



**Prevalencia de estrés y ansiedad en los habitantes diagnosticados con Covid-19 del  
Barrio Progresar en Tuluá - Valle**

**Mariela Galvis Gallego**

**20251721867**

**Universidad Antonio Nariño**

Programa Psicología Distancia

Facultad de Psicología

Tuluá, Colombia

2022



**Prevalencia de estrés y ansiedad en los habitantes diagnosticados con Covid-19 del  
Barrio Progresar en Tuluá - Valle**

**Mariela Galvis Gallego**

Proyecto de grado presentado como requisito parcial para optar al título de:

**Psicóloga**

Director (a):

Oscar Alirio Millán

Línea de Investigación:

Psicología Clínica y de la Salud

Grupo de Investigación:

Esperanza y Vida

**Universidad Antonio Nariño**

Programa Psicología Distancia

Facultad de Psicología

Tuluá, Colombia

2022



## NOTA DE ACEPTACIÓN

El trabajo de grado titulado

\_\_\_\_\_.

Cumple con los requisitos para optar

Al título de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_

Firma del Tutor

\_\_\_\_\_

Firma Jurado

\_\_\_\_\_

Firma Jurado

Ciudad, Día Mes Año.

# Contenido

	<b>Pág.</b>
<b>Lista de anexo.....</b>	<b>XIII</b>
<b>Preliminares.....</b>	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
<b>Resumen.....</b>	<b>1</b>
<b>Abstract.....</b>	<b>3</b>
<b>Introducción .....</b>	<b>9</b>
<b>1. Antecedentes.....</b>	<b>12</b>
<b>2. Planteamiento del problema .....</b>	<b>15</b>
<b>3. Objetivos.....</b>	<b>16</b>
<b>1.1 Objetivo General .....</b>	<b>16</b>
<b>1.2 Objetivos específicos .....</b>	<b>16</b>
<b>4. Justificación.....</b>	<b>17</b>
<b>Marco Teórico .....</b>	<b>19</b>
<b>1.3 Marco Referencial .....</b>	<b>19</b>
<b>1.4 Marco Conceptual .....</b>	<b>24</b>
<b>1.4.1 Ansiedad. ....</b>	<b>24</b>
<b>1.4.2 Estrés. ....</b>	<b>25</b>
<b>Metodología .....</b>	<b>26</b>
<b>1.5 Diseño investigativo.....</b>	<b>26</b>
<b>1.6 Población.....</b>	<b>26</b>
<b>1.7 Muestra.....</b>	<b>27</b>

1.7.1	Criterios de inclusión.....	27
1.8	Variables.....	27
1.9	Operacionalización de las variables .....	28
1.10	Instrumento.....	30
1.10.1	Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) .....	31
1.11	Procedimiento: .....	32
<b>Resultados.....</b>		<b>32</b>
1.12	<b>Analisis demográficos .....</b>	<b>32</b>
1.12.1	Distribucion por resultado de prueba covid Positiva.....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
1.12.2	Distribución por resultado de prueba covid negativa .....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
1.12.3	Relacion entre resultados de instrumentos aplicados para personas con diagnostico positivo.....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
1.12.4	Distribucion de rangos BAI, diagnostico positivo.....	33
1.12.5	Distribucion de rangos BAI, diagnostico negativo.....	34
1.12.6	Escala de estrés percibido 14 con diagnostico positivo.....	35
1.12.7	Escala de estrés percibido 14 con diagnostico negativo.....	36
<b>Analisis.....</b>		<b>37</b>
<b>Discusión y conclusiones.....</b>		<b>38</b>
<b>Recomendaciones .....</b>		<b>41</b>
1.13	Aspectos Éticos: .....	42
<b>Anexos .....</b>		<b>45</b>
<b>Referencias Bibliográficas.....</b>		<b>48</b>





## Lista de Figuras

**Pág.**

Grafico 1: Inventario de ansiedad de beck diagnostico covid

Grafico 2: Escala de estrés percibido 14 Diagnostico covid

Grafico 3: Inventario de ansiedad de beck diagnostico negativo covid

Grafico 4: Escala de estrés percibido 14 diagnostico negativo covid

## Lista de anexo

Anexo 1. Inventario de ansiedad de Beck

Anexo 2. Escala de estrés percibido 14

## Lista de tablas

**Pág.**

**Tabla 1:** *Operacionalización de Variables*.....

**¡Error! Marcador no definido.**

## *Dedicatoria*

Primero que todo a Dios por darme tantas bendiciones, guiar mis pasos y cuando pensé que no podía, levantarme.

A mi familia y a mi novio, porque me brindaron su apoyo e hicieron muchos sacrificios para sacar esta carrera adelante junto conmigo.

A mis profesores por entregarme todos sus conocimientos, paciencia y dedicación.

Gracias mil gracias a ustedes futuros colegas.





## Resumen

La presente investigación tuvo como objetivo determinar la prevalencia de estrés y ansiedad en los habitantes entre los 20 y 60 años del Barrio Progresar de Tuluá- Valle, analizando la presencia de síntomas clínicos, y determinando las frecuencias de distribución de indicadores de salud mental de los mismos estudiantes.

Para acceder a esta información se aplicaron dos instrumentos escala de estrés percibido 14 el cual cuenta con 14 ítems con un formato de respuesta de una escala de cinco puntos (0 = nunca, 1 = casi nunca, 2 =de vez en cuando, 3 = a menudo, 4 = muy a menudo). La puntuación total de la PSS se obtiene invirtiendo las puntuaciones de los ítems 4, 5, 6, 7, 9, 10 y 13 (en el sentido siguiente: 0=4, 1=3, 2=2, 3=1 y 4=0) y sumando entonces los 14 ítems. La puntuación directa obtenida indica que a una mayor puntuación corresponde un mayor nivel de estrés percibido. Se utilizó la versión española (2.0) de la Perceived Stress Scale (PSS) de Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983), adaptada por el Dr. Eduardo Rem. También se utilizó el inventario de ansiedad de Aaron Beck; el Inventario de Ansiedad de Beck es una herramienta útil para valorar los síntomas somáticos de ansiedad, tanto en desórdenes de ansiedad como en cuadros depresivos. El cuestionario consta de 21 preguntas, proporcionando un rango de puntuación entre 0 y 63. Los puntos de corte sugeridos para interpretar el resultado obtenido son los siguientes: 0–21 Ansiedad muy baja, 22–35 - Ansiedad moderada, más de 36 - Ansiedad severa.

Cada ítem se puntúa de 0 a 3, correspondiendo la puntuación 0 a "en absoluto", 1 a "levemente, no me molesta mucho", 2 a "moderadamente, fue muy desagradable pero podía soportarlo" y la puntuación 3 a "severamente, casi no podía soportarlo".

La puntuación total es la suma de las de todos los ítems.

En el análisis de los resultados, desarrollados a través de un consolidado de indicadores de salud mental, se puede evidenciar que las frecuencias de distribución de indicadores clínicos que manifiestan los habitantes del barrio progresar de la ciudad de Tuluá, es la siguiente: para las personas con diagnóstico positivo para COVID el 13.3% corresponde a 2 personas las cuales presentan síntomas mínimos de ansiedad y el 20% el cual corresponda a 3 personas manifiestan nunca o casi nunca estar estresados, por otro lado podemos evidenciar que el 53% correspondiente a 8 personas manifiesta un grado de ansiedad leve y en cuanto a estrés se evidencia que el 53% equivalente a 8 personas de vez en cuando esta estresado; el 20% el cual corresponde a 3 personas manifiestan un grado de ansiedad moderada y el 20% corresponde a 3 personas se evidencia que a menudo están estresados ; y por ultimo el 13% que pertenece a 2 personas presentan un grado de ansiedad grave y el 6% correspondiente a una persona muy a menudo esta estresado.

También se puede analizar para las personas con diagnóstico negativo para COVID el 13.3% corresponde a 2 personas las cuales presentan síntomas mínimos de ansiedad y el 6% el cual corresponda a 1 persona manifiestan nunca o casi nunca estar estresados, por otro lado podemos evidenciar que el 20% correspondiente a 3 personas manifiesta un grado de ansiedad leve y en cuanto a estrés se evidencia que el 33% equivalente a 5 personas de vez en cuando esta estresado; el 40% el cual corresponde a 6 personas manifiestan un grado de ansiedad moderada y el 46% corresponde a 7 personas se evidencia que a menudo están estresados ; y por último el 26% que pertenece a 4 personas presentan un grado de ansiedad grave y el 13% correspondiente a 2 personas muy a menudo están estresados.

**Palabras Clave:** Salud Mental, Síntomas de ansiedad, estrés, habitantes, indicadores de salud mental.

### **Abstract**

The objective of this research was to determine the prevalence of stress and anxiety in the inhabitants between 20 and 60 years of age of the Progresar neighborhood of Tuluá-Valle, analyzing the presence of clinical symptoms, and determining the frequencies of distribution of mental health indicators of the same students.

