

Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña

Facultad de humanidades y educación

Escuela de psicología

Tema:

Prevalencia de síntomas depresivos en estudiantes de psicología mención clínica en cuarentena por COVID-19, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, septiembre-diciembre 2020, República Dominicana.



SUSTENTANTES:

Ian Carlo De Peña Bretón 13-0802

José Antonio Otaño Ruiz 16-1001

Trabajo de grado para optar por el título de:

Licenciado en psicología clínica

Asesores:

Jesús Peña Vásquez

Tarquino Hirohito Santana

Santo Domingo, D.N.

Diciembre del 2021

AGRADECIMIENTOS

A toda nuestra familia por siempre apoyarnos en todas nuestras labores académicas y habernos enseñado que todo se puede lograr con trabajo duro.

A la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña por habernos dado la oportunidad de aprender en sus instalaciones.

A la escuela de psicología porque aún en tiempos de pandemia se organizaron para ayudarnos a avanzar.

A todos los profesores que se preocuparon y nos enseñaron lecciones valiosas en la universidad

DEDICATORIA

El presente trabajo investigativo lo dedicamos principalmente a Dios, por ser el inspirador y darnos fuerza para continuar en este proceso de obtener uno de los anhelos más deseados.

El presente trabajo está dedicado a nuestras familias por haber sido de apoyo a lo largo de toda nuestra carrera universitaria y a lo largo de nuestras vidas. A todas las personas especiales que nos acompañaron en esta etapa, aportando a nuestra formación profesional como también a nuestra formación como seres humanos con valores positivos.

TABLA DE CONTENIDO

Contenido

AGRADECIMIENTOS	1
DEDICATORIA	2
TABLA DE CONTENIDO	3
RESUMEN	5
INTRODUCCIÓN	7
CAPÍTULO #1 MARCO INTRODUCTORIO	8
1.1 Planteamiento del Problema.....	8
1.2 Delimitación del problema.....	10
1.3 Justificación.....	11
1.4 Preguntas que pretende responder la investigación	13
1.5 Objetivos de esta investigación	14
1.6 Limitaciones	15
CAPÍTULO #2 MARCO TEÓRICO	16
2.1 Antecedentes internacionales sobre prevalencia de trastorno depresivo durante la pandemia del COVID-19.....	16
2.2 Antecedentes nacionales sobre prevalencia de trastorno depresivo	22
2.3 Marco conceptual.....	28
2.4 Historia del trastorno depresivo a través de las eras de la humanidad hasta la actualidad	32
2.6 Diagnóstico de los trastornos depresivos.....	41
2.7 Etiologías del trastorno depresivo	43
2.9 Contextualización.	66
CAPÍTULO # 3 MARCO METODOLÓGICO	67
3.1 Perspectiva metodológica.....	67
3.4 Unidad de análisis, población, muestra y tipo de muestreo	67
3.5 Fuentes primarias o secundarias.	69
3.6 Métodos de investigación.....	69
3.7 Técnicas e instrumentos utilizados.	70
3.8 Métodos y técnicas de análisis de datos.....	73

3.9 Fases del Proceso de la Investigación.....	73
3.10. Cuadro de operacionalización de las variables.....	74
CAPÍTULO #4 RESPUESTAS, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES ...	76
4.1 Presentación cuantitativa y cualitativa de los Respuestas.....	76
4.2 Comparación de los síntomas de Trastorno depresivo antes y durante la cuarentena	160
4.3 Puntuaciones de la respuesta de la muestra en el test de trastorno depresivo de Beck.	202
4.4 Comparación de los niveles respuesta de la muestra de trastorno depresivo antes y en cuarentena.....	206
4.5 Características socioeconómicas de los participantes a nivel general.	208
4.6 Características de los participantes en el nivel mínimo de Trastorno depresivo.....	230
4.7 Características de los participantes en el nivel leve de Trastorno depresivo	233
4.8 Características de los participantes en el nivel moderado de Trastorno depresivo .	236
4.9 Características de los participantes en el nivel severo de Trastorno depresivo.....	239
Análisis de los resultados.....	242
CONCLUSIONES	247
RECOMENDACIONES.....	248
CAPÍTULO #5 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	249
ANEXOS.....	259
Anexo.1	259
Anexo.2.....	260

RESUMEN

El objetivo general es determinar la prevalencia de los síntomas depresivos en estudiantes de psicología mención clínica antes de la pandemia causada por el COVID-19 para informar a las autoridades de la unphu y que puedan tomar decisiones sobre el cuidado de la salud psicológica, se realizó a través de una encuesta en la que se mostraba el inventario de depresión para medir dichos síntomas, se realizó en estudiantes de psicología clínica de manera totalmente online entre el periodo de septiembre y diciembre, los resultados arrojaron que , los datos resultantes de esta investigación mostraron que los síntomas de pesimismo, sentimientos de culpa, autocrítica, llanto, incapacidad de estar calmado, la pérdida de interés para realizar actividades, la incapacidad para tomar decisiones, la pérdida de energía, cambios en los hábitos del sueño, irritabilidad, cambios de apetito, dificultad de concentración, cansancio o fatiga presentaron prevalencias entre el 50 y el 76% y los síntomas de tristeza, sentimientos de fracaso, pérdida de placer, sentimientos de castigo, disconformidad consigo mismo, pensamientos y deseos suicidas, desvalorización, pérdida de interés en el sexo tuvieron prevalencias entre el 21 y el 49%.

Palabras Clave: Trastorno depresivo, Prevalencia, COVID-19, Coronavirus, Estudiantes, Universitarios, psicología, clínica.

ABSTRACT

The general objective is to determine the prevalence of depressive symptoms in clinical psychology students before the pandemic caused by COVID-19 to inform the authorities of the unphu and that they can make decisions about psychological health care, it was carried out through a survey in which the depression inventory was shown to measure these symptoms, it was carried out in clinical psychology students completely online between the period of September and December, the results showed that, the data resulting from this research showed that symptoms of pessimism, feelings of guilt, self-criticism, crying, inability to be calm, loss of interest to perform activities, inability to make decisions, loss of energy, changes in sleep habits, irritability, appetite changes, difficulty concentrating, tiredness or fatigue had prevalences between 50 and 76% and the symptoms of tris Toughness, feelings of failure, loss of pleasure, feelings of punishment, disagreement with oneself, suicidal thoughts and wishes, devaluation, loss of interest in sex had prevalences between 21 and 49%.

Key Words: *Depressive disorder, Prevalence, COVID-19, Coronavirus, Students, University students, psychology, clinical.*

INTRODUCCIÓN

En los inicios del año 2020 se empezó a propagar el virus llamado Corona virus o COVID-19 causando una pandemia que empezó a cambiar la vida de todos en aspectos sociales, académicos, profesionales y varios más , generando mayor estrés del común y posiblemente causando o ayudando a causar trastornos del comportamiento, se han reportado investigaciones (Las cuales exploraremos más adelante en marco teórico titulado antecedentes de la investigación) que evidencian que la prevalencia del trastorno depresivo está creciendo según se va aplazando el periodo de cuarentena y la pandemia en general.

Pero al no estar informados sobre la prevalencia de síntomas depresivos en la población que se deseé ayudar no se puede tener una idea clara de cómo actuar en esta situación y cuan urgente podría ser.

Por lo cual el objetivo de esta investigación se centra en saber qué cantidad de una población de estudiantes de psicología clínica de la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña padece este trastorno y así hacer saber por tanto a dichas autoridades de la universidad si es necesario emprender acciones psicoterapéuticas si fuera necesario mediante el inventario de depresión de Beck-2 el cual se ajusta a las necesidades de la investigación.

CAPÍTULO #1 MARCO INTRODUCTORIO

1.1 Planteamiento del Problema

En el momento de realizar esta investigación los estudiantes de psicología mención clínica de la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña se encuentran expuestos a la pandemia del COVID-19, que ha causado que el gobierno imponga periodo de cuarentena para todos los ciudadanos incluyendo a estos estudiantes y en la que una de las consecuencias es que el contacto social está limitando, en lo que se refiere a encuentros con los amigos, familiares y segundo, también les impide realizar la gran mayoría de las actividades que se hacían fuera de la casa.

Como en algunas ocasiones las personas pueden reaccionar de manera negativa a los eventos estresantes, el periodo de cuarentena al provocar aislamiento, el miedo a infectarse por coronavirus, pocos recursos económicos y otros factores provoquen un estado de estrés que predisponga a dichas personas a desarrollar síntomas depresivos e incrementar los síntomas a quien ya los tenía.

El trastorno depresivo afecta de manera negativa en la calidad de vida de todas las personas que lo padecen en los aspectos sociales, académicos y económicos.

Investigaciones realizadas en instituciones universitarias con el propósito de brindar explicaciones acerca de las posibles consecuencias del trastorno depresivo, han concluido que existe relación entre el trastorno depresivo y reducción del rendimiento académico (Castillo, 2016; Aparcana, 2017; Aulestia, 2017).

Por lo que se entiende que, aunque la depresión no haya sido la génesis del bajo rendimiento académico, se evidencia que la causa está asociada a la depresión y se puede presentar en la mayoría de los casos con este trastorno, por lo que podría ayudar a identificar el mismo para predecir el rendimiento académico del estudiante.

Por lo antes mencionado y con la intención de contribuir a la calidad de vida de los estudiantes en todos los aspectos posibles, resulta conveniente determinar la prevalencia de síntomas depresivos en estudiantes de psicología mención clínica en cuarentena por COVID-19, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, septiembre-diciembre 2020, República Dominicana.

Más adelante como mencionamos en la introducción se presentarán investigaciones en el inicio del marco teórico sobre la prevalencia de los síntomas depresivos a nivel internacional y otras investigaciones que muestran la prevalencia de depresión en distintos centros de la República Dominicana pero no en tiempos de COVID porque aún se tiene conocimiento de tales estudios.

1.2 Delimitación del problema

La prevalencia de depresión lo cual se puede conceptualizar como el numero de personas que padecer una enfermedad o trastorno es algo que debe ser estudiado si se quieren tomar decisiones sobre una población grande, por ello las ciudades y países del planeta tierra se encuentran en desventaja si no cuentan con este tipo de información porque ello los obligaría a tomar decisiones al azar sin resultados provechosos. La depresión es un trastorno psicológico que afecta a millones de personas en el planeta tierra y también se podría considerar como una pandemia en lo que se refiera a la salud psicológica.

En la Republica Dominicana hasta la fecha no se tiene conocimiento de la prevalencia de depresión en tiempos de COVID-19 en sus distintas poblaciones, entre ellas la población de estudiantes de psicología clínica de la UNPHU quienes son los encargados de cuidar de la salud psicológica de la población en general cuando se gradúen. Esto es una clara desventaja para el sistema de cuidados psicológicos al dejar vulnerables a un posible desarrollo de la depresión en estos futuros profesionales de la salud que cuentan con una responsabilidad única, en la que profesionales de otras carreras no podrían aportar de igual manera.

Por lo tanto, al tener en cuenta este problema se decidió realizar una investigación sobre la prevalencia de este trastorno, brindando así información ayudará a las autoridades de la UNPHU a cuidar de sus estudiantes de psicología clínica informando en que cantidad esta presente dicho trastorno y por ende, con que urgencia y sobre cuales síntomas se deben aplicar acciones.

Se añade que se entiende por variable independiente a la pandemia del coronavirus y por variable dependiente al trastorno depresivo.

1.3 Justificación

La importancia y utilidad del tema

El trastorno depresivo al ser un trastorno psicológico que puede afectar la calidad de vida de las personas de manera negativa es conveniente evaluarlo para detectarlo e impedir que este sea uno de los factores que interfiera con la calidad de vida que han elegido los usuarios que presentan sus síntomas.

Por lo tanto, la utilidad del tema se encuentra en hacer saber tanto a los psicólogos, las autoridades de la universidad UNPHU, la prevalencia de trastorno depresivo que está presente los estudiantes de psicología mención clínica, para tomar decisiones más acertadas sobre el cuidado de la salud psicológica en tiempos de confinamiento por la amenaza que representa el COVID-19 u otras pandemias.

Los principales beneficiados, se ser los estudiantes de la carrera de psicología mención Clínica, pues podrán ser atendidos con mayor especificidad por parte de los psicólogos de la UNPHU, segundo, cualquier otro psicólogo que esté diseñando un programa de salud psicológica para los estudiantes de psicología mención clínica de la UNPHU en condiciones similares, tercero, la universidad UNPHU al contar con información que pudiera contribuir en la creación de programas de cuidado psicológico y por ultimo otros estudiantes universitarios que se encuentren en condiciones similares a las de los estudiantes de psicología mención clínica de la UNPHU.

Aunque si se ha investigado sobre la prevalencia de trastorno depresivo en otras universidades no se ha investigado en la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña en el 2020 y con estudiantes de psicología mención clínica en cuarentena por COVID-19, lo que evidencia que este estudio es nuevo y útil.

El cuidado de la salud psicológica de los estudiantes no se puede realizar sin saber en primer lugar lo que se debe atender, no se puede tratar una enfermedad sin antes haberla diagnosticado, por lo tanto, es necesario realizar una investigación sobre la prevalencia del trastorno depresivo, con el fin de medir su incidencia en los estudiantes y tener la posibilidad (si es necesario) de emprender programas psicoterapéuticos a nivel grupal e individual.

La perspectiva es psicológica porque se midió la variable trastorno depresivo de manera individual. En lo que respecta al test utilizado, se entiende que el test BDI-II de Beck fue una técnica rápida, simple, confiable, válida y poco costosa para realizar la investigación.

Como se ha mencionado antes, la prevalencia de trastorno depresivo ya se ha estudiado, pero recientemente se están empezando a hacer investigaciones sobre el trastorno depresivo en tiempos de COVID-19, por lo que este estudio puede contribuir de manera general a la psicología, ayudando a comprender si los síntomas del trastorno depresivo pueden estar presente o aumentar en situaciones de confinamiento en estudiantes universitarios con las condiciones socioeconómicas, sociodemográficas y otras condiciones establecidas en este estudio.

Por otra parte, resultó importante para los investigadores que se respetaran los principios éticos relacionado a la profesión y especialmente en la clínica tales como autonomía, justicia y beneficencia.

1.4 Preguntas que pretende responder la investigación

- 1- ¿Cuál es la prevalencia de los síntomas del trastorno depresivo?
- 2- ¿Cuál era la prevalencia de los síntomas del trastorno depresivo antes de cuarentena?
- 3- ¿Cuál es la prevalencia del trastorno depresivo como entidad nosológica en cuarentena?
- 4- ¿Cuál era la prevalencia del trastorno depresivo como entidad nosológica antes de cuarentena?
- 5- ¿Cuál es la diferencia que presentan los síntomas depresivos antes y durante la cuarentena?
- 6- ¿Cuál es la diferencia que presentan el trastorno depresivo como entidad nosológica antes y durante la cuarentena?
- 7- ¿Cuál es la prevalencia de los factores socioeconómicos, académicos, búsqueda de ayuda psicológica y miedo al coronavirus como agentes que inciden en trastornos depresivos?

1.5 Objetivos de esta investigación

Objetivo general

Determinar la prevalencia de los síntomas del trastorno depresivo, en estudiantes de psicología mención clínica en cuarentena por COVID-19 Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña periodo septiembre-diciembre 2020 República Dominicana

Objetivos específicos

- Determinar la prevalencia de los síntomas del trastorno depresivo antes de la cuarentena por COVID-19.
- Delimitar la prevalencia del trastorno depresivo como entidad nosológica antes de la cuarentena por COVID-19.
- Señalar la prevalencia del trastorno depresivo como entidad nosológica durante la cuarentena por COVID-19.
- Comparar los síntomas del trastorno depresivo antes y durante la cuarentena por COVID-19.
- Contrastar el trastorno depresivo como entidad nosológica antes y durante la cuarentena por COVID-19.
- Especificar los factores socioeconómicos, académicos, búsqueda de ayuda psicológica y miedo al coronavirus como agentes que inciden en trastornos depresivos que se mantienen ante la pandemia causada por el coronavirus.

1.6 Limitaciones

La primera limitación que los investigadores tuvieron fue la dificultad para tener acceso a una población mayor.

La segunda limitación fue el tiempo establecido para realizar la investigación.

La tercera limitación es la de conocimiento al ser investigadores que empiezan en este campo.

CAPÍTULO #2 MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes internacionales sobre prevalencia de trastorno depresivo durante la pandemia del COVID-19

Desde que la COVID-19 se expandió alrededor del mundo y se convirtió en pandemia se han hecho investigaciones en distintos tipos de poblaciones como por ejemplo en trabajadores de la salud como médicos y enfermeras de varios países infectados por la COVID-19., también se ha investigado en personas de la población general de varios países infectadas por el mismo virus.

Igualmente, en diferentes investigaciones, han sido expuestos los trastornos o síntomas detectados conjuntamente con el trastorno depresivo, lo que corrobora que este puede estar acompañado de otras alteraciones psicológicas.

En Guiyang, China, se investigó sobre la prevalencia de trastorno depresivo y ansiedad en 105 médicos pediátricos durante el brote de la COVID-19 y la prevalencia para el trastorno depresivo fue marcadamente más alta que la de ansiedad (Chen, Zhou, Zhou & Zhou, 2020). Esta prevalencia será mostrada en la tabla 1.

Tabla 1.

Prevalencia de ansiedad y depresión en médicos pediátricos durante la pandemia por COVID-19.

Prevalencia de ansiedad	Prevalencia de Trastorno depresivo
18.1%	29. 5 %

Nota. Fuente: Chen, Y., Zhou, H., Zhou, Y., & Zhou, F. (in press). Prevalence of self-reported depression and anxiety among pediatric medical staff members during the COVID-19 outbreak in Guiyang, China. Psychiatry Research, 288, 113005. doi: 10.1016/j.psychres.2020.113005

En una revisión de artículos sobre salud mental y COVID-19 se encontró que nuevamente que la prevalencia del trastorno depresivo se encontraba en primer lugar, seguida de ansiedad y por último el estrés. (Rajkumar, 2020). Esta prevalencia será mostrada en la tabla 2.

Tabla 2.

Prevalencia de ansiedad, trastorno depresivo y estrés en una revisión de artículos de salud mental durante la pandemia por COVID-19.

Prevalencia de ansiedad	Prevalencia de trastorno depresivo	Prevalencia de estrés
16%	28 %	8%

Nota. Fuente: Rajkumar R. P. (2020). COVID-19 and mental health: A review of the existing literature. Asian journal of psychiatry, 52, 102066. Advance online publication. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102066>

En otra investigación se estudió sobre la prevalencia de trastorno depresivo, ansiedad e insomnio en trabajadores de la salud durante la pandemia del COVID-19, en la que se analizaron 10 estudios para el trastorno depresivo, 12 para ansiedad y 4 para el insomnio (Pappa et al., 2020). Esta prevalencia será mostrada en la tabla 3.

Tabla 3.

Prevalencia de ansiedad, trastorno depresivo e insomnio en empleados de la salud durante la pandemia por COVID-19.

Prevalencia de ansiedad en 12 estudios	Prevalencia de trastorno depresivo en 10 estudios	Prevalencia de insomnio en 4 estudios
23.2%	22.8%	38.9%

Nota. Fuente: Pappa, S., Ntella, V., Giannakas, T., Giannakoulis, V. G., Papoutsis, E., & Katsaounou, P. (2020). Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. Brain, Behavior, and Immunity. doi: 10.1016/j.bbi.2020.05.026

En el suroeste de China con unos 1593 participantes, se realizó un estudio para comparar la prevalencia del trastorno depresivo y ansiedad entre los que habían sido afectados por la cuarentena durante COVID-19 y los que no habían sido afectados (Lei et al., 2020). Esta prevalencia será mostrada en la tabla 4.

Tabla 4.

Prevalencia de trastorno depresivo en sus distintos niveles de intensidad en ciudadanos de chinas afectados por la pandemia por COVID-19.

Prevalencia de ansiedad en el grupo afectado cuarentena	Prevalencia de trastorno depresivo en el grupo afectado cuarentena	Prevalencia de ansiedad en el grupo no afectado cuarentena	Prevalencia de trastorno depresivo en el grupo no afectado cuarentena
12.9%	22.4%	6.7%	11.9 %

Nota. Fuente: Lei, L., Huang, X., Zhang, S., Yang, J., Yang, L., & Xu, M. (2020). Comparison of Prevalence and Associated Factors of Anxiety and Depression Among People Affected by versus People Unaffected by Quarantine During the COVID-19 Epidemic in Southwestern China. Medical science monitor: international medical journal of experimental and clinical research, 26, e924609. <https://doi.org/10.12659/MSM.924609>

Otro estudio realizado en Wuhan china examinó la prevalencia y factores asociados al trastorno depresivo y ansiedad en 144 pacientes que habían sido hospitalizados por COVID-19 (Kong, 2020). Esta prevalencia será mostrada en la tabla 5.

Tabla 5.

Prevalencia de ansiedad y trastorno depresivo en pacientes hospitalizados por COVID-19.

Prevalencia de ansiedad	Prevalencia de trastorno depresivo
34.72%	28.47%

Nota. Fuente: Kong, X., Zheng, K., Tang, M., Kong, F., Zhou, J., Diao, L., ... Dong, Y. (2020). Prevalence and Factors Associated with Depression and Anxiety of Hospitalized Patients with COVID-19. Recuperado de <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.03.24.20043075v2>

En Singapur e India se realizaron estudios para averiguar la asociación entre síntomas físicos y varios trastornos y síntomas psicológicos en 906 trabajadores del ámbito de la salud que trataban pacientes con COVID-19 (Chew, 2020). Esta prevalencia será mostrada en la tabla 6.

Tabla 6.

Prevalencia de trastorno depresivo y otros trastornos en trabajadores del ámbito de la salud tratan a pacientes con COVID-19.

Prevalencia de trastorno depresivo moderado a muy severo	Prevalencia de ansiedad moderada a muy severa	Prevalencia de estrés moderado a muy severa	Prevalencia de angustia psicológica moderado a muy severa
5.3%	8.7%	2.2%	3.8%

Nota. Fuente: Chew, N. W., Lee, G. K., Tan, B. Y., Jing, M., Goh, Y., Ngiam, N. J., ... & Sharma, A. K. (in press). A multinational, multicentre study on the psychological outcomes and associated physical symptoms amongst healthcare workers during COVID-19 outbreak. Brain, behavior, and immunity. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0889159120305237>

También, en Iraq, en una región de Kurdistán, se estudió la prevalencia del trastorno depresivo, ansiedad y estrés en su población adulta de 548 personas (Kamal y Othman, 2020). Esta prevalencia será mostrada en la tabla 7, demostrando que el trastorno depresivo se presentaba en un nivel considerable.

Tabla 7.

Prevalencia de trastorno depresivo, ansiedad y estrés en una población general adulta de Irak, Kurdistán en tiempos de COVID-19.

Prevalencia de ansiedad	Prevalencia de trastorno depresivo	Prevalencia de estrés
47%	45%	18%

Nota.Fuente Kamal, N. M., & Othman, N. (2020). Depression, Anxiety, and Stress in the time of COVID-19 Pandemic in Kurdistan Region, Iraq. Kurdistan Journal of Applied Research,5 (3) 37-44. <https://doi.org/10.24017/covid.5>

Por otro lado, en India, se realizó una encuesta con el fin de determinar la sensación de trastorno depresivo en 478 personas (Heena, Nazli, Grover y Kishore, 2020). Esta prevalencia será mostrada en la tabla 8.

Tabla 8.

Prevalencia de trastorno depresivo percibido en India en tiempos de COVID-19.

Prevalencia de trastorno depresivo
28%

Nota.: Fuente: Heena, Nazli, T., Grover, S., & Kishore, J. (2020). COVID-19 Pandemic and "Feeling Depressed": An Online Survey [Edición especial]. Epidemiology International, 5(2), 27-31. DOI: <https://doi.org/10.24321/2455.7048.202014>

En México, se investigó la prevalencia del trastorno depresivo, ansiedad en una muestra de 561 sujetos durante las fases iniciales del COVID-19 (Priego et al., 2020). Esta prevalencia será mostrada en la tabla 9.

Tabla 9.

Prevalencia de Trastorno depresivo y ansiedad durante los primeros meses de la pandemia por COVID-19.

Prevalencia de ansiedad	Prevalencia de trastorno depresivo
50%	27.6%

Nota: Fuente: Priego, P. B. A., Triana-Romero, A., Pinto-Galvez, S. M., Duran-Ramos, C., Salas-Nolasco, O., Reyes, M. M., ... & Remes-Troche, J. M. (2020). Anxiety, depression, attitudes, and internet addiction during the initial phase of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic: A cross-sectional study in Mexico. Recuperado de <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.05.10.20095844v1>

Como se observa, la prevalencia del trastorno depresivo no ha dejado de estar presente durante el tiempo de la pandemia por COVID-19 a un nivel internacional, mostrando que la cultura podría no ser un factor interviniente por lo menos lo que se refiere a la aparición del trastorno depresivo.

2.2 Antecedentes nacionales sobre prevalencia de trastorno depresivo

Aunque aún no se han realizado estudios sobre prevalencia de trastorno depresivo en República Dominicana en tiempos de pandemia por COVID-19, si se han realizado estudios sobre dicha prevalencia en otras situaciones, lo que servirá para observar cómo se encuentra el conocimiento de este tema en el país.

Empezando por una investigación que se hizo en una fundación integral de diabetes en la que se investigó la prevalencia del trastorno depresivo en pacientes diabéticos (Lebrón & Arias, 2019). Dicha prevalencia se describe más abajo en la tabla 10.

Tabla 10.

Prevalencia de trastorno depresivo en sus distintas intensidades en una fundación integral de diabetes en pacientes diabéticos.

Prevalencia de trastorno depresivo mínimo	Prevalencia de trastorno depresivo leve	Prevalencia de trastorno depresivo moderado	Prevalencia de trastorno depresivo severo
73%	10%	16%	1%

Nota. Fuente: Lebrón Mateo, R. L., & Arias Núñez, S. M. (2019). Prevalencia de Trastorno depresivo en pacientes diagnosticados con diabetes tipo I y II que asisten a la Fundación Integral de Diabetes (FID) en el periodo agosto–diciembre 2018 y enero 2019, Santo Domingo, República Dominicana (Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, Santo Domingo, República Dominicana). Recuperado de <http://repositorio.UNPHU.edu.do/handle/123456789/1353>

En la escuela nacional de arte dramático y la escuela nacional de artes visuales, se investigó la prevalencia del trastorno depresivo en sus estudiantes (Villar, 2018). Esta prevalencia se muestra en la tabla 11.

Tabla 11.

Prevalencia de trastorno depresivo en sus distintos niveles en estudiantes de la escuela de arte dramático y artes visuales.

Prevalencia de trastorno depresivo mínimo	Prevalencia de trastorno depresivo leve	Prevalencia de trastorno depresivo moderado	Prevalencia de trastorno depresivo severo
57%	14%	22%	7%

Nota. Fuente: Villar Genao, G. A. (2018). Prevalencia de indicadores de depresión en los estudiantes de la Escuela Nacional de Arte Dramático (ENAD) y de la Escuela Nacional de Artes Visuales (ENAV) período 2017-2018 (Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, Santo Domingo, República Dominicana). Recuperada de <https://repositorio.UNPHU.edu.do/handle/123456789/584>

En el hospital Salvador B. Gautier, se investigó la prevalencia de estrés, ansiedad y trastorno depresivo en su personal de trabajo (Méndez, 2016). Dicha prevalencia se muestra en la tabla 12.

Tabla 12.

Prevalencia de trastorno depresivo, ansiedad y estrés en hombres y mujeres en el hospital

Salvador B. Gautier.

		Prevalencia	Prevalencia	Prevalencia	Prevalencia
Prevalencia	Prevalencia	de trastorno	de trastorno	de ansiedad	de ansiedad
de estrés	de estrés	depresivo	depresivo	moderada a	moderada a
moderado a	moderado a	moderada a	moderada a	severa en	severa en
severo en los	severo en las	severa en los	severa en las	hombres	mujeres
hombres	mujeres	hombres	mujeres		
79.4 %	68%	21%	44%	24%	48%

Nota: Fuente. Méndez Cintrón, C. A. (2016). Prevalencia de estrés, Trastorno depresivo y ansiedad en personal del departamento de cirugía del Hospital Salvador B. Gautier febrero-julio 2016. (Tesis Doctoral, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, Santo Domingo, República Dominicana). Recuperada de <https://repositorio.UNPHU.edu.do/handle/123456789/905>

En dos centros de ayuda para las personas con discapacidad auditiva investigaron la prevalencia de trastorno depresivo, ansiedad y otros trastornos emocionales, siendo la ansiedad el trastorno más prevaeciente, demostrando que los niños entre 15 y 18 años de edad padecen también trastorno depresivo (Fernández & Hiciano, 2018). Dicha prevalencia se muestra en la tabla 13.

Tabla 13.

Prevalencia de ansiedad y trastorno depresivo en centros de ayuda para la discapacidad auditiva.

Prevalencia de ansiedad	Prevalencia de trastorno depresivo
7.60%	4.40%

Nota. Fuente: Fernández Abreu, P., & Hiciano Saenz, M. (2018). Prevalencia de trastornos emocionales en adolescentes con discapacidad auditiva de 15-18 años en la Escuela Nacional Para Sordos y el Instituto de Ayuda Al Sordo Santa Rosa, INC., en el periodo septiembre-diciembre 2018. (Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, Santo Domingo, República Dominicana). Recuperado de <https://repositorio.UNPHU.edu.do/handle/123456789/1354>

También, en el hospital de arroyo hondo en Peravia evaluaron la frecuencia de trastorno depresivo en personas de la tercera edad y los Respuestas se muestran en el siguiente cuadro (Castillo et al, 2020). Dicha prevalencia se demuestra en la tabla 14.

Tabla 14.

Prevalencia de trastorno depresivo en el hospital de arroyo hondo en la localidad Peravia.

Prevalencia de trastorno depresivo
16%

Nota. Fuente Castillo, J., Vásquez, G. D., Montilla, J. R., Palacios, S., Castro, Y. D., López, E., ... Nin, I. R. (2020). Incidencia de enfermedad depresiva en adultos de la tercera edad, en Arroyo Hondo, Peravia, República Dominicana, durante el periodo noviembre-diciembre 2018. Ciencia y Salud, 4(1), 57-70. DOI: <https://doi.org/10.22206/cysa.2020.v4i1.pp57-70>

En el hospital central de las fuerzas armadas, se realizó una investigación en pacientes diabéticos sobre el trastorno depresivo (Smith, 2018). Las Respuestas se muestran a continuación en la tabla 15.

Tabla 15.

Prevalencia de trastorno depresivo en sus distintos niveles en el hospital central de las fuerzas armadas.

Prevalencia de depresión leve	Prevalencia de depresión moderada	Prevalencia de depresión severa
28.6 %	12.9 %	4.3

Nota. Fuente: Smith, C. E. (2018). Frecuencia de Trastorno depresivo en pacientes diabéticos en la consulta de endocrinología del Hospital Central de las Fuerzas Armadas, Santo Domingo, abril-agosto 2018 (Tesis de especialidad, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, Santo Domingo, República Dominicana). Recuperada de <http://repositorio.UNPHU.edu.do/handle/123456789/1254>

En el instituto dominicano de cardiología, investigaron la prevalencia de trastorno depresivo en pacientes que estaban en una etapa temprana de infarto al corazón y los que estaban en la etapa avanzada (Troncoso y Hernández, 2018). Las Respuestas de la prevalencia se describen a continuación en la tabla 16.

Tabla 16.

Prevalencia de trastorno depresivo en persona con trastorno depresivo en etapa temprana y tardía de infarto al corazón.

Prevalencia de trastorno depresivo en personas en etapa temprana de infarto	Prevalencia de trastorno depresivo en personas en etapa tardía de infarto
43.3%	30.0 %

Nota. Fuente Troncoso, H.E., & Hernández, A. M. (2018). Niveles de depresión en pacientes pos-infarto al miocardio en etapa temprana versus etapa tardía en el Instituto Dominicano en cardiología (IDC), enero-abril 2018. (Tesis Doctoral, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, Santo Domingo, República Dominicana). Recuperada de <https://repositorio.UNPHU.edu.do/handle/123456789/1118>

En el hospital general DR. Vinicio Calventi, investigaron la prevalencia de trastorno depresivo en personas que padecen el virus de la inmunodeficiencia humana (Bisonó y Lizardo, 2016). Las Respuestas se presentan a continuación en la tabla 17 en la que no se muestra el nivel severo porque los sujetos nunca puntuaron hasta ese nivel de intensidad.

Tabla 17.

Prevalencia de trastorno depresivo leve y moderado en pacientes con VIH el hospital general DR. Vinicio Calventi.

Prevalencia de trastorno depresivo leve	Prevalencia de trastorno depresivo moderado
41%	8 %

Nota. Fuente: Bisonó, C. A. L., & Lizardo, M. D. (2016). Trastorno depresivo en pacientes con virus de la inmunodeficiencia humana que acuden al servicio de atención integral del hospital General Dr. Vinicio Calventi en el periodo noviembre 2016-abril 2017. (Tesis Doctoral, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, Santo Domingo, República Dominicana). Recuperada de <https://repositorio.UNPHU.edu.do/handle/123456789/1010>

En el hospital Salvador Bienvenido Gautier, se midió el trastorno depresivo y la ansiedad en personas que asistían a tratamiento para la insuficiencia renal crónica (Vargas, 2019). Las Respuestas se muestran a continuación en la tabla 18.

Tabla 18.

Prevalencia de ansiedad y trastorno depresivo en el hospital salvador Bienvenido Gautier en pacientes con insuficiencia renal crónica.

Prevalencia de ansiedad	Prevalencia de trastorno depresivo
63.3%	51.6%

Nota. Fuente: Vargas, P. I. (2019). Niveles de Trastorno depresivo y ansiedad en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis y diálisis peritoneal que asisten al Hospital Salvador Bienvenido Gautier, octubre 2018-abril 2019. (Tesis Doctoral, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, Santo Domingo, República Dominicana). Recuperada de <https://repositorio.UNPHU.edu.do/handle/123456789/1755>

2.3 Marco conceptual

El trastorno depresivo se puede definir como “trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración” (Organización Mundial de la Salud, 2020).

La definición de prevalencia es tomada de la disciplina de epidemiología por ser acertada.

La prevalencia

Así pues, la prevalencia es definida como: “En epidemiología, proporción de personas que sufren una enfermedad con respecto al total de la población en estudio” Según la Real Academia Española (Rae), 2020.

La palabra socio-demográfico no aparece en el diccionario de la real academia española porque es una palabra compuesta, pero para tener una idea de los que significa se expusieron las definiciones de las partes de la palabra en cuestión.

Social es “Perteneiente o relativo a la sociedad” (RAE, 2020).

Demografía se define como “El Estudio estadístico de una colectividad humana, referido a un determinado momento o a su evolución” (RAE, 2020).

Por lo que tomando como base estas definiciones ofrecidas por la real academia española entiende que es el estudio de la sociedad a nivel estadístico en un intervalo específico de tiempo.

Logro “Ganancia, lucro” (RAE, 2020).

Academia es “Establecimiento docente, público o privado, de carácter profesional, artístico, técnico, o simplemente práctico” (RAE, 2020).

Por lo que tomando como base estas definiciones ofrecidas por la real academia española entendemos que logro académico es la ganancia que se ha tenido en un establecimiento docente, que, en este caso, es la calificación que han conseguido en dicha institución.

Síntoma significa: “Manifestación reveladora de una enfermedad” (RAE, 2020).

La palabra socioeconómico es aquello que es
“Pertenece o relativo a los factores sociales y económicos” (RAE, 2020).

La pandemia se define como “Enfermedad epidémica que se extiende a muchos países o que ataca a casi todos los individuos de una localidad o región” (RAE, 2020).

La palabra virus se define como “Organismo de estructura muy sencilla, compuesto de proteínas y ácidos nucleicos, y capaz de reproducirse solo en el seno de células vivas específicas, utilizando su metabolismo” (RAE, 2020).

Según la OMS (2020) los **coronavirus** se definen como:

Una extensa familia de virus que pueden causar enfermedades tanto en animales como en humanos. En los humanos, se sabe que varios coronavirus causan infecciones respiratorias que pueden ir desde el resfriado común hasta enfermedades más graves como el síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS) y el síndrome respiratorio agudo severo (SRAS). El coronavirus que se ha descubierto más recientemente causa la enfermedad por coronavirus COVID-19.

Según la OMS (2020) la COVID-19 es definida como “La enfermedad infecciosa causada por el coronavirus que se ha descubierto más recientemente”.

La misma OMS (2020) define los síntomas del coronavirus como tos seca, fiebre y cansancio como los síntomas principales y como menos generales están la congestión nasal, incomodidad y dolor, dolor de cabeza, garganta, la conjuntivitis, perder el gusto y el olfato, diarrea y erupciones en la piel.

La causa principal es tener alguna especie de contacto físico con una persona infectada cuando al individuo le caen gotas del estornudo, cuando el infectado habla o tose y las inhala (OMS, 2020).

El distanciamiento consiste en la separación de las personas enfermas a unos cuantos metros de otras para evitar para evitar la propagación del virus (OMS, 2020).

Por otro lado, la palabra cuarentena significa el cese de las actividades de las personas que no están enfermas, separarlos porque pueden haber tenido algún contacto con el COVID-19, evitando así su propagación (OMS, 2020).

Además, el aislamiento consiste en separar a las personas enfermas para evitar la propagación de dicho virus (OMS, 2020).

Pandemia

“La declaración de pandemia, según la OMS, hace referencia a la **propagación mundial de una nueva enfermedad**. Para llegar a esta situación se tienen que cumplir una serie de criterios y superar la fase epidémica.” (Pulido, 2020).

Brote

“Un brote epidémico es una clasificación usada en la epidemiología para denominar la aparición repentina de una enfermedad debida a una infección en un lugar específico y en un momento determinado” (Pulido, 2020).

“El ejemplo más claro de esta situación es cuando se produce una intoxicación alimentaria provocando que aparezcan casos durante dos o tres días” (Pulido, 2020).

“Otro ejemplo son los brotes de meningitis o sarampión que pueden llegar a extenderse dos o tres meses.” (Pulido, 2020).

EPIDEMIA

“Por su parte, se cataloga como epidemia cuando una enfermedad se propaga activamente debido a que el brote se descontrola y se mantiene en el tiempo. De esta forma, aumenta el número de casos en un área geográfica concreta.” (Pulido, 2020).

PANDEMIA

“Para que se declare el estado de pandemia se tienen que cumplir dos criterios: que el brote epidémico afecte a más de un continente y que los casos de cada país ya no sean importados sino provocados por transmisión comunitaria.” (Pulido, 2020).

2.4 Historia del trastorno depresivo a través de las eras de la humanidad hasta la actualidad

2.41. Concepto de trastorno depresivo en la antigüedad grecorromana.

Hipócrates en su libro aforismos había definido la melancolía explicando que si la persona pasaba mucho tiempo triste y con sentimientos de miedo estaba sufriendo de melancolía (Autor anónimo, 2015; citado en Bourin, 2020). Hipócrates había creado una teoría de los estados de ánimo en el siglo V antes de Cristo siendo el primero que había tratado el tema (Bourin, 2020).

Por otro lado, el mencionado estudioso había identificado cuatro estados de ánimo (humores), que son sanguíneo (sangre) y estaba caracterizado por estar alegre, el flemático (flema) quien se denominaba como indiferente ante la vida, el colérico (bilis amarilla) que se rebajaba dominar por la ira y el melancólico (bilis negra) que era triste y afligido (Jackson, 2001; Citado en Bourin, 2020).

Así pues, Hipócrates explica que solo un equilibrio entre estos cuatro humores traería la salud y que la melancolía era causada por tener más bilis negra que sangre, flema y bilis amarilla y los remedios eran el sangrado de la nariz, orinar, vomitar y defecar para una cura natural y si esto no se lograba se usaban diuréticos o colagogo para restaurar el equilibrio de los humores (Bourin, 2020).

Además, Aristóteles quien había nacido entre los años 384-322 antes de cristo, pensaba en que cierto grado de melancolía era necesaria para ser un genio, pero también una enfermedad, entonces hay cierta melancolía que es patológica y otra que da la genialidad cuando los temas de preocupación son el estudio de los temas de la vida y para este existen dos tipos de melancolía patológica, la melancolía fría o causada por exceso de bilis negra fría y genera un estado de inconsciencia en la persona, que llamó eutimia y distimia y se asociaba al silencio o inactividad, por otro lado la melancolía caliente o causada por exceso de bilis negra caliente que genera manía en la persona y la vuelve impulsiva y furiosa, asociada con la agitación (Bourin, 2020).

2.4.2 Concepto de trastorno depresivo en la era cristiana

Galeno había vivido de 129–216 después de cristo y seguía la teoría de Hipócrates de los cuatro humores (Galeno, 1952; citado en Correia y Marques, 2015). Para Galeno, las personas con melancolía presentaban síntomas miedo y tristeza, además de ideas extrañas que podría ser lo que hoy llamaríamos delirios (Galeno, 1976; citado en Correia y Marques, 2015). Y por último Galeno contaba que estas ideas eran fijas hacia un solo tema (como pensar que hay personas persiguiéndole) y que no afectaba otras facetas de sus vidas (Galeno, 1833; citado en Correia y Marques, 2015).

Areteo de capadocia quien nació en el siglo I después de cristo y dividió la melancolía en un aspecto emocional y otro intelectual (Trélat, 1839; citado en Correia y Marques, 2015). Siguiendo las enseñanzas de Hipócrates crea la primera explicación de la relación entre la manía y la melancolía, También explicaba que la manía causaba excitación y la melancolía Trastorno depresivo en la persona (Zaccagni, Colombo y Frana, 2008; citados en Bourin, 2020).

En el siglo 4 después de Cristo, se describe como los anacoretas, que eran cristianos vivían aislados, sufrían de acedia (Bourin, 2020). La acedia era asociada en un principio, a la privación de la interacción con las demás personas (Wise, 2013; citado en Bourin, 2020). Se explica que la acedia significa dolor y que los cristianos por su parte lo veían como un Castigo de Dios (Bourin, 2020).

2.4.3 Concepto de trastorno depresivo en el renacimiento (siglo XVI)

En el siglo XVI retomaron el pensamiento junto con el humanismo de que la melancolía era de hombres inteligentes (Bourin, 2020). También, los escritores Lutero y Maquiavelo hacían juicios negativos sobre el hombre y un estudio sobre la melancolía que fue desde el 1480 hasta el 1640 muestra cómo desde mediados de los 1300 después de cristo, como las preocupaciones de la humanidad eran, la incomodidad de que sentían y expresaban que todo iba de mal en peor (Bourin, 2020).

Ambroise Paré quien había muerto en 1590, había seguido las enseñanzas de galeno, señala que una mayor cantidad de bilis negra en el cuerpo crearía tristeza en el hombre, pues, aunque se necesita de cierta cantidad de melancolía para mantener la salud, si esta aumentaba y rompía el equilibrio, sería perjudicial para el hombre y la causaría melancolía patológica (Bourin, 2020).

2.4.4 Concepto de trastorno depresivo en la edad clásica (siglos XVI-XVIII)

En la era clásica, que va desde los finales del renacimiento hasta el final de la ilustración la melancolía, se considera una enfermedad que hay que combatir con la razón de la mente (Bourin, 2020). Y para esta época ya no había una sola melancolía, sino que había varios tipos, que eran representadas como vanidades que iban de lo material, hasta lo artístico y el conocimiento (Barr, 2019; citando en Bourin, 2020).

Robert Burton vivió desde los 1577 hasta los 1640 (Bourin, 2020). Burton explica en su libro llamado la anatomía de la melancolía, los posibles orígenes de la melancolía, los síntomas experimentados en este estado y los que esta puede causar (Burton, 1621; citado en Bourin, 2020). Burton condena la melancolía, explicando que solo puede ser una enfermedad y no tienen que ver nada con ser un genio (Bourin, 2020).

2.4.5 Concepto de trastorno depresivo en el romanticismo (finales del siglo XVIII-XIX)

El hombre del romanticismo se alejaba de los demás explorando lo imaginario y la melancolía se equipará a esta soledad romántica, que en ojos de Musset es la maldad del siglo, para Flaubert es visto como personas aburridas (Bourin, 2020). Baudelaire menciona que el “bazo” le ha causado en su niñez, sentimientos de felicidad y sentimientos de sufrimiento (Wolfson, 2014; citado en Bourin, 2020).

Explica que una vez rechazado el cristianismo del terror y el derrumbamiento del imperio 1814 se crea la melancolía de la época (Bourin, 2020).

Esta llamada melancolía, era el sello de un artista importante de la época llamado Goya, como muestra la pintura de Saturno devorando a su hijo entre 1820-1823 (Nordstrom, 1962; citado en Bourin, 2020).

2.5 Concepto de trastorno depresivo en el nacimiento de la psiquiatría moderna a principios del siglo XIX.

Para hacernos una idea de cómo eran los hospitales en los siglos pasados e introducir a Pinel se cita a Foucault, quien explica en su libro “Locura y sinrazón. Historia de la locura en la era clásica” que se había creado un hospital en 1656 para confinar a las personas que no estaban sanas y eran débiles mentales, las personas locas habían abandonado la razón y había que encerrarlas (Foucault, 1961; citado en Bourin, 2020).

Philippe Pinel vivió entre 1745-1826 (Bourin, 2020). Durante su vida, la población de personas con problemas mentales crece tanto, que en el 1785 se envía una circular en la que dice que se debe internar a estas personas y tratar de curarlas (Cousins y Hussain, 1984; citados en Bourin, 2020). Pinel llegó al hospital Bicetre en 1793 durante este contexto, donde se recibía a los enfermos mentales (Wallace y Gash, 2010; citados en Bourin, 2020).

Jean-Baptiste Pussin quien es el gobernador de las personas locas, le da a Pinel unas observaciones que van desde el primero de enero de 1784 hasta el último diciembre de 1792 sobre los pacientes y Pinel las usa para crear una clasificación de las patologías mentales (Bourin, 2020)

Pinel es considerado el padre de la psiquiatría moderna, pues de aquí en adelante empieza la medicalización de los padecimientos y observación de los enfermos (Bourin, 2020). Describe las patologías usando el mismo método analítico de los anatomistas y naturalistas y en menor medida por los síntomas (Weiner, 1992; citado en Bourin, 2020).

Pinel, en su “Tratado médico-filosófico sobre la locura o la manía”, escrito en 1801, nos plantea que las enfermedades mentales pueden tener causas hereditarias y ambientales, como lo serían las emociones fuertes y que es posible tratarlas siempre y cuando se pueda dialogar con los enfermos, porque esto es una señal de que aún se aferran a su cordura en cierta medida (Bourin, 2020).

En la segunda edición del Tratado médico-filosófico sobre la locura o la manía que se publicó en 1809, las enfermedades se explican incluyendo los comportamientos que van desde los más leves al más severo (Bourin, 2020).

Propone una clasificación de las patologías mentales y las divide en melancolía en la que las personas deliran sobre un tema específico, que puede ser la tristeza o alegría y excitación, la manía que causa un delirio sobre todos los temas de la vida, la demencia, donde las capacidades mentales se debilitan en todos los aspectos y finalmente la estupidez, donde las capacidades mentales están suprimidas (Bourin, 2020).

William Cullen influiría a Pinel en estudiar el sistema nervioso para explicar cómo se transmitían las sensaciones e irritaciones (Wolf, 2016; citado en Bourin, 2020).

Étienne Esquirol, quien vivió entre 1772-1840, fue un alumno de Pinel, que clasificó con mayor exactitud las enfermedades mentales y agudizó el término de melancolía (Bourin, 2020). La melancolía no es nada más que un temperamento en el que prevalece el sistema hepático y las ideas son constantes sobre un tema y existe una tristeza estable en la persona (Huertas, 2008; citado en Bourin, 2020).

Esquirol usa la palabra monomanía, para explicar que es una enfermedad en la que la persona tiene una idea fija sobre algo y existen dos tipos, primero la monomanía maníaca, en la que existe un delirio a medias, combinado con un estado de alegría y excitación y en segundo, la lipemanía (término que usaba para hablar de la melancolía) en la que hay nivel grave de delirio y está mantenida por un estado de tristeza que debilita y oprime a la persona (Bourin, 2020).

2.5.1 Concepto de trastorno depresivo en la segunda mitad del siglo XIX

Jean-Pierre Falret vivió entre 1794-1870 (Bourin, 2020). Las personas pasaban de estar maníacas a estar depresivas de forma repetitiva y le llamó a esto locura circular (Pichot, 2004; citado en Bourin, 2020).

2.5.2 Concepto de trastorno depresivo en la encrucijada de finales del siglo XIX: 1870-1920

Bénédict Augustin Morel vivió entre 1809-1873 (Bourin, 2020). La teoría de la generación está asociada a Benedict, pues hizo popular este término primero con su libro "Tratado sobre degeneraciones físicas, intelectuales y morales de la especie humana" publicado en 1857 y luego con su Tratado de enfermedades mentales en 1860 explica que las personas se pueden enfermar por factores del ambiente, sociales y morales negativas y se pueden adquirir en la niñez o ser heredadas (Bourin, 2020).

Benedict explicaba que la intoxicación, el estado de miseria o enfermedades como la malaria pueden causar enfermedades mentales (Bourin, 2020).

Valentin Magnan que vivió entre 1835-1916, creó una división para los enfermos mentales, en la que estaban por un lado los maníacos y melancólicos, y por lado los que tenían distintos niveles de limitación mental (Bourin, 2020).

Emile Kraepelin quien vivió entre 1856-1926, fue un médico alemán en los tiempos en que la psiquiatría de ese país está en sus mejores momentos (Bourin, 2020). Según Memoirs y Peters (2019), en su libro llamado introducción a la psiquiatría clínica publicada en 1907, hace una clasificación de los estados depresivos, en la que se encuentra, por ejemplo, términos como melancolía, en segundo lugar, estados circulares depresivos, tercero, estupor catatónico, cuarto, estados mixtos maníaco-depresivos y también excitación catatónica (Bourin, 2020).

Según Kraepelin, la melancolía es un estado definido por el trastorno depresivo ansioso y delirios diversos (Kraepelin, 1990; citado en Bourin, 2020). Las ideas más usuales son las de culpa y en otras ocasiones son las ideas hipocondriacas y llama a la gran mayoría de los trastornos delirantes demencia temprana, también crea la categoría maniaco-depresiva en la que los síntomas no son centrados en las ideas sino, en las emociones (Bourin, 2020).

La melancolía ahora se trata como una enfermedad real que no tiene nada que ver con lo filosófico o literario, dividiéndose entre el trastorno maniaco depresivo y el estado de psicosis maniaco depresiva (Bourin, 2020).

2.5.3 Concepto de trastorno depresivo en el siglo XX hasta la actualidad

La palabra melancolía deja de usarse por los psiquiatras y pasa en lenguaje común, significa un estado ensoñamiento y tristeza cómoda, pero entra las investigaciones del psicoanálisis con la reconocida obra de Sigmund Freud.

Sigmund Freud vivió entre 1856-1939 (Bourin, 2020). Con su grupo de estudiantes desarrollan el llamado psicoanálisis, tomando inspiración de los escritos de Karl Abraham en 1911 propone las similitudes entre el duelo y la melancolía. Freud, en su libro *Duelo y Melancolía* publicado en 1915 explica que, en la melancolía la persona se identifica a sí misma con algo que perdió y era muy preciado, generando una desesperación sin fin (Freud, 1917; citado en Bourin, 2020).

Para Freud, Abraham y Klein (otra discípula de Freud) la melancolía o Trastorno depresivo era lo que resultaba luego de un conflicto de tipo edípico o narcisista y era algo que se podía resolver, más no un estado en el que la persona no pudiera hacer nada (Bourin, 2020).

La asociación americana de psiquiatras crea el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales en 1952 (DeRubeis y Strunk, 2017). La American Psychiatric Association, con el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales I, juntó a los trastornos mentales afectivos como trastornos de estados ánimos graves junto con melancolía (APA, 1952; Citado en DeRubeis y Strunk, 2017), La APA entendía que el trastorno depresivo era una defensa psicológica contra la ansiedad y por tanto era causada por esta (DeRubeis y Strunk, 2017).

En el 1968 se crea el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales II y junto al estado psicótico de Trastorno depresivo con la manía siguiendo todavía las influencias de Kraepelin y seguían viendo a el trastorno depresivo no psicótica como una forma de defensa contra la ansiedad (DeRubeis y Strunk, 2017).

En 1980, con la publicación del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales III, se dio un paso drástico en lo que era la definición de Trastorno depresivo. Según APA, el trastorno depresivo requería pérdida del interés en actividades varias y por dos semanas experimentar en primer lugar, casi nada de apetito o una variación notable en el peso; (2) dormir mucho o poco; (3) movimientos motores sin un fin o retraso; (4) baja del deseo sexual; (5) sentirse cansado o desgastado; (6) sentimientos de que no sirve para nada, se autocritica a sí mismo sin ninguna utilidad; (7) disminución en la capacidad de pensar decidir y concentrarse; y (8) pensamientos de terminar con su vida (APA,1980; citado en DeRubeis y Strunk, 2017).

Los criterios para el trastorno depresivo permanecieron prácticamente sin cambios desde el DSM-III hasta el IV (DeRubeis y Strunk, 2017).

Los cambios del DSM-IV al DSM-5 son los siguientes: en el IV los trastornos bipolares (en los que hay alternancia entre los episodios maníacos y depresivos mayores) y depresivos están bajo una misma categoría y en el DSM-5 los separan en trastornos bipolares y los trastornos depresivos tienen su sección separada, de la que hablaremos más adelante, se elimina el término de episodios mixtos y se incorpora la etiqueta con características mixtas, se incorpora el síntoma de desesperanza como una descripción subjetiva del trastorno depresivo, se deja de excluir a las personas por haber sufrido un duelo en el diagnóstico de trastorno depresivo mayor, en lo que respecta a episodios depresivos mayores, la etiqueta de con características psicóticas se puede usar para el nivel leve y medio, además del acostumbrado nivel grave e incluso para la distimia, cuando se usa la especificación de angustia ansiosa, se usa para describir la ansiedad y pueden estar los niveles leves, moderados y graves (Park y Kim, 2019).

2.6 Diagnóstico de los trastornos depresivos

Descripción de los diferentes tipos de trastorno depresivo en el siglo XXI según la guía de diagnóstico del DSM-5.

Para poder hablar de los trastornos depresivos primero debemos conocer lo que es un episodio depresivo mayor, que es el que compone dichos trastornos y los episodios maníacos e hipomaníacos para saber lo que no compone a un trastorno depresivo mayor.

2.6.1 Componentes de los trastornos depresivos

Incluye estos síntomas

Episodio depresivo mayor. “Por lo menos dos semanas, el individuo se siente deprimido (o no puede disfrutar la vida) y tiene problemas para comer y dormir, sentimientos de culpa, poca energía, dificultad para concentrarse y pensamientos en torno a la muerte” (Morrison, 2015, p.108).

