aunado a ser estudiante con las estrategias de afrontamiento desadaptativas (110,111,116,117).

8.1 Estrategias de afrontamiento presentes en estudiantes con COVID-19 y pérdida

El grupo 1, conformado por estudiantes que tuvieron COVID-19 y la pérdida de un ser querido, presentó mayor número de personas con estrategias de afrontamiento desadaptativas y alta prevalencia en las variables Ansiedad, Estrés postraumático y duelo, que el resto de los grupos, se infiere que es generado por la exposición doble, en este caso a la enfermedad y a la pérdida de un ser querido a causa de la COVID-19, comparado con aquellos estudiantes que solo tuvieron COVID-19 o la pérdida. Existen diversos estudios que han analizado las consecuencias por sí solas de haber tenido COVID-19 o haber perdido a familiares por la

enfermedad durante las olas más fuertes de la pandemia, y los resultados arrojaron altos niveles en la prevalencia de ansiedad y estrés postraumático generando mayor inestabilidad emocional, psicológica y social, aislamiento social, pensamientos desiderativos, autocrítica, niveles más bajos de actividad física, mayor tiempo frente a las pantallas, insomnio, empeoramiento de la calidad del sueño, desconexión familiar, consumo de sustancias como tabaco y alcohol, bajo rendimiento escolar, así como menor resiliencia y autoestima (91–93,104,108,110,111).

8.2 Estrategias de afrontamiento presentes en estudiantes con COVID-19

Dentro de este grupo se pudo observar que los niveles de Ansiedad y Ansiedad y por Coronavirus son altos y las estrategias de afrontamiento que predominan son adaptativas, lo que resulta contradictorio con diversos estudios que se revisaron, ya que, nos indican que las personas que tuvieron la enfermedad, estuvieron hospitalizados o fueron “sobrevivientes” presentan una alta prevalencia de ansiedad, estrés postraumático, estado del ánimo negativo, así como estrategias de afrontamiento desadaptativas, incluso, sugieren intervenciones psicológicas personalizadas que ayuden a contener las secuelas psicológicas y evitar el incremento de estrés postraumático (85,107,108,118,119). El resultado de esta investigación podría deberse a que no existen altos niveles de TEPT en los participantes y sobre todo no existe el duelo en este grupo, variables que son de interés, ya que, dentro de la regresión logística multivariada que se llevó a cabo se identificó que estas dos variables ajustadas por Ansiedad por Coronavirus son significativas y predicen altamente las estrategias desadaptativas.

8.3 Estrategias de afrontamiento presentes en estudiantes con pérdida

La muerte personal o de algún familiar ha sido una de las consecuencias más temidas de la COVID-19. El duelo por pérdidas relacionadas con la enfermedad tiene características distintivas, por ejemplo: que no es anticipatorio (prácticamente sin tiempo ni etapas progresivas que faciliten la adaptación a la pérdida), el cierre o las despedidas no son posibles (el apoyo social presencial disminuye debido al distanciamiento para minimizar el riesgo de infección), puede afectar varias relaciones cercanas (un predictor relevante de duelo complicado), puede implicar estigmatización por parte de compañeros, amigos y vecinos,

está precedido por un período de ausencia de comunicación fluida y personal entre los familiares y el paciente hospitalizado, y quienes dan la noticia de la muerte son a menudo profesionales en zonas rojas que están estresados y no siempre tienen las habilidades o la capacidad para comunicar adecuadamente las malas noticias, estos factores contribuyen para que las personas presenten mayor tendencia al duelo complicado (120,121), sin embargo, en este grupo aunque todos habían presentado la pérdida de un ser querido a causa de la enfermedad gran parte del grupo (58%) presenta estrategias de afrontamiento adaptativo.

IX CONCLUSIONES

- Las variables psicológicas estudiadas (Ansiedad, Ansiedad por Coronavirus, TEPT, y Duelo) predicen las estrategias de afrontamiento desadaptativas.
- Este estudio evidencia la necesidad del desarrollo de servicios de apoyo psicológico a estudiantes universitarios que han padecido COVID-19 y/o la pérdida de un ser querido.
- El grupo 1 de estudiantes universitarios con COVID-19 y pérdida, presentó mayores niveles de estrés postraumático y tendencia al duelo complicado que el resto de los grupos (grupo 2 y grupo 3), asociándose a mayores estrategias de afrontamiento desadaptativas.
- En el grupo 2 de estudiantes universitarios con COVID-19 predomina la Ansiedad y Ansiedad por Coronavirus y pese a ello, no presentaron alta prevalencia de estrategias de afrontamiento desadaptativas.
- El grupo 3 presenta los niveles de prevalencia de Ansiedad, Ansiedad por Coronavirus, TEPT y duelo complicado más bajos de todos los grupos.
- Al analizar las variables desde los puntos de corte de los instrumentos existe mayor presencia de Ansiedad, Ansiedad por Coronavirus, TEPT y tendencia al duelo complicado en el grupo 1.
- En cuanto a los datos sociodemográficos se presentan mayores niveles de Ansiedad, Ansiedad por Coronavirus, TEPT y duelo complicado en mujeres que hombres. Los alumnos que tienen 21 años o más, que residen en Hidalgo, y viven con alguien (familiar, pareja, conocido o amigos) presentan mayores estrategias de afrontamiento

desadaptativas que aquellos que tienen 20 años o menos, residen en un lugar diferente a Hidalgo y viven solos.

X RECOMENDACIONES

- Homogeneizar la muestra en cuanto a la cantidad de hombres y mujeres participantes, ya que, la proporción de mujeres fue mayor que la de hombres.
- Del mismo modo la proporción de estudiantes que residen en Hidalgo y viven acompañados fue mayor que los que residen fuera de Hidalgo y viven solos.
- Aplicar un instrumento diferente para evaluar las estrategias de afrontamiento, ya que, el instrumento utilizado no permite evaluar con un puntaje global, tiene dos clasificaciones las cuales son opuestas (adaptativas y negativas).
- Ampliar las investigaciones en personas que únicamente hayan tenido la pérdida de un ser querido durante la pandemia, para explorar más sobre los procesos psicológicos que tuvieron derivados de la pérdida.
- Los resultados de este estudio pueden ser utilizados para generar programas de intervención que favorezcan estrategias de afrontamiento adaptativas.

