

Capítulo 8

Variables predictoras de la ansiedad durante el distanciamiento social por COVID-19 en hombres y mujeres de Cuernavaca, Morelos

Norma Betanzos Díaz, Francisco Paz Rodríguez

Betanzos Díaz, N., & Paz Rodríguez, F. (2026). Variables predictoras de la ansiedad durante el distanciamiento social por COVID-19 en hombres y mujeres de Cuernavaca, Morelos. En G. Barreno, (Coord). *Saberes en ejercicio. Desarrollos transdisciplinarios en salud desde territorios latinoamericanos (Volumen I)*, (pp. 140-170). Religación Press. <http://doi.org/10.46652/religacionpress.398.c812>



08

Variables predictoras de la ansiedad durante el distanciamiento social por COVID-19 en hombres y mujeres de Cuernavaca, Morelos

Resumen

La primera ola de la pandemia por COVID-19 en México (marzo–agosto de 2020) produjo condiciones ambientales y psicológicas para el incremento de síntomas ansiosos en distintos grupos de la población, especialmente en mujeres, jóvenes y trabajadores universitarios. En Morelos la situación no fue diferente, por ello se invitó a participar en una encuesta en línea a una muestra de trabajadores y estudiantes de la UAEM. Con el objetivo de determinar los predictores de la ansiedad ocasionada por el distanciamiento social. Mediante un estudio transversal descriptivo, se preguntó información sociodemográfica y del cuidado ante el contagio por Covid-19, ansiedad, personalidad tipo D, resiliencia, desmoralización y autocompasión. Un 15.4% de los entrevistados presentó ansiedad severa. En el modelo de regresión se observó que el ser mujer joven, con problemas para conciliar el sueño, presentar disforia, pérdida del significado, afecto negativo autocompasión positiva y la capacidad para cuidarse de un contagio son variables predictoras. También la falta de confianza se relacionó a una mayor ansiedad. Es también la expresión de una privación motivacional profunda, de un colapso del sentido ordinario de la existencia y de la fragilidad de los recursos intrapersonales e interpersonales con que los individuos regulan su relación con la amenaza y la incertidumbre.

Palabras clave: Ansiedad; COVID-19; Pandemia; Distanciamiento social; Personalidad tipo D

Introducción

El 11 de marzo de 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19), causada por el SARS-CoV-2, como pandemia global. En México, los primeros casos confirmados se reportaron el 28 de febrero de 2020, y el gobierno federal declaró la Jornada Nacional de Sana Distancia el 23 de marzo del mismo año, implementando medidas de distanciamiento social que incluían el confinamiento voluntario, la suspensión de actividades no esenciales, el cierre de escuelas y la restricción de reuniones. Esta primera fase, que se extendió hasta mayo de 2020, y cuya transición gradual se prolongó hasta agosto, configuró lo que se denomina la 'primera ola' pandémica en México.

El contexto mexicano presentó particularidades que lo distinguen de otras realidades nacionales: una alta proporción de trabajo informal (56% de la población económicamente activa según el INEGI), condiciones de hacinamiento habitacional en los estratos socioeconómicos más vulnerables, estructuras familiares multigeneracionales que complicaron el aislamiento por grupos de riesgo, y un sistema de salud pública con capacidad limitada y fragmentada.

Diversos estudios transversales realizados durante los meses de confinamiento en múltiples países documentaron incrementos sustanciales en la prevalencia de síntomas de depresión, ansiedad, estrés, insomnio y trastorno por estrés postraumático (Vindegard & Benros, 2020; Xiong et al., 2020).

En el caso de México, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) señaló, en su Encuesta Nacional de Bienestar Autorreportado (ENBIARE, 2021), que el 15% de la población mexicana mayor de 18 años experimentó síntomas de depresión severa durante la pandemia, frente a un 10.4% reportado en estudios previos. Diversos grupos de investigación nacionales, entre los que destacan los del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, documentaron el incremento en la demanda de servicios de salud mental y en la pre-

valencia de síntomas de ansiedad generalizada y episodio depresivo mayor (Medina-Mora et al., 2022; Barragán Becerril et al., 2021).

La aparición de estas circunstancias —incertidumbre sanitaria, pérdida de ingresos, conflictos familiares por convivencia forzada, duelo por fallecidos, miedo al contagio— superó la capacidad adaptativa en la población, especialmente en aquellos con vulnerabilidad preexistente (González-Ramírez et al., 2021). Así, se generaron condiciones propicias para evaluaciones primarias de amenaza (miedo al contagio, pérdida de empleo, incertidumbre sobre el futuro) y evaluaciones secundarias de desamparo (percepción de falta de control, recursos insuficientes). Estudios realizados en México por Ramos-Lira et al. (2020) y Martínez-Taboas (2020), documentaron que los estilos de afrontamiento centrados en la emoción —específicamente la rumiación y la evitación— se asociaron con mayores niveles de síntomas depresivos y ansiosos durante el confinamiento, en línea con las predicciones del modelo transaccional del estrés (Lazarus y Folkman, 1984). Esta falta de control de los eventos negativos, favorecieron la presencia de ansiedad no solo en México (Juarez-García et al., 2021), sino también en otros países como España (Freston et al., 2020; Sandin et al., 2020a).

Además, las desigualdades estructurales de la población impactaron en la salud mental: los trabajadores informales que no podían ‘quedarse en casa’ sin perder sus ingresos, las mujeres que absorbieron la mayor parte del trabajo doméstico y de cuidado durante el confinamiento, las personas en situación de pobreza que habitaban en condiciones de hacinamiento, y las comunidades indígenas con acceso reducido a servicios de salud y a información veraz, fueron los sectores que experimentaron mayor deterioro en su salud mental (Ramírez-Ortiz et al., 2020; Alcántara-Morales et al., 2021). Estudios en México y en otros países latinoamericanos documentaron consistentemente que las mujeres presentaron niveles más elevados de ansiedad que los hombres en este periodo, y que esta diferencia se acentuaba en madres con hijos pequeños, en mujeres con doble jornada y en aquellas que experimentaron situaciones de violencia doméstica —cuya incidencia

se incrementó durante el confinamiento (Bautista-Valdivia et al., 2021; Soria-Reséndiz et al., 2022).

Tabla 1.
Prevalencia de síntomas de ansiedad en México durante la primera ola COVID-19(2020)

Estudio / Fuente	Muestra	Ansiedad (%)	Período
González-Ramírez et al. (2021)	n=1,508 – adultos México	36.2%	Abril–Mayo 2020
Barragán Becerril et al. (2021)	n=2,090 – población general	40.7%	Abril 2020
Medina-Mora et al. (2022)	ENSANUT continuada	22.3%	2020 (ola 1)
Ramos-Lira et al. (2020)	n=622 – adultos CDMX	38.9%	Marzo–Abril 2020
Alcántara-Morales et al. (2021)	n=1,119 – mujeres	47.5%	Abril–Junio 2020
Juárez-García et al. (2021)	n=890 – universitarios	44.3%	Mayo–Julio 2020
INEGI – ENBIARE (2021)	Muestra probabilística nacional	17.8%	2020
Soria-Reséndiz et al. (2022)	n=1,430 – mixta	42.8%	Marzo–Agosto 2020

Nota: elaboración propia

Los datos presentados en la Tabla 1 revelan una variación considerable en las estimaciones de prevalencia, atribuible a diferencias metodológicas: distintos instrumentos de evaluación (PHQ-9, BDI, CES-D para depresión; GAD-7, HADS, STAI para ansiedad), puntos de corte variables, composición diferencial de las muestras y momentos específicos del período de confinamiento en que se realizaron las mediciones. No obstante, la tendencia consistente indica que aproximadamente dos de cada cinco experimentaron síntomas de ansiedad durante la primera ola.

