



Factores psicológicos asociados al aislamiento social en estudiantes de la universidad médica avileña

Betsy Hernández Álvarez^{1,*} <https://orcid.org/0000-0003-4843-7271>

Dairon César Fundora Pérez¹ <https://orcid.org/0000-0002-8002-9238>

Liliana Álvarez Ossorio² <https://orcid.org/0000-0002-1928-132x>

José Carlos Álvarez-Hernández³ <https://orcid.org/0000-0002-5659-4317>

¹Universidad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila. Facultad de Ciencias Médicas de Morón, Ciego de Ávila, Cuba.

²Universidad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila. Policlínico Docente Sur, Morón. Ciego de Ávila, Cuba.

³Universidad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila. Policlínico Universitario Sur. Servicio de Estomatología Sur, Morón, Ciego de Ávila, Cuba.

* **Autor para correspondencia:** betsyhdz03@gmail.com

RESUMEN

Introducción: el aislamiento social obligatorio, como medida de contención de la COVID-19, constituyó un impedimento, en los jóvenes universitarios, de la realización de sus actividades docentes y de la vida diaria, posibilitando la aparición de trastornos psicológicos influenciado por la acción de diversos factores. **Objetivo:** determinar los factores psicológicos asociados al aislamiento social en estudiantes del pregrado de la Universidad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila. **Métodos:** se realizó un estudio analítico, transversal, durante los meses de septiembre del 2022 a abril del 2023, en los estudiantes de la universidad médica avileña que experimentaron el aislamiento social obligatorio como medida de contención de la COVID-19. Se trabajó con toda la población, constituida por 237 estudiantes. Se evaluaron las escalas Depression, Anxiety and Stress, the Fear of COVID-19 Scale, e Índice de Gravedad de Insomnio. Se efectuó un análisis bivariado y multivariado de los factores psicológicos, la prueba T para variables numéricas y Chi cuadrado para categóricas; además, se empleó el coeficiente de correlación de Pearson. **Resultados:** el tiempo de exposición al aislamiento social se asoció de forma significativa a la depresión ($p=0,030$), ansiedad ($p=0,000$), y estrés ($p=0,008$), en este sentido, los valores medios para esta variable fueron de $68,7 \pm 16,3$, $69,8 \pm 15,6$ y $69,3 \pm 16,3$ días respectivamente. **Conclusiones:** se identificaron síntomas de depresión, ansiedad, estrés, miedo y trastornos del sueño en los estudiantes



encuestados, asociándose de forma significativa con la mayoría de las variables en estudio.

Palabras clave: Ansiedad; Coronavirus; Depresión; Estrés psicológico

INTRODUCCIÓN

La COVID-19, también conocida como enfermedad por nuevo coronavirus es causada por el coronavirus 2 del síndrome respiratorio agudo severo (SARS-CoV2).⁽¹⁾ La rápida expansión de la enfermedad hizo que la Organización Mundial de la Salud (OMS), el 30 de enero de 2020, la declarara una emergencia sanitaria de preocupación internacional, basándose en el impacto que el virus podría tener en países subdesarrollados con menos infraestructuras sanitarias y la reconociera como una pandemia el 11 de marzo.^(2,3)

Estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) refieren que, desde el inicio de la pandemia en 2020 y hasta el 17 de mayo de 2023, se han notificado a nivel global aproximadamente 766 millones de casos confirmados y más de 6,9 millones de muertes en todo el mundo; observándose aumentos en los casos notificados en las regiones del Sudeste Asiático y el Pacífico Occidental.⁽⁴⁾

En la región de las Américas, en diciembre del 2022, se notificaron 1 022 218 casos de COVID-19 y 4 637 defunciones. A nivel subregional, los casos y defunciones por la enfermedad aumentaron en un 49,6 % y 55,0 % para América del Sur, y para América Central en un 10,4 % y 57,7 % respectivamente.⁽⁵⁾

Según el Anuario Estadístico en Salud de Cuba, en el año 2021, ocurrieron 8 091 defunciones a causa de la COVID-19, para una tasa de 72,3 defunciones por 100 000 habitantes. Del total de fallecidos, 4 665 corresponden al sexo masculino, con tasa de 83,9 defunciones por 100 000 hombres, y 3 426 al sexo femenino, con tasa de 60,9 defunciones por 100 000 mujeres; la incidencia asciende a 954 417 casos, para una tasa de 8 532,2 casos por 100 000 habitantes. En Ciego de Ávila, al cierre del 2021, habían fallecido 696 personas representando una tasa de 160,4 por 100 000 habitantes.⁽⁶⁾

Por esta razón, muchas autoridades gubernamentales de diferentes países, tomaron la decisión de ordenar aislamiento social obligatorio, lo que ha provocado estrés, ansiedad y depresión, tanto en los profesionales de la salud, como en la población general.⁽⁷⁾



El bienestar psicológico ha sido estudiado tanto en el área de salud como en la de educación y se considera en algunos casos como un factor protector y en otros como factor de riesgo respecto al desarrollo de enfermedades mentales.⁽⁸⁾ Es resultado de la evaluación que las personas hacen de sus vidas, e incluye una dimensión cognitiva referida a la satisfacción con la vida en su totalidad o con áreas específicas, y otra afectiva relacionada con la frecuencia e intensidad de las emociones positivas y negativas, cuya interacción abarca un amplio espectro de vivencias.⁽⁹⁾

Durante la pandemia de Covid-19, se implementaron medidas de distanciamiento social en muchos países para interrumpir la transmisión viral y retrasar la propagación de la infección. Estas medidas van desde la cuarentena obligatoria hasta el autoaislamiento voluntario y han tenido el costo de aislar socialmente a muchas personas, poniendo en riesgo su salud mental y emocional.⁽¹⁰⁾

En estudios recientes se ha informado que los jóvenes universitarios han sido especialmente afectados por el aislamiento social obligatorio, manifestando signos y síntomas de ansiedad, depresión, estrés, miedo e insomnio a causa de la incertidumbre y el impacto negativo académico en el desarrollo de sus clases.^(11,12)

Teniendo en cuenta que, al estudiante universitario le es imprescindible el contacto directo con los pacientes en el desarrollo de sus prácticas pre profesionales como forma de obtención de habilidades en su formación profesional; además, del impedimento de la realización de sus actividades docentes y de la vida diaria; elementos estos imposibilitados por el confinamiento, podría generar un trastorno psicológico influenciado por la acción de diversos factores; de ahí surge el interés para realizar la presente investigación, la cual se realizó con el objetivo de determinar los factores psicológicos asociados al aislamiento social en estudiantes del pregrado de la Universidad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila.

