

ARTÍCULO DE INVESTIGACIÓN

COMPARACIÓN DE LAS RESPUESTAS DE ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y ESTRÉS EN DOS GRUPOS DE ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS

COMPARISON OF ANXIETY, DEPRESSION, AND STRESS RESPONSES IN TWO GROUPS OF UNIVERSITY STUDENTS

MARÍA CLARA VILLA OROZCO¹, JHOANA LORENA GÓMEZ RAMOS², GINA ESTEFAN RODRÍGUEZ SEPÚLVEDA³

FECHA DE RECEPCIÓN 28/05/2023 • FECHA DE ACEPTACIÓN 28/06/2023

Para citar este artículo: Villa-Orozco M. C., Gómez-Ramos J. L., & Rodríguez-Sepúlveda G. E. (2023) Comparación de las respuestas de ansiedad, depresión y estrés en dos grupos de estudiantes universitarios. *Psychologia. Avances de la Disciplina*, 17(2). 83-97. <https://doi.org/10.21500/19002386.6466>

Resumen

Durante el transcurso de la pandemia por el síndrome respiratorio agudo severo (SARS-Cov-2), que se presentó desde el año 2020, se evidenció la importancia, así como también los desafíos que tienen los profesionales en salud mental, debido a los cambios suscitados para salvaguardar la población mundial. El aumento de ansiedad, depresión y estrés, provocaron diferentes reacciones, e interrogantes. El presente estudio adopta el método empírico-analítico, de tipo descriptivo comparativo, con enfoque cuantitativo de corte transversal. El objetivo que se ha trazado es comparar las respuestas de ansiedad, depresión y estrés en dos grupos de estudiantes universitarios, en donde algunos de ellos adquirieron el virus del COVID-19. Se buscó categorizar dichas respuestas y, posteriormente, identificar las similitudes y diferencias entre quienes portaron el virus y quienes no. La muestra estuvo conformada por 459 estudiantes, hombres y mujeres, que reportaron formación universitaria en curso o finalizada en Colombia. Los datos se obtuvieron a partir de la aplicación de dos instrumentos, por un lado, la caracterización sociodemográfica diseñada para fines específicos de la investigación y, por otro, la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21). Los resultados fueron analizados mediante el programa IBM SPSS Statistics 28.0, encontrando que las muestras se distribuyeron normalmente y que las personas que

1 Universidad de San Buenaventura, Carrera 8H # 172-20, Bogotá, Colombia. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6759-9765>

2 <https://orcid.org/0009-0005-0448-6321>

3 <https://orcid.org/0009-0001-4160-2097>

portaron el COVID-19 no presentaron de manera representativa puntajes mayores de depresión, ansiedad y estrés frente a las personas que no tuvieron contagio.

Palabras clave: respuesta, ansiedad, depresión, estrés, COVID-19.

Abstract

During the severe acute respiratory syndrome pandemic (SARS-Cov-2), which has been present since 2020, the importance and challenge for mental health professionals became.

Evident, due to the changes generated to safeguard the world population; the increase in anxiety, depression, and stress, raised different questions (Pérez, Álvarez & Rodríguez, 2020). An empirical-analytical study was carried out, of a comparative descriptive type, with cross-sectional quantitative methodology, with the aim of comparing the responses of anxiety, depression, and stress in two groups of people with higher education studies who were infected and not infected with COVID-19. The aim was to categorize these responses and subsequently identify the similarities and differences between those who were infected and those who were not infected with COVID-19. The sample consisted of 459 men and women, who reported university education in progress or completed in Colombia and who filled out two instruments, on the one hand, the sociodemographic characterization designed for specific research purposes and the Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21). The results were analyzed using the IBM SPSS Statistics 28.0 program, finding that the samples were normally distributed and that the people who had COVID-19 did not present higher scores of depressions, anxiety, and stress than those who had not been infected.

Keywords: response, anxiety, depression, distress, emotional responses, COVID-19.

Introducción

Es evidente que los desastres naturales o acontecimientos traumáticos a gran escala suelen dejar consecuencias físicas y psicológicas, las cuales varían dependiendo de la edad o el género. Específicamente, las poblaciones conformadas por mujeres, niños, adolescentes, ancianos y personas de escasos recursos son las de mayor riesgo (Groome & Soureti, 2004; Karet al., 2007; Ticehurst et al., 1996; Tolin & Foa, 2006; citados por Riquelme-Lobos & Raipán-Gómez, 2021).

Fue de conocimiento mundial que, en diciembre del año 2019, se notificó por primera vez en Wuhan (China) el nuevo brote de enfermedad por coronavirus, más conocido como COVID-19, a partir de entonces, se declaró emergencia de salud pública al enfrentar la aparición del síndrome respiratorio agudo severo (SARS-Cov-2). La Organización Mundial de la Salud (OMS), el 11 de marzo del año 2020, declaró que el brote de la enfermedad del Coronavirus 19, causada por el SARS-CoV2, se constituyó como una pandemia, luego de presentarse 118 000 casos reportados en 114 países y 4291 personas fallecidas (OMS, 2020).

Por otro lado, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) informó que las muertes por COVID-19 superaron los 2.6 millones de personas en América. Específicamente, desde el inicio de la pandemia en el año 2020, se presentaron 6 588 602 de muertes, en las seis regiones de la OMS, es decir, a nivel mundial (OPS, 2022). En Colombia, para el 8 de septiembre de 2020, cuando el aislamiento ya había finalizado, se reportaron 679 513 casos y 21 817 defunciones. Respecto a datos actuales, al 7 de octubre del año en curso, se registraron 877 683 casos y 141 837 defunciones (OPS, 2020; OPS, 2022).

En el año 2021, de acuerdo con los datos de la Universidad Johns Hopkins, Colombia se situó entre los países con mayor número de muertes totales y con más casos (Benítez et al., 2020). En un estudio realizado en cinco países latinoamericanos, entre los que se encontraba incluido Colombia, se identificó que la reacción a la pandemia fue más rápida que en los países europeos y Estados Unidos, implementándose restricciones de movilidad y aumentándose la capacidad del sistema de salud en respuesta a la llegada de COVID-19 al continente (Universidad Johns Hopkins, 2021). Aunque las medidas adoptadas fueron estrictas y se introdujeron en fases

tempranas, las respuestas de salud pública de los cinco países estuvieron condicionadas por factores pre-pandémicos, como el alto grado de informalidad económica, la incapacidad de ampliar las pruebas y la falta de una estrategia de contacto y rastreo en una etapa temprana, traduciéndose en altas tasas de incidencia y de muertes por población.