XI REFERENCIAS

1. Tsang HF, Chan LWC, Cho WCS, Yu ACS, Yim AKY, Chan AKC, et al. An update on COVID-19 pandemic: the epidemiology, pathogenesis, prevention and treatment strategies. *Expert Rev Anti Infect Ther.* julio de 2021;19(7):877-88.
2. Umakanthan S, Sahu P, Ranade AV, Bukelo MM, Rao JS, Abrahao-Machado LF, et al. (No Title). Disponible en: <http://pmj.bmj.com/>
3. Wu Z, McGoogan JM. Characteristics of and Important Lessons From the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in China: Summary of a Report of 72 314 Cases From the Chinese Center for Disease Control and Prevention. *JAMA.* 7 de abril de 2020;323(13):1239-42.
4. Medeiros de Figueiredo A, Daponte A, Moreira Marculino de Figueiredo DC, Gil-García E, Kalache A. Case fatality rate of COVID-19: absence of epidemiological pattern. *Gac Sanit.* 2021;35(4):355-7.
5. Maguiña C, Gastelo R, Tequen A. El nuevo coronavirus y el desarrollo de la ciencia. *Rev Med Hered.* 2020;9(2):125-31.
6. Y J, H Y, W J, W W, S C, W Z, et al. Virology, Epidemiology, Pathogenesis, and Control of COVID-19. *Viruses* [Internet]. 2020;12(4). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32230900/>
7. Ibarra-Nava I, Cardenas-de la Garza JA, Ruiz-Lozano RE, Salazar-Montalvo RG. Mexico and the COVID-19 Response. *Disaster med public health prep.* agosto de 2020;14(4):e17-8.
8. Johns Hopkins Coronavirus Resource Center [Internet]. 2023 [citado 15 de febrero de 2023]. COVID-19 Map. Disponible en: <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>
9. Amador IA, Anzaldo JB, Binaghi LEC, Romero GFP, García AA. Etiología y fisiopatología del SARS-CoV-2 Etiology and pathophysiology of SARS-CoV-2. *Rev Latin Infect Pediatr* [Internet]. 2020;s1(33). Disponible en: www.medigraphic.com/infectologiapediatrica
10. Díaz-Castrillón FJ, Toro-Montoya AI. SARS-CoV-2/COVID-19: el virus, la enfermedad y la pandemia. *Medicina y Laboratorio.* 2020;24(3):183-205.
11. Wang CC, Prather KA, Sznitman J, Jimenez JL, Lakdawala SS, Tufekci Z, et al. Airborne transmission of respiratory viruses. *Science.* 2021;373(6558):eabd9149.
12. Sánchez Valverde AJ, Miranda Temoche CE, Castillo Caicedo CR, Arellano Hernández NB, Tixe Padilla TM, Sánchez Valverde AJ, et al. Covid-19: fisiopatología, historia natural y diagnóstico. *Rev Eug Esp.* agosto de 2021;15(2):98-114.

13. Tratamiento COVID – Coronavirus [Internet]. [citado 15 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://coronavirus.gob.mx/tratamiento-covid/>
14. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. 2023 [citado 15 de febrero de 2023]. Mapa Interactivo de casos de COVID en el estado de Hidalgo. Disponible en: <https://www.uaeh.edu.mx/covid-19/mapa/>
15. Organización Mundial de la Salud. Orientaciones para el público [Internet]. 2022 [citado 15 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public>
16. Krishnamoorthy Y, Nagarajan R, Saya GK, Menon V. Prevalence of psychological morbidities among general population, healthcare workers and COVID-19 patients amidst the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Res.* noviembre de 2020;293:113382.
17. Vindegaard N, Benros ME. COVID-19 pandemic and mental health consequences: Systematic review of the current evidence. *Brain, Behavior, and Immunity.* 2020;89(May):531-42.
18. Deng J, Zhou F, Hou W, Silver Z, Wong CY, Chang O, et al. The prevalence of depression, anxiety, and sleep disturbances in COVID-19 patients: a meta-analysis. *Ann N Y Acad Sci.* febrero de 2021;1486(1):90-111.
19. Ramírez-Ortiz J, Castro-Quintero D, Lerma-Córdoba C, Yela-Ceballos F, Escobar-Córdoba F. Mental health consequences of the COVID-19 pandemic associated with social isolation. *Colomb j anesthesiol* [Internet]. 7 de septiembre de 2020 [citado 6 de noviembre de 2021];48(4). Disponible en: <https://www.revcolanest.com.co/index.php/rca/article/view/930>
20. Rajkumar RP. COVID-19 and mental health: A review of the existing literature. *Asian Journal of Psychiatry* [Internet]. agosto de 2020;52. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32302935/>
21. Mian A, Al-Asad S, Khan S. Mental health burden of COVID-19. *Fam Pract.* 29 de marzo de 2021;38(2):195-7.
22. Buitrago Ramírez F, Ciurana Misol R, Fernández Alonso MDC, Tizón JL. [COVID-19 pandemic and mental health: Initial considerations from spanish primary health care]. *Aten Primaria.* enero de 2021;53(1):89-101.
23. Zhang J, Lu H, Zeng H, Zhang S, Du Q, Jiang T, et al. The differential psychological distress of populations affected by the COVID-19 pandemic. *Brain Behav Immun.* julio de 2020;87:49-50.