No incluye estos síntomas

Episodio maníaco:

Al menos una semana, la persona se siente eufórica (o en ocasiones solamente irritable), y puede tener ideas de grandeza, hablar en exceso, mostrarse hiperactiva y tender a la distracción. El mal juicio conduce a una disfunción social o laboral marcada; con frecuencia, los pacientes deben ser hospitalizados (Morrison, 2015, p.108).

Morrison, (2015) señala que el “Episodio hipomaníaco. Es muy similar a un episodio maníaco, pero más breve y menos intenso. No se requiere hospitalización” (p.109).

2.6.2 Tipos de trastornos depresivos y sus diagnósticos

Morrison, (2015) señala que el “Trastorno depresivo mayor. Estas personas no han cursado con episodios maníacos o hipomaníacos, pero han padecido uno o más episodios depresivos mayores. El trastorno depresivo mayor puede ser recurrente o un episodio único” (p.109).

Ahora se señala el “Trastorno depresivo persistente (distimia). No existen fases de exaltación, y dura mucho más que el trastorno depresivo mayor típico. Esta variedad de Trastorno depresivo no suele tener gravedad suficiente para considerarse un episodio de Trastorno depresivo mayor” (Morrison, 2015, p.109)

Morrison, (2015) señala que el “Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo. El estado de ánimo de un niño se mantiene negativo entre explosiones temperamentales frecuentes e intensas” (p.109).

Aquí se define el “Trastorno disfórico premenstrual. Algunos días antes de la menstruación, una mujer experimenta síntomas de Trastorno depresivo y ansiedad”. (Morrison, 2015, p.109)

Trastorno depresivo debido a otra afección médica, es cuando el episodio depresivo está causado por una enfermedad médica y neurológica (Morrison, 2015).

Aquí se define el Trastorno depresivo inducido por sustancia/medicamento. “El alcohol y otras sustancias (intoxicación o abstinencia) pueden inducir síntomas depresivos; no necesitan cubrir los criterios para alguno de los trastornos mencionados” (Morrison, 2015, p.109).

Otro trastorno depresivo especificado o no especificado, en que el paciente experimenta el trastorno depresivo en una forma no presentada en ninguno de los otros diagnósticos o simplemente otro diagnóstico en el que el trastorno depresivo está presente (Morrison, 2015).

2.7 Etiologías del trastorno depresivo

La causa del trastorno depresivo se ha intentado explicar desde diversas disciplinas científicas, como lo son la psicología y psiquiatría en sus perspectivas psicoanalíticas, interpersonales, conductuales, cognitivas y metacognitiva. También las perspectivas diátesis estrés y la neuropsiquiatría dan sus explicaciones sobre las causas del trastorno depresivo y las presentaremos todas.

2.7.1 Teorías etiológicas del trastorno depresivo desde la perspectiva psicológica

Distintos autores dentro de las escuelas psicoanalítica, conductual, interpersonal y cognitiva han ofrecido explicaciones sobre cómo se desarrolla el trastorno depresivo, aquí explicaremos lo más breve posible sus postulados, solo con el fin de conocerlos, y al final elegiremos el modelo que entendemos, más se ajusta a los intereses de esta investigación.

2.7.2 Teorías Psicodinámicas del trastorno depresivo

Para Abrahán, los elementos que predisponen a una persona a el trastorno depresivo son traumas en la infancia e inclinación hacia el enojo y el trastorno depresivo se desarrolla porque toda esa hostilidad se dirige a la persona misma que la siente en cuestión (Abrahán, 1911, 1924; citado en Busch, Rudden y Shapiro, 2016).

Para Sigmund Freud, padre del psicoanálisis, el factor predisponente del trastorno depresivo es perder a alguien querido por el cual se tenían sentimientos amor y odio debido a características que la persona amaba y odiaba en la persona fallecida, y cuando esa persona muere, la otra introduce características de la otra persona, tanto las que generan afecto, como las que generan odio, para “evitar” la pérdida, pero como no solo introduce lo positivo, sino que introduce lo negativo, empieza a criticar las características negativas introducidas en sí mismo que antes pertenecían a la otra persona, lo cual desencadena un ataque al sí mismo (Freud, 1917; citado en Busch et al., 2016).

Rado, decía que los factores que predisponen a una persona a el trastorno depresivo es la necesidad de que otras personas lo aprobaran y la persona desarrolla el trastorno depresivo porque al no encontrar la aprobación de los demás se dice a sí misma que es inútil, también las conductas que se consideran buenas (como ser paciente) aprendidas de otras personas, se instalan en el super ego haciendo que este ataque a las conductas malas (como enojarse) que están instaladas en la percepción del ego de la misma, haciendo que la persona se juzgue a sí misma si llegase a enojarse (Rado 1928; citado en Busch et al., 2016).

Bibring, explicaba que las personas estaban predispuestas a desarrollar Trastorno depresivo cuando se falla en suplir las necesidades de dependencia en su etapa de niñez, y también la discrepancia entre su yo actual y el cómo le gustaría ser desarrollan Trastorno depresivo en la misma, en otras palabras, la incapacidad de ser como quiere y de recibir los afectos que quiere (Bibring, 1953; citado en Busch et al., 2016).

En palabras de Jacobson, lo que predispone a la Trastorno depresivo, es que los padres de la persona no le dieran suficiente aceptación, que no hubiera comprensión de sus emociones y la ambivalencia hacia otras personas (Jacobson, 1954, 1971, 1975; citado en Busch et al., 2016).

El paciente según Jacobson, sufre de ira hacia sus padres por estas decepciones, pero como no les quiere hacer daño dirige su ira hacia sí mismo y se obliga a controlar su ira perfectamente, la segunda estrategia para protegerlos y para no sufrir de baja autoestima es idealizarlos como personas que si le dan ese cariño que le hace falta, entonces cuando no se cumplen estos ideales que solo estaban en su mente la persona se enoja esto le recuerda a cuando la trataban mal y también se da cuenta de que no puede controlarse como había planeado, estos dos sentimientos desarrollan el trastorno depresivo en la persona (Jacobson, 1954, 1971, 1975; citado en Busch et al., 2016).

Stone, hablaba de que el factor predisponente es una relación perturbada con la madre en la primera infancia en la que no se atienden sus necesidades y precisamente esta perturbación causa hostilidad reactiva y hace que se desarrolle un superego severo en dicho paciente y ese más tarde desarrolla el trastorno depresivo (Stone 1986; citado en Busch et al., 2016).

Sandler y Joffe, teorizaban que el factor predisponente era la idealización de una situación o personas a la que se le tiene amor y cuando esta siente que ha perdido esa situación o persona amada y la felicidad que esto les traía y sintiéndose incapaces de deshacer esa pérdida se deprimen, haciendo énfasis en que mientras más idealizada estuviera la persona o la situación mayor será el trastorno depresivo (Sandler y Joffe, 1965; citado en Busch et al., 2016).

Berner, explicaba que la predisposición a el trastorno depresivo podría deberse a varios factores que incluían a los mencionados por otros psicoanalistas y el trastorno depresivo es una forma de autocastigo por tener deseos de competencia, sexuales o agresivos, al principio la agresión está dirigida hacia la persona que lo castigaba por tener estos, pero luego se vuelve hacia la persona misma en cuestión llegando a maltratarse a sí mismo mentalmente (Berner, 1975,1979; citado en Busch et al., 2016).

Según Kohut, las personas de pequeñas quieren compartir sus sentimientos con sus padres y estos al no responder de manera empática dejan a la misma con sentimientos de vacío y esto genera Trastorno depresivo, para defenderse del vacío crean una imagen falsa y grandiosa en su mente de sí mismos y de otras personas, pero cuando experimentan decepciones al ver que esto no es verdad sufren de baja autoestima (Kohut, 1971; citado en Busch et al., 2016).

Bowlby, nos explica que cuando el apego no se puede desarrollar por la pérdida de un padre se desarrolla el trastorno depresivo y también cuando este apego, no se puede desarrollar, puesto que las relaciones con los padres no son estables, no brindan seguridad, aceptación y su comportamiento es crítico con tales, se crea un modelo del yo en el que la persona se ve a sí misma como inadecuada e incapaz de ser amada y ver a los demás como poco empáticos (Bowlby, 1969, 1980; citado en Busch et al., 2016).

Fonagy y Target, nos explican que una persona que desarrolla apego inseguro y esto lleva a la disminución en la capacidad para interpretar las conductas y motivos en uno mismo y las demás personas y esto produce que anticipemos la pérdida, los fracasos y el ser rechazados (Fonagy y Target, 1997; citado en Busch et al., 2016).

Como se puede leer todos estos teóricos del psicoanálisis teorizan sobre factores que predisponen a el trastorno depresivo y dinámicas que al ser resueltas pueden resolver el problema.

2.7.3 Teorías interpersonales del trastorno depresivo

Coyne, nos propone que las personas con Trastorno depresivo buscan comprobar la aprobación y aceptación de los demás hacia ellos, porque tienen dudas sobre si son importantes para los demás, las personas al principio responden sin problemas a las demandas de cariño y lo demuestran, pero la persona depresiva no se queda tranquila y vuelve a pedir que le prueben que los quieren y esto se llega a repetir tanto que esas personas que antes demostraban cariño se alejan y eso hace que la inseguridad y el trastorno depresivo en la persona aumente y busque más apoyo en un ciclo sin fin (Coyne, 1976a, 1976b; citado en DeRubeis y Strunk, 2017).

Sullivan, creó una teoría circular de comportamientos interpersonales en la que por un lado estaban los comportamientos de dominancia y su opuesto, la sumisión y por otro lado el amor o cuidado y su opuesto la frialdad, combinando estos se crean los siguientes comportamientos, cariño excesivo por las personas, ser demasiado intrusivos, dominadores, gran inclinación a la venganza, ser demasiado secos emocionalmente, evitar sociabilizar, no tener capacidad de ser asertivos y ser personas que dejan explotar (Sullivan, 1953; citado en DeRubeis y Strunk, 2017).

Vittengl, Clark y Jarrett, usaron esta teoría para explicar el comportamiento interpersonal predominante de las personas con Trastorno depresivo y se descubrió que estos tenían un estilo de falta de asertividad y se dejaban explotar (Vittengl, Clark y Jarrett, 2003; citado en DeRubeis y Strunk, 2017).

Otro estudio de Cain y colaboradores, en el que entre los grupos comparados los que tenían un estilo interpersonal sumiso presentaban mayor grado de cronicidad y peor funcionamiento en sus vidas (Cain et al., 2012; citado en DeRubeis y Strunk, 2017).

Otro modelo llamado la teoría de la generación del estrés, propone que las personas que tienen Trastorno depresivo sufren más eventos estresantes que las personas que no están deprimidas, porque poseen ciertas conductas, pensamientos y rasgos del trastorno depresivo que los predisponen a ellos, entonces estos eventos estresantes hacen que el trastorno depresivo aumente más y con eso las características que predisponen a eventos estresantes, creando un círculo sin fin (DeRubeis y Strunk, 2017).

Según la teoría de las relaciones íntimas la salud mental de la persona está influida por la calidad de sus relaciones amorosas y dicha calidad influencia en la salud mental del individuo como se habla en el siguiente párrafo (DeRubeis y Strunk, 2017).

Cuando existe un mal funcionamiento de la relación entre una pareja se producen un incremento en el estrés entre los dos y por tanto disminuye su apoyo mutuo lo que predispone a el trastorno depresivo (Beach, Sandeen y O'Leary, 1990; citado en DeRubeis y Strunk, 2017).

Parecida a esta, es la teoría de las relaciones familiares en la que un individuo deprimido puede desarrollar más Trastorno depresivo por mal funcionamiento familiar (Miller et al., 1992; citado en DeRubeis y Strunk, 2017).

También, se explica que las familias con personas deprimidas son categorizadas como familias menos sanas en general (Friedmann et al., 1997; citado en DeRubeis y Strunk, 2017).

Por último, la teoría de las emociones expresadas explica que los familiares de pacientes con Trastorno depresivo intentan cambiar a las pacientes (DeRubeis y Strunk, 2017).

Cuando estos fallan, empiezan a criticar a los pacientes y a dirigirles hostilidad y esto causa la recaída de los mismos (Según Hooley, 2007; citado en DeRubeis y Strunk, 2007).

Estos modelos parecen ser más mecanismos de mantenimiento del trastorno depresivo que un origen en sí por todo lo expuesto anteriormente.

2.7.4 Teorías conductuales del trastorno depresivo

Para introducir las teorías conductuales sobre la depresión introduciremos la siguiente frase del libro de Amparo Belloch Manual de Psicopatología Volumen II:

Los enfoques conductuales de los trastornos depresivos comparten una misma base teórica en las teorías del aprendizaje, en especial en el condicionamiento operante. Con ligeras matizaciones, las teorías conductuales enfatizan la idea original de Skinner (1953) de que la principal característica de la depresión es una reducción generalizada en la frecuencia de las conductas. (Skinner, 1953; citado en Belloch, Sandín y Ramos, 2009, p.275).

Ahora continuamos con los modelos de algunos autores dentro del enfoque conductual.

Según Charles Ferster, el trastorno depresivo tiene como su principal elemento, una disminución de los comportamientos que se refuerzan de manera positiva (Ferster, 1965, 1973; citado en Belloch et al., 2009).

Siguiendo los pensamientos de Frester entendemos que se refiere a la disminución de las reuniones con los amigos y otras actividades sociales o ir a trabajar en proyectos que generan dinero.

Frester explicaba cuatro factores que desarrollaban el trastorno depresivo y son en primer lugar, cambios rápidos en el ambiente que generan pérdidas del estímulo discriminante para realizar un gran número de conductas, segundo, cuando se debe trabajar excesivamente para obtener el refuerzo, tercero, un círculo sin fin, en el que cuando una conducta aprendida que produce refuerzos se deja de usar por falta de reforzamiento en varias situaciones, y como se deja de usar se empieza a perder habilidad en dicha conducta y lo próxima vez que se intenta utilizar es más difícil que se consigan los reforzadores y por eso se deja de usar más y ya no se consiguen los reforzadores por lo que persona cesa su actividad, cuarto, cuando no se tienen ejemplos suficientes que enseñan las personas como se obtienen los reforzadores y haciendo que las personas obtengan refuerzo en pocas ocasiones o ninguna (Ferster, 1965, 1973; citado en Belloch et al., 2009).

Para Ferster el mantenimiento de esta reducción de conductas parece operar bajo el refuerzo positivo, en que la persona se aleja porque no consigue los refuerzos positivos y también para en las situaciones en las que no solo se consigue una falta de recompensas, sino un estímulo aversivo, (como las burlas) evitar los estímulos aversivos y ser un reforzador negativo (Ferster, 1973; citado en Belloch et al., 2009).

Para Lazarus el trastorno depresivo es causada porque los reforzadores obtenidos por las distintas conductas realizadas, no son suficientes o adecuados para aplicarlos a la persona (Lazarus, 1968; citado en Williams, 1992).

Pero no se había especificado si la palabra inadecuados se refería a que tanto se reforzaba la conducta o la calidad de dichos reforzadores (Williams, 1992).

Lewinsohn, explicaba que el trastorno depresivo se desarrolla por la escasez o desaparición de refuerzos positivos después de una conducta que las hiciera repetirse, que está causada en primer lugar porque el ambiente no ofrece una cantidad suficiente de refuerzos positivos, segundo, no tener las habilidades sociales para conseguir dichos refuerzos positivos y tercero que el individuo si tenga las habilidades sociales pero que no las pueda usar por la ansiedad social y por tanto no obtengas dichos refuerzos (Lewinsohn, 1974, 1976; citado en Belloch et al., 2009).

Para Lewinsohn, la conducta depresiva se sostendría de manera estable a corto plazo si las personas de su ambiente responden a esta con un refuerzo positivo, como cuidados y cariño expresado a esta persona, pero a largo plazo dichas personas se cansarían y dejarían de ofrecer tales refuerzos y esto generaría un círculo sin fin como el explicado arriba por Frester y el trastorno depresivo se mantendría y quizás aumente si las condiciones lo permiten (Lewinsohn, 1974, 1976; citado en Belloch et al., 2009).

Charles Costello, explicaba que las personas desarrollaban Trastorno depresivo tenían como característica principal la extinción generalizada del interés por al ambiente que los rodea, porque los reforzadores circundantes en este ambiente perdían su grado de efectividad, Costello indica que en primer lugar, los cambios internos en la bioquímica de la persona y en su neurofisiología y segundo, en una cadena conductual en la que se requieren varios estímulos discriminativos (Hablando desde el conductismo operante) para concretar una determinada conducta, un par de estos desaparecen e interrumpen la cadena, eliminando dicha conducta, pues un reforzador que viene después de la Respuestas provocada por el estímulo discriminativo, solo serán efectivo cuando está en combinación con otros reforzadores que completen el ciclo, cuando de encadenamientos conductuales se habla (Costello, 1972; citado en Belloch et al., 2009).

Según Nezu y Peri, cuando una persona tiene una baja habilidad para resolver los problemas es posible que desarrolle síntomas depresivos (Nezu y Peri, 1989; citado en Castro, 2018).

Nezu y Ronan plantean que la habilidad para resolver problemas podría mediar entre el estrés y el trastorno depresivo (Nezu y Ronan, 1989; citado en Castro, 2018).

También Nezu agrega que cuando a las personas se le presentan situaciones estresantes y no se generan soluciones a tal problema, se prevé que en un futuro se tendrán consecuencias negativas porque nunca se encontró esta solución y entonces se desarrollará el trastorno depresivo (Nezu, 1987; citado en Castro, 2018).

2.7.5 Teorías cognitivas de los trastornos depresivos

Las teorías cognitivas primeramente comparten la misma visión en la que los procesos cognitivos son la clave para encontrar inicio, desarrollo y recuperación del trastorno depresivo (citado en Belloch et al., 2009).

Según Ingram y Wisnicki, se han creado tres divisiones o categorías de teorías cognitivas sobre el trastorno depresivo y son las que incluyen el procesamiento de la información, las que involucran lo cognitivo con lo social y las teorías cognitivas y conductuales (Ingram y Wisnicki, 1991; citado en Belloch et al., 2009).

A. Teorías del procesamiento de información

Estas teorías describen al ser humano como un sistema que procesa toda la información que le llega, porque como el mundo es un lugar cambiante, requiere que las personas se adapten, el ser humano constantemente va cambiando su realidad seleccionando, codificando, almacenando y recuperando toda la información que se le presente (citado en Belloch et al., 2009).

Beck explica que en las personas con Trastorno depresivo existe una alteración en el funcionamiento correcto del procesamiento de la información, que hacen que los eventos negativos que normalmente se responden con tristeza pasajera y abatimiento se interpreten por los depresivos como eventos que aplican a todo los aspectos de la vida, que son constantes y no se pueden solucionar, creando la llamada tríada cognitiva negativa en la que la persona se ve a sí misma, al mundo y al futuro de manera desesperanzadora y terrible, lo que a su vez termina con sentimiento de tristeza con mayor duración, constancia y fuerza impidiendo que la persona se logre adaptar de buena manera a su entorno (Belloch et al., 2009).

Para introducir el modelo Trastorno depresivo de Teasdale se debe explicar el modelo las de las redes asociativas de Bower, en el que cada emoción de las personas está contenida en un nodo o punto central en la memoria y cada uno de estos nodos de tristeza, felicidad, ira y demás emociones, tiene asociados experiencias particulares como, la secuencia común de Respuestas autonómicas, las palabras que definen a su emoción, también elementos cognitivos como pensamientos, creencias y recuerdos asociados con dicha emoción, además de otras cogniciones contienen que definiciones de momentos que hacen surgir esa emoción, que se han creado a partir de sucesos en la vida temprana, en las que se han asociado dichas cogniciones con ese sentimiento específico (Bower, 1981; citado en Belloch et al., 2009).

Entonces según Bower (1981) Cuando se activa por ejemplo el nodo de la emoción tristeza o tristeza excesiva, se activan todos los elementos antes mencionados en la categoría de tristeza o tristeza excesiva (Trastorno depresivo) que son obviamente negativas (Bower, 1981; citado en Belloch et al., 2009).

Para John Teasdale, con su hipótesis de la activación diferencial que creó usando la teoría de Beck y un modelo de redes asociativas de Bower, explica que cuando se activa el nodo de tristeza excesiva (Trastorno depresivo) se empieza por experimentar dicha emoción que se extiende luego a los elementos mencionados arriba (como los cognitivos) y si estos nodos cognitivos reactivan nuevamente el nodo de tristeza, este a su vez volverá a reactivar el nodo de las cogniciones negativas creando un círculo vicioso (Teasdale, 1983, 1988; citado en Belloch et al., 2009).

Entonces, para John Teasdale, no importa mucho el evento específico que generó estrés sino el proceso que lo intensifica y lo mantiene (Teasdale 1983, 1988; citado en Belloch et al., 2009).

B. Teorías cognitivo-sociales

Martin Seligman, con su teoría de la indefensión aprendida explica que cuando la persona empieza a pensar que ya no tiene control sobre su ambiente en cualquiera de sus aspectos, es motivo suficiente para desarrollar Trastorno depresivo que pueden ser causados en primer lugar por una historia de aprendizaje en la que no se pudieron controlar las situaciones presentadas y segundo, que la persona sea reforzada sin que antes haya hecho nada por lo que no desarrolla las habilidades necesarias para conseguirlo por su cuenta (Seligman, 1975; citado en Belloch et al., 2009).

Lynn Abramson, Martin Seligman y John Teasdale, renovaron la teoría de la indefensión aprendida porque no explicaba la baja autoestima, el hecho de que las personas depresivas se culparan de sus fallos, porque los síntomas del trastorno depresivo eran tan graves y se extendían a varias áreas y por último no explicaba por qué las personas desarrollan un estado de ánimo depresivo (Lynn Abramson, Martin Seligman y John Teasdale, 1978; citado en Belloch et al., 2009).

Para resolver estos problemas Abramson y su equipo explicaron que solamente las situaciones que no podían controlar no eran suficientes para generar Trastorno depresivo sino, que era necesario que la persona atribuyera esa falta de control a sí mismo causando una disminución de la autoestima, cosa que no pasaría si esta atribuyera la falta de control a un factor externo, en el primer caso como la causa de la in-controlabilidad era el mismo, esto se extendería al futuro en otras situaciones y por eso tendría los síntomas de Trastorno depresivo por más tiempo y a todos los lugares y por último que el estado de ánimo depresivo se explicaría si el suceso que se quiere controlar es muy deseable o el suceso que se quiere evitar es muy aversivo (Lynn Abramson, Martin Seligman y John Teasdale, 1978; citado en Belloch et al., 2009).

Por último, Abramson y su equipo, explicaron que una condición en la que las personas presentaban una tendencia a culparse por la in-controlabilidad de las situaciones, era un factor cognitivo de vulnerabilidad hacia el trastorno depresivo presente en los depresivos, más no en personas sanas (Lynn Abramson, Martin Seligman y John Teasdale, 1978; citado en Belloch et al., 2009).

La teoría de la desesperanza de Lynn Abramson, Geraid Metalsky y Lauren Alloy, vino a resolver tres problemas de la teoría de la indefensión aprendida que eran, en primer lugar, no se exponía una teoría del trastorno depresivo que estaba unida, segundo, no incluía los descubrimientos sobre que el trastorno depresivo está desarrollada por diferentes causas y tercero, que no une de forma efectiva los descubrimientos de la psicología social, de las investigaciones sobre personalidad y las cogniciones (Lynn Abramson, Geraid Metalsky y Lauren Alloy, 1989; citado en Belloch et al., 2009).

Para resolver el primer problema explicarían que lo primero es un evento negativo y no uno de tipo incontrolable (como se postula en la teoría de la indefensión aprendida), entonces tanto las atribuciones que la persona hace acerca de esos sucesos negativos y a la importancia que le da, provocan que se desarrolle la desesperanza y los síntomas del trastorno depresivo por desesperanza que son tardanza de las Respuestas voluntarias, tristeza, intentos de suicidio, escasez de energía, indiferencia, lentitud de los movimientos, poco o mucho sueño, disminución en la capacidad para concentrarse, cogniciones de tipo negativo, decremento de la autoestima y dependencia de otras personas (citado en Belloch et al., 2009).

Para resolver el segundo problema explican el trastorno depresivo es causada por desesperanza, en la que el sujeto tiene pensamientos de que ocurrirán cosas malas (desesperanza) sumado la expectativa de que no podrá hacer nada para controlar esos eventos, por lo que este modelo funcionaria para explicar las depresiones en las que desesperanza era un factor principal (citado en Belloch et al., 2009).

Para resolver el tercer problema explicaron que la persona toma información situacional usando como base a la psicología social de manera que si la persona piensa que esa situación la pasa a pocas personas, que sucede de manera constante y sucede de manera generalizada son factores que incrementa el desarrollo de la desesperanza y también explicaron que el estilo de atribución interno antes mencionado como una parte de las diferencias de las personas es un factor que contribuye al desarrollo del trastorno depresivo como factor de la personalidad (citado en Belloch et al., 2009).

Susan Nolen Hoeksema nos habla sobre su teoría de los estilos de Respuestas en la que se explica una forma en la que el trastorno depresivo se mantiene y no la causa de la misma, de manera que el trastorno depresivo se mantiene por que las personas responden a los síntomas depresivos concentrándose solo en estos en lugar de intentar distraerse, todo esto aprendido de los padres y causado porque el ambiente no enseñó estrategias de Respuestas más adaptativas (Hoeksema, 1991; citado en Belloch et al., 2009).

C. Teorías conductuales-cognitivas

Para explicar la teoría de Rehm primero explicaremos la teoría de Kanfer, que es el modelo que este usa para integrar elementos de las teorías de Lewinsohn, Beck y Seligman, en el modelo de Kanfer las personas para cambiar una conducta pasan por un proceso de auto observación en el que observan la conducta a cambiar, un proceso de auto evaluación en el que comparan la conducta actual con la que quieren tener dominada para ver las discrepancias y una fase en la que se autorrecompensa si está cumpliendo con la meta y se castiga si no lo está haciendo (Kanfer, 1970; citado en Belloch et al., 2009).

Lynn Rehm, con su teoría del autocontrol basándose en Kanfer, Lewinsohn, Beck y Seligman explica que las personas depresivas en primer lugar han perdido una fuente de reforzamiento que el ambiente ofrecía como causa principal, sumado a esto, como factores de vulnerabilidad, tienen deficiencias en la capacidad de auto observación, pues prestan más atención a los eventos negativos que a los positivos porque ven el mundo de una manera más negativa y solo se fijan en las consecuencias actuales y no a largo plazo, por lo que solo se enfocan en la parte negativa del presente, segundo, deficiencias en la autoevaluación pues se plantean metas irreales y cuando fallan se perciben de peor manera que antes y además de que atribuir los fracasos y sucesos negativos a uno mismo y los positivos a factores externos como se había explicado más arriba es otro factor predisponente a tal Trastorno depresivo y tercero causado por los dos factores explicados anteriormente, deficiencias en la capacidad para auto reforzarse pues o se castigan demasiado o se recompensan en una frecuencia baja (Rehm, 1977; citado en Belloch et al., 2009).

Para Rehm, estas deficiencias se adquieren en el proceso de socialización del individuo y debido a que son estables se podrían encontrar antes de que la persona sufra de Trastorno depresivo, ya que como se mencionó arriba, los déficits son el factor de vulnerabilidad (Rehm, 1977; citado en Belloch et al., 2009).

Lewinsohn, Hoberman, Teri y Hautzinger, con su nueva teoría, pero siguiendo su tradición conductual explica, que primero aparece un suceso estresante y éste desarma los patrones de conducta adaptativos que antes tenía sin que este pueda desarrollar nuevos patrones de conducta que sustituyan a los anteriores, entonces al no poder desarrollar nuevas conductas, se genera un malestar emocional, la persona pierde capacidad para obtener los reforzadores positivos y evitar las experiencias aversivas, luego aumentan las autocríticas y eso a su vez incrementa el sentimiento de disforia o Trastorno depresivo que provoca Respuestas conductuales, cognitivas y emocionales relacionadas con la Trastorno depresivo, que crea un círculo sin fin (Lewinsohn, Hoberman, Teri y Hautzinger, 1985; citado en Belloch et al., 2009).

Lewinsohn, Hoberman, Teri y Hautzinger, como características de vulnerabilidad a la Trastorno depresivo, ser de sexo femenino, edad entre 20-40 años, historia anterior de Trastorno depresivo, bajas capacidades de afrontamiento, gran sensibilidad a los sucesos estresores, tener poco dinero, inclinación a auto observarse, autoestima disminuida, facilidad para activar esquemas de pensamientos depresivos sobre uno mismo, ser una persona dependiente de otras, que la mujer tenga hijos menores de 7 años, (Lewinsohn, Hoberman, Teri y Hautzinger, 1985; citado en Belloch et al., 2009).

Lewinsohn, Hoberman, Teri y Hautzinger, proponen como factores que protegen, verse a sí mismo con grandes habilidades sociales, experimentar muchos eventos considerados positivos y tener una persona en la que confiar (Lewinsohn, Hoberman, Teri y Hautzinger, 1985; citado en Belloch et al., 2009).

2.7.6 Teoría meta-cognitiva sobre el trastorno depresivo

Esta teoría no se centra en los procesos cognitivos como generadores del trastorno depresivo, sino que explica como la forma en la que reaccionamos a dichos procesos es la que mantiene y agrava una tristeza común hasta convertirla en un trastorno.

Para Wells, el desencadenante puede ser cualquier sensación pasajera de fatiga, perder la motivación o tristeza, luego le llega la idea de que para combatir esto, es beneficioso rumiar sobre esos síntomas (pensamientos meta-cognitivos positivos), rumia por un buen tiempo, lo cual genera Trastorno depresivo y piensa que está perdiendo el control (pensamientos meta-cognitivos negativos), este pensamiento provocando que para combatir esta Trastorno depresivo utilice la misma rumia (sin saber que es la causante) y le cause y mantenga más Trastorno depresivo, atrapándolo en un círculo patológico que puede durar mucho tiempo (Wells, 2016).

También los síntomas de Trastorno depresivo pueden generar un nuevo ciclo por su propia cuenta (Wells, 2016).

Tabla 1*Resumen de las teorías psicológicas del trastorno depresivo.*

Psicodinamicas	Interpersonales	Conductuales	Cognitivas	Metacognitivas
El trastorno depresivo es por causa de algún conflicto interno que la persona no ha resuelto.	Problemas en la manera de socializar generan y predisponen al Trastorno depresivo.	La persona ha perdido la capacidad para conseguir reforzadores o el ambiente ya no se los proporciona.	La manera en la que personas interpretan lo que le pasa es lo que genera Trastorno depresivo.	Es lo que la persona piensa de sus propios sentimientos e ideas lo que genera Trastorno depresivo.

Tabla 1, resumen de las teorías psicológicas del trastorno depresivo, (Elaboración: propia).

2.8 Etiología psico-biológica del trastorno depresivo

Según Belloch y sus colaboradores, el trastorno depresivo termina siendo el resultado de la convergencia entre factores de tipo neuroanatómicas, neuroquímicos, endocrinológicos además del ambiente y también relaciones interpersonales que termina causando cambios en los patrones de neurotransmisión entre ambos hemisferios y el sistema límbico y esto a su vez modifica los circuitos del cerebro que ofrecen las recompensas y los castigos (Belloch et al., 2009).

La desregulación de las monoaminas que transmiten las noradrenalinas y serotoninas, también de la acetilcolina y las endorfinas, por lo que se producen alteraciones conductuales, neurovegetativas y endocrinas, como en la secreción de cortisol, la hormona tiroidea y del crecimiento (Belloch et al., 2009).

Esto termina afectando las relaciones interpersonales del individuo y resto de su ambiente por lo que se afectan los neurotransmisores de manera negativa nuevamente, creando un círculo patológico sin fin que acrecienta y mantiene el trastorno depresivo (Belloch et al., 2009).

2.8.1 Etiología del trastorno depresivo desde la perspectiva neuropsicológica

Villa Rodríguez y sus colaboradores, nos explican que desde esta perspectiva no existe una sola causa del trastorno depresivo, sino que puede estar causado en primer lugar por ejemplo deficiencia en los neurotransmisores de monoamina en específico la norepinefrina y la serotonina, segundo, una variación en los receptores de los neurotransmisores monoaminérgicos, causado por agotamiento de estos neurotransmisores monoaminérgicos, tercero, déficit pseudo-monoaminérgico causado por una insuficiencia en la transducción de la señal del neurotransmisor de monoaminérgicos a su neurona correspondiente post-sináptica en la presencia de un número normal de los receptores y los neurotransmisores (Villa Rodríguez, Navarro Calvillo y Villaseñor Cabrera, 2017).

2.8.2 Etiología del trastorno depresivo desde la perspectiva diátesis-estrés

Para una gran cantidad de psiquiatras el trastorno depresivo es de causa multifactorial, entonces los factores genéticos juegan un papel importante, aunque no se sabe con exactitud en qué nivel, pues podrían afectar en la regulación de las Respuestas neuronales a las emociones, el temperamento y como las personas responden a los eventos estresantes de la vida (Harrison, Cowen, Burns y Fazel, 2018).

También experiencias en la niñez de tipo aversivo, como los maltratos de los padres pueden moldear la personalidad de manera en que estos buscaran soportar los eventos estresantes de la vida predisponiéndolos, por ejemplo, a buscar o no apoyo en los demás, para lidiar con dichos efectos (Harrison et al., 2018).

También experiencias en la niñez pueden enseñar al eje hipotalámico-pituitario-suprarrenal a responder a las experiencias de estrés de una manera que propicie el desarrollo de los trastornos del estado de ánimo (Harrison et al., 2018).

Los elementos que predisponen a las personas a desarrollar trastornos del estado de ánimo son experiencias aversivas (como la pérdida de algún ser querido), y algunos tipos de enfermedades físicas y por ejemplo la intimidación y aislamiento social puede hacer a una persona más vulnerable a dicha Trastorno depresivo (Harrison et al., 2018).

Entonces el impacto que estos eventos aversivos precipitantes tengan sobre la persona depende en buena parte de la personalidad, experiencias de la vida en la niñez y los genes como se había señalado antes (Harrison et al., 2018).

Cabe decir que se han sugerido dos maneras fisiopatológicas en que los eventos precipitantes mencionados (pérdida de un ser querido y otros más) llevan a la persona a desarrollar síntomas de Trastorno depresivo, siendo el primero psicológico y el segundo neurobiológico, estos mecanismos no se excluyen entre ellos, sino que mientras más se comprende la base neuronal para el procesamiento de la información emocional más convergen en el campo de la fisiopatología (Harrison et al., 2018).

Las anomalías en el procesamiento neural de las emociones, explican sesgos emocionales que se encuentran con normalidad en el trastorno depresivo y otros síntomas expresados por la persona en su estado depresivo (Harrison et al., 2018).

Según Harmer y colaboradores, Áreas cerebrales de relevancia reciben una fuerte inervación de las neuronas de monoaminas y el manejo de la neurotransmisión del 5 h-t y noradrenalina puede modificar el procesamiento emocional en niveles neurales como conductuales (Harmer et al., 2009; citado en Harrison et al., 2018).

Eso puede explicar el papel que juegan los cambios de monoamina en la fisiopatología del trastorno depresivo y porque una manipulación de las monoaminas resulta en un alivio para algunos pacientes depresivos (Harrison et al., 2018).

Finalmente, según todos los hallazgos se concluye que en el trastorno depresivo mayor intervienen factores genéticos, del ambiente y relaciones interpersonales modificándose unos a otros de manera directa e indirecta (Harrison et al., 2018).

2.8.3 Etiología del trastorno depresivo desde la perspectiva neuropsiquiátrica

Según la neuropsiquiatría el trastorno depresivo se ve producida por varios factores incluyendo en primer lugar los trastornos mentales depresivos en la clasificación del DSM-5 ya mencionados , segundo, algunos fármacos como corticosteroides, a-interferón, y otros fármacos más, tercero, enfermedades neurológicas como enfermedad de Parkinson, Huntington, Wilson, enfermedades cerebrovasculares, esclerosis múltiple entre otras enfermedades orgánicas (Arciniegas, Yudofsky y Hales, 2018).

Tabla 2.

Resumen de las teorías diátesis estrés, neuropsiquiátrica, psicobiológica y neuropsicológica.

Teorías neuropsicológicas	Teorías psicobiológicas, diátesis estrés.	Perspectiva neuro psiquiátrica.
El trastorno depresivo está causado por la desregulación de varios químicos en el cerebro sin que uno solo sea el responsable.	Estas teorías tienen en común en que combinan elementos psicológicos, ambientales, genéticos.	Más que una teoría, solo se fijan en que el trastorno depresivo puede ser generado por una enfermedad del cerebro, un golpe u otra enfermedad médica.

Tabla 2, resumen de las teorías diátesis estrés, neuropsiquiátrica, psicobiológica y neuropsicológica, (Elaboración propia).

2.9 Contextualización.

El primer sujeto con coronavirus República Dominicana se identifica en la fecha del 22 de febrero del 2020 (Ministerio de salud pública, 2020).

Por otra parte, las fronteras seguían abiertas y los viajes permitían que el coronavirus se propagara.

Por consiguiente, el 19 de marzo del 2020 se aprobó la resolución 62-20 que además de suspender todos los vuelos y actividades comerciales, suspendió también las actividades académicas orientando que los estudiantes desde ese momento debían tomar las clases online (Presidencia de la República Dominicana, 2020).

En su boletín especial número 102 el ministerio de salud pública de la República Dominicana ha reportado que los casos de COVID-19 se mantienen en aumento ya que los reportados ascienden a la cifra 31, 816, los fallecidos 733, recuperados 17, 280 (Ministerio de salud pública, 2020, p.1).

Por otra parte, la OMS (2020) señala que “Aunque algunas soluciones de la medicina occidental o tradicional, así como remedios caseros pueden resultar reconfortantes aliviando síntomas leves de la COVID-19, hasta ahora ningún medicamento ha demostrado prevenir o curar la misma”.

Es decir que los estudiantes se encuentran recibiendo clases online en espera de una vacuna que pueda frenar la pandemia desencadenada por el COVID-19.

CAPÍTULO # 3 MARCO METODOLÓGICO

3.1 Perspectiva metodológica

Enfoque.

Enfoque es de tipo mixto, pues incluye elementos de tipo cuantitativo con resultados numéricos y por otra parte incluye un enfoque cualitativo con el propósito de comprender la actitud, la opinión de los sujetos seleccionados como muestra.

3.2 Diseño de investigación.

El tipo de diseño es no experimental pues no se van a manipular ninguna de las variables estudiadas, sino que solo se medirán, pues la pandemia es algo que se puede controlar sino observar.

El tipo de investigación no experimental será de tipo transversal pues solo se van a medir los síntomas de trastorno depresivo en un solo momento de la investigación.

3.3 tipo de investigación.

Es de alcance descriptivo pues que se hablara lo más detalladamente posible de los síntomas y signos relacionados con el trastorno depresivo.

3.4 Unidad de análisis, población, muestra y tipo de muestreo

3.4.1 Unidad de análisis.

Estudiantes universitarios de la carrera de psicología mención clínica que están en cuarentena por COVID-19, que asisten a clases virtuales.

3.4.2 Población.

Estudiantes universitarios de la carrera de psicología mención clínica que están en cuarentena por COVID-19 y que asisten a clases virtuales en la universidad nacional pedro Henríquez Ureña en Santo Domingo República Dominicana en el 2020 en el cuatrimestre septiembre-diciembre.

3.4.3 Muestra seleccionada.

Estudiantes de psicología mención clínica que asisten a clases de manera virtual de la universidad nacional pedro Henríquez Ureña en Santo Domingo República Dominicana cuatrimestre septiembre y diciembre en el 2020 que hayan llenado la prueba de manera voluntaria.

3.4.4 Tipo de muestreo.

La muestra está conformada por persona que accedieron de manera voluntaria a participar en la investigación.

3.4.5 Tamaño de la población

Trescientos sesenta y seis estudiantes de psicología mención clínica.

3.4.6 Tamaño de la muestra.

Ochenta y seis estudiantes de la carrera de psicología mención clínica.

3.4.7 Proceso de selección de la muestra.

Se realizó una muestra por voluntariado, por lo cual no se hizo ningún proceso de selección de la muestra.

3.4.8 Criterios de inclusión.

Estudiantes que hayan llenado el test completo.

Estudiantes de psicología mención clínica

Estudiantes de la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña

3.4.9 Criterios de exclusión

Estudiantes que no hayan llenado el test completo

Estudiantes que no sean de la carrera de psicología mención clínica

Estudiantes que no sean de la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña

3.5 Fuentes primarias o secundarias.

Las fuentes de la investigación serán primarias, pues se accederá de manera directa a las personas por medio de encuestas online que luego nos mandaran para ser analizadas.

3.6 Métodos de investigación.

El método de investigación será análisis, pues se analizará como se encuentra el estado de negatividad y sufrimiento en las personas que hayan cumplido con los criterios de inclusión.

3.7 Técnicas e instrumentos utilizados.

Se utilizó la técnica de la encuesta para datos sociodemográficos y se le sumó el inventario de trastorno depresivo de Beck- 2 el cual posee de 21 ítems y duración de 5 a 10 minutos, que los estudiantes pueden llenar sin intervención del psicólogo y también ha sido validado para la población de la República Dominicana, pero cuenta con ciertas limitaciones, porque la población fue de conveniencia, aun así, es la única herramienta para medir el trastorno depresivo que posee algún grado de validación en el país.

Se usó una encuesta creada por los propios investigadores para medir datos sociodemográficos y socioeconómicos.

Los investigadores crearon una escala para medir el miedo a infectarse por coronavirus que tiene la intención de crear una idea sobre las emociones de miedo a infectarse por coronavirus que los estudiantes pudieran tener, pero no es una medida estandarizada y válida por lo que también cuenta con limitaciones.

También se aplicó el BDI-II, pero pidiendo a los estudiantes de esta investigación que pensarán en los síntomas antes de la cuarentena por COVID-19 que puede perder de objetividad dado al tiempo transcurrido, pero que tiene la única finalidad de comparar los síntomas antes y durante la cuarentena por lo cual esta comparación carece de validez total, pero cumple con el objetivo de que crearse una idea de los síntomas antes y durante.

La manera en la que se aplicó el test es la de encuesta online, en la que se aplicará a la mayor cantidad de estudiantes después de sus clases online.

Propiedades psicométricas del test BDI-II.

En un estudio realizado para probar la validez y confiabilidad del DBI-II en 797 personas de la población general y 243 personas de la población clínica que padece trastorno depresivo. Dado que la muestra para validar este test se hizo a conveniencia, las respuestas de las mediciones deberán ser comparados con test mejor validados que hayan tenido procesos aleatorios de selección de la muestra, pero se usará en esta ocasión, ya que es la única herramienta para medir el trastorno depresivo con algún grado de validación disponible.

Consistencia interna.

Se utilizó el coeficiente de Cronbach α para evaluar, Tanto la escala general, como la consistencia interna de todos los factores y las respuestas fueron $\alpha = .78$ en la dimensión cognitiva, $\alpha = .77$ para la somática y $\alpha = .70$ para la afectiva (García-Batista, Guerra-Peña, Cano-Vindel, Herrera-Martínez, Medrano, 2018).

En lo que respecta las correlaciones ítem-total corregidas, para la dimensión cognitiva estuvo entre .45 y .62, la somática entre de .42 y .56 y la afectiva entre .37 y .55. (García-Batista et al., 2018).

Concluyendo que la escala total fué la que presentó un número superior a .80 siendo $\alpha = .89$ y su correlación ítem total corregida fué de entre .37 y .62. (García-Batista et al., 2018).

Validez de grupo conocido.

Para cumplir el objetivo de arrojar pruebas sobre la validez con variables externas, se contrastaron las puntuaciones de BDI-II que sacó la población general de 797 personas contra la población de hospital de 243 personas, por medio de la prueba t de Student con corrección Holm-Bonferroni (García-Batista et al., 2018).

Se encontraron diferencias estadísticas marcadas con los promedios más altos para la muestra hospitalaria y estas diferencias aumentaban cuando se divide a la muestra del hospital y se centra en la muestra de los 86 participantes en consulta psiquiátrica (García-Batista et al., 2018).

Se observaron los promedios más altos en la puntuación general del BDI-II y su promedio fue de 16.91 con una desviación estándar de 11.62 y; $t(881) = 7.49$; $p < 0.01$, para la dimensión cognitiva un promedio de = 5.02 y una desviación estándar de = 4.31 y un ; $t(881) = 6.33$; $p < 0.01$, para la dimensión somática un promedio de 8.24 con la desviación estándar de 5.35 y $t(881) = 5.87$; $p < 0.01$, la afectiva tuvo un promedio de 3.65 una desviación estándar de 3.15 y $t(881) = 8.17$; $p < 0.01$. (García-Batista et al., 2018).

Con un tamaño más grande del efecto sobre los distintos valores d de cohen, en la d general un .80, la d cognitiva .64, la d somática .71 y por último la d de la dimensión afectiva .82(García-Batista et al., 2018).

En conclusión, el nivel de fiabilidad interna para las escalas cognitiva, afectiva y somática junto con la escala general, fue de moderada a alta y la validez para factores externos también se demostró, pues pudieron diferenciar entre la población del hospital y general. (García-Batista et al., 2018).

3.8 Métodos y técnicas de análisis de datos.

El método utilizado para analizar los datos será calcular los porcentajes de las informaciones recolectadas usando Microsoft Excel para mostrar los datos de manera simplificada y resumida.

3.9 Fases del Proceso de la Investigación.

Paso #1(junio)- conceptualizar el problema de investigación, delimitar el problema, crear las preguntas, objetivos, justificación del tema delimitado, y explicar las posibles limitaciones.

Paso #2 (Julio)- investigar sobre los antecedentes de sobre las investigaciones del problema a nivel internacional y nacional, teorías sobre el problema de investigación, contextualización del problema de investigación, el tipo de estudio, el enfoque, el alcance, los métodos utilizados para recolectar y analizar los datos, el cronograma

Paso #3 (agosto-septiembre-octubre- noviembre y diciembre)- aplicación de los instrumentos para recolectar los datos y analizarlos.

Paso #4 (enero-2021)-presentación de los Respuestas y conclusiones.

3.10. Cuadro de operacionalización de las variables

En esta sección se pasa a explicar las variables que se estudiaron en esta investigación y sus indicadores, la fuente de la cual se recabarán los datos y la categoría a la que pertenece cada una de ellas.

En la sección de definición de las variables solo se usará la definición oficial de la organización mundial de la salud, pero como las demás variables se midieron mediante un test que los investigadores crearon y estos eligieron las variables, solo se describieron con las palabras de los investigadores, aunque usando por encima de todo la lógica e intentando describirlas con rigurosidad.

Variable	Definición de variable	Indicador	Fuente	Escala de medición
Trastorno depresivo	Trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración	Calificación total en el test de Trastorno depresivo de Beck BDI-II de todas las subescalas de Trastorno depresivo.	Estudiantes de psicología mención clínica de la UNPHU.	Ordinal
Factores socio-demográficos	Son el sexo, la religión y la edad.	Respuestas en el cuestionario online, en la subsección específica de factores demográficos	Estudiantes de psicología mención clínica de la UNPHU.	Nominales y de razón respectivamente
Factores académicos	Son el promedio académico y la actitud hacia los estudios virtuales	Respuestas en el cuestionario online, en la subsección específica de factores académicos.	Estudiantes de psicología mención clínica de la UNPHU.	Razón y nominal
Factores socioeconómicos	Son elementos referentes al dinero y la sociedad que en este caso es el nivel de ingreso de los mismos sujetos.	Respuestas en el cuestionario online, en la subsección específica de factores socioeconómicos.	Estudiantes de psicología mención clínica de la UNPHU.	Razón
Ayuda psicológica	El nivel en que la persona busca ayuda de un profesional de la psicología para superar el trastorno depresivo	Respuestas en el cuestionario online, en la subsección específica de recursos psicológicos usados	Estudiantes de psicología mención clínica de la UNPHU.	Dicotómica
Nivel de miedo a infectarse por coronavirus	Grado en que una persona tiene sentimientos de miedo por la posibilidad a infectarse por el coronavirus	Respuestas en el cuestionario online, en la subsección específica de miedo al COVID-19	Estudiantes de psicología mención clínica de la UNPHU.	Razón
Días semanales pasadas en cuarentena	Cantidad estimada por la persona de días semanales que pasó en cuarentena (sin salir de su casa)	Respuestas en el cuestionario online, en la subsección específica de horas señales pasadas dentro de la casa	Estudiantes de psicología mención clínica de la UNPHU.	Razón

CAPÍTULO #4 RESPUESTAS, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1 Presentación cuantitativa y cualitativa de los Respuestas

A continuación, se reportarán los Respuestas de la prevalencia de Trastorno depresivo en la actualidad y luego antes de cuarentena, para luego realizar una comparación entre estos.

Tabla 1.

Prevalencia de tristeza en estudiantes de psicología mención clínica en cuarentena por COVID-19.

1. Tristeza (En cuarentena)

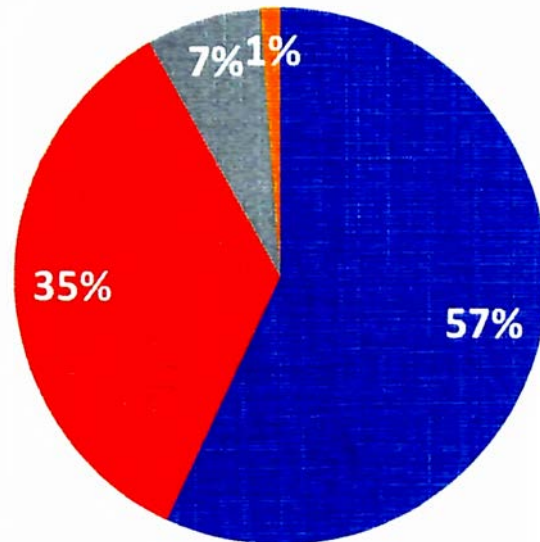
Respuestas	Respuesta de la muestra	porcentajes
0) No me siento triste.	49	57%
1) Me siento triste gran parte del tiempo.	30	35%
2) Estoy triste todo el tiempo.	6	7%
3) Estoy tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.	1	1%
Totales	86	100%

Prevalencia de tristeza en estudiantes de psicología mención clínica en cuarentena por COVID-19, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, septiembre-diciembre 2020, República Dominicana (Elaboración: propia).

El 57% reporta que no se siente triste, 35% se siente triste gran parte del tiempo, 7% está triste todo el tiempo y el 1% está tan triste o es tan infeliz que no puede soportarlo.

Gráfico 1

1. Tristeza (En cuarentena)



- 0 No me siento triste.
- 1 Me siento triste gran parte del tiempo.
- 2 Estoy triste todo el tiempo.
- 3 Estoy tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

Prevalencia de tristeza en estudiantes de psicología mención clínica en cuarentena por COVID-19, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, septiembre-diciembre 2020, República Dominicana (Elaboración: propia).

Aquí se pueden ver de manera grafica los datos analizados más arriba, representado por colores según los niveles de intensidad del síntoma.

Tabla 2.

Prevalencia de pesimismo en estudiantes de psicología mención clínica en cuarentena por COVID-19.

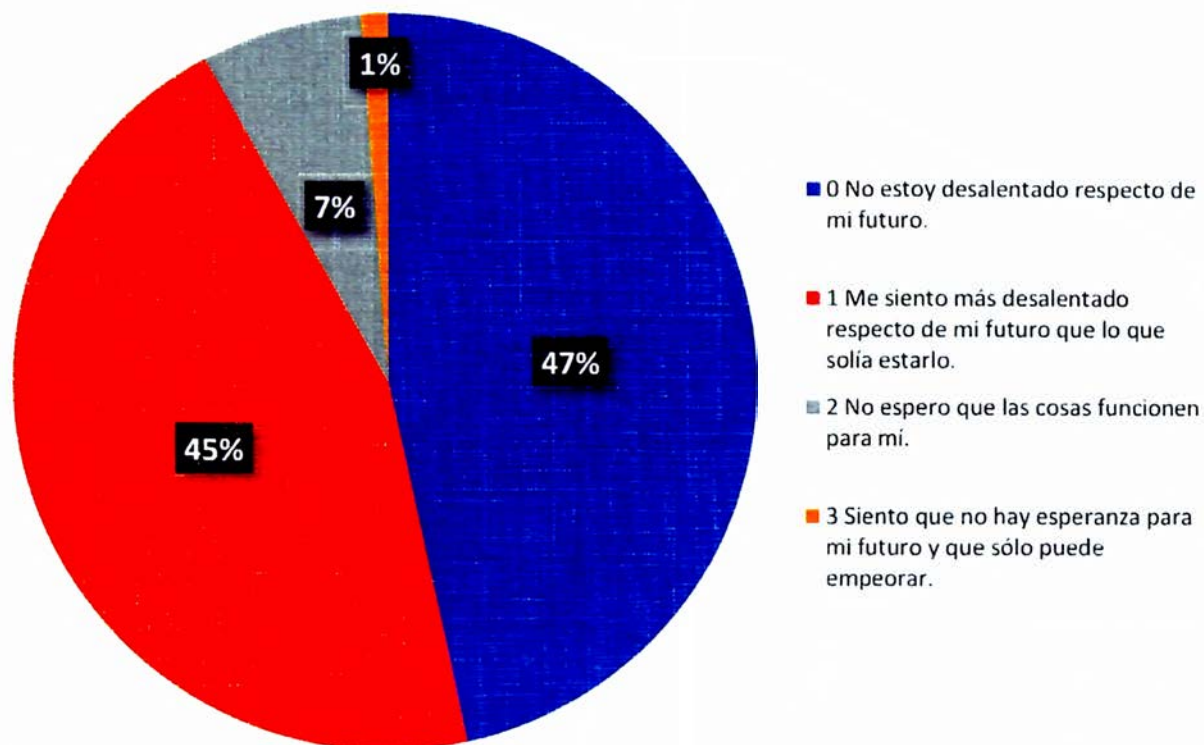
2. Pesimismo (En cuarentena)		
Respuestas	Respuesta de la muestra	Porcentajes
0) No estoy desalentado respecto de mi futuro.	40	47%
1) Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.	39	45%
2) No espero que las cosas funcionen para mí.	6	7%
3) Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.	1	1%
Totales	86	100%

Prevalencia de pesimismo en estudiantes de psicología mención clínica en cuarentena por COVID-19, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, septiembre-diciembre 2020, República Dominicana (Elaboración: propia).

El 47% no está desalentado respecto a su futuro, 45% se siente más desalentado respecto a su futuro de lo que solía estarlo, 7% no espera que las cosas funcionen para ellos, 1% siente que no hay esperanza para su futuro que solo puede empeorar.

Gráfico 2

2. Pesimismo (En cuarentena)



Prevalencia de pesimismo en estudiantes de psicología mención clínica en cuarentena por COVID-19, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, septiembre-diciembre 2020, República Dominicana. (Elaboración: propia).

Aquí se pueden ver de manera gráfica los datos analizados más arriba, representado por colores según los niveles de intensidad del síntoma.

Tabla 3.