MÉTODOS

Se realizó un estudio analítico, transversal, durante los meses de septiembre del 2022 a abril del 2023, en los estudiantes de la Universidad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila (UCM CAV) que experimentaron el aislamiento social obligatorio como medida de contención de la COVID-19.



El universo estuvo constituido por 237 estudiantes que mostraron la disposición para participar en la investigación; se trabajó con la totalidad de estos. Fueron incluidos en el estudio todos los estudiantes matriculados en la UCM CAV que accedieron de forma voluntaria a una encuesta on-line durante el período antes mencionado, no se establecieron criterios de exclusión.

Métodos de obtención de la información

La información fue recolectada y aplicada de forma electrónica mediante un formulario de Google, predeterminado en opciones múltiples, con carácter obligatorio de respuesta entre las preguntas, y autocompletado de una sola vez. La encuesta se difundió en los grupos de WhatsApp de la universidad.

Operacionalización de las variables

Variable	Tipo	Operacionalización		Indicador
		Escala	Descripción	
Edad	Cuantitativa continua	18-35	Según edad presente reflejada en la encuesta.	Medidas de tendencia central y dispersión. Estadística inferencial.
Sexo	Cualitativa nominal dicotómica	Femenino, masculino	Según sexo biológico presente	Números y porcentajes. Estadística inferencial.
Año académico	Cualitativa ordinal	Primero Segundo Tercero Cuarto Quinto Sexto	Se tomó de los resultados reflejados en la ficha de recolección de datos correspondiente con el año académico correspondiente.	Números y porcentajes. Estadística inferencial.
Carrera	Cualitativa nominal politómica	Medicina Estomatología Enfermería Tecnologías de la salud	Se tomó de los resultados reflejados en la ficha de recolección de datos según las especialidades	Números y porcentajes. Estadística inferencial.



			asignadas por el Ministerio de Salud Pública de Cuba para el estudio universitario correspondiente al curso regular diurno.	
Diagnóstico positivo de COVID-19	Cualitativa nominal dicotómica	Si No	Se tomó de los resultados reflejados en la ficha de recolección de datos en correspondencia a si presentó o no diagnóstico positivo de la COVID-19.	Números y porcentos. Estadística inferencial.
Presencia de familiar y/o conocido con COVID-19	Cualitativa nominal dicotómica	Si No	Se tomó de los resultados reflejados en la ficha de recolección de datos en los casos que se constató o no la presencia de familiar y/o conocido con COVID-19.	Números y porcentos. Estadística inferencial.
Cantidad de familiares y/o conocidos con COVID-19	Cuantitativa discreta	Valores discretos de la variable. 0, 1, 2, 3, 4, 5, ..., 100	Se tomó de los resultados reflejados en la ficha de recolección de datos con relación a la cantidad (numérica) de familiares y/o conocidos con COVID-19.	Medidas de tendencia central y dispersión. Estadística inferencial.
Presencia de familiar y/o conocido fallecido por la COVID-19	Cualitativa nominal dicotómica	Si No	Se tomó de los resultados reflejados en la ficha de recolección de datos en los casos que se constató o no la presencia de familiar y/o conocido fallecido por la COVID-19.	Números y porcentos. Estadística inferencial.
Cantidad de familiares y/o conocidos	Cuantitativa discreta	Valores discretos de la variable. 0, 1, 2, 3, 4, 5, ..., 100	Se tomó de los resultados reflejados en la ficha de recolección de datos con	Medidas de tendencia



fallecidos por la COVID-19			relación a la cantidad (numérica) de familiares y/o conocidos fallecidos por la COVID-19.	central y dispersión. Estadística inferencial.
Práctica de hábitos tóxicos	Cualitativa nominal dicotómica	Si No	Se tomó de los resultados reflejados en la ficha de recolección de datos en los casos que se constató o no la práctica de hábitos tóxicos.	Números y porcentajes. Estadística inferencial.
Tiempo de exposición a los medios de información.	Cuantitativa discreta	Valores discretos de la variable. 0, 1, 2, 3, 4, 5, ..., 100	Se tomó de los resultados reflejados en la ficha de recolección de datos con relación al tiempo de exposición a los medios de información sobre la COVID-19 (en horas).	Medidas de tendencia central y dispersión. Estadística inferencial.
Tiempo de exposición al aislamiento social.	Cuantitativa discreta	Valores discretos de la variable. 0, 1, 2, 3, 4, 5, ..., 100	Se tomó de los resultados reflejados en la ficha de recolección de datos con relación al tiempo de exposición al aislamiento social por la COVID-19 (en días).	Medidas de tendencia central y dispersión. Estadística inferencial.
Depresión	Cualitativa ordinal	Extremadamente severa	Se tomó de los resultados reflejados en la ficha de recolección de datos, teniendo en cuenta la escala Depression, Anxiety and Stress. ⁽¹³⁾	Medidas de tendencia central y dispersión. Números y porcentajes. Estadística inferencial.
Ansiedad		Severa		
Estrés		Moderada		
		Leve		
Miedo		No presenta		
		Alto	Se tomó de los resultados reflejados en la ficha de	Medidas de tendencia
		Moderado		



		Bajo No presenta	recolección de datos, teniendo en cuenta la escala the Fear of COVID-19 Scale (FCV-19S). ⁽¹⁴⁾	central y dispersión. Números y porcentajes. Estadística inferencial.
Trastornos del sueño		Grave Moderado Leve Ausente	Se tomó de los resultados reflejados en la ficha de recolección de datos, el cual se estimó en correspondencia al Índice de Gravedad de Insomnio ⁽¹⁵⁾ , además, se evaluó según los supuestos de Li et al. ⁽¹⁶⁾ quien definió los casos positivos de insomnio clínico cuando la puntuación obtenida fue ≥ 8 .	Medidas de tendencia central y dispersión. Números y porcentajes. Estadística inferencial.

Procesamiento estadístico

Los resultados fueron llevados a base de datos de Microsoft Office Excel, y se procesaron en el paquete estadístico IBM SPSS 22.0 para Windows. Como medida de resumen de la información se emplearon las frecuencias absolutas, relativas porcentuales y medidas de tendencia central y dispersión (media, mediana, moda, desviación estándar). En el análisis de los factores psicológicos, se estimaron las tasas en dependencia de las características de las escalas analizadas y se establecieron los intervalos de confianza al 95 % para los valores de la media. Se realizó un análisis bivariado y multivariado de los factores psicológicos, para lo cual se dicotomizaron los resultados de las escalas aplicadas, considerándose: si (en los casos donde se constató la presencia de alguno de los factores) y no (no existió exposición de los estudiantes al factor).