Bautista-Valdivia et al. (2021) y Alcántara-Morales et al. (2021), documentaron que las mujeres mexicanas presentaron prevalencias de

depresión y ansiedad consistentemente más elevadas que los hombres, con diferencias de entre 8 y 15 puntos porcentuales según los estudios. Los jóvenes universitarios —grupo que la percepción popular asocia con mayor resiliencia— mostraron niveles muy elevados de ansiedad, especialmente vinculados a la incertidumbre académica, el desempleo juvenil y la interrupción de las trayectorias vitales esperadas (Juárez-García et al., 2021; Domínguez-Espinosa et al., 2021). Por último, con tasas menores de síntomas ansiosos que los jóvenes en algunos estudios —posiblemente por mayor tolerancia a la incertidumbre desarrollada a lo largo del ciclo vital—, los adultos mayores presentaron tasas elevadas de depresión asociadas al aislamiento severo, la pérdida de pares y la percepción de ser los más vulnerables ante la enfermedad (Morales-Martínez & González-Celis, 2021).

En población hispanoparlante, el estudio longitudinal COVID-19 Mental Health Impact Study de la Universidad Complutense de Madrid (Sandín et al., 2020a, 2020b), incluyó más de 3,000 adultos españoles y reportó que el 28.7% presentó síntomas de ansiedad generalizada (GAD-7) durante el pico del confinamiento. La intolerancia a la incertidumbre, el tiempo de exposición a noticias sobre COVID-19 y el miedo al contagio fueron los principales predictores. El estudio BIXIGA (Odriozola-González et al., 2020), centrado en estudiantes universitarios españoles, reportó prevalencias del 58.1% de síntomas de ansiedad, siendo estas cifras considerablemente más elevadas que las registradas en población general. El grupo de Valero et al. (2021), documentó el papel mediador de la resiliencia y el apoyo social percibido como factores protectores en esta población. En Argentina, Plomecka et al. (2020) y Fiorillo et al. (2020), documentaron patrones similares a los europeos, con prevalencias ansiosos del 33-40% durante la primera ola. En Colombia, Balluerka Lasa et al. (2020), reporta un 33% de ansiedad moderada-grave.

Tabla 2.
Comparación de prevalencias de síntomas en población hispanohablante durante la primera ola COVID-19

País	Ansiedad (rango %)	Grupo más afectado	Principal predictor
México	17% – 47%	Mujeres / Jóvenes	Pérdida económica / Cuidado
España	28% – 58%	Jóvenes universitarios	Intolerancia incertidumbre
Argentina	33% – 40%	Mujeres / Sector informal	ASPO prolongado
Colombia	30% – 40%	Personas con empleo perdido	Desempleo / Exposición mediática
Perú	35% – 44%	Adultos jóvenes	Miedo COVID / Incertidumbre
Chile	38% – 52%	Mujeres / Antec. psiquiátrico	Días de confinamiento

Nota: elaboración propia

La investigación en este contexto identificó un conjunto de variables predictoras de ansiedad que incluyen factores sociodemográficos (ser joven), biológicos (problemas para conciliar el sueño), afectivos (disforia, afecto negativo), existenciales (pérdida del significado), psicológicos protectores (autocompasión positiva, capacidad de autocuidado) y relacionales (falta de confianza).

En el nivel estructural de vulnerabilidad, el Modelo de Vulnerabilidad-Estrés y la Teoría del Apego explican por qué ciertos individuos —jóvenes, con historia de desconfianza o apego inseguro— ingresan a la situación pandémica con mayor predisposición a la ansiedad. Estas vulnerabilidades de base modulan la forma en que el individuo percibe y procesa la amenaza.

En el nivel cognitivo de procesamiento, la Teoría Cognitiva de Beck explica cómo los esquemas de amenaza y vulnerabilidad generan distorsiones cognitivas que amplifican la ansiedad ante el COVID-19. La falta de confianza y la baja capacidad percibida de autocuidado son expresiones de estos esquemas activados. La Teoría del Manejo del

Terror complementa este nivel al incorporar la dimensión existencial: la pandemia no solo activa esquemas de peligro físico, sino también el terror ante la propia finitud.

En el nivel motivacional y existencial, la Teoría de la Autodeterminación (Deci & Ryan, 2000), explica cómo el distanciamiento social frustra las necesidades básicas de autonomía, competencia y relación, produciendo pérdida del significado, disforia y afecto negativo. Esta frustración motivacional alimenta el estado ansioso al vaciar de sentido la experiencia cotidiana.

En el nivel de la regulación emocional, la Teoría de Gross (1998) y la Teoría de la Autocompasión de Neff (2003), explican tanto los mecanismos que mantienen la ansiedad como los factores que la amortiguan. La disforia y el afecto negativo reflejan una regulación emocional deficiente; la autocompasión positiva, en contraste, actúa como recurso regulador que interrumpe el ciclo ansioso al transformar la relación del individuo con su propio sufrimiento.

Finalmente, en el nivel psicofisiológico, el Modelo de Harvey sobre el insomnio explica el ciclo de retroalimentación entre la ansiedad y los problemas de sueño: la ansiedad deteriora el sueño, y el sueño deteriorado amplifica la vulnerabilidad emocional, cerrando un ciclo que se autopetúa durante el distanciamiento social.

La articulación de estos niveles permite entender la ansiedad durante el distanciamiento social como un fenómeno multideterminado en el que factores de vulnerabilidad, procesamiento cognitivo, necesidades motivacionales, capacidades reguladoras y ciclos psicofisiológicos interactúan dinámicamente.

Método

Se llevó a cabo un estudio cuasi-experimental, transversal, descriptivo. Para ello se aplicó un cuestionario en línea mediante un formulario de Google con un muestreo no probabilístico; se incluyeron

355 participantes, hombres y mujeres de la ciudad de Cuernavaca, Morelos, México. La invitación se realizó a la comunidad de estudiantes, docentes y trabajadores de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos (UAEM). El criterio de inclusión fue estar inscrito en la facultad de psicología o ser trabajador (Profesor y/o Personal Administrativo) de la UAEM. Todos los participantes dieron su consentimiento informado. La muestra se compuso en su mayoría por mujeres (73.2%), con un rango de edad entre 16-29 años (57.2%), estudiantes (43.7%). En la Tabla 1 se presentan las características socio-demográficas y del contexto de la muestra.