To access this information, two instruments were applied: the Perceived Stress Scale 14, which has 14 items with a five-point scale response format (0 = never, 1 = almost never, 2 = occasionally, 3 = often, 4 = very often). The total PSS score is obtained by inverting the scores of items 4, 5, 6, 7, 9, 10 and 13 (in the following sense: 0=4, 1=3, 2=2, 3=1 and 4=0) and then adding the 14 items. The direct score obtained indicates that a higher score corresponds to a higher level of perceived stress. The Spanish version (2.0) of the Perceived Stress Scale (PSS) by Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983), adapted by Dr. Eduardo Rem, was used. We also used the Aaron Beck Anxiety Inventory; the Beck Anxiety Inventory is a useful tool for assessing somatic symptoms of anxiety in both anxiety disorders and depressive conditions. The questionnaire consists of 21 questions, providing a range of scores between 0 and 63. The suggested cut-off points for interpreting the result obtained are as follows: 0-21 - very low anxiety, 22-35 - moderate anxiety, over 36 - severe anxiety.

Each item is scored from 0 to 3, with score 0 corresponding to "not at all", 1 to "mildly, it does not bother me much", 2 to "moderately, it was very unpleasant but I could stand it" and score 3 to "severely, I could hardly stand it".

The total score is the sum of the scores for all items.

In the analysis of the results, developed through a consolidation of mental health indicators, it can be seen that the frequencies of distribution of clinical indicators shown by the inhabitants of the progressive neighborhood of the city of Tuluá, is as follows: for people with a positive diagnosis for covid, 13.3% corresponds to 2 people who have a positive diagnosis for covid. 3% corresponds to 2 persons who present minimal symptoms of anxiety and 20% which corresponds to 3 persons manifest never or almost never to be stressed, on the other hand we can evidence that 53% corresponding to 8 persons manifest a slight degree of anxiety and in terms of stress it is evident that 53% equivalent to 8 persons are occasionally stressed; 20%, which corresponds to 3 people, show a moderate degree of anxiety and 20%, which corresponds to 3 people, show that they are often stressed; and finally, 13%, which corresponds to 2 people, show a serious degree of anxiety and 6%, which corresponds to one person who is very often stressed. It can also be analyzed for people with a negative diagnosis for covid, 13. On the other hand, we can also see that 20%, corresponding to 3 people, show a slight degree of anxiety and in terms of stress, it is evident that 33%, equivalent to 5 people, are stressed from time to time; 40%, which corresponds to 6 people, show a moderate degree of anxiety and 46%, which corresponds to 7 people, show that they are often stressed; and finally, 26%, which



corresponds to 4 people, show a serious degree of anxiety and 13%, which corresponds to 2 people, are very often stressed.

**KEY WORDS:** Mental health, anxiety symptoms, stress, inhabitants, mental health indicators.

## Consideraciones Generales

Los trabajos de grado y tesis deben presentarse en formato digital a los tutores o directores quienes avalan la entrega final en formato PDF a la Facultad.

- Tamaño de papel: Carta / 21.59 cm. X 27.94 cm.
- Portada: El logo institucional debe quedar en la parte superior de forma centrada.
- Tipo y tamaño de letra: Times New Román, número 12 puntos. Para el interior de las tablas se permitirá el uso de tamaño 10 puntos.
- Márgenes: según estilo de norma de citación
- Interlineado: El interlineado será a doble espacio, sin adición de espacio entre los párrafos y solo en los siguientes casos podrá emplearse el espacio interlinear simple:
  - Tablas y figuras
  - Tabla de contenido e Índice
  - Referencias bibliográficas
- Paginación: Los números de página se pondrán en la parte superior derecha de la hoja.
- Sangría: Se debe utilizar sangría de primera línea de 1,25 cm. Las demás líneas de la monografía deben tener alineación a la izquierda, dejando el margen derecho sin alinear.

### **Estructura recomendada del documento según acuerdo No 048**

**NOTA:** La siguiente estructura son los capítulos generales recomendados, sin embargo, cada programa tiene su directriz sobre el contenido que deben desarrollar, es necesario consultar la guía de elaboración de trabajos de grado de cada Facultad.

- Portada
- Contraportada
- Nota de Aceptación
- Dedicatoria (opcional).
- Agradecimientos (opcional)
- Tabla de contenido
- Lista de figuras
- Lista de tablas
- Resumen y palabras claves
- Abstract and keywords
- Introducción
- Antecedentes
- Objetivos

- Justificación
- Marco teórico (incluyendo la ubicación dentro de las líneas de investigación de la facultad o programa académico)
- Diseño metodológico
- Resultados y análisis de resultados
- Conclusiones
- Recomendaciones (Opcional)
- Referencias Bibliográficas

## Introducción

La Organización Mundial de la Salud (2001) define a la salud mental como “Un estado completo de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad, en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productivamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”. Ahora bien, es necesario recalcar que surge una carencia en la salud mental del ser humano y de los colombianos en las últimas décadas, el cual ha aumentado en rectilínea. Por este motivo, se produce la necesidad de mostrar la prevalencia de los trastornos de salud mental de la población.

Por lo tanto, se realiza una investigación que tuvo como objetivo determinar la prevalencia de trastornos de salud mental de los habitantes del barrio Progresar de la ciudad de Tuluá, examinando la presencia de síntomas clínicos. La investigación de esta problemática se realizó por el interés de conocer el estado actual de la salud mental de los habitantes diagnosticados y los no diagnosticados con COVID.

Para acceder a esta información se aplicaron dos instrumentos a partir de la teoría transaccional del estrés (Lazarus y Folkman, 1984), Cohen, Kamarck y Mermelstein (1983) construyeron la “Escala de estrés percibido” (EEP) (Perceived Stress Scale, PSS), instrumento que estima el grado en que las situaciones de la vida son valoradas como

estresantes por las personas. Sus ítems interrogan sobre el grado en que las personas sienten que ejercen control sobre las situaciones impredecibles o inesperadas, o, por el contrario, las sienten como incontrolables y, en tal medida, experimentan un estrés que se traduce en malestar. Remor y Carrobbles (2001) propusieron y validaron la versión española de esta escala, cuyas propiedades psicométricas han sido parcialmente estudiadas en población no clínica (Remor, 2006; Trujillo y González-Cabrera, 2007), poblaciones en riesgo social (Hidalgo Ruzzante, Peralta Ramírez, Robles Ortega, Vilar-López y Pérez-García, 2009) y en poblaciones específicas, como adictos a sustancias en tratamiento (Pedrero-Pérez y Olivar Arroyo, 2010). También se aplicó el Inventario de Ansiedad de Beck el cual es un breve cuestionario con gran aceptación para medir la ansiedad en adultos y adolescentes, que viene siendo empleado tanto en la evaluación clínica como en la investigación básica de forma habitual, el Inventario (BAI) fue creado por Aaron T. Beck en la década de los 80, y se trata de un cuestionario de opción múltiple de 21 ítems que mide la gravedad de la ansiedad actual en adultos y adolescentes. Describe los síntomas emocionales, fisiológicos y cognitivos de la ansiedad, siendo una prueba apropiada para diferenciar la ansiedad de la depresión.

Como población de sujetos del estudio se eligieron a los habitantes del barrio Progresar de la ciudad de Tuluá ; focalizando una muestra de 30 personas de sexo masculino y femenino con un diagnóstico positivo y negativo para Covid-19, con edades comprendidas entre los 20 y 60 años de edad y estratos socioeconómicos bajo, medio-bajo, medio, medio-alto y alto.

La población descrita, se enmarca en la edad promedio que sufre, está sufriendo o sufrirá una enfermedad mental, según la última encuesta nacional sobre salud mental (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, 2.015).

En el análisis de la información obtenida a través del instrumento de tamizaje, se logró identificar que de las 15 personas diagnosticadas con resultado positivo para COVID el 54% presenta un grado de ansiedad leve y de las 15 personas diagnosticadas con un resultado negativo un 40% presenta un grado de ansiedad, en cuanto a la escala de estrés percibido se puede evidenciar que de las 15 personas con un diagnóstico positivo para COVID el 53% de vez en cuando está estresado y de las 15 personas con diagnóstico negativo en 47% a menudo está estresado.

Por lo tanto, la información recolectada en la presente investigación se entrega y será custodiada por las directivas de la Universidad Antonio Nariño Sede, Buga.

## 1. Antecedentes

A finales del año 2019 en China se dio a conocer una nueva enfermedad llamada Covid-19, producida por el virus SarsCov-2, quien es familia de los coronavirus, al mes de enero del año 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS) dio a conocer un comunicado universal donde afirmaba que este nuevo virus sería una pandemia, y su nombre lo denominó como: Covid-19, las complicaciones que traería este virus serían afectaciones principalmente a los pulmones, también puede dañar muchos otros órganos. El primer caso de contagio conocido en Colombia fue el día 6 de marzo del 2021, conforme a estas dos semanas después el país fue puesto en cuarentena alrededor de 2 meses (Organización Panamericana de la Salud, 2020).

En Colombia, el viceministro de Salud Pública, Luis Alexander Moscoso, refirió que durante la pandemia un efecto de esta serían los problemas de salud a los que se enfrentaban los habitantes del país, estos pueden ser; violencia, depresión, estrés, ansiedad, ante los sucesos que se desencadenaban en el país durante este lapso. Durante el aumento de dichas situaciones y/o problemas el Gobierno Nacional desde el inicio de la cuarentena en el país dispuso la línea telefónica 192, en la cual los residentes podrían buscar ayuda, apoyo y orientación en la opción número 4 (Ministerio de salud, Boletín de Prensa No 237 de 2020) .



