



FACULTAD DE PSICOLOGÍA Y CIENCIA SOCIALES

**“ESTADOS EMOCIONALES,  
ESTRATEGIAS DE  
AFRONTAMIENTO Y APOYO  
SOCIAL EN ADULTOS CON  
COVID-19 DURANTE LOS  
MESES DE OCTUBRE DEL  
AÑO 2021 A MARZO DEL AÑO  
2022 EN SALTA”**

**Estudiante:** Parra, Ana

**Legajo:** 28659

**Director/es:** Dra. Ana Josefa Martos y Mula

Tesis de Doctorado presentada para acceder al título de Doctora en Psicología

## FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA LA PUBLICACIÓN DE OBRAS EN EL REPOSITORIO DIGITAL INSTITUCIONAL DE LA UFLO UNIVERSIDAD

**RIUFLO** - *Repositorio Institucional de la Universidad de Flores* - fue creado para gestionar y mantener una plataforma digital de acceso libre y abierto para la difusión de la creación intelectual de la Universidad de Flores.

El autor cede a la Universidad de forma gratuita pero no exclusiva, los derechos de reproducción, de distribución y de comunicación pública de su obra, a través del RIUFLO. Por lo tanto, la Universidad adopta para los ítems allí depositados la Licencia Creative Commons atribución - no comercial 4-0 internacional que siempre requerirá que se cite la fuente y se reconozca la autoría. De solicitar otras limitaciones, el autor podrá detallarlas en forma expresa o a través de la elección de otro modelo de Licencia.

**Autorizo la publicación de la obra en el RIUFLO (seleccionar una opción):**

A partir del día de la fecha de aprobación de la Tesis [ X ]

A partir de otra fecha, especificar: ... / ... / ...

Lugar y fecha: 20 de diciembre de 2024

Firma y aclaración del autor: Parra, Ana



## ÍNDICE

DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTO.....	9
RESUMEN.....	10
ABSTRACT.....	12
INTRODUCCIÓN.....	15
CAPÍTULO 1:.....	19
<b>Problema de Investigación, objetivos e hipótesis.....</b>	<b>19</b>
1.1. PLANTEO DEL PROBLEMA.....	19
1.2. OBJETIVOS.....	23
1.2.1. Objetivo general.....	23
1.2.2. Objetivos específicos.....	23
1.3. HIPÓTESIS.....	24
CAPÍTULO 2:.....	25
<b>Encadre teórico del tema de investigación: Estado actual del conocimiento sobre el tema y marco teórico.....</b>	<b>25</b>
2.1. ESTADO ACTUAL DEL CONOCIMIENTO SOBRE EL TEMA.....	25
2.1.1. Investigaciones realizadas en trabajadores de la salud.....	26
2.1.2. Investigaciones realizadas en otras poblaciones en general.....	31
2.1.3. Investigaciones realizadas en personas enfermas con COVID-19.....	44
2.2. MARCO TEÓRICO.....	46
2.2.1. Pandemia y efectos físicos y psicológicos.....	46
2.2.2. Depresión, ansiedad y estrés.....	50
2.2.3. Estrategias de afrontamiento.....	55
2.2.4. Apoyo Social.....	58
CAPÍTULO 3:.....	61
<b>Marco metodológico.....</b>	<b>61</b>
3.1. METODOLOGÍA.....	61
3.2. DISEÑO.....	61
3.3. PARTICIPANTES.....	62
3.4. PROCEDIMIENTO.....	62

3.5. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	63
3.5.1. Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21) (Antony, et al., 1998).....	64
3.5.2. Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento (COPE-28) (Carver, 1997):.....	65
3.5.3. Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (EMAS) (Landeta y Calvete, 2002).....	66
3.6. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.....	66
CAPÍTULO 4:.....	69
<b>Resultados</b> .....	69
4.1. ANÁLISIS DE LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y VARIABLES RELACIONADAS CON LA ENFERMEDAD POR COVID-19.....	69
4.1.1. Variables sociodemográficas.....	69
4.1.2. Variables relacionadas con la enfermedad por COVID-19.....	70
4.2. ANÁLISIS DE LA FIABILIDAD DE LOS INSTRUMENTOS EMPLEADOS PARA LA EVALUACIÓN.....	71
4.2.1. Fiabilidad de la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21).....	71
4.2.2. Fiabilidad del Cuestionario COPE-28.....	72
4.2.3. Fiabilidad de la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (EMAS).....	73
4.3. ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS DATOS OBTENIDOS DE LAS TÉCNICAS ADMINISTRADAS A LOS SUJETOS DE LA MUESTRA.....	73
4.3.1. Análisis de los datos arrojados de la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés.....	74
4.3.1.1. Escala de Depresión.....	74
4.3.1.2. Escala de Ansiedad.....	76
4.3.1.3. Escala de Estrés.....	77
4.3.2. Análisis de los datos arrojados en el Cuestionario COPE-28.....	78
4.3.3. Análisis de los datos arrojados de la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (EMAS).....	80
4.4. ANÁLISIS DE LA RELACIÓN DE LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y VARIABLES VINCULADAS A LA ENFERMEDAD DE COVID-19 CON LOS ESTADOS EMOCIONALES, LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO UTILIZADAS Y LAS REDES DE APOYO PERCIBIDO.....	82
4.4.1. Análisis de la relación entre las variables sociodemográficas y vinculadas a la enfermedad de COVID-19 con los estados emocionales que presentaron los individuos de la muestra, recolectados a partir de la administración de la escala DASS-21.....	82

4.4.1.1. Relación entre las variables sociodemográficas y los estados emocionales .....	82
4.4.1.2. Relación entre las variables vinculadas a la enfermedad de COVID-19 y los estados emocionales.....	85
4.4.2. Análisis de la relación entre las variables sociodemográficas y vinculadas a la enfermedad de COVID-19 con las estrategias de afrontamiento que presentaron los individuos de la muestra recolectados a partir de la administración del cuestionario COPE-28.....	87
4.4.2.1. Relación entre las variables sociodemográficas y las estrategias de afrontamiento.....	88
4.4.2.2. Relación entre las variables relacionadas a la enfermedad de COVID-19 y las estrategias de afrontamiento.....	92
4.4.3. Análisis de la relación entre las variables sociodemográficas y vinculadas a la enfermedad de COVID-19 con el apoyo social percibido que presentaron los individuos de la muestra, recolectados a partir de la administración de la escala EMAS.....	98
4.4.3.1. Relación entre las variables sociodemográficas y el apoyo social percibido .....	98
4.4.3.2. Relación entre las variables vinculadas a la enfermedad por COVID-19 y el apoyo social percibido.....	102
4.5. ANÁLISIS DE LA RELACIÓN DE LOS ESTADOS EMOCIONALES EXPERIMENTADOS CON LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EMPLEADAS Y CON EL APOYO SOCIAL QUE PERCIBÍAN RECIBIR DURANTE SU ENFERMEDAD POR COVID-19.....	106
4.5.1 Análisis de la relación de los estados emocionales experimentados y las estrategias de afrontamiento que los individuos empleaban.....	106
4.5.1.1. Análisis de la relación entre la variable depresión y las estrategias de afrontamiento utilizadas.....	108
4.5.1.2. Análisis de la relación entre la variable ansiedad y las estrategias de afrontamiento utilizadas.....	110
4.5.1.3. Análisis de la relación entre la variable estrés y las estrategias de afrontamiento utilizadas.....	112
4.5.2 Análisis de la relación entre los estados emocionales experimentados y el apoyo social percibido.....	114
4.5.2.1. Análisis de la relación entre la variable depresión y el apoyo social percibido.....	115
4.5.2.2. Análisis de la relación entre la variable ansiedad y el apoyo social percibido .....	117

4.5.2.3. Análisis de le relación entre la variable estrés y el apoyo social percibido.....	118
<b>CAPÍTULO 5:</b> .....	119
<b>Discusión</b> .....	119
<b>CAPÍTULO 6:</b> .....	157
<b>Conclusión</b> .....	157
<b>CAPÍTULO 7:</b> .....	166
<b>Referencias bibliográficas</b> .....	166
<b>CAPÍTULO 8:</b> .....	181
<b>Anexos</b> .....	181
ANEXO 1: Formulario administrado a las personas encuestadas en la investigación. ....	181
ANEXO 2: Fiabilidad, Alfa de Cronbach DASS-21 .....	187
ANEXO 3: Fiabilidad, Alfa de Cronbach COPE-28.....	188
ANEXO 4: Fiabilidad, Alfa de Cronbach EMAS.....	189
ANEXO 5: Pruebas Chi cuadrado para la comparación, dos a dos, de los niveles de la escala de Depresión del DASS- 21.....	190
ANEXO 6: Pruebas Chi cuadrado para la comparación, dos a dos, de los niveles de la escala de Ansiedad del DASS-21.....	191
ANEXO 7: Pruebas Chi cuadrado para la comparación, dos a dos, de los niveles de la escala de Estrés del DASS-21.....	192
ANEXO 8: Pruebas <i>t</i> de Student para muestras relacionadas para la comparación, dos a dos, entre las estrategias de afrontamiento estudiadas por el COPE-28 .....	193
ANEXO 9: Pruebas <i>t</i> de Student para muestras relacionadas para la comparación, dos a dos, entre las puntuaciones de los individuos en cada una de las dimensiones de la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido.....	195
ANEXO 10: Pruebas Post-hoc Tukey para la comparación, dos a dos, del estrés entre los diferentes niveles de escolaridad, Primaria incompleta (1), Primaria completa (2), Secundario completo (3), Terciario no universitario/Universidad (4), Postgrado (Maestría/Doctorado) (5)...	196
ANEXO 11: Pruebas Post-hoc Tukey para la comparación, dos a dos, de la ansiedad entre los diferentes niveles de intensidad con la que los individuos vivieron la enfermedad, Leve (1), Moderada (2), Severa (3).....	197
ANEXO 12: Pruebas Post-hoc Tukey para la comparación, dos a dos, de la del empleo de la estrategia negación entre los diferentes niveles de la variables situación laboral, Desempleado (1), Trabajador en dependencia tiempo completo (2), Trabajador en dependencia tiempo parcial (3),	

Trabajador independiente (4), Ama de casa (5), Jubilado (6), Incapacidad laboral (7), Estudiante (8).....	198
ANEXO 13: Pruebas Post-hoc Tukey para la comparación, dos a dos, del empleo de la estrategia desconexión conductual entre los diferentes niveles de la variables situación laboral, Desempleado (1), Trabajador en dependencia tiempo completo (2), Trabajador en dependencia tiempo parcial (3), Trabajador independiente (4), Ama de casa (5), Jubilado (6), Incapacidad laboral (7), Estudiante (8).....	200
ANEXO 14: Pruebas Post-hoc Tukey para la comparación, dos a dos, del empleo de la estrategia apoyo social entre los diferentes niveles de la variables intensidad de le enfermedad por COVID-19, Leve (1), Moderada (2), Severa (3).....	202
ANEXO 15: Pruebas Post-hoc Tukey para la comparación, dos a dos, en el uso de las estrategias uso de sustancias entre quienes transitaron la enfermedad solos (1), con la pareja (2), con la pareja e hijos (3), con lo hijos (4), con familiares (5) o con otras personas (6).....	203
ANEXO 16: Pruebas Post-hoc Tukey para la comparación, dos a dos, en el apoyo social percibido de otros significativos entre quienes transitaron la enfermedad solos (1), con la pareja (2), con la pareja e hijos (3), con lo hijos (4), con familiares (5) o con otras personas (6).....	204
ANEXO 17: Pruebas Post-hoc Tukey para la comparación, dos a dos, en el apoyo social percibido de la familia entre quienes transitaron la enfermedad solos (1), con la pareja (2), con la pareja e hijos (3), con lo hijos (4), con familiares (5) o con otras personas (6).....	205
ANEXO 18: Pruebas Post-hoc Tukey para la comparación, dos a dos, en el uso de diferentes estrategias de afrontamiento en función de si los individuos no presentaron depresión durante su enfermedad por COVID-19 (0), presentaron una depresión baja (1), media (2), alta (3) o muy alta (4).....	206
ANEXO19: Pruebas Post-hoc Tukey para la comparación, dos a dos, en el uso de diferentes estrategias de afrontamiento en función de si los individuos no presentaron ansiedad durante su enfermedad por COVID-19 (0), presentaron una ansiedad baja (1), media (2), alta (3) o muy alta (4).....	211
ANEXO 20: Pruebas Post-hoc Tukey para la comparación, dos a dos, en el uso de diferentes estrategias de afrontamiento en función de si los individuos no presentaron estrés durante su enfermedad por COVID-19 (0), presentaron un estrés bajo (1), medio (2), alto (3) o muy alto (4).....	216
ANEXO 21: Pruebas Post-hoc Tukey para la comparación, dos a dos, en el nivel de apoyo social percibido por parte de familiares, en función de si los individuos no presentaron depresión durante su enfermedad por COVID-19 (0), presentaron una depresión baja (1), media (2), alta (3) o muy alta (4).....	221
ANEXO 22: Pruebas Post-hoc Tukey para la comparación, dos a dos, en el nivel de apoyo social percibido por parte de otros significativos, en función de si los individuos no presentaron	

depresión durante su enfermedad por COVID-19 (0), presentaron una depresión baja (1), media (2), alta (3) o muy alta (4).....222

## DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTO

Al finalizar una investigación tan ardua y llena de dificultades como lo es el desarrollo de una tesis doctoral, es importante resaltar que esta no hubiese sido posible sin la cooperación desinteresada de todas y cada una de las personas que a continuación citaré, y muchas de las cuales han sido un soporte a lo largo del camino.

Es por ello que quiero agradecer de manera especial a mi Directora de Tesis, Dra. Ana Martos y Mula, por aceptarme para realizar esta tesis doctoral bajo su dirección, quien con su capacidad de guiar, orientar y corregir ha hecho un aporte invaluable a mi trabajo como también a mi formación como investigadora.

También agradecer a mi familia, quien ha estado en todo momento. A mi esposo, que ha compartido cada situación y me acompañó en este proceso escuchando, corrigiendo y aportando para la elaboración de la investigación. A mi padre, quien fue el que me impulsó y ayudó en la decisión de realizar el Doctorado, y a mi madre, que me ha acompañado consultando a cada paso sobre el proceso.

A mis colegas y compañeros de trabajo, que han realizado aportes e ideas para avanzar en la misma.

A Inés Pelayo, quien me ha animado y apoyado para iniciar y finalizar este proceso que tiene sus altos y bajos.

Y, en general, a todas y cada una de las personas que han vivido conmigo la realización de esta tesis doctoral. Desde lo más profundo de mi corazón les agradezco el haberme brindado todo el apoyo, colaboración, ánimo y sobre todo cariño y amistad.

## RESUMEN

La investigación sobre estados emocionales, estrategias de afrontamiento y apoyo social en adultos con COVID-19 durante los meses de octubre del año 2021 a marzo del año 2022 en Salta, ha cobrado interés desde el inicio de la pandemia, incrementándose a medida que avanzaba y que se presentaban consecuencias de la enfermedad, es por ello que se evaluaron estos tres aspectos, con una investigación de tipo cuantitativa, descriptiva, correlacional y transversal. Con un diseño no experimental, y un muestreo no probabilístico de agrupamiento casual, las personas encuestadas fueron elegidas fortuitamente, debiendo cumplir sólo tres requisitos: ser mayor de 18 años, vivir en la provincia de Salta y haber contraído la enfermedad de COVID-19 o tener la sospecha de haberla adquirido en el intervalo de tiempo antes mencionado.

Se utilizaron para ello, tres técnicas de recolección de datos, la escala de depresión, ansiedad y estrés (DASS-21), el cuestionario COPE-28 y la escala multidimensional de apoyo social percibido (EMAS), siendo administradas a 304 individuos, entre los cuales un 95% de los mismos obtuvieron un diagnóstico confirmado de haber contraído la enfermedad y el 5% restante sospechaba haberla transitado. La mayoría de los integrantes de la muestra en estudio eran mujeres, quienes rondaban los 42 años de edad, con estudios de nivel secundario o terciario y, en el momento de la recolección de los datos, eran trabajadores dependientes a tiempo completo o parcial. Respecto a las variables vinculadas a la enfermedad, en un 86% los individuos sufrieron la enfermedad de manera moderada a leve, el 96% estuvieron acompañados por otras personas durante el tránsito por la misma, considerando la mayoría de ellos que sus acompañantes presentaron síntomas leves de la enfermedad por COVID-19.

Además, se evidenció que los participantes presentaron a nivel emocional mayores índices de depresión, ansiedad y estrés de lo esperado para sus poblaciones de referencia. En lo que respecta a las estrategias de afrontamiento, se utilizaron diferentes estrategias, siendo las más empleadas el afrontamiento activo, planificación, apoyo instrumental y la autodistracción, seguidas del apoyo emocional, desahogo, aceptación y uso del humor. Al

compararlos con estudios prepandémicos se observó que entre estos individuos se había reducido el uso de estrategias adaptativas, pero había aumentado el empleo de estrategias de evitación; mientras que las comparaciones con otros estudios realizados en pandemia, pero con individuos que no se encontraban transitando la enfermedad, mostraron que estos individuos empleaban más estrategias de afrontamiento en general. Finalmente, respecto al apoyo social percibido, se pudo observar que los individuos del estudio manifestaron percibir menos apoyo social del esperado, prevaleciendo el apoyo de otras personas significativas.

Los estados emocionales de los individuos no se vieron modificados por variables socioculturales como el género, la edad, o la situación laboral en la que se encontraban los individuos en el momento de atravesar la enfermedad por COVID-19; y, si bien la sintomatología ansiosa o depresiva no se vio afectada por el nivel de escolaridad que habían alcanzado los individuos, sí que se observó que los individuos de menor nivel escolar presentaron menores niveles de estrés. Los estados emocionales tampoco variaron en función de que los individuos se encontraran solos o acompañados en el momento de la enfermedad, pero sí se observó que aquellos individuos que la vivieron con síntomas más graves presentaron mayor sintomatología ansiosa.

No se observaron diferencias en el empleo de estrategias de afrontamiento en función de la edad de los individuos, el nivel de estudios alcanzado o la situación laboral de los mismos en el momento de enfermarse; pero sí se observó que, aunque el empleo de la mayoría de las estrategias no difería en función del género de los individuos, los varones presentaron un mayor uso de autodistracción y humor, así como una tendencia a un mayor empleo del uso de sustancias. También se observó que los individuos que presentaron síntomas más graves en la enfermedad emplearon más estrategias de apoyo social, y tendían a usar más las estrategias de apoyo emocional; mientras que los individuos cuyos síntomas fueron leves tendieron a emplear también más estas dos estrategias de afrontamiento, así como también la estrategia de autoinculpación. Además, se observó que los individuos que transitaban la enfermedad solos o en compañía de sus parejas emplearon más el uso de sustancias como

estrategia de afrontamiento; mientras que aquellos que estuvieron acompañados únicamente de sus hijos tendieron a presentar un mayor empleo del humor.

La variable apoyo social percibido no se vio afectada por ninguna de las variables socioculturales y vinculadas a la enfermedad que se estudiaron.

El análisis de la relación entre el tipo de estrategias empleadas por los individuos y los estados emocionales durante su enfermedad reveló que aquellos individuos que presentaron mayor uso de estrategias de afrontamiento también eran los que mostraron mayores niveles de estrés y más sintomatología ansiosa y depresiva.

Por último, no se encontró una relación clara entre el apoyo social percibido por los individuos y los estados emocionales que estos presentaron durante su enfermedad por COVID-19; pero se observó una tendencia a que aquellos que percibieron un mayor apoyo social (tanto de familiares, como de amigos y de otros significativos) también fueran los que presentaron estados emocionales más adversos.

Palabras clave: depresión, ansiedad, estrés, estrategias de afrontamiento, apoyo social, COVID-19.

## **ABSTRACT**

Research on emotional states, coping strategies and social support in adults with COVID-19 during the months of October 2021 to March 2022 in Salta has gained interest since the beginning of the pandemic, increasing as the days progressed and consequences of the disease were presented. That is why these three aspects were evaluated, with a quantitative, descriptive, correlational and cross-sectional research. With a non-experimental design, and a non-probabilistic sampling of casual grouping, the people surveyed were chosen randomly, having to meet only three requirements: being over 18 years old, living in the province of Salta and having being infected with the COVID-19 disease, or suspect of having contracted the virus in the aforementioned months.

Using three data collection techniques, which were the Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21), the COPE-28 questionnaire and the Multidimensional Scale of Perceived

Social Support (EMAS), being administered to 304 individuals, among which 95% of them obtained a confirmed diagnosis of having contracted the disease and the remaining 5% suspected of having had it. The majority of the member of the study sample were women, who were around 42 years of age, with secondary or tertiary education and, at the time of data collection, were full- or part-time dependent workers. Regarding the variables linked to the disease, 86% of the individual suffered from the disease in a moderate to mild manner, 96% were accompanied by other people while traveling through it, most of them considering that their companions presented mild symptoms of COVID-19 disease.

In addition, it was evident that the participants presented higher rates of depression, anxiety and stress on an emotional level than expected for their reference populations. Regarding coping strategies, different strategies were used, the most used being active coping, planning, social support and self-distraction, followed by emotional support, relief, acceptance and use of humor. When compared with pre-pandemic studies, it was observed that among these individuals the use of adaptive strategies had decreased, but the use of avoidance strategies had increased; while comparisons with other studies carried out during a pandemic, but with individuals who were not experiencing the disease, showed that these individuals used more coping strategies in general. Finally, concerning perceived social support, it was observed that the individuals in the study stated that they perceived less social support than expected, with the support of significant others prevailing.

The emotional states of the individuals were not modified by sociocultural variables such as gender, age, or the work situation in which the individuals were at the time of experiencing the COVID-19 disease; and, although anxious or depressive symptoms were not affected by the level of schooling that the individuals had achieved, it was observed that individuals with a lower educational level presented lower levels of stress. The emotional states also did not vary depending on whether the individuals were alone or accompanied at the time of the illness, but it was observed that those individuals who experienced it with more severe symptoms presented greater anxiety symptoms.

No differences were observed in the use of coping strategies depending on the age of the individuals, their level of education or their employment status at the time of illness; But it

was observed that, although the use of most strategies did not differ depending on the gender of the individuals, men presented a greater use of self-distraction and humor, as well as a tendency to greater use of substances. It was also observed that individuals who presented more severe symptoms of the disease used more social support strategies, and tended to use emotional support strategies more; while individuals whose symptoms were mild also tended to use these two coping strategies more, as well as the self-blame strategy. Furthermore, it was observed that individuals who experienced the disease alone or in the company of their partners used substance use more as a coping strategy; while those who were accompanied only by their children tended to use humor more.

The perceived social support variable was not affected by any of the sociocultural and disease-related variables that were studied.

The analysis of the relationship between the type of strategies used by individuals and their emotional states during their illness revealed that those individuals who showed greater use of coping strategies were also those who showed higher levels of stress and more anxious and depressive symptoms.

Finally, no clear relationship was found between the social support perceived by individuals and the emotional states they presented during their COVID-19 illness; But a tendency was observed that those who perceived greater social support (both from family, friends and significant others) were also those who presented more adverse emotional states.

Keywords: depression, anxiety, stress, coping strategies, social support, COVID-19.

## **INTRODUCCIÓN**

La irrupción de la pandemia por coronavirus (COVID-19) en el mundo afectó a diferentes áreas de la vida cotidiana de las personas, tales como la biológica, la psicológica, la económica, la sanitaria y la social, provocando grandes modificaciones en ellas.

La gran contagiosidad y letalidad del virus; las restricciones y cambios de hábitos en las interacciones sociales impuestas por los gobiernos para reducir los contagios; la abrumadora cantidad de información facilitada por los medios de comunicación, en muchas ocasiones escasa, confusa, contradictoria y cambiante, han hecho de esta pandemia una situación que ha generado un gran estrés en la población en general, provocando una gran movilización emocional en los individuos y afectándolos desde el plano psíquico. Millones Morales y González Guevara (2021), plantean que durante todo este tiempo la actividad económica y social quedó restringida y paralizada para muchos sectores, generando cambios en los planes de cada familia y angustia e incertidumbre en cada persona.

Dada la situación presentada y con el fin de intentar minimizar los contagios y a posteriori la mortalidad, es que en la mayoría de los países se implementaron medidas extremas desde el confinamiento y distanciamiento social hasta las medidas de protección como uso de alcohol y barbijo.

Si bien son numerosas las investigaciones que se han realizado para indagar el efecto en los estados emocionales que la pandemia por COVID-19, y las restricciones y cambios impuestos por ella, han producido tanto en la población en general como en sectores laborales específicos (trabajadores de la salud); los estudios destinados a comprender cómo la enfermedad en sí afectó emocionalmente a aquellas personas que la padecieron, son más escasos.

La situación en la pandemia por COVID-19, obligó a la sociedad a recurrir a nuevas estrategias para poder mejorar o facilitar el día a día de cada una de las personas de manera que se pudieran vencer los obstáculos y reinventarse en esta situación.

Es por ello que la presente investigación se propuso analizar cuáles fueron los estados emocionales que prevalecieron en las personas durante el transcurso de su enfermedad por COVID-19.

No obstante, las reacciones emocionales de los individuos ante situaciones estresantes, como el hecho de padecer la enfermedad por COVID-19, no son siempre las mismas, sino que se pueden ver moduladas (para mejor o para peor) por otros factores, como pueden ser las formas en las que las personas afrontan esta situación y el apoyo social que las mismas hayan percibido recibir en ese momento. Es por ello que, en la presente investigación, también se analizaron las estrategias de afrontamiento que los individuos emplearon para hacer frente a la enfermedad por COVID-19, así como el papel que el apoyo social pudo tener a la hora de hacer más transitable dicha situación. El estudio se realizó en individuos mayores de 18 años que durante los meses de octubre, noviembre, diciembre del año 2021 y enero, febrero y marzo del año 2022 transitaron por la enfermedad por COVID-19 en la provincia de Salta.

En la actualidad, la enfermedad sigue causando contagios, pero el índice de mortalidad ha disminuido considerablemente, como los controles y testeos por parte del servicio de salud. Sin embargo, hasta el día de hoy, la sociedad experimenta las consecuencias de dicha enfermedad, viéndose perjudicada de distintas maneras en el plano social, económico y psicosocial, siendo los sectores de mayor vulnerabilidad los más afectados. Algunos estudios, como el de Gómez Hurtado et al. (2020), mostraron que las secuelas emocionales que dejó la enfermedad entre aquellos que la padecieron, tales como altos niveles de angustia y estrés, perduraban incluso un año después de haberla sufrido. Estos datos, aunque escasos en la bibliografía, muestran la importancia de conocer en mayor profundidad el impacto emocional que el tránsito por la enfermedad produjo en aquellos que la padecieron.

La presentación del trabajo realizado en la investigación será exhibida siguiendo una estructura por capítulos.

En un primer capítulo, se presentará el problema que guió la investigación, así como las preguntas que surgieron y dieron lugar a los diferentes objetivos perseguidos en la misma y a sus respectivas hipótesis.

El segundo capítulo, incluirá la exploración bibliográfica sobre las investigaciones previas relacionadas con el tema propuesto, analizando los avances que se han realizado hasta el momento y poniendo especial énfasis en aquellos estudios que se hayan centrado en el análisis de las variables: estados emocionales, estrategias de afrontamiento, apoyo social autopercibido y COVID-19. Este capítulo, también, incluirá la descripción teórica de los conceptos más relevantes sobre los que se asentó el presente trabajo.

En un tercer capítulo, se presentarán los aspectos metodológicos vinculados a la investigación que se expone, señalando el diseño de investigación que se siguió en la misma, especificando, también, la población y muestra con la que se trabajó, las técnicas de recolección de datos empleadas y el procedimiento que se siguió para la obtención de los mismos. Concluirá este capítulo con una descripción del análisis estadístico realizado para la comprensión de los datos recabados, haciendo también mención del software estadístico empleado en el mismo.

El cuarto capítulo, se centrará en la presentación de los resultados obtenidos, iniciando la exposición de los mismos con la descripción de la muestra en lo referente a las variables sociodemográficas, escolares y laborales recolectadas, así como también a aquellos aspectos que hacen referencia a cuestiones sobre el tránsito por la enfermedad por COVID-19 (acompañamiento, intensidad de la enfermedad en ellos como en sus acompañantes); luego se presentará la evaluación de la fiabilidad de los instrumentos empleados en el estudio; para continuar, con el análisis de los datos recolectados en los cuestionarios, donde se evaluaron los estados emocionales, estrategias de afrontamiento empleadas y apoyo social percibido. Posteriormente se procederá a presentar el análisis de las posibles relaciones entre las variables incluidas en el trabajo.

En el capítulo cinco, se expondrá la discusión de los datos obtenidos en la presente investigación, donde se procedió a corroborar o refutar las hipótesis planteadas en el trabajo, se evaluaron los objetivos y se analizaron y compararon los datos a la luz del modelo teórico explicativo elegido y de las investigaciones previas realizadas.

El sexto y último capítulo, se reservará para la presentación de las principales conclusiones obtenidas en el estudio y la factibilidad proyectiva de las mismas, analizando también las posibles futuras líneas de investigación que se pueden desprender de ellas.

## CAPÍTULO 1:

### **Problema de Investigación, objetivos e hipótesis**

#### **1.1. PLANTEO DEL PROBLEMA**

Se realizó esta investigación en el marco del Doctorado en Psicología de la Universidad de Flores, con la finalidad de contribuir a la comunidad científica y poder estudiar un fenómeno que se vivió en todo el mundo.

Osorio Mejías (2021) plantea que la situación por COVID-19 llegó como brote, pero se convirtió en epidemia y finalmente en pandemia, afectando a todo el mundo, aunque en un principio se consideraba que la misma era inofensiva.

En noviembre del año 2019, en Wuhan Hubei, China, comenzó el contagio de una enfermedad que hasta ese momento no se conocía en el mundo. Inicialmente, solo se presentaba en ese país, pero en muy poco tiempo, aproximadamente dos meses, comenzó a expandirse por los diferentes continentes, lo que generó que el día 30 de enero del año 2020 la Organización Mundial de la Salud declarara al COVID-19 como una pandemia con alto índice de morbilidad y mortalidad.

En marzo del año 2020, se activa el estado de alerta en Argentina, imponiendo a las personas realizar cuarentena, con la finalidad de evitar el colapso del sistema de Salud y prevenir que aumente la cantidad de casos, ya que se inician los contagios en las distintas provincias. La República Argentina, se ubicó en el onceavo país de mayor contagio, y todas las provincias, en mayor o menor medida, presentaron y presentan casos y fallecimientos, incluyendo a la provincia de Salta.

A pesar de las medidas de prevención impuestas por el estado, la tasa de contagios y hospitalizaciones por el virus fue tan alta que los hospitales no contaron, en muchos lugares, con recursos humanos ni materiales para enfrentar la enfermedad, colapsando el sistema de salud.

Junto a estos abrumadores datos, que reflejan el impacto de la enfermedad, hay que tener en cuenta que las personas tuvieron que cumplir primero un aislamiento social, preventivo y obligatorio, que trastocó completamente sus vidas. Luego, se vivió con un distanciamiento social para evitar la propagación de la pandemia, teniendo que manejarse en base a los cuidados que se solicitaban y que impusieron nuevas formas de interacción y nuevos hábitos de higiene y cuidado personal. Después, cada provincia implementó diversas medidas, siendo obligatorio en algunos sectores el uso de barbijos y alcohol, mientras que en otros esto ya no era necesario. En la actualidad, se puede observar que solo se usa el barbijo como modo de prevención en determinadas situaciones o cuando la persona presenta algún tipo de sintomatología compatible con el COVID-19, pero la realización de testeos y el aislamiento frente a estos síntomas ya no es obligatoria.

Entre las medidas impuestas, se limitaron al máximo todas las actividades que hasta ese momento las personas realizaban, interrumpiendo sus rutinas, el ir a trabajar o estudiar, poder reunirse con familiares y conocidos o hacer algún deporte. Además, el tiempo propuesto en un primer momento para la cuarentena (quince días), se prolongó a más de seis meses, dependiendo de cada ciudad. En poco tiempo, tuvieron que aprender a utilizar la tecnología, para realizar trabajo remoto o dar clases en forma virtual. Las reuniones entre amigos y familias pasaron a ser por videollamadas y quedaron interrumpidos los ritos cotidianos; como el festejar cumpleaños, nacimientos, incluso, hasta la finalización de clases, sin mencionar lo difícil que fue para las familias tener que despedirse de un ser querido por videollamada o no poder participar de un velorio.

A este panorama, se agrega el papel que han tenido los medios de comunicación en el tema, bombardeando constantemente con información referente al virus, los cuidados recomendados y las consecuencias de contraerlo. Información que, en muchas ocasiones, se tornaba escasa, confusa y, en algunos casos, hasta contradictoria; y que fue variando conforme avanzaban las investigaciones y aparecían nuevos adelantos y variaciones del virus.

Es por ello que, al pasar cuatro años de este suceso, se puede decir que esto generó secuelas en todas las áreas de la vida de las personas, tales como la económica, la sanitaria y la social.

Vera Villarroel (2020) expresó que esta pandemia afectó, no solo el factor biológico, sino también, lo psicológico y lo social, transformándose en una crisis mundial. En el contexto de pandemia, debido a la alta contagiosidad del virus y al gran número de casos confirmados y muertes en el mundo, las emociones y los pensamientos negativos se han extendido como amenaza hacia la salud mental, quedando hasta la fecha de hoy secuelas de lo vivenciado.

Si se considera que vivimos insertos en un macrosistema, donde todo se encuentra interrelacionado, la irrupción del COVID-19 impuso cambios en los subsistemas que lo componen, rompiendo su homeostasis. Entendiendo que cada sistema tiene peculiaridades, la intrusión de este factor externo los obliga a modificar la forma de vincularse y a entrar en una entropía, donde sufren alteraciones y tienen que reorganizarse para continuar, generando nuevamente homeostasis. Así, diversos subsistemas (educación, trabajo, familia, sociedad) han sufrido modificaciones por la aparición del COVID-19, alterando también su relación con los otros subsistemas y obligando a las personas a cambiar sus hábitos y pensamientos. Es por eso que toda esta situación ha generado un gran estrés en la población, provocando una gran movilización emocional en los individuos y afectándolos desde el plano psíquico.

No obstante, en el intento por mantener la salud física y que las personas no terminaran expuestas al contagio, la salud mental fue dejada de lado. Lo que generó que no se considerara el efecto del encierro, la distancia de los seres queridos y el enfrentamiento a la muerte.

Por ello, son de vital importancia las muchas investigaciones que en este tiempo se han abocado al estudio de cómo la pandemia, las restricciones y cambios impuestos en ella, han afectado los estados emocionales. No obstante, debemos resaltar que son más escasos los estudios destinados a comprender cómo la enfermedad en sí afectó emocionalmente a aquellas personas que la padecieron.

Considerando todo lo anterior, es que la presente investigación se propuso analizar el nivel de ansiedad, depresión y estrés que presentaban las personas que atravesaron por la

enfermedad por COVID-19 en los meses de octubre, noviembre y diciembre del año 2021 y enero, febrero y marzo del año 2022. El interés se focaliza en aquellos que durante este tiempo sufrieron la misma, ya que no se encuentran muchas investigaciones sobre las personas que tuvieron la enfermedad, por lo cual este estudio podría aportar información novedosa y abrir una línea de indagación para otras investigaciones.

No obstante, se puede considerar que el estrés, la ansiedad, depresión o la sintomatología que pudo producir sobre las personas el hecho de transitar por la enfermedad por COVID-19, puede variar en función del modo en que cada persona afronta esta situación estresante. Y que las estrategias de afrontamiento, es decir, los modos cognitivos y conductuales que las personas realizan para poder controlar estos hechos, pueden ayudar a reducir la sensación de amenaza en los individuos, así como los síntomas de ansiedad y/o depresión que la misma pudiera generar. Es por ello que, en la presente investigación, también, se analizaron las estrategias de afrontamiento que los individuos emplearon para hacer frente a la enfermedad por COVID-19.

Por otra parte, se sabe que el apoyo social que las personas perciben también influye en diversos procesos psicológicos y en la reducción eficaz de factores de riesgo en la salud mental. Este promueve el bienestar psicológico, ya que le sirve como soporte para poder sobrellevar situaciones estresantes, como puede ser el hecho de haber contraído y transitado la enfermedad. Es por ello que, en la presente investigación, otro aspecto que se analizó fue el papel que el apoyo social percibido pudo tener a la hora de hacer más transitable dicha situación.

En el presente estudio participaron 304 individuos con edades comprendidas entre los 18 y los 78 años de edad, 112 hombres y 192 mujeres que durante los seis meses anteriormente señalados (octubre, noviembre, diciembre del año 2021 y enero, febrero y marzo del año 2022) transitaron por la enfermedad de COVID-19 en la provincia de Salta. Y, trabajando con ellos, se respondió a las siguientes preguntas: ¿Se presentaron síntomas de depresión, ansiedad y/o estrés en los adultos que sufrieron la enfermedad de COVID-19 durante estos meses? ¿Cuáles fueron las estrategias de afrontamiento que se presentaron durante el

transcurso de la enfermedad? ¿Las personas que contrajeron la enfermedad durante estos seis meses sintieron que contaban con apoyo social?

Además, se analizó si estos estados emocionales, estrategias de afrontamiento y apoyo social se vieron modificados según variables sociodemográficas, tales como el sexo, la edad, nivel de escolaridad, situación laboral; así como en función de aspectos tales como si estas personas estuvieron acompañadas físicamente o no durante la enfermedad, la intensidad con la que sintieron la misma y cómo ésta afectó a sus convivientes. Pudiendo, también, responder a las preguntas ¿Los estados emocionales de las personas que transitaron la enfermedad se vieron afectados de diferente manera en función de las estrategias de afrontamiento que los individuos emplearon? ¿Y en función del apoyo social que percibieron recibir durante la enfermedad?

## **1.2. OBJETIVOS**

### 1.2.1. Objetivo general

- ✓ Conocer cuáles son los estados emocionales, estrategias de afrontamiento y apoyo social en adultos que contrajeron la enfermedad de COVID-19, en los meses de octubre, noviembre, diciembre del año 2021, enero, febrero y marzo del año 2022 en Salta.

### 1.2.2. Objetivos específicos

- ✓ Conocer qué estados emocionales (depresión, ansiedad y estrés) se presentaron en los adultos que contrajeron la enfermedad en los meses de octubre, noviembre, diciembre del año 2021, enero, febrero y marzo del año 2022 en Salta.

- ✓ Indagar cuáles fueron las estrategias de afrontamiento que se utilizaron.

- ✓ Analizar cuál es la percepción de apoyo social que tuvieron los individuos durante el tránsito por la enfermedad.

- ✓ Indagar si los estados emocionales, las estrategias de afrontamiento empleadas y la percepción del apoyo social percibido se vieron modificadas por variables sociodemográficas (género, edad, nivel de escolaridad), factores laborales (situación laboral)

y aspectos vinculados a su tránsito por la enfermedad (intensidad de la enfermedad propia o de otros componentes de la familia, acompañamiento durante la misma).

- ✓ Analizar si los estados emocionales experimentados se vieron modulados por las estrategias de afrontamiento que los individuos empleaban y por el apoyo social que percibían recibir.

### **1.3. HIPÓTESIS**

- ✓ Los adultos que contrajeron la enfermedad durante los meses de octubre, noviembre, diciembre del año 2021 y enero, febrero y marzo del año 2022 en la provincia de Salta presentaron síntomas de depresión, ansiedad y estrés.

- ✓ Las personas evaluadas presentaron diversas estrategias de afrontamiento.

- ✓ El apoyo social percibido por estas personas durante su tránsito por la enfermedad fue principalmente desde los familiares, más que desde los amigos u otras personas significativas para ellos.

- ✓ Los estados emocionales, las estrategias de afrontamiento y la percepción de apoyo social se vieron modificadas dependiendo de las variables sociodemográficas (género, edad, nivel de escolaridad), de cómo las personas transitaron la enfermedad (de ellos y sus familiares) y de la situación laboral de los individuos.

- ✓ Las personas con estrategias de afrontamiento más adaptativas y con mayor percepción de apoyo social presentarán menos sintomatología ansiosa, depresiva o vinculada al estrés.

## CAPÍTULO 2:

### **Encuadre teórico del tema de investigación: Estado actual del conocimiento sobre el tema y marco teórico**

#### **2.1. ESTADO ACTUAL DEL CONOCIMIENTO SOBRE EL TEMA**

La revisión bibliográfica realizada sobre el tema, reveló una gran cantidad de investigaciones a nivel mundial, especialmente referidas a los primeros momentos de la pandemia, en la población general y en trabajadores de la salud, encontrándose pocos estudios realizados en personas que hayan transitado por la enfermedad.

Se presentarán, en primer lugar, algunos trabajos en los que se indagaron los estados emocionales, las estrategias de afrontamiento y/o el apoyo social percibido realizado en trabajadores de la salud, ya que fue uno de los grupos más tempranamente estudiados y en mayor profundidad. Este foco atencional temprano en las reacciones emocionales de los profesionales de la salud ante la enfermedad por COVID-19 puede deberse a que, como plantea Osorio Mejías (2021), la inseguridad y el estrés laboral que se genera frente a un brote epidémico hace que todo el personal de salud tenga que confrontar sus emociones y miedos a contraer la enfermedad.

Posteriormente, se presentarán algunos trabajos realizados con población en general donde se indagaron las mismas temáticas; para culminar con la presentación de los escasos trabajos realizados en personas que han transitado por la enfermedad.

Cada uno de estos bloques se organizó en base a la secuencia temporal en la que los estudios tuvieron lugar (de las más tempranas, al inicio de la pandemia, a las más recientes). Se siguió este criterio porque se considera que los avances realizados, que han permitido ir teniendo un mayor conocimiento sobre la enfermedad; así como la flexibilización en las medidas tomadas por los gobiernos, pasando de un confinamiento obligatorio en la mayoría de los países a medidas menos restrictivas como el distanciamiento social, pueden influir en los resultados encontrados.

### 2.1.1. Investigaciones realizadas en trabajadores de la salud.

Como se ha señalado, las investigaciones sobre el impacto emocional que producía el COVID-19 se centraron, principalmente en los primeros momentos, sobre uno de los grupos poblacionales de primera línea en lo referente a la exposición a COVID-19, los profesionales de la salud. Son muchas las investigaciones realizadas en esta población y se presentarán aquí solo algunas de ellas a modo de ejemplo.

Así, Lai et al. (2020), analizaron en China el impacto emocional que la pandemia por COVID-19 produjo sobre 1.257 trabajadores de diferentes hospitales de Wuhan, Hubei y otras provincias chinas. El estudio, de carácter cuantitativo y transversal, se llevó a cabo entre el 29 de enero y el 3 de febrero del año 2020 y se aplicaron los siguientes instrumentos: Patient Health Questionnaire (PHQ-9), para estudiar los síntomas depresivos; la Escala de Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD-7); el Índice de Severidad del Insomnio (ISI); y la Escala de Impacto de los Eventos (IES), para estudiar el estrés. Los resultados revelaron que el 50,4% de los trabajadores presentó síntomas de depresión, el 44,6% de ansiedad, el 34% sufría problemas de insomnio y el 71,5% presentó estrés. Estos síntomas eran modulados por diversos factores laborales.

En Colombia, Monterrosa Castro et al. (2020), trabajaron con 531 médicos generales, entre el 24 y el 30 de marzo del año 2020. El cuestionario, administrado vía electrónica, incluía, entre otras pruebas, el Cuestionario de Problemas Psicossomáticos (estrés laboral), la Escala del Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD-7) y la Escala de Miedo al COVID-19 (FCV-19S). El 31,8% de los participantes se encontraba en la fase de alarma al estrés sin síntomas, el 35% presentó un estrés laboral leve, el 23% medio, el 5,5% alto y el 0,9% grave. Con respecto a la ansiedad, el 33,5% mostró una ansiedad leve, el 26% moderada y el 13,4% severa. La Escala de Miedo al COVID-19 mostró que el 37,1% de los médicos del estudio presentó síntomas de miedo a esta enfermedad.

Por su parte, Erquicia et al. (2020) trabajaron, durante los meses de marzo y abril del año 2020, con 395 trabajadores de salud del Hospital de Igualada (Barcelona, España). Entre otras pruebas administraron la Depression Anxiety Stress Scale (DASS-21). Los resultados

mostraron que el 71,6% de los trabajadores presentó síntomas de ansiedad (31,4% ansiedad moderada a grave según la Hamilton Anxiety Rating Scale), el 60,3% síntomas de depresión (12,2% depresión moderada a grave y el 48,1% leve según la Montgomery-Asberg Rating Scale) y un 14,5% presentó síntomas de estrés. Una vez más se observó que variables socioculturales (género), laborales y familiares modulaban las puntuaciones en los estados emocionales.

Dosil Santamaría et al. (2021), durante los primeros diez días del mes de abril del año 2020, trabajaron en España con 421 profesionales de la salud que se encontraban ejerciendo laboralmente, estudiando los factores que podrían estar desestabilizando la salud mental de los mismos. Las pruebas, que se administraron por vía electrónica, fueron la DASS-21 y la Escala de Insomnio de Atenas (EIA). Los resultados reflejaron que el 46,7% de los profesionales presentaba síntomas de estrés (15,4% leve, 15,2% moderado, 11,6% severo y 4,5% extremadamente severo); un 37% presentó síntomas de ansiedad (8,3% leve, 4,3% moderada, 14,3% severa y 7,1% extremadamente severa) y un 27,4% síntomas de depresión (10,5% leve, 10,7% moderada, 3,6% severa y 2,6% extremadamente severa). Además, se observó que el 28,9% de los integrantes de la muestra presentó problemas de insomnio. Las mujeres presentaron mayores puntuaciones que los varones en ansiedad y estrés. Los mayores de 36 años presentaron mayores niveles de ansiedad, depresión, estrés e insomnio. Otras variables laborales y familiares también afectaron a dichas puntuaciones.

Işik et al. (2021), trabajaron en Turquía, entre los meses de abril y mayo del año 2020, con un total de 826 enfermeras/os, aplicando un cuestionario en línea en el que se incluía, entre otras técnicas de indagación, la escala DASS-21. Los resultados revelaron que el 84,3% de la muestra presentó síntomas depresivos (11,7% leves, 36,9% moderados, 19,2% severos y 16,3% extremadamente severos); el 78% presentó síntomas de ansiedad (16,6% leves, 19,5% moderados, 14,6% severos y 27,2% extremadamente severos); y el 65,74% presentó estrés (16,3% leve, 23,4% moderado, 20% severo y 6,1% extremadamente severo). Se observó, también, que algunas variables sociodemográficas (género y edad), laborales y familiares influían en las puntuaciones observadas en ansiedad, depresión y estrés.

Obando Zegarra et al. (2020), trabajaron en Perú con 250 enfermeros de dos hospitales públicos de Lima y Callao. Empleando también la virtualidad, se administró la DASS-21 durante los primeros quince días del mes de mayo del año 2020. Los resultados revelaron que el 39,1% de los trabajadores presentó síntomas de ansiedad (17,5% leves, 11,9% moderados, 4,7% severos y 4% muy severos), el 24,6% síntomas de depresión (18,2% leves, 5,6% moderados, 0,8% severos) y el 8,8% síntomas de estrés (3,2% leves, 2,4% moderados, 2,4% severos y 0,8% extremadamente severos). Los profesionales de mayor edad presentaron mayores niveles de depresión. También se observó que las mujeres evidenciaron mayores niveles de ansiedad, depresión y estrés que los varones.

Ijaz e Ijaz (2022), trabajaron con 150 profesionales de la salud de la Unidad de Medicina Pediátrica II de la Universidad Médica King Edward/Hospital Mayo, Lahore (Pakistán), entre los meses de junio a noviembre del año 2020. A los mismos, se les administró la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21), vía online, con el fin de estudiar el efecto inmediato que la pandemia por COVID-19 produjo en la salud mental de estos trabajadores. Los resultados revelaron que el 81% de los profesionales del estudio mostró ansiedad (7% leve, 9% moderada, 16% severa y 49% extremadamente severa); el 77% depresión (12% leve, 27% moderada, 14% severa y 24% extremadamente severa); y el 53% mostró estrés (16% leve, 9% moderado, 14% severo y 14% extremadamente severo). Otros datos de interés que mostró este estudio fue que la edad y el género no afectó a las puntuaciones en ansiedad, depresión o estrés; pero si el estado civil y el nivel de estudios. Concretamente, se observó que los casados presentaron mayores puntuaciones en ansiedad y estrés que los solteros; mientras que en el caso del nivel de estudios se observó que los profesionales que estudiaron postgrado presentaban mayores puntuaciones en ansiedad y estrés.

Pilataxi et al. (2021) evaluaron, en el mes de abril del año 2021, a 91 profesionales de enfermería del Hospital Alfredo Noboa Montenegro, Guaranda, Ecuador, intentando detectar cuál fue el impacto que tuvo la enfermedad de COVID-19 desde un enfoque cuantitativo, tipo descriptivo y transversal, utilizando para ello, de manera virtual, dos escalas: las escalas DASS-21 y PHQ-9. Como resultado, obtuvieron que el 35,16% de los

profesionales presentaron síntomas asociados a la depresión según la escala de DASS-21, mientras que el 40,66% ansiedad y 17,58% de estrés. Se observó que las mujeres presentaron menores niveles de ansiedad y depresión que los varones. Por otra parte, también pudieron apreciar que el grupo de edad que mayores niveles de depresión mostró fue el comprendido entre los 30 y los 34 años. El nivel de formación también mostró afectar las puntuaciones en ansiedad y depresión, siendo estos valores menores cuanto mayor era la formación académica. En lo referente a la situación laboral de los individuos estudiados, se encontró que aquellos que presentaron inestabilidad laboral (contrato ocasional o provisional) mostraron más niveles de depresión. El estado civil de los individuos no afectó a las puntuaciones en ansiedad, depresión o estrés.

Como última investigación en el personal de salud que analiza solo los estados de ánimo, se encuentra la realizada por Mora Torijano (2021) que desarrolló en Colombia sobre estrés, ansiedad y depresión en personal médico del Hospital Universitario de la Samaritana durante la pandemia SARS-CoV2/COVID-19, la misma no explicita la fecha de realización del estudio. Esta investigación pretende analizar la respuesta de estrés, ansiedad y depresión en médicos que se encuentran en primera línea de atención durante la pandemia por SARS-CoV2/COVID-19. Utilizando como método un estudio cuantitativo, descriptivo y transversal, donde se aplicó la escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21) y la ficha de características a 155 médicos. Del análisis de la misma se obtuvo como resultado que prevalecía en un 32,9% el estrés (de leve a moderado), el 29% refiere síntomas de ansiedad (principalmente de tipo moderado), y el 27,1% depresión (predominando los síntomas leves). No se encontraron diferencias de género en cuanto a la incidencia de ansiedad, depresión o estrés; pero si se observaron diferencias en función del estado civil de los médicos, observándose que los médicos casados presentaron menos síntomas de ansiedad, estrés o depresión que aquellos que eran solteros o mantenían una unión libre. También se observó que los médicos que tenían hijos presentaban menos sintomatología, en los tres casos, que los que no tenían hijos.

Aunque el efecto de la pandemia sobre los estados emocionales fue la mayor preocupación en los primeros momentos, también se estudiaron las estrategias de afrontamiento que los profesionales de la salud tenían para hacer frente a la situación.

Por su parte, Virto Concha et al. (2020), estudiaron los estados emocionales y las estrategias de afrontamiento de 91 licenciados en enfermería de Perú que se encontraban activos en agosto del año 2020. Para la obtención de datos, de manera online, emplearon la DASS-21 (estados emocionales); mientras que para el análisis de las estrategias de afrontamiento se aplicó el Inventario de Afrontamiento al Estrés (Brief COPE). Los resultados revelaron que el 30,8% de la muestra presentó síntomas de depresión, el 41,8% síntomas de ansiedad y el 34,1% síntomas de estrés. En lo que se refiere a los estilos de afrontamiento, en el 83,3% de los casos predominó el afrontamiento espiritual, seguido del 79,1% del afrontamiento cognitivo, el 67% en el que prevaleció el de apoyo social, predominando solo en el 27,8% el bloqueo de afrontamiento. Los autores observaron también una correlación negativa entre el estrés y los estilos de afrontamiento de apoyo social y el bloqueo del afrontamiento.

Condorí Chambi y Feliciano Cauna (2020), estudiaron la relación entre ansiedad y estrategias de afrontamiento en 70 trabajadores de la salud, también de Perú. Para ello, aplicaron, entre los meses de agosto y diciembre del año 2020, el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo y el Inventario de Afrontamiento al Estrés (Brief COPE-28). Los resultados, mostraron que el 52,9% presentó síntomas de ansiedad (35,7% mínimos, 41,4% moderados y 5,7% marcados, sin individuos con ansiedad severa). Los resultados del COPE-28 mostraron que el 61,4% usaba de manera frecuente los estilos de afrontamiento centrados en el problema, solo el 24,3% implementaba con frecuencia los estilos de afrontamiento centrados en la emoción, mientras que ninguno de los individuos estudiados manifestó usar con frecuencia estilos de afrontamiento centrados en la evitación. Se observó, además, una relación inversa y significativa entre el uso de estrategias de evitación y la ansiedad estado; así como una tendencia no significativa a que, a mayor uso de estrategias centradas en el problema, menor ansiedad estado.

Como última investigación, dentro del bloque dedicado a los trabajos donde se analizó el efecto de la pandemia sobre los profesionales de la salud, se tendrá en cuenta la realizada por Ocaña Aguilar et al. (2021), en junio del año 2021. En la misma se analizó la relación entre el apoyo social, las estrategias de afrontamiento y los síntomas de ansiedad durante la pandemia por COVID-19. Para ello, y a partir de un estudio descriptivo y transversal, se trabajó con un total de 122 trabajadores de salud de primera línea de exposición a COVID-19 de Cajamarca, Perú, administrándoles el test GAD-7, para medir ansiedad, y un cuestionario de estrategias de afrontamiento y recursos de apoyo. Los resultados revelaron que el 54,1% de los individuos incluidos en el estudio presentó síntomas de ansiedad (32,8% leves, 10,7% síntomas de ansiedad moderada y 10,7 % graves). En lo que respecta a las estrategias de afrontamiento el 92,6% utilizó por lo menos una o más estrategias de afrontamiento ante sucesos negativos o displacenteros, recurriendo el 65% a la actividad física, el 39% a la conversación, el 30% a prácticas basadas en la espiritualidad y la fe, un 16% practicaba meditación, un 7% yoga y un 7% recurría a grupos de apoyo virtuales. En lo referente a los recursos de apoyo que les gustaría recibir ante un suceso negativo o displacenteros, el 95,9% estaba interesado en recibir más de un recurso de apoyo de los propuestos, estando la mayoría (88,5%) interesados en tener asesoramiento o terapia individual. El trabajo refleja, también, que no se encontraron diferencias en la ansiedad experimentada en función de variables tales como el género, la edad o el hecho de haber padecido COVID-19 o no. La ansiedad tampoco se veía afectada por el tipo de estrategias de afrontamiento que empleaban para hacer frente a las situaciones negativas.

#### 2.1.2. Investigaciones realizadas en otras poblaciones en general

Como se ha señalado, si bien la población de trabajadores de la salud ha recibido una especial atención a la hora de estudiar los efectos que la pandemia producía sobre ellos, otros autores centraron su interés en el estudio de la población en general o de otras poblaciones específicas. A continuación, se presentarán los resultados de estudios realizados con este tipo de individuos.

Una de las primeras investigaciones que analizó el efecto que tenía la pandemia sobre el estado emocional de la población en general fue la realizada por Wang et al. (2020). La misma, fue llevada a cabo en China, con una muestra de 1.210 personas. Los datos fueron recolectados vía online, los tres días posteriores a la declaración de la pandemia por COVID-19. Estos autores, entre otros instrumentos, emplearon la Impact of Event Scale-Revised (IES-R) para medir el impacto psicológico producido por la pandemia, así como la DASS-21 para obtener datos sobre el estado emocional de los individuos. Se observó que la declaración de la pandemia produjo un impacto psicológico mínimo en el 24,5% de los individuos, leve en el 21,7% y moderado o severo en el 53,8%. Por otra parte, observaron que el 36,3% de la población estudiada presentó sintomatología ansiosa (7,5% leve, 20,4% moderada y 8,4% severa o extremadamente severa); un 30,3% sintomatología depresiva (13,8% leve, 12,2% moderada y 4,3% severa o extremadamente severa) y un 32,2% síntomas de estrés (24,1% leves, 5,5% moderados y 2,6% severos o extremadamente severos).

En la Comunidad Autónoma Vasca, España, Ozamiz-Etxebarria et al. (2020) realizaron un estudio exploratorio-descriptivo de tipo transversal, desde el 11 al 15 de marzo de 2020, en tres provincias de dicha Comunidad. El número de personas que participaron del estudio fue de 976. Se aplicó, vía online, la escala DASS-21 y un cuestionario sociodemográfico donde se indagaron datos tales como la edad de los participantes, el sexo o la existencia de enfermedades crónicas entre los mismos. Los resultados mostraron que un 22% de los individuos incluidos en la muestra presentaron síntomas de depresión, un 25,6% síntomas de ansiedad y un 23,8% estrés. Estos valores fueron menores a los encontrados en China. Los autores concluyen que estos resultados pudieron deberse a la mayor información que tenían sobre el virus los participantes en el estudio, ya que había transcurrido un mes y medio desde su aparición en China; considerando que también podrían ser debidos a que, al momento de recolección de los datos (los primeros días de la epidemia en España), la población todavía no dimensionara el alcance de la pandemia en su propio territorio. El estudio, también, reveló que aquellas personas que padecían enfermedades crónicas mostraron más niveles de estrés, ansiedad y depresión que aquellas que no las poseían.

Además, que los niveles de ansiedad, estrés y depresión ante la pandemia por COVID-19 fueron menores conforme aumentaba la edad de los participantes en el estudio.

Virto-Farfán et al. (2021), durante los días 16 al 21 de marzo del año 2020, trabajaron en Perú con 1.089 personas estudiando la relación entre algunos factores asociados a la pandemia por COVID-19 y los estados emocionales de los individuos. Entre los datos recolectados vía electrónica se encontraban los obtenidos mediante la escalada de DASS-21, reflejando que el 20,7% de la población estudiada mostraba síntomas de ansiedad, el 18,1% síntomas de depresión y el 15% síntomas de estrés. Los síntomas ansiosos se veían aumentados en aquellas personas que habían transitado la enfermedad. Por su parte, se presentaban mayores síntomas depresivos en aquellos individuos que habían tenido contacto con enfermos por COVID-19. Además, observaron que los síntomas de estrés se veían aumentados entre aquellas personas que habían utilizado las redes sociales como medio para informarse sobre la pandemia. Observaron también, una correlación positiva entre el hecho de haber sentido síntomas de COVID-19 y las puntuaciones en ansiedad, depresión y estrés.

Arias Molina et al. (2020) en Cuba, en el consultorio médico de la familia 16-A perteneciente al Policlínico docente “Jimmy Hirtzel” de Bayamo, durante el mes de abril del año 2020, realizaron un estudio observacional, descriptivo y transversal, durante el contexto de la pandemia por COVID-19. Para ello se aplicaron, a 197 personas, las siguientes técnicas: Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE), Inventario de Depresión Rasgo-Estado (IDERE), Escala para valorar el nivel de estrés y Escala de Ideación Suicida de Beck (SSI). Los resultados del estudio revelaron que el 30,96% manifestó ansiedad alta, mientras que el 26,90% mostró niveles de ansiedad media. Los síntomas de depresión se presentaron en el 36,54% en niveles medios y en un 13,7% de los individuos estudiados en un nivel alto; el 66,49% presentaron síntomas de estrés, mostrando un 35% de los participantes en el estudio que había pasado los límites, un 25,38% presentaron un excesivo estrés y un 6,09% demasiado estrés. En lo que respecta a la ideación suicida, la misma solo estaba presente en el 1,52% de los casos estudiados. Los autores del estudio no pudieron encontrar una relación entre estrés y ansiedad estado o rasgo, o entre estrés y depresión estado o rasgo.

Sucuy Bonilla (2020), durante los meses de abril a agosto del año 2020, estudió la relación entre los estados emocionales y el modo de afrontar el COVID-19 que presentaban 29 trabajadores de obra de la empresa ecuatoriana SEMAICA. Mientras que el afrontamiento ante la pandemia fue medido con un cuestionario de elaboración propia, los estados emocionales fueron evaluados mediante la DASS-21. Los resultados mostraron que el 82,8% de los trabajadores presentó un nivel de afrontamiento bajo ante el COVID-19; así como, también, observó que el 44,7% de los mismos presentó síntomas de ansiedad (13,8% leves, 24,1% moderados, 3,4% severos y 3,4% extremadamente severos), el 34,5% síntomas de depresión (13,8% leves y 20,7% moderados) y el 55,2% síntomas de estrés (27,6% leves, 20,7% moderados y 6,9% severos).

Silva Domínguez y Luque Villanueva (2022), en la ciudad de Lima-Perú, se evaluaron a 556 participantes de entre 18 y 69 años, 300 de ellos fueron examinados entre los meses de abril a octubre del año 2020 (primera ola de COVID-19), y los 256 restantes entre los meses de enero a agosto del año 2021 (segunda ola de COVID-19). El objetivo fue evaluar la relación entre los indicadores de ansiedad, depresión y satisfacción familiar respecto al miedo al COVID-19 durante la pandemia. Utilizando para la recolección de datos una ficha sociodemográfica e instrumentos psicométricos: el cuestionario GAD-7, para analizar ansiedad; el cuestionario PHQ-9, para estudiar depresión; la Escala de Satisfacción Familiar (SSF), y la escala FCV19, para evaluar miedo al COVID-19. En la primera ola, se observó que las mujeres presentaron mayores indicadores de depresión y miedo al COVID-19; mientras que los varones presentaron mayores indicadores de satisfacción familiar. La edad no afectó a las variables estudiadas. En la segunda ola, se evidenció que las mujeres presentaron mayores indicadores de miedo al COVID-19 respecto a los varones y mayor nivel de depresión. También, se observó que los adultos mayores presentaron índices más altos de miedo al COVID-19 y de depresión; mientras que los adultos presentaron mayor satisfacción familiar y los adultos jóvenes, más indicadores de ansiedad. Por otra parte, las variables que presentaron relación con el aumento de miedo al COVID-19 fueron: la ansiedad ( $p < 0.001$ ), la edad ( $p < 0.001$ ) siendo mayor en los adultos mayores y mujeres y más

en la primera ola, siendo una de las primeras investigaciones que evidenció diferencias entre las diferentes olas.

Emigdio-Vargas et al. (2022), en México, con un estudio transversal en línea con una estrategia de muestreo en bola de nieve, realizaron una investigación donde participaron 997 individuos con edad media de  $35,3 \pm 12,9$  años, que fueron evaluados durante la tercera fase de la emergencia sanitaria, entre el 11 y el 18 de mayo del año 2020. Además de un cuestionario donde se recolectaron datos sociodemográficos y preguntas relacionadas a la enfermedad por COVID-19, se emplearon como técnicas de recolección de datos la Depression, Anxiety, and Stress Scales (DASS-21) y el Alcohol Use Disorders Identification Test–Consumption (AUDIT-C). Los resultados mostraron que un 18,9% de los participantes mostraron síntomas depresivos (7,7% niveles leves, 7,5% moderados, 2,2% severos y 1,5% extremadamente severos); un 21,7% síntomas de ansiedad (6,3% leves, 8,4% moderados, 2,9% severos y 4,1% extremadamente severos) y un 14,1% estrés (6,2% leve, 4,4% moderado, 2,3% severo y 1,2% extremadamente severo). Se observó que los individuos de 40 años o menos presentaban mayor vulnerabilidad a los síntomas ansiosos y depresivos. Los individuos con mayor propensión a la depresión fueron aquellos que no tenían hijos, los que se encontraban desempleados en ese momento y los que no profesaban ninguna religión. Por su parte, los pacientes más propensos a sufrir síntomas de ansiedad fueron aquellos que habían estado recientemente con personas diagnosticadas con COVID-19 o que tenían sospechas de tenerlo. Con respecto al estrés, se observó que los individuos que vivían solos y aquellos que no tenían hijos eran menos propensos a sufrirlo.

Medina y Ródenas (2022), en los meses de mayo y junio del año 2020, evaluaron a 1.658 deportistas universitarios de las diferentes facultades de la Universidad Autónoma de Nuevo León en México, utilizando un muestreo conglomerado. Para ello se aplicó, de manera online, un cuestionario demográfico en el que también se indagaron las actividades que los individuos empleaban para hacer frente a la cuarentena durante el confinamiento. Entre otros resultados, se pudo observar que el 0,6% de los participantes experimentaron ansiedad severa, el 1,8% ansiedad moderada y 12,1% ansiedad ligera. Se observó también que los factores: vivir en áreas urbanas, estabilidad de ingresos familiares y vivir con padres fueron

protectores contra los síntomas de ansiedad, mientras factores tales como el género y la edad no afectaron a las puntuaciones en ansiedad.

Pedraza Aguirre et al. (2021), estudiaron a 301 personas radicadas en el estado de Veracruz (México), durante el mes de junio del año 2020, analizando los niveles de ansiedad y depresión que presentaban. Para ello, emplearon vía online, la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg, encontrando que un 77,4% de los participantes presentó síntomas de ansiedad, mientras que el 78,7% presentó síntomas de depresión.

Barranco-Cuevas et al. (2021) al observar que la pandemia ha modificado las vidas de todas las personas de manera drástica, decidieron investigar, desde el 15 de junio al 15 de agosto del año 2020 en México, con un estudio observacional, relacional, transversal en 185 derechohabientes de una unidad de medicina familiar, la presencia de síntomas de depresión, ansiedad y estrés durante la pandemia por COVID-19. Para ello, solicitaron datos sociodemográficos y aplicaron la escala DASS-21. Obteniendo como resultado que los síntomas de depresión se presentaron en un 11,9%, ansiedad en 22,7% y estrés en el 14,5% de los participantes. Con relación estadísticamente significativa entre edad y estrés, observándose que los individuos de mayor edad presentaron menor intensidad de estrés.

Millones-Morales y Gonzales-Guevara (2021), en los meses de enero y febrero del año 2021, realizaron en Comas-Perú una investigación cuantitativa con diseño descriptivo-transversal, con el objetivo de determinar si había indicadores de depresión, ansiedad y estrés durante la emergencia sanitaria por COVID-19. Para ello trabajaron con 115 jefes de hogar de un asentamiento humano, con edades comprendidas entre los 17 y los 85 años de edad, 68 fueron mujeres y 47 hombres. A este grupo de personas se le aplicó una encuesta y la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21) de manera online. Los resultados del estudio mostraron que un 41,7% de los participantes en estudio presentó un impacto psicológico debido al COVID-19 extremadamente severo, un 8,7% severo, un 20,9% un impacto moderado y un 20% un impacto leve. Concretamente se observó que un 16,5% presentaron síntomas depresivos leves, un 27% moderados, un 9,6% severos y un 38,3% extremadamente severos. En lo referente a la ansiedad, un 10,4% presentó síntomas leves, el 17,4% moderados, el 15,7% severos y un 52,2% extremadamente severos. También se

observó que un 13% de los participantes en el estudio mostró un estrés leve, el 10,4% estrés moderado, el 25,2% severo y el 16,5% extremadamente severo.

En India, durante la segunda ola de COVID-19, se trabajó con 690 sujetos de más de 60 años que no presentaban síntomas de dicha enfermedad. El estudio fue transversal y cuantitativo, realizado en el estado de Madhya Pradesh durante los meses de marzo a agosto del año 2021. En el mismo se administró, de manera online, la Escala DASS-21. Los resultados mostraron que el 7,83% de la muestra presentó sintomatología depresiva (4,06% leve, 3,19% moderada, 0,29% severa y 0,29% extremadamente severa). El 12,02% presentó sintomatología ansiosa (3,04% leve, 6,52% moderada, 0,87% severa y 1,59% extremadamente severa). Por su parte, el 5,2% de los individuos estudiados mostró estrés (2,75% leve, 2,03% moderado, 0,14% severo y 0,28% extremadamente severo). Se observó también, entre otros aspectos, que a mayor edad mayores eran los niveles de ansiedad. Los síntomas depresivos se correlacionaron con el consumo de alcohol y adicción, observándose, también, que los individuos mayores de 75 años presentaban más síntomas depresivos. Por otra parte, se evidenció, también, que las mujeres y aquellas personas con mayor nivel de estudios presentaron también mayores niveles de estrés (Malhotra et al., 2022).