Para el análisis de las variables numéricas (edad, cantidad de familiares y/o conocidos con COVID-19, cantidad de familiares y/o conocidos fallecidos por la COVID-19, tiempo



de exposición a los medios de información sobre la COVID-19 y tiempo de exposición al aislamiento social) se empleó la prueba T-Student para igualdad de medias; y chi cuadrado para las variables categóricas (sexo, carrera, año académico, diagnóstico positivo de COVID-19, presencia de familiar y/o conocido con COVID-19, presencia de familiar y/o conocido fallecido por la COVID-19 y práctica de hábitos tóxicos), cuando no se pudo utilizar la prueba de chi cuadrado de Pearson por celdas con valores esperados menores que 5 o al menos 1 celda con valor menor que 1 se utilizó el estadístico con Corrección por continuidad de Yates. La interpretación de los resultados obtenidos en cada uno de los test antes mencionados adoptó un nivel de confiabilidad de un 95 % y una probabilidad de error de un 0,05 ($p = 0,05$), aceptándose significación estadística ($p \leq 0,05$) y no significativa ($p > 0,05$).

Además de lo anterior, se empleó el coeficiente de correlación de Pearson para la exploración de posibles asociaciones entre todas las variables en estudio.

Aspectos éticos

Se contó con la aprobación del Comité de Ética y del Consejo Científico de la institución; se cumplieron con los postulados de la Declaración de Helsinki ⁽¹⁷⁾



RESULTADOS

Tabla 1. Caracterización de los estudiantes encuestados de la universidad médica avileña. Universidad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila; septiembre del 2022 a abril del 2023.

Variables	No. (%)	
Edad	(Me ± De) *	21,27 ± 2,747
	Mediana	20
	Moda	19
Sexo	Femenino	125 (52,7)
	Masculino	112 (47,3)
Año académico	Primero	71 (30,0)
	Segundo	49 (20,7)
	Tercero	37 (15,6)
	Cuarto	25 (10,5)
	Quinto	21 (8,9)
	Sexto	34 (14,3)
Carrera	Medicina	165 (69,6)
	Estomatología	17 (7,2)
	Enfermería	22 (9,3)
	Tecnologías de la Salud	125 (52,7)
Diagnóstico de COVID-19.	Si	15 (27,8)
	No	39 (72,2)
Familiar y/o amistad con COVID-19	Si	219 (92,4)
	No	18 (7,6)
Cantidad de familiares y/o conocidos enfermos	(Me ± De) *	6,48 ± 4,68
	Moda	3
Familiar y/o amistad fallecido por COVID-19	Si	79 (33,3)
	No	158 (66,7)
Cantidad de familiares y/o conocidos fallecidos	(Me ± De) *	0,77 ± 1,45
	Moda	0
Práctica de hábitos tóxicos	Si	78 (32,9)
	No	159 (67,1)
Tiempo de exposición a los medios de información**	(Me ± De) *	231,38 ± 114,64
	Moda	123
Tiempo de exposición al aislamiento social***	(Me ± De) *	66,5 ± 16,076
	Moda	58

* Expresado en media y desviación estándar.

Tiempo en horas. *Tiempo en días.

Fuente: Encuesta.

Existió predominio del sexo femenino (52,7 %), del primer año académico (30,0 %), de la carrera de Medicina (69,6 %), de aquellos con diagnóstico negativo de COVID-19 (72,2 %), con presencia de familiar y/o amistad con COVID-19 (92,4 %); la mayoría de



los estudiantes refirió no presentar familiares y/o amistades fallecidos por COVID-19 (66,7%), ni practicar hábitos tóxicos (67,1%). La media de edad para ambos sexos fue de $21,27 \pm 2,747$ años. Los valores medios para la cantidad de familiares y/o conocidos enfermos y fallecidos por la enfermedad oscilaron entre $6,48 \pm 4,68$ y $0,77 \pm 1,45$ respectivamente. El tiempo medio de exposición a los medios de información fue de $231,38 \pm 114,64$ horas, y al aislamiento social fue de $66,5 \pm 16,076$ días (Tabla 1).

Tabla 2. Distribución de frecuencias, medidas de tendencia central y dispersión, y tasas de depresión, ansiedad, estrés, miedo y trastornos del sueño en los estudiantes universitarios encuestados según los resultados de las escalas.

Variables	Clasificación	No. (%)	Media*	Desviación típica	IC-95 %	Tasas**
Depresión	Extremadamente severa	45 (19,0)	6,71	6,346	[5,90 - 7,55]	0,514
	Severa	38 (16,0)				
	Moderada	23 (9,7)				
	Leve	17 (7,2)				
	No presenta	114 (48,1)				
Ansiedad	Extremadamente severa	64 (27,0)	5,25	4,619	[4,67 - 5,84]	0,544
	Severa	12 (5,1)				
	Moderada	5 (2,1)				
	Leve	48 (20,3)				
	No presenta	108 (45,6)				
Estrés	Extremadamente severa	11 (4,6)	8,61	4,652	[8,01 - 9,24]	0,494
	Severa	48 (20,3)				
	Moderada	30 (12,7)				
	Leve	29 (12,2)				
	No presenta	119 (50,2)				
Miedo	Alto	12 (5,1)	11,07	6,338	[10,27 - 11,97]	0,363
	Moderado	37 (15,6)				
	Bajo	37 (15,6)				
	No presenta	151 (63,7)				
Trastornos de sueño	Grave	8 (3,4)	4,78	6,149	[4,04 - 5,59]	0,194
	Moderado	15 (6,3)				
	Leve	22 (9,3)				
	Ausente	192 (81,0)				

* Calificaciones medias de las escalas.

Intervalo de Confianza al 95 % para los valores de la media.

** En correspondencia con el factor psicológico presente. Tasa por cada 100 estudiantes.

Fuente: Encuesta.

En la mayoría de los estudiantes encuestados se identificó la presencia de depresión y ansiedad, siendo extremadamente severa en ambos casos, representando el 19,0 % y 27,0 % respectivamente. En los casos donde se observó la presencia de los demás



factores, la clasificación predominante fue severa (20,3 %) para el estrés, moderado y bajo para el miedo (15,6 %), y para los trastornos del sueño leve (9,3 %). Los valores de las tasas más representativas corresponden a la ansiedad con 0,544 por cada 100 estudiantes y la depresión con 0,514 por cada 100 estudiantes (Tabla 2).

Tabla 3. Relación entre las variables temporales y los factores psicológicos asociados al aislamiento social.