24. Bo HX, Li W, Yang Y, Wang Y, Zhang Q, Cheung T, et al. Posttraumatic stress symptoms and attitude toward crisis mental health services among clinically stable patients with COVID-19 in China. *Psychol Med.* abril de 2021;51(6):1052-3.
25. Liu S, Yang L, Zhang C, Xiang YT, Liu Z, Hu S, et al. Online mental health services in China during the COVID-19 outbreak. *The Lancet Psychiatry.* 1 de abril de 2020;7(4):e17-8.
26. association A psychiatric. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Vol. 9, *Archives of Neurology And Psychiatry.* 2013. 636 p.
27. Gonzalez C. Actualidades en la fisiopatología del trastorno por estrés postraumático (TEPT). *Salud Jalisco.* 2014;128-34.
28. Palacios L, Heinze G. TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO: UNA REVISIÓN DEL TEMA (PRIMERA PARTE). *SubStance.* 2002;25(3):19-26.
29. Orozco R, Borges G, Benjet C, Medina-Mora ME, López-Carrillo L. Traumatic life events and posttraumatic stress disorder among Mexican adolescents: results from a survey. *Salud Publica Mex.* 2008;50 Suppl 1:S29-37.
30. Fonrodona MP. Estado del arte del trastorno de estrés postraumático. *Suma Psicológica.* 2006;13(1):67-84.
31. Escobar A, González BG. Neuroanatomía del estrés Artículo de revisión. *Rev Mex Neuroci.* 2002;3(5):273.
32. Foa EB, Steketee G, Rothbaum BO. Behavioral/cognitive conceptualizations of post-traumatic stress disorder. *Behavior Therapy.* 1 de marzo de 1989;20(2):155-76.
33. Foa EB, Kozak MJ. Emotional processing of fear: exposure to corrective information. *Psychol Bull.* enero de 1986;99(1):20-35.
34. Bryant RA. Early Intervention After Trauma. En: *Evidence Based Treatments for Trauma-Related Psychological Disorders* [Internet]. Springer, Cham; 2022 [citado 31 de agosto de 2023]. p. 135-59. Disponible en: https://springerlink.uaeh.elogim.com/chapter/10.1007/978-3-030-97802-0_7
35. National Institute of Mental Health. National Institute of Mental Health (NIMH). 2020 [citado 16 de febrero de 2023]. Trastorno por estrés postraumático. Disponible en: <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/trastorno-por-estres-postraumatico>
36. McLean CP, Foa EB. Prolonged Exposure Therapy. En: *Evidence Based Treatments for Trauma-Related Psychological Disorders* [Internet]. Springer, Cham; 2022 [citado 31 de

- agosto de 2023]. p. 161-79. Disponible en:
https://springerlink.uaeh.elogim.com/chapter/10.1007/978-3-030-97802-0_8
37. Galovski TE, Wachen JS, Chard KM, Monson CM. Cognitive Processing Therapy. En: Evidence Based Treatments for Trauma-Related Psychological Disorders [Internet]. Springer, Cham; 2022 [citado 31 de agosto de 2023]. p. 211-26. Disponible en:
https://springerlink.uaeh.elogim.com/chapter/10.1007/978-3-030-97802-0_10
 38. Elbert T, Schauer M, Neuner F. Narrative Exposure Therapy (NET): Reorganizing Memories of Traumatic Stress, Fear, and Violence. En: Evidence Based Treatments for Trauma-Related Psychological Disorders [Internet]. Springer, Cham; 2022 [citado 31 de agosto de 2023]. p. 255-80. Disponible en:
https://springerlink.uaeh.elogim.com/chapter/10.1007/978-3-030-97802-0_12
 39. Nijdam MJ, Meewisse ML, Smid GE, Gersons BPR. Brief Eclectic Psychotherapy for PTSD. En: Evidence Based Treatments for Trauma-Related Psychological Disorders [Internet]. Springer, Cham; 2022 [citado 31 de agosto de 2023]. p. 281-306. Disponible en: https://springerlink.uaeh.elogim.com/chapter/10.1007/978-3-030-97802-0_13
 40. Friedman MJ. Global Treatment Issues for PTSD. En: Posttraumatic and Acute Stress Disorders [Internet]. Springer, Cham; 2015 [citado 31 de agosto de 2023]. p. 35-52. Disponible en: https://springerlink.uaeh.elogim.com/chapter/10.1007/978-3-319-15066-6_3
 41. Davidson JR, Book SW, Colket JT, Tupler LA, Roth S, David D, et al. Assessment of a new self-rating scale for post-traumatic stress disorder. *Psychol Med.* enero de 1997;27(1):153-60.
 42. Battle CE, James K, Bromfield T, Temblett P. Predictors of post-traumatic stress disorder following critical illness: A mixed methods study. *J Intensive Care Soc.* noviembre de 2017;18(4):289-93.
 43. Du J, Diao H, Zhou X, Zhang C, Chen Y, Gao Y, et al. Post-traumatic stress disorder: a psychiatric disorder requiring urgent attention. *Medical Review.* 1 de junio de 2022;2(3):219-43.
 44. Foa EB, Johnson KM, Feeny NC, Treadwell KR. The child PTSD Symptom Scale: a preliminary examination of its psychometric properties. *J Clin Child Psychol.* septiembre de 2001;30(3):376-84.
 45. Vanin JR. Overview of Anxiety and the Anxiety Disorders. En: Anxiety Disorders [Internet]. Humana Press; 2008 [citado 31 de agosto de 2023]. p. 1-18. Disponible en: https://springerlink.uaeh.elogim.com/chapter/10.1007/978-1-59745-263-2_1
 46. National Institute of Mental Health. National Institute of Mental Health (NIMH). 2022 [citado 16 de febrero de 2023]. Trastorno de ansiedad generalizada: Cuando no se

puede controlar la preocupación. Disponible en:
<https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/trastorno-de-ansiedad-generalizada-cuando-no-se-pueden-controlar-las-preocupaciones-new>