La OMS y la OPS señalaron que a nivel mundial se percibió una sensación de adversidad, dadas las consecuencias que trajo la pandemia de COVID-19, tanto a nivel socioeconómico como psicológico, incluyendo el miedo al virus y su propagación (2020). Se observó que, para intentar contrarrestar los efectos negativos del coronavirus, se decretaron medidas de restricción que buscaban reducir el peligro de contagio, como el aislamiento y distanciamiento social, suspensión de actividades, estrictas medidas de confinamiento, entre otras. Indudablemente, contribuyeron a unir ciertos lazos familiares en aquellos que durante la etapa de confinamiento estuvieron acompañados, pero, a su vez, se presentó un efecto adicional, es decir, salió a flote sintomatología de sufrimiento intenso y afectaciones a nivel interpersonal, sin olvidar a aquellos que por diferentes situaciones pasaron esta época solos (Díaz et al., 2020 citados por Quintero & Gil, 2021).

Es importante contextualizar lo referente a la salud mental. Es así como, desde diversas instituciones, se presentaron definiciones de este término. Una de ellas corresponde a la emitida por la OMS como un estado de bienestar, caracterizado por la autoobservación del individuo, respecto a sus capacidades, el afrontamiento funcional de las tensiones normales de la vida, el poder trabajar productivamente y tener la capacidad de contribuir a su comunidad (OMS, 2018). Desde el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (MinSalud), específicamente en el artículo 3 de la Ley 1616 de 2013, expedida sobre la salud mental, se definió como un estado dinámico, caracterizado por comportamientos e interacciones, que permite al individuo y colectivos desplegar recursos (emocionales, cognoscitivos y mentales) que permiten transitar por la vida cotidiana, incluyendo la contribución a la comunidad (MinSalud, 2014).

Autores como Liu, Wen, Zhang y Xu (2023) afirman que la pandemia provocada por el COVID-19

constituyó un evento de emergencia en salud pública a nivel internacional, es decir, un impacto a gran escala. A esto se suman autores como Pérez, Álvarez y Rodríguez (2020), quienes comentaron acerca de las evidentes consecuencias geopolíticas, económicas, de salud y hasta las psicosociales, que se presentaron a nivel mundial, considerando que afectó a personas de diferentes regiones geográficas, de distintos contextos culturales, socioeconómicos, laborales y educativos y con diversos sistemas de creencias y religiones que vivieron condiciones de incertidumbre e impredecibilidad. Por lo tanto, la incertidumbre ante la posibilidad de contagio que constituyó una amenaza real a la supervivencia, así como ante el futuro económico, laboral y personal, generó efectos sobre el estado emocional y el comportamiento de las personas.

Con las medidas adoptadas para mitigar el impacto de la propagación del virus, quedaron en evidencia los padecimientos de varios síntomas psicológicos y problemas de salud, entre los que se encuentran los altos niveles de estrés, percepción de la situación como grave, bajos niveles de conciencia de salud, entre otros (Brooks et al., 2020; Chew et al., 2020; González-Sanguino et al., 2020; Pappa et al., 2020; Zhang & Ma, 2020, citados por Bermejo-Martins, 2021).

En la investigación que realizaron Dubey et al. (2020) se encontró que el virus por COVID-19 implicó un factor precipitante e hizo visible una problemática aún más grande, perjudicial y a la que seguramente la humanidad se empezará a ver enfrentada a futuro, la salud mental. Esta se caracteriza por un impacto psicosocial universal, debido a la histeria masiva, pánico agudo, ansiedad, comportamientos obsesivos, carga económica y pérdidas financieras, entre otros.

Sumado a lo anterior, autores como Rodríguez-Quiroga, Buiza, Álvarez y Quintero (2020) reportan cómo el síndrome respiratorio tuvo una gran repercusión a nivel mundial, amenazando inicialmente la vida de adultos mayores por las comorbilidades relacionadas a la misma, así como personas con afecciones de salud subyacentes, como enfermedades cardiovasculares, diabetes y cáncer, las cuales tenían más riesgo de enfermedad grave y más probabilidades de morir por COVID-19. Con el paso del tiempo, se evidenció que la facilidad y rapidez con la que se propagó el virus imposibilitó el riesgo de

contagio solo a este grupo etario; es así como la preocupación por la posibilidad de transmisión de la enfermedad se exacerbó, al punto de que se intensificaron las respuestas de ansiedad y depresión a todo ser humano vulnerable al contagio o diagnosticado positivo para COVID-19.

Se desarrollaron diversas investigaciones que señalan la afectación en la salud mental, como una de las grandes repercusiones de la pandemia por COVID-19 (Riquelme-Lobos & Raipán-Gómez, 2021). Principalmente, se hace referencia al incremento en la posibilidad de desarrollar problemas mentales o psicológicos debidos a la falta o alteración en la comunicación interpersonal (Huarcaya-Victoria, 2020; Sandín et al., 2020, citados por Riquelme-Lobos & Raipán-Gómez, 2021). Aquí se incluye la aparición o empeoramiento de trastornos depresivos, trastornos ansiosos, el uso de sustancias, la soledad y la violencia doméstica (Galea, Merchant & Lurie, 2020; Xiao, 2020 citado por Riquelme-Lobos & Raipán-Gómez, 2021; Díaz et al., 2020 citados por Quintero & Gil, 2021). Por consiguiente, estos resultados psicológicos negativos, implican un impacto significativo en los estilos de vida de las personas a corto, mediano o largo plazo (Brooks et al., 2020 citados por Bruno, Márquez & Grinberg, 2020).

