



**Universidad del Azuay**

**Facultad de Psicología**

**Carrera de Psicología Clínica**

**RESILIENCIA Y MALESTAR EMOCIONAL EN  
ADOLESCENTES ECUATORIANOS  
DURANTE EL CONFINAMIENTO**

Autoras:

**Camila Maribel Calle Urgiles.; Domenica Elena Urigüen  
García.**

Director:

**Juan Sebastián Herrera**

**Cuenca – Ecuador**

**2022**

## **DEDICATORIA**

A mis padres Jenny y Freddy por ser mi guía y mi soporte en todo momento.

A mi hermano Miguel Ángel y mi hermana de corazón Daniela quienes siempre estuvieron apoyándome durante esta etapa maravillosa, en especial a mi pedacito de cielo Amelia Martina.

A Juan Carlos por el apoyo que me ha brindado siempre, por enseñarme a nunca rendirme y amarme incondicionalmente.

Camila Calle Urgiles

## **DEDICATORIA**

A las mujeres de mi familia, por ser mi mayor ejemplo de fuerza, resiliencia y perseverancia,  
de ustedes aprendí todo lo que sé.

A mis padres, Andrés y María Paula, a quienes les debó todo; sin su apoyo nada esto hubiera  
sido posible.

A Diego, por su paciencia infinita y amor incondicional.

Domenica Elena Urigüen García

## **AGRADECIMIENTO**

Quiero agradecer de manera especial a mi madre Jenny Urgiles quien es mi ejemplo de mujer valiente, constante y trabajadora que frente a las adversidades siempre sale adelante, por su amor de madre infinito en todo momento y cariño incomparable, a mi padre Freddy por darme la oportunidad de estudiar y enseñarme que todo esfuerzo vale la pena, gracias a los dos los quiero con todo mi corazón.

A Juan Carlos por ser una guía durante esta etapa en donde tuve altos y bajos sus palabras y apoyo sin duda fueron indispensables en este camino.

A mi director de Tesis Mg. Sebastian Herrera por las enseñanzas brindadas durante este trabajo de investigación.

A mi compañera de tesis y mi otra mitad Domenica contigo a mi lado todo fue mucho mejor.

Por último, a la Universidad del Azuay por abrirme las puertas para ser una profesional, a mis profesores de Psicología Clínica quienes con paciencia impartieron con nosotros sus conocimientos.

Camila Calle Urgiles

## **AGRADECIMIENTO**

Primero quiero agradecer a la Universidad de Azuay y a sus profesionales que nos acompañaron a lo largo de la carrera de Psicología Clínica.

A Sebastián Herrera, por su guía y confianza, fue un gusto trabajar con él a lo largo de la investigación.

A mi madre, Marí Paula por ser mi compañía y apoyo, a mi padre Andrés por ser un ejemplo de constancia y superación. No existe persona más orgullosa de ustedes que yo, los amo.

A mis hermanas Carolina, Daniela y María José, mis modelos a seguir.

Y sobre todo quiero agradecer a la persona que me enseñó alzar la voz antes las injusticias, mi Abuela María.

Por último, a mi compañera de tesis y de vida, Camila Calle, no sé qué hubiera sido de mi sin ti.

Domenica Elena Urigüen García

## RESUMEN

La presente investigación es de tipo cuantitativa de corte transversal no experimental, que tuvo como fin encontrar la relación entre malestar emocional y resiliencia en adolescentes ecuatorianos durante el confinamiento por COVID-19. Se evaluó una muestra de N=706 jóvenes entre 12 y 16 años, mediante la aplicación de una batería de test conformados por la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21) y la Escala de Resiliencia de Connor-Davidson y adicional se respondió un cuestionario ad hoc con las variables sociodemográficas. Los resultados indicaron que los participantes que obtuvieron menor puntaje en resiliencia tienden a mostrar mayor malestar emocional. Pertenecer al género femenino, fue considerado factor de riesgo para generar sintomatología ansiosa-depresiva y estrés.

**Palabras claves:** COVID-19, adolescencia, confinamiento., malestar emocional, resiliencia

## ABSTRACT

The present study is a quantitative, non-experimental, cross sectional, which aimed to find the relationship between emotional discomfort and resilience in Ecuadorian adolescents during COVID-19 confinement. A sample of N = 706 young people between 12 and 16 years old was evaluated by applying a battery of tests made up of the Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21) and the Connor-Davidson Resilience Scale and an ad hoc questionnaire with the sociodemographic variables. The results indicated that participants with lower resilience scores tended to show greater emotional discomfort. Belonging to the female gender was considered a risk factor to generate anxious-depressive symptoms and stress.

**Keywords:** COVID-19, adolescence, confinement., emotional distress, resilience



Este certificado se encuentra en el repositorio digital de la Universidad del Azuay, para verificar su autenticidad escanee el código QR

## ÍNDICE DE CONTENIDO

|   |     |
|---|-----|
| DEDICATORIA .....   | I   |
| DEDICATORIA .....   | II  |
| AGRADECIMIENTO .....                                      | III |
| AGRADECIMIENTO .....                                      | IV  |
| RESUMEN .....   | V   |
| ABSTRACT.....   | VI  |
| ÍNDICE DE CONTENIDO .....                                 | II  |
| ÍNDICE DE TABLAS .....                                    | III |
| INDICE DE FIGURAS .....                                   | III |
| INDICE DE ANEXOS .....                                    | III |
| INTRODUCCIÓN .....  | 1   |
| PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....                          | 3   |
| CAPÍTULO I .....  | 4   |
| 1. MARCO TEÓRICO.....                                     | 4   |
| 1.1 Adolescencia.....                                     | 4   |
| 1.2 COVID-19 .....  | 7   |
| 1.3 Adolescencia y COVID-19.....                          | 10  |
| 1.4 Resiliencia .....                                     | 12  |
| 1.5 Resiliencia en la adolescencia .....                  | 14  |
| 1.6 Malestar Emocional.....                               | 15  |
| 1.7 Malestar emocional y adolescencia .....               | 19  |
| 1.8 Relación entre resiliencia y malestar emocional. .... | 20  |
| CAPÍTULO II.....  | 23  |
| 2. METODOLOGÍA .....                                      | 23  |
| 2.1 Hipótesis .....                                       | 25  |
| 2.2 Preguntas de investigación .....                      | 25  |
| 2.3 Objetivo general .....                                | 25  |
| 2.4 Objetivos específicos .....                           | 26  |
| CAPÍTULO III.....   | 27  |
| 3. ANALISIS DE DATOS.....                                 | 27  |
| CAPÍTULO IV .....   | 39  |
| DISCUSIÓN .....   | 39  |
| CONCLUSIONES .....  | 41  |
| RECOMENDACIONES.....                                      | 42  |
| BIBLIOGRAFÍA .....  | 43  |



|             |    |
|-------------|----|
| ANEXO ..... | 53 |
|-------------|----|

## ÍNDICE DE TABLAS

|  |    |
|--|----|
| <b>Tabla 1:</b> Criterios de la inclusión y exclusión..... | 23 |
| <b>Tabla 2:</b> Clasificación de gravedad DASS .....       | 24 |
| <b>Tabla 3:</b> Edad .....                                 | 27 |
| <b>Tabla 4:</b> Comparación de medias.....                 | 34 |
| <b>Tabla 5:</b> Correlación .....                          | 38 |

## INDICE DE FIGURAS

|   |    |
|---|----|
| <b>Figura 1:</b> Edad .....   | 27 |
| <b>Figura 2:</b> Género.....  | 28 |
| <b>Figura 3:</b> ¿Ha vivido algún Sucesos estresantes durante el confinamiento? .....           | 28 |
| <b>Figura 4:</b> Tipo de vivienda.....  | 28 |
| <b>Figura 5:</b> ¿Has participado o participas en alguna actividad de voluntariado? .....       | 29 |
| <b>Figura 6:</b> ¿Durante la pandemia, con qué frecuencia está saliendo fuera de casa? .....    | 29 |
| <b>Figura 7:</b> ¿Cuánto tiempo dedicas al día a buscar información sobre COVID?.....           | 30 |
| <b>Figura 8:</b> ¿Alguien en tu familia tiene o ha tenido COVID? .....                          | 30 |
| <b>Figura 9:</b> ¿Tienes o has tenido COVID? .....  | 31 |
| <b>Figura 10:</b> ¿Alguien cercano a ti a muerto por coronavirus?.....                          | 31 |
| <b>Figura 11:</b> ¿ Tienes personas a tu cargo.....   | 31 |
| <b>Figura 12:</b> ¿Tienes pareja?.....  | 32 |
| <b>Figura 13:</b> <i>Estudio o Trabajo: indica si...</i> .....                                  | 32 |
| <b>Figura 14:</b> ¿Tienes alguna enfermedad física crónica? .....                               | 33 |
| <b>Figura 15:</b> ¿Tienes o has tenido algún problema psicológico previo al confinamiento?..... | 33 |
| <b>Figura 16:</b> ¿Estas acudiendo por algún motivo al psicólogo o psicóloga? .....             | 33 |

## INDICE DE ANEXOS

|  |    |
|--|----|
| <b>Anexo 1:</b> Escala de Resiliencia de Connor-Davidson.....        | 53 |
| <b>Anexo 2:</b> Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés DASS-21 ..... | 54 |
| <b>Anexo 3:</b> Ficha Sociodemográfica .....                         | 55 |

# INTRODUCCIÓN

La emergencia sanitaria por COVID-19 afectó a nivel mundial a la población entera, sin embargo, los adolescentes tuvieron un alto impacto emocional ya que es un sector vulnerable, propenso a desarrollar diferente sintomatología a nivel psicológico que causara malestar emocional. En el Ecuador existen escasas investigaciones sobre el malestar emocional en los jóvenes durante el confinamiento por esta razón es de suma importancia realizar un estudio que nos ayude a evaluar el impacto emocional que generan situaciones desfavorables dentro de este grupo durante la pandemia, realizando un diagnóstico temprano que nos ayude a evaluar la capacidad de los adolescentes para desarrollar herramientas necesarias como es la resiliencia para la adaptación de ellos en situaciones adversas.

La ansiedad, la depresión y el estrés generan malestar psicológico y físico ya que experimentan diversa sintomatología que les impide a los adolescentes llevar su etapa de transición de manera tranquila, estos síntomas aumentan cuando ellos viven situaciones nuevas ya que para algunos de ellos es difícil generar estrategias de manera inmediata.

Por esta razón nos vemos en la necesidad de evaluar de qué manera impactó a nivel psicológico el COVID-19 en los adolescentes ecuatorianos y si fueron resilientes, debido a que entre ellos existen algunos jóvenes a los quienes se les dificulta experimentar situaciones nuevas adversas desarrollando así posible sintomatología ansiosa, depresiva y estrés.

El presente estudio tiene como objetivo determinar la relación entre resiliencia y malestar emocional en los adolescentes ecuatorianos durante la COVID-19, mediante la aplicación del cuestionario de depresión, ansiedad y estrés (DASS-21 en su versión reducida), la escala de resiliencia de Connor-Davidson y un cuestionario ad-doc de variables sociodemográficas; los resultados de los mismos serán evaluados para ver si existe una correlación entre ellos, de esta manera con esta investigación aportamos a prevenir los distintos riesgos psicológicos a los que están expuestos los jóvenes al vivir una situación de confinamiento por una pandemia.

Esta investigación consta de cuatro capítulos en los cuales se plantean diversas temáticas, cada una de las mismas son abordadas con los objetivos específicos planteados para este estudio. Para poner en contexto esta problemática, en el primer capítulo es necesario enunciar los conceptos esenciales sobre la resiliencia, malestar emocional, el COVID-19 y la adolescencia. El segundo capítulo habla acerca de la metodología utilizada para el estudio, los

objetivos planteados, los instrumentos de evaluación, el procedimiento de la aplicación, el tercer capítulo contiene análisis de datos; el cuarto y último capítulo está conformado por la discusión, conclusiones y recomendaciones.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

De acuerdo a la investigación realizada por Valero-Moreno, et al. (2022), la salud psicológica de los adolescentes ecuatorianos entre 12 y 18 años se ha visto impactada por la pandemia del Covid-19. Confirmando que el confinamiento restrictivo y las distintas medidas de seguridad tomadas a partir de marzo del 2020, han conformado un componente clave para la aparición de sintomatología ansiosa-depresiva, poniendo a prueba la capacidad adaptativa de los jóvenes. Por esta razón, los autores aseguran que la resiliencia es un factor clave para medir si los individuos tienen o no un adecuado nivel de afrontamiento contra las condiciones ocasionadas por esta problemática.

Cuando se habla de la COVID-19 se hace mayor énfasis en enfermedades físicas y factores económicos, invisibilizando así un tema de suma importancia como es la salud mental, especialmente en ciertos grupos de alta vulnerabilidad como son los adolescentes. Por esta razón es importante saber de qué manera ellos enfrentaron el encierro durante la crisis sanitaria y que métodos de afrontamiento emplearon en esta situación adversa (UNICEF, 2020).

# CAPÍTULO I

## 1. MARCO TEÓRICO

### 1.1 Adolescencia

La Organización Mundial de la Salud (1990) indica que la adolescencia abarca entre las edades comprendidas de 10 a 19 años. Definiéndola como una etapa transicional compleja en donde se producen cambios: físicos, biológicos, intelectuales y sociales. Es el proceso mediante el cual los jóvenes buscan su identidad, según Erikson (1972) se destaca por la búsqueda de la identidad del yo, quienes somos, quien soy yo frente a la sociedad, como nos vinculamos con ellos, organización del tiempo y espacio en donde nos desarrollamos, sentido de seguridad y pertenencia, enfrentamiento a nuevas situaciones, atractivo sexual, integración con pares, desarrollo en el ámbito académico, además de la autoimagen social.

La UNICEF (2020) anuncia que hoy en día se puede hablar de tres etapas que abarcan la pubertad, las cuales son: la adolescencia temprana comprendida entre los 10 y 13 años, en donde se producen cambios hormonales y por ello se dan cambios físicos, aumenta la altura, cambios en la voz, aparece el vello púbico y facial, aumenta la sudoración provocando olor corporal, y es aquí en donde los jóvenes comienzan a buscar mayor interacción con sus pares. Por otro lado, tenemos la adolescencia media entre los 14 y 16 años, esta etapa se caracteriza por la búsqueda de identidad en relación a como se ven y como buscan que la sociedad los vea, se producen cambios psicológicos, empieza el proceso de independencia de sus padres y es la etapa en donde son más propensos a experimentar situaciones de riesgo.

Por último, la adolescencia tardía, esta puede comenzar desde los 17 años y se puede prolongar hasta los 21, es aquí donde los jóvenes comienzan a sentirse seguros de ellos mismos, se establecen metas para el futuro que pueden causar preocupaciones. Además, las decisiones que toman siempre son coherentes con la situación de vida, en lo social ya no buscan encajar en un grupo grande, comienzan a elegir relaciones personales más íntimas y grupos de pares reducidos (UNICEF, 2020). La adolescencia no solo debe ser vista como una etapa de inestabilidad e incertidumbre, sino debe ser percibida como una etapa de oportunidades en donde existe un crecimiento personal. No obstante, se presentarán dificultades durante el proceso de maduración y a partir de estos se podrá observar la capacidad de adaptación a nuevas situaciones (Rogers, 2007).

Papalia et al. (2010) afirman que existen tres niveles que se interrelacionan en los cambios durante la adolescencia los cuales son a nivel: biológico, psicológico y social, los cuales se detallan a continuación:

**Cambios a nivel biológico:** Es el proceso por el cual maduran los órganos sexuales permitiendo la capacidad reproductiva de hombres y mujeres, las transformaciones que ocurren durante este periodo están asociadas con el eje hipotalámico-hipofisario ya que en esta zona se produce la segregación de diversas hormonas (hormona luteinizante, hormona de crecimiento, hormona estimulante de tiroides, entre otras) que estimulan a las glándulas suprarrenales y a las gónadas. (Susman y Rogol, 2004). Todos los cambios mencionados anteriormente producen madurez sexual en los adolescentes. (Marco et al., 2008).

