



Universidad de Costa Rica

[www.revistas.ucr.ac.cr/index.php/actualidades](http://www.revistas.ucr.ac.cr/index.php/actualidades)

## Ansiedad, desesperanza y afrontamiento ante el COVID-19 en usuarios de atención psicológica

Anxiety, Hopelessness, and Coping with COVID-19 in Users of Psychological Care

Alicia Hernández Montaña<sup>1</sup>

 <https://orcid.org/0000-0001-8778-5805>

Karla Patricia Valdés García<sup>4</sup>

 <http://orcid.org/0000-0002-1681-1954>

José González Tovar<sup>2</sup>

 <http://orcid.org/0000-0002-2507-5506>

Bárbara de los Ángeles Pérez Pedraza<sup>5</sup>

 <https://orcid.org/0000-0001-9685-3814>

Rosa Isabel Garza Sánchez<sup>3</sup>

 <http://orcid.org/0000-0003-2925-9211>

<sup>1,2,4,5</sup> Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Coahuila, México

<sup>3</sup> Facultad de Trabajo Social, Universidad Autónoma de Coahuila, México

<sup>1</sup> ✉ [ahm123@hotmail.com](mailto:ahm123@hotmail.com) <sup>2</sup> ✉ [josegonzaleztovar@uadec.edu.mx](mailto:josegonzaleztovar@uadec.edu.mx) <sup>3</sup> ✉ [isabelgarza@uadec.edu.mx](mailto:isabelgarza@uadec.edu.mx) <sup>4</sup> ✉ [karlavaldes@uadec.edu.mx](mailto:karlavaldes@uadec.edu.mx)

<sup>5</sup> ✉ [barbara\\_perez@uadec.edu.mx](mailto:barbara_perez@uadec.edu.mx)

Recibido: 11 de mayo de 2021. Aceptado: 27 de enero de 2022.

**Resumen.** *Objetivo.* Identificar los niveles de síntomas de ansiedad y desesperanza, así como, las estrategias de afrontamiento durante la pandemia de COVID-19 en usuarios de servicios de atención psicológica en línea. *Método.* Se utilizó un diseño de tipo transversal predictivo, con una muestra de 78 personas voluntarias. Se aplicó la Escala de estrategias de afrontamiento frente a riesgos extremos, Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) y la Escala de Desesperanza de Beck (BHS). *Resultados.* Al existir un alto nivel de ansiedad en las personas participantes, se tiende a manifestar mayor nivel de indefensión y de conductas de afrontamiento orientadas hacia la evitación y de naturaleza pasiva.

**Palabras clave.** Ansiedad, indefensión, afrontamiento, intervención psicológica, COVID-19

**Abstract.** *Objective.* The main goal was to identify the levels of symptoms of anxiety and hopelessness, as well as the coping strategies during the COVID-19 pandemic in users of online psychological care services. *Method.* A predictive cross-sectional design was used, with a sample of 78 volunteers. The scale of coping strategies in the face of extreme risks, the Beck Anxiety Inventory (BAI) and the Beck Hopelessness Scale (BHS) were applied. *Results.* The results indicated that since there is an elevated level of anxiety in the participants, they tend to manifest a higher level of helplessness and coping behaviors oriented towards avoidance and passive nature.

**Keywords.** Anxiety, helplessness, coping, psychological intervention, COVID-19



## Introducción

El 27 de febrero de 2020 se detectó el primer caso de COVID-19 en México, para el 30 de abril, el número de pacientes aumentó exponencialmente con un total de 19224 casos confirmados y 1859 (9.67%) fallecidos (Suárez et al., 2020). A partir del 17 de mayo se declaró el estado de alarma en todo el Estado Mexicano, lo cual llevó al confinamiento de toda la población.

La pandemia COVID-19 ha sido un evento extremo con consecuencias catastróficas que ha provocado daños, perjuicios económicos, pérdidas humanas, deterioro en la salud y de los servicios sanitarios (Allen et al., 2020; Ruiz, 2020). Dicha situación tiene un impacto en la salud mental tanto del personal médico como de la población en general; tales afectaciones son influidas por el miedo, la ansiedad, la depresión y el estrés (Ozamiz-Etxebarria et al., 2020; Salari et al., 2020; Zhang et al., 2020).

Estar bajo los efectos constantes del estrés en una comunidad afecta a todos en gran medida. Si bien, el estrés es un mecanismo normal y adaptativo que nos lleva a adecuarnos de manera funcional a las demandas del medio, también, puede llevarnos a un elevado nivel crónico de agitación mental y tensión corporal, superior a la capacidad que la persona puede aguantar y que produce angustia, enfermedades y, por consiguiente, un deterioro de la salud mental (Neidhardt et al., 1989).

Un estudio chino realizado en la fase inicial de la pandemia mostró que el 35% de la población observada experimentó estrés psicológico. Las mujeres y las personas entre los 18 y 30 años obtuvieron los puntajes más altos, probablemente por el acceso a las redes sociales como principal medio de información, lo cual puede detonar fácilmente estrés debido a que la mayoría de las noticias publicadas sobre COVID-19 son angustiantes (Qiu et al., 2020). Los miedos más comunes han correspondido a las categorías de contagio, enfermedad y muerte, aislamiento social, y problemas de trabajo (Sandín et al., 2020). Además, vivir en las zonas más afectadas

por la pandemia y tener un conocido diagnosticado por COVID-19 empeoraron los niveles de estrés (Cao et al., 2020).