Prevalencia de sentimientos de fracaso en estudiantes de psicología mención clínica en cuarentena por COVID-19

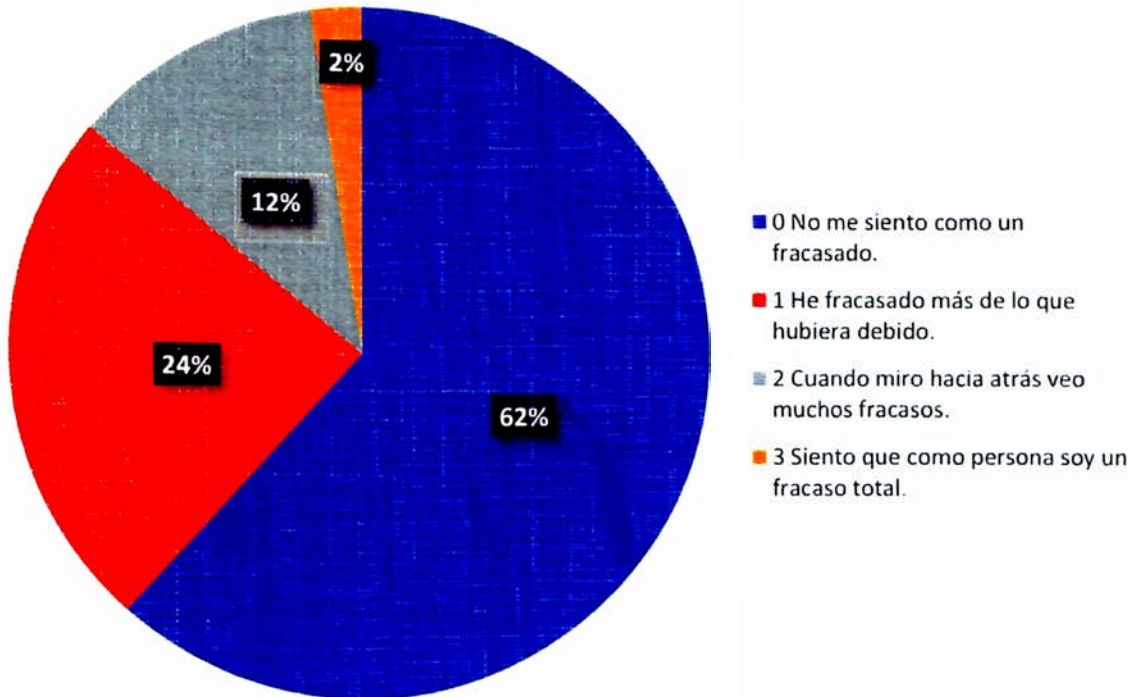
3. Fracaso (En cuarentena)		
Respuestas	Respuesta de la muestra	Porcentaje
0) No me siento como un fracasado.	53	62%
1) He fracasado más de lo que hubiera debido.	21	24%
2) Cuando miro hacia atrás veo muchos fracasos.	10	12%
3) Siento que como persona soy un fracaso total.	2	2%
Totales	86	100%

Prevalencia de sentimientos de fracaso en estudiantes de psicología mención clínica en cuarentena por COVID-19, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, septiembre-diciembre 2020, República Dominicana (Elaboración: propia).

El 62% no se siente como un fracasado, 24% siente que ha fracasado más de lo que hubiera debido, 12% cuando mira hacia atrás ve muchos fracasos y el 2% siente que como persona es un fracaso total.

Gráfico 3

3.Fracaso (En cuarentena)



Prevalencia de sentimientos de fracaso en estudiantes de psicología mención clínica en cuarentena por COVID-19, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, septiembre-diciembre 2020, República Dominicana (Elaboración: propia).

Aquí se pueden ver de manera gráfica los datos analizados más arriba, representado por colores según los niveles de intensidad del síntoma.

Tabla 4.

Prevalencia de pérdida de placer en estudiantes de psicología mención clínica en cuarentena por COVID-19

4. Pérdida de placer (En cuarentena)

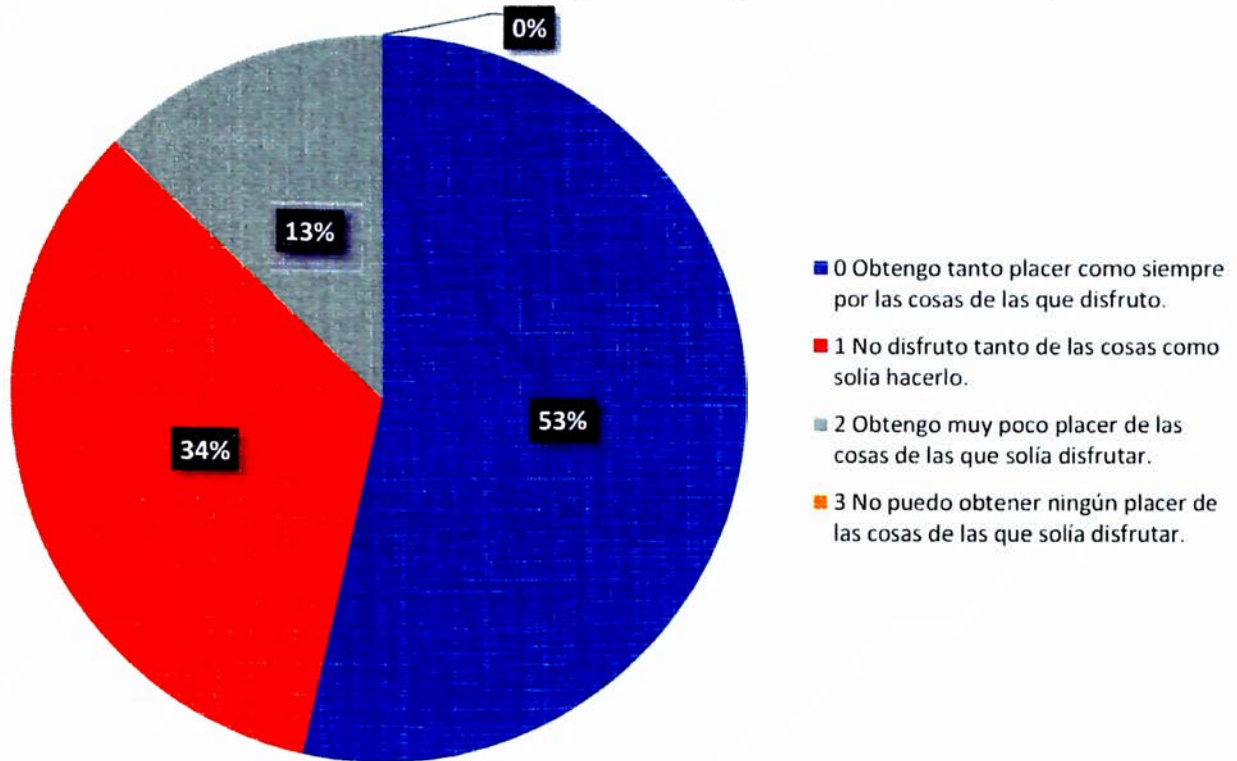
Respuestas	Respuesta de la muestra	Porcentajes
0) Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.	46	53%
1) No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.	29	34%
2) Obtengo muy poco placer de las cosas de las que solía disfrutar.	11	13%
3) No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.	0	0%
Totales	86	100%

Prevalencia de pérdida de placer en estudiantes de psicología mención clínica en cuarentena por COVID-19, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, septiembre-diciembre 2020, República Dominicana (Elaboración: propia).

El 53% obtiene tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruta, 34% no disfruta tanto de las cosas como solía hacerlo, 13% obtiene muy poco placer de las cosas de las que solía disfrutar y el 0% no puede obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

Gráfico 4

4. Pérdida de placer (En cuarentena)



Prevalencia de pérdida de placer en estudiantes de psicología mención clínica en cuarentena por COVID-19, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, septiembre-diciembre 2020, República Dominicana (Elaboración: propia).

Aquí se pueden ver de manera gráfica los datos analizados más arriba, representado por colores según los niveles de intensidad del síntoma.

Tabla 5.

Prevalencia de sentimientos de culpa en estudiantes de psicología mención clínica en cuarentena por COVID-19,

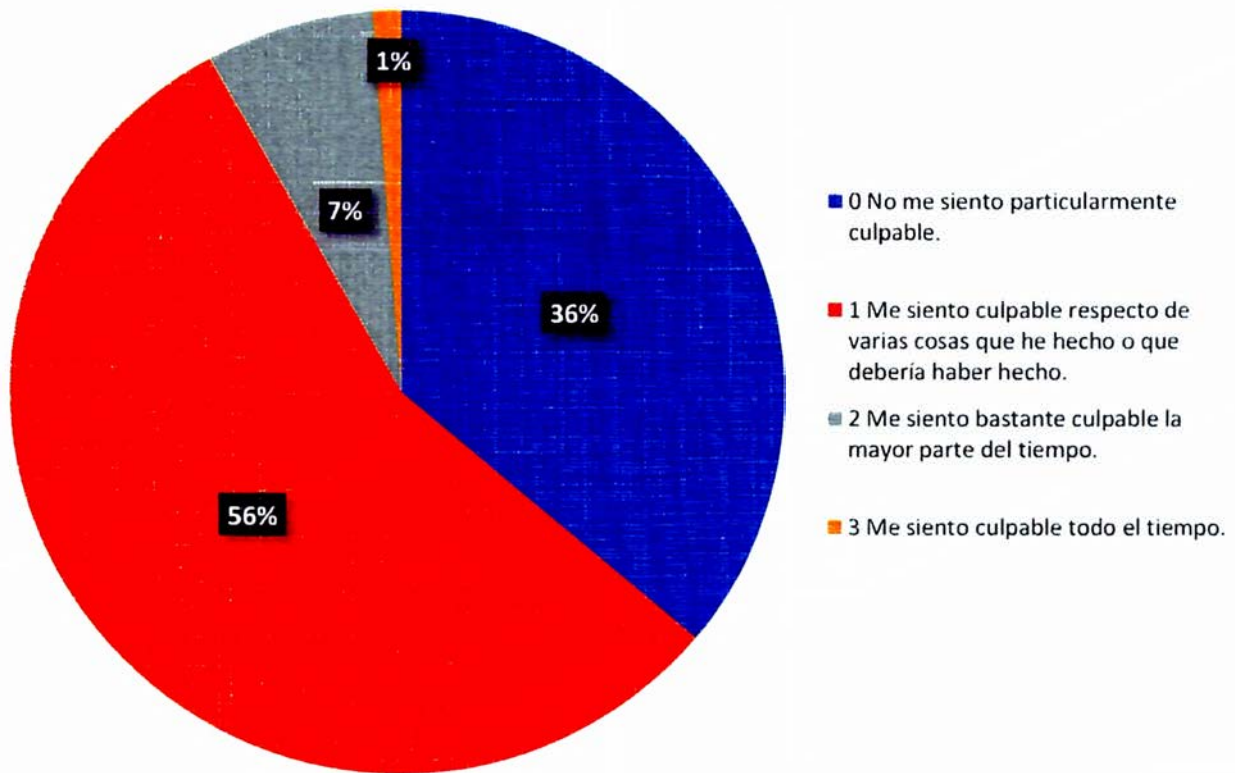
5. Sentimientos de culpa (En cuarentena)		
Respuestas	Respuesta de la muestra	Porcentajes
0) No me siento particularmente culpable.	31	36%
1) Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.	48	56%
2) Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.	6	7%
3) Me siento culpable todo el tiempo.	1	1%
Totales	86	100%

Prevalencia de sentimientos de culpa en estudiantes de psicología mención clínica en cuarentena por COVID-19, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, septiembre-diciembre 2020, República Dominicana (Elaboración: propia).

El 36% no se siente culpable, 56% se siente culpable respecto de varias cosas que ha hecho o que debería haber hecho, 7% se siente bastante culpable la mayor parte del tiempo y el 1% se siente culpable todo el tiempo.

Gráfico 5

5.Sentimientos de culpa (En cuarentena)



Prevalencia de sentimientos de culpa en estudiantes de psicología mención clínica en cuarentena por COVID-19, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, septiembre-diciembre 2020, República Dominicana (Elaboración: propia).

Aquí se pueden ver de manera gráfica los datos analizados más arriba, representado por colores según los niveles de intensidad del síntoma.

Tabla 6

Prevalencia de sentimientos de castigo en estudiantes de psicología mención clínica en cuarentena por COVID-19

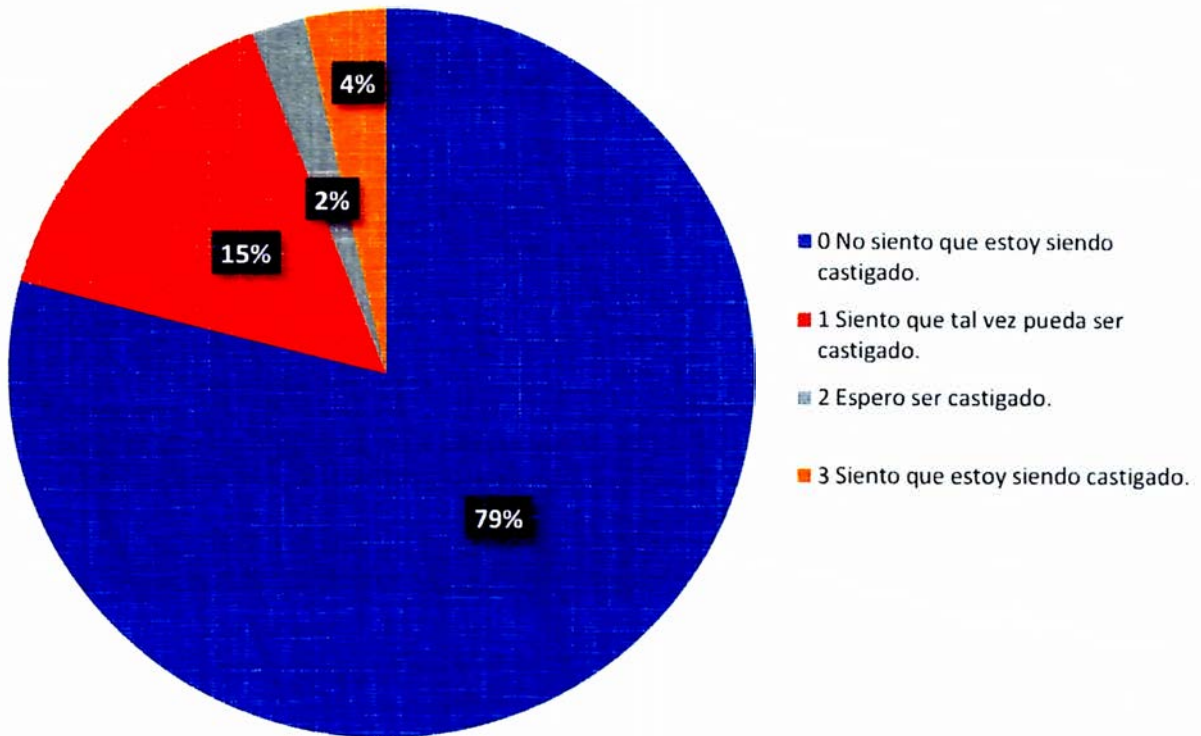
6. Sentimientos de castigo (En cuarentena)		
Respuestas	Respuesta de la muestra	Porcentajes
0) No siento que estoy siendo castigado.	68	79%
1) Siento que tal vez pueda ser castigado.	13	15%
2) Espero ser castigado.	2	2%
3) Siento que estoy siendo castigado.	3	4%
Totales	86	100%

Prevalencia de sentimientos de castigo en estudiantes de psicología mención clínica en cuarentena por COVID-19, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, septiembre-diciembre 2020, República Dominicana (Elaboración: propia).

El 79% no siente que esté siendo castigado, 15% siente que tal vez pueda ser castigado, 2% espera ser castigado y el 4% siente que está siendo castigado.

Gráfico 6

6.Sentimientos de castigo (En cuarentena)



Prevalencia de sentimientos de castigo en estudiantes de psicología mención clínica en cuarentena por COVID-19, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, septiembre-diciembre 2020, República Dominicana (Elaboración: propia).

Aquí se pueden ver de manera gráfica los datos analizados más arriba, representado por colores según los niveles de intensidad del síntoma.

Tabla 7.

Prevalencia de disconformidad con uno mismo en estudiantes de psicología mención clínica en cuarentena por COVID-19

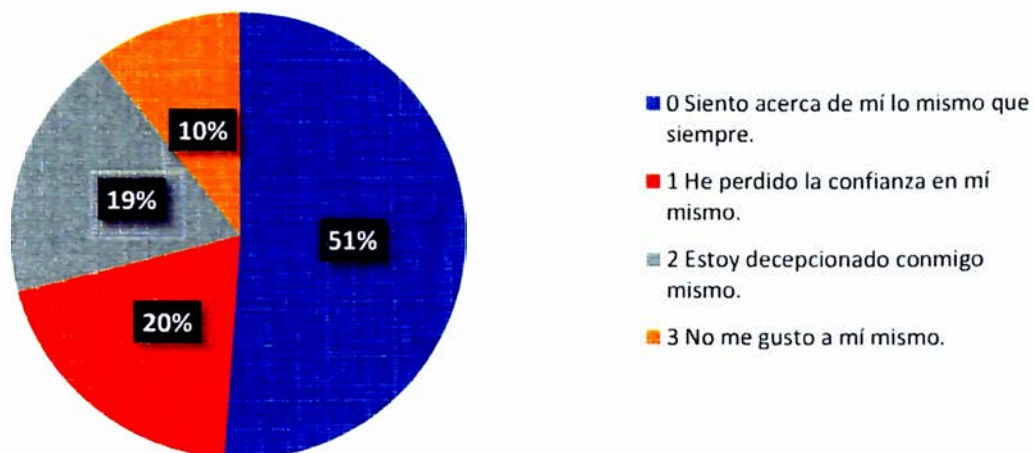
7. Disconformidad con uno mismo (En cuarentena)		
Respuestas	Respuesta de la muestra	Porcentajes
0) Siento acerca de mí lo mismo que siempre.	44	51%
1) He perdido la confianza en mí mismo.	17	20%
2) Estoy decepcionado conmigo mismo.	16	19%
3) No me gusto a mí mismo.	9	10%
Totales	86	100%

Prevalencia de disconformidad con uno mismo en estudiantes de psicología mención clínica en cuarentena por COVID-19, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, septiembre-diciembre 2020, República Dominicana (Elaboración: propia).

El 51% siente acerca de sí, lo mismo que siempre, 20% ha perdido la confianza en sí mismo, 19% está decepcionado consigo mismo y el 10% no se gusta a sí mismo.

Gráfico 7

7. Disconformidad con uno mismo (En cuarentena)



Prevalencia de disconformidad con uno mismo en estudiantes de psicología clínica en cuarentena por COVID-19, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, septiembre-diciembre 2020, República Dominicana (Elaboración: propia).

Aquí se pueden ver de manera gráfica los datos analizados más arriba, representado por colores según los niveles de intensidad del síntoma.

Tabla 8.

Prevalencia de autocrítica en estudiantes de psicología mención clínica en cuarentena por COVID-19.

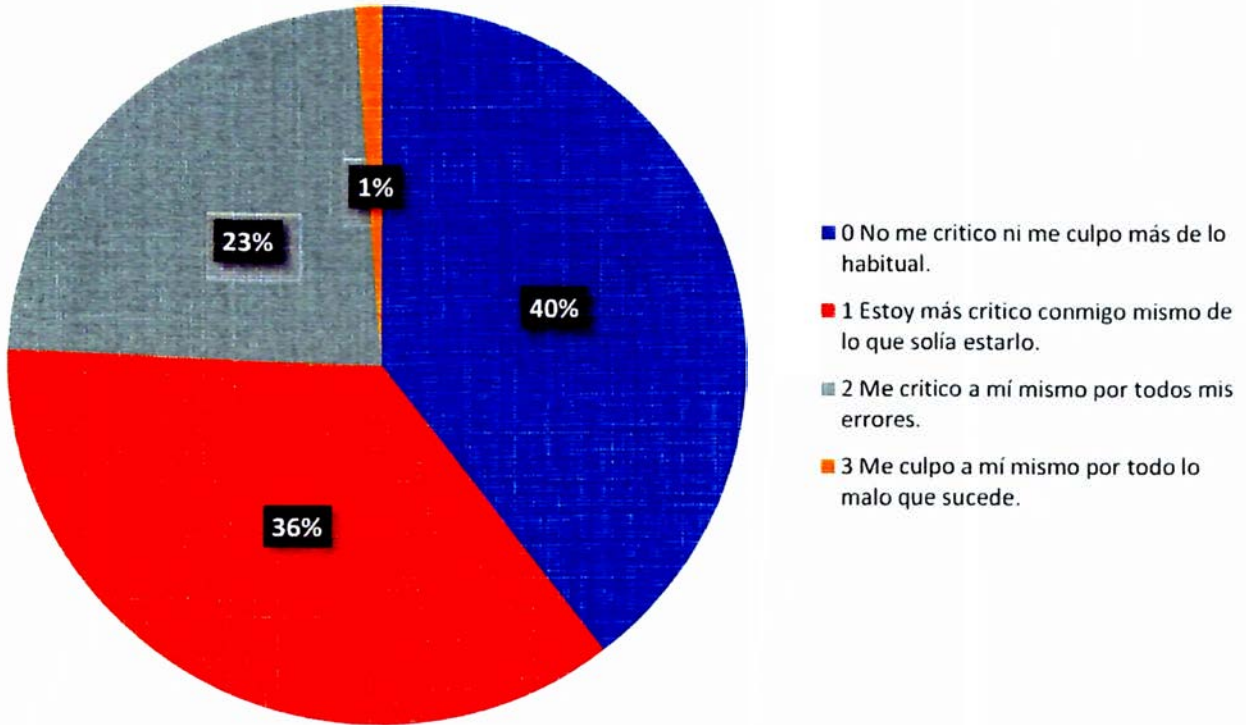
8. Autocrítica (En cuarentena)		
Respuestas	Respuesta de la muestra	Porcentajes
0) No me critico ni me culpo más de lo habitual.	34	40%
1) Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo.	31	36%
2) Me critico a mí mismo por todos mis errores.	20	23%
3) Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.	1	1%
Totales	86	100%

Prevalencia de autocrítica en estudiantes de psicología mención clínica en cuarentena por COVID-19, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, septiembre-diciembre 2020, República Dominicana (Elaboración: propia).

El 40% no se critica ni se culpa más de lo habitual, 36% está más crítico consigo mismo de lo que solía estarlo, 23% se critica a sí mismo por todos sus errores y el 1 % se culpa sí mismo por todo lo que sucede.

Gráfico 8

8. Autocrítica (En cuarentena)



Prevalencia de autocrítica en estudiantes de psicología mención clínica en cuarentena por COVID-19, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, septiembre-diciembre 2020, República Dominicana (Elaboración: propia).

Aquí se pueden ver de manera gráfica los datos analizados más arriba, representado por colores según los niveles de intensidad del síntoma.

Tabla 9.

Prevalencia de pensamiento o deseos suicidas en estudiantes de psicología mención clínica en cuarentena por COVID-19

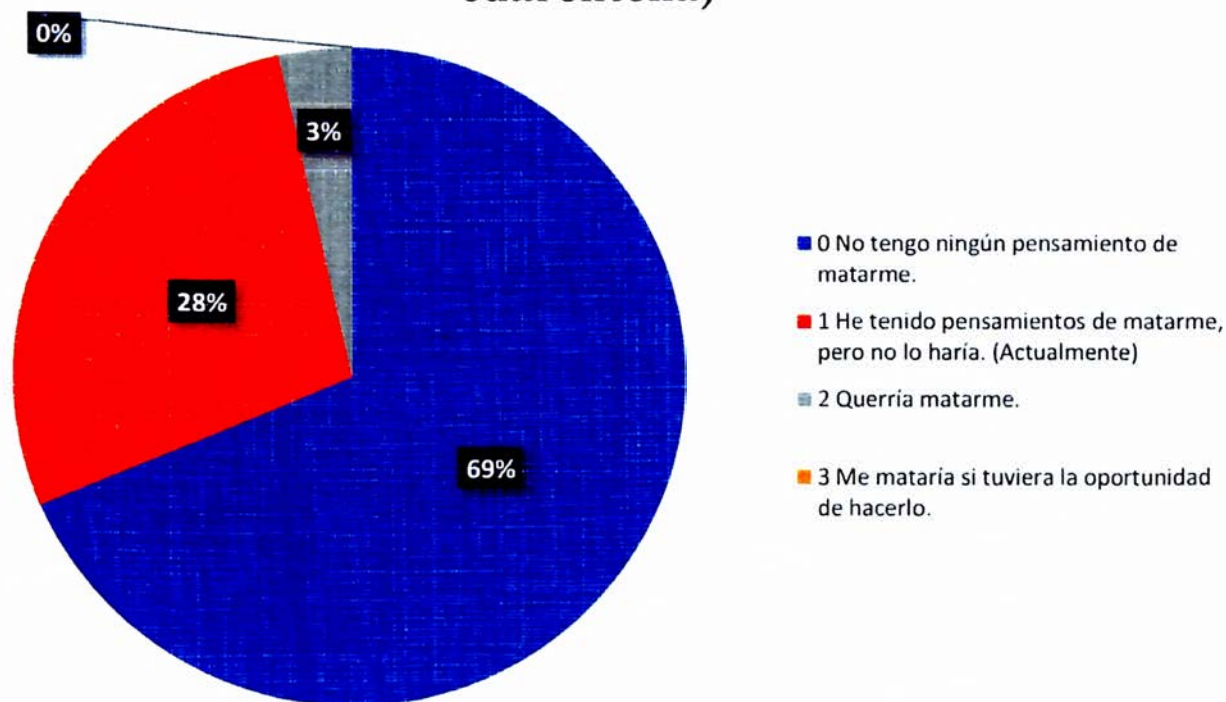
9. Pensamientos o deseos Suicidas (En cuarentena)		
Respuestas	Respuesta de la muestra	Porcentajes
0) No tengo ningún pensamiento de matarme.	59	69%
1) He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría.	24	28%
2) Querría matarme.	3	3%
3) Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.	0	0%
Totales	86	100%

Prevalencia de pensamiento o deseos suicidas en estudiantes de psicología mención clínica en cuarentena por COVID-19, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, septiembre-diciembre 2020, República Dominicana (Elaboración: propia).

El 69% no tiene ningún pensamiento de matarse, 28% ha tenido pensamientos de matarse, pero no lo haría, 3% quiere quitarse la vida y 0 % se quitaría la vida si tuviera la oportunidad de hacerlo.

Gráfico 9

9. Pensamientos o deseos suicidas (En cuarentena)



Prevalencia de pensamiento o deseos suicidas en estudiantes de psicología mención clínica en cuarentena por COVID-19, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, septiembre-diciembre 2020, República Dominicana (Elaboración: propia).

Aquí se pueden ver de manera gráfica los datos analizados más arriba, representado por colores según los niveles de intensidad del síntoma.

Tabla 10.

Prevalencia de llanto en estudiantes de psicología mención clínica en cuarentena por

COVID-19

10. Llanto (En cuarentena)

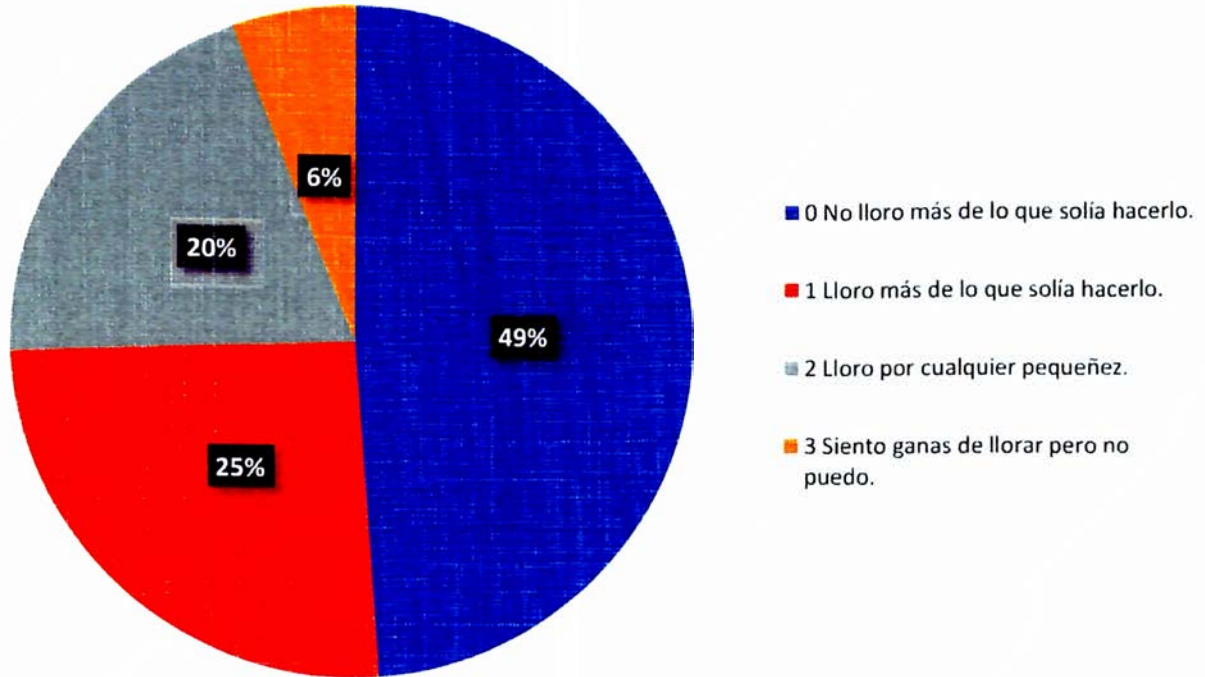
Respuestas	Respuesta de la muestra	Porcentajes
0) No lloro más de lo que solía hacerlo.	42	49%
1) Lloro más de lo que solía hacerlo.	22	25%
2) Lloro por cualquier pequeñez.	17	20%
3) Siento ganas de llorar, pero no puedo.	5	6%
Totales	86	100%

Prevalencia de llanto en estudiantes de psicología mención clínica en cuarentena por COVID-19, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, septiembre-diciembre 2020, República Dominicana (Elaboración: propia).

El 49% no llora más de lo que solía hacerlo, 25% llora más de lo que solía hacerlo, 20%llora por cualquier cosa y 6% siente ganas de llorar, pero no puede.

Gráfico 10

10.Llanto (En cuarentena)



Prevalencia de llanto en estudiantes de psicología mención clínica en cuarentena por COVID-19, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, septiembre-diciembre 2020, República Dominicana (Elaboración: propia).

Aquí se pueden ver de manera gráfica los datos analizados más arriba, representado por colores según los niveles de intensidad del síntoma.

Tabla 11.

Prevalencia de agitación en estudiantes de psicología mención clínica en cuarentena por COVID-19

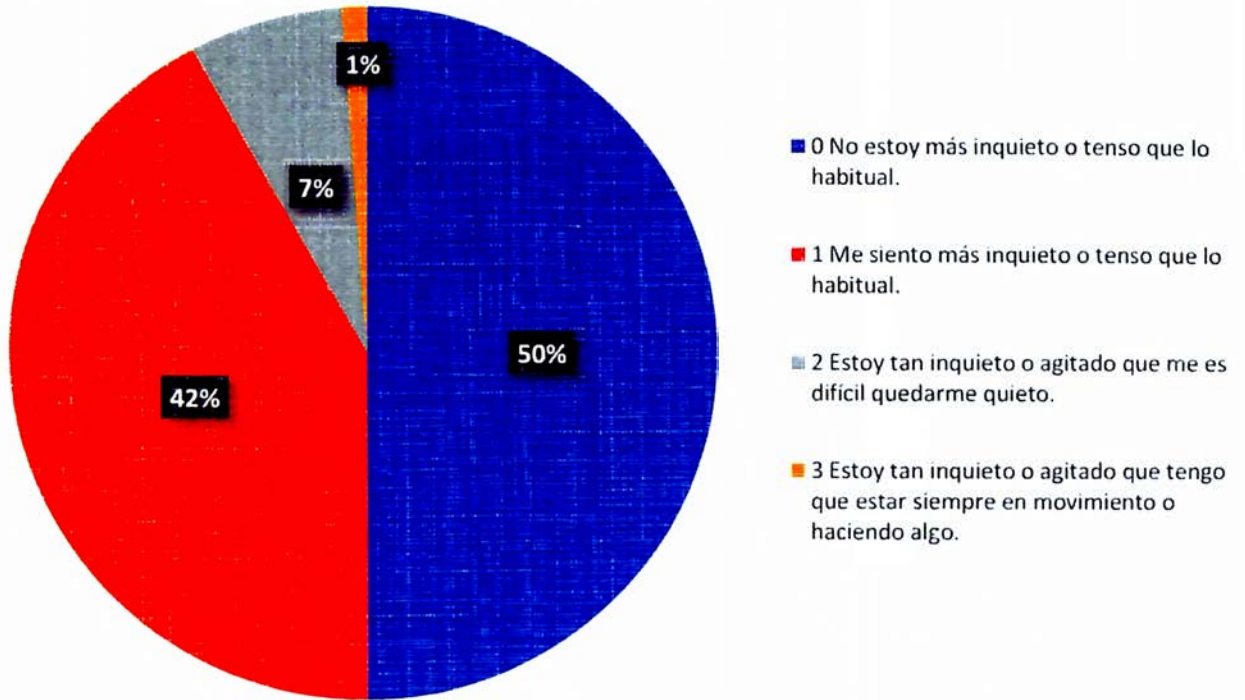
11. Agitación (En cuarentena)		
Respuestas	Respuesta de la muestra	Porcentajes
0) No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.	43	50%
1) Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.	36	42%
2) Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto.	6	7%
3) Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.	1	1%
Totales	86	100%

Prevalencia de agitación en estudiantes de psicología mención clínica en cuarentena por COVID-19, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, septiembre-diciembre 2020, República Dominicana (Elaboración: propia).

El 50% no está más inquieto o tenso que lo habitual, 42% se siente más inquieto o tenso que lo habitual, 7% está tan inquieto o agitado que le resulta difícil quedarse quieto y el 1% está tan inquieto o agitado que tiene que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

Gráfico 11

11. Agitación (En cuarentena)



Prevalencia de agitación en estudiantes de psicología mención clínica en cuarentena por COVID-19, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, septiembre-diciembre 2020, República Dominicana (Elaboración: propia).

Aquí se pueden ver de manera gráfica los datos analizados más arriba, representado por colores según los niveles de intensidad del síntoma.

Tabla 12.

Prevalencia de pérdida de interés en estudiantes de psicología mención clínica en cuarentena por COVID-19

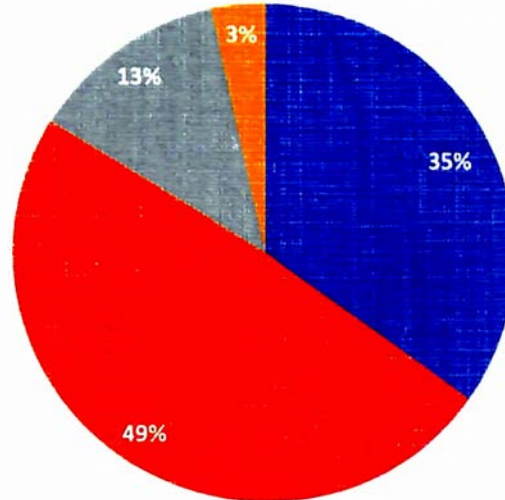
12. Pérdida de interés (En cuarentena)		
Respuestas	Respuesta de la muestra	Porcentajes
0) No he perdido el interés en otras actividades o personas.	30	35%
1) Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.	42	49%
2) He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.	11	13%
3) Me es difícil interesarme por algo.	3	3%
Totales	86	100%

Prevalencia de pérdida de interés en estudiantes de psicología mención clínica en cuarentena por COVID-19, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, septiembre-diciembre 2020, República Dominicana (Elaboración: propia).

El 35% no ha perdido el interés en otras actividades o personas, 49% está menos interesado que antes en otras personas o cosas, 13% ha perdido casi todo el interés en otras personas o cosas y el 3% le es difícil interesarse en algo.

Gráfico 12

12. Pérdida de interés (En cuarentena)



- 0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.
- 1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
- 2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
- 3 Me es difícil interesarme por algo. (Actualmente)

Prevalencia de pérdida de interés en estudiantes de psicología mención clínica en cuarentena por COVID-19, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, septiembre-diciembre 2020, República Dominicana (Elaboración: propia).

Aquí se pueden ver de manera gráfica los datos analizados más arriba, representado por colores según los niveles de intensidad del síntoma.

Tabla 13.

Prevalencia de indecisión en estudiantes de psicología mención clínica en cuarentena por COVID-19

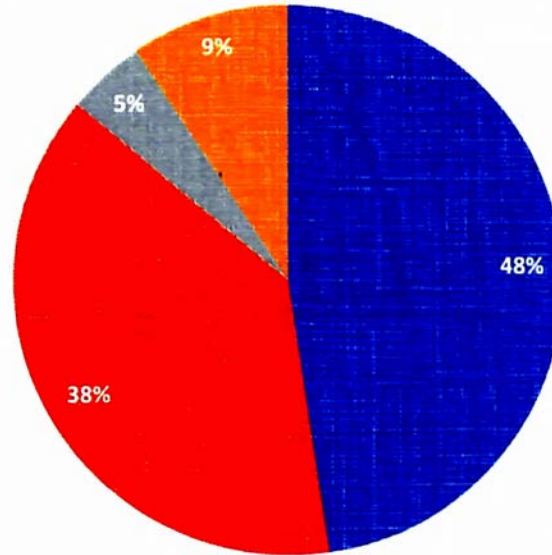
13. Indecisión (En cuarentena)		
Respuestas	Respuesta de la muestra	Porcentajes
0) Tomo mis decisiones tan bien como siempre.	41	48%
1) Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones.	32	38%
2) Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.	4	5%
3) Tengo problemas para tomar cualquier decisión.	8	9%
Totales	86	100%

Prevalencia de indecisión en estudiantes de psicología mención clínica en cuarentena por COVID-19, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, septiembre-diciembre 2020, República Dominicana (Elaboración: propia).

El 48% toma sus decisiones tan bien como siempre, 38% le resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones, 5% encuentra mucha más dificultad que antes para tomar decisiones y el 9 % tiene problemas para tomar cualquier decisión.

Gráfico 13

13.Indecisión (En cuarentena)



- 0 Tomo mis decisiones tan bien como siempre.
- 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones.
- 2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
- 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

Prevalencia de indecisión en estudiantes de psicología mención clínica en cuarentena por COVID-19, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, septiembre-diciembre 2020, República Dominicana (Elaboración: propia).

Aquí se pueden ver de manera gráfica los datos analizados más arriba, representado por colores según los niveles de intensidad del síntoma.

Tabla 14.

Prevalencia de desvalorización en estudiantes de psicología mención clínica en cuarentena por COVID-19

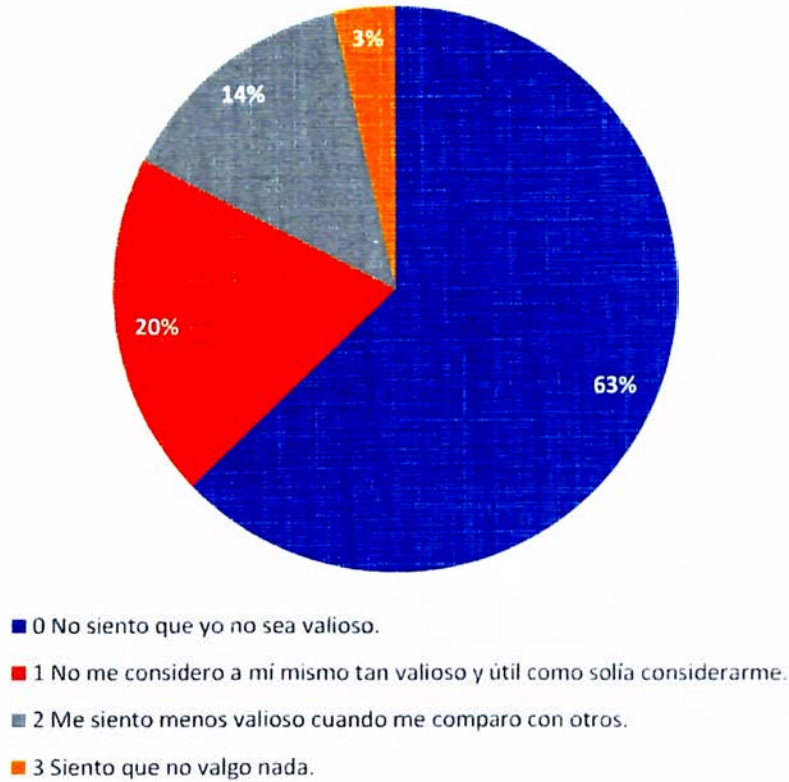
14. Desvalorización (En cuarentena)		
Respuestas	Respuesta de la muestra	Porcentajes
0) No siento que yo no sea valioso.	54	63%
1) No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme.	17	20%
2) Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.	12	14%
3) Siento que no valgo nada.	3	3%
Totales	86	100%

Prevalencia de desvalorización en estudiantes de psicología mención clínica en cuarentena por COVID-19, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, septiembre-diciembre 2020, República Dominicana (Elaboración: propia).

El 63% no siente que no sea valioso, 20% no se considera a sí mismo tan valioso y útil como solía considerarse, 14% se siente menos valioso cuando se compara con otros y el 3% siente que no vale nada.

Gráfico 14

14.Desvalorización (En cuarentena)



Prevalencia de desvalorización en estudiantes de psicología mención clínica en cuarentena por COVID-19, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, septiembre-diciembre 2020, República Dominicana (Elaboración: propia).

Aquí se pueden ver de manera gráfica los datos analizados más arriba, representado por colores según los niveles de intensidad del síntoma.

Tabla 15.

Prevalencia de pérdida de energía en estudiantes de psicología mención clínica en cuarentena por COVID-19

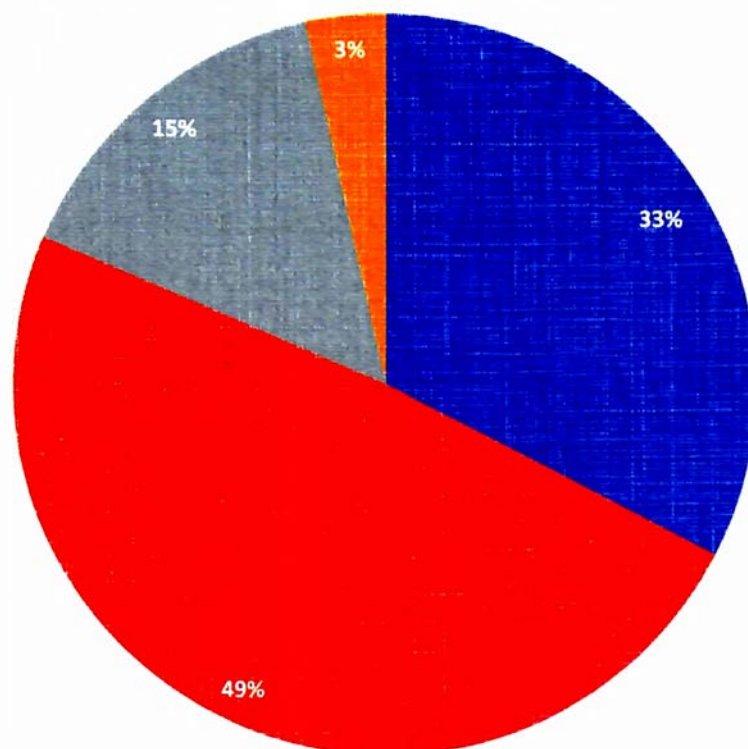
15. Pérdida de energía (En cuarentena)		
Respuestas	Respuesta de la muestra	Porcentajes
0) Tengo tanta energía como siempre.	28	33%
1) Tengo menos energía que la que solía tener.	42	49%
2) No tengo suficiente energía para hacer demasiado.	13	15%
3) No tengo energía suficiente para hacer nada.	3	3%
Totales	86	100%

Prevalencia de pérdida de energía en estudiantes de psicología mención clínica en cuarentena por COVID-19, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, septiembre-diciembre 2020, República Dominicana (Elaboración: propia).

El 33% tiene tanta energía como siempre, 49% tiene menos energía que la que solía tener, 15% no tiene suficiente energía para hacer demasiado, y el 3% no tiene energía suficiente para hacer nada.

Gráfico 15

15. Pérdida de energía (En cuarentena)



- 0 Tengo tanta energía como siempre.
- 1 Tengo menos energía que la que solía tener.
- 2 No tengo suficiente energía para hacer demasiado.
- 3 No tengo energía suficiente para hacer nada.

Prevalencia de pérdida de energía en estudiantes de psicología mención clínica en cuarentena por COVID-19, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, septiembre-diciembre 2020, República Dominicana (Elaboración: propia).

Aquí se pueden ver de manera gráfica los datos analizados más arriba, representado por colores según los niveles de intensidad del síntoma.

Tabla 16.

Prevalencia de cambios en los hábitos de sueño en estudiantes de psicología mención clínica en cuarentena por COVID-19

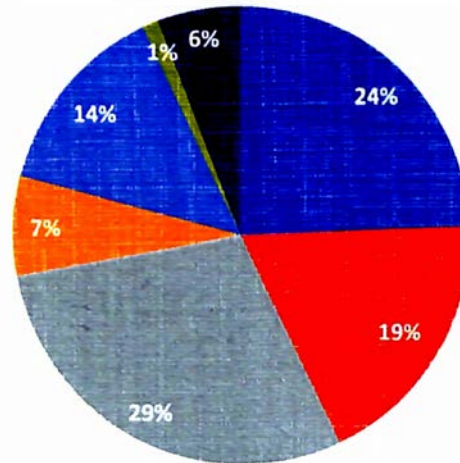
16. Cambios en los hábitos de sueño (En cuarentena)		
Respuestas	Respuesta de la muestra	Porcentajes
0) No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.	21	24%
1a) Duermo un poco más que lo habitual.	16	19%
1b) Duermo un poco menos que lo habitual.	25	29%
2a) Duermo mucho más que lo habitual.	6	7%
2b) Duermo mucho menos que lo habitual.	12	14%
3a) Duermo la mayor parte del día.	1	1%
3b) Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme.	5	6%
Totales	86	100%

Prevalencia de cambios en los hábitos de sueño en estudiantes de psicología mención clínica en cuarentena por COVID-19, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, septiembre-diciembre 2020, República Dominicana (Elaboración: propia).

El 24% no ha experimentado ningún cambio en sus hábitos de sueño, 19% duerme un poco más de lo habitual, 29% duerme un poco menos de lo habitual, 7% duerme mucho más de lo habitual, 14% duerme mucho menos de lo habitual, 1% duerme la mayor parte del día y el 6% se despierta 1 a 2 horas más temprano y no puede volver a dormirse.

Gráfico 16

16.Cambios en los hábitos del sueño (En cuarentena)



- 0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
- 1a Duermo un poco más que lo habitual.
- 1b Duermo un poco menos que lo habitual.
- 2a Duermo mucho más que lo habitual.
- 2b Duermo mucho menos que lo habitual.
- 3a Duermo la mayor parte del día.
- 3b Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme.

Prevalencia de cambios en los hábitos de sueño en estudiantes de psicología mención clínica en cuarentena por COVID-19, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, septiembre-diciembre 2020, República Dominicana (Elaboración: propia).

Aquí se pueden ver de manera gráfica los datos analizados más arriba, representado por colores según los niveles de intensidad del síntoma.

Tabla 17.

Prevalencia de irritabilidad en estudiantes de psicología mención clínica en cuarentena por COVID-19

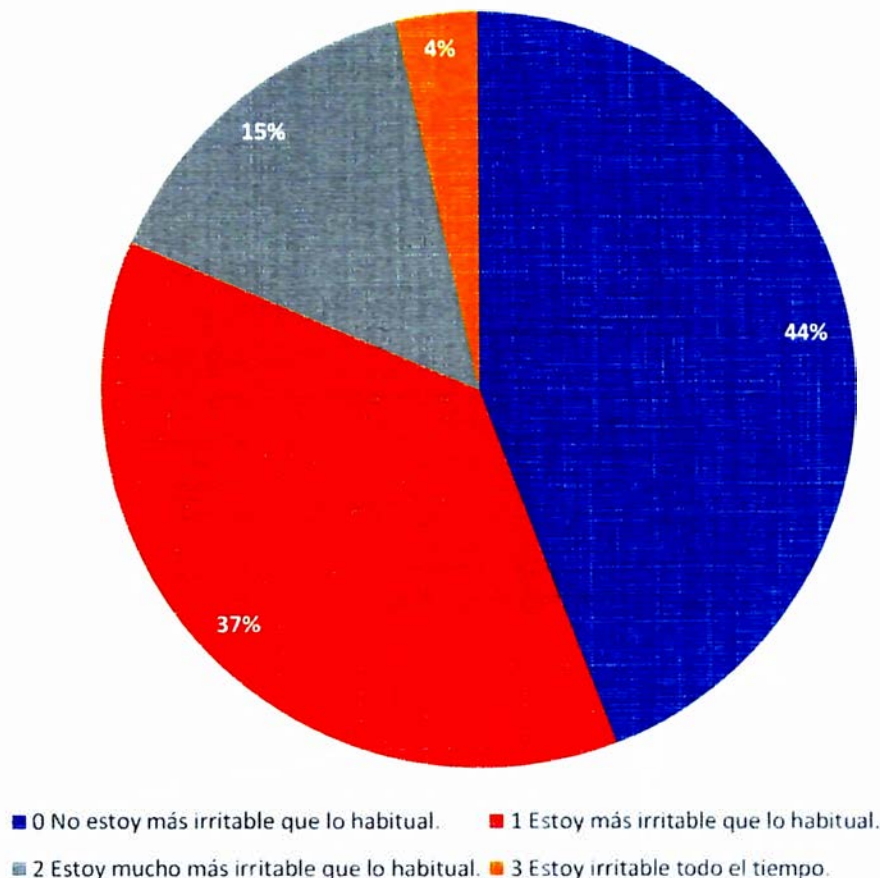
17. Irritabilidad (En cuarentena)		
Respuestas	Respuesta de la muestra	Porcentajes
0) No estoy más irritable que lo habitual.	38	44%
1) Estoy más irritable que lo habitual.	32	37%
2) Estoy mucho más irritable que lo habitual.	13	15%
3) Estoy irritable todo el tiempo.	3	4%
Totales	86	100%

Prevalencia de irritabilidad en estudiantes de psicología mención clínica en cuarentena por COVID-19, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, septiembre-diciembre 2020, República Dominicana (Elaboración: propia).

El 44% no está más irritable que lo habitual, 37% está más irritable que lo habitual, 15% está mucho más irritable que lo habitual y el 4% está irritable todo el tiempo.

Gráfico 17

17.Irritabilidad (En cuarentena)



Prevalencia de irritabilidad en estudiantes de psicología mención clínica en cuarentena por COVID-19, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, septiembre-diciembre 2020, República Dominicana (Elaboración: propia).

Aquí se pueden ver de manera gráfica los datos analizados más arriba, representado por colores según los niveles de intensidad del síntoma.

Tabla 18.

Prevalencia de cambios en el apetito en estudiantes de psicología mención clínica en cuarentena por COVID-19

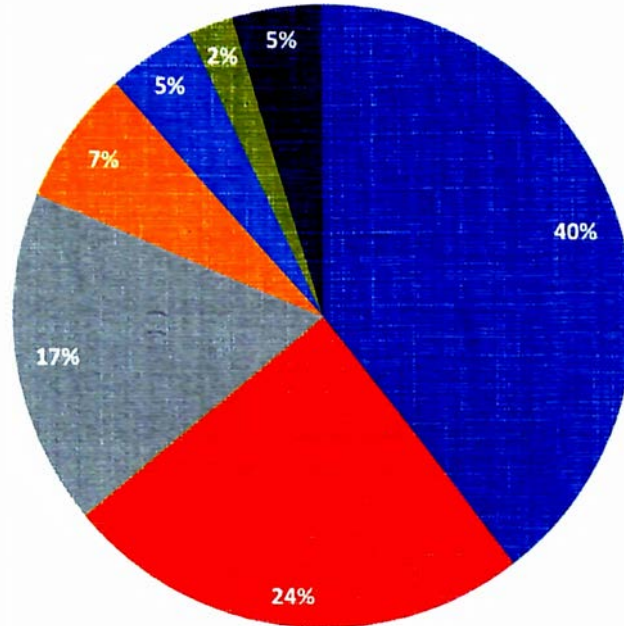
18. Cambios en el Apetito (En cuarentena)		
Respuestas	Respuesta de la muestra	Porcentajes
0) No he experimentado ningún cambio en mi apetito.	34	40%
1a) Mi apetito es un poco menor que lo habitual.	21	24%
1b) Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.	15	17%
2a) Mi apetito es mucho menor que antes.	6	7%
2b) Mi apetito es mucho mayor que lo habitual.	4	5%
3a) No tengo en apetito en absoluto.	2	2%
3b) Quiero comer todo el tiempo.	4	5%
Totales	86	100%

Prevalencia de cambios en el apetito en estudiantes de psicología mención clínica en cuarentena por COVID-19, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, septiembre-diciembre 2020, República Dominicana (Elaboración: propia).

El 40% no ha experimentado ningún cambio en su apetito, 24% ha reportado que su apetito es un poco menor que lo habitual, 17% reporta que su apetito es un poco mayor que lo habitual, 7% reporta que su apetito es mucho menor que antes, 5% reporta que su apetito es mucho mayor que lo habitual, 2% ni tiene apetito en lo absoluto y el 5% quiere comer todo el tiempo.

Gráfico 18

18.Cambios en el apetito (Actualmente)



- O No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- 1a Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
- 1b Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
- 2a Mi apetito es mucho menor que antes.
- 2b Mi apetito es mucho mayor que lo habitual.
- 3a No tengo en apetito en absoluto.
- 3b Quiero comer todo el tiempo.

Prevalencia de cambios en el apetito en estudiantes de psicología mención clínica en cuarentena por COVID-19, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, septiembre-diciembre 2020, República Dominicana (Elaboración: propia).

Aquí se pueden ver de manera gráfica los datos analizados más arriba, representado por colores según los niveles de intensidad del síntoma.

Tabla 19.

Prevalencia de dificultad de concentración en estudiantes de psicología mención clínica en cuarentena por COVID-19

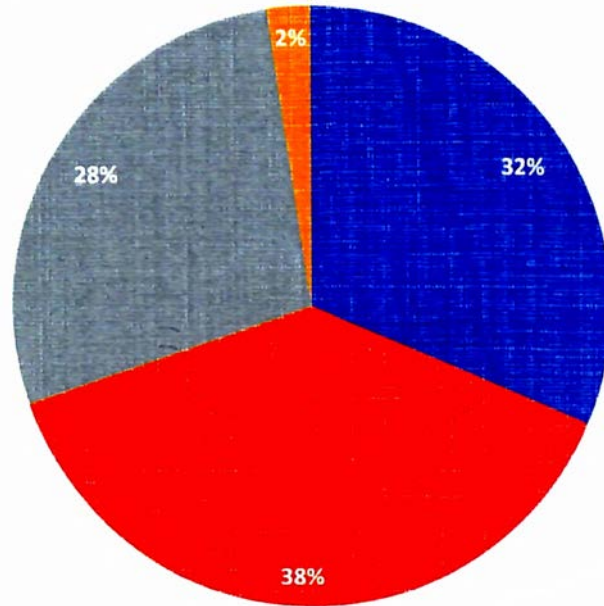
19. Dificultad de concentración (En cuarentena)		
Respuestas	Respuesta de la muestra	Porcentajes
0) Puedo concentrarme tan bien como siempre.	27	32%
1) No puedo concentrarme tan bien como habitualmente.	33	38%
2) Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.	24	28%
3) Encuentro que no puedo concentrarme en nada.	2	2%
Totales	86	100%

Prevalencia de dificultad de concentración en estudiantes de psicología mención clínica en cuarentena por COVID-19, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, septiembre-diciembre 2020, República Dominicana (Elaboración: propia).