El coronavirus del síndrome respiratorio agudo severo 2 (SARS-CoV-2) tuvo causalidad en los murciélagos y se transfirió a los seres humanos por medio de la relación con estos animales exóticos en el bazar de Wuhan, provincia de Hubei (China) en noviembre de 2019 (Singhal, 2020). Este virus se difunde por inhalación o por roce con gotas infectadas y el periodo de incubación es de aproximadamente entre 2 y 14 días, con un promedio de 5-6 días, y un promedio de exteriorización de los síntomas de 11.5 días (Liu et al., 2020), aun cuando se deduce que un 30% de las personas contagiadas son asintomáticas (Lauer et al., 2020).

Los síntomas acostumbra a ser fiebre, tos, dolor de garganta, falta de aliento, fatiga, malestar general, diarrea, dolor de cabeza entre otros que pueden ser de leves a moderados en la mayoría de las personas; aun así, en algunas (generalmente los ancianos y personas que tienen comorbilidades), las dificultades desarrollarse a diagnósticos como neumonía, síndrome de dificultad respiratoria aguda (SDRA) y disfunción multi orgánica (Huang et al, 2020), con una mortalidad que fluctúa entre el 2 y el 3% (Li & Chen, 2020), cifra que pueda batallar en función a factores como la gravedad de las enfermedades previas, población de tercera edad, la competencia inmunológica y la capacidad de los sistemas de atención en salud para contener las complicaciones.

Además, los actos decretados para moderar la transmisión del virus ante la falta de una vacuna, como el distanciamiento físico mediante la cuarentena, puede cooperar al aumento de complejidad en la interacción social como miedo a estar cerca de otras personas (Casale & Flett, 2020), segregación (Wee et al., 2020), incertidumbre-

desesperanza (Ozamiz-Etxebarria et al., 2020) e incluso paranoia y discriminación (Presti et al., 2020).

Ante la situación actual, el posible efecto psicológico de la dualidad (aislamiento preventivo y Covid-19) es la ansiedad. Para Cano y Otros (2011) la ansiedad es "una emoción que surge ante situaciones ambiguas o de resultado incierto, en las que anticipamos un posible resultado negativo o amenaza para nuestros intereses, preparándonos para actuar ante ellas mediante una serie de reacciones cognitivas, fisiológicas y conductuales" (p. 4). Para Darley (1990), este fenómeno se presenta por medio de desconciertos fisiológicos, cognitivos y comportamentales que en muchos casos alteran la cabida decisional de quien la adolece. Según Zung(1971), se caracteriza por preocupación de intensidad variada de acuerdo con la situación y el grado de afrontamiento de la persona, que en momentos se convierte en pánico y frecuentemente es asociada con síntomas somáticos.

En el mundo existen 260 millones de personas diagnosticados con ansiedad. En Latinoamérica, es uno de los trastornos mentales más común, según la Organización Mundial de la Salud (OMS). Podemos encontrar variedad de estudios, como los de Díaz y Otros (2016), que comunican de la ansiedad ante el fallecimiento, en pacientes no psiquiátricos, en poblaciones con agorafobia y crisis de pánico; pero pocos dan cuenta de esta en situaciones extremas como los aislamientos sociales obligatorios.

Un estudio realizado por Jeong (2016). En algunas ciudades de Corea del Sur con 1.656 participantes en aislamiento reportó que 7,6 % de sus participantes mostraron signos y síntomas de ansiedad. Por su parte, Reynolds encontró que en una muestra de 1.057

canadienses que se encontraban en cuarentena por posible caso de SARS, el 20 % indicó temor, 18 % nerviosismo y tristeza y 10 % sentimiento de culpa. En contraste, una minoría manifestó sentimientos de felicidad y alivio (5 y 4 %, respectivamente).

## **2. Planteamiento del problema**

El barrio Progresar de la ciudad de Tuluá, del Valle del Cauca hace parte de la comuna 6 la cual tiene un área de 790.666.87 m<sup>2</sup> y se ubica en un estrato socioeconómico 3. También cuenta con 318 predios y tiene un área de 34.712 m<sup>2</sup> construida. Es importante señalar que la población descrita no cuenta con estudios vigentes sobre salud mental, que les brinden una visión general del estado actual de salud de los habitantes. Pero esto no exime la importancia de los trastornos mentales como problemas de salud pública, el cual fue reafirmado en el estudio de carga de enfermedad realizado por el Ministerio de Salud y Protección Social en el año 2015, donde se evidencia que la población colombiana entre los 18 y 65 años ha sufrido, sufre o sufrirá una enfermedad mental. Principalmente se observan la aparición temprana de indicadores de: depresión y ansiedad entre otras. Por eso, se reconoce en la actualidad, la importancia de identificar en la misma población indicadores de trastornos de la salud mental; priorizando los habitantes del barrio Progresar de la ciudad de Tuluá. De esta manera se daría cumplimiento a las políticas públicas que regulan los actuales planes de gobierno.

El problema que se plantea en la siguiente investigación es ¿Cuál es la de estrés y ansiedad en los habitantes diagnosticados con Covid-19 del barrio Progresar en Tuluá - Valle?

### **3. Objetivos**

#### **1.1 Objetivo General**

Establecer la prevalencia de problemas de estrés y ansiedad en un grupo de habitantes entre los 20 y 60 años de edad diagnosticados con Covid-19 del barrio Progresar de la ciudad de Tuluá- Valle.

#### **1.2 Objetivos específicos**

- Determinar los niveles de estrés por medio de un test psicológico, en el grupo de personas sujetos de este estudio.
- Identificar los síntomas somático y afectivo-cognitivo presentes en estados de ansiedad por medio de un test psicológico, en el grupo de personas sujetos de este estudio.
- Describir los casos hallados y su proporción en población sujeto de este estudio, frente a los problemas de salud mental de estrés y ansiedad.

#### **4. Justificación**

A finales de 2019, en China apareció una enfermedad causada por un agente zoonótico emergente, en este caso un nuevo coronavirus, denominado SARS-CoV-2 o 2019nCoV. Este virus es capaz de ocasionar un síndrome respiratorio agudo grave, que en algunas personas ocasiona una evolución fatal (Hernández, 2020).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en enero de 2020, declaró el brote de este nuevo padecimiento, al cual denominó: la enfermedad Covid-19. Desde entonces fue identificada como una emergencia internacional de salud pública, debido al elevado riesgo de propagación de esta enfermedad a otros países del mundo, además de China. En marzo de 2020, dicha organización decidió identificar a la Covid-19 como una pandemia.

El nuevo Coronavirus (Covid-19) ha sido catalogado por la Organización Mundial de la Salud como una emergencia en salud pública de importancia internacional (ESPII). Se han identificado casos en todos los continentes y, el 6 de marzo se confirmó el primer caso en Colombia (Ministerio de Salud, 2021).

Debido a la alta propagación del virus y al número de casos confirmados y muertes en el mundo, las emociones, los pensamientos y sentimientos negativos se amplían alarmando la salud mental de la población. Conforme la trayectoria de epidemias y pandemias pasadas se encuentra que los pacientes y el personal de salud pueden experimentar estados de temor a la muerte y relucir sentimientos de soledad, tristeza e irritabilidad.

De acuerdo a todo el expuesto, se plantea este estudio con el objetivo de poder determinar la prevalencia de los problemas que se empezaron a generar desde la pandemia a nivel de salud mental en personas diagnosticadas con Covid-19, en edades entre los 40 y 60 años; aportes teóricos de relevancia para la línea de investigación “Psicología clínica y de la Salud”, de la facultad de Psicología de la Universidad Antonio Nariño y en la formación de estudiantes, por permitir una mejor comprensión de la situación actual de pandemia y su influencia en la salud mental y comportamental de las personas, de igual manera, sus hallazgos y análisis serán elementos constituyentes en la construcción de estrategias de intervención en este campo de la psicología.

## **Marco Teórico**

En la construcción de este estudio, se ha planteado un esquema dentro de 4 ejes. A su vez se realizó un estado del arte dentro de la investigación en el campo de la prevalencia de los problemas de la salud mental a raíz del Covid-19 en los cuales se ha tomado como referencia estudios a nivel internacional, nacional y regional. A continuación, se resaltarán algunos de estos estudios dentro de este análisis referencial de este trabajo de grado.