Así pues, la evidencia empírica requiere intervenciones que estén respaldadas por estudios de caracterización de la población con la que se vaya a trabajar (Bruno, Márquez & Grinberg, 2020). Como se ha expuesto, el COVID-19 implicó repercusiones a gran escala, entre ellas, afectaciones de salud mental, lo cual requiere las intervenciones terapéuticas o los abordajes psicológicos, para disminuir la sintomatología que interfiere con una óptima calidad de vida de los individuos.

Autores como Bruno, Márquez y Grinberg (2020) manifestaron, a través de su investigación, la necesidad de continuar con el seguimiento de indicadores de salud mental y con el respectivo reporte de los resultados, de tal manera que nutra las intervenciones que se diseñen, que estas se ajusten a la población objetivo, estén focalizadas en los problemas sobre los cuales intervenir, llegando, finalmente, a un mayor nivel de eficiencia (Bruno, Márquez & Grinberg, 2020). La OMS, por su parte, recomendó una serie de intervenciones de salud mental y apoyo psicosocial, a las cuales denominó SMAPS, para

que fueran aplicadas en los países o comunidades a nivel mundial (2020).

Las intervenciones se encuentran divididas en cuatro niveles; el primero corresponde a los aspectos psicosociales relativos a los servicios básicos y la seguridad; el segundo hace referencia al fortalecimiento de los mecanismos de apoyo comunitarios y familiares; el tercero aborda los mecanismos de apoyos focalizados no especializados, y el cuarto se refiere a los servicios especializados de salud mental (OMS & OPS, 2020).

Este estudio consideró la evaluación de tres constructos: a) depresión, b) ansiedad y c) estrés. Por un lado, la depresión ha sido considerada como uno de los trastornos mentales más prevalentes y graves a nivel mundial, en lo referente a las problemáticas dentro de la salud pública. Este trastorno conlleva a limitaciones para la ejecución de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, debido a factores biológicos, psicológicos, sociales y ambientales (Dagnino et al., 2017 citados por Quintero & Gil, 2021; Oyama & Piotrowski, 2022). Según la OMS (2021), el 5 % de los adultos en todo el mundo presentan depresión. Mientras que el Ministerio de Salud y Protección Social (2020) señala que en Colombia 5 de cada 100 personas pueden padecer depresión y 3 de cada 100 colombianos pueden tener ansiedad diagnosticada. Incluso, existe una comorbilidad entre estas patologías, constituyendo un trastorno mixto.

Algunos de los pacientes que se recuperaron de la fase aguda del contagio por COVID-19 presentaron síntomas persistentes, es por esto por lo que, entre las diferentes secuelas psicológicas del COVID-19, también conocido como síndrome post-COVID-19, se evidenciaron síntomas relacionados con el deterioro emocional, principalmente, depresión, ansiedad y trastorno de estrés postraumático (TEPT). Uno de los sustentos de este hallazgo lo constituye el estudio realizado por Luna-Rodríguez et al. (2022), donde la sintomatología asociada con el TEPT, la depresión, la ansiedad y el miedo, tienden a presentarse más en las mujeres. Autores como Liu, Wen, Zhang y Xu (2023) resaltaron que tanto el equipo asistencial como la gente del común experimentaron síntomas de estrés, particularmente, de estrés postraumático durante las pandemias.

La gran demanda de atención psicológica ante la incertidumbre de peligro inminente de enfermedad y

probable muerte gestaron en la población algunos pensamientos distorsionados, lo que hizo que se desencadenaran respuestas asociadas al deterioro de su estabilidad mental y física. Lo anterior se percibió a través de una explicación básica del esquema de ansiedad en tiempos de COVID, específicamente, desde la Triada cognitiva de Aaron Beck, donde explica que su evento estresor (A) es la crisis desencadenada por la enfermedad; esta, a su vez, genera pensamientos negativos sobre la situación estresora (B), lo que concluye en la aparición de emociones y conductas que causan un deterioro físico que afecta diferentes áreas de la vida de la persona (Moreno-Proañó, 2020).

Rodríguez-Quiroga et al. (2020), en su investigación, encontraron que, en pandemias anteriores, como las asociadas con el síndrome respiratorio agudo grave (SARS-CoV) en 2003 en China y el coronavirus del síndrome respiratorio del Medio Oriente (MERS-CoV) en 2012, no se evidenciaban respuestas significativas de ansiedad, estrés, etc.; sin embargo, con las medidas de confinamiento para cuidar de los ciudadanos pudo verse una diferencia en el comportamiento y respuesta de las personas. Confirman que la sintomatología depresiva en la población perteneciente a Medio Oriente se situó entre un 27,5 % y 50,7 %.

La OMS, en el año 2020, indicó que hubo un aumento del 25 % en los casos de depresión y ansiedad, principalmente, en jóvenes, quienes presentaron una tendencia más alta a desarrollar conductas suicidas y autolesivas. No obstante, se pudo identificar que estas respuestas de ansiedad y depresión se han venido dando en el ámbito universitario, aún antes de la pandemia, es decir, como consecuencia de factores estresores en este ámbito educativo: las habilidades y nuevas competencias a las que se expone la población estudiantil, el esfuerzo constante por alcanzar unas metas propuestas, una carga académica exigente (Arrieta, Díaz & González; 2014). A esto se suma que, para la etapa en la que comúnmente se está cursando la carrera universitaria, los jóvenes se ven expuestos a la experimentación de diversos cambios de tipo psicológico, cognoscitivo, físico y sociocultural.

Por su parte, Quintero y Gil (2021), en su investigación, encontraron una influencia significativa de los factores: a) estado civil, b) sexo, c) edad, d) condiciones educativas y e) información proveniente de los medios de

comunicación; todos asociados con el desarrollo de estados depresivos en el contexto de la pandemia generada por el COVID-19; entendiendo a la depresión como una gran limitante para la ejecución de actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. Cabe resaltar que los efectos de la pandemia se han estudiado en poblaciones con enfermedades crónicas, incluso en profesionales de la salud.

De acuerdo con Dubey et al. (2020), hay algunos factores que hacen más vulnerable a la población en cuanto a experimentar respuestas de ansiedad o depresión, estos son: edad joven, personas con nivel educativo mayor, ser estudiantes y tener síntomas de malestar físico. En consecuencia, los autores confirman que la población estudiantil, aun siendo con menos probabilidad de una responsabilidad constante en su hogar, presentaron un aumento en respuestas de ansiedad de un 7 %. De acuerdo con los resultados obtenidos, se visibilizan factores relacionados respuestas, tales como: académico, familiar, conductual, económico, antecedente familiar de depresión y ansiedad (Dubey et al., 2020).