47. Comité Academia Nacional de Medicina. El trastorno de ansiedad generalizada. Rev Fac Med. agosto de 2013;56(4):53-5.
48. Delgado Ortiz P, Osma López JJ. Trastorno de ansiedad generalizada: un estudio de revisión. [Zaragoza]: Universidad de Zaragoza; 2012.
49. Galletero M. ETIOLOGIA DE LA ANSIEDAD. Monografías de Psiquiatría [Internet]. 2005 [citado 16 de febrero de 2023];1(4). Disponible en:
https://www.academia.edu/17388107/1989_ETIOLOGIA_DE_LA_ANSIEDAD
50. Borkovec TD, Alcaine OM, Behar E. Avoidance Theory of Worry and Generalized Anxiety Disorder. En: Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice. New York, NY, US: The Guilford Press; 2004. p. 77-108.
51. Holaway RM, Heimberg RG, Coles ME. A comparison of intolerance of uncertainty in analogue obsessive-compulsive disorder and generalized anxiety disorder. J Anxiety Disord. 2006;20(2):158-74.
52. Wells A. Cognitive therapy of anxiety disorders: A practice manual and conceptual guide. Hoboken, NJ, US: John Wiley & Sons Inc; 1997. xiv, 314 p. (Cognitive therapy of anxiety disorders: A practice manual and conceptual guide).
53. Behar E, Dobrow I, Hekler EB, Mohlman J, Staples AM. Modelos teóricos actuales del trastorno de ansiedad generalizada (TAG): : revisión conceptual e implicaciones en el tratamiento. RET: revista de toxicomanías. 2011;(63):15-36.
54. American Psychological Association. Trastornos de la ansiedad: el papel de la psicoterapia en el tratamiento eficaz. 2010 [citado 16 de febrero de 2023]. Trastornos de la ansiedad: el papel de la psicoterapia en el tratamiento eficaz. Disponible en:
<https://www.apa.org/topics/anxiety/tratamiento>
55. Larkin KT. Psychotherapy. En: Anxiety Disorders [Internet]. Humana Press; 2008 [citado 7 de septiembre de 2023]. p. 113-28. Disponible en:
https://springerlink.uaeh.elogim.com/chapter/10.1007/978-1-59745-263-2_5
56. Apolinário-Hagen J, Drüge M, Fritsche L. Cognitive Behavioral Therapy, Mindfulness-Based Cognitive Therapy and Acceptance Commitment Therapy for Anxiety Disorders: Integrating Traditional with Digital Treatment Approaches. En: Anxiety Disorders [Internet]. Springer, Singapore; 2020 [citado 7 de septiembre de 2023]. p. 291-329. Disponible en: https://springerlink.uaeh.elogim.com/chapter/10.1007/978-981-32-9705-0_17

57. Benedí J, Gómez del Río MÁ. Ansiedad. *Farmacia Profesional*. 1 de enero de 2007;21(1):50-5.
58. Simpson ML, Parker PW, Harrison AW. Differential performance on Taylor's Manifest Anxiety Scale by black private college freshmen, a partial report. *Percept Mot Skills*. abril de 1995;80(2):699-702.
59. Zung WW. A rating instrument for anxiety disorders. *Psychosomatics*. 1971;12(6):371-9.
60. Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo para Adultos [Internet]. [citado 4 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://psycnet.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2F06496-000>
61. Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. *Br J Med Psychol*. 1959;32(1):50-5.
62. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consult Clin Psychol*. diciembre de 1988;56(6):893-7.
63. Meza Flores DS. Duelo. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*. 2002;25(3):77-85.
64. Kübler-Ross E, Wessler S, Avioli LV. On Death and Dying. *JAMA*. 10 de julio de 1972;221(2):174-9.
65. Stroebe M, Schut H. The dual process model of coping with bereavement: rationale and description. *Death Stud*. 1999;23(3):197-224.
66. Shear K, Shair H. Attachment, loss, and complicated grief. *Dev Psychobiol*. noviembre de 2005;47(3):253-67.
67. Neimeyer RA. Searching for the meaning of meaning: grief therapy and the process of reconstruction. *Death Stud*. septiembre de 2000;24(6):541-58.
68. Worden JW. El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia. *Clín salud*. 2004;4-35.
69. Gil-Juliá B, Bellver A, Ballester R. Duelo: Evaluación, Diagnóstico Y Tratamiento Bereavement: Assessment, Diagnosis and Treatment. *Psicooncología*. 2008;5(1):103-16.
70. García-García JA, Landa Petralanda V, Trigueros Manzano MC, Gaminde Inda I. Inventario de experiencias en duelo (IED): adaptación al castellano, fiabilidad y validez. *Atención Primaria*. 1 de enero de 2001;27(2):86-93.

71. Holm M, Alvariza A, Fürst CJ, Öhlen J, Årestedt K. Psychometric evaluation of the Texas revised inventory of grief in a sample of bereaved family caregivers. *Res Nurs Health*. octubre de 2018;41(5):480-8.
72. Prigerson HG, Maciejewski PK, Reynolds CF, Bierhals AJ, Newsom JT, Fasiczka A, et al. Inventory of Complicated Grief: a scale to measure maladaptive symptoms of loss. *Psychiatry Res*. 29 de noviembre de 1995;59(1-2):65-79.
73. Hogan NS, Greenfield DB, Schmidt LA. Development and validation of the Hogan Grief Reaction Checklist. *Death Stud*. 2001;25(1):1-32.
74. Castaño EF, Leon del Barco B. Estrategias de afrontamiento del estrés y estilos de conducta interpersonal. *International Journal of Psychology*. 2010;10(2):245-57.
75. Lazarus RS, Valdés Miyar M, Folkman S. Estrés y procesos cognitivos [Internet]. Martínez Roca; 1986 [citado 17 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=222981>
76. Macías MA, Orozco CM, Amarís MV, Zambrano J. Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico. *on line*. 2013;30.
77. Pérez-Molina MJ, Rodríguez-Chinchilla N. Estrategias de afrontamiento: un programa de entrenamiento para paramédicos de la Cruz Roja. *Revista Costarricense de Psicología*. 19 de diciembre de 2011;30(45-46):17-33.
78. Folkman S, Lazarus RS. Coping as a mediator of emotion. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1988;54(3):466-75.
79. Cuevas-Torres M, García-Ramos T. Análisis crítico de tres perspectivas psicológicas de estrés en el trabajo: Three Psychological Perspectives of Job Stress. *Trabajo y sociedad* [Internet]. diciembre de 2012 [citado 7 de septiembre de 2023];(19). Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1514-68712012000200005&lng=es&nrm=iso&tlng=es
80. Moos RH, Holahan CJ. Dispositional and contextual perspectives on coping: toward an integrative framework. *J Clin Psychol*. diciembre de 2003;59(12):1387-403.
81. Canessa B. Adaptación psicométrica de las Escalas de Afrontamiento para Adolescentes de Frydenberg y Lewis en un grupo de escolares de Lima metropolitana. *Persona*. 24 de octubre de 2002;0(005):191.
82. Folkman S. Stress: Appraisal and Coping. En: Gellman MD, Turner JR, editores. *Encyclopedia of Behavioral Medicine* [Internet]. New York, NY: Springer; 2013 [citado 18 de septiembre de 2023]. p. 1913-5. Disponible en: https://doi.org/10.1007/978-1-4419-1005-9_215