Factores psicológicos									
Depresión		Ansiedad		Estrés		Miedo		Trastorno del sueño	
No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si
Tiempo de exposición a los medios de información*’***									
18,03	219,1±110,1	245,5±118,4	214,6±108,1	244,8±117,8	219,0±11,0	219,9±102,0	237,9±121,1	234,4±	
0,110		0,038 ^a		0,092		0,248			
Tiempo de exposición al aislamiento social*’***									
6,3	64,2±15,5	69,8±15,6	62,6±15,8	69,3±16,3	63,8±15,4	68,6±16,1	65,3±15,9	68,8±	
0,030 ^a		0,000 ^a		0,008 ^a		0,127			

*Expresado en media y desviación estándar. **Tiempo en horas. ***Tiempo en días.

[†]Prueba T-Student para igualdad de medias.

^aEstadísticamente significativo.

Fuente: Encuesta.

En cuanto a la relación entre las variables temporales y la presencia de los factores psicológicos se observó que, el tiempo de exposición a los medios de información se asoció de forma significativa a la ansiedad ($p=0,038$) cuyo valor medio de exposición fue de $245,5\pm118,4$ horas. En cuanto al tiempo de exposición al aislamiento social la prueba T-Student para igualdad de medias arrojó resultados significativos para la depresión ($p=0,030$), ansiedad ($p=0,000$), y estrés ($p=0,008$), en este sentido, los valores medios para esta variable fueron de $68,7\pm16,3$, $69,8\pm15,6$ y $69,3\pm16,3$ días respectivamente (Tabla 3).

Tabla 4.- Análisis bivariado y multivariado de los factores psicológicos asociados al aislamiento social.

Factores psicológicos									
Depresión		Ansiedad		Estrés		Miedo		Trastorno del sueño	
Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
Edad*									
21,3±3,00	21,3±2,46	21,3±2,92	21,2±2,54	21,3±3,05	21,3±2,43	21,3±3,04	21,3±2,56	20,7±2,89	20,7±2,89



	0,923		0,881		0,903		0,952		0,144
Sexo									
o	70(29,5)	55(23,2)	95(49,5)	30(49,5)	70(49,5)	55(49,5)	46(49,5)	79(49,5)	31(49,5)
o	52(21,9)	60(25,3)	34(14,3)	78(32,9)	47(19,8)	65(27,4)	40(16,9)	72(30,4)	15(6,3)
* *	0,180		0,000 ^a		0,043 ^a		0,969		0,400
Diagnóstico de COVID-19									
	20(8,4)	33(13,9)	25(10,5)	28(11,8)	18(7,6)	35(14,8)	18(7,6)	35(14,8)	9(3,8)
	102(43,0)	82(34,6)	104(43,9)	80(33,8)	99(41,8)	85(35,9)	68(28,7)	116(48,9)	37(15,6)
* *	0,034 ^a		0,295		0,017 ^a		0,812		0,750
Familiar y/o conocido con COVID-19									
	118(49,8)	101(42,6)	123(51,9)	96(40,5)	113(47,7)	106(44,7)	86(36,3)	133(56,1)	46(19,4)
	4(1,7)	14(5,9)	6(5,5)	12(5,1)	4(1,7)	14(5,9)	0(0,0)	18(7,6)	0(0,0)
* *	0,019 ^a		0,104		0,031 ^a		0,002 ^a		0,063
Cantidad de familiares y/o conocidos con COVID-19*									
	8,25±5,11	4,61±3,29	6,64±4,52	6,29±4,88	8,24±5,00	4,77±3,62	11,0±3,92	3,89±2,69	10,9±3,91
* *	0,000 ^a		0,561		0,000 ^a		0,000 ^a		0,000
Familiar y/o conocido fallecido por COVID-19									
	61(25,7)	18(7,6)	48(20,3)	31(13,1)	59(24,9)	20(8,4)	77(32,5)	2(0,8)	41(17,3)
	61(25,7)	97(40,9)	81(34,2)	77(32,5)	58(24,5)	100(42,2)	9(3,8)	149(62,9)	5(2,1)
* *	0,000 ^a		0,213		0,000 ^a		0,000 ^a		0,000
Cantidad de familiares y/o conocidos fallecidos por la COVID-19*									
	1,32±1,81	0,19±0,476	0,77±1,24	0,78±1,68	1,26±1,69	0,29±0,96	2,08±1,74	0,03±0,23	2,02±1,39
* *	0,000 ^a		0,957		0,000 ^a		0,000 ^a		0,000
Práctica de hábitos tóxicos									
	49(20,7)	29(12,2)	78(32,9)	0(0,0)	49(20,7)	29(12,2)	30(12,7)	48(20,3)	25(10,5)
	73(30,8)	86(36,3)	51(21,5)	108(44,3)	68(28,7)	91(38,4)	56(23,6)	103(43,5)	21(8,9)
* *	0,021 ^a		0,000 ^a		0,006 ^a		0,731		0,001

* Expresado en media y desviación estándar.

** Prueba T-Student para igualdad de medias.

*** Chi Cuadrado de Pearson con Corrección por continuidad de Yates.

^a Estadísticamente significativo.

Fuente: Encuesta.

El análisis bivariado y multivariado mostró una asociación estadística significativa para, la depresión, en cuanto al diagnóstico positivo personal de COVID-19 ($p=0,034$), presencia de familiar y/o conocido con COVID-19 ($p=0,019$), presencia de familiar y/o conocido fallecido por COVID-19 ($p=0,000$), y práctica de hábitos tóxicos ($p=0,021$); para la ansiedad con relación al sexo ($p=0,000$), y la práctica de hábitos tóxicos ($p=0,000$); para el estrés se estableció con el sexo ($p=0,043$), diagnóstico positivo personal de COVID-19 ($p=0,017$), presencia de familiar y/o conocido con COVID-19 ($p=0,031$), presencia de familiar y/o conocido fallecido por COVID-19 ($p=0,000$), y la práctica de hábitos tóxicos ($p=0,006$); para el miedo se asoció con la presencia de familiar y/o conocido con COVID-19 ($p=0,002$), y presencia de familiar y/o conocido fallecido por COVID-19 ($p=0,000$); y para los trastornos del sueño se relacionó con el



sexo ($p=0,040$), presencia de familiar y/o conocido fallecido por COVID-19 ($p=0,000$), y la práctica de hábitos tóxicos ($p=0,001$).