Yeiverino- García et al. (2022), en los meses de abril y mayo del año 2021, aplicaron a los empleados de una compañía de la rama transportista, localizada en la frontera norte de Chihuahua (México), un cuestionario de 9 ítems adaptados a partir de los instrumentos identificados en la literatura y propuestos por Kroenke et al. (2007) y Lowe et al. (2005) en su lugar de trabajo. Se utilizó un método cuantitativo, no experimental, transeccional y descriptivo con una muestra no probabilística por conveniencia de 281 sujetos. Esta investigación tuvo como objetivo determinar si los empleados de esta empresa transportista experimentaron depresión y ansiedad durante la pandemia del COVID-19. Los resultados mostraron que el 64% de los trabajadores presentaron problemas de depresión y ansiedad a causa del COVID-19, esta afección no solo afectó al contexto organizacional, sino a todos los sectores donde se desenvolvían.

El estudio transversal de Keim et al. (2022), realizado durante las dos primeras semana del mes de junio del año 2021, tuvo como objetivo evaluar la carga emocional en 3.251

docentes de escuelas públicas y guarderías durante la pandemia de SARS-CoV-2 en el Norte de Italia, utilizando como grupo control a 278 personas de la zona que también respondieron al DASS-21. A este grupo de personas se le administró una encuesta electrónica en la que, entre otras preguntas, se incluyeron cuatro escalas: Escala de Fatiga Pandémica (PFS), la Escala de Depresión Ansiedad Estrés DASS-21, la Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS) y la Escala de Afrontamiento Resiliente (BRCS).

Entre la gran cantidad de resultados que se obtuvieron en esta investigación, se extraerán aquellos que guardan más relación con la presente investigación. De esta manera, se pudo observar que un 26,4% de los docentes del estudio presentaron síntomas depresivos, el 21,4% síntomas de ansiedad y el 34,3% estrés; mientras que entre los individuos del grupo control el porcentaje que presentó síntomas depresivos fue del 12,2%, el 11,9% presentó síntomas de ansiedad y un 9,6% estrés. Estos datos revelaron que los docentes presentaron más síntomas emocionales que el resto de la población. Por otra parte, si bien los docentes presentaron altos niveles de satisfacción con la vida, en lo que se refiere a las estrategias antes el estrés, el 39,6% de ellos presentaron bajas estrategias resilientes, el 38,2% intermedias y el 22,3% altas. Los datos sobre fatiga relacionada con la pandemia, revelaron que, aunque la misma fue menor de la esperada, un 33,4% de los docentes afirmó que la pandemia disparó su ansiedad. Los resultados del estudio también mostraron que aquellos docentes con una mayor satisfacción por la vida, una mayor resiliencia y una menor fatiga debida a la pandemia presentaron menos puntuación general en el DASS-21, así como en la dimensión depresión del mismo. Las mujeres y los docentes más jóvenes presentaron más puntuaciones en el DASS-21, en las tres dimensiones, pero solo resultaron significativas en el caso de la dimensión estrés. Un dato interesante fue encontrar que los docentes que habían contraído previamente la enfermedad por COVID-19 presentaron más puntuaciones en el DASS-21 que aquellos que no la habían sufrido.

Respecto a las estrategias de afrontamiento, en junio del año 2020, Mella-Morambuena et al. en Concepción, Chile, con el objeto de describir el uso de estrategias de afrontamiento en apoderados durante el confinamiento debido a la Pandemia COVID-19, se utilizó un diseño descriptivo transversal, en 118 apoderados (responsable legal del estudiante), utilizando

como instrumento el COPE-28, el que fue digitalizado para ser aplicado. Los resultados mostraron que las estrategias de afrontamiento que se destacaron por una mayor frecuencia de uso fueron: el apoyo emocional y el desahogo; siendo las estrategias de afrontamiento menos utilizada por la muestra: la reinterpretación positiva, es decir, no es usual, en la muestra explorada, buscar el lado bueno y favorable del problema e intentar crecer a partir de la situación, y reducir los esfuerzos para tratar con el estresor para lograr metas.

Otra de las investigaciones fue la de Marsollier y Expósito (2020) quienes evaluaron el afrontamiento docente en tiempos de COVID- 19 en Argentina, teniendo por finalidad indagar sobre las estrategias de afrontamiento utilizadas por los docentes frente al desafío que presentaba la enseñanza virtual en situación de confinamiento social a causa de la pandemia por COVID-19 durante el año 2020. La metodología utilizada fue un diseño cuantitativo de tipo descriptivo/correlacional, con una muestra intencional de 777 docentes y directivos de instituciones de distintos niveles educativos, instrumentando como prueba psicométrica el Brief COPE-28 y preguntas sociodemográficas. Los resultados indicaron que un 3,09% trabajaba en el nivel inicial; 15,83% en nivel primario, 31,4% nivel secundario, 12,36% nivel superior, 36,16% educación de adultos y en educación especial 1,16%, en relación a las actividades profesionales de estos docentes se obtuvo que se desarrollan en instituciones de gestión pública el 87,91% y de gestión privada 12,09%. Respecto de la formación académica, se esperaba que todos tuvieran titulación de nivel superior; sin embargo, el 1,03% contaba con el título secundario.

Otra variable que se tomó en cuenta fue el género y la edad, obteniendo que predominaron las mujeres (79,51%) y el promedio de edad de los participantes fue de 43 años.

Los resultados descriptivos señalaron que las estrategias de mayor uso por parte de los educadores se ajustaban principalmente a lo que puede considerarse un estilo efectivo, caracterizado por el amplio uso del afrontamiento activo (7.79 pts.), la aceptación (7.61 pts.), la planificación (6.69 pts.) y la reinterpretación positiva (6.29 pts.). Por otra parte, las estrategias de afrontamiento menos utilizadas por los participantes fueron el uso de

sustancias (0.44 pts.), la desconexión (1.14 pts.), la negación (1.18 pts.), el humor (2.26 pts.), el desahogo (2.67 pts.) y la autoinculpación (2.77 pts.).

En cuanto al género, las estrategias de afrontamiento activo, reevaluación positiva y la tendencia a buscar apoyo emocional, social y en la religión fueron más utilizadas por las mujeres, mientras que el humor se mostró asociado al género masculino. En relación al estado civil, la apertura emocional y la religión fueron las más utilizadas por las personas casadas; el afrontamiento activo en divorciados o separados y, por último, las estrategias de desahogo predominaron en los solteros.

Con respecto al nivel de instrucción, los docentes con título universitario fueron los que presentaron un significativo uso de las estrategias de afrontamiento de planificación (efectiva) y también de otras estrategias poco funcionales tales como el humor, el uso de sustancias y el desahogo.

Por otra parte, las personas que tenían hijos utilizaban en mayor medida estrategias de afrontamiento activo y de religión, mientras que las personas sin hijos se apoyaban más en el humor y el desahogo, estrategias que ofrecen un afrontamiento orientado a la evitación.

En Ecuador, Torres Díaz et al. (2021), trabajaron con 150 docentes durante la época de confinamiento por COVID-19, siendo su principal objetivo analizar las estrategias de afrontamiento empleadas por los mismos para hacer frente al estrés producido por la situación de pandemia. La técnica empleada, aplicada de manera virtual, fue el Inventario de Estrategias de Afrontamiento de Tobin et al. Las principales estrategias empleadas por los docentes fueron las dirigidas a la acción del tipo resolución de problemas (34%) y reestructuración cognitiva (32%); siendo las menos empleadas aquellas estrategias centradas en la emoción tales como la autocrítica (0%), evitación de problemas (2,7%), retirada social (2,7%) y expresión de emociones (4%). Tanto mujeres como varones empleaban estrategias centradas en el problema, pero mientras los hombres usaban principalmente estrategias de reestructuración cognitiva, en las mujeres predominaba el uso de estrategias de resolución de problemas. También, se observó que los docentes menores de 40 años, usaban principalmente estrategias de resolución de problemas; y entre los de 40 años o más las estrategias de reestructuración cognitiva.

Bello Castillo et al. (2021) exploraron la influencia de las estrategias de afrontamiento en el bienestar psicológico de estudiantes universitarios dominicanos durante la pandemia del COVID-19. En el estudio participaron 135 estudiantes de una universidad privada, de edades comprendidas entre los 18 y 25 años, completando una encuesta virtual con la Escala de Bienestar Psicológico (EBP) y la escala de Orientación hacia el Afrontamiento de Problemas Experimentados (COPE-48). Obteniendo que las estrategias de afrontamiento más utilizadas fueron las negativas (consumo de alcohol o drogas, centrarse en las emociones y desahogarse, humor, negación y refrenar el afrontamiento) debido a que en época de pandemia se dificultaba usar estrategias de afrontamiento positivas (aceptación y crecimiento personal, afrontamiento activo del problema, búsqueda de apoyo social y religión), aumentando el riesgo de sintomatología.

Por su parte, Lira Duran et al. (2021), trabajaron en México con 259 estudiantes universitarios, un año y medio después de haberse decretado la pandemia por COVID-19. A los mismos, les aplicaron, de manera on-line, el Cuestionario de Regulación Cognitiva de las Emociones, la Escala de Estrés Percibido y la Escala Multidimensional de Evaluación de los Estilos de Afrontamiento (COPE). Los resultados en esta última revelaron que las estrategias más empleadas por los estudiantes fueron la elaboración de un plan de acción, la búsqueda de apoyo interpersonal y bromear; siendo las menos empleadas la negación y la evitación. También, observaron que no existían diferencias por género en ninguna de las pruebas, pero sí se observó que los estudiantes de los primeros años (1er a 3er trimestre) emplearon más estrategias de evitación. La investigación también reflejó una alta correlación entre estrategias propias de afrontamiento activo (elaboración de un plan de acción y búsqueda de apoyo) y la resiliencia; encontrándose una correlación media entre ésta última y las estrategias de minimización, bromear, fantasía y búsqueda de apoyo religioso y espiritual que, si bien no son tan activas, también reflejan acciones dirigidas a resolver situaciones.

Respecto de los estudios realizados en la población en general sobre el apoyo social, en la investigación de Jorquera Gutiérrez et al. (2021), en la ciudad de Copiapó, Chile, durante el mes de mayo del año 2020, evaluaron a 523 personas mediante un estudio transversal. La finalidad del mismo fue analizar la presencia de psicopatología y determinar su relación con

las variables: sexo, edad, ocupación y apoyo social percibido. A las mismas se les aplicó, de manera online, la Escala de Salud General, GHQ-12, la Escala de Apoyo Social percibido, MSPSS, y un cuestionario de caracterización sociodemográfica. Los resultados mostraron que el 34,23% evidenciaron presencia de psicopatología (especialmente asociada a la depresión, la ansiedad y la disfunción social) y el 17,59% presentaba sospecha de poseer psicopatología. Es posible señalar que el 51,82% mostró indicadores que permitían presumir posibles problemáticas psicológicas. Se evidenciaron mayores niveles de psicopatología en mujeres. Según edad, también se observaron diferencias estadísticamente significativas, en donde los jóvenes (entre 18 y 29 años) manifestaron los mayores niveles de sospecha y presencia de psicopatología, lo cual llegó a un 64,8% de los casos. El 67,9% de los estudiantes manifestaron sospecha o presencia de psicopatología, seguido por el grupo de personas sin trabajo, en el que esta proporción llegó a un 56,7%. Por su parte, un 39,7% de los trabajadores mostraron sospecha o presencia de psicopatología. Los resultados muestran diferencias significativas en apoyo social, familiar y de amistades, entre quienes no presentaban psicopatología, y quienes mostraron sospecha de poseer y quienes evidenciaron psicopatología. Se observó que quienes poseían ausencia de psicopatología presentaban niveles más altos de apoyo social, en comparación a quienes tenían presencia de patología. El estudio pudo concluir que las mujeres, los jóvenes y los estudiantes eran el grupo más vulnerable en los tiempos de la COVID-19, mientras que el apoyo social se podía considerar como un factor protector en esta época.

Dentro de las investigaciones centradas en el apoyo social que no consignan las fechas de su realización se encuentra la investigación de Caccia et al. (2021). En Argentina trabajaron con 497 participantes de Capital Federal y Gran Buenos Aires. El objetivo era estudiar la posible relación entre sintomatología psicológica y el apoyo social que los individuos percibieron durante el periodo de aislamiento social preventivo y obligatorio (ASPO). Emplearon, vía online, la escala SCL-90-R para obtener puntuaciones sobre somatizaciones, ansiedad fóbica e ideación paranoide; y la Escala de Apoyo Social Funcional Duke-Unk-11, para estudiar el apoyo social percibido. En lo referido al apoyo social, se observó mayor puntuación en apoyo social funcional, seguido de apoyo social confidencial, siendo el apoyo

social afectivo el menos puntuado. Además de la edad (los individuos de menor edad presentaban mayor somatización e ideación paranoide) y el género (las mujeres presentaron mayor somatización, ansiedad fóbica e ideación paranoide), otras variables laborales, económicas e informativas afectaban a la sintomatología psicológica y a la percepción del apoyo social. Se observó que las personas con más apoyo social percibido (de los tres tipos) presentaron menos somatización e ideación paranoide.

También en Argentina, Shetsche (2021) trabajó con 453 adultos, principalmente de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Gran Buenos Aires y provincia de Buenos Aires. Se les aplicó, vía online, la Escala de Percepción de Exclusión Social, la Escala de Apoyo Social de Berlín y el Symptom Assesment-45-Questionnaire. Se observó que los individuos de bajo nivel de limitaciones económicas presentaron menos puntuación en depresión, somatización e ideación paranoide que los individuos con alto nivel de dichas limitaciones. El autor, también, analizó si existía relación entre el apoyo social y dicha sintomatología en cada uno de los grupos. Los resultados revelaron que, en ambos grupos, a mayor disponibilidad de apoyo social instrumental y de apoyo social emocional disminuían las puntuaciones en depresión, sensibilidad interpersonal, ansiedad, psicoticismo, obsesiones y compulsiones e ideación paranoide. Estos síntomas psicopatológicos también se vieron reducidos en función del aumento del apoyo emocional que los individuos realmente recibían, pero solo en el grupo de bajo nivel de limitaciones económicas (en el grupo de alto nivel de limitaciones económicas solo se veía reducida la puntuación en depresión). Por último, se observó que mientras que, en el grupo de bajo nivel de limitaciones económicas, conforme aumentaba la necesidad de apoyo social también aumentaban las puntuaciones en depresión y ansiedad; en el grupo de altas limitaciones económicas el aumento de esta necesidad producía una disminución en las puntuaciones de ansiedad fóbica.

Calderón-Cholbi et al. (2021), evaluaron a 50 personas, en España, que tenían familiares infectados con COVID-19 de manera leve o moderada. A estas personas se les realizó una entrevista sociodemográfica y se administró las escalas de SCL-90-R, PSS-14, BIP-Q5 y MOS-SSS para medir grado de malestar emocional, estrés, percepción de amenaza y apoyo social, con la finalidad de evaluar los factores de riesgo y protección en los familiares de

personas afectadas por COVID-19. Los resultados reflejaron un malestar emocional general moderado. Presentando como síntomas más habituales los depresivos, los obsesivos-compulsivos, los ansiosos y somáticos. Los síntomas de sensibilidad interpersonal, ideación paranoide, hostilidad, psicoticismo y ansiedad fóbica, no fueron tan usuales. Experimentaron a menudo estrés el 34%, el 2% lo padecía muy a menudo y el 52% padecían estrés de vez en cuando. Solamente el 12% no lo sufría casi nunca. En lo relativo al apoyo social, se encontraron niveles bajos de densidad social, apoyo social instrumental, interacciones sociales y afecto; y niveles moderados de apoyo social emocional. En general, los participantes revelaron un moderado apoyo social. Se observaron también correlaciones positivas entre psicopatología y estrés, y negativas entre apoyo social y psicopatología o estrés.

### 2.1.3. Investigaciones realizadas en personas enfermas con COVID-19

Focalizando la atención en la población de estudio en la que se centró la presente investigación, individuos que hayan transitado por la enfermedad de COVID-19, la búsqueda bibliográfica arrojó que, en el año 2020, Olivares Ramírez (2021) trabajó, a lo largo del mes de mayo de dicho año, con 90 individuos mexicanos recuperados de COVID-19 que durante la enfermedad tuvieron incapacidad laboral (en su mayoría del sector de salud). El objetivo fue estudiar la funcionalidad familiar (Cuestionario FF-SIL) y el apoyo social percibido por los mismos durante su enfermedad (Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido). En lo referido a este último tema, la mayoría de los individuos del estudio mostraron niveles altos de apoyo social, tanto a nivel global, como entre amigos (76.7%), familia (93.3%) y pareja (94.4%), especialmente en estos dos últimos.

Durante el año 2021, es importante marcar la investigación de Espinoza Espinoza y Guaranda Galeas quienes, al igual que en la presente investigación, evaluaron a personas que tuvieron la enfermedad. Trabajaron con un diseño mixto en Ecuador, durante el mes de noviembre del año 2020. En el mismo, analizaron a 8 personas que transitaron por la enfermedad por COVID-19 con una gravedad de leve a moderada y que no fueron hospitalizadas. Se les administró una entrevista inicial y exploratoria, así como una serie de

pruebas, entre ellas el Listados de Síntomas Breve (LSB-50) con el fin de detectar síntomas psicológicos y psicosomáticos; el Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) y el Inventario de Depresión Estado-Rasgo (IDER). Los resultados reflejaron que todos los participantes percibieron un gran impacto de la enfermedad al haber vivido emociones negativas. Los resultados obtenidos con el LSB-50 revelaron que un 62% de los participantes presentó riesgo psicopatológico, que la mitad de ellos mostró problemas de ansiedad social, un 75% puntuó alto en la escala de ansiedad y hostilidad y un 62,5% puntuó alto en la escala de depresión. Los resultados del IDER expusieron que el 75% presentó rasgos depresivos y un 37,5% depresión estado. En cuanto a los datos arrojados por el STAI, los mismos mostraron que el 62,5% presentó ansiedad estado y rasgo.

Paredes Flores y Vega de Salas (2021), trabajaron en Perú (en el mes de agosto del año 2021), con 160 personas que habían transitado la enfermedad por COVID-19 en los últimos seis meses. El objetivo del estudio fue analizar la relación entre la percepción de apoyo social (medida mediante la Escala Multidimensional de Percepción de Apoyo Social) y la resiliencia (medida mediante la Escala de Resiliencia) de estas personas ante la situación de enfermedad. Se observó que existía una correlación positiva entre resiliencia y apoyo social familiar, especialmente; pero también entre resiliencia y apoyo social de amigos y vecinos, aunque en menor magnitud.

Como se puede observar, son pocos los estudios que investigaron el efecto emocional que el tránsito por la enfermedad produjo sobre los individuos, y menos aún en los que se relacionen estos estados emocionales con las estrategias de afrontamiento ante situaciones estresantes que los individuos poseen y con el apoyo social que los mismos percibieron recibir. Es por ello que se considera que la presente investigación aporta a un área de vacancia en cuanto al conocimiento sobre el tema, y que los resultados obtenidos con la misma podrían ser de gran utilidad para posibles futuros brotes de esta enfermedad, o para otros casos de emergencia sanitaria ante la aparición de un nuevo virus pandémico.

## **2.2. MARCO TEÓRICO**

### **2.2.1. Pandemia y efectos físicos y psicológicos.**

En el mes de marzo del año 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS), declaró la pandemia a raíz del virus SARS-CoV 2 (Coronavirus), dada su elevada morbilidad y mortalidad.

El COVID-19, según el Ministerio de Salud de la Nación Argentina, proviene de la familia de virus que causan enfermedades en animales y humanos, provocando en estas últimas infecciones respiratorias que van desde un resfrío hasta etapas graves como el síndrome respiratorio agudo severo (SRAS-SARS) y el síndrome respiratorio de Medio Oriente (MERS). Vera-Villaruel (2020), manifiesta que esta pandemia comparte características con las dos enfermedades antes nombradas que surgieron en el año 2003 y 2012 respectivamente. Si bien el SARS, el MERS y el COVID-19, tuvieron gran propagación y rapidez de contagio por todo el mundo, esta última generó un colapso en el sistema de salud, así como en el ámbito socioeconómico.

Cortés explica que estas enfermedades son de origen zoonótico, es decir que la enfermedad posee un reservorio animal, que proviene de animales silvestres pero que es transmitido a los animales domésticos y así a las personas. Además de que los reservorios patógenos de la enfermedad son asintomáticos (Cortés, 2020).

El virus del COVID-19 se transmite de una persona a otra a través de las gotas de nariz o boca que salen despedidas cuando la persona que posee el virus estornuda o habla. También este contagio puede darse porque el virus haya quedado en superficies u objetos.

Esta enfermedad, no tiene una cura específica, pero se puede tratar. Los síntomas dependerán de las personas y del estado de salud previo, siendo de mayor riesgo las personas mayores de 60 años o que tengan afecciones respiratorias o enfermedades crónicas como diabetes. Los síntomas que se presentan son: fiebre de 37,5°C, tos, dolor de garganta, dificultad respiratoria, dolor muscular, cefalea, diarrea y/o vómitos, pérdida brusca de gusto u olfato (Ministerio de Salud de la Nación Argentina, 2020). Rosas Ruiz y Valencia Rodríguez (2021) manifiestan que las poblaciones más vulnerables son los ancianos y las

personas con patologías previas o inmunodeficiencias, las cuales deben ser aisladas para evitar el contagio; otra población de riesgo es la conformada por el personal de salud, que está expuesto a la mayor carga viral y debe enfrentar la situación. Es una enfermedad multisistémica con afectación respiratoria, neurológicas, renales, digestivas y de otros órganos, generando que sea letal para muchas personas.

Como consecuencia física del COVID-19, Molina-Molina (2020) expresa que los pacientes presentan infecciones pulmonares, disnea, afección muscular, fibrosis pulmonar, cansancio, pérdida del gusto y olfato por un tiempo prolongado, infecciones renales y alteraciones cardíacas. Mientras que, a nivel cerebral, el virus puede producir encefalitis aguda y deterioro de la memoria.

Es importante resaltar que, por el nivel de contagiosidad y que se propagó por todos los países, esta enfermedad fue considerada una pandemia entendiendo que es: un suceso donde una enfermedad infecciosa afecta a la población humana en un área geográficamente extensa.

Para evitar el contagio, es importante mantener una distancia de 2 metros con las otras personas, usar tapaboca, evitar lugares cerrados, mantener la higiene de manos lavando las mismas continuamente con agua y jabón, utilizar alcohol en gel. Además de limpiar las superficies y objetos con lavandina y alcohol y ventilar los ambientes (Urzúa et al., 2020).

El Gobierno Nacional, mediante Decreto 297/2020 del mes de marzo, tomó una medida excepcional donde estableció que en Argentina debía cumplirse el “*aislamiento social, preventivo y obligatorio*” (ASPO) que incluyó el cierre total de fronteras y la suspensión de la concurrencia a los establecimientos educativos en todos sus niveles, siendo este Decreto más tarde extendido por el Decreto DNU 325/2020. Esto implicó que, todas las personas que habitaban o se encontraban momentáneamente en el territorio argentino, permanecieran en sus domicilios, realizando solo desplazamientos necesarios para adquirir artículos comestibles, de limpieza o medicación, con el fin de evitar la propagación del COVID-19 y proteger la salud pública; modificándose luego a un *distanciamiento social, preventivo y obligatorio* (DISPO), que implicó la recuperación de la normalidad de actividades pero con

todas las medidas de protección necesarias como: respetar la distancia antes mencionada, evitar todo tipo de reuniones, compartir utensilios, saludar con la mano, entre otros.

Moreno et al. (2020), indican que las situaciones que implican una pérdida, daño o amenaza (como puede ser la pandemia por COVID-19), ya sea repentina o crónica, generan a nivel psicológico cambios de comportamiento, pensamientos y/o emociones, que se pueden intensificar a partir de las experiencias.

Lasa et al. (2020), establecen que en la etapa del ASPO, la circulación tenía que hacerse en forma individual y para trabajos esenciales. Además de reducir todas las actividades culturales, deportivas y escolares, se priorizó el trabajo remoto desde casa, generando mayor estrés, ya que no solo se debería continuar con el mismo, sino con los quehaceres hogareños.

Al tomarse medidas extremas como el aislamiento preventivo, la población, debió adoptar cambios en los patrones de comportamiento, modificar las rutinas establecidas, así como introducir el distanciamiento social entre las personas (familia, amigos o compañeros) con quienes cotidianamente se tenía relación estrecha, quedando aislados en muchas situaciones (Vides, 2020). Esto trajo como consecuencias que las personas se tuvieran que adaptar a nuevas formas de trabajo, estudio y relaciones en pos de evitar la propagación de la enfermedad (Silva Domínguez y Luque Villanueva, 2021). Cambios que no fueron fáciles de llevar a cabo, haciendo que muchas personas vivieran esto con mucho miedo y temiendo el contagio. A esta situación hay que sumarle que había personas que se oponían a las medidas sanitarias, negando que la enfermedad existiera.

Espada et al. (2020), establecen que existieron dos tipos de reacciones emocionales aparejadas a la pandemia por COVID-19. Por un lado, los casos que sufrieron consecuencias, ya sea en lo afectivo por haber contraído ellos o personas queridas la enfermedad, o haber sufrido fallecimientos o pérdidas económicas; y, por otro lado, los casos en los que no era posible identificar los motivos de dicha afección emocional, relacionándose más bien con cambios en el ambiente o miedos a poder contraer la enfermedad o incertidumbre a lo desconocido, y frente a ello tener un pensamiento trágico o sentirse vulnerable.

Shigemura et al. (2020), manifiestan que la primera reacción emocional de las personas frente a esta enfermedad fue el miedo junto con la incertidumbre. Luego, aparecieron otras como angustia, ira, ansiedad y un aumento en el consumo de drogas. Silva Domínguez y Luque Villanueva (2022) agregan que esta situación de miedo generó en las personas síntomas como aceleración de la respiración o de los latidos del corazón, problemas para dormir, sensación de tensión e ideas sobre la muerte. Por su parte Huarcaya Victoria (2020), plantea que durante la pandemia no solo se presentaron emociones negativas como ansiedad, depresión y estrés en aumento, sino también una disminución de las emociones positivas como la felicidad. Mientras que Lorenzo-Ruiz et al. (2020) aseguran que la pandemia no solo produjo cambios en el momento crítico de su aparición, sino que también vaticinan que provocará otros que tardaran en aparecer, dependiendo mucho del entorno, la edad, sexo, nivel de escolaridad o vivencias propias.

Además, comentan que la cuarentena obligatoria generó que las personas, en un primer momento, intentaran cumplir al máximo con lo requerido por las autoridades; pero que esto fue disminuyendo de a poco, siendo solo algunos, los más vulnerables, los que continuaron con este cuidado después de un tiempo.

Valero Cerdeño et al. (2020) señalan que, al desconocerse cómo eliminar o disminuir los efectos de la pandemia, se generó mucha impotencia, ansiedad, depresión, soledad, insomnio e incluso tristeza, desesperación y suicidio. Mientras que Rana et al. (2020) plantean que el efecto de realizar una cuarentena prolongada, donde se desconocía el tiempo que llevaría la misma, generó en los individuos, ansiedad, miedo, ataques de pánico, estrés postraumático, angustia, síntomas depresivos, trastornos del sueño, y preocupación por el contagio a sus amigos y familiares, como evitación de contacto.

Como señalan Barrios Ramos y Correa Saldaña (2021), somos una generación que está acostumbrada al contacto físico y a mantener frecuencia en los mismos, compartiendo espacios con amigos. La pandemia, al imponer un confinamiento y un distanciamiento que reducía drásticamente dicho contacto, potenció el desarrollo de emociones negativas en los individuos.

No obstante, hay que recordar que también forzó el contacto obligatorio entre los integrantes de los hogares, haciéndolos convivir las veinticuatro horas del día, provocando, en algunas ocasiones, problemas en los vínculos. No hay que olvidar que este hecho quebró los hábitos cotidianos, modificando todas las rutinas y enfrentando a la persona a tener que atravesar más tiempo de lo imaginado con las personas que convivían. Silva Domínguez y Luque Villanueva (2022) plantean que esta situación pudo agudizar la visión que se tiene sobre el ambiente familiar, el cual puede ser poco comunicativo, haber conflictos no dichos, las ideas e intereses pueden no ser compartidos generando conflictos y evidenciando la insatisfacción familiar. Provocando dificultades en todos los vínculos de pareja y de familia.

Hay que señalar también que, aunque la mayoría de las personas se adaptaron al confinamiento, el mismo trajo aparejado diversas sintomatologías físicas y emocionales; también es verdad que dicho esfuerzo no dio los frutos esperados, dado que no se logró disminuir la expansión del virus y de los infectados. Aspecto que, sin duda, generó mayor frustración en las personas.

En base a todo lo dicho con anterioridad, no es de extrañar que la situación vivida a partir de la pandemia por COVID-19 produjera cambios en los estados emocionales de las personas; especialmente entre quienes vivieron la enfermedad en primera persona, ya que, a las restricciones sociales y a los posibles problemas económicos derivados de la pandemia, se sumaron el miedo a la enfermedad y las molestias físicas que la misma pudiera causarles. Y dentro de los aspectos emocionales, los más afectados parecen haber sido la ansiedad, la depresión y el estrés.

### 2.2.2. Depresión, ansiedad y estrés

Es importante, en este punto, explicar que la depresión y la ansiedad, son trastornos diferentes, pero en la práctica tienden a interponerse y aparecer, generalmente, en forma simultánea; es decir, que son trastornos comórbidos, donde ambos pueden ser descritos por el disgusto, la tensión, preocupación, estrés, agitación y/o las dificultades para dormir (Joiner et al., 1996; Lovibond y Lovibond, 1995).

La depresión es un trastorno que se compone de síntomas que son asociados a un estado de ánimo negativo, donde hay tristeza, desesperanza, pérdida de autoestima, como incapacidad de lograr metas que son vitales. Se toma en cuenta dentro de esta patología la disforia, autodespreciación, desesperanza, desvalorización de la vida, falta de interés, anhedonia e inercia (Lovibond y Lovibond, 1995). La OMS la define como un trastorno mental del estado de ánimo, el que genera que haya una pérdida de placer e interés en cosas que antes eran cotidianas y que le daban placer, no pudiendo disfrutar de las mismas (Mora Torijano, 2021).

Es uno de los trastornos que se presenta con mayor frecuencia en todo el mundo y afecta al estado de ánimo de las personas, caracterizado por la tristeza, pérdida de placer, sentimientos de culpa y baja autoestima, modificaciones en el sueño y apetito (Millones Morales y Gonzales Guevara, 2021). Siguiendo estas ideas, Velastegui-Mendoza et al. (2022) manifiestan que estos síntomas se dan en un resultado de interacciones complejas entre diversos factores sociales, psicológicos y biológicos, por ello aquellas personas que han vivido hechos traumáticos como luto, desempleo o situaciones de crisis como la pandemia tienen más posibilidades de sufrir depresión. A lo cual agregan que las personas que están en esta situación sufren de mayor estrés o disfunción, por lo cual la persona se ve más afectada, pero así mismo estos nuevos síntomas van a empeorar la enfermedad retroalimentando el círculo.

Sin embargo, otros autores como García Rivera et al. (2014), definen a la depresión como un estado afectivo normal con alteraciones del humor, cognitivas, psicomotoras o vegetativas, es decir, que se puede visualizar como tristeza, apatía, irritabilidad, falta de sentir placer, dificultad para consignar el sueño o el apetito. Y a diferencia de la ansiedad no depende del estresor sino más de los recursos que posee la persona para enfrentar la situación. Por ello, Chávez Mendoza y Tena Suck (2018), plantean que es un trastorno afectivo holístico que, sin importar la persona, altera cuatro áreas de la vida de la misma: por un lado la conducta, presentando síntomas en la forma de comportarse de la persona, como la apatía o el desánimo por hacer las cosas; en segundo lugar la afectiva, que puede manifestarse por la tristeza; en tercer lugar la cognitiva, donde se puede observar que la

persona presenta un pensamiento negativo y catastrófico; y, finalmente, la somática, con alteraciones por ejemplo en el sueño. Pese a estas cuatro áreas que intervienen cabe resaltar que siempre la depresión está, para estos autores, relacionada a síntomas de ansiedad, la cual puede darse por factores endógenos o exógenos. Rosa Ruiz y Valencia Rodríguez (2022) manifiestan que afecta significativamente al área familiar, social y laboral tanto de ellos como de sus seres queridos, por lo que está vinculado con el bienestar social.

Alvarado Alegre (2021) establece que la depresión es un trastorno psíquico, que muchas veces se presenta junto con la ansiedad, generando síntomas de sensación de vacío y desinterés por todas las actividades que le gustaban.

Beck (1967) comenta que las personas con depresión poseen creencias que por lo general son irrealistas e inflexibles, reconociendo que intervienen en ello tres pensamientos negativos: del mundo, del futuro y de sí mismo.

Es importante marcar que no existe solo una causa de la depresión, sino que estas son múltiples y puede darse por acontecimientos en la vida diaria, efectos secundarios de la medicación, trastornos físicos o cambios químicos, es decir que la depresión se da por la interacción de muchas variables (García Rivera et al., 2014). Según manifiesta Manzueta Henrique y Amaro Martínez (2022), esta situación produce una alteración en la homeostasis de la persona generando un desequilibrio en el individuo.

Por otro lado, Lovibond y Lovilbond (1995) plantean que la ansiedad está íntimamente relacionada con los síntomas físicos como la excitación, miedo o tensión muscular; estableciendo a la ansiedad como la anticipación de eventos negativos, principalmente de naturaleza psicológica, y la respuesta aguda de miedo ante una amenaza inmediata de daño. Teniendo en cuenta esto, es que se puede marcar que la ansiedad forma parte de la vida normal de las personas, está presente en todos y en los diversos momentos. Tiene la función de advertir y activar al organismo, movilizar para enfrentar las situaciones de riesgo real o imaginario. Actúa como un mecanismo de defensa necesario para la supervivencia, pero si se da de manera recurrente, puede ser un trastorno (Baeza et al. 2008; Cortman et al., 2017; Tomás-Sábado, 2016).

García Rivera et al. (2014) manifiesta que esta sintomatología ha evolucionado hacia una multiplicidad de dimensiones; primero como un estado emocional transitorio, concepto al que, después se le suma que, solo se da en los casos que hay depresión o trastornos relacionados a lo psicosomático, luego como un rasgo de personalidad o como parte de la conducta. Ubica a la misma como un estado emocional que presenta aprensión, preocupación y tensión.

Todas las personas experimentan síntomas de ansiedad, los cuales generan inseguridad por lo que se vive, pero si los mismos duran por mucho tiempo puede ser peligroso para las personas, generando deterioro cognitivo o menor rendimiento (Mora Torijano, 2021). Siguiendo esta línea de pensamiento, Alvarado Alegre (2021) explica que la ansiedad produce pensamientos de amenaza en cada individuo, provocando cambios físicos como conductuales en las personas. Miranda Quispe (2021) caracteriza a ese estado de alarma como un estado de anticipación al peligro, donde aparece la agitación y sensación de desastre, manifestándose los mismos para poder dar una respuesta a la situación peligrosa en la que se encuentra.

La ansiedad, se presenta como una emoción negativa, la cual se vive como una amenaza, está cargada de pensamientos desfavorables, pero que no tienen un origen claro, no está definida en un objeto determinado, por ello, es difícil procesar la información de manera racional, provocando reacciones físicas y psicológicas (Rojas, 2014). A lo cual, Cortman et al. (2017), agregan que estas reacciones están asociadas a un sentimiento subjetivo que provoca miedo, preocupación, incomodidad, temor o nerviosismo, que, por lo general, está acompañada de síntomas físicos como sudoración, temblor, agotamiento o incremento de la frecuencia cardíaca y respiratoria. Esta puede ser definida como una respuesta del organismo frente a situaciones de amenaza o peligro físico o psíquico. Describiendo a la ansiedad como una emoción de estrés, la cual genera síntomas frente a cualquier situación (García-Rivera et al., 2014).

Desde esta perspectiva, la ansiedad surge con mayor probabilidad cuando el individuo enfrenta exigencias, que pueden ser autoimpuestas, que prueban su autoestima y son de

significado crítico para ella, cuando percibe que la probabilidad de fracaso es alta y cuando tiene un umbral bajo de activación de la respuesta de miedo (Lovibond y Lovibond, 1995).

Los síntomas de ansiedad, como los de depresión, siempre se encuentran acompañados o son compatibles con síntomas de estrés, es por ello que es tan importante también trabajar este concepto.

Miranda Quispe (2021) establece que el término estrés proviene de “*la palabra inglesa stress que procede del verbo latino “stringer” y que significa provocar tensión o esfuerzo de adaptación*”, es decir que, frente a una demanda desproporcionada por parte del entorno, el individuo experimenta una sobrecarga emocional que lo expone al riesgo de enfermarse.

Este es definido como la predisposición a reaccionar con síntomas como tensión, ira y dificultad para relajarse. Está relacionado íntimamente con la ansiedad y la depresión, considerado como una reacción positiva y adaptativa pero, si este es persistente, genera un estado constante de sobreactivación, que pone en evidencia la dificultad para enfrentar las diversas situaciones de la vida, como así también la baja tolerancia a la frustración, convirtiéndose en desadaptativo y peligroso (Lovibond y Lovilbond, 1995).

Se sabe que las situaciones ambiguas como la falta de información, o exceso de ella, generan más estrés, porque no se puede predecir lo que va a suceder y cuánto tiempo va a transcurrir desde que se anuncia el hecho hasta que este ocurre realmente, mientras que los eventos que son más amenazantes pero que la persona que los vive sabe cómo manejarlos generan menos estrés, debido a que se cuenta con los recursos para hacerlo (García Rivera et al., 2014; González Llana, 2007).

Labrador et al. (2009), plantea que el estrés es un proceso interactivo complejo, donde intervienen dos variables, por un lado, las demandas del medio y por otro, los recursos del sujeto para enfrentarlo, es decir, la valoración real, o alterada, que la persona efectúa sobre los estímulos de su medio y su capacidad para controlarlos. Mientras que, Encalada Puma y Vázquez Merchán (2021) indica que existen dos tipos de causas de estrés, las exógenas, las cuales hacen referencia a todos los acontecimientos externos y las endógenas, que son los acontecimientos internos propios del organismo como ser sobrecarga emocional o las diversas emociones generadas por hechos que aún no han ocurrido, pero se los imagina.

Rojas (2014), agrega que más de la mitad de la población padece de estrés, y según Manzueta Henríquez y Amaro Martínez (2022) afecta a todas las personas de cualquier edad, género o que vive cualquier circunstancia personal. Es la respuesta que da el organismo frente a una situación de excesiva tensión que se da por un periodo largo donde la persona no tiene los recursos necesarios para enfrentarla y manejarla (Rojas, 2014). Siguiendo esta línea de pensamiento es que García Rivera et al. (2014) plantean que al exigirle a una persona un rendimiento mayor al normal este corre el riesgo de enfermarse, el cual puede darse por diversas situaciones como ser familiar, laboral o social. Lo que genera que haya un aumento de la actividad fisiológica, motora y cognitiva.

Por lo dicho anteriormente, cabe resaltar que la pandemia por COVID-19 afectó de manera directa (por ejemplo, la propia enfermedad) e indirecta (hospitalización de un ser querido), generando síntomas de un estrés y malestar emocional, a lo cual se le suma el conjunto con otras emociones, como la rabia y el miedo (Gutiérrez-Quintanilla et al., 2020; López et al., 2021).

Alvarado Alegre (2021) refiere que la Organización Mundial de la Salud establece que los trastornos de salud mental, como la depresión y ansiedad, seguirán creciendo por la situación de la pandemia, independientemente de la edad, sexo y situación económica, durante aproximadamente tres años más.

Teniendo en cuenta los conceptos de depresión, ansiedad y estrés, y cómo afectan a la persona, es importante adentrarse en cómo esta se maneja frente a las situaciones y cambios que se presentan en el día a día y qué estrategias utiliza para poder sobrellevarlas.

### 2.2.3. Estrategias de afrontamiento

La incertidumbre, el miedo y las restricciones de la pandemia de COVID-19 causada por el virus SARS-CoV-2, ha implicado desafíos particulares, en especial por todo el proceso que conllevó la misma, desde las medidas de emergencia, la cuarentena, el confinamiento y el distanciamiento social, donde las personas se vieron obligadas a implementar diferentes estrategias para defenderse y protegerse del medio.

Si se piensa en estrategias de afrontamiento es importante conocer que su concepto ha sido modificado por la psicología, estando ligado siempre con las emociones, el estrés y la solución de problemas.

Folkman y Lazarus (1980), plantean que las diferentes personas instrumentan diversas herramientas bajo estrés para cambiar las situaciones que las estresan, por ello, frente a un suceso o situación (como la pandemia), se genera un proceso de valoración cognitiva, dependiendo de la sensibilidad que las personas presentan a la hora de enfrentar diversos retos, y cómo gestiona las emociones frente a los hechos que está viviendo; es decir que las estrategias de afrontamiento, son procesos dirigidos que hace una persona para intentar manejar (reduciendo, tolerando o interviniendo una situación) los estímulos internos o ambientales, utilizando para ello sus recursos cognitivos y conductuales.

Si bien hay muchas formas de clasificar a las estrategias de afrontamiento, difiriendo de unos autores a otros, en el presente trabajo se utilizó la clasificación propuesta por Carver (1997). El mismo establece que existen catorce tipos de estrategias de afrontamiento: el primero es el *Afrontamiento Activo*: son las acciones directas, es decir, el incremento de los propios esfuerzos por eliminar o reducir al estrés. Implica esforzarse por controlar los propios sentimientos y las respuestas emocionales que pueda producir determinada situación. El segundo tipo, es la *Planificación*, son los pasos a dar y cuáles son los esfuerzos que se deben realizar para resolver la situación conflictiva. Describe los esfuerzos centrados en el problema para modificar y analizar la situación. En tercer lugar, se utiliza el *Apoyo Instrumental*, es decir, la búsqueda de ayuda, consejo e información de personas que son competentes en esa área de conflicto o búsqueda de apoyo moral, simpatía y comprensión. También, la utilización de material o guías de ayuda que describan el problema por el cual se está atravesando. En cuarto término, propone el uso de *Apoyo Emocional*, que implica conseguir ayuda de otros con los cuales se tiene simpatía, es decir, recurrir a familiares y amigos para buscar comprensión e información. El quinto, es la *Autodistracción*, es decir, concentrarse en otros proyectos u actividades para no focalizar la atención en la situación conflictiva, utilizada para escapar del problema y de la situación en la que se está. El sexto, es el *Desahogo*, donde la persona expresa su desagrado y sentimientos negativos frente a lo

que le toca vivir. Es la expresión de todos los sentimientos que la situación produjo en la persona para eliminar las emociones negativas. El séptimo, será la *Desconexión Conductual*, reducir los esfuerzos para no abordar el problema, tratar de alejarse de la situación y no pensar en lo que le sucede, no es parte del problema y pretende dejar el problema para que las cosas pasen de la manera más normal. El octavo, es la *Reinterpretación Positiva*, que es buscar el lado positivo del problema, es decir que describe los esfuerzos para crear un significado positivo y centrarse en el desarrollo personal, es una estrategia que permite a la persona aprender de lo sucedido. El noveno, es *Negar* la situación, la persona no se hace cargo de lo que sucede como tampoco de la implicancia que este tiene en lo que pasa, vive en un mundo de fantasía, con el fin de no hacer frente al problema; contrario al décimo, que es *Aceptar* los hechos sucedidos y su responsabilidad, consiste en reconocer la participación propia en el problema, en el origen y en el mantenimiento de este. El onceavo y doceavo, son el *Uso de la Religión*, es la tendencia a volver hacia la religión en momentos de estrés, aumentado la participación en actividades religiosas y el *Uso de Sustancias*, implica emplear la evitación cognitiva, por medio de un pensamiento irreal e improductivo o a nivel conductual, utilizando estrategias como usar drogas o tomar medicamentos, con el fin de sentirse bien o para ayudar a soportar el estresor. Mientras que el treceavo, será el *uso del Humor*, el cual consiste en hacer bromas sobre el estresor o reírse de las situaciones estresantes, haciendo burlas de la misma para enfrentar las situaciones, utilizado para no pensar en el problema de forma negativa y de esta manera robarle importancia y, el último, la *Autoinculpción* darse cuenta de los límites que tiene la persona para manejar la situación utilizando formas de culpabilización.

Krzemien y Urquijo (2009) marcan que existentes estilos de afrontamiento que incorporan una serie de estrategias, clasificación que incluye dentro de cada uno de estos ítems las distintas estrategias de afrontamiento de Carver (1997), las cuales son detalladas a continuación: 1. *Afrontamiento enfocado al problema*: comprende actividades direccionadas a la modificación o minimización del impacto del estresor, se refieren a esfuerzos para controlar directamente el evento conflictivo con efectos positivos sobre la adaptación, el cual incluye: afrontamiento activo, búsqueda de apoyo instrumental, reinterpretación

positiva, planificación, aceptación, renuncia (desconexión conductual) y humor 2. *Afrontamiento enfocado a la emoción*: consiste en el intento de disminuir o eliminar las emociones negativas como ser apoyo emocional y descarga emocional (desahogo). 3. *Afrontamiento evitativo*: se refiere a conductas de evitación a la situación problemática, es decir, la ausencia de enfrentamiento, visualizadas como menos eficaces o desadaptativas, el cual incluye autodistracción, religión, negación, consumo de sustancias; y, una última escala autocrítica (autoinculpación).

Por su parte, González Sotomayor et al. (2021) refiere que las personas que utilizan mayormente estrategias centradas en el problema, tienden a manejar mejor los estresores, la influencia negativa y a experimentar menos síntomas; siendo respuestas más funcionales y adaptativas. Mientras que las personas que utilizan estrategias centradas en la emoción, están más asociadas con mayores niveles de depresión y con menor adaptación y funcionalidad (Gastelumendi Gonçalves, 2010).

Estas estrategias de afrontamientos permiten enfrentar situaciones importantes de la vida y defenderse de aquellos aspectos que se viven como estresantes, por tanto no es de extrañar que muchas de ellas fueran puestas en juego en el momento de la transitar la pandemia por COVID-19. No obstante, no son las únicas herramientas con las que los individuos cuentan a la hora transitar esta situación que fue tan estresante; otra posible herramienta para hacerle frente es el apoyo social que se percibe por parte de los otros. Por ello, también es importante conocer si, durante este periodo de pandemia, dicho apoyo social fue significativo en las personas en el momento en el que transitaron la enfermedad; y si el mismo guardó relación, o no, con la aparición de síntomas de estrés, depresión o ansiedad.

#### 2.2.4. Apoyo Social

El aislamiento social y la soledad (a los cuales se ve sometido el enfermo por COVID-19) tienen la capacidad de afectar la salud mental y física de un individuo, trayendo como consecuencias síntomas mentales y emocionales (Caccia et al., 2021). Este debilitamiento y deterioro de los lazos sociales puede, como señala Gambará D'Errico (1997), generar problemas que afectan a la salud, bienestar y calidad de vida. Por ello, es tan importante

contar frente a estas situaciones con el apoyo social, el cual puede provenir de la familia, amigos u otras personas significativas.

El concepto de apoyo social fue acuñado hace muchos años. El mismo tuvo modificaciones, dividiéndose en tres líneas de pensamiento, el primero plantea que tiene efecto directo sobre la salud mental y física de las personas, es decir, que aquellas personas que tienen vínculos sociales tienen mejor calidad de vida que aquellos que no los tienen. Por su lado, la segunda teoría explica que el tener apoyo social reduce el impacto de los eventos estresantes en las personas. Mientras que la tercera línea plantea que ambos puntos están relacionados. Es decir que, el apoyo social tiene efecto en el estado de salud, amortiguando los efectos estresantes que pueden darse en lo psicológico, social o físico de los individuos (Durá y Garcés, 1991).

Landeta y Calvete (2002), manifiestan que el efecto amortiguador del apoyo social sirve para tener una evaluación positiva de la situación, la cual servirá para mermar los efectos fisiológicos que pueden darse y, por otro lado, si esta respuesta ya se hubiera presentado, actuaría regulando la intensidad de la misma.

González Llaneza (2007) refiere que el apoyo social, es un recurso de afrontamiento al estrés del que la gente puede disponer cuando se presenta una situación estresante. Esto se debe a que son acciones llevadas a cabo por otros a favor de quien está viviendo la situación, aportando asistencia que le permite tener mayores instrumentos para enfrentar dichos eventos. Este puede ser explícito como implícito, es decir que puede darse porque recibió información determinada o puede proporcionarse porque se sintió querido y apreciado en un momento difícil de su vida.

Sandin (1995), diferencia lo que son las redes sociales con las que cuenta la persona (aquellas de las que puede disponer en algún momento) del apoyo social (recurso real con el cual dispone para resolver un episodio estresante).

Este apoyo social dependerá de cada individuo, según las características de personalidad, las relaciones interpersonales, aspectos culturales, entorno y estados emocionales. González Ramírez y Landero Hernández (2014) manifiestan que lo más importante del apoyo emocional es la funcionalidad del mismo, debido a que la calidad y cantidad de las

relaciones es el mejor predictor de buena salud. El apoyo social ayuda a hacer frente a los acontecimientos estresantes, es un factor de protección para momentos difíciles, es lo que permite a las personas sentirse querida, cuidadas, valoradas y que compartan la obligación mutua. Cabe aclarar que esta percepción es subjetiva y no todas las relaciones pueden percibirse como sostén para resolverla.

Hidalgo Fuente et al. (2021) marcan que existe relación entre el apoyo social, bienestar y calidad de vida física como psicológica siempre que este se perciba, aunque no sea recibida. Mientras que la falta de apoyo social se relaciona con mecanismos pobres de salud, mayor estrés y hábitos poco saludables (Calderón-Cholbi et al., 2021).

Mosqueda Díaz et al. (2015) especifican que el apoyo social está conformado por tres dimensiones, la primera es la instrumental, que se refiere al soporte material; luego el apoyo cognitivo, que está relacionado con el intercambio de experiencias, consejos e información para generar estrategias de afrontamiento; y el apoyo emocional, que tiene que ver con la posibilidad de compartir sentimientos, pensamientos y estimular su autoestima.

Además, existen diversas fuentes de apoyo social, las cuales pueden ser: cónyuge o compañero/a, otros familiares, amigos, vecinos, jefes o supervisores, compañeros de trabajo, personas de servicio o cuidadores, grupos de autoayuda y profesionales de la salud o servicios sociales. Otra clasificación del apoyo social es en natural o informal (familia, amigos, compañeros de trabajo) y organizado o formal (grupos de ayuda mutua o asociaciones, voluntariado institucional, ayuda profesional). En el presente estudio se tomará la división que hace Landeta y Calvete (2002), donde separa el apoyo social significativo para la persona recibido por la familia, por los amigos con quienes mantendría relaciones íntimas y de confianza y otras personas significativas, el cual se focalizaría en la relación con personas de la comunidad, es decir que estaría representada la dimensión por personas relevantes, dando cuenta de la percepción procedentes de apoyo formales.

## CAPÍTULO 3:

### Marco metodológico

#### 3.1. METODOLOGÍA

Esta investigación fue realizada siguiendo un acercamiento *cuantitativo*, el cual consiste en utilizar la recolección de datos para confirmar hipótesis, a estas se arriba mediante un análisis estadístico, con el fin establecer determinados comportamientos y corroborar teorías; es decir, que cuenta con etapas que se preceden unas de otras, las cuales parten de una idea que se va delimitando para poder definir objetivos y preguntas de investigación, de estas últimas se establecen las hipótesis y las variables, que se probaran a partir del diseño elegido utilizando métodos estadísticos, estos son corroborados luego con la literatura existente para obtener conclusiones respecto de las hipótesis planteadas. Se esboza un problema de estudio delimitado y concreto sobre un tema en particular. *Descriptivo*, porque se buscó especificar las características de un grupo que se somete a un análisis, y *correlacional*, porque pretendió conocer la relación que existía entre dos o más variables en una muestra, iniciando con la medición de cada una de ellas para luego, analizar el vínculo entre las mismas, respondiendo a las hipótesis plateadas. Finalmente, se señala que este estudio fue también de tipo *transversal*, porque se recolectaron los datos en un tiempo único, describiendo y analizando la interacción en un momento dado (Hernández Sampieri et al., 2014).

#### 3.2. DISEÑO

El estudio, se llevó a cabo mediante un *diseño no experimental*, ya que el investigador no tomó intervención directa, describiendo y explicando los fenómenos tal como se presentaban en la realidad (Yuni y Urbano, 2006), es decir que no se manipularon deliberadamente las variables, sino que se observó y se analizó el fenómeno tal como se dio en su contexto natural (Hernández Sampieri et al., 2014).

### **3.3. PARTICIPANTES**

La población seleccionada para este estudio fueron todas las personas que contrajeron la enfermedad de COVID-19 en los meses de octubre, noviembre y diciembre del año 2021 y enero, febrero y marzo del año 2022, que vivían en la provincia de Salta y eran mayor de 18 años de edad. Y el muestreo, fue no probabilístico de agrupamiento casual, donde las personas encuestadas fueron elegidas fortuitamente, debiendo cumplir los tres requisitos antes mencionados.

La forma de reclutamiento de la muestra de voluntarios se realizó por medio del procedimiento de boca en boca (aleatoria), de manera presencial (por entrevista directa con pacientes que acudieron al lugar de trabajo de la tesinada) como también en forma online (por medio de contactos por WhatsApp y e-mails). Quienes participaron, lo hicieron de manera voluntaria, teniendo como primer ítem aceptar el consentimiento informado aprobado por el Comité de Ética por la Ley 25.326 de protección de los datos personales.

### **3.4. PROCEDIMIENTO**

Se creó un formulario electrónico gratuito en la plataforma Google Forms que constaba de cinco segmentos. En una primera parte, se expusieron a los encuestados los objetivos y finalidad del estudio, para qué serían empleados los datos recolectados en el mismo, así como el resguardo de la identidad de los participantes y la privacidad de las respuestas que dieran. Todo ello con el fin de que los mismos pudieran aceptar a la participación y su consentimiento fuera informado. La segunda parte, incluyó preguntas referidas al momento de la enfermedad y se indagaron algunas variables sociodemográficas y laborales. Se administró en tercer lugar, y siempre dentro del mismo formulario, la Escala de Ansiedad, Depresión y Estrés (DASS-21). En cuarto lugar, se administró el Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento (COPE-28). Administrando en quinto y último lugar, la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (EMAS). (Ver ANEXO 1).

Los voluntarios, contactados por email o WhatsApp, recibieron el link para acceder al formulario en Google Forms, respondiendo a este de manera remota, para de esta forma facilitar su aplicación masiva (Nuñez Ocmán et al., 2022). Los mismos fueron enviados en

forma aleatoria, quedando excluidas las respuestas de las personas menores de edad o que no hubieran tenido la enfermedad en el periodo de tiempo estudiado, así como aquellos que no vivían en la ciudad de Salta.

En el caso de los voluntarios contactados presencialmente, una vez que indicaron su intención de participar en el estudio, se les facilitó, en una computadora, el acceso al formulario en Google Forms (idéntico al realizado de manera remota), pudiendo responder al mismo en dicha plataforma.

Las respuestas obtenidas, fueron enviadas a una planilla de Google Forms, donde se pudieron examinar los datos y realizar un análisis estadístico.

### **3.5. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Una vez que los participantes dieron su consentimiento informado para participar en el estudio (primera parte del cuestionario), accedían a la segunda parte del mismo, en la que se recolectaron los siguientes datos: entre las preguntas referidas al momento de la enfermedad, se solicitó que los participantes señalaran si efectivamente sabían que contrajeron la enfermedad por COVID-19 o si solamente tenían sospechas de haberla pasado; el mes en la que la contrajeron; el grado de intensidad con el que vivieron la enfermedad; con quien o quienes convivieron durante el periodo de aislamiento de la enfermedad; y el grado de intensidad con el que estos convivientes transitaron la misma. En cuanto a las variables sociodemográficas, se incluyeron: edad, género (mujer, varón u otros) y nivel de escolaridad (primaria incompleta, primaria completa, educación secundaria, estudios terciarios no universitarios/universitarios, estudios de postgrados). En lo referente a los factores laborales, se indagó la situación laboral del participante (desempleado, trabajo en dependencia tiempo completo, trabajo en dependencia tiempo parcial, trabajo independiente, ama de casa, jubilado, incapacidad laboral, estudia, u otro). Posteriormente a estas preguntas, se administraron las pruebas DASS-21, COPE-28 y EMAS.

Estas tres pruebas, se administraron haciendo referencia en todas ellas a que las respuestas las dieran en base a lo vivido durante el periodo en el que transitaron por la enfermedad por COVID-19.

A continuación, se pasará a describir brevemente cada una de las pruebas psicométricas empleadas en el presente estudio.

### 3.5.1. Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21) (Antony et al., 1998).

La escala DASS-21 tiene como finalidad evaluar y discriminar los síntomas negativos de depresión, ansiedad y estrés, cumpliendo con las exigencias psicométricas de una escala de autorreporte; permitiendo diferenciar la gravedad de los síntomas en estados afectivos de depresión, ansiedad y estrés. Es una de las escalas más utilizadas y está constituida por tres dimensiones, cada una con 7 reactivos. La escala de respuesta es de tipo Likert de cuatro opciones, donde 0 = no me ha ocurrido, 1 = me ha ocurrido un poco, o durante parte del tiempo, 2 = me ha ocurrido bastante, o durante una buena parte del tiempo, y 3 = me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo. Ruiz et al. (2017), mediante la realización de un análisis factorial confirmatorio, obtuvieron los siguientes índices de fiabilidad: para toda la escala de .92 a .95; para la dimensión depresión (reactivos 3, 5, 10, 13, 16, 17, 21) el índice fue de .86 a .92; para la dimensión ansiedad (reactivos 2, 4, 7, 9, 15, 19, 20) fue de .80 a .87; y para la dimensión estrés (reactivos 1, 6, 8, 11, 12, 14, 18) alcanzó un índice de .80 a .86.

La subescala de Depresión considera aspectos relacionados con el bajo afecto positivo como la disforia, desesperanza, tristeza o anhedonia. La subescala Ansiedad evalúa aspectos relacionados con la activación psicofisiológica o la excitación autonómica y experiencias subjetivas de ansiedad. Por su lado, la subescala Estrés, evalúa la dificultad para estar relajado, la excitación nerviosa, la agitación, la irritabilidad y la impaciencia.

Para el análisis de los resultados se utilizaron como puntos de corte los siguientes valores: **Depresión:** 5-6 depresión leve, 7-10 depresión moderada, 11-13 depresión severa, 14 o más depresión extremadamente severa. **Ansiedad:** 4 ansiedad leve, 5-7 ansiedad moderada, 8-9 ansiedad severa, 10 o más ansiedad extremadamente severa. **Estrés:** 8-9 estrés leve, 10-12 estrés moderado, 13-16 estrés severo, 17 o más estrés extremadamente severo. Determinando que, a mayor puntuación, mayor nivel de psicopatología (Antony, et al., 1998).

### 3.5.2. Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento (COPE-28) (Carver, 1997)

Esta es la versión abreviada del anterior COPE, la cual omite dos subescalas del COPE completo, la de actividades distractoras y la de refrenar el afrontamiento, debido que no se pudo confirmar la validez de las mismas. Consta de 28 ítems divididos en 14 subescalas, las cuales son: afrontamiento activo, planificación, apoyo instrumental, apoyo emocional, autodistracción, desahogo, desconexión conductual, reinterpretación positiva, negación, aceptación, uso de la religión, el uso de sustancias, uso del humor y finalmente la autoinculpación (descritas anteriormente en el apartado Marco teórico) (Morán et al., 2010).

Evalúa diferentes estrategias de afrontamiento que las personas utilizan, solicitando al encuestado que piense en una situación de la vida cotidiana, la cual puede ser con amigos, familiares o de trabajo, que le resulte estresante. Los ítems están desarrollados en términos de acciones o pensamientos y cada uno tiene cuatro opciones de respuesta de 0 a 3. Los puntajes se suman, teniendo en cuenta los siguientes ítems para cada una de las estrategias: afrontamiento activo ítems 2 y 10, planificación ítems 6 y 26, apoyo instrumental ítems 1 y 28, apoyo emocional ítems 9 y 17, autodistracción ítems 4 y 22, desahogo ítems 12 y 23, desconexión conductual ítems 11 y 25, reinterpretación positiva ítems 14 y 18, negación ítems 5 y 13, aceptación ítems 3 y 21, uso de la religión ítems 16 y 20, el uso de sustancias ítems 15 y 24, uso del humor ítems 7 y 19 y autoinculpación ítems 8 y 27. Los puntajes más altos indican un uso más frecuente de esa estrategia de afrontamiento (Mejorada et al., 2013; Morán et al., 2010).

La escala Brief Cope, fue traducida, adaptada y validada al idioma español (COPE-28) por Morán et al. (2010), donde los índices de fiabilidad para cada una de las estrategias, fueron: afrontamiento activo .58, planificación .60, apoyo instrumental .64, apoyo emocional .78, autodistracción .59, desahogo .58, desconexión conductual .63, reinterpretación positiva .59, negación .64, aceptación .30, uso de la religión .80, el uso de sustancias .93, uso del humor .79 y autoinculpación .58.

En este caso, se le solicitó a los evaluados que respondieran a las consignas según corresponda a la manera en que enfrentó la situación cuando tuvo COVID-19. Estas

respuestas, no tienen una valoración positiva o negativa, sino que son estrategias que se utilizan para poder lidiar con esa situación.

3.5.3. Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (EMAS) (Landeta y Calvete, 2002).

Se trata de un instrumento de autorreporte breve y de fácil utilización, con el objetivo de medir el grado en que una persona se siente amada, estimada y parte de un grupo, sea este la familia, amigos, u otras personas significativas. Es una escala de doce ítems que recoge qué niveles de apoyo social perciben las personas a las que se les administra esta escala. Da la oportunidad de responder con 7 alternativas: 1. *“Totalmente en desacuerdo”*. 2. *“Bastante en desacuerdo”*. 3. *“Más bien en desacuerdo”*. 4. *“Ni de acuerdo ni en desacuerdo”*. 5. *“Más bien de acuerdo”*. 6. *“Bastante de acuerdo”*. 7. *“Totalmente de acuerdo”*. Para su análisis, se divide en tres subescalas: Familia: apoyo de la familia (ítems 3, 4, 8 y 11); Amigos: mide apoyo social de pares (ítems 1, 2, 5 y 10) y Otros Significativos: apoyo de la pareja u otras figuras significativas (ítems 6, 7, 9 y 12) (Landeta y Calvete, 2002). Una vez obtenido los resultados se suman cada uno de los ítems, predominado el apoyo social que obtiene mayor puntaje.

Para la presente investigación, se les solicitó a los participantes que indicaran cuán de acuerdo estaban con cada una de las frases que se le presentaron, pensando en el tiempo en el que tuvo COVID-19.

Los resultados sobre la confiabilidad de la prueba muestran que el alfa de Cronbach de la escala total fue de .89 y en las dimensiones familia ( $\alpha=.89$ ), amigos ( $\alpha=.92$ ) y personas significativas ( $\alpha=.89$ ) (Landeta y Calvete, 2002).

### **3.6. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS**

Los análisis estadísticos fueron llevados a cabo por medio del software SPSS 17.

Para cumplimentar los objetivos propuestos en el presente estudio, se llevaron a cabo los siguientes análisis estadísticos.

Se realizó un análisis descriptivo de la muestra en lo relacionado a las variables sociodemográficas, laborales y vinculadas al tránsito por la enfermedad por COVID-19

recolectadas. La descripción de las variables cuantitativas se llevó a cabo por medio del cálculo de las medidas de tendencia central (media) y dispersión (desviación típica), obteniéndose también el valor máximo y mínimo alcanzado en cada una de las variables. Por su parte, para el análisis descriptivo de las variables cualitativas se realizó el cálculo de las frecuencias relativas simples.

Se comprobó la confiabilidad de cada una de las pruebas empleadas en el estudio para esta muestra en investigación. Para ello se calcularon los coeficientes alfa de Cronbach para cada una de las pruebas en general, así como para cada una de las dimensiones que la constituyen.

En el caso de las variables vinculadas a los estados emocionales (depresión, ansiedad y estrés) se emplearon estadísticos descriptivos, tales como la puntuación promedio y la desviación típica obtenida en las dimensiones DASS-21. También se calcularon las frecuencias relativas simples de aquellos individuos que no presentaban sintomatología ansiosa, depresiva o de estrés, y aquellos que presentaron niveles leves, moderados, severos o extremadamente severos en dichas sintomatologías. Con el fin de analizar si predominaban los individuos con o sin sintomatología emocional; así como para analizar si, entre los que presentaron sintomatología, predominaban aquellos con síntomas leves, moderados, severos o extremadamente severos, se aplicaron pruebas Chi-cuadrado.

Los datos recolectados a partir del COPE-28 fueron analizados por medio del cálculo de las medias y desviaciones típicas de las puntuaciones otorgadas a cada una de las 14 estrategias de afrontamiento estudiadas por la prueba. Para analizar si existía algún tipo de estrategia de afrontamiento predominante en el grupo, se realizó un ANOVA Unifactorial intrasujeto, donde se compararon las puntuaciones otorgadas por los individuos a cada una de las 14 estrategias.

En el caso de los datos obtenidos a partir del EMAS, también se calculó el promedio y la desviación típica de las puntuaciones otorgadas por los individuos a apoyo percibido desde la familia, desde los amigos y desde otros significativos. Con el fin de analizar si algún tipo de apoyo (familiar, amigos y otros significativos) predominaba sobre los demás, se realizó también un ANOVA Unifactorial intrasujeto.

Con el fin de analizar si las variables sociodemográficas, laborales y los aspectos vinculados con la enfermedad se relacionaban/modulaban los estados emocionales, las estrategias de afrontamiento y el apoyo social percibido, se realizaron comparaciones entre grupos por medio de pruebas *t* de Student para muestras independientes (si la variable independiente presentaba dos niveles) o ANOVAs Unifactoriales entresujeto (si la variable independiente presentaba más de dos niveles). En el caso de la variable edad se calculó la correlación de la misma con las puntuaciones obtenidas en el DASS-21, el COPE-28 y el EMAS.

Para analizar la posible relación entre los estados emocionales presentados por los individuos y las estrategias de afrontamiento que empleaban, así como el apoyo social que percibía recibir, se realizaron dos tipos de análisis. Por un lado, se calcularon las correlaciones entre las puntuaciones obtenidas en cada una de las dimensiones del DASS-21 (ansiedad, depresión y estrés) y las puntuaciones obtenidas en cada una de las estrategias de afrontamiento estudiadas en el COPE-28, así como con las puntuaciones obtenidas en cada una de las dimensiones que analiza el EMAS (apoyo familiar, de amigos y otros significativos). Además, se realizaron ANOVAs Unifactoriales entresujetos para comparar las puntuaciones obtenidas en las diferentes estrategias de afrontamiento, así como las puntuaciones obtenidas en cada una de las dimensiones que analiza el EMAS, entre aquellos individuos que no presentaron síntomas o presentaron síntomas leves, moderados, severos o extremadamente severos en ansiedad, depresión o estrés.

## CAPÍTULO 4:

### **Resultados**

A continuación, se presenta una breve descripción de la muestra considerando las variables sociodemográficas y las relacionadas a datos vinculados a la enfermedad por COVID-19, para luego continuar con la evaluación de la fiabilidad de cada una de las técnicas administradas. Posteriormente, se exhibirán los datos obtenidos con el fin de llegar a los objetivos planteados y comprobar las hipótesis.