El 32% puede concentrarse tan bien como siempre, 38% no puede concentrarse tan bien como habitualmente, 28% le es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo y el 2% encuentra que no puede concentrarse en nada.

Gráfico 19

19. Dificultad de concentración (En cuarentena)



- 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente.
- 2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
- 3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

Prevalencia de dificultad de concentración en estudiantes de psicología mención clínica en cuarentena por COVID-19, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, septiembre-diciembre 2020, República Dominicana (Elaboración: propia).

Aquí se pueden ver de manera gráfica los datos analizados más arriba, representado por colores según los niveles de intensidad del síntoma.

Tabla 20.

Prevalencia de cansancio o fatiga en estudiantes de psicología mención clínica en cuarentena por COVID-19

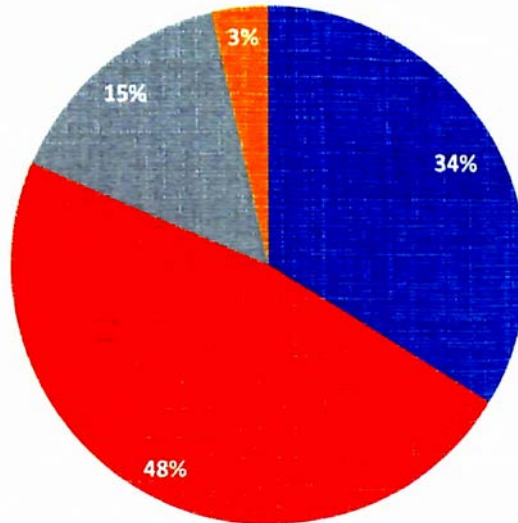
20. Cansancio o fatiga (En cuarentena)		
Respuestas	Respuesta de la muestra	Porcentajes
0) No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.	29	34%
1) Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.	41	48%
2) Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.	13	15%
3) Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.	3	3%
Totales	86	100%

Prevalencia de cansancio o fatiga en estudiantes de psicología mención clínica en cuarentena por COVID-19, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, septiembre-diciembre 2020, República Dominicana (Elaboración: propia).

El 34% no está más cansado o fatigado que lo habitual, 48% se fatiga o se cansa más fácilmente que lo habitual, 15% está demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer y 3% está demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

Gráfico 20

20.Cansancio o fatiga (En cuarentena)



- 0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.
- 1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.
- 2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.
- 3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

Prevalencia de cansancio o fatiga en estudiantes de psicología mención clínica en cuarentena por COVID-19, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, septiembre-diciembre 2020, República Dominicana (Elaboración: propia).

Aquí se pueden ver de manera gráfica los datos analizados más arriba, representado por colores según los niveles de intensidad del síntoma.

Tabla 21.

Prevalencia de pérdida de interés en el sexo en estudiantes de psicología mención clínica en cuarentena por COVID-19

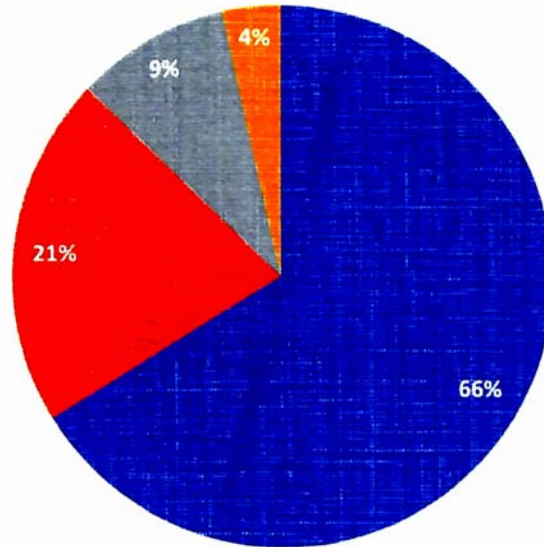
21. Pérdida de interés en el sexo (En cuarentena)		
Respuestas	Respuesta de la muestra	Porcentajes
0) No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.	57	66%
1) Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.	18	21%
2) Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo.	8	9%
3) He perdido completamente el interés en el sexo.	3	4%
Totales	86	100%

Prevalencia de pérdida de interés en el sexo en estudiantes de psicología mención clínica en cuarentena por COVID-19, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, septiembre-diciembre 2020, República Dominicana (Elaboración: propia).

El 66% no ha notado ningún cambio reciente en su interés por el sexo, 21% está menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo, 9% ahora está mucho menos interesado en el sexo y el 4% ha perdido completamente el interés en el sexo.

Gráfico 21

21. Pérdida de interés en el sexo (En cuarentena)



- 0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
- 1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.
- 2 Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo.
- 3 He perdido completamente el interés en el sexo.

Prevalencia de pérdida de interés en el sexo en estudiantes de psicología mención clínica en cuarentena por COVID-19, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, septiembre-diciembre 2020, República Dominicana (Elaboración: propia).

Aquí se pueden ver de manera gráfica los datos analizados más arriba, representado por colores según los niveles de intensidad del síntoma.

Tabla 22.

Prevalencia de tristeza en estudiantes de psicología mención clínica antes de cuarentena por

COVID-19

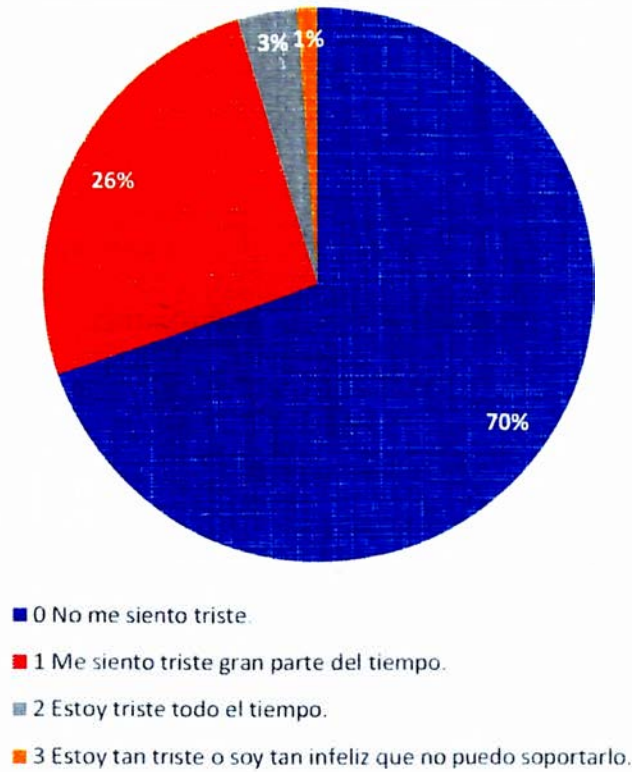
1. Tristeza (Antes de la cuarentena)		
Respuestas	Respuesta de la muestra	porcentajes
0) No me siento triste.	60	70%
1) Me siento triste gran parte del tiempo.	22	26
2) Estoy triste todo el tiempo.	3	3%
3) Estoy tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.	1	1%
Totales	86	100%

Prevalencia de tristeza en estudiantes de psicología mención clínica antes de cuarentena por COVID-19, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, septiembre-diciembre 2020, República Dominicana (Elaboración: propia).

El 70% no se siente triste, 26% se siente triste gran parte del tiempo, 3% está triste todo el tiempo y 1% está tan triste o es tan infeliz que no puede soportarlo.

Gráfico 22

1. Tristeza (Antes de la cuarentena)



Prevalencia de tristeza en estudiantes de psicología mención clínica antes de cuarentena por COVID-19, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, septiembre-diciembre 2020, República Dominicana (Elaboración: propia).

Aquí se pueden ver de manera gráfica los datos analizados más arriba, representado por colores según los niveles de intensidad del síntoma.

Tabla 23.

Prevalencia de pesimismo en estudiantes de psicología mención clínica antes de cuarentena por COVID-19

2. Pesimismo (Antes de cuarentena)

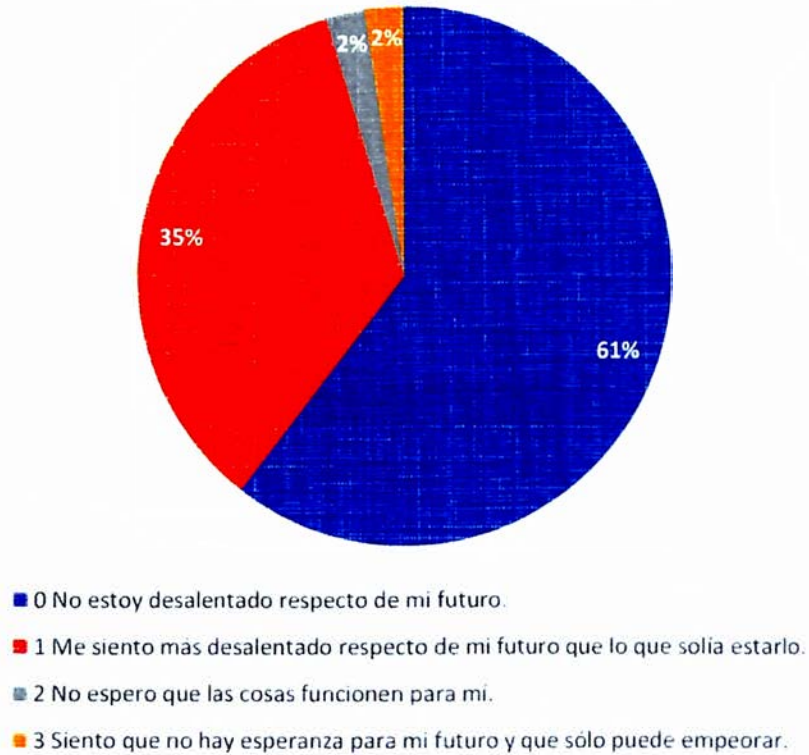
Respuestas	Respuesta de la muestra	Porcentajes
0) No estoy desalentado respecto de mi futuro.	52	61%
1) Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.	30	35%
2) No espero que las cosas funcionen para mí.	2	2%
3) Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.	2	2%
Totales	86	100%

Prevalencia de pesimismo en estudiantes de psicología mención clínica antes de cuarentena por COVID-19, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, septiembre-diciembre 2020, República Dominicana (Elaboración: propia).

El 61% no está desalentado respecto a su futuro, 35% se siente más desalentado respecto a su futuro que lo que solía estarlo, 2% no espera que las cosas funcionen para ellos y un 2% siente que no hay esperanza para su futuro y que solo puede empeorar.

Gráfico 23

2. Pesimismo (Antes de cuarentena)



Prevalencia de pesimismo en estudiantes de psicología mención clínica antes de cuarentena por COVID-19, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, septiembre-diciembre 2020, República Dominicana (Elaboración: propia).

Aquí se pueden ver de manera gráfica los datos analizados más arriba, representado por colores según los niveles de intensidad del síntoma.

Tabla 24.

Prevalencia de fracaso en estudiantes de psicología mención clínica antes de cuarentena por COVID-19

3. Fracaso (Antes de cuarentena)

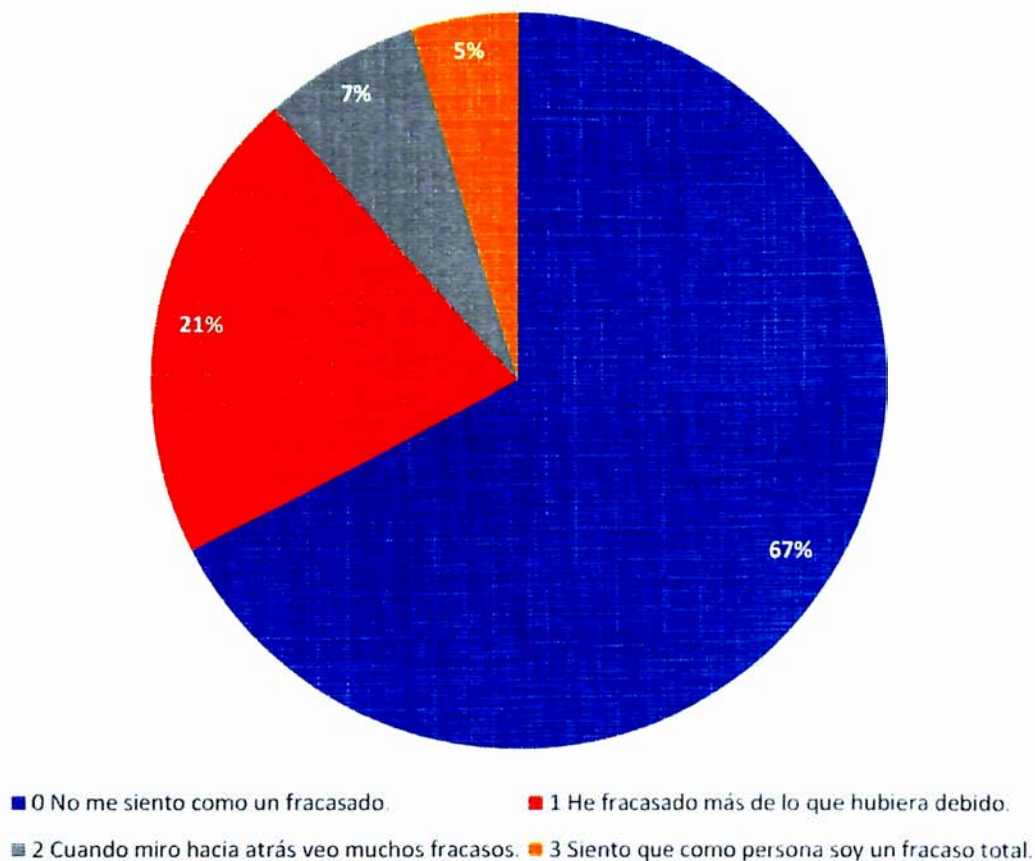
Respuestas	Respuesta de la muestra	Porcentajes
0) No me siento como un fracasado.	58	67%
1) He fracasado más de lo que hubiera debido.	18	21%
2) Cuando miro hacia atrás veo muchos fracasos.	6	7%
3) Siento que como persona soy un fracaso total.	4	5%
Totales	86	100%

Prevalencia de fracaso en estudiantes de psicología mención clínica antes de cuarentena por COVID-19, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, septiembre-diciembre 2020, República Dominicana (Elaboración: propia).

El 67% no se siente como un fracasado, 21% siente que ha fracasado más de lo que hubiera debido, 7% cuando mira hacia atrás ve muchos fracasos y el 5% siente que como persona es un fracaso total.

Gráfico 24

3.Fracaso (Antes de cuarentena)



Prevalencia de fracaso en estudiantes de psicología mención clínica antes de cuarentena por COVID-19, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, septiembre-diciembre 2020, República Dominicana (Elaboración: propia).

Aquí se pueden ver de manera gráfica los datos analizados más arriba, representado por colores según los niveles de intensidad del síntoma.

Tabla 25.

Prevalencia de pérdida de placer en estudiantes de psicología mención clínica antes de cuarentena por COVID-19

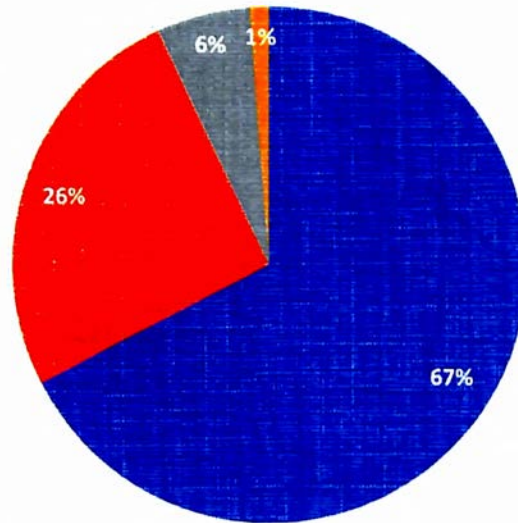
4. Pérdida de placer (Antes de cuarentena)		
Respuestas	Respuesta de la muestra	Porcentajes
0) Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.	58	67%
1) No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.	22	26%
2) Obtengo muy poco placer de las cosas de las que solía disfrutar.	5	6%
3) No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.	1	1%
Totales	86	100%

Prevalencia de pérdida de placer en estudiantes de psicología mención clínica antes de cuarentena por COVID-19, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, septiembre-diciembre 2020, República Dominicana (Elaboración: propia).

EL 67% obtiene tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruta, 26% no disfruta tanto de las cosas como solía hacerlo, 6% obtiene muy poco placer de las cosas de las que solía disfrutar y 1% no puede obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

Gráfico 25

4. Pérdida de placer (Antes de la cuarentena)



- 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
- 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas de las que solía disfrutar.
- 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

Prevalencia de pérdida de placer en estudiantes de psicología mención clínica antes de cuarentena por COVID-19, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, septiembre-diciembre 2020, República Dominicana. (Elaboración: propia).

Aquí se pueden ver de manera gráfica los datos analizados más arriba, representado por colores según los niveles de intensidad del síntoma.

Tabla 26.

Prevalencia de sentimientos de culpa en estudiantes de psicología mención clínica antes de cuarentena por COVID-19

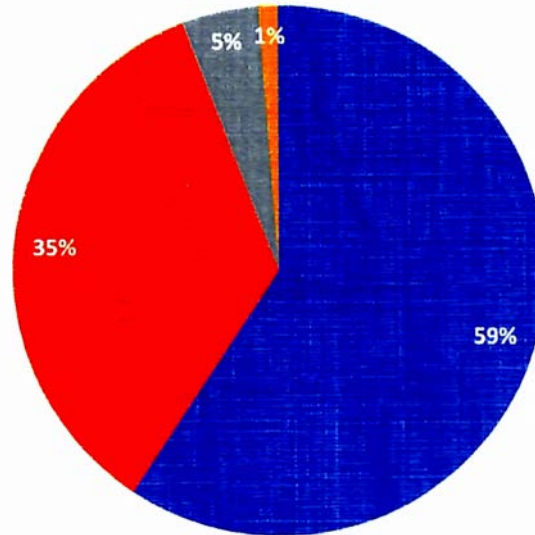
5. Sentimientos de culpa (Antes de cuarentena)		
Respuestas	Respuesta de la muestra	Porcentajes
0) No me siento particularmente culpable.	51	59%
1) Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.	30	35%
2) Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.	4	5%
3) Me siento culpable todo el tiempo.	1	1%
Totales	86	100%

Prevalencia de sentimientos de culpa en estudiantes de psicología mención clínica antes de cuarentena por COVID-19, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, septiembre-diciembre 2020, República Dominicana (Elaboración: propia).

El 59% no se siente particularmente culpable, 35% se siente culpable respecto de varias cosas que ha hecho o debería haber hecho, 5% se siente bastante culpable la mayor parte del tiempo y el 1% se siente culpable todo el tiempo.

Gráfico 26

5.Sentimientos de culpa (Antes de cuarentena)



- 0 No me siento particularmente culpable.
- 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.
- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- 3 Me siento culpable todo el tiempo.

Prevalencia de sentimientos de culpa en estudiantes de psicología mención clínica antes de cuarentena por COVID-19, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, septiembre-diciembre 2020, República Dominicana (Elaboración: propia).

Aquí se pueden ver de manera gráfica los datos analizados más arriba, representado por colores según los niveles de intensidad del síntoma.

Tabla 27.

Prevalencia de sentimientos de castigo en estudiantes de psicología mención clínica antes de cuarentena por COVID-19

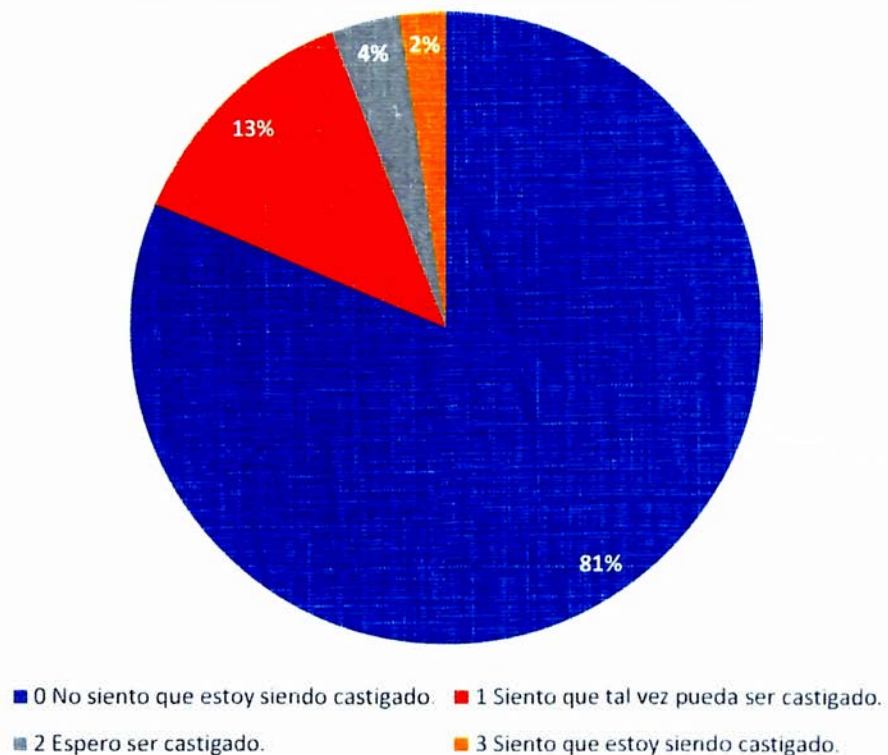
6. Sentimientos de castigo (Antes de cuarentena)		
Respuestas	Respuesta de la muestra	Porcentajes
0) No siento que estoy siendo castigado.	70	81%
1) Siento que tal vez pueda ser castigado.	11	13%
2) Espero ser castigado.	3	4%
3) Siento que estoy siendo castigado.	2	2%
Totales	86	100%

Prevalencia de sentimientos de castigo en estudiantes de psicología mención clínica antes de cuarentena por COVID-19, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, septiembre-diciembre 2020, República Dominicana (Elaboración: propia).

El 81% no siente que está siendo castigado, 13% siente que tal vez pueda ser castigado, 4% espera ser castigado y 2% siente que está siendo castigado.

Gráfico 27

6.Sentimientos de castigo (Antes de cuarentena)



Prevalencia de sentimientos de castigo en estudiantes de psicología mención clínica antes de cuarentena por COVID-19, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, septiembre-diciembre 2020, República Dominicana (Elaboración: propia).

Aquí se pueden ver de manera gráfica los datos analizados más arriba, representado por colores según los niveles de intensidad del síntoma.

Tabla 28.

Prevalencia de disconformidad con uno mismo en estudiantes de psicología mención clínica antes de cuarentena por COVID-19

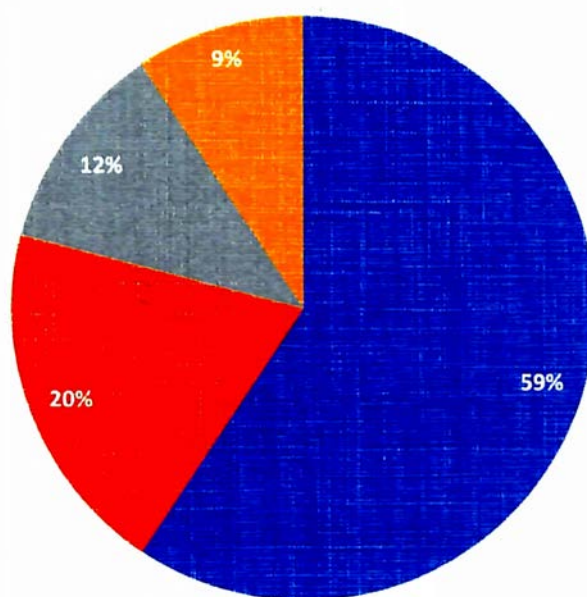
7. Disconformidad con uno mismo (Antes de cuarentena)		
Respuestas	Respuesta de la muestra	Porcentajes
0) Siento acerca de mí lo mismo que siempre.	51	59%
1) He perdido la confianza en mí mismo.	17	20%
2) Estoy decepcionado conmigo mismo.	10	12%
3) No me gusta a mí mismo.	8	9%
Totales	86	100%

Prevalencia de disconformidad con uno mismo en estudiantes de psicología mención clínica antes de cuarentena por COVID-19, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, septiembre-diciembre 2020, República Dominicana (Elaboración: propia).

El 59% siente acerca de sí lo mismo que siempre, 20% ha perdido la confianza en sí mismo, 12% está decepcionado consigo mismo y 9% no se gusta a sí mismo.

Gráfico 28

7. Disconformidad con uno mismo (Antes de la cuarentena)



- 0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.
- 1 He perdido la confianza en mí mismo.
- 2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
- 3 No me gusto a mí mismo.

Prevalencia de disconformidad con uno mismo en estudiantes de psicología mención clínica antes de cuarentena por COVID-19, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, septiembre-diciembre 2020, República Dominicana (Elaboración: propia).

Aquí se pueden ver de manera gráfica los datos analizados más arriba, representado por colores según los niveles de intensidad del síntoma.

Tabla 29.*Prevalencia de autocrítica en estudiantes de psicología mención clínica antes de cuarentena**por COVID-19*

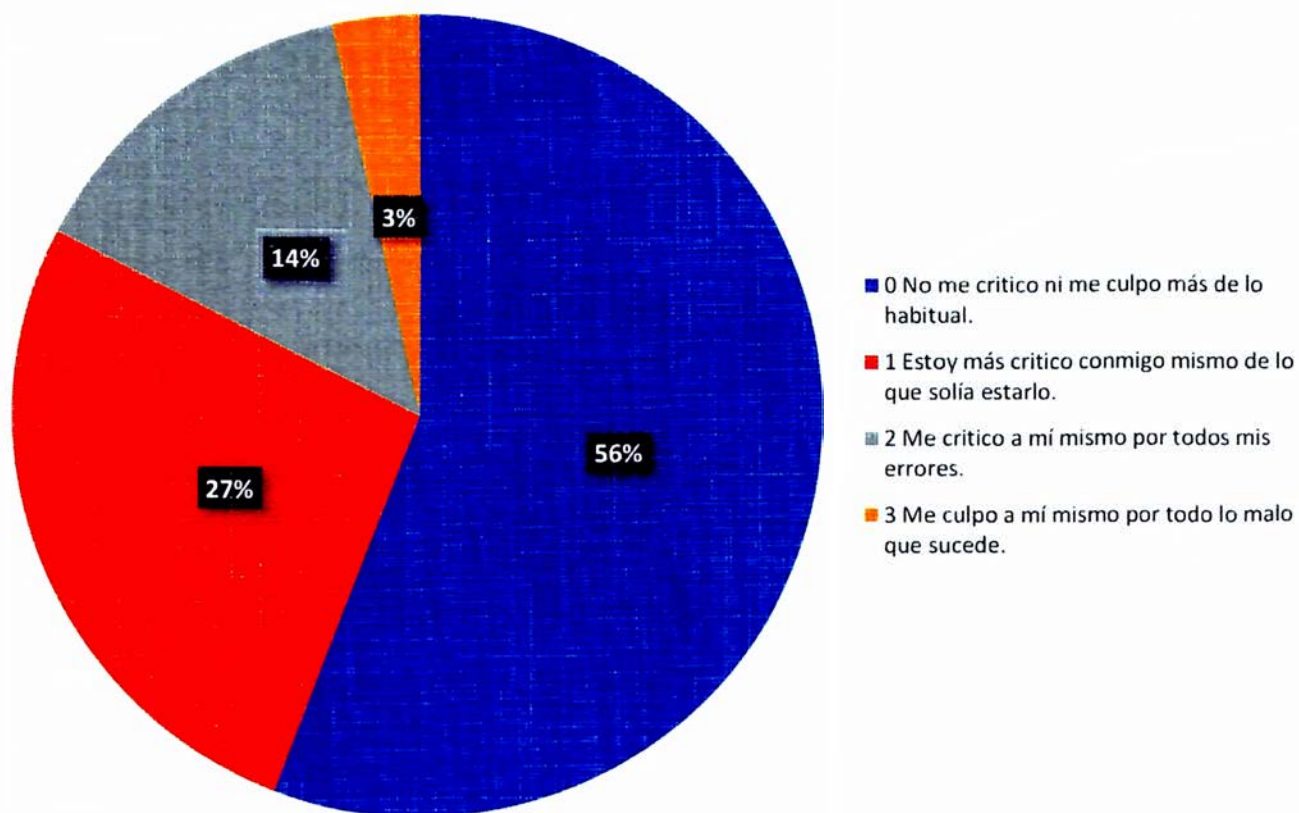
8. Autocrítica (Antes de la cuarentena)		
Respuestas	Respuesta de la muestra	Porcentajes
0) No me critico ni me culpo más de lo habitual.	48	56%
1) Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo.	23	27%
2) Me critico a mí mismo por todos mis errores.	12	14%
3) Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.	3	3%
Totales	86	100%

Prevalencia de autocrítica en estudiantes de psicología mención clínica antes de cuarentena por COVID-19, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, septiembre-diciembre 2020, República Dominicana (Elaboración: propia).

El 56% no se critica ni se culpa más de lo habitual, 27% está más crítico consigo mismo de lo que solía estarlo, 14% se critica a si mismo por todos sus errores y 3% se culpa a sí mismo por todo lo malo que sucede.

Gráfico 29

8. Autocrítica (Antes de cuarentena)



Prevalencia de autocrítica en estudiantes de psicología mención clínica antes de cuarentena por COVID-19, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, septiembre-diciembre 2020, República Dominicana (Elaboración: propia).

Aquí se pueden ver de manera gráfica los datos analizados más arriba, representado por colores según los niveles de intensidad del síntoma.

Tabla 30.

Prevalencia de pensamientos o deseos suicidas en estudiantes de psicología mención clínica antes de cuarentena por COVID-19

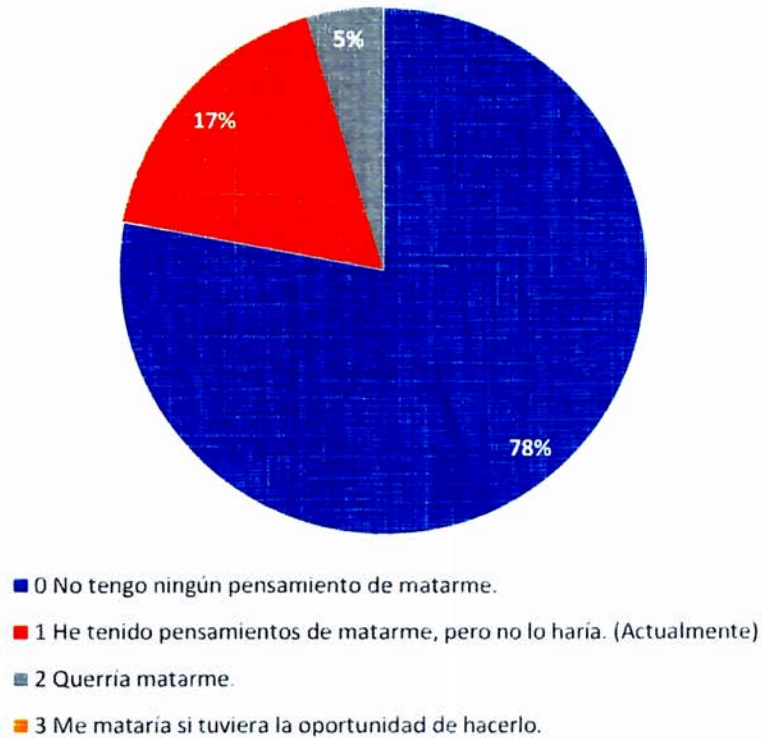
9. Pensamientos o deseos suicidas (Antes de cuarentena)		
Respuestas	Respuesta de la muestra	Porcentajes
0) No tengo ningún pensamiento de matarme.	67	78%
1) He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría. En cuarentena	15	17%
2) Querría matarme.	4	5%
3) Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.	0	0%
Totales	86	100%

Prevalencia de pensamientos o deseos suicidas en estudiantes de psicología mención clínica antes de cuarentena por COVID-19, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, septiembre-diciembre 2020, República Dominicana (Elaboración: propia).

El 78% no tiene ningún pensamiento de quitarse la vida, 17% ha tenido pensamientos de quitarse la vida, pero no lo haría, 5 se quiere quitar la vida y 0% se mataría si tuviera la oportunidad.

Gráfico 30

9. Pensamiento o deseos suicidas (Antes de la cuarentena)



Prevalencia de pensamientos o deseos suicidas en estudiantes de psicología mención clínica antes de cuarentena por COVID-19, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, septiembre-diciembre 2020, República Dominicana (Elaboración: propia).

Aquí se pueden ver de manera gráfica los datos analizados más arriba, representado por colores según los niveles de intensidad del síntoma.

Tabla 31.

Prevalencia de llanto en estudiantes de psicología mención clínica antes de cuarentena por COVID-19

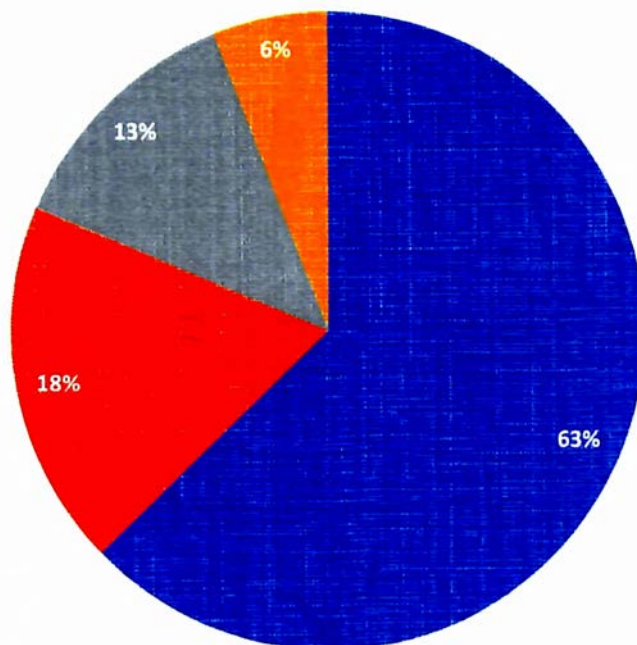
10. Llanto (Antes de cuarentena)		
Respuestas	Respuesta de la muestra	Porcentajes
0) No lloro más de lo que solía hacerlo.	54	63%
1) Lloro más de lo que solía hacerlo.	16	18%
2) Lloro por cualquier pequeñez.	11	13%
3) Siento ganas de llorar, pero no puedo.	5	6%
Totales	86	100%

Prevalencia de llanto en estudiantes de psicología mención clínica antes de cuarentena por COVID-19, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, septiembre-diciembre 2020, República Dominicana (Elaboración: propia).

El 63% no llora más de lo que solía hacerlo, 18% llora más de lo que solía hacerlo, 13% llora por cualquier cosa y 6% siente ganas de llorar, pero puede hacerlo.

Gráfico 31

10.LLanto (Antes de la cuarentena)



- 0 No lloro más de lo que solía hacerlo.
- 1 Lloro más de lo que solía hacerlo.
- 2 Lloro por cualquier pequeñez.
- 3 Siento ganas de llorar pero no puedo.

Prevalencia de llanto en estudiantes de psicología mención clínica antes de cuarentena por COVID-19, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, septiembre-diciembre 2020, República Dominicana (Elaboración: propia).

Aquí se pueden ver de manera gráfica los datos analizados más arriba, representado por colores según los niveles de intensidad del síntoma.

Tabla 32.

Prevalencia de agitación en estudiantes de psicología mención clínica antes de cuarentena

por COVID-19

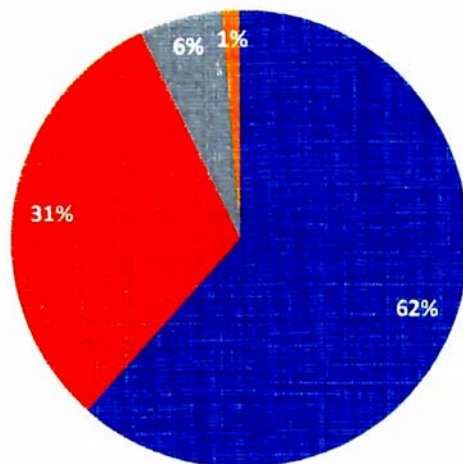
11. Agitación (Antes de cuarentena)		
Respuestas	Respuesta de la muestra	Porcentajes
0) No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.	53	62%
1) Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.	27	31%
2) Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto.	5	6%
3) Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.	1	1%
Totales	86	100%

Prevalencia de agitación en estudiantes de psicología mención clínica antes de cuarentena por COVID-19, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, septiembre-diciembre 2020, República Dominicana (Elaboración: propia).

El 62% no está más inquieto o tenso que lo habitual, 31% se siente más inquieto o tenso que lo habitual, 6% está tan inquieto o agitado que le es difícil quedarse quieto y 1% está tan inquieto o agitado que tiene que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

Gráfico 32

11. Agitación (Antes de cuarentena)



- 0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
- 1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
- 2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto.
- 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

Prevalencia de agitación en estudiantes de psicología mención clínica antes de cuarentena por COVID-19, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, septiembre-diciembre 2020, República Dominicana (Elaboración: propia).

Aquí se pueden ver de manera gráfica los datos analizados más arriba, representado por colores según los niveles de intensidad del síntoma.

Tabla 33.

Prevalencia de pérdida de interés en estudiantes de psicología mención clínica antes de cuarentena por COVID-19

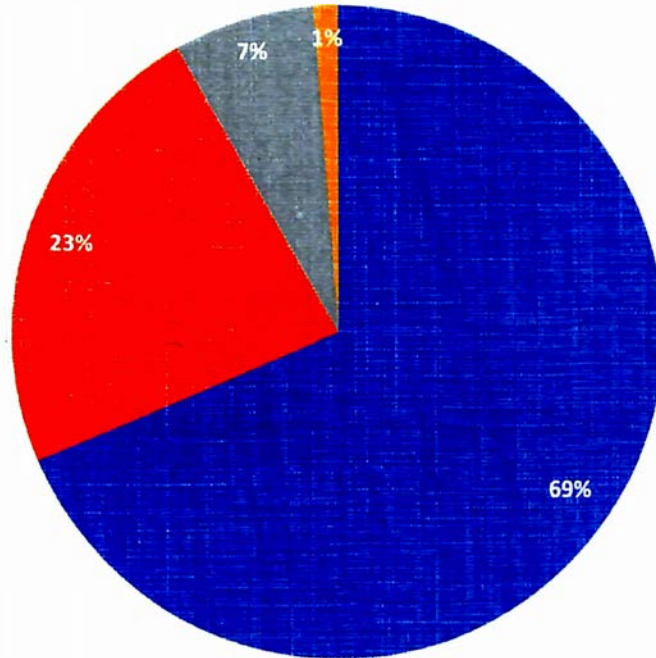
12. Pérdida de interés (Antes de cuarentena)		
Respuestas	Respuesta de la muestra	Porcentajes
0) No he perdido el interés en otras actividades o personas.	59	69%
1) Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.	20	23%
2) He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.	6	7%
3) Me es difícil interesarme por algo. En cuarentena	1	1%
Totales	86	100%

Prevalencia de pérdida de interés en estudiantes de psicología mención clínica antes de cuarentena por COVID-19, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, septiembre-diciembre 2020, República Dominicana (Elaboración: propia).

El 69% no ha perdido el interés en otras actividades o personas, 23% está menos interesado que antes en otras personas o cosas, 7% ha perdido casi todo el interés en otras personas o cosas y el 1% le es difícil interesarse por algo.

Gráfico 33

12. Pérdida de interés (Antes de cuarentena)



- 0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.
- 1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
- 2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
- 3 Me es difícil interesarme por algo. (Actualmente)

Prevalencia de pérdida de interés en estudiantes de psicología mención clínica antes de cuarentena por COVID-19, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, septiembre-diciembre 2020, República Dominicana (Elaboración: propia).

Aquí se pueden ver de manera gráfica los datos analizados más arriba, representado por colores según los niveles de intensidad del síntoma.

Tabla 34.

Prevalencia de indecisión en estudiantes de psicología mención clínica antes de cuarentena por COVID-19

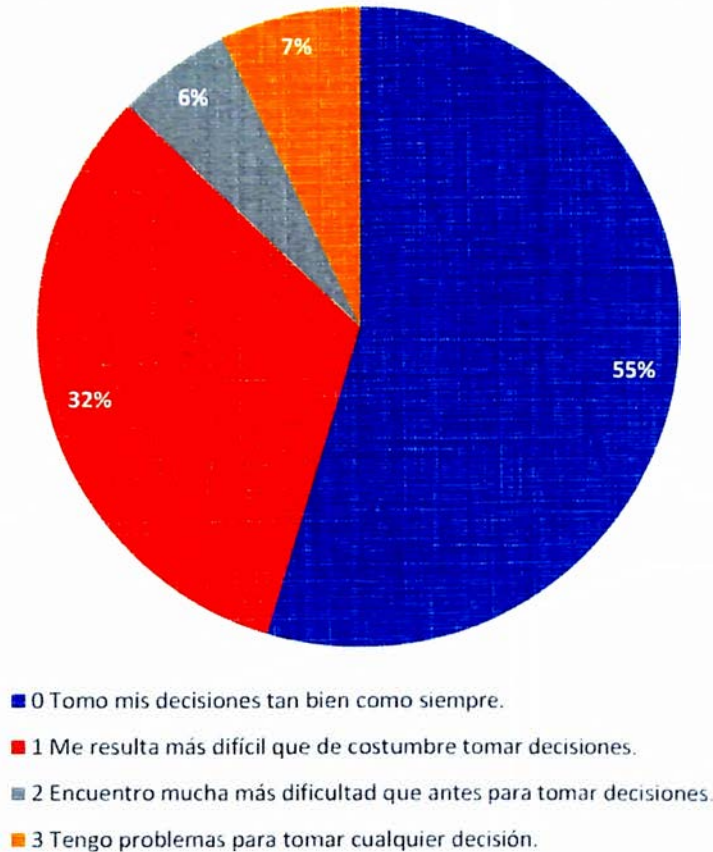
13. Indecisión (Antes de cuarentena)		
Respuestas	Respuesta de la muestra	Porcentajes
0) Tomo mis decisiones tan bien como siempre.	47	55%
1) Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones.	28	32%
2) Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.	5	6%
3) Tengo problemas para tomar cualquier decisión.	6	7%
Totales	86	100%

Prevalencia de indecisión en estudiantes de psicología mención clínica antes de cuarentena por COVID-19, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, septiembre-diciembre 2020, República Dominicana (Elaboración: propia).

El 55% toma decisiones tan bien como siempre, 32% le resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones, 6% encuentra mucha más dificultad que antes para tomar decisiones y 7% tiene problemas para tomar cualquier decisión.

Gráfico 34

13.Indecisión (Antes de le cuarentena)



Prevalencia de indecisión en estudiantes de psicología mención clínica antes de cuarentena por COVID-19, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, septiembre-diciembre 2020, República Dominicana (Elaboración: propia).

Aquí se pueden ver de manera gráfica los datos analizados más arriba, representado por colores según los niveles de intensidad del síntoma.

Tabla 35.

Prevalencia de desvalorización en estudiantes de psicología mención clínica antes de cuarentena por COVID-19

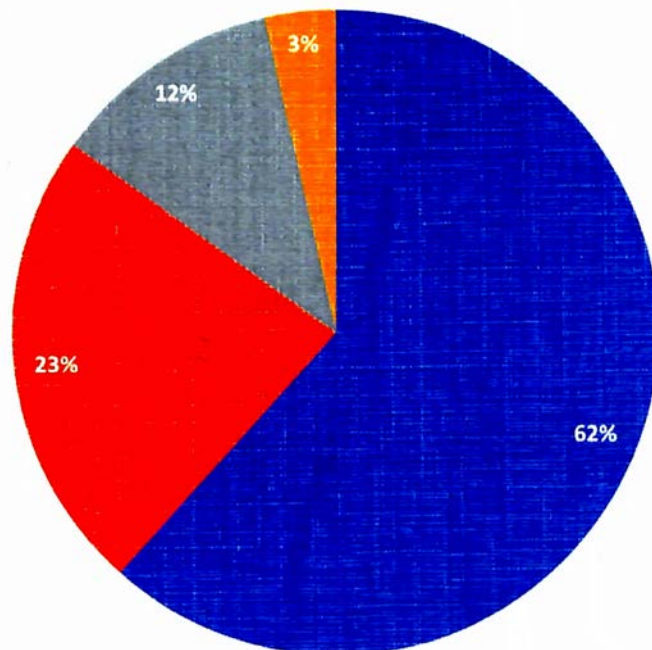
14. Desvalorización (Antes de cuarentena)		
Respuestas	Respuesta de la muestra	Porcentajes
0) No siento que yo no sea valioso.	53	62%
1) No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme.	20	23%
2) Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.	20	12%
3) Siento que no valgo nada.	3	3%
Totales	86	100%

Prevalencia de desvalorización en estudiantes de psicología mención clínica antes de cuarentena por COVID-19, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, septiembre-diciembre 2020, República Dominicana (Elaboración: propia).

El 62% no siente que no sea valioso, 23% no se considera a sí mismo tan valioso y útil como solía considerarse, 12% se siente menos valioso cuando se compara con otros y 3% siente que no vale nada.

Gráfico 35

14.Desvalorización (Antes de cuarentena)



- 0 No siento que yo no sea valioso.
- 1 No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme.
- 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
- 3 Siento que no valgo nada.

Prevalencia de desvalorización en estudiantes de psicología mención clínica antes de cuarentena por COVID-19, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, septiembre-diciembre 2020, República Dominicana (Elaboración: propia).

Aquí se pueden ver de manera gráfica los datos analizados más arriba, representado por colores según los niveles de intensidad del síntoma.

Tabla 36.

Prevalencia de pérdida de energía en estudiantes de psicología mención clínica antes de cuarentena por COVID-19

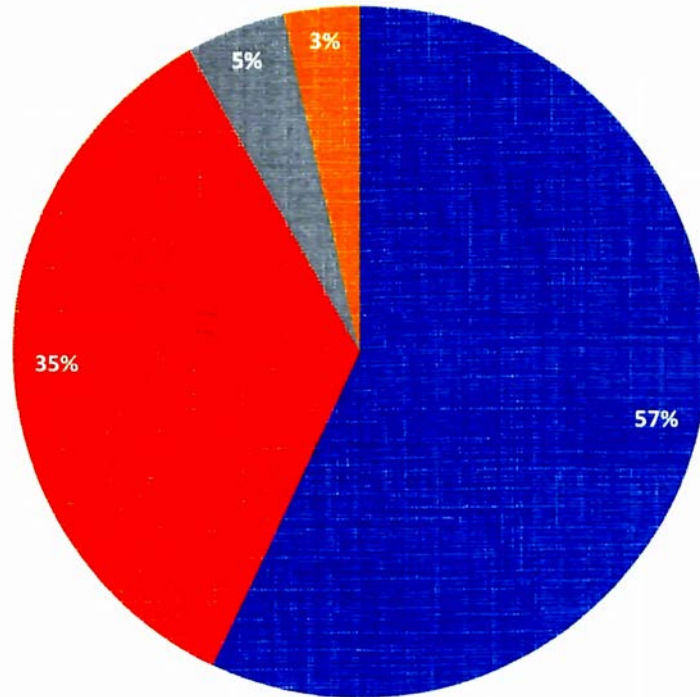
15. Pérdida de Energía (Antes de cuarentena)		
Respuestas	Respuesta de la muestra	Porcentajes
0) Tengo tanta energía como siempre.	49	57%
1) Tengo menos energía que la que solía tener.	30	35%
2) No tengo suficiente energía para hacer demasiado.	4	5%
3) No tengo energía suficiente para hacer nada.	3	3%
Totales	86	100%

Prevalencia de pérdida de energía en estudiantes de psicología mención clínica antes de cuarentena por COVID-19, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, septiembre-diciembre 2020, República Dominicana (Elaboración: propia).

El 57% tiene tanta energía como siempre, 35% tiene menos energía que la que solía tener, 5% no tiene suficiente energía para hacer demasiado y el 3% no tiene energía suficiente para hacer nada.

Gráfico 36

15. Pérdida de energía (Antes de cuarentena)



- 0 Tengo tanta energía como siempre.
- 1 Tengo menos energía que la que solfa tener.
- 2 No tengo suficiente energía para hacer demasiado.
- 3 No tengo energía suficiente para hacer nada.

Prevalencia de pérdida de energía en estudiantes de psicología mención clínica antes de cuarentena por COVID-19, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, septiembre-diciembre 2020, República Dominicana (Elaboración: propia).

Aquí se pueden ver de manera gráfica los datos analizados más arriba, representado por colores según los niveles de intensidad del síntoma.

Tabla 37.

Prevalencia de cambios en los hábitos de sueño en estudiantes de psicología mención clínica antes de cuarentena por COVID-19

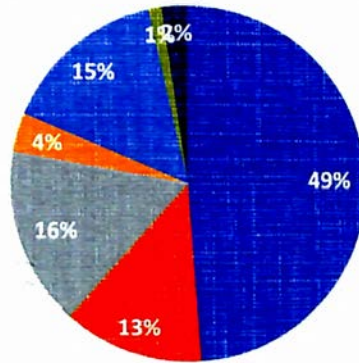
16. Cambios en los Hábitos de Sueño (Antes de cuarentena)		
Respuestas	Respuesta de la muestra	Porcentajes
0) No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.	42	49%
1a) Duermo un poco más que lo habitual.	11	13%
1b) Duermo un poco menos que lo habitual.	14	16%
2a) Duermo mucho más que lo habitual.	3	4%
2b) Duermo mucho menos que lo habitual.	13	15%
3a) Duermo la mayor parte del día.	1	1%
3b) Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme.	2	2%
Totales	86	100%

Prevalencia de cambios en los hábitos de sueño en estudiantes de psicología mención clínica antes de cuarentena por COVID-19, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, septiembre-diciembre 2020, República Dominicana. (Elaboración: propia).

El 49% no ha experimentado ningún cambio en sus hábitos de sueño, 13% duerme un poco más de lo habitual, 16% duerme un poco menos de lo habitual, 4% duerme mucho más que lo habitual, 15% duerme mucho menos que lo habitual, 1% duerme la mayor parte del día y el 2% se despierta 1 a 2 horas más temprano y no puede volver a dormirse.

Gráfico 37

16.Cambios en los hábitos de sueño (Antes de cuarentena)



- 0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
- 1a Duermo un poco más que lo habitual.
- 1b Duermo un poco menos que lo habitual.
- 2a Duermo mucho más que lo habitual.
- 2b Duermo mucho menos que lo habitual.
- 3a Duermo la mayor parte del día.
- 3b Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormir.

Prevalencia de cambios en los hábitos de sueño en estudiantes de psicología mención clínica antes de cuarentena por COVID-19, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, septiembre-diciembre 2020, República Dominicana (Elaboración: propia).

Aquí se pueden ver de manera gráfica los datos analizados más arriba, representado por colores según los niveles de intensidad del síntoma.

Tabla 38.

Prevalencia de irritabilidad en estudiantes de psicología mención clínica antes de cuarentena por COVID-19

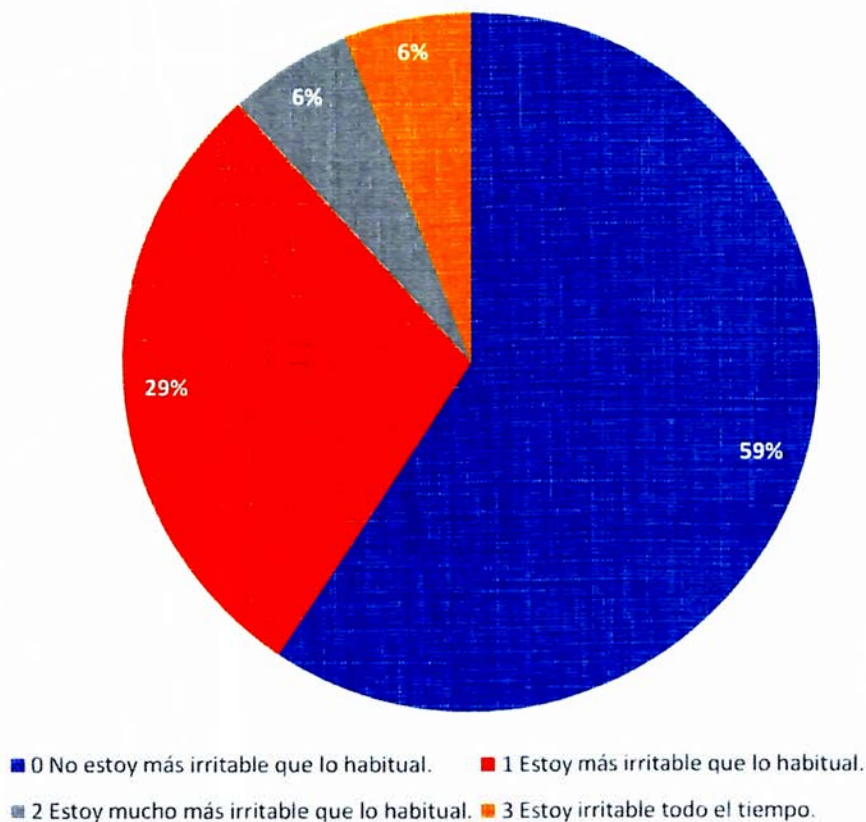
17. Irritabilidad (Antes de cuarentena)		
Respuestas	Respuesta de la muestra	Porcentajes
0) No estoy más irritable que lo habitual.	51	59%
1) Estoy más irritable que lo habitual.	25	29%
2) Estoy mucho más irritable que lo habitual.	5	6%
3) Estoy irritable todo el tiempo.	5	6%
Totales	86	100%

Prevalencia de irritabilidad en estudiantes de psicología mención clínica antes de cuarentena por COVID-19, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, septiembre-diciembre 2020, República Dominicana. (Elaboración: propia).

El 59% no está más irritable que lo habitual, 29% está más irritable que lo habitual, 6% está mucho más irritable que lo habitual y el otro% 6 está irritable todo el tiempo.

Gráfico 38

17.Irritabilidad (Antes de cuarentena)



Prevalencia de irritabilidad en estudiantes de psicología mención clínica antes de cuarentena por COVID-19, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, septiembre-diciembre 2020, República Dominicana (Elaboración: propia).