Particularmente, en la población objeto de estudio de la presente investigación, según el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, 2020), el confinamiento obligatorio afectó el diario vivir de las personas, principalmente, la vida diaria de los jóvenes (citado por Quintero & Gil, 2021). Se evidencia, también, que las generaciones más jóvenes, puntualmente en edades comprendidas entre los 18 y 30 años, se vieron especialmente afectadas por el cese o la interrupción de la educación, la pérdida de empleo y de ingresos; incluso, y de acuerdo con lo comúnmente experimentado durante esta etapa del ciclo de vida, tenían menos probabilidades que las personas mayores de tener una vivienda segura, un empleo seguro o parejas estables (Bann et al., 2020).

Por su parte, autores como Brooks et al. (2020) hacen énfasis en la carga psicosocial que tuvo el hecho de un posible contagio, el desconocimiento del virus, la frustración y el miedo ante la posibilidad de enfrentar situaciones tales como desabastecimiento de medios sanitarios, de igual manera, pérdidas financieras y laborales. A lo anterior, se suma la ansiedad, la angustia y la pérdida de control como algunos de los motivos por los que también se generaron factores estigmatizantes y de aislamiento; eran aún más determinantes y discrimina-

tivos cuando se confirmaba el contagio, y, con este, aparecieron respuestas como: confusión, soledad, depresión y desesperación, algunos concluyendo en actos suicidas consumados.

De acuerdo con la contextualización anterior, se planteó la siguiente pregunta: ¿Existen diferencias entre las respuestas de ansiedad, depresión y estrés en dos grupos de personas con estudios de educación superior que se contagiaron y no con COVID-19?

Objetivo general

Comparar las respuestas de ansiedad, depresión y estrés en dos grupos de personas con estudios de educación superior que se contagiaron y no con COVID-19.

Objetivos específicos

Caracterizar las variables sociodemográficas de los participantes en el estudio.

Categorizar las respuestas de ansiedad, depresión y estrés en dos grupos de personas con estudios de educación superior que se contagiaron y no con COVID-19.

Metodo

Tipo de estudio

La investigación se enmarcó dentro de un estudio empírico-analítico, de tipo descriptivo comparativo, con metodología cuantitativa de corte transversal. En este estudio se buscó describir la ocurrencia de un fenómeno y las condiciones en que se manifiesta, lo que permitió establecer diferencias en las variables de estudio entre los grupos poblacionales (Montero & León, 2007; Hewitt & Roza, 2001). En el estudio se buscó contrastar las tres variables que están dadas a partir de respuestas de ansiedad, depresión y estrés en población contagiada y no con COVID-19.

Participantes

La muestra poblacional seleccionada para este estudio abarcó un total de 459 participantes, que incluyeron tanto hombres como mujeres, y cuyas edades oscilaron entre los 16 y 30 años. Estos individuos fueron reclutados de diversas regiones del país, la muestra se caracterizó por su heterogeneidad en cuanto a la elección de carreras y los semestres que cursaban. Los partici-

pantes provenían de instituciones de educación superior públicas y privadas de Colombia, lo que añadió un componente adicional de variabilidad a los datos recopilados.

La estrategia de difusión adoptada para la recolección de la muestra fue el método de bola de nieve. Este enfoque implica que los participantes iniciales reclutados invitan a otros conocidos que cumplan con los criterios de inclusión del estudio. Esta metodología, al fomentar la participación a través de conexiones personales, contribuyó a alcanzar una muestra más diversa y representativa, al tiempo que facilitó la expansión del alcance geográfico y la inclusión de individuos con diversas trayectorias académicas.

En la Tabla 1 se presentan los criterios de inclusión y exclusión de la población.

Tabla 1

Criterios de inclusión y exclusión de la muestra

Criterios de inclusión	Reporte de formación universitaria en curso o finalizada en Colombia
	Hombres y mujeres
	Educación superior pública y privada
Criterios de exclusión	Reporte de formación universitaria extranjera
	Personas que presenten alguna discapacidad física, intelectual o sensorial

Instrumentos

Fueron utilizados los dos instrumentos descritos a continuación:

Caracterización sociodemográfica. Se diseñó un instrumento para conocer datos generales de los participantes, a través del cual se obtuvo información de las variables sociodemográficas, tales como edad, nivel socioeconómico, estado civil, ocupación, procedencia, si actualmente y durante la pandemia se encontraba laboral y económicamente activo y si la persona se contagió o no con el virus del COVID-19.

Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21). Se utilizó la versión validada para Colombia de Ruiz, García-Martín, Suárez-Falcón y Odriozola-González (2017), consta de 21 reactivos, con preguntas tipo Likert y se divide en tres subescalas basadas en la modelo tripartita

de la emoción; una corresponde a la depresión, donde se evalúa anhedonia, falta de interés y de sentido, disforia y auto depreciación. En la de ansiedad, se miden síntomas somáticos de miedo, activación autonómica, experiencia subjetiva de afecto ansioso y síntomas subjetivos. Y la de estrés, que mide síntomas más relacionados con el trastorno de ansiedad generalizada, como tensión, irritabilidad, nerviosismo e impaciencia. Su forma de aplicación puede ser individual o grupal y tiene un tiempo de aplicación de 5 a 10 minutos, aproximadamente.

Respecto a la corrección de la prueba, se deben sumar las puntuaciones de los ítems correspondientes a cada una de las tres subescalas; incluso puede obtenerse un indicador general de síntomas emocionales sumando las puntuaciones de todos los ítems. De manera que, para su interpretación, se considera que, a un mayor grado de sintomatología, mayor será la puntuación general; clasificándose en categorías de leve, moderada, severa y extremadamente severa cada subescala (Ruiz, García-Martín, Suárez-Falcón & Odriozola-González, 2017).