#### **4.1. ANÁLISIS DE LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y VARIABLES RELACIONADAS CON LA ENFERMEDAD POR COVID-19.**

En este apartado se analizarán las variables sociodemográficas que caracterizan a las personas encuestadas, resaltando los datos más significativos; para luego evaluar los datos vinculados a la enfermedad por COVID-19.

##### 4.1.1. Variables sociodemográficas.

En la Tabla N°1 se pueden apreciar las características sociodemográficas de los 304 voluntarios que conformaron la muestra en estudio.

El grupo estuvo compuesto principalmente por mujeres. Los voluntarios rondaban, en su mayoría, los 42 años de edad.

Respecto de la escolaridad, el 98% había conseguido culminar sus estudios, predominando entre ellos aquellos que alcanzaron un nivel de secundario completo, seguido de los que finalizaron sus estudios terciarios (universitarios o no universitarios). En lo referente a la situación laboral, se pudo observar que los participantes en el estudio eran principalmente trabajadores activos (85%), especialmente, trabajadores en relación de dependencia (64%), y dentro de este grupo, la mayoría a tiempo completo; mientras que el 21% trabaja de manera independiente.

**Tabla N° 1 Variables sociodemográficas**

<b>VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS</b>		
<b>EDAD</b>	42.2 ± 11.5 años. Edad máxima 78 y edad mínima 18.	
<b>GÉNERO</b>	Mujer	63%
	Hombre	37%
<b>ESCOLARIDAD</b>	Primaria Incompleta	1%
	Primaria Completa	2%
	Secundario Completo	51%
	Terciario no universitario/Universitario	45%
	Postgrado (Maestría/Doctorado)	2%
<b>SITUACIÓN LABORAL</b>	Desempleo	3%
	Trabajo Dependencia Tiempo Completo	44%
	Trabajo Dependencia Tiempo Parcial	20%
	Trabajo Independiente	21%
	Ama de Casa	3%
	Jubilación	4%
	Incapacidad Laboral	1%
	Estudios	3%

#### 4.1.2. Variables relacionadas con la enfermedad por COVID-19.

En lo referente al tránsito por la enfermedad por COVID-19, como se observa en la Tabla N° 2, expuesta a continuación, la gran mayoría de los encuestados (95%), habría tenido diagnóstico confirmado de la enfermedad, quedando solo un 5% que sospecharon haberla transitado pero que no recibieron la confirmación del mismo.

Como era de esperar, la mayoría de los voluntarios (tres cuartas partes) fueron captados en el periodo donde hubo altos contagios de la cepa Omicron, que se presentó en los meses de diciembre del año 2021 a febrero del año 2022.

La mayoría, transitó la enfermedad con una sintomatología entre moderada a leve (86%) y la vivieron acompañados de otras personas (96%), principalmente familiares. Entre las 291 personas que estuvieron acompañadas al momento de transitar la enfermedad, se observó que la mayoría de los acompañantes vivió la enfermedad de manera leve.

**Tabla N° 2 Variables vinculadas a la enfermedad por COVID-19.**

<b>VARIABLES VINCULADAS A LA ENFERMEDAD POR COVID-19</b>		
<b>Diagnóstico de COVID-19</b>	Diagnóstico confirmado	95%
	Sospecha de portar la enfermedad	5%
<b>Periodo</b>	Octubre-noviembre de 2021 y marzo de 2022	25%
	Diciembre de 2021 y enero-febrero de 2022	76%
<b>Intensidad con la que experimentó la enfermedad</b>	Leve	35%
	Moderado	51%
	Grave	14%
<b>Personas con las que se encontraban acompañadas al momento de transitar la enfermedad</b>	Solos	4%
	Pareja	13%
	Pareja e hijos	22%
	Hijos	6%
	Familiares	51%
	Otros	4%
<b>Intensidad con la que experimentaron la enfermedad sus acompañantes</b>	No presentaron síntomas	9%
	Leves	60%
	Moderado	27%
	Grave	5%

## **4.2. ANÁLISIS DE LA FIABILIDAD DE LOS INSTRUMENTOS EMPLEADOS PARA LA EVALUACIÓN.**

Se presentará, seguidamente, el análisis de fiabilidad de cada uno de los instrumentos empleados para la evaluación de la muestra en la presente investigación; comenzando con el análisis de la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21), para continuar con el cuestionario COPE-28 y finalizar con la revisión de la fiabilidad de la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (EMAS).

### **4.2.1. Fiabilidad de la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21).**

Al analizar la fiabilidad de Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21), se observó que el alfa de Cronbach obtenido a nivel general era elevado (.884) lo que permite considerar que dicha escala es fiable. Al examinar si eliminando algún ítem mejoraba la fiabilidad del mismo, se obtuvieron valores comprendidos entre .874 y .885, lo que mostró que la escala no gana fiabilidad aunque se quiten ítems, tales medidas se adjuntan en el anexo (Ver ANEXO 2).

Cabe destacar que también se obtuvieron puntuaciones fiables para cada una de las dimensiones de la escala, obteniendo para la dimensión depresión un alfa de Cronbach de .745, para la dimensión de ansiedad .766 y para la dimensión de estrés .709.

#### 4.2.2. Fiabilidad del Cuestionario COPE-28.

También se calculó la fiabilidad del Cuestionario COPE-28, obteniendo un alfa de Cronbach general elevado (.832), por lo tanto, se considera que es fiable. Al analizar si eliminando algún ítem mejoraba la fiabilidad del mismo, se obtuvieron valores comprendidos entre .821 y .833, lo que permite indicar que la escala no gana fiabilidad aunque se quiten ítems, tales medidas se adjuntan en el anexo (Ver ANEXO 3).

Posteriormente, se analizó la fiabilidad de cada una de las estrategias de afrontamiento, obteniendo como resultado los plasmados en la Tabla N° 3 que se presenta a continuación:

**Tabla N° 3 Alfa de Cronbach de cada estrategia de Afrontamiento del Cuestionario COPE-28**

<b>Alfa de Cronbach de cada estrategia de Afrontamiento del Cuestionario COPE-28</b>	
<b>Estrategias de Afrontamiento</b>	<b>Alfa de Cronbach</b>
<b>Afrontamiento Activo</b>	.357
<b>Planificación</b>	.192
<b>Apoyo Emocional</b>	.459
<b>Apoyo Social/ Búsqueda del apoyo Instrumental</b>	.360
<b>Uso de la Religión</b>	.652
<b>Reinterpretación positiva</b>	.487
<b>Desahogo/ Descarga Emocional</b>	.101
<b>Aceptación</b>	.426
<b>Negación</b>	.373
<b>Uso del Humor</b>	.494
<b>Autodistracción</b>	.347
<b>Autoinculpación/ Autocritica</b>	.252
<b>Desconexión conductual/ renuncia</b>	.454
<b>Uso de sustancias</b>	.746

Si bien, como señalan Morán et al. (2010), el análisis de la consistencia interna no es recomendable para subescalas formadas por dos ítems, ya que, como indica Nunnally (1978, en Reich et al., 2016), se espera que los niveles del alfa observados para cada una de las estrategias incluidas en el cuestionario sean bajos, al estar cada una de las estrategias conformadas solo por dos ítems. De hecho, este autor propone como mínimo aceptable para

estos casos un alfa de Cronbach de .5. No obstante, y como se puede apreciar en la Tabla N° 3, en el presente estudio, en la mayoría de los casos el alfa encontrado está por debajo de este nivel, a excepción de las estrategias uso de la religión y uso de sustancias.

De hecho, si bien el alfa de Cronbach general observado en el presente estudio es superior al obtenido por otros autores que emplearon esta prueba, como es el caso de Reich et al. (2016) que obtuvieron un alfa de Cronbach general de .78; los valores alfa de Cronbach para cada una de las variables son notoriamente inferiores que los encontrados en dicho trabajo o en otros (Morán et al., 2010).

#### 4.2.3. Fiabilidad de la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (EMAS).

Finalmente, se calculó la fiabilidad de la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (EMAS), obteniendo un alfa de Cronbach general elevado .914, permitiendo esto considerarla como fiable. Al analizar si eliminado algún ítem mejoraba la fiabilidad del mismo, se obtuvieron valores que oscilaron entre .904 y .912, lo que permite asegurar que la escala no gana fiabilidad aunque se quiten ítems, tales medidas se adjuntan en el anexo (Ver ANEXO 4)

Cabe destacar que también se obtuvieron puntuaciones fiables para cada una de las dimensiones de la escala, obteniendo para la dimensión Familia .898, Amigos .924 y Otras personas significativas .870.

### **4.3. ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS DATOS OBTENIDOS DE LAS TÉCNICAS ADMINISTRADAS A LOS SUJETOS DE LA MUESTRA.**

Se inició el análisis de los datos recolectados en cada una de las técnicas administradas a los individuos de la muestra calculando las medidas de tendencia central y dispersión de cada una de las dimensiones de la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés; para, posteriormente, comparar los valores alcanzados en cada dimensión con los valores expresados en la muestra del estudio que fue tomada como referencias (parámetros). Finalmente, se calculó el porcentaje de individuos sin síntomas o con síntomas leves, moderados, severos y extremadamente severos en cada una de estas dimensiones (depresión,

ansiedad y estrés), evaluando si existieron o no diferencia significativas en el porcentaje de individuos que componían cada uno de estos grupos.

En el caso de los datos arrojados por el Cuestionario COPE-28 y EMAS se calcularon las medidas de tendencia central y dispersión de cada una de las estrategias y dimensiones que estudian dichas pruebas para, posteriormente, comparar dichos valores con los recabados en las muestras de aquellos estudios que fueron tomados como referencias (parámetros). También se procedió a realizar una comparación entre estrategias y entre tipos de apoyo percibido, con el fin de analizar si alguno de ellos predominaba sobre los demás en la muestra estudiada.

#### 4.3.1. Análisis de los datos arrojados de la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés.

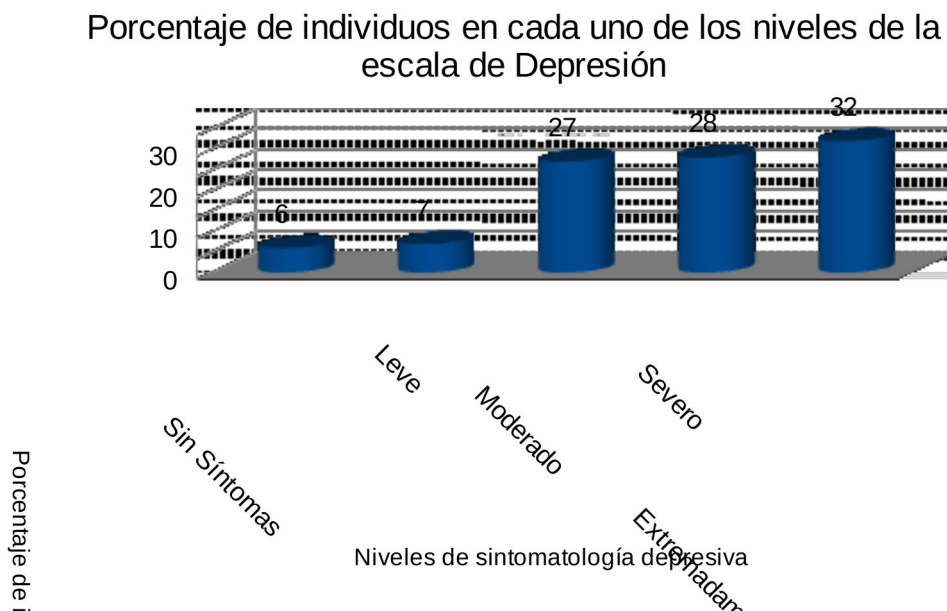
##### 4.3.1.1. Escala de Depresión.

En lo referente a la escala de Depresión, se obtuvo que la puntuación promedio fue de  $11.2 \pm 4$ , siendo la puntuación mínima de 1 y la máxima de 19.

Estos datos fueron contrastados con los obtenidos por Ruiz et al. (2017), cuyo estudio, llevado a cabo en Colombia con individuos de 18 a 88 años, fue tomado como referencia para la presente investigación. La prueba t de Student, para la comparación de muestras independientes, reveló que los individuos del presente estudio mostraron mayor sintomatología depresiva que los de la población de referencia [ $t_{(1196; .05)} = 20; p < .05$ ]. Es decir, que los individuos del presente estudio que transitaron la enfermedad por COVID-19 presentaron un nivel de sintomatología depresiva por encima de lo esperado.

Como se puede observar en la Gráfica N° 1, presentada a continuación, en el grupo predominan los individuos con sintomatología depresiva extremadamente severa, severa y moderada.

**Gráfica N° 1 Porcentaje de individuos en cada uno de los niveles de la escala de Depresión (sin síntomas, síntomas leves, moderados, severos y extremadamente severos)**



No obstante, con el fin de corroborar si existía predominio significativo de estos tres grupos, se procedió a realizar la prueba estadística de Chi-cuadrado, que permitió comparar los porcentajes de los cinco grupos (sin síntomas, leves, moderados, severos o extremadamente severos). La prueba estadística realizada, arrojó un valor de  $\chi^2_{(4; .05)} = 91.296$ ;  $p = .000$ , mostrando que si existían diferencias significativas entre los grupos de individuos.

Para constatar entre qué grupos se presentaban diferencias significativas se realizaron comparaciones dos a dos mediante pruebas  $\chi^2$ . Como se puede observar en el ANEXO 5 los resultados permitieron demostrar que había un predominio de los niveles de depresión extremadamente severos, severos y moderados, siendo menor el porcentaje de aquellos que presentaron niveles de depresión leves o no tuvieron sintomatología.

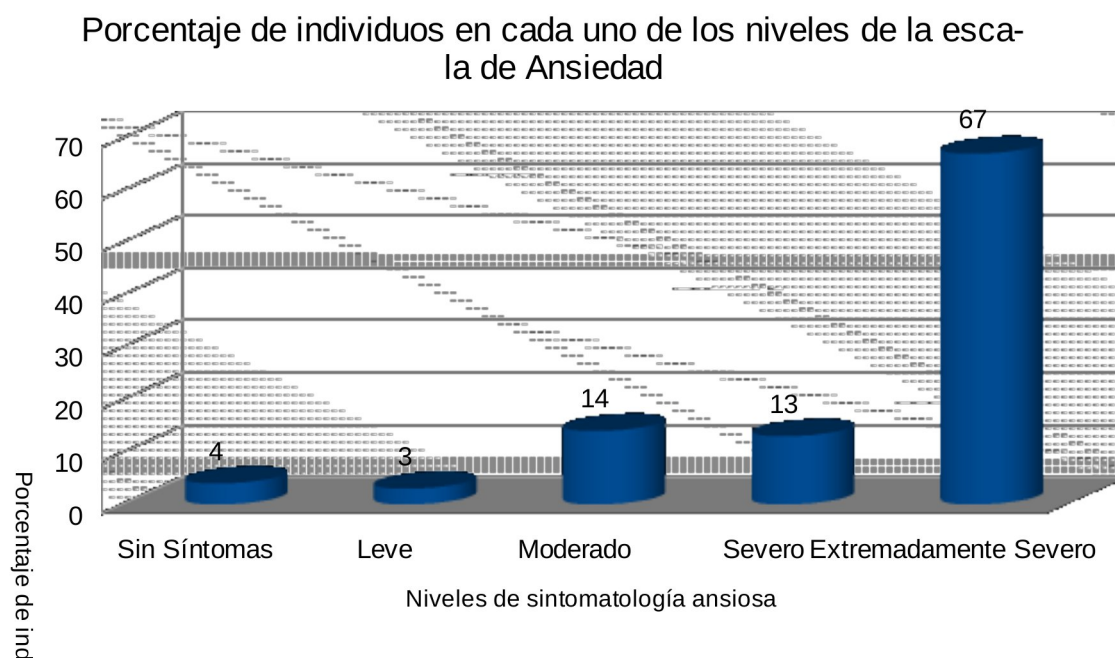
#### 4.3.1.2. Escala de Ansiedad.

En lo referente a la escala de Ansiedad, se obtuvo que la puntuación promedio fue de  $11 \pm 4.1$ , siendo la puntuación mínima de 0 y la máxima de 21.

Al contrastar estos datos con los obtenidos por Ruiz et al. (2017), la prueba t de Students, reveló que los individuos del presente estudio mostraron mayor sintomatología ansiosa que los de la población de referencia [ $t_{(1196)} = 20.6; p < .05$ ]. Es decir, que los individuos del presente estudio que transitaron la enfermedad por COVID-19 presentaron un nivel de sintomatología ansiosa por encima de lo esperado.

Como se puede observar en la Gráfica N° 2, presentada a continuación, en el grupo predominan los individuos con sintomatología de ansiedad extremadamente severa.

**Gráfica N° 2 Porcentaje de individuos en cada uno de los niveles de la escala de**



**Ansiedad (sin síntomas, síntomas leves, moderados, severos y extremadamente severos)**

No obstante, con el fin de corroborar si existía predominio significativo del grupo, se procedió a realizar la prueba estadística de  $\chi^2$ , que permitió comparar los porcentajes de los cinco niveles estudiados (sin síntomas, leves, moderados, severos o extremadamente

severos). La prueba estadística realizada arrojó un valor  $\chi^2_{(4; .05)} = 432.250$ ;  $p = .000$ , mostrando que si existían diferencias significativas entre los grupos.

Para constatar entre qué grupos se presentaban diferencias significativas, se realizaron comparaciones dos a dos mediante pruebas  $\chi^2$ . Como se puede observar en el ANEXO 6 los resultados permitieron demostrar que había un predominio de los niveles de ansiedad extremadamente severos, seguido de aquellos que presentaron síntomas moderados o severos. Siendo menor el porcentaje de los individuos que no tuvieron síntomas o estos fueron leves.

#### **4.3.1.3. Escala de Estrés.**

En lo referente a la escala de Estrés se obtuvo que la puntuación promedio fue de  $12.1 \pm 3.8$ , siendo la puntuación mínima 2 y la máxima de 21.

La comparación de estos datos con los obtenidos por Ruiz et al. (2017), mediante una prueba  $t$  de Students para comparar medias independientes, reveló que los individuos del presente estudio mostraron mayor estrés que los de la población de referencia [ $t_{(1196; .05)} = 12.79$ ;  $p < .05$ ]. Es decir, que los individuos del presente estudio que transitaron la enfermedad por COVID-19 presentaron niveles de estrés por encima de lo esperado.

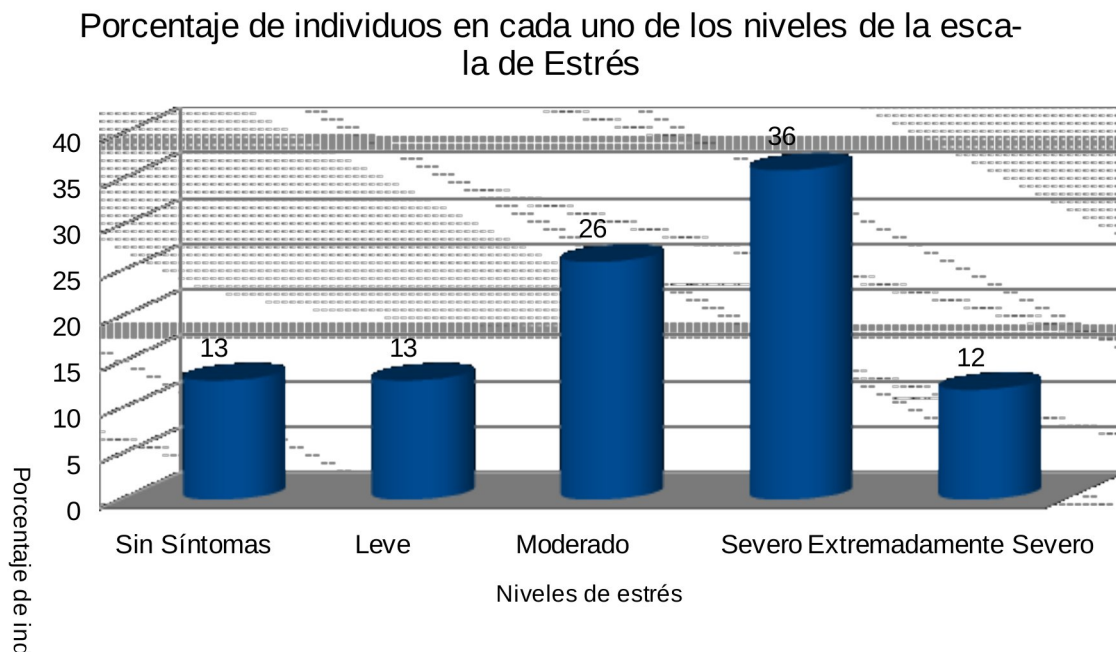
Como se puede observar en la Gráfica N° 3, presentada a continuación, en el grupo predominan los individuos con sintomatología de estrés severa y moderada.

No obstante, con el fin de corroborar si existían diferencia significativa entre los grupos, se procedió a realizar la prueba estadística de  $\chi^2$ , que permitió comparar los porcentajes de individuos pertenecientes a cada uno de los grupos. La prueba estadística realizada arrojó un valor  $\chi^2_{(4; .05)} = 67.842$ ;  $p = .000$ , mostrando que si existían diferencias significativas entre los grupos.

Para constatar entre qué grupos se presentaban diferencias significativas, se realizaron comparaciones dos a dos mediante pruebas  $\chi^2$ , resultados que se pueden observar en el ANEXO 7. Dichos resultados permitieron demostrar que había un predominio de los individuos con niveles de estrés severos, seguido de aquellos que presentaron síntomas

moderados. Siendo menores los porcentajes de los individuos que presentaron síntomas extremadamente severos, leves o no tuvieron síntomas.

**Gráfica N° 3 Porcentaje de individuos en cada uno de los niveles de la escala de Estrés**



**(sin síntomas, síntomas leves, moderados, severos y extremadamente severos)**

#### 4.3.2. Análisis de los datos arrojados en el Cuestionario COPE-28.

En lo referente al cuestionario COPE-28, se obtuvo la puntuación media y la desviación típica para cada una de las estrategias de afrontamiento, así como las puntuación máxima y mínima para cada una de ellas, obteniendo como resultados los datos consignados en la Tabla N° 4, presentada a continuación.

Estos valores fueron contrastados, mediante pruebas *t* de Students para muestras independientes, con la investigación de referencia de Cirami et al. (2020). Dicha investigación fue realizada en Argentina, en un momento previo a la pandemia por COVID-19, incluyendo a 150 individuos que trabajaban en el ámbito de la salud, con edades

comprendidas entre los 20 y los 62 años, de los cuales un 89% eran mujeres y un 11% varones (Ver Tabla N° 5).

**Tabla N° 4 Medidas de tendencia central y dispersión de cada una de las Estrategias de Afrontamiento del Cuestionario COPE-28.**

Estrategia de Afrontamiento	Media ± Dev. Típica	Mínima	Máxima
Afrontamiento Activo	3.457±1.221	0	6
Planificación	3.349±1.148	0	6
Apoyo Emocional	3.329±1.3	0	6
Apoyo Social	3.5±1.39	0	6
Religión	2.964±1.586	0	6
Reinterpretación Positiva	3.079±1.274	0	6
Aceptación	3.319±1.287	0	6
Negación	2.829±1.532	0	6
Uso del Humor	3.293±1.517	0	6
Autodistracción	3.520±1.36	0	6
Autoinculpación	3.188±1.328	0	6
Desconexión conductual	2.947±1.346	0	6
Desahogo	3.329±1.223	0	6
Uso de Sustancia	2.503±1.8	0	6

**Tabla N° 5 Contraste entre los valores obtenidos para cada una de las Estrategias de Afrontamiento del Cuestionario COPE-28 en el presente estudio y los obtenidos en el trabajo de Cirami et al. (2020).**

Estrategia de Afrontamiento	Media Estudio	Media Cirami et al. (2020)	t <sub>(452; .05)</sub>	p
Afrontamiento Activo	3.5±1.2	4.7±1.2	-10.275	< .05
Planificación	3.4±1.2	4.1±1.3	-5.940	< .05
Apoyo Emocional	3.3±1.3	3.7±1.7	-2.438	< .05
Apoyo Social	3.5±1.4	3.4±1.6	.800	> .05
Religión	3±1.6	1.3±1.8	9.904	< .05
Reinterpretación Positiva	3.1±1.3	3.8±1.5	-5.604	< .05
Aceptación	3.3±1.3	3.6±1.5	-1.860	> .05
Negación	2.8±1.5	0.7±1.3	14.545	< .05
Uso del Humor	3.3±1.5	3.6±1.9	-1.750	> .05
Autodistracción	3.5±1.4	3.4±1.6	1.180	> .05
Autoinculpación	3.2±1.3	3.2±1.6	.200	> .05
Desconexión conductual	3±1.4	1.01±1.3	14.564	< .05
Desahogo	3.3±1.2	2.9±1.5	3.531	< .05
Uso de Sustancia	2.5±1.8	0.6±1.1	11.969	< .05

Los resultados reflejaron que la muestra del presente estudio presentó menos uso de las estrategias Afrontamiento Activo, Planificación, Reinterpretación Positiva y Apoyo emocional que la muestra de referencia previa a la pandemia por COVID-19. Por el contrario, se observó un mayor empleo de las estrategias: Desconexión Conductual, Negación, Uso de Sustancias, Uso de la Religión y Desahogo. No se observaron diferencias significativas, entre los individuos del presente estudio y los de la muestra de referencia, en el empleo de las estrategias: Autodistracción, Apoyo Social, Autoinculpación, Uso del Humor y Aceptación.

Con el fin de corroborar si existe diferencia significativa en la frecuencia de uso de determinadas estrategias por parte del grupo estudiado, se realizó la prueba estadística ANOVA unifactorial intrasujetos, obteniendo como resultado  $F_{(13, 3937; .05)} = 17.098$ ;  $p = .000$ , lo que permitió demostrar que si existen diferencias significativas en el uso de las mismas.

Para constatar entre qué estrategias se presentaban diferencias significativas, se realizaron comparaciones dos a dos mediante prueba  $t$  de Students para muestras relacionadas, como se puede observar en el ANEXO 8.

Los resultados permitieron demostrar que en el grupo predominaban los individuos que utilizaban las estrategias de afrontamiento de: autodistracción, apoyo instrumental, afrontamiento activo, planificación; seguidas de las utilizadas con frecuencia media altas: apoyo emocional, desahogo, aceptación, y uso del humor; con frecuencia media: autoinculpación y reinterpretación positiva; con frecuencia media baja: religión, desconexión conductual y negación; finalmente con frecuencia baja solo se presentó el uso de sustancia.

#### 4.3.3. Análisis de los datos arrojados de la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (EMAS).

En lo referente a la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido, se calculó la puntuación media y la desviación típica para cada una de las dimensiones, obteniendo como resultados los datos consignados en la Tabla N° 6, presentadas a continuación.

**Tabla N° 6 Medidas de tendencia central y dispersión de cada una de las dimensiones arrojadas por la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido.**

Dimensiones de la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido	Medias ± Desv. Típica	Puntuaciones	
		Mínima	Máxima
Otros Significativos	19.3 ± 4.8	7	28
Familia	18.2 ± 5.3	4	28
Amigos	17.9 ± 5.3	4	28

Estos valores fueron contrastados con los obtenidos por Landeta y Calvete (2002), en el trabajo realizado con 803 estudiantes universitarios (364 mujeres y 416 varones) de entre 18 y 47 años de la Universidad de Deusto (España); trabajo realizado para adaptar y validar el EMAS y que se ha tomado como referente en el presente trabajo. Los resultados mostraron que los individuos de la presente investigación percibieron menos apoyo social de familiares [ $t_{(1105; .05)} = -7.007; p < .05$ ], amigos [ $t_{(1105; .05)} = -7.926; p < .05$ ] y otros significativos [ $t_{(1105; .05)} = -5.261; p < .05$ ] de lo esperado.

Con el fin de corroborar si existían diferencia significativa entre las puntuaciones arrojadas por cada una de las dimensiones, se procedió a realizar la prueba estadística ANOVA unifactorial intrasujetos, obteniendo como resultado  $F_{(2,606;.05)} = 11.774; p = .000$ , lo que permitió demostrar que si existían diferencias significativas en las percepciones que los individuos tenían sobre el apoyo de familiares, amigos y otros significativos.

Para constatar entre qué grupos se presentaban diferencias significativas, se realizaron comparaciones dos a dos mediante prueba  $t$  de Students para muestras relacionadas. Como se puede observar el ANEXO 9 los individuos del estudio percibieron más apoyo social durante su enfermedad por COVID-19 de otros significativos, que de sus familiares o amigos.

#### **4.4. ANÁLISIS DE LA RELACIÓN DE LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y VARIABLES VINCULADAS A LA ENFERMEDAD DE COVID-19 CON LOS ESTADOS EMOCIONALES, LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO UTILIZADAS Y LAS REDES DE APOYO PERCIBIDO.**

Se realizaron diversos análisis con la finalidad de conocer si las variables sociodemográficas y/o las variables vinculadas a la enfermedad influyeron en los estados emocionales (evaluados a partir de la escala DASS-21), las estrategias de afrontamiento (evaluadas con el cuestionario COPE-28), y los apoyos sociales que percibieron durante el transcurso de la enfermedad (evaluados con la escala EMAS). Los resultados de dichos análisis se expresan a continuación.

4.4.1. Análisis de la relación entre las variables sociodemográficas y vinculadas a la enfermedad de COVID-19 con los estados emocionales que presentaron los individuos de la muestra, recolectados a partir de la administración de la escala DASS-21.

Se realizó el análisis de la posible relación entre las variables sociodemográficas (género, edad, situación escolar y situación laboral) y las variables vinculadas a la enfermedad (intensidad con que vivieron la misma, con quien estuvieron acompañados y la intensidad con la cual sus acompañantes experimentaron la enfermedad) con los estados emocionales que presentaban las personas que atravesaron la enfermedad de COVID-19.

##### **4.4.1.1. Relación entre las variables sociodemográficas y los estados emocionales.**

Como se puede apreciar en la Tabla N° 7, las pruebas *t* de Students para muestras independientes realizadas para analizar la relación entre la variable género (hombre-mujer) y estados emocionales (depresión, ansiedad y estrés) durante el tránsito por la enfermedad por COVID-19, no resultaron significativas.

Para comprobar si había relación entre la edad y los estados emociones en el proceso de atravesar la enfermedad por COVID-19, se realizaron pruebas de coeficiente de correlación de Pearson, los resultados mostraron (como se observa en la Tabla N° 8, presentada a continuación) que no había relación entre dichas variables.

**Tabla N° 7 Análisis de la relación entre el género y los estados emocionales de los individuos durante su tránsito por la enfermedad de COVID-19**

Estados Emocionales (Dimensiones DASS-21)	t- Student	Género	
		Mujeres	Hombres
Depresión	$t_{(302; .05)} = -0.451$ $p = .652$	11.1 ± 3.8	11.3 ± 4.26
Ansiedad	$t_{(302; .05)} = -0.410$ $p = .682$	10.9 ± 4.1	11.1 ± 4.2
Estrés	$t_{(302; .05)} = -.355$ $p = .723$	12.04 ± 3.9	12.2 ± 3.7

**Tabla N° 8 Análisis de la relación entre la edad y los estados emocionales de los individuos durante su tránsito por la enfermedad de COVID-19**

Estados Emocionales (Dimensiones DASS-21)	Correlación de Pearson
Depresión	$r_{(304; .05)} = .005; p = .931$
Ansiedad	$r_{(304; .05)} = -.015; p = .793$
Estrés	$r_{(304; .05)} = -.017; p = .770$

Para analizar la relación entre la variable escolaridad (primaria incompleta, primaria completa, secundario completo, terciarios no universitarios/universitario, postgrado/doctorado) con los estados emocionales que se presentaron, se realizaron ANOVAs unifactoriales entresujetos. Los resultados mostraron (como se observa en la Tabla N° 9, presentada a continuación) que en las escalas de depresión y ansiedad no se observan diferencias significativas en función de la escolaridad del individuo; mientras que en la escala estrés si hubo diferencias, motivo por el cual se tuvo que realizar una prueba post hoc Tukey para analizar entre qué grupos se observaron dichas diferencias.

**Tabla N° 9. Análisis de la relación entre el nivel de escolaridad alcanzado y los estados emocionales de los individuos durante su tránsito por la enfermedad de COVID-19**

Estados Emocionales (Dimensiones DASS-21)	ANOVAs	Nivel de escolaridad alcanzado				
		Primaria Incomp.	Primaria Completa	Secund.	Terciaria	Postgrado
<b>Depresión</b>	$F_{(4, 299;.05)} = 1.385$ $p = .239$	14.5 ± 2.1	10.7 ± 4.5	11.6 ± 4.03	10.7 ± 3.9	10.6 ± 4.8
<b>Ansiedad</b>	$F_{(4, 299;.05)} = 0.988$ $p = .415$	15.5 ± 2.1	10.2 ± 3.3	11.2 ± 3.8	10.7 ± 4.4	11.6 ± 3.4
<b>Estrés</b>	$F_{(4, 299;.05)} = 3.351$ $p = .011$	16.5 ± 2.1	7.5 ± 4.2	12.4 ± 3.8	11.9 ± 3.6	12.4 ± 3.9

Los resultados de las pruebas post-hoc pueden ser consultados en el ANEXO 10. En ellos se puede apreciar que existieron diferencias entre las personas que realizaron la primaria completa y los que tienen estudios secundarios, terciarios no universitarios/universitario, postgrado y primera incompleta. Lo que permitiría pensar que aquellos que tienen menor nivel de escolaridad muestran menor preocupación por la situación, generando niveles más bajos de estrés. No obstante, no hay que olvidar que el grupo de individuos que no tenían sus estudios primarios concluidos presentaron más niveles de estrés, equiparables a los de los individuos con estudios secundarios, terciarios no universitarios/universitario y de postgrado. Sin embargo, los valores del grupo que no había concluido los estudios primarios hay que considerarlos con cautela, ya que estaba conformado por solo dos individuos.

Para analizar la relación de la variable situación laboral (desempleado, trabajador en relación de dependencia tiempo completo o parcial, trabajador independiente, ama de casa, jubilado, incapacidad laboral o estudiante) con los estados emocionales que se presentaron, se realizaron ANOVAs unifactoriales entresujetos, donde se obtuvo (como se observa en la Tabla N° 10, presentada a continuación) que no existía ningún tipo de relación entre las escalas de depresión, ansiedad y estrés y las situaciones laborales de los encuestados.

**Tabla N° 10 Análisis de la relación entre la situación laboral de los individuos y los estados emocionales de los mismos durante su tránsito por la enfermedad de COVID-19.**

	ANOVAs	Estados Emocionales (Dimensiones DASS-21)		
		Depresión	Ansiedad	Estrés
		$F_{(7, 296; .05)} = .600$ $p = .756$	$F_{(7, 296; .05)} = 1.172$ $p = .319$	$F_{(7, 296; .05)} = 1.114$ $p = .354$
Situación Laboral	Desempleado	12 ± 3.9	12.7 ± 3.4	13.7 ± 3.4
	Trabajador en dependencia tiempo completo	10.7 ± 4.1	10.3 ± 4.5	11.8 ± 4
	Trabajador en dependencia tiempo parcial	11.6 ± 3.4	11.2 ± 3.5	11.9 ± 3.4
	Trabajador independiente	11.3 ± 4.1	11.3 ± 3.7	12.1 ± 3.7
	Ama de casa	12 ± 4.03	12.2 ± 3.7	13.3 ± 3.9
	Jubilado	11.3 ± 3.5	12.2 ± 3.7	12 ± 3.6
	Incapacidad Laboral	11 ± 5.7	10.5 ± 6.4	15.5 ± 4.7
	Estudiante	12 ± 5	10.7 ± 5.6	13.9 ± 4.7

#### 4.4.1.2. Relación entre las variables vinculadas a la enfermedad de COVID-19 y los estados emocionales

Los ANOVAs unifactoriales entresujetos, realizados para analizar si existía relación entre el modo en el que las personas experimentaron su enfermedad de COVID-19 (intensidad leve, moderada o severa) y los estados emocionales de las mismas durante su tránsito por ella, revelaron que no existía relación entre esta variable y la sintomatología depresiva o el estrés que manifestaron; pero si con los niveles de ansiedad vividos (Ver Tabla N° 11).

**Tabla N° 11 Análisis de la relación entre la intensidad con la que los individuos vivieron la enfermedad de COVID-19 y los estados emocionales de los mismos durante su tránsito por dicha enfermedad.**

Estados Emocionales (Dimensiones DASS-21)	ANOVAs	Intensidad de la enfermedad propia		
		Leve	Moderada	Severa
Depresión	$F_{(2, 301; .05)} = 1.101$ $p = .334$	11.1 ± 3.7	11.03 ± 4.1	12 ± 3.9
Ansiedad	$F_{(2, 301; .05)} = 3.686$ $p = .026$	10.7 ± 3.6	10.7 ± 4.2	12.5 ± 4.3
Estrés	$F_{(2, 301; .05)} = 0.597$ $p = .551$	11.9 ± 3.8	12.1 ± 3.9	12.7 ± 3.5

En el ANEXO 11 se pueden observar los resultados de las pruebas post-hoc Tukey, realizadas para analizar entre qué grupos de intensidad de la enfermedad se hallaban dichas diferencias. Estos datos permitieron comprobar que aquellos individuos que vivieron la enfermedad de COVID-19 con una intensidad severa presentaron mayor sintomatología ansiosa que aquellos que la vivieron con una intensidad leve o moderada.

El análisis sobre la posible relación entre las personas con quienes se encontraba el individuo durante su tránsito por la enfermedad y los estados emocionales que presentó se llevó a cabo mediante ANOVAs unifactoriales entresujetos. Los datos obtenidos mostraron (como se observa en la Tabla N° 12, presentada a continuación) que no existía relación entre las escalas de depresión, ansiedad y estrés y las personas con quien los individuos se encontraban acompañados al momento de transitar la enfermedad de COVID-19.

**Tabla N° 12 Análisis de la relación entre las personas con quien los individuos se encontraban acompañados durante la enfermedad de COVID-19 y los estados emocionales de los mismos durante su tránsito por dicha enfermedad**

Compañía durante la enfermedad	ANOVAs	Estados Emocionales (Dimensiones DASS-21)		
		Depresión	Ansiedad	Estrés
		$F_{(5,298; .05)} = 0.621$ $p = .684$	$F_{(5,298; .05)} = 0.938$ $p = .456$	$F_{(5,298; .05)} = 0.730$ $p = .602$
Solo	10.6 ± 4.6	11.7 ± 4.5	12.2 ± 4.1	
Pareja	11.9 ± 4.3	11.5 ± 4.1	12.1 ± 3.6	
Pareja e Hijos	10.6 ± 4.04	10.1 ± 4.1	11.9 ± 3.9	
Hijos	11 ± 3.6	11.7 ± 3.5	13.1 ± 4	
Familiares	11.3 ± 3.7	11.1 ± 4	12 ± 3.6	
Otros	11.5 ± 5.5	11.2 ± 5.1	13.6 ± 5.2	

Con el fin de estudiar si existía relación entre la intensidad con la que los acompañantes de los encuestados vivieron la enfermedad de COVID-19 y los estados emocionales de dichos encuestados, se realizaron ANOVAs unifactoriales entresujetos, donde se obtuvo (como se observa en la Tabla N° 13, presentada a continuación) que no existía relación entre las escalas de depresión, ansiedad y estrés y la manera en que experimentaron la enfermedad las personas que acompañaban a quienes fueron encuestados.

**Tabla N° 13 Análisis de la relación entre la intensidad con la que los acompañantes de los encuestados vivieron la enfermedad de COVID-19 y los estados emocionales de los encuestados durante su tránsito por dicha enfermedad.**

Estados Emocionales (Dimensiones DASS-21)	ANOVAs	Intensidad de la enfermedad de los acompañantes			
		Sin Síntoma	Leve	Moderada	Severa
<b>Depresión</b>	$F_{(3,287; .05)} = 0.243$ $p = .866$	11.6 ± 3.9	11.2 ± 3.7	11.2 ± 4.4	10.5 ± 4.6
<b>Ansiedad</b>	$F_{(3,287; .05)} = 0.548$ $p = .650$	11.8 ± 4.2	10.8 ± 4	11 ± 4.2	10.5 ± 4.8
<b>Estrés</b>	$F_{(3,287; .05)} = 0.821$ $p = .483$	12.6 ± 4	11.8 ± 3.7	12.5 ± 3.8	12.6 ± 4.4

4.4.2. Análisis de la relación entre las variables sociodemográficas y vinculadas a la enfermedad de COVID-19 con las Estrategias de Afrontamiento que presentaron **los individuos de la muestra recolectados** a partir de la administración del cuestionario COPE-28.

Se realizó el análisis de la posible relación entre las variables sociodemográficas (género, edad, situación escolar y situación laboral) y las variables vinculadas a la enfermedad (intensidad con que vivieron la enfermedad, con quien estuvieron acompañados y la intensidad con la cual sus acompañantes experimentaron la enfermedad) con las estrategias de afrontamiento (afrontamiento activo, planificación, apoyo emocional, apoyo social, religión, reinterpretación positiva, aceptación, negación, uso del humor, autodistracción, autoinculpación, desconexión conductual, desahogo y uso de sustancias) que presentaban las personas que atravesaron la enfermedad de COVID-19.

#### 4.4.2.1. Relación entre las variables sociodemográficas y las estrategias de afrontamiento.

A partir de la realización de pruebas *t* de Students para muestras independiente, se evaluó la posible relación entre la variable género (hombre- mujer) y las estrategias de afrontamiento que los individuos llevaron a cabo durante su enfermedad por COVID-19.

Los resultados, como se evidencia en la Tabla N° 14 (presentada a continuación), mostraron que hubo diferencias significativas en el uso de las estrategias de afrontamiento uso del humor y la autodistracción, siendo los hombres quienes más las emplearon. También se observó una tendencia, no significativa, a que los varones mostraran un mayor uso de sustancias como estrategia utilizada frente a la presión que podría ejercer el medio.

**Tabla N° 14 Análisis de la relación entre el género de los encuestados y las estrategias de afrontamiento al estrés empleadas por los mismos durante su tránsito por la enfermedad de COVI-19.**

Estrategias de Afrontamiento	<i>t</i> -Students	Género	
		Mujeres	Hombres
<b>Afrontamiento activo</b>	$t_{(302; .05)} = -0.856; p = .393$	3.4 ± 1.2	3.5 ± 1.2
<b>Planificación</b>	$t_{(302; .05)} = 0.212; p = .832$	3.4 ± 1.1	3.3 ± 1.2
<b>Apoyo emocional</b>	$t_{(302; .05)} = 0.626; p = .532$	3.4 ± 1.2	3.3 ± 1.4
<b>Apoyo social</b>	$t_{(302; .05)} = 0.343; p = .732$	3.5 ± 1.4	3.5 ± 1.4
<b>Religión</b>	$t_{(302; .05)} = -0.903; p = .367$	2.9 ± 1.6	3.1 ± 1.5
<b>Reinterpretación positiva</b>	$t_{(302; .05)} = -1.323; p = .187$	3 ± 1.2	3.2 ± 1.3
<b>Aceptación</b>	$t_{(302; .05)} = -1.599; p = .111$	3.2 ± 1.3	3.5 ± 1.2
<b>Negación</b>	$t_{(302; .05)} = -0.477; p = .633$	2.8 ± 1.5	2.9 ± 1.6
<b>Uso del humor</b>	$t_{(302; .05)} = -2.226; p = .027$	3.1 ± 1.5	3.5 ± 1.5
<b>Autodistracción</b>	$t_{(302; .05)} = -2.182; p = .030$	3.4 ± 1.3	3.7 ± 1.4
<b>Autoinculpación</b>	$t_{(302; .05)} = 0.179; p = .858$	3.2 ± 1.4	3.2 ± 1.3
<b>Desconexión conductual</b>	$t_{(302; .05)} = -1.228; p = .220$	2.9 ± 1.3	3.1 ± 1.4
<b>Desahogo</b>	$t_{(302; .05)} = -0.695; p = .487$	3.3 ± 1.1	3.4 ± 1.4
<b>Uso de sustancias</b>	$t_{(302; .05)} = -1.767; p = .078$	2.4 ± 1.8	2.7 ± 1.7

Para analizar si había relación entre la edad de los individuos estudiados (entre 18 a 78 años) y las estrategias de afrontamiento utilizadas para sobrellevar el proceso de enfermedad por COVID-19, se realizaron coeficientes de correlación de Pearson, los cuales mostraron

(como se observa en la Tabla N° 15, presentada a continuación) que no había correlación entre estas dos variables.

**Tabla N° 15. Análisis de la relación entre la edad y las estrategias de afrontamiento de los individuos durante su tránsito por la enfermedad de COVID-19**

Estrategias de Afrontamiento	Correlación de Pearson
Afrontamiento activo	$r_{(304; .05)} = .035; p = .539$
Planificación	$r_{(304; .05)} = .018; p = .754$
Apoyo emocional	$r_{(304; .05)} = -.054; p = .351$
Apoyo social	$r_{(304; .05)} = -.043; p = .453$
Religión	$r_{(304; .05)} = -.040; p = .488$
Reinterpretación positiva	$r_{(304; .05)} = -.034; p = .561$
Aceptación	$r_{(304; .05)} = .054; p = .350$
Negación	$r_{(304; .05)} = .076; p = .188$
Uso del humor	$r_{(304; .05)} = -.068; p = .237$
Autodistracción	$r_{(304; .05)} = -.061; p = .287$
Autoinculpación	$r_{(304; .05)} = .052; p = .362$
Desconexión conductual	$r_{(304; .05)} = .049; p = .399$
Desahogo	$r_{(304; .05)} = .002; p = .975$
Uso de sustancias	$r_{(304; .05)} = .047; p = .415$

Para analizar la relación entre la variable escolaridad (primera incompleta, primaria completa, secundario completo, terciarios no universitarios/universitario, postgrado/doctorado) y las estrategias de afrontamiento que se presentaron, se realizaron ANOVAs unifactoriales entresujetos donde se obtuvo (como se observa en la Tabla N° 16, presentada a continuación) que no existía una relación entre dichas variables.

Para analizar la relación entre la variable situación laboral (desempleado, trabajador en relación de dependencia tiempo completo o parcial, trabajador independiente, ama de casa, jubilado, incapacidad laboral o estudiante) y las estrategias de afrontamiento que se presentaron, se realizaron ANOVAs unifactoriales entresujetos donde se obtuvo (como se observa en la Tabla N° 17, presentada a continuación) que existía una relación entre el uso de la estrategia de negación y de desconexión conductual con el tipo de situación laboral en la que se encontraban los individuos de la muestra en el momento de transitar por la enfermedad de COVID-19.

**Tabla N° 16 Análisis de la relación entre el nivel de escolaridad alcanzado por los encuestados y las estrategias de afrontamiento al estrés empleadas por los mismos durante su tránsito por la enfermedad de COVID-19.**

Estrategias de Afrontamiento	ANOVAs	Nivel de escolaridad alcanzado				
		Prim. Incom.	Prim. Comp.	Sec.	Terc.	Postgrado
<b>Afrontamiento activo</b>	$F_{(4,299; .05)} = 1.414$ $p = .229$	5±0	4.2±1.2	3.4±1.3	3.5±1.1	3.2±0.8
<b>Planificación</b>	$F_{(4,299; .05)} = 1.101$ $p = .356$	3.5±0.7	4±1.3	3.2±1.2	3.4±1.1	3.2±1.3
<b>Apoyo emocional</b>	$F_{(4,299; .05)} = 0.731$ $p = .571$	4.5±2.1	3.7±1.6	3.2±1.3	3.4±1.3	3.4±1.8
<b>Apoyo social</b>	$F_{(4,299; .05)} = 0.344$ $p = .848$	4±0	3.2±1.8	3.5±1.4	3.5±1.3	4±2
<b>Religión</b>	$F_{(4,299; .05)} = 0.866$ $p = .485$	3.5±2.1	3.7±.5	2.9±1.5	3.1±1.7	2.4±1.5
<b>Reinterpretación positiva</b>	$F_{(4,299; .05)} = 1.238$ $p = .295$	4.5±2.1	3.3±1	3±1.3	3.1±1.3	2.4±.9
<b>Aceptación</b>	$F_{(4,299; .05)} = 0.353$ $p = .842$	4±0	3.7±1.6	3.3±1.3	3.4±1.2	3.2±.8
<b>Negación</b>	$F_{(4,299; .05)} = 0.834$ $p = .504$	2.5±3.5	1.8±1.5	2.8±1.5	2.8±1.5	3.4±1.5
<b>Uso del humor</b>	$F_{(4,299; .05)} = 0.206$ $p = .935$	4±0	3.3±1	3.2±1.5	3.3±1,6	3.6±1.1
<b>Autodistracción</b>	$F_{(4,299; .05)} = 1.719$ $p = .146$	5±1.4	3.2±.8	3.4±1.3	3.7±1.4	3.2±1.1
<b>Autoinculpación</b>	$F_{(4,299; .05)} = 1.196$ $p = .313$	3.5±2.1	2.5±1.6	3.2±1.3	3.2±1.4	2.2±.8
<b>Desconexión conductual</b>	$F_{(4,299; .05)} = 0.792$ $p = .531$	4±0	2.5±1.2	2.9±1.3	3±1.4	2.4±.9
<b>Desahogo</b>	$F_{(4,299; .05)} = 0.580$ $p = .677$	4.5±.7	3±1.3	3.3±1.1	3.3±1.3	3.4±1.1
<b>Uso de sustancias</b>	$F_{(4,299; .05)} = 0.649$ $p = .628$	2.5±2.1	3±2	2.5±1.8	2.6±1.8	1.4±1.3

**Tabla N° 17 Análisis de la relación entre la situación laboral de los individuos y las estrategias de afrontamiento que los mismos emplearon durante su tránsito por la enfermedad de COVID-19**

Estrategias de Afrontamiento	ANOVAs	Desempleado	Trabajador en dependencia tiempo completo	Trabajador en dependencia tiempo parcial	Trabajador independiente	Ama de casa	Jubilado	Incapacidad Laboral	Estudiante
<b>Afrontamiento activo</b>	$F_{(7,296; .05)} = 0.846$ $p = .550$	3.4±1.7	3.5±1.2	3.2±1.2	3.4±1.3	3.9±1.5	3.6±1	3.5±.7	4±.7
<b>Planificación</b>	$F_{(7,296; .05)} = 0.856$ $p = .542$	3.6±0.8	3.3±1.1	3.4±1.1	3.1±1.3	3.7±1.3	3.8±1.3	3.5±2.1	3.2±1.5
<b>Apoyo emocional</b>	$F_{(7,296; .05)} = 1.204$ $p = .300$	2.6±1.6	3.3±1.3	3.4±1.2	3.3±1.3	3.7±1.2	3.8±1.3	2±1.4	3.6±1.6
<b>Apoyo social</b>	$F_{(7,296; .05)} = 0.728$ $p = .648$	3±1.9	3.5±1.4	3.5±1.3	3.4±1.4	3.9±1.4	4±1.3	2.5±.7	3.5±1.6
<b>Religión</b>	$F_{(7,296; .05)} = 1.252$ $p = .274$	2.5±1.6	2.8±1.6	3.1±1.5	3.1±1.6	2.8±1.5	4±1.7	3.5±.7	2.4±2.1
<b>Reinterpretación positiva</b>	$F_{(7,296; .05)} = 0.258$ $p = .969$	2.7±1.6	3.1±1.3	3±1.2	3.1±1.4	3.3±1.3	3.2±1.1	3.5±0.7	3.2±1.4
<b>Aceptación</b>	$F_{(7,296; .05)} = 0.607$ $p = .750$	3.7±1.2	3.4±1.2	3.2±1.5	3.2±1.1	2.9±2.1	3.5±1.2	4±0	3.6±1.4
<b>Negación</b>	$F_{(7,296; .05)} = 2.469$ $p = .018$	2±1.4	2.6±1.5	2.9±1.,4	3.1±1.5	3.6±1	3.7±1.5	3.5±.7	2.6±2.,2
<b>Uso del humor</b>	$F_{(7,296; .05)} = 0.430$ $p = .883$	3.5±2.1	3.3±1.5	3.3±1.5	3.4±1.4	3.5±2	2.9±1.7	4±0	2.8±1.7
<b>Autodistracción</b>	$F_{(7,296; .05)} = 0.600$ $p = .756$	3.8±1.9	3.6±1.4	3.4±1.3	3.4±1.3	3.4±1.3	3.8±1	4.5±2.1	3.7±1.2
<b>Autoinculpación</b>	$F_{(7,296; .05)} = 1.285$ $p = .257$	2.8±1.2	3.1±1.3	3±1.4	3.3±1.3	3.9±1.4	3.6±0.7	4±0	3.5±1.6
<b>Desconexión conductual</b>	$F_{(7,296; .05)} = 2.214$ $p = .033$	2.8±1.6	2.8±1.2	3.2±1.2	3±1.5	4±1.1	3.5±1.7	2.5±2.1	2.3±1.7
<b>Desahogo</b>	$F_{(7,296; .05)} = 1.709$ $p = .106$	2.6±1.5	3.3±1.3	3.3±1.2	3.4±1	4.2±1.1	3.6±1.6	3±1.4	2.8±1
<b>Uso de sustancias</b>	$F_{(7,296; .05)} = .865$ $p = .534$	2.1±1.8	2.4±1.7	2.5±1.7	2.8±1.8	2.9±2.4	2.5±2.1	2±2.8	1.5±2

Con el fin de analizar entre qué grupos de los estudiados se encontraban las diferencias en el empleo de las estrategias de negación y de desconexión conductual, se realizaron pruebas Post-hoc Tukey.

En el caso de la variable estrategias de negación, los resultados permitieron evidenciar que realmente no había diferencias significativas entre los grupos estudiados, pero si una tendencia, por parte de las amas de casa y los jubilados, a utilizar en mayor medida que los desempleados la estrategia de negación. Por otra parte, se observó una tendencia a que los jubilados y trabajadores independientes también presentaran un mayor uso de la estrategia antes mencionada, que las personas que trabajan de forma dependiente a tiempo completo (Ver ANEXO 12).

Al realizar el mismo análisis con la estrategia de afrontamiento de desconexión conductual, se observó que tampoco había diferencias significativas entre los grupos comparados; pero si una tendencia, por parte de las amas de casa, a utilizar en mayor medida esta estrategia que las personas que trabajaban en relación de dependencia a tiempo completo y los estudiantes. (Ver ANEXO 13)

#### **4.4.2.2. Relación entre las variables relacionadas a la enfermedad de COVID-19 y las estrategias de afrontamiento.**

Se realizaron ANOVAs unifactoriales entre sujetos para analizar la relación entre la intensidad de la enfermedad y el empleo, durante el tránsito por la misma, de cada una de las estrategias de afrontamiento estudiadas. Los resultados mostraron (como se observa en la Tabla N° 18, presentada a continuación) solamente diferencias significativas en la estrategia de afrontamiento de apoyo social.

Con la finalidad de analizar entre qué grupos, en función de la intensidad de la enfermedad, se encontraban las diferencias en el empleo de la estrategia de apoyo social, se realizó la prueba Post-hoc Tukey (Ver ANEXO 14). Los resultados mostraron que aquellas personas que tenían síntomas severos buscaron más apoyo social que los que tuvieron síntomas moderados; y una tendencia, no significativa, a utilizar en mayor medida dicha estrategia los que presentan síntomas leves sobre los que tuvieron síntomas moderados.

**Tabla N° 18 Análisis de la relación entre la intensidad con la que los individuos vivieron la enfermedad de COVID-19 y las estrategias de afrontamiento que emplearon durante su tránsito por la misma**

Estrategias de Afrontamiento	ANOVAs	Intensidad de la enfermedad de COVID-19		
		Leve	Moderado	Severo
<b>Afrontamiento activo</b>	$F_{(2,301; .05)} = 1.426$ $p = .242$	3.5±1.1	3.3±1.2	3.6±1.4
<b>Planificación</b>	$F_{(2,301; .05)} = 0.391$ $p = .677$	3.4±1.2	3.3±1.2	3.4±1.1
<b>Apoyo emocional</b>	$F_{(2,301; .05)} = 2.877$ $p = .058$	3.5±1.3	3.2±1.3	3.6±1.04
<b>Apoyo social</b>	$F_{(2,301; .05)} = 4.074$ $p = .018$	3.6±1.3	3.3±1.4	3.9±1.3
<b>Religión</b>	$F_{(2,301; .05)} = 0.484$ $p = .617$	2.9±1.6	2.9±1.6	3.2±1.6
<b>Reinterpretación positiva</b>	$F_{(2,301; .05)} = 1.502$ $p = .224$	3.03±1.2	3.03±1.3	3.4±1.4
<b>Aceptación</b>	$F_{(2,301; .05)} = 0.566$ $p = .569$	3.4±1.2	3.3±1.3	3.2±1.3
<b>Negación</b>	$F_{(2,301; .05)} = 0.387$ $p = .679$	2.9±1.7	2.8±1.4	2.8±1.5
<b>Uso del humor</b>	$F_{(2,301; .05)} = 0.969$ $p = .381$	3.3±1.4	3.2±1.6	3.6±1.5
<b>Autodistracción</b>	$F_{(2,301; .05)} = 0.028$ $p = .972$	3.5±1.3	3.5±1.4	3.5±1.5
<b>Autoinculpación</b>	$F_{(2,301; .05)} = 2.479$ $p = .085$	3.4±1.4	3.1±1.3	2.9±1.3
<b>Desconexión conductual</b>	$F_{(2,301; .05)} = 0.814$ $p = .444$	3±1.3	2.9±1.4	3.2±1.3
<b>Desahogo</b>	$F_{(2,301; .05)} = 0.995$ $p = .371$	3.3±1.2	3.3±1.3	3.6±1.2
<b>Uso de sustancias</b>	$F_{(2,301; .05)} = 2.721$ $p = .067$	2.8±1.8	2.3±1.8	3±1.8

Si bien en las estrategias de apoyo emocional no se observaron diferencia significativa, existía una tendencia a que las personas que tuvieron menos síntomas buscaran mayor apoyo, al igual que los que vivieron esta experiencia con síntomas severos; pudiendo advertirse que al encontrarse en mejor situación buscaban compartir con otros; como así también los que sintieron mayor vulnerabilidad por la enfermedad.

Con respecto a las estrategias de afrontamiento de la autoinculpción, si bien tampoco mostró diferencias significativas, se observó una tendencia a que conforme fue mayor la intensidad con la que se vivió la enfermedad, menor fue el uso de esta estrategia.

Finalmente, en relación a las estrategias de afrontamiento de uso de sustancias, se evidenció que los que sentían la enfermedad de manera severa utilizaron más la misma que aquellos que sentían la enfermedad de manera moderada.

Para analizar la relación entre las variables acompañamiento durante la enfermedad por COVID-19 y uso de estrategias de afrontamiento durante el tránsito por la misma, se realizaron dos tipos de análisis. Por un lado, se comparó el uso de estrategias de aquellos que transitaron la enfermedad solos, con aquellos que se encontraban acompañados, por medio de pruebas *t* de Students para muestras independientes (Ver Tabla N° 19); y, por otro lado, se comparó el uso de estas estrategias entre aquellos que la transitaron solos, con la pareja, con la pareja e hijos, con los hijos, con familiares o con otras personas, para lo que se emplearon ANOVAs unifactoriales entresujeto (Ver Tabla N° 20).

Como se puede observar en la Tabla N° 19, la única estrategia que mostró diferencias en su uso durante el transcurso de la enfermedad por COVID-19 fue la del uso de sustancias; observándose que aquellos individuos que transitaron la enfermedad solos hacían un mayor uso de este tipo de estrategias que aquellos que la transitaron en compañía de otras personas.

Una vez más, en la Tabla N° 20 la única estrategia que mostró diferencias en su uso durante el transcurso de la enfermedad por COVID-19, fue uso de sustancia. En esta ocasión, las pruebas post-hoc realizadas, no mostraron diferencias significativas al realizar las comparaciones dos a dos; aunque se apreció una tendencia, no significativa, a que aquellas personas que transitaron su enfermedad en compañía únicamente de los hijos, tendían a usar este tipo de estrategias menos que aquellos que la transitaron solos o en compañía únicamente de sus parejas (Ver comparaciones dos a dos en el ANEXO 15)

**Tabla N° 19 Análisis de la relación entre el uso de las estrategias de afrontamiento durante la enfermedad de COVID-19 y el hecho de transitar la enfermedad en soledad o acompañado.**

Estrategias de Afrontamiento	t - Students	Transitan la enfermedad	
		Solos	En Compañía
Afrontamiento activo	$t_{(302; 0.05)} = 0.942$ $p = .347$	3.8 $\updownarrow$ 1.3	3.4 $\updownarrow$ 1.2
Planificación	$t_{(302; 0.05)} = 0.856$ $p = .393$	3.6 $\updownarrow$ 0.9	3.3 $\updownarrow$ 1.2
Apoyo emocional	$t_{(302; 0.05)} = -0.060$ $p = .952$	3.3 $\updownarrow$ 1.03	3.3 $\updownarrow$ 1.3
Apoyo social	$t_{(302; 0.05)} = -0.920$ $p = .358$	3.2 $\updownarrow$ 1.5	3.5 $\updownarrow$ 1.4
Religión	$t_{(302; 0.05)} = 1.517$ $p = .130$	3.6 $\updownarrow$ 1.9	2.9 $\updownarrow$ 1.6
Reinterpretación positiva	$t_{(302; 0.05)} = 1.330$ $p = .184$	3.5 $\updownarrow$ 1.3	3.1 $\updownarrow$ 1.3
Aceptación	$t_{(302; 0.05)} = 0.848$ $p = .397$	3.6 $\updownarrow$ .8	3.3 $\updownarrow$ 1.3
Negación	$t_{(302; 0.05)} = -0.513$ $p = .608$	2.6 $\updownarrow$ 1.4	2.8 $\updownarrow$ 1.5
Uso del humor	$t_{(302; 0.05)} = -1.273$ $p = .204$	2.8 $\updownarrow$ 1.4	3.3 $\updownarrow$ 1.5
Autodistracción	$t_{(302; 0.05)} = 0.259$ $p = .796$	3.6 $\updownarrow$ 1	3.5 $\updownarrow$ 1.4
Autoinculpación	$t_{(302; 0.05)} = -0.306$ $p = .760$	3.1 $\updownarrow$ 1.3	3.2 $\updownarrow$ 1.3
Desconexión conductual	$t_{(302; 0.05)} = -0.909$ $p = .364$	2.6 $\updownarrow$ 1.4	3 $\updownarrow$ 1.3
Desahogo	$t_{(302; 0.05)} = 0.631$ $p = .529$	3.5 $\updownarrow$ 1.7	3.1 $\updownarrow$ 1.2
Uso de sustancias	$t_{(302; 0.05)} = 1.973$ $p = .049$	3.5 $\updownarrow$ 1.8	2.5 $\updownarrow$ 1.8

En esta ocasión, al comparar los seis grupos en función de con quien se transitó la enfermedad, también se observó una tendencia, no significativa, a que se usara de manera diferente las estrategias vinculadas al uso del humor. Concretamente, se observó una ligera tendencia a que aquellas personas que transitaron la enfermedad acompañados únicamente de los hijos usaran más el uso del humor que los que la vivieron solos ( $p = .187$ ) o que los que la vivieron acompañados con sus familiares ( $p = .143$ )

**TABLA N° 20 Análisis de la relación entre el uso de las estrategias de afrontamiento durante la enfermedad de COVID-19 y el hecho de transitar la enfermedad solos, con la pareja, con la pareja e hijos, con los hijos, con familiares o con otras personas**

Estrategias de Afrontamiento	ANOVAs	Acompañamiento durante el tránsito por la enfermedad					
		Solos	Pareja	Pareja e Hijos	Hijos	Familiares	Otros
<b>Afrontamiento activo</b>	$F_{(5,298; .05)} = 0.985$ $p = .427$	3.8 $\uparrow$ 1.3	3.5 $\uparrow$ 1.3	3.4 $\uparrow$ 1.2	3.5 $\uparrow$ 1.1	3.4 $\uparrow$ 1.2	4.1 $\uparrow$ 1.5
<b>Planificación</b>	$F_{(5,298; .05)} = 0.638$ $p = .671$	3.6 $\uparrow$ 1.9	3.5 $\uparrow$ 1.4	3.4 $\uparrow$ 1.3	3.2 $\uparrow$ 1.1	3.3 $\uparrow$ 1.1	3 $\uparrow$ 1.3
<b>Apoyo emocional</b>	$F_{(5,298; .05)} = 1.234$ $p = .293$	3.3 $\uparrow$ 1.1	3.3 $\uparrow$ 1.3	3.2 $\uparrow$ 1.5	3.4 $\uparrow$ 1.4	3.3 $\uparrow$ 1.3	4.2 $\uparrow$ .7
<b>Apoyo social</b>	$F_{(5,298; .05)} = 1.674$ $p = .141$	3.2 $\uparrow$ 1.5	3.8 $\uparrow$ 1.4	3.2 $\uparrow$ 1.4	3.2 $\uparrow$ 1.2	3.6 $\uparrow$ 1.4	3.8 $\uparrow$ 1.4
<b>Religión</b>	$F_{(5,298; .05)} = 1.324$ $p = .254$	3.6 $\uparrow$ 1.9	3.2 $\uparrow$ 1.5	2.8 $\uparrow$ 1.6	3.4 $\uparrow$ 1.1	2.9 $\uparrow$ 1.6	3.4 $\uparrow$ 1.8
<b>Reinterpretación positiva</b>	$F_{(5,298; .05)} = 1.509$ $p = .187$	3.5 $\uparrow$ 1.3	3.1 $\uparrow$ 1.3	2.9 $\uparrow$ 1.3	3.7 $\uparrow$ .8	3 $\uparrow$ 1.3	3.3 $\uparrow$ 1.4
<b>Aceptación</b>	$F_{(5,298; .05)} = 1.115$ $p = .352$	3.6 $\uparrow$ .8	3.5 $\uparrow$ 1.1	3 $\uparrow$ 1.4	3.5 $\uparrow$ 1.4	3.4 $\uparrow$ 1.3	3.3 $\uparrow$ 1.7
<b>Negación</b>	$F_{(5,298; .05)} = 1.118$ $p = .351$	2.6 $\uparrow$ 1.4	3 $\uparrow$ 1.9	2.5 $\uparrow$ 1.4	2.4 $\uparrow$ 1.3	3 $\uparrow$ 1.5	2.7 $\uparrow$ 1.4
<b>Uso del humor</b>	$F_{(5,298; .05)} = 1.984$ $p = .081$	3.8 $\uparrow$ 1.4	3.4 $\uparrow$ 1.6	3.5 $\uparrow$ 1.6	4.1 $\uparrow$ 1.1	3.1 $\uparrow$ 1.5	3.3 $\uparrow$ 1.3
<b>Autodistracción</b>	$F_{(5,298; .05)} = 0.863$ $p = .507$	3.6 $\uparrow$ 1.1	3.6 $\uparrow$ 1.5	3.5 $\uparrow$ 1.4	3 $\uparrow$ 1.5	3.5 $\uparrow$ 1.3	4 $\uparrow$ 1.3
<b>Autoinculpación</b>	$F_{(5,298; .05)} = 0.833$ $p = .527$	3.1 $\uparrow$ 1.3	3.5 $\uparrow$ 1.2	3 $\uparrow$ 1.4	3.2 $\uparrow$ 1.4	3.2 $\uparrow$ 1.3	2.8 $\uparrow$ 1.8
<b>Desconexión conductual</b>	$F_{(5,298; .05)} = 0.427$ $p = .830$	2.6 $\uparrow$ 1.4	3.2 $\uparrow$ 1.3	2.9 $\uparrow$ 1.4	2.8 $\uparrow$ 1.3	3 $\uparrow$ 1.3	2.9 $\uparrow$ 1.4
<b>Desahogo</b>	$F_{(5,298; .05)} = 0.940$ $p = .455$	3.5 $\uparrow$ 1.7	3.6 $\uparrow$ 1.1	3.4 $\uparrow$ 1.3	3 $\uparrow$ 1.3	3.2 $\uparrow$ 1.2	3.5 $\uparrow$ 1.1
<b>Uso de sustancias</b>	$F_{(5,298; .05)} = 2.681$ $p = .022$	3.5 $\uparrow$ 1.8	3 $\uparrow$ 1.9	2.5 $\uparrow$ 1.7	3.1 $\uparrow$ 1.8	2.2 $\uparrow$ 1.8	2.8 $\uparrow$ 1.9

Con el fin de analizar si la intensidad en la enfermedad de los acompañantes se relacionó con el uso de determinadas estrategias de afrontamiento por parte de los individuos, se realizaron ANOVAs unifactoriales entresujeto. Los resultados se pueden observar en la Tabla N° 21.