Cabe señalar que el individuo no es un agente pasivo frente al estrés, las estrategias utilizadas para enfrentar las demandas de su entorno van a determinar la magnitud de esta experiencia (Naranjo, 2004). Según Lazarus y Folkman (1986) el afrontamiento del estrés se refiere a los "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" (p. 141). Al mismo tiempo, este proceso es cambiante, puesto que la persona en algunas ocasiones presenta unas estrategias adaptativas y en otras desadaptativas. Las primeras son aquellas orientadas a un afrontamiento activo de la situación estresante (Contreras & Esguerra, 2006), y las segundas corresponden a conductas de evitación (Brissette et al., 2002).

La ansiedad es otra de las afectaciones que se ha presentado durante esta pandemia, la rápida propagación de COVID-19 ha agudizado la presencia de síntomas de ansiedad en las personas de todo el mundo (Huang & Zhao, 2020; Niaz & Othman, 2020). La ansiedad es la experimentación del organismo de tensiones musculares, preocupación y cambios físicos como aumento de la presión arterial, temblores, mareos, la vigilancia en relación con un peligro a futuro y el desarrollo de comportamientos cautelosos o evitativos (Asociación Americana de Psiquiatría [APA], 2013). Dichas respuestas se consideran adaptativas, preparan al individuo para reaccionar ante una situación de emergencia. Sin embargo, cuando pierde su función de adaptación al medio deja de ser funcional y provoca una serie de malestares cognitivos, emocionales y conductuales en los individuos (Beck et al., 1985).

En el contexto de la pandemia de COVID-19 se ha hablado de ansiedad por la salud, la cual ocurre cuando algunos cambios o sensaciones fisiológicas son evaluados como síntomas de alguna enferme-

dad. Se distingue por interpretaciones catastróficas de sensaciones y cambios corporales, creencias disfuncionales acerca de la salud y la enfermedad, que conduce a respuestas poco adaptativas (Huaracaya-Victoria, 2020). En otras palabras, las personas con altos niveles de ansiedad por la salud tienden a interpretar señales físicas inofensivas como indicios de estar infectados por el virus, lo que incrementa su ansiedad e influye en su capacidad para tomar decisiones racionales. Esto lleva a comportamientos extremos como compras excesivas, retraimiento social, lavado de manos desmesurado (Moghanibashi-Mansourieh, 2020), entre otros.

Asimismo, otros estudios realizados con profesionales de la salud de la ciudad de Wuhan indicaron que el 44.6% presentó síntomas de ansiedad, el 34% de insomnio y el 71.5% de angustia (Lai et al., 2019). Datos similares reportó otro estudio con 230 miembros del personal médico en atención a pacientes contagiados, la ansiedad en la muestra fue del 23%, con valores de ansiedad severa de 2.17%, ansiedad moderada 4.78% y ansiedad leve 16.09%. La incidencia de ansiedad en el personal médico femenino fue mayor que en los hombres, así como la incidencia de ansiedad hallada en el grupo de enfermeras fue superior que en los médicos (Huang et al., 2020). Estas diferencias de género también han sido reportadas por diversos estudios en población general en la que las mujeres mencionan sentir más ansiedad que los hombres (Moghanibashi-Mansourieh, 2020; Wang et al., 2020). Además, ser soltera, no tener hijos, presentar comorbilidad médica y antecedentes de atención a la salud mental se asocia con la presencia de mayores niveles de síntomas de ansiedad (Galindo-Vázquez et al., 2020; Zhou et al., 2020).

Se ha encontrado que la ansiedad está más relacionada con un estrés temporal y la depresión con un estrés crónico (Pérez et al., 2014). La principal característica de esta última es la pérdida de la capacidad del individuo para poder interesarse y disfrutar de las actividades que realiza, incluidas las que antes sí le generaban placer. Así como senti-

mientos de culpa, autoestima baja, alteraciones en del sueño o del apetito, fatiga crónica o cansancio y falta de concentración (APA, 2013).

Desde los modelos cognitivos, Beck et al. (2010) explican la depresión a través de tres componentes principales: (a) el significado que el individuo elabora acerca de sí mismo, (b) de las experiencias y (c) del futuro. Las personas bajo esta condición tenderán a tener una concepción negativa de sí mismos, creen que el mundo los obstaculiza para que no logren alcanzar sus objetivos, de tal modo que la interpretación de su entorno es desalentador y frustrante en cuanto a las relaciones que pueda establecer con otros. Finalmente, su visión es negativa ante el futuro, es incapaz de imaginar proyectos de gran alcance, por lo que de manera anticipada predice los sufrimientos que obtendrá de él como penas y frustraciones. Este último aspecto es la desesperanza (pesimismo) que, conviene precisar, no solo subyace a la depresión, sino también a otros desórdenes psicológicos (Beck & Steer, 1988).

La persona desesperanzada cree: (a) que nunca podrá salir adelante por sí mismo; (b) que nunca tendrá éxito en lo que intente; (c) que nunca podrá alcanzar objetivos importantes; y (d) que nunca podrá solucionar los diversos problemas que afronte en la vida (Beck & Steer, 1988).

De ahí que los estudios muestran que las personas que se han enterado de un incremento de pacientes recuperados y aquellas que han seguido las recomendaciones sanitarias durante la pandemia presentan menores niveles de depresión (Arias et al., 2020). Es decir que, estar expuestos a noticias de recuperación puede estar influyendo en una visión más esperanzadora del fenómeno que están viviendo.

Se considera que la identificación oportuna de la angustia psicológica y la detección de las necesidades específicas de la población en cuanto a su salud mental serán cruciales para el desarrollo de intervenciones psicológicas que estén encaminadas a prevenir e incidir en su bienestar emocional y su adaptación positiva ante esta situación adversa (Duan & Zhu, 2020; Lozano-Vargas, 2020; Zhang et al., 2020).