El diseño del cuestionario, incluyó un apartado de datos socio-demográficos y de cuidados durante la pandemia. Se emplearon los siguientes instrumentos de evaluación.

Se aplicó, la escala de ansiedad de Beck (BAI), consta de 21 ítems y es el instrumento más utilizado para la evaluación de la ansiedad, aunque presenta una estructura interna inestable, tiene buenas propiedades psicométricas y está validado en población mexicana (Padrós et al., 2020). El encuestado informa sus síntomas usando una escala de calificación Likert de 4 opciones que va de 0 (nada) a 3 (severamente), obteniendo una puntuación que varía de 0 a 63. La puntuación total puede clasificarse en cuatro grupos: ausencia-mínima (0-5), leve (6-15), moderada (16-30) y Grave (31-33). Es un instrumento que ha demostrado una excelente consistencia interna (α de Cronbach = 0.911).

La personalidad tipo D se evaluó con la Escala DS-14 (DS-14; Denollet, 2005). Valora personalidad tipo D, mediante 14 ítems, (7 Afectos Negativos y 7 Inhibición Social). Cada subescala tiene un punto de corte igual o superior a 10 para clasificar a los sujetos como tipo D. Permite, pues, obtener tres puntuaciones, una puntuación global (personalidad tipo D) y dos específicas, correspondientes a las subescalas Afectos Negativos e Inhibición Social, cabe mencionar que este instrumento se encuentra validado en población mexicana (Juárez-García, 2018). La Desmoralización (24 ítems); explora la incapacidad o incompetencia para enfrentar efectivamente una situación estresante, mediante cinco

dominios con una escala tipo Likert con valores de nunca (0) a Siempre (5), y buenos valores de fiabilidad en la mayoría de los dominios: pérdida de significado en la vida ($\alpha=.86$), disforia ($\alpha=.80$), desánimo ($\alpha=.88$), impotencia ($\alpha=.79$), y sensación de fracaso ($\alpha=.62$) (Palacios-Espinoza et al., 2020). La resiliencia (21 ítems); Mide la habilidad para afrontar el estrés con cuatro dominios: (1) afrontamiento y persistencia ante situaciones de estrés; (2) capacidad de superación y logro de objetivos; (3) valoración positiva y (4) confianza (Gras et al., 2019). La autocompasión (26 ítems) valoró como el entrevistado percibe sus acciones en tiempos difíciles (García-Campayo et al., 2014). Se compone de seis dominios en tres conceptos distintos, pero teóricamente relacionados que presentan buena fiabilidad: humanidad común ($\alpha=.72$), mindfulness ($\alpha=.73$) y amabilidad ($\alpha=.79$). Los cuales tienen su contraparte en auto-juicio ($\alpha=.76$), aislamiento ($\alpha=.77$) y sobre-identificación ($\alpha=.76$). Calificados con una escala Likert de 5 opciones, casi nunca (1) a todo el tiempo (5).

El análisis estadístico se aplicó considerando la naturaleza de los datos, como primer paso se verificó la normalidad con la prueba de Kolmogorov-Smirnov, posterior a esto se realizó la descripción de la muestra con un análisis de frecuencias de las escalas aplicadas, el siguiente paso fue un análisis bivariado por nivel de ansiedad de los participantes, para ello se usó la prueba de chi-cuadrada o Fisher, para variables categóricas. Para conocer las relaciones entre las variables estudiadas se aplicó un análisis de correlación de Spearman. Posteriormente se realizó un modelo de regresión lineal múltiple para determinar los predictores de la ansiedad. El análisis se realizó mediante el método introducir. Se usaron como variables independientes una a la vez, los datos sociodemográficos: sexo, edad, escolaridad, ocupación, problemas de sueño, empleo, miedo al contagio y capacidad para cuidarse. Además, las subdimensiones de la escala de desmoralización, personalidad tipo D, resiliencia y autocompasión. La ansiedad como variable dependiente. Además, se realizó un diagnóstico de colinealidad (VIF) y el estadístico de Durbin-Watson (cerca de 2.0) como medida de colinealidad e independencia del modelo.

Resultados

En el análisis inicial de los datos observamos que las variables medidas no presentaron normalidad estadística, de acuerdo a la prueba de Kolmogorov-Smirnov ($p < 0.005$) por ello los análisis bivariados se realizaron con estadística no-paramétrica.

En la Tabla 3 se observan diferencias estadísticamente significativas al comparar por el nivel de ansiedad, la cual se presenta con mayor frecuencia en mujeres, con un rango de edad entre 16-29 años, solteras, estudiantes, sin empleo y que reporta problemas para conciliar el sueño.

Tabla 3.
Características sociodemográficas de la muestra por nivel de ansiedad.

Variable	Ansiedad	Ocupación				Total n=355	X (p)
		Mínima n= 86	Leve n= 126	Moderada n= 88	Severa n= 55		
Sexo	Hombre	39 (11.0)	30 (8.5)	16 (4.5)	10 (2.8)	95 (26.8)	0.001
	Mujer	47 (13.2)	96 (27.0)	72 (20.3)	45 (12.7)		
Edad	16-29	40 (11.3)	52 (14.7)	66 (18.6)	45 (12.7)	203 (57.2)	0.001
	30-40	8 (2.3)	31 (8.7)	7 (2.0)	6 (1.7)		
	41+	38 (10.7)	43 (12.1)	15 (4.2)	4 (1.1)		
Ocupación	Estudiante	26 (7.3)	42 (11.8)	51 (14.4)	36 (10.14)	155 (43.7)	0.001
	Hogar	10 (2.8)	15 (4.2)	7 (2.0)	2 (0.6)		
	Profesor	25 (7.0)	36 (10.1)	20 (5.6)	14 (3.9)		
	Empleado	25 (7.0)	33 (9.3)	10 (2.8)	3 (0.9)		
	UAEM						
Estado Civil	Soltero				48 (13.5)	229 (64.5)	0.001
	Casado	48 (13.5)	66 (18.6)	67 (18.9)	11 (3.1)		
	Unión	25 (7.4)	38 (10.7)	11 (3.1)	4 (1.1)		
	Libre	8 (2.3)	17 (4.8)	7 (2.0)	2 (0.6)		
	Divorciado/Viudo	5 (1.4)	5 (1.4)	3 (0.9)	1 (0.3)		
Residencia	Cuernavaca	41 (11.6)	59 (16.6)	44 (12.4)	28 (7.9)	172 (48.5)	0.946
	Municipio	45 (12.7)	67 (18.9)	44 (12.4)	27 (7.6)		

Variable	Ansiedad	Ocupación				Total n=355	X (p)
		Mínima n= 86	Leve n= 126	Moderada n= 88	Severa n= 55		
Covid-19*	Si	77 (21.8)	117 (33.1)	80 (22.6)	52 (14.7)	326 (92.1)	0.722
	No	9 (2.5)	9 (2.5)	7 (2.0)	3 (0.9)	28 (7.9)	
Sueño*	Si	23 (6.5)	78 (22.1)	66 (18.7)	49 (13.8)	216 (61.2)	0.001
	No	62 (17.6)	47 (13.3)	22 (6.2)	6 (1.7)	137 (38.8)	
Empleo	Si	21 (6.0)	20 (5.7)	26 (7.4)	24 (6.8)	91 (25.8)	0.001
	No	65 (18.4)	106 (30.0)	60 (17.0)	31 (8.8)	262 (74.2)	

Nota: elaboración propia

Covid-19: Se preguntó si padeció covid-19 o tenían familiares con la enfermedad; Sueño: hace referencia a si tenían problemas para conciliar el sueño; Empleo: Se preguntó si perdieron el empleo durante el período de confinamiento; X(p): Chi-cuadrada (significancia dos colas); Algunas variables (sueño y empleo) no suman 355 casos por presentar datos faltantes.