**TABLA N° 21 Análisis de la relación entre la intensidad en la enfermedad de COVID-19 de los acompañantes y las estrategias de afrontamiento al estrés empleadas por los individuos del estudio durante su tránsito por dicha enfermedad.**

Estrategias de Afrontamiento	ANOVAs	Intensidad de la enfermedad de los acompañantes			
		Sin síntomas	Leves	Moderados	Severos
<b>Afrontamiento activo</b>	$F_{(3,287; .05)} = 0.528$ $p = .664$	3.3 ¶ 1.3	3.4 ¶ 1.1	3.6 ¶ 1.3	3.5 ¶ 1.8
<b>Planificación</b>	$F_{(3,287; .05)} = 0.205$ $p = .893$	3.4 ¶ 1	3.3 ¶ 1.1	3.3 ¶ 1.2	3.5 ¶ 1.8
<b>Apoyo emocional</b>	$F_{(3,287; .05)} = 1.308$ $p = .272$	3.4 ¶ 1.3	3.4 ¶ 1.3	3.1 ¶ 1.3	3.8 ¶ 1.2
<b>Apoyo social</b>	$F_{(3,287; .05)} = 0.626$ $p = .599$	3.4 ¶ 1.5	3.5 ¶ 1.3	3.4 ¶ 1.5	3.9 ¶ 1.2
<b>Religión</b>	$F_{(3,287; .05)} = 0.728$ $p = .536$	3 ¶ 1.4	3 ¶ 1.5	3 ¶ 1.7	2.3 ¶ 1.7
<b>Reinterpretación positiva</b>	$F_{(3,287; .05)} = 1.001$ $p = .393$	3.3 ¶ 1.1	3 ¶ 1.3	3.2 ¶ 1.2	2.8 ¶ 1.3
<b>Aceptación</b>	$F_{(3,287; .05)} = 1.367$ $p = .253$	3.8 ¶ 1.2	3.2 ¶ 1.3	3.3 ¶ 1.3	3.4 ¶ 1.4
<b>Negación</b>	$F_{(3,287; .05)} = 0.464$ $p = .708$	2.9 ¶ 1	2.9 ¶ 1.5	2.7 ¶ 1.6	3.2 ¶ 2
<b>Uso del humor</b>	$F_{(3,287; .05)} = 2.234$ $p = .084$	3.7 ¶ 1.5	3.1 ¶ 1.5	3.5 ¶ 1.5	3.8 ¶ 1.7
<b>Autodistracción</b>	$F_{(3,287; .05)} = 1.468$ $p = .223$	3.9 ¶ 1.3	3.4 ¶ 1.3	3.6 ¶ 1.4	3.6 ¶ 1.5
<b>Autoinculpación</b>	$F_{(3,287; .05)} = 1.281$ $p = .281$	3.4 ¶ 1.4	3.3 ¶ 1.3	3 ¶ 1.3	2.8 ¶ 1.7
<b>Desconexión conductual</b>	$F_{(3,287; .05)} = 0.349$ $p = .790$	3.1 ¶ 1.4	3 ¶ 1.3	2.9 ¶ 1.4	2.8 ¶ 1.4
<b>Desahogo</b>	$F_{(3,287; .05)} = 0.231$ $p = .875$	3.5 ¶ 1.2	3.3 ¶ 1.2	3.3 ¶ 1.2	3.4 ¶ 1.3
<b>Uso de sustancias</b>	$F_{(3,287; .05)} = 0.246$ $p = .864$	2.3 ¶ 1.8	2.5 ¶ 1.8	2.4 ¶ 1.8	2.8 ¶ 1.9

En esta ocasión, se observó una tendencia, no significativa, a que hubieran diferencias en la estrategia de uso del humor en función de la intensidad de la enfermedad del acompañante (Ver Tabla N° 21). No obstante, al analizar las comparaciones dos a dos, no se encontraron diferencias significativas entre ninguno de los grupos, así como tampoco tendencia a que dichas diferencias se presentaran.

4.4.3. Análisis de la relación entre las variables sociodemográficas y vinculadas a la enfermedad de COVID-19 con el apoyo social percibido que presentaron los individuos de la muestra, recolectados a partir de la administración de la escala EMAS.

Se realizó el análisis de la posible relación entre las variables sociodemográficas (género, edad, situación escolar y situación laboral) y de las variables vinculadas a la enfermedad (intensidad con que vivieron la enfermedad, con quien estuvieron acompañados y la intensidad con la cual sus acompañantes experimentaron la enfermedad) con el apoyo social percibido (familia, amigos y otras personas significativas) que presentaban las personas que atravesaron la enfermedad de COVID-19.

#### 4.4.3.1. Relación entre las variables sociodemográficas y el apoyo social percibido.

Los resultados de las pruebas *t* de Student para muestras independientes, realizadas para analizar si existían diferencias en el apoyo social percibido entre las mujeres y los varones, se pueden observar en la Tabla N° 22. Como se puede comprobar, no existen diferencias en la apreciación subjetiva del apoyo social recibido por parte de familiares, amigos u otros significativos en función del género.

**Tabla N° 22 Análisis de la relación entre el género y el apoyo social percibido por los individuos del estudio durante su tránsito por la enfermedad de COVID-19**

Tipo de Apoyo Social	t de Students	Género	
		Mujeres	Varones
Otros significativos	$t_{(302; .05)} = 0.879$ $p = .380$	19.5 ¶ 4.8	19 ¶ 4.9
Familia	$t_{(302; .05)} = -0.753$ $p = .452$	17.7 ¶ 5.5	18.2 ¶ 4.9
Amigos	$t_{(302; 0.05)} = 0.347$ $p = .729$	18.3 ¶ 5.5	18.1 ¶ 4.9

Para analizar la posible relación entre el apoyo social percibido y la edad de los individuos se realizaron correlaciones bivariadas de Pearson, los resultados pueden ser observado en la Tabla N° 23.

**Tabla N° 23 Análisis de la relación entre la edad y el apoyo social percibido por los individuos durante su tránsito por la enfermedad de COVID-19**

Tipo de Apoyo Social	Correlación de Pearson
Otros significativos	$r_{(304; .05)} = -.058; p = .311$
Familia	$r_{(304; .05)} = .055; p = .337$
Amigos	$r_{(304; .05)} = .018; p = .753$

Como se puede apreciar, no se encontró relación alguna entre la edad de los individuos y el apoyo social percibido por parte de familiares, amigos u otros significativos, durante su enfermedad por COVID-19.

Con el fin de analizar la posible relación entre el apoyo social percibido por los individuos durante su enfermedad por COVID-19, por parte de familiares, amigos y otros significativos, y el nivel de escolaridad alcanzado por los mismos, se realizaron ANOVAs unifactoriales entresujetos. Los resultados pueden ser observados en la Tabla N° 24.

**Tabla N° 24 Análisis de la relación entre el nivel de escolaridad alcanzado por los individuos del estudio y el apoyo social percibido por los mismos durante su tránsito por la enfermedad de COVID-19**

Tipo de Apoyo Social	ANOVAs	Prim. Incom.	Prim. Comp.	Sec.	Terc.	Postgrado
Otros significativos	$F_{(4,299; .05)} = 0.584$ $p = .674$	15 ¶ 9.9	19 ¶ 3.7	19.3 ¶ 4.8	19.4 ¶ 4.7	17.6 ¶ 6.2
Familia	$F_{(4,299; .05)} = 0.624$ $p = .646$	13.5 ¶ 10.6	16.5 ¶ 6.9	17.9 ¶ 5.2	18 ¶ 5.3	19.8 ¶ 2.3
Amigos	$F_{(4,299; .05)} = 0.176$ $p = .950$	16 ¶ 8.5	17.3 ¶ 7.8	18.4 ¶ 5.2	18.1 ¶ 5.4	18.8 ¶ 5.2

Los resultados mostraron que el nivel de escolaridad de los individuos no estaba relacionado con el apoyo social que los mismos percibían desde sus familias, amigos u otros significativos durante su enfermedad por COVID-19.

También se realizaron ANOVAs unifactoriales entresujetos para analizar la posible relación entre el apoyo social percibido por los individuos durante su enfermedad por COVID-19 (de familiares, amigos y otros significativos) y la situación laboral que

presentaban los mismos en el momento de la enfermedad. Los resultados pueden ser observados en la Tabla N° 25.

**Tabla N° 25 Análisis de la relación entre la situación laboral de los individuos en el momento de la enfermedad de COVID-19 y el apoyo social percibido en el momento de transitar por la misma.**

Tipo de Apoyo Social	ANOVAs	Desempleado	Dependientes a tiempo completo	Dependientes a tiempo parcial	Independientes	Ama de casa	Jubilado	Incapacidad	Estudiante
Otros significativos	$F_{(7,296; .05)} = 0.865$ $p = .534$	19.7 ¶ 5.6	19.5 ¶ 4.9	18.8 ¶ 4.4	18.7 ¶ 5.2	19.3 ¶ 5	19.2 ¶ 3.5	20.5 ¶ .7	22.3 ¶ 4.6
Familia	$F_{(7,296; .05)} = 0.492$ $p = .840$	17 ¶ 6.3	17.7 ¶ 5.6	18 ¶ 4.9	17.7 ¶ 4.8	18.1 ¶ 5.3	19 ¶ 4.3	21 ¶ 0	20.1 ¶ 6.3
Amigos	$F_{(7,296; .05)} = 0.888$ $p = .517$	18.7 ¶ 5.7	18.6 ¶ 5.3	17.7 ¶ 5.4	17.4 ¶ 4.9	17.9 ¶ 5.8	19.2 ¶ 5.3	23.5 ¶ 6.4	20 ¶ 6.9

Como se puede observar, tampoco se encontró ninguna relación entre la situación laboral que presentaban los individuos durante su enfermedad por COVID-19 y el apoyo social que los mismos percibían desde sus familias, amigos u otros significativos.

#### 4.4.3.2. Relación entre las variables vinculadas a la enfermedad por COVID-19 y el apoyo social percibido.

El análisis de la relación entre la intensidad de la enfermedad propia y el apoyo social percibido se llevó a cabo por medio de ANOVAs unifactoriales entresujetos, donde la variable independiente fue el nivel de los síntomas en la enfermedad por COVID-19 experimentados por los individuos y las variables dependientes las puntuaciones en apoyo social percibido por parte de familiares, amigos y otros significativos durante el tránsito por la enfermedad. Los resultados obtenidos pueden observarse en la Tabla N° 26, donde no se ve reflejada relación alguna entre estas dos variables.

**Tabla N° 26 Análisis de la relación entre la intensidad de los síntomas de la enfermedad de COVID-19 experimentados por los individuos y el apoyo social que percibieron en el momento de transitar por la misma.**

Tipo de Apoyo Social	ANOVAs	Intensidad de los síntomas de la enfermedad		
		Leve	Moderada	Severa
Otros significativos	$F_{(2,301; .05)} = 1.682$ $p = .188$	20 ¶ 4.4	18.9 ¶ 5.1	19.1 ¶ 4.4
Familia	$F_{(2,301; .05)} = 1.130$ $p = .324$	18 ¶ 5	17.6 ¶ 5.5	18.9 ¶ 5
Amigos	$F_{(2,301; .05)} = 1.515$ $p = .221$	18.5 ¶ 4.9	17.8 ¶ 5.6	19.2 ¶ 5.1

Una vez más, el análisis de la relación entre las variables acompañamiento durante la enfermedad por COVID-19 y el apoyo social percibido se llevó a cabo de dos modos diferentes. Por un lado, comparando el apoyo social percibido (de familiares, amigos y otros significativos) de los que transitaron la enfermedad solos, con aquellos que se encontraban acompañados, por medio de pruebas *t* de Students para muestras independientes (Ver Tabla N° 27); y, por otro lado, comparando el apoyo social percibido entre aquellos que la

transitaron solos, con la pareja, con la pareja e hijos, con los hijos, con familiares o con otras personas, para los que se emplearon ANOVAs unifactoriales entresujeto (Ver Tabla N° 28)

**Tabla N° 27 Análisis de la relación entre el apoyo social percibido durante la enfermedad de COVID-19 y el hecho de transitar la enfermedad en soledad o acompañado.**

Tipo de Apoyo Social	t - Students	Transita la enfermedad	
		Solo	Acompañado
Otros significativos	$t_{(302; .05)} = -0.503$ $p = .615$	18.6 ¶ 5.2	19.3 ¶ 4.8
Familia	$t_{(302; .05)} = -0.043$ $p = .966$	17.8 ¶ 5.7	17.9 ¶ 5.2
Amigos	$t_{(302; .05)} = -0.591$ $p = .555$	17.4 ¶ 6.9	18.3 ¶ 5.2

Como se puede apreciar en la Tabla N° 27, cuando se compararon los niveles de apoyo social percibido entre aquellos individuos que transitaron la enfermedad solos y aquellos que lo hicieron acompañados, no se observaron diferencias significativas en el apoyo social percibido por parte de la familia, así como tampoco de amigos y otros significativos.

No obstante, cuando se realizó un análisis más exhaustivo, en el que se comparó el apoyo social percibido entre aquellos que la transitaron solos, con la pareja, con la pareja e hijos, con los hijos, con familiares o con otras personas, sí se observaron diferencia en lo referente al apoyo social de la familia y a apoyo social de otros significativos (Ver Tabla N° 28).

Al realizar las pruebas post hoc Tukey, no se pudieron encontrar diferencias significativas en las comparaciones dos a dos, para ninguno de los dos casos (apoyo de otros significativos y apoyo familiar) (Ver ANEXOS 16 y 17, respectivamente), aunque si algunas tendencias que se señalan a continuación.

**TABLA N° 28 Análisis de la relación entre el apoyo social percibido durante la enfermedad de COVID-19 y el hecho de transitar la enfermedad solos, con la pareja, con la pareja e hijos, con lo hijos, con familiares o con otras personas**

Tipo de Apoyo Social	ANOVAs	Solos	Pareja	Pareja e hijos	Hijos	Familiares	Otros
Otros significativos	$F_{(5,298; .05)} = 3.181$ $p = .008$	18.6 ¶ 5.2	20.2 ¶ 4.3	17.8 ¶ 5.4	17.5 ¶ 5.5	19.7 ¶ 4.3	21.8 ¶ 5.6
Familia	$F_{(5,298; .05)} = 2.720$ $p = .020$	17.8 ¶ 5.7	17.9 ¶ 5.3	16.5 ¶ 5.8	15.8 ¶ 6.9	18.6 ¶ 4.5	20.5 ¶ 5.8
Amigos	$F_{(5,298; .05)} = 1.023$ $p = .404$	17.4 ¶ 6.9	17.7 ¶ 4.5	17.5 ¶ 5.6	17.2 ¶ 6.1	18.8 ¶ 5.1	19.3 ¶ 5

En el caso del apoyo percibido por parte de otros significativos, se observó una tendencia a que aquellos individuos que vivían con familiares o con otras personas (no familiares), durante el transcurso de la enfermedad, presentaron mayor apreciación de apoyo social de otros significativos que aquellos que convivían con sus parejas e hijos durante la enfermedad. También se observó una tendencia a que los que vivían con otras personas, no familiares, durante la enfermedad percibieron más apoyo social de otros significativos que los que convivían con sus hijos durante la enfermedad. Así como también se observó que los que vivían solo con su pareja durante la enfermedad por COVID-19, tendían a percibir más apoyo social de otros significativos que los que convivían con su pareja e hijos.

Por otro lado, en el caso del apoyo social percibido por parte de la familia, se observó una tendencia a que los que convivían con familiares durante el transcurso de la enfermedad, o con otros (no familiares) tendían a percibir mayor apoyo social familiar que los que convivían con su pareja e hijos durante la enfermedad. Asimismo, se observó una tendencia a que los que convivían con otros (no familiares) durante la enfermedad, percibieran más apoyo familiar que los que convivían solos con sus hijos durante el tránsito por la enfermedad.

El análisis de la relación entre las variables intensidad de la enfermedad de los acompañantes y apoyo social percibido también se realizó mediante el cálculo de ANOVAs unifactoriales entresujeto, donde la variable independiente fue el nivel de los síntomas en la enfermedad por COVID-19 experimentados por los acompañantes de los individuos incluido en el estudio y la variable dependiente las puntuaciones en apoyo social percibido por parte de familiares, amigos y otros significativos durante el tránsito por la enfermedad. Los resultados obtenidos pueden observarse en la Tabla N° 29, donde no se ve reflejada relación alguna entre estas dos variables.

**Tabla N° 29 Análisis de la relación entre la intensidad de los síntomas de la enfermedad por COVID-19 de los acompañantes y el apoyo social percibido por los individuos del estudio durante el tránsito por dicha enfermedad**

Tipo de Apoyo Social	ANOVAs	Intensidad de la enfermedad de los acompañantes			
		Sin síntomas	Leve	Moderada	Severa
Otros significativos	$F_{(3,287; .05)} = 1.091$ $p = .353$	19.1 ¶ 4.6	19.5 ¶ 4.7	19.2 ¶ 5	17.1 ¶ 5.3
Familia	$F_{(3,287; .05)} = 0.251$ $p = .861$	18.6 ¶ 4.8	17.7 ¶ 5.3	18.1 ¶ 5.4	17.6 ¶ 4.9
Amigos	$F_{(3,287; .05)} = 0.938$ $p = .423$	18.5 ¶ 4.6	18 ¶ 5.2	18.6 ¶ 5.2	17.2 ¶ 6.7

#### **4.5. ANÁLISIS DE LA RELACIÓN DE LOS ESTADOS EMOCIONALES EXPERIMENTADOS CON LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EMPLEADAS Y CON EL APOYO SOCIAL QUE PERCIBÍAN RECIBIR DURANTE SU ENFERMEDAD POR COVID-19.**

A continuación, se analizará si los estados emocionales de los individuos estuvieron relacionados o no con las estrategias de afrontamiento que utilizaron, así como con el apoyo social que percibían recibir durante el transcurso de la enfermedad. Iniciando con el análisis de la relación entre los estados emocionales y las estrategias de afrontamiento, en primer lugar y con los apoyos sociales percibidos en segundo lugar.

##### **4.5.1 Análisis de la relación entre los estados emocionales experimentados y las estrategias de afrontamiento que los individuos empleaban.**

Se inició analizando el nivel de correlación entre las puntuaciones obtenidas en las estrategias de afrontamiento (afrontamiento activo, planificación, apoyo emocional, apoyo social, religión, reinterpretación positiva, aceptación, negación, uso del humor, autodistracción, autoinculpación, desconexión conductual, desahogo y uso de sustancias) y

las obtenidas en cada uno de los estados emocionales (depresión, ansiedad y estrés), para lo que se emplearon correlaciones bivariadas de Pearson.

Con posterioridad, y para una mejor comprensión de los resultados, se analizó si existían diferencias en las puntuaciones de cada una de las estrategias de afrontamiento en función del nivel de síntomas de depresión que los individuos presentaron (sin depresión, bajo, medio, alto o muy alto), así como en función del nivel de síntomas de ansiedad (sin ansiedad, bajo, medio, alto o muy alto) y, finalmente, en función del nivel de estrés que presentaron (sin estrés, bajo, medio, alto o muy alto); para ello se emplearon ANOVAs unifactoriales entresujetos.

En la Tabla N° 30 se pueden observar los resultados de las correlaciones de Pearson realizadas entre las puntuaciones obtenidas por los individuos en relación a los estados emocionales en la escala DASS-21 y cada una de las estrategias de afrontamiento del cuestionario COPE-28.

**Tabla N° 30 Correlaciones entre las puntuaciones de Depresión, Ansiedad y Estrés de la escala DASS-21 y las puntuaciones obtenidas en cada una de las estrategias de afrontamiento del cuestionario COPE-28.**

Estrategias de afrontamiento	Estados emocionales		
	Depresión	Ansiedad	Estrés
<b>Afrontamiento activo</b>	$r_{(304;.05)} = .195; p = .001$	$r_{(304;.05)} = .182; p = .001$	$r_{(304;.05)} = .265; p = .000$
<b>Planificación</b>	$r_{(304;.05)} = .229; p = .000$	$r_{(304;.05)} = .225; p = .000$	$r_{(304;.05)} = .209; p = .000$
<b>Apoyo emocional</b>	$r_{(304;.05)} = .136; p = .018$	$r_{(304;.05)} = .198; p = .001$	$r_{(304;.05)} = .229; p = .000$
<b>Apoyo social</b>	$r_{(304;.05)} = .066; p = .248$	$r_{(304;.05)} = .126; p = .028$	$r_{(304;.05)} = .209; p = .000$
<b>Religión</b>	$r_{(304;.05)} = .040; p = .484$	$r_{(304;.05)} = .194; p = .001$	$r_{(304;.05)} = .133; p = .020$
<b>Reinterpretación positiva</b>	$r_{(304;.05)} = .103; p = .072$	$r_{(304;.05)} = .242; p = .000$	$r_{(304;.05)} = .217; p = .000$
<b>Aceptación</b>	$r_{(304;.05)} = .082; p = .155$	$r_{(304;.05)} = .115; p = .046$	$r_{(304;.05)} = .154; p = .007$
<b>Negación</b>	$r_{(304;.05)} = .244; p = .000$	$r_{(304;.05)} = .211; p = .000$	$r_{(304;.05)} = .213; p = .000$
<b>Uso del humor</b>	$r_{(304;.05)} = .149; p = .009$	$r_{(304;.05)} = .058; p = .314$	$r_{(304;.05)} = .152; p = .008$
<b>Autodistracción</b>	$r_{(304;.05)} = .081; p = .158$	$r_{(304;.05)} = .153; p = .008$	$r_{(304;.05)} = .208; p = .000$
<b>Autoinculpación</b>	$r_{(304;.05)} = .199; p = .000$	$r_{(304;.05)} = .238; p = .000$	$r_{(304;.05)} = .245; p = .000$
<b>Desconexión conductual</b>	$r_{(304;.05)} = .227; p = .000$	$r_{(304;.05)} = .257; p = .000$	$r_{(304;.05)} = .157; p = .006$
<b>Desahogo</b>	$r_{(304;.05)} = .217; p = .000$	$r_{(304;.05)} = .238; p = .000$	$r_{(304;.05)} = .202; p = .000$
<b>Uso de sustancias</b>	$r_{(304;.05)} = .137; p = .017$	$r_{(304;.05)} = .188; p = .001$	$r_{(304;.05)} = .126; p = .028$

#### **4.5.1.1. Análisis de la relación entre la variable depresión y las estrategias de afrontamiento utilizadas.**

Como se puede observar en la Tabla N° 30, las puntuaciones en depresión correlacionaron positivamente y de manera significativa con el empleo de las estrategias afrontamiento activo, planificación, apoyo emocional, negación, uso del humor autoinculpación, desconexión conductual, desahogo y uso de sustancia. Es decir, que aquellos individuos que más emplearon este tipo de estrategias presentaron puntuaciones más elevadas en depresión.

Los resultados de los ANOVAs, realizados para una mayor comprensión de estos datos, se pueden observar en la Tabla N° 31.

Como se puede apreciar, en estos análisis no se observó relación entre los niveles de depresión y el uso de estrategias de religión, aceptación, uso del humor, autodistracción o uso de sustancias.

En base a los resultados obtenidos en las pruebas post-hoc Tukey de las estrategias afrontamiento activo, planificación, apoyo emocional, apoyo social, reinterpretación positiva, negación, autoinculpación, desconexión conductual, y desahogo (Ver en el ANEXO 18), se puede decir que los individuos que no mostraron síntomas de depresión durante su enfermedad por COVID-19 expusieron un menor uso de estrategias de desconexión conductual, que aquellos con sintomatología depresiva baja; un mayor uso de estrategias de apoyo social que aquellos que mostraron una sintomatología depresiva media; así como una tendencia a usar con más frecuencia las estrategias de reinterpretación positiva que aquellos individuos con sintomatología depresiva alta. Además, se observó que los individuos sin sintomatología depresiva durante su tránsito por la enfermedad expusieron un menor uso de estrategias de desconexión conductual que aquellos con una alta prevalencia de síntomas depresivos. También, se observó que estos individuos, que no presentaron sintomatología depresiva durante la enfermedad, mostraron un menor uso de las estrategias de negación, autoinculpación, desconexión conductual, así como una tendencia (no

significativa) a usar menos las estrategias de planificación y desahogo, que los individuos con muy alta sintomatología depresiva durante su tránsito por la enfermedad por COVID-19.

**TABLA N° 31. Uso de cada una de las estrategias de afrontamiento en función de los niveles de depresión presentados por los individuos durante su enfermedad por COVID-19.**

Estrategias de afrontamiento	ANOVAs	Niveles de sintomatología depresiva				
		Sin Depresión	Baja	Media	Alta	Muy Alta
<b>Afrontamiento activo</b>	$F_{(4, 299; .05)} = 4.663$ $p = .001$	3.5 ¶ 1.1	3 ¶ 1.3	3.2 ¶ 1.2	3.3 ¶ 1.2	3.9 ¶ 1.2
<b>Planificación</b>	$F_{(4, 299; .05)} = 4.755$ $p = .001$	2.9 ¶ 1.3	2.8 ¶ 1.1	3.2 ¶ 1.2	3.3 ¶ 1	3.7 ¶ 1.1
<b>Apoyo emocional</b>	$F_{(4, 299; .05)} = 2.411$ $p = .049$	2.9 ¶ 1.3	3.3 ¶ 1.4	3 ¶ 1.3	3.5 ¶ 1.2	3.5 ¶ 1.3
<b>Apoyo social</b>	$F_{(4, 299; .05)} = 3.882$ $p = .004$	4 ¶ 1.2	3.5 ¶ 1.6	3 ¶ 1.4	3.5 ¶ 1.3	3.8 ¶ 1.4
<b>Religión</b>	$F_{(4, 299; .05)} = 1.360$ $p = .248$	3.3 ¶ 1.9	2.9 ¶ 1.7	2.8 ¶ 1.6	2.7 ¶ 1.3	3.2 ¶ 1.6
<b>Reinterpretación positiva</b>	$F_{(4, 299; .05)} = 5.286$ $p = .000$	3.6 ¶ 1.3	2.8 ¶ 1.3	2.9 ¶ 1.2	2.8 ¶ 1.1	3.5 ¶ 1.3
<b>Aceptación</b>	$F_{(4, 299; .05)} = 1.794$ $p = .130$	3.5 ¶ 1.3	3.2 ¶ 1.3	3.2 ¶ 1.3	3.2 ¶ 1.2	3.6 ¶ 1.3
<b>Negación</b>	$F_{(4, 299; .05)} = 5.198$ $p = .000$	2.1 ¶ 1.5	2.4 ¶ 1.4	2.5 ¶ 1.3	2.9 ¶ 1.2	3.3 ¶ 1.6
<b>Uso del humor</b>	$F_{(4, 299; .05)} = 2.013$ $p = .093$	3.1 ¶ 1.6	3.1 ¶ 1.5	3.1 ¶ 1.6	3.2 ¶ 1.5	3.6 ¶ 1.5
<b>Autodistracción</b>	$F_{(4, 299; .05)} = 1.638$ $p = .164$	3.6 ¶ 1.2	3.8 ¶ 1.3	3.3 ¶ 1.5	3.4 ¶ 1.3	3.8 ¶ 1.3
<b>Autoinculpación</b>	$F_{(4, 299; .05)} = 3.425$ $p = .009$	2.6 ¶ 1.5	3 ¶ 1.4	3 ¶ 1.3	3.1 ¶ 1.4	3.5 ¶ 1.2
<b>Desconexión conductual</b>	$F_{(4, 299; .05)} = 6.944$ $p = .000$	2 ¶ 1.7	3.1 ¶ 1.2	2.5 ¶ 1.3	3.1 ¶ 1.2	3.3 ¶ 1.3
<b>Desahogo</b>	$F_{(4, 299; .05)} = 6.557$ $p = .000$	3.1 ¶ 1.5	3.3 ¶ 1.2	3.1 ¶ 1	3 ¶ 1.2	3.8 ¶ 1.2
<b>Uso de sustancias</b>	$F_{(4, 299; .05)} = 1.230$ $p = .123$	1.9 ¶ 2	2.4 ¶ 1.7	2.3 ¶ 1.7	2.4 ¶ 1.6	2.9 ¶ 2

Por su parte, los individuos que expusieron muy alta sintomatología depresiva durante la enfermedad por COVID-19 mostraron mayor uso de estrategias afrontamiento activo y planificación, así como una tendencia a usar con más frecuencias estrategias de negación, que aquellos con sintomatología depresiva baja; un mayor uso de estrategias de

afrontamiento activo, planificación, apoyo social, reinterpretación positiva, negación, autoinculpación, desconexión conductual y desahogo, así como una tendencia (no significativa) a usar más estrategias de apoyo emocional, que aquellos con una sintomatología depresiva media durante su tránsito por la enfermedad; y un mayor uso de estrategias afrontamiento activo, reinterpretación positiva y desahogo, así como una tendencia (no significativa) a usar más estrategias de planificación, que aquellos con una sintomatología depresiva alta.

#### **4.5.1.2. Análisis de la relación entre la variable ansiedad y las estrategias de afrontamiento utilizadas.**

Como se puede observar en la Tabla N° 30, los resultados revelaron una correlación positiva y significativa entre los niveles de ansiedad de los individuos, durante su tránsito por la enfermedad, y todas las estrategias de afrontamiento analizadas, a excepción de la estrategia del uso del humor. Es decir, a mayor uso de las estrategias de afrontamiento, mayores niveles de ansiedad se observaron en los individuos.

En lo referente a los resultados obtenidos de los ANOVAs, realizados para una mayor comprensión de estos datos, los mismos se pueden observar en la Tabla N° 32.

Como se puede apreciar, en estos análisis no se observó relación entre los niveles de ansiedad y el uso de estrategias afrontamiento activo, apoyo social, aceptación y uso del humor.

En el caso de las estrategias planificación, apoyo emocional, religión y autodistracción, las pruebas post-hoc Tukey (Ver en el ANEXO 19) revelaron un mayor uso de estas estrategias entre los que presentaron muy altos índices de ansiedad durante su enfermedad, en comparación con aquellos que presentaron niveles altos de ansiedad. En el caso de la estrategia de planificación, se observó que los que tenían ansiedad muy alta también presentaban un mayor uso de esta estrategia que aquellos con ansiedad media durante su tránsito por la enfermedad.

**Tabla N° 32 Uso de cada una de las estrategias de afrontamiento en función de los niveles de ansiedad presentados por los individuos durante su enfermedad por COVID-19.**

Estrategias de afrontamiento	ANOVA	Niveles de sintomatología ansiosa				
		Sin Ansiedad	Baja	Media	Alta	Muy Alta
Afrontamiento activo	$F_{(4, 299; .05)} = 1.804$ $p = .128$	3.2 $\eta^2$ 1.1	3.9 $\eta^2$ 1.2	3.1 $\eta^2$ 1.2	3.3 $\eta^2$ 1.3	3.6 $\eta^2$ 1.2
Planificación	$F_{(4, 299; .05)} = 6.959$ $p = .000$	3 $\eta^2$ 1.2	3.5 $\eta^2$ 1.8	2.9 $\eta^2$ 1	2.8 $\eta^2$ 1.2	3.6 $\eta^2$ 1.1
Apoyo emocional	$F_{(4, 299; .05)} = 3.056$ $p = .017$	3.1 $\eta^2$ 1.3	3 $\eta^2$ 1.2	3.1 $\eta^2$ 1.4	2.8 $\eta^2$ 1.5	3.5 $\eta^2$ 1.2
Apoyo social	$F_{(4, 299; .05)} = 2.190$ $p = .070$	3.6 $\eta^2$ 1.6	4.3 $\eta^2$ 1	3.2 $\eta^2$ 1.5	3.1 $\eta^2$ 1.4	3.6 $\eta^2$ 1.3
Religión	$F_{(4, 299; .05)} = 4.702$ $p = .001$	2 $\eta^2$ 2.1	3.6 $\eta^2$ 0.9	2.7 $\eta^2$ 1.8	2.3 $\eta^2$ 1.4	3.2 $\eta^2$ 1.5
Reinterpretación positiva	$F_{(4, 299; .05)} = 5.105$ $p = .001$	2.5 $\eta^2$ 1.4	3.9 $\eta^2$ 1.4	2.6 $\eta^2$ 1.4	2.7 $\eta^2$ 1.1	3.3 $\eta^2$ 1.2
Aceptación	$F_{(4, 299; .05)} = 0.894$ $p = .468$	3.1 $\eta^2$ 1.4	3.4 $\eta^2$ 1.8	3 $\eta^2$ 1.5	3.2 $\eta^2$ 1.4	3.4 $\eta^2$ 1.2
Negación	$F_{(4, 299; .05)} = 3.795$ $p = .005$	1.6 $\eta^2$ 1.5	2.3 $\eta^2$ 1.4	2.7 $\eta^2$ 1.7	2.4 $\eta^2$ 1.4	3 $\eta^2$ 1.5
Uso del humor	$F_{(4, 299; .05)} = 1.446$ $p = .219$	3.7 $\eta^2$ 1.8	4 $\eta^2$ 2.2	2.9 $\eta^2$ 1.6	3.2 $\eta^2$ 1.5	3.3 $\eta^2$ 1.5
Autodistracción	$F_{(4, 299; .05)} = 4.606$ $p = .001$	4.1 $\eta^2$ 1.4	4 $\eta^2$ 0.9	3.2 $\eta^2$ 1.3	2.8 $\eta^2$ 1.3	3.7 $\eta^2$ 1.4
Autoinculpación	$F_{(4, 299; .05)} = 3.844$ $p = .005$	2.3 $\eta^2$ 1.4	2.6 $\eta^2$ 1.7	3 $\eta^2$ 1.2	2.8 $\eta^2$ 1.3	3.4 $\eta^2$ 1.3
Desconexión conductual	$F_{(4, 299; .05)} = 6.332$ $p = .000$	1.5 $\eta^2$ 1.6	3.5 $\eta^2$ .9	2.5 $\eta^2$ 1.4	2.7 $\eta^2$ 1.2	3.1 $\eta^2$ 1.3
Desahogo	$F_{(4, 299; .05)} = 3.769$ $p = .005$	2.5 $\eta^2$ 1.5	2.8 $\eta^2$ 2.1	3.1 $\eta^2$ .9	3.1 $\eta^2$ 1.1	3.5 $\eta^2$ 1.2
Uso de sustancias	$F_{(4, 299; .05)} = 3.207$ $p = .013$	1.3 $\eta^2$ 1.8	1.8 $\eta^2$ 1.8	2 $\eta^2$ 1.8	2.4 $\eta^2$ 1.7	2.7 $\eta^2$ 1.8

En lo referente a la estrategia reinterpretación positiva, se observó que el empleo de este tipo de estrategias era mayor entre quienes tenían ansiedad muy alta durante la enfermedad por COVID-19, en comparación con quienes tenían ansiedad media; y tendía a ser más frecuente que entre quienes tenían ansiedad alta, aunque en este caso las diferencias no fueron significativas.

Además, se observó que los individuos que presentaron ansiedad muy alta durante la enfermedad emplearon más las estrategias negación, desconexión conductual, desahogo y uso de sustancias que aquellos que no presentaron ansiedad; así como también presentaron una tendencia, no significativa, a emplear más la estrategia autoinculpación que este grupo.

En el caso de la variable autoinculpación, se observó, del mismo modo, una tendencia, no significativa a que los individuos con ansiedad muy alta durante su enfermedad, emplearan más esta estrategia que los de ansiedad alta.

Por último, se pudo observar también que los individuos que no sufrieron de ansiedad durante su tránsito por la enfermedad de COVID-19 usaron menos la estrategia desconexión conductual que aquellos que presentaron ansiedad baja o alta. Este tipo de estrategias era la más empleada entre los individuos que tuvieron muy alta ansiedad durante su enfermedad, cuando se los comparó con los que sintieron ansiedad media.

#### **4.5.1.3. Análisis de la relación entre la variable estrés y las estrategias de afrontamiento utilizadas.**

Como también se puede observar en la Tabla N° 30, las puntuaciones en estrés obtenidas en la escala de DASS-21 correlacionaron positivamente y de manera significativa con todas las estrategias de afrontamiento analizadas en el cuestionario COPE-28. Es decir, que aquellos individuos que más emplearon estrategias de afrontamiento presentaron puntuaciones más elevadas en estrés.

Los resultados de los ANOVAs, realizados para una mayor comprensión de estos datos, se pueden observar en la Tabla N° 33.

Como se puede apreciar, en estos análisis no se observó relación entre los niveles de estrés y el uso de estrategias de religión, uso del humor o uso de sustancias. En el caso de la estrategia de aceptación, si bien el ANOVA mostró diferencias significativas, las pruebas post-hoc realizadas no mostraron diferencias significativas entre los grupos en función del nivel de estrés.

**Tabla N° 33 Uso de cada una de las estrategias de afrontamiento en función de los niveles de estrés presentados por los individuos durante su enfermedad por COVID-19.**

Estrategias de afrontamiento	ANOVA	Sintomatología vinculada al estrés				
		Sin estrés	Baja	Media	Alta	Muy Alta
<b>Afrontamiento activo</b>	$F_{(4, 299; .05)} = 6.591$ $p = .000$	3.1 $\uparrow$ 1.3	3.2 $\uparrow$ 1.1	3.3 $\uparrow$ 1	3.6 $\uparrow$ 1.3	4.2 $\uparrow$ 1.2
<b>Planificación</b>	$F_{(4, 299; .05)} = 4.358$ $p = .000$	2.9 $\uparrow$ 1.3	3.2 $\uparrow$ 1.2	3.2 $\uparrow$ 1	3.5 $\uparrow$ 1.1	3.9 $\uparrow$ 1.1
<b>Apoyo emocional</b>	$F_{(4, 299; .05)} = 4.468$ $p = .002$	2.8 $\uparrow$ 1.4	3 $\uparrow$ 1.2	3.3 $\uparrow$ 1.2	3.5 $\uparrow$ 1.3	3.8 $\uparrow$ 1.4
<b>Apoyo social</b>	$F_{(4, 299; .05)} = 4.803$ $p = .001$	3 $\uparrow$ 1.5	3.2 $\uparrow$ 1.4	3.4 $\uparrow$ 1.3	3.6 $\uparrow$ 1.3	4.2 $\uparrow$ 1.5
<b>Religión</b>	$F_{(4, 299; .05)} = 1.835$ $p = .122$	2.6 $\uparrow$ 1.5	3 $\uparrow$ 1.4	2.8 $\uparrow$ 1.6	3.1 $\uparrow$ 1.7	3.4 $\uparrow$ 1.6
<b>Reinterpretación positiva</b>	$F_{(4, 299; .05)} = 5.161$ $p = .000$	2.8 $\uparrow$ 1.4	2.8 $\uparrow$ 1.3	2.8 $\uparrow$ 1.1	3.2 $\uparrow$ 1.3	3.8 $\uparrow$ 1.2
<b>Aceptación</b>	$F_{(4, 299; .05)} = 2.639$ $p = .034$	3.1 $\uparrow$ 1.4	3.2 $\uparrow$ 1.4	3.1 $\uparrow$ 1.3	3.5 $\uparrow$ 1.2	3.7 $\uparrow$ 1.3
<b>Negación</b>	$F_{(4, 299; .05)} = 5.059$ $p = .001$	2.1 $\uparrow$ 1.5	2.5 $\uparrow$ 1.4	2.7 $\uparrow$ 1.4	3.2 $\uparrow$ 1.4	2.9 $\uparrow$ 1.9
<b>Uso del humor</b>	$F_{(4, 299; .05)} = 1.587$ $p = .178$	3.1 $\uparrow$ 1.5	3 $\uparrow$ 1.4	3.2 $\uparrow$ 1.5	3.3 $\uparrow$ 1.5	3.8 $\uparrow$ 1.6
<b>Autodistracción</b>	$F_{(4, 299; .05)} = 3.793$ $p = .005$	2.9 $\uparrow$ 1.2	3.3 $\uparrow$ 1.4	3.5 $\uparrow$ 1.4	3.6 $\uparrow$ 1.4	4 $\uparrow$ 1.1
<b>Autoinculpación</b>	$F_{(4, 299; .05)} = 4.563$ $p = .001$	2.8 $\uparrow$ 1.5	2.9 $\uparrow$ 1.4	2.9 $\uparrow$ 1.1	3.5 $\uparrow$ 1.3	3.6 $\uparrow$ 1.3
<b>Desconexión conductual</b>	$F_{(4, 299; .05)} = 2.076$ $p = .084$	2.5 $\uparrow$ 1.4	2.7 $\uparrow$ 1	3 $\uparrow$ 1.3	3.1 $\uparrow$ 1.4	3 $\uparrow$ 1.4
<b>Desahogo</b>	$F_{(4, 299; .05)} = 3.462$ $p = .009$	2.9 $\uparrow$ 1.3	3.3 $\uparrow$ 1	3.3 $\uparrow$ 1.2	3.4 $\uparrow$ 1.3	3.9 $\uparrow$ 1.2
<b>Uso de sustancias</b>	$F_{(4, 299; .05)} = 1.132$ $p = .341$	2.3 $\uparrow$ 1.9	2.3 $\uparrow$ 1.6	2.3 $\uparrow$ 1.6	2.8 $\uparrow$ 1.8	2.6 $\uparrow$ 2.2

Por su parte, el uso de estrategias desconexión conductual, aunque el ANOVA no mostró diferencias significativas entre los grupos, se observó una tendencia a que los individuos que mostraron niveles altos de estrés durante su enfermedad por COVID-19 presentaran mayor uso de este tipo de estrategias que aquellos que no mostraron síntomas de estrés.

En base a los resultados obtenidos en las pruebas post-hoc Tukey (Ver en el ANEXO 20) de las estrategias afrontamiento activo, planificación, apoyo emoción, apoyo social,

reinterpretación positiva, negación, autodistracción, autoinculpación y desahogo, se puede decir que:

Los individuos que mostraron síntomas de estrés muy altos durante su enfermedad por COVID-19 mostraron un mayor uso de estrategias afrontamiento activo, planificación, apoyo emocional, apoyo social, reinterpretación positiva, autodistracción, y desahogo, así como una tendencia (no significativa) a usar más las estrategias negación y autoinculpación, que los individuos que no mostraron síntomas de estrés durante su enfermedad; un mayor uso de estrategias afrontamiento activo, apoyo emocional, apoyo social, y reinterpretación positiva, así como una tendencia (no significativa) a usar más la estrategia planificación, que los individuos con síntomas bajos de estrés durante su enfermedad; un mayor uso de estrategias de afrontamiento activo, planificación, apoyo social y reinterpretación positiva, así como una tendencia (no significativa) a usar más la estrategia desahogo, que los individuos con síntomas medios de estrés durante su enfermedad; y más uso de la estrategia afrontamiento activo, así como una tendencia (no significativa) a usar más las estrategias de apoyo social y reinterpretación positiva que los individuos con síntomas altos de estrés durante su enfermedad.

Por su parte, los individuos con sintomatología alta de estrés durante su enfermedad, presentaron mayor uso de las estrategias apoyo emocional, negación, autodistracción y autoinculpación, así como una tendencia (no significativa) a usar más la estrategia planificación, que los individuos sin síntomas de estrés durante su enfermedad; una tendencia a presentar un mayor uso de las estrategias negación y autoinculpación que los individuos con niveles bajos de estrés, y una tendencia, no significativa, a presentar un mayor uso de la estrategia de autoinculpación que los individuos con niveles medios de estrés.

4.5.2 Análisis de la relación entre los estados emocionales experimentados y el apoyo social percibido por los individuos de la muestra explorada.

Se inició el análisis calculando el nivel de correlación entre las puntuaciones obtenidas en cada una de las puntuaciones obtenidas en apoyo social (familia, amigos y otros

significativos) y las obtenidas en cada uno de los estados emocionales estudiados (depresión, ansiedad y estrés), para lo que se emplearon correlaciones bivariadas de Pearson.

En la Tabla N° 34 se pueden observar los resultados de las correlaciones de Pearson realizadas entre las puntuaciones obtenidas por los individuos en depresión, ansiedad y estrés en la escala DASS-21 y las puntuaciones en apoyo social percibido por parte de familiares, amigos y otros significativos.

Para una mayor comprensión de los resultados, se realizaron también ANOVAs unifactoriales entresujetos, con el fin de comparar las puntuaciones en apoyo social percibido, por parte de familiares, amigos y otros significativos, en función de que los individuos no hubieran mostrado síntomas de depresión, ansiedad y estrés durante su enfermedad, o sus síntomas fueran bajos, medios, altos o muy altos (Ver Tablas N° 35, 36 y 37).

**Tabla N° 34 Correlaciones entre las puntuaciones de Ansiedad, Depresión y Estrés del DASS-21 y las puntuaciones en apoyo social percibido por parte de familiares, amigos y otros significativos, obtenidas en la escala EMAS.**

Apoyo social percibido	Estados emocionales		
	Depresión	Ansiedad	Estrés
Otros significativos	$r_{(304; .05)} = .153$ $p = .008$	$r_{(304; .05)} = .143$ $p = .013$	$r_{(304; .05)} = .130$ $p = .023$
Familia	$r_{(304; .05)} = .080$ $p = .163$	$r_{(304; .05)} = .043$ $p = .454$	$r_{(304; .05)} = .072$ $p = .211$
Amigos	$r_{(304; .05)} = .096$ $p = .094$	$r_{(304; .05)} = .115$ $p = .045$	$r_{(304; .05)} = .120$ $p = .037$

#### 4.5.2.1. Análisis de la relación entre la variable depresión y el apoyo social percibido.

Como se puede observar en la Tabla N° 34, las puntuaciones en depresión correlacionaron positivamente y de manera significativa con el apoyo social percibido por partes de otros significativos (es decir, aquellas personas que más apoyo social percibieron

recibir por parte de otros significativos fueron los que más síntomas de depresión mostraron durante la enfermedad). También se observó una tendencia, no significativa a que aquellos que más apoyo social percibieron recibir por parte de amigos fueran los que más síntomas de depresión mostraron durante la enfermedad.

Los resultados de los ANOVAs, realizados para una mayor comprensión de estos datos, se pueden observar en la Tabla N° 35.

**Tabla N° 35 Apoyo social percibido, por parte de familiares, amigos y otros significativos, en función de los niveles de depresión presentados por los individuos durante su enfermedad por COVID-19.**

Apoyo social percibido	ANOVA	Niveles de sintomatología depresiva				
		Sin Depresión	Baja	Media	Alta	Muy Alta
Otros significativos	$F_{(4, 299; .05)} = 3.128$ $p = .015$	19.4 $\updownarrow$ 6.9	17.1 $\updownarrow$ 4.2	18.3 $\updownarrow$ 5.3	19.7 $\updownarrow$ 4.1	20.2 $\updownarrow$ 4.4
Familia	$F_{(4, 299; .05)} = 2.892$ $p = .023$	19.8 $\updownarrow$ 6.1	16.5 $\updownarrow$ 5.6	17.1 $\updownarrow$ 5.3	17.4 $\updownarrow$ 5.2	19 $\updownarrow$ 4.8
Amigos	$F_{(4, 299; .05)} = 1.551$ $p = .187$	17.9 $\updownarrow$ 6.7	16.6 $\updownarrow$ 5.1	17.7 $\updownarrow$ 5.8	18.1 $\updownarrow$ 5	19.2 $\updownarrow$ 4.9

Como se puede apreciar, en estos análisis no se observó relación entre los niveles de depresión y el apoyo social percibido por parte de amigos durante la enfermedad.

En el caso del apoyo social percibido por parte de familiares, aunque el ANOVA resultó significativo, las pruebas post-hoc no revelaron diferencias significativas entre los grupos de contraste en función de los niveles de depresión (Ver ANEXO 21).

Cuando se realizaron las comparaciones post-hoc, en el caso del apoyo percibido por parte de otros significativos, se pudo observar que, aquellos que tenían sintomatología depresiva muy alta, percibieron más apoyo social de otros significativos que aquellos que presentaron baja sintomatología depresiva; así como una tendencia a percibir más apoyo social de otros significativos que aquellos con sintomatología depresiva media (Ver ANEXO 22).

#### 4.5.2.2. Análisis de la relación entre la variable ansiedad y el apoyo social percibido.

Como se puede observar en la Tabla N° 34, los resultados revelaron una correlación positiva y significativa entre los niveles de ansiedad de los individuos, durante su tránsito por la enfermedad, y el apoyo social percibido durante ese periodo por parte de amigos y de otros significativos. Es decir, que a mayor apoyo social percibido por parte de amigos y de otros significativos, mayores niveles de ansiedad se observaron en los individuos.

Los resultados de los ANOVAs, realizados para una mayor comprensión de estos datos, se pueden observar en la Tabla N° 36.

**Tabla N° 36 Apoyo social percibido, por parte de familiares, amigos y otros significativos, en función de los niveles de ansiedad presentados por los individuos durante su enfermedad por COVID-19.**

Apoyo social percibido	ANOVA	Niveles de sintomatología ansiosa				
		Sin Ansiedad	Baja	Media	Alta	Muy Alta
Otros significativos	$F_{(4, 299; .05)} = 1.385$ $p = .239$	17.7 ¶ 7.3	19.8 ¶ 8.1	18.6 ¶ 5.2	18.2 ¶ 4.9	19.7 ¶ 4.5
Familia	$F_{(4, 299; .05)} = 2.111$ $p = .079$	20.7 ¶ 6.4	20.1 ¶ 6.2	16.9 ¶ 5.4	16.8 ¶ 5	18.1 ¶ 5.1
Amigos	$F_{(4, 299; .05)} = 1.381$ $p = .240$	19.1 ¶ 6.5	19.1 ¶ 6.1	17.2 ¶ 6.2	16.9 ¶ 5.2	18.6 ¶ 5

Como se puede apreciar, en estos análisis no se observó relación entre los niveles de ansiedad y el apoyo social percibido por parte de familiares, amigos u otros significativos. Solamente se aprecia una tendencia, no significativa, a que aquellas personas que no presentaron síntomas de ansiedad durante su enfermedad por COVID-19 y aquellas con baja ansiedad, percibieran más apoyo social por parte de los familiares que los que tuvieron una ansiedad media, alta o muy alta.

#### 4.5.2.3. Análisis de la relación entre la variable estrés y el apoyo social percibido.

Como también se puede observar en la Tabla N° 34, las puntuaciones en estrés obtenidas en la escala DASS-21 correlacionaron positivamente y de manera significativa con las puntuaciones en apoyo social percibido por parte de amigos y de otros significativos. Es decir, que aquellos individuos que más apoyo social percibieron presentaron puntuaciones más elevadas en estrés.

Los resultados de los ANOVAs, realizados para una mayor comprensión de estos datos, se pueden observar en la Tabla N° 37.

**Tabla N° 37 Apoyo social percibido, por parte de familiares, amigos y otros significativos, en función de los niveles de estrés presentados por los individuos durante su enfermedad por COVID-19.**

Apoyo social percibido	ANOVA	Niveles de estrés presentados				
		Sin Estrés	Bajo	Medio	Alto	Muy Alto
Otros significativos	$F_{(4, 299; .05)} = 1.672$ $p = .156$	18.2 $\uparrow$ 5.3	19.3 $\uparrow$ 4.6	18.6 $\uparrow$ 5.1	19.7 $\uparrow$ 4.1	20.4 $\uparrow$ 5.5
Familia	$F_{(4, 299; .05)} = 1.310$ $p = .266$	17.8 $\uparrow$ 6.1	17.8 $\uparrow$ 5	17 $\uparrow$ 4.8	18.1 $\uparrow$ 4.8	19.3 $\uparrow$ 6.6
Amigos	$F_{(4, 299; .05)} = 1.973$ $p = .099$	17.6 $\uparrow$ 6.4	17.5 $\uparrow$ 4.7	17.3 $\uparrow$ 4.9	19 $\uparrow$ 4.6	19.4 $\uparrow$ 6.7

Como se puede apreciar, en estos análisis no se observó relación entre los niveles de estrés y el apoyo social percibido por parte de familiares, amigos u otros significativos. Solamente se aprecia una tendencia, no significativa, a que aquellas personas con altos o muy altos síntomas de estrés durante su enfermedad por COVID-19, percibieran más apoyo social por parte de amigos que los que no presentaron estrés o lo presentaron en niveles bajos o medios.

## CAPÍTULO 5:

### **Discusión**

El principal propósito de esta investigación fue conocer cuáles fueron los estados emocionales, las estrategias de afrontamiento, y el apoyo social percibido en los adultos salteños que contrajeron la enfermedad de COVID-19 en los últimos tres meses del año 2021 y los tres primeros meses el año 2022. Para ello se analizaron, en primer lugar, los estados emociones (depresión, ansiedad y estrés) que se presentaron en este periodo, así como las estrategias de afrontamiento (afrontamiento activo, planificación, apoyo emocional, apoyo social, religión, reinterpretación positiva, aceptación, negación, uso del humor, autodistracción, autoinculpación, desconexión conductual, desahogo y uso de sustancias) más utilizadas y qué apoyos sociales (familiar, amigos, otros significativos) percibieron al momento de tener que atravesar la enfermedad, teniendo en cuenta si las características sociodemográficas y los aspectos vinculados a la enfermedad tuvieron efectos favorables o desfavorables sobre los estados emocionales, el empleo de estrategias de afrontamiento y el tipo y magnitud de apoyo social percibido durante su tránsito por la enfermedad. También fue analizada la posible interacción entre el tipo de estrategias de afrontamiento empleado a la hora de transitar la enfermedad, y el tipo de apoyo social percibido, con los estados emocionales despertados en los individuos.

Los resultados encontrados en este trabajo, en convergencia con la literatura previa (Antony et al., 1998), sugieren que la escala DASS-21 es un instrumento de medida útil, breve, sencillo, de rápida administración y con adecuadas propiedades métricas para la valoración de esta sintomatología en esta población, lo que se determinó con la alta fiabilidad obtenida (alfa de Cronbach de .884). Es decir, que los niveles de consistencia interna son coincidentes con los encontrados en otros estudios. Asimismo, estos datos sugieren que la escala DASS-21 es una herramienta interesante para su utilización con fines epidemiológicos, o con la finalidad de examinar la sintomatología presente en este tipo de muestras.

En base a los resultados obtenidos con esta prueba, se pudo observar que los individuos que transitaron la enfermedad presentaron mayores niveles de sintomatología depresiva, ansiosa y mayores niveles de estrés de lo esperado para su grupo de referencia, el del estudio llevado a cabo por Ruiz et al. (2017). En el caso de la sintomatología depresiva, se presentaba de manera predominante en forma extremadamente severa, severa y moderada; los síntomas de ansiedad de manera extremadamente severa; y los de estrés de manera severa y moderada. Si se toma las ideas de Osorio Mejías (2021) se puede entender que dicha situación se presentó como consecuencia de la crisis por la que los individuos atravesaban (situación de pandemia por COVID-19 y habiendo contraído la enfermedad) dado que, según el autor, a mayor severidad de la situación mayores son los síntomas que pueden presentarse en lo referente a depresión, ansiedad y estrés.

Al contrastar estos datos con los de otras investigaciones realizadas durante la pandemia en las que se empleó el DASS-21 como herramienta de análisis de los estados emocionales, tanto en personas que trabajaban en el sector de salud (Dosil Santamaria et al., 2021; Erquicia et al., 2020; Ijaz e Ijaz, 2022; Işik et al., 2021; Mora Torijano, 2021; Obando Zegarra et al., 2020; Pilataxi et al., 2021; Virto Concha et al., 2020) como en investigaciones realizadas en población general (Barranco-Cuevas et al., 2021; Emigdio-Vargas et al., 2022; Keim et al., 2022; Malhotra et al., 2022; Ozamiz-Etxebarria et al., 2020; Sucuy Bonilla, 2020; Virto-Farfan et al., 2021; y Wang et al., 2020), se pudo comprobar que estos grupos poblacionales, que aunque transitaban la pandemia no habían experimentado la enfermedad en sí, presentaron menores indicadores de ansiedad, depresión y estrés. Estos resultados permiten advertir que en el grupo evaluado en la presente investigación evidenciaron síntomas de mayor severidad.

Otras investigaciones en las que se estudiaron los estados emocionales de los individuos durante el tiempo de pandemia (sin centrarse específicamente en aquellos que transitaron la enfermedad), pero utilizando otros instrumentos de medición, también encontraron menores niveles de sintomatología depresiva, ansiosa y menores niveles de estrés que los encontrados en la presente investigación; tanto en población general (Arias Molina et al., 2020; Joquera Gutiérrez et al., 2021; Medina y Ródenas, 2022; Pedraza Aguirre et al., 2021; Yeverino García et al., 2022) como en profesionales de la salud (Condorí Chambi y Feliciano Cauna, 2020; Lai et al., 2020; Monterrosa Castro et al., 2020; Ocaña Aguilar et al., 2021).

Centrando la atención en los resultados obtenidos en la presente investigación, esta mayor presencia de sintomatología depresiva, ansiosa y el mayor nivel de estrés encontrado podría estar explicada por el transcurso del tiempo, ya que la mayoría de las investigaciones citadas se realizaron en el año 2020, y en los primeros meses de la pandemia por COVID-19. Es posible, que estas reacciones emocionales fueran agudizándose con el paso del tiempo debido a que, al momento de la evaluación de los individuos del presente estudio, los mismos habían atravesado por momentos de encierro, experimentado el distanciamiento de sus seres queridos, se habían enfrentado a momentos de mucha incertidumbre por todo lo que sucedía y las personas conocían cual era el resultado en otros países o provincias de Argentina cuando se presentaban los contagios masivos. Además, si se toman las ideas de Lorenzo-Ruiz et al. (2020), quienes señalan que la pandemia no solo produjo cambios en el momento crítico de su aparición, sino que también vaticinaron que provocaría otros que tardarían en aparecer, se podría pensar que los sujetos del presente estudio luego de atravesar la situación de pandemia podrían haber desarrollado sintomatología emocional más tardía; es decir, es posible que en el momento del estudio (dos años después del inicio de la pandemia) se presentaran síntomas que al inicio de la pandemia, por no tener dicha experiencia, no habían aparecido aún.

De hecho, estudios como el de Millones Morales y González Guevara (2021), llevado a cabo con población en general (que no transitó la enfermedad) en un momento temporal más próximo al momento en el que se desarrolló la presente investigación (enero y febrero del 2021), mostró índices también muy severos de sintomatología depresiva y ansiosa, en niveles

muy cercanos a los encontrados en el presente estudio, evidenciando dicho aumento de sintomatología. Es por ello que, se puede pensar que estos síntomas presentados de manera severa, y en mayor medida que en los estudios utilizados como referencia para esta investigación, pueden deberse a un desgaste emocional por todo lo transitado en este tiempo, considerando que dicha enfermedad ha afectado a todas las áreas de la vida de las personas, desde la social, familiar, laboral y económica entre otras, y no solo al hecho de haber transitado la enfermedad.

Sin embargo, si se consideran otros estudios realizados en épocas cercanas a la fecha de realización del presente estudio (marzo a agosto del año 2021), donde se trabajó con individuos (profesionales de la salud o de poblaciones en general) que no habían transitado por la enfermedad; se puede observar que en los mismos los individuos en estudio exhibieron niveles de sintomatología depresiva, ansiosa y niveles de estrés más bajos que el encontrado con los individuos de presente estudio, que si habían transitado la enfermedad (Keim et al, 2022; Malhotra et al., 2022).

Además, algunos de los estudios mencionados que trabajaron con población en general, como los de Keim et al. (2022) y Virto Farfán et al. (2021), encontraron que aquellos individuos de sus muestras que si habían transitado la enfermedad presentaban más sintomatología depresiva, ansiosa y más estrés que aquellos que no la habían transitado.

Si bien no se encontraron otros estudios donde se analizaran los estados emocionales de individuos que transitaron por la enfermedad por COVID-19 con el uso de la prueba DASS-21, si se hallaron estudios donde se utilizaron otras pruebas psicométricas que mostraron un perjuicio de los estados emocionales durante el tránsito por la enfermedad, como ser el de Espinoza Espinoza y Guaranda Galeas (2021), quienes utilizando otro tipo de cuestionario para medir ansiedad y depresión rasgo-estado, evaluaron a personas que portaron la enfermedad, evidenciando índices altos de ansiedad y depresión en estos individuos, al igual que en la presente investigación.

Una vez realizado este análisis, se puede marcar que la hipótesis planteada en esta investigación, donde se esbozaba que los adultos que participaron, presentarían síntomas de depresión, ansiedad y estrés, es corroborada, mostrando dichos indicadores de sintomatología niveles más altos que los arribados en otros estudios.

Respecto de las estrategias de afrontamiento se puede señalar que el cuestionario COPE-28, al igual que en la escala mencionada anteriormente, presentó una la fiabilidad alta, de .832. Cabe aclarar que al analizar la fiabilidad de cada una de las estrategias este índice fue bajo, debido a que la puntuación para cada una de ellas era el resultado de los datos recabados a partir de solamente dos ítems. Pese a ello se puede señalar que es un instrumento fácilmente administrable, que mide lo que pretende medir y que permite conocer qué herramientas instrumentaron las personas para defenderse del medio cuando este ejerció presión sobre ellos, como lo fue en el caso de una pandemia.

Los datos arrojados por la presente investigación revelaron que las estrategias que se presentaban en mayor medida en el momento en el que los individuos transitaban la enfermedad fueron autodistracción, búsqueda de apoyo social, afrontamiento activo, y planificación. Seguidas de la búsqueda de apoyo emocional, desahogo, aceptación y uso del humor. En un nivel medio se encontraba el uso de estrategias de autoinculpación y reinterpretación positiva. Utilizando en menor grado la religión, desconexión conductual y negación; siendo la menos empleada de todas, el uso de sustancias.

Cuando se compararon los resultados con los hallados en estudios previos, se observa que, al igual que en varias investigaciones (Bello Castillo et al., 2021; Lira Durán et al., 2021; Marsollier y Expósito, 2021; Ocaña Aguilar et al., 2021), en la presente muestra las personas utilizaban más de una estrategia de afrontamiento ante sucesos displacenteros, pese a que en la mayoría, se encuentran muchas discrepancias sobre cuáles eran las estrategias que predominaban en los individuos durante la pandemia por COVID-19, así como también con los datos aquí recolectados.

En contra de lo expuesto por otros autores como Bello Castillo et al. (2021) y Mella Morambuena et al. (2020), donde hallaron que los individuos de su muestra empleaban principalmente estrategias de afrontamiento poco adaptativas como el uso de sustancias, desahogo, negación; los individuos de la presente muestra utilizaron estrategias que se pueden considerar adaptativas (afrontamiento activo, planificación, apoyo social, apoyo emocional y aceptación).

Mientras que en otras investigaciones realizadas en pandemia se encontraron, al igual que en esta muestra, algunas de estas estrategias (afrontamiento activo y planificación) como las más empleadas por parte de los individuos, específicamente en el personal de salud (Condorí Chambi y Feliciano Cauna, 2020; Virto Concha et al., 2020) o en poblaciones en general (Lira Durán et al., 2021; Marsollier y Expósito, 2020; Torres Díaz et al., 2021); en otro tipo de estrategias, como búsqueda de apoyo social y emocional y aceptación, los resultados no son tan homogéneos, habiendo estudios en los que también se observaron un gran uso de este tipo de estrategias (Lira Durán et al., 2021; Marsollier y Expósito, 2020; Mella-Morambuena et al., 2020; Virto Concha et al., 2020) y otros en los que su uso no fue tan frecuente (Condorí Chambi y Feliciano Cauna, 2020).

Este gran empleo de estrategias de afrontamiento enfocadas en el problema, por parte de los individuos del presente estudio, puede deberse a que las personas en esta situación (estar transitando la enfermedad) se valieron de estrategias que le permitieron actuar, resolver diversas situaciones y crecer en el proceso, para poder sentirse mejor frente a la enfermedad y salir airosos de la misma.

No obstante, los individuos del presente estudio, también mostraron un gran uso de estrategias no tan adaptativas durante su tránsito por la enfermedad, que pueden relacionarse más bien con estrategias de evitación o de bloqueo del afrontamiento, tales como la autodistracción, el desahogo o el uso de humor.

Otros estudios realizados durante la pandemia, llevados a cabo en población en general (Lira Durán et al., 2021; Mella Morambuena et al., 2020) o en trabajadores de la salud (Virto Concha et al., 2020) encontraron un uso muy frecuente de estrategias de desahogo y del uso del humor; incluso autores como Bello Castillo et al. (2021), tuvieron estos mismos hallazgos trabajando con un instrumento de recolección distinto al empleado en el presente estudio. Pero otros estudios reportaron estas dos estrategias dentro de las menos empleadas (Marsollier y Expósito, 2020). Al constatar esta variable se nota gran diversidad de resultados, evidenciando que las personas en muchos casos utilizan estrategias que le permiten crecer y aprender, pero, por otro lado, implementan aquellas que solo los lleva a evadir el elemento estresor y buscar otros distractores.

Una mención especial merece el hallazgo sobre el uso de la estrategia de autodistracción, que fue la más empleada por los individuos del presente estudio. Si bien otras investigaciones, en las que se emplearon diferentes herramientas para la recolección de datos, también reflejaron un uso frecuente de este tipo de estrategias de afrontamiento (Bello Castillo et al., 2021; Ocaña Aguilar et al., 2021); la mayoría de los que emplearon el COPE-28 mostraron un uso intermedio-alto de la misma durante el tiempo de pandemia (Marsollier y Expósito, 2020; Mella Morambuena et al., 2020) o bien que era una de las estrategias menos empleadas por los individuos (Condorí Chambi y Feliciano Cauna, 2020; Lira Durán et al., 2021; Virto Concha et al., 2020).

Esta discrepancia en los resultados podría deberse a los diferentes momentos en que fueron realizados los estudios, dado que las investigaciones que señalan esta estrategia como una de las menos empleadas hacen referencia a profesionales de la salud en los momentos más álgidos de la pandemia (Condorí Chambi y Feliciano Cauna, 2020; Virto Concha et al., 2020), donde su trabajo era fundamental para hacer frente a la enfermedad, por lo que no contarían con mucho tiempo para realizar otras tareas para distraerse; mientras que los estudios en población general que señalan el poco uso de esta estrategia, fueron realizados cuando las personas se encontraban reestableciendo sus actividades, como es el caso del trabajo de Lira Durán et al. 2021, que se realizó un año y medio después de iniciada la pandemia. En cambio, aquellos estudios que señalan esta estrategia como muy empleada, o medianamente empleada (Bello Castillo et al., 2021; Marsollier y Expósito, 2020), fueron realizados en el momento de confinamiento en poblaciones que no se dedicaban a la salud, por lo que tenían que mantenerse en aislamiento al no ser sus trabajos indispensables; teniendo tiempos entonces para buscar otras distracciones.

Esta última situación se podría decir que se asemeja un poco a la que vivían los individuos del presente estudio ya que, aunque en el momento del mismo no existe aislamiento domiciliario, ellos, al portar la enfermedad, si estaban obligados a permanecer aislados por un tiempo. Es posible que en estas situaciones de aislamiento sea cuando los individuos recurren a la autodistracción para afrontar la situación y no centrarse en el estresor.

Por otra parte, en el presente estudio se observó que, entre las estrategias de afrontamiento menos empleadas se encontraban las de uso de la religión, desconexión conductual, negación y uso de sustancias.