### **1.3 Marco Referencial**

En la alusión de Mebarak (2009), en la tradición biológica los trastornos se atribuyen a enfermedades o a desequilibrios químicos. El médico Hipócrates (460-377 a.C.), puso en entredicho, entre otras, la creencia de que la epilepsia era una enfermedad divina o sagrada, atribuyendo tal creencia a quienes la temían y no la entendían. Hipócrates consideraba que el cerebro era la sede de la voluntad, la conciencia, el coeficiente intelectual y las emociones. Creía que los trastornos psicológicos podrían tratarse como cualquier otra enfermedad, ya que consideraba que podían tener por causa alguna patología o traumatismo cerebral y verse influido por la herencia. Por lo tanto, los trastornos asociados con estas funciones se ubicarían, por lógica, en el cerebro; Hipócrates

diagnosticó y trató la manía, la melancolía, la paranoia y la histeria (Barlow & Durand, 2001). Así mismo, reconoció la importancia de las contribuciones psicológicas e interpersonales a la psicopatología, como los efectos a veces negativos de la tensión familiar; y, en algunas ocasiones, separó de sus familias a sus pacientes. En la tradición psicológica, la conducta anormal se le atribuye a un desarrollo psicológico defectivo y al contexto social. Durante la primera mitad del siglo XVIII hubo una aproximación psicosocial a los trastornos mentales, llamada terapia moral. El término moral en realidad significaba “emocional” o “psicológico, relacionado en mayor medida con un código de conductas. Sus principios básicos comprendían en tratar a los pacientes internados en la forma más natural posible en un medio que motivara y fortificara la interacción social normal, lo que les proporcionaba muchas oportunidades de contacto social e interpersonal adecuados. Se cultivó cuidadosamente las relaciones, y la atención individual se concentró claramente en las consecuencias positivas de las interacciones y el comportamiento apropiados. Si bien los principios de esta terapia moral se remontaban a tiempos de Platón o anteriores, esta técnica se originó como sistema con el conocido psiquiatra francés Philippe Pinel (1745-1826). (Davison & Neale, 2002; Barlow & Durand, 2001).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (2001) define a la salud mental como un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedades. Así mismo, la Ley 1616 del 21 de enero del 2013 (Congreso de Colombia, 2013), en su artículo 3°, define la salud mental como un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y



mentales para transitar por la vida cotidiana, para trabajar, para establecer relaciones significativas y para contribuir a la comunidad.

Según la OPS (2019) Los problemas de salud mental son la principal causa de discapacidad en el mundo. Algunas de las principales discapacidades son depresión, ansiedad, demencia y uso abusivo de alcohol. Se estima que el 20 por ciento de días saludables perdidos se deben a padecimientos mentales. Y a nivel mundial, solo un 10 por ciento de las personas que necesitan atención o tratamiento para problemas de salud mental lo reciben.

Los conceptos de salud mental incluyen bienestar subjetivo, autonomía, competencia, dependencia intergeneracional y reconocimiento de la habilidad de realizarse intelectual y emocionalmente. También ha sido definido como un estado de bienestar por medio del cual los individuos reconocen sus habilidades, son capaces de hacer frente al estrés normal de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera, y contribuir a sus comunidades. Salud mental se refiere a la posibilidad de acrecentar la competencia de los individuos y comunidades y permitirles alcanzar sus propios objetivos. Salud mental es materia de interés para todos, y no sólo para aquellos afectados por un trastorno mental. En efecto, los problemas de la salud mental afectan a la sociedad en su totalidad, y no sólo a un segmento limitado o aislado de la misma y por lo tanto constituyen un desafío importante para el desarrollo general. (OMS,2011)

Como señala S.D Flórez, " la sintomatología depresiva por el duelo puede ser objeto de atención o intervención aun cuando no aparece clasificada como un trastorno propiamente, de acuerdo con el DSM-IV (Flórez, 2002)". Los síntomas de depresión incluyen: Estado

de ánimo irritable o bajo la mayoría de las veces, dificultad para conciliar el sueño o exceso de sueño, Cambio grande en el apetito, a menudo con aumento o pérdida de peso, cansancio y falta de energía, sentimientos de inutilidad, odio a sí mismo y culpa, dificultad para concentrarse, movimientos lentos o rápidos, Inactividad y retraimiento de las actividades usuales, Sentimientos de desesperanza o abandono, Pensamientos repetitivos de muerte o suicidio, pérdida de placer en actividades que suelen hacerlo feliz, incluso la actividad sexual

La manifestación de la ansiedad puede ser parte de un trastorno depresivo según Edgar Zúñiga, incluyendo otro tipo de síntomas (Zúñiga, 2008). Los signos y síntomas de la ansiedad más comunes incluyen los siguientes: sensación de nerviosismo, agitación o tensión, sensación de peligro inminente, pánico o catástrofe, aumento del ritmo cardíaco, respiración acelerada (hiperventilación), sudoración, temblores, sensación de debilidad o cansancio, problemas para concentrarse o para pensar en otra cosa que no sea la preocupación actual, tener problemas para conciliar el sueño, padecer problemas gastrointestinales (gi), tener dificultades para controlar las preocupaciones, tener la necesidad de evitar las situaciones que generan ansiedad.

### **Marco contextual**

El director general de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el doctor Tedros Adhanom Ghebreyesus, anunció el 11 de marzo de 2020 que la nueva enfermedad por el coronavirus 2019 (Covid-19) puede caracterizarse como una pandemia.

Según la OMS (2020) La enfermedad por coronavirus (Covid-19) es una enfermedad infecciosa causada por un coronavirus recientemente descubierto.

La mayoría de las personas que enferman de Covid-19 experimentan síntomas de leves a moderados y se recuperan sin tratamiento especial. El virus que causa la Covid-19 se transmite principalmente a través de las gotículas generadas cuando una persona infectada tose, estornuda o espira. Estas gotículas son demasiado pesadas para permanecer suspendidas en el aire y caen rápidamente sobre el suelo o las superficies. (Organización mundial de la salud, 2020)

Según Ministerio de Salud Bogotá, 6 de abril de 2020. El 6 de marzo se confirmó el primer caso de Covid-19 en el país, a partir de ese momento Colombia entró en fase de contención de la epidemia (actualmente está en fase de mitigación) y las medidas para afrontar la contingencia han sido constantes un mes después.

Dentro de las medidas adoptadas están las directrices para la implementación, preparación y respuesta ante Covid-19 (Circular 05 de 2019), la emergencia sanitaria (Resolución 385 de 2020), el estado de emergencia (Decreto 417 de 2020), los procedimientos de atención ambulatoria a poblaciones vulnerables (Resolución 521 de 2020) y el Plan de acción para la prestación de servicios en contención y mitigación (Resolución 536 de 2020).

El viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios, Luis Alexander Moscoso Osorio, dio un balance sobre las acciones que ha venido realizando el Gobierno Nacional frente al incremento de casos por Covid-19, en Cali, Buenaventura y otros territorios del Valle del Cauca ante la Comisión Primera de la Cámara de Representantes, (Ministerio de salud, Boletín de Prensa No 323 de 2020)

El viceministro Moscoso entregó también un balance de la situación actual de casos reportados por coronavirus en la región. "A corte del 2 de junio el Valle de Cauca cuenta 3.586 casos reportados por coronavirus, de estos 66 pacientes se encuentran en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), 168 fallecidos y 1.108 personas se han recuperado de la enfermedad". Ministerio de salud

Frente al número de personas fallecidas, el viceministro dijo que en Cali se presenta una mayor mortalidad en personas mayores de 60 y 69 años, y en personas mayores de 70 y 80 relacionadas con enfermedades crónicas, "mientras que en Buenaventura hay una tasa de mortalidad en personas más jóvenes".

Ante al número de fallecidos en la capital del Valle, el viceministro aseguró que hay un número mayor de casos reportados "y es preocupante porque pasamos de tener un promedio de 2 a 3, fallecidos a un promedio de 4 o 5 pacientes que fallecen diariamente, eso sumado al número de hospitalizados y de pacientes en UCI, donde Cali y Buenaventura encabezan la lista", afirmó.

## **1.4 Marco Conceptual**

### **1.4.1 Ansiedad.**

Berrios (2008) señala que los comportamientos o signos ansiosos, también llamados inquietud o desasosiego, según el autor pueden ser reconocidas en anteriores escritos de distintos momentos históricos. Efectivamente desde los primeros textos aplicados a la doctrina médica occidental, se hacía relación a estados de angustia o aflicción que conducían al camino de distintas enfermedades físicas, aun cuando no necesariamente eran

demarcados a cuadros mórbidos específicos. Por ejemplo, en el siglo V a. C., en Aforismos y sentencias según Hipócrates haciendo referencia a un enfermo: “En el [día] tercero estuvo muy caído, tuvo sed, congoja en el estómago, mucha inquietud y aflicción con angustias, deliró” (enfermo vigesimosegundo).

#### **1.4.2 Estrés.**

El estrés fue un término conocido por medio de trabajos y escritos endocrinológicos en donde se encuentra tensión y esfuerzo, indicando que este es todo lo que llamamos sobrecarga empleándolo así en la psicología y en fisiología. Esta palabra es utilizada desde entonces, en la cual podríamos decir que tiene varios significados y ha tenido bastante ligereza en nuestra comunicación con otras personas, aun así, el sin número de palabras con la que lo podríamos relacionar no ha sido suficiente para reemplazar a esta. En la psicología muchos autores han conceptualizado al estrés como un estímulo, otros lo han considerado como respuesta e incluso otros como interacción entre el sujeto y el medio. Actualmente todos coinciden en que es un proceso amplio, complejo y dinámico y atribuyen al estrés los llamados trastornos psicofisiológicos o tradicionalmente llamados trastornos psicosomáticos (Selye, 1954).