83. Fernández-Martín FD, Flores-Carmona L, Arco-Tirado JL. Coping Strategies Among Undergraduates: Spanish Adaptation and Validation of the Brief-COPE Inventory. *Psychol Res Behav Manag.* 2022;15:991-1003.
84. Andhavarapu S, Yardi I, Bzhilyanskaya V, Lurie T, Bhinder M, Patel P, et al. Post-traumatic stress in healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Res.* noviembre de 2022;317:114890.
85. Kaseda ET, Levine AJ. The Clinical Neuropsychologist Post-traumatic stress disorder: A differential diagnostic consideration for COVID-19 survivors. 2020; Disponible en: <https://www.tandfonline.com/action/journalInformation?journalCode=ntcn20>
86. Chen C, Tang J, Wang C, Wen W, Cheng Y, Zhou M, et al. Meta-analysis of post-traumatic stress disorder and COVID-19 in patients discharged. *J Infect.* junio de 2022;84(6):834-72.
87. Yunitri N, Chu H, Kang XL, Jen HJ, Pien LC, Tsai HT, et al. Global prevalence and associated risk factors of posttraumatic stress disorder during COVID-19 pandemic: A meta-analysis. *Int J Nurs Stud.* febrero de 2022;126:104136.
88. Selçuk EB, Demir AÇ, Erbay LG, Özcan ÖÖ, Gürer H, Dönmez YE. Anxiety, depression and post-traumatic stress disorder symptoms in adolescents during the COVID-19 outbreak and associated factors. *Int J Clin Pract.* noviembre de 2021;75(11):e14880.
89. Moreno-Proaña G. Pensamientos distorsionados y ansiedad generalizada en COVID-19. *CienciAmérica.* junio de 2020;9(2):251.
90. Liu Y, Liu YF, Liu KX, Xie YJ, Li WG, Kong Y, et al. Anxiety, depression and post-traumatic stress disorder and related factors among Chinese population during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional study. *Medicine (Baltimore).* 23 de diciembre de 2022;101(51):e32336.
91. Bin Adnan MAA, Bin Kassim MSA, Bt Sahril N, Bin Abd Razak MA. Prevalence and Predictors of Anxiety among Stable Hospitalized COVID-19 Patients in Malaysia. *Int J Environ Res Public Health.* 29 de diciembre de 2022;20(1):586.
92. Zandifar A, Badrfam R, Yazdani S, Arzaghi SM, Rahimi F, Ghasemi S, et al. Prevalence and severity of depression, anxiety, stress and perceived stress in hospitalized patients with COVID-19. *J Diabetes Metab Disord.* 1 de diciembre de 2020;19(2):1431-8.
93. Delpino FM, da Silva CN, Jerônimo JS, Mulling ES, da Cunha LL, Weymar MK, et al. Prevalence of anxiety during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis of over 2 million people. *J Affect Disord.* 1 de diciembre de 2022;318:272-82.
94. Goveas JS, Shear MK. Grief and the COVID-19 Pandemic in Older Adults. *American Journal of Geriatric Psychiatry.* 2020;28(10):1119-25.

95. Rahman MA, Hoque N, Alif SM, Salehin M, Islam SMS, Banik B, et al. Factors associated with psychological distress, fear and coping strategies during the COVID-19 pandemic in Australia. *Globalization and Health*. 2020;16(1):1-15.
96. Joaquim RM, Pinto ALCB, Guatimosim RF, Paula JJ de, Costa DS, Diaz AP, et al. Bereavement and psychological distress during COVID-19 pandemics: The impact of death experience on mental health. *Current Research in Behavioral Sciences*. 2021;2(January):100019.
97. Dragioti E, Li H, Tsitsas G, Lee KH, Choi J, Kim J, et al. A large-scale meta-analytic atlas of mental health problems prevalence during the COVID-19 early pandemic. *J Med Virol*. mayo de 2022;94(5):1935-49.
98. Borghi L, Menichetti J. Strategies to Cope With the COVID-Related Deaths Among Family Members. *Front Psychiatry*. 15 de febrero de 2021;12:622850.
99. Matsuda Y, Takebayashi Y, Nakajima S, Ito M. Managing Grief of Bereaved Families During the COVID-19 Pandemic in Japan. *Japan Front Psychiatry*. 2021;12:637237.
100. Argimon-Pallás JM, Jiménez-Villa J. ES Elsevier Health. 2019 [citado 31 de enero de 2024]. Métodos de investigación clínica y epidemiológica. Disponible en: <https://tienda.elsevier.es/metodos-de-investigacion-clinica-y-epidemiologica-9788491130079.html>
101. Serrano-Juárez CA, Vargas Cabriada DS, de León Miranda MÁ, García-Reyes DL, Serrano-Juárez CA, Vargas Cabriada DS, et al. Prevalencia de síntomas de trastorno por estrés post-traumático en población adulta a dos y diez meses del inicio de la cuarentena por COVID-19. *Escritos de Psicología (Internet)*. diciembre de 2021;14(2):63-72.
102. Foa EB, Riggs DS, Dancu CV, Rothbaum BO. Reliability and validity of a brief instrument for assessing post-traumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*. 1993;6(4):459-73.
103. Beck K, Vincent A, Becker C, Keller A, Cam H, Schaefer R, et al. Prevalence and factors associated with psychological burden in COVID-19 patients and their relatives: A prospective observational cohort study. *PLoS ONE*. mayo de 2021;16(5 May).
104. Savitsky B, Findling Y, Erel A, Hendel T. Anxiety and coping strategies among nursing students during the covid-19 pandemic. *Nurse Educ Pract*. julio de 2020;46:102809.
105. Shao R, He P, Ling B, Tan L, Xu L, Hou Y, et al. Prevalence of depression and anxiety and correlations between depression, anxiety, family functioning, social support and coping styles among Chinese medical students. *BMC Psychol*. 22 de abril de 2020;8(1):38.