**Cambios a nivel psicológico:** Erikson (1963) afirma que durante esta etapa de desarrollo los cambios internos y externos provocan desajuste a nivel emocional generando crisis, aunque estas crisis dependen de cada persona van influenciadas por las mismas experiencias: crecimiento físico, situación familiar, experiencia vicaria, etc. En la adolescencia la maduración adquirida por cada individuo depende de la construcción de un sentido de identidad de personalidad saludable cuyos rasgos según Erikson (1974) son cuatro:

1. Sentido activo de ser un ser individual a través de diversos contextos y continuidad comportamental con respecto al pasado.
2. Ser consciente de tener una personalidad diferente a los demás y valorada por los otros.
3. La presencia de metas y objetivos que direccionen a tener un propósito
4. Capacidad equilibrada para sobrellevar las tendencias internas y externas.

**Cambios a nivel social:** Pérdida de interés en relaciones familiares, experimentan complicaciones con sus padres al recibir consejos y críticas, generando conflicto y separación de los mismos buscando apoyo en amigos. (Gümes, et al., 2017). Amplían sus relaciones interpersonales que les ayudaran progresivamente a buscar su autonomía y consolidar su identidad, aumenta la perspectiva sobre el mundo y las normas sociales (Sanders, 2013). Durante esta etapa es de suma importancia desarrollar nuevas habilidades cognitivas, de acuerdo con las investigaciones realizadas por Piaget, los jóvenes avanzan desde el pensamiento concreto (operatorio concreto) al abstracto (operatorio formal).

Según Muss (1996), para llegar a un pensamiento operatorio formal se debe realizar deducciones hipotéticas que permitan una mejor capacidad de resolución de problemas,

analizando un abanico de posibles soluciones deduciendo de la misma manera las posibles consecuencias. Además, empiezan a particionar en la sociedad en donde reflexionan de manera analítica por su deseo de cambiar a. Por otro lado, en la pubertad se origina la aceptación de su cuerpo, intentando verse de manera atractiva debido a la presión social, es imperioso resaltar que en esta etapa es posible desarrollar trastornos alimenticios originadas por la obsesión de tener una buena autoimagen frente a los demás (Gümes et al., 2017).

Las conductas de riesgo son comportamientos que alteran el equilibrio de una persona en diferentes ámbitos de la vida cotidiana, en donde la sociedad influye de manera directa (Donas Burak, 2001). La adolescencia es una etapa que se caracteriza, porque los jóvenes adquieren diferentes estilos de vida dependiendo del ambiente en donde estén desarrollándose, puede ser un ámbito sano o problemático. La independencia de los padres y la relación con iguales es un punto clave debido a que se enfrentan a tomar decisiones que pueden afectar a su futuro, en este periodo pueden caer en conductas de riesgo como iniciar el uso de estupefacientes como alcohol, droga, tabaco. Por otro lado, pueden comenzar su vida sexual sin el uso de protección lo que puede provocar el contagio de enfermedades de transmisión sexual o embarazos no deseados. (Diaz y Gonzales, 2014).

**Conductas de riesgo en la adolescencia desde la dimensión biológica:** inicio precoz de actividad sexual, para (Mendoza et al., 2016) se puede definir a las relaciones sexuales como el coito o penetración entre personas que buscan satisfacer sus necesidades, se define como precoz cuando sucede alrededor de los 16 años o edades menores a la misma, sin un fin reproductivo. Las consecuencias de iniciar su vida sexual a temprana edad se pueden evidenciar en embarazo adolescente, enfermedades de transmisión sexual e incremento de abortos. (Álvarez et al., 2012).

**Conducta de riesgo en la adolescencia desde la dimensión psicológica:** Echeburúa (2015) afirma que dentro de las conductas de alto riesgo destacadas en esta dimensión se puede resaltar la adicción a sustancias psicoactivas y conducta suicida, se define a la conducta suicida como el acto de quitarse la vida dado que se atraviesa por un momento de crisis, esto implica tres componentes básicos:

1. Sufrimiento intenso (nivel emocional).
2. Carencia de recursos psicológicos de afrontamiento (conductual).

3. Desesperanza y bajas expectativas del futuro, percepción de muerte como única salida a los problemas. (cognitivo).

La conducta suicida para Fonseca y Díez (2019), tiene diferentes manifestaciones como son el acto suicida (suicidio consumado o intento suicida), comunicación suicida (amenazas: expresiones no verbales y verbales) y finalmente ideación suicida (plan, deseo de morir, ideas intrusivas de muerte).

**Consumo de sustancias psicoactivas:** Para Alfonso (2017), las sustancias psicoactivas como elementos que alternan al sistema nervioso central ocasionando alteraciones de los estados de conciencia, ánimo, pensamiento, etc. La violencia intrafamiliar, la crianza inadecuada y la ausencia de los padres pueden estar asociados al consumo de SPA a temprana edad (Medina y Rubio, 2012).

**Conductas de riesgo en la dimensión social:** se puede destacar dos conductas específicas como la violencia y la deserción escolar, existen diversos factores para que los adolescentes abandonen los centros educativos afirman los autores García y Pérez (2014) a nivel psicológico: inmadurez o problemas de desarrollo y a nivel pedagógico el mal funcionamiento de los colegios. Por otro lado, la relación con pares refleja lo que los adolescentes están experimentando en su entorno, si viven episodios de violencia con la familia, la comunidad o con pares, experimentarían diversas dificultades para convivir en sociedad y mantener relaciones interpersonales estables. (Ayala, 2015).

## **1.2 COVID-19**

A finales del 2019 en China, específicamente en Wuhan provincia de Hubei, inició el contagio comunitario de una enfermedad infecciosa desconocida que afectaba el tracto respiratorio superior. En enero del 2020 se dio a conocer que esta patología fue causada por el nuevo coronavirus SARS-Cov-2 (Wong, et al, 2020). A consecuencia de esto, se propusieron medidas restrictivas para evitar la transmisión sin embargo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) la clasificó como una pandemia ese mismo año.

Entre enero-febrero de 2020 el virus se propagó a los 54 países pertenecientes a la región de las Américas, un mes más tarde se registraron las primeras muertes (OPS, 2020). Para ese momento el 5,6% de la población eran casos confirmados de SAR-Cov-2, es decir



168.248 personas estaban contagiados, las cifras oficiales también reportaban un porcentaje de al menos un 4% de víctimas fatales, es decir 8.246 fallecidos.

Según la BBC News (2020) el gobierno ecuatoriano fue uno de los primero en afirmar que la crisis por la Covid-19 era más grande de lo que se estaba informando hasta el momento, comunicando efectivamente el comienzo de un brote epidemiológico que llegaría a su pico meses después en América Latina, generando caos y pánico colectivo a nivel mundial.

A partir de ese momento se aplicaron distintas medidas de bioseguridad y aislamiento social como medio preventivo de contagio. Varios países implementaron limitaciones de viajes, reuniones, cierre de escuelas y negocios, obteniendo como resultado un confinamiento masivo, con restricciones de movilidad para disminuir el potencial contacto o exposición al coronavirus (Tay, et al, 2020; CDC, 2017).

Los pacientes con resultados positivos en pruebas PCR debían mantenerse en aislamiento, al igual que las con las que mantuvieron un contacto estrecho o directo. Este aislamiento social se realizaba en el hogar o residencias sanitarias, dependiendo de la gravedad del paciente y la ayuda que este requería. Aproximadamente 14 días se debía mantener la separación de la persona infectada, ya que este tiempo correspondía a la incubación del virus y contagio. Las medidas de cuidado abarcaban la prohibición de contacto físico y mantener una higiene adecuada (lavado de manos). Por otro lado, se implementó la cuarentena preventiva para grupos vulnerables: adultos mayores a 75 años, personas con enfermedades de riesgo y niños (Ministerio de Salud Chile, 2020).

Varios autores, confirmaron que el confinamiento generó una alteración significativa en el curso del desarrollo psicosocial de los humanos, creando como consecuencia mayor ansiedad, estrés, temor y posibles padecimientos de trastornos mentales.

En la pandemia por el COVID-19 se dictaminaron disposiciones para la protección de grupos etarios como niños, niñas y adolescentes, La Alianza para la Protección de la Infancia en la Acción Humanitaria (2020) menciona que una de las medidas dispuestas debido al cierre de escuelas, prohibición de movilidad, etc., fue la implementación de clases virtuales. Estas limitaciones sin duda generaron eventos estresantes tanto para el niño como para el cuidador primario quienes se vieron obligados a buscar diversas alternativas de cuidado para sus hijos, incluso varios de ellos tenido que abandonar sus trabajos para poder brindar la atención necesaria.

Estos cambios causaron un desajuste significativo en niños, niñas y adolescentes ya que el comportamiento de su entorno interfirió de manera negativa en su percepción sobre el futuro y su seguridad. Generando a la aparición de sentimientos como ira, miedo, frustración, etc., contra la pandemia (Dym, et al., 2020).

Es importante resaltar que esta situación ocasionaba mucha incertidumbre por el grado de peligrosidad que esta conlleva, por eso era importante que estos grupos vulnerables cuenten con estrategias de afrontamiento adecuadas, apoyo de sus padres/cuidadores y comunicación asertiva, sin dejar de lado o descartar la posibilidad de correr el riesgo de desarrollar problemas de salud mental significativos (Dym, et al., 2020).

Las personas con alta vulnerabilidad presentan ciertas desventajas, como menciona Bullerka (2020) estas tienen relación directa con: edad, sexo, nivel de educación, estructura familiar, condiciones físicas y mentales, incluyendo también a personas con preocupaciones financieras, incertidumbre al futuro y sobre todo a personas que tuvieron síntomas graves durante el contagio. También se menciona el alto nivel de preocupación desmesurada, genera trastornos obsesivos compulsivos con la limpieza e higiene para evitar contagios.

Los principales efectos adversos del confinamiento por la COVID-19 se pueden describir mediante tres esferas:

**Efectos cognitivos:** se observó alteraciones de conducta por estrés, principalmente producidos debido a los distintos contextos familiares sobre todo en hogares con dificultades económicas, afecciones graves de salud por contraer el virus o muerte de un familiar. Por otro lado, también podemos mencionar preocupación por el futuro, pesimismo e incertidumbre (Espada, et al., 2020).

**Nivel conductual:** apareciendo de miedo, ira, rabietas, preocupación por la situación, irritabilidad, llanto, insomnio, retraimiento y malestares físicos causados por la cuarentena. (Espada, et al., 2020). Las conductas de riesgo en adolescentes aparecen como respuesta al malestar sobre los cambios que se están viviendo durante esta etapa transicional llena de sentimientos.

La entrada a la adolescencia puede verse afectada debido a las diversas dificultades: pérdidas, aislamiento o restricciones provocando un desajuste a nivel emocional como social,

esta conducta se presenta de manera abrupta poniendo a prueba la capacidad del joven para adaptarse. (Erikson,1974).

**Nivel emocional:** La pandemia por la Covid-19 trajo consigo diversos efectos a nivel emocional generando alteraciones psicológicas como estrés por el exceso de información a nivel mundial, miedo a contraer el virus, frustración, aburrimiento y limitaciones para cubrir necesidades básicas es imperioso resaltar que una persona que vive cuarentena por una epidemia es más propensa a desarrollar estrés postraumático, trastornos de estrés agudo y problemas de adaptación. (Espada, et al.,2020).

### **1.3 Adolescencia y COVID-19**

Un grupo vulnerable dentro de la crisis sanitaria fueron los adolescentes, debido al alto impacto y dificultades que generó la pandemia en diversas esferas de su vida, a pesar de que el virus ha mostrado una baja tasa de mortalidad y morbilidad en jóvenes (Li S et al., 2020). Es imperioso recordar y reconocer que este grupo se encuentra en medio de un proceso de consolidación de identidad, búsqueda de autonomía e independencia (MINSA, 2020) generando problemas o riesgo de desarrollo de patologías en el área de salud mental (Alianza para la Protección de la Infancia en la Acción Humanitaria, 2020). Revelando que el confinamiento trajo consigo cambios del estado del ánimo de los adolescentes, que encubrían dolor, incertidumbre, miedo a la enfermedad e incluso problemas debido al cambio de rutina y conflictos familiares (Orellana et al., 2020).

Un informe de la ONU (2020) resalta secuelas en niños, niñas y adolescentes en afecciones del estado del ánimo y comportamiento. Cambiando en los jóvenes la perspectiva y proyectos de vida saludables y favorables por un futuro lleno de incertidumbre.

La UNICEF (2020) junto con el Ministerio de Educación del Ecuador realizaron una encuesta a 4.500 representantes de niños, niñas y adolescentes, con la finalidad de recolectar datos acerca de la salud emocional de sus hijos en el confinamiento. Como resultado, se obtuvo que cada 4 de 10 estudiantes se encontraban angustiados o tensos, con mayor relevancia en jóvenes que cursaban básica superior y bachillerato. También se debe recalcar la importancia de los educadores durante la crisis que con ayuda del Departamento de Consejería estudiantil (DECE) fueron quienes brindaron el 20% de soporte emocional (UNICEF Ecuador, 2020).

La creación de plataformas para el acceso a información escolar, fue parte de la acoplación virtual generada por las instituciones educativas como medida para mantener el distanciamiento social (UNICEF Ecuador, 2020). Sin embargo, se debe recalcar que existieron efectos adversos en la educación y sobre todo el aprendizaje gracias a la falta de conectividad y equipos electrónicos, que al menos un tercio de alumnado no disponía, evitando que puedan acceder distancia (UNESCO, 2021).

El enfrentamiento de manera abrupta o cambios individuales y familiares durante la crisis sanitaria generaron un grave malestar y desajuste emocional como consecuencia de las adversidades que nacieron gracias a estas situaciones (Minsal, 2020). La percepción o relación de los menores con la cuarentena y angustia psicológica se manifestaron con pesadillas, terrores nocturnos, miedo a salir a las calles, miedo a la soledad cuando sus padres regresaron a los trabajos, hipersensibilidad emocional, apatía, nerviosismo, problemas para conciliar el sueño y descansar de manera satisfactoria, dificultades de concentración e incluso un leve retraso en el desarrollo cognitivo. Todos estos síntomas ayudaron a la aparición de ataques de ansiedad o crisis de angustia (Zamora, 2020).

La sobre exposición a información, colaboro en el aumento de preocupaciones relacionadas con la contracción del virus y muerte de seres cercanos, aumentando la tensión y estrés en los jóvenes. Por esto UNICEF España (2020) recalco la necesidad de un acompañamiento, en el cual se aborde las afectaciones y se brinde alternativas de mejo de calidad de vida.

Es significativo subrayar la importancia de la salud mental para enfrentar las consecuencias de la pandemia, por ello United Nations (2020) se implementó estrategias y planes de intervención en donde el bienestar emocional constaba como un elemento transversal en la mitigación de la preocupación por la COVID-19.

En definitiva, el impacto del confinamiento va más allá de únicamente problemas de salud física, si no abarca una amplia gama de repercusiones psicológicas, sobre todo en población infanto-juvenil. Varios países se denoto la escasa ayuda para jóvenes en estado de precariedad, demostrando la ausencia de garantías y vulnerabilidad de derechos de protección, reportando altos índices también de violencia y maltrato (UNICEF España, 2020).

Como resultado podemos decir que la respuesta de los adolescentes ante la pandemia es multifactorial, ya que se desencadenaron diversos estresores dependiendo de la edad y

capacidad de afrontamiento ante situaciones aversas. Raony et al. (2020) enfatiza que varios autores llegaron a la conclusión de que la susceptibilidad de desarrollar un trastorno psiquiátrico a futuro en esta población es muy probable. También se reconoce la afectación a nivel social que limitó el contacto y vínculos necesarios en esta etapa transicional.

Para finalizar, podemos mencionar el alto impacto que generó la pandemia y sobre todo la cuarentena por la COVID-19 en la salud mental, por lo que es imperioso insistir en la importancia de la generación de estrategias frente a la adversidad por parte de los gobiernos (Araújo et al., 2020). UNICEF España (2020) creó programas de apoyo de aprendizaje a distancia, protección laboral y violencia intrafamiliar, con la finalidad de crear una comunicación más especializada y observar de cerca el verdadero impacto de la crisis sanitaria en niños, niñas y adolescentes. Se aprovechó estos medios para tranquilizar, mostrar empatía para generar espacios seguros y de esta manera disminuir el malestar emocional, crear líneas con profesionales que brindaron psicoeducación.