Teniendo en cuenta las medidas de confinamiento, los servicios de salud mental han migrado al uso de plataformas de aplicaciones móviles e internet para brindar la atención psicológica en población expuesta. Por lo tanto, el objetivo del presente estudio corresponde a identificar los niveles de síntomas de ansiedad y desesperanza, así como, las estrategias de afrontamiento durante la pandemia de COVID-19 en usuarios de servicios de atención psicológica en línea.

## Método

### Diseño

Se utilizó un diseño de tipo transversal predictivo de acuerdo con la clasificación propuesta por [Pedhazur y Smelkin \(1991\)](#) así como [Ato et al. \(2013\)](#). El objetivo del trabajo consistió desde el inicio y a partir de la exploración de la relación de las variables en la construcción de un modelo predictivo con base en las asociaciones lineales entre las variables medidas.

### Participantes

Se recolectaron datos mediante un muestreo voluntario de 78 personas de ambos sexos (78.2% hombres y 21.8% mujeres), de 16 a 58 años ( $M = 24.5$ ;  $DT = 7.9$ ), mayormente solteros (69.2%), seguido de aquellos que están casados (16.7%) y separados (6.4%), poco más de la mitad de las personas atendidas tienen estudios de bachillerato (55.1%), continúan aquellos que tienen licenciatura (33.3%), secundaria (9%) y maestría (2.6%). Respecto a la ocupación, más de la mitad eran estudiantes (56%), seguido de los que cuentan con un trabajo remunerado (21.8%), dedicados al hogar (9%), estudian y trabajan (6.4%), comercio informal (3.8%) y desempleados (2.6%). Como criterio de inclusión se tuvo en cuenta que fueran personas que solicitaran servicios de atención psicológica a través de los departamentos de apoyo psicológico de una universidad pública de Saltillo, Coahuila, México.

### Instrumentos

Por una parte, para caracterizar a la población de estudio se utilizó un apartado de datos demográficos conformado por cinco ítems: (a) edad, con una pregunta abierta, (b) sexo, con dos opciones de respuesta (masculino, femenino), (c) estado civil, con seis opciones (casado, soltero, unión libre, divorciado, separado, viudo), (d) nivel de estudio, con seis opciones de respuesta (primaria, secundaria, bachillerato, licenciatura, maestría, doctorado), y (e) ocupación, con siete opciones de respuesta (trabajo remunerado, comercio informal, hogar, estudiante, pensionado, desempleado, estudia y trabaja).

En el mismo apartado, para caracterizar el confinamiento se diseñó una sección con trece ítems que incluyen tipo de confinamiento: con cinco opciones de respuesta (total, no sale para nada; parcial, sale a adquirir productos necesarios de subsistencia; parcial, sale porque continua trabajando; parcial, porque sale a cuidar de las necesidades de otros; ninguna, porque no ha dejado de salir a diferentes actividades); personas con las que comparte el mismo espacio físico: con una pregunta abierta, los ítems referentes al mantenimiento de rutina, dificultades para dormir, incremento de respuestas de enojo/irritabilidad, percepción de caos en la dinámica familiar, incremento de conflictos en casa, incremento de consumo de alcohol, tabaco, sustancias psicoactivas, alimentos poco saludables y uso del internet, así como, su activación física se respondieron con una escala tipo Likert de cinco puntos que va de nada a mucho.

Por último, se agregaron tres indicadores que permitieron determinar la naturaleza de la atención: motivo de consulta: con seis opciones de respuesta (ansiedad, depresión, estrés, miedo, violencia, otra), vía de atención: con seis opciones de respuesta (WhatsApp, Facebook, Zoom, Teams, llamada telefónica, otra plataforma), y canalización con otro especialista: con dos opciones de respuesta (sí, no).

Para evaluar síntomas de ansiedad, depresión y estrategias de afrontamiento se utilizaron tres instrumentos, que a continuación se describen:

**Escala de estrategias de afrontamiento frente a riesgos extremos**, versión validada por estructura interna en población general mexicana por López-Vázquez & Marván (2004), fue adaptada de la *Échelle Toulousaine de Coping* (Esparbes, Sordes-Ader, & Tap, 1994) contiene 26 ítems que evalúan 2 estrategias (afrontamiento activo y afrontamiento pasivo) que se contestan en una escala Likert de cinco puntos: (a) para nada, (b) rara vez, (c) a veces, (d) seguido, y (e) muy seguido. El índice de consistencia interna del cuestionario general, utilizando el alfa de Cronbach, es de .717.

**Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)**. Es un instrumento de auto reporte que consta de 21 reactivos que determinan la severidad de las categorías sintomáticas y conductuales de la ansiedad desarrollado por Beck et al. (1988). Se responde de acuerdo con una escala tipo Likert que va del 0 al 3 (0: Nada; 1: Leve; 2: Moderado; 3: Bastante). La puntuación total es la suma de todos los ítems, los síntomas hacen referencia a la última semana y al momento actual. Los resultados se interpretan de 0-21 ansiedad muy baja, 22-35 ansiedad moderada y 36 o más ansiedad severa. En el presente estudio se obtuvo un coeficiente alfa de .919. Ha sido ampliamente utilizada y validada en México, la última actualización en población general corresponde al estudio de Padrós et al. (2020).