Con respecto a estas dos últimas, se puede señalar que, si bien hay trabajos como el de Bello Castillo et al. (2021) que señalan estas estrategias como muy empleadas, especialmente en momentos de aislamiento donde no se puede recurrir a estrategias más activas y de confrontamiento de la situación; lo más común es que las investigaciones muestren coincidencia con la presente al señalar a estas estrategias como muy poco utilizadas (Condorí Chambi y Feliciano Cauna, 2020; Lira Durán et al., 2021; Marsollier y Expósito, 2020; Virto Concha et al., 2020). Esto puede deberse a que, en dichas situaciones, y al vivenciar la pandemia como un hecho que afectaba a todas las personas y que era compartida por muchos, era difícil negar lo que se vivía y cómo esto podía afectar a los otros; de ahí las bajas puntuaciones en las estrategias de negación. Por otra parte, el hecho de estar inmersos en una pandemia, producida por una enfermedad altamente invasiva y mortífera, podría llevar a los individuos a desestimar el empleo de otra sustancia, quizás por temor a que al interactuar con la enfermedad pudieran agravar los síntomas y repercusiones de la misma. No obstante, esta explicación pierde peso si se consideran los resultados hallados al comparar el empleo de esta estrategia por parte de los individuos del presente estudio con los hallados por Cirami et al. (2020) en individuos argentinos antes de la pandemia. Esta comparación mostró que los individuos que se encontraban transitando la enfermedad presentaron mayor empleo del uso de sustancias como estrategia de afrontamiento que sus compatriotas en un momento prepandemia. Es posible entonces que este bajo empleo de la estrategia uso de sustancia en el presente estudio pueda deberse a un efecto de deseabilidad social, donde los individuos puntúan bajo en el empleo de la misma por considerar que el consumo de dichas sustancias no es una conducta bien vista socialmente.

En lo referente a la estrategia desconexión conductual, los resultados encontrados en la bibliografía ya son un poco más contradictorios. Mientras que algunas investigaciones muestran a esta estrategia como muy poco empleada (Condorí Chambi y Feliciano Cauna, 2020; Marsollier y Expósito, 2020), otros autores encuentran un gran empleo de la misma (Virto Concha et al., 2020). Centrando la atención en la presente investigación, respecto a esta estrategia de afrontamiento se podría inferir que se utilizó en menor medida dado que las personas se encontraban atravesando la enfermedad, por lo cual era poco probable que pudieran evitar el problema y alejarse de la situación, entendiendo que en ese momento era imposible para ellos no pensar en lo que les sucedía cuando debían tener cuidado con los síntomas, precaución de que la misma no empeore y además de no contagiar a las personas que estaban con ellos mientras atravesaban la enfermedad, más aún si se considera que dicha estrategia se utiliza cuando la persona pretende dejar el problema y que este se resuelva de manera normal, algo en que esta situación de enfermedad, aislamiento y miedo sería difícil que suceda.

En el caso de la estrategia uso de la religión, también, se encontraron resultados contradictorios en la bibliografía. De esta manera Condorí Chambi y Feliciano Cauna (2020) encontraron también un uso poco frecuente de esta estrategia entre los profesionales de la salud de su estudio. En cambio, Virto Concha et al. (2020), también trabajando con profesionales de la salud, encontraron que era el tipo de estrategias más empleadas entre todas las estudiadas. Ocaña Aguilar et al. (2021), también trabajando con profesionales de la salud, pero con una herramienta de recolección de datos diferente a la utilizada en el presente estudio, obtuvieron que la espiritualidad era una de las estrategias más empleadas, marcando que la misma era usada como forma de seguridad por las personas, para protegerse de aquello que les sucede. En el caso de la presente investigación es posible que los individuos de la misma, al encontrarse atravesando la enfermedad y presentando índices altos de ansiedad, depresión y estrés, no pudieran acudir a la religión como una forma de sentirse seguros.

A modo de síntesis, y a pesar de las diferencias encontradas entre los diferentes trabajos, se podría señalar que los resultados de la presente investigación son bastante similares a los obtenidos por Marsollier y Expósito (2020), los cuales se obtuvieron en un primer momento de la pandemia en la República Argentina y en personas que no tenían la enfermedad. Estos datos hacen pensar que todo lo vivido en Argentina generó, desde el inicio de la enfermedad hasta tiempo después, las mismas reacciones, teniendo que apelar a las mismas estrategias en diversas situaciones para poder responder a aquello que los estresaba. Es decir, que no solo depende del evento sino del entorno, el cual fue disruptivo desde el anuncio de las primeras medidas hasta tiempo después.

En base a todo lo señalado, se puede marcar que, en la población evaluada en la presente investigación, al igual que en otras tomadas como referencia, se utilizaron múltiples estrategias para afrontar el problema. Lazarus y Launier (1978), exponen que estas permiten ver los intentos que hace la persona por dar respuestas a las demandas que se presentan tanto del medio como del propio individuo, por lo cual es natural que las mismas se incrementen frente a las presiones del medio.

Sin embargo, al comparar los resultados obtenidos en la presente muestra con aquellos obtenidos por Ciriaco et al. (2020) en Argentina en momentos previos a la pandemia y trabajando con individuos del ámbito de la salud, se pudo observar que los individuos que transitaban por la enfermedad de COVID-19 efectivamente aumentaban el uso de algunas estrategias de afrontamiento, pero no de todas. Concretamente, se pudo observar que los individuos de la presente muestra vieron especialmente aumentado el uso de estrategias que no iban dirigidas a enfrentar el problema, tales como la desconexión conductual, la negación, el uso de sustancias, el uso de la religión y el desahogo. Mientras que estrategias más adaptativas, tales como el afrontamiento activo, la planificación, la reinterpretación positiva y la búsqueda de apoyo emocional se encontraban reducidas al ser comparadas con las puntuaciones de sus coterráneos previas a la pandemia.

No obstante, al comparar las puntuaciones promedio obtenidas en cada una de las estrategias de afrontamiento del presente trabajo (donde los puntajes rondan los 3.2 puntos) con las puntuaciones obtenidas en otros trabajos realizados con población en general en situación de confinamiento por la pandemia, en las que no estudiaban específicamente el tránsito de los individuos por la enfermedad por COVID-19 (Marsollier y Expósito, 2020; Mella Morambuena et al., 2020), los individuos de la presente investigación mostraron un mayor uso de todas las estrategias.

En conjunto, estos datos permiten hipotetizar que, si bien la pandemia pudo producir en los individuos una reducción en el empleo de algunas estrategias (especialmente de las más adaptativas), quizás mediado por un efecto de indefensión aprendida, al considerar que nada de lo que hicieran podría mejorar la situación; el hecho de transitar la enfermedad pudo ser vivido como una situación más estresante, despertando en los individuos estados emocionales adversos, como se marcó anteriormente, y por esta razón, ellos pusieron en juego un mayor número de estrategias de afrontamiento de todo tipo, en comparación con los individuos en situación de pandemia que no transitaban por la enfermedad, especialmente aquellas enfocadas en el problema. En este sentido, González Sotomayor et al. (2021) señalan que los individuos instrumentan estas estrategias para manejar mejor los estresores, la influencia negativa y experimentar menos síntomas, teniendo respuestas más funcionales y adaptativas.

En base a estos resultados, se podría señalar que la hipótesis planteada al inicio, donde se consideró que la muestra explorada utilizaría diversas estrategias de afrontamiento, fue corroborada. Si bien la frecuencia de uso de estrategias adaptativas fue inferior a la esperada, en comparación con estudios prepandémicos, mientras que el uso de estrategias de evitación fue mayor; la realidad es que los individuos presentaron mayor empleo de estrategias de afrontamiento (de todo tipo) en comparación con otros estudios realizados durante la pandemia en individuos que no transitaban la enfermedad. Estos datos permiten afirmar que el transitar por la enfermedad por COVID-19, movilizó a los individuos, haciéndoles poner en marcha estrategias para afrontar la situación estresante. No obstante, en esta búsqueda por superar el malestar emocional que provoca la situación, se activaron tanto estrategias adaptativas que podían estar algo inhibidas (afrontamiento activo, apoyo social, planificación, apoyo emocional); como así también estrategias que podrían no ser tan adaptativas (autodistracción), más dirigidas a evitar y escapar de la situación, que pueden ser beneficiosas en lo inmediato, pero que no resuelven el problema.

El análisis de la escala EMAS mostró que la misma presentaba una fiabilidad alta en la escala en general (alfa de .914), así como en cada una de sus dimensiones; permitiendo advertir que es una escala válida para medir el apoyo social, además de ser sencilla y autoadministrable, tanto de manera personal como virtual; permitiendo evaluar cómo percibió la persona el apoyo social, por parte de su familia, amigos y otras personas significativas al momento de encontrarse atravesando la enfermedad de COVID-19.

Respecto del apoyo social, se puede observar que los individuos de la muestra explorada revelaron haberse sentido menos acompañados de lo esperado, en base a la muestra de referencia (Landeta y Calvete, 2002), lo que permitiría pensar que al estar aislados se sintieron más solos que cuando podían acceder al contacto presencial con otras personas. Estos datos se apartan de los encontrados en otros estudios, como el de Olivares Ramírez (2021), quien trabajando con personas que habían transitado la enfermedad por COVID-19 observó que las mismas tenían una alta percepción de apoyos social por parte de la pareja, así como de familiares y amigos.

Si se consideran las ideas de González Ramírez y Landero Hernández (2014), quienes expresaron que el apoyo social ayuda a hacer frente a los acontecimientos estresantes y es un factor protector en los momentos difícil, las personas, al percibir que no contaron con él, podrían presentar mayor sintomatología emocional adversa, además de dificultarse las respuestas de afrontamiento ante estas situaciones, como es el caso de los individuos de la presente muestra.

Ocaña Aguilar et al. (2021), remarcan en su investigación que se presentaron más de un apoyo social en los encuestados, lo cual sería concordante con los resultados encontrados en la presente muestra explorada, donde se obtuvo que percibieron más de un apoyo predominando el apoyo social por parte de otras personas significativas. Este dato es concordante con la investigación de Olivares Ramírez (2021) en la cual los enfermos por COVID-19 resaltaron el acompañamiento de la pareja, a quienes se podría considerar dentro de otras personas significativas; aunque en esta investigación también se reflejó un gran apoyo social por parte de la familia, aspecto que no se observó en el presente estudio.

Los datos hallados en el presente estudio tampoco concuerdan con los obtenidos en la investigación de Jorquera Gutiérrez et al. (2021) quienes, utilizando la técnica de escala de apoyo social percibido, observaron que el apoyo social predominante fue el recibido de la familia y amigos. En el caso de la investigación de Paredes Flores y Vega Salas (2021), quienes utilizaron la misma técnica en personas que transitaron la enfermedad de COVID-19, se obtuvieron diferentes indicadores puntuando en mayor medida el apoyo social familiar.

Esto último sería concordante con la hipótesis planteada al inicio del presente trabajo. No obstante, hay que señalar que dicha hipótesis no se pudo corroborar en el mismo dado que en la muestra explorada el apoyo social percibido que predominó fue el proporcionado por otras personas significativas y no así el familiar.

Los resultados del presente estudio podrían venir determinados por el contexto específico en el cual se encontraban la mayor parte de los voluntarios del estudio. Los mismos se encontraban transitando la enfermedad por COVID y, por ende, confinados en sus hogares; estando, en su mayoría (92%) acompañados por familiares (51%), la pareja (13%), la pareja y los hijos (22%) o los hijos (6%), los cuales también se asumía que estaban contagiados, aunque en su mayoría con sintomatología leve. Es posible que, ante esta situación, la percepción de los encuestados fuera que dichos familiares se encontraban en la misma situación estresante que ellos y que, por

tanto, no estaban en condiciones de brindar apoyo a otras personas; sino que más bien debían recibir ellos el apoyo. Además, al estar confinados, el apoyo que le podrían brindar los amigos, se podría percibir como mínimo. Es posible que esto explique el bajo apoyo familiar y de amigos percibido por parte de los encuestados.

Sin embargo, las medidas sanitarias llevadas a cabo por la nación y las provincias, implicaba un seguimiento directo de los infectados por parte del sistema de salud y de médicos, comunicándose con ellos diariamente, mediante teléfono o videoconferencias, para realizar un acompañamiento y orientación. Si se considera que Landeta y Calvete (2002) consideran el apoyo social de otras personas significativas como aquel proveniente de la relación con otras personas de la comunidad relevantes para los individuos, como grupos de autoayuda, asociaciones, voluntarios o ayuda profesional; es posible que los individuos del presente estudio puedan estar considerando dicho seguimiento sanitario como un apoyo formal, sintiéndose respaldado por el sistema de salud y los profesionales. Además, habiendo transcurridos ya cerca de dos años de iniciada la pandemia en el momento del estudio, hay que señalar que muchos profesionales (como terapeutas) o instituciones (académicas, lúdicas o religiosas), ya se encontraban preparadas para asistir a las personas durante sus periodos de confinamiento por enfermedad, por lo que es posible que muchos de ellos se contactaran e interactuaran, por medio de la tecnología de la comunicación, con los voluntarios del estudio; pudiendo todo esto explicar también el por qué los individuos se sintieron más apoyados por otros significativos.

Esta hipótesis planteada como interpretación de los resultados obtenidos en el presente trabajo se podría ver respaldada por los hallazgos encontrados en el estudio de Caccia et al. (2021), aunque con otra técnica de medición del apoyo social. Estos autores, trabajando en Argentina en los primeros momentos de la pandemia (momentos en los que también hubo un gran impacto emocional en los individuos) observaron que los individuos percibían más apoyo social funcional (la percepción hipotética que tiene una persona sobre los recursos sociales disponibles para ser asesorada y ayudada en caso de necesitarlo), seguido del apoyo social confidencial (contar con personas a quien confiarle conflictos, situaciones problemáticas o cuestiones que requieren comprensión y ayuda); siendo el menos empleado el apoyo social afectivo (soporte que tiene un sujeto mediante la comunicación con un otro, satisfaciendo necesidades emocionales, sintiéndose valorado, aceptado y querido por los demás).

Otros datos a tener en cuenta en la investigación son los **datos sociodemográficos y los referentes a la enfermedad** y cómo estos afectaron en las emociones, estrategias de afrontamiento y apoyo social que los individuos mostraron durante su tránsito por la enfermedad por COVID-19. Es por eso que, tomando las ideas de Lorenzo-Ruiz et al. (2020), quienes marcan que los síntomas podrían presentarse al momento de aparecer la enfermedad como así también tiempo después, y que esto dependería de diferentes variables como ser la edad, el género, escolaridad y vivencias personales entre otros; se analizó, en la muestra en estudio, si existía relación entre la edad, género, situación escolar y laboral de los individuos en

el momento en el que padecieron la enfermedad y los estados emocionales que vivieron en esa situación, las estrategias de afrontamiento empleadas y el apoyo social que percibieron, así como también la posible relación entre estas variables y la intensidad con que se vivió la enfermedad por COVID-19, con quien se encontraba en ese momento y la intensidad con que vivieron sus acompañantes la enfermedad.

Si bien entre los participantes del estudio existió un porcentaje mayor de mujeres (63%), no se presentaron diferencias en los estados emocionales y apoyo social percibido en relación al género.

Con respecto al impacto del **género** en las emociones, se puede ver que los resultados obtenidos coinciden con los de otras investigaciones en las que se empleó el DASS-21 como instrumento de recolección de datos, tanto en el personal de salud (Ijaz e Ijaz, 2022; Mora Torijano, 2021), como en la población en general (Barranco Cuevas et al., 2021; Emigdio Vargas et al., 2022; Ozamiz Etxebarria et al., 2020), en las que no se encontró relación entre el género de los participantes en el estudio y ninguna de las tres dimensiones medidas en el DASS-21. Por su parte, otros autores (Keim et al., 2022; Malhotra et al., 2022), tampoco encontraron diferencias de género en las dimensiones de ansiedad y depresión arrojadas por dicha técnica, pero si observaron que las mujeres presentaban mayores niveles de estrés que los varones. Medina y Rodenas (2022) y Ocaña Aguilar et al. (2021), empleando otro tipo de instrumentos de medición, solo analizaron la dimensión de ansiedad, marcando que no hubo diferencias en la misma entre mujeres y varones.

No obstante, otras investigaciones, en las que también se empleó el instrumento DASS-21 para la recolección de los datos emocionales, no concuerdan con la información observada en el presente estudio. Así, Erquicia et al. (2020), observaron que el nivel de malestar emocional fue más severo entre las mujeres de su estudio. Por su parte, Dosil Santamaria et al. (2021) y Orellana y Orellana (2021), encontraron que las mujeres presentaron más puntuación que los varones en ansiedad y estrés. Otros investigadores (Andrades Tobar et al., 2021; Işik et al., 2021; Obando Zegarra et al. 2020) observaron que las mujeres presentaron más puntuación que los varones en las tres dimensiones estudiadas por el DASS-21 (depresión, ansiedad y estrés); resultado muy similar al encontrado por Lai et al. (2020), aunque estos autores emplearon otras técnicas de recolección de datos para la medición de los estados emocionales. En el caso de la investigación de Silva Domínguez y Luque Villanueva (2022), se encontró que no había diferencias en la dimensión ansiedad en la primera y segunda ola de COVID-19, así como tampoco había diferencias en depresión en la segunda ola, pero si en la primera.

Otros trabajos que observaron diferencias de género en los estados emocionales medidos a partir del DASS-21, pero en este caso en la dirección contraria a los expresados con anterioridad, fueron los de Pilataxi et al. (2021), realizado con personal de la salud, y el de Wang et al. (2020), realizado con población en general. Mientras que los primeros observaron que las mujeres presentaron menores niveles de ansiedad y depresión que los varones; en el

caso del segundo estudio, se observó que las mujeres presentaron menos ansiedad y estrés que los varones.

Si bien una gran cantidad de estudios previos a la pandemia reportaron que las mujeres presentaron mayor nivel de sintomatología ansiosa (Antunez y Vinet, 2013; Apóstolo et al., 2011; Barrera Herrera et al., 2019; Ramón Arbués et al., 2019), depresiva (Antunez y Vinet, 2013; Apóstolo et al., 2011) y más estrés (Antunez y Vinet, 2013; Apóstolo et al., 2011; Barrera Herrera et al., 2019; Ramón Arbués et al., 2019; Tijerina González et al., 2018) que los varones; en el caso de la pandemia los resultados hallados son contradictorios. Un aspecto llamativo de los resultados encontrados en la bibliografía es el hecho de que la mayoría de los estudios que revelaron diferencias de género en los estados emocionales durante la pandemia fueron realizados en personal de la salud y en momentos bastante tempranos en lo que respecta a la aparición del virus (enero a mayo del 2020); mientras que aquellos estudios en los que las diferencias entre género se encuentran ausentes se llevaron a cabo en momentos más tardíos de la pandemia.

Estos datos plantean la posibilidad de un impacto emocional diferente entre mujeres y varones en los primeros momentos de la pandemia, siendo las mujeres más reactivas a la situación. Estas diferencias podrían ser debidas a cuestiones culturales, que fomentan la expresión emocional entre las mujeres, no así entre el género masculino; o también es posible que las situaciones específicas de esos primeros momentos de pandemia (incertidumbre, desinformación, desconocimiento, alta mortalidad por el virus, entre otras), así como la sobrecarga de funciones a la que muchas mujeres se vieron expuestas (simultaneidad en la realización de funciones tales como profesionales, amas de casa, cuidadoras y acompañantes académicas de sus hijos) fomentaran los estados emocionales adversos en el género femenino y no tanto entre los varones. Sin embargo, es posible que, con el paso del tiempo, al prolongarse la pandemia, y el sostenimiento de las medidas de prevención, la cronificación de la situación estresante hiciera que los estados emocionales de los varones también se vieran afectados. En este sentido, al haber sido realizado el presente estudio casi dos años después de decretada la pandemia, es posible que la ausencia de diferencias de género en los estados emocionales pueda estar reflejando las consecuencias de la cronicidad del estresor sobre la salud mental de varones y mujeres.

No obstante, no hay que perder de vista la situación especial por la que estaban pasando los individuos de la presente muestra en el momento de la administración de las pruebas, ya que se encontraban transitando la enfermedad por COVID-19. Es posible que esta situación fuera vivida con tal nivel de miedo y angustia que llevara a los individuos a experimentar emociones adversas extremas (como se ha podido comprobar con anterioridad), equiparando con ello los niveles de estrés percibidos, así como la aparición de sintomatología ansiosa y depresiva en varones y mujeres.

Además, si se considera que la administración de las pruebas fue realizada en un momento en el que la muestra se encontraba en situación de aislamiento, al estar transitando la

enfermedad, y que la mayoría de los encuestados vivía con otras personas dicho encierro; hombres y mujeres compartían un mismo espacio, intercambiando miedos, preocupaciones, malestares y angustias. Es posible que eso hiciera que los estados emocionales de ambos géneros se homogeneizaran, presentando así niveles semejantes de estrés y de sintomatología ansiosa y depresiva.

En lo que respecta al apoyo social percibido, esta ausencia de diferencias entre varones y mujeres encontrada en el presente trabajo es observada en otros estudios realizados durante el tiempo de pandemia, aunque en los mismos se emplearon diferentes técnicas de recolección de datos (Caccia et al., 2021; Calderón Cholbi et al., 2021).

No obstante, esta ausencia de diferencias en el apoyo social percibido no parece ser una característica específica asociada a la situación por pandemia, ya que son varios los trabajos realizados en el periodo prepandemia, en diferentes lugares de Latinoamérica, que no encontraron diferencias de género en dicho constructo, ya fuera este medido con el mismo instrumento que el empleado en el presente estudio (Arechabala Mantuliz y Miranda Castillo, 2002; Barrera Herrera et al., 2019; Vivaldi y Barra, 2012), o con instrumento diferente (Fontibón et al., 2015). Aunque hay que señalar que, en el trabajo de Aisenson et al. (2007), llevado a cabo en Argentina con el mismo instrumento que el empleado en este estudio, se observó que, aunque no se apreciaron diferencias de género en apoyo social percibido por parte de la familia; en el caso del apoyo social percibido por parte de amigos y otros significativos fue mayor entre las mujeres del estudio.

Cuando se estudió la relación entre la variable género y las estrategias de afrontamiento empleadas durante el tránsito por la enfermedad por COVID-19, se encontraron diferencias significativas entre varones y mujeres. Se logró establecer que, en los hombres, se utilizó más el humor y la autodistracción, además de una tendencia a un mayor uso de sustancias.

Estos resultados concuerdan parcialmente con los presentados por Marsollier y Expósito (2021), ya que estos autores, en un estudio realizado durante el tiempo de pandemia, observaron que los hombres utilizaban más el humor que las mujeres; pero difieren en cuanto a que establecieron que las mujeres apelaban más al afrontamiento activo, reinterpretación positiva, apoyo emocional, apoyo social y religión, resultados que no se pudieron apreciar en la presente investigación. Por otra parte, Tapia Carreño (2020), en un estudio realizado también durante la pandemia, observó que las diferencias entre géneros en el uso de estrategias de afrontamiento se produjeron únicamente en las estrategias reevaluación positiva y desconexión; siendo la primera más empleada por mujeres y la segunda por los varones. Mientras que Aponte Daza et al. (2020), encontraron que, en estos momentos de pandemia, no existían diferencias significativas entre géneros en el empleo de la mayoría de las estrategias de afrontamiento, observando únicamente que las mujeres empleaban más estrategias de afrontamiento focalizadas en la emoción.

No obstante, hay que señalar que, en el presente estudio, en la mayoría de las estrategias no se observaron diferencias en su empleo entre varones y mujeres, aspecto que concuerda con los

resultados obtenidos por Lira Duran et al. (2021), en un estudio también llevado a cabo durante la cuarentena.

En un intento de comprender los resultados obtenidos en el presente estudio, se compararon los mismos con los resultados sobre diferencias de género en el empleo de estrategias de afrontamiento en tiempos previos al COVID-19. La revisión realizada permitió observar que esta ausencia de diferencias entre géneros en el empleo de estrategias de afrontamiento también es observada en estudios previos a la aparición del COVID-19 (Bermejo et al., 2011; Coppari et al., 2017; Huamani Domínguez y Paredes Ayala, 2018). No obstante, en este momento prepandemia, la mayoría de los trabajos reflejaron diferencias entre género en el empleo de algunas de las estrategias de afrontamiento.

En los momentos previos a la pandemia por COVID-19, al sexo femenino se lo asociaba a un mayor uso de estrategias de afrontamiento evitativas, centradas en las emociones negativas y en la búsqueda de apoyo social (Campos et al., 2012; Jiménez et al., 2002; Luna et al., 2020; Mayordomo, 2013; Mayordomo et al., 2015; todos ellos citados en Tapia Carreño, 2020). Así, se encontraron estudios en los que se observó que las mujeres presentaron un mayor uso de estrategias tales como uso de la religión (Gómez et al., 2015; Heras Berrezueta y Tamayo Campoverde, 2019; Mayordomo Rodríguez et al., 2015); negación (Heras Berrezueta y Tamayo Campoverde, 2019); Desconexión (Condorí Morán, 2020; Heras Berrezueta y Tamayo Campoverde, 2019); búsqueda de apoyo social (instrumental) (Mayordomo Rodríguez et al., 2015; Morán Astorga y Schulz, 2008); búsqueda de apoyo emocional (Condorí Morán, 2020; Morán Astorga y Schulz, 2008); evitación (Mayordomo Rodríguez et al., 2015); autodistracción (Morán Astorga y Schulz, 200); y desahogo (Condorí Morán, 2020). Los escasos estudios en los que se observaron un mayor uso de estrategias de afrontamiento por parte de los varones en momentos prepandémicos las mismas fueron del tipo autoinculpación (Morán Astorga y Schulz, 2008), empleo del humor (Condorí Morán, 2020) y uso de sustancias (Condorí Morán, 2020; Gómez et al., 2015).

Considerando en su conjunto todos los estudios mencionado, se podría pensar que entre los individuos del presente estudio, que transitaban por la enfermedad por COVID-19, pueden haber sido los varones lo que incrementaron el uso de algunas estrategias, tanto adaptativas (búsqueda de apoyo social y emocional) como de evitación (desconexión, negación, uso de la religión) llevándolos a un empleo de las mismas similar al de las mujeres o incluso superando el uso que hacían las mismas durante este momento de crisis (autodistracción). Manteniéndose también, como ocurriera en un periodo pre-pandemia, un mayor uso de estrategias tales como el humor o el consumo de sustancias.

Si se tiene en cuenta que, como se ha señalado con anterioridad, el tránsito por la enfermedad pareciera haberles afectado emocionalmente más que a las mujeres (equiparando sus niveles de ansiedad, depresión y estrés, algo que no era lo esperable en momentos previos a la pandemia); es posibles que, para hacer frente a esta situación de alto estrés, los individuos pusieran en juego todas aquellas estrategias de afrontamiento de las que disponían (tanto

adaptativas como no adaptativas), equiparándose así entre géneros el empleo de estrategias de afrontamiento evitativas, centradas en las emociones y de la búsqueda de apoyo social, que eran más propias de las mujeres en momentos prepandemia.

Respecto a la variable **edad**, se puede señalar que, en la presente investigación, la mayoría de los voluntarios rondaban los 42 años y no se encontraron relaciones entre esta y los estados emocionales, las estrategias de afrontamiento y el apoyo social percibido por los individuos durante su enfermedad por COVID-19.

Son varias las investigaciones que se llevaron a cabo con el DASS-21 durante la pandemia que no mostraron relación entre la edad de los participantes en el estudio y los niveles de sintomatología ansiosa (Barranco Cuevas et al., 2021; Ijak e Ijak, 2022; Keim et al., 2022; Pilataxi et al., 2021; Wang et al., 2020), los niveles de sintomatología depresiva (Barranco Cuevas et al., 2021; Işik et al., 2021; Ijak e Ijak, 2022; Keim et al., 2022; Wang et al., 2020) o los niveles de estrés (Ijak e Ijak, 2022; Malhotra et al., 2022; Pilataxi et al., 2021; Wang et al., 2020).

Algunas investigaciones, como la de Erquicia et al. (2020), trabajando con personal de salud, tampoco encontraron relación entre la edad de las mujeres de su estudio y los niveles de ansiedad, depresión o estrés. En el caso de los varones, aunque la edad no se relacionó con los niveles de sintomatología ansiosa o estrés presentados, observaron que aquellos con mayor edad presentaron menores niveles de depresión.

Otros estudios, también llevados a cabo durante la pandemia, en los que se estudió la relación entre la edad de los individuos y los estados emocionales de los mismos, pero medidos a través de otras técnicas, tampoco encontraron relación entre estas variables (Calderón Cholbi et al., 2021; Medina y Ródenas, 2022; Ocaña Aguilar et al., 2021).

No obstante, hay que señalar que no todos los resultados obtenidos apuntan en la misma dirección. De esta manera, algunos trabajos llevados a cabo mediante la aplicación del DASS-21 revelaron que eran los individuos de mayor edad los que presentaban mayores niveles de ansiedad (Dosil Santamaría et al., 2021; Malhotra et al., 2022), depresión (Dosil Santamaría et al., 2021; Malhotra et al., 2022; Obando Zegarra et al., 2020) o estrés (Dosil Santamaría et al., 2021; Ochoa Mendoza et al., 2022). Aunque otros estudios pudieron observar que eran los individuos de mayor edad los que menos sintomatología ansiosa (Andrades Tobar et al., 2021; Emigdio Vargas et al., 2022; Işik et al., 2021; Orellana y Orellana, 2021; Ozamiz-Etxebarria et al., 2020), depresiva (Andrades Tobar et al., 2021; Emigdio Vargas et al., 2022; Orellana y Orellana, 2021; Ozamiz-Etxebarria et al., 2020) o menores niveles de estrés (Andrades Tobar et al., 2021; Barranco Cuevas et al., 2021; Işik et al., 2021; Keim et al., 2022; Orellana y Orellana, 2021; Ozamiz-Etxebarria et al., 2020) presentaron.

Una mención especial merece el trabajo realizado por Silva Domínguez y Luque Villanueva (2022), aunque el mismo no fue llevado a cabo con el DASS-21. Estos autores, realizaron una interesante comparación entre lo que ocurrió durante la primera ola de COVID-19 y la segunda. Se observó que mientras que la edad no parecía estar relacionada con los niveles de ansiedad o

depresión que presentaron los individuos durante la primera ola de infección; en la segunda ola se observó que los individuos de mayor edad presentaron niveles más elevados de depresión que los más jóvenes, pero menores niveles de ansiedad.

En base a este hallazgo, se analizó la revisión bibliográfica realizada sobre el tema, con el fin de indagar si las diferencias de estados emocionales mediadas por la edad podían venir explicadas por el paso del tiempo en pandemia. En base a esto, se ha de señalar que la mayoría de los estudios que encontraron que las personas de mayor edad eran las que presentaron más cantidad de síntomas ansiosos, depresivos o mayor nivel de estrés fueron realizados en personal de salud dentro de los primeros seis meses de la pandemia; o bien en momentos más tardíos pero en adultos mayores (más de 60 años). Mientras que aquellos estudios en los que se observó que los individuos de mayor edad presentaban menos puntuación en las dimensiones de ansiedad, depresión y estrés del DASS-21 fueron llevados a cabo en otro tipo de poblaciones no tan expuestas al virus, pero también en momentos bastante tempranos de la pandemia (hasta mayo del 2020). Los estudios en los que no se observaron diferencias de edad, en cambio, exceptuando algunos trabajos, por lo general fueron realizados en momentos más tardíos de la pandemia (junio del 2020 en adelante).

Con el fin de ayudar en la interpretación de los datos obtenidos en la presente investigación, también se realizó una revisión bibliográfica para analizar la existencia o no de una relación entre la edad y los niveles emocionales de los individuos, en momentos previos a la pandemia.

La mayoría de los trabajos previos a la pandemia mostraron que no existía una relación entre la edad de los individuos del estudio y los niveles de sintomatología depresiva, ansiosa o los niveles de estrés medidos por el DASS-21 (Álvarez Cruzado, 2017; Batista dos Santos et al., 2014; Blanco Álvarez et al., 2017; Orellana Curamil, 2015). Aunque algunos estudios también encontraron diferencias entre géneros en algunas dimensiones. Así, Salinas Oñate et al. (2018) encontraron que la sintomatología depresiva y los niveles de estrés no se veían modificados en función de la edad; pero que los individuos de más edad presentaban menos sintomatología ansiosa. Por otro lado, Firmino et al. (2018), tampoco encontraron una relación entre la edad de los individuos de su estudio y la sintomatología depresiva que los mismos presentaban; pero en este caso se observó que los individuos de más edad presentaron menos sintomatología ansiosa y menos nivel de estrés.

En base a los datos presentados, se puede decir que no está clara la relación de la edad con los estados emocionales de los individuos. No obstante, parece haber una tendencia a que, en momentos previos a la pandemia no existieran diferencias en la sintomatología depresiva, ansiosa o en los niveles de estrés en función de la edad. No obstante, con la aparición de la pandemia, la mayoría de los estudios parece reflejar que aquellos individuos de mayor edad presentaron menores índices de ansiedad, depresión y estrés que los más jóvenes; probablemente debido a la mayor cantidad de herramientas de los mismos para hacer frente a las situaciones de crisis. No obstante, en aquellas poblaciones más expuestas al virus, como era el personal de salud, la relación encontrada en los primeros momentos de la pandemia era

diferente, ya que se observó que las personas de mayor edad eran los que presentaban estados emocionales más adversos, especialmente mayores niveles de ansiedad y depresión; aspecto que puede estar relacionado con su mayor exposición a la enfermedad y, por ende, el mayor riesgo vivido; haciendo que la situación fuera más estresante, especialmente entre las personas de mayor edad que también eran las más vulnerables a los efectos de la enfermedad.

Sin embargo, una vez pasado el primer momento de la pandemia, cuando las restricciones empezaron a reducirse, así como los efectos letales del virus, el sistema sanitario dejó de colapsar y empezó a conocerse algo más sobre la enfermedad, los resultados de los trabajos realizados en esta época volvieron a mostrar ausencia de diferencias en los estados emocionales en función de la edad.

En base a esta lectura, y teniendo en cuenta que el presente estudio, aunque se llevó a cabo en un periodo de alta contagiosidad del virus, se realizó casi dos años después de la aparición de este, en un momento en el que en la provincia de Salta ya se estaba volviendo a la modalidad de enseñanza tradicional, y se habían retomado el trabajo presencial, las reuniones familiares y el contacto con otras personas, etc.; es posible que la ausencia de diferencias en los estados emocionales en función de la edad encuentre su explicación en el hecho de que la situación de pandemia no se viviera como tan estresante.

No obstante, no hay que olvidar que los niveles de sintomatología ansiosa, depresiva y estrés encontrados en la presente muestra son mucho más elevados que los encontrados en un periodo prepandémico. Por lo que también cabe la posibilidad de que el estrés vivido al momento de estar transitando la enfermedad fuera tan elevado que afectara profundamente a todos los individuos, independientemente de la edad que los mismos tuvieran.

En lo referente a las estrategias de afrontamiento, si bien el presente estudio no mostró una relación entre la edad de los individuos y el uso de estrategias de afrontamiento; otros trabajos realizados durante la pandemia sí que hallaron una relación entre ambas variables. Así, Torres Diaz et al. (2021), trabajando con docentes a los que se les administró el Inventario de Estrategias de Afrontamiento de Tobin et al., observaron que los individuos menores de 40 años presentaron un predominio en el uso de estrategias de resolución de problemas; mientras que entre los que tenían 40 años o más predominó el uso de estrategias de afrontamiento de reestructuración cognitiva; aunque en ambos casos se trató de estrategias de afrontamiento adaptativas.

Por su parte, Aponte Daza et al. (2022), trabajando en Bolivia con cuidadores informales de personas de la tercera edad en tiempos de pandemia y empleando el COPE, observaron que los individuos más jóvenes (40 años o menos) presentaron un mayor uso de estrategias de afrontamiento cognitivo (afrontamiento activo, planificación y reinterpretación positiva) que los individuos de mayor edad.

También en esta ocasión se acudió a una revisión de estudios realizados en un periodo prepandemia con el fin de poder conocer si en ese momento era esperable encontrar diferencias de uso en las estrategias de afrontamiento en función de la edad o no; con el fin de analizar si la

pandemia en general, o el hecho de transitar por la enfermedad por COVID-19 en particular, había modificado dicha relación.

Coppari et al. (2017), refiriéndose a adolescentes, señalaron que existen diferentes estudios que reflejan que los adolescentes de menor edad tienden a utilizar más estrategias de evitación, centradas en la emoción, así como a emplear un menor repertorio de estrategias de afrontamiento que los adolescentes de mayor edad; señalando que esto es debido, entre otras razones, a que los adolescentes de mayor edad tienen más experiencia que les ha permitido probar más acciones y ver el resultado. De hecho, en su estudio, donde se administró la Escala de Afrontamiento para Adolescentes, observaron que los adolescentes de mayor edad (16 a 18 años) empleaban más estrategias de afrontamiento productivo y con referencia a otros que los adolescentes más jóvenes (13 a 15 años); mientras que estos últimos presentaron un mayor empleo de estrategias de afrontamiento no productivas.

En trabajos realizados previos a la pandemia con adultos, en los que se emplearon el COPE-28, la mayoría de los resultados arrojaron que la edad viene acompañada de un aumento de estrategias de afrontamiento, especialmente aquellas que son más adaptativas. Así, por ejemplo, Bermejo et al. (2011), observaron que los individuos de más edad presentaban un mayor uso de estrategias en general. Otros estudios observaron que conforme aumenta la edad se produce un aumento específicos en el empleo de estrategias enfocadas en el problema tales como el afrontamiento activo (Gómez et al., 2015; Huamani Domínguez y Paredes Ayala, 2018), la planificación (Gómez et al., 2015) o la aceptación (Ruiz Fernández et al., 2016); aunque otras estrategias incluidas dentro de este grupo veían reducido su empleo conforme aumentaba la edad, como el humor (Gómez et al., 2015) o el uso de estrategias de apoyo instrumental (Ruiz Fernández et al., 2016). Gómez et al. (2015), también encontraron un aumento con la edad del uso de la religión como estrategia de afrontamiento, estrategias más vinculadas a un afrontamiento evitativo; hallazgo que también fue observado en otros estudios donde la técnica empleada para la medición de las estrategias de afrontamiento no fue el COPE-28, como es el de Mayordomo Rodríguez et al. (2015).

También se encontraron estudios en los que observaron que los individuos de mayor edad presentaron un menor uso que los más jóvenes en lo referente a estrategias de afrontamiento enfocadas en la emoción, tales como la búsqueda de apoyo emocional (Levano Loza, 2018); así como también un menor uso de estrategias de afrontamiento evitativas, como el uso de sustancias (Gómez et al., 2015) o la autodistracción (Levano Loza, 2018). Aunque hay que señalar que, en el caso del empleo de estrategias evitativas, otros estudios no encontraron relación entre el empleo de las mismas y la edad de los individuos (Huamani Domínguez y Paredes Ayala, 2018)

Por último, hay que señalar también que se encontraron estudios en los que no se observó una relación entre el empleo de estrategias de afrontamiento, en general, y la edad, tanto entre los que emplearon la técnica COPE-28 para la recolección de datos (Tapia Carreño, 2020), como entre los que emplearon otro tipo de técnica (Gómez et al., 2008)

Considerando en su conjunto a todos los estudios presentados, se podría decir que en un momento prepandemia, lo esperable era que los individuos de mayor edad presentaran mayor uso de estrategias enfocadas en el problema que los más jóvenes y un menor uso de estrategias centradas en la emoción y evitativas que estos. No obstante, a pesar de los escasos estudios encontrados donde se relacione el uso de estrategias de afrontamiento y la edad durante la pandemia, se podría decir que la incursión de esta enfermedad produjo en los primeros momentos un aumento en el empleo de todo tipo de estrategias por parte de los individuos, llevando a equiparar el empleo de estrategias (tanto adaptativas como no adaptativas) entre las diferentes edades (como en el estudio llevado a cabo por Torres Díaz et al., 2021); pero que al alargarse el proceso pandémico y cronificarse el estresor, las personas de mayor edad empezaran a reducir su uso de estrategias, especialmente las centradas en el problema, por un efecto fatiga o el sentir que no podían hacer nada para solucionar el problema (indefensión aprendida), haciendo que los individuos más jóvenes fueran los que presentaran un mayor uso de este tipo de estrategias (como en el estudio de Aponte Daza et al., 2022).

Vinculando estas lecturas con los datos obtenidos en la presente investigación, vemos que en la misma vuelven a desaparecer las diferencias en el empleo de estrategias entre edades, efecto que se puede deber al hecho de que, al estar transitando los individuos del presente estudio por la enfermedad, la situación se interprete sumamente estresante (como en el inicio de la pandemia), poniendo en juego todas las estrategias que los individuos tienen a su disposición, con la intención de hacer frente al estresor y, al ocurrir esto en todos los individuos, independientemente de la edad de los mismos, haga que no se observen diferencias en el uso de estrategias.

Este dato puede encontrar apoyo en otro hallazgo realizado en el presente trabajo, cuando se observó que el empleo de estrategias de afrontamiento en los individuos del presente estudio, en el momento de transitar la enfermedad, era mayor que el encontrado en otros estudios llevados a cabo durante la pandemia.

Centrando la atención ahora en la variable de apoyo social percibido, no se encontraron estudios donde se estudiará específicamente la relación entre esta variable y la edad durante la pandemia; no obstante, se realizó una revisión bibliográfica con el fin de analizar cuál sería la relación esperable entre ambas variables en un periodo previo a la aparición del COVID-19.

Tampoco en esta ocasión fueron muchos los trabajos encontrados, y entre los hallados, ninguno de ellos utilizó el EMAS como técnica de recolección de datos. Entre ellos, aunque algunos trabajos revelaron que existían diferencias en el apoyo social percibido en función de la edad, aunque la relación no estaba del todo clara ya que no seguía una dirección lineal (a más edad más apoyo o a más edad menos apoyo) (Arechabala Mantuliz y Miranda Castillo, 2002; Blazquez Manzano et al., 2022); la mayoría de ellos revelaron una ausencia de relación entre estas dos variables (Baca Romero, 2013; Canales Vergara y Bara Almagiá, 2014; Tapia Carreño, 2020).

En base a estos datos, y comparándolos con los obtenidos en la presente investigación, se podría decir que los individuos de la presente muestra, durante su tránsito por la enfermedad por COVID-19, no presentaron diferencias en el apoyo social percibido en función de la edad de los mismos; coincidiendo con los datos obtenidos en este constructo en momentos previos a la pandemia. No obstante, no hay que olvidar que, en el caso del presente estudio, el apoyo social percibido fue menor al encontrado en tiempos prepandémicos y, además, el mayor apoyo social era percibido desde otros significativos, a diferencia de en tiempos prepandémicos en el que el principal apoyo era percibido desde la familia y amigos.

En lo que respecta a la variable **escolaridad**, el 96% de la muestra explorada finalizó sus estudios secundarios, centrándose la mayoría entre los que tuvieron estudios secundarios y terciarios completos. Esta variable no mostró relación con el tipo de estrategias de afrontamiento empleadas, el apoyo social percibido o los estados emocionales de depresión y ansiedad; pero sí con el estrés experimentado durante su tránsito por la enfermedad, pudiéndose observar que las personas que alcanzaron solo estudios primarios completos presentaron menor nivel de estrés que el resto, pudiéndose entender que a menor nivel de escolaridad menor nivel de preocupación.

Lo cual, concordaría con lo planteado por Malhotra et al. (2022) quienes, trabajando con adultos mayores, observaron evidenciaron que aquellos con mayores niveles de estudio presentaron más estrés, no encontrando relación entre el nivel de estudio alcanzados y la sintomatología ansiosa o depresiva presentada. Ijaz e Ijaz (2022), trabajando en este caso con profesionales de la salud, también observaron que aquellos con mayor nivel de estudios (con estudios de postgrados) presentaron más ansiedad y estrés, aunque no encontraron una relación entre el nivel de estudios alcanzado y la sintomatología depresiva presentada.

No obstante, la mayoría de las investigaciones mostraron que el nivel educativo no solo mostraba relación con la dimensión estrés, sino también con las dimensiones ansiedad y depresión; y, además, dichos estudios mostraban relaciones contrarias a la encontrada en el presente trabajo. Así, son varios los estudios que señalaron que fueron los individuos con menores niveles educativos los que presentaron mayores niveles de depresión (Lai et al., 2020; Mora Torijano, 2021; Pilataxis et al., 2021; Wang et al., 2020), ansiedad (Lai et al., 2020; Mora Torijano, 2021; Pilataxis et al., 2021) y estrés (Lai et al., 2020; Mora Torijano, 2021).

Entre las escasas investigaciones prepandemia encontradas en las que se estudie la relación entre el nivel de escolarización de los individuos y los niveles de ansiedad, estrés y depresión presentados por los mismos está la realizada por Batista dos Santos et al. (2014) en individuos en situación preoperatoria. Estos autores observaron que la sintomatología ansiosa y los niveles de estrés de estos individuos no se veían modificados por el nivel de estudio que los mismos hubieran alcanzado (básico, secundario, universitario, otros grados); pero sí observaron que aquellos individuos con mayor nivel de estudios presentaron menos sintomatología depresiva. No obstante, no hay que perder de vista que los datos de este estudio fueron recabados en un

momento en los que la muestra estaba sometida a una situación de alto estrés, como es la situación de preoperatorio.

Sin embargo, si se tiene en cuenta lo señalado por Stern (2009, citado en Mayordomo Rodríguez et al., 2015), es esperable que aquellas personas con mayor nivel de estudios presenten también mayor reserva cognitiva, lo que les permitiría plantearse mayor número de posibilidades y mayor número de recursos para hacer frente a una situación desadaptativa. Por tanto, cabría esperar que estas personas presentaran menos sintomatología ansiosa y/o depresiva, y menores niveles de estrés. Algo que concuerda con los datos encontrados en muchos estudios llevados a cabo durante la pandemia.

Pero en el caso de la presente investigación, en la que los individuos se encontraban transitando por la enfermedad de COVID-19, los niveles de sintomatología ansiosa y depresiva eran similares entre los individuos, independientemente del nivel de estudios que los mismos tuvieran; siendo los individuos con menor nivel de estudios los que presentaban menos estrés que el resto. Es posible que los menores niveles de estrés presentados por los individuos con menor nivel de estudio puedan ser explicados por cierta dificultad de estos individuos para entender las complicaciones que el COVID-19 pudiera producir sobre su salud y la peligrosidad del mismo; siendo la alta sintomatología depresiva y ansiosa mostrada (similar a la de individuos con niveles de estudio más elevados) más bien un efecto del desgaste sufrido por el tránsito por la pandemia, y no tanto debido al miedo que la enfermedad pudiera provocar en ellos. Por otra parte, aquellos individuos con mayor nivel de estudios, al tener más herramientas para comprender la peligrosidad de la enfermedad, presentaran mayores niveles de alerta ante la misma (mayores niveles de estrés); siendo la alta sintomatología ansiosa y/o depresiva que mostraron resultado, no solo de su tránsito por la pandemia, sino también del análisis de la situación en la que se encontraban en ese momento de enfermedad. Es posible que estos individuos con mayores niveles de estudio, aunque pudieran haber tenido mayor bagaje de recursos de afrontamiento que los de menor nivel educativo, ante un análisis de la situación que los hace verla como más estresante, estimaran a dichos recursos como inútiles a la hora de confrontar y eliminar el estresante, abandonando el empleo de dichas estrategia de afrontamiento, lo que les llevó a presentar niveles de ansiedad y depresión similares a aquellos con menor escolaridad.

Esto último (el hecho de que los individuos con más formación hayan dejado de usar estrategias de afrontamiento que poseían al interpretar la situación como altamente amenazante y sobre la que no se podía actuar), parece tener sustento en los hallazgos encontrados en el presente trabajo al estudiar la relación entre el nivel de estudios alcanzado por los individuos y el empleo de estrategias de afrontamiento al estrés.

Como se ha señalado anteriormente, Stern (2009, citado en Mayordomo Rodríguez et al., 2015), señala que aquellas personas con mayor nivel de estudios también presentan mayor número de estrategias de afrontamiento para hacer frente a las situaciones estresantes. No solo

eso, sino que poseerán más capacidad para la resolución de problemas (Cruz et al., 2010; Péres, 2014, ambos en Tapia Carreño, 2020).

De hecho, aunque algunos estudios realizados prepandemia no mostraron relación entre el nivel de estudios alcanzado por los individuos y el tipo de estrategias de afrontamiento que empleaban (Gómez et al., 2015). En aquellos en los que si se observaron diferencia, en la mayoría de los casos señalaban que aquellos individuos con mayor nivel de estudios presentaban un mayor uso de estrategias enfocada en el problema (Huamani Domínguez y Paredes Ayala, 2018; Mayordomo Rodríguez, 2013; Tapia Carreño, 2020), un mayor uso de estrategias enfocadas en la emoción (Mayordomo Rodríguez, 2013; Tapia Carreño, 2020); y un menor uso de estrategias de afrontamiento evitativo (Huamani Domínguez y Paredes Ayala, 2018; Mayordomo Rodríguez et al., 2015). Mientras que autores como Gómez et al. (2008), encontraron que aquellos individuos con menos nivel de formación presentaron más dificultades de afrontamiento.

Los escasos trabajos encontrados durante la pandemia que estudiaron la relación entre el empleo de estrategias de afrontamiento y el nivel de estudios alcanzado por los individuos, parecen ir en la misma dirección que los prepandémicos. Así, Lira Durán et al. (2021), observaron que los individuos con menor nivel de estudios presentaban un mayor uso de estrategias de evitación que aquellos que alcanzaron niveles de educación más altos. Mientras que Marsollier y Expósito (2020) observaron que aquellos individuos con mayor nivel de estudios alcanzado presentaron mayor empleo de estrategias de Planificación y Humor (ambas enfocadas en el problema); aunque estos autores también observaron que los individuos de sus estudios con mayores niveles de estudio también emplearon más estrategias relacionadas a la emoción (desahogo) y a la evitación (uso de sustancias).

Este último dato hace pensar que la aparición del virus del COVID-19 y la entrada en la pandemia pudo haber afectado la relación preexistente entre el empleo de estrategias de afrontamiento y el nivel de estudios alcanzado por los individuos. Es posible que, ante la presencia de un estresor tan potente, los individuos de mayor nivel de estudios, intentaran poner en juego la mayor cantidad de estrategias de afrontamiento posibles para hacer frente al malestar emocional que les producía, empleando estrategias tanto del tipo adaptativo, como no tan adaptativas.

Teniendo esto en cuenta, se debe considerar también que en el presente estudio se observó que los individuos que transitaban por la enfermedad, a pesar de presentar un mayor empleo de estrategias de afrontamiento que en otros estudios en época de pandemia, presentaban un menor uso de estrategias de afrontamiento adaptativas si se comparaban los resultados con estudios prepandémicos, pero un mayor uso de estrategias de evitación. Todo esto hace pensar que esa ausencia de diferencias en el empleo de estrategias de afrontamiento en función del nivel de estudios alcanzado pueda deberse a que los individuos con mayor nivel de estudios redujeran el empleo de estrategias centradas en el problema y en la emoción, y aumentaran el número de

estrategias de tipo evitativo; lo que llevó a que los individuos de mayor nivel de estudios no se diferenciaron de los que poseían menos estudios en lo referente al empleo de estrategias.

Con respecto a la relación entre nivel de escolaridad alcanzado por los individuos y el apoyo social percibido por los mismo, la búsqueda bibliográfica realizada arrojó pocos resultados de estudios donde se analizará esta interacción, tanto en momentos prepandémicos, como durante la pandemia.

Aunque existen trabajos como el de Baca Romero (2013), realizado en pacientes oncológicos, donde no encontró diferencias en apoyo social percibido en función del nivel de instrucción de los individuos; la mayoría de los trabajos mostraron que cuanto mayor era el nivel de estudios alcanzado por el individuo mayor era el apoyo social que percibían, tanto en momentos previos a la aparición del COVID-19 (Canales Vergara y Barra Almagiá, 2014; Tapia Carreño, 2020), como durante la misma (Wang, 2021).

En cambio, en el presente estudio no se encontraron diferencias en el apoyo social percibido por los individuos en el momento de transitar la enfermedad por COVID-19. Este resultado podría deberse, precisamente, al momento crítico que se encontraban viviendo los individuos. Barra et al. (2006, citado en Salinas Oñate et al., 2018) señalan que el apoyo social percibido por un individuo podría verse afectado por el estado de ánimo del mismo; y que una persona aislada y deprimida tenderá a percibir menos apoyo social.

Se ha de recordar que los individuos del presente estudio mostraron mayores niveles de estrés y más presencia de sintomatología ansiosa y depresiva; y que, además, percibían recibir menos apoyo social durante su tránsito por la enfermedad. Es posible que esta situación fuera percibida por los individuos de mayor nivel de estudios como muy estresante, llevándolos a estados emocionales adversos y a una reducción en la percepción de apoyo social, lo que explicaría que su percepción de apoyo social se equiparara a la de aquellos individuos con menor instrucción.

El análisis de la variable **situación laboral** reveló que el 85% de los evaluados eran trabajadores activos en diversas situaciones (dependiente a tiempo parcial o completo) e independiente), quedando un porcentaje menor que consigno encontrarse desocupado, jubilado, siendo ama de casa, incapacitado o estudiante. En la muestra, además, se pudo observar que no presentaban diferencia entre ellos al comparar los estados emocionales, el tipo de estrategias de afrontamiento empleadas y el apoyo social percibido.

No obstante, en el caso de las estrategias de afrontamiento, se observó una tendencia a que las amas de casa y los jubilados emplearan más la negación que aquellos individuos que se encontraban desempleados en el momento de su tránsito por la enfermedad por COVID-19. También se observó una tendencia, no significativa, a que los jubilados y los trabajadores independientes presentaran un mayor uso de la estrategia de negación que los trabajadores dependientes a tiempo completo. Así como también se observó una tendencia, no significativa, a que las amas de casa emplearan más la estrategia de desconexión conductual durante su enfermedad que los trabajadores dependientes a tiempo completo, o que los estudiantes.

La ausencia de relación entre la situación laboral de los individuos en el momento de transitar la enfermedad por COVID-19 y los estados emocionales que presentan no condice con algunos hallazgos encontrados durante la pandemia.

Tal cual señalan Pilataxis et al. (2021), la inestabilidad laboral o los bajos salarios pueden constituir un factor de riesgo para los estados emocionales. De hecho, investigaciones previas a la pandemia, como la de Firminio et al. (2018), mostraron que aquellos individuos que tenían trabajo presentaban menos ansiedad, depresión o estrés, que aquellos individuos que se encontraban en situación de desempleo.

Con la aparición de la pandemia por COVID-19 la economía se vio afectada en todos los países, generando desempleo y dificultades económicas en la mayoría de las familias y personas. En el caso de la República Argentina, donde ya existía una crisis económica preexistente, la situación se agravó aún más con la pandemia, donde la cuarentena produjo significativas pérdidas económicas, acrecentando la vulnerabilidad de los sectores más desfavorecidos, entre ellos las personas desempleadas o con empleo inestable (Caccia et al., 2021). Ante esta situación, aquellos sujetos que tienden a responder con ansiedad en los momentos de incertidumbre, podrían haberse visto desbordados por la situación económica que trajo la pandemia, produciendo la aparición de estados emocionales adversos en los individuos. Por todo esto, era de esperar que aquellas personas desempleadas, en situación de discapacidad laboral o que trabajaran de manera independiente vieran perjudicado su estado emocional.

De hecho, varios trabajos llevados a cabo durante la pandemia reflejan lo señalado en el párrafo anterior.

Así, algunas investigaciones mostraron que la reducción de ingresos en tiempos de pandemia, o una inestabilidad en los mismos, (ya fuera por despido de integrantes de la familia, o por imposibilidad de prestar servicios en aquellas personas que trabajaban de manera independiente) se vio reflejada en una mayor sintomatología ansiosa (Caccia et al., 2021; Medina y Ródenas, 2022; Shetsche, 2021) o depresiva (Shetsche, 2021).

También varios estudios revelaron que los individuos que durante la pandemia se encontraban en situación de desempleo presentaron mayor sintomatología ansiosa (Andrades Tobar et al., 2021), depresiva (Andrades Tobar et al., 2021; Emidgio Vargas et al., 2022; Orellana y Orellana, 2021) y más niveles de estrés (Andrades Tobar et al., 2021; Orellana y Orellana, 2021) que los individuos que se encontraban en otras situaciones laborales.

Por otra parte, cabría esperar que aquellos trabajadores que trabajaban media jornada durante la pandemia también hubieran presentado mayor vulnerabilidad emocional, ya que implicaba menor ingreso económico. Sin embargo, estudios como el de Keim et al. (2022) encontraron que el hecho de trabajar media jornada o jornadas completa no afectaba los niveles de depresión, ansiedad o estrés en el DASS-21. Según estos autores, es posible que estos resultados se debieran al hecho de que trabajar en determinados empleos (p. e. educación) durante la pandemia fue una labor tan difícil que esto hace que la ventaja emocional de ser empleado a tiempo completo no se viera reflejada.

Por otra parte, Wang (2021), encontró que las personas que durante el confinamiento por COVID-19 tuvieron que trabajar desde sus casas (teletrabajo) presentaron mayores niveles de sintomatología ansiosa y depresiva, así como más estrés que aquellos individuos que no trabajaban o que tenían que salir de sus hogares para hacerlo.

No obstante, en la presente investigación, no se observó que el hecho de poseer o no empleo, así como tampoco el tipo de empleo que se realizara (dependiente a tiempo completo, dependiente a tiempo parcial o independiente), se relacionara con los estados emocionales de los individuos durante su tránsito por la enfermedad por COVID-19.

Otro grupo de los incluidos en el presente estudio en la taxonomía de la situación laboral, el de los estudiantes, también vio muy afectado su estado emocional durante la pandemia. Trabajos como el de Wang et al. (2020) observaron que los estudiantes mostraban mayores niveles de ansiedad y estrés que aquellos individuos que estaban empleados; aunque no mostraron diferencias con aquellos individuos que se encontraban desempleados o retirados. Por su parte Jorquera Gutiérrez et al. (2021) encontraron que los estudiantes era el grupo que más sospecha o presencia de psicopatología presentaron, seguido de las personas que se encontraban sin trabajo y los trabajadores activos, siendo el grupo que menos psicopatología presentó el de amas de casa.

Esta mayor afectación emocional por parte de los estudiantes podría deberse, como señalan varios autores (Caccia et al., 2021; Jorquera Gutiérrez et al., 2021; Ozamiz Etxebarria et al., 2020) a que, al estrés propio de la pandemia, se añadió el estrés que vivieron los mismo ante la necesidad de adaptarse a un nuevo contexto educativo atravesado por la virtualidad. Pero este aspecto tampoco se observó en la presente investigación, aunque el número de estudiantes que participó en la misma no fue muy elevado.

Es posible que la ausencia de relación entre la situación laboral de los individuos durante su tránsito por la enfermedad y los estados emocionales de los mismos, encontrada en el presente trabajo, tenga su explicación en el momento temporal en el que el mismo se llevó a cabo. Habiendo transcurrido casi dos años desde la aparición del virus, en un momento en el que las restricciones se encontraban mucho más suavizadas, las personas habían tenido tiempo y posibilidades de encontrar formas de acomodarse a las dificultades económicas que acompañaron a la irrupción del virus en sus primeros momentos. Además, gracias a la rápida adquisición del manejo de las tecnologías de la comunicación, los individuos podían seguir trabajando y estudiando desde sus casas, sin que esto fuera ya un factor estresante extra para los individuos. Por todo esto, es posible que el hecho de contraer la enfermedad y tener que estar aislado no afectara tanto su situación laboral y, por ende, esta no repercutiera tanto en los estados emocionales de los individuos.

No obstante, no hay que perder de vista que, el hecho de transitar por la enfermedad fue vivido por los individuos como una situación extremadamente adversa que les produjo un alto malestar emocional. Es posible entonces que, esta ausencia de diferencias en los estados emocionales en función de la situación laboral, pudiera venir explicada por el hecho de que los

individuos estaban tan centrados en la enfermedad y los síntomas de la misma, que sus situaciones laborales pasara a un segundo plano, no prestándoles atención a las mismas en ese momento.

Como se ha señalado previamente, la situación laboral de los individuos tampoco mostró relación con el tipo de estrategias de afrontamiento que los mismos pusieran en juego en el momento de transitar la enfermedad por COVID-19.

Si se tienen en cuenta investigaciones previas a la pandemia, se observa que Morán Astorga y Schulz (2008) encontraron que los estudiantes utilizaban más estrategias de apoyo emocional, apoyo instrumental y autodistracción que las personas que trabajaban, datos que no concuerdan con los encontrados en la presente investigación donde las estrategias de afrontamiento empleadas no diferían entre estudiantes y trabajadores.

Quizás, esta ausencia de diferencias entre trabajadores y estudiantes observada en el presente estudio pueda ser debida a que los estudiantes redujeran el empleo de estrategias adaptativas que, como se vio con anterioridad, en el presente estudios se veían reducidas en su uso en relación a momentos prepandemia. Mientras que los trabajadores pudieron haber aumentado el empleo de estrategias de evitación en comparación a los momentos previos a la aparición del virus, que como también se vio con anterioridad fue una de las estrategias más empleadas en este momento de tránsito por la enfermedad. Se podría pensar que esta reducción en estrategias adaptativas (como la búsqueda de apoyo emocional, al no poder buscar apoyo más allá de otras personas que están compartiendo la enfermedad con ellos) y aumento de estrategias evitativas, (como la autodistracción, ya que al estar confinados disponen de más tiempo para buscar pasatiempos que los hagan olvidarse de la situación estresante por la que están pasando) se deban al momento de encierro que tienen que transitar al encontrarse enfermos con COVID-19.

De hecho, como se ha señalado, no se encontraron diferencias en el tipo de estrategias de afrontamiento empleadas entre ninguno de los grupos en estudio. No obstante, se observó una tendencia, no significativa, a que las amas de casa y los jubilados emplearan estrategias de afrontamiento más tendentes a alejarse del problema y a no abordarlo, que otros grupos laborales estudiados, tales como los trabajadores, estudiantes o desempleados. Es posible que los trabajadores y los estudiantes, al estar bien asentado ya en este momento el teletrabajo y la educación virtual, más allá de que estuvieran atravesando un confinamiento por padecer la enfermedad por COVID-19, pudieran estar ocupando su tiempo en estos quehaceres, pero de una manera distinta a la que solían llevarlos a cabo, lo que les impedía negar la realidad por la que estaban pasando; mientras que en el caso de las amas de casa y los jubilados, al no tener que modificar tanto sus hábitos por la irrupción de la enfermedad, podían tender a “hacer como si no estuviera ocurriendo nada”.

Por otro lado, la tendencia de las amas de casa y los jubilados a presentar una mayor negación de la situación que los desempleados, pudo haber venido determinada por el hecho de que estos últimos, por su situación laboral, no pueden ignorar la presencia de la enfermedad y

sus consecuencias económicas, llevándolos a preocuparse por dicha situación y no pudiendo evadirse de ella.

Con respecto a la relación entre el apoyo social percibido y la situación laboral de los individuos, existen estudios, tanto en momentos de prepandemia (Fagundes et al., 2015; Mickelson y Kubzansky, 2003 ambos en Fontibón et al., 2015), como durante la pandemia Shetsche (2021), donde se observó que los individuos de menor nivel socioeconómico presentaban una menor percepción de apoyo social. Aunque también existen estudios en los que no se encontró una relación entre el nivel socioeconómico de los individuos, antes de la pandemia, y el nivel de apoyo social percibido por los mismos (Fontibón et al., 2015)

Por su parte, Wang (2021) observó que aquellas personas que durante el confinamiento por la enfermedad por COVID-19 tuvieron que trabajar desde sus casas, percibieron mayor apoyo social que aquellas que no trabajaban o que debían de salir de sus hogares para hacerlo.

En base a estos estudios señalados, en el presente trabajo se esperaba que aquellas personas desempleadas, con incapacidad laboral, jubilados o estudiantes presentaran menor puntuación en apoyo social que los trabajadores a tiempo completo, resultados que no se dieron. La ausencia de relación entre el apoyo social percibido por los individuos y la situación laboral de los mismos, quizá venga determinada por el momento que dichos individuos están transitando, la enfermedad por COVID-19; que, como se viene señalando, afectó muy fuertemente los estados emocionales de los individuos, afectando esto su apreciación general sobre el apoyo social percibido, reduciéndolo (Barra et al., 2006, citado en Salina Oñate et al., 2018).

Al evaluar las **variables vinculadas a la enfermedad** se pudo comprobar que el 95% de la muestra obtuvo confirmación en su diagnóstico de COVID-19. Siendo un 86% de los mismos quienes transitaron la enfermedad de manera moderada a leve. Al buscar la relación de esta variable con los estados emociones, no se encontraron diferencias en los niveles de sintomatología depresiva y estrés en función de la severidad con que vivieron la enfermedad; pero en lo que respecta a la ansiedad, se evidenció que a mayor severidad de la enfermedad mayor ansiedad.

Di bien algunos trabajos realizados durante la pandemia no parecieron relacionar el hecho de transitar la enfermedad con los estados emocionales de los individuos (Ocaña Aguilar et al., 2021); otros estudios, como el de Erquicia et al. (2020) si encontraron que la misma afectada los niveles de ansiedad, depresión y estrés de los individuos. Estos autores, trabajando con profesionales de la salud en los primeros momentos de la pandemia, encontraron que aquellas personas que habían experimentado síntomas relacionados con la enfermedad por COVID-19 presentaron más niveles de estrés, así como más sintomatología ansiosa y depresiva que quienes no experimentaron dichos síntomas; además encontraron que el confinamiento producía un gran malestar emocional.

La cuarentena en el hogar genera condiciones que pueden despertar un alto estrés. La retirada de hábitos durante el confinamiento fomenta dicho estrés, haciendo que las personas se

muestren preocupadas por la situación, por su propia seguridad y por la de otras personas (Barlett et al., 2020, citado en Espada et al., 2020)

En base a estos datos, en el presente trabajo se podría esperar que aquellas personas que transitaron la enfermedad y tuvieron que permanecer aislados durante la misma, vieran afectados sus estados emocionales; esperándose también que los individuos que transitaron la misma con niveles de sintomatología más graves, presentaran más niveles de ansiedad, depresión y estrés. Hipótesis que no pudo ser corroborada completamente en el presente estudio, ya que, si bien se observó que aquellos individuos con niveles de severidad más altos en la enfermedad presentaban más sintomatología ansiosa, no se observaron diferencias en los niveles de estrés o de sintomatología depresiva. Es posible entonces que, los altos índices de depresión y estrés encontrado en el presente estudio tuvieran más que ver con las consecuencias del confinamiento por la enfermedad y no por la enfermedad en sí, de ahí que independientemente de la gravedad de los síntomas presentaran gran cantidad de estrés y sintomatología depresiva; mientras que en el caso de la ansiedad, si bien los síntomas vinculados con la misma también podrían estar vinculados al encierro por la enfermedad, está en sí misma también parecía influirla, haciendo que aquellos individuos que sintieron síntomas más graves estuvieran más preocupados por lo que les podría ocurrir.

Respecto a relación entre las estrategias de afrontamiento empleadas durante la enfermedad y la **gravedad de los síntomas experimentados en ella**, se observó que aquellos que tuvieron síntomas severos utilizaron más las estrategias de apoyo social que aquellos que presentaron síntomas moderados; aunque es llamativo que el grupo de síntomas leves también tendieran a emplear más esta estrategia que aquellos con síntomas moderados. También se observaron otras tendencias, no significativa, pero que se considera relevante señalar.

Así, se observó una tendencia a que los individuos que experimentaron síntomas moderados empleara menos las estrategias de apoyo emocional que aquellos con síntomas leves o severos; también se observó que los que presentaron síntomas severos tendieron a usar más la estrategia de uso de sustancias que los que experimentaron la enfermedad de manera moderada; y, por otra parte, se observó una tendencia a que los que recurrieron con mayor frecuencia la estrategia de autoinculpción fueran los que sufrieron síntomas leves más que los que experimentaron la enfermedad de manera severa.