Los valores medios de la cantidad de familiares y/o conocidos con COVID-19 que se asociaron a los factores psicológicos oscilaron en $8,25 \pm 5,11$ para la depresión ($p=0,000$), $8,24 \pm 5,00$ para el estrés ($p=0,000$), para el miedo $11,0 \pm 3,92$ ($p=0,000$) y para los trastornos del sueño $10,9 \pm 3,91$ ($p=0,000$). Con relación a la cantidad de familiares y/o conocidos fallecidos por la enfermedad la media de los valores asociados a la aparición del factor se estableció en $1,32 \pm 1,81$ para la depresión ($p=0,000$), $1,26 \pm 1,69$ para el estrés ($p=0,000$), $2,08 \pm 1,74$ para el miedo ($p=0,000$), y para los trastornos del sueño $2,02 \pm 1,39$ ($p=0,000$) (Tabla 4).

Tabla 5. Correlación de los factores psicológicos asociados al aislamiento social.

Variables	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1	-	0,3**	0,9**	0,4**	0,5**	0,0	-0,1*	0,2**	-0,4**	0,4**	-0,4**	-0,1*	-0,1	0,1*
2	0,28**	-	0,3**	0,1	0,4**	0,0	-0,1	0,1	-0,0	0,1	-0,1	-0,2**	-0,1*	0,6**
3	0,96**	0,3**	-	0,4**	0,5**	0,0	-0,2*	0,2*	-0,3**	0,4**	-0,4**	-0,2**	-0,1	0,2**
4	0,38**	0,1	0,4**	-	0,6**	0,0	-0,0	0,2**	-0,7**	0,9**	-0,9**	-0,1	0,0	0,0
5	0,48**	0,4**	0,5**	0,6**	-	0,1*	-0,0	0,1*	-0,4**	0,6**	-0,6**	-0,1	-0,0	0,2**
6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1*	-	-0,0	0,0	0,0	0,0	-0,0	0,1	0,2**	-0,1
7	-0,2*	-0,1	-0,2*	-0,0	-0,0	-0,0	-	0,1	0,1	0,0	0,0	0,1	-0,2*	-0,1
8	0,2**	0,1	0,2*	0,2**	0,1*	0,0	0,1	-	-0,5**	0,2**	-0,2**	0,0	-0,0	-0,0
9	-0,4**	-0,0	-0,3**	-0,7**	-0,4**	0,0	0,1	-	-	-0,7**	0,7**	-0,0	-0,1	-0,1
10	0,4**	0,1	0,4**	0,9**	0,6**	0,0	0,0	0,2**	-0,7**	-	-0,9**	-0,1*	0,1	0,0
11	-0,4**	-0,1	-0,4**	-0,9**	-0,6**	0,0	0,0	-0,2**	0,7**	-	-	0,1	-0,1	0,0
12	-0,1*	-0,2**	-0,2**	-0,1	-0,1	0,1	0,1	0,0	-0,0	-0,1*	0,1	-	-0,0	-0,0
13	-0,1	-0,1*	-0,1	0,0	-0,0	0,2**	-0,2*	-0,0	-0,1	0,1	-0,1	-0,0	-	-0,1*



14	0,2*	0,6**	0,2**	0,0	0,2**	-	-	-0,0	-0,1	0,0	0,0	-0,0	-	-
						0,1	0,1						0,1*	

Legenda:

1.- Depresión; 2.- Ansiedad; 3.- Estrés; 4.- Miedo; 5.- Trastornos del sueño; 6.- Edad; 7.- Diagnóstico de COVID-19; 8.- Familiar y/o amistad con COVID-19; 9.- Cantidad de familiares y/o conocidos enfermos; 10.- Familiar y/o amistad fallecido por COVID-19; 11.- Cantidad de familiares y/o conocidos fallecidos por COVID-19; 12.- Tiempo de exposición al aislamiento social; 13.- Tiempo de exposición a los medios de información; 14.- Práctica de hábitos tóxicos.

* La correlación es significativa en el nivel 0,05 (2 colas).

** La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

El análisis correlacional entre las variables de estudio se observa en la tabla 5, el cual evidenció una asociación entre la depresión y, la ansiedad, estrés, miedo, trastornos del sueño, familiar y/o amistad con COVID-19, cantidad de familiares y/o conocidos enfermos, familiar y/o amistad fallecido por COVID-19, cantidad de familiares y/o conocidos fallecidos por COVID-19 en el nivel 0,01, y para la significación en el nivel 0,05 con diagnóstico de COVID-19, tiempo de exposición al aislamiento social, y la práctica de hábitos tóxicos. La ansiedad se correlacionó al nivel 0,05 con el tiempo de exposición a los medios de información, y en el nivel 0,01 con el estrés, trastornos del sueño, tiempo de exposición al aislamiento social y la práctica de hábitos tóxicos.

Se observó correlación del estrés con el miedo, trastornos del sueño, cantidad de familiares y/o conocidos enfermos, familiar y/o amistad fallecido por COVID-19, cantidad de familiares y/o conocidos fallecidos por COVID-19, tiempo de exposición al aislamiento social, y la práctica de hábitos tóxicos en el nivel 0,01; y para la significación en el nivel 0,05 con diagnóstico de COVID-19, y familiar y/o amistad con COVID-19. El miedo se correlacionó al nivel 0,01 con los trastornos del sueño, familiar y/o amistad con COVID-19, cantidad de familiares y/o conocidos enfermos, familiar y/o amistad fallecido por COVID-19, y la cantidad de familiares y/o conocidos fallecidos por COVID-19.

Por último, los trastornos del sueño se correlacionaron al nivel 0,05 con la edad y la presencia de familiar y/o amistad con COVID-19; y para el nivel de significación del 0,01 con la cantidad de familiares y/o conocidos enfermos, presencia de familiar y/o amistad fallecido por COVID-19, cantidad de familiares y/o conocidos fallecidos por COVID-19, y la práctica de hábitos tóxicos.



DISCUSIÓN

Según las características del aislamiento social muchos eventos pueden llegar a ser traumáticos.⁽¹⁸⁾ Los desórdenes de ansiedad se han conceptualizado a través del tiempo como una respuesta cognoscitiva, comportamental y fisiológica, excesiva o prolongada, ante una situación percibida como amenazante, e incluso se presenta por algo que es reconocido por una idea sobre eventos que aún no ocurren, que provocan en el sujeto una respuesta tanto emocional como psicofísica; esto prepara al individuo para enfrentarse a tal situación e incrementa la actividad somática y autonómica, controlada por la interacción de los sistemas nerviosos simpático y parasimpático.⁽¹⁹⁾

La ansiedad como estado es una condición emocional transitoria y como rasgo es la propensión ansiosa relativamente estable.⁽²⁰⁾ Los resultados obtenidos por Arias Molina et al⁽²¹⁾, al evaluar el nivel de ansiedad en la población de estudio frente a la situación epidemiológica y de aislamiento social que se practica en Cuba en aras de contrarrestar la propagación de la COVID-19, mostraron que la mayoría de las personas presentaron ansiedad como estado en niveles alto (30,96 %) y medio (26,90 %).