**Escala de Desesperanza de Beck (Beck Hopelessness Scale, BHS) (Beck & Steer, 1988)**. Consta de 20 afirmaciones con dos opciones de respuesta (verdadero o falso). Los ítems que indican desesperanza se califican con 1 punto; los que no la indican se califican con 0 puntos, de tal manera que el puntaje máximo es 20 y el mínimo es 0. Ayuda a la interpretación la siguiente escala de puntajes propuestas por Beck y Steer (1988): 0-3, rango normal o asintomático; 4-8, leve; 9-14, moderado; y 15-20, severo, la validación por estructura interna en población mexicana tanto clínica como no clínica más reciente corresponde a Hermosillo-De la Torre et al. (2020).

## Procedimiento

Del 23 de marzo al 30 de mayo del 2020 la Secretaría de Salud implementó la Jornada Nacional de Sana Distancia en todo el territorio de México. Esto significó que los servicios de atención psicológica que hasta el momento se brindaban de manera presencial migrarán a través de plataformas en línea. Tal fue el caso de los departamentos de psicología preventiva y clínica de la universidad pública participante, quienes, a partir de ese momento, comenzaron a brindar los primeros auxilios psicológicos a población abierta.

A través de redes sociales se hizo la difusión de la nueva modalidad del servicio, las personas interesadas fueron asistidas con base en sus propios recursos tecnológicos, la mayoría fue atendida por Facebook (60.3%), seguido de WhatsApp (20.5%), otras plataformas (14.4%), Zoom (2.6%) y llamada telefónica la menos solicitada (2.6%).

La recolección de datos se realizó durante el primer contacto de la atención a través de un cuestionario auto diligenciado en línea, durante los meses de abril y mayo del 2020, el tiempo promedio de respuesta fue de 15 minutos aproximadamente. Para esto, en primer lugar, se explicó el objetivo de la investigación y se solicitó su participación voluntaria; después, las personas pacientes que aceptaron se les solicitó de manera verbal su consentimiento informado, el cual se apegó a los lineamientos éticos de acuerdo con las normas de investigación de la Sociedad Mexicana de Psicología (2007). La atención psicológica no estuvo condicionada con la participación en el estudio.

## Análisis de datos

Los datos se analizaron con estadísticos descriptivos para las subescalas de las tres pruebas utilizadas. Se obtuvieron la media aritmética, la desviación estándar, la asimetría y la curtosis. Adicionalmente, se utilizó la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov. Además, se obtuvieron distribuciones de frecuencias para las escalas BHS y BAI con los puntos de corte establecidos.

Posterior al análisis descriptivo, se obtuvo la matriz de correlaciones de Pearson con las puntuaciones directas de las escalas, con un nivel de significancia de  $p \leq .010$  y  $p \leq .050$ . Una vez identificadas las correlaciones existentes entre las variables, se ajustó un modelo de regresión lineal múltiple con el método de pasos sucesivos (Stepwise), conocido por permitir incorporar variable por variable a la ecuación para determinar el mejor modelo y la aportación de cada predictor (Riffenburgh, 2006).

## Resultados

Los datos del análisis descriptivo permitieron observar un comportamiento con tendencia hacia la simetría y perfil mesocúrtico en las variables analizadas y las subescalas que las componían, el coeficiente de asimetría y de curtosis fue inferior a  $\pm$  un punto. La escala de ansiedad resultó con una puntuación promedio de 22, ubicada en un nivel intermedio con respecto al máximo, comportamiento similar con la evaluación de desesperanza, que presentó un valor de 10 puntos y máximo de 17. Respecto al afrontamiento, el estilo positivo registró una puntuación ligeramente más alta que el estilo pasivo, situadas ambas puntuaciones a un nivel medio si se considera el valor más alto obtenido por la muestra que fue de 57 y 46 puntos respectivamente. La prueba de distribución de Kolmogorov-Smirnov aceptó la hipótesis nula en las subescalas de afrontamiento ( $Z$  Afrontamiento activo = .084;  $p =$

.200;  $Z$  Afrontamiento pasivo = .085;  $p = .200$ ), en el BAI-Ansiedad ( $Z$  Ansiedad = .134;  $p = .001$ ) y el BHS-Desesperanza ( $Z$  Desesperanza = .111;  $p = .019$ ) la rechazó, sin embargo, el valor de la magnitud del efecto fue de .134 y .111 respectivamente, lo que demuestra que las diferencias entre la distribución normal y los datos son pequeñas. La información puede observarse en la Tabla 1.

Como se muestra en la Tabla 2, al analizar los puntos de corte para la escala de desesperanza y el inventario de ansiedad, se encontró que, la mayoría de los participantes (85%) presentó desesperanza moderada, poco más del 10% presentó nivel leve y solo el 5% severa. Por otro lado, la ansiedad se presentó baja en el 56% de la muestra, moderada en el 25% y severa en casi el 18% de las personas participantes.

En el análisis de correlación de Pearson, se identificaron asociaciones entre la escala de ansiedad, la desesperanza y el afrontamiento pasivo, estas correlaciones resultaron con signo positivo, lo que implica que, al existir un alto nivel de ansiedad en las personas participantes, tienden a manifestar mayor nivel de indefensión y de conductas de afrontamiento orientadas hacia la evitación y de naturaleza pasiva. El afrontamiento pasivo no tuvo correlaciones significativas con las variables ansiedad y desesperanza, ya que los valores de  $p$  fueron  $> .05$ . Por otro lado, hay correlación positiva entre los niveles de ansiedad y la presencia de indicadores de riesgo tales como las dificultades para dormir, mayor presencia de respuestas de enojo/irritabilidad, una

**Tabla 1.** Estadística descriptiva para las subescalas utilizadas

VARIABLES	Mín.	Máx.	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>As</i>	<i>K</i>
BAI-Ansiedad	0	59	22.18	12.80	.47	-.31
BHS-Desesperanza	7	17	10.69	2.02	.79	.85
Afrontamiento positivo	19	57	38.65	9.16	.18	-.67
Afrontamiento negativo	20	46	31.72	5.15	.34	.09

*Nota.* *As* = coeficiente de asimetría, *K* = coeficiente de curtosis. BHS = Escala de Desesperanza de Beck, BAI = Inventario de Ansiedad de Beck.