106. Huang Y, Su X, Si M, Xiao W, Wang H, Wang W, et al. The impacts of coping style and perceived social support on the mental health of undergraduate students during the early phases of the COVID-19 pandemic in China: a multicenter survey. *BMC Psychiatry*. 27 de octubre de 2021;21(1):530.
107. Hu J, Huang Y, Liu J, Zheng Z, Xu X, Zhou Y, et al. COVID-19 Related Stress and Mental Health Outcomes 1 Year After the Peak of the Pandemic Outbreak in China: the Mediating Effect of Resilience and Social Support. *Front Psychiatry*. 2022;13:828379.
108. Wu KK, Lee D, Sze AM, Ng VN, Cho VW, Cheng JP, et al. Posttraumatic Stress, Anxiety, and Depression in COVID-19 Survivors. *East Asian Arch Psychiatry*. marzo de 2022;32(1):5-10.
109. Silva Moreira P, Ferreira S, Couto B, Machado-Sousa M, Fernández M, Raposo-Lima C, et al. Protective Elements of Mental Health Status during the COVID-19 Outbreak in the Portuguese Population. *Int J Environ Res Public Health*. febrero de 2021;18(4):1910.
110. Hung MSY, Lam SKK, Chan LCK, Liu SPS, Chow MCM. The Psychological and Quality of Life Impacts on Women in Hong Kong during the COVID-19 Pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. enero de 2021;18(13):6734.
111. Nienhuis CP, Lesser IA. The Impact of COVID-19 on Women's Physical Activity Behavior and Mental Well-Being. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. enero de 2020;17(23):9036.
112. Ojilong D, Kanyike AM, Nakawuki AW, Lutwama DM, Nakanwagi D, Nekaka R. Anxiety and Coping Strategies during the Covid-19 Pandemic among Students at a Multi- Campus University in Uganda. *Res Sq*. 29 de marzo de 2022;rs.3.rs-1446865.
113. Oyat FWD, Oloya JN, Atim P, Ikoona EN, Aloyo J, Kitara DL. The psychological impact, risk factors and coping strategies to COVID-19 pandemic on healthcare workers in the sub-Saharan Africa: a narrative review of existing literature. *BMC Psychol*. 1 de diciembre de 2022;10(1):284.
114. Kan Z, Sjøgaard EGI, Siqveland J, Hussain A, Hanssen-Bauer K, Jensen P, et al. Coping, Social Support and Loneliness during the COVID-19 Pandemic and Their Effect on Depression and Anxiety: Patients' Experiences in Community Mental Health Centers in Norway. *Healthcare (Basel)*. 9 de mayo de 2022;10(5):875.
115. Ayenigbara IO. Mental Health amid COVID-19 Pandemic: Appropriate Coping Strategies. *Psychiatr Danub*. 2022;34(2):325-33.
116. Fogel Y, Sela Y, Hen-Herbst L. Coping strategies of families and their relationships with family quality of life during Covid-19 pandemic. *PLoS One*. 2022;17(9):e0273721.

117. Kaur W, Balakrishnan V, Chen YY, Periasamy J. Mental Health Risk Factors and Coping Strategies among Students in Asia Pacific during COVID-19 Pandemic-A Scoping Review. *Int J Environ Res Public Health*. 22 de julio de 2022;19(15):8894.
118. Bonazza F, Luridiana Battistini C, Fior G, Bergamelli E, Wiedenmann F, D'Agostino A, et al. Recovering from COVID-19: psychological sequelae and post-traumatic growth six months after discharge. *Eur J Psychotraumatol*. 2022;13(1):2095133.
119. Xiao X, Yang X, Zheng W, Wang B, Fu L, Luo D, et al. Depression, anxiety and post-traumatic growth among COVID-19 survivors six-month after discharge. *Eur J Psychotraumatol*. 13(1):2055294.
120. Burrell A, Selman LE. How do Funeral Practices Impact Bereaved Relatives' Mental Health, Grief and Bereavement? A Mixed Methods Review with Implications for COVID-19.
121. Kumar RM. The Many Faces of Grief: A Systematic Literature Review of Grief During the COVID-19 Pandemic. *Illn Crises Loss*. enero de 2023;31(1):100-19.

XII ANEXOS

Folio: _____

Consentimiento Informado (participante)

Por este medio se te invita a participar a una investigación relacionada con la COVID-19 y se te proporciona la siguiente información, con el propósito de que puedas decidir si deseas participar en este estudio, tu cooperación es de carácter voluntario, pudiendo rehusarte a participar en todo momento.

La pandemia por COVID-19, representa una emergencia de salud en todas sus esferas, particularmente en el aumento de problemáticas psicosociales, se sabe que estas pueden tener repercusiones no solo a corto plazo, sino también a largo plazo, convirtiéndose en un problema de salud pública, que debe ser detectado y atendido de inmediato para frenar el impacto psicológico en la salud mental de la población.

Tu participación en el estudio consiste en: a) contestar un cuestionario sobre datos sociodemográficos, y b) responder siete encuestas breves que contienen preguntas sobre factores psicológicos asociados al contexto de la pandemia COVID-19, el tiempo estimado es de aproximadamente 20 minutos, puede tardarse menos o más tiempo según lo considere necesario, así mismo, le recordamos que no existen respuestas correctas o incorrectas lo que consideramos importante son sus experiencias/vivencias respecto al tema.

Beneficios provenientes de tu participación en el estudio: Si usted acepta participar, estará colaborando con la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo para conocer más sobre la enfermedad COVID-19 en relación a las afecciones psicológicas (miedo, estrés y ansiedad) que causa, esto para poder generar modelos predictivos y así establecer líneas de intervención de corte preventivo y rehabilitatorio.

Inconvenientes personales provenientes de tu participación: Los riesgos potenciales que implican su participación en este estudio son que alguna de las preguntas lo hiciera sentir un poco incómodo(a), por lo tanto, tienen el derecho de no responderla.

Importante:

- De acuerdo con la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, en concordancia con lo establecido en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial; la información obtenida en este estudio, así como los datos personales que se proporcionen serán estrictamente confidenciales y se mantendrá en todo momento el anonimato de tu persona.
- Su aportación en este estudio es voluntaria y que todos los participantes pueden abandonar la investigación en cualquier momento.

- En el transcurso del estudio podrás solicitar información sobre el proyecto y tu participación.
- Tus resultados podrás solicitarlos al final de la investigación.
- No recibirás pago alguno por su participación, ni te generará algún costo.
- Los datos obtenidos pueden ser publicados o difundidos con fines científicos.