## **1.4 Resiliencia**

El enfoque de la resiliencia nace partir de la interrogación: ¿Por qué no todos los niños y niñas en condiciones desfavorables desarrollaban problemas psicológicos, a pesar de tener una alta probabilidad de que así sea? ¿Cómo surge y qué causa la psicopatología? (Masten, 2001). Las investigaciones de Garmezy (1971) y Werner (1989), fueron las primeras en intentar definir el concepto de resiliencia. Lo que tenían en común estas dos indagaciones es que intentaron comprender por qué no se cumplieron las predicciones perjudiciales.

El proyecto competencia “*Project competence*” se interesó en el estudio de la competencia, adversidad y pronóstico de padres con enfermedades mentales (esquizofrenia) y antecedentes psicopatológicos en sus hijos e hijas, aquí apareció el término de niños “invulnerables” para referenciarse aquellos que se tenían una alta resistencia al estrés y se adaptaron positivamente (Garmezy, 1971). Rutter (1993) confrontó posteriormente esta definición y lo cambió por resiliencia, señaló que es más adecuado mantener un concepto relativo que uno absolutista.

Otro estudio referente sería el realizado en Hawái a niños y niñas que sobrevivieron a contextos desfavorables. La tercera parte de los participantes terminaron siendo adultos funcionales lo que sugirió la presencia de amortiguadores o factores protectores que ayudaron a la resistencia del malestar (Werner, 1989). Luthar (1993) analizó que es un valor significativo

de personas sobresalen a las desgracias, y que si llegarán a desarrollar problemas no afectarían de manera significativa sus esferas vitales.

Braveman (1999) y Masten (2001) concuerdan de que la resiliencia se podría explicar como un fenómeno de desarrollo exitoso o incluso un rasgo de personalidad, que permite que una persona bajo condiciones desfavorables pueda acomodarse de forma favorable a la vida.

Las características de la resiliencia como indican Olsson et al. (2003) se encuentran en constante interacción, en medio de un proceso dinámico, entre los patrones conductuales funcionales (adaptación) y los distintos factores de riesgo/protección que van desde lo individual hasta lo social. Por lo tanto, es el resultado de la mezcla entre elementos ambientales, temperamento y habilidades que se desarrollan desde la infancia (Masten & Garmezy, 1985; Wermer & Smith, 1992).

El desarrollo de competencias y habilidades aumenta la posibilidad de manejar efectivamente las situaciones que aparecen en la vida misma. Cuando se fusiona con la adversidad, la resiliencia potencializa el afrontamiento y la persona es capaz de ajustarse positiva/negativamente en situaciones más complejas (Luthar, 2006, Masten, 2001). La vulnerabilidad tiende a aumentar las consecuencias negativas y la resiliencia reducir las mismas gracias a las conductas de afrontamiento (García del Castillo, 2012).

Por esta razón Vanistendeel (1994) divide en dos componentes a la resiliencia, la capacidad de protección o resistencia ante la destrucción y la capacidad de edificar este patrón de conducta efectivo ante contextos difíciles. Siendo esta la relación complementaria que existe con la personalidad resistente que disponen de estrategias de afrontamiento (Kobasa, 1979). Cuando existe la capacidad de percibir y comprender el ambiente, otorgamos significado coherente a lo que nos sucede, lo que permite controlar el medio a su favor. Cuando esto sucede somos capaces de manejar los recursos, estabilizarnos y aprender del cambio (Antonovsky, 1996). Rutter (1992) asegura que los procesos sociales e intrapsíquicos facilitan el mantenimiento de una vida sana en medio de un ambiente enfermizo.

Los factores de riesgo y protección, están asociados con la resiliencia. Rutter señaló (2003) que existen mecanismos de protección y malestar que pueden funcionar desde ambas esquinas o se pueden revertir. Esto nos ayuda a comprender como los ambientes moldean a las personas y como puede ser igual de riesgoso vivir en sobreprotección o desprotección absoluta, ya que se necesita de la adversidad y de la seguridad para el desarrollo de la resiliencia.

Los factores de riesgo son el conjunto de situaciones o rasgos detectables como características y circunstancia en una persona o en un grupo, que se relacionan con procesos mórbidos o asociaciones probabilísticas de estar expuestos, desarrollar o padecer algún tipo de daño. Algunos de los factores de riesgo más relevantes son los que han sido identificados como experiencias traumáticas (Braverman, 2001). Tanto los factores de riesgo como de protección se dividen en familiares, personales y ambientales, interrelacionándose los unos con los otros, disminuyendo o aumentando las probabilidades de padecer cierta cantidad de conflictos (Masten, 2001; Masten & Powell, 2007).

Los factores de protección serían entonces la capacidad de modificar los riesgos gracias a recursos internos o externos, que ayudan a cambiar o reducir los efectos negativos después de ser expuestos a situaciones estresantes y contextos desfavorables. Aquí también aparecen los factores de recuperación y de control conductual (Kalawski & Haz, 2003). Por lo que los factores de protección operan sobre los de riesgo mediante tres mecanismos: interrupción, reducción del impacto y bloqueo.

## **1.5 Resiliencia en la adolescencia**

Cuando ponemos en contexto la adolescencia, hablamos de unos de los momentos transicionales más complicados dentro del ciclo vital. Los cambios biopsicosociales son gran parte del reto que tienen que afrontar los jóvenes. Esta es la razón por lo que es importante que las estrategias de afrontamiento construidas en la niñez se adapten a los retos de esta etapa y se desarrollen nuevamente, con la finalidad de superar esta transición de una manera más asertiva y adaptativa (Vinaccia et al., 2007).

La resiliencia consiste según Rutter (2007) en el reconocimiento de la amplia variabilidad de formas de respuesta que tienen los seres humanos después de vivir un evento adverso o experiencias estresantes de algún tipo, siendo esta la relacionando directa de cómo, ante pequeñas complicaciones algunas personas no suelen adaptarse, mientras que otras sobreviven a terribles contextos. Luthar et al. (2000) resalta que la resiliencia en los adolescentes es vista desde una perspectiva de buena salud mental, capacidad funcional satisfactoria, etc., pero el mayor indicador de un ajuste favorable es la ausencia de problemas conductuales. Es imperioso, mencionar que la presencia de factores protectores como: la predisposición personal, la cohesión familiar y los recursos sociales moderan el impacto de los estresores.

La capacidad para evitar situaciones peligrosas, la habilidad para superar dificultades y solucionar conflictos, son las principales características que tienen los adolescentes que manejan patrones conductuales adaptativos. Esto les permite aprender de sus experiencias y sobre todo cuando se encuentran en situaciones estresantes encontrar alternativas para volver a este estado de salud (Makhnach, 2016).

## **1.6 Malestar Emocional**

El malestar emocional es la sensación subjetiva de bienestar disminuido con síntomas de desajuste del ánimo como dolores corporales, insomnio, fatiga, sentimientos de vacío, preocupaciones, nerviosismos e irritabilidad, que no tienen una causa orgánica. Aunque muchas veces sean un conjunto de sensaciones mal definidas el malestar general, aumenta el riesgo de vulnerabilidad para el desarrollo de patologías más severas (Turbert, 2000; Medina-Mora et al., 2013).

En 2019, un equivalente de 970 millones o uno de cada ocho personas a nivel mundial padecía algún tipo de psicopatología. Actualmente debido a la pandemia por el coronavirus los trastornos mentales han aumentado entre un 26% y 28% (OMS, 2022).

Según la OMS (2021), uno de los trastornos mentales más comunes es la depresión, constituyéndose a nivel mundial como la principal causa de discapacidad, contribuyendo de forma significativa a la carga mundial general de morbilidad. Según los mismos datos, se estima que alrededor de un 3,8% de la población se encuentra afectada por la misma. Incluso se la cataloga como un problema de salud relevante debido al alto nivel de sufrimiento que causa y su afectación directa en las distintas esferas vitales del sujeto, alterando sus actividades laborales, escolares, familiares y sociales.

A pesar de la existencia de tratamientos psicológicos eficaces, más del 75% de personas no reciben tratamiento debido a la falta de recursos, falta de profesionales capacitados y sobre todo el nivel elevado de estigmatización en países de recursos medianos/bajos. En cambio, en países con mayores ingresos es muy habitual el mal diagnóstico y tratamiento con antidepresivos (OMS, 2021).

### **1.6.1 Depresión**

La depresión forma parte de los trastornos de estado del ánimo según el Manual Diagnóstico DSM-5 (2013), esta alteración emocional caracterizada por un estado de ánimo



depresivo, con tristeza profunda y pérdida de interés, además de sintomatología emocional, cognitiva, física y comportamental. Según su duración e intensidad se divide en episodio depresivo mayor, trastorno distímico y trastorno depresivo no identificado, la CIE-10 los clasifica como leve, moderado, grave, etc.

Los síntomas depresivos incluyen, llanto, irritabilidad, aislamiento, pérdida de libido, fatiga, dificultades con el sueño y apetito, disminución de actividad, pérdida de interés y disfrute, sentimientos de culpa e inutilidad, alteraciones cognitivas como disminución de la concentración o capacidad para pensar y pensamientos de muerte o suicidio (DSM-5, 2013).

La etiología de la depresión es compleja debido a que puede tener múltiples orígenes: genético, fisiológico, hormonal o puede ser precipitado por eventos estresantes o factores psicosociales. Al inicio se evaluaron neurotransmisores como serotonina, norepinefrina y dopamina, basándose en esto para el desarrollo de fármacos como los antidepresivos. Después se analizó que los antecedentes psicopatológicos y la vulnerabilidad genética con el ambiental. Posteriormente se evaluó la influencia del estrés en el deterioro neuronal y sistema nervioso central (Párez-Padilla et al., 2017).

**La teoría conductual:** concibe a la depresión como el resultado de la reducción general de la frecuencia de las conductas (Skinner, 1953), la pérdida general de efectividad de los reforzadores o la respuesta a la falta de reforzadores positivos contingentes a la conducta (Costello, 1972; Lewinsohn, 1974).

**La teoría cognitiva:** Triada cognitiva de Beck (1967) afirman que los sentimientos de incapacidad, insignificancia e inutilidad nacen a partir de la visión negativa de sí mismo, del entorno y futuro. Así mismo generando pérdida de interés y expectativas ante el futuro relacionado con la frustración o fracaso. También habla de pensamiento disfuncionales o distorsiones cognitivas, etc. Ingram y Wisnicki (1991) mencionan la teoría del procesamiento de información, cognitivas sociales y cognitivas conductuales.

### **1.6.2 Ansiedad**

La OMS (2022) describe a los trastornos de ansiedad como un miedo y preocupación excesiva, siendo tan difíciles que pueden llegar a causar angustia lo suficientemente grave como para generar una discapacidad disfuncional, ocupando el segundo lugar. A partir de las

estadísticas obtenidas en 2019, un aproximado de 301 millones de personas sufrían un trastorno de ansiedad.

La ansiedad normal es una función adaptativa que guía el comportamiento para poder manejar con circunstancias de desventaja o difíciles, motivando al sujeto a la resolución y adaptación en contextos desconocidos (Barlow & Durand, 2001). Tenemos respuestas cognitivas: discriminación de información relevante de la situación y de uno mismo, como dificultades de razonamiento, autopercepción de indefensión, miedo, etc. Procesos fisiológicos: Tiene como finalidad preparar al organismo para una posible amenaza, con expresiones como hiperventilación, sudoración, tensión muscular, etc. Procesos conductuales: pelea, lucha, huida, paralización o búsqueda de seguridad. Y finalmente los afectivos: sensación subjetiva de la experiencia ansiosa.

Clark y Beck (2012), postularon que algunas son personas más vulnerables que otras para desarrollar ansiedad, contando con una predisposición cognitiva o afectividad negativa como rasgo de personalidad.

Hablamos de ansiedad patológica cuando aparecen respuestas desproporcionadas, derivadas de un procesamiento de información disfuncional, que otorga al estímulo una valoración equivocada, activando esquemas inadaptativos. Es importante mencionar que existe una extrema sensibilidad hacia estímulos negativos, que obliga al sujeto a mantenerse hipervigilante (Barlow, 2002; Clark & Beck 2012).

**Enfoque psicofisiológico:** Inicio desde el planteamiento de los estímulos biológicos significativos generan alteraciones fisiológicas corporales y motoras que resultaban en reacciones emocionales y la percepción esta producía la experiencia emocional (Vindel, 1995) o mecanismos neurales centrales. Papez (1937) y McLean (1993) señalaron al sistema límbico como mediador entre estos dos términos.

**Enfoque experimental motivacional:** Análisis funcional de la ansiedad (Watson, 1976), teoría bifactorial, desarrollo y mantenimiento de ansiedad (Skinner, 1977), teoría de la preparación (Seligman, 1971), inhibición recíproca o antagonista (Wolpe, 1968), aprendizaje vicario y modelado (Bandura & Walter, 1974), etc.

**Enfoque cognitivo conductual:** La ansiedad se analizó desde dos puntos: la primera, como las variables cognitivas mantienen la ansiedad y la segunda en como los estados de

ansiedad modifican las variables cognitivas, infiriendo en la conducta (Vindel, 1989). Clark y Beck (2012) señalaron que la ansiedad implica un sistema de procesamiento de información: valoración primitiva de la amenaza (automática) y reevaluación secundaria (controlado). Y los patrones de respuesta de Lang (1968).

### 1.6.3 Estrés

El estrés se trata de un evento imprescindible para la supervivencia, este es un proceso adaptativo de emergencia que funciona como una alarma fisiológica. Es el resultado de la relación que se establece entre el sujeto y su entorno demandante (Lazarus y Folkman, 1984). El estrés tiene tres enfoques teóricos: 1. estímulos que actúan sobre el organismo, 2. respuesta fisiológica y 3. proceso de valoración, toma de decisiones y afrontamiento

Selye (1974) especifica que el suceso desencadenante del estrés es un elemento que transgrede la homeostasis del organismo, incrementando la necesidad de reequilibrarse. Cualquier elemento que genere esto en el organismo es considerado un estresor, este puede ser físico (actividad corporal, condiciones físicas externas extremas y factores fisiopatológicos) o psicológico (tareas mentales que exigen atención/concentración, lastiman la autoestima, conflictos interpersonales).

El síndrome general de adaptación de Selye (1974) está conformado por tres etapas:

1. **Fase de reacción de alarma:** Se divide en choque, prepara al cuerpo para la acción (incremento presión arterial, sudoración, tensión, etc.) y contra choque, donde se manifiestan las conductas específicas que ayudan a apaciguar el estresor.
2. **Fase de resistencia:** Ya no se puede mantener la reacción inicial de alarma por lo que el organismo intenta adaptarse al estresor, sigue alta la activación fisiológica, aunque comienzan a disminuir los síntomas.
3. **Fase de agotamiento:** Aparece cuando se terminan las reservas adaptativas.

Dentro de las reacciones fisiológicas que se destacan en el estrés son el eje hipofiso-suprarrenal y el sistema nervioso vegetativo. El primero está conformado por el hipotálamo, sistema endocrino, sistema nervioso, hipófisis y glándulas suprarrenales; el segundo se encarga de la regulación de órganos internos involuntarios. Ambos secretan hormonas que excitan, inhiben y regulan al cuerpo. Se debe destacar la liberación de cortisol que es un glucocorticoide

segregado de la corteza de las glándulas suprarrenales, está denominada la hormona del estrés (Torrades, 2017).

También podemos llegar a considerar que el estrés es un proceso de valoración cognitiva y afrontamiento, donde se debe evaluar la relación subjetiva existente entre las respuestas de estrés y que estímulos las provocan (Lazarus, 1966).

La valoración primaria es el análisis de la demanda y sus consecuencias que pueden ser: irrelevantes, positivas y estresantes. La valoración secundaria busca los recursos y pone en juego las habilidades de afrontamiento. Y por última en la reevaluación se introducen los cambios sugeridos a partir de la valoración inicial (Lazarus y Folkman, 1984).

## **1.7 Malestar emocional y adolescencia**

Mundialmente, el 14% o 1 de cada 7 adolescentes entre las edades de 10 a 19 padece alguna alteración a nivel psicológico. La depresión y ansiedad, son los más frecuentes en los jóvenes (OMS, 2021).

Bermúdez (2018) caracteriza a la adolescencia como una etapa de elevada reactividad emocional al estrés y aumento de conductas exploratorias, búsqueda de nuevas sensaciones y conductas de riesgo que tienen como finalidad apoyar el desarrollo, pero que sin control podría favorecer a la aparición de problemas psicológicos. También menciona el síndrome del déficit de reforzamiento que aparece como consecuencia del aburrimiento de la infancia, generando una sensación de búsqueda o necesidad.