Se puede observar en las correlaciones de Spearman, que las variables que mayor relación muestran con la ansiedad son las subdimensiones de la escala de desmoralización: pérdida de significado en la vida, disforia, desánimo, impotencia, y sensación de fracaso. Le siguen las subescalas de la personalidad tipo D: afectos negativos e inhibición social. Las subdimensiones de las escalas de resiliencia y autocompasión muestran correlaciones inversas con la ansiedad

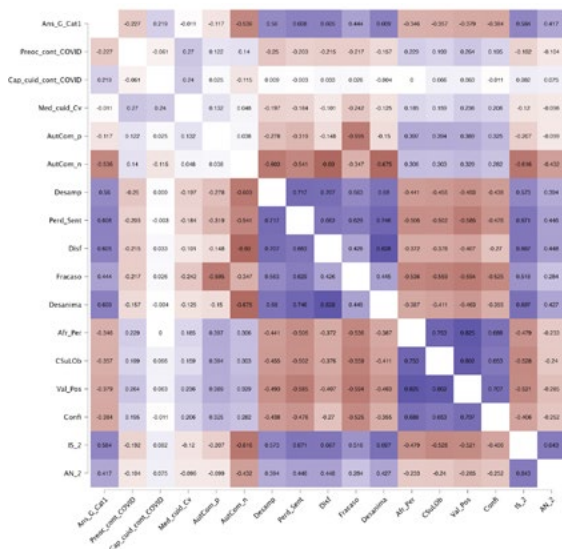


Figura 1. Mapa de calor de las correlaciones de Spearman's rho
 Nota: elaboración propia
 Ans_G_Cat1: Puntuación de ansiedad;
 Preoc_cont_COVID: Preocupación de contagiarse de COVID-19; Cap_cuid_cont_COVID: Capacidad para cuidarse de un contagio de covid; Med_cuid_Cv: Medidas de cuidado para no contagiarse de COVID-19; AutCom_p: Auto-compasión positiva; AutCom_n: Auto-compasión negativa; Desamp: Desamparo; Perd_Sent: Pérdida del Sentido; Disf: Distorfia. Desanima: Desanimado; Afr_Per: Afrontamiento percibido; CsuLob: capacidad de superación y logro de objetivos; Val_Pos: Valoración positiva; Conf: Confianza; IS_2: Inhibición Social; AN_2: Afectos Negativos.

En el modelo de regresión, se consideraron como variables predictoras las variables demográficas: sexo, edad, escolaridad, ocupación, problemas de sueño, miedo al contagio y capacidad para cuidarse. Además, las subdimensiones de la escala de desmoralización: pérdida de significado en la vida, disforia, desánimo, impotencia, y sensación de fracaso. Las subescalas de la personalidad tipo D: afectos negativos e inhibición social y las escalas de resiliencia: afrontamiento y persistencia ante situaciones de estrés, capacidad de superación y logro de objetivos, valoración positiva y confianza. Por último, la escala de autocompasión: positiva y negativa.

Tabla 4.
Modelo de regresión de los predictores de ansiedad (n =314).

Variable	C on ES	B	t	p	95% IC
(Constante)	6.576 (4.156)				
Edad	-1.572 (0.609)	-0.111	-2.583	0.010	-2.770; -0.374
Problemas de sueño	4.701 (1.073)	0.186	4.382	0.001	2.590; 6.812
Disforia	0.976 (0.191)	0.280	5.106	0.001	0.600; 1.353
Perdida Significado	0.562 (0.144)	0.232	3.908	0.001	0.279; 0.845
Confianza	-0.894 (0.341)	-0.126	-2.622	0.009	-1.565; -0.223
Autocompasión Positiva	0.125 (0.053)	0.102	2.337	0.020	0.020; 0.229
Afecto Negativo	0.250 (0.118)	0.094	2.122	0.035	0.018; 0.482
Cuidarse de contagio	1.012 (0.210)	0.193	4.819	0.001	0.599; 1.425
F	32.119				
R2 ajustado	0.526				
Durbin-Watson	1.984				

Nota: elaboración propia

En el modelo de regresión se observó que el ser joven, con problemas para conciliar el sueño, presentar disforia, perdida del significado, afecto negativo autocompasión positiva y la capacidad para cuidarse de un contagio; Así como la falta de confianza son variables predictoras de una mayor ansiedad. El modelo explica un 52.6% de la varianza.

Discusión

El estudio revela un patrón complejo de factores psicológicos asociados a la ansiedad durante el distanciamiento social impuesto por la pandemia de COVID-19. Los hallazgos confirman que ser mujer joven, estudiante, con dificultades para conciliar el sueño, disforia, perdida del significado, afecto negativo, autocompasión positiva, percibirse con poca capacidad de autocuidado frente al contagio y falta de confianza, son predictores de la ansiedad en este contexto.

El hallazgo de que la ansiedad fue mayor en mujeres jóvenes estudiantes constituye un resultado de relevancia clínica y social, al ser un patrón consistente con investigaciones previas de contextos pandémicos y no pandémicos, donde además se presentan más trastornos internalizantes que los hombres (Garbocyz et al., 2021; McLean et al., 2011; Xiong et al., 2020; Matud et al., 2022; Pierce et al., 2020). Este resultado puede comprenderse desde el modelo de estrés-vulnerabilidad

diferencial propuesto por Kendler et al. (2001), el cual sugiere que las mujeres presentan mayor reactividad al estrés interpersonal y mayor sensibilidad a la ruptura de vínculos sociales. El distanciamiento social, al eliminar los canales habituales de apoyo y contacto afectivo, pudo haber afectado de manera más pronunciada a las mujeres, quienes tienden a emplear estrategias de afrontamiento centradas en la búsqueda de apoyo social (Taylor et al., 2000). Desde la Teoría de la Autodeterminación (Deci & Ryan, 2000), la frustración de la necesidad básica de relacionarse —particularmente agudizada en el confinamiento— explicaría esta mayor vulnerabilidad.