**Tabla 2.** Distribución de frecuencias para los puntos de corte del BHS y el BAI

Categoría		f	%
BHS	Leve	8	10.3
	Moderado	66	84.6
	Severo	4	5.1
BAI	Ansiedad muy baja	44	56.4
	Ansiedad moderada	20	25.6
	Ansiedad severa	14	17.9

Nota. BHS = Escala de Desesperanza de Beck, BAI = Inventario de Ansiedad de Beck.

**Tabla 3.** Matriz de correlaciones entre el BAI-Ansiedad y el BHS-Desesperanza

Variables	Ansiedad
Nivel de desesperanza	.374*
Afrontamiento pasivo	.337**
Dificultades para dormir	.358*
Enojo/irritabilidad	.337*
Dinámica familiar caótica/complicada	.291*
Incremento de conflictos	.251*
Consumo de alimentos poco saludables	.276*

\*  $p \leq .05$ . \*\*  $p \leq .01$ .

dinámica familiar percibida como caótica o complicada, un incremento de conflictos y mayor consumo de alimentos. Los valores en las correlaciones se pueden observar en la Tabla 3.

El modelo de regresión lineal se ajustó solo con cuatro variables independientes, el valor de  $R$  fue significativamente diferente a cero ( $R = .601$ ;  $F = 5.356$ ;  $p = .024$ ), y la estimación de  $R^2$  fue de .361, calificada como grande (Domínguez-Lara, 2017), el porcentaje de predicción fue de 36.1%, el nivel de ansiedad en la muestra se explica por el nivel de desesperanza percibido ( $\beta = .546$  [IC95% = .042-1.050]) y la presencia de un estilo de afrontamiento pasivo ( $\beta = 2.889$  [IC95% = .426-5.355]), un incre-

mento en las dificultades para dormir ( $\beta = 2.425$  [IC95% = .334-4.516]) y mayores respuestas de enojo/irritabilidad ( $\beta = 1.791$  [IC95% = .438-3.144]). La variable que tiene mayor peso como predictor es la desesperanza seguido del afrontamiento, esto si se toma en cuenta los valores de  $\beta$  estandarizados. A pesar de que los valores de las correlaciones fueron de un nivel medio, hay que considerar que el límite inferior para  $R^2$  se puede clasificar como pequeño (ver Tabla 4). Las variables que resultaron correlacionadas, pero no aparecen el modelo fue debido a que los valores de  $\beta$  no fueron de magnitud significativamente diferente a cero.

**Tabla 4.** Modelo de regresión lineal por pasos sucesivos para la BAS como variable dependiente

Variables	CNE		CE	t	p	IC 95%	
	B	ES	$\beta$			LI	LS
(Constante)	1.791	0.678	.269	2.641	.010	.438	3.144
Desesperanza	0.546	0.253	.218	2.162	.034	.042	1.050
Afrontamiento negativo	2.889	1.236	.239	2.338	.022	.423	5.355
Dificultades para dormir	2.425	1.048	.234	2.314	.024	.334	4.516
Enojo/Irritabilidad	1.791	0.678	.269	2.641	.010	.438	3.144

Nota.  $R = .601$ ,  $R^2 = .361$

Se comprobaron adicionalmente los supuestos de ausencia de autocorrelaciones de los residuos mediante la prueba de Durbin-Watson, dicha prueba resultó con un valor de 2.071, lo que implica independencia de los residuos, que representa que los valores de los predictores no corren el riesgo de ser sobreestimados, ya que se encuentran dentro de los límites establecidos ( $LI = 1.057$ - $LS = 2.290$ ) para el tamaño de la muestra (Durbin & Watson, 1951). Por otro lado, la prueba de ANOVA indicó que la varianza de la regresión es significativamente diferente a la varianza de los residuos ( $F = 11.314$ ,  $p \leq .001$ ). La colinealidad en el modelo se evaluó con el índice de Tolerancia, que resultó con valores superiores a .10 en ambos predictores, el Factor de Incremento de la Varianza (VIF) fue inferior a 10 puntos.

## Discusión

A través de esta investigación se ha pretendido estudiar el impacto psicológico en población mexicana, asociado a la situación de confinamiento decretado por el gobierno mexicano en los meses de marzo, abril y mayo del 2020, debido a la pandemia de COVID-19. Particularmente, el estudio se centró en la presencia de síntomas de ansiedad y desesperanza, así como, las estrategias de afrontamiento en usuarios de servicios de atención psicológica en línea.

En la población estudiada se encuentra una prevalencia baja de los síntomas de ansiedad (56%) y una frecuencia moderada de desesperanza (84%). Estos resultados concuerdan con lo encontrado en otros estudios en la fase inicial de la pandemia con población en general (Ozamiz-Etxebarria et al., 2020; Salari et al., 2020). Sin embargo, existe diferencias frente a estudios centrados en el personal de salud de primera línea, en los cuales sus índices de ansiedad son más elevados (Lai et al., 2019; Huang et al., 2020). Es decir, estar en contacto directo con pacientes sospechosos de COVID-19 incrementa el riesgo de contagio y, por lo tanto, aumenta la percepción de amenaza de la propia salud.