Como los jóvenes se encuentran en medio de eventos novedosos o situaciones extrañas, el nivel de estrés se mantiene elevado, ya que necesitan mecanismos que ayuden a la protección y adaptación. Al tener un aumento de reactividad ante el estrés, las respuestas fisiológicas y endocrinas se encuentran alerta todo el tiempo lo que provoca que los individuos puedan reaccionar de forma desadaptativa ante estímulos que no son peligrosos. Esta exageración emocional puede provocar malestar emocional como ansiedad, depresión y baja autoestima (Bermúdez, 2018).

En el caso de la depresión la OMS (2021) señala que en los jóvenes es la principal causa de enfermedad o discapacidad. En casos graves puede el individuo auto lesionarse o incluso suicidarse, esta ocupa el cuarto puesto de causas de muerte entre los adolescentes. Por otra parte, la ansiedad está relacionada con preocupaciones excesivas, pensamientos intrusivos,

inquietud e incluso se relaciona con el estrés, siendo parte de los trastornos más diagnosticados (DSM-5, 2013).

La comorbilidad de estos dos trastornos es alta, si en la adolescencia por lo cual es probable que si se sufre de la una aparezca la otra. Por esta razón es importante tener en cuenta estos trastornos son persistentes hasta la adultez, por lo que se vuelve indispensable su diagnóstico temprano e intervención, ya que, de no ser así, esta provocaría un desgaste en el bienestar y calidad de vida (Bermúdez, 2018).

### **1.8 Relación entre resiliencia y malestar emocional.**

La adolescencia es una transición entre la infancia y la adultez en donde los jóvenes son vulnerables debido a los cambios biológicos, físicos y psicológicos que atraviesan durante esta etapa, la toma de decisiones el sentido de pertenencia no siempre se supera de manera correcta lo que lleva a un inadecuado funcionamiento psicosocial del individuo. (Domínguez et al., 2016). Una variable importante dentro de las disfuncionalidades que se presentan durante este periodo de desarrollo es la resiliencia, de acuerdo con Rutter (1993) se puede entender como resiliencia a la capacidad de adaptación de una persona que a pesar de experimentar situaciones de alto riesgo durante toda su vida adopta un conjunto de procesos psicológicos y sociales que les ayudara a tener una vida saludable. Sin embargo, existen múltiples variables interrelacionadas con la resiliencia, una de ella es la percepción que tienen los adolescentes del estrés, el cual se puede definir como una situación que genera malestar a nivel emocional en este grupo etario. (Musitu y Callejas, 2017).

El estrés puede causar problemas a nivel físico como emocional desequilibrando el funcionamiento normal de los seres humanos generando preocupaciones que son difíciles de controlar, por ello se puede decir que la relación entre resiliencia y estrés es bilateral ya que los jóvenes que experimentan mayor resiliencia tendrán menores niveles de malestar emocional, por lo contrario a mayores niveles de estrés son bajos los niveles de resiliencia provocando un desajuste en la capacidad de adaptación en situaciones desfavorables. Por lo tanto, las redes de apoyo que se crean durante estas situaciones son de suma importancia ya que brindan elementos necesarios para poder acoplarse a situaciones nuevas de manera correcta. (Musitu y Callejas, 2017).

Por otro lado, la soledad se ha estudiado como un factor de riesgo ante el desarrollo positivo, el mismo que se asocia con problemas de ajuste emocional en los adolescentes,

teniendo una fuerte relación con la ideación suicida (Cha et al., 2018) y de la misma manera con síntomas depresivos (Chang et al., 2017). Los autores Hjemdal et al. (2011) explican que la resiliencia y la autoestima están directamente relacionados con los síntomas depresivos, ya que es de suma importancia evaluar de qué manera estos constructos afectan a nivel psicológico y observar cómo los adolescentes responden a las adversidades. Al entender esta relación se puede desarrollar intervenciones con evaluaciones apropiadas que ayuden a fomentar el bienestar mental de manera positiva, es imperioso resaltar que la resiliencia puede ser un factor protector ante la depresión, ansiedad o estrés que se pueda experimentar durante la adolescencia.

Un factor protector durante la adolescencia es el apoyo social ya que les permite adaptarse a situaciones de vulnerabilidad. (Leiva, Pineda y Encina, 2013). Al exponerse solos a situaciones desfavorables les puede causar malestar emocional, por lo contrario si durante esos momentos se encuentran en compañía de otras personas significativas no existe el mismo impacto. (Orcasita y Uribe, 2010). Las redes de apoyo permiten al individuo adaptarse de manera correcta ante nuevas situaciones dependiendo de la significancia de las personas que confirman la misma, los progenitores pueden pertenecer a la red de apoyo más importante en los jóvenes, teniendo un buen estilo de crianza en donde el apoyo y la confianza sean elementos claves durante los momentos de adversidad, generando calidez emocional, aceptación y buena comunicación dejando a un lado practicas parentales rígidas que abarcan castigos, abuso psicológico, mala comunicación, etc. (Sorkhabi ,2012). Los pares, la comunidad, profesores y familia también pueden pertenecer a este grupo de personas que ayuden al ajuste y bienestar de los jóvenes. (Barquero et al., 2013).

En general el apoyo social durante esta etapa de transición es de suma importancia ya que juega un papel fundamental durante el desarrollo del individuo, teniendo un alto impacto a nivel psicológico, es imperioso resaltar que la adolescencia es un periodo de riesgos y vulnerabilidad por los cambios que se generan a nivel biológico, psicológico y social, por ello evaluar los factores protectores ayudar a prevenir o contrarrestar el malestar emocional generado en este grupo etario, la evaluación de estas variables nos permite comprender de manera clara de que forma el apoyo social recibido por parte de los jóvenes y la resiliencia forman parte de un papel regulador para incrementar el bienestar psicológico de manera positiva , brindando mecanismos de afrontamiento para problemas actuales o futuros que

puedan atravesar generando herramientas adecuadas que se puedan incorporar en cualquier situación. (Ferrada et al., 2012).

## CAPÍTULO II

### 2. METODOLOGÍA

La investigación tuvo como objetivo relacionar el nivel de malestar emocional y la resiliencia en los jóvenes ecuatorianos entre las edades de 12 a 16 años, por lo que se le puede atribuir el carácter de un estudio correlacional. Además, es descriptivo ya que busco caracterizar a la población seleccionada y representar su situación en medio de la pandemia. El enfoque es cuantitativo, dado que se usaron datos numéricos para generar una relación entre variables, en este caso factores sociodemográficos, resiliencia y malestar emocional (depresión, ansiedad, estrés). Con un corte transversal ya que se valoraron los datos recopilados durante la COVID-19 en Ecuador. El tipo del estudio es no experimental.

La muestra con la cual se trabajó fue obtenida mediante un muestreo no probabilístico, todos los participantes viven en Ecuador y cumplieron con los criterios de inclusión/exclusión descritos en la Tabla 1.

#### *Tabla 1*

##### *Criterios de la inclusión y exclusión*

| CRITERIOS DE INCLUSIÓN  | CRITERIOS DE EXCLUSIÓN  |
|---|---|
| a. Contar con consentimiento firmado por parte de los padres/tutores legales del adolescente para la aplicación de test y utilización de los datos. | a. No contar con las firmas requeridas para el consentimiento, de los padres o tutores legales. |
| b. Completar la batería de cuestionarios en septiembre y diciembre de 2020.   | b. Tener una edad mayor a 16 años o menor a 12.   |
| c. Edad comprendida entre los 12 a 16 años.   | c. Que vivieran en un país que no haya sido Ecuador durante la pandemia.                        |
| d. Haber vivido en Ecuador durante la pandemia.   |   |

Para la recolección de los datos se utilizó los siguientes instrumentos:



**Ficha sociodemográfica:** Obtención a partir un cuestionario ad hoc: edad, género, tipo de vivienda, actividad de voluntariado, frecuencias de salidas, búsqueda de información sobre el COVID, diagnóstico de COVID, muerte de un cercano por COVID, pareja, enfermedades físicas, problemas de salud psicológico antes del confinamiento.

**Sintomatología ansiosa, depresiva y estrés:** Valoración a través de la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS) en su versión reducida (DASS-21) Es un cuestionario de autoinforme de 21 ítems, diseñado para medir la gravedad de un rango de síntomas comunes a la depresión, ansiedad y estrés (Lovibond & Lovibond, 1995). Cada una de las escalas consta de 7 preguntas, que se responden mediante una escala de 4 opciones que se ordenan de 0 (“*No se aplica a mí en absoluto o NUNCA*”) a 3 (“*Se aplica a mí mucho o CASI SIEMPRE*”). El total se calcula con la suma de los puntajes identificados pertenecientes a cada escala, varían entre 0 y 21 (se multiplican x2).

**Tabla 2**

*Clasificación de gravedad DASS*

| GRAVEDAD      | DEPRESIÓN | ANSIEDAD | ESTRÉS |
|---------------|-----------|----------|--------|
| Normal        | 0-9       | 0-7      | 0-14   |
| Leve          | 10-13     | 8-9      | 15-18  |
| Moderada      | 14-20     | 10-14    | 19-25  |
| Severa        | 21-27     | 15-19    | 26-33  |
| Extra. Severa | 28+       | 20+      | 34+    |

Fuente: Lovibond & Lovibond (1995).obj

El instrumento presenta propiedades psicométricas apropiadas (Orellana & Orellana, 2021). Una consistencia interna adecuada (estrés  $\alpha= 0.85$ ; ansiedad  $\alpha= 0.83$ ; depresión  $\alpha=0.89$ ).

**Resiliencia:** Se utilizará la Escala de Connor-Davidson (CD-RISC) (Connor & Davidson, 2003) en su versión reducida. Está conformada por 10 ítems, que se responde mediante una escala desde 0 (“*Totalmente en desacuerdo*”) a 4 (“*Totalmente en desacuerdo*”) conformando 5 puntos o variables de respuesta. El rango de la escala va de 0 a 40, por lo que las puntuaciones totales se encuentran con suma de los elementos. Mientras más alta la puntuación mayor nivel de resiliencia (Soler et al., 2013).

El instrumento presenta propiedades psicométricas adecuadas y una consistencia interna apropiada ( $\alpha= 0.85$ ) (Soler et al., 2013).

Para iniciar el procedimiento de aplicación, se solicitó el consentimiento informado a los padres o tutores legales de los adolescentes a partir de la divulgación de encuestas. Se informo a todas las partes que el uso de los datos seria confidencial y anónimo, quienes posteriormente confirmaron su colaboración voluntaria. Se aplico una batería de test (DASS-21 y CD-RISC) mediante la plataforma *LimeSurvey*.

Los datos se examinaron con el software SPSS versión 26 dado a que es una investigación cuantitativa.

## **2.1 Hipótesis**

- A mayor resiliencia menor malestar emocional en los adolescentes de 12 a 16 años en Ecuador.
- A menor resiliencia mayor malestar emocional en los adolescentes de 12 a 16 años en Ecuador.
- Se espera que las adolescentes presenten mayor desnivel de resiliencia que los adolescentes.
- Se espera que los adolescentes presenten mayor malestar emocional que las adolescentes.

## **2.2 Preguntas de investigación**

1. ¿Qué factores sociodemográficos durante la Covid-19 se relacionan con el malestar emocional y la resiliencia de los jóvenes en Ecuador?
2. ¿Cuál es la relación entre los niveles de malestar emocional y la resiliencia en los jóvenes ecuatorianos con edades de 12 a 16 años?

## **2.3 Objetivo general**

Determinar la relación entre la resiliencia y el malestar emocional en adolescentes ecuatorianos durante el confinamiento.

## **2.4 Objetivos específicos**

1. Encontrar la relación de las variables sociodemográficas con la resiliencia y el malestar emocional.
2. Determinar los niveles de malestar emocional de los y las adolescentes de 12 a 16 años en el Ecuador durante la COVID-19.
3. Evaluar la resiliencia de los jóvenes entre 12 y 16 años en Ecuador durante la pandemia.
4. Relacionar las variables resiliencia y malestar emocional.

## CAPÍTULO III

### 3. ANALISIS DE DATOS

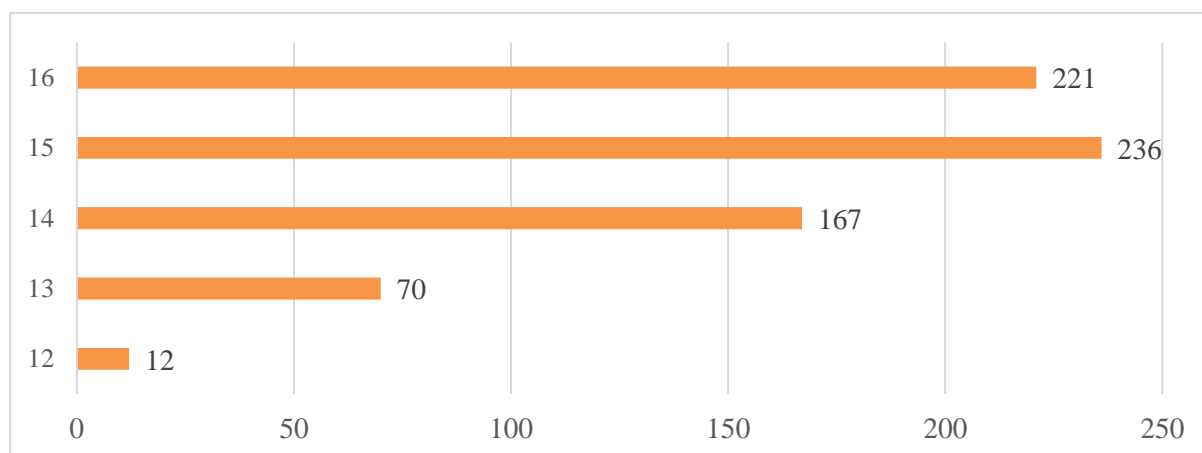
En este capítulo se muestran los resultados obtenidos de forma ordenada y relacionada, con los parámetros, métricas y criterios establecidos que se consiguieron mediante la aplicación de test a los participantes. El total de la muestra fue de 706 adolescentes entre los 12 y 16 años. El 33,4 % tenían 15 años, siendo la edad con mayor número de participantes, el 31,3% con 16 años, 23,7% con 14 años, 9,9% con 13 años y finalmente el 1,7% con 12 años. La media es de 14,83 años con una desviación típica de 1,03.

**Tabla 3**

*Edad*

|             | <b>N</b> | <b>M</b> | <b>Mediana</b> | <b>Moda</b> | <b>sd</b> | <b>Min</b> | <b>Max</b> |
|-------------|----------|----------|----------------|-------------|-----------|------------|------------|
| <b>Edad</b> | 706      | 14,83    | 15,00          | 15          | 1,035     | 12         | 16         |

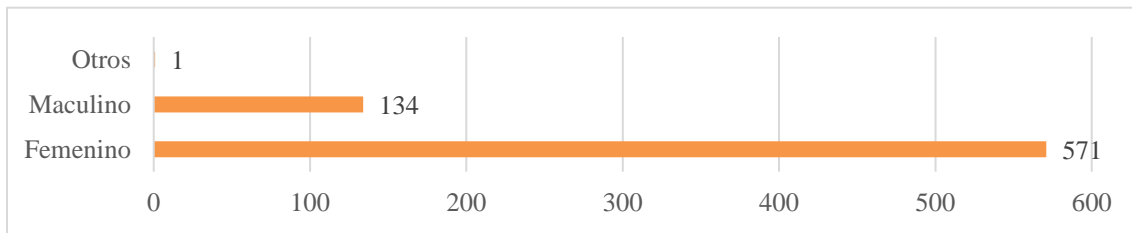
**Figura 1: Edad**



El 80,9% de adolescentes evaluados forman parte del género femenino, mientras que el 19,0% son parte del género masculino. El 1% restante se identifica como otros.