El rango de edad de 16 a 29 años como grupo de mayor afectación es coherente con estudios que documentan el impacto desproporcionado de la pandemia en adultos jóvenes y adolescentes (Racine et al., 2021). Esta franja etaria se encuentra en un período de consolidación de la identidad y de las redes sociales, procesos profundamente perturbados por el aislamiento. Desde la perspectiva de la Teoría del Desarrollo Psicosocial de Erikson, las tareas normativas de esta etapa —como la construcción de intimidad y la definición de roles sociales— quedaron interrumpidas, generando incertidumbre sobre el futuro y estados ansiosos. Adicionalmente, el contexto educativo actúa como estructura organizadora del tiempo y la identidad en esta población, y su disrupción abrupta contribuye a la desorientación existencial descrita por Frankl (1991), en situaciones de vacío de sentido.

La condición de estudiante como variable asociada a mayor ansiedad refuerza lo anterior. Los entornos académicos funcionan como espacios de pertenencia, validación social y estructuración temporal. Su pérdida repentina activa lo que la Teoría de la Regulación del Significado de Park (2005), denomina discrepancia entre el significado situacional y el significado global: cuando una situación viola las expectativas y metas de vida del individuo, emerge el malestar emocional hasta que se logra —o no— una reintegración significativa. La vida universitaria organiza de manera central la satisfacción de las tres necesidades psicológicas básicas: la autonomía se expresa en la exploración identitaria y la toma de decisiones vocacionales; la competencia

se construye a través del desempeño académico y el dominio de nuevas habilidades; y la necesidad de relación se satisface primordialmente a través del vínculo con pares. El distanciamiento social interrumpió abruptamente estas tres fuentes de satisfacción motivacional, generando en los estudiantes una privación psicológica simultánea y multidimensional (Odrizola-Gonzalez et al., 2020; Cao et al., 2020).

La dificultad para conciliar el sueño como variable asociada a la ansiedad en esta muestra apunta a los procesos de hiperactivación cognitiva descritos por el modelo neurocognitivo del insomnio (Harvey, 2002). La activación del Sistema de Inhibición Conductual (BIS) propuesto por Gray y McNaughton (2000), explica de manera coherente cómo la amenaza difusa y persistente del COVID-19, combinada con el aislamiento, mantiene al organismo en un estado de alerta que interfiere con el ciclo sueño-vigilia. La rumiación, característica de la ansiedad generalizada, prolonga el estado de hipervigilancia nocturna, estableciendo un ciclo de retroalimentación entre sueño deficiente y ansiedad creciente.

Se observó que los subdimensiones de la escala de desmoralización —pérdida de significado en la vida, disforia, desánimo, impotencia y sensación de fracaso— correlacionan positivamente con la ansiedad. Este hallazgo encuentra sólido sustento teórico en la Logoterapia de Viktor Frankl (1991), quien postuló que la ausencia de sentido vital —denominada vacío existencial— constituye una fuente primaria de sufrimiento psicológico. Durante el distanciamiento social, las rutinas, los proyectos y los vínculos que otorgaban significado a la vida cotidiana fueron abruptamente suspendidos, precipitando estados de desmoralización que funcionan como terreno fértil para la ansiedad.

La pérdida de significado en la vida como predictor destacado es consistente con la Teoría de la Regulación del Significado de Park (2005), quien distingue entre creencias globales —visión del mundo, metas vitales— y la evaluación de eventos específicos. Cuando la pandemia y el confinamiento generan una ruptura entre ambos niveles, el individuo experimenta distrés hasta que logra reinterpretar la situación de manera coherente con sus marcos de referencia. La incapacidad

para realizar esta reintegración, representada en la desmoralización, se manifiesta en ansiedad sostenida.

La disforia —estado afectivo caracterizado por malestar generalizado, irritabilidad y ausencia de placer— actúa como amplificador emocional de los estresores contextuales. Desde el modelo cognitivo de Beck (1979), los esquemas cognitivos negativos activados por la disforia sesgan el procesamiento de la información hacia amenazas, magnificando la percepción de peligro e incertidumbre inherente al contexto pandémico. La ansiedad resultante refleja, en parte, esta distorsión cognitiva sostenida.

El desánimo y la impotencia remiten al constructo de indefensión aprendida formulado por Seligman (1975), posteriormente reformulado en términos atribucionales por Abramson et al. (1978). Cuando el individuo percibe que sus acciones no tienen efecto sobre los eventos —como ocurre ante una amenaza viral invisible e incontrolable— se instala la expectativa de incontrolabilidad futura, que alimenta tanto la depresión como la ansiedad. El distanciamiento social intensificó esta percepción al eliminar la posibilidad de ejecutar conductas habituales de afrontamiento activo. La sensación de fracaso, por su parte, activa esquemas de autoevaluación negativa que, según la Teoría Cognitivo-Social de Bandura (1997), erosionan la autoeficacia percibida, reduciendo la capacidad subjetiva para hacer frente a la adversidad y potenciando la respuesta ansiosa.

La personalidad Tipo D se caracteriza precisamente por la tendencia a experimentar emociones negativas (afecto negativo) y a inhibir su expresión en contextos sociales (inhibición social), combinación que genera una carga psicológica crónica con consecuencias sobre la salud mental y física (Denollet, 2005). El afecto negativo, constituye un factor de vulnerabilidad transdiagnóstico ampliamente documentado (Clark & Watson, 1991). Su correlación con la ansiedad en este contexto es consistente con el modelo tripartito de la ansiedad y la depresión, que identifica el afecto negativo elevado como componente compartido de ambos cuadros. En situaciones de estrés crónico como

el confinamiento pandémico, la reactividad emocional negativa característica de este rasgo amplifica la experiencia de amenaza y reduce la capacidad de regulación emocional.

En la escala de resiliencia se observan correlaciones inversas con la ansiedad, resultado que es coherente con la extensa literatura sobre el papel amortiguador de la resiliencia ante el estrés (Bonanno, 2004; Connor & Davidson, 2003). La flexibilidad cognitiva, la capacidad de reencuadre positivo y la competencia percibida para resolver problemas —componentes centrales de la resiliencia— operan como factores protectores que moderan la respuesta ansiosa ante la adversidad.

En lo que respecta a la autocompasión, sus correlaciones inversas con la ansiedad son consistentes con los postulados de Neff (2003), quien conceptualizó la autocompasión como una disposición a tratarse a uno mismo con amabilidad ante el sufrimiento, reconocer la humanidad compartida del dolor y mantener una atención plena equilibrada ante las emociones difíciles. Este marco teórico predice menores niveles de ansiedad en personas con alta autocompasión, dado que esta reduce la autocrítica rumiativa y facilita la regulación emocional adaptativa (Neff & Germer, 2013). Sin embargo, la autocompasión positiva emerge como predictor de mayor ansiedad en el análisis de regresión merece una interpretación cuidadosa. Una posible explicación es que, en contextos de amenaza sostenida como el confinamiento pandémico, la autocompasión pueda operar como estrategia de regulación orientada a la aceptación que, paradójicamente, reduce la motivación para ejecutar conductas activas de afrontamiento (Gross, 1998). Al atenuar la respuesta de alarma sin resolver la fuente de estrés, podría mantenerse una activación ansiosa subyacente. Esta interpretación es coherente con la hipótesis de la reaseguración cíclica (Coyne, 1976, adaptada al contexto de la autorregulación), según la cual la autotranquilización reiterada puede reforzar la percepción de vulnerabilidad en lugar de neutralizarla. Alternativamente, este resultado puede reflejar un efecto de tercera variable o una relación de causalidad inversa: las personas con mayor ansiedad podrían haber recurrido activamente a la autocompasión como estrategia de afrontamiento reactiva, lo que explica-

ría su aparición como predictor positivo en el modelo de regresión sin que implique necesariamente una relación causal directa.