Estos datos podrían indicar que las personas que transitaron la enfermedad de una manera más severa buscaban más el apoyo de personas calificadas que los ayudaran a sobrellevar los síntomas físicos de la enfermedad, así como también buscaban afecto y cariño por parte de otras personas, buscando quizás sobreponerse al malestar emocional del tránsito por la misma. Es posible que la tendencia al menos uso de la estrategia autoinculpción por parte de este grupo pudiera venir explicado por el hecho de que el malestar y la angustia producida por la enfermedad, no les hiciera pensarse a ellos mismos como culpables de no poder afrontarla.

Por su parte, los individuos con sintomatología más leve, al no encontrarse tan mal físicamente, es posible que pudieran acudir con más frecuencia a recabar datos sobre la

enfermedad para mitigar su miedo; así como también buscar que otras personas significativas para ellos los apoyaran emocionalmente diciéndoles que el miedo y el estrés que estaban pasando era “normal”. No obstante, al no encontrarse físicamente tan deteriorados, es posible que esto los llevara a autoinculparse por no poder afrontar de una mejor manera la situación.

Este análisis presentado parece concordar también con lo observado en cuanto a la ausencia de relación entre el nivel de gravedad de síntomas de la enfermedad y el apoyo social percibido por parte de los individuos. El hecho de que, aunque fuera por motivos diferentes, tanto los individuos con síntomas más graves durante la enfermedad como aquellos que la transitaron de manera más leve, acudieran a las estrategias de apoyo social (que podría equipararse al apoyo de otros significativos) y apoyo emocional (que podría equipararse al apoyo de familiares y amigos), podría ser lo que explique esta ausencia de relación entre la variable severidad de la enfermedad y apoyo social percibido durante el tránsito por la misma.

El análisis de la **variable de acompañamiento**, llevó a señalar que el 96% de los individuos se encontraban acompañados al momento de transitar por la enfermedad; y estos acompañantes, en su mayoría, presentaron síntomas leves. Cuando se analizó la relación entre estas variables y los estados emocionales que presentaban los individuos durante su enfermedad, se encontró que los evaluados no presentaron diferencias significativas en los niveles de ansiedad, depresión y estrés entre las personas que estaba solas y aquellas que se encontraban acompañados en el momento de transitar la enfermedad; como tampoco en función del tipo de acompañamiento que tenían los individuo en el momento del encierro por la enfermedad, así como tampoco en función del nivel de gravedad con la que dichos cohabitantes vivenciaron la enfermedad.

Al recurrir a la bibliografía pre-existente sobre el tema, con el fin de interpretar los resultados encontrados, se observó que son pocas las investigaciones que trabajan específicamente la variable convivencia, siendo mucho más numerosas aquellas que estudian la relación entre el estado civil de los individuos y los estados emocionales de los mismos durante el periodo de pandemia.

De esta manera se pudo observar que, aunque existen investigaciones en las que no se encontraron diferencias en los niveles de ansiedad (Pilataxis et al., 2021; Wang et al., 2020), depresión (Ijaz e Ijaz, 2022; Pilataxis et al., 2021; Wang et al., 2020) o estrés (Pilataxis et al., 2021; Wang et al., 2020) en función del estado civil de los individuos; otras investigaciones mostraron resultados contradictorios. Así, Ijaz e Ijaz (2022) observaron que los individuos que se encontraban casados presentaban más ansiedad y estrés que los solteros; mientras que Heredia et al. (2021) señalaron que los individuos solteros y sin hijos presentaron menos ansiedad, depresión y estrés. Sin embargo, Andrades Tobar et al. (2021) observaron en su investigación que aquellos individuos que se sentían solos durante la pandemia presentaban mayores niveles de ansiedad, depresión estrés; y Mora Torijano (2021) observó que eran los casados los que menos ansiedad, estrés y depresión presentaron. Este último autor hace referencia explícita al hecho de que aquellos individuos que convivían durante la pandemia con

su cónyuge mostraron menos niveles de sintomatología ansiosa que los que no convivían con nadie.

Otros autores que trabajaron más específicamente el constructo convivencia, algunos de ellos observaron que aquellos que vivían acompañados durante la pandemia presentaron mayores niveles de estrés (Dosil Santamaría et al., 2021; Emigdio Vargas et al., 2022); mientras que otros, como Medina y Ródenas (2022) observaron que convivir con los padres reducía la ansiedad de los individuos.

Una mención especial merece el hecho de tener o no hijos, y convivir o no con ellos durante la pandemia. En relación a este tema, la bibliografía revisada mostró que existían trabajos en los que no se encontró ninguna relación entre el hecho de tener o no hijos y los estados emocionales de los individuos (Wang et al., 2020); mientras que otros trabajos mostraron que aquellas personas que no tenían hijos presentaron mayores niveles de ansiedad (Andrades Tobar et al., 2021), depresión (Andrades Tobar et al., 2021; Emigdio Vargas et al., 2022) y estrés (Andrades Tobar et al., 2021); y otras investigaciones mostraron que aquellos que tenían hijos eran los que manifestaban menos niveles de ansiedad (Mora Torijano, 2021), depresión (Mora Torijano, 2021) y estrés (Mora Torijano, 2021; Emigdio Vargas et al., 2022).

Por otra parte, entre aquellos trabajos que indagaron concretamente la convivencia con los hijos también mostraron resultados contradictorios. De esta manera, Erquicia et al. (2020) observaron que aquellos profesionales de la salud que convivían con menores, entre ellos sus hijos, presentaron más malestar emocional durante la pandemia. Por su parte, Mora Torijano (2021) observó en su estudio que aquellos padres que vivían solos con sus hijos durante el confinamiento por la pandemia presentaban más depresión que las personas que vivían solas sin hijos. Mientras que Wang (2021) observó, trabajando con padres de chicos con espectro autista, que la interacción de estos con sus hijos durante la pandemia no se relacionó con el estado emocional que los padres presentaron.

Como se puede observar, los resultados son contradictorios. Esto puede deberse al hecho de que son múltiples variables las que están entrando en juego (tipo de trabajo de los individuos, tipo de relación con las otras personas, entre otras) y, por lo tanto, dependiendo de cómo las mismas interactúen, el hecho de convivir con otras personas o no pueda resultar beneficioso, perjudicial o neutro para la salud mental de los individuos.

La hipótesis de partida en el presente trabajo era que aquellas personas que convivieran con otras durante el confinamiento al transitar por la enfermedad, al sentirse acompañados y respaldados emocionalmente, presentarían mejores estados emocionales que aquellos que permanecieran solos durante la misma. No obstante, esta hipótesis no se corroboró, posiblemente por el hecho de que el transitar con otros la enfermedad no es de por sí un resguardo para la salud psíquica de los individuos, dependiendo de otras muchas variables tales como el tipo de relación que se tenga con esos otros.

Otra variable que pudo estar modulando esta ausencia de relación entre el hecho de convivir o no con otros durante la enfermedad por COVID-19 y los estados emocionales de los individuos es el hecho de que esos otros también transitaban la enfermedad.

De hecho, muchos trabajos realizados durante la pandemia mostraron que el hecho de tener contacto con personas COVID-19 positivos fomentaban la aparición de sintomatología ansiosa (Dosil Santamaría et al., 2021; Emigdio Vargas et al., 2022; Erquicia et al., 2020; Işik et al., 2021), depresiva (Erquicia et al., 2020; Işik et al., 2021; Virto Farfán et al., 2021) y aumentaba los niveles de estrés (Dosil Santamaría et al., 2021; Erquicia et al., 2020; Işik et al., 2021). No obstante, la mayoría de estos estudios estuvieron realizados en personal de salud y hacían referencia a contacto en centros médicos.

Entre los trabajos en los que se hacía referencia específica a la infección por COVID-19 en familiares y cómo esto afectaba los estados emocionales de los individuos, los resultados son contradictorios. De esta manera, Andrades Tobar et al. (2021) observaron que el hecho de tener o no algún familiar que estuviera transitando la enfermedad no afectó la ansiedad, depresión o estrés de los individuos. Mientras que Calderón Cholbi et al. (2021) observaron que los individuos que tenían familiares infectados por el virus presentaron un malestar emocional moderado, mostrando más síntomas de depresión y ansiedad que aquellos individuos que no tenían a familiares transitando por la enfermedad. Esta discrepancia de resultados puede venir determinada por la gravedad de la enfermedad de dichos familiares. De hecho, Wang (2021) observaron que aquellas personas de su estudio cuyos hijos eran los más afectados por COVID-19, eran también los que presentaron mayores niveles de ansiedad, depresión y estrés.

Este último dato podría llevar a pensar que, en el presente estudio, aquellos individuos que convivieron con otras personas cuya enfermedad revestía más gravedad, vieran afectados sus estados emocionales en mayor medida en un sentido negativo. No obstante, en el presente estudio no se encontró relación entre el nivel de gravedad de la enfermedad de los acompañantes y los estados emocionales de los individuos; algo que puede deberse a que la gran mayoría de los acompañantes presentaron una sintomatología leve.

En base a todo lo dicho, se puede decir que, el posible efecto protector que pudiera tener el hecho de convivir con alguien durante el confinamiento por transitar por la enfermedad, pudo verse reducido por el hecho de que estas otras personas (en su mayoría familiares) también se encontraban afectados por la enfermedad, lo que pudo haber aumentado la preocupación de los individuos, haciendo desaparecer el posible efecto tranquilizador de su compañía.

Respecto de las estrategias de afrontamiento se observó que, cuando se compararon las estrategias entre los que la transitaban solos y quienes lo hicieron acompañado, aquellos que tuvieron que afrontar la enfermedad en soledad presentaron mayor uso de sustancias que aquellos que tenían algún tipo de compañía.

Un análisis más detallado, en el que se diferenció entre los distintos tipos de acompañantes, reveló que el uso de sustancias como estrategia de afrontamiento tendió a ser mayor entre aquellos que se encontraban solos durante la enfermedad y entre quienes la transitaban

acompañados únicamente de sus parejas, en comparación a aquellos que la transitaron únicamente en compañía de sus hijos, aunque en esta ocasión las diferencias no resultaron significativas.

Estas personas que transitaron la enfermedad teniendo a sus hijos como única compañía también mostraron una tendencia, aunque no significativa, a emplear más las estrategias de uso del humor que aquellos individuos que se encontraban solos durante la enfermedad o que se encontraban acompañados de otros familiares.

Estos resultados no son concordantes con los encontrados por Marsollier y Expósito (2020) quienes, trabajando en su caso la relación entre el estado civil de los individuos y el empleo de estrategias de afrontamiento durante la pandemia, expusieron que los divorciados y separados instrumentaban más la herramienta de afrontamiento activo; mientras que los casados presentaron un mayor empleo de apertura emocional y de la religión como estrategias; siendo una de las estrategias más empleadas por los solteros el desahogo. Estos autores analizaron también la relación entre el hecho de tener o no hijos y el empleo de estrategias de afrontamiento, encontrando que aquellos individuos que tenían hijos empleaban más el afrontamiento activo y la religión; mientras que quienes no tenían hijos presentaban un mayor uso del humor y el desahogo para afrontar la situación.

Centrando la atención sobre los resultados encontrados en la presente investigación, hay que señalar que no se observaron diferencias en la mayoría de las estrategias entre aquellos que la transitaron en soledad o acompañados, así como tampoco en función de quienes fueran la compañía de los enfermos. Este hecho, puede deberse a que, como se ha señalado con anterioridad, si bien el uso de estrategias fue mayor que en otros momentos de la pandemia, en realidad los individuos redujeron el uso de estrategias en comparación al periodo prepandemia, especialmente de aquellas más adaptativas; pareciendo que esta reducción fue similar en todos los individuos, independientemente de con quienes se estuviera conviviendo.

No obstante, como también se señaló con anterioridad, algunas estrategias de evitación, vieron aumentado su uso en comparación a momentos previos a la aparición del virus, y precisamente fue en una de ellas en las que se observaron diferencias, concretamente esta estrategia fue el uso de sustancias. Si bien esta no es una de las estrategias más empleadas por los individuos durante su tránsito por la enfermedad, se observó que el uso de la misma fue mayor entre quienes se encontraban solos, aunque también se observó una tendencia a que aquellas personas que convivieron durante el encierro por su enfermedad con sus parejas, pero sin tener a cargo a otras personas (otros familiares o a hijos), también usaran más esta estrategia de evitación. Este resultado tiene su lógica si se considera que muchas de las sustancias a las que se puede hacer referencia producen una disminución en los estados de alerta de los individuos y, además, pueden estar socialmente sancionadas; es por tanto esperable que aquellos individuos que tuvieran a cargo menores o adultos mayores, no acudieran a este tipo de afrontamiento para hacer más llevadero el estrés.

Por el contrario, se observó una tendencia a que aquellos individuos que transitaron la enfermedad a cargo de sus hijos, sin una pareja que los acompañe, emplearan más el humor como estrategia de afrontamiento; probablemente en un intento de desdramatizar la situación y no preocupar a los menores.

En lo que respecta a la relación entre la intensidad con que vivieron la enfermedad los acompañantes y las estrategias de afrontamiento empleadas para hacerle frente, no se observó relación entre estas variables.

Por último, respecto al apoyo social percibido, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en función de que los individuos transitaran la enfermedad solos o acompañados; o del tipo de convivencia que tenían los individuos durante la misma.

Estos datos son acordes con los obtenidos por Fontibón et al. (2015), realizado antes de la pandemia, donde observaron que no existían diferencias en el apoyo social percibido entre aquellas personas que tenían pareja y que no. Otros trabajos, realizados también en el periodo previo a la pandemia, tampoco reflejaron diferencias en función del estado civil, pero solamente en algunos tipos de apoyo social. De esta manera Vivaldi y Barras (2012), observaron que no existían diferencias en el apoyo social de amigos entre quienes no tenían pareja y quienes si la tenían; y Blázquez Manzano et al. (2022) observaron que no había diferencias en el apoyo social afectivo percibido (soporte que tiene un sujeto mediante la comunicación con un otro, satisfaciendo necesidades emocionales, sintiéndose valorado, aceptado y querido por los demás) en función del estado civil de los individuos.

Sin embargo, Vivaldi y Barras (2012) observaron que aquellos individuos que tenían pareja percibían recibir más apoyo social familiar y de otros significativos; mientras que Blázquez Manzano et al. (2022) observaron que los solteros percibían mayor apoyo social confidencial (contar con personas a quien confiarle conflictos, situaciones problemáticas o cuestiones que requieren comprensión y ayuda) que los casados, separados o divorciados.

Otras investigaciones realizadas durante la pandemia, como la de Wang (2021), también mostraron diferencias de apoyo social en función del estado civil. Concretamente, en dicha investigación, se observó que los individuos que se encontraban casados percibían recibir mayor apoyo social que los individuos separados, divorciados o viudos.

En el presente estudio, si bien no se encontraron diferencias significativas, como ya se ha señalado, se observaron algunas tendencias que vale la pena señalar e interpretar.

De esta manera, se observaron tendencias a que aquellas personas que, durante su enfermedad, convivieron solamente con sus parejas, con otros familiares o con otras personas que no eran familiares, percibieran más apoyo social de otros significativos que aquellos que convivían con sus parejas e hijos o con sus hijos. Es decir, que estos resultados parecen ir en la dirección de aquellos autores que señalaban que el hecho de no vivir solos parece mejorar el apoyo social que los individuos perciben (Vivaldi y Barras, 2012; Wang, 2021).

Sin embargo, aparece una variable que parece romper esta relación, la presencia de hijos. Es posible que el hecho de que aquellas personas que durante la pandemia convivían con los hijos

tendieran a ver el apoyo prestado por los otros significativos (que previamente se había señalado que podría ser el ofrecido por los sistemas de salud e instituciones para acompañar y asesorar a los enfermos por COVID-19) como insuficiente, considerando quizás que cualquier ayuda para sus hijos era poca.

Esta interpretación, en cierta medida, parece ser corroborada por los hallazgos realizados por Wang (2021). En esta investigación, llevada a cabo durante la pandemia, aunque se observó que los individuos que vivían con sus hijos (diagnosticados con espectro autista) durante este periodo eran los que más apoyo social percibían; si dichos hijos contraían la enfermedad, los individuos percibían recibir muy poco apoyo social. Dado que, en el presente estudio, al estar los hijos de los encuestados conviviendo con ellos, que estaban enfermos, se asume que también habían contraído la enfermedad por COVID-19, lo que podría explicar que este grupo de individuos fuera el que menos apoyo social de otros percibiera, lo mismo que ocurría en el trabajo de Wang (2021). No obstante, hay que señalar que en el presente estudio no se encontró una relación entre la gravedad de la enfermedad de los acompañantes y el apoyo social que percibían los individuos.

Otra tendencia observada en el presente estudio fue que aquellos individuos que convivían con la familia durante el tránsito por la enfermedad, así como aquellos que convivían con otros que no eran familiares, percibían más apoyo familiar que el resto. Esta tendencia podría venir explicada por dos motivos diferentes. En el caso de aquellos que convivían, además de con sus parejas e hijos, con otros familiares (padres, hermanos, abuelos...), es posible que este hecho les permitiera conversar constantemente con ellos y compartir el tránsito por la enfermedad, haciendo que se sintieran más apoyados por el grupo familiar al completo. Mientras que en el caso de aquellos que convivieron durante la enfermedad con otros que no eran familiares, es posible que el resto de la familia (padres, hermanos, abuelos...) se comunicaran más constantemente con ellos para apoyarlos y orientarlos durante el proceso. No obstante, aquí llama la atención que los que vivían solos no recibieran el mismo trato o no lo interpretaran como mayor apoyo de la familia.

El análisis que se realizó en la presente investigación para indagar la relación entre los estados emocionales que presentaron los individuos durante el tránsito por la enfermedad y las estrategias de afrontamiento que los mismos emplearon, mostró resultados muy llamativos.

Los estudios realizados durante la pandemia, aunque algunos de ellos no mostraron relaciones entre los estados emocionales y el empleo de estrategias de afrontamiento (Ocaña Aguilar et al., 2021); la mayoría de los que estudiaron esta relación señalaban el empleo de estrategias adaptativas como protectoras de los estados emocionales de los individuos y el empleo de estrategias no adaptativas con la perturbación de los mismos (Condorí Chambi y Feliciano Cauna, 2020; Hernández Ballester et al., 2023; Keim et al., 2022; Sáez Delgado et al., 2023; Virto Concha et al., 2020; Vuyk et al., 2023). También se encontraron estudios previos a la pandemia, como el de Finez Silva y García Montero (2012), que observaron que el uso de estrategias de afrontamiento adaptativas (afrontamiento activo, planificación, reinterpretación

positiva, aceptación, humor y apoyo social) estaban relacionadas con una mayor resiliencia por parte de los individuos; mientras que el uso de la estrategia de desconexión conductual se relacionó con un menor nivel de resiliencia.

Sin embargo, los resultados obtenidos en la presente investigación mostraron que los individuos con más niveles de estrés y más síntomas de ansiedad y depresión, eran también los que más estrategias empleaban, tanto adaptativas, como no adaptativas. Concretamente, las correlaciones realizadas entre las puntuaciones obtenidas en los dos instrumentos empleados mostraron que: a mayor estrés mayor empleo de todas las estrategias de afrontamiento empleadas; a mayor sintomatología ansiosa, mayor empleo de todas las estrategias de afrontamiento empleadas, a excepción del uso del humor; y a mayor nivel de depresión mayor empleo de estrategias desadaptativas (tales como negación, autoinculpación, desconexión conductual, desahogo y uso de sustancias), pero también mayor empleo de estrategias adaptativas (tales como afrontamiento activo, planificación, apoyo emocional y empleo del humor).

La investigación de Toledo Saucedo (2018), previa a la pandemia, también mostró que los individuos de su estudio (técnicas de enfermería) que mostraron mayor ansiedad, también eran los que emplearon más estrategias de afrontamiento, tanto centradas en el problema y en la emoción (que se pueden considerar adaptativas), como otro tipo de estrategias más vinculadas a la evitación (consideradas como no adaptativas). Mientras que, por su parte, Sánchez Reyes et al. (2019), trabajando con estudiantes de medicina en tiempos previos al COVID-19, encontraron que los individuos con mayores niveles de ansiedad presentaban un mayor uso de estrategias de afrontamiento centradas en el problema, aunque en esta ocasión no se encontró relación entre los niveles de ansiedad y el empleo de estrategias de afrontamiento centradas en la emoción.

Estos resultados podrían venir explicados por el hecho de que, como señala Barraza Macías (2018), cuando aumentan las situaciones consideradas como estresantes, es lógico que los individuos pongan en juego con más frecuencia todas aquellas herramientas de las que disponen para intentar reducir el malestar que sienten. No obstante, como también señala este autor, no siempre las estrategias empleadas tienen éxito a la hora de mitigar el estrés. Y, si el estrés no es reducido, por muchas estrategias de afrontamiento que los individuos empleen, la cronificación del mismo puede llevar a que se desarrollen estados emocionales adversos.

Esta hipótesis parece quedar corroborada en el presente estudio cuando se comparó el empleo de estrategias entre los dos extremos de los grupos realizados en función de sus estados emocionales (sin depresión vs. muy alta depresión; sin ansiedad vs. muy alta ansiedad; y sin estrés vs. muy alto estrés).

En estas comparaciones se observó que, aunque los individuos de los grupos sin estrés y muy alto estrés presentaban un uso similar de algunas estrategias (aceptación, uso del humor, desconexión conductual, uso de la religión y uso de sustancias); en la mayoría de las estrategias estudiadas, aquellos individuos con muy alto estrés presentaron un mayor empleo de las

mismas, tanto de carácter adaptativo (afrentamiento activo, planificación, apoyo social, reinterpretación positiva y apoyo emocional) como no adaptativo (autodistracción, desahogo, y una tendencia a usar más la negación y la autoinculpación). Datos que van en la dirección de los señalado por Barraza Macías (2018) al señalar que los individuos que siente más estrés ponen en juego todas las estrategias de las que disponen para afrontar al mismo.

Por otra parte, también se pudo comprobar que aunque los individuos con mayor nivel de sintomatología depresiva presentaban usos similares de estrategias adaptativas (afrentamiento activo, planificación, búsqueda de apoyo social, reinterpretación positiva, aceptación, uso del humor y búsqueda de apoyo emocional) y no adaptativas (autodistracción, uso de la religión y uso de sustancias) que los individuos sin sintomatología depresiva; también se observó que en el caso de las algunas estrategias no adaptativas (desconexión conductual, negación, autoinculpación y una tendencia en desahogo), los individuos con muy alta sintomatología depresiva mostraron más uso que los individuos sin depresión.

Algo muy similar se observó al comparar el empleo de estrategias de afrontamiento entre quienes no presentaron sintomatología ansiosa y aquellos que presentaron muy alta ansiedad. En esta ocasión también se observaron estrategias de afrontamiento que mostraban un empleo similar entre ambos grupos, tanto en el grupo de estrategias adaptativas (afrentamiento activo, planificación, búsqueda de apoyo social, reinterpretación positiva, aceptación, uso del humor y búsqueda de apoyo emocional), como no adaptativas (autodistracción y uso de la religión); pero volvió a observarse un mayor empleo de algunas estrategias de afrontamiento no adaptativas (desahogo, desconexión conductual, negación, y una tendencia en autoinculpación y uso de sustancias) entre los individuos de muy alta sintomatología ansiosa.

Parece ser entonces que, las personas que fueron afectada por tener que hacer frente a la situación de confinamiento, distanciamiento de sus familiares y además atravesar la enfermedad, necesitaron instrumentar una mayor cantidad de estrategias de afrontamiento (se empleaban más estrategias que en otros estudios realizados en pandemia con individuos que no transitaban la enfermedad) para hacer frente a esta situación estresante. No obstante, aquellos que instrumentaron principalmente estrategias de afrontamiento adaptativas, pudieron ver reducidos sus niveles de estrés, así como su sintomatología ansiosa y depresiva; mientras que en aquellos que implementaron tanto estrategias adaptativas, como no adaptativas (estas últimas en mayor medida incluso que en momentos previos a la pandemia), este pareciera ser un intento por poner en juego todas sus herramientas para sobreponerse a la situación vivida como altamente estresante, aunque al parecer sin resultado, ya que sus niveles de estrés, ansiedad y depresión no se vieron reducidos.

Por último, se analizó la relación entre los estados emocionales y el apoyo social percibido por la muestra explorada, obteniendo que, a mayores niveles de ansiedad y estrés, los individuos manifestaron sentirse más apoyados socialmente por otros significativos y por amigos; así como también se observó que, a mayores niveles de sintomatología depresiva, los individuos expresaron sentir más el apoyo de otros significativos y tendían a percibir un mayor

apoyo de amigos. No encontrándose relación entre los estados emocionales de los individuos y el apoyo social percibido desde la familia.

Con el fin de llegar a una mayor comprensión de los hechos, en esta ocasión se analizaron si existían diferencias en apoyo social percibido (de familiares, amigo y otros significativos) en función de la gravedad de los síntomas emocionales que presentaban los individuos. Los resultados revelaron que no existía relación entre estas variables; observándose únicamente que los individuos con muy alta depresión señalaron percibir más apoyo social de otros significativos que aquellos que nivel bajo de depresión, y tendían a percibir más apoyo social de otros significativos que aquellos con depresión media.

Dichos resultados no concordarían con lo que plantean Durá y Garcés (1991) quienes afirman que aquellas personas que tienen vínculos sociales tienen mejor calidad de vida que aquellos que no los tienen, reduciendo los eventos estresantes en las personas.

Son también varios los estudios en los que se observó que aquellos individuos con mayor percepción de apoyo social presentaron menos psicopatologías (Calderón Cholbi et al., 2021; Caccia et al., 2021; Jorquera Gutiérrez et al., 2021; Dávila Figueras et al., 2011; Salinas Oñate et al., 2018).

Shetsche (2021), observó que los individuos que percibían más apoyo social instrumental (a semejable al apoyo de otros significativos) y apoyo social emocional (asemejable al apoyo social familiar) presentaron menos síntomas de ansiedad y depresión.

Por su parte Dávila Figueras et al. (2011), plantean que el rol que juega la percepción de apoyo social en la salud mental de las personas es importantísimo debido a que los estudiantes evaluados en la misma, sintieron el apoyo de amigos y de sus familias pese a la presión que ejercía la universidad, notando que aquellos que reportaron bajos niveles de depresión marcaron un apoyo social satisfactorio, es decir que el suficiente apoyo amortigua la aparición de síntomas de tipo depresivo.

Rodríguez Leis y Flores Gallego (2018), trabajando con mujeres embarazadas, observaron que a mayor apoyo emocional confidencial y emocional, menores puntuaciones en ansiedad, estrés y depresión. Soto Abarca y Vera Madariaga (2020), quienes utilizaron las mismas técnicas que en el presente estudio y estudiaron a mujeres primigestas, obtuvieron que había un impacto significativo del apoyo social percibido, observando menor sintomatología ansiosa o depresiva y menor nivel de estrés a mayor apoyo social percibido.

Barrera Herrera et al. (2019), también señalaron que, a más apoyo social percibido de familiares, amigos y otros significativos, menores eran los síntomas ansiosos y depresivos que presentaron los individuos. Estos autores, además, observaron que los individuos que percibían recibir más apoyo social de familiares y otros significativos mostraron menos niveles de estrés, pero no encontraron relación entre niveles de estrés y el apoyo social percibido de los amigos.

Como se puede apreciar, los resultados obtenidos en el presente estudio, no van en la dirección de aquello observado en otros estudios, tanto en tiempo de pandemia como en momentos previos a la misma. No obstante, hay que señalar que otros estudios tampoco

podieron encontrar relación entre el apoyo social que perciben los individuos y la ansiedad (Caccia et al., 2021) o el estrés (Salinas Oñate et al., 2018); aunque fueron muy pocos.

Es posible que, para algunos de los individuos del estudio, el hecho de transitar por la enfermedad les resultara tan estresante que, pese a sentirse acompañadas, no lograron reducir los síntomas que experimentaban al tener que atravesar por la misma. Las personas, al momento de ser encuestadas, estaban aisladas y enfermas, y, si bien contaban con mucho apoyo, este no logró apaciguar la inseguridad y el estado emocional que vivían al encontrarse en dicha situación.

## CAPÍTULO 6:

### Conclusión

En base a los objetivos planteados en la presente investigación y a los resultados arribados, se podría concluir que:

1. Al analizar cuáles fueron los estados emocionales presentados por los adultos salteños que contrajeron la enfermedad de COVID-19 en los meses de octubre, noviembre, diciembre del año 2021 y enero, febrero y marzo del año 2022 se observó más severidad en la sintomatología ansiosa y depresiva, y mayores niveles de estrés que en estudios previos a la aparición de la pandemia y que en otros estudios realizados en tiempos de pandemia, pero en los que los individuos no se encontraban transitando por la enfermedad; datos que corroboraron la hipótesis de la que se partía en el presente estudio. Este mayor nivel de sintomatología emocional adversa podría venir explicado por el transcurrir del tiempo en pandemia, produciendo un desarrollo de sintomatología tardía por el desgaste emocional de la pandemia. Pero también puede deberse a que los individuos del presente estudio se encontraban transitando la enfermedad por COVID-19, pudiendo experimentar esta situación como un evento muy estresante.
2. La indagación sobre qué estrategias fueron empleadas por los individuos durante su tránsito por la enfermedad, reveló, como era la hipótesis de partida del presente estudio, que los individuos ponían en juego diferentes estrategias de afrontamiento. Se pudo observar también que, en comparación con estudios prepandémicos, los individuos presentaron menos uso de estrategias adaptativas y más uso de estrategias de evitación; pero en comparación con estudios realizados ya en tiempos de pandemia, pero con individuos que no se encontraban transitando la enfermedad, el empleo de estrategias de todo tipo (adaptativas y no adaptativas), fue mayor. Esto último puede deberse al hecho de que transitar la enfermedad por COVID-19 fuera vivido por los individuos como muy estresante, movilizándolo sus recursos para hacer frente a las situaciones amenazantes, y haciéndoles poner en marcha más estrategias de afrontamiento, tanto adaptativas como no adaptativas. Las estrategias más empleadas fueron: afrontamiento activo, planificación, apoyo social y la autodistracción, seguidas del apoyo emocional, desahogo, aceptación y uso del humor.
3. El análisis sobre el apoyo social percibido por los individuos durante su tránsito por la enfermedad, no confirmó la hipótesis de partida del presente estudio. Si bien se esperaba que los individuos percibieran un gran apoyo social, especialmente de los familiares; los individuos revelaron haber sentido menos apoyo social del esperado; siendo, además, la principal fuente de apoyo social otras personas significativas del contexto. Este resultado podría tener su origen en el hecho de estar aislados que, por una parte, les impide acceder al contacto con otras personas (amigo o familiares no convivientes); y por otra parte, aquellos que convivían con la familia, al estar también estos contagiados por COVID-19, y estar pasando por la misma situación estresante que los encuestados, estos asumieran que dichos

familiares no estuvieran en condiciones de brindarles apoyo, sino que más bien requerían del suyo. Llevando todo esto a que percibieran más apoyo de otros significativos del medio, quizás aportado por el seguimiento que en ese momento brindaba el sistema de salud a los enfermos por COVID-19; o también puede ser que este apoyo formal de otros significativos lo recibieran de profesionales o instituciones, que en estos momentos de la pandemia ya estaban preparadas para brindar contención a las personas en situación de confinamiento por medio de la tecnología de las comunicaciones.

4. La investigación también permitió comprobar que los estados emocionales, las estrategias de afrontamiento y el apoyo social percibido se vio modificado por algunas variables sociodemográficas, laborales y vinculadas al tránsito por la enfermedad; pero no siempre en la dirección esperada.

No se observó relación entre el **género** y los estados emocionales estudiados. Esto pudo venir determinado por el hecho de que el estudio se llevó a cabo tras un largo periodo de pandemia, con una gran cantidad de situaciones estresantes, lo que pudo hacer que se equipararan las reacciones emocionales de mujeres y varones; aunque también, esta ausencia de diferencias entre géneros, pudo deberse a que el hecho de estar transitando la enfermedad fuera percibido por los individuos con tal nivel de estrés que llevara, tanto a varones como a mujeres, a experimentar emociones adversas extremas, equiparando así los niveles de estrés experimentados y la aparición de sintomatología ansiosa y depresiva.

Tampoco se encontró relación entre género y apoyo social percibido; aunque esto sí parece ser un hecho común tanto en momentos de pandemia, como en momentos previos a ella.

Sí bien en periodos previos a la pandemia era común observar un mayor uso de estrategias evitativas, centradas en las emociones negativas y mayor búsqueda de apoyo social entre las mujeres, y que los varones emplearan estrategias como el humor o el uso de sustancias en mayor medida; en el presente estudio en la mayoría de las estrategias de afrontamiento no se observaron diferencias en su empleo en función del género. Sí que se observó que los varones emplearon más el humor y la autodistracción que las mujeres, y tendían a emplear más el uso de sustancias que estas. Pareciera que, en los momentos de pandemia, y especialmente en el momento de estar transitando por la enfermedad, los individuos, especialmente los varones, incrementaron el empleo de la búsqueda de apoyo social y emocional, así como de estrategias de evitación, llevándolos a un empleo similar al de las mujeres; manteniendo también un gran uso de estrategias tales como el humor y el uso de sustancias a un mayor nivel que el sexo femenino.

En el caso de la **edad** no se encontró relación de esta variable con los estados emocionales. En base a otros estudios se puede decir que, si bien en momentos previos a la pandemia esta ausencia de diferencias en los estados emocionales en función de la edad era esperable, la aparición de la pandemia llevó a mostrar que los individuos de más edad eran los que menos sintomatología emocional presentaron (quizás por el hecho de poseer más herramientas para hacer frente a la crisis). Pero es posible que, tras dos años de pandemia, y con una serie de

medidas preventivas muy suavizadas, es posible que la situación en la que se llevó a cabo el estudio no se interpretara como tan estresante, desapareciendo así las diferencias en los estados emocionales ligadas a la edad, retomándose lo esperado en un periodo prepandémico. No obstante, no hay que olvidar que, en el presente estudio la situación de transitar por la enfermedad parece haber impactado emocionalmente muy fuerte a los individuos, por lo que cabe la posibilidad de que el estrés en este momento fuera tan intenso que afectara profundamente a todos los individuos, independientemente de la edad.

En lo referente a las estrategias de afrontamiento, si bien era esperable que los individuos de mayor edad presentaran estrategias más dirigidas a la resolución de problemas, mientras que los más jóvenes emplearan más estrategias de afrontamiento dirigidas a la emoción y de evitación; los resultados del presente estudio no mostraron relación entre estas dos variables. Es posible que el tránsito por la enfermedad por COVID-19, al haberse vivido de manera tan traumática por los individuos, hiciera que todos los individuos, independientemente de la edad, pusieran en juego todo tipo de estrategias de afrontamiento para hacerle frente.

Tampoco se observó en el presente estudio que el apoyo social percibido variara en función de la edad de los individuos; aunque hay que señalar que esta ausencia de diferencias en apoyo social percibido también fue observada en momentos prepandemia.

En la presente investigación se observó que los estados emocionales si variaron en función del **nivel de escolaridad** que habían alcanzado los individuos, pero no en la dirección esperada. Si bien se esperaba que aquellos individuos con menor nivel de estudios alcanzados presentaran estados emocionales más adversos, los resultados de la presente investigación revelaron que no había diferencias en la sintomatología ansiosa o depresiva en función de la escolaridad, y que aquellos individuos con menor nivel de estudios alcanzados presentaron menos nivel de estrés durante su tránsito por la enfermedad. Es posible que estos menores niveles de estrés en individuos con menos escolaridad alcanzada pudieran deberse a la limitación de los mismos para entender las posibles complicaciones que el COVID-19 pudiera producir sobre su salud y a la peligrosidad del mismo; mientras que los altos índices de ansiedad y depresión que los mismo presentaban (similares a los de mayor escolaridad) pueden haber sido más bien resultado del desgaste emocional consecuencia de la larga pandemia. En cambio, aquellos individuos con mayor nivel de estudios quizás comprendieran mejor las consecuencias nefastas que podía producir el COVID-19 en sus organismos, lo que los llevó a vivir la situación como más estresante. Es posible también que, aunque estos individuos pudieran haber tenido más recursos de afrontamiento que aquellos con menos nivel de estudios, el largo tránsito por la pandemia, unido al análisis alarmante de estar en el momento del estudio, al encontrarse enfermos, los llevara a considerar dichas estrategias como ineficaces para hacer frente a esa situación en concreto, abandonando su uso, lo que los llevó a presentar niveles de sintomatología ansiosa y/o depresiva similares a los individuos con menores niveles de estudios.

De hecho, y a pesar de que se podía esperar que los individuos con mayor nivel de estudios hubieran presentado un mayor empleo de estrategias adaptativas (centradas en el problema y en la emoción) y un menor uso de estrategias evitativas que los individuos con menor nivel de estudios, no se encontraron diferencias en el empleo de estrategias de afrontamiento en función de la escolaridad alcanzada. Como se ha señalado, esto puede deberse a que los individuos con mayor nivel de estudios, ya sea por fatiga o por analizar la situación de transitar por la enfermedad como altamente estresante, redujeran el empleo de estrategias centradas en el problema (al considerar que no podían hacer nada para mejorar la situación) o centradas en la emoción (al considerar que no podían encontrar apoyo en otras personas), centrándose en el empleo de estrategias evitativas para poder sobrellevar el estrés del momento. Llevando todo esto a que se equipararan el tipo de estrategias empleadas por los individuos, independientemente del grado de instrucción alcanzado.

Aunque se esperaba que los individuos con mayor nivel de estudios percibieran mayor apoyo social que aquellos que habían alcanzado un menor nivel de escolaridad; los resultados del presente estudio no mostraron relación entre estas dos variables. La ausencia de diferencias en apoyo social percibido en función del nivel de instrucción alcanzado también podría encontrar su explicación en el hecho de que los individuos con mayor nivel de estudios percibieran el tránsito por la enfermedad como más amenazante que, como se señaló, pudo despertar en ellos estados emocionales más adversos que los llevó, al mismo tiempo, a percibir menos apoyo social de su entorno, ya que se sabe que los estados emocionales influyen en la manera en la que los individuos percibe el apoyo recibido por otros. Esto habría provocado que el apoyo social percibido por individuos de mayor nivel de instrucción se equiparara al apoyo social percibido por los individuos con menos estudios.

Si bien era esperable que los individuos con **situaciones laborales** y económicas más precarias presentaran estados emocionales más adversos en el momento de tener que quedarse aislados por estar transitando la enfermedad, esta relación no fue encontrada en el presente estudio. Es posible que esta ausencia de relación entre la situación laboral de los individuos del estudio y los estados emocionales que presentaron se debiera al momento en el que el presente estudio fue llevado a cabo, casi dos años después de iniciada la pandemia. Este lapso de tiempo permitió que la comunidad pudiera ir encontrando respuestas a las dificultades económicas que acompañaron a la pandemia; y que consiguieran dominar formas de trabajo y estudio, a través de las tecnologías de la comunicación, que hicieran que tener que quedarse en casa aislado, por haber contraído la enfermedad, no les afectara en su trabajo cotidiano, no afectando por ende este aspecto sus estados emocionales. No obstante, también es posible que el hecho de transitar por la enfermedad por COVID-19 fuera percibido como tan estresante por parte de los individuos que centraran toda su preocupación en ella y en sus síntomas; pasando sus preocupaciones laborales a un segundo plano, lo que hizo que los estados emocionales fueran adversos para todos, independientemente de la condición laboral de los individuos.

Tampoco se encontraron diferencias en el tipo de estrategias de afrontamiento empleadas durante su tránsito por la enfermedad en función de la situación laboral de los individuos. Esto puede deberse a que, debido al encierro por la enfermedad, los individuos disponían de más tiempo libre, optando por estrategias de autodistracción para evitar pensar en el tema; reduciendo, por otro lado, el empleo de otro tipo de estrategias como la búsqueda de apoyo social (al no poder interactuar con otros grupos, al menos de forma presencial). Si bien era esperable que este tipo de estrategias fueran más frecuentemente usadas por los estudiantes, en base a otros estudios, quizás la situación de encierro hizo que se homogeneizara el uso en todos los grupos estudiados. Aunque, como se ha señalado, no se encontraron diferencias significativas en el empleo de estrategias de afrontamiento en función de la condición laboral, se encontró una tendencia no significativa a que las amas de casa y los jubilados presentaran más estrategias dirigidas a alejarse del problema o a negarlo que los trabajadores y los estudiantes. Estas tendencias quizás podrían venir determinadas porque estos últimos seguían realizando trabajo y estudios vía online, atípica a su forma habitual de realizar estas acciones, y esto impidiera que pudieran negar la situación que transitaban; mientras que las amas de casa y los jubilados pudieron haber visto menos perturbados sus hábitos por la irrupción de la enfermedad, pudiendo hacer “como si no pasara nada”. También se encontró una tendencia a que las amas de casa y los jubilados presentaran mayor uso de este tipo de estrategias de evitación que los desempleados, en lo que su mayor precariedad económica y laboral quizás los inhabilitaba para poder negar o evadir la situación por la que atravesaban. Con respecto al apoyo social percibido, esta variable tampoco mostró relacionarse con la situación laboral en el presente estudio. Se esperaba que aquellos individuos con situaciones laborales más precarias (desempleados, con diagnóstico de incapacidad laboral, jubilados, estudiantes) percibieran menor apoyo social, pero no se observaron diferencias en apoyo social en función de los grupos laborales. Este hecho podría deberse a que, como se ha señalado, el tránsito por la enfermedad afectó muy negativamente los estados emocionales de los individuos, lo que hizo que todos ellos vieran también afectada su percepción sobre el apoyo social recibido, reduciéndola.

El hecho de incluir en el estudio variables relacionadas con el tránsito por la enfermedad fue porque se consideró que las mismas podrían influir en los estados emocionales, las estrategias de afrontamiento que los individuos emplearan y el apoyo social que los individuos percibieran recibir.

Así, se podía esperar que aquellas personas que transitaron la enfermedad con **síntomas** más severos presentarían sintomatología emocional más adversa que aquellas personas que transitaron la enfermedad con síntomas más leves. No obstante, esta relación solo se encontró en el caso de la sintomatología ansiosa. Es posible que los elevados síntomas de depresión y el alto estrés encontrado en el estudio fueran similares para todos los individuos porque estos estaban más relacionados con otros aspectos de la enfermedad (como por ejemplo el encierro, que era el mismo para todos) y no tanto con la gravedad de los síntomas

de la misma; mientras que los altos niveles de sintomatología ansiosa encontrados, si bien también se podían deber al encierro, parte de ellos pudieron deberse a la gravedad de los síntomas producidos por la enfermedad, que hizo que aquellas personas con síntomas más severos sintieran más preocupación por lo que le podría ocurrir a su salud.

Se observó también que los individuos con sintomatología por COVID-19 más grave emplearon más la estrategia de búsqueda de apoyo social y tendieron a emplear más la estrategia de apoyo emocional. Es posible que estos individuos, que sintieron más dolencias físicas en su tránsito por la enfermedad, buscaran más apoyo social de profesionales para sobrellevar mejor estos síntomas físicos; pero también tendieran a buscar más apoyo emocional de personas allegadas que los ayudaran a sobrellevar el malestar emocional. No obstante, también se observó que aquellos individuos con sintomatología por COVID-19 leve también tendían a emplear estos dos tipos de estrategias de afrontamiento más que aquellos individuos con sintomatología por COVID-19 moderada. Es posible que estos individuos, al no encontrarse tan mal físicamente, podían acudir con más frecuencia a recabar datos sobre la enfermedad para mitigar sus miedos; pero, al no conseguirlo, buscaban que otras personas cercanas a ellos los apoyaran emocionalmente, haciéndoles sentir que el miedo y estrés experimentados eran esperable. Sin embargo, al no encontrarse físicamente tan deteriorados, es posible que sintieran culpa por no poder manejar de mejor manera la situación, llevando a que tendieran a emplear más la estrategia de autoinculpción que los individuos con sintomatología por COVID-19 grave.

En lo referente al apoyo social percibido, no se observó relación entre esta variable y el nivel de gravedad de la enfermedad. Este hallazgo podría venir relacionado con lo explicitado en el párrafo anterior. El hecho de que, aunque fuera por motivos diferentes, tanto los individuos que presentaron sintomatología grave, como aquellos que presentaron sintomatología leve, acudieran a estrategias de apoyo social (que podría equiparse al apoyo de otros significativos) y de apoyo emocional (que podría equiparse al apoyo familiar y de amigos), podría explicar la ausencia de diferencias en apoyo social en función de la gravedad de los síntomas.

También, entre las hipótesis de partida del presente trabajo, se esperaba que aquellas personas que no transitaron la enfermedad solos, sino que estuvieran **conviviendo** con otros, presentaran menos niveles de ansiedad, depresión y estrés; pero no se pudo encontrar relación entre estas variables en el presente estudio. Es posible que el hecho de convivir con otros no asegurara el acompañamiento emocional y el respaldo, dependiendo mucho del tipo de relación que se tuviera con las personas con las que se convivía. Además, no hay que olvidar que esas personas con las que se convivía también estaban atravesando la enfermedad. Cabe la posibilidad de que el posible efecto protector que pudiera tener el hecho de convivir con alguien durante el tránsito por la enfermedad por COVID-19, se viera reducido por la preocupación que el individuo pudiera sentir por la salud de sus acompañantes que, en su mayoría, eran familiares.

El estudio también reveló que la mayoría de las estrategias de afrontamiento estudiadas fueron igualmente empleadas por todos los individuos, independientemente de si transitaron la enfermedad solos o acompañados. Es decir que, aparentemente, en todos se produjo una reducción del empleo de estrategias de tipo adaptativas. De hecho, entre las pocas estrategias de afrontamiento que fueron usadas de manera diferente en función de que el individuo transitara la enfermedad solo o en compañía se encontró una estrategia evitativa, el uso de sustancias. Concretamente se observó que aquellos individuos que estaban solos durante su enfermedad emplearon más esta estrategia que los que estaban acompañados; aunque también se observó una tendencia a que aquellas personas que convivieron durante su enfermedad con sus parejas, pero sin tener a cargo a otras personas, también usaban más esta estrategia de evitación. Es posible que esto viniera motivado por el hecho de que muchas de estas sustancias tienen un efecto reductor del sistema de alerta y, además, se encuentran socialmente sancionadas; por lo que es lógico que aquellos individuos que tenían a cargo a menores o adultos mayores, evitaron su empleo. Por el contrario, se observó una tendencia a que aquellos individuos que transitaban la enfermedad teniendo a cargo a sus hijos, sin otras personas que los acompañaran, emplearan más el humor como estrategia de afrontamiento; probablemente en un intento de desdramatizar la situación y no preocupar a los menores.

En lo referente al apoyo social, si bien no se observaron diferencias significativas en esta variable en función de que los individuos vivieran solos o acompañados durante la enfermedad (quizás debido a que, por sus estados emocionales adversos, todos percibieron recibir un apoyo social insuficiente); se observaron algunas tendencias interesantes. De esta manera, se encontró que aquellas personas que se encontraban acompañadas por sus parejas, por sus familiares o por otras personas que no eran familiares, tendieron a percibir más apoyo social de otros significativos que aquellos individuos que transitaron la enfermedad con sus hijos (solos con sus hijos o con sus parejas e hijos). Esta tendencia pareciera indicar que el apoyo recibido por parte de otros significativos (que podría hacer referencia al recibido desde el sistema de salud o instituciones, para acompañar y asesorar a los enfermos por COVID-19) se consideró insuficiente cuando los hijos estaban implicados. Por otra parte, también se observó que aquellos que convivían con otros familiares (como padres, hermanos, abuelos, entre otros), y aquellos que convivían con otras personas no familiares durante la enfermedad, tendieron a percibir más apoyo familiar. Los primeros quizás por tenerlos más cerca y poder sobrellevar con ellos la enfermedad; y los segundos quizás porque los familiares se comunicaban más con ellos para ayudarlos y orientarlos durante el proceso.

Hay que señalar que tampoco se encontraron diferencias en los estados emocionales, uso de estrategias de afrontamiento o apoyo social percibido en función de **la gravedad de los síntomas que presentaron los acompañantes.**

5. El quinto y último objetivo del presente estudio fue analizar si los estados emocionales experimentados se vieron modulados por las estrategias de afrontamiento y por el apoyo social que percibieron recibir durante su tránsito por la enfermedad.

Aunque era de esperar que aquellos individuos que emplearon estrategias de afrontamiento más adaptativas presentaran una menor afectación de los estados emocionales, siendo aquellos con mayor empleo de estrategias no adaptativas los que mayores niveles de estrés y más sintomatología ansiosa y depresiva presentaran; los resultados de la presente investigación no mostraron esa relación. Los datos recabados mostraron que los individuos con mayores niveles de estrés y más sintomatología ansiosa y depresiva eran también los que más estrategias de afrontamiento emplearon, tanto adaptativas como no adaptativas. Estos hallazgos parecen venir explicados por el hecho de que estas personas, al vivir la situación de tránsito por la enfermedad como altamente estresante, pusieron en juego todas las estrategias de las que disponían para reducir el malestar que sentían, aunque sin conseguirlo. Esta hipótesis parece venir respaldada por el hecho de que en el presente trabajo se encontró que, mientras que aquellas personas que no desarrollaron estrés o sintomatología ansiosa o depresiva emplearon con mucha frecuencia estrategias adaptativas; aquellos que si desarrollaron sintomatología ansiosa o depresiva y estrés en niveles muy elevados pusieron en juego tanto estrategias adaptativas como no adaptativas con mucha frecuencia.

Por último, hay que señalar que no se encontró una relación clara entre apoyo social y estados emocionales, aunque los datos parecieran reflejar que los individuos que más apoyo social percibieron (tanto de familiares, como de amigos y otros significativos) también eran los que presentaron mayor sintomatología ansiosa y depresiva y mayor nivel de estrés. Es posible que estos hallazgos se debieran a que, para algunos de estos individuos, el tránsito por la enfermedad y el encierro al que se enfrentaron fueran experimentados como tan estresantes que, pese a sentir el apoyo social de la familia, los amigos y de otros individuos significativos de la comunidad, esto no lograra reducir los síntomas emocionales.

En base a todo lo dicho, se puede decir que el tránsito por la enfermedad por COVID-19 tuvo un gran impacto en los individuos, produciendo altos niveles de sintomatología depresiva, ansiosa y de estrés, teniendo que apelar a diversas estrategias de afrontamiento y al apoyo de aquellas personas que sentían como referente. No obstante, y a pesar de poner en juego todos estos recursos para hacer frente a la situación, los resultados no fueron los esperados, no pudiendo mitigar el malestar emocional que el tránsito por la enfermedad y el encierro produjo sobre ellos.

Los resultados obtenidos en esta investigación, si bien llegan ya muy tarde para ser empleados en la prevención y atención de los estados emocionales de los individuos al transitar por esta enfermedad; sí que son de utilidad para poner en alerta a los servicios de salud, y a la comunidad entera, de la importancia de velar por la salud mental de los individuos en las situaciones de crisis. Esperando que sirvan como apoyo para que, ante una futura pandemia o

epidemia (que esperemos no ocurra), se usen como base para fomentar protocolos para salvaguardar la salud psíquica de la población a la par de la salud física.

Para concluir, se puede señalar que el estudio presenta una serie de limitaciones y deja una serie de interrogantes que sería muy interesante que investigaciones futuras pudieran seguir trabajando.

Así, entre las principales limitaciones encontradas es que las pruebas que se emplearon para el presente estudio están validadas para ser administradas en formato lápiz y papel. Si bien algunos autores consideran que la informatización de un test convencional de “lápiz y papel” no tendría por qué cambiar la esencia del mismo (Olea et al., 1998); otros autores no comparten esta visión (APA, 1992; ITC, 2005). Es por ello que, hubiera sido necesario corroborar que la aplicación online de los instrumentos de recolección empleados en el presente estudio es igualmente válida y refleja los mismos datos que su aplicación en formato lápiz y papel.

Por otra parte, otra limitación detectada después de realizada la recolección de los datos fue que el modo de categorización empleado para recabar información sobre algunas variables (p. e. escolaridad, situación laboral, convivencia) dificultaron con posterioridad la interpretación de los resultados obtenidos con las mismas y la obtención de relaciones significativas al interrelacionarlas con otras variables del estudio.

Además, los datos recabados solamente se pueden generalizar a un grupo de individuos muy concreto, ciudadanos de la provincia de Salta con manejo de elementos de computación. Es por ello que sería de gran interés poder indagar nuevamente sobre estos constructos, ampliando la muestra de estudio.

Así como también sería de gran interés trabajar, sobre estos mismos individuos, la sintomatología emocional que presentan, estrategias de afrontamiento que emplean principalmente y apoyo social que perciben luego de haber superado la situación, a fin de conocer si se mantuvo el predominio de los mismos, mermaron o se intensificaron estos.

Se recomienda la realización de futuras investigaciones en ciudades del norte del país, que expongan las situaciones actuales relacionadas con pacientes afectados emocionalmente por COVID- 19, y sus variantes que son relevantes, los cuales preocupan e interesan a la población en general orientando a una adecuada intervención desde múltiples ejes disciplinarios, además de continuar presentándose diversas cepas lo que vuelven a poner en juego situaciones estresantes.

CAPÍTULO 7:

**Referencias bibliográficas**

- Aisenson, D. B., Aisenson, G., Batlle, S. M., Legaspi, L. P., Polastri, G. E. y Valenzuela, V. (2007). Concepciones sobre el estudio y el trabajo, apoyo social percibido y actividades de tiempo libre en jóvenes que finalizan la escuela media. *Anuario de Investigaciones, XIV*, 71-82. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3691/369139943007.pdf>.
- Alvarado Alegre, A. (2021). *Depresión y ansiedad en pacientes con diabetes en el Hospital de Yungay* [Tesis de grado, Universidad César Vallejo, Perú]. Disponible en: [https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/76347/Alvarado\\_AAY-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/76347/Alvarado_AAY-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y).
- Álvarez Cruzado, J. (2017). *Mindfulness en estudiantes universitarios y su relación con estrés, ansiedad, depresión, resiliencia y satisfacción con la vida* [Tesis doctoral, Universidad de Huelva, España]. Disponible en: <https://produccioncientifica.uhu.es/documentos/603e19d4441e3004763474be>.
- American Psychological Association (1992). Directrices para los test informatizados. En *Principio éticos de la evaluación Psicológica*. Disponible en: [https://www.psicologia.urv.cat/media/upload/domain\\_2082/arxiu/Departament/Normativa/directrices\\_APA.pdf](https://www.psicologia.urv.cat/media/upload/domain_2082/arxiu/Departament/Normativa/directrices_APA.pdf).
- Andrades-Tobar, M., García, F. E., Concha-Ponce, P., Valiente, C. y Lucero, C. (2021). Predictores de síntomas de ansiedad, depresión y estrés a partir del brote epidémico de COVID-19. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 26(1), 13-22. DOI: <https://doi.org/10.5944/rppc.28090>.
- Antony, M. M., Bieling P.J., Cox, B.J., Enns M.W. & Swinson, R.P. (1998). Psychometric properties of the 42-item and 21-item versions of the Depression Anxiety Stress Scales in clinical groups and a community sample. *Psychological Assessment*, 10(2), 176 – 181. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/232602350\\_Psychometric\\_properties\\_of\\_the\\_42-item\\_and\\_21item\\_versions\\_of\\_the\\_Depression\\_Anxiety\\_Stress\\_Scales\\_in\\_clinical\\_groups\\_and\\_a\\_community\\_sample](https://www.researchgate.net/publication/232602350_Psychometric_properties_of_the_42-item_and_21item_versions_of_the_Depression_Anxiety_Stress_Scales_in_clinical_groups_and_a_community_sample).
- Antunez, Z. y Vinet, E.V. (2013). Problemas de salud mental en estudiantes de una universidad regional chilena. *Revista Médica de Chile*, 141, 209-216. Disponible en: <https://www.scielo.cl/pdf/rmc/v141n2/art10.pdf>
- Aponte Daza, V. C., Ponce, F. A., Aráoz Cutipa, R. A. y Pinto, B. (2022). Validez interna y externa del cuestionario breve de afrontamiento al estrés (COPE-28) en cuidadores informales. *Ajayu*, 20(1), 1-21. Disponible en: <http://www.scielo.org.bo/pdf/rap/v20n1/2077-2161-rap-20-01-1.pdf>.

- Apóstolo, J. L. A., Figueiredo, M.H., Mendes, A.C. y Rodrigues M.A. (2011). Depresión, ansiedad y estrés en usuarios de cuidados primarios de salud. *Revista Latino-Americana de Enfermagem [Internet]*, 19(2), [07 Pantalla]. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/GQqtYNjzjMYVKXVPGQL4mJK/?format=pdf&lang=es>.
- Arechabala Mantuliz, M. C. y Miranda Castillo, C. (2002). Validación de una escala de apoyo social percibido en un grupo de adultos mayores adscritos a un programa de hipertensión de la región metropolitana. *Ciencia y Enfermería*, 8(1), 49-55. DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532002000100007>.
- Arias Molina, Y., Herrero Solano, Y., Cabrera Hernández, Y., Chibás Guyat, D. y García Mederos, Y. (2020). Manifestaciones psicológicas frente a la situación epidemiológica causada por la COVID-19. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 19(Supl.), e3350. Disponible en: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/3350>.
- Baca Romero, D. (2013). Resiliencia y apoyo social percibido en pacientes oncológicos que acuden a un Hospital de Trujillo. *Revista Peruana de Psicología y Trabajo Social*, 3(1), 107-124. Disponible en: [file:///C:/Users/Administrador/Documents/2024/Tesis%20postgrado/Ana%20Parra/2014\\_Resilienciayapoyosocial.pdf](file:///C:/Users/Administrador/Documents/2024/Tesis%20postgrado/Ana%20Parra/2014_Resilienciayapoyosocial.pdf).
- Baeza, J.C., Balaguer, G., Belchi, I., Coronas, M. y Guillamón, N. (2008). *Higiene y prevención de la ansiedad*. Editorial Díaz de Santos.
- Barranco-Cuevas, A., Flores-Raya, D., González-López, A., Reyes-Bello, J., Vázquez-Cruz, E. y García-Galicia, A. (2021). Síntomas de depresión, ansiedad y estrés ante COVID-19 en una unidad de medicina familiar. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 59(4), 274-280. Disponible en: <https://biblat.unam.mx/hevila/RevistaMedicadelInstitutoMexicanodelSeguroSocial/2021/vol59/no4/2.pdf>.
- Barraza-Macías, A. (2018). *Inventario SISCO SV-21. Inventario SIStémico COgnoscitivista para el estudio del estrés académico. Segunda versión de 21 ítems*. Books-©ECORFAN.
- Barrera-Herrera, A., Neira-Cofré, M., Raipán-Gómez, P., Riquelme-Lobos, P. y Escobar, B. (2019). Apoyo social percibido y factores sociodemográficos en relación con los síntomas de ansiedad, depresión y estrés en universitarios chilenos. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 24(2), 105-115. DOI: 10.5944/rppc.23676.
- Barrios Ramos, I. y Correa Saldaña, R. (2021). *Impacto psicológico en estudiantes universitarios entre 18 y 26 años en el contexto de la pandemia por covid-19* [Tesis de grado, Universidad Cooperativa de Colombia]. Disponible en: <https://repository.ucc.edu.co/entities/publication/34fa5f4a-d5be-4c32-baff-e85357b875b3>.

- Batista dos Santos, M. M., Amado Martins, J. C. y Nunes Oliveira, L. M. (2014). A ansiedade, depressão e stresse no pré-operatório do doente cirúrgico. *Revista de Enfermagem, IV* (3), 7-15. DOI: <http://dx.doi.org/10.12707/RIII1393>.
- Beck, A. F. (1967). *Depression: Clinical, Experimental and Theoretical Aspects*. Hoebers.
- Bello Castillo, I. E., Peterson Elías, P. M., Martínez Camilo, A. L. y Sánchez-Vincitore, L. V. (2021). Estrategias de Afrontamiento: Efectos en el bienestar psicológico de universitarios durante la pandemia del COVID-19. *Ciencia y Sociedad, 46*(4), 31-48. DOI: <https://doi.org/10.22206/cys.2021.v46i4.pp31-48>.
- Bermejo, J.C., Magaña, M., Villaceros, M., Carabias, R. y Serrano, I. (2011). Estrategias de afrontamiento y resiliencia como factores mediadores de duelo complicado. *Revista de Psicoterapia, XXII* (88), 85-95. DOI: 10.33898/rdp.v22i88.636.
- Blanco Álvarez, T. M. y Thoen, M. A. (2017). Factores asociados al estrés laboral en policías penitenciarios costarricenses. *Revista Costarricense de Psicología, 36*(1), 45-59. DOI: <http://dx.doi.org/10.22544/rcps.v36i01.03>.
- Blázquez Manzano, A., Patino Alonso, M.C., León Mejía, A. y Feu, S. (2022). Síndrome de burnout y apoyo social en maestros de Educación Primaria. *Estudios sobre Educación, 42*, 79-89. DOI: 10.15581/004.42.004.
- Caccia, P.A., De Grandis, M.C. y Pérez, G. (2021). Somatizaciones y apoyo social funcional percibido en el contexto de aislamiento social preventivo y obligatorio por COVID-19, en Buenos Aires, Argentina. *Revista Psicología UNEMI, 5*(8), 8-18. DOI: [https://doi.org/10.29076/issn.2602-8379vol5\\_iss8.2021pp8-18p](https://doi.org/10.29076/issn.2602-8379vol5_iss8.2021pp8-18p).
- Calderón Cholbi, A., Mateu Mollá, J. y Lacomba Trejo, L. (2021). Familiares de personas afectadas por COVID-19: psicopatología, estrés, percepción de amenaza y apoyo social. *FAMILIA, 59*, 159-180. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8124300>.
- Canales Vergara, S. y Barra Almagiá, E. B. (2014). Autoeficacia, apoyo social y adherencia al tratamiento en adultos con diabetes mellitus tipo II. *Psicología y Salud, 24* (2),167-173. DOI: <https://doi.org/10.25009/pys.v24i2.922>.
- Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the Brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine, 4*(1), 92-100. DOI: 10.1207/s15327558ijbm0401\_6.
- Chávez Mendoza, K. y Tena Suck, E.A. (2018). *Depresión: manual de intervención grupal en habilidades sociales*. Editorial El Manual Moderno S.A. de C.V.
- Cirami, L., Córdoba, E. H. y Ferrari, L. E. (2020). Estrategias de afrontamiento del estrés laboral en trabajadores de la salud y reflexiones acerca de las transformaciones organizacionales a partir de la pandemia de COVID-19. *Subjetividad y Procesos Cognitivos, 24*(2), 118-132. Disponible en: <https://publicacionescientificas.uces.edu.ar/index.php/subyprocog/article/view/1047>.

- Condori Chambi, M. y Feliciano Cauna, V. (2020). *Estrategias de afrontamiento al estrés y ansiedad estado en trabajadores de un centro de salud en cuarentena por covid-19. Juliaca* [Tesis de grado, Universidad Autónoma de Ica, Perú]. Disponible en: <http://repositorio.autonomadeica.edu.pe/handle/autonomadeica/728>.
- Condori Morán, J.F. (2020). *Afrontamiento y bienestar psicológico en estudiantes de ingeniería en una universidad privada de Lima Metropolitana* [Tesis de grado, Pontificia Universidad Católica del Perú, Perú]. Disponible en <http://hdl.handle.net/20.500.12404/19143>.
- Coppari, N., Barcelata, B., Bagnoli, L., Cudas, G., López Humada, H. y Martínez Cañete, U. (2017). Influencia del sexo, edad y cultura en las estrategias de afrontamiento de adolescentes paraguayos y mexicanos. *Universitas Psychologica*, 18(1), 1-13. DOI: <https://doi.org/10.11144/javeriana.upsy18-.isec>.
- Cortés, M. E. (2020). Enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19): Importancia de la comunicación científica y de la enseñanza actualizada de las zoonosis. *Revista Peruana de Investigación en Salud*, 4(2), 87-88. Disponible en: <https://revistas.unheval.edu.pe/index.php/repis/article/view/697>.
- Cortman, C., Shinitzky, H. y O'Connor, L. (2017). *Aprender a controlar tu ansiedad*. Editorial Diana.
- Dávila Figueras, A., Ruiz Celis, R., Moncada Arroyo, L. y Gallardo Rayo, I. (2011). Niveles de ansiedad, depresión y percepción de apoyo social en estudiantes de Odontología de la Universidad de Chile. *Revista de Psicología*, 20(2), 147-172. DOI: <https://doi.org/10.5354/0719-0581.2011.17937>.
- Decreto 297/2020. *Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio*. decnu-2020-297-apn-pte - disposiciones. Presidencia de la Nación. República Argentina. Disponible en: <https://www.Boletinoficial.gob.ar/detalleaviso/primer/227042/20200320>.
- Decreto DNU 325/2020. *Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio Prorroga*. Presidencia de la Nación. República Argentina. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/decreto-325-2020-335974>.
- Dosil Santamaría, M., Ozamiz-Etxebarria, N., Redondo Rodríguez, I., Jaureguizar Alboniga-Mayor, J. y Picaza Gorrotxategi, M. (2021). Impacto psicológico de la COVID-19 en una muestra de profesionales sanitarios españoles. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental. Barcelona*, 14, 106-112. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2020.05.004>.
- Durá, E. y Garcés, J. (1991). La teoría de apoyo social y sus aplicaciones para el ajuste psicosocial de los enfermos oncológicos. *Aprendizaje, Revista de Psicología Social*, 6(2), 257-271. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=111762>.
- Emigdio-Vargas, A., Dávalos-Martínez, A., Barrera-Rodríguez, E., Arreguín-Cano J., Herlinda Teliz-Sánchez, M. y Blanco-García, N. (2022). Depresión, ansiedad y estrés durante la emergencia sanitaria por COVID-19 en el sureste mexicano. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 11(3), 108-126. DOI: <https://doi.org/10.26864/pcs.v11.n3.5>.

- Encalada Puma, E. y Vázquez Merchán, C. (2021). *Medición del nivel de estrés durante la pandemia COVID 19 en el personal del Hospital Monte Sinaí de la ciudad de Cuenca y elaboración de un plan de acción* [Tesis de grado, Universidad del Azuay, Ecuador]. Disponible en: <https://dspace.uazuay.edu.ec/handle/datos/11225>.
- Erquicia, J., Valls, L., Barja, A., Gil, S., Miquel, J., Leal Blanquet, J., Schmidt, C., Checa, J. y Vega, D. (2020). Impacto emocional de la pandemia de Covid-19 en los trabajadores sanitarios de uno de los focos de contagio más importantes de Europa. *Medicina Clínica. Barcelona*, 155(10), 434-440. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2020.07.006>.
- Espada, J.P., Orgilés, M., Piqueras, J.A. y Morales, A. (2020). Buenas prácticas en la atención psicológica infantojuvenil ante la COVID-19. *Clínica y Salud*, 31(2), 109-113. DOI: 10.5093/clysa2020a14.
- Espinoza Espinoza, Y.R. y Guaranda Galeas, D.R. (2021). *Impacto emocional y psicológico en personas recuperadas de COVID-19 en el sector Flor de Bastión, Parroquia Tarqui*. [Tesis de grado, Universidad de Guayaquil, Ecuador]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/55698>.
- Finez Silva, M. J. F. y García Montero, A. J. G. (2012). Relación entre la resiliencia personal y las estrategias de afrontamiento en estudiantes. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 4(1), 111-116. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3498/349832337012.pdf>.
- Firmino, C., Valentim, O., Sousa, L., Antunes, A.V., Marques, F. y Simões, C. (2018). Stress, anxiety and depression in Portuguese nursing students. En C. Sequeira, J.C. Carvalho, L. Sá, P. Seabra, M. Silva y O. Araújo (Eds). *IX Congresso Internacional ASPESM: Saúde mental para todos*. (pp.109-118). Disponible en [https://issuu.com/spesm/docs/vf2\\_e-book\\_final\\_congresso\\_bragan\\_a\\_06\\_11\\_2019-5](https://issuu.com/spesm/docs/vf2_e-book_final_congresso_bragan_a_06_11_2019-5).
- Folkman, S. y Lazarus, R.S. (1980). An analysis of coping in middle aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 219-239.
- Fontibón, L. F., Acosta Hernández, L., Valdelamar Jiménez, J. y Sánchez Pedraza, R. (2015). Asociación entre variables sociodemográficas, clínicas y calidad de vida con el apoyo social percibido en pacientes colombianos con cáncer. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 33(3), 387-395. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=79940724003>.
- Gambara D'Errico, H. (1997). Reseña de "Apoyo social" de Ana Barrón. *Psicothema*, 9(2), 457-461. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72709222>.
- García-Rivera, B., Maldonado-Radillo, S. y Ramírez Barón, M. (2014). Estados afectivos emocionales (depresión, ansiedad y estrés) en personal de enfermería del sector salud pública de México. *SUMMA PSICOLÓGICA UST*, 11(1), 65-73. Disponible en: <https://pepsic.bvsalud.org/pdf/summa/v11n1/a06.pdf>.