Otros elementos que se han citado en los estudios relacionados con altos índices de ansiedad y/o depresión corresponden a vivir en las zonas más afectadas por la pandemia y tener conocidos con diagnóstico COVID-19 (Cao et al., 2020), condiciones que hasta el momento del estudio la muestra no enfrentaba. De acuerdo con el número de contagios reportados por la Secretaría de Salud de Coahuila fue de 178 contagios y 18 muertes hasta el mes de mayo (Gobierno del Estado de Coahuila, 2020) mientras que en toda la república mexicana se tenían 87 mil 512 casos positivos y 9 mil 415 víctimas mortales para el 30 de mayo del mismo año (Lastra & Rosales, 2020).

Sin embargo, algo que sí puede ser coincidente con otras investigaciones es el acceso a las redes sociales como medio principal de información y posible desencadenante de estrés (Qiu et al., 2020; Sandín et al., 2020). Cabe señalar que el servicio de atención psicológica se ofertó a través de una página de Facebook y más de la mitad de los participantes son estudiantes, lo que sugiere que es un medio por el cual se mantienen informados y en contacto social. Esto tiene dos lecturas, por un lado, el uso de las tecnologías, el internet y los celulares inteligentes pueden ser una vía rápida para acercarse a servicios de salud mental, sin embargo, por otro lado, no es un medio al cual pueda acceder cualquier grupo de la población, como es el caso de los adultos mayores o personas sin recursos tecnológicos. Lo que nos enfrenta a una brecha de desigualdad ante los servicios de atención psicológica.

Cabe resaltar que en el análisis de correlación de Pearson se encontró signo positivo entre las escalas de ansiedad, desesperanza y el afrontamiento pasivo. Es decir, las personas participantes tienden a experimentar una reacción emocional cuando prevalece la inquietud y el desasosiego y perciben síntomas de malestar físicos. Desde los modelos cognitivos conductuales estas reacciones emocionales y físicas están asociadas a las valoraciones cognitivas que el sujeto hace de las situaciones tanto externas como internas (Beck et al., 1985).

Dicho de otra forma, el confinamiento ha modificado de manera dramática la cotidianidad de la vida, pausó proyectos laborales y personales, limitó el contacto social y/o familiar, y aumentó el riesgo del deterioro de la salud física ante un posible contagio (Sandín et al., 2020). Además, este fenómeno se caracteriza por la falta de certeza del tiempo en que se resolverá la crisis, lo cual crea una sensación de incertidumbre. Lo que puede conducir a quienes participaron a hacer evaluaciones de tipo amenazante que limiten el manejo adecuado de las emociones, síntomas físicos y cambios en su comportamiento que dificulten enfrentar la situación de una manera adaptativa.

De tal manera que, ante un alto nivel de ansiedad, las personas participantes también incrementan sus señales de desesperanza, este resultado se ve caracterizado por una visión negativa del futuro y de pensamientos que les llevan a creer que no hay solución a los problemas. Esto podría derivar en alteraciones del sueño o del apetito, fatiga crónica o cansancio, que si se mantienen en el tiempo puede llegar a generar cuadros de depresión (APA, 2013). Resultados similares han sido obtenidos por Sandín et al. (2020) en población en situación de confinamiento, con mayores índices de desesperanza en la población de 19 a 30 años y en el grupo de mujeres en comparación con los varones.

La manera en cómo los individuos enfrentan las situaciones estresantes va a depender en gran medida de las evaluaciones cognitivas que hagan (Naranjo, 2004). En la muestra estudiada los esfuerzos cognitivos y comportamentales asociados a los altos niveles de ansiedad y desesperanza se caracterizan por conductas de afrontamiento de evitación y de naturaleza pasiva, en otras palabras, en general optan por distraerse y no pensar en la situación. Estos hallazgos son coincidentes con otros estudios que evaluaron las formas de afrontamiento en eventos de riesgo extremo en población mexicana (López-Vázquez & Marván, 2004), y en situaciones de estrés e incertidumbre con presencia de síntomas de ansiedad y depresión (Valero et al., 2020).

El modelo de regresión lineal explica parcialmente la causa de la ansiedad a partir de la presencia de desesperanza y ausencia de estrategias de afrontamiento activo. Ante estos resultados, se recomienda continuar con el estudio para identificar otros factores que pueden estar involucrados en la presencia de la ansiedad. Este hallazgo puede auxiliarnos para el diseño de estrategias de atención clínica o intervención en crisis de pacientes que están solicitando apoyo para afrontar de manera más activa los malestares psicológicos y emocionales derivados del contexto de la pandemia.

Es necesario considerar una serie de limitaciones importantes de este estudio. La muestra estuvo conformada en su mayoría por estudiantes de sexo masculino, por lo que la generalización de los resultados obtenidos a población general resulta muy limitada. Además, los resultados son obtenidos de una muestra relativamente pequeña lo que limitó que las correlaciones y el modelo de regresión lineal no tuvieran indicadores con mayor potencia estadística.

En conclusión, los resultados de este estudio destacan que la presencia de ansiedad en personas que se encuentran en confinamiento derivado de la pandemia de COVID-19 se explica, en parte, por indicadores de desesperanza caracterizados por una visión negativa del futuro y pensamientos que los llevan a creer que no hay solución de la situación. De esta forma, las personas optan por estrategias de afrontamiento orientadas a la evitación y de naturaleza pasiva. Se confirma los efectos psicológicos negativos asociados al posible estrés psicosocial que representan las propias condiciones del confinamiento y la pandemia. Los hallazgos de este estudio exponen la necesidad de continuar investigando frente a esta emergencia de salud pública más allá del periodo del confinamiento, sino también sus efectos a largo plazo en la salud mental de la población. La constante observación de estos sucesos permitirá el diseño de estrategias psicológicas que contemplen la particularidad del fenómeno que estamos viviendo.