Domínguez et al⁽²²⁾ plantean que la ansiedad fue alta como estado en el 72 % de los pacientes. Matos et al⁽²³⁾ recogen que los pacientes evaluados mostraron ansiedad como estado en niveles medio y alto.

Refieren los autores que la ansiedad se convierte en patológica cuando sobrepasa cierta intensidad o supera la capacidad adaptativa de la persona, lo que provoca un malestar significativo, con síntomas físicos, psicológicos y conductuales, la mayoría de las veces muy inespecíficos; en muchos casos, conduce a la práctica de actividades no rutinarias, como la ingesta de bebidas alcohólicas en aras de "mitigar" el "bache psicológico" que se afronta, por tal motivo el personal de salud dada la situación epidemiológica no solo debe, detectar en la comunidad a las personas con síntomas respiratorios, sino también prestar atención a su estado y bienestar psicológico, para tomar medidas oportunas.



La depresión afecta de manera importante la capacidad del individuo para realizar las actividades básicas de la vida diaria, deteriora su funcionamiento habitual y su calidad, se considera una de las principales causas de carga de enfermedad en términos de años de vida ajustados por discapacidad y los gastos directos e indirectos relacionados con ella afectan de manera importante la economía de los países. ⁽²⁾

Llanes et al ⁽²⁵⁾ recogen que el 50,69 % de los pacientes manifestaron altos niveles de depresión, relacionada con la necesidad de comunicación social (56,85 %) y la desesperanza (86,98 %). Cisnero et al ⁽²⁶⁾ recogen que el 45 % de los pacientes presentó depresión moderada y el 35 % grave.

Los pacientes deprimidos pueden presentar ideas suicidas y llegar a cometerlo, de ahí que el tratamiento debe ser rápido y los especialistas deberán valorar como alternativas la posibilidad de ingresar al paciente o realizar el seguimiento en el área de salud. ⁽²⁷⁾

Refieren los autores de este estudio que es importante estar atentos a los indicadores de depresión y brindar asistencia terapéutica preventiva, que promueva la autoestima y facilite estrategias adaptativas desde la comunidad hasta lo institucional. El bienestar psicológico se puede convertir en una clave fundamental para la salud general de la persona.

El estrés puede derivar de algo que ocurre a nuestro alrededor o en nuestro interior, de un problema laboral, de una crisis familiar o de un ataque de ansiedad o inseguridad. Su efecto principal es la movilización del sistema "lucha, huida o miedo" del cuerpo. Si es breve no suele haber problemas, porque después el cuerpo tendrá tiempo de descansar. Si es prolongado y escapa al control del sujeto, el cuerpo no podrá descansar, los efectos negativos (distress) pueden provocar un desequilibrio en el organismo. La evaluación del carácter adaptativo de los procesos de afrontamiento al estrés requiere un enfoque distinto al de la psicología clínica clásica. ⁽²⁸⁾

Montiel et al ⁽²⁹⁾ recogen altos niveles de estrés relacionado fundamentalmente con la enfermedad (80 %) y las situaciones cotidianas (65 %).

Huarcaya ⁽³⁰⁾ en uno de los estudios revisados, refiere que las causas asociadas al estrés en estudiantes universitarios, podrían deberse a que usan las redes sociales como medio principal de información, lo cual puede desencadenarlo fácilmente.



Opinan los autores de este estudio que en los seres humanos la respuesta fisiológica al estrés está modulada por el nivel psicológico, al estar inmersos en una sociedad cambiante desde lo económico y hasta lo familiar, se es vulnerable a padecerlo, la importancia es la frecuencia con la que se experimenta y el daño que ello va ocasionando al propio organismo.

La conducta suicida es el acto humano de autolesionarse con la intención de acabar con la propia existencia. Constituye un comportamiento autodestructivo que se evidencia a través de las ideas de muerte, la ideación suicida, las amenazas, los gestos de suicidio, los intentos y el suicidio consumado. ⁽³⁰⁾

Plantean los autores de esta investigación que el intento suicida previo es la puerta para un intento de autodestrucción. Una vez que el individuo rompe las barreras que lo protegen del suicidio, es muy probable que lo repita. Es como si perdiera el miedo a auto-dañarse y ganara seguridad al hacerlo. Un elevado por ciento de las personas que sobreviven a un intento suicida, lo repiten y logran su propósito en menos de un año.

Es importante que las universidades tomen la iniciativa en el cuidado de la salud mental de sus estudiantes a causa del impacto por el aislamiento social obligatorio. Para lograrlo, no solo se deben concentrar en monitorear el desarrollo de los contenidos silábicos en forma virtual, sino que también deben gestionar oportunamente la asistencia técnica, económica, pedagógica, psicológica y nutricional a los estudiantes, para evitar que estos desarrollen trastornos de ansiedad que afectaría gravemente su desempeño académico y peor aún, su salud mental.

Para evitar que los estudiantes universitarios desarrollen trastornos de ansiedad, varios autores ^(18, 30, 31, 32, 33) sugieren que las universidades adopten una serie de medidas, dentro de las que se mencionan: monitorear la salud mental de los estudiantes con asesoramiento profesional especializado a través de la asistencia en una plataforma virtual y/o telefónica para identificar signos y/o síntomas de ansiedad de forma individual, tales como: sensación de nerviosismo, agitación, sudoración, temblores, falta de sueño, problemas gastrointestinales, cansancio, entre otros. Concientizar a los estudiantes acerca del impacto negativo que provoca la infodemia que circula en los medios de comunicación de señal abierta y las redes sociales, en la salud mental. Reglamentar y elaborar instrucciones para preparar trabajos académicos y exámenes en las plataformas virtuales, tomando en consideración el tiempo, el método y las



limitaciones informáticas que pudiera presentar el estudiante. Informar con anticipación al estudiante sobre qué alternativas de solución se dispone en caso de que ocurran problemas de conectividad virtual en el momento de rendir su evaluación.