- Gastelumendi Gonçalves, C. (2010). *Afrontamiento y Personalidad en un grupo de voluntarios de una institución de lucha contra la pobreza de Lima* [Tesis de grado, Pontificia Universidad Católica del Perú]. Disponible en: [https://www.academia.edu/1852296/Afrontamiento\\_y\\_personalidad\\_en\\_un\\_grupo\\_de\\_voluntarios\\_de\\_una\\_instituci%C3%B3n\\_de\\_lucha\\_contra\\_la\\_pobreza\\_de\\_Lima](https://www.academia.edu/1852296/Afrontamiento_y_personalidad_en_un_grupo_de_voluntarios_de_una_instituci%C3%B3n_de_lucha_contra_la_pobreza_de_Lima).
- Gómez, A. M., Garbarino, F., Bolaño, V. y Cornaglia, C. L. M. (2015). *Estrategias de afrontamiento al estrés una muestra poblacional de la Pampa* [Tesis de grado, Universidad Nacional de la Pampa, Argentina]. Disponible en: <http://redi.exactas.unlpam.edu.ar/xmlui/handle/2013/136>.
- Gómez, P., Hernández Suárez, J., Utria Rodríguez, O. y Jiménez, H. R. (2008). Diferencias en las estrategias de afrontamiento de acuerdo a variables sociodemográficas y el tiempo del diagnóstico en pacientes hipertensos del Centro Médico Corpas Niza. *Psicología. Avances de la disciplina*, 2(1), 161-190. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/2972/297224999006.pdf>.
- Gómez-Hurtado, I., del Pilar García-Rodríguez, M., Falcón, I. G., y Llamas, J. M. C. (2020). Adaptación de las metodologías activas en la educación universitaria en tiempos de pandemia. *Revista Internacional de Educación para la Justicia Social*, 9(3), 415-433. DOI: <https://doi.org/10.15366/riejs2020.9.3.022>.
- González Llana, F. M. (2007). *Instrumentos de Evaluación Psicológica*. Editorial Ciencias Médicas. Disponible en: [https://www.academia.edu/11981543/Instrumentos\\_de\\_evaluaci%C3%B3n\\_psicol%C3%B3gica\\_Felicia\\_Mirian\\_Gonz%C3%A1les\\_Llana](https://www.academia.edu/11981543/Instrumentos_de_evaluaci%C3%B3n_psicol%C3%B3gica_Felicia_Mirian_Gonz%C3%A1les_Llana).
- González Ramírez, M. T. y Landero Hernández, R. (2014). Propiedades psicométricas de la escala de Apoyo Social Familiar y de Amigos (AFA-R) en una muestra de estudiantes. *Acta de Investigación Psicológica*, 4(2), 1464-1480. Disponible en: <https://www.scielo.org.mx/pdf/aip/v4n2/v4n2a2.pdf>
- González Sotomayor, R., Ruiz Martínez, A., González Arratia López Fuentes, N. I., Van Barneveld, H. O. y Vázquez Arévalo, R. (2021). Apoyo Social-familiar y Afrontamiento al Estrés asociado al Bienestar Psicológico en Personas con Obesidad. *Acta de Investigación Psicológica*, 11(3), 26-36. DOI: <http://doi.org/10.22201/fpsi.20074719e.2021.3.390>.
- Gutiérrez-Quintanilla, J., Lobos-Rivera, M. E. y Tejada-Rodríguez, J. C. (2020). Adaptación psicométrica de las Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés en una muestra de adolescentes salvadoreños. *Revista entorno*, 69, 12-22. DOI: <https://doi.org/10.5377/entorno.v0i69.9556>.
- Heras Berrezueta, D. T. y Tamayo Campoverde, T. F. (2019). *Rasgos de personalidad y estilos de afrontamiento en adultos mayores: Un estudio correlacional* [Tesis de grado,

- Universidad de Azuay, Ecuador]. Disponible en:  
<https://dspace.uazuay.edu.ec/handle/datos/8971>.
- Heredia, E. B. C., Chávez, R. H., Ortiz, P. S. R. y Yahuarshungo, C. N. (2021). Depresión, Ansiedad, estrés en estudiantes y docentes: Análisis a partir del Covid 19. *Revista Venezolana de Gerencia: RVG*, 26 (94), 603-622. Disponible en:  
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29069612008>.
- Hernández Ballester, C., Ferrer Pérez, C., Montagud Romero, S. y Blanco Gandía, M. D. C. (2023). Estrés en tiempos de confinamiento: estrategias de afrontamiento y crecimiento postraumático en población universitaria. *Revista de Psicología y Educación*, 18(1), 1-10. DOI: <https://doi.org/10.23923/rpye2023.01.229>.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación*. Mc Graw-Hill.
- Hidalgo-Fuentes, S., Sospedra-Baeza, M. J. y Martínez-Álvarez, I. (2021). La inteligencia emocional como predictor del apoyo social percibido en universitarios españoles. *Avances En Psicología*, 29(1), 79-88. DOI:  
<https://doi.org/10.33539/avpsicol.2021.v29n1.2351>.
- Huamaní Domínguez, J. A. y Paredes Ayala, A. C. (2018). *Estrés y estrategias de afrontamiento: Estudio en familiares de pacientes con cáncer en la ciudad de Lima, 2018* [Tesis de grado, Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas, Perú]. Disponible en:  
<https://repositorioacademico.upc.edu.pe/handle/10757/625147>.
- 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), 327-334. DOI: <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2020.372.5419>.
- Ijaz, S. F. & Ijaz, I. (2022). Immediate Psychological Impact of COVID 19 Pandemic on Mental Health of Pediatric Healthcare Workers. *Annals of King Edward Medical University*, 28 (1), 85-90. DOI: <https://doi.org/10.21649/akemu.v28i1.5018>.
- International Test Commission (ITC). (2005). *ITC guidelines on computer-based and internet delivered testing*. Disponible en:  
[https://www.intestcom.org/files/guideline\\_computer\\_based\\_testing.pdf](https://www.intestcom.org/files/guideline_computer_based_testing.pdf).
- Işık, O., Tengilimoğlu, D., Tosun, N., Zekioglu, A. y Tengilimoğlu, O. (2021). Evaluating the Factors (Stress, Anxiety and Depression) Affecting the Mental Health Condition of Nurses During the COVID-19 Pandemic. *Evaluation & the Health Professions*, 0(0), 1-11. DOI: 10.1177/016327872111062660.
- Joiner, T.E., Catanzaro, S.J., Laurent, J., Sandín, B. y Blalock, J.A. (1996). Modelo tripartito sobre el afecto positivo y negativo, la depresión y la ansiedad: Evidencia basada en la estructura de los síntomas y en diferencias sexuales. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 1(1), 27-34. Disponible en: <https://www.aepcp.net/wp-content/uploads/2020/05/Vol.-I.-N1-pp.-27-34-1996.pdf>.

- Jorquera Gutiérrez, R., Morales Robles, E. y Vega Álvarez, A. (2021). Salud Mental y Apoyo Social en habitantes de Copiapó, Chile, en el contexto de la COVID-19. *Psicogente*, 24(46), 1-16. DOI: <https://doi.org/10.17081/psico.24.46.4308>.
- Keim, R., Pfitscher, G., Leitner, S., Burger, K., Giacomoni, F., & Wiedermann, C. J. (2022). Teachers' emotional well-being during the SARS-CoV-2 pandemic with long school closures: a large-scale cross-sectional survey in Northern Italy. *Public Health*, 208, 1-8. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2022.04.006>.
- Krzemien, D. y Urquijo, S. (2009). Estilos y estrategias de afrontamiento a eventos de vida críticos y estilos de personalidad en mujeres adultas mayores. En: *Investigación en Ciencias del Comportamiento. Avances Iberoamericanos*. CIIPME-CONICET.
- Labrador, F. J., Velasco, R. F. y González, P. P. R. (2009). Evaluación de la eficacia de un tratamiento individual para mujeres víctimas de violencia de pareja con trastorno de estrés postraumático. *Pensamiento Psicológico*, 6(13), 49-67.
- Lai, J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J., Wei, N., Wu, J., Du, H., Chen, T., Li, R., Tan, H., Kang, L., Yao, L., Huang, M., Wang, H., Wang, G., Liu, Z. y Hu, S. (2020). Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. *JAMA Network Open/Psychiatry*, 3(3). DOI:10.1001/jamanetworkopen.2020.3976.
- Landeta, O. y Calvete, E. (2002). Adaptación y Validación de la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido. *Ansiedad y Estrés*, 8(2), 173-182. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/288257239\\_Adaptacion\\_y\\_Validacion\\_de\\_la\\_Escala\\_Multidimensional\\_de\\_Apoyo\\_Social\\_Percibido](https://www.researchgate.net/publication/288257239_Adaptacion_y_Validacion_de_la_Escala_Multidimensional_de_Apoyo_Social_Percibido).
- Lasa, N.B., Gómez Benito, J., Hidalgo Montesinos, M.D., Gorostiaga Manterola, A., Espada Sánchez, J.P., Padilla García, J.L. y Santed German, M.A. (2020). *Las consecuencias psicológicas de la covid-19 y el confinamiento. Informe de investigación*. Servicio de Publicaciones de la Universidad del País Vasco. Disponible en: [https://plataformavoluntariado.org/wp-content/uploads/2020/06/consecuencias\\_psicologicas\\_covid-19.pdf](https://plataformavoluntariado.org/wp-content/uploads/2020/06/consecuencias_psicologicas_covid-19.pdf).
- Lazarus, R.S. y Launier, R. (1978). Stress-Related Transactions between Person and Environment. In: Pervin, L.A., Lewis, M. (eds) *Perspectives in Interactional Psychology*. Springer, Boston, MA. DOI: [https://doi.org/10.1007/978-1-4613-3997-7\\_12](https://doi.org/10.1007/978-1-4613-3997-7_12)
- Lévano Loza, J. I. (2018). *Afrontamiento al estrés en el personal militar de diferentes unidades hospitalarias del Hospital Militar Central del Perú "Crl. Luis Arias Schreiber"* [Tesis de grado, Universidad Nacional Federico Villarreal, Perú]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.13084/2059>
- Ley 25.326: Protección de los datos personales. Disposiciones Generales. Principios generales relativos a la protección de datos. Derechos de los titulares de datos. Usuarios y responsables de archivos, registros y bancos de datos. Control. Sanciones. Acción de protección de los datos personales.

- Lira-Durán, D.P., Ortiz-Cortés, A., Ramírez-Nava, A.G., Ramos-Sánchez, G., Tovar-Lobato, D.E., Zaragoza Palma, S., Reyes-Pérez, V. y Villada C. (2021). Regulación emocional cognitiva y estrategias de afrontamiento en estudiantes universitarios ante el COVID-19. *XXVI Verano de la Ciencia*, 10. Disponible en: <https://www.jovenesenlaciencia.ugto.mx/index.php/jovenesenlaciencia/article/view/3457>.
- López, J., Pérez-Rojo, G., Noriega, C., Velasco, C., Carretero, I., López-Frutos, P. y Galarraga, L. (2021). Las respuestas al confinamiento por la pandemia del Covid-19 desde una perspectiva emocional: la función familiar como patrón diferencial en las personas mayores. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 29(2), 331-344. DOI: <https://doi.org/10.51668/bp.8321207s>.
- Lorenzo-Ruiz, A., Díaz, K. y Zaldívar, D. (2020). La psicología como ciencia y profesión en el afrontamiento del COVID-19. *Revista Caribeña de Psicología*, 4(2), 153-165. DOI: <https://doi.org/10.37226/rcp.v4i2.4815>
- Lovibond, S., y Lovibond, P. (1995). *Manual for the depression anxiety stress scales*. Psychology Foundation of Australia.
- Malhotra, S., Mani, K., Lodha, R., Bakhshi, S., Mathur, V. P., Gupta, P., Kedia, S., Sankar, J., Kumar, P., Kumar, A., Ahuja, V., Sinha, S., Guleria, R., COVID Reinfection AIIMS Consortium, Dua, A., Ahmad, S., Sathiyamoorthy, R., Sharma, A., Sakya, T., ... Shukla, S. (2022). SARS-CoV-2 reinfection rate and estimated effectiveness of the inactivated whole virion vaccine BBV152 against reinfection among health care workers in New Delhi, India. *JAMA Network Open*, 5(1), e2142210. DOI: [10.1001/jamanetworkopen.2021.42210](https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.42210).
- Manzuela Henríquez, L. y Amaro Martínez, M. A. (2022). *Estrategias de afrontamiento ante el estrés durante la pandemia de COVID-19 en atletas del equipo SUB-20 de Voleibol Juvenil Femenino, Centro Olímpico Juan Pablo Duarte, período febrero-agosto 2021, Distrito Nacional, República Dominicana* [Tesis de grado, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, República Dominicana]. Disponible en: <https://repositorio.unphu.edu.do/handle/123456789/4351>.
- Marsollier, R. y Expósito, C. (2021). Afrontamiento docente en tiempos de COVID-19. *CienciAmérica*, 10(1), 35-54. DOI: <http://dx.doi.org/10.33210/ca.v10i1.357>
- Mayordomo Rodríguez, T. (2013). *Afrontamiento, Resiliencia y Bienestar a lo largo del ciclo vital* [Tesis Doctoral, Universidad de Valencia]. Disponible en: <https://roderic.uv.es/rest/api/core/bitstreams/c28bf7b1-01ff-4553-9e43-d869d354ed34/content>
- Mayordomo Rodríguez, T., Sales Galán, A., Satorres Pons, E. y Blasco Igual, C. (2015). Estrategias de afrontamiento en adultos mayores en función de variables sociodemográficas. *Escritos de Psicología*, 8(3), 26-32. DOI: <https://dx.doi.org/10.5231/psy.writ.2015.2904>

- Medina, S., y Ródenas, L. (2022). La ansiedad en deportistas universitarios durante la cuarentena por COVID-19. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 22(2), 33-46. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/cpd/v22n2/1578-8423-cpd-22-2-33.pdf>.
- Mejorada, R. E. O., Tufiño, M. A. T., Sierra, A. V., Guerrero, O. T., Rosas, A. R. y Sosa, J. J. S. (2013). Afrontamiento en pacientes con cáncer de mama en radioterapia: análisis de la Escala COPE Breve. *Psicología y Salud*, 23(1), 55-62.
- Mella-Morambuena, J., López-Angulo, Y., Sáez-Delgado, Y., y Del Valle, M. (2020). Estrategias de afrontamiento en apoderados durante el confinamiento por la COVID-19. *CienciaAmérica*, 9(2), 322-333. DOI: <http://dx.doi.org/10.33210/ca.v9i2.324>
- Millones Morales, P.E. y Gonzales Guevara, A. (2021). Depresión, Ansiedad y Estrés durante la emergencia sanitaria por COVID-19, en jefes de hogar de un asentamiento humano en Comas. *Ágora Revista de Investigación Científica*, 8(1), 34-41. DOI: <https://doi.org/10.21679/arc.v8i1.205>.
- Ministerio de Salud de la Nación Argentina (2020). [https://www.argentina.gob.ar/salud/coronavirus-COVID-19?utm\\_source=search&utm\\_medium=cpc&utm\\_campaign=coronavirus&utm\\_term=grants&utm\\_content=nacional&gclid=CjwKCAjw8sCRBhA6EiwA6\\_IF4UmTf\\_yy0O7BSVQn-6GNf0TSSfJ0sVeBbICzWL\\_Lq2G7DUcq0KIAW\\_xoC\\_\\_4QAvD\\_BwE](https://www.argentina.gob.ar/salud/coronavirus-COVID-19?utm_source=search&utm_medium=cpc&utm_campaign=coronavirus&utm_term=grants&utm_content=nacional&gclid=CjwKCAjw8sCRBhA6EiwA6_IF4UmTf_yy0O7BSVQn-6GNf0TSSfJ0sVeBbICzWL_Lq2G7DUcq0KIAW_xoC__4QAvD_BwE).
- Miranda Quispe, L. (2021). *Estrés ocupacional y ansiedad durante la pandemia por SARS-CoV-2 (COVID-19), en efectivos policiales de la Región de Tacna, 2021* [Tesis de maestría, Universidad Nacional Jorge Basadre Grohman, Perú].
- Molina-Molina, M. (2020). Secuelas y consecuencias de la COVID-19. *Medicina Respiratoria*, 13(2), 71-77. Disponible en: <http://www.neumologiaysalud.es/descargas/R13/R132-8.pdf>.
- Monterrosa-Castro, A., Dávila-Ruiz, R., Mejía-Mantilla, A., Contreras-Saldarriaga, J., Mercado-Lara, M. y Flores-Monterrosa, C. (2020). Estrés laboral, ansiedad y miedo al COVID-19 en médicos generales colombianos. *Med UNAM*, 23(2), 195-213. DOI: <https://doi.org/10.29375/01237047.3890>.
- Mora Torijano, L. V. (2021). *Estrés, ansiedad y depresión en personal médico del Hospital Universitario de la Samaritana durante la pandemia SARS-CoV2/COVID-19* [Tesis de grado, Universidad Antonio, Colombia].
- Morán-Astorga, M. C. y Schulz, R. (2008). Influencia del optimismo y del afrontamiento en el bienestar laboral. *Capital Humano*, 225, 86-92.
- Morán, C., Landero-Hernández, R. y González Ramírez, M.T. (2010). COPE-28: un análisis psicométrico de la versión en español del Brief COPE. *UniversitasPsychologia*, 9(2), 543-552. Disponible en: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/up/v9n2/v9n2a20.pdf>.
- Moreno, J.J., Cestona, I. y Camarena, P. (2020). *El impacto emocional de la pandemia por COVID-19. Una guía de consejo psicológico*. Madrid Salud. Disponible en: <https://madridsalud.es/wp-content/uploads/2020/06/GuiaImpactopsicologico.pdf>.

- Mosqueda Díaz, A., Mendoza Parra, S., Jofré Aravena, V. y Barriga, O. A. (2015). Validez y confiabilidad de una escala de apoyo social percibido en población adolescente. *Enfermería Global*, 39, 125-136. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v14n39/docencia1.pdf>.
- Nuñez-Ocman, S. D., López-Rentería, A., Robles Garay, B., Montalvo-Salas, L., Rodríguez-Rivera, J., Flores-Rodarte, D. C. y Hernández-Cantú, E. I. (2022). Psicodrama como tratamiento para ansiedad y depresión en personal de salud que atiende pacientes con Covid-19, en un hospital de Nuevo León, México. *Revista Brasileira de Psicodrama*, 30, e0922, 1-12. DOI: <https://doi.org/10.1590/psicodrama.v30.491>.
- Obando Zegarra, R., Arévalo-Ipanaqué, J.M., Aliaga Sánchez, R.A. y Obando Zegarra, M. (2020). Ansiedad, estrés y depresión en enfermeros de emergencia Covid-19. *Index de Enfermería* [online], 29(4), 225-229. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962020000300008&lng=es&nrm=iso&tlng=es](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962020000300008&lng=es&nrm=iso&tlng=es).
- Ocaña-Aguilar, N., Romero-Casanova, M., Ocaña-Aguilar, V. y Ocaña-Gutiérrez, V. (2021). Ansiedad, estrategias y recursos para el afrontamiento de trabajadores de salud en primera línea COVID-19 del primer nivel de atención, Cajamarca, 2021. *Revista Médica Vallejana*, 10(2), 39-52. DOI: <https://doi.org/10.18050/revistamedicavallejana.v10i2.03>.
- Ochoa Mendoza, D. I., Zambrano Ochoa, D. A. y Cordova Alcivar, G. E. (2022). Aplicación de la escala dass-21 para valorar depresión, ansiedad y estrés en los profesionales de salud del área de cuidados intensivos noviembre 2020-marzo 2021. *593 Digital Publisher CEIT*, 7 (3-1), 79-87. DOI: <https://doi.org/10.33386/593dp.2022.3-1.1085>.
- Olea, J., Ponsada, V. y Prieto, G. (1998). *Test informatizados. Fundamentos y aplicaciones*. Editorial Pirámide.
- Olivares Ramírez, F. (2021). *Percepción de funcionalidad familiar y apoyo social en pacientes con incapacidad por Covid-19 en el HGZI delegación Aguascalientes*. [Tesis de Especialización, Universidad Autónoma de Aguascalientes, México]. Disponible en: URI: <http://hdl.handle.net/11317/2065>.
- Orellana, C. I. y Orellana, L. M. (2021). Propiedades psicométricas de la escala abreviada de depresión, ansiedad y estrés (DASS-21) en adultos salvadoreños. *Teoría y Praxis*, 38, 45-54. DOI: <https://doi.org/10.5377/typ.v1i38.13667>.
- Orellana Curamil, G.A. (2015). *Evaluación de síntomas de depresión, ansiedad y estrés: Estructura y dimensionalidad de la escala DASS-21* [Tesis de grado, Universidad de Talca, Chile]. Disponible en: [http://dspace.ugal.cl/bitstream/1950/10848/2/orellana\\_curamil.pdf](http://dspace.ugal.cl/bitstream/1950/10848/2/orellana_curamil.pdf).
- Osorio Mejía, V. (2021). *Estrategias de afrontamiento del personal de la salud en un Hospital de Cartago, frente al Covid-19* [Tesis de grado, Universidad Antonio Nariño Sede

- Cartago Programa de Psicología Facultad de Ciencias Sociales y Humanas Cartago, Colombia]. <http://repositorio.uan.edu.co/handle/123456789/5827>.
- Ozamiz-Etxebarria, N., Dosil-Santamaria, M. y 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. DOI: 10.1590/0102-311X0005402.
- Paredes Flores, M.A. y Vega de Salas, S.J. (2021). *Apoyo social percibido y resiliencia en personas diagnosticadas con COVID-19 en la ciudad de Tarapoto – San Martín*. [Tesis de grado, Universidad San Ignacio de Loyola, Perú]. Disponible en: <https://repositorio.usil.edu.pe/items/351f45ee-4c20-4bc2-a222-7c16db2cc2bf>.
- Pedraza-Aguirre, S., Arellanez-Hernández, J.L., Beltrán-Guerra, L.F. y Romero-Pedraza, E. (2021). Datos sobre la presencia de síntomas de ansiedad y depresión en el contexto de la contingencia por COVID-19 en adultos-jóvenes veracruzanos. *UVSERVA*, 12, 14-23. DOI: <https://doi.org/10.25009/uvs.vi12.2820>.
- Pilataxi, D., Velasco, L. y Fierro, M. (2021). Impacto del COVID-19 en la salud mental del profesional de enfermería. *Gicos*, 6(2), 64-76. Disponible en: <http://erevistas.saber.ula.ve/index.php/gicos/article/view>.
- Ramón Arbués, E., Martínez Abadía, B., Granada López, J. M., Echániz Serrano, E., Pellicer García, B., Juárez Vela, R., Guerrero Portillo, S. y Sáez Guinoa, M. (2019). Conducta alimentaria y su relación con el estrés, la ansiedad, la depresión y el insomnio en estudiantes universitarios. *Nutrición Hospitalaria*, 36(6), 1339-1345. DOI: <http://dx.doi.org/10.20960/nh.02641>.
- Rana, W., Mukhtar, S. y Mukhtar, S. (2020). Mental health of medical workers in Pakistan during the pandemic COVID-19 outbreak. *Asian Journal of Psychiatry*, 51. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102080>.
- Reich, M., Costa-Ball, C. D. y Remor, E. (2016). Estudio de las propiedades psicométricas del Brief COPE para una muestra de mujeres uruguayas. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 34 (3), 615-636. DOI: <http://dx.doi.org/10.12804/apl34.3.2016.13>.
- Rodríguez Leis, P. y Flores Gallegos, R. (2018). Relación entre apoyo social, estrés, ansiedad y depresión durante el embarazo en una población mexicana. *Ansiedad y Estrés*, 24, 67-72. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.anyes.2018.03.003>.
- Rojas, E. (2014). *Como superar la ansiedad*. Editorial Planeta.
- Rosas Ruiz, E. M. y Valencia Rodríguez, Y. M. (2022). *Nivel de calidad de vida y depresión en pacientes que reciben hemodiálisis en tiempo de Covid-19* [Tesis de grado, Universidad Nacional de Trujillo, Perú]. Disponible en: <https://dspace.unitru.edu.pe/items/2511dc41-7937-4f1f-82f3-1f76afecc008>.
- Ruiz, F. J., García-Martín, M. B., Suárez-Falcón, J. C., & Odriozola-González, P. (2017). The hierarchical factor structure of the Spanish versión of Depression Anxiety and Stress Scale - 21. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 17(1), 97-

105. Disponible en: <https://blogs.konradlorenz.edu.co/files/ruiz-f.-j.-garc%C3%ADa-mart%C3%ADn-m.-b.-su%C3%A1rez-falc%C3%B3n-j.-c.-odriozola-gonz%C3%A1lez-p.-2017-1.pdf>.
- Ruiz Fernández, M. D., Martínez Mengíbar, E., López Cano, M. y Fernández Leyva, A. (2016) Evaluación de los estilos de afrontamiento utilizados en cuidadores familiares de enfermos crónicos complejos. *European Journal of Health Research*, 2(3), 83-93. DOI: 10.1989/ejhr.v2i3.36.
- Sáez-Delgado, F., López-Angulo, Y., Mella-Norambuena, J., Hartley, K. y Sepúlveda, F. (2023). Mental health in school teachers: An explanatory model with emotional intelligence and coping strategies. *Electronic Journal of Research in Education Psychology*, 21(3), 559-586. DOI:10.25115/ejrep.v21i61.8322.
- Salinas Oñate, N., Baeza Rivera, M.J., Escobar, B., Coloma, J. y Carreño, M. (2018). Predictores culturales y psicológicos de la búsqueda de ayuda psicológica en estudiantes universitarios. *CUHSO. CULTURA-HOMBRE-SOCIEDAD*, 28(1), 79-101. DOI: <http://dx.doi.org/10.7770/0719-2789.2018.cuhso.01.a03>.
- Sánchez Reyes, A., Osornio Castillo, L. y Ríos Saldaña, M. R. (2019). Habilidades sociales básicas y su relación con la ansiedad y las estrategias de afrontamiento en estudiantes de medicina. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 22(2), 834-856. Disponible en: <https://www.revistas.unam.mx/index.php/repi/article/view/70134>.
- Sandín, B. (1995). El estrés. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.), *Manual de Psicopatología. Volumen 2* (pp. 3-52). McGraw- Hill.
- Shetsche, C. (2021). Vivir con limitaciones económicas: Efectos psicológicos y apoyo social durante los tiempos del COVID-19. *Psicoperspectivas. Individuo y Sociedad*, 20(3). DOI: <https://dx.doi.org/10.5027/psicoperspectivas-vol20-issue3-fulltext-2228>.
- Shigemura, J., Urano, R.J., Morganstein, J.C., Kurosawa, M. & Benedek, D.M. (2020). Public responses to the novel 2019 coronavirus (2019-nCoV) in Japan: Mental health consequences and target populations. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 74, 281 Doi: 10.1111 / pcn.12988.
- Silva-Domínguez, D. S. y Luque-Villanueva, Y. (2022). Miedo al COVID-19, ansiedad, depresión y satisfacción familiar durante la pandemia COVID-19 en adultos de Lima Metropolitana. *CASUS. Revista de Investigación y Casos en Salud*, 6(1), 39-47. DOI: 10.35626/casus.1.2022.322
- Soto Abarca, D. E. y Vera Madariaga, P. F. (2020). *Indicadores de salud mental en mujeres primigestas: el rol del apoyo social percibido y regulación emocional* [Tesis de grado, Universidad de Talca, Chile]. Disponible en: <http://dspace.otalca.cl/bitstream/1950/13119/3/2020A000965.pdf>
- Sucuy Bonilla I. (2020). *Afrontamiento del COVID-19 y bioseguridad laboral en la empresa SEMAICA*. [Tesis de grado, Universidad Nacional de Chimborazo, Ecuador]. Disponible

en: <http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/7026/3/Afrontamiento%20de%20Covid-19%20y%20bioseguridad%20laboral%20-%20Tesis.pdf>.

Tapia Carreño, D. P. (2020). *Estrategias de afrontamiento y apoyo social ante la emergencia sanitaria Covid-19 y su relación con variables sociodemográficas y laborales en funcionarios de la matriz de la Corporación Eléctrica del Ecuador. Periodo mayo-noviembre 2020* [Tesis de Maestría, Universidad Politécnica Salesiana, Ecuador]. Disponible en: <https://dspace.ups.edu.ec/handle/123456789/19714>.

Tijerina González, L.Z., González Guevara, E., Gómez Nava, M., Cisneros Estala, M.A., Rodríguez García, K.Y. y Ramos Peña, E.G. (2018). Depresión, ansiedad y estrés en estudiantes de nuevo ingreso a la educación superior. *Revista Salud Pública y Nutrición*, 17(4), 41-47. Disponible en: <https://respyn.uanl.mx/index.php/respyn/article/view/399>.

Toledo Saucedo, R. N. (2018). *Ansiedad y afrontamiento al estrés en Técnicas de Enfermería del Centro Médico Naval, 2018* [Tesis de grado, Universidad Alas Peruanas, Perú]. Disponible en: <https://repositorio.uap.edu.pe/xmlui/handle/20.500.12990/6806>.

Tomás-Sábado, J. (2016). *Miedo y ansiedad ante la muerte. Aproximación conceptual, factores relacionados e instrumentos de evaluación*. Herder.

Torres-Díaz, S., Hidalgo-Apolo, G. y Suárez-Pesántez, K. (2021). Estrategias de afrontamiento en confinamiento por la Covid-19. *Polo de Conocimiento*, 6(7), 491-507. DOI: 10.23857/pc.v6i7.2866.

Urzúa, A., Vera Villarroel, P., Caqueo-Urizar, A. y Polanco-Carrasco, R. (2020). La Psicología en la prevención y manejo del COVID-19. Aportes desde la evidencia inicial. *TERAPIA PSICOLÓGICA*, 38(1), 103–118. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/terpsicol/v38n1/0718-4808-terpsicol-38-01-0103.pdf>.

Valero Cedeño, N. J., Vélez Cuenca, M. F., Duran Mojica, A. A. y Torres Portillo, M. T. (2020). Afrontamiento del COVID-19: estrés, miedo, ansiedad y depresión?. *Enfermería Investiga. Investigación, Vinculación, Docencia y Gestión*; 5(3), 63-70. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/354936716\\_Afrontamiento\\_del\\_COVID-19\\_estres\\_miedo\\_ansiedad\\_y\\_depresion](https://www.researchgate.net/publication/354936716_Afrontamiento_del_COVID-19_estres_miedo_ansiedad_y_depresion).

Velastegui-Mendoza, M. A., Touriz-Bonifaz, M. A., Cando-Caluña, W. W. y Herrera-Tutiven, J. D. (2022). Depresión y Ansiedad en Universitarios por Covid-19. *Polo del Conocimiento*, 7(2), 2324-2344. DOI: 10.23857/pc.v7i2.3709.

Vera-Villarroel, P. (2020). Psicología y covid-19: un análisis desde los procesos psicológicos básicos. *Cuadernos de Neuropsicología/Panamerican Journal of Neuropsychology*, 14(1), 10-18. DOI: 10.7714/CNPS/14.1.201.

Vides, R. (2020). COVID-19: Distanciamiento social, sus efectos psicológicos y 10 estrategias para sobrellevarlo. *Revista Científica del SEP*, 3(1), 17-23. DOI: <https://doi.org/10.36958/sep.v3i01.27>.

Virto Concha, C.A., Virto Farfán, C.H., Cornejo Calderón, A.A., Loayza Bairo, W., Álvarez Arce, B.G., Gallegos Laguna, Y. y Triveño Huamán, J.J. (2020). Estrés ansiedad y

- depresión con estilos de afrontamiento en enfermeras en contacto con covid-19. Cusco. Perú. *Revista RECIEN*, 9(3), 50-60. Disponible en: <https://revista.cep.org.pe/index.php/RECIEN/article/view/44>.
- Virto-Farfan, H., Ccahuana, F., Loayza, W., Cornejo, A., Sánchez, D., Cedeño, M., Virto, C. y Tafet, G. (2021). Estrés, ansiedad y depresión en la etapa inicial del aislamiento social por COVID-19. Cusco-Perú. *Revista RECIEN*, 10(3). Disponible en: <https://revista.cep.org.pe/index.php/RECIEN/article/view/76/103>.
- Vivaldi, F. y Barra, E. (2012). Bienestar psicológico, apoyo social percibido y percepción de salud en adultos mayores. *Terapia Psicológica*, 30(2), 23-29. DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082012000200002>.
- Vuyk, M. A., Montanía, M., Amarilla, J., Arestivo, J., Baez, L., Becker, A., Caceres, M., Codas, S., Conigliaro, D., Costantini, L., Devaca, S., Fretes, A., Gaona, D., Guggiari, F., Ibarra, A., Lovera, L., Maneglia, B., Martínez D., Medina, B.,... y Villalba, G. (2023). De la Universidad a la Cuarentena por COVID-19: Afrontamiento y Factores Psicológicos en Estudiantes. *Revista Interamericana de Psicología*, 57(2), e1351. DOI: <https://doi.org/10.30849/ripijp.v57i2.1351>.
- Wang, C. (2021). Mental health and social support of caregivers of children and adolescents with ASD and other developmental disorders during COVID-19 pandemic. *Journal of Affective Disorders Reports*, 6, 100242. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jadr.2021.100242>.
- Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C. S. y Ho, R. C. (2020). Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 Coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(5), 1729. DOI: 10.3390/ijerph17051729.
- Yeverino-García, B. I., Vargas Salgado, M. M., Gómez Bull, K. G. y Quintana Aranda, A. (2022). Análisis de la Depresión y Ansiedad Durante la Pandemia del COVID-19 en una Empresa Transportista. *Topofilia, Revista de Arquitectura, Urbanismo y Territorios*, XV(24). Disponible en: <https://topofilia.buap.mx/index.php/topofilia/article/view/268/188>.
- Yuni, J y Urbano, C. (2006). *Técnicas para investigar. Recursos Metodológicos para la preparación de proyectos de investigación*. Editorial Brujas.

CAPÍTULO 8:

Anexos

**ANEXO 1: Formulario administrado a las personas encuestadas en la investigación.**

**Estados emocionales, Estrategias de Afrontamiento y Apoyo social**

Estimados/as

Debido a la pandemia de COVID-19, estamos viviendo situaciones estresantes, por lo cual, es importante conocer cómo las personas enfrentan este momento.

Este estudio, se realiza en el marco de la tesis doctoral de la Universidad de Flores, con el objetivo de conocer cuáles son los estados emocionales que se presentan, las estrategias de afrontamiento que se utilizan y el apoyo social percibido en las personas que han tenido COVID-19 en los últimos 6 meses.

En caso de tener alguna pregunta, puede hacerla al correo electrónico: [psanaparra@gmail.com](mailto:psanaparra@gmail.com).

Este cuestionario (que no le llevará más de 15 minutos responder), tiene por objetivo conocer sus respuestas ante esta situación. Es importante que responda a todas las preguntas de manera sincera.

Todos sus datos están protegidos por la ley de Protección de datos personales N°25.326, por ello le pediremos su consentimiento informado para participar de forma voluntaria. Aceptar significa que:

- ✓ He leído y entendido toda la información en relación a la participación en el citado proyecto.
- ✓ He tenido la oportunidad de preguntar sobre dicha información.
- ✓ Se me ha asegurado que los datos son completamente anónimos y que se mantendrá la confidencialidad.

Otorgo mi consentimiento de manera voluntaria y soy consciente que soy libre de retirarme del estudio en cualquier momento, sin tener que dar explicación alguna.

**1. Acepto participara del estudio.**

- Acepto

**2. Soy de la Provincia de Salta?**

- Si

**3. Datos personales**

**3.1. ¿Tuvo COVID-19?**

- Si
- Tal Vez

**3.2. ¿En qué mes?**

- Octubre
- Noviembre
- Diciembre
- Enero
- Febrero
- Marzo

3.3. Según su experiencia, ¿Cuál fue el grado de intensidad de la enfermedad?

- Leve
- Moderado
- Grave

3.4. Durante el tiempo de aislamiento, ¿Con quién se encontraba?

- Solo
- Con su pareja
- Con su pareja e hijos
- Hijos
- Familiares
- Otros

3.5. Si se encontraba con otras personas, ¿Cuál fue el grado de intensidad con que vivieron ellos la enfermedad?

- Leve
- Moderado
- Grave

3.6. Edad

---

3.7. Género

- Mujer
- Hombre
- Otros

3.8. ¿Cuál es su situación laboral?

- Desempleado
- Trabajo de dependencia, tiempo completo
- Trabajo de dependencia, tiempo parcial
- Trabajo independiente
- Ama de casa
- Jubilado
- Incapacidad laboral
- Estudia

3.9. Nivel de escolaridad

- Primaria Incompleta

- Primaria Completa
- Secundaria
- Terciario no universitario - Universitario
- Postgrados (maestría/doctorado)

4. **DASS-21** (Antony, 1998)

Por favor, lea las siguientes afirmaciones y seleccione en qué grado le ha ocurrido a usted esta afirmación durante el tiempo que tuvo COVID-19. La escala de calificación es la siguiente: No me ha ocurrido; Me ha ocurrido un poco, Me ha ocurrido bastante, Me ha ocurrido mucho.

		No me ha ocurrido	Me ha ocurrido poco	Me ha ocurrido bastante	Me ha ocurrido mucho
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	Sentí que mis manos temblaban.				
8	He sentido que estaba gastando una gran cantidad de energía.				
9	Estaba preocupado 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	Sentí que estaba al punto de				

	<b>pánico.</b>				
16	<b>No me pude entusiasmar por nada.</b>				
17	<b>Sentí que valía muy poco como persona.</b>				
18	<b>He tendido a sentirme enfadado con facilidad.</b>				
19	<b>Sentí los latidos de mi corazón a pesar de no haber hecho ningún esfuerzo físico.</b>				
20	<b>Tuve miedo sin razón.</b>				
21	<b>Sentí que la vida no tenía ningún sentido.</b>				

### 5. COPE-28 (Carver, 1997).

Las frases que aparecen a continuación describen formas de pensar, sentir o comportarse, que la gente suele utilizar para enfrentarse a los problemas personales o situaciones difíciles que en la vida causan tensión o estrés. Las formas de enfrentarse a los problemas, como las que aquí se describen, no son ni buenas ni malas, ni tampoco unas son mejores o peores que otras. Simplemente, ciertas personas utilizan más unas formas que otras. Marque en absoluto, un poco, bastante o mucho según corresponda a la manera en que enfrento la situación cuando tuvo COVID-19.

		<b>Nunca</b>	<b>Un Poco</b>	<b>Bastante</b>	<b>Mucho</b>
1	<b>Intento conseguir que alguien me ayude o aconseje sobre qué hacer.</b>				
2	<b>Concentro mis esfuerzos en hacer algo sobre la situación en la que estoy.</b>				
3	<b>Acepto la realidad de lo que ha sucedido.</b>				
4	<b>Recurro al trabajo o a otras actividades para apartar las cosas de mi mente.</b>				
5	<b>Me digo a mí mismo "esto no es real".</b>				
6	<b>Intento proponer una estrategia sobre qué hacer.</b>				
7	<b>Hago bromas sobre ello.</b>				
8	<b>Me critico a mí mismo.</b>				
9	<b>Consigo apoyo emocional de otros.</b>				

10	<b>Tomo medidas para intentar que la situación mejore.</b>				
11	<b>Renuncio a intentar ocuparme de ello.</b>				
12	<b>Digo cosas para dar rienda suelta a mis sentimientos desagradables.</b>				
13	<b>Me niego a creer que haya sucedido.</b>				
14	<b>Intento verlo con otros ojos, para hacer que parezca más positivo.</b>				
15	<b>Utilizó alcohol u otras drogas para hacerme sentir mejor.</b>				
16	<b>Intento hallar consuelo en mi religión o creencias espirituales.</b>				
17	<b>Consigo el consuelo y la comprensión de alguien.</b>				
18	<b>Busco algo bueno en lo que está sucediendo.</b>				
19	<b>Me río de la situación.</b>				
20	<b>Rezo o medito.</b>				
21	<b>Aprendo a vivir con ello.</b>				
22	<b>Hago algo para pensar menos en ello, tal como ir al cine o ver la televisión.</b>				
23	<b>Expreso mis sentimientos negativos.</b>				
24	<b>Utilizó alcohol u otras drogas para ayudarme a superarlo.</b>				
25	<b>Renuncio al intento de hacer frente al problema.</b>				
26	<b>Pienso detenidamente sobre los pasos a seguir.</b>				
27	<b>Me echo la culpa de lo que ha sucedido.</b>				
28	<b>Consigo que otras personas me ayuden o aconsejen.</b>				

6. **EMAS** (Landeta, O y Calvete, E., 2002)

Lea cada una de las siguientes frases, pensando en el tiempo que tuvo COVID-19 e indique su acuerdo con cada una de ellas, empleando esta escala: 1. Totalmente en desacuerdo 2. Bastante en desacuerdo 3. Más Bien en desacuerdo 4. Ni de acuerdo ni en desacuerdo 5. Más bien de acuerdo 6. Bastante en acuerdo 7. Totalmente de Acuerdo

		1	2	3	4	5	6	7
1	<b>Hay una persona que está cerca cuando estoy en una situación difícil.</b>							
2	<b>Existe una persona especial con la cual yo puedo compartir penas y alegrías.</b>							
3	<b>Mi familia realmente intenta ayudarme.</b>							
4	<b>Obtengo de mi familia la ayuda y el apoyo emocional que necesito.</b>							
5	<b>Existe una persona que realmente es una fuente de bienestar para mí.</b>							
6	<b>Mis amigos realmente tratan de ayudarme.</b>							
7	<b>Puedo contar con mis amigos cuando las cosas van mal.</b>							
8	<b>Yo puedo hablar de mis problemas con mi familia.</b>							
9	<b>Tengo amigos con los que puedo compartir las penas y alegrías.</b>							
10	<b>Existe una persona especial en mi vida que se preocupa por mis sentimientos.</b>							
11	<b>Mi familia se muestra dispuesta a ayudarme para tomar decisiones.</b>							
12	<b>Puedo hablar de mis problemas con mis amigos.</b>							

**ANEXO 2: Fiabilidad, Alfa de Cronbach DASS-21**

<b>Estadísticos total-elemento</b>				
	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
D1	32,2039	100,539	,314	,885
D2	32,8125	98,470	,516	,878
D3	32,7171	100,553	,404	,881
D4	32,6809	95,967	,605	,875
D5	32,5493	98,215	,497	,878
D6	32,6118	98,997	,436	,880
D7	32,7664	97,057	,540	,877
D8	32,5033	99,360	,474	,879
D9	32,5954	98,737	,472	,879
D10	32,6743	97,257	,562	,877
D11	32,6382	98,185	,500	,878
D12	32,5658	96,022	,635	,874
D13	32,6020	96,821	,539	,877
D14	32,6217	99,972	,437	,880
D15	32,6579	97,671	,541	,877
D16	32,6711	96,934	,576	,876
D17	32,6414	98,343	,492	,879
D18	32,6020	100,056	,425	,881
D19	32,5296	98,164	,494	,879
D20	32,8092	100,333	,375	,882
D21	32,8092	100,346	,359	,883

**ANEXO 3: Fiabilidad, Alfa de Cronbach COPE-28**

<b>Estadísticos total-elemento</b>				
	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
C1	43,1612	102,802	,179	,833
C2	43,2961	103,688	,175	,832
C3	43,3651	102,734	,212	,831
C4	43,2007	100,115	,343	,827
C5	43,6546	100,372	,275	,830
C6	43,2664	102,341	,274	,829
C7	43,3322	100,843	,289	,829
C8	43,4803	100,911	,289	,829
C9	43,2599	100,932	,352	,827
C10	43,2007	101,303	,333	,827
C11	43,5428	100,698	,318	,828
C12	43,2664	99,219	,409	,824
C13	43,4704	97,709	,471	,822
C14	43,2204	99,968	,400	,825
C15	43,7401	96,774	,455	,822
C16	43,4408	98,670	,442	,823
C17	43,3651	99,526	,420	,824
C18	43,2829	97,880	,515	,821
C19	43,3289	99,251	,379	,826
C20	43,5493	97,773	,441	,823
C21	43,2697	100,105	,423	,824
C22	43,2336	100,826	,329	,827
C23	43,3586	101,069	,332	,827
C24	43,7105	98,239	,409	,824
C25	43,4638	100,593	,374	,826
C26	43,3388	100,594	,376	,826
C27	43,2862	101,380	,302	,828
C28	43,2928	99,970	,390	,825

**ANEXO 4: Fiabilidad, Alfa de Cronbach EMAS**

<b>Estadísticos total-elemento</b>				
	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
E1	50,2500	134,135	,548	,912
E2	50,6546	141,540	,531	,912
E3	50,9079	133,133	,663	,906
E4	50,9079	133,219	,673	,906
E5	50,7270	136,272	,652	,907
E6	50,8849	132,987	,678	,905
E7	50,8125	133,466	,681	,905
E8	50,9770	132,683	,676	,905
E9	50,8388	132,287	,714	,904
E10	50,7664	136,094	,629	,908
E11	50,9704	132,088	,688	,905
E12	50,8980	131,854	,711	,904

**ANEXO 5: Pruebas Chi cuadrado para la comparación, dos a dos, de los niveles de la escala de Depresión del DASS-21.**

<b>Comparación de los niveles de la escala de Depresión</b>	$\chi^2_{(1;.05)}$	<i>p</i>
<b>Sin síntoma-Leve</b>	.098	.760
<b>Sin síntoma-Moderado</b>	38.059	.000
<b>Sin síntoma-Severo</b>	39.767	.000
<b>Sin síntoma- Extremadamente Severo</b>	51.112	.000
<b>Leve-Moderado</b>	33.471	.000
<b>Leve-Severo</b>	35.104	.000
<b>Leve-Extremadamente Severo</b>	46.017	.000
<b>Moderado-Severo</b>	.006	.941
<b>Moderado- Extremadamente Severo</b>	1.095	.296
<b>Severo-Extremadamente Severo</b>	.796	.376

**ANEXO 6: Pruebas Chi cuadrado para la comparación, dos a dos, de los niveles de la escala de Ansiedad del DASS-21.**

<b>Comparación de los niveles de la escala de Ansiedad</b>	$\chi^2_{(1;.05)}$	<i>p</i>
<b>Sin síntoma-Leve</b>	.211	.651
<b>Sin síntoma-Moderado</b>	17.796	.000
<b>Sin síntoma-Severo</b>	14.580	.000
<b>Sin síntoma- Extremadamente Severo</b>	170.472	.000
<b>Leve-Moderado</b>	22.667	.000
<b>Leve-Severo</b>	19.149	.000
<b>Leve-Extremadamente Severo</b>	178.370	.000
<b>Moderado-Severo</b>	.110	.746
<b>Moderado- Extremadamente Severo</b>	102.768	.000
<b>Severo-Extremadamente Severo</b>	109.789	.000

**ANEXO 7: Pruebas Chi cuadrado para la comparación, dos a dos, de los niveles de la escala de Estrés del DASS-21.**

<b>Comparación de los niveles de la escala de Estrés</b>	$\chi^2_{(1;.05)}$	<i>p</i>
<b>Sin síntoma-Leve</b>	.013	.913
<b>Sin síntoma-Moderado</b>	12.890	.000
<b>Sin síntoma-Severo</b>	32.169	.000
<b>Sin síntoma- Extremadamente Severo</b>	0	1
<b>Leve-Moderado</b>	12.890	.000
<b>Leve-Severo</b>	32.169	.000
<b>Leve-Extremadamente Severo</b>	0	1
<b>Moderado-Severo</b>	4.473	.037
<b>Moderado- Extremadamente Severo</b>	13.675	.000
<b>Severo-Extremadamente Severo</b>	33.833	.000

**ANEXO 8: Pruebas *t* de Students para muestras relacionadas para la comparación, dos a dos, entre las estrategias de afrontamiento estudiadas por el COPE-28.**

<b>Estrategia de Afrontamiento</b>	<b><i>t</i> - Students</b>
<b>Afrontamiento Activo-Planificación</b>	$t_{(303;.05)} = 1.390; p = .165$
<b>Afrontamiento Activo- Apoyo Emocional</b>	$t_{(303;.05)} = 1.431; p = .153$
<b>Afrontamiento Activo- Apoyo Social</b>	$t_{(303;.05)} = -0.433; p = .665$
<b>Afrontamiento Activo-Religión</b>	$t_{(303;.05)} = 4.561; p = .000$
<b>Afrontamiento Activo- Reinterpretación Positiva</b>	$t_{(303;.05)} = 5.464; p = .000$
<b>Afrontamiento Activo- Aceptación</b>	$t_{(303;.05)} = 1.612; p = .108$
<b>Afrontamiento Activo- Negación</b>	$t_{(303;.05)} = 5.865; p = .000$
<b>Afrontamiento Activo- Uso del Humor</b>	$t_{(303;.05)} = 1.650; p = .100$
<b>Afrontamiento Activo- Autodistracción</b>	$t_{(303;.05)} = -0.655; p = .513$
<b>Afrontamiento Activo- Autoinculpación</b>	$t_{(303;.05)} = 2.825; p = .005$
<b>Afrontamiento Activo- Desconexión conductual</b>	$t_{(303;.05)} = 5.119; p = .000$
<b>Afrontamiento Activo-Desahogo</b>	$t_{(303;.05)} = 1.439; p = .151$
<b>Afrontamiento Activo-Uso de Sustancia</b>	$t_{(303;.05)} = 7.841; p = .000$
<b>Planificación - Apoyo Emocional</b>	$t_{(303;.05)} = 0.226; p = .822$
<b>Planificación - Apoyo Social</b>	$t_{(303;.05)} = 1.572; p = .117$
<b>Planificación -Religión</b>	$t_{(303;.05)} = 3.898; p = .000$
<b>Planificación - Reinterpretación Positiva</b>	$t_{(303;.05)} = 3.236; p = .001$
<b>Planificación - Aceptación</b>	$t_{(303;.05)} = 0.371; p = .711$
<b>Planificación - Negación</b>	$t_{(303;.05)} = 5.229; p = .000$
<b>Planificación - Uso del Humor</b>	$t_{(303;.05)} = 0.579; p = .563$
<b>Planificación - Autodistracción</b>	$t_{(303;.05)} = 1.969; p = .05$
<b>Planificación - Autoinculpación</b>	$t_{(303;.05)} = 1.757; p = .080$
<b>Planificación - Desconexión conductual</b>	$t_{(303;.05)} = 4.303; p = .000$
<b>Planificación -Desahogo</b>	$t_{(303;.05)} = 0.239; p = .812$
<b>Planificación -Uso de Sustancia</b>	$t_{(303;.05)} = 7.620; p = .000$
<b>Apoyo Emocional - Apoyo Social</b>	$t_{(303;.05)} = -1.969; p = .05$
<b>Apoyo Emocional -Religión</b>	$t_{(303;.05)} = 3.617; p = .000$
<b>Apoyo Emocional - Reinterpretación Positiva</b>	$t_{(303;.05)} = 2.761; p = .006$
<b>Apoyo Emocional - Aceptación</b>	$t_{(303;.05)} = 0.103; p = .918$
<b>Apoyo Emocional - Negación</b>	$t_{(303;.05)} = 5.157; p = .000$
<b>Apoyo Emocional - Uso del Humor</b>	$t_{(303;.05)} = 0.347; p = .729$
<b>Apoyo Emocional - Autodistracción</b>	$t_{(303;.05)} = -2.054; p = .041$
<b>Apoyo Emocional - Autoinculpación</b>	$t_{(303;.05)} = 1.479; p = .140$
<b>Apoyo Emocional - Desconexión conductual</b>	$t_{(303;.05)} = 4.100; p = .000$
<b>Apoyo Emocional -Desahogo</b>	$t_{(303;.05)} = 0.000; p = 1$
<b>Apoyo Emocional -Uso de Sustancia</b>	$t_{(303;.05)} = 7.482; p = .000$
<b>Apoyo Social - Religión</b>	$t_{(303;.05)} = 5.057; p = .000$
<b>Apoyo Social - Reinterpretación Positiva</b>	$t_{(303;.05)} = 4.269; p = .000$
<b>Apoyo Social - Aceptación</b>	$t_{(303;.05)} = 1.803; p = .072$
<b>Apoyo Social - Negación</b>	$t_{(303;.05)} = 6.355; p = .000$
<b>Apoyo Social - Uso del Humor</b>	$t_{(303;.05)} = 1.840; p = .067$
<b>Apoyo Social - Autodistracción</b>	$t_{(303;.05)} = -0.199; p = .842$
<b>Apoyo Social - Autoinculpación</b>	$t_{(303;.05)} = 3.266; p = .001$
<b>Apoyo Social - Desconexión conductual</b>	$t_{(303;.05)} = 5.670; p = .000$
<b>Apoyo Social -Desahogo</b>	$t_{(303;.05)} = 1.771; p = .078$
<b>Apoyo Social -Uso de Sustancia</b>	$t_{(303;.05)} = 7.930; p = .000$
<b>Religión - Reinterpretación Positiva</b>	$t_{(303;.05)} = -1.664; p = .097$
<b>Religión - Aceptación</b>	$t_{(303;.05)} = -3.387; p = .001$
<b>Religión - Negación</b>	$t_{(303;.05)} = 1.291; p = .198$
<b>Religión - Uso del Humor</b>	$t_{(303;.05)} = -3.149; p = .002$
<b>Religión - Autodistracción</b>	$t_{(303;.05)} = -5.103; p = .000$

<b>Religión - Autoinculpación</b>	$t_{(303;.05)} = -2.019; p = .044$
<b>Religión - Desconexión conductual</b>	$t_{(303;.05)} = 0.157; p = .875$
<b>Religión -Desahogo</b>	$t_{(303;.05)} = -3.645; p = .000$
<b>Religión -Uso de Sustancia</b>	$t_{(303;.05)} = 4.671; p = .000$
<b>Reinterpretación Positiva - Aceptación</b>	$t_{(303;.05)} = -2.728; p = .007$
<b>Reinterpretación Positiva - Negación</b>	$t_{(303;.05)} = 2.427; p = .016$
<b>Reinterpretación Positiva - Uso del Humor</b>	$t_{(303;.05)} = -2.390; p = .017$
<b>Reinterpretación Positiva - Autodistracción</b>	$t_{(303;.05)} = -4.437; p = .000$
<b>Reinterpretación Positiva - Autoinculpación</b>	$t_{(303;.05)} = -1.112; p = .267$
<b>Reinterpretación Positiva - Desconexión conductual</b>	$t_{(303;.05)} = 1.369; p = .172$
<b>Reinterpretación Positiva -Desahogo</b>	$t_{(303;.05)} = -2.899; p = .004$
<b>Reinterpretación Positiva -Uso de Sustancia</b>	$t_{(303;.05)} = 5.513; p = .000$
<b>Aceptación - Negación</b>	$t_{(303;.05)} = 4.613; p = .000$
<b>Aceptación - Uso del Humor</b>	$t_{(303;.05)} = 0.244; p = .808$
<b>Aceptación - Autodistracción</b>	$t_{(303;.05)} = -2.141; p = .033$
<b>Aceptación - Autoinculpación</b>	$t_{(303;.05)} = 1.426; p = .155$
<b>Aceptación - Desconexión conductual</b>	$t_{(303;.05)} = 3.617; p = .000$
<b>Aceptación -Desahogo</b>	$t_{(303;.05)} = -0.116; p = .908$
<b>Aceptación -Uso de Sustancia</b>	$t_{(303;.05)} = 6.873; p = .000$
<b>Negación - Uso del Humor</b>	$t_{(303;.05)} = -4.028; p = .000$
<b>Negación - Autodistracción</b>	$t_{(303;.05)} = -6.517; p = .000$
<b>Negación - Autoinculpación</b>	$t_{(303;.05)} = -3.592; p = .000$
<b>Negación - Desconexión conductual</b>	$t_{(303;.05)} = -1.220; p = .223$
<b>Negación -Desahogo</b>	$t_{(303;.05)} = -5.286; p = .000$
<b>Negación -Uso de Sustancia</b>	$t_{(303;.05)} = 3.006; p = .003$
<b>Uso del Humor - Autodistracción</b>	$t_{(303;.05)} = -2.183; p = .030$
<b>Uso del Humor - Autoinculpación</b>	$t_{(303;.05)} = 0.978; p = .329$
<b>Uso del Humor - Desconexión conductual</b>	$t_{(303;.05)} = 3.281; p = .001$
<b>Uso del Humor -Desahogo</b>	$t_{(303;.05)} = -0.368; p = .713$
<b>Uso del Humor -Uso de Sustancia</b>	$t_{(303;.05)} = 6.985; p = .000$
<b>Autodistracción - Autoinculpación</b>	$t_{(303;.05)} = 3.464; p = .001$
<b>Autodistracción - Desconexión conductual</b>	$t_{(303;.05)} = 5.776; p = .000$
<b>Autodistracción -Desahogo</b>	$t_{(303;.05)} = 2.331; p = .020$
<b>Autodistracción -Uso de Sustancia</b>	$t_{(303;.05)} = 8.308; p = .000$
<b>Autoinculpación - Desconexión conductual</b>	$t_{(303;.05)} = 2.587; p = .010$
<b>Autoinculpación -Desahogo</b>	$t_{(303;.05)} = -1.619; p = .106$
<b>Autoinculpación -Uso de Sustancia</b>	$t_{(303;.05)} = 5.814; p = .000$
<b>Desconexión conductual -Desahogo</b>	$t_{(303;.05)} = -4.442; p = .000$
<b>Desconexión conductual -Uso de Sustancia</b>	$t_{(303;.05)} = 4.033; p = .000$
<b>Desahogo -Uso de Sustancia</b>	$t_{(303;.05)} = 7.742; p = .000$

**ANEXO 9: Pruebas *t* de Students para muestras relacionadas para la comparación, dos a dos, entre las puntuaciones de los individuos en cada una de las dimensiones de la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido.**

<b>Dimensiones de la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido</b>	<b><i>t</i>- Students</b>
<b>Otros Significativos- Amigos</b>	$t_{(303;0.05)} = 4.603; p = .000$
<b>Otros Significativos- Familia</b>	$t_{(303;0.05)} = 3.404; p = .001$
<b>Amigos- Familia</b>	$t_{(303;0.05)} = -1.177; p = .240$

**ANEXO 10: Pruebas Post-hoc Tukey para la comparación, dos a dos, del estrés entre los diferentes niveles de escolaridad, Primaria incompleta (1), Primaria completa (2), Secundario completo (3), Terciario no universitario/Universidad (4), Postgrado (Maestría/Doctorado) (5)**

Comparaciones múltiples						
EstresPD						
DHS de Tukey						
(I)ESCOLARIDAD	(J)ESCOLARIDAD	Diferencia de medias (I-J)	Error típ.	Sig.	Intervalo de confianza 95%	
					Límite inferior	Límite superior
1,00	2,00	9,0000*	3,04195	,027	,6514	17,3486
	3,00	4,1039	2,65145	,532	-3,1730	11,3808
	4,00	4,6168	2,65356	,411	-2,6659	11,8995
	5,00	4,1000	3,11707	,682	-4,4548	12,6548
2,00	1,00	-9,0000*	3,04195	,027	-17,3486	-,6514
	3,00	-4,8961*	1,55032	,015	-9,1510	-,6413
	4,00	-4,3832*	1,55392	,041	-8,6479	-,1185
	5,00	-4,9000	2,25597	,193	-11,0915	1,2915
3,00	1,00	-4,1039	2,65145	,532	-11,3808	3,1730
	2,00	4,8961*	1,55032	,015	,6413	9,1510
	4,00	,5129	,43755	,767	-,6880	1,7137
	5,00	-,0039	1,69297	1,000	-4,6503	4,6425
4,00	1,00	-4,6168	2,65356	,411	-11,8995	2,6659
	2,00	4,3832*	1,55392	,041	,1185	8,6479
	3,00	-,5129	,43755	,767	-1,7137	,6880
	5,00	-,5168	1,69627	,998	-5,1722	4,1386
5,00	1,00	-4,1000	3,11707	,682	-12,6548	4,4548
	2,00	4,9000	2,25597	,193	-1,2915	11,0915
	3,00	,0039	1,69297	1,000	-4,6425	4,6503
	4,00	,5168	1,69627	,998	-4,1386	5,1722
Basadas en las medias observadas.						
El término de error es la media cuadrática (Error) = 13,880.						
*. La diferencia de medias es significativa al nivel 0,05.						

**ANEXO 11: Pruebas Post-hoc Tukey para la comparación, dos a dos, de la ansiedad entre los diferentes niveles de intensidad con la que los individuos vivieron la enfermedad, Leve (1), Moderada (2), Severa (3)**

Comparaciones múltiples						
AnsiedadPD						
DHS de Tukey						
(I)INTENSIDADPROPIO	(J)INTENSIDADPROPIO	Diferencia de medias (I-J)	Error típ.	Sig.	Intervalo de confianza 95%	
					Límite inferior	Límite superior
1,00	2,00	-,0392	,51117	,997	-1,2432	1,1648
	3,00	-1,8152*	,72637	,035	-3,5261	-,1043
2,00	1,00	,0392	,51117	,997	-1,1648	1,2432
	3,00	-1,7760*	,69237	,029	-3,4068	-,1452
3,00	1,00	1,8152*	,72637	,035	,1043	3,5261
	2,00	1,7760*	,69237	,029	,1452	3,4068

Basadas en las medias observadas.  
El término de error es la media cuadrática (Error) = 16,405.  
\*. La diferencia de medias es significativa al nivel 0,05.

**ANEXO 12: Pruebas Post-hoc Tukey para la comparación, dos a dos, del empleo de la estrategia negación entre los diferentes niveles de la variable situación laboral, Desempleado (1), Trabajador en dependencia tiempo completo (2), Trabajador en dependencia tiempo parcial (3), Trabajador independiente (4), Ama de casa (5), Jubilado (6), Incapacidad laboral (7), Estudiante (8)**

Comparaciones múltiples						
Negación						
DHS de Tukey						
(I)SITUACIÓ LABORAL	(J)SITUACIÓ LABORAL	Diferencia de medias (I-J)	Error típ.	Sig.	Intervalo de confianza 95%	
					Límite inferior	Límite superior
1,00	2,00	-,5672	,49389	,945	-2,0749	,9405
	3,00	-,9355	,51341	,606	-2,5028	,6318
	4,00	-1,1385	,51177	,340	-2,7008	,4238
	5,00	-1,6000	,67377	,258	-3,6569	,4569
	6,00	-1,7273	,65828	,152	-3,7368	,2823
	7,00	-1,5000	1,16701	,904	-5,0626	2,0626
	8,00	-,6000	,67377	,987	-2,6569	1,4569
2,00	1,00	,5672	,49389	,945	-,9405	2,0749
	3,00	-,3683	,23141	,755	-1,0747	,3381
	4,00	-,5713	,22773	,196	-1,2665	,1239
	5,00	-1,0328	,49389	,423	-2,5405	,4749
	6,00	-1,1601	,47253	,219	-2,6026	,2824
	7,00	-,9328	1,07325	,989	-4,2092	2,3435
	8,00	-,0328	,49389	1,000	-1,5405	1,4749
3,00	1,00	,9355	,51341	,606	-,6318	2,5028
	2,00	,3683	,23141	,755	-,3381	1,0747
	4,00	-,2030	,26745	,995	-1,0194	,6135
	5,00	-,6645	,51341	,901	-2,2318	,9028
	6,00	-,7918	,49291	,746	-2,2965	,7129
	7,00	-,5645	1,08237	1,000	-3,8687	2,7397
	8,00	,3355	,51341	,998	-1,2318	1,9028
4,00	1,00	1,1385	,51177	,340	-,4238	2,7008
	2,00	,5713	,22773	,196	-,1239	1,2665
	3,00	,2030	,26745	,995	-,6135	1,0194
	5,00	-,4615	,51177	,986	-2,0238	1,1008
	6,00	-,5888	,49119	,932	-2,0883	,9107
	7,00	-,3615	1,08159	1,000	-3,6634	2,9403
	8,00	,5385	,51177	,966	-1,0238	2,1008
5,00	1,00	1,6000	,67377	,258	-,4569	3,6569
	2,00	1,0328	,49389	,423	-,4749	2,5405
	3,00	,6645	,51341	,901	-,9028	2,2318
	4,00	,4615	,51177	,986	-1,1008	2,0238
	6,00	-,1273	,65828	1,000	-2,1368	1,8823
	7,00	,1000	1,16701	1,000	-3,4626	3,6626
	8,00	1,0000	,67377	,815	-1,0569	3,0569
6,00	1,00	1,7273	,65828	,152	-,2823	3,7368
	2,00	1,1601	,47253	,219	-,2824	2,6026
	3,00	,7918	,49291	,746	-,7129	2,2965
	4,00	,5888	,49119	,932	-,9107	2,0883
	5,00	,1273	,65828	1,000	-1,8823	2,1368
	7,00	,2273	1,15813	1,000	-3,3082	3,7628
	8,00	1,1273	,65828	,679	-,8823	3,1368
7,00	1,00	1,5000	1,16701	,904	-2,0626	5,0626
	2,00	,9328	1,07325	,989	-2,3435	4,2092
	3,00	,5645	1,08237	1,000	-2,7397	3,8687
	4,00	,3615	1,08159	1,000	-2,9403	3,6634
	5,00	-,1000	1,16701	1,000	-3,6626	3,4626
	6,00	-,2273	1,15813	1,000	-3,7628	3,3082
	8,00	,9000	1,16701	,994	-2,6626	4,4626
8,00	1,00	,6000	,67377	,987	-1,4569	2,6569
	2,00	,0328	,49389	1,000	-1,4749	1,5405
	3,00	-,3355	,51341	,998	-1,9028	1,2318

	4,00	-,5385	,51177	,966	-2,1008	1,0238
	5,00	-1,0000	,67377	,815	-3,0569	1,0569
	6,00	-1,1273	,65828	,679	-3,1368	,8823
	7,00	-,9000	1,16701	,994	-4,4626	2,6626

Basadas en las medias observadas.

El término de error es la media cuadrática (Error) = 2,270.