Declaración de la persona que da el consentimiento:

- He leído esta Carta de consentimiento.
- Me han explicado el objetivo del estudio, los posibles riesgos y beneficios, y otros aspectos sobre mi participación.
- He podido hacer preguntas relacionadas a la participación en el estudio, y me han respondido satisfactoriamente mis dudas.
- **Acepto participar en esta investigación.**

Nombre y firma del participante

Karen Cruz León
Firma Testigo

Datos de la investigadora:

Cruz León Karen
karen.crzln@gmail.com

Encuesta de Datos Sociodemográficos

Datos generales

1. Número de cuenta:

2. Correo electrónico:

3. Semestre _____ Grupo _____
4. Licenciatura _____
5. Turno: Matutino _____ Vespertino _____
6. Edad: _____ Sexo: H _____ M _____
7. Estado civil: Soltero(a) _____ Casado(a) _____ Divorciado(a) _____ Unión Libre _____
8. Lugar de residencia (ciudad, pueblo o provincia) _____
9. Vives con: a) Tus padres _____ b) Familiares _____ c) Amigos(as) _____ d) Solo(a) _____
- e) Pareja _____ f) Otros _____
10. ¿Actualmente estás bajo un tratamiento psicológico o psiquiátrico?: Sí _____ No _____
11. Sí la respuesta es sí ¿Por qué razón?: _____

Datos asociados a la COVID-19

12. ¿Te has vacunado contra la COVID-19? Sí _____ No _____
13. Sí la respuesta es sí ¿Cuántas dosis tienes? _____

14. ¿Cuál es el nombre de las vacunas que te han aplicado? _____
15. ¿Padeciste COVID-19 en los últimos 6 meses? Sí___ No ___
16. Sí la respuesta es sí ¿Has tenido secuelas a causa de la COVID-19?

17. Actualmente ¿estás bajo tratamiento médico a causa de las secuelas por COVID-19?

18. Debido a la pandemia por COVID-19 ¿Tuviste la pérdida de algún ser querido?
Sí___ No ___
19. Sí la respuesta es sí ¿quiénes fueron las personas que fallecieron y hace cuánto tiempo? _____
20. ¿A partir de los fallecimientos de tus seres queridos, has recibido algún tratamiento psicológico o tanatológico u otro? Sí___ No ___
21. Sí la respuesta es sí ¿qué tipo de tratamiento? _____

Inventario de Ansiedad de Beck

A continuación, se encuentra una lista de síntomas característicos de la ansiedad. Por favor lee cuidadosamente cada uno de ellos e indica con una X, en el espacio en blanco, el grado en que te hayan molestado durante la última semana incluyendo el día de hoy.

	Nada	Ligeramente (Sin molestia significativa)	Moderadamente Muy desagradable perosoportable	Severamente Casi insoportable
1. Entumecimiento, Hormigueo				
2. Oleadas de calor o bochornos				
3. Debilidad y temblor en las piernas				
4. Incapaz de relajarme				
5. Miedo a que pase lo peor				
6. Sensación de mareo				
7. Palpitaciones o aceleración cardíaca				
8. Falta de equilibrio				
9. Terror				
10. Nerviosismo				
11. Sensación de ahogo				
12. Temblor de manos				
13. Agitación				

14. Miedo a perder el control				
15. Dificultad para respirar				
16. Miedo a morir				
17. Asustado				
18. Indigestión o molestias abdominales				
19. Desmayos				
20. Enrojecimiento de la cara				
21. Sudoración (no por calor)				

Escala de Ansiedad por Coronavirus (CAS)

Instrucciones: Por favor califica cada oración. Usa la escala del lado derecho y coloca una “X” en el recuadro que describe mejor la frecuencia con la que sentiste en cada situación.

	Ninguna	Menos de un día o dos	Varios días	Más de 7 días	Casi todos los días durante las últimas dos semanas
1. Me sentí mareado, aturdido o débil, cuando leía o escuchaba noticias sobre el coronavirus.					
2. Tuve problemas para quedarme o permanecer dormido porque estaba pensando en el coronavirus.					
3. Me sentí paralizado o congelado cuando pensaba o estaba expuesto a información sobre el coronavirus.					
4. Perdí interés en comer cuando pensaba o estaba expuesto a información sobre el coronavirus.					
5. Sentí náuseas o problemas estomacales cuando pensé o estaba expuesto a información sobre el coronavirus.					

Escala de Síntomas de PTSD (PSS-I)

A continuación, sigue una lista de problemas que padecen algunas personas que han pasado por un evento traumático. Contesta cuantas veces, estos problemas te han preocupado nunca, de vez en cuando, la mitad del tiempo, o casi siempre.

0 = Nunca

1 = De vez en cuando

2 = La mitad del tiempo

3 = Casi siempre

1. Has tenido pensamientos o imágenes molestos sobre el evento, aunque tu no querías pensar en eso.	0	1	2	3
2. Has tenido sueños malos o pesadillas.	0	1	2	3
3. Has actuado o has sentido como si el evento estuviera pasando de nuevo (has escuchado algo ovisto algo que te recuerda del evento y te has sentido como si estuviera pasando otra vez).	0	1	2	3
4. Te has sentido mal cuando piensas o escuchas algo sobre el evento (por ejemplo: sintiéndote asustado(a), enojado(a), triste o culpable).	0	1	2	3
5. Has tenido sensaciones en tu cuerpo cuando piensas o escuchas algo acerca del evento (porejemplo: sudando de repente, el corazón palpitando rápido).	0	1	2	3
6. Has tratado de no pensar, hablar, o de tener sentimientos acerca del evento.	0	1	2	3
7. Has tratado de evitar actividades, personas, o lugares que te hacen recordar el evento traumático (por ejemplo, no querer jugar afuera o ir a la escuela).	0	1	2	3
8. Has tenido dificultad en recordar una parte importante del evento.	0	1	2	3
9. Has tenido mucho menos interés o no has hecho las cosas que acostumbrabas hacer.	0	1	2	3
10. Has tenido dificultad en sentirte cercano a las personas que están a tu alrededor.	0	1	2	3
11. Has tenido dificultad en tener sentimientos fuertes (por ejemplo, no poder llorar o sentirte muy feliz).	0	1	2	3

12. Has sentido como si tus planes del futuro o tus esperanzas no se harán realidad.	0	1	2	3
13. Has tenido dificultad en quedarte o mantenerte dormido(a).	0	1	2	3
14. Te has sentido irritable o has tenido momentos de enojo.	0	1	2	3
15. Has tenido dificultad en concentrarte.	0	1	2	3
16. Has estado demasiado cuidadoso(a) y atento(a).	0	1	2	3
17. Te has asustado o te has sorprendido fácilmente.	0	1	2	3

Inventario de Estrategias de Afrontamiento

Piensa unos minutos en la situación o hecho que hayas elegido. Responda a la siguiente lista de afirmaciones basándose en cómo maneja esta situación. Lee cada frase y determina el grado en que hiciste lo que cada frase indica en la situación que antes eligió, marcando el número que corresponda:

0: En absoluto; 1: Un poco; 2: Bastante; 3: Mucho; 4: Totalmente

Asegúrate de responder todas las frases y de marcar sólo un número en cada una de ellas. No hay respuestas correctas o incorrectas; sólo se evalúa lo que hiciste, pensaste o sentiste en ese momento.