Otras de las medidas propuestas según criterios de autores son: controlar y verificar que los docentes dosifiquen y flexibilicen las tareas asignadas al estudiante, puesto que la excesiva carga de trabajo y el poco tiempo de plazo puede provocar ansiedad. Elaborar, en coordinación con los docentes, los protocolos de atención clínica en el contexto de pandemia por la COVID-19 en las diferentes especialidades y facilitar el acceso de estos documentos al estudiante. Reprogramar e informar oportunamente a los estudiantes sobre las clases presenciales que involucren contacto con el paciente, para cumplir con el desarrollo del perfil profesional. Gestionar la ayuda psicológica a los estudiantes de intercambio que vienen de otro país, quienes son vulnerables a la ansiedad, ya que muchas veces se encuentran solos y muy alejados de sus familiares. Coordinar, con la oficina de asistencia social, la ayuda financiera a aquellos alumnos que se encuentren en grave situación económica familiar y que por este motivo hayan dejado de estudiar. Promover el ejercicio físico y la buena alimentación, como parte de las horas de tutoría a través de la plataforma virtual con asesoría especializada. ^(18, 30, 31, 32, 33)

Los autores de este estudio plantean que el estrés constituye una respuesta del organismo frente a una situación determinada como la epidemiológica actual. En la medida que esta circunstancia se ha extendido ha favorecido la aparición en las personas, de síntomas psicológicos como la ansiedad y la depresión que imposibilitan el afrontamiento adecuado a la situación que genera el estrés. La ansiedad o angustia es una respuesta imprecisa del organismo a lo desconocido con sensación de escape o huida que se incrementa en este momento frente a la COVID-19 y en la medida que se extiende aparecen sentimientos de tristeza, falta de motivación, inhibición y pocos deseos de vivir pudiendo llegar en casos extremos al riesgo suicida.

Dentro de las limitaciones del estudio se encuentran las pocas fuentes que aborden sobre la influencia de los factores psicológicos consecuentes al aislamiento social en los jóvenes universitarios, que aporten resultados científicos relacionados con el tema, elementos estos que dificultan la comparación de los resultados obtenidos en otras investigaciones.

Como fortalezas a señalarse menciona el análisis detallado de cada uno de estos factores y su posible repercusión en la salud individual del estudiante, permitiendo que el



presente artículo constituya un material de consulta actualizado sobre la temática en cuestión, lo que permite trazarse estrategias para determinar la posible asociación entre los factores psicológicos presentes en los universitarios que experimentaron el aislamiento social, en aras de contrarrestar los efectos indeseables que afectan al componente psicológico en este grupo poblacional.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1.- Sanche S, Lin YT, Xu C, Romero-Severson E, Hengartner N, Ke R. High contagiousness and rapid spread of severe acute respiratory syndrome coronavirus 2. *Emerg Infect Dis.* [Internet] 2020 [Citado: 29/04/2023];26(7):1470-7. Disponible en: <https://doi.org/10.3201%2Feid2607.200282>

2.- Hernández Mesa N, Hernández Llanes J, Llanes Betancourt C. Las grandes pandemias de la historia. De la peste de Atenas a la COVID-19. *Rev haban cienc méd* [Internet]. 2020 [Citado: 29/04/2023]; 19(5): [aprox. 0p.]. Disponible en: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/3687>

3.- Vilató Frómeta L, Maynard Bermúdez GI, Losiel Luna L, Acosta Sardina J, Loo Muñoz Nd. COVID-19 y determinantes sociales desde una perspectiva comunitaria. *Rev Inf Cient* [Internet]. 2021 [Citado: 29/04/2023]; 100(6): [aprox. 13p.]. Disponible en: <http://www.revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/3623>

4.- Organización Mundial de la Salud (OMS). Actualización epidemiológica semanal sobre COVID-19 (18 de mayo de 2023). Washington: OMS [Internet]. 2023 [citado: 18/05/2023]; Edición 143 [aprox. 14 p.]. Disponible en: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20230518-weekly-epi-update-143.pdf?sfvrsn=3392542_3&download=true



5.- Organización Panamericana de la Salud (OPS)/ Organización Mundial de la Salud (OMS). Incremento de casos y hospitalizaciones por COVID-19 [Internet]. Washington: OPS/OMS [Internet]. 2022 [citado: 15/01/2023]: [aprox. 6 p.]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/file/121466/download?token=vTIK2WZ8>

6.- Ministerio de Salud Pública (Cuba). Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Anuario Estadístico de Salud 2021. [Internet] La Habana, 2022 [citado: 15/01/2023]. Disponible en: <https://files.sld.cu/dne/files/2022/10/Anuario-estadistico-de-salud-2021.-Ed-2022.pdf>

7.- Ozamiz N, Dosil M, Picaza M, Idoiaga N. Niveles de estrés, ansiedad y depresión en la primera fase del brote del COVID-19 en una muestra recogida en el norte de España. Cad. Saúde Pública. [Internet] 2020 [Citado: 29/04/2023]; 36(4): e00054020. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00054020>

8.- Véliz Burgos A, Dörner Paris A, Ripoll Novales M. Bienestar psicológico y nivel de sedentarismo de pescadores artesanales de la Región de Los Lagos, Chile. Humanidades Médicas [Internet]. 2017 [Citado: 29/04/2023];17(2): [aprox. 3 p.]. Disponible en: <http://humanidadesmedicas.sld.cu/index.php/hm/article/view/1093>

9.- Álvarez Morales NE, Alfonso Hernández L, Rodríguez Lafuente ME. Bienestar psicológico y ansiedad rasgo-estado en miembros de parejas con infertilidad primaria. Medimay [Internet]. 2019 [Citado: 29/04/2023];26(1): [aprox. 1 p.]. Disponible en: <http://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/1349>

10.- Torales J, O'Higgins M, Castaldelli-Maia JM, Ventriglio A. The outbreak of COVID-19 coronavirus and its impact on global mental health. Int J Soc Psychiatry. [Internet] 2020 [Citado: 29/04/2023]; 6(1): [aprox. 6 p.]. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/0020764020915212>

11.- Odriozola P, Planchuelo A, Irurtia MJ, De Luis R. Psychological effects of the COVID-19 outbreak and lockdown among students and workers of a Spanish university. Psychiatry Res. [Internet] 2020 [Citado: 29/04/2023]; 290:113108. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113108>

12.- Sahu P. Closure of Universities Due to Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): Impact on Education and Mental Health of Students and Academic Staff. Cureus.