La asociación entre la falta de confianza y niveles más elevados de ansiedad encuentra respaldo en varios marcos teóricos convergentes. Desde la Teoría de la Intolerancia a la Incertidumbre de Dugas et al. (2004), la desconfianza —tanto interpersonal como institucional— amplifica la intolerancia ante situaciones ambiguas, que es precisamente el mecanismo cognitivo central en el mantenimiento de la ansiedad generalizada. En un contexto de pandemia, donde la información era cambiante, contradictoria y frecuentemente alarmante, la desconfianza en las instituciones de salud y en los otros generó una exposición crónica a la incertidumbre sin recursos cognitivos para tolerarla.

La Teoría del Apego de Bowlby (1969), en su extensión a la adultez desarrollada por Mikulincer y Shaver (2007), ofrece otra perspectiva complementaria: las personas con estilos de apego inseguro —caracterizados precisamente por la desconfianza en la disponibilidad de figuras de apoyo— presentan mayor activación del sistema de apego ante situaciones de amenaza. Al impedir el distanciamiento social el acceso a las figuras de apoyo habituales, las personas con baja confianza interpersonal quedaron sin los recursos relacionales que normalmente regulan externamente su ansiedad, con lo cual esta se intensificó. Adicionalmente, desde la Teoría Social Cognitiva de Bandura (1997), la baja confianza en las propias capacidades —baja autoeficacia— ante una amenaza percibida como incontrolable predice mayores niveles de ansiedad, al evaluar el individuo sus recursos como insuficientes frente a las demandas del entorno.

Los hallazgos pueden articularse dentro de un modelo de estrés-vulnerabilidad en el que el distanciamiento social actúa como estresor contextual de alta magnitud que activa y amplifica las vulnerabilidades psicológicas preexistentes. La desmoralización —con sus dimensiones de pérdida de significado, disforia, desánimo, impotencia y sensación de fracaso— representa la vulnerabilidad cognitivo-existencial central; la personalidad Tipo D aporta la vulnerabilidad tem-

peramental a través del afecto negativo y la inhibición social; la falta de confianza y la baja autoeficacia constituyen el amplificador cognitivo de la amenaza; y la dificultad para conciliar el sueño refleja y retroalimenta la hiperactivación autonómica subyacente. La resiliencia y la autocompasión, por su parte, emergen como recursos protectores que modulan la respuesta ansiosa, aunque la relación compleja de la autocompasión positiva con la ansiedad sugiere que su función protectora puede verse comprometida en contextos de estrés crónico e incontrolable.

Estos datos subrayan la necesidad de intervenciones psicológicas diferenciadas, con especial atención a mujeres jóvenes y estudiantes. Las intervenciones basadas en la construcción de significado (Park & Folkman, 1997), el fortalecimiento de la resiliencia (Southwick & Charney, 2012), el entrenamiento en tolerancia a la incertidumbre (Dugas et al., 2004) y el trabajo sobre las necesidades de apego y confianza interpersonal representan vías terapéuticas con respaldo empírico para la población afectada por la ansiedad en contextos de distanciamiento social.

El abordaje de los problemas de sueño debería ser un componente explícito de cualquier intervención dirigida a reducir la ansiedad en estos contextos, no solo como objetivo en sí mismo, sino como estrategia de interrupción del ciclo de mantenimiento ansioso. La Terapia Cognitivo-Conductual para el Insomnio (TCC-I) ha mostrado eficacia en formato breve y en modalidad digital, lo que la hace especialmente adecuada para contextos de distanciamiento (Espie et al., 2019). Las intervenciones deberían contemplar además el fortalecimiento del sentido de vida y de la confianza como objetivos terapéuticos explícitos, mediante enfoques como la Terapia de Aceptación y Compromiso (Hayes et al., 2012) o la Logoterapia (Frankl, 1991).

Limitaciones

Respecto a las limitaciones del estudio, el diseño transversal no permite establecer relaciones de causalidad entre las variables predic-

toras y la ansiedad, sino únicamente relaciones de asociación y predicción en un momento determinado. La dirección de los efectos entre los problemas de sueño y la ansiedad, o entre la pérdida de significado y el afecto negativo, requiere estudios longitudinales para ser establecida con mayor precisión. Asimismo, la muestra predominantemente compuesta por mujeres jóvenes estudiantes limita la generalización de los resultados a otras poblaciones. Estudios futuros deberían examinar estos predictores en muestras más diversas en cuanto a género, edad y condición socioeconómica, así como explorar el papel mediador del sueño y de la autocompasión en la relación entre las vulnerabilidades estructurales y la ansiedad.

Conclusión

El presente estudio contribuye a la comprensión de la ansiedad durante el distanciamiento social por COVID-19 al identificar un perfil de riesgo en el que factores sociodemográficos, afectivos, existenciales, relacionales y psicofisiológicos convergen de manera articulada. La mayor vulnerabilidad de las mujeres jóvenes estudiantes, el papel central del sueño como mecanismo de mantenimiento, el rol protector de la autocompasión y la autoeficacia de autocuidado, y el peso de la falta de confianza como predictor relacional constituyen hallazgos que encuentran soporte consistente en el marco teórico propuesto. La ansiedad en contextos de aislamiento no puede comprenderse exclusivamente como una respuesta al miedo al contagio: es también expresión de una privación motivacional profunda, de un colapso del sentido ordinario de la existencia y de la fragilidad de los recursos intrapersonales e interpersonales con que los individuos regulan su relación con la amenaza y la incertidumbre. Esta comprensión multidimensional debería orientar tanto la investigación futura como el diseño de políticas de salud mental en contextos de crisis sanitaria.

Referencias

- Abramson, L. Y., Seligman, M. E. P., & Teasdale, J. D. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology, 87*(1), 49–74.
- Alcántara-Morales, A., Cruz-Salgado, O., & Romero-Mendoza, M. (2021). Salud mental de las mujeres durante la pandemia por COVID-19 en México: Estudio transversal. *Salud Pública de México, 63*(4), 512–521. <https://doi.org/10.21149/12356>
- Balluerka Lasa, N., Gómez-Benito, J., Hidalgo-Montesinos, M. D., Gorostiaga, A., Espada, J. P., Padilla, J. L., & Santed Germán, M. A. (2020). Las consecuencias psicológicas de la COVID-19 y el confinamiento. Universidad del País Vasco – Servicio Editorial.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. W. H. Freeman.
- Barragán Becerril, A. B., González-Forteza, C., & Wagner, F. (2021). Depresión y ansiedad en adultos mexicanos durante la pandemia por COVID-19: Prevalencia y factores asociados. *Revista de Investigación en Psicología, 24*(1), 45–60. <https://doi.org/10.15381/rinvp.v24i1.20251>
- Bautista-Valdivia, C., Cruz-Torres, C., & López-Morales, H. (2021). Carga de cuidado, género y salud mental en México durante el confinamiento por COVID-19. *Género y Salud en Cifras, 19*(1), 4–18.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Guilford Press.
- Bonanno, G. A. (2004). Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist, 59*(1), 20–28.
- Bowlby, J. (1982). *Attachment and loss: Vol. 1. Attachment*. Basic Books.
- Cao, W., Fang, Z., Hou, G., Han, M., Xu, X., Dong, J., & Zheng, J. (2020). The psychological impact of the COVID-19 epidemic on college students in China. *Psychiatry Research, 287*. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112934>