## Referencias

- Allen, A., Sarmiento, J. P., & Sandoval, V. (2020). Los Estudios Latinoamericanos de Reducción del Riesgo de Desastres en el Contexto de la Pandemia del COVID-19. *Revista de Estudios Latinoamericanos sobre Reducción del Riesgo de Desastres REDER*, 4(2), 1-6. <http://www.revistareder.com/ojs/index.php/reder/article/view/46>
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5* (5a ed.). Editorial Médica Panamericana.
- Arias, Y., Herrero, Y., Cabrera, Y. G., Chibás, D., & García, Y. (2020). Manifestaciones psicológicas frente a la situación epidemiológica causada por la COVID-19. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 19, e3350. <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/3350/2535>
- Ato, M., López, J., & Benavente, A. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de Psicología*, 29(3), 1038-1059. <https://dx.doi.org/10.6018/analesps.29.3.178511>
- Beck, A., Emery, G., & Greenberg, R. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective* (1st ed.). Basic Books.
- Beck, A., Epstein, N., Brown, G., & Steer, A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6), 893-897. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.56.6.893>
- Beck, A., & Steer, R. (1988). *Beck Hopelessness Scale: manual*. The Psychological Corporation Harcourt Brace Jovanovich, Inc.
- Beck, A., Rush, A., Shaw, B., & Emery, G. (2010). *Terapia cognitiva de la depresión* (19 ed.). Desclée de Brower. <https://www.edesclée.com/img/cms/pdfs/9788433006264.pdf>
- Brissette, I., Scheier, M. F., & Carver, C. S. (2002). The role of optimism in social network development, coping and psychological adjustment during a life transition. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82(1), 102-111. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.82.1.102>
- Cao, W., Fang, Z., Hou, G., Han, M., Xu, X., & Xheng, J. (2020). The psychological impact of the COVID-19 epidemic on college students in China. *Psychiatry Research*, 287, 112934. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112934>
- Contreras, F., & Esguerra, G. (2006). Psicología positiva: una nueva perspectiva en psicología. *Revista Diversitas*, 2(2), 311-319. <https://www.redalyc.org/pdf/679/67920210.pdf>
- Domínguez-Lara, S. (2017). Magnitud del efecto en análisis de regresión. *Interacciones*, 3(1), 3-5. <https://doi.org/10.24016/2017.v3n1.46>
- Duan, L., & Zhu, G. (2020). Psychological interventions for people affected by the COVID-19 epidemic. *Lancet Psychiatry*, 7(4), 300-302. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(20\)30073-0](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(20)30073-0)
- Durbin, J., & Watson, G. S. (1951). Testing for serial correlation in least squares regression II. *Biometrika*, 38(1-2), 159-177. <https://doi.org/10.1093/biomet/38.1-2.159>
- Esparbes, S., Sordes-Ader, F., & Tap, P. (1994). Presentación de la escala de afrontamiento. Estrategias de afrontamiento. *Jornadas de Laboratorio PCS* 93, 89-107.
- Galindo-Vázquez, O., Ramírez-Orozco, M., Costas-Muñiz, R., Mendoza-Contreras, L. A., Calderillo-Ruiz, G., & Meneses-García, A. (2020). Síntomas de ansiedad, depresión y conductas de autocuidado durante la pandemia de COVID-19 en la población general. *Gaceta Médica*, 156, 298-305. <https://doi.org/10.24875/GMM.20000266>
- Gobierno del Estado de Coahuila. (2020). *Plan Estatal de Prevención y Control COVID*. Reportes