Aquí se pueden ver de manera gráfica los datos analizados más arriba, representado por colores según los niveles de intensidad del síntoma.

Tabla 39.

Prevalencia de cambios en el apetito en estudiantes de psicología mención clínica antes de cuarentena por COVID-19

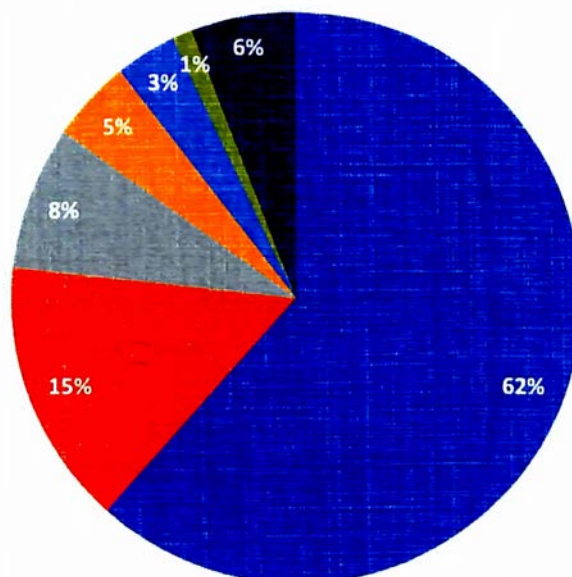
18. Cambios en el Apetito (Antes de cuarentena)		
Respuestas	Respuesta de la muestra	Porcentajes
0) No he experimentado ningún cambio en mi apetito.	53	62%
1ª Mi apetito es un poco menor que lo habitual.	13	15%
1b) Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.	7	8%
2ª Mi apetito es mucho menor que antes.	4	5%
2b) Mi apetito es mucho mayor que lo habitual.	3	3%
3ª No tengo en apetito en absoluto.	1	1%
3b) Quiero comer todo el tiempo.	5	6%
Totales	86	100%

Prevalencia de cambios en el apetito en estudiantes de psicología mención clínica antes de cuarentena por COVID-19, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, septiembre-diciembre 2020, República Dominicana (Elaboración: propia).

El 62% no ha experimentado ningún cambio en su apetito, 15% reporta que su apetito es un poco menor que lo habitual, 8% reporta que su apetito es un poco mayor que lo habitual, 5% reporta que su apetito es mucho menor que antes, 3% reporta que su apetito es mucho mayor que lo habitual, 1% no tiene apetito en lo absoluto y el 6% quiere comer todo el tiempo.

Gráfico 39

18.Cambios del apetito (Antes de cuarentena)



- O No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- 1a Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
- 1b Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
- 2a Mi apetito es mucho menor que antes.
- 2b Mi apetito es mucho mayor que lo habitual.
- 3a No tengo en apetito en absoluto.
- 3b Quiero comer todo el tiempo.

Prevalencia de cambios en el apetito en estudiantes de psicología mención clínica antes de cuarentena por COVID-19, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, septiembre-diciembre 2020, República Dominicana (Elaboración: propia).

Aquí se pueden ver de manera gráfica los datos analizados más arriba, representado por colores según los niveles de intensidad del síntoma.

Tabla 40.

Prevalencia de dificultad de concentración en estudiantes de psicología mención clínica antes de cuarentena por COVID-19

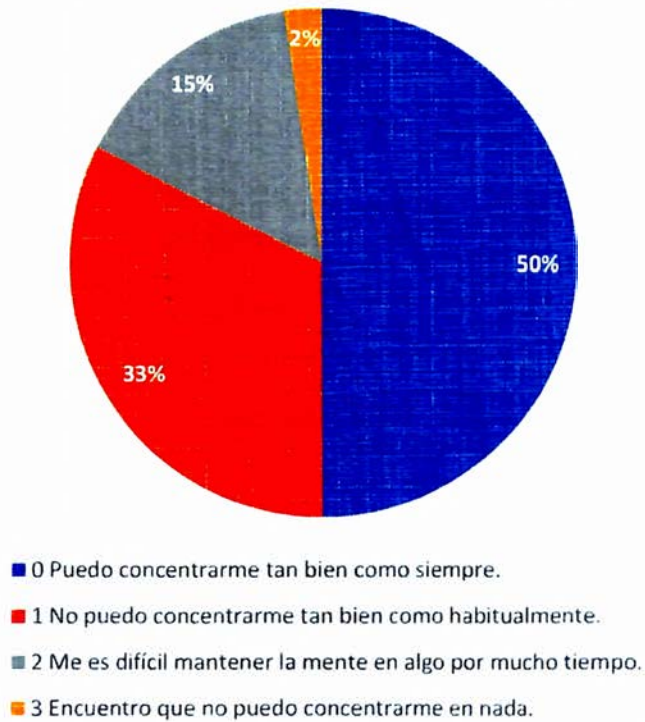
19. Dificultad de Concentración (Antes de cuarentena)		
Respuestas	Respuesta de la muestra	Porcentajes
0) Puedo concentrarme tan bien como siempre.	43	50%
1) No puedo concentrarme tan bien como habitualmente.	28	33%
2) Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.	13	15%
3) Encuentro que no puedo concentrarme en nada.	2	2%
Totales	86	100%

Prevalencia de dificultad de concentración en estudiantes de psicología mención clínica antes de cuarentena por COVID-19, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, septiembre-diciembre 2020, República Dominicana (Elaboración: propia).

El 50% puede concentrarse tan bien como siempre, 33% no puede concentrarse tan bien como habitualmente, 15% le es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo y 2% encuentra que no puede concentrarse en nada.

Gráfico 40

19. Dificultad de concentración (Antes de cuarentena)



Prevalencia de dificultad de concentración en estudiantes de psicología mención clínica antes de cuarentena por COVID-19, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, septiembre-diciembre 2020, República Dominicana (Elaboración: propia).

Aquí se pueden ver de manera gráfica los datos analizados más arriba, representado por colores según los niveles de intensidad del síntoma.

Tabla 41.

Prevalencia de cansancio o fatiga en estudiantes de psicología mención clínica antes de cuarentena por COVID-19

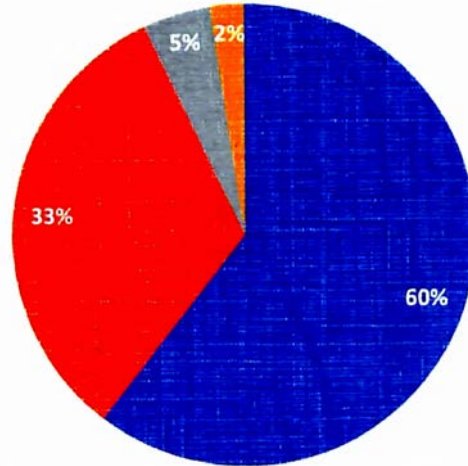
20. Cansancio o Fatiga (Antes de cuarentena)		
Respuestas	Respuesta de la muestra	Porcentajes
0) No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.	52	60%
1) Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.	28	33%
2) Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.	4	5%
3) Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.	2	2%
Totales	86	100%

Prevalencia de cansancio o fatiga en estudiantes de psicología mención clínica antes de cuarentena por COVID-19, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, septiembre-diciembre 2020, República Dominicana (Elaboración: propia).

El 60% no está más cansado o fatigado que lo habitual, 33% se fatiga o se cansa más fácilmente que lo habitual, 5% está demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer y el 2% está demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

Gráfico 41

20.Cansancio o fatiga (Antes de la cuarentena)



- 0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.
- 1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.
- 2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.
- 3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

Prevalencia de cansancio o fatiga en estudiantes de psicología mención clínica antes de cuarentena por COVID-19, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, septiembre-diciembre 2020, República Dominicana (Elaboración: propia).

Aquí se pueden ver de manera gráfica los datos analizados más arriba, representado por colores según los niveles de intensidad del síntoma.

Tabla 42.

Prevalencia de pérdida de interés en el sexo en estudiantes de psicología mención clínica

antes de cuarentena por COVID-19

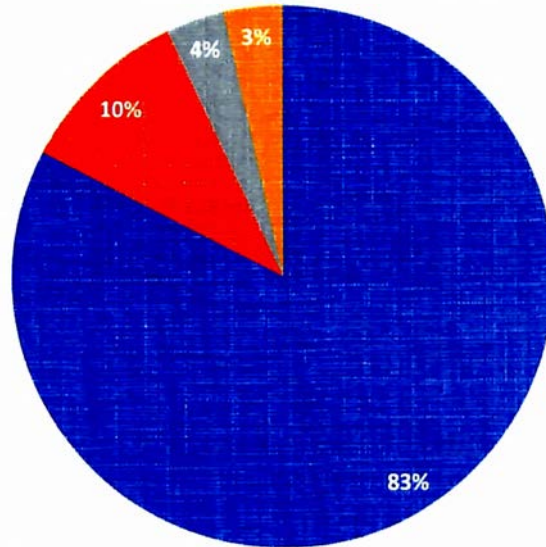
21. Pérdida de interés en el Sexo (Antes de cuarentena)		
Respuestas	Respuesta de la muestra	Porcentajes
O No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.	71	83%
1) Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.	9	10%
2) Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo.	3	4%
3) He perdido completamente el interés en el sexo.	3	3%
Totales	86	100%

Prevalencia de pérdida de interés en el sexo en estudiantes de psicología mención clínica antes de cuarentena por COVID-19, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, septiembre-diciembre 2020, República Dominicana (Elaboración: propia).

El 83% no ha notado ningún cambio reciente en su interés por el sexo, 10% está menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo, 4% ahora está mucho menos interesado en el sexo y el 3% ha perdido completamente el interés en el sexo.

Gráfico 42

21. Pérdida de interés en el sexo (Antes de cuarentena)



- 0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
- 1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.
- 2 Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo.
- 3 He perdido completamente el interés en el sexo.

Prevalencia de pérdida de interés en el sexo en estudiantes de psicología mención clínica antes de cuarentena por COVID-19, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, septiembre-diciembre 2020, República Dominicana (Elaboración: propia).

Aquí se pueden ver de manera gráfica los datos analizados más arriba, representado por colores según los niveles de intensidad del síntoma.

4.2 Comparación de los síntomas de Trastorno depresivo antes y durante la cuarentena

Tabla 43.

Prevalencia de tristeza en estudiantes de psicología mención clínica antes de cuarentena y en cuarentena por COVID-19

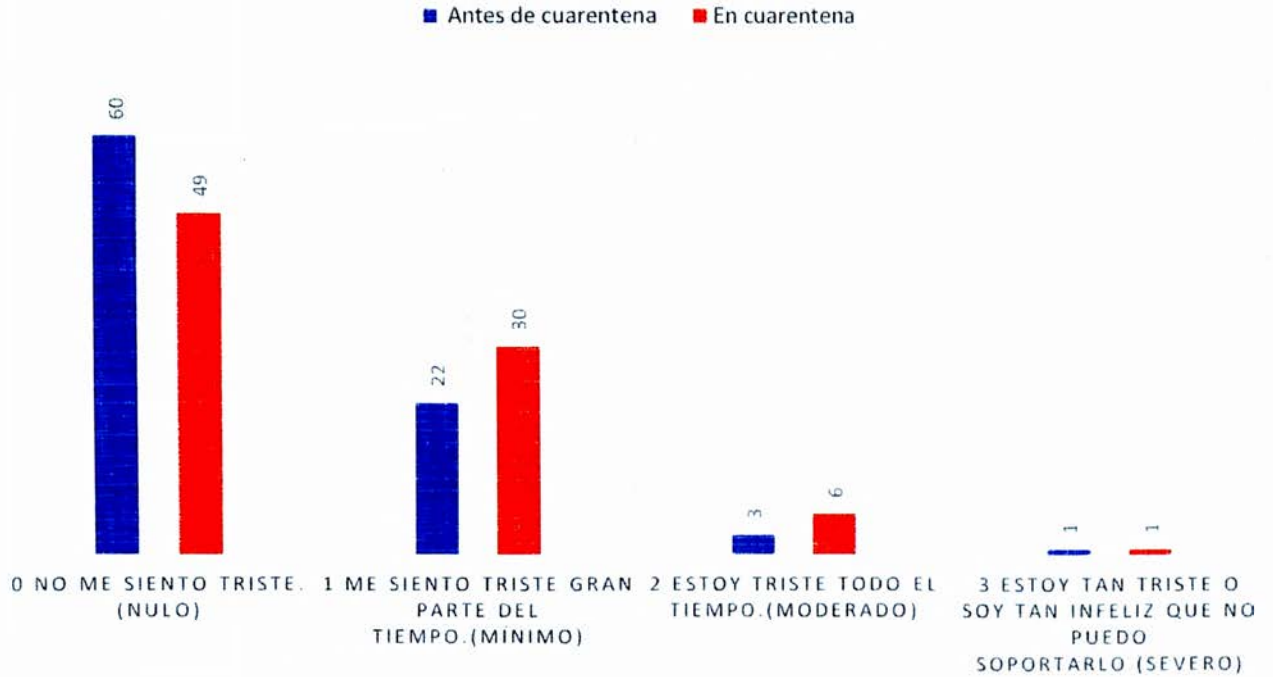
Respuestas	1. Tristeza		
	Antes de cuarentena	En cuarentena	Nivel
0) No me siento triste.	60	49	Nulo
1) Me siento triste gran parte del tiempo.	22	30	Mínimo
2) Estoy triste todo el tiempo.	3	6	moderado
3) Estoy tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.	1	1	Severo

Prevalencia de tristeza en estudiantes de psicología mención clínica antes de cuarentena y en cuarentena por COVID-19, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, septiembre-diciembre 2020, República Dominicana (Elaboración: propia).

En la comparación del síntoma de tristeza antes y durante la cuarentena el nivel nulo disminuyó, ascendió en los niveles mínimo y moderado, se mantuvo igual en la categoría severa.

Gráfico 43

1. Tristeza



Prevalencia de tristeza en estudiantes de psicología mención clínica antes de cuarentena y en cuarentena por COVID-19, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, septiembre-diciembre 2020, República Dominicana (Elaboración: propia).

Aquí se pueden ver de manera gráfica los datos analizados más arriba, representado por colores según los niveles de intensidad del síntoma.

Tabla 44.

Prevalencia de pesimismo en estudiantes de psicología mención clínica antes de cuarentena y en cuarentena por COVID-19

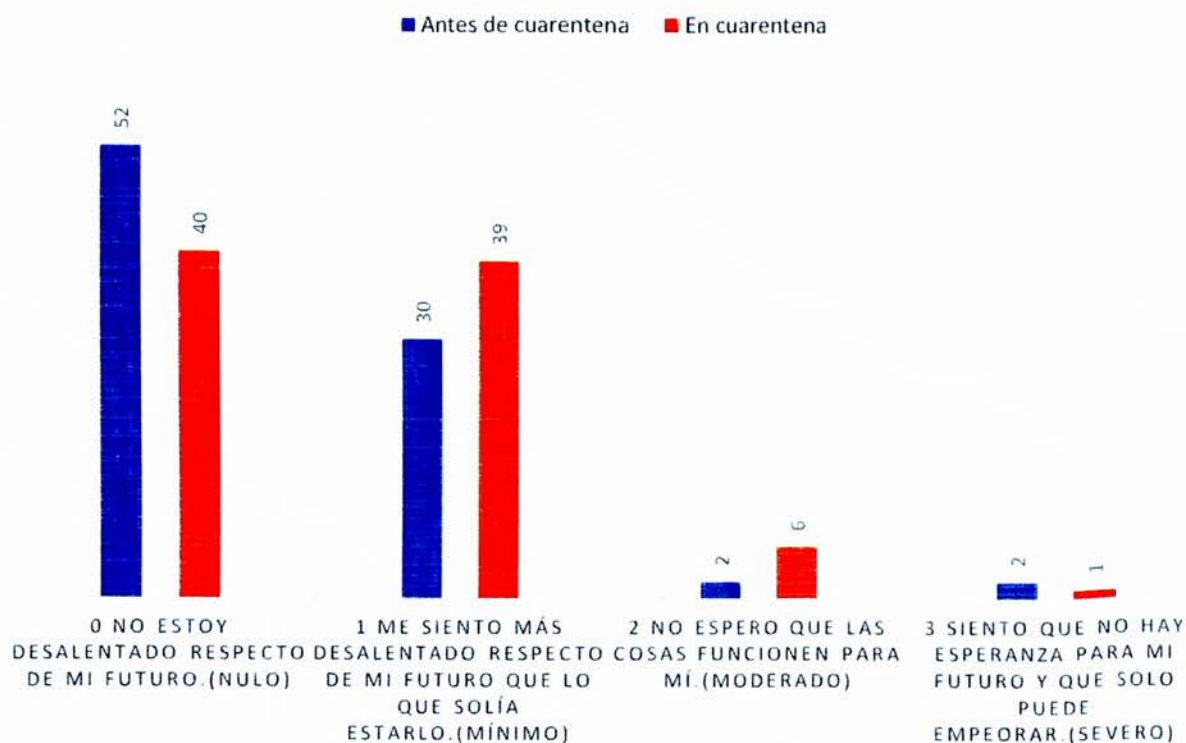
Respuestas	2. Pesimismo		
	Antes de cuarentena	En cuarentena	Nivel
0) No estoy desalentado respecto de mi futuro.	52	40	Nulo
1) Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.	30	39	Mínimo
2) No espero que las cosas funcionen para mí.	2	6	moderado
3) Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.	2	1	Severo

Prevalencia de pesimismo en estudiantes de psicología mención clínica antes de cuarentena y en cuarentena por COVID-19, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, septiembre-diciembre 2020, República Dominicana (Elaboración: propia).

En la comparación del síntoma de pesimismo antes y durante la cuarentena el nivel nulo disminuyó, en los niveles mínimo y moderado se intensificó y en el nivel severo dicho pesimismo disminuyó.

Gráfico 44

2. Pesimismo



Prevalencia de pesimismo en estudiantes de psicología mención clínica antes de cuarentena y en cuarentena por COVID-19, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, septiembre-diciembre 2020, República Dominicana (Elaboración: propia).

Aquí se pueden ver de manera gráfica los datos analizados más arriba, representado por colores según los niveles de intensidad del síntoma.

Tabla 45.

Prevalencia de fracaso en estudiantes de psicología mención clínica antes de cuarentena y en cuarentena por COVID-19

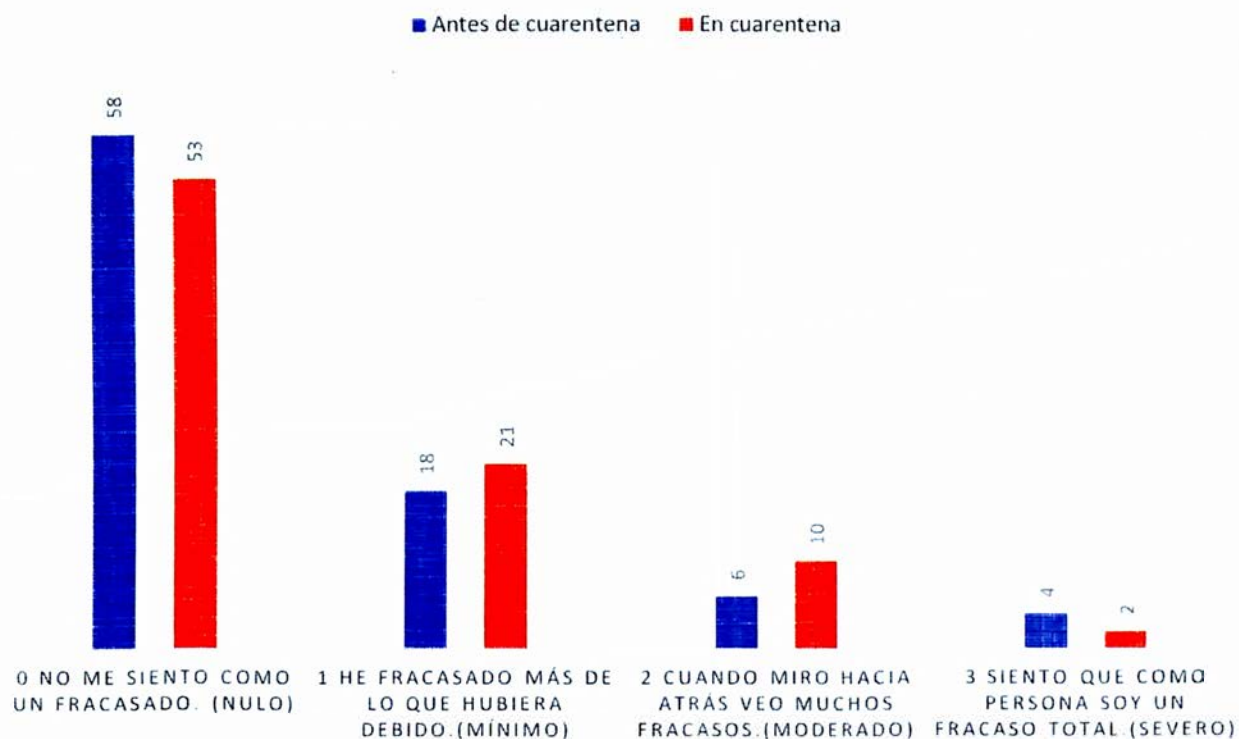
3. Fracaso			
Respuestas	Antes de cuarentena	En cuarentena	Nivel
0) No me siento como un fracasado.	58	53	Nulo
1) He fracasado más de lo que hubiera debido.	18	21	Mínimo
2) Cuando miro hacia atrás veo muchos fracasos.	6	10	Moderado
3) Siento que como persona soy un fracaso total.	4	2	Severo

Prevalencia de fracaso en estudiantes de psicología mención clínica antes de cuarentena y en cuarentena por COVID-19, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, septiembre-diciembre 2020, República Dominicana (Elaboración: propia).

En la comparación del síntoma pensamientos de fracaso antes y durante la cuarentena el nivel nulo descendió, en los niveles mínimo y moderado aumentó y en el nivel severo aumentó.

Gráfico 45

3.Fracaso



Prevalencia de fracaso en estudiantes de psicología mención clínica antes de cuarentena y en cuarentena por COVID-19, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, septiembre-diciembre 2020, República Dominicana (Elaboración: propia).

Aquí se pueden ver de manera gráfica los datos analizados más arriba, representado por colores según los niveles de intensidad del síntoma.

Tabla 46.

Prevalencia de pérdida de placer en estudiantes de psicología mención clínica antes de cuarentena y en cuarentena por COVID-19

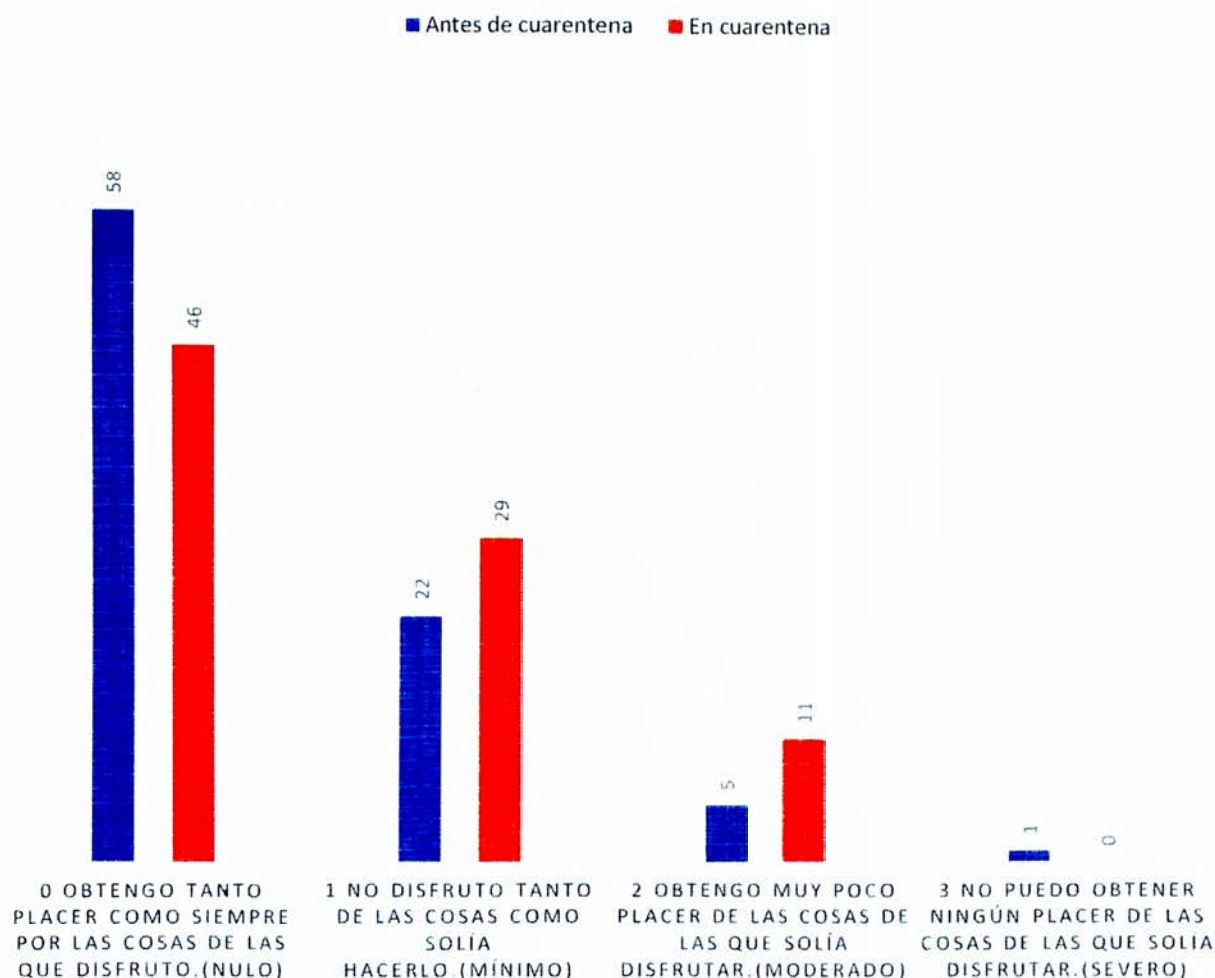
4. Pérdida de Placer			
Respuestas	Antes de cuarentena	En cuarentena	Nivel
0) Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.	58	46	Nulo
1) No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.	22	29	Mínimo
2) Obtengo muy poco placer de las cosas de las que solía disfrutar.	5	11	moderado
3) No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.	1	0	Severo

Prevalencia de pérdida de placer en estudiantes de psicología mención clínica antes de cuarentena y en cuarentena por COVID-19, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, septiembre-diciembre 2020, República Dominicana (Elaboración: propia).

En la comparación del síntoma de pérdida de placer antes y durante la cuarentena el nivel nulo descendió, los nivel mínimo y moderado ascendieron y el nivel severo descendió.

Gráfico 46

4. Pérdida de placer



Prevalencia de pérdida de placer en estudiantes de psicología mención clínica antes de cuarentena y en cuarentena por COVID-19, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, septiembre-diciembre 2020, República Dominicana (Elaboración: propia).

Aquí se pueden ver de manera gráfica los datos analizados más arriba, representado por colores según los niveles de intensidad del síntoma.

Tabla 47.

Prevalencia de sentimientos de culpa en estudiantes de psicología mención clínica antes de cuarentena y en cuarentena por COVID-19

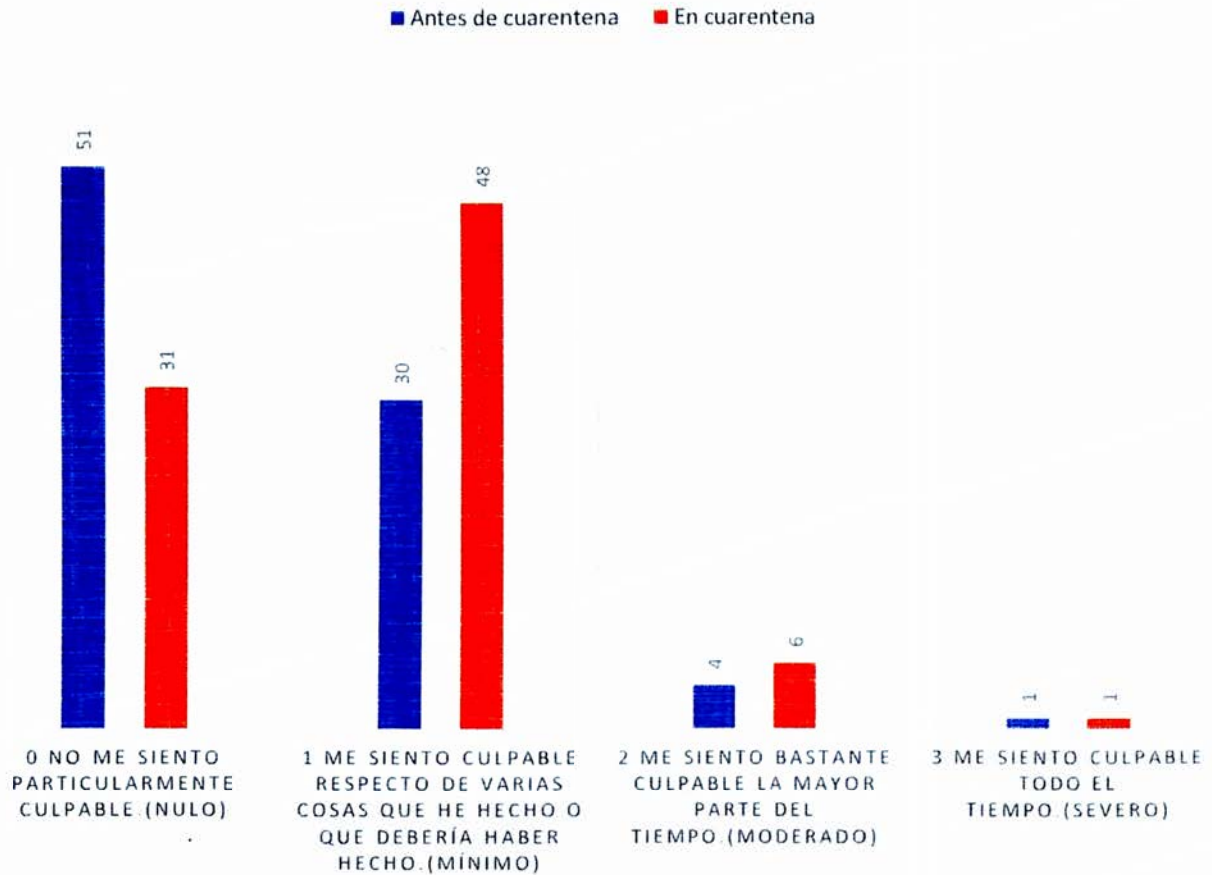
5. Sentimientos de culpa			
Respuestas	Antes de cuarentena	En cuarentena	Nivel
0) No me siento particularmente culpable.	51	31	Nulo
1) Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.	30	48	Mínimo
2) Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.	4	6	Moderado
3) Me siento culpable todo el tiempo.	1	1	Severo

Prevalencia de sentimientos de culpa en estudiantes de psicología mención clínica antes de cuarentena y en cuarentena por COVID-19, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, septiembre-diciembre 2020, República Dominicana (Elaboración: propia).

En la comparación del síntoma de sentimientos de culpa antes y durante la cuarentena el nivel nulo descendió, el nivel mínimo y moderado ascendió y el nivel severo se mantuvo igual.

Gráfico 47

5.Sentimientos de culpa



Prevalencia de sentimientos de culpa en estudiantes de psicología mención clínica antes de cuarentena y en cuarentena por COVID-19, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, septiembre-diciembre 2020, República Dominicana (Elaboración: propia).

Aquí se pueden ver de manera gráfica los datos analizados más arriba, representado por colores según los niveles de intensidad del síntoma.

Tabla 48.

Prevalencia de sentimientos de castigo en estudiantes de psicología mención clínica antes de cuarentena y en cuarentena por COVID-19

6. Sentimientos de castigo			
Respuestas	Antes de cuarentena	En cuarentena	Nivel
0) No siento que estoy siendo castigado.	70	68	Nulo
1) Siento que tal vez pueda ser castigado.	11	13	Mínimo
2) Espero ser castigado.	3	2	Moderado
3) Siento que estoy siendo castigado.	2	3	Severo

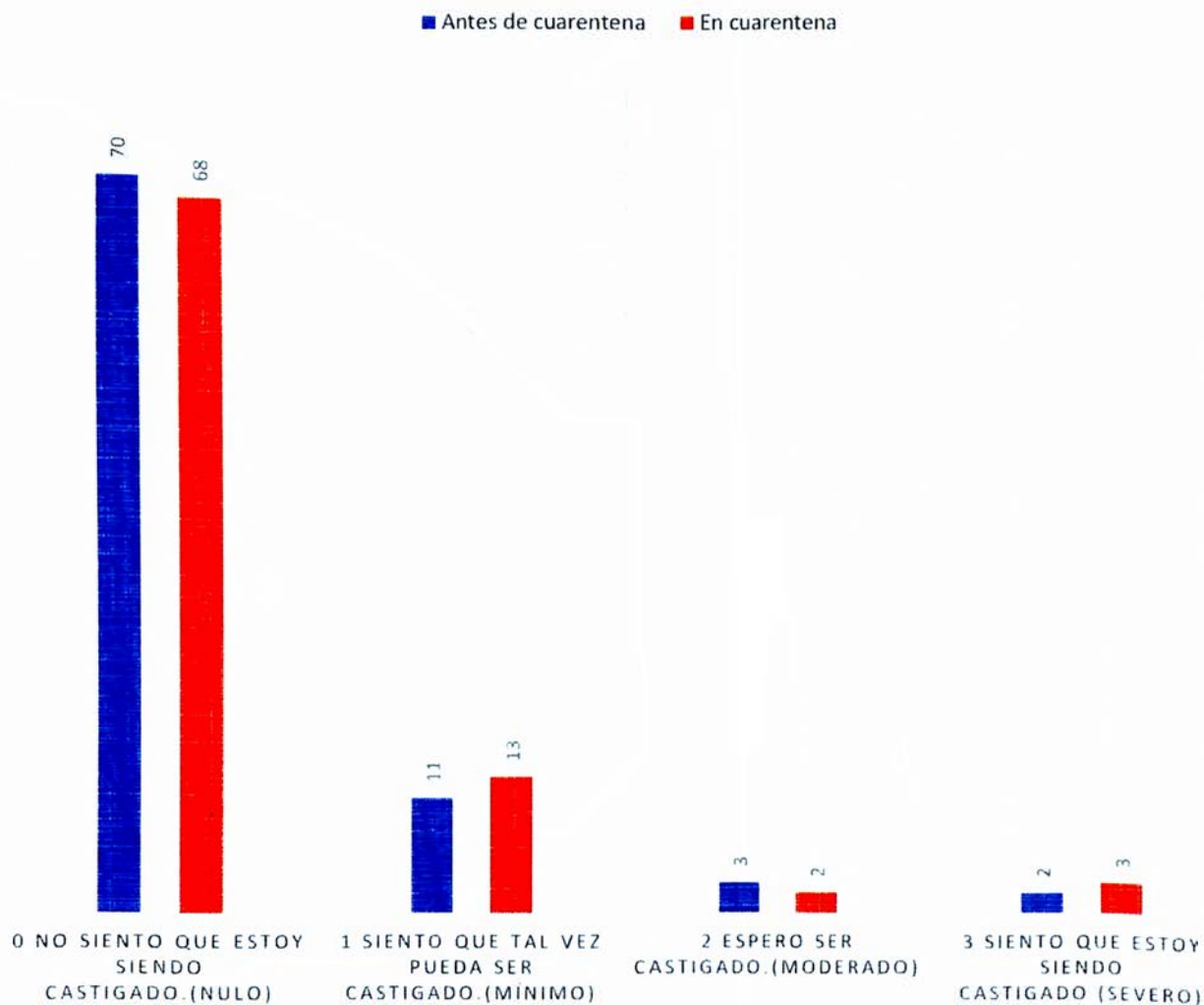
Prevalencia de sentimientos de castigo en estudiantes de psicología mención clínica antes de cuarentena y en cuarentena por COVID-19, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, septiembre-diciembre 2020, República Dominicana

(Elaboración: propia).

En la comparación del síntoma sentimientos de castigo antes y durante la cuarentena el nivel nulo descendió, el nivel mínimo aumentó, en el nivel moderado descendió y el nivel severo aumentó.

Gráfico 48

6.Sentimiento de castigo



Prevalencia de sentimientos de castigo en estudiantes de psicología mención clínica antes de cuarentena y en cuarentena por COVID-19, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, septiembre-diciembre 2020, República Dominicana (Elaboración: propia).

Aquí se pueden ver de manera gráfica los datos analizados más arriba, representado por colores según los niveles de intensidad del síntoma.

Tabla 49.

Prevalencia de disconformidad consigo mismo en estudiantes de psicología mención clínica antes de cuarentena y en cuarentena por COVID-19

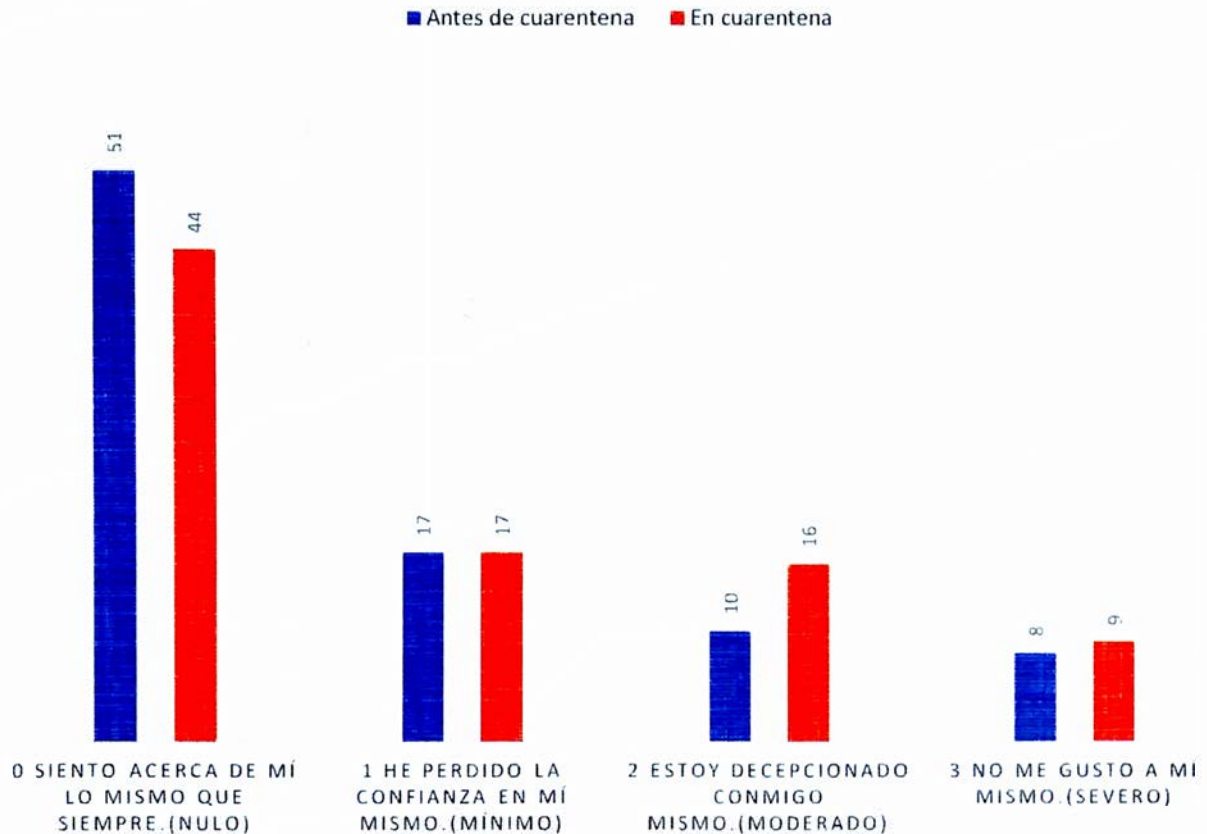
7. Disconformidad con uno mismo			
Respuestas	Antes de cuarentena	En cuarentena	Nivel
0) Siento acerca de mí lo mismo que siempre.	51	44	Nulo
1) He perdido la confianza en mí mismo.	17	17	Mínimo
2) Estoy decepcionado conmigo mismo.	10	16	Moderado
3) No me gusto a mí mismo.	8	9	Severo

Prevalencia de disconformidad consigo mismo en estudiantes de psicología mención clínica antes de cuarentena y en cuarentena por COVID-19, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, septiembre-diciembre 2020, República Dominicana (Elaboración: propia).

En la comparación del síntoma de disconformidad con uno mismo antes y durante la cuarentena el nivel nulo descendió el nivel mínimo se mantuvo, en el nivel moderado aumentó y en el nivel severo también aumentó.

Gráfico 49

7. Disconformidad con uno mismo



Prevalencia de disconformidad consigo mismo en estudiantes de psicología mención clínica antes de cuarentena y en cuarentena por COVID-19, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, septiembre-diciembre 2020, República Dominicana (Elaboración: propia).

Aquí se pueden ver de manera gráfica los datos analizados más arriba, representado por colores según los niveles de intensidad del síntoma.

Tabla 50.

Prevalencia de autocrítica en estudiantes de psicología mención clínica antes de cuarentena y en cuarentena por COVID-19

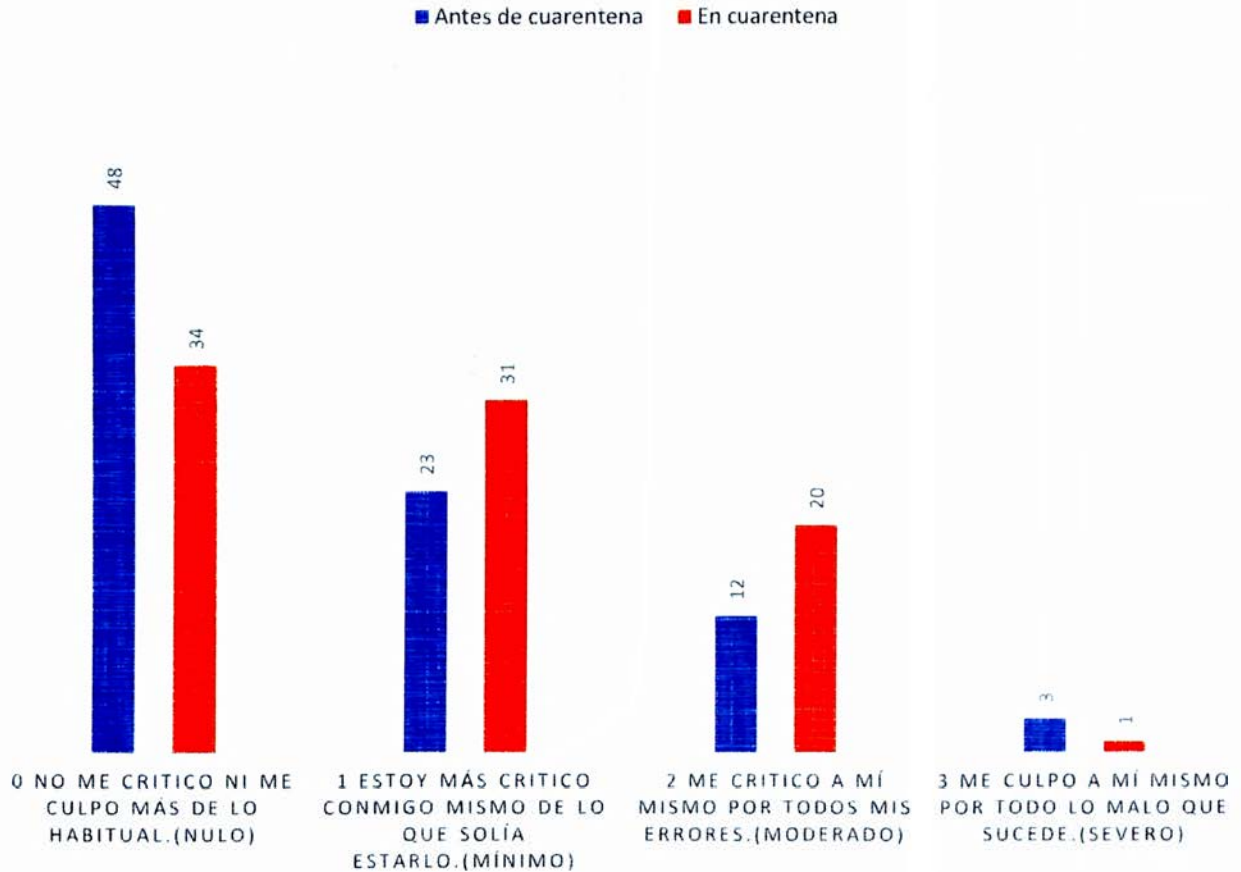
8. Autocrítica			
Respuestas	Antes de cuarentena	En cuarentena	Nivel
0) No me critico ni me culpo más de lo habitual.	48	34	Nulo
1) Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo.	23	31	Mínimo
2) Me critico a mí mismo por todos mis errores.	12	20	Moderado
3) Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.	3	1	Severo

Prevalencia de autocrítica en estudiantes de psicología mención clínica antes de cuarentena y en cuarentena por COVID-19, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, septiembre-diciembre 2020, República Dominicana (Elaboración: propia).

En la comparación del síntoma de autocrítica antes y durante la cuarentena el nivel nulo descendió, los niveles mínimo y moderado ascendieron y el nivel severo descendió.

Gráfico 50

8. Autocrítica



Prevalencia de autocrítica en estudiantes de psicología mención clínica antes de cuarentena y en cuarentena por COVID-19, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, septiembre-diciembre 2020, República Dominicana (Elaboración: propia).

Aquí se pueden ver de manera gráfica los datos analizados más arriba, representado por colores según los niveles de intensidad del síntoma.

Tabla 51.

Prevalencia de pensamientos o deseos suicidas en estudiantes de psicología mención clínica antes de cuarentena y en cuarentena por COVID-19

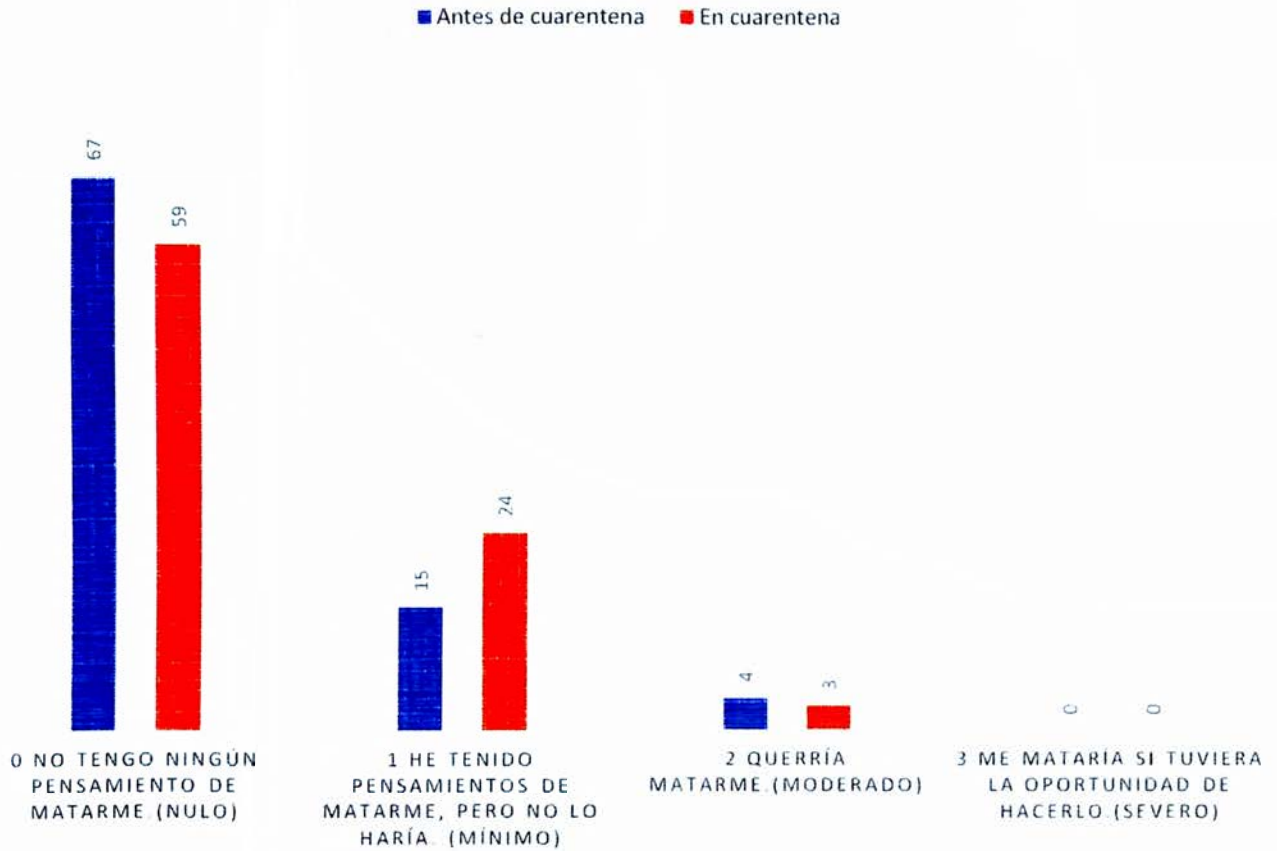
9. Pensamientos o deseos suicidas			
Respuestas	Antes de cuarentena	En cuarentena	Nivel
0) No tengo ningún pensamiento de matarme.	67	59	Nulo
1) He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría.	15	24	Mínimo
2) Querría matarme.	4	3	Moderado
3) Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.	0	0	Severo

Prevalencia de pensamientos o deseos suicidas en estudiantes de psicología mención clínica antes de cuarentena y en cuarentena por COVID-19, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, septiembre-diciembre 2020, República Dominicana (Elaboración: propia).

En la comparación del síntoma de pensamientos o deseos suicidas antes y durante la cuarentena el nivel nulo descendió el nivel mínimo ascendió, el nivel moderado descendió y el nivel severo se mantuvo igual.

Gráfico 51

9. Pensamientos o deseos suicidas



Prevalencia de pensamientos o deseos suicidas en estudiantes de psicología mención clínica antes de cuarentena y en cuarentena por COVID-19, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, septiembre-diciembre 2020, República Dominicana (Elaboración: propia).

Aquí se pueden ver de manera gráfica los datos analizados más arriba, representado por colores según los niveles de intensidad del síntoma.

Tabla 52.

Prevalencia de llanto en estudiantes de psicología mención clínica antes de cuarentena y en cuarentena por COVID-19

10. Llanto			
Respuestas	Antes de cuarentena	En cuarentena	Nivel
0) No lloro más de lo que solía hacerlo. (Nulo)	54	42	Nulo
1) Lloro más de lo que solía hacerlo. (Mínimo)	16	22	Mínimo
2) Lloro por cualquier pequeñez. (Moderado)	11	17	Moderado
3) Siento ganas de llorar, pero no puedo. (Severo)	5	5	Severo

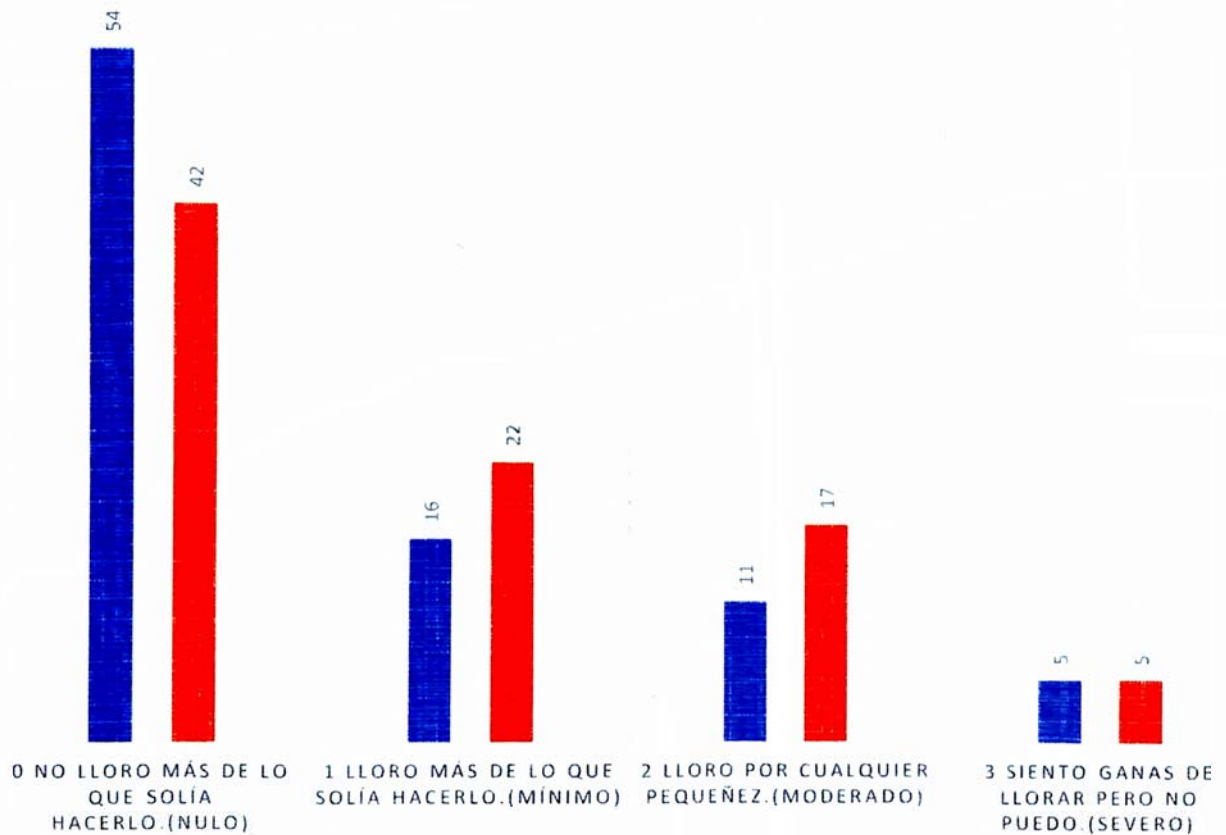
Prevalencia de llanto en estudiantes de psicología mención clínica antes de cuarentena y en cuarentena por COVID-19, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, septiembre-diciembre 2020, República Dominicana (Elaboración: propia).

En la comparación del síntoma de llanto antes y durante la cuarentena en el nivel nulo descendió, en los niveles mínimo y moderado ascendió y en el nivel severo se mantuvo igual.

Gráfico 52

10.Llanto

■ Antes de cuarentena ■ En cuarentena



Prevalencia de llanto en estudiantes de psicología mención clínica antes de cuarentena y en cuarentena por COVID-19, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, septiembre-diciembre 2020, República Dominicana (Elaboración: propia).

Aquí se pueden ver de manera gráfica los datos analizados más arriba, representado por colores según los niveles de intensidad del síntoma.

Tabla 53.