- Caycho-Rodríguez, T., Ventura-León, J., García-Cadena, C. H., Cabrera-Orosco, I., Arias-Gallegos, W. L., & Reyes-Bossio, M. (2021). Invarianza de la medición del PHQ-2 en adultos peruanos y mexicanos durante la pandemia por COVID-19. *Revista Cubana de Salud Pública*, 47(1).
- Clark, L. A., & Watson, D. (1991). Tripartite model of anxiety and depression: Psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(3), 316–336.
- Connor, K. M., & Davidson, J. R. T. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18(2), 76–82.
- Coyne, J. C. (1976). Toward an interactional description of depression. *Psychiatry*, 39(1), 28–40.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000). The “what” and “why” of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, 11(4), 227–268. https://doi.org/10.1207/S15327965PLI1104_01
- Denollet, J. (2005). DS14: Standard assessment of negative affectivity, social inhibition, and Type D personality. *Psychosomatic Medicine*, 67(1), 89–97.
- Domínguez-Espinosa, A. C., Vera-Villarroel, P., & González-Forteza, C. (2021). Ansiedad y depresión en estudiantes universitarios mexicanos durante la pandemia por COVID-19 y sus factores asociados. *Psicología Iberoamericana*, 29(2), 1–15. <https://doi.org/10.48102/pi.v29i2.438>
- Dugas, M. J., Buhr, K., & Ladouceur, R. (2004). The role of intolerance of uncertainty in etiology and maintenance. En R. G. Heimberg, C. L. Turk, & D. S. Mennin, (eds.). *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice* (pp. 143–163). Guilford Press.

- Espie, C. A., Emsley, R., Kyle, S. D., Gordon, C., Drake, C. L., Siriwardena, A. N., Henry, A. L., Luik, A. I., Hames, P., Biello, S., & Bastien, C. (2019). Effect of digital cognitive behavioral therapy for insomnia on health, psychological well-being, and sleep-related quality of life. *JAMA Psychiatry*, *76*(1), 21–30. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.2745>
- Frankl, V. E. (1991). *El hombre en busca de sentido*. Herder.
- Freeston, M., Tiplady, A., Mawn, L., Bottesi, G., & Thwaites, S. (2020). Towards a model of uncertainty distress in the context of coronavirus (COVID-19). *The Cognitive Behaviour Therapist*, *13*. <https://doi.org/10.1017/S1754470X20000495>
- Garbocyz, S., Szeman-Nagy, A., Ahmad, M. S., Harsanyi, S., Ocsenas, D., Rekenyi, V., Al-Tammemi, A. B., & Kolozsvari, L. R. (2021). Health anxiety, perceived stress, and coping styles in the shadow of the COVID-19. *BMC Psychology*, *9*(1). <https://doi.org/10.1186/s40359-021-00560-3>
- García-Campayo, J., Navarro-Gil, M., Andrés, E., Montero-Marin, J., López-Artal, L., & Demarzo, M. M. (2014). Validation of the Spanish versions of the long (26 items) and short (12 items) forms of the Self-Compassion Scale (SCS). *Health and Quality of Life Outcomes*, *12*. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-12-4>
- González-Ramírez, M. T., Martínez-Arriaga, R. J., Hernández-González, M. A., & De la Roca-Chiapas, J. M. (2021). Psychological distress and signs of post-traumatic stress in response to the COVID-19 health emergency in a Mexican sample. *Psychology Research and Behavior Management*, *14*, 103–113. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S287382>
- Gras, M. E., Font-Mayolas, S., Baltasar, A., Patiño, J., Sullman, M. J., & Planes, M. (2019). The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) amongst young Spanish adults. *Clínica y Salud*, *30*(2), 73–79. <https://doi.org/10.5093/clysa2019a11>

- Gray, J. A., & McNaughton, N. (2000). *The neuropsychology of anxiety: An enquiry into the functions of the septo-hippocampal system*. Oxford University Press.
- Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, 2(3), 271–299.
- Harvey, A. G. (2002). A cognitive model of insomnia. *Behaviour Research and Therapy*, 40(8), 869–893. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(01\)00061-4](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(01)00061-4)
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change*. Guilford Press.
- INEGI. (2021). *Encuesta Nacional de Bienestar Autorreportado (ENBIARE) 2021: Resultados principales*. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. <https://www.inegi.org.mx/investigacion/bienestar/>
- Juárez-García, A., Merino-Soto, C., & Brito-Ortíz, J. F. (2021). Intolerancia a la incertidumbre, miedo al COVID-19 y salud mental en universitarios mexicanos durante el confinamiento. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 3(1), 50–62.
- Juárez-García, A., Merino-Soto, C., & Neri Uribe, J. (2018). Adaptación y validez de la Escala de Personalidad Tipo D (DS-14) en una muestra mexicana. *Liberabit*, 24(2), 321–339. <https://doi.org/10.24265/liberabit.2018.v24n2.11>
- Kendler, K. S., Thornton, L. M., & Prescott, C. A. (2001). Gender differences in the rates of exposure to stressful life events and sensitivity to their depressogenic effects. *American Journal of Psychiatry*, 158(4), 587–593.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer.
- Martínez-Taboas, A. (2020). Pandemias, COVID-19 y salud mental: ¿Qué sabemos actualmente? *Revista Caribeña de Psicología*, 4(2), 133–140. <https://doi.org/10.37226/rcp.v4i2.4423>

- Matud, M. P., Diaz, A., Bethencourt, J. M., & Ibanez, I. (2022). Stress and psychological distress in emerging adulthood: A gender analysis. *Journal of Clinical Medicine*, 11(1). <https://doi.org/10.3390/jcm11010306>
- McLean, C. P., Asnaani, A., Litz, B. T., & Hofmann, S. G. (2011). Gender differences in anxiety disorders: Prevalence, course of illness, comorbidity and burden of illness. *Journal of Psychiatric Research*, 45(8), 1027–1035. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2011.03.006>
- Medina-Mora, M. E., Borges, G., Lara, C., Ramos-Lira, L., & Zambrano, J. (2022). Trastornos mentales en la pandemia de COVID-19: Resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición Continua (ENSANUT-Continua 2020). *Salud Pública de México*, 64(2), 149–158. <https://doi.org/10.21149/13524>
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2007). *Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change*. Guilford Press.
- Morales-Martínez, G. E., & González-Celis, A. L. (2021). Bienestar psicológico y afrontamiento en adultos mayores durante el confinamiento por COVID-19 en México. *Psicogeriatría*, 11(3), 101–109.
- Neff, K. D. (2003). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2(3), 223–250.
- Neff, K. D., & Germer, C. K. (2013). A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program. *Journal of Clinical Psychology*, 69(1), 28–44.
- Odriozola-González, P., Planchuelo-Gómez, Á., Irurtia, M. J., & de Luis-García, R. (2020). Psychological effects of the COVID-19 outbreak and lockdown among students and workers of a Spanish university. *Psychiatry Research*, 290. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113108>