**Figura 2**

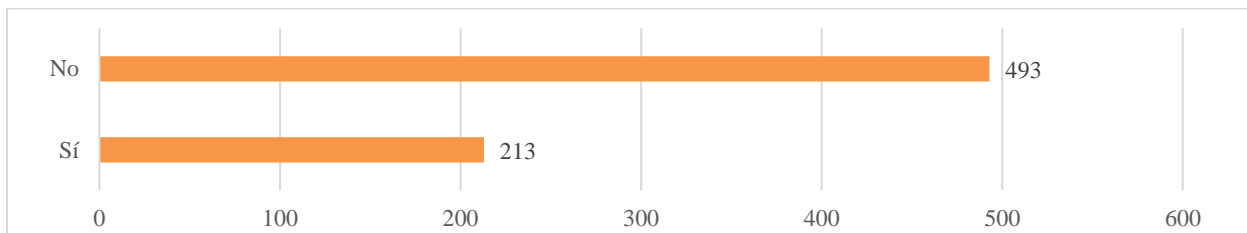
*Género*



Según los datos obtenidos el 69,8% de adolescentes ha tenido un suceso estresante durante el confinamiento, en contraste al 30,2% que no han vivido ningún acontecimiento de este tipo.

**Figura 3**

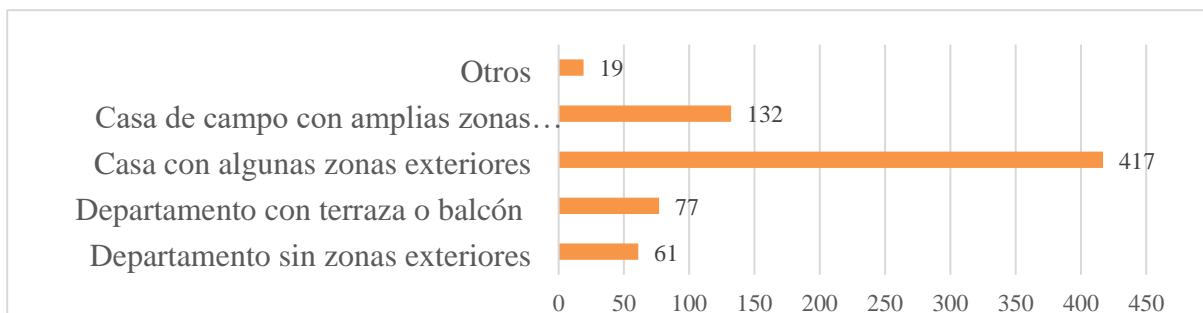
*¿Ha vivido algún Sucesos estresantes durante el confinamiento?*



A partir de los datos obtenidos, la mayor parte de los colaboradores o el 59,1% viven en casas con alguna zona exterior. En casa de campo con amplias zonas verdes, habitan el 18,7% y el 10,9% en departamentos con terraza o balcón, en departamentos son zonas exteriores el 8,6% y en otro tipo de viviendas el 2,7%.

**Figura 4**

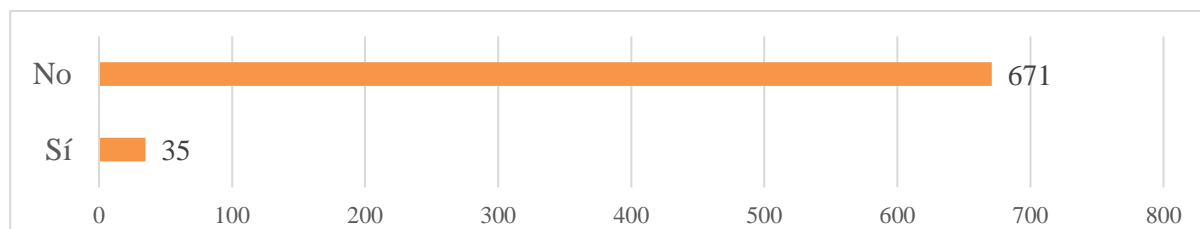
*Tipo de vivienda*



El 95% de adolescentes de la muestra, han participado o participan en actividades de voluntariado mientras que el 5% restante no lo han hecho.

**Figura 5**

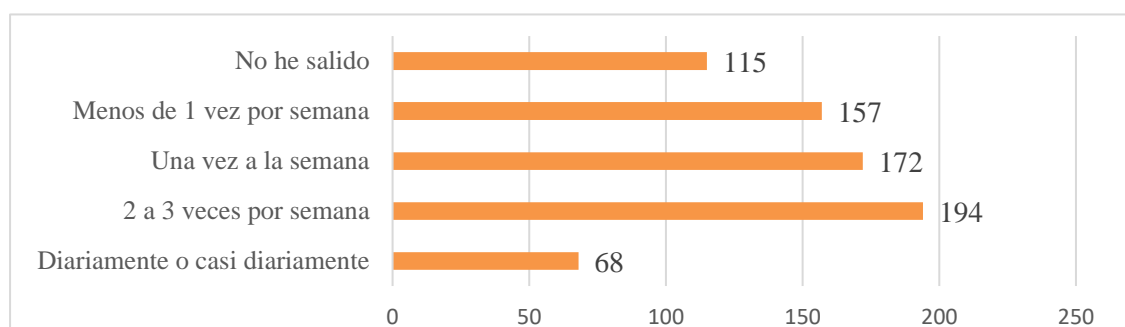
*¿Has participado o participas en alguna actividad de voluntariado?*



Se pregunto a los participantes con qué frecuencia salían fuera de casa durante la pandemia y los resultados arrojaron que en su mayoría el 27,5% lo hacían entre 2 a 4 veces por semana o una vez a la semana, siendo el caso del 24.4% y menos de 1 vez por semana salían el 22,2%. Los resultados con menor costumbre fueron el 16,3% que no han salido y el 9,3% que salían diariamente o casi diariamente.

**Figura 6**

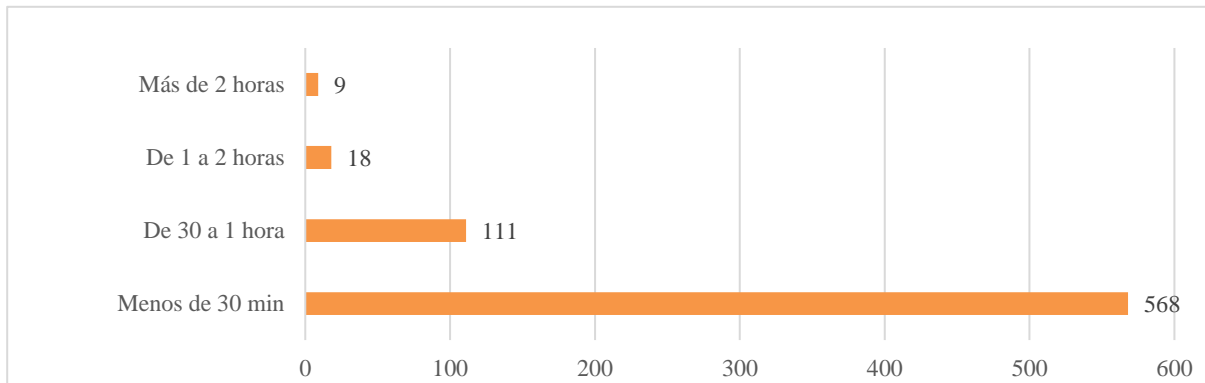
*¿Durante la pandemia, con qué frecuencia está saliendo fuera de casa?*



Los datos tabulados indican que la búsqueda de información acerca del COVID-19 y el tiempo dedicado a este era de menos de 30 minutos para el 80,5% y de 30 minutos a 1 hora en el 15,7%. Un tiempo más alto ya sea de 1 hora a 2 hora e incluso más de horas conformaron el 2,5% y 1,3% respectivamente.

### Figura 7

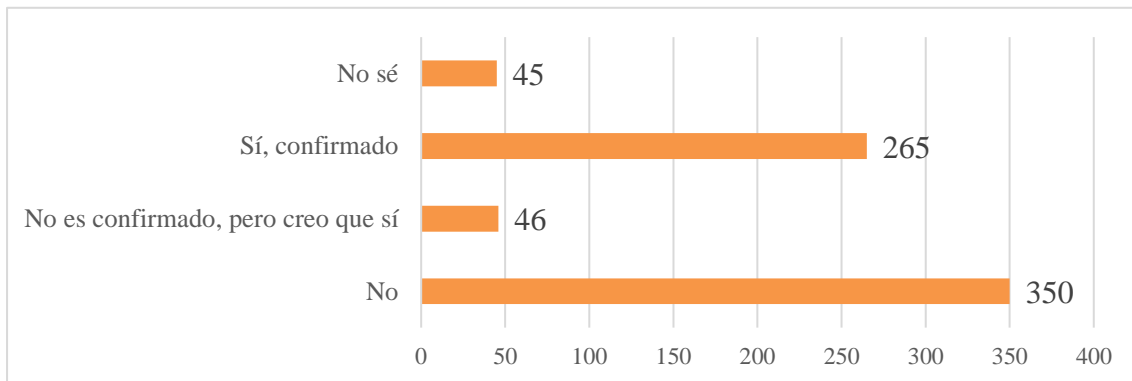
*¿Cuánto tiempo dedicas al día a buscar información sobre COVID?*



En base de las respuestas a *¿Alguien en tu familia tiene o ha tenido COVID?* Se resalta que hasta ese momento el 49,6% manifestó que no, en comparación con el 37,5% que si han tenido casos confirmados. El 6,4% no saben y el 6,5% menciona que no es confirmado, pero creen que sí han tenido casos de COVID en su familia.

### Figura 8

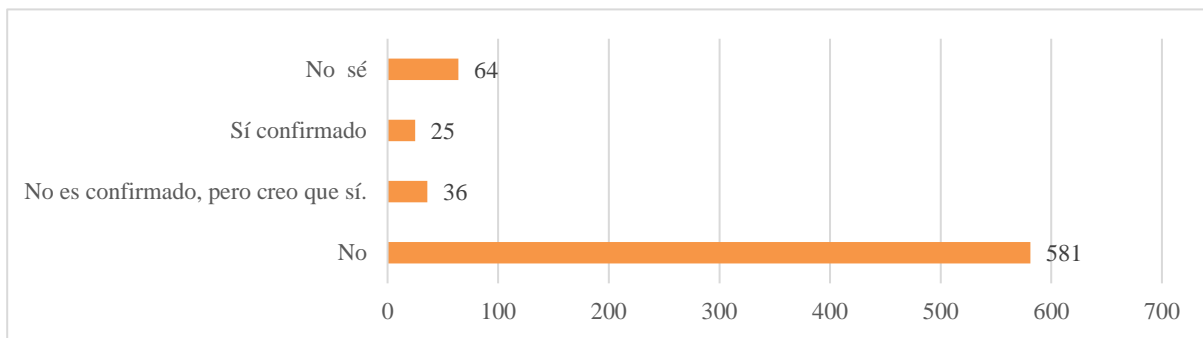
*¿Alguien en tu familia tiene o ha tenido COVID?*



El 82,3% de los adolescentes partícipes han tenido coronavirus hasta el momento de la evaluación. El 9,1% no saben si han tenido o no, el 5,1% mencionan que no han tenido un diagnóstico confirmado, pero creen que sí y por último el 3,5% han sido casos confirmados.

**Figura 9**

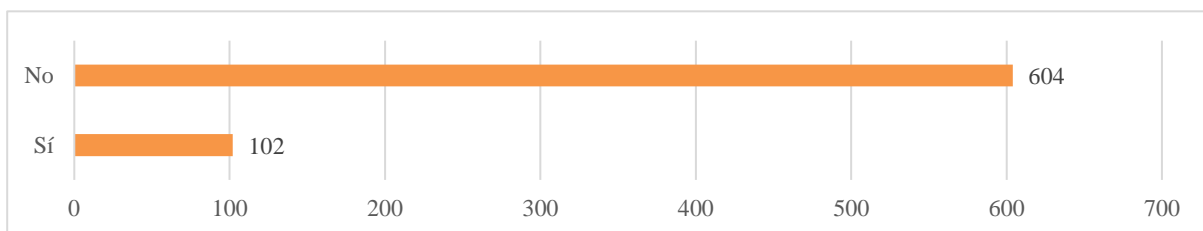
*¿Tienes o has tenido COVID?*



En función de los datos obtenidos el 85,6% de adolescentes no han tenido la pérdida de alguien cercano por coronavirus a diferencia del 14,4% que si han experimentado una muerte cercana con esta causa.

**Figura 10**

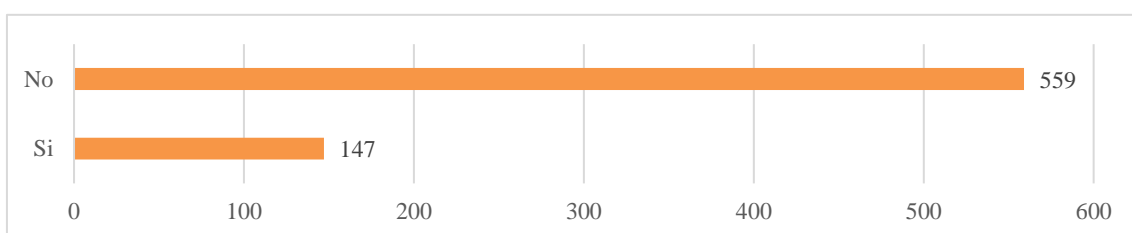
*¿Alguien cercano a ti a muerto por coronavirus?*



La cantidad de adolescentes que tenían personas a su cargo es de un 20,8%. La respuesta más frecuente es este caso fue no con un 79,2%. Demostrando que la mayor parte de jóvenes no tuvieron personas a su cargo durante este tiempo.

**Figura 11**

*¿Tienes personas a tu cargo?*

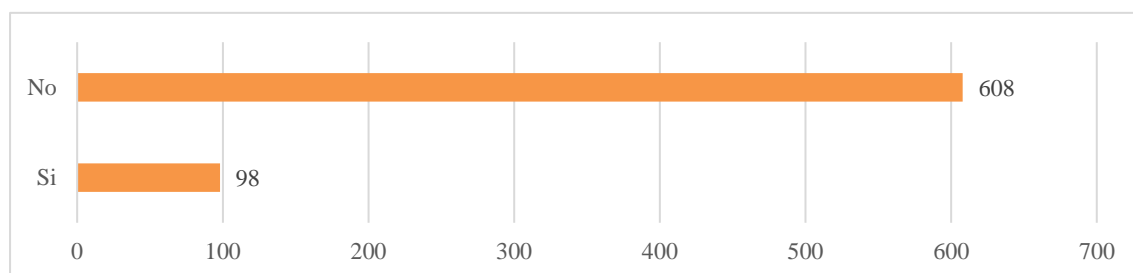




El 13,9% de los jóvenes encuestados tuvieron una respuesta afirmativa a la pregunta ¿tienes pareja?, lo que difiere con el 86,1% que respondieron de forma negativa. En conclusión, la mayor parte de la muestra no tuvo pareja durante el confinamiento.

**Figura 12**

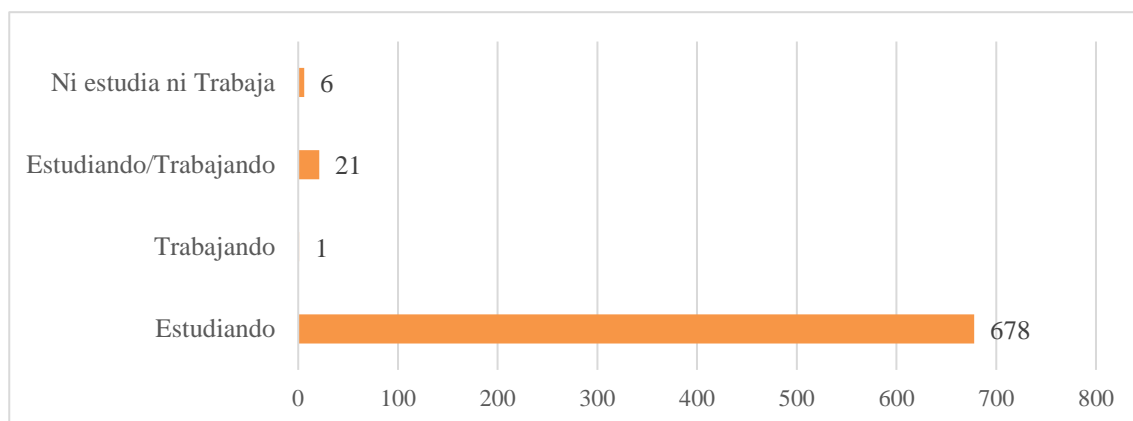
*¿Tienes pareja?*



De acuerdo con las contestaciones el 96,0% de la muestra se encontraba únicamente estudiando durante el confinamiento. El 3,0% estudiaba y trabajaba al mismo tiempo durante esta época y únicamente el 0,1% solo trabajaba. A diferencia del 0,8% que ni trabajaba ni estudiaba.