- diarios. Secretaria de Salud. <https://www.saludcoahuila.gob.mx/COVID19/index.php>
- Hermosillo-De la Torre, A. E., Méndez-Sánchez, C., & González-Betanzos, F. (2020). Evidence for the Factorial Validity of the Beck Hopelessness Scale in Spanish with Clinical and non-Clinical Samples. *Acta Colombiana de Psicología*, 23(2), 148-158. <http://www.doi.org/10.14718/ACP2020.23.2.7>
- Huang, Y., & Zhao, N. (2020). Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 outbreak in China: a web-based cross-sectional survey. *Psychiatry Research*, 288, 113083. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112954>
- Huang, J. Z., Han, M. F., Luo, T. D., Ren, A. K., & Zhou, X. P. (2020). Mental health survey of 230 medical staff in a tertiary infectious disease hospital for COVID-19. *Chinese Journal of Industrial Hygiene and Occupational Diseases*, 2020, 38(3), 192-195. <https://doi.org/10.3760/cmaj.cn121094-20200219-00063>
- Huarcaya-Victoria, J. (2020). Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de COVID-19. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 37(2), 327-34. [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-46342020000200327](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342020000200327)
- Lai, J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J., Wei, N., Wu, J., Du, H., Chen, T., Li, Tan, H., Kang, L., Yao, L., Huang, M., Wang, H., Wang, G., Liu, Z., & Hu, S. (2020). Factors Associated with Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. *JAMA Netw Open*, 3(3), e203976. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3976>
- Lastra, G., & Rosales, J. (2020, 30 de mayo). Coronavirus Coahuila y Durango al 30 de mayo, Noticias y casos de hoy. *Milenio*. <https://www.milenio.com/ciencia-y-salud/coronavirus-coahuila-durango-30-mayo-noticias-casos>
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Martínez Roca.
- López-Vázquez, E., & Marván, M. L. (2004). Validación de una escala de afrontamiento frente a riesgos extremos. *Salud Pública de México*, 46(3), 216-221. [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342004000300011](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342004000300011)
- Lozano-Vargas, A. (2020). Impacto de la epidemia del Coronavirus (COVID-19) en la salud mental del personal de salud y en la población general de China. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 83(1), 1-5. <https://doi.org/10.20453/rnp.v83i1.3687>
- Moghanibashi-Mansourieh A. (2020). Assessing the anxiety level of Iranian general population during COVID-19 outbreak. *Asian Journal Psychiatry*, 51, 102076. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102076>
- Naranjo, M. (2004). *Enfoques conductistas, cognitivos y racional emotivos* (1st ed.). Editorial de la Universidad de Costa Rica.
- Neidhardt, E., Weinstein, M., & Conry, R. (1989). *Seis programas para prevenir y controlar el estrés* (1st ed.). Ediciones Deusto.
- Niaz, M., & Othman N. (2020). Depression, Anxiety, and Stress in the time of COVID-19 Pandemic in Kurdistan Region, Iraq. *Kurdistan Journal of applied Research*, 5(3), 37-44. <https://kjar.spu.edu.iq/index.php/kjar/article/view/492/256>
- Ozamiz-Etxebarria, N., Dosil-Santamaria, M., Picaza-Gorrochategui, M., & Idoiaga-Mondragon, N. (2020). Niveles de estrés, ansiedad y depresión en la primera fase del brote del COVID-19 en una muestra recogida en el norte de España. *Cadernos de Saúde Pública*, 36(4) e00054020. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00054020>
- Padrós, F., Montoya, K., & Calderón, M. A. (2020). Propiedades psicométricas del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI, Beck Anxiety Inventory) en población general de México. *Ansiedad*

- y *Estrés*, 26(2-3), 181-187. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.anyes.2020.08.002>
- Pedhazur, E. J., & Smelkin, L. P. (1991). *Measurement, Design and Analysis: an integrated approach*. Lawrence Erlbaum Associates.
- Pérez, D., García, J., García, T., García T. E., Ortiz, D., & Centelles, M. (2014). Conocimientos sobre estrés, salud y creencias de control para la atención primaria de salud. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 30(3), 354-363. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252014000300009&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252014000300009&lng=es&tlng=es)
- Qiu, J., Shen, B., Zhao, M., Wang, Z., Xie, B., & Xu, Y. (2020). A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: implications and policy recommendations. *General Psychiatry*, 33(2), e100213. <https://doi.org/10.1136/gpsych-2020-100213>
- Riffenburgh, R. H. (2006). Regression and Correlation Methods. In R. H. Riffenburgh (Ed.), *Statistics in Medicine* (2nd ed., pp. 447-486). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-012088770-5/50064-2>
- Ruiz, M. T. (2020). Las estadísticas sanitarias y la invisibilidad por sexo y de género durante la epidemia de COVID-19. *Gaceta Sanitaria*, 35(1) 95-98. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.04.008>
- Salari, N., Hosseini-Far, A., Jalali, R., Vaisi-Raygani, A., Rasoulpoor, S., Mohammadi, M., Rasoulpoor, S., & Khaledi-Paveh, B. (2020). Prevalence of stress, anxiety, depression among the general population during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *Global Health*, 16(57), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12992-020-00589-w>
- Sandín, B., Valiente, R. M., García-Escalera, J. M., & Chorot, P. (2020). Impacto psicológico de la pandemia de COVID-19: Efectos negativos y positivos en población española asociados al periodo de confinamiento nacional. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 25(1), 1-22. <https://doi.org/10.5944/rppc.27569>
- Sociedad Mexicana de Psicología. (2007). *Código ético del psicólogo*. Trillas. [http://www.psicologia.unam.mx/documentos/pdf/comite\\_etica/CODIGO\\_ETICO\\_SMP.pdf](http://www.psicologia.unam.mx/documentos/pdf/comite_etica/CODIGO_ETICO_SMP.pdf)
- Suárez, V., Suárez, M., Oros, S., & Ronquillo de Jesús, E. (2020). Epidemiología de COVID-19 en México: del 27 de febrero al 30 de abril de 2020. *Revista Clínica Española*, 220(8), 463-471. <https://doi.org/10.1016/j.rce.2020.05.007>
- Valero, N. J., Vélez, M. F., Duran, A. A., Torres, M. (2020). Afrontamiento del COVID-19: estrés, miedo, ansiedad y depresión. *Enfermería Investiga*, 5(3), 63-70. <https://revistas.uta.edu.ec/erevista/index.php/enfi/article/view/913>
- Wang, Y., Di, Y., Ye, J., & Wei, W. (2020). Study on the public psychological states and its related factors during the outbreak of coronavirus disease 2019 (COVID-19) in some regions of China. *Psychology, Health & Medicine*, 26(1), 13-22 <https://doi.org/10.1080/13548506.2020.1746817>
- Zhang, J., Lu, H., Zeng, H., Zhang, S., Du, Q., Jiang, T., & D. B. (2020). The differential psychological distress of populations affected by the COVID-19 pandemic. *Brain Behavior, and Immunity*, 87, 49-50. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.04.031>
- Zhou, S. J., Zhang, L. G., Wang, L. L., Guo, Z. C., Wang, J. Q., Chen, J. C., Liu, M., Chen, X., & Chen, J. (2020). Prevalence and socio-demographic correlates of psychological health problems in Chinese adolescents during the outbreak of COVID-19. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 29, 749-758. <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01541-4>