- 166
CAPÍTULO 8
- Padrós Blázquez, F., Montoya Pérez, K. S., Bravo Calderón, M. A., & Martínez Medina, M. P. (2020). Propiedades psicométricas del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI, Beck Anxiety Inventory) en población general de México. *Ansiedad y Estrés*, 26(2-3), 181-187. <https://doi.org/10.1016/j.anyes.2020.08.002>
- Palacios-Espinosa, X., Sánchez Pedraza, R., & Rodríguez, C. (2020). Propiedades psicométricas de la Escala de Desmoralización (DS-II versión español-Colombia) para pacientes oncológicos que reciben cuidado paliativo. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 38(3), 1-18.
- Park, C. L. (2005). Religion as a meaning-making framework in coping with life stress. *Journal of Social Issues*, 61(4), 707-729.
- Park, C. L., & Folkman, S. (1997). Meaning in the context of stress and coping. *Review of General Psychology*, 1(2), 115-144.
- Pierce, M., Hope, H., Ford, T., Hatch, S., Hotopf, M., John, A., Kontopantelis, E., Webb, R., Wessely, S., McManus, S., & Abel, K. M. (2020). Mental health before and during the COVID-19 pandemic: A longitudinal probability sample survey of the UK population. *The Lancet Psychiatry*, 7(10), 883-892.
- Plomecka, M. B., Gobbi, S., Neckels, R., Radziński, P., Skórko, B., Lazzeri, S., ... & Jawaid, A. (2020). Mental health impact of COVID-19: A global study of risk and resilience factors. medRxiv. <https://doi.org/10.1101/2020.05.05.20092023>
- Racine, N., McArthur, B. A., Cooke, J. E., Eirich, R., Zhu, J., & Madigan, S. (2021). Global prevalence of depressive and anxiety symptoms in children and adolescents during COVID-19: A meta-analysis. *JAMA Pediatrics*, 175(11), 1142-1150.
- Ramírez-Ortiz, J., Castro-Quintero, D., Lerma-Córdoba, C., Yela-Ceballos, E., & Escobar-Córdoba, F. (2020). Consecuencias de la pandemia COVID-19 en la salud mental asociadas al aislamiento social. *Revista Colombiana de Anestesiología*, 48(4). <https://doi.org/10.5554/22562087.e930>

- Ramos-Lira, L., López-Mendoza, J., Villatoro-Velázquez, J. A., & González-Forteza, C. (2020). Estrategias de afrontamiento ante el confinamiento por COVID-19 y su relación con el bienestar emocional en población adulta de la Ciudad de México. *Salud Mental*, 43(5), 225–234. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2020.030>
- Sandín, B., Chorot, P., Valiente, R. M., & García-Escalera, J. (2020). Abordaje de la intolerancia a la incertidumbre en el contexto de la crisis de COVID-19. *Psicología Conductual*, 28(3), 601–622.
- Sandín, B., Valiente, R. M., García-Escalera, J., & Chorot, P. (2020). Impacto psicológico de la pandemia de COVID-19: Efectos negativos y positivos en población española asociados al período de confinamiento nacional. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 25(1), 1–22. <https://doi.org/10.5944/rppc.27569>
- Seligman, M. E. P. (1975). *Helplessness: On depression, development, and death*. W. H. Freeman.
- Soria-Reséndiz, A., Cruz-Torres, C. E., & Montoya-Pérez, R. (2022). Factores asociados a la depresión y ansiedad en adultos mexicanos durante las primeras fases de la pandemia por COVID-19. *Atención Familiar*, 29(1), 11–18. <https://doi.org/10.22201/facmed.14058871p.2022.1.81098>
- Southwick, S. M., & Charney, D. S. (2012). *Resilience: The science of mastering life's greatest challenges*. Cambridge University Press.
- Taylor, S. E., Klein, L. C., Lewis, B. P., Gruenewald, T. L., Gurung, R. A. R., & Updegraff, J. A. (2000). Biobehavioral responses to stress in females: Tend-and-befriend, not fight-or-flight. *Psychological Review*, 107(3), 411–429.
- Valero, S., Marín, J. L., Varo, C., & McKenna, P. J. (2021). Resilience and perceived social support as protective factors against mental health impact of COVID-19 in Spain. *Brain Sciences*, 11(12). <https://doi.org/10.3390/brainsci11121666>

Vindegaard, 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>

Xiong, J., Lipsitz, O., Nasri, F., Lui, L. M. W., Gill, H., Phan, L., Chen-Li, D., Jacobucci, M., Ho, R., Majeed, A., & McIntyre, R. S. (2020). Impact of COVID-19 pandemic on mental health in the general population: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 277, 55–64. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.08.001>

Norma Betanzos Díaz

Universidad Autónoma del Estado de Morelos | Morelos | México
normabetanzos@uaem.mx
<https://orcid.org/0000-0003-2125-7553>

Francisco Paz Rodríguez

Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía | Ciudad de México | México
fpaz@innn.edu.mx
<https://orcid.org/0000-0003-4424-7067>

Predictor Variables of Anxiety during Social Distancing due to COVID-19 in Men and Women from Cuernavaca, Morelos

Abstract

The first wave of the COVID-19 pandemic in Mexico (March–August 2020) created environmental and psychological conditions conducive to an increase in anxiety symptoms across various population groups, particularly among women, young people, and university workers. The situation in Morelos was no different; therefore, a sample of workers and students from the UAEM was invited to participate in an online survey. The objective was to determine the predictors of anxiety caused by social distancing. Through a descriptive cross-sectional study, data were collected on sociodemographic characteristics, COVID-19 prevention behaviors, anxiety, Type D personality, resilience, demoralization, and self-compassion. Of the respondents, 15.4% presented severe anxiety. The regression model revealed that being a young woman, having sleep difficulties, presenting dysphoria, loss of meaning, negative affect, low self-compassion, and the perceived ability to protect oneself from infection were predictor variables. Additionally, lack of confidence was related to higher anxiety. This anxiety is also an expression of profound motivational deprivation, a collapse of the ordinary meaning of existence, and the fragility of the intrapersonal and interpersonal resources with which individuals regulate their relationship with threat and uncertainty.

Keywords: Anxiety; COVID-19; Pandemic; Social distancing; Type D personality

Variáveis Preditoras da Ansiedade durante o Distanciamento Social por COVID-19 em Homens e Mulheres de Cuernavaca, Morelos

Resumo

<Palavras-chave: Ansiedade; COVID-19; Pandemia; Distanciamento social; Personalidade tipo D