Prevalencia de Agitación en estudiantes de psicología mención clínica antes de cuarentena y en cuarentena por COVID-19

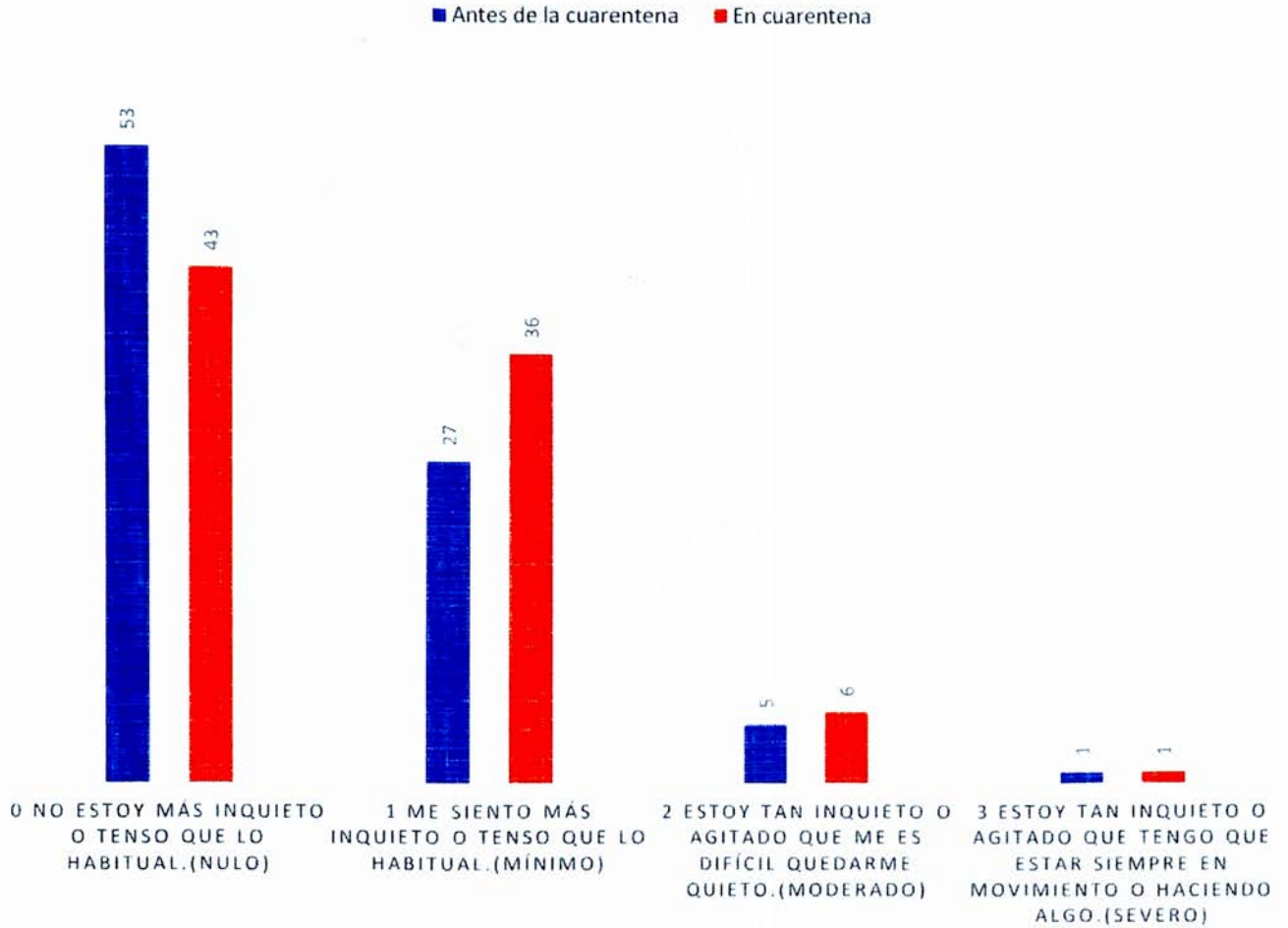
11. Agitación (Antes de cuarentena)			
Respuestas	Antes de la cuarentena	En cuarentena	Nivel
0) No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.	53	43	Nulo
1) Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.	27	36	Mínimo
2) Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto.	5	6	Moderado
3) Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.	1	1	Severo

Prevalencia de Agitación en estudiantes de psicología mención clínica antes de cuarentena y en cuarentena por COVID-19, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, septiembre-diciembre 2020, República Dominicana (Elaboración: propia).

En la comparación del síntoma de agitación antes y durante la cuarentena en el nivel nulo descendió, en los niveles mínimo y moderado ascendió y en el nivel severo se mantuvo igual.

Gráfico 53

11. Agitación



Prevalencia de Agitación en estudiantes de psicología mención clínica antes de cuarentena y en cuarentena por COVID-19, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, septiembre-diciembre 2020, República Dominicana (Elaboración: propia).

Aquí se pueden ver de manera gráfica los datos analizados más arriba, representado por colores según los niveles de intensidad del síntoma.

Tabla 54.

Prevalencia de pérdida de interés en estudiantes de psicología mención clínica antes de cuarentena y en cuarentena por COVID-19

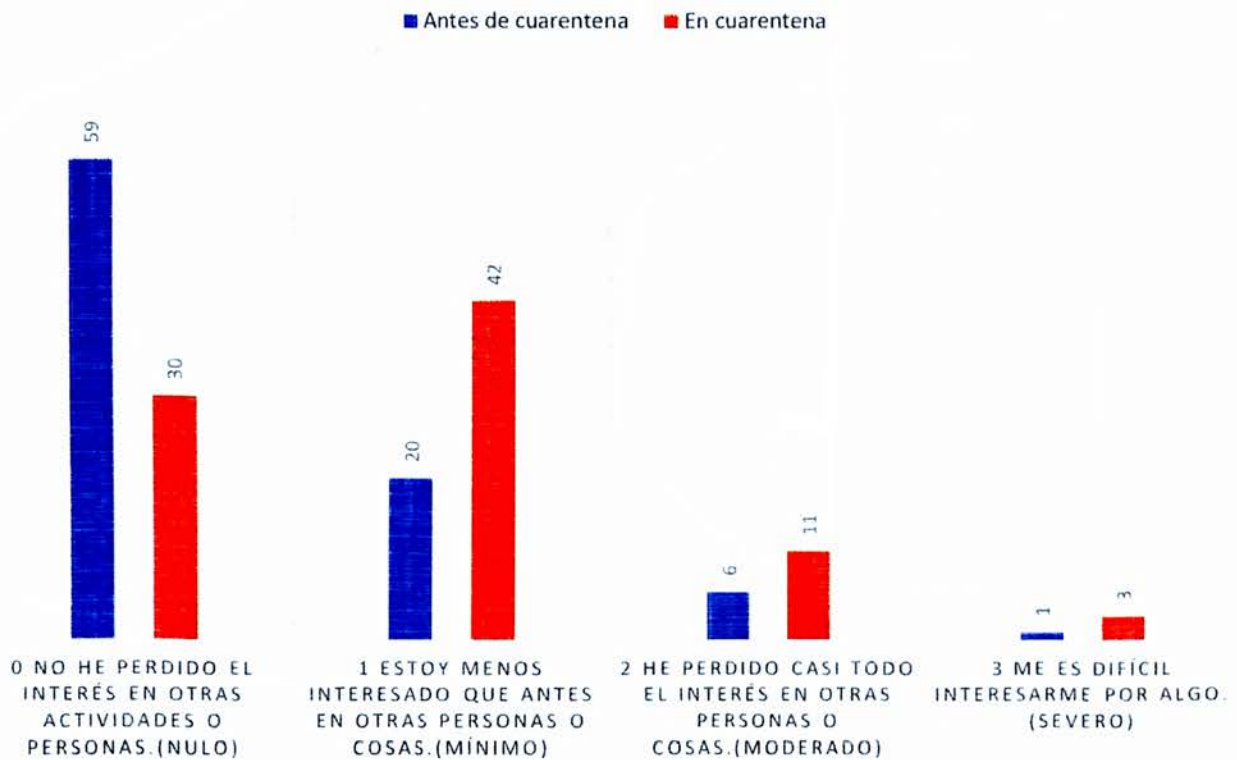
12. Pérdida de interés			
Respuestas	Antes de cuarentena	En cuarentena	Nivel
0) No he perdido el interés en otras actividades o personas.	59	30	Nulo
1) Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.	20	42	Mínimo
2) He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.	6	11	Moderado
3) Me es difícil interesarme por algo.	1	3	Severo

Prevalencia de pérdida de interés en estudiantes de psicología mención clínica antes de cuarentena y en cuarentena por COVID-19, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, septiembre-diciembre 2020, República Dominicana. (Elaboración: propia).

En la comparación del síntoma de pérdida de interés antes y durante la cuarentena en el nivel nulo descendió y en los niveles mínimo, moderado y severo ascendieron.

Gráfico 54

12. Pérdida de interés



Prevalencia de pérdida de interés en estudiantes de psicología clínica antes de cuarentena y en cuarentena por COVID-19, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, septiembre-diciembre 2020, República Dominicana (Elaboración: propia).

Aquí se pueden ver de manera gráfica los datos analizados más arriba, representado por colores según los niveles de intensidad del síntoma.

Tabla 55.

Prevalencia de indecisión en estudiantes de psicología mención clínica antes de cuarentena y en cuarentena por COVID-19

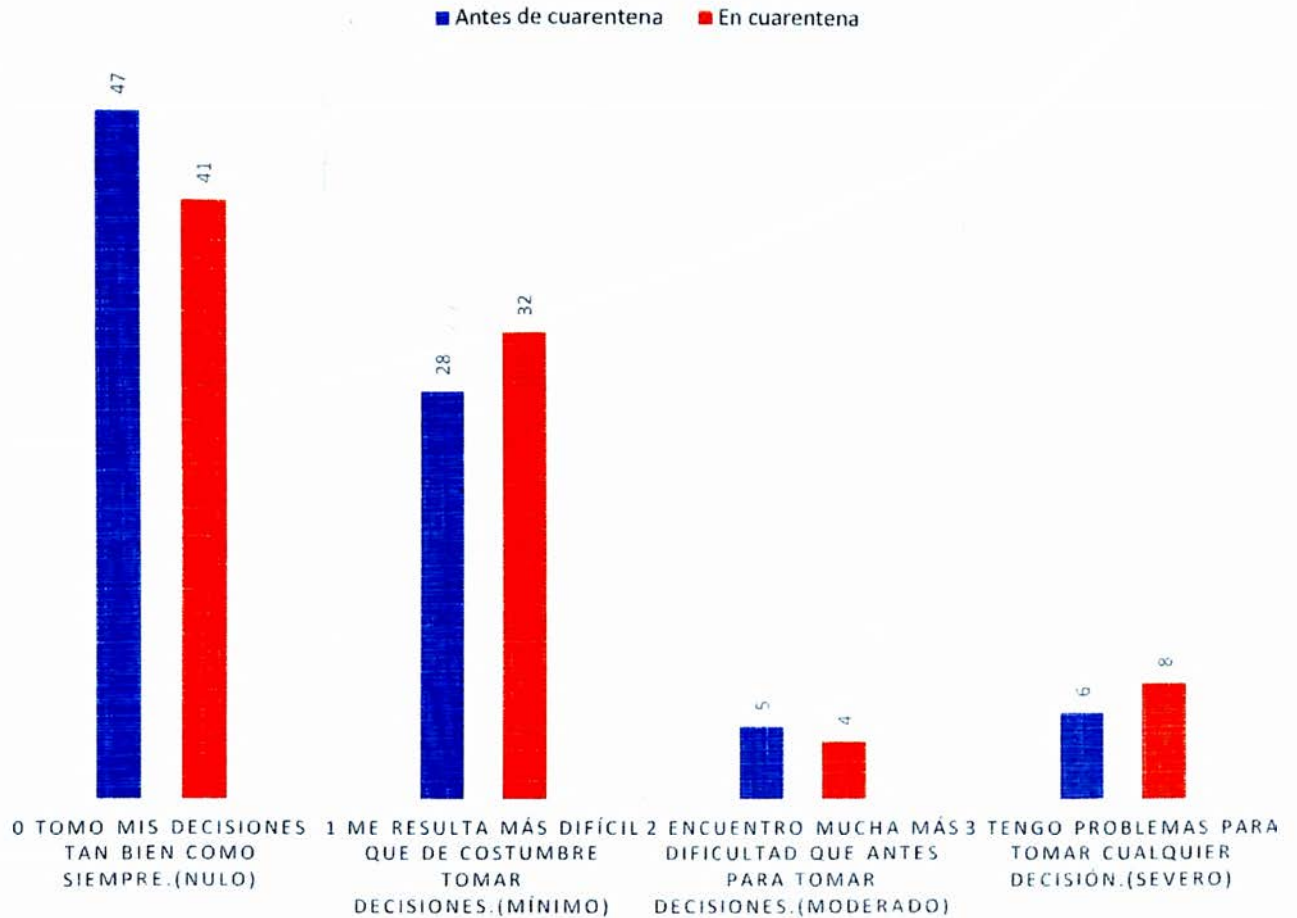
13. Indecisión			
Respuestas	Antes de cuarentena	En cuarentena	Nivel
0) Tomo mis decisiones tan bien como siempre.	47	41	Nulo
1) Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones.	28	32	Mínimo
2) Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.	5	4	Moderado
3) Tengo problemas para tomar cualquier decisión.	6	8	Severo

Prevalencia de indecisión en estudiantes de psicología mención clínica antes de cuarentena y en cuarentena por COVID-19, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, septiembre-diciembre 2020, República Dominicana (Elaboración: propia).

En la comparación del síntoma de indecisión antes y durante la cuarentena en el nivel nulo descendió, en el nivel mínimo ascendió, en el nivel moderado descendió y en nivel severo ascendió.

Gráfico 55

13.Indecisión



Prevalencia de indecisión en estudiantes de psicología mención clínica antes de cuarentena y en cuarentena por COVID-19, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, septiembre-diciembre 2020, República Dominicana (Elaboración: propia).

Aquí se pueden ver de manera gráfica los datos analizados más arriba, representado por colores según los niveles de intensidad del síntoma.

Tabla 56.

Prevalencia de desvalorización en estudiantes de psicología mención clínica antes de cuarentena y en cuarentena por COVID-19

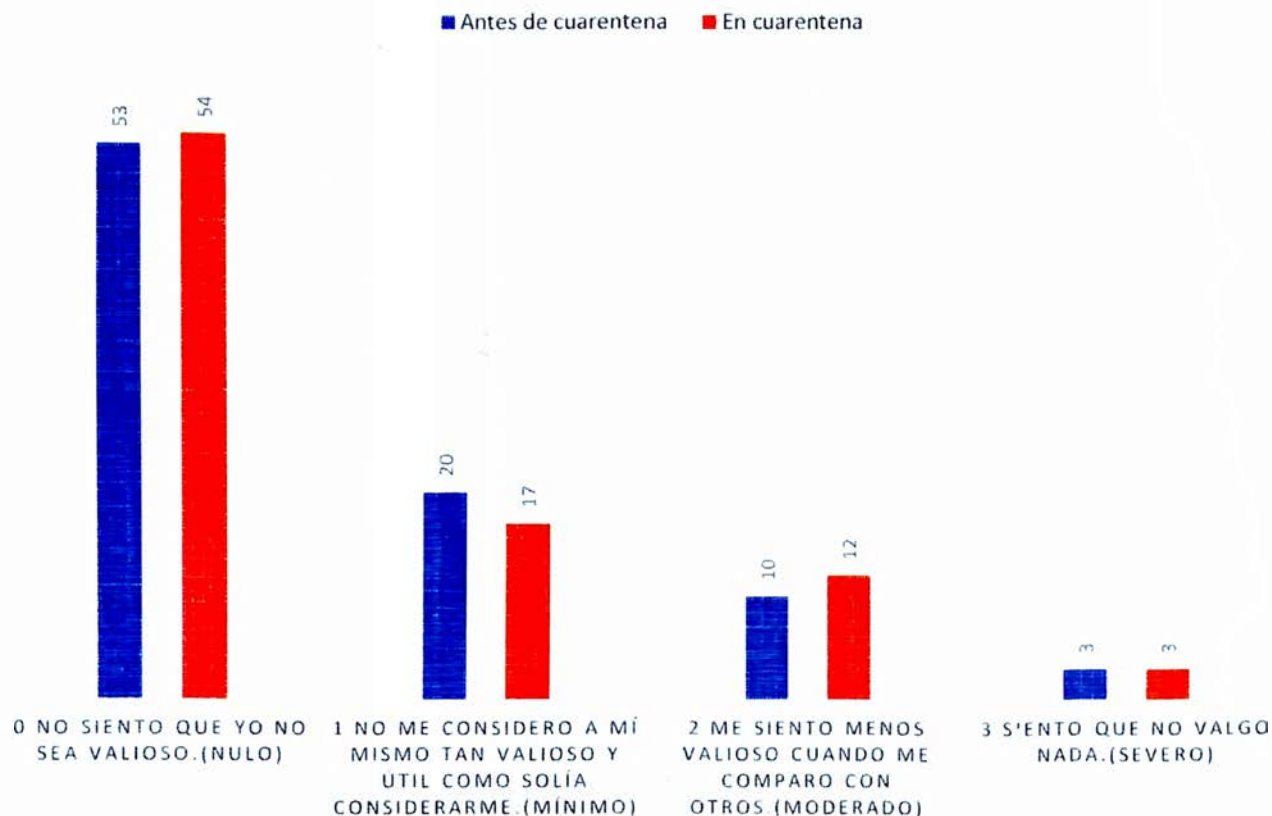
14. Desvalorización			
Respuestas	Antes de cuarentena	En cuarentena	Nivel
0) No siento que yo no sea valioso.	53	54	Nulo
1) No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme.	20	17	Mínimo
2) Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.	10	12	Moderado
3) Siento que no valgo nada.	3	3	Severo

Prevalencia de desvalorización en estudiantes de psicología mención clínica antes de cuarentena y en cuarentena por COVID-19, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, septiembre-diciembre 2020, República Dominicana (Elaboración: propia).

En la comparación del síntoma desvalorización antes y durante la cuarentena en el nivel nulo ascendió, en el nivel mínimo descendió, en el moderado ascendió y en el nivel severo se mantuvo igual.

Gráfico 56

14.Desvalorización



Prevalencia de desvalorización en estudiantes de psicología mención clínica antes de cuarentena y en cuarentena por COVID-19, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, septiembre-diciembre 2020, República Dominicana (Elaboración: propia).

Aquí se pueden ver de manera gráfica los datos analizados más arriba, representado por colores según los niveles de intensidad del síntoma.

Tabla 57.

Prevalencia de pérdida de energía en estudiantes de psicología mención clínica antes de cuarentena y en cuarentena por COVID-19

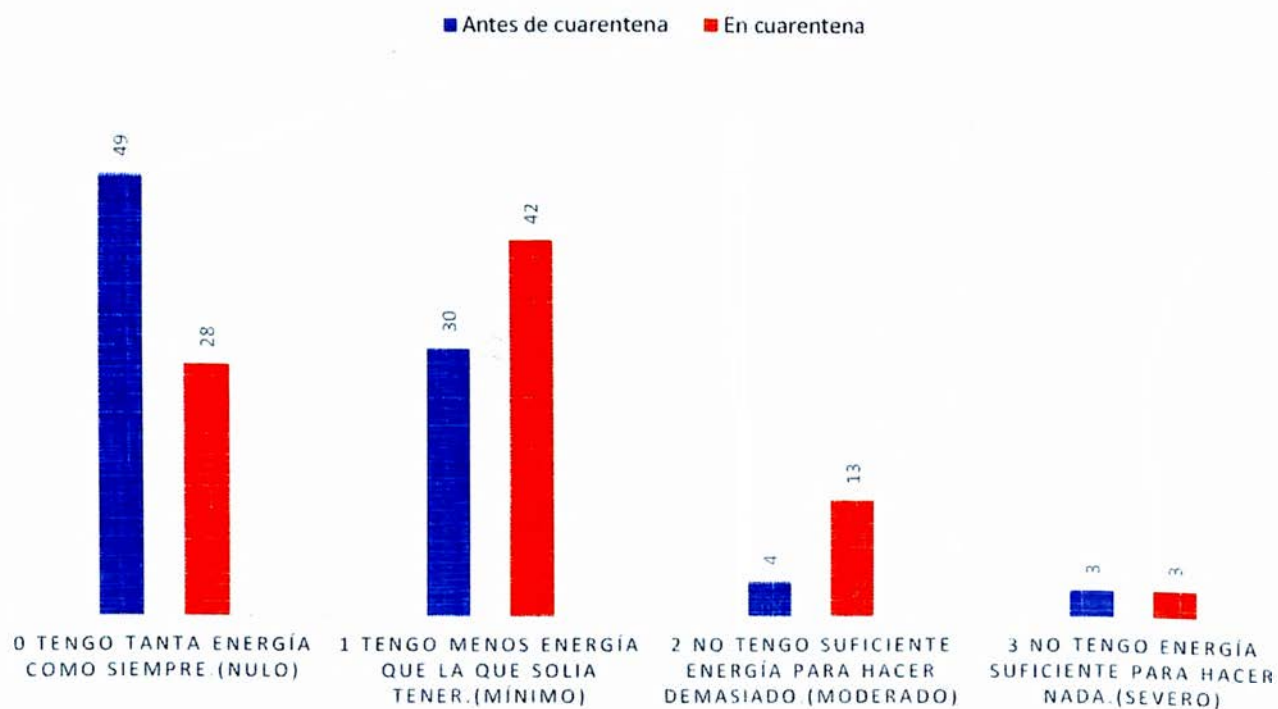
15. Pérdida de energía			
Respuestas	Antes de cuarentena	En cuarentena	Nivel
0) Tengo tanta energía como siempre.	49	28	Nulo
1) Tengo menos energía que la que solía tener.	30	42	Mínimo
2) No tengo suficiente energía para hacer demasiado.	4	13	Moderado
3) No tengo energía suficiente para hacer nada.	3	3	Severo

Prevalencia de pérdida de energía en estudiantes de psicología mención clínica antes de cuarentena y en cuarentena por COVID-19, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, septiembre-diciembre 2020, República Dominicana (Elaboración: propia).

En la comparación del síntoma de pérdida de energía antes y durante la cuarentena en el nivel nulo descendió, en el nivel mínimo y moderado ascendió y en el nivel severo se mantuvo igual.

Gráfico 57

15. Pérdida de energía



Prevalencia de pérdida de energía en estudiantes de psicología mención clínica antes de cuarentena y en cuarentena por COVID-19, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, septiembre-diciembre 2020, República Dominicana (Elaboración: propia).

Aquí se pueden ver de manera gráfica los datos analizados más arriba, representado por colores según los niveles de intensidad del síntoma.

Tabla 58.

Prevalencia de cambios en los hábitos de sueño en estudiantes de psicología mención clínica antes de cuarentena y en cuarentena por COVID-19

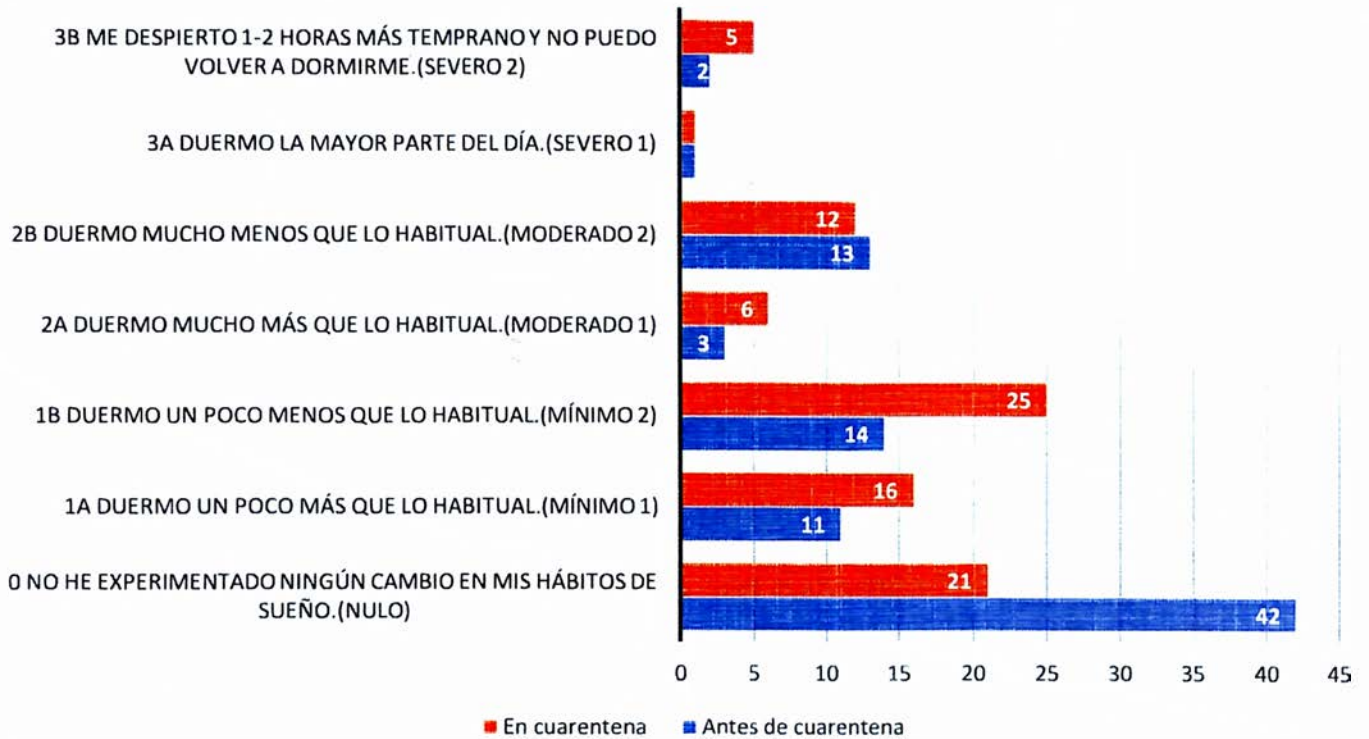
16. Cambios en los hábitos de sueño			
Respuestas	Antes de cuarentena	En cuarentena	Nivel
0) No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.	42	21	Nulo
1a) Duermo un poco más que lo habitual.	11	16	Mínimo 1
1b) Duermo un poco menos que lo habitual.	14	25	mínimo 2
2a) Duermo mucho más que lo habitual.	3	6	Moderado 1
2b) Duermo mucho menos que lo habitual.	13	12	Moderado 2
3a) Duermo la mayor parte del día.	1	1	Severo 1
3b) Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme.	2	5	severo 2

*Prevalencia de cambios en los hábitos de sueño en estudiantes de psicología mención clínica antes de cuarentena y en cuarentena por COVID-19, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, septiembre-diciembre 2020, República Dominicana
(Elaboración: propia).*

En la comparación del síntoma de cambios en los hábitos de sueño en el nivel nulo descendió, en el nivel mínimo 1 y 2 ascendió, en el nivel moderado 1 ascendió, el nivel moderado 2 descendió, en el nivel severo 1 se mantuvo igual y en el nivel severo 2 ascendió.

Gráfico 58

16. Cambios en los hábitos de sueño



Prevalencia de cambios en los hábitos de sueño en estudiantes de psicología mención clínica antes de cuarentena y en cuarentena por COVID-19, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, septiembre-diciembre 2020, República Dominicana (Elaboración: propia).

Aquí se pueden ver de manera gráfica los datos analizados más arriba, representado por colores según los niveles de intensidad del síntoma.

Tabla 59.

Prevalencia de irritabilidad en estudiantes de psicología mención clínica antes de cuarentena y en cuarentena por COVID-19

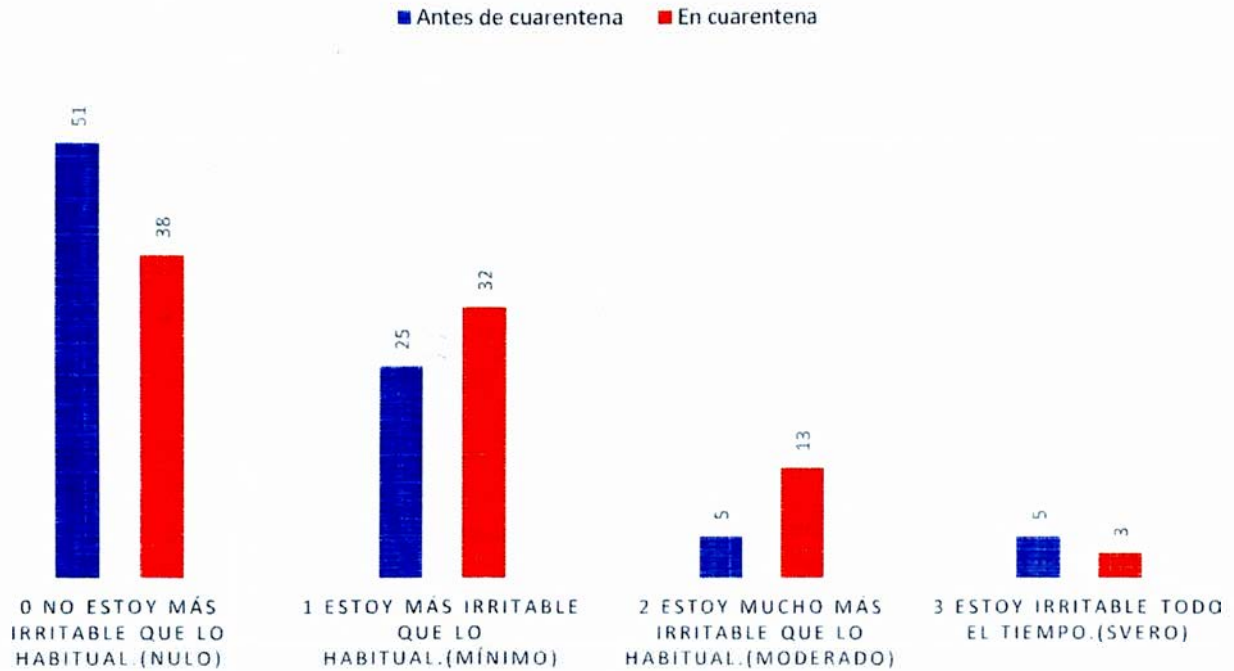
17. Irritabilidad			
Respuestas	Antes de cuarentena	En cuarentena	Niveles
0) No estoy más irritable que lo habitual.	51	38	Nulo
1) Estoy más irritable que lo habitual.	25	32	Mínimo
2) Estoy mucho más irritable que lo habitual.	5	13	Moderado
3) Estoy irritable todo el tiempo.	5	3	Severo

Prevalencia de irritabilidad en estudiantes de psicología mención clínica antes de cuarentena y en cuarentena por COVID-19, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, septiembre-diciembre 2020, República Dominicana (Elaboración: propia).

En la comparación del síntoma de irritabilidad antes y durante la cuarentena en el nivel nulo descendió, en el nivel mínimo y moderado ascendió y en el nivel severo descendió.

Gráfico 59

17.Irritabilidad



Prevalencia de irritabilidad en estudiantes de psicología mención clínica antes de cuarentena y en cuarentena por COVID-19, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, septiembre-diciembre 2020, República Dominicana (Elaboración: propia).

Aquí se pueden ver de manera gráfica los datos analizados más arriba, representado por colores según los niveles de intensidad del síntoma.

Tabla 60.

Prevalencia de cambios en el apetito en estudiantes de psicología mención clínica antes de cuarentena y en cuarentena por COVID-19

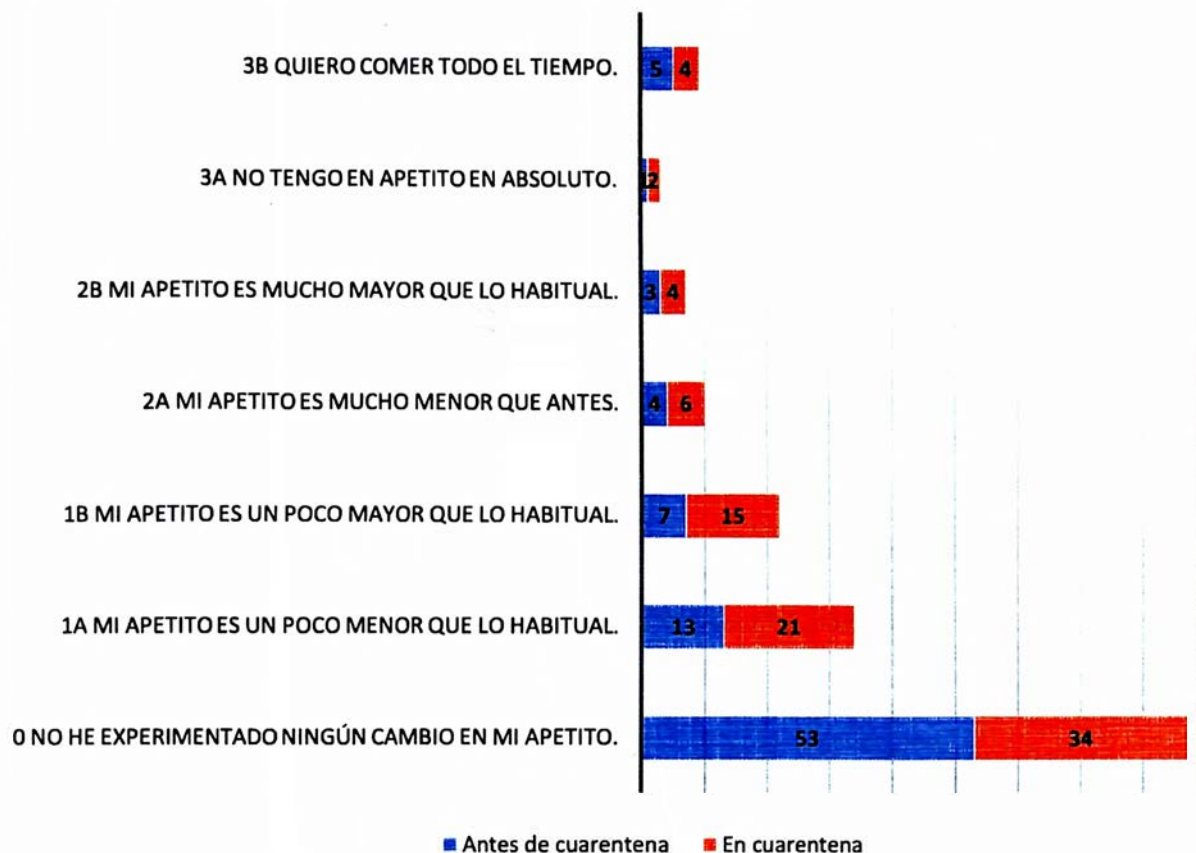
18. Cambios en el Apetito			
Respuestas	Antes de cuarentena	En cuarentena	Niveles
0) No he experimentado ningún cambio en mi apetito.	53	34	Nulo
1a) Mi apetito es un poco menor que lo habitual.	13	21	Mínimo 1
1b) Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.	7	15	Mínimo 2
2a) Mi apetito es mucho menor que antes.	4	6	Moderado 1
2b) Mi apetito es mucho mayor que lo habitual.	3	4	Moderado 2
3a) No tengo en apetito en absoluto.	1	2	Severo 1
3b) Quiero comer todo el tiempo.	5	4	Severo 2

Prevalencia de cambios en el apetito en estudiantes de psicología mención clínica antes de cuarentena y en cuarentena por COVID-19, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, septiembre-diciembre 2020, República Dominicana. (Elaboración: propia).

En la comparación del síntoma de cambios en el apetito antes y durante la cuarentena en el nivel nulo descendió, en los niveles mínimo 1 y 2, moderado 1 y 2 y severo 1 ascendió y en el nivel severo 2 descendió.

Gráfico 60

18. Cambios en el apetito



Prevalencia de cambios en el apetito en estudiantes de psicología mención clínica antes de cuarentena y en cuarentena por COVID-19, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, septiembre-diciembre 2020, República Dominicana. (Elaboración: propia).

Aquí se pueden ver de manera gráfica los datos analizados más arriba, representado por colores según los niveles de intensidad del síntoma.

Tabla 61.

Prevalencia de dificultad de concentración en estudiantes de psicología mención clínica antes de cuarentena y en cuarentena por COVID-19

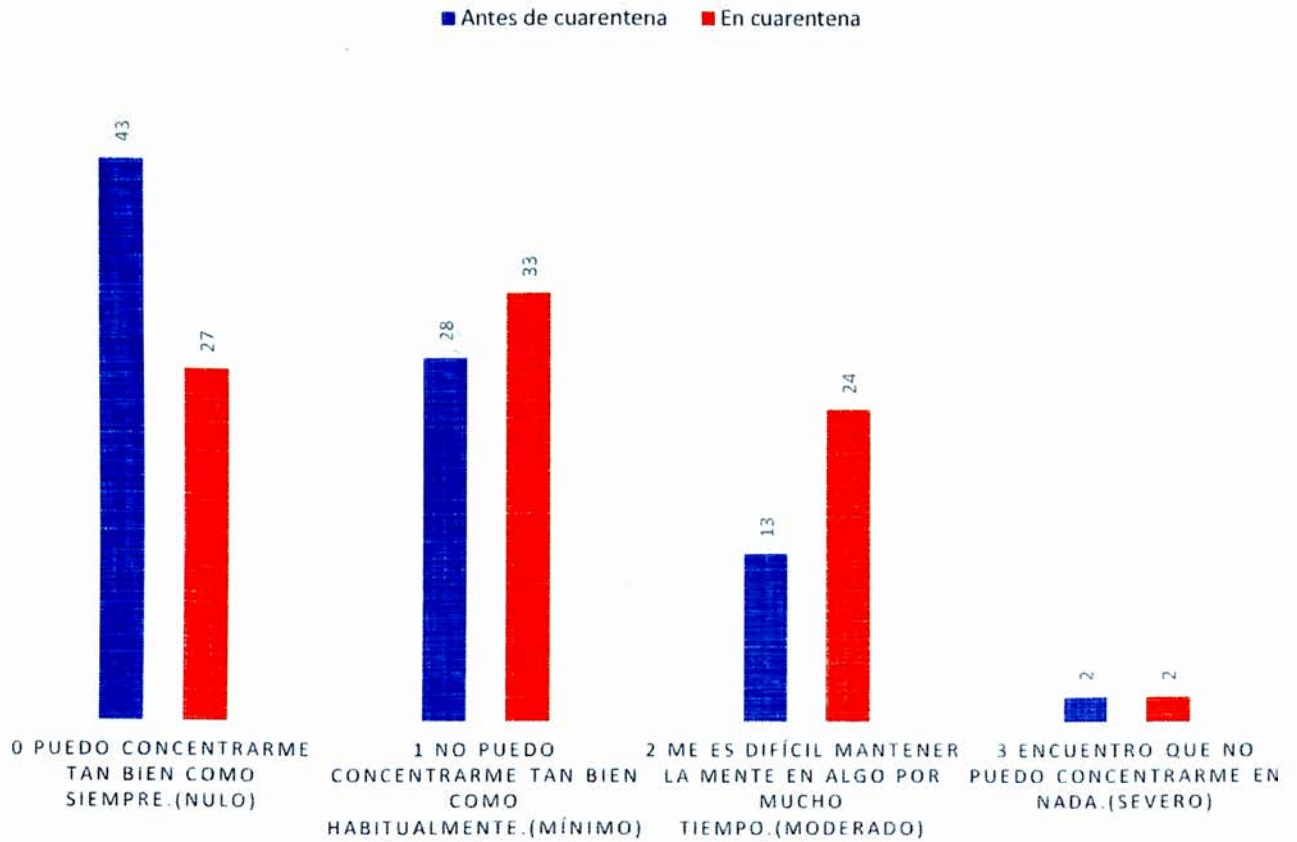
19. Dificultad de concentración			
Respuestas	Antes de cuarentena	En cuarentena	Niveles
0) Puedo concentrarme tan bien como siempre.	43	27	Nulo
1) No puedo concentrarme tan bien como habitualmente.	28	33	Mínimo
2) Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.	13	24	Moderado
3) Encuentro que no puedo concentrarme en nada.	2	2	Severo

Prevalencia de dificultad de concentración en estudiantes de psicología mención clínica antes de cuarentena y en cuarentena por COVID-19, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, septiembre-diciembre 2020, República Dominicana. (Elaboración: propia).

En la comparación del síntoma de dificultad de concentración antes y durante la cuarentena en el nivel nulo descendió, en el nivel mínimo y moderado ascendió y en el nivel severo se mantuvo igual.

Gráfico 61

19. Dificultad de concentración



Prevalencia de dificultad de concentración en estudiantes de psicología mención clínica antes de cuarentena y en cuarentena por COVID-19, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, septiembre-diciembre 2020, República Dominicana (Elaboración: propia).

Aquí se pueden ver de manera gráfica los datos analizados más arriba, representado por colores según los niveles de intensidad del síntoma.

Tabla 62.

Prevalencia de cansancio o fatiga en estudiantes de psicología mención clínica antes de cuarentena y en cuarentena por COVID-19

20. Cansancio o fatiga			
Respuestas	Antes de cuarentena	En cuarentena	Niveles
0) No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.	52	29	Nulo
1) Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.	28	41	Mínimo
2) Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.	4	13	Moderado
3) Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.	2	3	Severo

Prevalencia de cansancio o fatiga en estudiantes de psicología mención clínica antes de cuarentena y en cuarentena por COVID-19, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, septiembre-diciembre 2020, República Dominicana (Elaboración: propia).

En la comparación del síntoma cansancio o fatiga antes y durante la cuarentena en el nivel nulo descendió, en el nivel mínimo, moderado y severo ascendió.

Gráfico 62

20. Cansancio o fatiga



Prevalencia de cansancio o fatiga en estudiantes de psicología mención clínica antes de cuarentena y en cuarentena por COVID-19, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, septiembre-diciembre 2020, República Dominicana (Elaboración: propia).

Aquí se pueden ver de manera gráfica los datos analizados más arriba, representado por colores según los niveles de intensidad del síntoma.

Tabla 63.

Prevalencia de pérdida de interés en sexo en estudiantes de psicología mención clínica antes de cuarentena y en cuarentena por COVID-19

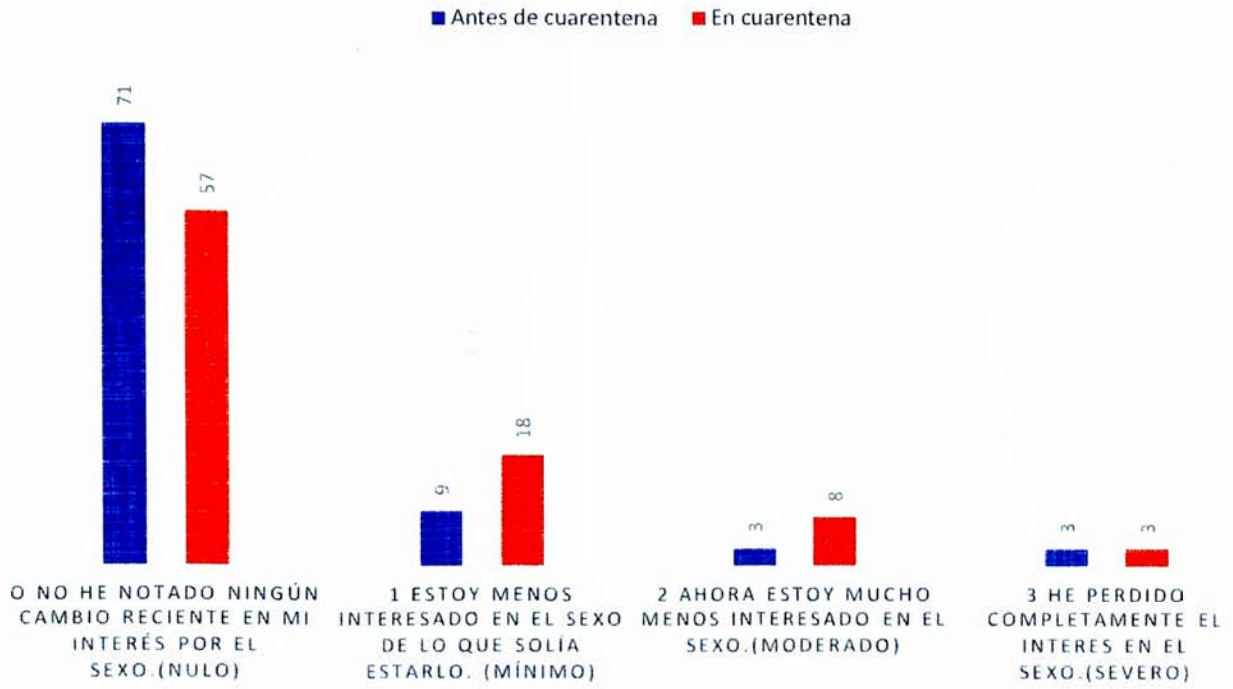
21. Pérdida de interés en el sexo			
Respuestas	Antes de cuarentena	En cuarentena	Niveles
O No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.	71	57	Nulo
1) Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.	9	18	Mínimo
2) Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo.	3	8	Moderado
3) He perdido completamente el interés en el sexo.	3	3	Severo

Prevalencia de pérdida de interés en sexo en estudiantes de psicología mención clínica antes de cuarentena y en cuarentena por COVID-19, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, septiembre-diciembre 2020, República Dominicana (Elaboración: propia).

En la comparación del síntoma de pérdida de interés en el sexo antes y durante la cuarentena en el nivel nulo descendió, en el nivel mínimo y moderado ascendió y en severo se mantuvo igual.

Gráfico 63

21. Perdida de interes en el sexo



Prevalencia de perdida de interes en sexo en estudiantes de psicología mención clínica antes de cuarentena y en cuarentena por COVID-19, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, septiembre-diciembre 2020, República Dominicana. (Elaboración: propia).

Aquí se pueden ver de manera gráfica los datos analizados más arriba, representado por colores según los niveles de intensidad del síntoma.

4.3 Puntuaciones de la respuesta de la muestra en el test de trastorno depresivo de Beck.

Tabla 64.

Respuesta de la muestra en el test de trastorno depresivo de Beck en estudiantes de psicología mención clínica antes de cuarentena por COVID-19

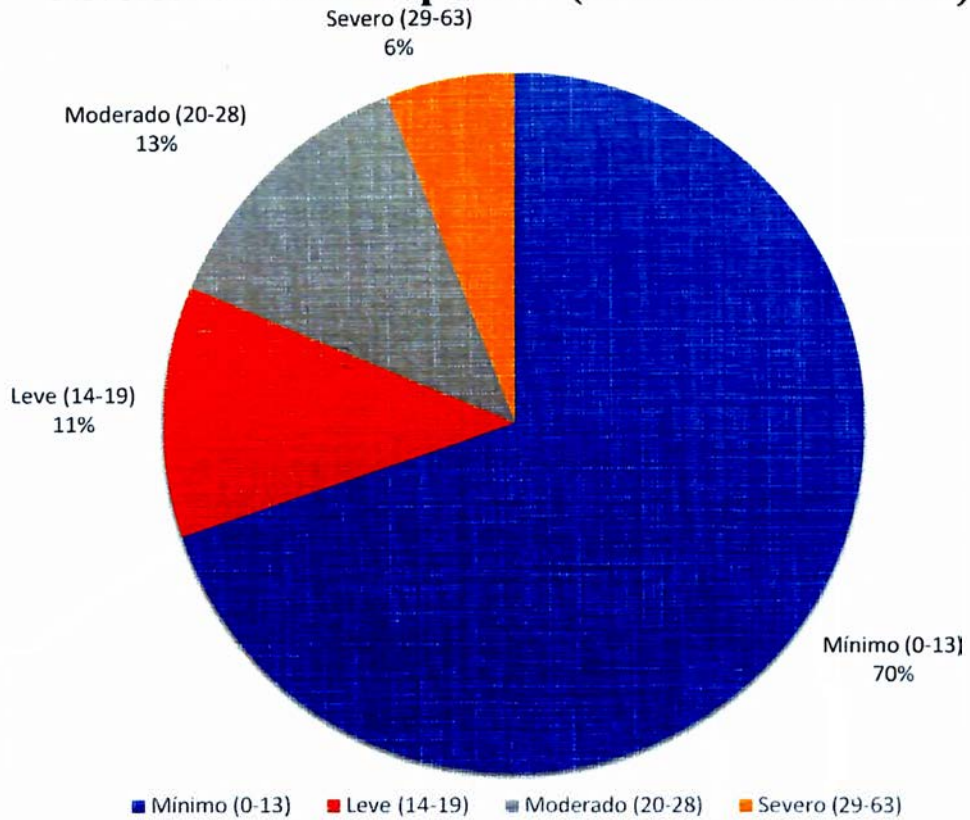
Respuesta de la muestra en el test BDI-II (Antes de la cuarentena)		
Rango de severidad	Respuesta de la muestra	Porcentaje
Mínimo (0-13)	60	70%
Leve (14-19)	10	11%
Moderado (20-28)	11	13%
Severo (29-63)	5	6%

Respuesta de la muestra en el test de Trastorno depresivo de Beck en estudiantes de psicología mención clínica antes de cuarentena por COVID-19, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, septiembre-diciembre 2020, República Dominicana. (Elaboración: propia).

En las calificaciones de respuesta de la muestra del test de trastorno depresivo de Beck el nivel mínimo se encuentra en el 70 %, el nivel leve en el 11%, el nivel moderado en un 13% y finalmente el nivel severo en 6%.

Gráfica 64

Niveles totales de depresión (Antes de cuarentena)



Respuestas Respuesta de la muestra en el test de Trastorno depresivo de Beck en estudiantes de psicología mención clínica antes de cuarentena por COVID-19, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, septiembre-diciembre 2020, República Dominicana (Elaboración: propia).

Aquí se pueden ver de manera gráfica los datos analizados más arriba, representado por colores según los niveles de intensidad del síntoma.

Tabla 65.

*Respuesta de la muestra en el test de trastorno depresivo de Beck en estudiantes de psicología
mención clínica en cuarentena por COVID-19*

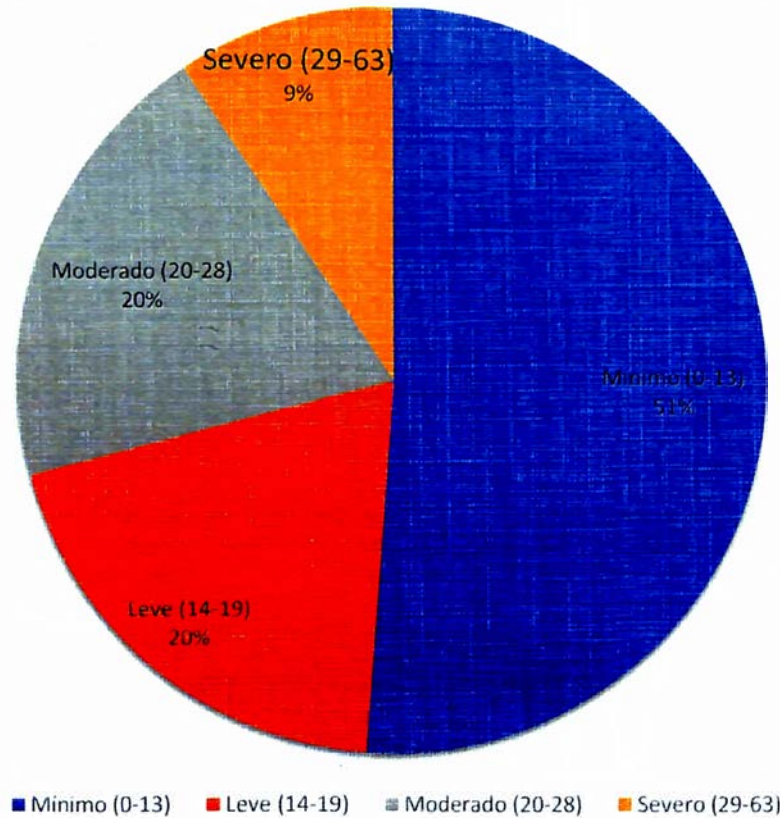
Respuesta de la muestra en el test BDI-II (En cuarentena)		
Rango de severidad	Respuesta de la muestra	Porcentajes
Mínimo (0-13)	44	51%
Leve (14-19)	17	20%
Moderado (20-28)	17	20%
Severo (29-63)	8	9%

Respuesta de la muestra en el test de Trastorno depresivo de Beck en estudiantes de psicología mención clínica en cuarentena por COVID-19, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, septiembre-diciembre 2020, República Dominicana (Elaboración: propia).

En las calificaciones de respuesta de la muestra del test de trastorno depresivo de Beck el nivel mínimo se encuentra en el 51%, el nivel leve y moderado en el 20% y el nivel severo en el 9%.

Gráfico 65

Niveles totales de depresión (En cuarentena)



Respuestas Respuesta de la muestra en el test de Trastorno depresivo de Beck en estudiantes de psicología mención clínica en cuarentena por COVID-19, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, septiembre-diciembre 2020, República Dominicana (Elaboración: propia).

Aquí se pueden ver de manera gráfica los datos analizados más arriba, representado por colores según los niveles de intensidad del síntoma.

4.4 Comparación de los niveles respuesta de la muestra de trastorno depresivo antes y en cuarentena

Tabla 66.

Prevalencia de niveles Respuesta de la muestra de Trastorno depresivo en estudiantes de psicología mención clínica en cuarentena por COVID-19

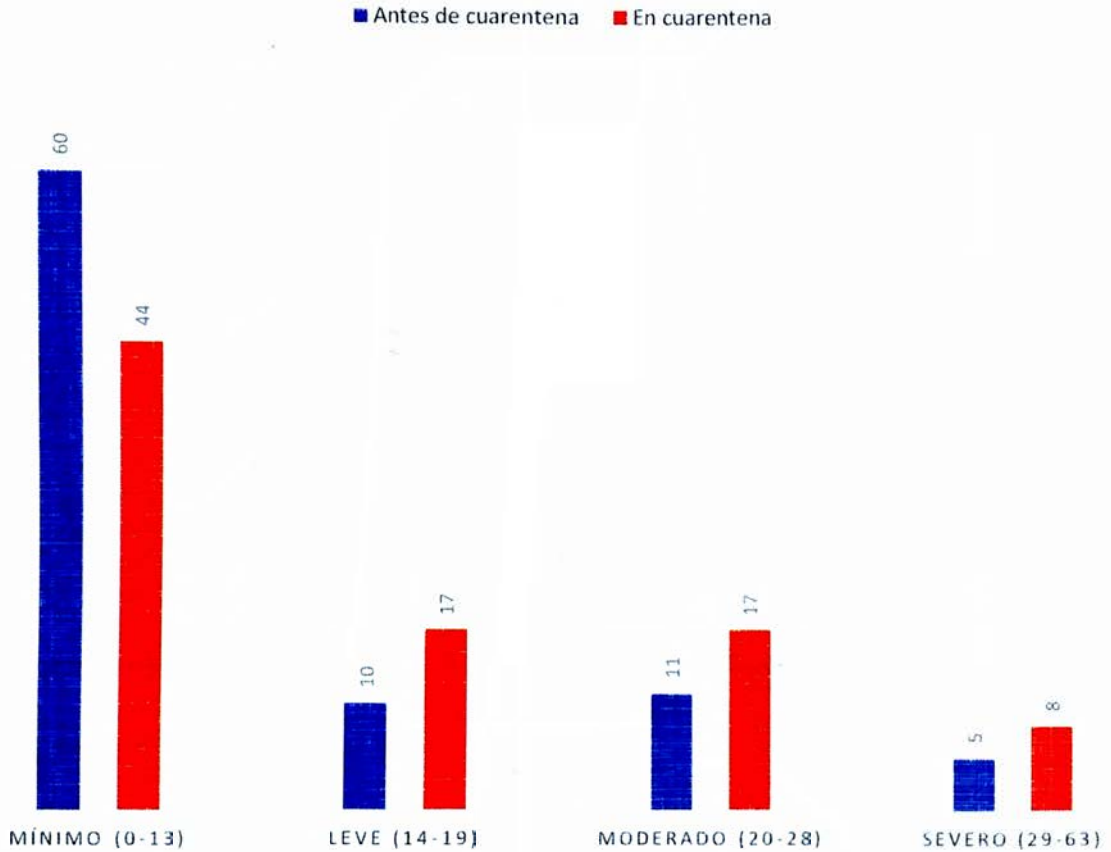
Respuestas de la muestra en el test BDI-II		
Rango de severidad	Antes de cuarentena	En cuarentena
Mínimo (0-13)	60	44
Leve (14-19)	10	17
Moderado (20-28)	11	17
Severo (29-63)	5	8

Prevalencia de niveles Respuesta de la muestra de Trastorno depresivo en estudiantes de psicología mención clínica en cuarentena por COVID-19, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, septiembre-diciembre 2020, República Dominicana (Elaboración: propia).