## **Metodología**

### **1.5** Diseño investigativo

Este estudio se realizó dentro de un enfoque cuantitativo de la investigación, por ser este, un paradigma que permite la recolección y análisis de datos cuantitativos en la solución o respuesta a planteamientos o situaciones investigativas (Hernández, Fernández, Baptista, 2003).

De esta forma, se plantea un diseño descriptivo de tipo trasversal, ya que este método permite observar y describir comportamientos o situaciones en un momento específico, que es acorde con el objeto de este estudio, en el cual se pretende determinar la prevalencia de los problemas de salud mental a raíz de la Pandemia COVID -19 de los habitantes entre los 40 y 60 años del Barrio Progresar de Tuluá- Valle

### **1.6** Población

La población sujeto de estudio son los habitantes entre los 40 y 60 años del Barrio Progresar de Tuluá- Valle, este barrio hace parte de la comuna 6 la cual tiene un área de 790.666.87 m<sup>2</sup> y se ubica en un estrato socioeconómico 3. También cuenta con 318 predios y tiene un área de 34.712 m<sup>2</sup> construida

## 1.7 Muestra

En la muestra no probabilística por conveniencia participaron, inicialmente, un total de 30 personas, conformada por 15 personas que presentaron Covid-19 y 15 personas que no presentaron Covid-19; este tipo de muestra por conveniencia permite seleccionar aquellos casos accesibles que acepten ser incluidos. Esto, fundamentado en la conveniente accesibilidad y proximidad de los sujetos para el investigador.

### 1.7.1 Criterios de inclusión

- Hombres y mujeres entre los 40 y 60 años de edad que sean habitantes del barrio Progresar de la ciudad de Tuluá valle.
- Que hayan tenido un diagnóstico positivo de Covid-19.
- Que hayan tenido un diagnóstico negativo de Covid-19
- No hayan tenido diagnóstico de problemas de salud mental

## 1.8 Variables

- Pacientes diagnosticados con Covid-19.
- Pacientes no diagnosticados con Covid-19.
- Prevalencia de niveles de estrés.
- Prevalencia de síntomas somático y afectivo-cognitivo en estados de ansiedad.

## 1.9 Operacionalización de las variables

Tabla 1.

### *Operacionalización de Variables*

<b>Variable</b>	<b>Definición</b>	<b>Tipo de Variable</b>
Pacientes diagnosticados con Covid-19	Sujetos con diagnóstico positivo en Covid-19	Dependiente. Nominal.
Pacientes no diagnosticados con Covid-19	Sujetos con diagnóstico negativo en Covid-19	Dependiente. Nominal.
Prevalencia de niveles de estrés	Estrés; Desde 1984 Lazarus y Folkman definieron como estrés a la “valoración cognitiva” resultante que el sujeto hace de un desequilibrio entre sus recursos y las demandas del acontecimiento en su medio ambiente, y como afrontamiento a aquellos	Independiente Nominal



	<p>esfuerzos cognitivos y conductuales</p> <p>constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo.</p>	
<p>Prevalencia de síntomas somático y afectivo-cognitivo en estados de ansiedad</p>	<p>Síntomas de ansiedad, fatiga, angustia; La ansiedad es un sentimiento de miedo, temor e inquietud. Puede hacer que sude, se sienta inquieto y tenso, y tener palpitaciones.</p>	<p>Independiente</p> <p>Nominal</p>

*Nota:* Elaboración propia. 2021.

## 1.10 Instrumento

### **Escala de Estrés Percibido (Perceived Stress Scale, PSS)**

La escala incluye una serie de consultas directas que exploran el nivel de estrés experimentado durante el último mes.

Esta escala es un instrumento de auto informe que evalúa el nivel de estrés percibido durante el último mes, consta de 14 ítems con un formato de respuesta de una escala de cinco puntos (0 = nunca, 1 = casi nunca, 2 =de vez en cuando, 3 = a menudo, 4 = muy a menudo). La puntuación total de la PSS se obtiene invirtiendo las puntuaciones de los ítems 4, 5, 6, 7, 9, 10 y 13 (en el sentido siguiente: 0=4, 1=3, 2=2, 3=1 y 4=0) y sumando entonces los 14 ítems. La puntuación directa obtenida indica que a una mayor puntuación corresponde un mayor nivel de estrés percibido.

. Versión española (2.0) de la Perceived Stress Scale (PSS) de Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983), adaptada por el Dr. Eduardo Remor.

Este instrumento fue validado por estudiantes de la universidad de ciencias médicas de Pinar, Cuba. En donde realizaron un estudio descriptivo transversal, en el cual utilizaron una muestra de 400 estudiantes, se obtuvieron resultados elevados tal como 0,84 según la escala de Alfa de Cronbach, en la que se demuestra la fiabilidad del test.

“La Escala de Estrés Percibido presentó cualidades métricas adecuadas al ser validado en el contexto cubano demostrando ser fiable y con una estructura bifactorial en correspondencia con lo planteado por sus autores originales. Contar con este instrumento

permite tener una herramienta para determinar la influencia del estrés en el proceso docente, los resultados académicos de los estudiantes e incluso cómo el claustro profesoral puede estar vinculado con la percepción de estrés por parte de los estudiantes.” (Puentes y Díaz, 2019)

### **1.10.1** Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

El Inventario de Ansiedad de Beck es una herramienta útil para valorar los síntomas somáticos de ansiedad, tanto en desórdenes de ansiedad como en cuadros depresivos.

El cuestionario consta de 21 preguntas, proporcionando un rango de puntuación entre 0 y 63. Los puntos de corte sugeridos para interpretar el resultado obtenido son los siguientes:

- ✓ 00–21 - Ansiedad muy baja
- ✓ 22–35 - Ansiedad moderada
- ✓ más de 36 - Ansiedad severa

Cada ítem se puntúa de 0 a 3, correspondiendo la puntuación 0 a "en absoluto", 1 a "levemente, no me molesta mucho", 2 a "moderadamente, fue muy desagradable, pero podía soportarlo" y la puntuación 3 a "severamente, casi no podía soportarlo".

La puntuación total es la suma de las de todos los ítems. Los síntomas hacen referencia a la última semana y al momento actual.

“Se presentan datos de fiabilidad y validez factorial, discriminante y de criterio del Inventario de ansiedad de Beck (BAI) en una muestra de 307 pacientes españoles con trastornos psicológicos. Los análisis factoriales indicaron que el BAI mide una dimensión general de ansiedad compuesta de dos factores relacionados (somático y

afectivo-cognitivo), pero estos factores apenas explicaban varianza adicional más allá de la puntuación global. La consistencia interna del BAI fue elevada ( $\alpha = 0,90$ )” (Sanz, García, Fortun.2012).

En el cuestionario hay una lista de síntomas comunes de la ansiedad.

### **1.11 Procedimiento:**

Con el fin de conseguir la información para dar respuesta a los objetivos de la presente investigación se llevó a cabo el procedimiento de la siguiente manera:

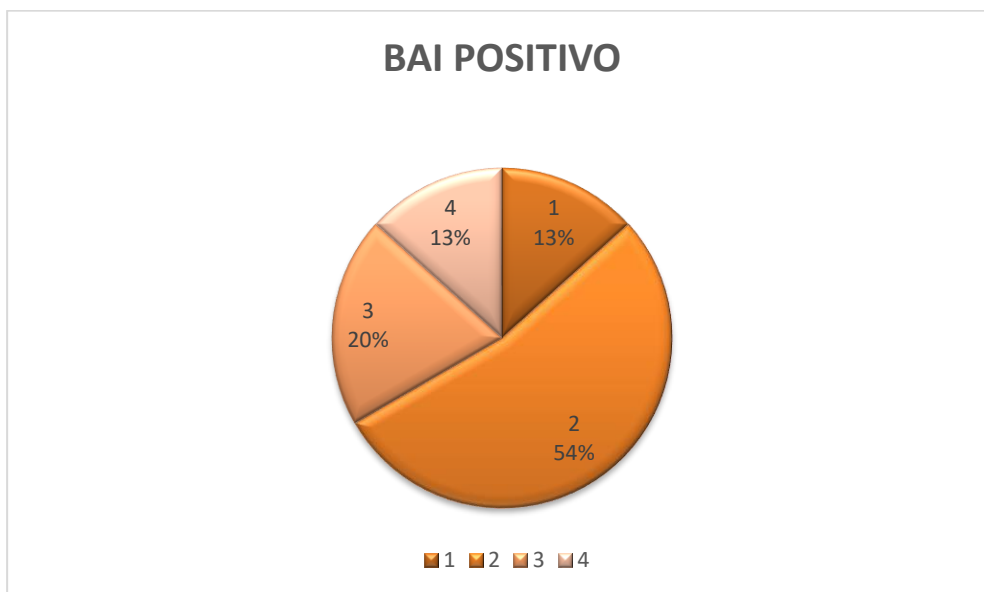
1. Identificación de la población
2. Acceso a las unidades
3. Socialización a las unidades sobre el objetivo de la investigación
4. Explicación del instrumento
5. Socialización y firma del consentimiento informado
6. Aplicación del instrumento
7. Revisión de resultados
8. Codificación de los datos en una matriz.