**Figura 13**

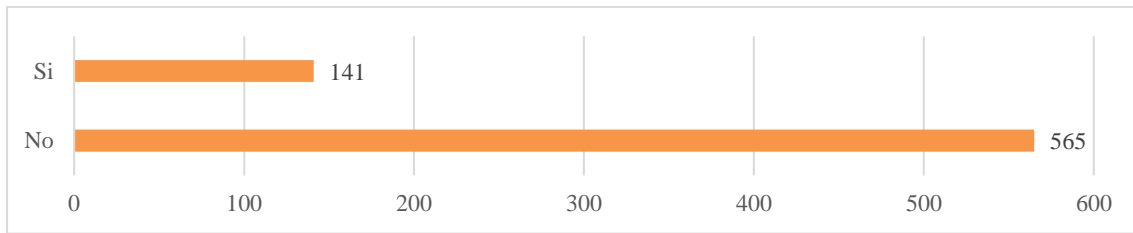
*Estudio o Trabajo: indica si...*



En la pregunta ¿tienes alguna enfermedad física crónica? Los adolescentes respondieron que no en un porcentaje de 80,0% en contraste al 20% que indicaron que si tienen una enfermedad física crónica.

**Figura 14**

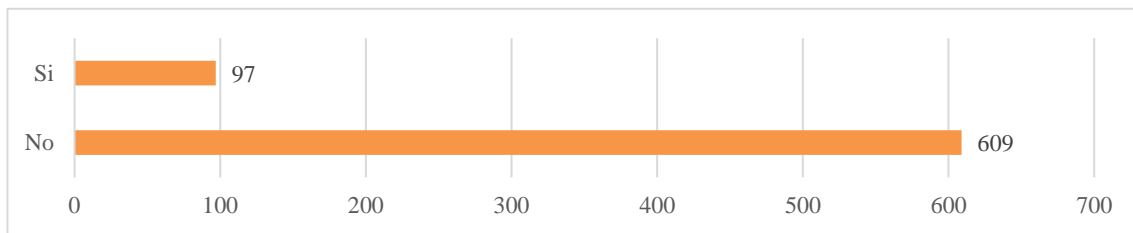
*¿Tienes alguna enfermedad física crónica?*



Según el 86,3% de jóvenes que conformaron la muestra analizada, no han tenido dificultades psicológicas previo al confinamiento. El 13,7% menciona que si tienen o han tenido algún problema de salud mental previo al confinamiento.

**Figura 15**

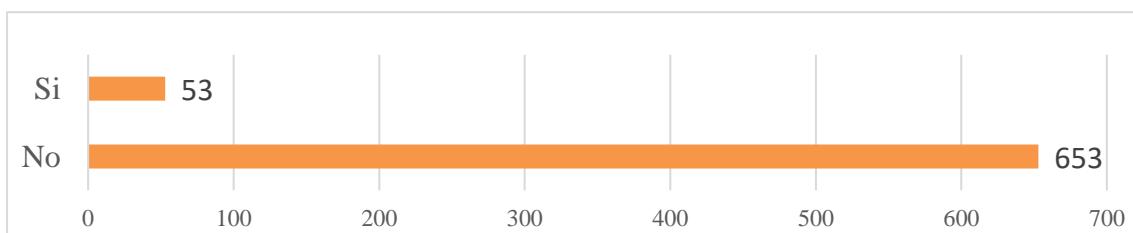
*¿Tienes o has tenido algún problema psicológico previo al confinamiento?*



A partir del análisis de las respuestas otorgadas por los jóvenes únicamente el 7,5% del total de la muestra han acudido por algún motivo al psicólogo o psicóloga. La mayoría o el 92,5% nunca lo han hecho.

**Figura 16**

*¿Estas acudiendo por algún motivo al psicólogo o psicóloga?*



**Tabla 4***Comparación de medias*

| Variable                   |           | N   | M     | Sd     | p           |
|----------------------------|-----------|-----|-------|--------|-------------|
| <b>Género</b>              |           |     |       |        |             |
| Depresión                  | Femenino  | 571 | 15,75 | 11,693 | <b>,000</b> |
|                            | Masculino | 134 | 9,64  | 10,274 | <b>,000</b> |
| Ansiedad                   | Femenino  | 571 | 13,22 | 10,333 | <b>,000</b> |
|                            | Masculino | 134 | 7,54  | 8,015  | <b>,000</b> |
| Estrés                     | Femenino  | 571 | 16,96 | 10,391 | <b>,000</b> |
|                            | Masculino | 134 | 11,24 | 9,156  | <b>,000</b> |
| RESILIENCIA                | Femenino  | 571 | 21,26 | 8,185  | ,873        |
|                            | Masculino | 134 | 21,13 | 9,335  | ,883        |
| <b>Sucesos estresantes</b> |           |     |       |        |             |
| Depresión                  | Si        | 213 | 19,51 | 11,582 | <b>,000</b> |
|                            | No        | 493 | 12,52 | 11,141 | <b>,000</b> |
| Ansiedad                   | Si        | 213 | 15,73 | 10,311 | <b>,000</b> |
|                            | No        | 493 | 10,59 | 9,717  | <b>,000</b> |
| Estrés                     | Si        | 213 | 19,98 | 10,281 | <b>,000</b> |
|                            | No        | 493 | 14,14 | 10,006 | <b>,000</b> |
| RESILIENCIA                | Si        | 213 | 21,23 | 7,405  | ,959        |
|                            | No        | 493 | 21,19 | 8,845  | ,956        |
| <b>Voluntariado</b>        |           |     |       |        |             |

|             |    |     |       |        |             |
|-------------|----|-----|-------|--------|-------------|
| Depresión   | Si | 35  | 18,51 | 13,637 | <b>,044</b> |
|             | No | 671 | 14,43 | 11,583 | ,090        |
| Ansiedad    | Si | 35  | 16,17 | 10,969 | <b>,016</b> |
|             | No | 671 | 11,93 | 10,091 | <b>,031</b> |
| Estrés      | Si | 35  | 17,83 | 12,111 | ,263        |
|             | No | 671 | 15,80 | 10,339 | ,338        |
| RESILIENCIA | Si | 35  | 19,46 | 8,634  | ,209        |
|             | No | 671 | 21,30 | 8,417  | ,226        |

---

### Muerte

---

|             |    |     |       |        |             |
|-------------|----|-----|-------|--------|-------------|
| Depresión   | Si | 102 | 16,82 | 10,999 | <b>,041</b> |
|             | No | 604 | 14,26 | 11,802 | <b>,033</b> |
| Ansiedad    | Si | 102 | 13,10 | 10,829 | ,305        |
|             | No | 604 | 11,98 | 10,055 | ,332        |
| Estrés      | Si | 102 | 17,86 | 10,912 | <b>,040</b> |
|             | No | 604 | 15,57 | 10,323 | ,050        |
| RESILIENCIA | Si | 102 | 21,57 | 8,505  | ,638        |
|             | No | 604 | 21,14 | 8,424  | ,641        |

---

### Cargo

---

|           |    |     |       |        |       |
|-----------|----|-----|-------|--------|-------|
| Depresión | Si | 147 | 16,04 | 12,149 | 1,002 |
|           | No | 559 | 14,26 | 11,583 | ,490  |
| Ansiedad  | Si | 147 | 14,00 | 10,539 | ,869  |
|           | No | 559 | 11,65 | 10,023 | ,424  |
| Estrés    | Si | 147 | 17,69 | 10,486 | ,865  |

|             |    |     |       |        |      |
|-------------|----|-----|-------|--------|------|
|             | No | 559 | 15,43 | 10,378 | ,439 |
| RESILIENCIA | Si | 147 | 19,94 | 8,787  | ,725 |
|             | No | 559 | 21,54 | 8,311  | ,352 |

---

#### **Pareja**

---

|             |    |     |       |        |      |
|-------------|----|-----|-------|--------|------|
| Depresión   | Si | 98  | 16,29 | 12,126 | ,132 |
|             | No | 608 | 14,36 | 11,637 | ,145 |
| Ansiedad    | Si | 98  | 13,18 | 10,402 | ,275 |
|             | No | 608 | 11,97 | 10,131 | ,286 |
| Estrés      | Si | 98  | 17,24 | 10,690 | ,170 |
|             | No | 608 | 15,69 | 10,384 | ,181 |
| RESILIENCIA | Si | 98  | 20,43 | 9,003  | ,326 |
|             | No | 608 | 21,33 | 8,336  | ,354 |

---

#### **Enfermedad física crónica**

---

|             |    |     |       |        |             |
|-------------|----|-----|-------|--------|-------------|
| Depresión   | No | 565 | 14,13 | 11,608 | <b>,023</b> |
|             | Si | 141 | 16,64 | 11,975 | <b>,026</b> |
| Ansiedad    | No | 565 | 11,46 | 9,998  | <b>,000</b> |
|             | Si | 141 | 14,88 | 10,424 | <b>,001</b> |
| Estrés      | No | 565 | 15,36 | 10,515 | <b>,005</b> |
|             | Si | 141 | 18,09 | 9,833  | <b>,004</b> |
| RESILIENCIA | No | 565 | 21,20 | 8,536  | ,955        |
|             | Si | 141 | 21,24 | 8,025  | ,954        |

---

#### **Problemas psicológicos previos**

---

|           |    |     |       |        |             |
|-----------|----|-----|-------|--------|-------------|
| Depresión | No | 609 | 13,08 | 10,943 | <b>,000</b> |
|-----------|----|-----|-------|--------|-------------|

|                  |    |     |       |        |      |
|------------------|----|-----|-------|--------|------|
|                  | Si | 97  | 24,33 | 11,810 | ,000 |
| Ansiedad         | No | 609 | 10,98 | 9,458  | ,000 |
|                  | Si | 97  | 19,44 | 11,426 | ,000 |
| Estrés           | No | 609 | 14,86 | 10,080 | ,000 |
|                  | Si | 97  | 22,43 | 10,288 | ,000 |
| RESILIENCIA      | No | 609 | 21,35 | 8,542  | ,244 |
|                  | Si | 97  | 20,28 | 7,671  | ,210 |
| <hr/>            |    |     |       |        |      |
| <b>Psicólogo</b> |    |     |       |        |      |
| <hr/>            |    |     |       |        |      |
| Depresión        | No | 653 | 13,91 | 11,387 | ,000 |
|                  | Si | 53  | 23,43 | 12,244 | ,000 |
| Ansiedad         | No | 653 | 11,52 | 9,762  | ,000 |
|                  | Si | 53  | 19,77 | 11,959 | ,000 |
| Estrés           | No | 653 | 15,36 | 10,189 | ,000 |
|                  | Si | 53  | 22,57 | 11,186 | ,000 |
| RESILIENCIA      | No | 653 | 21,36 | 8,501  | ,097 |
|                  | Si | 53  | 19,36 | 7,333  | ,064 |
| <hr/>            |    |     |       |        |      |

Mediante la comparación de medias que se realizó entre las variables socio demográficas y las variables clínicas podemos destacar valores significativos: **Género** (depresión ( $p=,000$ ), ansiedad ( $p=,000$ ), estrés ( $p=,000$ )) a partir de la comparación de medias debemos destacar que el género femenino sufre un mayor nivel de malestar emocional en comparación con el masculino. **Suceso estresante** (depresión ( $p=,000$ ), ansiedad ( $p=,000$ ), estrés ( $p=,000$ )) el haber vivido un suceso estresante durante el confinamiento, aumentaba el nivel sintomatológico de ansiedad, depresión y estrés. **Voluntariado** (depresión ( $p=,044$ ), ansiedad ( $p=,016$ ;  $p=,031$ )) el participar o haber participado en actividades de voluntariado se relacionó con depresión y ansiedad, pero el no haberlo hecho también influyó a la aparición de

síntomas depresivos. **Muerte** (depresión ( $p=,041$ ;  $p=,033$ ), estrés ( $p=,040$ )); el fallecimiento de alguien cercano por coronavirus fue un factor para la aparición de estrés y depresión. Aquí se tiene que recalcar que a pesar de no vivir directamente una muerte de por esta circunstancia, también generó síntomas depresivos en algunos jóvenes. **Enfermedad física crónica** (depresión ( $p=,023$ ;  $p=,026$ ), ansiedad ( $p=,000$ ;  $p=,001$ ), estrés ( $p=,005$ ;  $p=,004$ )) aumenta la gravedad de los cuadros cuando está presente una enfermedad física, crónica. **Problemas psicológicos previos** (depresión ( $p=,000$ ), ansiedad ( $p=,000$ ), estrés ( $p=,000$ )) forma parte de un factor de riesgo para síntomas más complicados. **Asistir al psicólogo** (depresión ( $p=,000$ ), ansiedad ( $p=,000$ ), estrés ( $p=,000$ )) haber asistido o estar asistiendo en ese momento al psicólogo o psicóloga fue una de las preguntas con menor número de respuestas afirmativas, porque no tener acceso a este servicio funcionó como un factor de riesgo.

Ninguna variable sociodemográfica tuvo un valor significativo con la resiliencia.

**Tabla 5**

*Correlación*

|                  |                        | <b>RESILIENCIA</b> |
|------------------|------------------------|--------------------|
| <b>Depresión</b> | Correlación de Pearson | <b>-,117**</b>     |
|                  | <i>P</i>               | <b>,002</b>        |
| <b>Ansiedad</b>  | Correlación de Pearson | -,064              |
|                  | <i>P</i>               | ,090               |
| <b>Estrés</b>    | Correlación de Pearson | -,053              |
|                  | <i>P</i>               | ,162               |

\*\* . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Al buscar la correlación que existe entre la resiliencia y el malestar emocional, se encontró únicamente un valor significativo con la dimensión depresión ( $p=0,002$ ;  $r=-117$ ). Esto significa que niveles altos de resiliencia tienen una función protectora ante la depresión.

## CAPÍTULO IV

### DISCUSIÓN

El confinamiento durante la pandemia por COVID-19 trajo diversas consecuencias a nivel mundial, sin embargo, la crisis sanitaria impacto de una forma particular a los adolescentes (Vindegaard y Bernos, 2020). Ellos conformaron un grupo vulnerable debido a las restricciones que impidieron un desarrollo normal en áreas fundamentales como la búsqueda de identidad, desarrollo personal y social, académicos, etc., lo que trajo consigo que varios desajustes emociones y sintomatología ansiosa-depresiva poniendo a prueba la capacidad adaptativa de los jóvenes (Herrera et al., 2022). Por esta razón fue fundamental encontrar la relación que existe entre la resiliencia, como un mecanismo de protección o prevención ante el malestar emocional y como ciertas variables sociodemográficas influyeron como factores de riesgo en la aparición de ansiedad, depresión y estrés.

Los datos se obtuvieron gracias a un cuestionario ah doc donde se recopiló la información sociodemográfica e instrumentos que cuentan con altos niveles de fiabilidad y confiabilidad como la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21) (Lovibond & Lovibond, 1995) y la Escala de Resiliencia de Connor-Davidson (CD-RISC) (Connor & Davidson, 2003), que permitieron llegar a los siguientes resultados.

Existe una correlación entre las variables depresión y resiliencia, indicando que a mayor resiliencia menor malestar emocional y que a menor resiliencia mayor malestar emocional. Demostrando que la resiliencia funciona como un factor protector frente al malestar emocional provocado durante el confinamiento por la COVID-19 coincidiendo con otros estudios realizados sobre el mismo tema por Coello et al., (2022), Valero-Moreno et al., (2022) y Herrera et al., (2022). Sin embargo, no existe una relación directa con las otras variables del malestar emocional que serían la ansiedad y el estrés.

No aparecen variables sociodemográficas con valores significativos relacionados directamente con a la resiliencia, pero se relacionan con el malestar emocional variables como ser del género femenino que concuerda con la investigación de Valero-Moreno et al., (2022), haber sufrido sucesos estresantes, haber realizado o realizar voluntariados en el confinamiento, muerte de alguien cercano por COVID, sufrir una enfermedad física crónica, antecedentes de problemas psicológicos y no asistir a un psicólogo o psicóloga durante el confinamiento.