En la comparación de los niveles respuesta de la muestra de trastorno depresivo antes y durante la cuarentena el nivel mínimo descendió, el nivel leve, moderado y severo ascendieron.

Gráfico 66

Niveles totales de depresión



Prevalencia de niveles Respuesta de la muestra de Trastorno depresivo en estudiantes de psicología mención clínica en cuarentena por COVID-19, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, septiembre-diciembre 2020, República Dominicana (Elaboración: propia).

Aquí se pueden ver de manera gráfica los datos analizados más arriba, representado por colores según los niveles de intensidad del síntoma.

4.5 Características socioeconómicas de los participantes a nivel general.

Tabla 67.

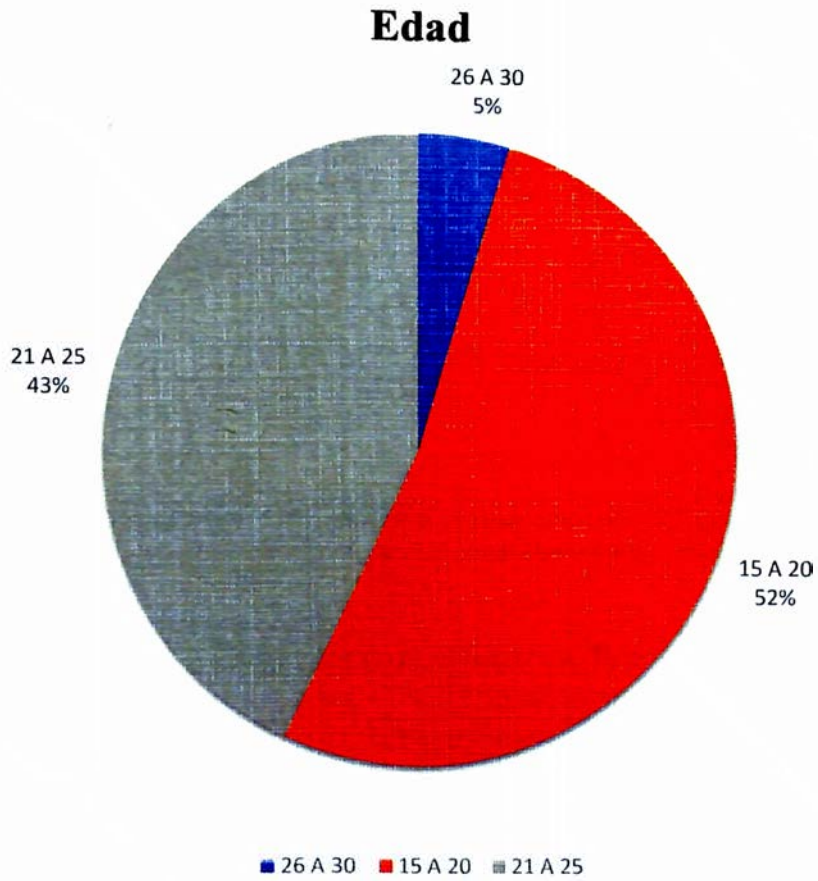
Prevalencia de edades en estudiantes de psicología mención clínica en cuarentena por COVID-19

Edades de los participantes		
Respuestas	Respuesta de la muestra	Porcentajes
15 a 20 años	45	52%
21 a 25 años	37	43%
26 a 30 años	4	5%
Totales	86	100%

Prevalencia de edades en estudiantes de psicología mención clínica en cuarentena por COVID-19, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, septiembre-diciembre 2020, República Dominicana (Elaboración: propia).

Entre las distintas edades de los estudiantes de psicología mención clínica en cuarentena el 52% se encuentra entre 15 a 20 años de edad, el 43% entre 21 a 25 años de edad y finalmente el 5 % se encuentra entre 26 a 30 años de edad.

Gráfico 67



Prevalencia de edades en estudiantes de psicología mención clínica en cuarentena por COVID-19, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, septiembre-diciembre 2020, República Dominicana (Elaboración: propia).

Aquí se pueden ver de manera gráfica los datos analizados más arriba, representado por colores según los niveles de intensidad del síntoma.

Tabla 68.

Prevalencia del sexo en estudiantes de psicología mención clínica en cuarentena por COVID-

19

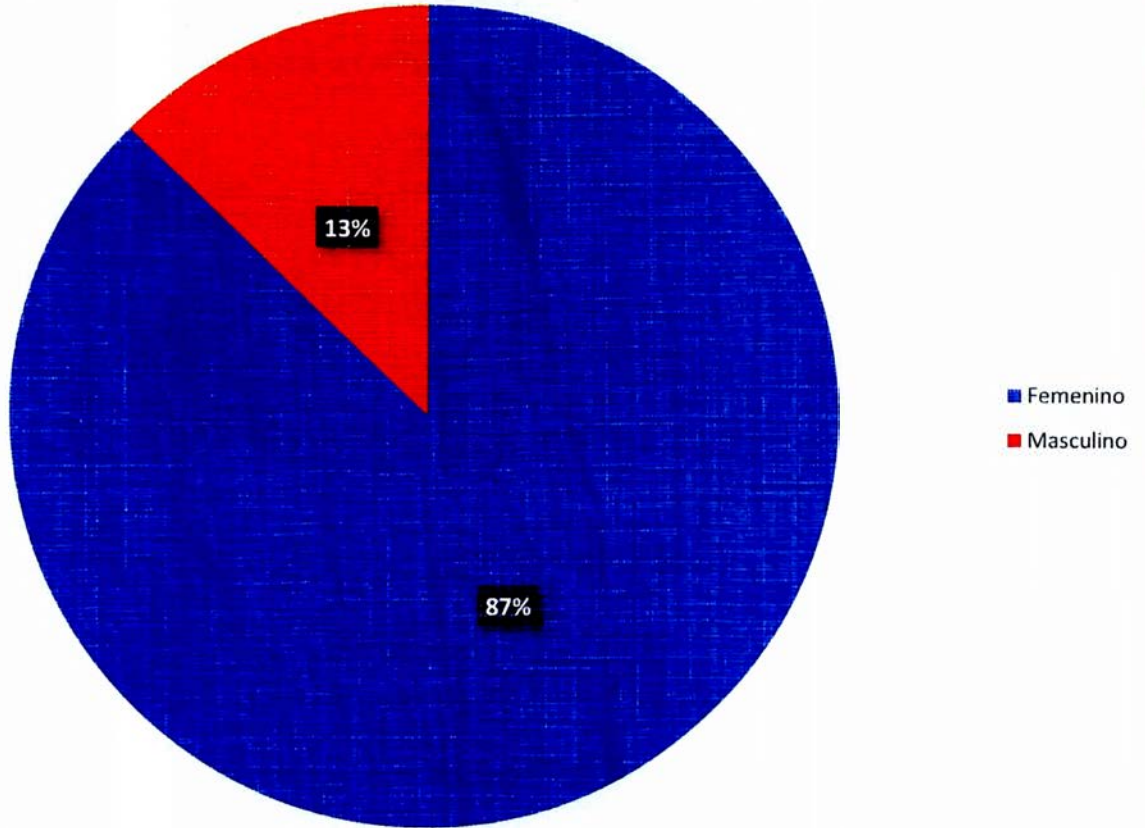
Respuestas	Sexo de los participantes	
	Respuesta de la muestra	Porcentaje
Femenino	75	87%
Masculino	11	13%
Totales	86	100%

Prevalencia del sexo en estudiantes de psicología mención clínica en cuarentena por COVID-19, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, septiembre-diciembre 2020, República Dominicana. (Elaboración: propia).

En lo que respecta al sexo de los participantes en el estudio el 87% corresponde al femenino y el 13% al masculino.

Gráfico 68

Sexo



Prevalencia del sexo en estudiantes de psicología mención clínica en cuarentena por COVID-19, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, septiembre-diciembre 2020, República Dominicana (Elaboración: propia).

Aquí se pueden ver de manera gráfica los datos analizados más arriba, representado por colores según los niveles de intensidad del síntoma.

Tabla 69.

Prevalencia de posturas ante la religión en estudiantes de psicología mención clínica en cuarentena por COVID-19

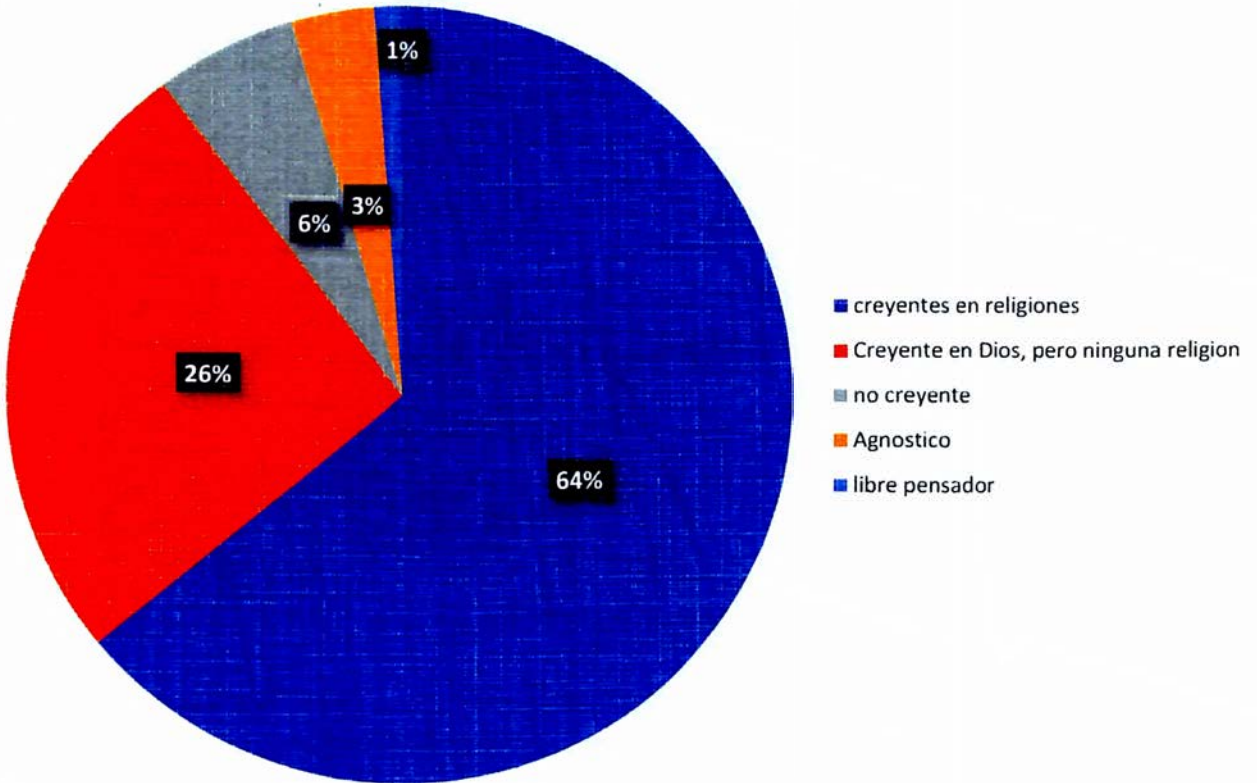
Postura ante las religiones de los participantes		
Respuestas	Respuesta de la muestra	Porcentajes
Creயentes en religiones	55	64%
Creயente en Dios, pero ninguna religión	22	26%
No creyente	5	6%
Agnóstico	3	3%
Libre pensador	1	1%
Totales	86	100%

Prevalencia de posturas ante la religión en estudiantes de psicología mención clínica en cuarentena por COVID-19, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, septiembre-diciembre 2020, República Dominicana (Elaboración: propia).

Entre las distintas religiones o posturas ante ellas un 64% cree en religiones y en Dios, 26% solo cree en Dios, pero no en religiones, 6% no cree en Dios, 3% se reconoce a sí mismo como agnóstico y un 1% se define a sí mismo como libre pensador.

Gráfico 69

Posturas ante las religiones



Prevalencia de posturas ante la religión en estudiantes de psicología mención clínica en cuarentena por COVID-19, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, septiembre-diciembre 2020, República Dominicana (Elaboración: propia).

Aquí se pueden ver de manera gráfica los datos analizados más arriba, representado por colores según los niveles de intensidad del síntoma.

Tabla 70.

Prevalencia de los niveles de miedo a infectarse de coronavirus en una escala del 1 al 10 en estudiantes de psicología mención clínica en cuarentena por COVID-19

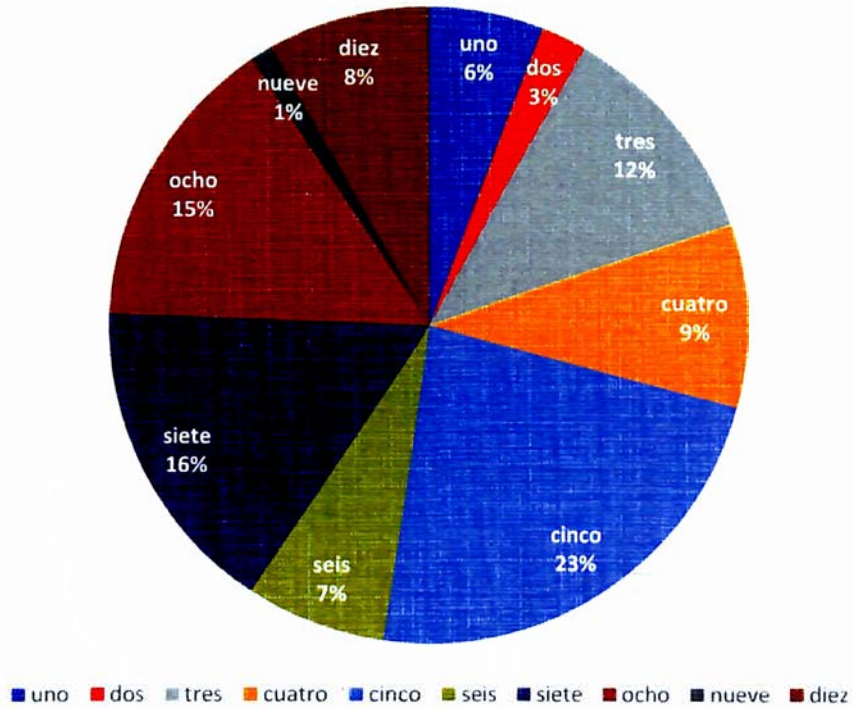
Nivel de miedo a infectarse por coronavirus en una escala del 1 a 10		
Respuestas	Respuesta de la muestra	Porcentajes
1 (Mínimo)	5	6%
2(Mínimo)	2	3%
3(Mínimo)	10	12%
4(Moderado)	8	9%
5(Moderado)	20	23%
6(Moderado)	6	7%
7(Severo)	14	16%
8(Severo)	13	15%
9(Severo)	1	1%
10(Severo)	7	8%
Totales	86	100%

Prevalencia de los niveles de miedo a infectarse de coronavirus en una escala del 1 al 10 en estudiantes de psicología mención clínica en cuarentena por COVID-19, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, septiembre-diciembre 2020, República Dominicana (Elaboración: propia).

Entre los niveles de miedo a infectarse por coronavirus en una escala del 1 al 10, el 21% estuvo dentro de los niveles mínimo, el 39% en el nivel moderado y el 40% estuvo en el nivel severo de miedo a infectarse.

Gráfico 70

Nivel de miedo a infectarse por corona-virus en una escala del 1 al 10



Prevalencia de los niveles de miedo a infectarse de coronavirus en una escala del 1 al 10 en estudiantes de psicología mención clínica en cuarentena por COVID-19, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, septiembre-diciembre 2020, República Dominicana (Elaboración: propia).

Aquí se pueden ver de manera gráfica los datos analizados más arriba, representado por colores según los niveles de intensidad del síntoma.

Tabla 71.

Prevalencia de trabajo en estudiantes de psicología mención clínica en cuarentena por COVID-19

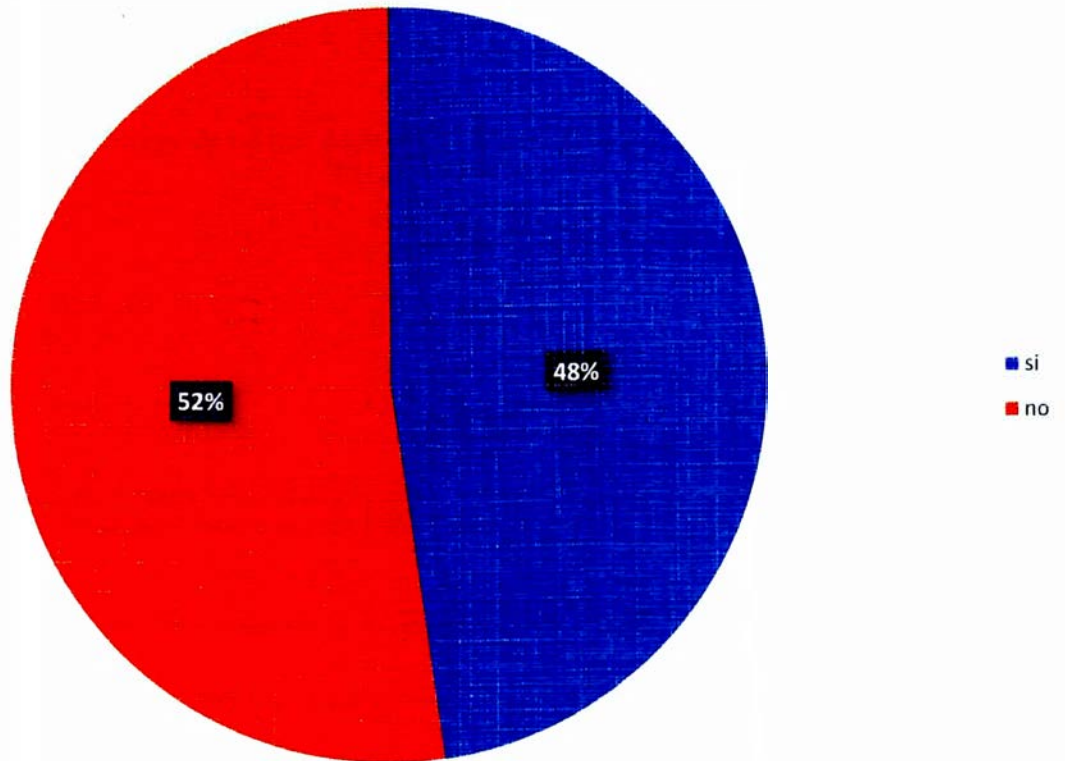
Cantidad de estudiantes con trabajo		
Respuestas	Respuesta de la muestra	Porcentajes
si	41	48%
no	45	52%
Totales	86	100%

Prevalencia de trabajo en estudiantes de psicología mención clínica en cuarentena por COVID-19, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, septiembre-diciembre 2020, República Dominicana (Elaboración: propia).

En lo que corresponde a si se tiene empleo o no el 48% respondió que sí y el 52 % respondió que no.

Gráfico 71

¿Tienes trabajo?



Prevalencia de trabajo en estudiantes de psicología mención clínica en cuarentena por COVID-19, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, septiembre-diciembre 2020, República Dominicana (Elaboración: propia).

Aquí se pueden ver de manera gráfica los datos analizados más arriba, representado por colores según los niveles de intensidad del síntoma.

Tabla 72.

Prevalencia de los rangos de salario de estudiantes de psicología mención clínica en cuarentena por COVID-19

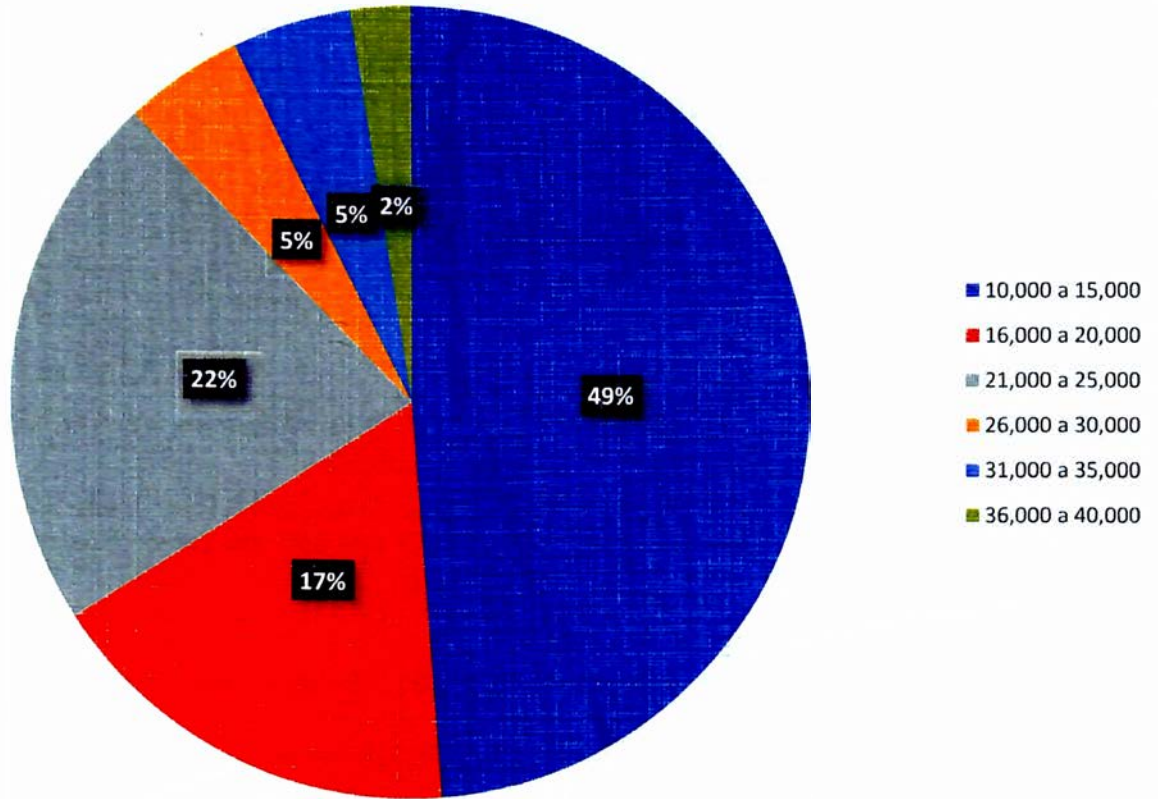
Respuestas	Rango de salario de personas que laboran	Respuesta de la muestra	Porcentajes
10,000 a 15,000		20	49%
16,000 a 20,000		7	17%
21,000 a 25,000		9	22%
26,000 a 30,000		2	5%
31,000 a 35,000		2	5%
36,000 a 40,000		1	2%
Totales		41	100%

Prevalencia de los rangos de salario de estudiantes de psicología mención clínica en cuarentena por COVID-19, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, septiembre-diciembre 2020, República Dominicana (Elaboración: propia).

Entre los rangos de empleos 49% gana entre 10,000 a 15,000 pesos, 17% gana entre 16,000 a 20,000, 22% gana entre 21,000 a 25,000, 5% gana entre 26,000 a 30,000, 5% gana entre 31,000 a 35,000 y finalmente 2% gana entre 36,000 a 40,000.

Gráfico 72

Rango de salario de personas que laboran



Prevalencia de los rangos de salario de estudiantes de psicología mención clínica en cuarentena por COVID-19, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, septiembre-diciembre 2020, República Dominicana (Elaboración: propia).

Aquí se pueden ver de manera gráfica los datos analizados más arriba, representado por colores según los niveles de intensidad del síntoma.

Tabla 73.

Prevalencia de noticias vistas sobre coronavirus por estudiantes de psicología mención clínica en cuarentena por COVID-19

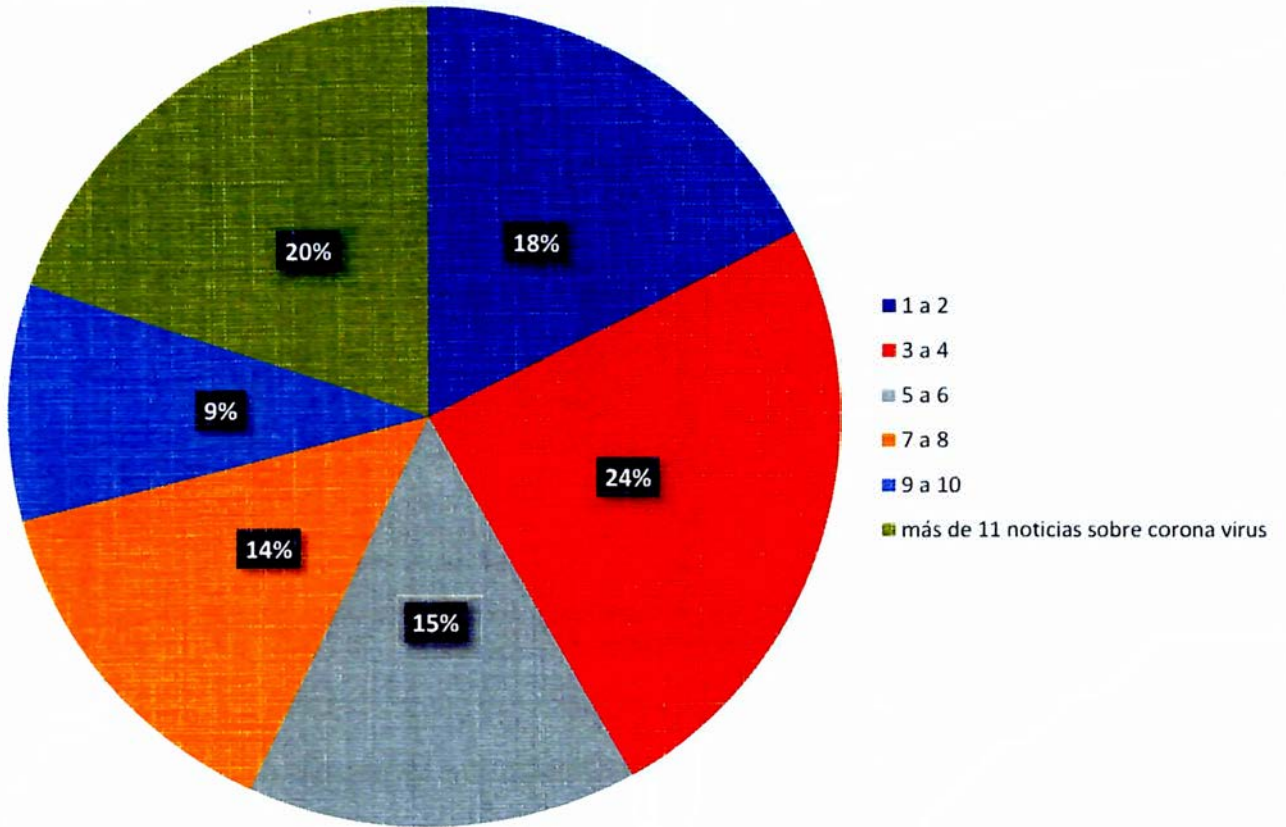
¿Cuántas noticias ves sobre coronavirus al mes?		
Respuestas	Respuesta de la muestra	Porcentajes
1 a 2 (Mínimo)	15	18%
3 a 4 (Mínimo)	21	24%
5 a 6 (Moderado)	13	15%
7 a 8 (Moderado)	12	14%
9 a 10 (Alto)	8	9%
más de 11 noticias sobre corona virus (Alto)	17	20%
Totales	86	100%

Prevalencia de noticias vistas sobre coronavirus por estudiantes de psicología mención clínica en cuarentena por COVID-19, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, septiembre-diciembre 2020, República Dominicana (Elaboración: propia).

Entre la cantidad de noticias vistas sobre coronavirus para saber el interés sobre el virus, el 42% estuvo poco interesado sobre el coronavirus, el 29% estuvo medianamente interesado sobre el coronavirus y el otro 29% estuvo muy interesado sobre el coronavirus.

Gráfico 73

¿Cuántas noticias ves sobre corona virus al mes?



Prevalencia de noticias vistas sobre coronavirus por estudiantes de psicología mención clínica en cuarentena por COVID-19, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, septiembre-diciembre 2020, República Dominicana (Elaboración: propia).

Aquí se pueden ver de manera gráfica los datos analizados más arriba, representado por colores según los niveles de intensidad del síntoma.

Tabla 74.

Prevalencia de días sin salir de casa semanalmente de estudiantes de psicología mención clínica en cuarentena por COVID-19

¿Cuántos días pasas sin salir de casa en la semana?

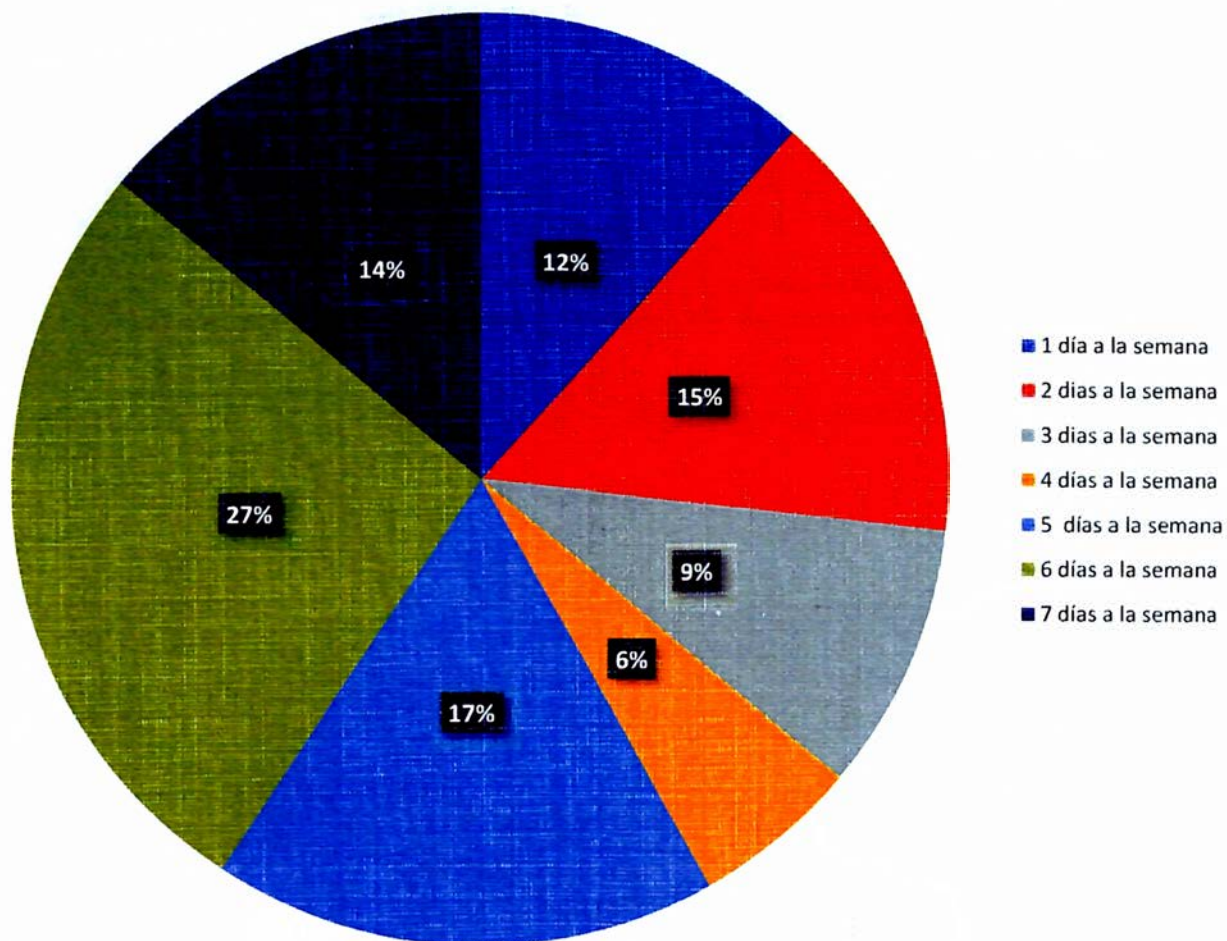
Respuestas	Respuesta de la muestra	Porcentajes
1 día a la semana (Pocos)	10	12%
2 días a la semana (Pocos)	13	15%
3 días a la semana (Pocos)	8	9%
4 días a la semana (Muchos)	5	6%
5 días a la semana (Muchos)	15	17%
6 días a la semana (Muchos)	23	27%
7 días a la semana (Muchos)	12	14%
Totales	86	100%

Prevalencia de días sin salir de casa semanalmente de estudiantes de psicología mención clínica en cuarentena por COVID-19, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, septiembre-diciembre 2020, República Dominicana (Elaboración: propia).

En lo que respecta a los días sin salir de casa el 36% salió pocos días a la semana y el otro 64% salió mínimamente o ningún día de la semana.

Gráfico 74

¿Cuántos días pasas a la semana sin salir de casa en la semana?



Prevalencia de días sin salir de casa semanalmente de estudiantes de psicología mención clínica en cuarentena por COVID-19, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, septiembre-diciembre 2020, República Dominicana (Elaboración: propia).

Aquí se pueden ver de manera gráfica los datos analizados más arriba, representado por colores según los niveles de intensidad del síntoma.

Tabla 75.

Prevalencia de promedios académicos en estudiantes de psicología mención clínica en cuarentena por COVID-19

¿Entre cuál rango se encuentra tu promedio académico?

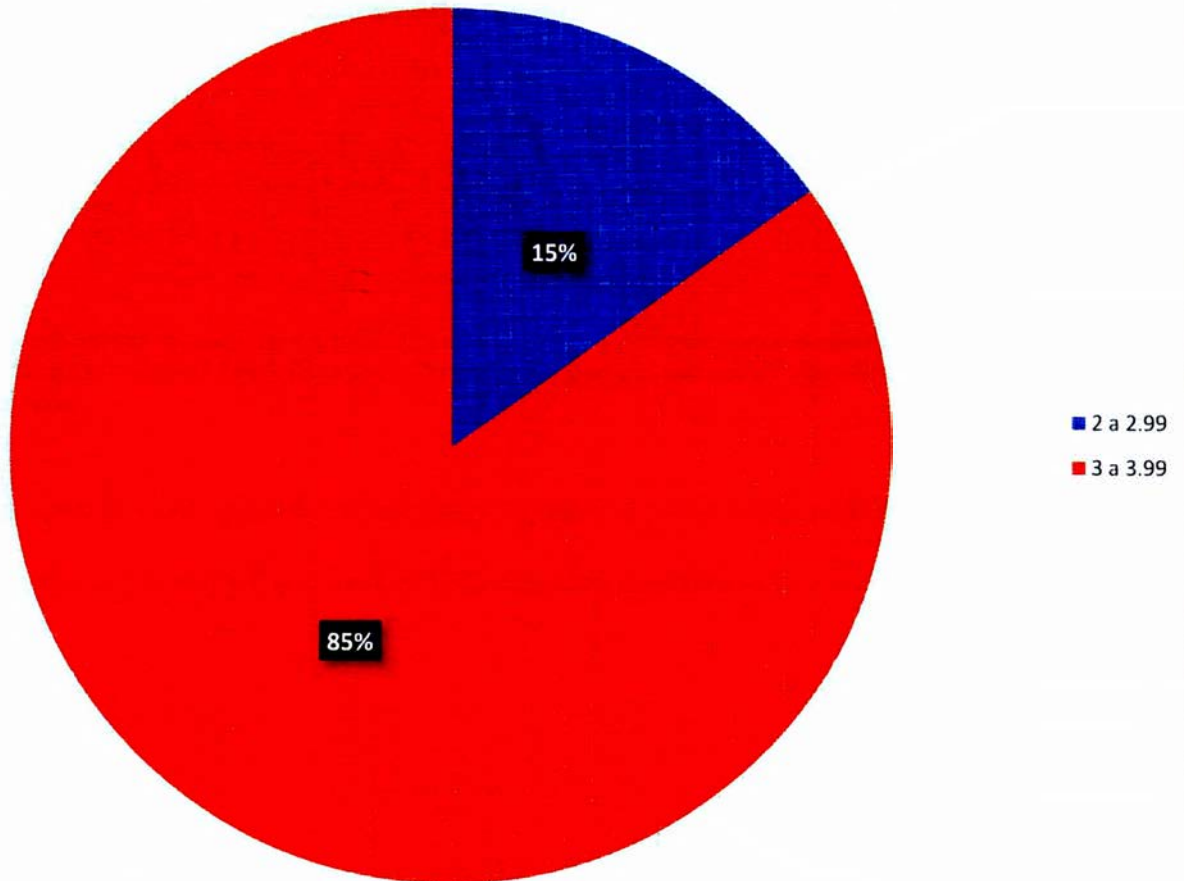
Respuestas	Total	Porcentaje
2 a 2.99	13	15%
3 a 3.99	73	85%
Totales	86	100%

Prevalencia de promedios académicos en estudiantes de psicología mención clínica en cuarentena por COVID-19, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, septiembre-diciembre 2020, República Dominicana (Elaboración: propia).

En lo que respecta a los promedios académicos, el 15% posee un promedio entre 2 a 2.99 y el 85% entre 3 a 3.99.

Gráfico 75

¿Entre qué rango se encuentra tu promedio académico?



Prevalencia de promedios académicos en estudiantes de psicología mención clínica en cuarentena por COVID-19, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, septiembre-diciembre 2020, República Dominicana (Elaboración: propia).

Aquí se pueden ver de manera gráfica los datos analizados más arriba, representado por colores según los niveles de intensidad del síntoma.

Tabla 76.

Prevalencia de conformidad con las clases virtuales en estudiantes de psicología mención clínica en cuarentena por COVID-19

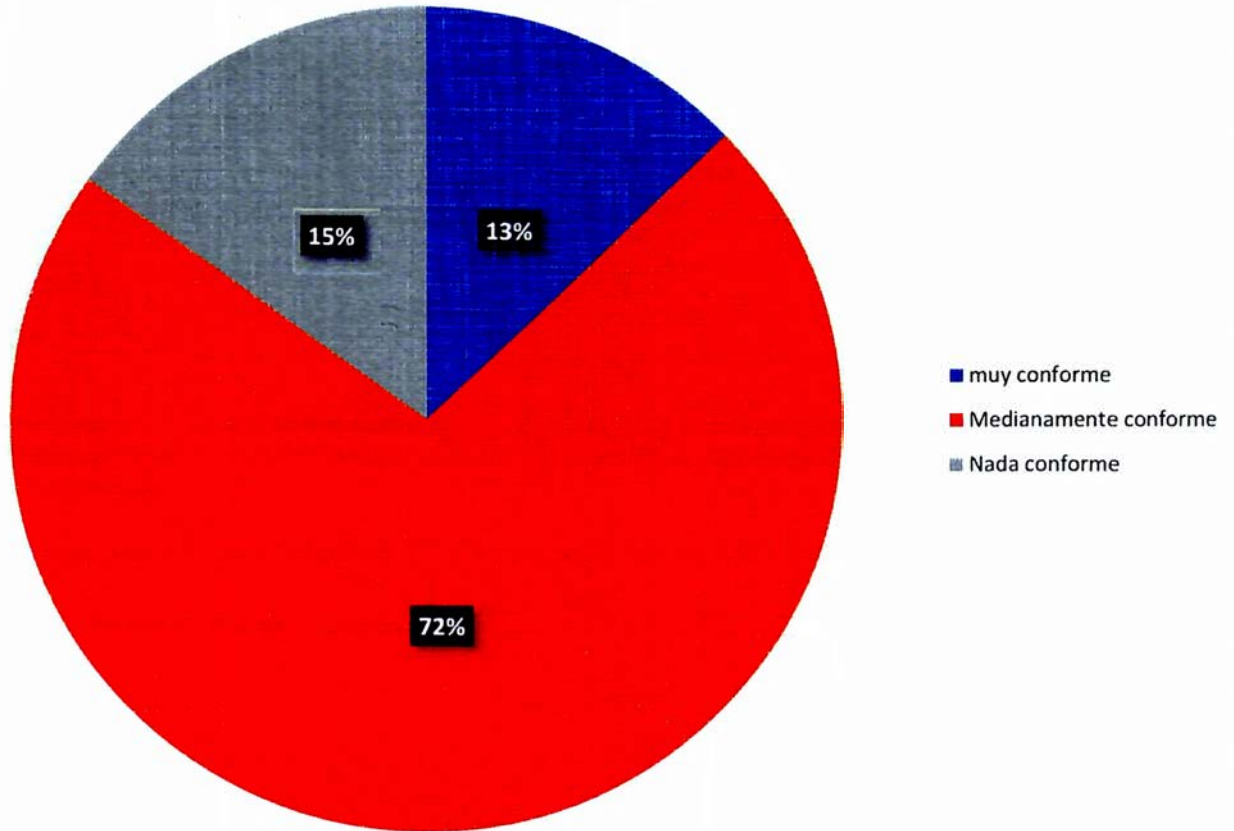
¿Qué tan conforme estas con las clases virtuales?		
Respuestas	Respuesta de la muestra	Porcentajes
Nada conforme	13	15%
Medianamente conforme	62	72%
muy conforme	11	13%
Totales	86	100%

Prevalencia de conformidad con las clases virtuales en estudiantes de psicología mención clínica en cuarentena por COVID-19, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, septiembre-diciembre 2020, República Dominicana (Elaboración: propia).

Entre los niveles de conformidad con las clases virtuales el 15% no está nada conforme, 72% está medianamente conforme y finalmente el 13% está muy conforme.

Gráfico 76

¿Qué tan conforme estas con las clases vituales?



Prevalencia de conformidad con las clases virtuales en estudiantes de psicología mención clínica en cuarentena por COVID-19, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, septiembre-diciembre 2020, República Dominicana (Elaboración: propia).

Aquí se pueden ver de manera gráfica los datos analizados más arriba, representado por colores según los niveles de intensidad del síntoma.

Tabla 77.

Prevalencia de búsqueda de terapia en estudiantes de psicología mención clínica en cuarentena por COVID-19

¿Has buscado terapia antes, durante la cuarentena o nunca?

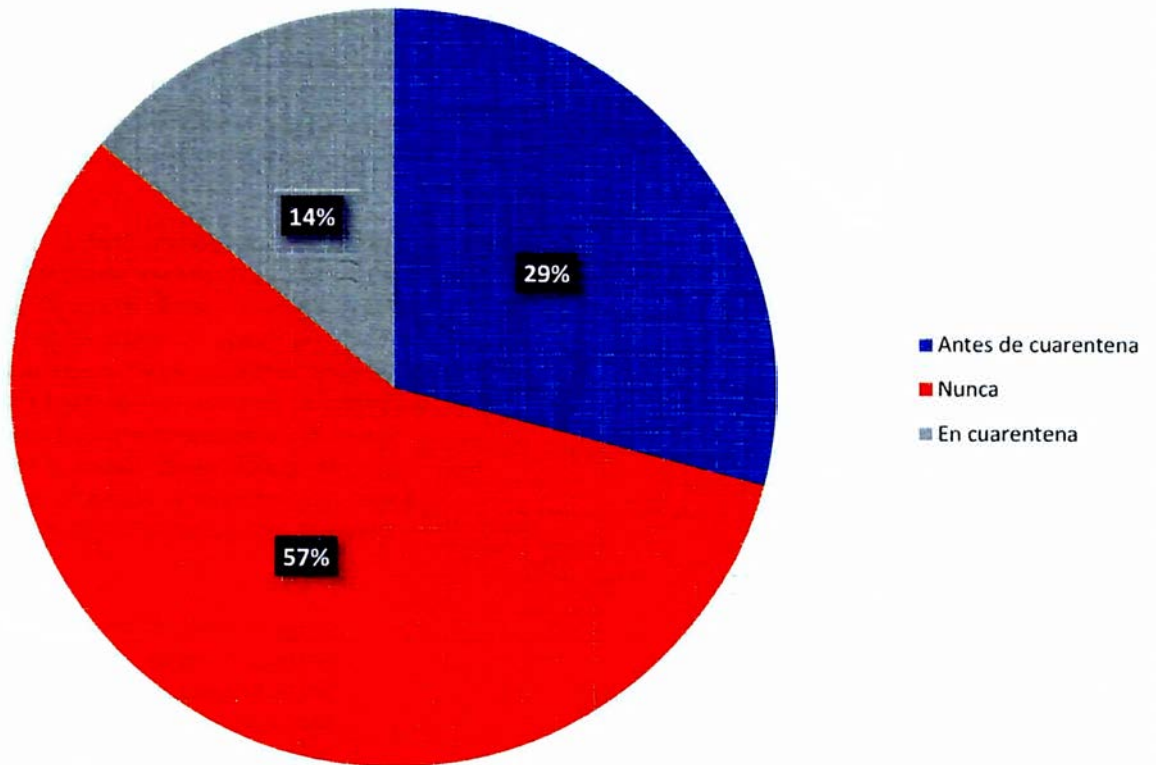
Respuestas	Respuesta de la muestra	Porcentajes
Nunca	49	57%
Antes de cuarentena	25	29%
En cuarentena	12	14%
Totales	86	100%

Prevalencia de búsqueda de terapia en estudiantes de psicología mención clínica en cuarentena por COVID-19, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, septiembre-diciembre 2020, República Dominicana (Elaboración: propia).

En lo que respecta a buscar terapia el 57% nunca lo ha hecho, 29% la buscó antes de cuarentena y finalmente 14% en cuarentena.

Gráfico 77

¿Has buscado terapia durante la cuarentena o nunca?



Prevalencia de búsqueda de terapia en estudiantes de psicología mención clínica en cuarentena por COVID-19, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, septiembre-diciembre 2020, República Dominicana (Elaboración: propia).

Aquí se pueden ver de manera gráfica los datos analizados más arriba, representado por colores según los niveles de intensidad del síntoma.

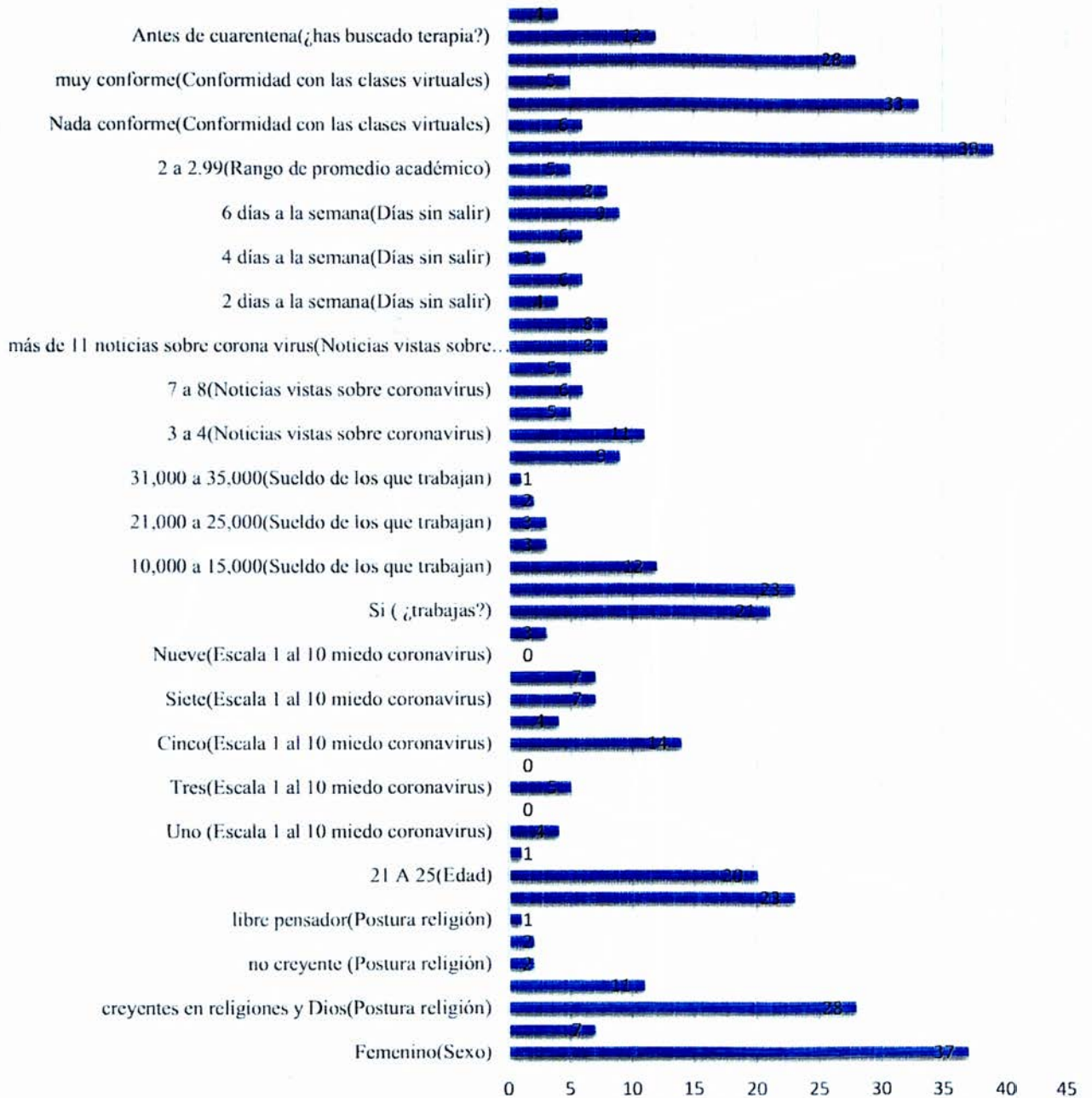
4.6 Características de los participantes en el nivel mínimo de Trastorno depresivo

Características de los estudiantes en el nivel mínimo de Trastorno depresivo en cuarentena		
Respuestas	R. muestra	Porcentajes
Femenino (Sexo)	37	84%
Masculino (Sexo)	7	16%
Creyentes en religiones (Postura religión)	28	64%
Creyente en Dios, pero ninguna religión (Postura religión)	11	25%
no creyente (Postura religión)	2	5%
Agnóstico (Postura religión)	2	5%
libre pensador (Postura religión)	1	1%
15 a 20(Edad)	23	52%
21 a 25(Edad)	20	46%
26 a 30(Edad)	1	1%
Uno (Escala 1 al 10 miedo coronavirus) (Mínimo)	4	9%
Dos (Escala 1 al 10 miedo coronavirus) (Mínimo)	0	0%
Tres (Escala 1 al 10 miedo coronavirus) (Mínimo)	5	11%
Cuatro (Escala 1 al 10 miedo coronavirus) (Moderado)	0	0%
Cinco (Escala 1 al 10 miedo coronavirus) (Moderado)	14	32%
Seis (Escala 1 al 10 miedo coronavirus) (Moderado)	4	9%
Siete (Escala 1 al 10 miedo coronavirus) (Severo)	7	16%
Ocho (Escala 1 al 10 miedo coronavirus) (Severo)	7	16%
Nueve (Escala 1 al 10 miedo coronavirus) (Severo)	0	0%
Diez (Escala 1 al 10 miedo coronavirus) (Severo)	3	7%
Si (¿trabajas?)	21	48%
No(¿trabajas?)	23	52%
10,000 a 15,000(Sueldo de los que trabajan)	12	57%
16,000 a 20,000(Sueldo de los que trabajan)	3	14%
21,000 a 25,000(Sueldo de los que trabajan)	3	14%
26,000 a 30,000(Sueldo de los que trabajan)	2	10%
31,000 a 35,000(Sueldo de los que trabajan)	1	5%
1 a 2(Noticias vistas sobre coronavirus) (Mínimo)	9	21%
3 a 4(Noticias vistas sobre coronavirus) (Mínimo)	11	25%
5 a 6(Noticias vistas sobre coronavirus) (Moderado)	5	11%
7 a 8(Noticias vistas sobre coronavirus) (Moderado)	6	14%
9 a 10(Noticias vistas sobre coronavirus) (Alto)	5	11%
más de 11 noticias sobre corona virus (Noticias vistas sobre coronavirus) (Alto)	8	18%
1 día a la semana (Días sin salir) (Pocos)	8	18%
2 días a la semana (Días sin salir) (Pocos)	4	9%
3 días a la semana (Días sin salir) (Pocos)	6	14%
4 días a la semana (Días sin salir) (Muchos)	3	7%
5 días a la semana (Días sin salir) (Muchos)	6	14%
6 días a la semana (Días sin salir) (Muchos)	9	20%
7 días a la semana (Días sin salir) (Muchos)	8	18%
2 a 2.99(Rango de promedio académico)	5	11%
3 a 3.99(Rango de promedio académico)	39	89%
Nada conforme (Conformidad con las clases virtuales)	6	14%
Medianamente conforme (Conformidad con las clases virtuales)	33	75%
muy conforme (Conformidad con las clases virtuales)	5	11%
Nunca (¿has buscado terapia?)	28	64%
Antes de cuarentena (¿has buscado terapia?)	12	27%
En cuarentena (¿has buscado terapia?)	4	9%

Características de los estudiantes que están en el nivel mínimo de Trastorno depresivo (Elaboración: propia).

EL 84% es femenino, 16% es masculino, 64% es creyente en religiones y Dios, 25% es creyente en Dios, pero ninguna religión, 5% es no creyente, 5% es agnóstico, 1% es libre pensador, 52% tiene 15 A 20 años, 46% tiene 21 A 25años, 1% tiene 26 A 30años, 20% tiene un miedo mínimo a infectarse por COVID-19, 41% tiene un miedo moderado y el 39% tiene un nivel severo a infectarse , 48% respondió que sí trabaja, 52% respondió que no trabaja, 57% gana entre 10,000 a 15,000,14% gana entre 16,000 a 20,000, 14% gana entre 21,000 a 25,000, 10% gana entre 26,000 a 30,000,5% gana entre 31,000 a 35,000,46% está mínimamente interesado en saber sobre coronavirus, 25% esta moderadamente interesado y el 29% está muy interesado por informarse, 41% sale pocos días a la semana y el 59% sale mínimamente o ningún día a la semana , 11% tiene una calificación entre el rango 2 a 2.99, 89% tiene una calificación entre el rango 3 a 3.99, 14% está nada conforme con las clases virtuales, 75% está medianamente conforme con las clases virtuales, 11% está muy conforme con las clases virtuales, 64% dice que nunca ha buscado terapia, 27% dice que buscó terapia antes de cuarentena, 9% dice que buscó terapia en cuarentena.