La confiabilidad de la prueba, evaluada a través de consistencia interna, se reportaron valores alfa para la escala de Depresión de 0,88-0,87; para la escala de Ansiedad de 0,79; para la escala de Tensión/Estrés de 0,82-0,83, y para la escala total de 0,93 (Tully & cols., 2009; Szabó, 2010 citados por Román, Vinet & Alarcón, 2014) (Véase apéndice A).

Procedimiento

La presente investigación se llevó a cabo en tres fases descritas a continuación:

Fase 1: Se formuló y fundamentó teóricamente la investigación. Posteriormente, se definieron los criterios de inclusión de los participantes y los instrumentos a utilizar. Algunas instituciones de educación superior fueron contactadas, solicitando la disponibilidad para participar en la investigación e informando los objetivos y la modalidad. Se logró el contacto con algunos integrantes en nivel administrativo, a quienes se compartió la información mencionada anteriormente.

Fase 2: Una vez se logró este contacto, se convocó a los participantes que aceptaron contribuir en la investigación mediante consentimiento informado y, a través del mismo formulario, se les envió la

caracterización sociodemográfica y el instrumento DASS-21. Todos los adolescentes menores de edad que participaron en la investigación debieron cumplir con el requisito de consentimiento informado de padres o adultos responsables y el asentimiento de los mismos participantes. La administración de dichos instrumentos fue mediante un formulario de Google Forms.

Fase 3: Se codificaron los instrumentos y se realizó la base de datos de la información obtenida. Posteriormente, se depuró la base de datos para ser procesada mediante el programa IBM SPSS Statistics 28.0, y se realizaron los análisis correspondientes. Los resultados fueron interpretados a partir del sustento teórico elaborado para esta investigación. Adicionalmente, en el desarrollo de la investigación, se estableció un compromiso en el que aquellos participantes que obtuvieron puntajes con indicador de riesgo y aceptaron ser contactados recibirían información acerca de opciones para acceder a apoyo psicológico, a través del medio de contacto que seleccionaron. Una vez depurada la base de datos e identificando los participantes que obtuvieron puntajes significativos, se realizó el envío de la información correspondiente al acceso de apoyo psicológico.

Consideraciones éticas

Todos los participantes diligenciaron el consentimiento informado previa explicación del alcance de la investigación. Para los participantes menores de edad, fueron sus padres quienes diligenciaron el consentimiento informado y, en el caso de ellos, el asentimiento.

En la realización de la investigación se tuvo en cuenta la resolución 8430 de 1993, considerada como un estudio con riesgo mínimo, en la que no se atentó, ni física ni moralmente, a los participantes. Los datos obtenidos fueron utilizados, únicamente, con fines académicos y no se compartieron con personas ajenas a la investigación. Se basó en los criterios de beneficencia, en la que se garantizó a los participantes imparcialidad y neutralidad sobre la información recopilada, la confidencialidad, protección de la privacidad, respeto y justicia.

Asimismo, se tuvo en cuenta la ley 1090 del 2006, buscando la privacidad y seguridad de los participantes

que se dio a conocer en el consentimiento y asentimiento según fuera el caso. Se recopiló información bajo un enfoque de investigación en el que se guardó el secreto profesional. Se indicó, también, que, como profesionales en salud mental, las investigadoras fueron responsables de sus temas de estudio, la metodología que se empleó, los materiales, análisis y resultados, así como fueron responsables de la no divulgación y las pautas para su utilización adecuada.

Plan de Análisis

Para llevar a cabo la presente investigación, se implementó una metodología que involucra el uso de una matriz estructurada para recoger los datos de la muestra, para su posterior análisis y procesamiento en el programa IBM SPSS Statistics 28.0. En una primera fase del análisis, se llevó a cabo una caracterización de la muestra, utilizando técnicas de análisis descriptivo. Este enfoque permitió obtener una visión detallada y comprensiva de las características demográficas y socioculturales de los participantes en el estudio. Las estadísticas descriptivas, como medias, desviaciones estándar y rangos, fueron empleadas para proporciónar la distribución de las variables de interés en la muestra.

Además, para evaluar la magnitud de la afectación y obtener una comprensión de la prevalencia de las va-

riables estudiadas, se realizaron cálculos de frecuencias y porcentajes. Este enfoque estadístico permitió cuantificar la proporción de la muestra afectada por determinadas condiciones o características.

Resultados

El análisis descriptivo de caracterización de la muestra y la estimación de prevalencias de afectación se realizó mediante frecuencias y porcentajes, donde se encontró por cada objetivo lo siguiente:

Caracterizaciones variables sociodemográficas

Como se evidencia en la Tabla 2, la población con mayor grado de participación en la investigación fue de género femenino, con un 64,9 % y con un rango de edad entre los 16 y los 30 años, correspondiente al 90,4 % de la población estudiada; por otra parte, se pudo identificar que el 52,9 % se contagió con COVID-19; dato que fue relevante para los resultados obtenidos al comparar población COVID y no COVID con los ítems mencionados en el procedimiento; y que durante la pandemia solo el 31,6 % de la población se encontraba activa, laboralmente, sin embargo, se identificó que el 79,5 % contaba con recursos socioeconómicos para su sostenimiento. Esta diferencia se pudo generar dado que el 70,4 % eran estudiantes y dependían económicamente de sus padres.

Tabla 2

Caracterización de variables sociodemográficas

	N	%
Género		
Femenino	298	64,9
Masculino	161	35,1
Edad		
Joven (16 – 30 años)	415	90,4
Adulto joven (31 – 44 años)	36	7,8
Adulto intermedio (45 – 58 años)	8	1,7
Ocupación		
Empleado	122	26,6
Desempleado	4	0,9
Independiente	9	2
Estudiante	324	70,4

	N	%
Nivel socioeconómico		
1 – 2	269	58,6
3 – 4	183	39,9
5 – 6	7	1,5
Grupo étnico		
Comunidades negras y afrocolombianas	73	15,9
Raizales y palenqueras	1	0,2
Pueblos indígenas	45	9,8
Gitano	2	9,4
No aplica	338	73,6
Universidad		
Privada	437	95,2
Pública	22	4,8
Nivel de estudios		
Pregrado	414	90,2
Especialización	27	5,9
Maestría	17	3,7
Doctorado	1	0,2
Áreas de profesión		
Educación	54	11,8
Salud	28	6,1
Artes y Humanidades	30	6,5
Ciencias sociales	179	39
Ingeniería	115	25,1
Económico – Administrativas	53	11,5
Convivencia en pandemia		
Primer grado de consanguinidad	367	80
Parientes lejanos	78	17
Solo	14	3
Laboralmente activo		
Si	145	31,6
No	314	68,4
Recursos socioeconómicos en pandemia		
Si	365	79,5
No	94	20,5

Fuente: elaboración propia.