Los adolescentes ecuatorianos sufren un nivel más alto de malestar emocional, debido a que tienen un menor nivel de resiliencia. Por lo que de acuerdo con los resultados obtenidos es necesario implementar y enseñar a las jóvenes estrategias de afrontamiento adecuadas con el objetivo de generar un repertorio amplio de conductas adaptativas.

## CONCLUSIONES

Una vez finalizado el trabajo de investigación, en base a los resultados obtenidos podemos concluir que:

Mediante el análisis de datos se observó que los componentes femenino y masculino dentro de la variable género tienen valores significativos con ansiedad, depresión y estrés ( $p=,000$ ). En función de la comparación de medias se destacó que el género femenino tiene un mayor nivel de malestar emocional, ya que sus medias a diferencia del género masculino tienen valores más altos. La variable clínica **depresión** tiene una media de 15,75 en el género femenino y en el masculino de 9,64; **ansiedad** tiene una media de 13,22 en el género femenino y en el masculino 7,54; finalmente en **estrés** la media en el género femenino es de 16,96 y en el masculino 11,94.

Los factores sociodemográficos relacionados como factores de riesgo para la aparición de sintomatología ansiosa-depresiva y estrés durante el confinamiento fueron las siguientes: ser del género femenino, haber vivido un suceso estresante, haber tenido problemas psicológicos previos, tener una enfermedad física crónica, la muerte de una persona cercano por COVID-19, haber realizado actividades de voluntariado, haber asistido o asistir al psicólogo.

Ninguna variable sociodemográfica tiene una relación directa o significativa con la resiliencia, por lo que se puede decir que ninguna de las variables analizadas funciona realmente como un factor protector.

Para finalizar, únicamente existe una correlación significativa entre la variable depresión y resiliencia ( $p=,002$ ;  $r=-,117$ ), por lo tanto, tener altos niveles de resiliencia disminuye la probabilidad de la aparición de síntomas depresivos.

## **RECOMENDACIONES**

- Es importante volver a evaluar las variables psicológicas para constatar los cambios en la misma de las mismas y así tener datos sobre el impacto de la pandemia a mediano y largo plazo.
- Se recomienda para próximas investigaciones sobre el tema aumentar el número de participantes con la finalidad de generalizar los resultados.
- Finalmente sería importante ampliar la investigación a otros grupos etarios (adultos, adultos mayores) de la misma forma incluir población clínica particularmente con trastornos emocionales.

## BIBLIOGRÍA

- Alianza para la Protección de la Infancia en la Acción Humanitaria. (marzo de 2020).  
Nota técnica: Protección de la niñez y adolescencia.
- American Psychiatric Association. (2014). DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.
- Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health promotion international*, 11(1), 11-18.  
<https://doi.org/10.1093/heapro/11.1.11>
- Balluerka Lasa, M. N., Gómez Benito, J., Hidalgo Montesinos, M. D., Gorostiaga Manterola, M. A., Espada Sánchez, J. P., Padilla García, J. L., & Santed Germán, M. Á. (2020). Las consecuencias psicológicas de la COVID-19 y el confinamiento. Informe de investigación.  
<https://addi.ehu.es/bitstream/handle/10810/45924/Consecuencias%20psico1%C3%B3gicas%20COVID-19%20PR3%20DIG.pdf?sequence=1>
- Bandura, A., & Walters, R. H. (1974). *Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad* (Vol. 74). Anaya-Spain.
- Barlow, D. H. (2004). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. Guilford press.
- Barlow, D. H., Durand, V. M., & Núñez Herrejón, J. L. (2001). *Psicología anormal: un enfoque integral*.
- Barquero, P., Leandro, M. y Sotela, G. (2013). *Determinantes socioambientales de la salud mental*. En Grupo de Investigación en Salud Mental y Bienestar (Ed.): Estado del arte de la investigación en salud mental en Costa Rica (pp. 26-40). San José: Editor.
- Bartlett, J. D., Griffin, J., & Thomson, D. (2020). Resources for supporting children's emotional well-being during the COVID-19 pandemic. *Child trends*, 12.  
<https://aisa.or.ke/wp-content/uploads/resources/health-and-wellbeing/wellbeing->

resources/resources-for-supporting-childrens-emotional-well-being-during-the-covid-19-pandemic-290320.pdf

BBC NEWS. (2020). *Coronavirus en América Latina: 7 gráficos para entender el avance de la pandemia de covid-19 en la región*. <https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-52405371>

Beck, a. T. 1967. *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. Nueva york: Harper & row.

Bermúdez, V. E. (2018). Ansiedad, depresión, estrés y autoestima en la adolescencia. Relación, implicaciones y consecuencias en la educación privada. *Cuestiones pedagógicas*, 26, 37-52. DOI: <http://dx.doi.org/10.12795/CP.2017.i26.03>

Braverman, M. T. (2001). Applying resilience theory to the prevention of adolescent substance abuse. *Focus*, 7(2), 1-12.

Campbell-Sills, L., & Stein, M. B. (2007). Psychometric analysis and refinement of the connor–davidson resilience scale (CD-RISC): Validation of a 10-item measure of resilience. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies*, 20(6), 1019-1028.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC), Department of Health and Human Services (HHS). (2017). Control of Communicable Diseases. *Federal Register*, 82(12):6890-6978. <https://www.govinfo.gov/content/pkg/FR-2017-01-19/pdf/2017-00615.pdf>

Cha, C. B., Franz, P. J., M. Guzmán, E., Glenn, C. R., Kleiman, E. M., & Nock, M. K. (2017). *Annual Research Review: Suicide among youth - epidemiology, (potential) etiology, and treatment*. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 59(4), 460–482. doi:10.1111/jcpp.12831

Chang, E. C., Wan, L., Li, P., Guo, Y., He, J., Gu, Y., ... Hirsch, J. K. (2017). *Loneliness and Suicidal Risk in Young Adults: Does Believing in a Changeable Future Help Minimize Suicidal Risk Among the Lonely?* *The Journal of Psychology*, 151(5), 453–463. doi:10.1080/00223980.2017.1314928

- Clark, D. A., & Beck, A. T. (2012). *Manual práctico para la ansiedad y las preocupaciones*. Desclée De Brouwer.
- Coello, M. F., Valero-Moreno, S., Herrera, J. S., Lacomba-Trejo, L., & Pérez-Marín, M. (2022). Emotional Impact in Adolescents in Ecuador Six Months after the Beginning of the COVID-19 Pandemic. *The Journal of Psychology*, 1-14. <https://doi.org/10.1080/00223980.2022.2054921>
- Connor, K. M., & Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18(2), 76-82. doi:10.1002/da.10113
- Costello, C. G. (1972). Depression: loss of reinforcers or loss of reinforcer effectiveness?. *Behavior Therapy*, 3(2), 240-247. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(72\)80084-4](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(72)80084-4)
- Domínguez-Mora, R., Vargas-Jiménez, E., Castro-Castañeda, R., & Nuñez-Fadda, S. M. (2016). Impacto de la comunicación familiar en la victimización por internet en parejas adolescentes. Una perspectiva de género. *Opción*, 32(13). Recuperado a partir de <https://produccioncientificaluz.org/index.php/opcion/article/view/21633>
- Erikson, E. (1974) *Identidad, Juventud y Crisis*. Editorial Paidós, Buenos Aires.
- Espada, José P., Orgilés, Mireia, Piqueras, José A., & Morales, Alexandra. (2020). Las buenas prácticas en la atención psicológica infanto-juvenil ante el COVID-19. *Clínica y Salud*, 31(2), 109-113. Epub 27 de julio de 2020. <https://dx.doi.org/10.5093/clysa2020a14>
- FERRADA MUNDACA, L., & ZAVALA GUTIÉRREZ, M. (2014). BIENESTAR PSICOLÓGICO: ADULTOS MAYORES ACTIVOS A TRAVÉS DEL VOLUNTARIADO. *Ciencia y Enfermería*, 20(1), 123–130. doi:10.4067/s0717-95532014000100011
- García del Castillo Rodríguez, J. A., García del Castillo López, Á., López-Sánchez, C., & Dias, P. C. (2016). Conceptualización teórica de la resiliencia psicosocial y su relación con la salud.

- Garnezy, N. (1971). Vulnerability research and the issue of primary prevention. *American Journal of Orthopsychiatry*, 41(1), 101–116. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1971.tb01111.x>
- Hjemdal O, Vogel PA, Solem S, et al. (2011) *The relationship between resilience and levels of anxiety, depression, and obsessive-compulsive symptoms in adolescents*. *Clinical Psychology & Psychotherapy* 18(4): 314–321. <https://www.impactfolios.com/jjam2/media/substancepreventionreslience.pdf>
- Kalawski, J. P., & Haz, A. M. (2003). Y...¿ Dónde está la resiliencia? una reflexión conceptual. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology*, 37(2), 365-372.
- Kobasa, S. C. (1979). Stressful life events, personality, and health: An inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37(1), 1–11. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.37.1.1>
- La Alianza para la Protección de la Niñez y Adolescencia en la Acción Humanitaria. Nota técnica: protección de la niñez y adolescencia durante la pandemia del coronavirus (v.1) 2020. [https://www.unicef.org/media/66276/file/SPANISH\\_Technical%20Note:%20Protection%20of%20Children%20during%20the%20COVID-19%20Pandemic.pdf](https://www.unicef.org/media/66276/file/SPANISH_Technical%20Note:%20Protection%20of%20Children%20during%20the%20COVID-19%20Pandemic.pdf)
- Lang, P. J. (1968). Fear reduction and fear behavior: Problems in treating a construct. In *Research in psychotherapy conference, 3rd, May-Jun, 1966, Chicago, IL, US*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10546-004>
- Lazarus, R. S. (1966). **Psychological stress and the coping process**. McGraw-Hill.
- Leiva, L., Pineda, M., & Encina, Y. (2013). *Autoestima y apoyo social como predictores de la resiliencia en un grupo de adolescentes en vulnerabilidad social*. *Revista De Psicología*, 22(2), Pág. 111–123. <https://doi.org/10.5354/0719-0581.2013.30859>
- Lewinsohn, P. M. (1974). A behavioral approach to depression. *Essential papers on depression*, 150-172.

- Li S, Wang Y, Xue J, Zhao N, Zhu T. (2020). The Impact of COVID-19 Epidemic Declaration on Psychological Consequences: A Study on Active Weibo Users. **International Journal of Environmental Research and Public Health**. 2020; 17(6):2032. <https://doi.org/10.3390/ijerph17062032>
- Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33(3), 335–343. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)00075-U](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)00075-U)
- Luthar SS. Annotation: methodological and conceptual issues in research on childhood resilience. *J Child Psychol Psychiatry*. 1993 May;34(4):441-53 <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1993.tb01030.x>.
- Luthar, S. S. (2015). Resilience in development: A synthesis of research across five decades. *Developmental psychopathology: Volume three: Risk, disorder, and adaptation*, 739-795. <https://doi.org/10.1002/9780470939406.ch20>
- MacLean, P. D. (1993). Cerebral evolution of emotion. *Handbook of emotions*, 67-83.
- Magaro, P. A. (1991). *Cognitive bases of mental disorders*. Sage Publications, Inc.
- Makhnach, A. V. (2016). Resilience in Russian youth. *International Journal of Adolescence and Youth*, 21(2), 195-214. <https://doi.org/10.1080/02673843.2013.815116>
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer publishing company.
- Masten, A. S. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. *American psychologist*, 56(3), 227.
- Masten, A. S., & Garmezy, N. (1985). Risk, vulnerability, and protective factors in developmental psychopathology. In *Advances in clinical child psychology* (pp. 1-52). Springer, Boston, MA. DOI: 10.1007/978-1-4613-9820-2\_1
- Masten, A. S., & Powell, L. (2003). A Resilience framework for research, policy. *Resilience and vulnerability: Adaptation in the context of childhood adversities, 1*.



- Medina-Mora Icaza, M. E., & Berenzon Gorn, S. (2013). Salud mental y adicciones.
- Ministerio de Salud Gobierno de Chile. (2020). Indicaciones para personas en aislamiento domiciliario por COVID-19.  
[https://www.minsal.cl/wpcontent/uploads/2020/03/2020.03.13\\_INDICACIONES-EN-CUARENTENA.pdf](https://www.minsal.cl/wpcontent/uploads/2020/03/2020.03.13_INDICACIONES-EN-CUARENTENA.pdf)
- Ministerio de Salud. (2020). Guía técnica para el cuidado de la salud mental de la población afectada, familias y comunidad, en el contexto del COVID-19 (R.M. N° 186-2020-MINSA. Recuperado de <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5001.pdf>
- Minsal (2020). Guía práctica de bienestar emocional: cuarentena en tiempos de Covid-19.  
[https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/04/2020.04.12\\_GUIA-PRACTICA-CUARENTENA-EN-TIEMPOS-DE-COVID19\\_final.pdf](https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/04/2020.04.12_GUIA-PRACTICA-CUARENTENA-EN-TIEMPOS-DE-COVID19_final.pdf)
- Musitu, G., & Callejas, J. E. (2017). *El modelo de estrés familiar en la adolescencia: MEFAD. Revista INFAD De Psicología. International Journal of Developmental and Educational Psychology.*, 1(1), 11–20.  
<https://doi.org/10.17060/ijodaep.2017.n1.v1.894>
- Olsson, C.A., Bond, L., Bums, J.M., Vella-Brodrick, D.A. y Sawyer, S.M. (2003). Adolescent resilience: a concept analysis. *Journal of Adolescence*, 26, 1-11.
- Orcasita, L. y Uribe, A. (2010). *La importancia del apoyo social en el bienestar de los adolescentes.* *Psicología: Avances de la Disciplina*, 4(2), 69-82.
- Orellana, C. I., & Orellana, L. M. (2021). Propiedades psicométricas de la Escala abreviada de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21) en adultos salvadoreños. *Teoría y Praxis*, (38), 45-54. <https://doi.org/10.5377/typ.v1i38.13667>
- Orellana, C., & Orellana, L. (2020). Predictors of Emotional Symptoms During Residential Lockdown due to the COVID-19 Pandemic in El Salvador. *Actualidades En Psicología*, 34(128), 103-120.  
<https://doi.org/10.15517/ap.v34i128.41431>
- Organización de las Naciones Unidas. (2020). Policy brief: COVID19 and the need for action on mental health.

[https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/un\\_policy\\_briefcovid\\_and\\_mental\\_health\\_final.pdf](https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/un_policy_briefcovid_and_mental_health_final.pdf)

Organización Mundial de la Salud (2021). *Depresión*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

Organización mundial de la Salud (2021). *Salud mental del adolescente*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>

Organización Mundial de la Salud (2022). *Salud mental: fortalecer nuestra respuesta*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

Organización Mundial de la Salud (2022). *Trastornos Mentales*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>

Organización Panamericana de la Salud. (2020). *Informes de situación de la COVID-19*. <https://www.paho.org/es/informes-situacion-covid-19>

Papez, J. W. (1937). A proposed mechanism of emotion. *Archives of Neurology & Psychiatry*, 38(4), 725-743.