## **Resultados**

### **1.12 Análisis demográficos**

Está enfocado al análisis de los datos obtenidos que permiten determinar un perfil demográfico aproximado de los sujetos a los cuales se le aplicó el instrumento teniendo en cuenta la tabla de distribución de frecuencias.

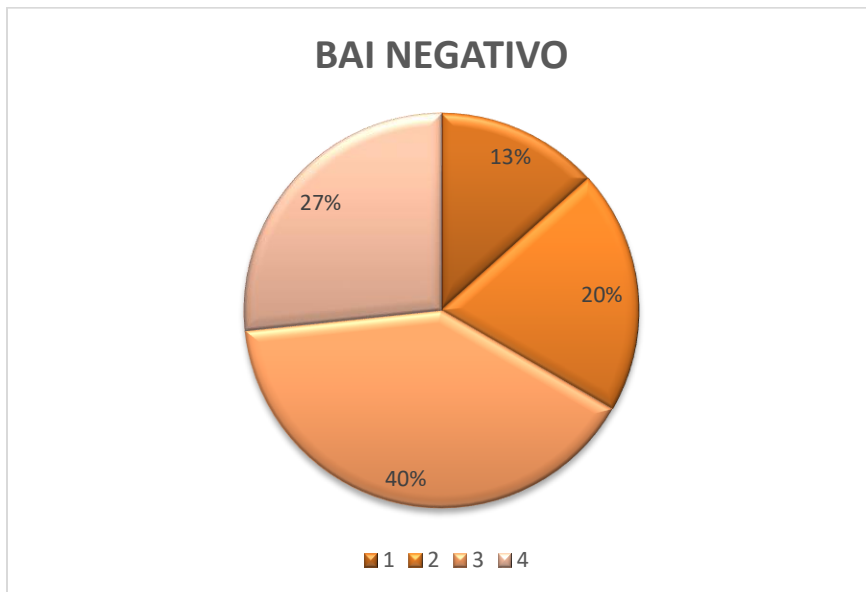
### 1.12.1 Distribución de rangos BAI, diagnostico positivo



Ver tabla N.1

En la presente gráfico podemos observar que 13.3% correspondiente a 2 personas presentan síntomas mínimos de ansiedad, el 54% correspondiente a 8 personas muestra un grado de ansiedad leve, el 20% que corresponde a 3 personas manifiestan un grado de ansiedad moderada y el 13% que pertenece a 2 personas presentan un grado de ansiedad grave.

### 1.12.2 Distribución de rangos BAI, diagnostico negativo.



Ver tabla N.1

Por medio de esta grafica podemos evidenciar que; el 13.3% correspondiente a 2 personas presentan síntomas mínimos de ansiedad, el 20% correspondiente a 3 personas manifiesta un grado de ansiedad leve, el 40% el cual corresponde a 6 personas manifiestan un grado de ansiedad moderada y el 26% que pertenece a 4 personas presentan un grado de ansiedad grave.

### 1.12.3 Escala de estrés percibido 14 con diagnostico positivo



Ver tabla N.2

Con la presenta grafica podemos mostrar que el 20% correspondiente a 3 personas manifiestan nunca o casi nunca estar estresados, el 53% equivalente a 8 personas que indican que de vez en cuando está estresado, el 20% que corresponde a 3 personas en las cuales se evidencia que a menudo están estresados y el 6% correspondiente a una persona muy a menudo esta estresados.

#### 1.12.4 Escala de estrés percibido 14 con diagnostico negativo



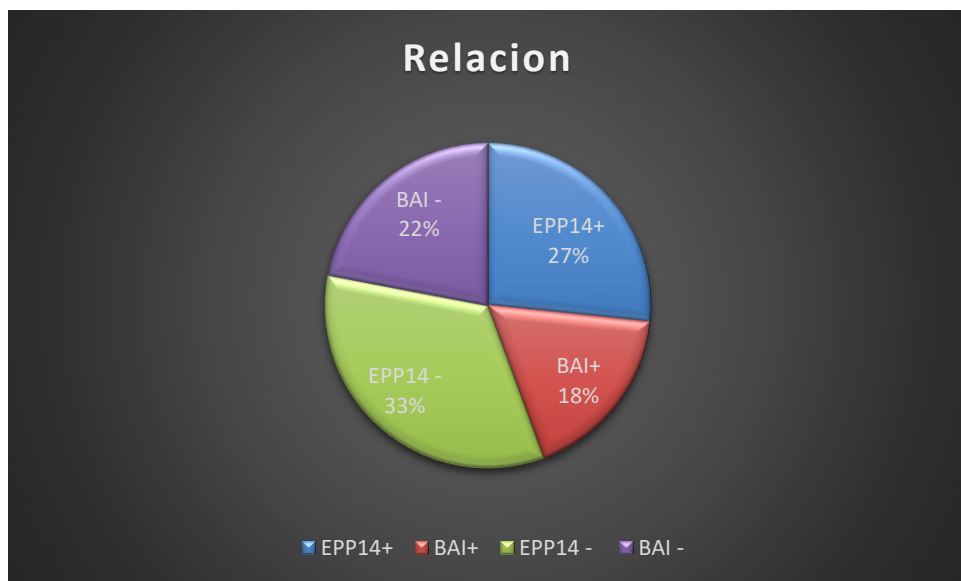
Ver tabla N.2

Con esta grafico podemos evidenciar que el 6% correspondiente a 1 persona quien manifiesta nunca o casi nunca estar estresado, el 33% equivalente a 5 personas indica que de vez en cuando están estresado, 46% corresponde a 7 personas se evidencia que a menudo están estresados, 13% correspondiente a 2 personas señalan que muy a menudo están estresados.



## Analisis

### 1.12.5 Resultados consolidados de instrumentos aplicados en personas con diagnostico positivo y negativo para Covid-19.



Ver tabla N.3

Al analizar y establecer la prevalencia de los síntomas descritos en los habitantes del barrio Progresar de Tuluá, se puede reconocer que de las 15 personas del total de la muestra con un diagnóstico positivo Covid-19, el 54% correspondiente a 8 habitantes de este barrio, se posiciona en un rango de ansiedad leve, es decir, que indican preocupación excesiva o anticipación ansiosa, el 53% de la muestra correspondiente a 8 habitantes se sitúa en un rango de estrés en el cual de vez en cuando están estresados, es decir, manifiestan sudoración, una combinación de enojo o irritabilidad. También podemos observar los resultados de los 15 habitantes, con un resultado negativo para Covid el 40% correspondiente a 6 personas que manifiestan un grado de ansiedad moderada, es decir, preocupación, recuerdo que provocan malestar, compulsiones y el 46% correspondiente a 7 personas se evidencia que a menudo están estresados, es decir, dolores de cabeza tensos,

dolor de espalda, dolor en la mandíbula y las tensiones musculares, presiones del pasado reciente y las exigencias y presiones anticipadas del futuro cercano.

Si bien, el anterior proceso no diagnostica clínicamente a las personas analizadas, si proporciona información como señal de alarma para cada uno de ellos.

### **Discusión y conclusiones**

Los resultados de esta investigación indican la presencia de una prevalencia en habitantes con resultado positivo de Covid-19 de casos de ansiedad en un 22% en comparación con los casos de ansiedad en relación a los habitantes con un resultado negativo para Covid-19 equivalente al 18% y en cuanto al estrés con población con resultados positivo para COVID un 27% en comparación con los resultados obtenidos por negativo para COVID un 33%, siendo la ansiedad y el estrés en habitantes del barrio Progresar con un diagnóstico negativo para Covid-19, la de mayor prevalencia, en caso del presente estudio, la población fue de 30 personas residentes del barrio Progresar de la ciudad de Tuluá, Valle del Cauca.

Esta investigación tuvo como propósito identificar y describir la prevalencia de estrés y ansiedad de los habitantes del barrio progresar de Tuluá, se pretendió examinar cuales son aquellos indicadores de salud mental que se presentan en el grupo estudiado, cómo se manifiestan por diagnostico positivo o negativo por Covid-19 y cuál era el indicador prevalente en este grupo. A continuación, se estarán discutiendo los principales hallazgos de este estudio.

De los resultados obtenidos en esta investigación, se puede deducir que el 22% con covid negativo y el 18% con resultado de covid positivo del total de los habitantes de la muestra manifiestan síntomas somáticos, es decir; residentes del barrio que tienen sentimientos de preocupación, nerviosismo, temor, aprensión, inquietud o impaciencia que puede afectar su vida y por ende su rendimiento en diferentes aspectos de la vida tales como; estudio, trabajo, relaciones interpersonales.

El 27% con resultado positivo para Covid, y el 33% con resultado negativo para Covid, muestra síntomas de estrés, es decir, que ha presentado; ansiedad, miedo, irritabilidad, confusión, pensamientos: dificultad para concentrarse, pensamientos repetitivos, excesiva autocrítica, olvidos, preocupación por el futuro.