1. Luché para resolver el problema	0	1	2	3	4
2. Me culpé a mí mismo	0	1	2	3	4
3. Deje salir mis sentimientos para reducir el estrés	0	1	2	3	4
4. Deseé que la situación nunca hubiera empezado	0	1	2	3	4
5. Encontré a alguien que escuchó mi problema	0	1	2	3	4
6. Repasé el problema una y otra vez en mi mente y al final vi las cosas de una forma diferente	0	1	2	3	4
7. No dejé que me afectara; evité pensar en ello demasiado	0	1	2	3	4
8. Pasé algún tiempo solo	0	1	2	3	4
9. Me esforcé para resolver los problemas de la situación	0	1	2	3	4
10. Me di cuenta de que era personalmente responsable de mis dificultades y me lo reproché	0	1	2	3	4
11. Expresé mis emociones, lo que sentía	0	1	2	3	4
12. Deseé que la situación no existiera o que de alguna manera terminase	0	1	2	3	4
13. Hablé con una persona de confianza	0	1	2	3	4
14. Cambié la forma en que veía la situación para que las cosas no parecieran tan malas	0	1	2	3	4
15. Traté de olvidar por completo el asunto	0	1	2	3	4
16. Evité estar con gente	0	1	2	3	4
17. Hice frente al problema	0	1	2	3	4

18. Me criticué por lo ocurrido	0	1	2	3	4
19. Analicé mis sentimientos y simplemente los dejé salir	0	1	2	3	4
20. Deseé no encontrarme nunca más en esa situación	0	1	2	3	4
21. Dejé que mis amigos me echaran una mano	0	1	2	3	4
22. Me convencí de que las cosas no eran tan malas como parecían	0	1	2	3	4
23. Quité importancia a la situación y no quise preocuparme más	0	1	2	3	4
24. Oculté lo que pensaba y sentía	0	1	2	3	4
25. Supe lo que había que hacer, así que doblé mis esfuerzos y traté con más ímpetu de hacer que las cosas funcionaran	0	1	2	3	4
26. Me recriminé por permitir que esto ocurriera	0	1	2	3	4
27. Dejé desahogar mis emociones	0	1	2	3	4
28. Deseé poder cambiar lo que había sucedido	0	1	2	3	4
29. Pasé algún tiempo con mis amigos	0	1	2	3	4
30. Me pregunté qué era realmente importante y descubrí que las cosas no estaban tan mal después de todo	0	1	2	3	4
31. Me comporté como si nada hubiera pasado	0	1	2	3	4
32. No dejé que nadie supiera como me sentía	0	1	2	3	4
33. Mantuve mi postura y luché por lo que quería	0	1	2	3	4
34. Fue un error mío, así que tenía que sufrir las consecuencias	0	1	2	3	4
35. Mis sentimientos eran abrumadores y estallaron	0	1	2	3	4
36. Me imaginé que las cosas podrían ser diferentes	0	1	2	3	4
37. Pedí consejo a un amigo o familiar que respeto	0	1	2	3	4
38. Me fijé en el lado bueno de las cosas	0	1	2	3	4
39. Evité pensar o hacer nada	0	1	2	3	4
40. Traté de ocultar mis sentimientos	0	1	2	3	4
41. Me consideré capaz de afrontar la situación	0	1	2	3	4

Inventario de Duelo Complicado (IDC) adaptado al castellano

POR FAVOR RESPONDE ESTE CUESTIONADRO SÓLO SI TUVISTE EL FALLECIMIENTO DE UN SER QUERIDO A CAUSA DE LA COVID-19.

Por favor, coloca una cruz en la opción que más se adapte a tu experiencia tras la muerte de su familiar o ser querido:

	Nunca	Raras veces	Alguna s veces	A menudo	Siempre
1. Pienso tanto en la persona que ha fallecido que me resulta difícil hacer las cosas como las hacía normalmente.	0	1	2	3	4
2. Los recuerdos de la persona que murió me trastornan.	0	1	2	3	4
3. Siento que no puedo aceptar la muerte de la persona fallecida.	0	1	2	3	4
4. Anhelo a la persona que murió.	0	1	2	3	4
5. Me siento atraído por los lugares y las cosas relacionadas con la persona fallecida.	0	1	2	3	4
6. No puedo evitar sentirme enfadado con su muerte.	0	1	2	3	4
7. No me puedo creer que haya sucedido.	0	1	2	3	4
8. Me siento aturdido por lo sucedido.	0	1	2	3	4
9. Desde que él/ella murió me resulta difícil confiar en la gente.	0	1	2	3	4
10. Desde que él/ella murió me siento como si hubiera perdido la capacidad de preocuparme de la gente o me siento	0	1	2	3	4

distante de las personas que me preocupaban.					
11. Me siento solo/a la mayor parte del tiempo desde que él/ella falleció.	0	1	2	3	4
12. Siento dolores en la misma zona del cuerpo o tengo alguno de los síntomas que sufría la persona que murió.	0	1	2	3	4
13. Me tomo la molestia de desviarme de mi camino para evitar los recuerdos de la persona que murió.	0	1	2	3	4
14. Siento que la vida está vacía sin la persona que murió.	0	1	2	3	4
15. Escucho la voz de la persona fallecida hablándome.	0	1	2	3	4
16. Veo a la persona que murió de pie delante de mí.	0	1	2	3	4
17. Siento que es injusto que yo viva mientras que él/ella ha muerto.	0	1	2	3	4
18. Siento amargura por la muerte de esa persona.	0	1	2	3	4
19. Siento envidia de otras personas que no han perdido a nadie cercano.	0	1	2	3	4