Pérez-Padilla, E. A., Cervantes-Ramírez, V. M., Hijuelos-García, N. A., Pineda-Cortés, J. C., & Salgado-Burgos, H. (2017). Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión Mayor. *Revista biomédica*, 28(2), 73-98. <https://doi.org/10.32776/revbiomed.v28i2.557>

Raony Í, de Figueiredo CS, Pandolfo P, Giestal-de-Araujo E, Oliveira-Silva Bomfim P and Savino W (2020) Psycho-Neuroendocrine-Immune Interactions in COVID-19: Potential Impacts on Mental Health. *Front. Immunol.* 11:1170. doi: 10.3389/fimmu.2020.01170

Rutter, M. (1993). Resilience: Some conceptual considerations. **Journal of Adolescent Health**, 14(8), 626–631. [https://doi.org/10.1016/1054-139X\(93\)90196-V](https://doi.org/10.1016/1054-139X(93)90196-V)

Seligman, M. E. (1971). Phobias and preparedness. *Behavior therapy*, 2(3), 307-320. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(71\)80064-3](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(71)80064-3)

- Selye, H. (1974). *Stress without Distress*, Nueva York.
- Skinner, B. F. (1953). Some contributions of an experimental analysis of behavior to psychology as a whole. *American Psychologist*, 8(2), 69.  
<https://doi.org/10.1037/h0054118>
- Skinner, B. F. (1977). *Ciencia y conducta humana* (No. 156 S5).
- Soler Sánchez, M. I., Meseguer de Pedro, M., & García Izquierdo, M. (2016). Propiedades psicométricas de la versión española de la escala de resiliencia de 10 ítems de Connor-Davidson (CD-RISC 10) en una muestra multiocupacional. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 48(3), 159-166.  
<https://doi.org/10.1016/Zj.rlp.2015.09.002>
- Sorkhabi, N. (2012). *Parent Socialization Effects in Different Cultures: Significance of Directive Parenting*. *Psychological Reports*, 110(3), 854–878. doi:10.2466/10.02.17.21.pr0.110.3.854-878
- Tarter, R. E., & Vanyukov, M. (2002). Re-visiting the validity of the construct of resilience. In *Resilience and development* (pp. 85-100). Springer, Boston, MA. DOI: 10.1007/0-306-47167-1\_4
- Tay, M. Z., Poh, C. M., Rénia, L., MacAry, P. A., & Ng, L. F. P. (2020). *The trinity of COVID-19: immunity, inflammation and intervention*. *Nature Reviews Immunology*. doi:10.1038/s41577-020-0311-8
- Torrades, S. (2007). Estrés y burn out. Definición y prevención. *Offarm*, 26(10), 104-107.  
<https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-estres-burn-out-definicion-prevencion-13112896#:~:text=La%20Organizaci%C3%B3n%20Mundial%20de%20la,biol%C3%B3gico%20necesario%20para%20la%20supervivencia>.
- Tubert, S. (2000). Construcción cultural de la feminidad. *Salud mental y género. Aspectos psicosociales diferenciales en la salud de las mujeres*. Madrid: Instituto de la Mujer. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 65-71.

- UNESCO. (2021). *Education: from school closure to recovery*.  
<https://www.unesco.org/en/covid-19/education-response>
- UNICEF ECUADOR. (2020). *¿Qué piensan los niños y niñas luego de un año fuera de las aulas?* <https://www.unicef.org/ecuador/historias/%C2%BFqu%C3%A9-piensan-los-ni%C3%B1os-y-ni%C3%B1as-luego-de-un-a%C3%B1o-fuera-de-las-aulas>
- UNICEF ECUADOR. (2020). *La salud mental es determinante para que niños, niñas, adolescentes, familias y comunidades puedan salir adelante*.  
<https://www.unicef.org/ecuador/comunicados-prensa/la-salud-mental-es-determinante-para-que-ni%C3%B1os-ni%C3%B1as-adolescentes-familias-y>
- UNICEF ESPAÑA. (2020). SALUD MENTAL E INFANCIA EN EL ESCENARIO DE LA COVID-19. <https://www.consaludmental.org/publicaciones/Salud-Mental-infancia-adolescencia-covid-19.pdf>
- UNICEF. (2020). El impacto del COVID-19 en la salud mental de adolescentes y jóvenes. Unicef para cada infancia América Latina y el Caribe.  
<https://www.unicef.org/lac/el-impacto-del-covid-19-en-la-salud-mental-de-adolescentes-y-j%C3%B3venes>
- United Nations (2020). Policy brief: impact of Covid-19 on children. Recuperado de:  
[https://unsdg.un.org/sites/default/files/202004/160420\\_Covid\\_Children\\_Policy\\_Brief.pdf](https://unsdg.un.org/sites/default/files/202004/160420_Covid_Children_Policy_Brief.pdf)
- Valero Moreno, S., Lacomba Trejo, L., Coello Nieto, M. F., Herrera Puente, J. S., Chocho Orellana, Á. X., Samper García, P., ... & Montoya Castilla, I. (2022). Impacto emocional y resiliencia en adolescentes de España y Ecuador durante la COVID-19: estudio transcultural. *Revista de psicología clínica con niños y adolescentes*, 2022, vol. 9, num. 1. <https://doi.org/10.21134/rpcna.2019.06.3.3>
- Vanistendael, S. (1994). Resilience: a few key issues. *Malta: International Catholic Child Bureau*.
- Vinaccia, S., Quiceno, J. M., & San Pedro, E. M. (2007). Resiliencia en adolescentes. *Revista colombiana de psicología*, 16, 139-146.

- Vindgaard, N., & Benros, M. E. (2020). COVID-19 pandemic and mental health consequences: Systematic review of the current evidence. *Brain, behavior, and immunity*, 89, 531-542. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.048>
- Vindel, A. C. (1989). *Cognición, emoción y personalidad: un estudio centrado en la ansiedad* (Doctoral dissertation, Universidad Complutense de Madrid).
- Vindel, A. C., & Fernández-Abascal, E. G. (1995). Orientaciones en el estudio de la emoción. *Manual de motivación y emoción*.
- Watson, J. B., & MacDougall, W. (1976). *El conductismo* (trad. O. Poli).
- Werner, E. E. (1989). High-risk children in young adulthood: A longitudinal study from birth to 32 years. *American journal of Orthopsychiatry*, 59(1), 72-81. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1989.tb01636.x>
- Werner, E. E., & Smith, R. S. (1992). *Overcoming the odds: High risk children from birth to adulthood*. Cornell University Press.
- Wolpe, J. (1968). Psychotherapy by reciprocal inhibition. *Conditional reflex: a Pavlovian journal of research & therapy*, 3(4), 234-240. <https://doi.org/10.1007/BF03000093>
- Wong, J. E. L., Leo, Y. S., & Tan, C. C. (2020). *COVID-19 in Singapore—Current Experience*. *JAMA*. doi:10.1001/jama.2020.2467
- World Health Organization. (2020). *Coronavirus*. <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>
- Zamora R. Distanciamiento, aislamiento social, confinamiento, cuarentena: ¿Qué consecuencias pueden generar? *REVAGOG*. 2020; 2(4) 121-25.

# ANEXO

## Anexo 1

### Escala de Resiliencia de Connor-Davidson

#### CD-RISC Escala de Resiliencia Connor-Davidson

K.M. Connor y J.R. Davidson, 2003  
Adaptación española de B. Fernández y F. Ramos, 2006

Nombre..... Edad..... Sexo.....

Instrucciones: En la siguiente lista se indican frases relacionadas con aspectos importantes de su vida. Conteste a cada frase rodeando con un círculo el número que corresponda según el grado en que está de acuerdo con lo que se dice, según su forma de ser en el último mes.

No hay contestaciones buenas ni malas, pues cada uno tiene su forma de pensar, sentir y comportarse.

Para ello, tenga en cuenta la siguiente valoración:

|                        |                             |                        |                            |                              |
|------------------------|-----------------------------|------------------------|----------------------------|------------------------------|
| 0                      | 1                           | 2                      | 3                          | 4                            |
| <i>Nada de acuerdo</i> | <i>Raramente de acuerdo</i> | <i>Algo de acuerdo</i> | <i>Bastante de acuerdo</i> | <i>Totalmente de acuerdo</i> |

| CD-RISC<br>Escala de Resiliencia Connor-Davidson                          | Nada de acuerdo | Raramente de acuerdo | Algo de acuerdo | Bastante de acuerdo | Totalmente de acuerdo |
|---|-----------------|----------------------|-----------------|---------------------|-----------------------|
| 1. Soy capaz de adaptarme a los cambios                                   | 0               | 1                    | 2               | 3                   | 4                     |
| 2. Tengo personas en las que puedo confiar y con las que me siento seguro | 0               | 1                    | 2               | 3                   | 4                     |
| 3. Algunas veces dejo que el destino o Dios me ayude                      | 0               | 1                    | 2               | 3                   | 4                     |
| 4. Puedo resolver cualquier acontecimiento que se me presente             | 0               | 1                    | 2               | 3                   | 4                     |
| 5. Los éxitos pasados me ayudan a afrontar nuevos desafíos con confianza  | 0               | 1                    | 2               | 3                   | 4                     |
| 6. Veo el lado divertido de las cosas                                     | 0               | 1                    | 2               | 3                   | 4                     |
| 7. Afrontar el estrés, me fortalece                                       | 0               | 1                    | 2               | 3                   | 4                     |
| 8. Tiendo a recuperarme de las enfermedades o de las dificultades         | 0               | 1                    | 2               | 3                   | 4                     |
| 9. Pienso que las cosas ocurren por alguna razón                          | 0               | 1                    | 2               | 3                   | 4                     |
| 10. Me esfuerzo al máximo en cada ocasión                                 | 0               | 1                    | 2               | 3                   | 4                     |
| 11. Puedo conseguir mis metas   | 0               | 1                    | 2               | 3                   | 4                     |
| 12. Cuando parece que irremediamente algo no tiene solución, no abandono  | 0               | 1                    | 2               | 3                   | 4                     |
| 13. Sé donde acudir a por ayuda   | 0               | 1                    | 2               | 3                   | 4                     |
| 14. Bajo presión, me concentro y pienso claramente                        | 0               | 1                    | 2               | 3                   | 4                     |
| 15. Prefiero tomar la iniciativa cuando hay que resolver un problema      | 0               | 1                    | 2               | 3                   | 4                     |
| 16. No me desanimo fácilmente por el fracaso                              | 0               | 1                    | 2               | 3                   | 4                     |
| 17. Pienso que soy una persona fuerte                                     | 0               | 1                    | 2               | 3                   | 4                     |
| 18. Tomo decisiones difíciles o impopulares                               | 0               | 1                    | 2               | 3                   | 4                     |
| 19. Puedo manejar sentimientos desagradables                              | 0               | 1                    | 2               | 3                   | 4                     |
| 20. Sigo los presentimientos que tengo                                    | 0               | 1                    | 2               | 3                   | 4                     |
| 21. Tengo muy claro por donde quiero ir en mi vida                        | 0               | 1                    | 2               | 3                   | 4                     |
| 22. Siento que controlo mi vida   | 0               | 1                    | 2               | 3                   | 4                     |
| 23. Me gustan los desafíos  | 0               | 1                    | 2               | 3                   | 4                     |
| 24. Trabajo para conseguir mis metas                                      | 0               | 1                    | 2               | 3                   | 4                     |
| 25. Me siento orgulloso de mis logros                                     | 0               | 1                    | 2               | 3                   | 4                     |

## Anexo 2

### Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés DASS-21

DASS-21

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Por favor lea cada afirmación y encierre en un círculo un número 0, 1, 2 o 3 que indique cuanto de esa afirmación se aplica a su caso durante el último mes. No existen respuestas correctas o incorrectas. No gaste mucho tiempo en cada afirmación.

La escala a utilizar es como se presenta a continuación:

**0** No se aplica a mí en absoluto. NUNCA (N)

**1** Se aplica a mí en algún grado o parte del tiempo. A VECES (AV)

**2** Se aplica a mí en un grado considerable, o en una buena parte del tiempo. A MENUDO (AM)

**3** Se aplica a mí, mucho. CASI SIEMPRE (CS)

| EN EL ÚLTIMO MES  |   |    |    |    | Para uso del Profesional |   |   |
|---|---|----|----|----|--------------------------|---|---|
| Item  | N | AV | AM | CS | D                        | A | S |
| 1. Me costó mucho relajarme   | 0 | 1  | 2  | 3  |                          |   |   |
| 2. Me di cuenta que tenía la boca seca  | 0 | 1  | 2  | 3  |                          |   |   |
| 3. No podía sentir ningún sentimiento positivo  | 0 | 1  | 2  | 3  |                          |   |   |
| 4. Se me hizo difícil respirar  | 0 | 1  | 2  | 3  |                          |   |   |
| 5. Se me hizo difícil tomar la iniciativa para hacer cosas  | 0 | 1  | 2  | 3  |                          |   |   |
| 6. Reaccioné exageradamente en ciertas situaciones  | 0 | 1  | 2  | 3  |                          |   |   |
| 7. Sentí que mis manos temblaban  | 0 | 1  | 2  | 3  |                          |   |   |
| 8. Sentí que tenía muchos nervios   | 0 | 1  | 2  | 3  |                          |   |   |
| 9. Estaba preocupado por situaciones en las cuales podía tener pánico o en las que podría hacer el ridículo | 0 | 1  | 2  | 3  |                          |   |   |
| 10. Sentí que no tenía nada por que vivir   | 0 | 1  | 2  | 3  |                          |   |   |
| 11. Noté que me agitaba   | 0 | 1  | 2  | 3  |                          |   |   |
| 12. Se me hizo difícil relajarme  | 0 | 1  | 2  | 3  |                          |   |   |
| 13. Me sentí triste y deprimido   | 0 | 1  | 2  | 3  |                          |   |   |
| 14. No toleré nada que no me permitiera continuar con lo que estaba haciendo                                | 0 | 1  | 2  | 3  |                          |   |   |
| 15. Sentí que estaba a punto de pánico  | 0 | 1  | 2  | 3  |                          |   |   |
| 16. No me pude entusiasmar por nada   | 0 | 1  | 2  | 3  |                          |   |   |
| 17. Sentí que valía muy poco como persona   | 0 | 1  | 2  | 3  |                          |   |   |
| 18. Sentí que estaba muy irritable  | 0 | 1  | 2  | 3  |                          |   |   |
| 19. Sentí los latidos de mi corazón a pesar de no haber hecho ningún esfuerzo físico                        | 0 | 1  | 2  | 3  |                          |   |   |
| 20. Tuve miedo sin razón  | 0 | 1  | 2  | 3  |                          |   |   |
| 21. Sentí que la vida no tenía ningún sentido   |   |    |    |    |                          |   |   |
| <b>TOTALES</b>  |   |    |    |    |                          |   |   |



### Anexo 3

#### Ficha Sociodemográfica

| <b>Indique su edad (12-16 años):</b>  |  |
|---|--|
| <b>Género</b>   | 1 femenino                               |
|   | 2 masculino                              |
|   | 3 otro                                   |
| <b>¿Ha vivido algún suceso estresante durante el confinamiento?</b>             | 1 si                                     |
|   | 2 no                                     |
| <b>Tipo de Vivienda</b>   | 1 departamento sin zonas exteriores      |
|   | 2 departamento con terraza o balcón      |
|   | 3 casa con algunas zonas exteriores      |
|   | 4 casa de campo con amplias zonas verdes |
|   | 5 otros.                                 |
| <b>¿Has participado o participas en alguna actividad de voluntariado?</b>       | 1 si                                     |
|   | 2 no                                     |
| <b>¿Durante la pandemia, con qué frecuencia está saliendo fuera de casa?</b>    | 1 diariamente o casi diariamente         |
|   | 2 de 2 a 3 veces por semana              |
|   | 3 una vez a la semana                    |
|   | 4 menos de 1 vez por semana              |
|   | 5 no he salido.                          |
| <b>¿Cuánto tiempo dedicas al día a buscar información sobre COVID?</b>          | 1 menos de 30 min                        |
|   | 2 de 30 min a 1 hora                     |
|   | 3 de 1 hora a 2 horas                    |
|   | 4 más de 2 horas.                        |
| <b>¿Alguien en tu familia tiene o ha tenido COVID?</b>                          | 0 no                                     |
|   | 1 no es confirmado, pero creo que si     |
|   | 2 si confirmado                          |
|   | 3 no se.                                 |
| <b>¿Tienes o has tenido COVID?</b>  | 0 no                                     |
|   | 1 no es confirmado, pero creo que si     |
|   | 2 si confirmado                          |
|   | 3 no se.                                 |
| <b>¿Alguien cercano a ti a muerto por coronavirus?</b>                          | 1 si                                     |
|   | 2 no                                     |
| <b>¿Tienes personas a tu cargo?</b>   | 1 si                                     |
|   | 2 no                                     |
| <b>¿Tienes pareja?</b>  | 1 si                                     |
|   | 2 no                                     |
| <b>Estudio o Trabajo: indica si...</b>  | 1 estudiando                             |
|   | 2 trabajando                             |
|   | 3 estudiando y trabajando                |
|   | 4 no estas estudiando ni trabajando.     |
| <b>¿Tienes alguna enfermedad física crónica?</b>                                | 0 no                                     |
|   | 1 si                                     |
| <b>¿Tienes o has tenido algún problema psicológico previo al confinamiento?</b> | 0 no                                     |
|   | 1 si                                     |
| <b>¿Estas acudiendo por algún motivo al psicólogo o psicóloga?</b>              | 0 no                                     |
|   | 1 si                                     |