En los resultados se evidencia que más de la mitad de la población objeto de estudio presenta indicadores de trastornos de salud mental, como son: síntomas de ansiedad y estrés ; lo anterior significa que ciertos eventos fueron capaces de generar suficiente malestar psicológico como para afectar adversamente su funcionamiento, es decir que esta población no presenta un estado óptimo de bienestar lo cual dificulta sobrellevar el estrés propio de la vida, que no tengan la capacidad de trabajar de forma productiva y provechosa y no sean capaces de contribuir a la comunidad.

Se halló una elevada prevalencia de ansiedad y estrés en personas diagnosticadas con Covid-19 negativo, a partir de la aplicación de Inventario de Ansiedad de Aron Beck y Escala de estrés percibido 14, y con excelente desarrollo de aplicación para la población de estudio; esto pone de manifiesto la necesidad de desarrollar estrategias educativas,

identificar los residentes de este barrio de mayor riesgo e iniciar intervenciones en salud de manera oportuna.

Por otro lado, es importante recordar lo citado en el marco teórico, que el Ministerio de Protección Social Colombiano y su plan decenal de salud pública 2012 – 2021 afirman que 4 de 10 colombianos sufre, ha sufrido o va a sufrir una enfermedad mental, y que estos trastornos afectan directamente a los niños, niñas, adolescentes y adultos jóvenes. Las características sociodemográficas de la población descrita son las mismas propiedades de la muestra elegida en la presente investigación. Por lo tanto, el índice de síntomas clínicos en salud mental revelados desde el 2015 por el ministerio de protección social, persiste en el presente año en los adolescentes y adultos jóvenes que integran la población colombiana, específicamente el Valle del Cauca. (Ministerio de protección social, 2021)

Una de las consideraciones necesarias para entender la presencia de los indicadores de trastorno de salud mental en la población estudiada la encontramos en lo planteado por Erich Fromm, citado por (Urbilla, Enrique, 2009, p.2), donde refiere desde una visión holística que es imposible separar la salud mental de la sociedad en cuestión. La adaptación a los requerimientos de una sociedad determinada no es siempre sinónimo de salud mental. El puro hecho de funcionar en la colectividad nada nos dice respecto del estado mental de sus miembros. Si los integrantes de una sociedad funcionan bien y se adaptan, pero al mismo tiempo se aburren, beben en altas cantidades, pasan largas horas frente a la televisión y no pueden gestar su vida de manera creativa, entonces la conclusión es que ocurre algo poco saludable.

Habitantes del barrio, aparentemente con vidas saludables y capaces de desarrollar tareas donde interviene diferentes procesos cognitivos o físicos, no poseen propiamente un concepto beneficioso en su propia salud mental. Por lo tanto, la distinguida línea de tener un coeficiente intelectual, y cumplir con estándares sociales o laborales, no es sinónimo de salud mental en el hombre actual, ya que; como se evidencia en la literatura propuesta por la organización mundial de la salud (OMS) del concepto de los diferentes trastornos de salud mental, se puede identificar que dicha sintomatología clínica, se manifiesta en la muestra seleccionada como sujeto de estudio.

### **Recomendaciones**

Es necesario que se siga investigando sobre la presencia ansiedad y estrés en la población para la validación de los hallazgos. Sería importante que, en futuras investigaciones, se tome en cuenta, estilo de vida, estructuración de proyecto de vida, factores de riesgos, factores mantenedores de trastornos de salud mental.

Con los datos obtenidos se evidencia la necesidad de diseñar e implementar programas de promoción y prevención en salud mental; desarrollar periódicamente jornadas de salud y atención a las diferentes necesidades de los habitantes del Barrio Progresar.

### **1.13 Aspectos Éticos:**

Los participantes de la presente investigación serán conscientes del objetivo central y tendrán derecho a los resultados que emerjan, así mismo se respetará la confidencialidad de los datos entregados, se trabajará bajo los parámetros de respeto y no se obligará a ninguna situación en la que el participante se sienta inconforme.

Como punto primordial de la investigación se solicitará a todos los miembros firmar el consentimiento informado con el fin de demostrar que se ha comunicado y que toda la unidad de trabajo es consciente de lo que sucederá, incluyendo la necesidad del tratamiento, los riesgos y beneficios del mismo.

El presente trabajo será guiado bajo el código deontológico del psicólogo y los datos acá suministrados serán verídicos y sujetos a cualquier revisión.







## APENDICES

### INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK

Nombre \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_

Nº	PREGUNTAS	NADA	LIGERO	MODERADO	GRAVE
1	Insensibilidad física	0	1	2	3
2	Acaloramiento	0	1	2	3
3	Debilidad en las piernas	0	1	2	3
4	Incapacidad para relajarme	0	1	2	3
5	Temor a que suceda lo peor	0	1	2	3
6	Mareas o vértigos	0	1	2	3
7	Aceleración del ritmo cardíaco	0	1	2	3
8	Sensación de inestabilidad	0	1	2	3
9	Sensación de estar aterrorizado	0	1	2	3
10	Nerviosismo	0	1	2	3
11	Sensación de ahogo	0	1	2	3
12	Temblores en las manos	0	1	2	3
13	Temblores generalizados	0	1	2	3
14	Miedo a perder el control	0	1	2	3
15	Dificultad para respirar	0	1	2	3
16	Miedo a morir	0	1	2	3
17	Estar asustado	0	1	2	3
18	Indigestión o malestar del abdomen	0	1	2	3
19	Sensación de desmayo	0	1	2	3
20	Ruborización facial	0	1	2	3
21	Sudorización (No al calor)	0	1	2	3

### INVENTARIO DE ANSIEDAD DE ARON BECK

Responda este cuestionario considerando sus dificultades actuales. Considere como referencia las dificultades que ha tenido este último mes.

El Inventario de Ansiedad de Beck es una herramienta útil para valorar los síntomas somáticos de ansiedad, tanto en trastornos de ansiedad como en cuadros depresivos.

El cuestionario consta de 21 preguntas, proporcionando un rango de puntuación entre 0 y 63. Los puntos de corte sugeridos para interpretar el resultado obtenido son los siguientes:

- 00–21 - Ansiedad muy baja
- 22–35 - Ansiedad moderada
- más de 36 - Ansiedad severa

	Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo
1. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado afectado por algo que ha ocurrido inesperadamente?	0	1	2	3	4
2. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido incapaz de controlar las cosas importantes en su vida?	0	1	2	3	4
3. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido nervioso o estresado?	0	1	2	3	4
4. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha manejado con éxito los pequeños problemas irritantes de la vida?	0	1	2	3	4
5. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que ha afrontado efectivamente los cambios importantes que han estado ocurriendo en su vida?	0	1	2	3	4
6. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado seguro sobre su capacidad para manejar sus problemas personales?	0	1	2	3	4
7. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las cosas le van bien?	0	1	2	3	4
8. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que no podía afrontar todas las cosas que tenía que hacer?	0	1	2	3	4
9. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha podido controlar las dificultades de su vida?	0	1	2	3	4
10. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido que tenía todo bajo control?	0	1	2	3	4
11. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado enfadado <u>porque</u> las cosas que le han ocurrido estaban fuera de su control?	0	1	2	3	4
12. En el último mes, ¿con qué frecuencia <u>ha pensado</u> sobre las cosas que le quedan por hacer?	0	1	2	3	4
13. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha podido controlar la <u>forma de</u> pasar el tiempo?	0	1	2	3	4
14. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puede superarlas?	0	1	2	3	4

Versión 2.0

Tabla N.1 Distribución de rangos BAI, diagnóstico positivo y diagnóstico negativo.

RANGOS BAI	DIAGNOSTICO POSITIVO		DIAGNOSTICO NEGATIVO		
MINIMA (0-7)	1	2	13,3333333	2	13,3333333
LEVE (8-15)	2	8	53,3333333	3	20
MODERADA (16-25)	3	3	20	6	40
GRAVE (26-63)	4	2	13,3333333	4	26,6666667
		15	100	15	100

Tabla N.2 Escala de estrés percibido 14 diagnostico positivo y diagnostico negativo

RANGO EPP 14	DIAGNOSTICO POSITVIO		DIAGNOSTICO NEGATIVO	
Casi nunca o nunca estresado (0-14)	3	20	1	6,66666667
De vez en cuando estresado (15-28)	8	53,33333333	5	33,33333333
A menudo estresado (29-42)	3	20	7	46,66666667
Muy a menudo esta estresado (43-56)	1	6,66666667	2	13,33333333
	15	100	15	100

Tabla N.3 Resultados consolidados de instrumentos aplicados en personas con diagnostico positivo y negativo para Covid-19.