**ANEXO 13: Pruebas Post-hoc Tukey para la comparación, dos a dos, del empleo de la estrategia desconexión conductual entre los diferentes niveles de la variable situación laboral, Desempleado (1), Trabajador en dependencia tiempo completo (2), Trabajador en dependencia tiempo parcial (3), Trabajador independiente (4), Ama de casa (5), Jubilado (6), Incapacidad laboral (7), Estudiante (8)**

**Comparaciones múltiples**

DE DHS de Tukey							
	(I)SITUACIÓ LABORAL	(J)SITUACIÓ LABORAL	Diferencia de medias (I- J)	Error típ.	Sig.	Intervalo de confianza 95%	
						Límite inferior	Límite superior
1,00	2,00	,0463	,43526	1,000	-1,2825	1,3750	
	3,00	-,3774	,45247	,991	-1,7587	1,0039	
	4,00	-,2154	,45102	1,000	-1,5922	1,1615	
	5,00	-1,2000	,59379	,470	-3,0127	,6127	
	6,00	-,6545	,58014	,950	-2,4256	1,1165	
	7,00	,3000	1,02848	1,000	-2,8397	3,4397	
	8,00	,5000	,59379	,991	-1,3127	2,3127	
2,00	1,00	-,0463	,43526	1,000	-1,3750	1,2825	
	3,00	-,4237	,20394	,432	-1,0463	,1989	
	4,00	-,2617	,20070	,897	-,8743	,3510	
	5,00	-1,2463	,43526	,084	-2,5750	,0825	
	6,00	-,7008	,41644	,698	-1,9721	,5705	
	7,00	,2537	,94585	1,000	-2,6337	3,1412	
	8,00	,4537	,43526	,967	-,8750	1,7825	
3,00	1,00	,3774	,45247	,991	-1,0039	1,7587	
	2,00	,4237	,20394	,432	-,1989	1,0463	
	4,00	,1620	,23571	,997	-,5575	,8816	
	5,00	-,8226	,45247	,608	-2,2039	,5587	
	6,00	-,2771	,43440	,998	-1,6032	1,0490	
	7,00	,6774	,95389	,997	-2,2346	3,5894	
	8,00	,8774	,45247	,525	-,5039	2,2587	
4,00	1,00	,2154	,45102	1,000	-1,1615	1,5922	
	2,00	,2617	,20070	,897	-,3510	,8743	
	3,00	-,1620	,23571	,997	-,8816	,5575	
	5,00	-,9846	,45102	,365	-2,3615	,3922	
	6,00	-,4392	,43289	,972	-1,7607	,8823	
	7,00	,5154	,95320	,999	-2,3945	3,4253	
	8,00	,7154	,45102	,758	-,6615	2,0922	
5,00	1,00	1,2000	,59379	,470	-,6127	3,0127	
	2,00	1,2463	,43526	,084	-,0825	2,5750	
	3,00	,8226	,45247	,608	-,5587	2,2039	
	4,00	,9846	,45102	,365	-,3922	2,3615	
	6,00	,5455	,58014	,982	-1,2256	2,3165	
	7,00	1,5000	1,02848	,829	-1,6397	4,6397	
	8,00	1,7000	,59379	,084	-,1127	3,5127	
6,00	1,00	,6545	,58014	,950	-1,1165	2,4256	
	2,00	,7008	,41644	,698	-,5705	1,9721	
	3,00	,2771	,43440	,998	-1,0490	1,6032	
	4,00	,4392	,43289	,972	-,8823	1,7607	
	5,00	-,5455	,58014	,982	-2,3165	1,2256	
	7,00	,9545	1,02066	,982	-2,1613	4,0704	
	8,00	1,1545	,58014	,490	-,6165	2,9256	
7,00	1,00	-,3000	1,02848	1,000	-3,4397	2,8397	
	2,00	-,2537	,94585	1,000	-3,1412	2,6337	
	3,00	-,6774	,95389	,997	-3,5894	2,2346	
	4,00	-,5154	,95320	,999	-3,4253	2,3945	
	5,00	-1,5000	1,02848	,829	-4,6397	1,6397	
	6,00	-,9545	1,02066	,982	-4,0704	2,1613	
	8,00	,2000	1,02848	1,000	-2,9397	3,3397	
8,00	1,00	-,5000	,59379	,991	-2,3127	1,3127	
	2,00	-,4537	,43526	,967	-1,7825	,8750	
	3,00	-,8774	,45247	,525	-2,2587	,5039	

	4,00	-,7154	,45102	,758	-2,0922	,6615
	5,00	-1,7000	,59379	,084	-3,5127	,1127
	6,00	-1,1545	,58014	,490	-2,9256	,6165
	7,00	-,2000	1,02848	1,000	-3,3397	2,9397

Basadas en las medias observadas.

El término de error es la media cuadrática (Error) = 1,763.

**ANEXO 14: Pruebas Post-hoc Tukey para la comparación, dos a dos, del empleo de la estrategia apoyo social entre los diferentes niveles de la variable intensidad de la enfermedad por COVID-19, Leve (1), Moderada (2), Severa (3)**

Comparaciones múltiples						
AS						
DHS de Tukey						
(I)INTENSIDAD PROPIO	(j)INTENSIDAD PROPIO	Diferencia de medias (I-J)	Error tip.	Sig	Intervalo de confianza 95%	
					Límite inferior	Límite superior
1,00	2,00	,3493	,17316	,110	-,0586	,7572
	3,00	-,2449	,24606	,581	-,8244	,3347
2,00	1,00	-,3493	,17316	,110	-,7572	,0586
	3,00	-,5942*	,23454	0,32	-1.1466	-,0417
3,00	1,00	,2449	,24606	,581	-,3347	,8244
	2,00	,5942*	,23454	,032	,0417	1,1466
Basadas en las medias observadas.						
El termino de error es la media cuadrática (Error) = 1,883						
*La diferencia de medias es significativa al nivel 0,05						

**ANEXO 15: Pruebas Post-hoc Tukey para la comparación, dos a dos, en el uso de las estrategias Uso de Sustancias entre quienes transitaron la enfermedad solos (1), con la pareja (2), con la pareja e hijos (3), con lo hijos (4), con familiares (5) o con otras personas (6).**

(I)COMPANÍA	(J)COMPANÍA	Diferencia de medias (I-J)	Error típ.	Sig.	Intervalo de confianza 95%	
					Límite inferior	Límite superior
1,00	2,00	,4359	,56813	,973	-1,1937	2,0655
	3,00	,9615	,53699	,473	-,5787	2,5018
	4,00	,4027	,65360	,990	-1,4720	2,2775
	5,00	1,2537	,51236	,144	-,2159	2,7234
	6,00	,6923	,69581	,919	-1,3035	2,6881
2,00	1,00	-,4359	,56813	,973	-2,0655	1,1937
	3,00	,5256	,35633	,680	-,4964	1,5477
	4,00	-,0332	,51557	1,000	-1,5120	1,4457
	5,00	,8178	,31801	,108	-,0943	1,7300
3,00	1,00	-,9615	,53699	,473	-2,5018	,5787
	2,00	-,5256	,35633	,680	-1,5477	,4964
	4,00	-,5588	,48104	,855	-1,9386	,8210
	5,00	,2922	,25829	,868	-,4487	1,0331
4,00	1,00	-,2692	,53699	,996	-1,8095	1,2710
	2,00	-,4027	,65360	,990	-2,2775	1,4720
	3,00	,0332	,51557	1,000	-1,4457	1,5120
	5,00	,5588	,48104	,855	-,8210	1,9386
5,00	1,00	,8510	,45338	,418	-,4494	2,1515
	2,00	,2896	,65360	,998	-1,5852	2,1644
	3,00	-,2537	,51236	,144	-2,7234	,2159
	4,00	-,8178	,31801	,108	-1,7300	,0943
6,00	1,00	-,2922	,25829	,868	-1,0331	,4487
	2,00	-,8510	,45338	,418	-2,1515	,4494
	3,00	-,5614	,51236	,883	-2,0311	,9082
	4,00	-,6923	,69581	,919	-2,6881	1,3035
6,00	1,00	-,2564	,56813	,998	-1,8860	1,3732
	2,00	,2692	,53699	,996	-1,2710	1,8095
	3,00	-,2896	,65360	,998	-2,1644	1,5852
	4,00	,5614	,51236	,883	-,9082	2,0311

Basadas en las medias observadas.  
El término de error es la media cuadrática (Error) = 3,147.

**ANEXO 16: Pruebas Post-hoc Tukey para la comparación, dos a dos, en el apoyo social percibido de otros significativos entre quienes transitaron la enfermedad solos (1), con la pareja (2), con la pareja e hijos (3), con lo hijos (4), con familiares (5) o con otras personas (6).**

(I)COM PAÑIA	(J)COM PAÑIA	Diferencia de medias (I-J)	Error típ.	Sig.	Intervalo de confianza 95%	
					Límite inferior	Límite superior
1,00	2,00	-1,5385	1,51453	,912	-5,8827	2,8058
	3,00	,8066	1,43152	,993	-3,2996	4,9127
	4,00	1,1448	1,74239	,986	-3,8530	6,1426
	5,00	-1,1184	1,36586	,964	-5,0362	2,7994
	6,00	-3,2308	1,85492	,505	-8,5513	2,0898
2,00	1,00	1,5385	1,51453	,912	-2,8058	5,8827
	3,00	2,3450	,94992	,137	-,3797	5,0697
	4,00	2,6833	1,37442	,373	-1,2591	6,6256
	5,00	,4201	,84775	,996	-2,0116	2,8517
	6,00	-1,6923	1,51453	,874	-6,0365	2,6519
3,00	1,00	-,8066	1,43152	,993	-4,9127	3,2996
	2,00	-2,3450	,94992	,137	-5,0697	,3797
	4,00	,3382	1,28237	1,000	-3,3401	4,0165
	5,00	-1,9249	,68856	,061	-3,9000	,0501
	6,00	-4,0373	1,43152	,057	-8,1435	,0688
4,00	1,00	-1,1448	1,74239	,986	-6,1426	3,8530
	2,00	-2,6833	1,37442	,373	-6,6256	1,2591
	3,00	-,3382	1,28237	1,000	-4,0165	3,3401
	5,00	-2,2632	1,20863	,421	-5,7300	1,2036
	6,00	-4,3756	1,74239	,124	-9,3734	,6222
5,00	1,00	1,1184	1,36586	,964	-2,7994	5,0362
	2,00	-,4201	,84775	,996	-2,8517	2,0116
	3,00	1,9249	,68856	,061	-,0501	3,9000
	4,00	2,2632	1,20863	,421	-1,2036	5,7300
	6,00	-2,1124	1,36586	,634	-6,0302	1,8054
6,00	1,00	3,2308	1,85492	,505	-2,0898	8,5513
	2,00	1,6923	1,51453	,874	-2,6519	6,0365
	3,00	4,0373	1,43152	,057	-,0688	8,1435
	4,00	4,3756	1,74239	,124	-,6222	9,3734
	5,00	2,1124	1,36586	,634	-1,8054	6,0302

Basadas en las medias observadas. El término de error es la media cuadrática (Error) = 22,365.

**ANEXO 17: Pruebas Post-hoc Tukey para la comparación, dos a dos, en el apoyo social percibido de la familia entre quienes transitaron la enfermedad solos (1), con la pareja (2), con la pareja e hijos (3), con lo hijos (4), con familiares (5) o con otras personas (6).**

(I)COM PAÑIA	(J)COM PAÑIA	Diferencia de medias (I-J)	Error típ.	Sig.	Intervalo de confianza 95%	
					Límite inferior	Límite superior
1,00	2,00	-,0769	1,66076	1,000	-4,8406	4,6867
	3,00	1,3609	1,56973	,954	-3,1417	5,8634
	4,00	2,0814	1,91061	,885	-3,3989	7,5618
	5,00	-,7123	1,49773	,997	-5,0083	3,5838
	6,00	-2,6154	2,03400	,793	-8,4496	3,2189
2,00	1,00	,0769	1,66076	1,000	-4,6867	4,8406
	3,00	1,4378	1,04163	,739	-1,5500	4,4256
	4,00	2,1584	1,50711	,707	-2,1646	6,4813
	5,00	-,6354	,92960	,984	-3,3018	2,0311
	6,00	-2,5385	1,66076	,646	-7,3021	2,2252
3,00	1,00	-1,3609	1,56973	,954	-5,8634	3,1417
	2,00	-1,4378	1,04163	,739	-4,4256	1,5500
	4,00	,7206	1,40617	,996	-3,3128	4,7540
	5,00	-2,0731	,75504	,069	-4,2389	,0926
	6,00	-3,9762	1,56973	,118	-8,4788	,5263
4,00	1,00	-2,0814	1,91061	,885	-7,5618	3,3989
	2,00	-2,1584	1,50711	,707	-6,4813	2,1646
	3,00	-,7206	1,40617	,996	-4,7540	3,3128
	5,00	-2,7937	1,32532	,286	-6,5952	1,0078
	6,00	-4,6968	1,91061	,140	-10,1772	,7835
5,00	1,00	,7123	1,49773	,997	-3,5838	5,0083
	2,00	,6354	,92960	,984	-2,0311	3,3018
	3,00	2,0731	,75504	,069	-,0926	4,2389
	4,00	2,7937	1,32532	,286	-1,0078	6,5952
	6,00	-1,9031	1,49773	,801	-6,1991	2,3929
6,00	1,00	2,6154	2,03400	,793	-3,2189	8,4496
	2,00	2,5385	1,66076	,646	-2,2252	7,3021
	3,00	3,9762	1,56973	,118	-,5263	8,4788
	4,00	4,6968	1,91061	,140	-,7835	10,1772
	5,00	1,9031	1,49773	,801	-2,3929	6,1991

Basadas en las medias observadas.  
El término de error es la media cuadrática (Error) = 26,892.

**ANEXO 18: Pruebas Post-hoc Tukey para la comparación, dos a dos, en el uso de diferentes estrategias de afrontamiento en función de si los individuos no presentaron depresión durante su enfermedad por COVID-19 (0), presentaron una depresión baja (1), media (2), alta (3) o muy alta (4).**

Comparaciones múltiples						
<u>Afrontamiento Activo</u>						
DHS de Tukey						
(I)Depresión /Rango	(J)Depresión /Rango	Diferencia de medias (I-J)	Error típ.	Sig.	Intervalo de confianza 95%	
					Límite inferior	Límite superior
,00	1,00	,5718	,37336	,543	-,4529	1,5965
	2,00	,2946	,30353	,868	-,5384	1,1276
	3,00	,1930	,30285	,969	-,6382	1,0242
	4,00	-,3294	,29908	,806	-1,1502	,4915
1,00	,00	-,5718	,37336	,543	-1,5965	,4529
	2,00	-,2772	,28624	,869	-1,0627	,5084
	3,00	-,3788	,28551	,675	-1,1624	,4048
	4,00	-,9011*	,28152	,013	-1,6737	-,1285
2,00	,00	-,2946	,30353	,868	-1,1276	,5384
	1,00	,2772	,28624	,869	-,5084	1,0627
	3,00	-,1016	,18507	,982	-,6095	,4063
	4,00	-,6240*	,17884	,005	-1,1148	-,1331
3,00	,00	-,1930	,30285	,969	-1,0242	,6382
	1,00	,3788	,28551	,675	-,4048	1,1624
	2,00	,1016	,18507	,982	-,4063	,6095
	4,00	-,5223*	,17768	,029	-1,0100	-,0347
4,00	,00	,3294	,29908	,806	-,4915	1,1502
	1,00	,9011*	,28152	,013	,1285	1,6737
	2,00	,6240*	,17884	,005	,1331	1,1148
	3,00	,5223*	,17768	,029	,0347	1,0100

Basadas en las medias observadas.  
El término de error es la media cuadrática (Error) = 1,421.  
\*. La diferencia de medias es significativa al nivel ,05.

Comparaciones múltiples						
<u>Planificación</u>						
DHS de Tukey						
(I)Depresión Rango	(J)Depresión nRango	Diferencia de medias (I-J)	Error típ.	Sig.	Intervalo de confianza 95%	
					Límite inferior	Límite superior
,00	1,00	,1292	,35082	,996	-,8336	1,0920
	2,00	-,2599	,28520	,892	-1,0427	,5228
	3,00	-,3503	,28457	,733	-1,1312	,4307
	4,00	-,7640	,28103	,054	-1,5352	,0073
1,00	,00	-,1292	,35082	,996	-1,0920	,8336
	2,00	-,3891	,26895	,598	-1,1273	,3490
	3,00	-,4794	,26828	,383	-1,2157	,2568
	4,00	-,8932*	,26452	,007	-1,6191	-,1672
2,00	,00	,2599	,28520	,892	-,5228	1,0427
	1,00	,3891	,26895	,598	-,3490	1,1273
	3,00	-,0903	,17390	,985	-,5676	,3870
	4,00	-,5040*	,16804	,024	-,9652	-,0428
3,00	,00	,3503	,28457	,733	-,4307	1,1312
	1,00	,4794	,26828	,383	-,2568	1,2157
	2,00	,0903	,17390	,985	-,3870	,5676
	4,00	-,4137	,16695	,098	-,8719	,0445
4,00	,00	,7640	,28103	,054	-,0073	1,5352
	1,00	,8932*	,26452	,007	,1672	1,6191
	2,00	,5040*	,16804	,024	,0428	,9652
	3,00	,4137	,16695	,098	-,0445	,8719

Basadas en las medias observadas.  
El término de error es la media cuadrática (Error) = 1,255.  
\*. La diferencia de medias es significativa al nivel ,05.

Comparaciones múltiples						
<u>Apoyo Emocional</u>						
DHS de Tukey						
(I)Depresión Rango	(J)Depresión Rango	Diferencia de medias (I-J)	Error típ.	Sig.	Intervalo de confianza 95%	
					Límite inferior	Límite superior
,00	1,00	-,3254	,40302	,928	-1,4315	,7807
	2,00	-,0892	,32764	,999	-,9884	,8100
	3,00	-,5169	,32691	,511	-1,4141	,3803
	4,00	-,5990	,32284	,344	-1,4851	,2870
1,00	,00	,3254	,40302	,928	-,7807	1,4315
	2,00	,2361	,30898	,941	-,6118	1,0841
	3,00	-,1916	,30820	,972	-1,0374	,6543
	4,00	-,2737	,30388	,897	-1,1077	,5603
2,00	,00	,0892	,32764	,999	-,8100	,9884
	1,00	-,2361	,30898	,941	-1,0841	,6118
	3,00	-,4277	,19977	,206	-,9760	,1206
	4,00	-,5098	,19305	,066	-1,0396	,0200
3,00	,00	,5169	,32691	,511	-,3803	1,4141
	1,00	,1916	,30820	,972	-,6543	1,0374
	2,00	,4277	,19977	,206	-,1206	,9760
	4,00	-,0821	,19180	,993	-,6085	,4443
4,00	,00	,5990	,32284	,344	-,2870	1,4851
	1,00	,2737	,30388	,897	-,5603	1,1077
	2,00	,5098	,19305	,066	-,0200	1,0396
	3,00	,0821	,19180	,993	-,4443	,6085

Basadas en las medias observadas.

El término de error es la media cuadrática (Error) = 1,656.

Comparaciones múltiples						
<u>Apoyo Social</u>						
DHS de Tukey						
(I)Depresión Rango	(J)Depresión Rango	Diferencia de medias (I-J)	Error típ.	Sig.	Intervalo de confianza 95%	
					Límite inferior	Límite superior
,00	1,00	,4545	,42603	,823	-,7147	1,6238
	2,00	,9512*	,34635	,050	,0007	1,9018
	3,00	,5000	,34557	,598	-,4484	1,4484
	4,00	,2268	,34127	,964	-,7098	1,1634
1,00	,00	-,4545	,42603	,823	-1,6238	,7147
	2,00	,4967	,32661	,550	-,3997	1,3931
	3,00	,0455	,32579	1,000	-,8487	,9396
	4,00	-,2277	,32122	,954	-1,1093	,6539
2,00	,00	-,9512*	,34635	,050	-1,9018	-,0007
	1,00	-,4967	,32661	,550	-1,3931	,3997
	3,00	-,4512	,21117	,207	-1,0308	,1283
	4,00	-,7244*	,20406	,004	-1,2845	-,1644
3,00	,00	-,5000	,34557	,598	-1,4484	,4484
	1,00	-,0455	,32579	1,000	-,9396	,8487
	2,00	,4512	,21117	,207	-,1283	1,0308
	4,00	-,2732	,20274	,662	-,8296	,2832
4,00	,00	-,2268	,34127	,964	-1,1634	,7098
	1,00	,2277	,32122	,954	-,6539	1,1093
	2,00	,7244*	,20406	,004	,1644	1,2845
	3,00	,2732	,20274	,662	-,2832	,8296

Basadas en las medias observadas.

El término de error es la media cuadrática (Error) = 1,850.

\*. La diferencia de medias es significativa al nivel ,05.

<b>Comparaciones múltiples</b>						
<b>Reinterpretación Positiva</b>						
DHS de Tukey						
(I)Depresión Rango	(J)Depresión Rango	Diferencia de medias (I-J)	Error típ.	Sig.	Intervalo de confianza 95%	
					Límite inferior	Límite superior
,00	1,00	,8062	,38829	,233	-,2595	1,8719
	2,00	,7009	,31567	,175	-,1655	1,5673
	3,00	,7932	,31496	,089	-,0712	1,6576
	4,00	,1047	,31104	,997	-,7489	,9584
1,00	,00	-,8062	,38829	,233	-1,8719	,2595
	2,00	-,1053	,29768	,997	-,9223	,7117
	3,00	-,0130	,29693	1,000	-,8279	,8019
	4,00	-,7015	,29277	,119	-1,5050	,1020
2,00	,00	-,7009	,31567	,175	-1,5673	,1655
	1,00	,1053	,29768	,997	-,7117	,9223
	3,00	,0923	,19247	,989	-,4359	,6206
	4,00	-,5962*	,18599	,013	-1,1066	-,0857
3,00	,00	-,7932	,31496	,089	-1,6576	,0712
	1,00	,0130	,29693	1,000	-,8019	,8279
	2,00	-,0923	,19247	,989	-,6206	,4359
	4,00	-,6885*	,18479	,002	-1,1957	-,1814
4,00	,00	-,1047	,31104	,997	-,9584	,7489
	1,00	,7015	,29277	,119	-,1020	1,5050
	2,00	,5962*	,18599	,013	,0857	1,1066
	3,00	,6885*	,18479	,002	,1814	1,1957

Basadas en las medias observadas.  
El término de error es la media cuadrática (Error) = 1,537.  
\*. La diferencia de medias es significativa al nivel ,05.

<b>Comparaciones múltiples</b>						
<b>Negación</b>						
DHS de Tukey						
(I)Depresión Rango	(J)Depresión Rango	Diferencia de medias (I-J)	Error típ.	Sig.	Intervalo de confianza 95%	
					Límite inferior	Límite superior
,00	1,00	-,3110	,46702	,964	-1,5927	,9707
	2,00	-,4474	,37967	,764	-1,4894	,5946
	3,00	-,8640	,37882	,154	-1,9037	,1756
	4,00	-1,2360*	,37411	,009	-2,2628	-,2093
1,00	,00	,3110	,46702	,964	-,9707	1,5927
	2,00	-,1364	,35804	,996	-1,1190	,8463
	3,00	-,5530	,35714	,532	-1,5332	,4271
	4,00	-,9250	,35214	,068	-1,8915	,0414
2,00	,00	,4474	,37967	,764	-,5946	1,4894
	1,00	,1364	,35804	,996	-,8463	1,1190
	3,00	-,4167	,23149	,376	-1,0520	,2187
	4,00	-,7887*	,22370	,004	-1,4026	-,1747
3,00	,00	,8640	,37882	,154	-,1756	1,9037
	1,00	,5530	,35714	,532	-,4271	1,5332
	2,00	,4167	,23149	,376	-,2187	1,0520
	4,00	-,3720	,22225	,452	-,9820	,2380
4,00	,00	1,2360*	,37411	,009	,2093	2,2628
	1,00	,9250	,35214	,068	-,0414	1,8915
	2,00	,7887*	,22370	,004	,1747	1,4026
	3,00	,3720	,22225	,452	-,2380	,9820

Basadas en las medias observadas.  
El término de error es la media cuadrática (Error) = 2,224.  
\*. La diferencia de medias es significativa al nivel ,05.

Comparaciones múltiples						
<u>Autoinculpación</u>						
DHS de Tukey						
(I)Depresión Rango	(J)Depresión Rango	Diferencia de medias (I-J)	Error típ.	Sig.	Intervalo de confianza 95%	
					Límite inferior	Límite superior
,00	1,00	-,4665	,40939	,785	-1,5901	,6571
	2,00	-,4089	,33282	,735	-1,3223	,5046
	3,00	-,5639	,33207	,437	-1,4753	,3475
	4,00	-,9674*	,32794	,028	-1,8675	-,0674
1,00	,00	,4665	,40939	,785	-,6571	1,5901
	2,00	,0576	,31386	1,000	-,8037	,9190
	3,00	-,0974	,31307	,998	-,9566	,7618
	4,00	-,5009	,30868	,484	-1,3481	,3462
2,00	,00	,4089	,33282	,735	-,5046	1,3223
	1,00	-,0576	,31386	1,000	-,9190	,8037
	3,00	-,1551	,20293	,941	-,7120	,4019
	4,00	-,5586*	,19609	,038	-1,0968	-,0204
3,00	,00	,5639	,33207	,437	-,3475	1,4753
	1,00	,0974	,31307	,998	-,7618	,9566
	2,00	,1551	,20293	,941	-,4019	,7120
	4,00	-,4035	,19483	,235	-,9382	,1312
4,00	,00	,9674*	,32794	,028	,0674	1,8675
	1,00	,5009	,30868	,484	-,3462	1,3481
	2,00	,5586*	,19609	,038	,0204	1,0968
	3,00	,4035	,19483	,235	-,1312	,9382

Basadas en las medias observadas.  
El término de error es la media cuadrática (Error) = 1,709.  
\*. La diferencia de medias es significativa al nivel ,05.

Comparaciones múltiples						
<u>Desconexión Conductual</u>						
DHS de Tukey						
(I)Depresión Rango	(J)Depresión Rango	Diferencia de medias (I-J)	Error típ.	Sig.	Intervalo de confianza 95%	
					Límite inferior	Límite superior
,00	1,00	-1,1364*	,40600	,043	-2,2506	-,0221
	2,00	-,5488	,33007	,459	-1,4546	,3571
	3,00	-1,0476*	,32933	,014	-1,9515	-,1438
	4,00	-1,3402*	,32523	,000	-2,2328	-,4476
1,00	,00	1,1364*	,40600	,043	,0221	2,2506
	2,00	,5876	,31126	,326	-,2667	1,4418
	3,00	,0887	,31047	,999	-,7634	,9408
	4,00	-,2038	,30613	,964	-1,0440	,6363
2,00	,00	,5488	,33007	,459	-,3571	1,4546
	1,00	-,5876	,31126	,326	-1,4418	,2667
	3,00	-,4988	,20125	,098	-1,0512	,0535
	4,00	-,7914*	,19447	,001	-1,3252	-,2577
3,00	,00	1,0476*	,32933	,014	,1438	1,9515
	1,00	-,0887	,31047	,999	-,9408	,7634
	2,00	,4988	,20125	,098	-,0535	1,0512
	4,00	-,2926	,19321	,554	-,8229	,2377
4,00	,00	1,3402*	,32523	,000	,4476	2,2328
	1,00	,2038	,30613	,964	-,6363	1,0440
	2,00	,7914*	,19447	,001	,2577	1,3252
	3,00	,2926	,19321	,554	-,2377	,8229

Basadas en las medias observadas.  
El término de error es la media cuadrática (Error) = 1,681.  
\*. La diferencia de medias es significativa al nivel ,05.

<b>Comparaciones múltiples</b>						
<b>Desahogo</b>						
DHS de Tukey						
(I)Depresión Rango	(J)Depresión Rango	Diferencia de medias (I-J)	Error típ.	Sig.	Intervalo de confianza 95%	
					Límite inferior	Límite superior
,00	1,00	-,2201	,36967	,976	-1,2346	,7945
	2,00	-,0937	,30053	,998	-,9185	,7311
	3,00	,0407	,29985	1,000	-,7822	,8637
	4,00	-,7721	,29612	,072	-1,5848	,0406
1,00	,00	,2201	,36967	,976	-,7945	1,2346
	2,00	,1264	,28340	,992	-,6514	,9042
	3,00	,2608	,28269	,888	-,5150	1,0367
	4,00	-,5520	,27873	,278	-1,3170	,2130
2,00	,00	,0937	,30053	,998	-,7311	,9185
	1,00	-,1264	,28340	,992	-,9042	,6514
	3,00	,1344	,18324	,948	-,3685	,6373
	4,00	-,6784*	,17707	,001	-1,1644	-,1924
3,00	,00	-,0407	,29985	1,000	-,8637	,7822
	1,00	-,2608	,28269	,888	-1,0367	,5150
	2,00	-,1344	,18324	,948	-,6373	,3685
	4,00	-,8128*	,17592	,000	-1,2957	-,3300
4,00	,00	,7721	,29612	,072	-,0406	1,5848
	1,00	,5520	,27873	,278	-,2130	1,3170
	2,00	,6784*	,17707	,001	,1924	1,1644
	3,00	,8128*	,17592	,000	,3300	1,2957

Basadas en las medias observadas.  
 El término de error es la media cuadrática (Error) = 1,393.  
 \*. La diferencia de medias es significativa al nivel ,05.

**ANEXO 19 Pruebas Post-hoc Tukey para la comparación, dos a dos, en el uso de diferentes estrategias de afrontamiento en función de si los individuos no presentaron ansiedad durante su enfermedad por COVID-19 (0), presentaron una ansiedad baja (1), media (2), alta (3) o muy alta (4).**

<b>Comparaciones múltiples</b>						
<b>Planificación</b>						
<b>DHS de Tukey</b>						
(I)Ansiedad Rango	(J)Ansiedad Rango	Diferencia de medias (I-J)	Error típ.	Sig.	Intervalo de confianza 95%	
					Límite inferior	Límite superior
,00	1,00	-,5000	,51343	,867	-1,9091	,9091
	2,00	,1163	,37335	,998	-,9084	1,1409
	3,00	,2308	,37723	,973	-,8045	1,2661
	4,00	-,5714	,34206	,454	-1,5102	,3674
1,00	,00	,5000	,51343	,867	-,9091	1,9091
	2,00	,6163	,42545	,597	-,5514	1,7839
	3,00	,7308	,42886	,433	-,4462	1,9078
	4,00	-,0714	,39828	1,000	-1,1645	1,0217
2,00	,00	-,1163	,37335	,998	-1,1409	,9084
	1,00	-,6163	,42545	,597	-1,7839	,5514
	3,00	,1145	,24433	,990	-,5561	,7851
	4,00	-,6877*	,18549	,002	-1,1968	-,1786
3,00	,00	-,2308	,37723	,973	-1,2661	,8045
	1,00	-,7308	,42886	,433	-1,9078	,4462
	2,00	-,1145	,24433	,990	-,7851	,5561
	4,00	-,8022*	,19318	,000	-1,3324	-,2720
4,00	,00	,5714	,34206	,454	-,3674	1,5102
	1,00	,0714	,39828	1,000	-1,0217	1,1645
	2,00	,6877*	,18549	,002	,1786	1,1968
	3,00	,8022*	,19318	,000	,2720	1,3324

Basadas en las medias observadas.  
El término de error es la media cuadrática (Error) = 1,221.  
\*. La diferencia de medias es significativa al nivel ,05.

<b>Comparaciones múltiples</b>						
<b>Apoyo Emocional</b>						
<b>DHS de Tukey</b>						
(I)Ansiedad Rango	(J)Ansiedad Rango	Diferencia de medias (I-J)	Error típ.	Sig.	Intervalo de confianza 95%	
					Límite inferior	Límite superior
,00	1,00	,0909	,59546	1,000	-1,5433	1,7252
	2,00	-,0021	,43300	1,000	-1,1905	1,1862
	3,00	,2704	,43750	,972	-,9303	1,4711
	4,00	-,4116	,39672	,838	-1,5003	,6772
1,00	,00	-,0909	,59546	1,000	-1,7252	1,5433
	2,00	-,0930	,49343	1,000	-1,4472	1,2612
	3,00	,1795	,49738	,996	-1,1856	1,5445
	4,00	-,5025	,46192	,813	-1,7702	,7653
2,00	,00	,0021	,43300	1,000	-1,1862	1,1905
	1,00	,0930	,49343	1,000	-1,2612	1,4472
	3,00	,2725	,28337	,872	-,5052	1,0502
	4,00	-,4094	,21513	,318	-,9999	,1810
3,00	,00	-,2704	,43750	,972	-1,4711	,9303
	1,00	-,1795	,49738	,996	-1,5445	1,1856
	2,00	-,2725	,28337	,872	-1,0502	,5052
	4,00	-,6820*	,22405	,021	-1,2969	-,0670
4,00	,00	,4116	,39672	,838	-,6772	1,5003
	1,00	,5025	,46192	,813	-,7653	1,7702
	2,00	,4094	,21513	,318	-,1810	,9999
	3,00	,6820*	,22405	,021	,0670	1,2969

Basadas en las medias observadas.  
El término de error es la media cuadrática (Error) = 1,642.  
\*. La diferencia de medias es significativa al nivel ,05.

Comparaciones múltiples						
<b>Religión</b>						
DHS de Tukey						
(I)Ansiedad Rango	(J)Ansiedad Rango	Diferencia de medias (I-J)	Error típ.	Sig.	Intervalo de confianza 95%	
					Límite inferior	Límite superior
,00	1,00	-1,6250	,71978	,162	-3,6004	,3504
	2,00	-,6744	,52340	,699	-2,1109	,7620
	3,00	-,2821	,52884	,984	-1,7334	1,1693
	4,00	-1,1823	,47954	,101	-2,4984	,1338
1,00	,00	1,6250	,71978	,162	-,3504	3,6004
	2,00	,9506	,59645	,503	-,6864	2,5875
	3,00	1,3429	,60123	,170	-,3071	2,9930
	4,00	,4427	,55836	,933	-1,0897	1,9752
2,00	,00	,6744	,52340	,699	-,7620	2,1109
	1,00	-,9506	,59645	,503	-2,5875	,6864
	3,00	,3924	,34254	,782	-,5477	1,3325
	4,00	-,5078	,26005	,292	-1,2215	,2059
3,00	,00	,2821	,52884	,984	-1,1693	1,7334
	1,00	-1,3429	,60123	,170	-2,9930	,3071
	2,00	-,3924	,34254	,782	-1,3325	,5477
	4,00	-,9002*	,27083	,009	-1,6435	-,1569
4,00	,00	1,1823	,47954	,101	-,1338	2,4984
	1,00	-,4427	,55836	,933	-1,9752	1,0897
	2,00	,5078	,26005	,292	-,2059	1,2215
	3,00	,9002*	,27083	,009	,1569	1,6435

Basadas en las medias observadas.  
El término de error es la media cuadrática (Error) = 2,400.  
\*. La diferencia de medias es significativa al nivel ,05.

Comparaciones múltiples						
<b>Reinterpretación Positiva</b>						
DHS de Tukey						
(I)Ansiedad Rango	(J)Ansiedad Rango	Diferencia de medias (I-J)	Error típ.	Sig.	Intervalo de confianza 95%	
					Límite inferior	Límite superior
,00	1,00	-1,4205	,57674	,102	-3,0033	,1624
	2,00	-,1268	,41939	,998	-1,2779	1,0242
	3,00	-,2634	,42374	,972	-1,4264	,8996
	4,00	-,8016	,38425	,229	-1,8562	,2530
1,00	,00	1,4205	,57674	,102	-,1624	3,0033
	2,00	1,2936	,47792	,055	-,0180	2,6052
	3,00	1,1571	,48175	,118	-,1651	2,4792
	4,00	,6188	,44740	,639	-,6090	1,8467
2,00	,00	,1268	,41939	,998	-1,0242	1,2779
	1,00	-1,2936	,47792	,055	-2,6052	,0180
	3,00	-,1366	,27447	,988	-,8898	,6167
	4,00	-,6748*	,20837	,012	-1,2466	-,1029
3,00	,00	,2634	,42374	,972	-,8996	1,4264
	1,00	-1,1571	,48175	,118	-2,4792	,1651
	2,00	,1366	,27447	,988	-,6167	,8898
	4,00	-,5382	,21701	,098	-1,1338	,0574
4,00	,00	,8016	,38425	,229	-,2530	1,8562
	1,00	-,6188	,44740	,639	-1,8467	,6090
	2,00	,6748*	,20837	,012	,1029	1,2466
	3,00	,5382	,21701	,098	-,0574	1,1338

Basadas en las medias observadas.  
El término de error es la media cuadrática (Error) = 1,541.  
\*. La diferencia de medias es significativa al nivel ,05.

<b>Comparaciones múltiples</b>						
<b><u>Negación</u></b>						
DHS de Tukey						
(I)Ansiedad Rango	(J)Ansiedad Rango	Diferencia de medias (I-J)	Error típ.	Sig.	Intervalo de confianza 95%	
					Límite inferior	Límite superior
,00	1,00	-,6136	,69906	,905	-2,5322	1,3049
	2,00	-1,0381	,50833	,249	-2,4332	,3570
	3,00	-,7739	,51361	,559	-2,1835	,6357
	4,00	-1,3932*	,46574	,025	-2,6714	-,1150
1,00	,00	,6136	,69906	,905	-1,3049	2,5322
	2,00	-,4244	,57927	,949	-2,0142	1,1654
	3,00	-,1603	,58391	,999	-1,7628	1,4423
	4,00	-,7796	,54228	,604	-2,2678	,7087
2,00	,00	1,0381	,50833	,249	-,3570	2,4332
	1,00	,4244	,57927	,949	-1,1654	2,0142
	3,00	,2642	,33267	,932	-,6489	1,1772
	4,00	-,3551	,25256	,624	-1,0483	,3380
3,00	,00	,7739	,51361	,559	-,6357	2,1835
	1,00	,1603	,58391	,999	-1,4423	1,7628
	2,00	-,2642	,33267	,932	-1,1772	,6489
	4,00	-,6193	,26303	,131	-1,3412	,1026
4,00	,00	1,3932*	,46574	,025	,1150	2,6714
	1,00	,7796	,54228	,604	-,7087	2,2678
	2,00	,3551	,25256	,624	-,3380	1,0483
	3,00	,6193	,26303	,131	-,1026	1,3412

Basadas en las medias observadas.  
El término de error es la media cuadrática (Error) = 2,263.  
\*. La diferencia de medias es significativa al nivel ,05.

<b>Comparaciones múltiples</b>						
<b><u>Autodistracción</u></b>						
DHS de Tukey						
(I)Ansiedad Rango	(J)Ansiedad Rango	Diferencia de medias (I-J)	Error típ.	Sig.	Intervalo de confianza 95%	
					Límite inferior	Límite superior
,00	1,00	,0909	,61711	1,000	-1,6028	1,7846
	2,00	,9049	,44874	,261	-,3267	2,1364
	3,00	1,2448*	,45340	,050	,0004	2,4891
	4,00	,4210	,41114	,844	-,7074	1,5493
1,00	,00	-,0909	,61711	1,000	-1,7846	1,6028
	2,00	,8140	,51137	,504	-,5895	2,2174
	3,00	1,1538	,51547	,169	-,2608	2,5685
	4,00	,3300	,47871	,959	-,9838	1,6439
2,00	,00	-,9049	,44874	,261	-2,1364	,3267
	1,00	-,8140	,51137	,504	-2,2174	,5895
	3,00	,3399	,29368	,776	-,4661	1,1459
	4,00	-,4839	,22295	,194	-1,0958	,1280
3,00	,00	-1,2448*	,45340	,050	-2,4891	-,0004
	1,00	-1,1538	,51547	,169	-2,5685	,2608
	2,00	-,3399	,29368	,776	-1,1459	,4661
	4,00	-,8238*	,23220	,004	-1,4611	-,1865
4,00	,00	-,4210	,41114	,844	-1,5493	,7074
	1,00	-,3300	,47871	,959	-1,6439	,9838
	2,00	,4839	,22295	,194	-,1280	1,0958
	3,00	,8238*	,23220	,004	,1865	1,4611

Basadas en las medias observadas.  
El término de error es la media cuadrática (Error) = 1,764.  
\*. La diferencia de medias es significativa al nivel ,05.

Comparaciones múltiples						
<u>Autoinculpación</u>						
DHS de Tukey						
(I)Ansiedad Rango	(J)Ansiedad Rango	Diferencia de medias (I-J)	Error típ.	Sig.	Intervalo de confianza 95%	
					Límite inferior	Límite superior
,00	1,00	-,3523	,60577	,978	-2,0148	1,3103
	2,00	-,7738	,44049	,401	-1,9827	,4351
	3,00	-,4965	,44507	,798	-1,7180	,7250
	4,00	-1,0967	,40358	,054	-2,2044	,0109
1,00	,00	,3523	,60577	,978	-1,3103	2,0148
	2,00	-,4215	,50197	,918	-1,7992	,9561
	3,00	-,1442	,50599	,999	-1,5329	1,2445
	4,00	-,7445	,46992	,509	-2,0341	,5452
2,00	,00	,7738	,44049	,401	-,4351	1,9827
	1,00	,4215	,50197	,918	-,9561	1,7992
	3,00	,2773	,28828	,872	-,5139	1,0685
	4,00	-,3229	,21886	,579	-,9236	,2777
3,00	,00	,4965	,44507	,798	-,7250	1,7180
	1,00	,1442	,50599	,999	-1,2445	1,5329
	2,00	-,2773	,28828	,872	-1,0685	,5139
	4,00	-,6002	,22793	,067	-1,2258	,0253
4,00	,00	1,0967	,40358	,054	-,0109	2,2044
	1,00	,7445	,46992	,509	-,5452	2,0341
	2,00	,3229	,21886	,579	-,2777	,9236
	3,00	,6002	,22793	,067	-,0253	1,2258

Basadas en las medias observadas.  
El término de error es la media cuadrática (Error) = 1,700.

Comparaciones múltiples						
<u>Desconexión conductual</u>						
DHS de Tukey						
(I)Ansiedad Rango	(J)Ansiedad Rango	Diferencia de medias (I-J)	Error típ.	Sig.	Intervalo de confianza 95%	
					Límite inferior	Límite superior
,00	1,00	-2,0455*	,60463	,007	-3,7049	-,3860
	2,00	-1,0803	,43966	,103	-2,2870	,1263
	3,00	-1,2890*	,44423	,032	-2,5082	-,0698
	4,00	-1,6785*	,40283	,000	-2,7840	-,5729
1,00	,00	2,0455*	,60463	,007	,3860	3,7049
	2,00	,9651	,50103	,306	-,4100	2,3402
	3,00	,7564	,50504	,565	-,6297	2,1425
	4,00	,3670	,46903	,936	-,9203	1,6543
2,00	,00	1,0803	,43966	,103	-,1263	2,2870
	1,00	-,9651	,50103	,306	-2,3402	,4100
	3,00	-,2087	,28774	,951	-,9984	,5810
	4,00	-,5981	,21844	,051	-1,1976	,0014
3,00	,00	1,2890*	,44423	,032	,0698	2,5082
	1,00	-,7564	,50504	,565	-2,1425	,6297
	2,00	,2087	,28774	,951	-,5810	,9984
	4,00	-,3894	,22750	,428	-1,0138	,2350
4,00	,00	1,6785*	,40283	,000	,5729	2,7840
	1,00	-,3670	,46903	,936	-1,6543	,9203
	2,00	,5981	,21844	,051	-,0014	1,1976
	3,00	,3894	,22750	,428	-,2350	1,0138

Basadas en las medias observadas.  
El término de error es la media cuadrática (Error) = 1,693.  
\*. La diferencia de medias es significativa al nivel ,05.

<b>Desahogo</b>						
<b>DHS de Tukey</b>						
(I)Ansiedad Rango	(J)Ansiedad Rango	Diferencia de medias (I-J)	Error típ.	Sig.	Intervalo de confianza 95%	
					Límite inferior	Límite superior
,00	1,00	-,2955	,55811	,984	-1,8272	1,2363
	2,00	-,6152	,40583	,553	-1,7290	,4986
	3,00	-,6480	,41005	,511	-1,7734	,4774
	4,00	-1,0430*	,37183	,042	-2,0635	-,0225
1,00	,00	,2955	,55811	,984	-1,2363	1,8272
	2,00	-,3198	,46248	,958	-1,5890	,9495
	3,00	-,3526	,46618	,943	-1,6320	,9269
	4,00	-,7475	,43294	,419	-1,9357	,4407
2,00	,00	,6152	,40583	,553	-,4986	1,7290
	1,00	,3198	,46248	,958	-,9495	1,5890
	3,00	-,0328	,26560	1,000	-,7617	,6961
	4,00	-,4278	,20164	,214	-,9812	,1256
3,00	,00	,6480	,41005	,511	-,4774	1,7734
	1,00	,3526	,46618	,943	-,9269	1,6320
	2,00	,0328	,26560	1,000	-,6961	,7617
	4,00	-,3950	,21000	,330	-,9713	,1814
4,00	,00	1,0430*	,37183	,042	,0225	2,0635
	1,00	,7475	,43294	,419	-,4407	1,9357
	2,00	,4278	,20164	,214	-,1256	,9812
	3,00	,3950	,21000	,330	-,1814	,9713

Basadas en las medias observadas.  
El término de error es la media cuadrática (Error) = 1,443.  
\*. La diferencia de medias es significativa al nivel ,05.

<b>Comparaciones múltiples</b>						
<b>Uso de sustancias</b>						
<b>DHS de Tukey</b>						
(I)AnsiedadRango	(J)AnsiedadRango	Diferencia de medias (I-J)	Error típ.	Sig.	Intervalo de confianza 95%	
					Límite inferior	Límite superior
,00	1,00	-,4773	,82374	,978	-2,7380	1,7835
	2,00	-,7505	,59899	,720	-2,3945	,8934
	3,00	-1,1632	,60522	,308	-2,8242	,4978
	4,00	-1,4416	,54880	,068	-2,9477	,0646
1,00	,00	,4773	,82374	,978	-1,7835	2,7380
	2,00	-,2733	,68259	,995	-2,1466	1,6001
	3,00	-,6859	,68806	,857	-2,5743	1,2025
	4,00	-,9643	,63900	,557	-2,7180	,7895
2,00	,00	,7505	,59899	,720	-,8934	2,3945
	1,00	,2733	,68259	,995	-1,6001	2,1466
	3,00	-,4126	,39201	,830	-1,4885	,6632
	4,00	-,6910	,29760	,141	-1,5078	,1257
3,00	,00	1,1632	,60522	,308	-,4978	2,8242
	1,00	,6859	,68806	,857	-1,2025	2,5743
	2,00	,4126	,39201	,830	-,6632	1,4885
	4,00	-,2784	,30994	,897	-1,1290	,5722
4,00	,00	1,4416	,54880	,068	-,0646	2,9477
	1,00	,9643	,63900	,557	-,7895	2,7180
	2,00	,6910	,29760	,141	-,1257	1,5078
	3,00	,2784	,30994	,897	-,5722	1,1290

Basadas en las medias observadas.  
El término de error es la media cuadrática (Error) = 3,143.

**ANEXO 20 Pruebas Post-hoc Tukey para la comparación, dos a dos, en el uso de diferentes estrategias de afrontamiento en función de si los individuos no presentaron estrés durante su enfermedad por COVID-19 (0), presentaron un estrés bajo (1), medio (2), alto (3) o muy alto (4).**

Comparaciones múltiples						
<u>Afrontamiento Activo</u>						
DHS de Tukey						
(I)Estres Rango	(J)Estres Rango	Diferencia de medias (I-J)	Error típ.	Sig.	Intervalo de confianza 95%	
					Límite inferior	Límite superior
,00	1,00	-,0769	,26675	,998	-,8090	,6552
	2,00	-,1889	,23052	,925	-,8216	,4438
	3,00	-,4919	,21979	,169	-1,0951	,1113
	4,00	-1,1599*	,26850	,000	-1,8968	-,4230
1,00	,00	,0769	,26675	,998	-,6552	,8090
	2,00	-,1120	,23052	,989	-,7446	,5207
	3,00	-,4150	,21979	,326	-1,0182	,1882
	4,00	-1,0830*	,26850	,001	-1,8199	-,3461
2,00	,00	,1889	,23052	,925	-,4438	,8216
	1,00	,1120	,23052	,989	-,5207	,7446
	3,00	-,3030	,17405	,411	-,7807	,1747
	4,00	-,9710*	,23254	,000	-1,6092	-,3328
3,00	,00	,4919	,21979	,169	-,1113	1,0951
	1,00	,4150	,21979	,326	-,1882	1,0182
	2,00	,3030	,17405	,411	-,1747	,7807
	4,00	-,6680*	,22191	,024	-1,2771	-,0590
4,00	,00	1,1599*	,26850	,000	,4230	1,8968
	1,00	1,0830*	,26850	,001	,3461	1,8199
	2,00	,9710*	,23254	,000	,3328	1,6092
	3,00	,6680*	,22191	,024	,0590	1,2771

Basadas en las medias observadas.  
El término de error es la media cuadrática (Error) = 1,388.  
\*. La diferencia de medias es significativa al nivel ,05.

Comparaciones múltiples						
<u>Planificación</u>						
DHS de Tukey						
(I)EstresRango	(J)Estres Rango	Diferencia de medias (I-J)	Error típ.	Sig.	Intervalo de confianza 95%	
					Límite inferior	Límite superior
,00	1,00	-,2821	,25430	,802	-,9800	,4159
	2,00	-,2285	,21977	,837	-,8316	,3747
	3,00	-,5192	,20953	,098	-1,0942	,0559
	4,00	-,9460*	,25597	,002	-1,6485	-,2435
1,00	,00	,2821	,25430	,802	-,4159	,9800
	2,00	,0536	,21977	,999	-,5496	,6567
	3,00	-,2371	,20953	,790	-,8122	,3379
	4,00	-,6640	,25597	,074	-1,3665	,0385
2,00	,00	,2285	,21977	,837	-,3747	,8316
	1,00	-,0536	,21977	,999	-,6567	,5496
	3,00	-,2907	,16593	,404	-,7461	,1647
	4,00	-,7175*	,22169	,012	-1,3260	-,1091
3,00	,00	,5192	,20953	,098	-,0559	1,0942
	1,00	,2371	,20953	,790	-,3379	,8122
	2,00	,2907	,16593	,404	-,1647	,7461
	4,00	-,4268	,21155	,260	-1,0075	,1538
4,00	,00	,9460*	,25597	,002	,2435	1,6485
	1,00	,6640	,25597	,074	-,0385	1,3665
	2,00	,7175*	,22169	,012	,1091	1,3260
	3,00	,4268	,21155	,260	-,1538	1,0075

Basadas en las medias observadas.  
El término de error es la media cuadrática (Error) = 1,261.  
\*. La diferencia de medias es significativa al nivel ,05.

Comparaciones múltiples						
<u>Apoyo Emocional</u>						
DHS de Tukey						
(I)Estres Rango	(J)Estres Rango	Diferencia de medias (I-J)	Error típ.	Sig.	Intervalo de confianza 95%	
					Límite inferior	Límite superior
,00	1,00	-,2051	,28761	,953	-,9945	,5842
	2,00	-,5599	,24855	,164	-1,2420	,1223
	3,00	-,7170*	,23697	,022	-1,3674	-,0666
	4,00	-1,0466*	,28949	,003	-1,8411	-,2521
1,00	,00	,2051	,28761	,953	-,5842	,9945
	2,00	-,3548	,24855	,611	-1,0369	,3274
	3,00	-,5119	,23697	,198	-1,1623	,1385
	4,00	-,8414*	,28949	,032	-1,6359	-,0469
2,00	,00	,5599	,24855	,164	-,1223	1,2420
	1,00	,3548	,24855	,611	-,3274	1,0369
	3,00	-,1571	,18766	,919	-,6722	,3579
	4,00	-,4867	,25073	,298	-1,1748	,2014
3,00	,00	,7170*	,23697	,022	,0666	1,3674
	1,00	,5119	,23697	,198	-,1385	1,1623
	2,00	,1571	,18766	,919	-,3579	,6722
	4,00	-,3296	,23926	,643	-,9862	,3271
4,00	,00	1,0466*	,28949	,003	,2521	1,8411
	1,00	,8414*	,28949	,032	,0469	1,6359
	2,00	,4867	,25073	,298	-,2014	1,1748
	3,00	,3296	,23926	,643	-,3271	,9862

Basadas en las medias observadas.  
El término de error es la media cuadrática (Error) = 1,613.  
\*. La diferencia de medias es significativa al nivel ,05.

Comparaciones múltiples						
<u>Apoyo Social</u>						
DHS de Tukey						
(I)Estres Rango	(J)Estres Rango	Diferencia de medias (I-J)	Error típ.	Sig.	Intervalo de confianza 95%	
					Límite inferior	Límite superior
,00	1,00	-,2051	,30626	,963	-1,0457	,6354
	2,00	-,4177	,26467	,513	-1,1441	,3087
	3,00	-,5872	,25234	,139	-1,2797	,1054
	4,00	-1,2368*	,30827	,001	-2,0829	-,3908
1,00	,00	,2051	,30626	,963	-,6354	1,0457
	2,00	-,2126	,26467	,929	-,9390	,5138
	3,00	-,3820	,25234	,554	-1,0746	,3105
	4,00	-1,0317*	,30827	,008	-1,8777	-,1857
2,00	,00	,4177	,26467	,513	-,3087	1,1441
	1,00	,2126	,26467	,929	-,5138	,9390
	3,00	-,1694	,19983	,915	-,7179	,3790
	4,00	-,8191*	,26699	,020	-1,5519	-,0864
3,00	,00	,5872	,25234	,139	-,1054	1,2797
	1,00	,3820	,25234	,554	-,3105	1,0746
	2,00	,1694	,19983	,915	-,3790	,7179
	4,00	-,6497	,25478	,083	-1,3489	,0495
4,00	,00	1,2368*	,30827	,001	,3908	2,0829
	1,00	1,0317*	,30827	,008	,1857	1,8777
	2,00	,8191*	,26699	,020	,0864	1,5519
	3,00	,6497	,25478	,083	-,0495	1,3489

Basadas en las medias observadas.  
El término de error es la media cuadrática (Error) = 1,829.  
\*. La diferencia de medias es significativa al nivel ,05.

<b>Comparaciones múltiples</b>						
<b>Reinterpretación Positiva</b>						
DHS de Tukey						
(I)Estres Rango	(J)Estres Rango	Diferencia de medias (I-J)	Error típ.	Sig.	Intervalo de confianza 95%	
					Límite inferior	Límite superior
,00	1,00	-,0256	,28098	1,000	-,7968	,7455
	2,00	-,0532	,24282	,999	-,7197	,6132
	3,00	-,3886	,23152	,449	-1,0240	,2468
	4,00	-1,0209*	,28282	,003	-1,7971	-,2447
1,00	,00	,0256	,28098	1,000	-,7455	,7968
	2,00	-,0276	,24282	1,000	-,6940	,6388
	3,00	-,3630	,23152	,519	-,9984	,2724
	4,00	-,9953*	,28282	,005	-1,7715	-,2191
2,00	,00	,0532	,24282	,999	-,6132	,7197
	1,00	,0276	,24282	1,000	-,6388	,6940
	3,00	-,3354	,18334	,359	-,8385	,1678
	4,00	-,9677*	,24495	,001	-1,6400	-,2954
3,00	,00	,3886	,23152	,449	-,2468	1,0240
	1,00	,3630	,23152	,519	-,2724	,9984
	2,00	,3354	,18334	,359	-,1678	,8385
	4,00	-,6323	,23375	,056	-1,2738	,0092
4,00	,00	1,0209*	,28282	,003	,2447	1,7971
	1,00	,9953*	,28282	,005	,2191	1,7715
	2,00	,9677*	,24495	,001	,2954	1,6400
	3,00	,6323	,23375	,056	-,0092	1,2738

Basadas en las medias observadas.  
El término de error es la media cuadrática (Error) = 1,540.  
\*. La diferencia de medias es significativa al nivel ,05.

<b>Comparaciones múltiples</b>						
<b>Aceptación</b>						
DHS de Tukey						
(I)Estres Rango	(J)Estres Rango	Diferencia de medias (I-J)	Error típ.	Sig.	Intervalo de confianza 95%	
					Límite inferior	Límite superior
,00	1,00	-,1282	,28839	,992	-,9197	,6633
	2,00	-,0247	,24923	1,000	-,7087	,6593
	3,00	-,4717	,23762	,276	-1,1238	,1805
	4,00	-,6066	,29029	,227	-1,4033	,1901
1,00	,00	,1282	,28839	,992	-,6633	,9197
	2,00	,1035	,24923	,994	-,5805	,7875
	3,00	-,3434	,23762	,599	-,9956	,3087
	4,00	-,4784	,29029	,468	-1,2751	,3183
2,00	,00	,0247	,24923	1,000	-,6593	,7087
	1,00	-,1035	,24923	,994	-,7875	,5805
	3,00	-,4470	,18817	,125	-,9634	,0695
	4,00	-,5819	,25142	,143	-1,2720	,1081
3,00	,00	,4717	,23762	,276	-,1805	1,1238
	1,00	,3434	,23762	,599	-,3087	,9956
	2,00	,4470	,18817	,125	-,0695	,9634
	4,00	-,1350	,23992	,980	-,7934	,5235
4,00	,00	,6066	,29029	,227	-,1901	1,4033
	1,00	,4784	,29029	,468	-,3183	1,2751
	2,00	,5819	,25142	,143	-,1081	1,2720
	3,00	,1350	,23992	,980	-,5235	,7934

Basadas en las medias observadas.  
El término de error es la media cuadrática (Error) = 1,622.

<b>Comparaciones múltiples</b>						
<b><u>Negación</u></b>						
DHS de Tukey						
(I)Estres Rango	(J)Estres Rango	Diferencia de medias (I-J)	Error típ.	Sig.	Intervalo de confianza 95%	
					Límite inferior	Límite superior
,00	1,00	-,4615	,33798	,650	-1,3891	,4661
	2,00	-,6446	,29208	,180	-1,4462	,1570
	3,00	-1,1616*	,27848	,000	-1,9259	-,3973
	4,00	-,8704	,34020	,081	-1,8041	,0632
1,00	,00	,4615	,33798	,650	-,4661	1,3891
	2,00	-,1831	,29208	,971	-,9847	,6186
	3,00	-,7001	,27848	,090	-1,4644	,0642
	4,00	-,4089	,34020	,750	-1,3426	,5248
2,00	,00	,6446	,29208	,180	-,1570	1,4462
	1,00	,1831	,29208	,971	-,6186	,9847
	3,00	-,5170	,22053	,134	-1,1223	,0882
	4,00	-,2258	,29464	,940	-1,0345	,5828
3,00	,00	1,1616*	,27848	,000	,3973	1,9259
	1,00	,7001	,27848	,090	-,0642	1,4644
	2,00	,5170	,22053	,134	-,0882	1,1223
	4,00	,2912	,28117	,839	-,4805	1,0628
4,00	,00	,8704	,34020	,081	-,0632	1,8041
	1,00	,4089	,34020	,750	-,5248	1,3426
	2,00	,2258	,29464	,940	-,5828	1,0345
	3,00	-,2912	,28117	,839	-1,0628	,4805

Basadas en las medias observadas.  
 El término de error es la media cuadrática (Error) = 2,228.  
 \*. La diferencia de medias es significativa al nivel ,05.

<b>Comparaciones múltiples</b>						
<b><u>Autodistracción</u></b>						
DHS de Tukey						
(I)Estres Rango	(J)Estres Rango	Diferencia de medias (I-J)	Error típ.	Sig.	Intervalo de confianza 95%	
					Límite inferior	Límite superior
,00	1,00	-,3846	,30231	,708	-1,2143	,4451
	2,00	-,5833	,26125	,171	-1,3003	,1338
	3,00	-,7191*	,24909	,034	-1,4027	-,0355
	4,00	-1,1032*	,30429	,003	-1,9384	-,2681
1,00	,00	,3846	,30231	,708	-,4451	1,2143
	2,00	-,1986	,26125	,942	-,9156	,5184
	3,00	-,3345	,24909	,665	-1,0181	,3491
	4,00	-,7186	,30429	,129	-1,5537	,1165
2,00	,00	,5833	,26125	,171	-,1338	1,3003
	1,00	,1986	,26125	,942	-,5184	,9156
	3,00	-,1359	,19725	,959	-,6772	,4055
	4,00	-,5200	,26354	,282	-1,2433	,2033
3,00	,00	,7191*	,24909	,034	,0355	1,4027
	1,00	,3345	,24909	,665	-,3491	1,0181
	2,00	,1359	,19725	,959	-,4055	,6772
	4,00	-,3841	,25149	,545	-1,0743	,3061
4,00	,00	1,1032*	,30429	,003	,2681	1,9384
	1,00	,7186	,30429	,129	-,1165	1,5537
	2,00	,5200	,26354	,282	-,2033	1,2433
	3,00	,3841	,25149	,545	-,3061	1,0743

Basadas en las medias observadas.  
 El término de error es la media cuadrática (Error) = 1,782.  
 \*. La diferencia de medias es significativa al nivel ,05.

<b>Comparaciones múltiples</b>						
<b><u>Autoinculpación</u></b>						
DHS de Tukey						
(I)Estres Rango	(J)Estres Rango	Diferencia de medias (I-J)	Error típ.	Sig.	Intervalo de confianza 95%	
					Límite inferior	Límite superior
,00	1,00	-,1026	,29389	,997	-,9091	,7040
	2,00	-,1801	,25397	,954	-,8772	,5169
	3,00	-,7170*	,24215	,027	-1,3816	-,0524
	4,00	-,8097	,29581	,051	-1,6216	,0021
1,00	,00	,1026	,29389	,997	-,7040	,9091
	2,00	-,0776	,25397	,998	-,7746	,6195
	3,00	-,6144	,24215	,085	-1,2790	,0501
	4,00	-,7072	,29581	,121	-1,5190	,1047
2,00	,00	,1801	,25397	,954	-,5169	,8772
	1,00	,0776	,25397	,998	-,6195	,7746
	3,00	-,5369*	,19176	,043	-1,0631	-,0106
	4,00	-,6296	,25620	,103	-1,3327	,0736
3,00	,00	,7170*	,24215	,027	,0524	1,3816
	1,00	,6144	,24215	,085	-,0501	1,2790
	2,00	,5369*	,19176	,043	,0106	1,0631
	4,00	-,0927	,24448	,996	-,7637	,5783
4,00	,00	,8097	,29581	,051	-,0021	1,6216
	1,00	,7072	,29581	,121	-,1047	1,5190
	2,00	,6296	,25620	,103	-,0736	1,3327
	3,00	,0927	,24448	,996	-,5783	,7637
Basadas en las medias observadas.						
El término de error es la media cuadrática (Error) = 1,684.						
*. La diferencia de medias es significativa al nivel ,05.						
<b>Comparaciones múltiples</b>						
<b><u>Desahogo</u></b>						
DHS de Tukey						
(I)Estres Rango	(J)Estres Rango	Diferencia de medias (I-J)	Error típ.	Sig.	Intervalo de confianza 95%	
					Límite inferior	Límite superior
,00	1,00	-,3846	,27253	,621	-1,1326	,3633
	2,00	-,3557	,23552	,557	-1,0021	,2907
	3,00	-,4604	,22455	,245	-1,0766	,1559
	4,00	-,9973*	,27432	,003	-1,7502	-,2444
1,00	,00	,3846	,27253	,621	-,3633	1,1326
	2,00	,0289	,23552	1,000	-,6175	,6753
	3,00	-,0757	,22455	,997	-,6920	,5405
	4,00	-,6127	,27432	,170	-1,3656	,1402
2,00	,00	,3557	,23552	,557	-,2907	1,0021
	1,00	-,0289	,23552	1,000	-,6753	,6175
	3,00	-,1046	,17782	,977	-,5927	,3834
	4,00	-,6416	,23759	,056	-1,2936	,0105
3,00	,00	,4604	,22455	,245	-,1559	1,0766
	1,00	,0757	,22455	,997	-,5405	,6920
	2,00	,1046	,17782	,977	-,3834	,5927
	4,00	-,5369	,22672	,127	-1,1592	,0853
4,00	,00	,9973*	,27432	,003	,2444	1,7502
	1,00	,6127	,27432	,170	-,1402	1,3656
	2,00	,6416	,23759	,056	-,0105	1,2936
	3,00	,5369	,22672	,127	-,0853	1,1592
Basadas en las medias observadas.						
El término de error es la media cuadrática (Error) = 1,448.						
*. La diferencia de medias es significativa al nivel ,05.						

**ANEXO 21 Pruebas Post-hoc Tukey para la comparación, dos a dos, en el nivel de apoyo social percibido por parte de familiares, en función de si los individuos no presentaron depresión durante su enfermedad por COVID-19 (0), presentaron una depresión baja (1), media (2), alta (3) o muy alta (4).**

Comparaciones múltiples						
ApoyoFamilia DHS de Tukey						
(I)Depresión Rango	(J)Depresión Rango	Diferencia de medias (I-J)	Error típ.	Sig.	Intervalo de confianza 95%	
					Límite inferior	Límite superior
,00	1,00	3,3349	1,62680	,245	-1,1298	7,7997
	2,00	2,6919	1,32253	,252	-,9378	6,3216
	3,00	2,4204	1,31957	,356	-1,2011	6,0420
	4,00	,7689	1,30316	,977	-2,8077	4,3454
1,00	,00	-3,3349	1,62680	,245	-7,7997	1,1298
	2,00	-,6430	1,24718	,986	-4,0659	2,7799
	3,00	-,9145	1,24403	,948	-4,3287	2,4997
	4,00	-2,5661	1,22661	,226	-5,9325	,8004
2,00	,00	-2,6919	1,32253	,252	-6,3216	,9378
	1,00	,6430	1,24718	,986	-2,7799	4,0659
	3,00	-,2715	,80638	,997	-2,4846	1,9416
	4,00	-1,9231	,77923	,101	-4,0616	,2155
3,00	,00	-2,4204	1,31957	,356	-6,0420	1,2011
	1,00	,9145	1,24403	,948	-2,4997	4,3287
	2,00	,2715	,80638	,997	-1,9416	2,4846
	4,00	-1,6516	,77418	,209	-3,7763	,4732
4,00	,00	-,7689	1,30316	,977	-4,3454	2,8077
	1,00	2,5661	1,22661	,226	-,8004	5,9325
	2,00	1,9231	,77923	,101	-,2155	4,0616
	3,00	1,6516	,77418	,209	-,4732	3,7763

Basadas en las medias observadas.  
El término de error es la media cuadrática (Error) = 26,981.

**ANEXO 22 Pruebas Post-hoc Tukey para la comparación, dos a dos, en el nivel de apoyo social percibido por parte de otros significativos, en función de si los individuos no presentaron depresión durante su enfermedad por COVID-19 (0), presentaron una depresión baja (1), media (2), alta (3) o muy alta (4).**

Comparaciones múltiples						
Apoyo Otros DHS de Tukey						
(I)Depresión Rango	(J)Depresión Rango	Diferencia de medias (I-J)	Error típ.	Sig.	Intervalo de confianza 95%	
					Límite inferior	Límite superior
,00	1,00	2,2775	1,48678	,543	-1,8029	6,3580
	2,00	1,0635	1,20870	,904	-2,2537	4,3808
	3,00	-,3102	1,20599	,999	-3,6200	2,9997
	4,00	-,8481	1,19099	,954	-4,1167	2,4206
1,00	,00	-2,2775	1,48678	,543	-6,3580	1,8029
	2,00	-1,2140	1,13983	,824	-4,3422	1,9143
	3,00	-2,5877	1,13696	,156	-5,7080	,5327
	4,00	-3,1256*	1,12103	,044	-6,2023	-,0489
2,00	,00	-1,0635	1,20870	,904	-4,3808	2,2537
	1,00	1,2140	1,13983	,824	-1,9143	4,3422
	3,00	-1,3737	,73697	,339	-3,3963	,6489
	4,00	-1,9116	,71216	,059	-3,8661	,0429
3,00	,00	,3102	1,20599	,999	-2,9997	3,6200
	1,00	2,5877	1,13696	,156	-,5327	5,7080
	2,00	1,3737	,73697	,339	-,6489	3,3963
	4,00	-,5379	,70755	,942	-2,4798	1,4039
4,00	,00	,8481	1,19099	,954	-2,4206	4,1167
	1,00	3,1256*	1,12103	,044	,0489	6,2023
	2,00	1,9116	,71216	,059	-,0429	3,8661
	3,00	,5379	,70755	,942	-1,4039	2,4798

Basadas en las medias observadas.  
El término de error es la media cuadrática (Error) = 22,536.  
\*. La diferencia de medias es significativa al nivel ,05.