[Internet] 2020 [Citado: 29/04/2023]; 12(4): e7541. Disponible en:
<https://dpi.org/10.7759/cureus.7541>

13.- Villegas-Maestre JD, Pedraza-Rodríguez EM, Corrales-Reyes IE, Carranza-Esteban RF, Mamani-Benito OJ. Validity and reliability of a depression, anxiety and stress scale in Cuban dental students during the COVID-19 pandemic. SciELO Preprint. [Internet] 2021 [citado: 06/05/2023]. Disponible en:
<https://dx.doi.org/10.1590/SciELOPreprints.3308>

14.- Ahorsu DK, Lin CY, Imani V, Safari M, Griffiths MD, Pakpour AH. The fear of COVID-19 Scale: Development and initial validation. Int J Ment Health Addiction. [Internet] 2020 [citado: 06/05/2023]; 2020: 1-9. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00270-8>

15.- Fernandez-Mendoza J, Rodriguez-Muñoz A, Vela-Bueno A, Olavarrieta-Bernardino S, Calhoun SL, Bixler EO, et al. The Spanish version of the Insomnia Severity Index: A confirmatory factor analysis. Sleep Med. [Internet] 2012 [citado: 06/05/2023]; 13(2):207-10. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2011.06.019>

16.- Li X, Lu P, Hu L, Huang T, Lu L. Factors associated with mental health results among workers with income losses exposed to COVID-19 in China. Int J Environ Res Public Health. [Internet] 2020 [citado: 06/05/2023]; 17 (15): 5627. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/ijerph17155627>

17.- Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la AMM. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Ratificada en la 64ª Asamblea General, Fortaleza, Brasil, octubre 2013. Helsinki: 18ª Asamblea Mundial; 1964. [Internet] 2013 [citado: 26/02/2023]. Disponible en:
http://www.anmat.gov.ar/comunicados/HELSINSKI_2013.pdf

18.- Sahu P. Closure of Universities Due to Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): Impact on Education and Mental Health of Students and Academic Staff. Cureus. 2020 [Citado: 29/04/2023]; 12(4): e7541. Disponible en:
<https://dpi.org/10.7759/cureus.7541>

19.- Carrillo Mendiburu J, Mendiburu Zavala CE, López Ugalde AC, Moisés Hernández JF. Niveles de ansiedad y disfunción temporomandibular en médicos residentes del Hospital General Dr. Eduardo Liceaga, de México. CCM [Internet]. 2020 [Citado:



29/04/2023];24(1): [aprox. 2 p.]. Disponible en: Disponible en:

<http://www.revcoemed.sld.cu/index.php/coemed/article/view/3341>

20.- González Llanea FM, Martín Carbonell M, Grau Abalo J, Lorenzo Ruiz A. Instrumentos para el estudio de la ansiedad y depresión. En: Instrumento de evaluación psicológica. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2007.p.165-213.

21.- Arias Molina Y, Herrero Solano Y, Cabrera Hernández Y, Chibás Guyat D, García Mederos Y. Manifestaciones psicológicas frente a la situación epidemiológica causada por la COVID-19. Rev haban cienc méd [Internet]. 2020 [Citado: 29/04/2023]; 19(0): [aprox. 0 p.]. Disponible en:

<http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/3350>

22.- Domínguez Reyes MY, Viamonte Pérez Y. Ansiedad, depresión y vulnerabilidad al estrés ante el diagnóstico reciente de diabetes mellitus tipo 2. Gac Méd Espirit [Internet]. 2014 [Citado: 29/04/2023];16(3):[aprox. 2 p.]. Disponible en: Disponible en:

<http://revgmespirituana.sld.cu/index.php/gme/article/view/359>

23.- Matos Trevín G, Álvarez Vázquez B, González Gacel F. Ansiedad y depresión en pacientes con tratamiento dialítico incluidos en el plan de trasplante renal. MULTIMED [Internet]. 2018 [Citado: 30/04/2023];22(1): [aprox. 2 p.]. Disponible en: Disponible en: <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/776>

24.- Vázquez Machado A. Los factores psicosociales y la depresión. MULTIMED [Internet]. 2016 [Citado: 30/04/2023];20(3): [aprox. 2 p.]. Disponible en: Disponible en: <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/202>

25.- Llanes Torres HM, López Sepúlveda Y, Vázquez Aguilar JL, Hernández Pérez R. Factores psicosociales que inciden en la depresión del adulto mayor. Medimay [Internet]. 2015 [Citado: 30/04/2023];21(1): [aprox. 1 p.]. Disponible en: Disponible en: <http://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/707>

26.- Cisnero Acosta E, Cisnero Acosta AT, Peña Villamar M, Bertolí Batista T, Pompa Fonseca O. Prevalencia de la depresión en pacientes hemodializados en el hospital general "Ernesto Guevara de la Serna". Rev Electron Zoilo E Marinello Vidaurreta [Internet]. 2018 [Citado: 30/04/2023];43(5): [aprox. 2 p.]. Disponible en: Disponible en: <http://revzoilomarinellosld.cu/index.php/zmv/article/view/1365>



27.- Díaz Hernández Y, Bárbara del Río Ysla M, Abreu Terry M. Trastorno depresivo recurrente en un paciente con vitíligo. *MediCiego* [Internet]. 2019 [Citado: 30/04/2023];25(1): [aprox. 4 p.]. Disponible en: Disponible en: <http://www.revmediciego.sld.cu/index.php/mediciego/article/view/1165>

28.- Bairero Aguilar M. El estrés y su influencia en la calidad de vida. *MULTIMED* [Internet]. 2018 [Citado: 01/05/2023];21(6): [aprox. 1 p.]. Disponible en: Disponible en: <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/688>

29.- Montiel Castillo VE, Guerra Morales VM, Bartuste Cárdenas D. Estrés y emociones displacenteras en mujeres sobrevivientes de cáncer de mama. *Rev Cuba Med Gen Integr* [Internet]. 2019 [Citado: 01/05/2023];35(2): [aprox. 4 p.]. Disponible en: Disponible en: <http://www.revmqi.sld.cu/index.php/mqi/article/view/544>

30.- Huarcaya Victoria J. Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de COVID-19. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública* [Internet]. 2020 [Citado: 01/05/2023];37(2): [aprox. 4 p.]. Disponible en: Disponible en: <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2020.372.5419>

31.- Soler Sánchez Y, Pérez Rosabal E, Mejías César M, López Sánchez M, César Rodríguez M. Programa educativo para potenciar factores protectores en adolescentes con conducta suicida. *MULTIMED* [Internet]. 2016 [Citado: 01/05/2023];20(1): [aprox. 2 p.]. Disponible en: Disponible en: <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/139>

32.- Ozamiz N, Dosil M, Picaza M, Idoiaga N. Niveles de estrés, ansiedad y depresión en la primera fase del brote del COVID-19 en una muestra recogida en el norte de España. *Cad. Saúde Pública*. 2020 [Citado: 02/05/2023]; 36(4): e00054020. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00054020>

33.- Odriozola P, Planchuelo A, Irurtia MJ, De Luis R. Psychological effects of the COVID-19 outbreak and lockdown among students and workers of a Spanish university. *Psychiatry Res*. 2020 [Citado: 02/05/2023]; 290:113108. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113108>