Categorización de las respuestas de ansiedad, depresión y estrés

Con respecto a la Tabla 3, se pudo concluir que la población no presentó niveles de depresión, ansiedad y estrés significativos en pandemia. Aunque los valores son

relevantes para la investigación, no sobrepasan en gran medida los ítems evaluados. Se evidencia que el 45,5 % de la población no presentó síntomas depresivos, el 46,5 % no presentó síntomas ansiosos y el 57,9 % no presentó estrés.

Tabla 3*Categorización de las respuestas de ansiedad, depresión y estrés*

Cuestionario DASS 21 - Depresión		
Escalas	N	%
Sin depresión	209	45,5
Depresión leve	55	11,9
Depresión moderada	76	16,5
Depresión severa	50	11
Extremadamente severa	69	15,2
Total	459	100
Cuestionario DASS 21 - Ansiedad		
Sin ansiedad	213	46,5
Ansiedad leve	29	6,3
Ansiedad moderada	87	19
Ansiedad severa	35	7,6
Extremadamente severa	95	20,8
Total	459	100
Cuestionario DASS 21 - Estrés		
Sin estrés	266	57,9
Estrés leve	39	8,5
Estrés moderado	66	14,4
Estrés severo	64	14
Extremadamente severa	24	5,1
Total	459	100

Fuente: elaboración propia.

Comparación de las respuestas de ansiedad, depresión y estrés

El grupo de personas que se contagió con COVID-19 fue de 216, y no contagiadas, de 243, lo que indica que son relativamente equivalentes al compararse en proporción por contacto con el virus. Sin embargo, se realizó con una validación estadística para determinar si había diferencias significativas entre las dos poblaciones; se evaluó mediante prueba T de student para muestras independientes con el fin de comparar los dos grupos

(COVID y no COVID) y confirmar o descartar las hipótesis que se generaron en cada una de las escalas evaluadas en la investigación, esto se dio de la siguiente manera:

Cada uno de los elementos pertinentes para la investigación actual fue evaluado de manera independiente, utilizando un valor predeterminado de significancia del 5%, representado como 0,05, que refleja la magnitud del error. La toma de decisiones se basará en $p < 0,05$ para respaldar la falsedad de la hipótesis nula, o $p > 0,05$ para confirmar su veracidad.

Tabla 4*Estadísticas de depresión*

	Contagio por COVID	N	Media	Desv. estándar	Sig.
Depresión	Sí	216	7,53	6,01	,56
	No	243	5,85	5,89	

De la primera escala, el promedio de depresión con contagio fue 7,53 y el de no contagio con depresión se dio en 5,85; lo que indicaría que hay una diferencia de 1,68. Sin embargo, se obtuvo una estimación del *p* valor sobre ,56, lo que confirmó que no

hay diferencia entre los grupos poblacionales. La hipótesis bajo la que se basó la investigación se descartó, indicando que la población contagiada por COVID-19 no presentó un mayor nivel de depresión que la que no tuvo contagio.

Tabla 5*Estadísticas de ansiedad*

	Contagio por COVID	N	Media	Desv. estándar	Sig.
Ansiedad	Sí	216	6,58	4,97	,03
	No	243	4,16	4,85	

En la segunda escala se pudo verificar que, de acuerdo con la estimación del *p* valor de ,03, la población contagiada por COVID-19 no tuvo mayor puntaje de ansiedad que la que no se contagió; aunque los valores promedio en la muestra para ansiedad de

la población contagiada son 6,58 y no contagiada de 4,16, con una diferencia de 2,42, que es, significativamente, más amplia que la escala anterior; de esto se podría inferir que la población estuvo más ansiosa que deprimida.

Tabla 6*Estadísticas de estrés*

	Contagio por COVID	N	Media	Desv. estándar	Sig.
Estrés	Sí	216	7,95	5,21	,47
	No	243	6,28	5,46	

Finalmente, para la tercera escala, se obtuvo la estimación del *p* valor sobre ,47, confirmando así que las personas que tuvieron contagio por COVID-19 no presentaron un índice elevado de estrés mayor en comparación con las que no tuvieron contagio; no obstante, el promedio para población con contagio fue de 7,95 y no contagio de 6,28, con una diferencia de 1,67, lo que pudo significar que la población estuvo en un grado de similitud estresada y deprimida.

Discusión

En la evaluación del impacto en la salud mental frente a la pandemia de COVID-19 en Colombia, y a través de los hallazgos de la investigación, fue posible evidenciar aportes relevantes y significativos que implicaron una perspectiva diferente a la idea inicialmente propuesta.

En varias investigaciones se encontró que los acontecimientos traumáticos a gran escala suelen dejar

consecuencias no solamente a nivel físico, sino psicológico, representando un impacto en la salud mental. Es así por lo que la pandemia por COVID-19 dejó consecuencias positivas, tales como la oportunidad de estrechar algunos lazos familiares, y negativas, como afectaciones sobre el estado emocional y el comportamiento, particularmente, problemáticas asociadas con los constructos que fueron objeto de evaluación en el estudio: a) ansiedad, b) depresión y c) estrés (Riquelme-Lobos & Raipán-Gómez, 2021; Quintero & Gil, 2021; Bermejo-Martins, 2021).

Pese a que, en el año 2021, Colombia se situó entre los países con mayor número de muertes totales y con más casos detectados de COVID-19 positivo, de acuerdo con los datos de la Universidad Johns Hopkins (2021), en la presente investigación, aparentemente, no repercutió en niveles elevados o significativos de ansiedad, depresión y estrés en la población que se contagió de COVID-19.