Nivel mínimo de depresión



Características de los estudiantes que están en el nivel mínimo de Trastorno depresivo (Elaboración: propia).

Aquí se pueden ver de manera gráfica los datos analizados más arriba, representado por colores según los niveles de intensidad del síntoma.

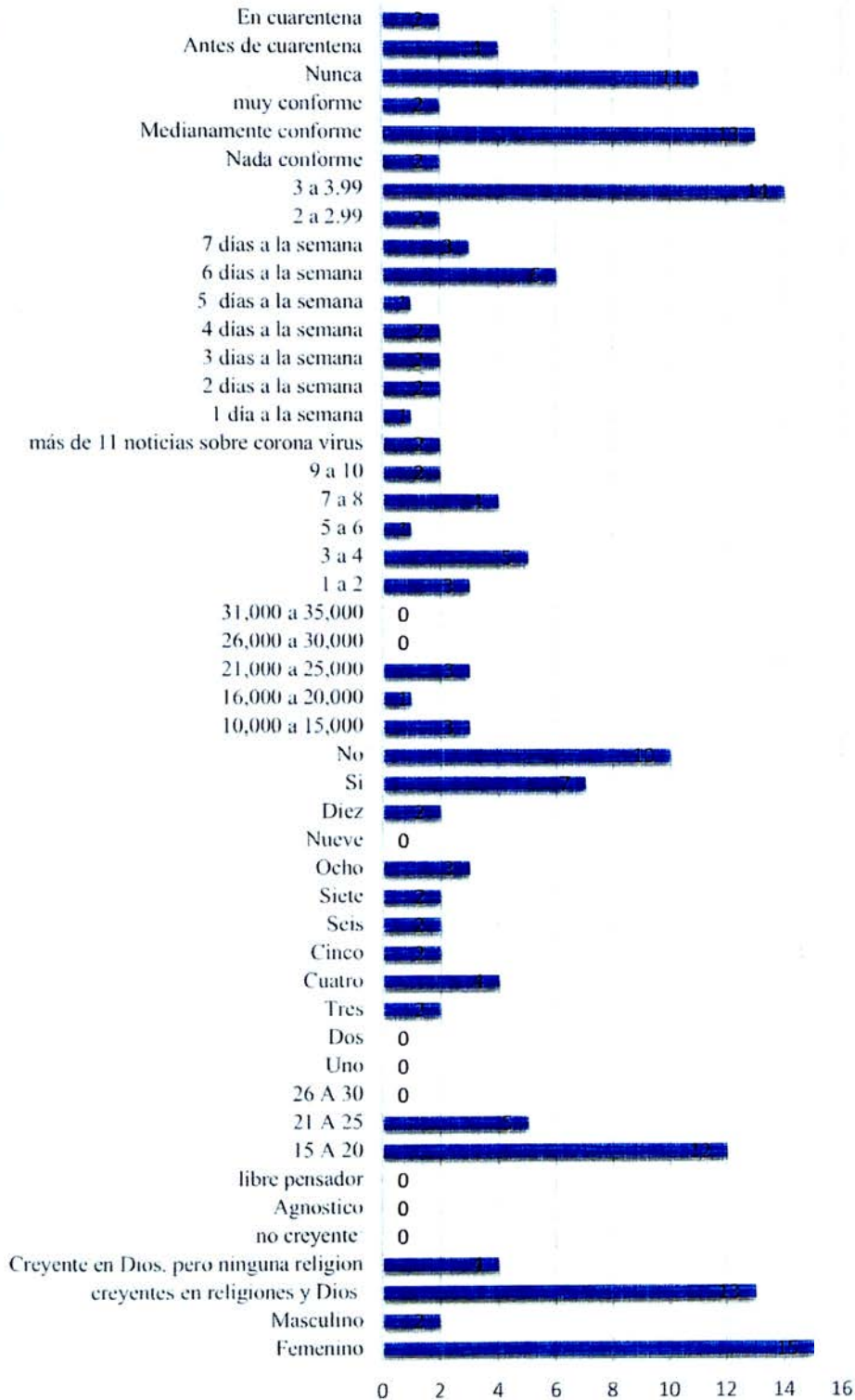
4.7 Características de los participantes en el nivel leve de Trastorno depresivo

Características de los estudiantes en el nivel leve de Trastorno depresivo en cuarentena		
Respuestas	R. muestra	Porcentajes
Femenino (Sexo)	15	88%
Masculino (Sexo)	2	12%
Creyentes en religiones (Postura religión)	13	76%
Creyente en Dios, pero ninguna religión (Postura religión)	4	24%
no creyente (Postura religión)	0	0%
Agnóstico (Postura religión)	0	0%
libre pensador (Postura religión)	0	0%
15 a 20(Edad)	12	71%
21 a 25(Edad)	5	29%
26 a 30(Edad)	0	0%
Uno (Escala 1 al 10 miedo coronavirus) (Mínimo)	0	0%
Dos (Escala 1 al 10 miedo coronavirus) (Mínimo)	0	0%
Tres (Escala 1 al 10 miedo coronavirus) (Mínimo)	2	12%
Cuatro (Escala 1 al 10 miedo coronavirus) (Moderado)	4	23%
Cinco (Escala 1 al 10 miedo coronavirus) (Moderado)	2	12%
Seis (Escala 1 al 10 miedo coronavirus) (Moderado)	2	12%
Siete (Escala 1 al 10 miedo coronavirus) (Severo)	2	12%
Ocho (Escala 1 al 10 miedo coronavirus) (Severo)	3	18%
Nueve (Escala 1 al 10 miedo coronavirus) (Severo)	0	0%
Diez (Escala 1 al 10 miedo coronavirus) (Severo)	2	12%
Si (¿trabajas?)	7	41%
No(¿trabajas?)	10	59%
10,000 a 15,000(Sueldo de los que trabajan)	3	43%
16,000 a 20,000(Sueldo de los que trabajan)	1	14%
21,000 a 25,000(Sueldo de los que trabajan)	3	43%
26,000 a 30,000(Sueldo de los que trabajan)	0	0%
31,000 a 35,000(Sueldo de los que trabajan)	0	0%
1 a 2(Noticias vistas sobre coronavirus) (Mínimo)	3	18%
3 a 4(Noticias vistas sobre coronavirus) (Mínimo)	5	29%
5 a 6(Noticias vistas sobre coronavirus) (Moderado)	1	6%
7 a 8(Noticias vistas sobre coronavirus) (Moderado)	4	24%
9 a 10(Noticias vistas sobre coronavirus) (Alto)	2	12%
más de 11 noticias sobre corona virus (Noticias vistas sobre coronavirus) (Alto)	2	12%
1 día a la semana (Días sin salir) (Pocos)	1	5%
2 días a la semana (Días sin salir) (Pocos)	2	12%
3 días a la semana (Días sin salir) (Pocos)	2	12%
4 días a la semana (Días sin salir) (Muchos)	2	12%
5 días a la semana (Días sin salir) (Muchos)	1	6%
6 días a la semana (Días sin salir) (Muchos)	6	35%
7 días a la semana (Días sin salir) (Muchos)	3	18%
2 a 2.99(Rango de promedio académico)	2	18%
3 a 3.99(Rango de promedio académico)	14	82%
Nada conforme (Conformidad con las clases virtuales)	2	12%
Medianamente conforme (Conformidad con las clases virtuales)	13	76%
muy conforme (Conformidad con las clases virtuales)	2	12%
Nunca (¿has buscado terapia?)	11	65%
Antes de cuarentena (¿has buscado terapia?)	4	23%
En cuarentena (¿has buscado terapia?)	2	12%

Características de los estudiantes que están en el nivel leve de Trastorno depresivo (Elaboración: propia).

EL 88% es femenino, 12% es masculino, 6% es creyente en religiones y Dios, 24% es creyente en Dios, pero ninguna religión, 0% es no creyente, 0% es agnóstico, 0% es libre pensador, 71% tiene 15 A 20 años, 29% tiene 21 A 25 años, 0% tiene 26 A 30 años, 12 % tiene un miedo mínimo a infectarse por COVID-19, 47% tiene un miedo moderado y el 42% tiene un nivel severo a infectarse , 41% respondió que sí trabaja, 59% respondió que no trabaja, 43% gana entre 10,000 a 15,000, 14% gana entre 16,000 a 20,000, 43% gana entre 21,000 a 25,000, 0% gana entre 26,000 a 30,000, 0% gana entre 31,000 a 35,000, 47% está mínimamente interesado en saber sobre coronavirus, 30% esta moderadamente interesado y el 24% está muy interesado por informarse, 29% sale pocos días a la semana y el 71% sale mínimamente o ningún día a la semana, 18% tiene una calificación entre el rango 2 a 2.99, 82% tiene una calificación entre el rango 3 a 3.99, 12% está nada conforme con las clases virtuales, 76% está medianamente conforme con las clases virtuales, 12% está muy conforme con las clases virtuales, 65% dice que nunca ha buscado terapia, 23% dice que buscó terapia antes de cuarentena, 12% dice que buscó terapia en cuarentena.

Nivel leve de depresión en cuarentena



Características de los estudiantes que están en el nivel leve de Trastorno depresivo (Elaboración: propia).

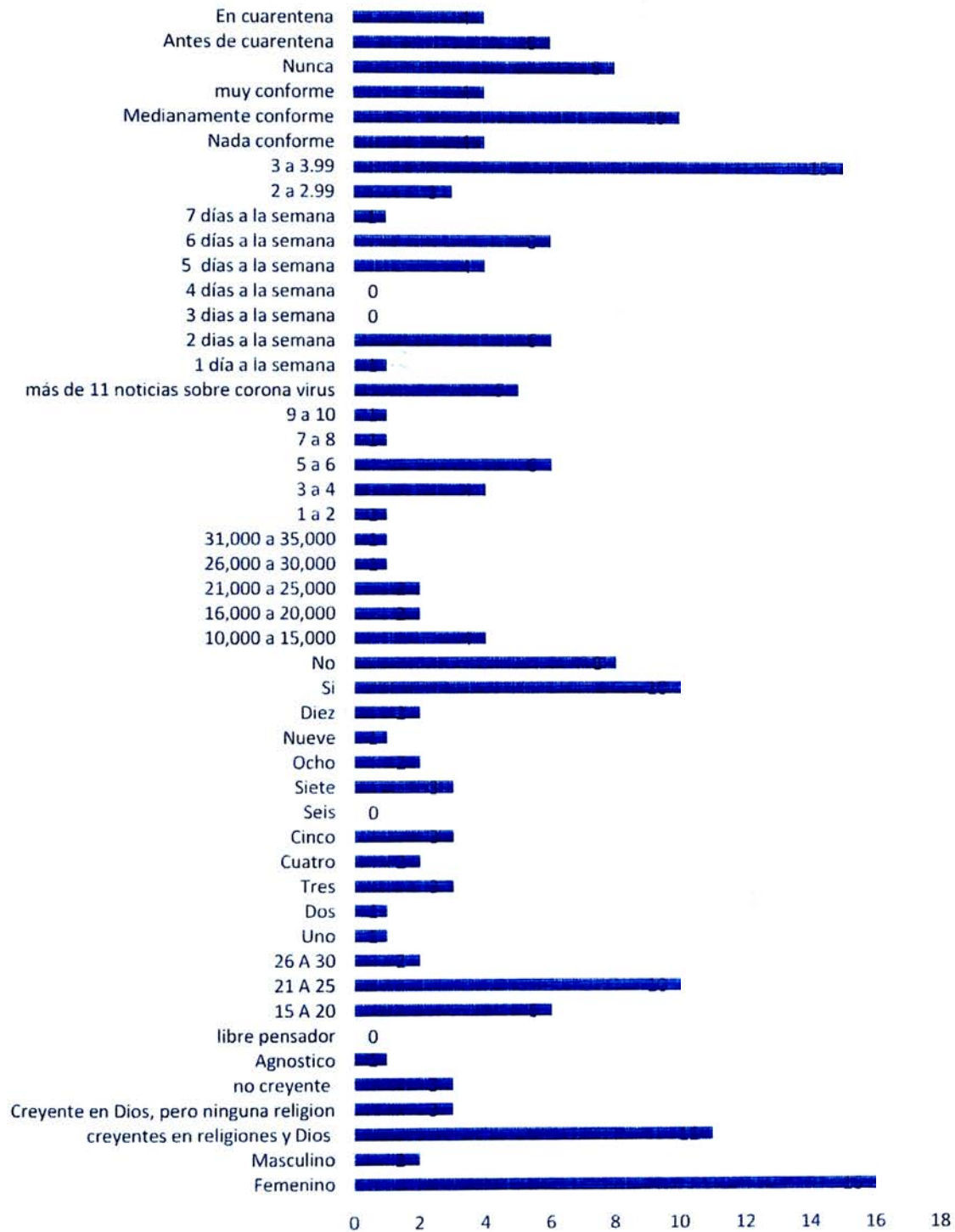
4.8 Características de los participantes en el nivel moderado de Trastorno depresivo

Características de los estudiantes en el nivel moderado de Trastorno depresivo		
Respuestas	R. muestra	Porcentajes
Femenino (Sexo)	16	89%
Masculino (Sexo)	2	11%
Creyentes en religiones (Postura religión)	11	61%
Creyente en Dios, pero ninguna religión (Postura religión)	3	17%
no creyente (Postura religión)	3	17%
Agnóstico (Postura religión)	1	5%
libre pensador (Postura religión)	0	0%
15 a 20(Edad)	6	33%
21 a 25(Edad)	10	56%
26 a 30(Edad)	2	11%
Uno (Escala 1 al 10 miedo coronavirus) (Mínimo)	1	5%
Dos (Escala 1 al 10 miedo coronavirus) (Mínimo)	1	5%
Tres (Escala 1 al 10 miedo coronavirus) (Mínimo)	3	17%
Cuatro (Escala 1 al 10 miedo coronavirus) (Moderado)	2	11%
Cinco (Escala 1 al 10 miedo coronavirus) (Moderado)	3	17%
Seis (Escala 1 al 10 miedo coronavirus) (Moderado)	0	0%
Siete (Escala 1 al 10 miedo coronavirus) (Severo)	3	17%
Ocho (Escala 1 al 10 miedo coronavirus) (Severo)	2	11%
Nueve (Escala 1 al 10 miedo coronavirus) (Severo)	1	6%
Diez (Escala 1 al 10 miedo coronavirus) (Severo)	2	11%
Si (¿trabajas?)	10	56%
No(¿trabajas?)	8	44%
10,000 a 15,000(Sueldo de los que trabajan)	4	40%
16,000 a 20,000(Sueldo de los que trabajan)	2	20%
21,000 a 25,000(Sueldo de los que trabajan)	2	20%
26,000 a 30,000(Sueldo de los que trabajan)	1	10%
31,000 a 35,000(Sueldo de los que trabajan)	1	10%
1 a 2(Noticias vistas sobre coronavirus) (Mínimo)	1	5%
3 a 4(Noticias vistas sobre coronavirus) (Mínimo)	4	22%
5 a 6(Noticias vistas sobre coronavirus) (Moderado)	6	33%
7 a 8(Noticias vistas sobre coronavirus) (Moderado)	1	6%
9 a 10(Noticias vistas sobre coronavirus) (Alto)	1	6%
más de 11 noticias sobre corona virus (Noticias vistas sobre coronavirus) (Alto)	5	28%
1 día a la semana (Días sin salir) (Pocos)	1	6%
2 días a la semana (Días sin salir) (Pocos)	6	33%
3 días a la semana (Días sin salir) (Pocos)	0	0%
4 días a la semana (Días sin salir) (Muchos)	0	0%
5 días a la semana (Días sin salir) (Muchos)	4	22%
6 días a la semana (Días sin salir) (Muchos)	6	33%
7 días a la semana (Días sin salir) (Muchos)	1	6%
2 a 2.99(Rango de promedio académico)	3	17%
3 a 3.99(Rango de promedio académico)	15	83%
Nada conforme (Conformidad con las clases virtuales)	4	22%
Medianamente conforme (Conformidad con las clases virtuales)	10	56%
muy conforme (Conformidad con las clases virtuales)	4	22%
Nunca (¿has buscado terapia?)	8	45%
Antes de cuarentena (¿has buscado terapia?)	6	33%
En cuarentena (¿has buscado terapia?)	4	22%

Características de los estudiantes que están en el nivel moderado de Trastorno depresivo (Elaboración: propia).

EL 89% es femenino, 11% es masculino, 61% es creyente en religiones y Dios, 17% es creyente en Dios, pero ninguna religión, 17% es no creyente, 5% es agnóstico, 0% es libre pensador, 33% tiene 15 A 20 años, 56% tiene 21 A 25 años, 11% tiene 26 A 30 años, 27 % tiene un miedo mínimo a infectarse por COVID-19, 28% tiene un miedo moderado y el 45% tiene un nivel severo a infectarse , 56% respondió que sí trabaja, 44% respondió que no trabaja, 40% gana entre 10,000 a 15,000, 20% gana entre 16,000 a 20,000, 20% gana entre 21,000 a 25,000, 10% gana entre 26,000 a 30,000, 10% gana entre 31,000 a 35,000, 27% está mínimamente interesado en saber sobre coronavirus, 39% está moderadamente interesado y el 34% está muy interesado por informarse, 39% sale pocos días a la semana y el 61% sale mínimamente o ningún día a la semana, 17% tiene una calificación entre el rango 2 a 2.99, 83% tiene una calificación entre el rango 3 a 3.99, 22% está nada conforme con las clases virtuales, 56% está medianamente conforme con las clases virtuales, 22% está muy conforme con las clases virtuales, 45% dice que nunca ha buscado terapia, 33% dice que buscó terapia antes de cuarentena, 22% dice que buscó terapia en cuarentena.

Nivel moderado de depresión en cuarentena



Características de los estudiantes que están en el nivel moderado de Trastorno depresivo (Elaboración: propia).

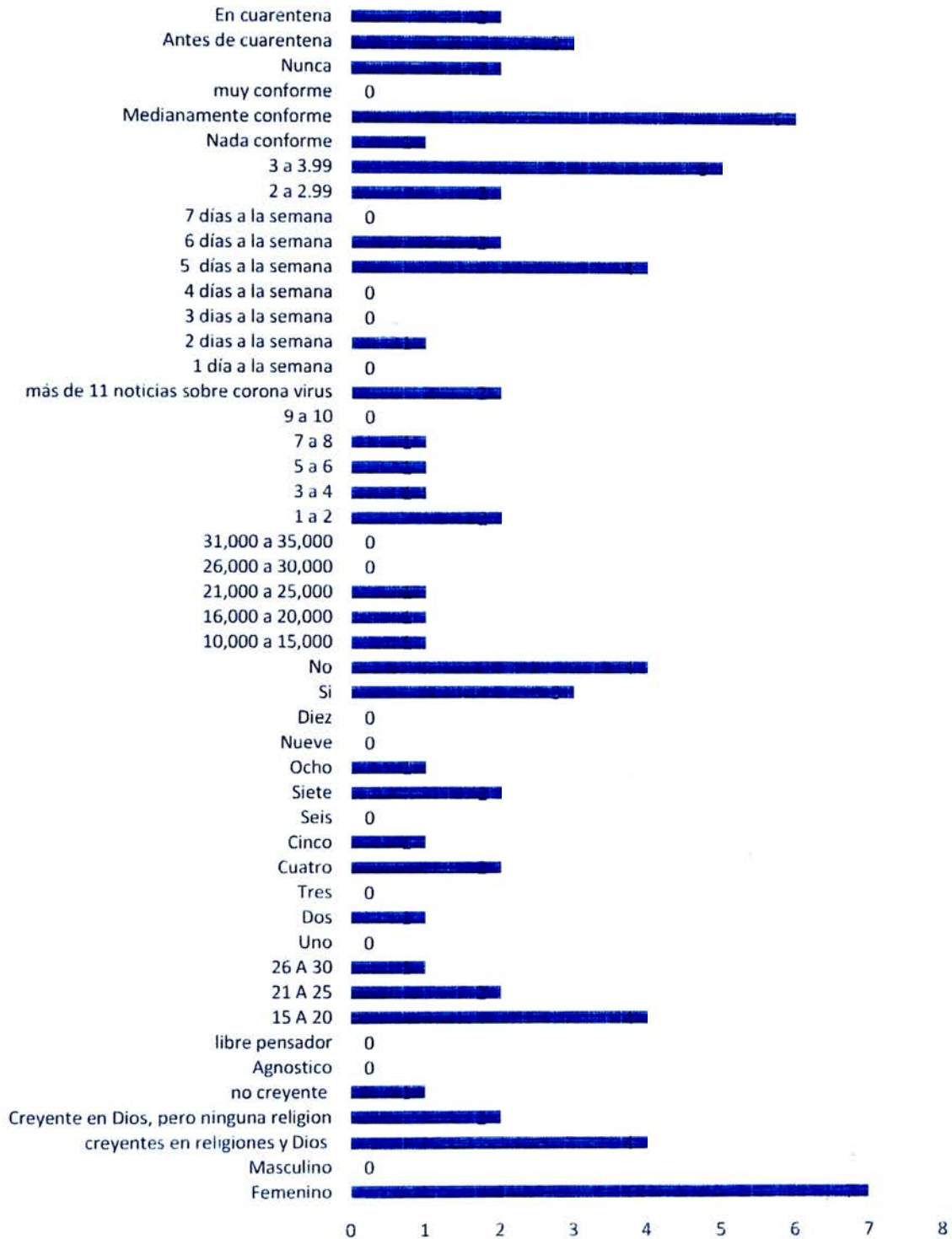
4.9 Características de los participantes en el nivel severo de Trastorno depresivo

Características de los estudiantes en el nivel severo de Trastorno depresivo en cuarentena		
Respuestas	R. muestra	Porcentajes
Femenino (Sexo)	7	100%
Masculino (Sexo)	0	0%
Creyentes en religiones (Postura religión)	4	57%
Creyente en Dios, pero ninguna religión (Postura religión)	2	29%
no creyente (Postura religión)	1	14%
Agnóstico (Postura religión)	0	0%
libre pensador (Postura religión)	0	0%
15 a 20(Edad)	4	57%
21 a 25(Edad)	2	29%
26 a 30(Edad)	1	14%
Uno (Escala 1 al 10 miedo coronavirus) (Mínimo)	0	0%
Dos (Escala 1 al 10 miedo coronavirus) (Mínimo)	1	14%
Tres (Escala 1 al 10 miedo coronavirus) (Mínimo)	0	0%
Cuatro (Escala 1 al 10 miedo coronavirus) (Moderado)	2	29%
Cinco (Escala 1 al 10 miedo coronavirus) (Moderado)	1	14%
Seis (Escala 1 al 10 miedo coronavirus) (Moderado)	0	0%
Siete (Escala 1 al 10 miedo coronavirus) (Severo)	2	29%
Ocho (Escala 1 al 10 miedo coronavirus) (Severo)	1	14%
Nueve (Escala 1 al 10 miedo coronavirus) (Severo)	0	0%
Diez (Escala 1 al 10 miedo coronavirus) (Severo)	0	0%
Si (¿trabajas?)	3	43%
No(¿trabajas?)	4	57%
10,000 a 15,000(Sueldo de los que trabajan)	1	34%
16,000 a 20,000(Sueldo de los que trabajan)	1	33%
21,000 a 25,000(Sueldo de los que trabajan)	1	33%
26,000 a 30,000(Sueldo de los que trabajan)	0	0%
31,000 a 35,000(Sueldo de los que trabajan)	0	0%
1 a 2(Noticias vistas sobre coronavirus) (Mínimo)	2	29%
3 a 4(Noticias vistas sobre coronavirus) (Mínimo)	1	14%
5 a 6(Noticias vistas sobre coronavirus) (Moderado)	1	14%
7 a 8(Noticias vistas sobre coronavirus) (Moderado)	1	14%
9 a 10(Noticias vistas sobre coronavirus) (Alto)	0	0%
más de 11 noticias sobre corona virus (Noticias vistas sobre coronavirus) (Alto)	2	29%
1 día a la semana (Días sin salir) (Pocos)	0	0%
2 días a la semana (Días sin salir) (Pocos)	1	14%
3 días a la semana (Días sin salir) (Pocos)	0	0%
4 días a la semana (Días sin salir) (Muchos)	0	0%
5 días a la semana (Días sin salir) (Muchos)	4	57%
6 días a la semana (Días sin salir) (Muchos)	2	29%
7 días a la semana (Días sin salir) (Muchos)	0	0%
2 a 2.99(Rango de promedio académico)	2	29%
3 a 3.99(Rango de promedio académico)	5	71%
Nada conforme (Conformidad con las clases virtuales)	1	14%
Medianamente conforme (Conformidad con las clases virtuales)	6	86%
muy conforme (Conformidad con las clases virtuales)	0	0%
Nunca (¿has buscado terapia?)	2	28%
Antes de cuarentena (¿has buscado terapia?)	3	43%
En cuarentena (¿has buscado terapia?)	2	29%

Características de los estudiantes que están en el nivel severo de Trastorno depresivo (Elaboración: propia).

EL 100% es femenino, 0% es masculino, 57% es creyente en religiones y Dios, 29% es creyente en Dios, pero ninguna religión, 14% es no creyente, 0% es agnóstico, 0% es libre pensador, 57% tiene 15 A 20 años, 29% tiene 21 A 25 años, 14% tiene 26 A 30 años, 14 % tiene un miedo mínimo a infectarse por COVID-19, 43% tiene un miedo moderado y el 43% tiene un nivel severo a infectarse , 43% respondió que sí trabaja, 57% respondió que no trabaja, 34% gana entre 10,000 a 15,000, 33% gana entre 16,000 a 20,000, 33% gana entre 21,000 a 25,000, 0% gana entre 26,000 a 30,000, 0% gana entre 31,000 a 35,000, 43% está mínimamente interesado en saber sobre coronavirus, 28% esta moderadamente interesado y el 29% está muy interesado por informarse , 14% sale pocos días a la semana y el 86% sale mínimamente o ningún día a la semana, 29% tiene una calificación entre el rango 2 a 2.99, 71% tiene una calificación entre el rango 3 a 3.99, 14% está nada conforme con las clases virtuales, 86% está medianamente conforme con las clases virtuales, 0% está muy conforme con las clases virtuales, 28% dice que nunca ha buscado terapia, 43% dice que buscó terapia antes de cuarentena, 29% dice que buscó terapia en cuarentena.

Nivel severo de depresión en cuarentena



Características de los estudiantes que están en el nivel severo de Trastorno depresivo (Elaboración: propia).

Análisis de los resultados

Al concluir los análisis sobre la prevalencia de los 21 síntomas del trastorno depresivo se pudo determinar que existe un gran número de personas que puntuaron por encima de lo normal. En la categoría de tristeza un 43%; expresó sentimientos de tristeza en algún grado, en la de pesimismo un 53% también expresó una actitud desesperanzadora, en lo que a fracaso respecta solo un 38% expresó que se sentía como un fracasado en alguno de los tres grados, en pérdida de placer un 47% nuevamente expresó que ya no disfruta con las personas y actividades como antes, los sentimientos de culpa fueron altos al llegar a un 64%, pero los sentimientos de castigo fueron bajos al representar solo un 21%, la disconformidad con ellos mismos alcanzó la mitad al llegar a un 49%, un poco alta también fue la autocrítica al representar un 60%, los pensamientos y deseos suicidas solo representaron un 31%, el llanto prevaleció con un 51% por ciento, la incapacidad de mantenerse en calma correspondió a un 50%, la pérdida de interés para realizar actividades correspondió al 65%, la incapacidad para tomar decisiones se presentó en un 52% de los estudiantes, la desvalorización fue solo de un 37%, la pérdida de energía representó un 67% como siempre sumando los tres grados de severidad, un 76% presentó cambios en los hábitos del sueño, un 56% presentó irritabilidad, un 60% experimentó cambios en su apetito, un 68% dificultad de concentración, un 66% expresó sentir cansancio o fatiga y finalmente un 34% pérdida de interés en el sexo.

Por tanto, estos 13 síntomas superan o están en 50% de prevalencia, lo que constituye un llamado de atención para los servicios de salud psicológica de la universidad para tomar en cuenta cuando se desarrolle un programa de terapia psicológica en momentos de crisis.

Así como se menciona en la teoría conductista en el marco teórico sobre la etiología de los trastornos depresivos, se indica que los estudiantes han sido privados del ambiente para obtener los reforzadores que los movían a realizar las conductas del día a día (Skinner, 1953; citado en Belloch, Sandín y Ramos, 2009, p.275).

A entender de los datos arrojados por la investigación, en lo que respecta a la teoría cognitiva de Beck se puede mencionar el impacto que pueden tener los pensamientos, en específico el miedo a enfermarse por coronavirus que en este estudio mostró una alta prevalencia, orientándolos a interpretar cada salida de sus casas como una acción muy peligrosa aumentando la tensión y siendo un factor muy influyente (citado en Belloch et al., 2009).

También se considera que, se podría aplicar la teoría interpersonal, pues en lo que respecta a sus habilidades sociales, estas pudieron haber empeorado al no tener el mismo grado de interacción que antes, por lo cual por falta de entrenamiento estos perderían habilidades sociales que usaban antes para obtener alagos, favores o simplemente para poder pasar un buen momento con sus amigos (Vittengl, Clark y Jarrett, 2003; citado en DeRubeis y Strunk, 2017).

Por último, habría que explorar otras variables no definidas en esta investigación como por ejemplo el enfoque neuropsiquiátrico que explica que una enfermedad en este caso el coronavirus podría causar la depresión (Arciniegas, Yudofsky y Hales, 2018).

En la opinión de los investigadores, también están las teorías que involucran un desbalance químico, la psicoanalítica, la metacognitiva y otras vertientes de la conductual y cognitivo conductual en las que esta investigación no pudo profundizar, pero que serían de gran interés para comprender este trastorno bajo estrés psicológico de una enfermedad pandémica.

Por otra parte, se ha realizado un análisis de los síntomas antes y durante la cuarentena para saber si cual síntoma ha aumentado o descendido en los grados que puede presentar el síntoma, que pueden ser nulo o inexistente, mínimo, moderado o severo.

El porcentaje de nivel nulo de los síntomas (significa que no se tienen los síntomas) siempre fue mayor antes de la cuarentena excepto por el síntoma de desvalorización que era mayor antes de la cuarentena, en el nivel mínimo (desde aquí en adelante se empiezan a presentar los síntomas) de severidad siempre fue mayor en la cuarentena menos por el síntoma de disconformidad consigo mismo que se mantuvo igual y el síntoma de desvalorización nuevamente fue mayor antes de la cuarentena, en el nivel moderado de los síntomas fue mayor en la cuarentena excepto por sentimientos de castigo que era mayor antes de la cuarentena, pensamiento o deseos suicidas era mayor antes de la cuarentena, la indecisión también era mayor antes de la cuarentena, en la categoría de los cambios en los hábitos del sueño la sección de dormir mucho menos era mayor antes de la cuarentena y finalmente en el nivel severo del trastorno depresivo sentimientos de castigo era mayor en cuarentena, disconformidad con uno mismo también era mayor, pérdida de interés era mayor en cuarentena, la indecisión era mayor en cuarentena, en la categoría de cambios en los hábitos del sueño la sección de despertarse una o dos horas más temprano era mayor en cuarentena, en la categoría de cambios en los hábitos alimenticios era mayor en cuarentena y todos demás síntomas era igual o menor que antes de cuarentena.

Lo que permite conocer que la cuarentena afectó tanto en la aparición de los síntomas y en el incremento de la gran mayoría de los niveles mínimo, moderado y en menor medida el nivel severo de intensidad de los mismos a través de los mecanismos mencionados en las teorías conductistas, cognitivas e interpersonales.

Ahora bien, si se percibe el trastorno depresivo como el total de la suma de los 21 síntomas (Respuestas total) antes y durante la cuarentena y también tomamos sus niveles de severidad que son mínimo, leve, moderado o severo se puede obtener la siguiente conclusión.

Antes de cuarentena existía un 70% con un nivel nulo o mínimo de Trastorno depresivo, 11% con un nivel leve, 13% con un nivel moderado y 6% con un nivel severo, veremos que como se muestra en la comparación de los síntomas individuales el trastorno depresivo en cuarentena ha sufrido un incremento pues el nivel nulo o mínimo descendió a un 51%, el nivel leve se incrementó hasta un 20%, el nivel moderado hasta un 20% también y finalmente el nivel severo hasta un 9% y si los comparamos con los niveles sumados se puede decir que el trastorno depresivo aumentó un 19% en cuarentena.

Por lo tanto, se puede notar como la situación de la pandemia influyó de manera considerable en la calidad de vida de los estudiantes al incidir en la aparición de dichos síntomas y potenciarlos en las personas que ya presentaban dicho trastorno.

Con el fin de poder entender a qué clase de personas se encuestó a nivel muy general, se describirán los detalles más altos de cada categoría.

Más del 90% de los encuestados fueron de sexo femenino, creyentes en Dios y en religiones, edad entre 15 a 20 años, en una escala del 1 al 10 la mayor prevalencia de miedo por coronavirus fue severo por contraer esta enfermedad, la gran mayoría no tiene trabajo lo cual puede ser un factor determinante y la otra cantidad restante que si trabaja gana entre 10,000 a 15,000 pesos lo cual está en el rango de salario mínimo, la gran mayoría estuvo poco interesada por informarse sobre la Covid.19, por encima del 90% se quedó en casa sin salir a ningún sitio solo saliendo de tres a 0 días de, una cantidad superior al 90% posee un buen índice académico al encontrarse entre 3 y 3.99, por arriba del 90% se encuentra medianamente conforme con las clases virtuales y nunca ha buscado terapia psicológica, estas conclusiones se pueden estudiar con más detalle usando las estadísticas de la sección de análisis de datos y también se encuentra una sección en la que se sub divide por los diferentes niveles del trastorno depresivo.

Para concluir, se puede afirmar que la pandemia desató una serie de condiciones en lo principal, el aislamiento que incidieron en la aparición e incremento del trastorno depresivo, aunque reconocemos que este estudio debe ser el primero de muchos en su tipo para comprender mejor este objeto de estudio aportar en la medida de lo posible a la calidad de vida de los estudiantes de psicología clínica y estos puedan ejercer mejor su labor profesional.

CONCLUSIONES

Luego de investigar Prevalencia de síntomas depresivos en estudiantes de psicología mención clínica en cuarentena por COVID-19, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, septiembre-diciembre 2020, República Dominicana se arrojaron los siguientes resultados.

- La prevalencia de síntomas de trastorno depresivo en la mayoría de estos (13) se mantuvo por arriba del 50%.
- Los otros 8 síntomas del mismo trastorno nunca descendieron del 20 y mostraron un máximo de un 49 %.
- La prevalencia de trastorno como entidad nosológica (esto significa: midiéndola como un trastorno total) aumentó un 19% en la pandemia en comparación con el mismo trastorno medido antes de la cuarentena, aunque esta comparación extra carece de validez total, porque el test solo este hecho para medir los síntomas en el presente.
- Mas del 90% de los sujetos encuestados eran de sexo femenino, se encontraban en condiciones socio económicas poco favorables para enfrentar la pandemia, como, por ejemplo, no contar con algún trabajo o quienes tenían trabajo ganaban el sueldo mínimo es decir entre 10,000 a 15,000 pesos dominicanos.
- Una cantidad mayor del 90% no buscó ayuda psicológica
- En casi la totalidad de los casos los sujetos presentaron miedo a enfermarse por coronavirus.
- Los estudiantes estaban medianamente conformes con las clases ofrecidas de manera virtual.
- La gran mayoría de estos eran personas jóvenes que pasaban de los 25 años de edad.
- Presentaban una tendencia baja informarse sobre el coronavirus.

RECOMENDACIONES

Usando como base la investigación realizada se recomendarán algunas acciones que resultarán de ayuda para la población objeto de estudio, que son los estudiantes de psicología mención clínica de la UNPHU que están cursando clases virtuales y en cuarentena por COVID-19.

Crear un programa de cuidado psicológico en la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña para situaciones de crisis con el fin de atender los síntomas depresivos por separado en dichos estudiantes.

- Crear charlas para psicoeducar a los estudiantes en temas tales como: la influencia del trastorno depresivo en el rendimiento académico, factores ambientales que puedan causar la depresión, como la depresión puede afectar la motivación para proyectos futuros en su vida, los afectos de la depresión a largo plazo.
- Introducir charlas para psicoeducar a los profesores de la universidad sobre los efectos que el trastorno depresivo puede tener en el rendimiento de los estudiantes y dar un entrenamiento para identificar los síntomas generales.
- Fomentar en los estudios la importancia de un buen proceso de terapia psicológica antes de graduarse y de dar terapia psicológica por su salud mental.
- Proponer actividades a los estudiantes de la universidad en general para derribar cualquier actitud negativa que se pudiera tener ante la terapia, como por ejemplo que solo las personas enfermas van psicoterapia.

CAPÍTULO #5 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aparcana Isla, F. O. (2017). El trastorno depresivo y el rendimiento académico en los estudiantes de la Carrera de Gestión y Negocios del Instituto Superior Sistema Informativo y Soporte Estudiantil (SISE), sede SJL, 2016 (Tesis de maestría, Universidad Nacional De Educación Enrique Guzmán y Valle, Lima, Perú). Recuperada de <http://repositorio.unc.edu.pe/handle/UNE/1367>
- Aulestia Espinosa, J. B. (2017). Trastorno depresivo y rendimiento académico en los estudiantes de la Carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja (Tesis de licenciatura, Loja, Ecuador). Recuperada de <http://dspace.unl.edu.ec/jspui/handle/123456789/19532>
- Benavides, P. (2017). La Trastorno depresivo, evolución del concepto desde la melancolía hasta el trastorno depresivo como enfermedad física. *Revista PUCE*. (105), 171-188. [DOI: https://doi.org/10.26807/revpuce.v0i0.119](https://doi.org/10.26807/revpuce.v0i0.119)
- Bisonó, C. A. L., & Lizardo, M. D. (2016). *Trastorno depresivo en pacientes con virus de la inmunodeficiencia humana que acuden al servicio de atención integral del hospital General Dr. Vinicio Calventi en el período noviembre 2016-abril 2017*. (Tesis Doctoral, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, Santo Domingo, República Dominicana). Recuperada de <https://repositorio.UNPHU.edu.do/handle/123456789/1010>
- Bourin M. (2020). History of depression through the ages. *Arch Depress Anxiety* 6(1): 010-018. DOI: <https://dx.doi.org/10.17352/2455-5460.000045>

Busch, F. N., Rudden, M., & Shapiro, T. (2016). *Psychodynamic treatment of depression* (2^a ed.).

Recuperada de

https://www.appi.org/psychodynamic_treatment_of_depression_second_edition

Castillo, J. A. O. (2016). Relación de la Ansiedad y Trastorno depresivo sobre el rendimiento académico en estudiantes de medicina humana. *Psiquiatría y salud mental*, 33(3/4), 123-131. Recuperada de <http://www.schilesaludmental.cl/2016-2/>

Castillo, J., Vásquez, G. D., Montilla, J. R., Palacios, S., Castro, Y. D., López, E., ... Nin, L. R. (2020). Incidencia de enfermedad depresiva en adultos de la tercera edad, en Arroyo Hondo, Peravia, República Dominicana, durante el período noviembre-diciembre 2018. *Ciencia y Salud*, 4(1), 57-70. DOI: <https://doi.org/10.22206/cysa.2020.v4i1.pp57-70>

Chen, Y., Zhou, H., Zhou, Y., & Zhou, F. (in press). Prevalence of self-reported depression and anxiety among pediatric medical staff members during the COVID-19 outbreak in Guiyang, China. *Psychiatry Research*, 288, 113005. doi: 10.1016/j.psychres.2020.113005

Chew, N. W., Lee, G. K., Tan, B. Y., Jing, M., Goh, Y., Ngiam, N. J., ... & Sharma, A. K. (in press). A multinational, multicentre study on the psychological outcomes and associated physical symptoms amongst healthcare workers during COVID-19 outbreak. *Brain, behavior, and immunity*. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0889159120305237>

Correia, D.T., & Marques, J. O. G. (2015). Melancholia before the twentieth century: fear and sorrow or partial insanity? *Frontiers in Psychology*, 6(81). doi: 10.3389/fpsyg.2015.00081

- Dreyer-Oren, S. E., Mitnaul, L. D., & Holtzheimer, P. E. (2018). Mood Disorders. En D. B. Arciniegas, S. C. Yudofsky & R.E. Hales (Eds.), *The American Psychiatric Association Publishing Textbook of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences, Sixth Edition* (pp. 525–544). Recuperado de <https://www.appi.org/Products/Textbooks-and-References/American-Psychiatric-Association-Publishing-Textbo?searchText=Brain%20stimulation¤tTab=all&selectedSearchMode=&sku=37187>
- Fernández Abreu, P., & Hiciano Saenz, M. (2018). *Prevalencia de trastornos emocionales en adolescentes con discapacidad auditiva de 15-18 años en la Escuela Nacional Para Sordos y el Instituto de Ayuda Al Sordo Santa Rosa, INC., en el periodo septiembre-diciembre 2018*. (Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, Santo Domingo, República Dominicana). Recuperado de <https://repositorio.UNPHU.edu.do/handle/123456789/1354>
- García-Batista, Z. E., Guerra-Peña, K., Cano-Vindel, A., Herrera-Martínez, S. X., & Medrano, L. A. (2018). Validity and reliability of the Beck Depression Inventory (BDI-II) in general and hospital population of Dominican Republic. *PLOS ONE*, *13*(6), e0199750. Doi: 10.1371/journal.pone.0199750
- González de Rivera, J.L., & Monterrey, A.L. (2009). Psicobiología del trastorno depresivo. En A. Belloch, B. Sandín & F. Ramos (Eds.), *Manual de psicopatología, volumen 2*. (pp. 271-298). Madrid, España: McGraw-Hill/INTERAMERICANA DE ESPAÑA, S.A.U.

- Guzmán, I. H. (2017). Neuropsicología de la depresión. En M. A. Villa Rodríguez, M.E. Navarro Calvillo & T. J. Villaseñor Cabrera (Eds.), *Neuropsicología mención clínica hospitalaria* (pp. 404–429). Recuperada de <https://www.amazon.com/-/es/Miguel-%C3%81ngel-Villa-Rodr%C3%ADguez-ebook/dp/B0779NHZ75>
- Harrison, P., Cowen, P., Burns, T., & Fazel, M. (Eds.). (2018). *Shorter Oxford textbook of psychiatry* [kindle]. Recuperado de <https://www.amazon.com/-/es/Paul-Harrison/dp/0198747438>
- Heena, Nazli, T., Grover, S., & Kishore, J. (2020). COVID-19 Pandemic and “Feeling Depressed”: An Online Survey [Edición especial]. *Epidemiology International*, 5(2), 27-31. DOI: <https://doi.org/10.24321/2455.7048.202014>
- Horwitz, A. V., Wakefield, J. C., & Lorenzo-Luaces, L. (2017). History of depression. En R. J. DeRubeis & D. R. Strunk (Eds.), *The Oxford handbook of mood disorders* (pp. 11-22). Recuperado de https://www.amazon.com/-/es/Oxford-Handbook-Disorders-Library-Psychology-ebook-dp-B071XWDR6K/dp/B071XWDR6K/ref=mt_other?_encoding=UTF8&me=&qid=
- Kamal, N. M., & Othman, N. (2020). Depression, Anxiety, and Stress in the time of COVID-19 Pandemic in Kurdistan Region, Iraq. *Kurdistan Journal of Applied Research*, 5 (3) 37-44. <https://doi.org/10.24017/covid.5>
- Kong, X., Zheng, K., Tang, M., Kong, F., Zhou, J., Diao, L.,... Dong, Y. (2020). *Prevalence and Factors Associated with Depression and Anxiety of Hospitalized Patients with COVID-19*. Recuperado <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.03.24.20043075v2>

Lebrón Mateo, R. L., & Arias Núñez, S. M. (2019). *Prevalencia de Trastorno depresivo en pacientes diagnosticados con diabetes tipo I y II que asisten a la Fundación Integral de Diabetes (FID) en el periodo Agosto–Diciembre 2018 y Enero 2019, Santo Domingo, República Dominicana* (Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, Santo Domingo, República Dominicana). Recuperado de <http://repositorio.UNPHU.edu.do/handle/123456789/1353>

Lei, L., Huang, X., Zhang, S., Yang, J., Yang, L., & Xu, M. (2020). Comparison of Prevalence and Associated Factors of Anxiety and Depression Among People Affected by versus People Unaffected by Quarantine During the COVID-19 Epidemic in Southwestern China. *Medical science monitor: international medical journal of experimental and clinical research*, 26, e924609. <https://doi.org/10.12659/MSM.924609>

Méndez Cintrón, C. A. (2016). *Prevalencia de estrés, Trastorno depresivo y ansiedad en personal del departamento de cirugía del Hospital Salvador B. Gautier febrero-julio 2016*. (Tesis Doctoral, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, Santo Domingo, República Dominicana). Recuperada de <https://repositorio.UNPHU.edu.do/handle/123456789/905>

Ministerio de salud pública (2020). PRIMER CASO IMPORTADO DEL NUEVO CORONAVIRUS CONFIRMADO EN REPÚBLICA DOMINICANA [Noticia en una página web de una institución pública]. Recuperado de <https://www.msp.gob.do/web/?p=6383>

Ministerio de salud pública. (2020). *Enfermedad por coronavirus 2019 (Covid-19) (U07)* [Boletín especial #102]. Recuperado de <https://coronavirusrd.gob.do/documentos/boletines/>

- Morrison, J. (2015). Trastornos del estado de ánimo. En J.L.M. Savadera (Ed.), *Dsm-5: Guía para el diagnóstico clínico* (1ª Ed, pp.108-109). Recuperado de <https://ebookcentral.proquest.com> (Trabajo original publicado en 2014)
- Organización Mundial de la Salud. (2020). Preguntas y Respuestas sobre la enfermedad por coronavirus (COVID-19) [Cuestionario de preguntas en línea de la OMS]. Recuperado de <https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public/q-a-coronaviruses>
- Organización Mundial de la Salud. (2020). Trastorno depresivo [Descripción del trastorno depresivo]. Recuperado de http://origin.who.int/mental_health/management/depression/es/
- Pappa, S., Ntella, V., Giannakas, T., Giannakoulis, V. G., Papoutsis, E., & Katsaounou, P. (2020). Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Brain, Behavior, and Immunity*. doi: 10.1016/j.bbi.2020.05.026
- Park, S. C., & Kim, Y. K. (2019). Diagnostic issues of depressive disorders from Kraepelinian dualism to the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. *Psychiatry investigation*, 16(9), 636. doi: [10.30773/pi.2019.09.07](https://doi.org/10.30773/pi.2019.09.07)
- Pradera Castro, E. A. (2018). *Trastorno depresivo y dependencia emocional hacia la pareja en internos de dos establecimientos penitenciarios de Lima Metropolitana*. (Tesis de licenciatura, Universidad Autónoma del Perú, Lima, Perú). Recuperada de <http://repositorio.autonoma.edu.pe/handle/AUTONOMA/623>

- Presidencia de la República. (17 marzo 2020). *Danilo Medina solicitará declaratoria emergencia nacional, dispone cierre fronteras y suspensión docencia y concentraciones de toda índole* [Noticia en la página web de la presidencia de la republica]. Recuperado de <https://presidencia.gob.do/noticias/danilo-medina-solicitara-declaratoria-emergencia-nacional-dispone-cierre-fronteras-y>
- Priego, P. B. A., Triana-Romero, A., Pinto-Galvez, S. M., Duran-Ramos, C., Salas-Nolasco, O., Reyes, M. M., ... & Remes-Troche, J. M. (2020). *Anxiety, depression, attitudes, and internet addiction during the initial phase of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic: A cross-sectional study in Mexico*. Recuperado de <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.05.10.20095844v1>
- Pulido, S. (2020, 12 marzo). ¿Cuál es la diferencia entre brote, epidemia y pandemia? *Gaceta Medica*. <https://gacetamedica.com/investigacion/cual-es-la-diferencia-entre-brote-epidemia-y-pandemia/>
- Rajkumar R. P. (2020). COVID-19 and mental health: A review of the existing literature. *Asian journal of psychiatry*, 52, 102066. Advance online publication. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102066>
- Real Academia Española. (2020). Academia [Definición de un diccionario en línea]. Recuperado de <https://dle.rae.es/academia>
- Real Academia Española. (2020). demografía [Definición de un diccionario en línea]. Recuperado de <https://dle.rae.es/demograf%C3%ADa>
- Real Academia Española. (2020). logro [Definición de un diccionario en línea]. Recuperado de <https://dle.rae.es/logro>

Real Academia Española. (2020). pandemia [Definición de un diccionario en línea]. Recuperado de <https://dle.rae.es/pandemia>

Real Academia Española. (2020). Prevalencia [Definición de un diccionario en línea]. Recuperado de <https://dle.rae.es/prevalencia>

Real Academia Española. (2020). síntoma [Definición de un diccionario en línea]. Recuperado de <https://dle.rae.es/s%C3%ADntoma>

Real Academia Española. (2020). Social [Definición de un diccionario en línea]. Recuperado de <https://dle.rae.es/social>

Real Academia Española. (2020). Socioeconómico, socioeconómica [Definición de un diccionario en línea]. Recuperado de <https://dle.rae.es/socioecon%C3%B3mico>

Real Academia Española. (2020). virus [Definición de un diccionario en línea]. Recuperado de <https://dle.rae.es/virus>

Sanz, J., & Vázquez, C. (2009). Trastornos del estado de ánimo: Teorías psicológicas. En A. Belloch, B. Sandín & F. Ramos (Eds.), *Manual de psicopatología, volumen 2*. (pp. 271-298). Madrid, España: McGraw-Hill/INTERAMERICANA DE ESPAÑA, S.A.U.

Smith, C. E. (2018). *Frecuencia de Trastorno depresivo en pacientes diabéticos en la consulta de endocrinología del Hospital Central de las Fuerzas Armadas, Santo Domingo, abril-agosto 2018* (Tesis de especialidad, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, Santo Domingo, República Dominicana). Recuperada de <http://repositorio.UNPHU.edu.do/handle/123456789/1254>

- Troncoso, H.E., & Hernández, A. M. (2018). *Niveles de depresión en pacientes pos-infarto al miocardio en etapa temprana versus etapa tardía en el Instituto Dominicano en cardiología (IDC), enero-abril 2018*. (Tesis Doctoral, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, Santo Domingo, República Dominicana). Recuperada de <https://repositorio.UNPHU.edu.do/handle/123456789/1118>
- Vargas, P. I. (2019). *Niveles de Trastorno depresivo y ansiedad en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis y diálisis peritoneal que asisten al Hospital Salvador Bienvenido Gautier, octubre 2018-abril 2019*. (Tesis Doctoral, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, Santo Domingo, República Dominicana). Recuperada de <https://repositorio.UNPHU.edu.do/handle/123456789/1755>
- Villar Genao, G. A. (2018). *Prevalencia de indicadores de depresión en los estudiantes de la Escuela Nacional de Arte Dramático (ENAD) y de la Escuela Nacional de Artes Visuales (ENAV) periodo 2017-2018* (Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, Santo Domingo, República Dominicana). Recuperada de <https://repositorio.UNPHU.edu.do/handle/123456789/584>
- Wells, A., & Fisher, F. (2015). Metacognitive Therapy: Theoretical Background and Model of Depression. En A. Wells & F. Fisher (Eds.), *Treating Depression MCT, CBT, and Third-Wave Therapies* (pp. 144-168). Recuperado de <https://www.wiley.com/en-us/Treating+Depression:+MCT,+CBT,+and+Third+Wave+Therapies-p-9780470759042>

- Whisman, M.A. (2017). Interpersonal perspectives on depression. En R. J. DeRubeis & D. R. Strunk (Eds.), *The Oxford handbook of mood disorders* (pp. 167-176). Recuperado de https://www.amazon.com/-/es/Oxford-Handbook-Disorders-Library-Psychology-ebook-dp-B071XWDR6K/dp/B071XWDR6K/ref=mt_other?_encoding=UTF8&me=&qid=
- Williams, J.M.G. (1992). *The Psychological Treatment of Depression* [Version pdf]. Recuperado de <https://www.routledge.com/The-Psychological-Treatment-of-Depression/Williams/p/book/9780203414903>

ANEXOS

Anexo.1

Como se usó una prueba electrónica solo se compartirá el link que da acceso a esa prueba en internet.

BDI-II versión electrónica y cuestionario de datos sociodemográficos.

<https://docs.google.com/forms/d/1gwuN5ChFvI4ZJhU1x90HS5nhjxaAv28makb5hFGFdZ8/e>

dit

Anexo.2



**Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña
Facultad de Humanidades y Educación
Escuela de Psicología**

Buenos días, tardes o noches de parte de Ian Carlo y José Antonio, quisiéramos pedir su ayuda para responder unas preguntas sobre el trastorno depresivo, algunos datos sociodemográficos y algunos datos más que serán usados en la investigación que estamos realizando como trabajo final de grado en la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña el cual corresponde a la tesis.

El título es el siguiente:

“Prevalencia de síntomas depresivos en estudiantes de psicología mención clínica en cuarentena por COVID-19, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, septiembre-diciembre 2020, República Dominicana”

El fin principal es averiguar el nivel de presencia de los síntomas del trastorno depresivo para poder ofrecer estos datos a la universidad y contribuir en la medida de lo posible a mejorar el sistema del cuidado psicológico de esta en caso de que ellos requieran esta información y que ustedes gocen de esos beneficios.

En segundo lugar, quisiéramos aclarar que de toda la información que obtengamos en las preguntas solo se mostrará la parte estadística, por lo que sus nombres o cualquier otra información que pudiera atentar contra su privacidad nunca será publicada.

Atentamente:

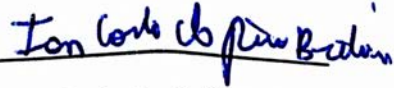
Ian Carlo De Peña Bretón

Matricula: 13-0802

José Antonio Otaño Ruiz

Matricula: 16-1001

HOJA DE FIRMAS



Ian Carlo De Peña Bretón
Sustentante



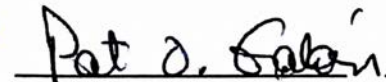
José Antonio Otaño Ruiz
Sustentante



Lic. Tarquino Hirohito Santana
Asesor



Lic. Hilda Aquino
Jurado



Pat Olga Galán Laureano, M.A.
Jurado



Lic. Julia Garces
Jurado



Marisol Ivone Guzmán Cerda, MA
Directora Escuela Psicología