EPP 14+	BAI +	TOTAL	EPP -	BAI -	TOTAL	TOTAL
345	230	575	435	285	720	1295
60%	40%	100%	60%	40%	100%	
EPP14+	BAI+		EPP14 -	BAI -		
27%	18%		34%	22%		

## Referencias Bibliográficas

- Hernández, J. (2020). Impacto de la COVID-19 sobre la salud mental de las personas. *Medicentro Electrónica*, 24(3), 578-594. Recuperado el 22 de abril de 2021, de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30432020000300578&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432020000300578&lng=es&tlng=es)
1. Andrade Mayorca, María Fernanda Campo Vanegas (2020) Descripción de las características psicológicas relacionadas con la salud mental en la situación de emergencia de salud pública originada por el COVID-19 [https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/20073/1/2020\\_salud\\_mental\\_covid.pdf](https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/20073/1/2020_salud_mental_covid.pdf)
  2. Antúnez, Zayra, & Vinet, Eugenia V. (2013). Problemas de salud mental en estudiantes de una universidad regional chilena. *Revista médica de Chile*, 141(2), 209-216. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872013000200010>
  3. Congreso de Colombia. (21 de enero de 2.013). *Ley 1616*. Recuperado el 13 de mayo de 2.018, de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1616-del-21-de-enero-2013.pdf>
  4. Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 385-396.
  5. Cohen, S. and Williamson, G.M. (1988) Perceived stress in a probability sample of the United States. In: S. Spacapan and S. Oskamp (Eds.) *The social psychology of health*. Newbury Park, CA: Sage.

6. Cuadros, M. P. & Rueda, E. S. (2018). *Revisión documental sobre la salud mental en los estudiantes universitarios*. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/20.500.12749/378>
7. Chau, Cecilia, & Vilela, Patty. (2017). Determinantes de la salud mental en estudiantes universitarios de Lima y Huánuco. *Revista de Psicología (PUCP)*, 35(2), 387-422. <https://dx.doi.org/10.18800/psico.201702.001>
8. (12) Darley J; Glucksderg S; Kinchla R. *Psicología*. 4ta Ed. Ciudad de México: Prentice Hall Hispanoamérica; 1990.
9. Hernández Rodríguez, José. (2020). Impacto de la COVID-19 sobre la salud mental de las personas. *Medicentro Electrónica*, 24(3), 578-594. Epub 01 de julio de 2020. Recuperado en 22 de abril de 2021, de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30432020000300578&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432020000300578&lng=es&tlng=es).
10. Hernández Holguín, Dora María & Sanmartín-Rueda, Cristian Felipe (2018). La paradoja de la salud mental en Colombia: entre los derechos humanos, la primacía de lo administrativo y el estigma. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 17(35), 1-31.
11. Jesús Henares Montiel Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada, España. Unidad de Prevención, Promoción y Vigilancia de la Salud, Hospital Universitario San Cecilio, Granada, España. Mayo 2020 Mental health in Spain and differences by sex, and by autonomous communities <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.03.002>
12. La salud mental en Colombia [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-41572013000400001](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-41572013000400001)

13. Lozano-Vargas, Antonio. (2020). Impacto de la epidemia del Coronavirus (COVID-19) en la salud mental del personal de salud y en la población general de China. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 83(1), 51-56. <https://dx.doi.org/10.20453/rnp.v83i1.3687>
14. Leiva, Ana María, Nazar, Gabriela, Martínez-Sanguinetti, María Adela, Petermann-Rocha, Fanny, Richezza, Jorgelina, & Celis-Morales, Carlos. (2020). DIMENSIÓN PSICOSOCIAL DE LA PANDEMIA: LA OTRA CARA DEL COVID-19. *Ciencia y enfermería*, 26, 10. Epub 21 de agosto de 2020. <https://dx.doi.org/10.29393/ce26-3dpal60003>
15. Moreta-Herrera, Rodrigo, López-Calle, Claudio, Gordón-Villalba, Paulina, Ortíz-Ochoa, William, & Gaibor-González, Ismael. (2018). Satisfacción con la vida, bienestar psicológico y social como predictores de la salud mental en ecuatorianos. *Actualidades en Psicología*, 32(124), 112-126. <https://dx.doi.org/10.15517/ap.v32i124.31989>
16. Navarro-Obeid, Jorge Eduardo, De la hoz-Granadillo, Efraín Javier, & Vergara-Álvarez, María Laura. (2021). Valoración y tipificación de perfiles de salud mental positiva en confinamiento por la COVID-19. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 20(1), e3441. Epub 10 de marzo de 2021. Recuperado en 22 de abril de 2021, de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729-519X2021000100014&lng=es&tlng=pt](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2021000100014&lng=es&tlng=pt).
17. OMS (2020), Coronavirus <https://www.who.int/es/health-topics/coronavirus>
18. OMS (2007), Salud Mental. [https://www.who.int/topics/mental\\_health/es/](https://www.who.int/topics/mental_health/es/)
19. Puentes Martínez, Lisset, & Díaz Rábago, Ana Beatriz. (2019). Fiabilidad y validez de constructo de la Escala de Estrés Percibido en estudiantes de Medicina. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 23(3), 373-379. Recuperado en 18 de julio de 2021, de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-31942019000300373&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942019000300373&lng=es&tlng=es).

20. Suárez-Montes, Nancy, & Díaz-Subieta, Luz B. (2015). Estrés académico, deserción y estrategias de retención de estudiantes en la educación superior. *Revista de Salud Pública*, 17(2), 300-313. <https://doi.org/10.15446/rsap.v17n2.52891>
21. Torres-Lagunas, M., Vega-Morales, E., Vinalay-Carrillo, I., Arenas-Montaño, G., & Rodríguez-Alonzo, E. (2018). Validación psicométrica de escalas PSS-14, AFA-R, HDRS, CES-D, EV en puérperas mexicanas con y sin preeclampsia. *Enfermería Universitaria*, 12(3). doi: <https://doi.org/10.1016/j.reu.2015.08.001>
22. Jesús Sanz, María Paz García-Vera y María Fortún, *Behavioral psychology / psicología conductual*, vol. 20, nº 3, 2012, pp. 563-583. el “inventario de ansiedad de Beck” (bai): propiedades psicométricas de la versión española en pacientes con trastornos psicológicos universidad complutense de Madrid (España). [https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2019/08/05.sanz\\_20-3oa.pdf](https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2019/08/05.sanz_20-3oa.pdf)
23. Rangaswamy S. (2001). Informe sobre la salud en el mundo. *Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Tomado de: [https://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_es.pdf?ua=1](https://www.who.int/whr/2001/en/whr01_es.pdf?ua=1)
24. Ley 1090 de 2006. Diario Oficial – Edición 46.383. Recuperado de: [https://www.unisabana.edu.co/fileadmin/Archivos\\_de\\_usuario/Documentos/Documentos\\_Investigacion/Docs\\_Comite\\_Etica/Ley\\_1090\\_2006\\_-\\_Psicologia\\_unisabana.pdf](https://www.unisabana.edu.co/fileadmin/Archivos_de_usuario/Documentos/Documentos_Investigacion/Docs_Comite_Etica/Ley_1090_2006_-_Psicologia_unisabana.pdf)

25. Ubilla Enrique (2009). *El Concepto de Salud Mental en la obra de Erich Fromm*. Rev. Chilena Neuropsiquiatría; 2009; 47 (2)
26. Davini, Gellon de Salluzi, Rossi. (1978). *Psicología General*. Argentina: Kapelusz.
27. Carrazana, Valeria. (2003). EL CONCEPTO DE SALUD MENTAL EN PSICOLOGÍA HUMANISTA-EXISTENCIAL. Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UC BSP, 1(1), 1-19. Recuperado en 26 de abril de 2019, de [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2077-21612003000100001&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-21612003000100001&lng=es&tlng=es).
28. Mebarak M. (2009). Salud mental: un abordaje desde la perspectiva actual de la psicología de la salud. Tomado de. <http://www.redalyc.org/pdf/213/21311917006.pdf>
29. Jeong H; Yim HW; Song YJ; Ki M; Min J-A; Cho J; Chae J-H. Mental health status of people isolated due to Middle East respiratory syndrome. *Epidemiol Health*. 2016;38: e2016048. DOI: <https://doi.org/10.4178/epih.e2016048>
30. Cano-Vindel A; Dongil-Collado E; Salguero JM; Wood CM. Intervención cognitivo-conductual en los trastornos de ansiedad: una actualización. *Rev Información Psicológica*. 2011;102:4-27. <https://bit.ly/3laIeZw>
31. Díaz Tobajas MC; Juaroos Ortiz N; García Martínez B; Sáez Gavilán C. Estudio de la ansiedad del profesional de enfermería de cuidados intensivos ante el proceso de la



- muerte. *Enferm Global*. 2017;16(1):246-255. DOI:  
<http://doi.org/10.6018/eglobal.16.1.232221>
32. Remor E. & Carrobles JA. (2001). Versión Española de la escala de estrés percibido (PSS-14): Estudio psicométrico en una muestra VIH+. *Ansiedad y Estrés*, 7 (2-3), 195-201.
33. Remor E. (2006). Psychometric Properties of a European Spanish Version of the Perceived Stress Scale (PSS). *The Spanish Journal of Psychology*, 9 (1), 86-93.
34. SELYE, H. (1954). Stex Barcelona: Científico médica. (Publicación original: 1950)
35. SELYE, H. (1956) The stress of the life. Nueva york. MacGraw- Hill.
36. Zung WWK. A self rating depression scale. *Arch Gen Psychiatry*. 1965;12(1):63-70. DOI: <http://doi.org/10.1001/archpsyc.1965.01720310065008>
37. Zung WWK. A rating instrument for anxiety disorders. *Psychosomatics*. 1971;12(6):371-379. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0033-3182\(71\)71479-0](https://doi.org/10.1016/S0033-3182(71)71479-0)