En razón a lo anterior, es concluyente indicar que las personas que tuvieron COVID-19 no presentaron un resultado clínicamente importante y representativo en los puntajes mayores de depresión, ansiedad y estrés en comparación con las personas que no se contagiaron. Asimismo, se descartó que en la población estudiada haya una relación directa entre estas variables y la enfermedad por COVID-19 que acaeció a nivel mundial.

Pese a que no se presentaron diferencias significativas entre los grupos poblacionales COVID y no COVID, los porcentajes de ansiedad, depresión y estrés sí se vieron involucrados por situaciones como el estar solos, las dificultades a nivel financiero y laboral.

Adicionalmente, las personas de edades entre los 16 y 30 años fueron los más afectados respecto al aumento en los resultados de ansiedad, comparados con depresión y estrés. Situación que también se observó en los datos ofrecidos por la OMS en el año 2020, indicando un aumento del 25 % en los casos de depresión y ansiedad, principalmente, en jóvenes (OMS, 2020), y en la investigación llevada a cabo por Dubey et al. (2020), donde se encontró que uno de los factores que hizo más vulnerable a la población respecto a experimentar respuestas de ansiedad o depresión fue edad joven. Por consiguiente, se concluyó, de acuerdo con los resultados obtenidos y contrario a las hipótesis de trabajo planteadas en el estu-

dio, que no hubo alteraciones significativas asociadas con la depresión, la ansiedad ni el estrés entre las personas que se contagiaron y no con COVID-19. De forma que las personas que tuvieron COVID-19 no presentaron de manera representativa puntajes mayores de depresión, ansiedad y estrés, comparándolas con las personas que no se contagiaron.

De acuerdo con lo anterior, se descartó que en la población estudiada existiera una relación directa entre los tres constructos evaluados (ansiedad, depresión y estrés) y el contagio por COVID-19. Sin embargo, se pudo evidenciar que a nivel nacional hubo una gran reducción financiera; el temor a acercarse a un centro de salud para ser atendida la población impidió que en la mayoría de los casos se diera una solución inmediata o efectiva frente a la necesidad de atención médica; las medidas de contención del virus para mitigar la propagación hizo que se generara aislamiento, disminución en la capacidad de salir a conseguir los alimentos o, simplemente, la falta de trabajo en la empresas redujo la capacidad de contratación, esto generó despidos masivos. Dicha toda la problemática anteriormente relacionada, los resultados obtenidos en esta investigación dan cuenta de los motivos que imposibilitaron tener una salud mental más óptima y que por ende la depresión, ansiedad y estrés se vislumbraran con un aumento considerable.

Limitaciones del estudio

Los hallazgos en este estudio deben considerarse a la luz de las siguientes limitaciones: a) la dificultad en la consecución de la muestra, razón por la cual se hicieron modificaciones a los criterios de inclusión; b) en razón a lo anterior, se necesitó emplear diferentes estrategias para captar de manera efectiva a la población, entre ellas, la entrega de incentivos; c) los resultados pudieron verse afectados debido a que habían pasado dos años luego del confinamiento y la percepción de los participantes pudo verse afectada con respecto a su situación en aquel momento vs. en la que actualmente se encuentran; d) tomar en consideración para investigaciones futuras el análisis y estudio del diagnóstico de enfermedades mentales, los rasgos de personalidad o la existencia de problemas de comportamiento, y e) no es posible la generalización de resultados, dado el número limitado de instrumentos utilizados para evaluar los objetivos del mismo.

Implicaciones clínicas

De acuerdo con la presente investigación, se evidencia la necesidad de mayor investigación asociada a los efectos que se derivaron de la sobrevivencia a la pandemia; sin embargo, ya se muestra la importancia de focalizar la atención sobre problemas de salud mental, la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

Referencias

- Arrieta, K., Díaz, S., & González F. (2014). Síntomas de depresión y ansiedad en jóvenes universitarios: prevalencia y factores relacionados. *Rev. Clínica médica*, 7(1), 14- 21.
- Bann, D., Villadsen, A., Maddock, J., Hughes, A., Ploubidis, G.B., Silverwood, R. J., & Patalay, P. (2020). Changes in the behavioural determinants of health during the coronavirus (COVID-19) pandemic: Gender, socioeconomic and ethnic inequalities in 5 British cohort studies. *medRxiv*, doi:10.1101/2020.07.29.20164244.
- Benítez, M. A., Velasco, C., Sequeira, A. R., Henríquez, J., Menezes, F. M., & Paolucci, F. (2020). Responses to COVID-19 in five Latin-American countries. *Health Policy and Technology*. <https://doi.org/10.1016/j.hlpt.2020.08.014>
- Bermejo-Martins, E., Luis, E.O., Sarrionandia, A., Martínez, M., Garcés, M. S., Oliveros, E. Y., Cortés-Rivera, C., Belintxon, M., & Fernández-Berrocal, P. (2021). Different Responses to Stress, Health Practices and Self-Care during COVID-19 Lockdown: A Stratified Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18, 2253. <https://doi.org/10.3390/ijerph18052253>
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet*, 395(10227), 915-917.
- Bruno, D., Márquez, F. N. & Grinberg, M. (2020). Caracterización del impacto en salud mental de la pandemia covid-19. *Psicología UNC*, 5(2), 301-324.
- Dubey, S., Biswas, P., Ghosh, R., Chatterjee, S., Dubey, M. J., Chat-terjee, S. et al. (2020). Psychosocial impact of COVID-19. *Diabetes Metab Syndrome: Clinical Research & Reviews*, 14(5), 779-788.
- Galea, S., Merchant, R. M., & Lurie, N. (2020). The mental health consequences of COVID-19 and physical distancing: the need for prevention and early intervention. *JAMA Internal Medicine*, 80(6), 817-818.
- Liu, X., Wen, X., Zhang, Q., & Xu, W. (2023). Buffering Traumatic Reactions to COVID-19: Mindfulness Moderates the Relationship Between the Severity of the Pandemic and Posttraumatic Stress Symptoms. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 15(3), 474-482. <http://dx.doi.org/10.1037/tra0001227>
- Luna-Rodríguez, G. L., Peláez-Hernández, V., Orea-Tejada, A., Ledesma-Ruíz, C. D., Casarín-López, F., Rosas-Trujillo, A., Domínguez-Trejo, B., & Tepepa-Flores, L. E. (2022). Prevalence of post-traumatic stress disorder, emotional impairments, and fear in COVID-19 surviving patients. *Frontiers in Virtual Reality*, 3. doi: 10.3389/frvir.2022.927058
- Ministerio de Salud y Protección Social [MinSalud]. (2014). *ABECÉ sobre la salud mental, sus trastornos y estigma*. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/abc-salud-mental.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2020). *Prevenga la depresión y ansiedad durante el aislamiento preventivo*. <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Prevenga-la-depresion-y-ansiedad-durante-el-aislamiento-preventivo.aspx>
- Montero, I., & Orfelio, G. (2002). Clasificación y descripción de las metodologías de investigación en Psicología. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 2(3), 504-506
- Moreno-Proañó, G. (2020). Pensamientos distorsionados y ansiedad generalizada en COVID19. *Ciencia-America*, 9(2).
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2018). *Salud mental: fortalecer nuestra respuesta*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2020). *COVID-19: Intervenciones recomendadas en salud mental y apoyo psicosocial (SMAPS) durante la pandemia*, 1-15.

- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2020). *Virtual press conference on COVID-19 – 11 March 2020*. https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/transcripts/who-audio-emergencias-coronavirus-press-conference-full-and-final-11mar2020.pdf?sfvrsn=cb432bb3_2
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2021). *Depresión*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2020). *Intervenciones recomendadas en salud mental y apoyo psicosocial (SMAPS) durante la pandemia de COVID-19*, 1-15. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52427>
- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2020). *Reportes de Situación COVID-19 Colombia*. <https://www.paho.org/es/reportes-situacion-covid-19-colombia>
- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2022). *Boletín OPS/OMS Colombia*. Recuperado de <https://www.paho.org/es/colombia>
- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2022). *“Demasiado pronto para bajar la guardia”, advierte la directora de la OPS al cumplirse dos años de la pandemia*. <https://www.paho.org/es/noticias/9-3-2022-demasiado-pronto-para-bajar-guardia-advierter-directora-ops-al-cumplirse-dos-anos>
- Oyama, O., & Piotrowski, N. A. (2022). *Depression*. *Margill's Medical Guide (Online Edition)*. <https://search.ebscohost-com.ezproxy.unbosque.edu.co/login.aspx?direct=true&db=ers&AN=89093386&lang=es&site=eds-live&scope=site>
- Pérez, M., Álvarez, N., & Rodríguez, A. (2020). Repercusión psicológica y social de la pandemia COVID-19. *Revista Electrónica Medimay*, 27(2), 252-259.
- Quintero, C., & Gil, V. D. (2021). Depresión en estudiantes universitarios derivada del Covid-19: un modelo de clasificación. *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología*, 21(1), 1-15.
- Riquelme-Lobos, P., & Raipán-Gómez, P. (2021). Resiliencia y factores sociodemográficos involucrados en la presencia de sintomatología depresiva, ansiosa y de estrés en población adulta chilena durante la pandemia de COVID-19. *Journal of Psychopathology and Clinical Psychology / Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 26(3), 191-201.
- Rodríguez-Quiroga, A., Buiza, C., Álvarez de Mon, M., & Quintero, J. (2020). COVID-19 y salud mental. *Medicine*, 13(23), 1286-1295.
- Román, F., Vinet, E. V., & Alarcón, A. M. (2014). Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21): Adaptación y propiedades psicométricas en estudiantes secundarios de Temuco. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 23(2), 179-190.
- Ruiz, F. J., García-Martín, M. B., Suárez-Falcón, J. C., & Odriozola-González, P. (2017). The hierarchical factor structure of the Spanish version of Depression Anxiety and Stress Scale - 21. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 17, 97-105.
- Universidad Johns Hopkins. (2021). *COVID-19 Dashboard by the Center for Systems Science and Engineering (CSSE) at Johns Hopkins University*. <https://gisanddata.maps.arcgis.com/apps/opsdashboard/index.html#/bda7594740fd40299423467b48e9ecf6>

Apéndice A

Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21)



CARACTERIZACIÓN Y COMPARACIÓN DE LAS RESPUESTAS DE ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y ESTRÉS EN DOS GRUPOS DE PERSONAS CON ESTUDIOS DE EDUCACIÓN SUPERIOR QUE SE CONTAGIARON Y NO CON COVID-19

ESCALA DE DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y ESTRÉS (DASS-21)

Por favor lea las siguientes afirmaciones y seleccione la respuesta (0,1,2,3) que indica en qué grado le ha ocurrido a usted esta afirmación *durante la semana pasada*. La escala de calificación es la siguiente:

(0) = No aplicable para mi

(1) = Aplicable a mi en algún grado, o una pequeña parte del tiempo

(2) = Aplicable a mi en un grado considerable, o una buena parte del tiempo

(3) = Muy aplicable a mi, o aplicable la mayor parte del tiempo

1. Me ha costado mucho descargar la tensión	
2. Me di cuenta que tenía la boca seca	
3. No podía sentir ningún sentimiento positivo	
4. Se me hizo difícil respirar	
5. Se me hizo difícil tomar la iniciativa para hacer cosas	
6. Reaccioné exageradamente en ciertas situaciones	
7. Senti que mis manos temblaban	
8. He sentido que estaba gastando un gran cantidad de energía	
9. Estaba preocupad@ por situaciones en las cuales podía tener pánico o en las que podría hacer el ridículo	
10. He sentido que no había nada que me ilusionara	
11. Me he sentido inquieto	
12. Se me hizo difícil relajarme	
13. Me sentí triste y deprimido	
14. No toleré nada que no me permitiera continuar con lo que estaba haciendo	
15. Senti que estaba al punto de pánico	
16. No me pude entusiasmar por nada	
17. Senti que valía muy poco como persona	
18. He tendido a sentirme enfadado con facilidad	
19. Senti los latidos de mi corazón a pesar de no haber hecho ningún esfuerzo físico	
20. Tuve miedo sin razón	
21. Senti que la vida no tenía ningún sentido	